



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี
อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

วิทยานิพนธ์
ของ
จิรารัตน์ สิงทองทัศน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี
อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร



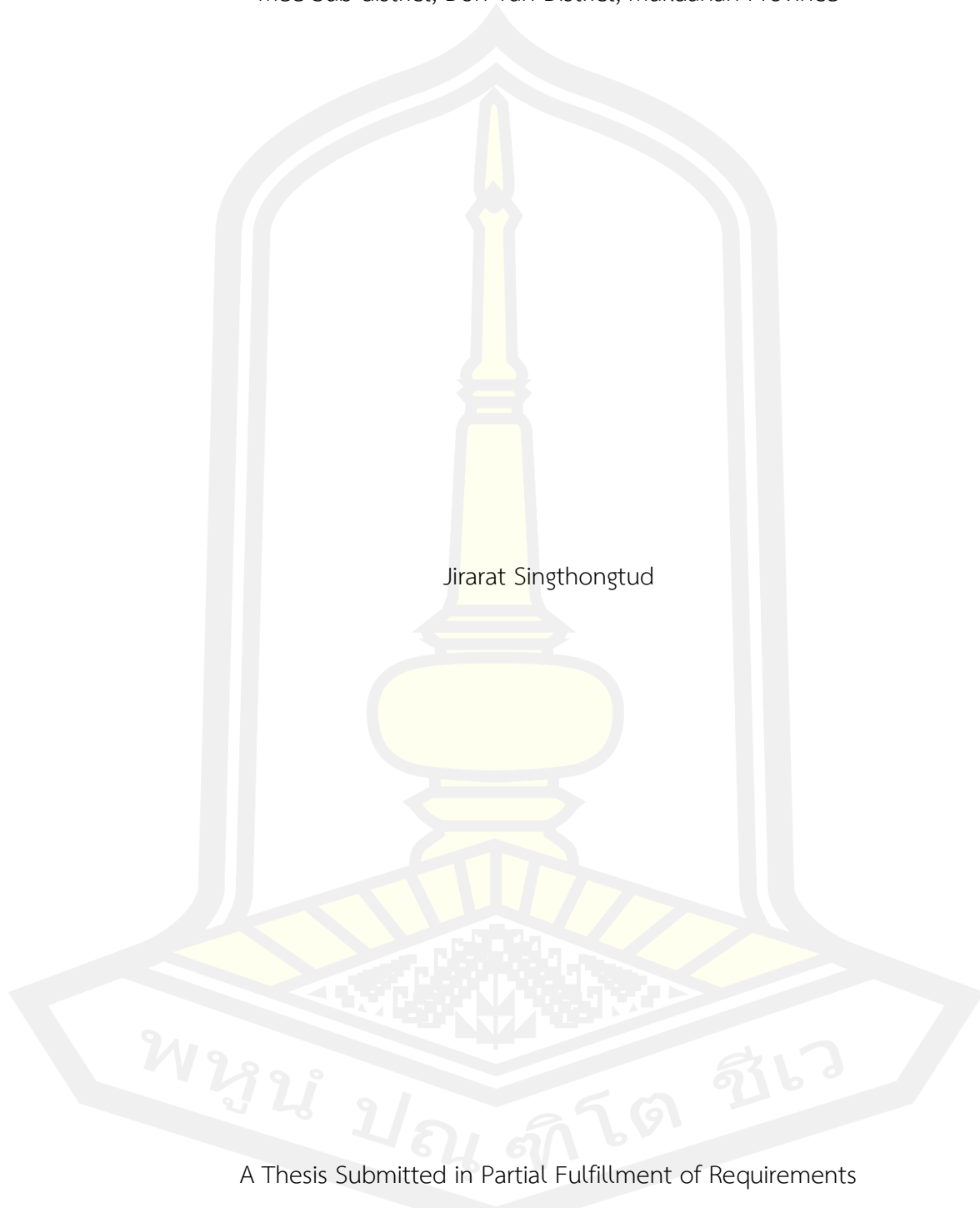
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The effect of health literacy promotion program to prevent liver fluke disease, Lao
Mee Sub-district, Don Tan District, Mukdahan Province

Jirarat Singthongtud



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

December 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวจิรารัตน์ สิงทอง
ทัศน์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. พัดชา หิรัญวัฒน์กุล)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

.....กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร		
ผู้วิจัย	จิรรัตน์ สิงทองทัศน์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ ดร. พัดชา หิรัญวัฒน์กุล		
ปริญญา มหาวิทยาลัย	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	สาขาวิชา ปีที่พิมพ์	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน ทั้งนี้จัดให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิก่อนการทดลอง การอบรมให้ความรู้การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired *t*-test และ Independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) และอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 ปีวิจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี เป็นผลมาจากความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการกินอยู่ ทั้งนี้เกิดความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, พยาธิใบไม้ตับ

TITLE	The effect of health literacy promotion program to prevent liver fluke disease, Lao Mee Sub-district, Don Tan District, Mukdahan Province		
AUTHOR	Jirarat Singthongtud		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Phacha Hirunwatthanakul , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

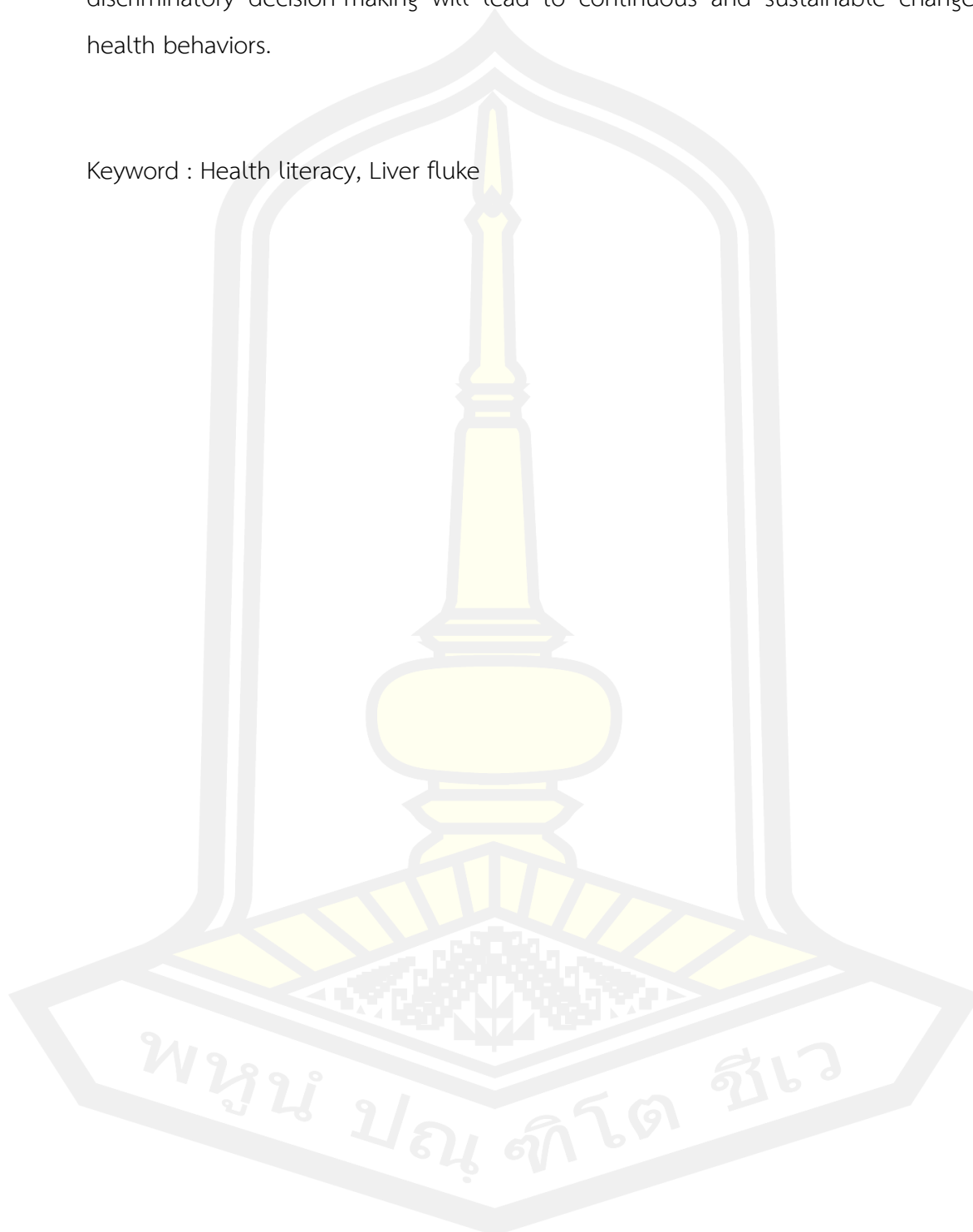
ABSTRACT

This quasi-experimental research To study the effect of health literacy promotion program to prevent liver fluke disease, Lao Mee sub-district, Don Tan district, Mukdahan province. The samples were selected by simple random sampling from the working age population aged 15-59 years, divided into experimental and comparison groups, 50 people each. provided that the experimental group received activities to promote health literacy It consists of a fecal examination for helminth eggs before the experiment. Training Organizing group activities for exchanging knowledge follow-up visit Total duration of 12 weeks Then proceed to collect the data. before and after the experiment using questionnaires Quantitative data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. and test the hypothesis using statistics Paired t-test and Independent t-test.

The results showed that After the experiment, the group had average scores on cognitive health. Access to information and health services health communication self-management media and information literacy and discriminatory decisions increased more than before the experiment and significantly more than the comparison group ($p\text{-value} < 0.05$) and the liver fluke morbidity rate dropped below 5 per cent. as a result of the health knowledge of the experimental group. which

influences lifestyle, especially eating behavior In this regard, understanding and discriminatory decision-making will lead to continuous and sustainable change in health behaviors.

Keyword : Health literacy, Liver fluke



กิตติกรรมประกาศ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.พัชชา ทิรัญวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รวมทั้งประธานและกรรมการสอบ ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คุณบุญเย็น สุวรรณไตรย์ สาธารณสุขอำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัดมุกดาหาร คุณสุขสันต์ สกลางสิงห์ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และคุณอรอนงค์ สุทธิไธ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้ความ อนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอดอนตาล องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าหมี และเจ้าหน้าที่ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชนและชาวบ้าน บ้านท่าห้วยคำ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และบ้านโคก เจริญ ตำบลป่าก่อ อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการ เก็บรวบรวมข้อมูล และเสียสละเวลาเข้าร่วมทำกิจกรรมในการวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 18 ทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อลำพอง สิงทองทัตน์ คุณแม่สมบูรณ์ สิงทองทัตน์ คุณจรีรัตน์ สิงทอง ทัตน์ และญาติพี่น้องทุก ๆ ท่านที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความหวังใย และสนับสนุนการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือจนสำเร็จการศึกษา

จิวรัตน์ สิงทองทัตน์

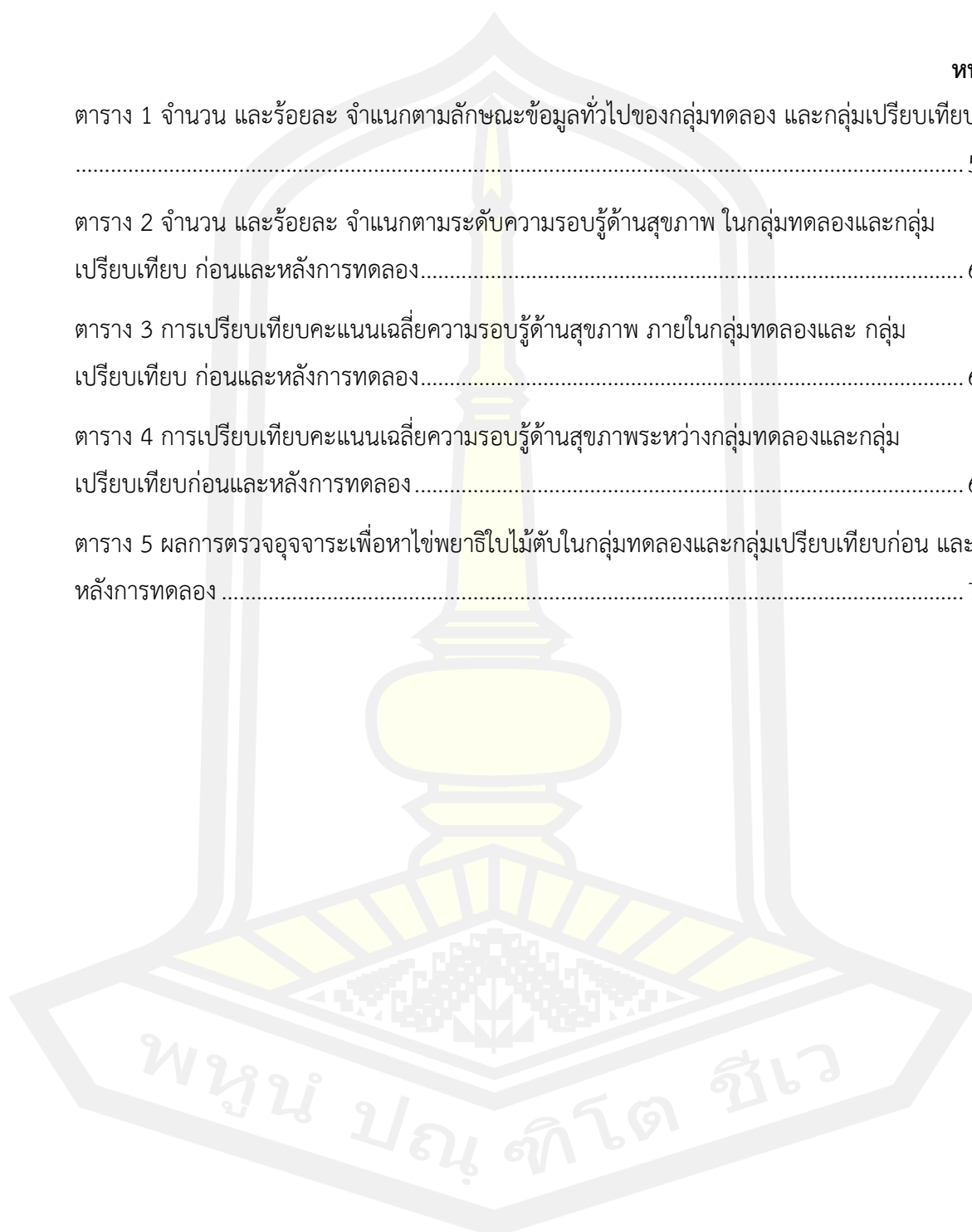
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 สมมติฐานของการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	7
2.2 แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ	20
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
3.1 รูปแบบการวิจัย	35
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38

3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	43
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
3.5 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	48
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	49
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	54
3.9 จริยธรรมในการวิจัย.....	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	57
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย	57
4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย	57
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	74
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	74
5.2 อภิปรายผล	75
5.3 ข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	87
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	89
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	91
ภาคผนวก ง แผนการจัดกิจกรรม	100
ภาคผนวก จ แบบฟอร์มที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ช ตัวอย่างภาพกิจกรรม.....	112
ประวัติผู้เขียน.....	122

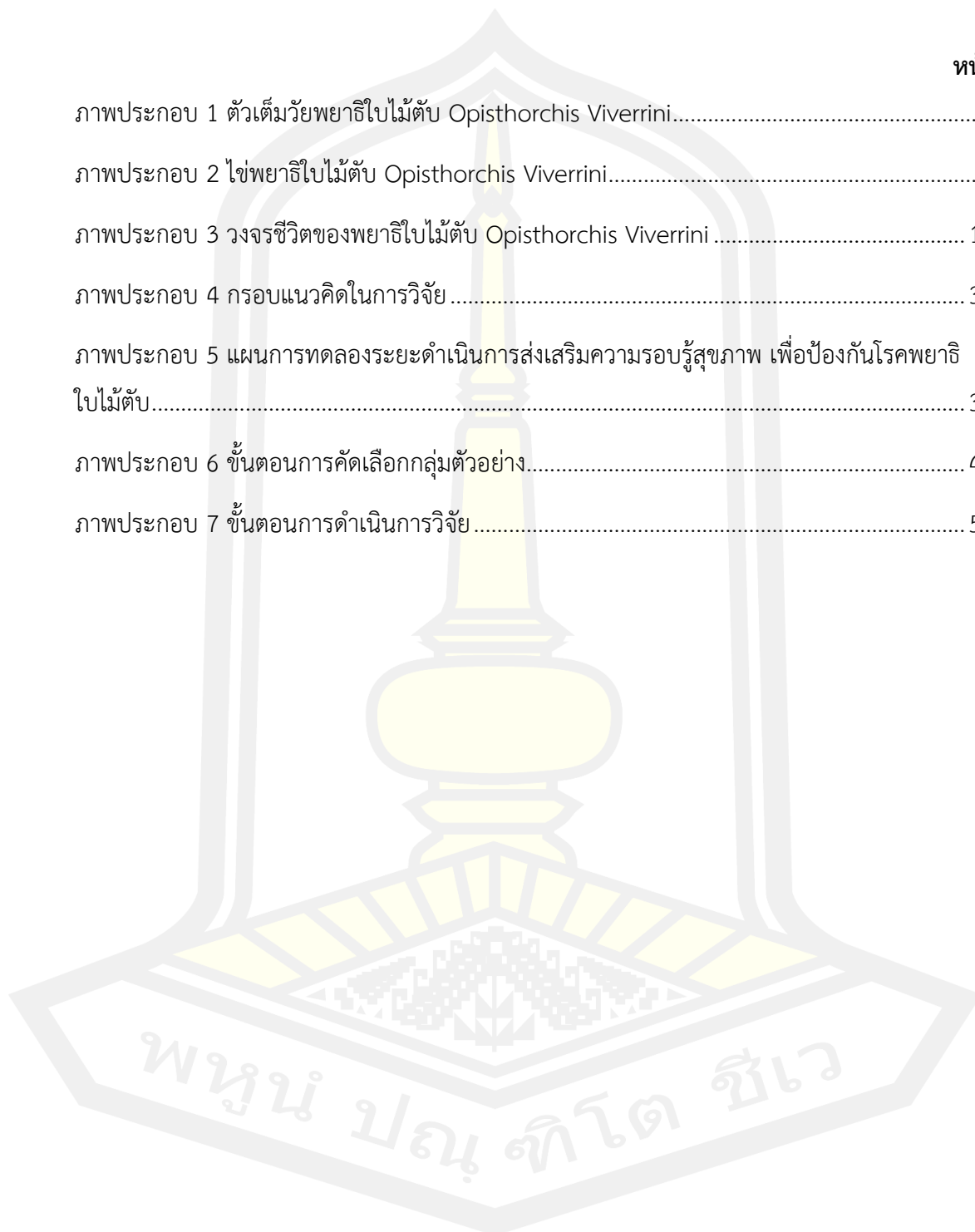
สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ	58
ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	61
ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	65
ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง.....	69
ตาราง 5 ผลการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง	73



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 ตัวเต็มวัยพยาธิใบไม้ตับ <i>Opisthorchis Viverrini</i>	8
ภาพประกอบ 2 ไข่พยาธิใบไม้ตับ <i>Opisthorchis Viverrini</i>	9
ภาพประกอบ 3 วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ <i>Opisthorchis Viverrini</i>	11
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
ภาพประกอบ 5 แผนการทดลองระยะดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ.....	36
ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	53



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* เป็นหนอนพยาธิที่มีความสำคัญทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่สำคัญ และยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสาร ก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปโตซัวใน ประเทศไทยปี 2552 ของกลุ่มโรคหนอนพยาธิ ซึ่งพบอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับทั่ว ประเทศไทย ร้อยละ 8.7 โดยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 16.6 เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านพบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงที่สุดถึง ร้อยละ 85.2 และจากการที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่สูง ส่งผลต่ออัตรา อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สูงขึ้นเช่นกัน (สำนัก โรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2552) ในปี 2555 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และ มะเร็งตับสูงถึง 14,000 ราย โดยประมาณซึ่งสูงกว่าข้อมูลเมื่อ 10 ปีที่แล้วที่มีผู้เสียชีวิตประมาณ 11,000 ราย โดยพบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.5 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี โดยป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 63 มะเร็งตับ ร้อยละ 18 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยทำงาน อายุ ระหว่าง 40-60 ปี ร้อยละ 55 (โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556)

จังหวัดมุกดาหาร เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ยังคงมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงเกิน เกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัด และจากการสำรวจอัตรา ความชุกของโรคหนอนพยาธิ ในปี 2560-2562 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 7.93, 8.31 และ 5.93 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร, 2562) ส่วนสถานการณ์โรคพยาธิ ใบไม้ตับของอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ปี 2560-2562 มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 7.27, 4.91 และ 4.22 ตามลำดับ โดยในปี 2562 ตำบลที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิ ใบไม้ ตับสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตำบลป่าไร่ ตำบลเหล่าหมีและตำบลบ้านบาก มีอัตราความชุกของโรค พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 10.8, 9.14 และ 5.60 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดอนตาล, 2562)

ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลเหล่าหมี เนื่องจากยังคงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยในปี 2560-2562 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 13.56, 11.53 และ 9.14 ตามลำดับ และจากการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ในปี 2562 พบหมู่บ้านที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ บ้านท่าห้วยคำ บ้านเหล่าแหลมทอง และบ้านนาชิงศรีสมบูรณ์ โดยมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ ร้อยละ 15.56, 12.82 และ 7.32 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาชิง, 2562) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ อัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับไม่เกิน ร้อยละ 5 ในระยะเวลา 8 ปี คือ ในปี 2556-2564 (สำนักงานเลขาธิการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สำรวจบริบทของตำบลเหล่าหมีเป็นพื้นที่ราบลุ่มและเหมาะแก่การทำเกษตรมีห้วยบังอีซึ่งเป็นลำห้วยใหญ่ไหลผ่านตอนกลางของตำบลลงสู่แม่น้ำโขง และมีแหล่งน้ำที่สำคัญคือ ห้วยทราย, ห้วยช้างชน, ห้วยหมู, ห้วยตลุง, อ่างเก็บน้ำห้วยก้านเหลียง, อ่างเก็บน้ำห้วยชิงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งไหลลงสู่ห้วยบังอี ทำให้ประชาชนอาศัยแหล่งน้ำสายหลักของชุมชนในการหาอาหารเลี้ยงชีพเป็นระยะเวลายาวนาน และเก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีผลตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในปี 2562 จำนวน 100 คน ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มอายุที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี ร้อยละ 38.5 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปี ร้อยละ 34.6 ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่จะรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 โดยอาหารที่ส่วนใหญ่ชอบรับประทานเป็นประจำ คือ ปลา ร้าดิบ ๆ ร้อยละ 31.0 รองลงมา คือ ส้มตำใส่ปลา ร้าดิบ ร้อยละ 27.0 ด้านพฤติกรรมการใช้ส้วมพบว่า มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระนอกส้วม โดยถ่ายอุจจาระบนพื้นดินเมื่ออยู่ที่ทุ่งนา ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 38.0 รองลงมาไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 35.0 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาชิง, 2562) สอดคล้องกับผลการศึกษาศาสนาการณโรคหนองพยาธิและโปรโตซัว ประเทศไทย ปี 2552 พบว่า ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดโดยไม่ได้ทำให้สุกดี อาหารที่ชอบรับประทานเป็นประจำ คือ ส้มตำใส่ปลา ร้าดิบ ร้อยละ 20.1 รองลงมา คือ ปลา ร้าดิบ ร้อยละ 15.2 มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระนอกส้วมตามพื้นดินและทุ่งนา ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 47.4 (กลุ่มโรคหนองพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2552)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาศาสนาการณโรคหนองพยาธิและโปรโตซัว ในประเทศไทย ปี 2552 ของกลุ่มโรคหนองพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุม

โรค พบว่าการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวไม่สุก หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง (2557) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืด มีเกล็ดแบบดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง, 2557)

ดังนั้น การส่งเสริมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นแนวทางที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” ปี 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายของยุทธศาสตร์นั้นคือการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (ลักษณะ หลายทวีวัฒน์, 2555) และต่อมากระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีได้ร่วมกันดำเนินงานต่อโดยได้จัดทำวาระ “การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” และผลักดันเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ในปี 2557 ทำให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยหนึ่งในมาตรการที่สำคัญของการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คือ การป้องกันโรคโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ดำเนินการกำหนด และจัดลำดับความสำคัญของ ประเด็นทางยุทธศาสตร์ที่ควรนำมาพัฒนา และขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านกลไกหรือเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และเครื่องมืออื่นๆ ที่ สช.สนับสนุน พร้อมทั้งได้สนับสนุนการ ดำเนินงานเพื่อกำหนด และจัดลำดับความสำคัญของประเด็นทางยุทธศาสตร์ด้วยหลักฐาน และข้อมูลทาง วิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีประเด็นทางยุทธศาสตร์ที่นำไปสู่การพัฒนา และขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านกลไก และเครื่องมือต่างๆ แล้วหลายประเด็น โดยมีประเด็นความรู้ด้านสุขภาพรวมอยู่ด้วย ดังนั้น ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญประเด็นหนึ่ง อันเนื่องมาจาก ความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการลดความกลัวเกี่ยวกับโรคระบาด และโรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และเป็นการสร้างประชาชนที่ถึงพร้อมด้วยสุขภาพ และพละนาถมายที่สมบูรณ์ และ แข็งแรง (กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย, 2559)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของกรุงเทพมหานคร บัญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม (2557) มาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจจู่จาระพบไข้พยาธิใบไม้ตับมากที่สุด โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการจัด

กิจกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลเหล่าหมีลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และช่วยลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

1.3.2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 ภายหลังกการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและ

สารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.4.2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราป่วยของโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำกว่าร้อยละ 5 ไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเหล่าหมี จำนวน 3,620 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มวัยแรงงาน จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน

1.5.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.5.2.1 ตัวแปรต้น คือ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.5.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

1.5.3 พื้นที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ บ้านท่าห้วยคำ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

1.5.4 ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 – กุมภาพันธ์ 2564

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพมาจัดทำเป็นชุดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.6.2 การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

1.6.3 กลุ่มวัยแรงงาน หมายถึง ประชาชน อายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

1.6.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิด ด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการ จูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษา สุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ โดยแบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่

1.6.4.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (เข้าถึง) หมายถึง การเลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง

1.6.4.2 ความรู้ความเข้าใจ (เข้าใจ) หมายถึง การมีความรู้และจำเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

1.6.4.3 ทักษะการสื่อสาร (โต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน) หมายถึง ความสามารถบอกเล่าเรื่องของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้ สามารถชักถาม พุดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง

1.6.4.4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ตัดสินใจ) หมายถึง ความสามารถในการเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียอย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม

1.6.4.5 ทักษะการจัดการตนเอง (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) หมายถึง การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

1.6.4.6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (บอกต่อ) หมายถึง ความสามารถในการจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้และเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้

1.6.5 การตรวจจักษุภาวะหาไข้พยาธิใบไม้ดับ หมายถึง การตรวจหาไข้พยาธิใบไม้ดับด้วยวิธี Kato-Kate ผู้ที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ดับ คือ ผู้ที่ตรวจจักษุภาวะพบไข้พยาธิใบไม้ดับตั้งแต่ 1 ใบขึ้นไป



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับลเหล่านี้อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ มาจัดทำเป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

พยาธิใบไม้ตับ (Liver Flukes) คือ หนอนพยาธิที่มีรูปร่างคล้ายใบไม้ พยาธิตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในร่างกายของเรา โดยจะตรวจพบอยู่ในทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีส่วนปลายที่อยู่ใต้น้ำ พยาธิใบไม้ตับที่ทำให้เกิดโรคในคนมี 4 ชนิด คือ

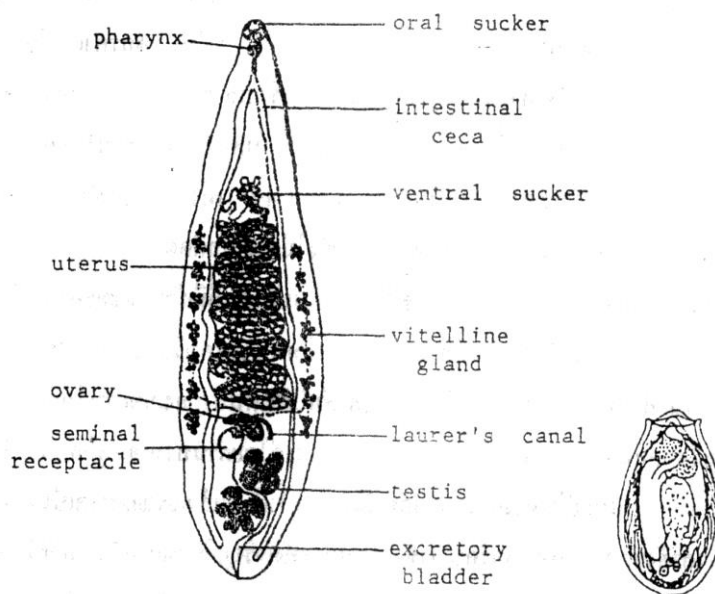
- 1) *Opisthorchis Viverini* พบมากในประเทศไทยและลาว
- 2) *Opisthorchis Felineus* พบมากในหลายประเทศทางภาคพื้นยุโรปตอนล่าง ตอนใต้ และตะวันออก
- 3) *Clonorchis Sinensis* พบมากที่ประเทศจีนและประเทศทางตะวันออกของทวีปเอเชีย
- 4) *Fasciola Hepatica* และ *Fasciola Gigantica* พบว่า เป็นพยาธิใบไม้ตับในสัตว์เลี้ยง เช่น วัว ควาย แพะ แกะ และยังพบว่า บางครั้งมีรายงานโรคจากประเทศทวีปอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ ยุโรป เอเชีย และแอฟริกา ในประเทศไทยพบใน วัว และควาย

สำหรับประเทศไทยพยาธิโอปิสทอร์คิส วิเวอริณี (*Opisthorchis Viverri*) เป็นพยาธิที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.1.1 รูปร่างลักษณะ

จากการศึกษาของ วิฑูรย์ ไวยนันท์ (2545) เกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของพยาธิใบไม้ตับในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ ตัวเต็มวัย ไข่ ตัวอ่อนระยะเซอร์คาเรีย (Cercaria) ตัวอ่อนระยะติดต่อ (Metacercaria) และได้ให้ข้อมูลไว้ดังนี้

2.1.1.1 ตัวเต็มวัย ตัวพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini* ตัวเต็มวัยของพยาธิมีรูปร่างคล้ายใบมะขาม หรือคล้ายใบหอก (Lancet Shape) ส่วนหน้าเรียว ส่วนท้ายป้าน สีน้ำตาลปนแดง ลำตัวมีความยาว 5.5-10 มิลลิเมตร กว้าง 0.7-1.6 มิลลิเมตร ผิวลำตัวเรียบ โครงสร้าง Oral Sucker และ Ventral Sucker มีขนาดใกล้เคียงกันและอยู่ใกล้กัน หลอดอาหารยาว ลำไส้ไม่แตกแขนง และแยกออกเป็น 2 สาย ยาวเกือบจรดปลายลำตัว อวัยวะที่ใช้ขับถ่ายของเสียที่เรียกว่า Urinary (Excretory) Bladder มีขนาดใหญ่และยาว แทรกอยู่ระหว่างอวัยวะ 2 ลูก อวัยวะมีลักษณะเป็นกึ่งลิ้น และจัดเรียงตัวตามความยาวหรือในแนวทแยงมุม ส่วนรังไข่ (Ovary) มีลักษณะเป็นกึ่งลิ้นอยู่ทางด้านหน้าของอวัยวะ โอโอไทป์ (Ootype) มีขนาดใหญ่โดยมี Mehlis's Gland ล้อมรอบ ต่อมสร้างไข่แดง (Vitelline Gland) มีลักษณะคล้ายพวงองุ่นอยู่ทางด้านข้างลำตัว รายละเอียดดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ตัวเต็มวัยพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini*

ที่มา : สมบูรณ์ แสงมณีเดช (2558)

2.1.1.2 ไข่ มีขนาดเล็กมากประมาณ 19-29 x 12-17 ไมครอน ลักษณะคล้ายหลอดไฟฟ้า ด้านแหลมมีฝาปิด โดยมีขอบของเปลือกไข่ยื่นออกมาเป็นบารับชัดเจน ด้านป้านลักษณะมนกลมคล้ายตัวหลอดไฟ มีปุ่มเล็กยื่นออกมาจากเปลือกไข่สังเกตเห็นได้ชัดเจน ไข่พยาธิที่ออกมากับอุจจาระจะมีสีน้ำตาลอมเหลือง เนื่องจากติดสีของน้ำดี และมีตัวอ่อนไมราซีเดียมเจริญเต็มที่อยู่แล้วภายในไข่ ดังแสดงในภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ไข่พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini*

ที่มา : พิศาล ไม้เรียง และบรรจบ ศรีภา (2557)

2.1.1.3 ตัวอ่อนระยะเซอร์คาเรีย (*Cercaria*) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนลำตัวและส่วนหาง ส่วนของลำตัวขนาดประมาณ 140-183 x 61-69 ไมครอน มีจุดดำคล้ายตาอยู่ 2 ข้างของลำตัวค่อนข้างท้วม ด้านนอกของลำตัวมีขนเล็ก ๆ อยู่ทั่วไป และมีขนยาวสำหรับรับความรู้สึกทั้ง 2 ข้างของลำตัว ข้างละ 10 เส้น ส่วนหางจะยาวกว่าลำตัว ลักษณะยาวเป็นหางเดี่ยว มีครีบลักษณะเป็นเนื้อเยื่อบางทั้ง 2 ด้าน เซอร์คาเรียเมื่อออกจากหอยใหม่ ๆ จะว่องไวมาก ว่ายขึ้นลงในน้ำอย่างรวดเร็ว ลักษณะสำคัญอีกข้อหนึ่งก็คือ ขณะพักจะแขวนตัวอยู่กับผิวน้ำโดยห้อยส่วนหัวลง ลักษณะลำตัวและหางจะงอคล้ายกิ้งก่าชูบ ขนาดความยาวทั้งตัวประมาณ 490-569 ไมครอน

2.1.1.4 ตัวอ่อนระยะติดต่อ (*Metacercaria*) ลักษณะรูปร่าง ขนาด 201 x 167 ไมครอน มีผนังบาง 2 ชั้น ตัวอ่อนขดตัวอยู่ในลักษณะงอโค้ง ขณะอยู่ในอุณหภูมิห้องจะสังเกตเห็นตัวอ่อนภายในมีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ลักษณะสำคัญ คือ เมื่อตัวอ่อนหยุดการเคลื่อนไหว จะเห็นถุงขับถ่ายลักษณะเป็นก้อนสีดำขนาดใหญ่ชัดเจน นอกจากนั้น จะสังเกตเห็นอวัยวะสำหรับดูดเกาะทั้ง 2 อันได้ดี และเห็นมีจุดสีเหลืองเข้มกระจายอยู่ทั่วไป ตัวอ่อนระยะนี้จะฝังตัวอยู่ในกล้ามเนื้อของปลา หากเก็บปลาไว้ในน้ำเกลือ ปกติจะอยู่ได้นานถึง 14 วัน ในอุณหภูมิ 4-8 องศาเซลเซียส อย่างไร

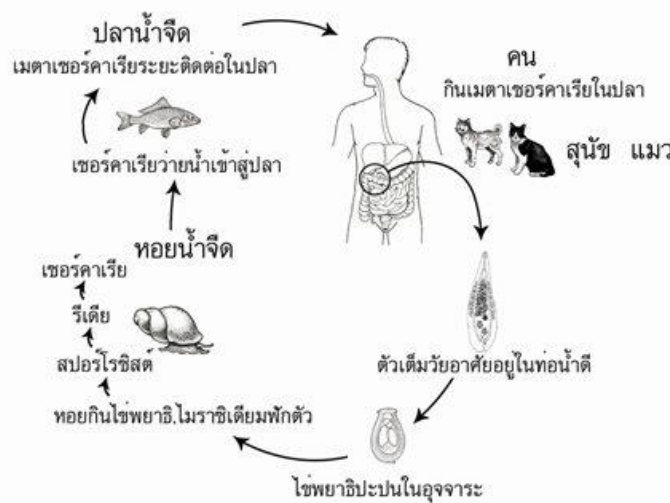
ก็ตาม ตัวอ่อนระยะติดต่อกับที่เก็บไว้นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง อัตราที่พยาธิเหล่านี้จะเจริญต่อไปเป็นตัวเต็มวัยในโฮสต์สุดท้ายจะลดลงตามลำดับ

จากการศึกษาเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของพยาธิใบไม้ตับในลักษณะต่าง ๆ พบว่าพยาธิใบไม้ตับตัวเต็มวัยมีรูปร่างคล้ายใบมะขาม ส่วนหน้าเรียว ส่วนท้ายป้าน สีน้ำตาลปนแดง ไข่มีลักษณะคล้ายหลอดไฟฟ้า และมีตัวอ่อนไมราซีเดียมเจริญเต็มที่แล้วอยู่ภายในไข่ ตัวอ่อนระยะเซอร์คาเรีย (Cercaria) เป็นตัวอ่อนที่เจริญเต็มที่แล้วออกจากหอยไซ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนลำตัวและส่วนหาง มีขนยาวสำหรับรับความรู้สึกทั้ง 2 ข้างของลำตัว ข้างละ 10 เส้น ส่วนหางจะยาวกว่าลำตัว ลักษณะยาวเป็นหางเดี่ยว มีครีบลักษณะเป็นเนื้อเยื่อบางทั้ง 2 ด้าน ส่วนตัวอ่อนระยะติดต่อกับ Metacercaria เป็นตัวอ่อนที่ฝังตัวอยู่ในกล้ามเนื้อของปลาในลักษณะเป็นถุงซิสต์ มีผนังบาง 2 ชั้น มีตัวอ่อนขดตัวอยู่ภายในลักษณะงอโค้ง

2.1.2 วงจรชีวิต

ตัวแก่ของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini* จะอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับของโฮสต์เฉพาะ เช่น คน สุนัข และแมว นอกจากนี้ยังอาจอาศัยอยู่ในถุงน้ำดีหรือตับอ่อนได้ ไข่ของพยาธิใบไม้ตับ จะปนออกมากับน้ำดี เข้าสู่ลำไส้เล็กและปนออกมากับอุจจาระ ถ้าไข่ตกลงสู่แหล่งน้ำ หอยน้ำจืดพวก *Bithynia Species* ซึ่งเป็นโฮสต์กลาง ลำดับที่หนึ่งจะกินไข่พยาธิใบไม้ตับเข้าไป ไข่จะฟักตัวออกมาเป็นไมราซีเดียม (Miracidium) แล้วเจริญต่อไปเป็นเซอร์คาเรีย (Cercaria) ซึ่งมีลักษณะหางยาวและมีครีบ ระยะเวลาตั้งแต่หอยกินไข่พยาธิ จนเซอร์คาเรียจะไซออกจากหอย เป็นเวลา 1 เดือน เซอร์คาเรียจะไซออกจากหอยไปฝังตัวในปลา น้ำจืดโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สอง เช่น ปลาขาว ปลาแม่สะแดง ปลาตะเพียนปลาสร้อยนกเขา ปลาสุตร ปลากะมัง เป็นต้น เซอร์คาเรียจะไซเข้าไปใต้เกล็ดปลาและเนื้อปลา แล้วสลัดหางทิ้งและสร้างถุงหุ้มตัว พยาธิเจริญต่อไปเป็นระยะติดต่อกับ คือ เมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ภายใน 3 สัปดาห์ขึ้นไป เมตาเซอร์คาเรียฝังตัวในรูปซิสต์ในปลา จะพบมากที่บริเวณหัว หางและกล้ามเนื้อหาง แต่จะพบน้อยที่บริเวณครีบ กล้ามเนื้อครีบและทวารของปลา เมื่อคนและสัตว์กินปลาที่มีระยะนี้แบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลา เมตาเซอร์คาเรียจะแตกออกจากซิสต์มาอยู่ในลำไส้ส่วนดูโอดินัม แล้วเดินทางผ่านเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ เดินทางต่อไปถึงท่อน้ำดีเล็ก แล้วฝังตัวเจริญเป็นตัวแก่ต่อไป ระยะเวลาตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อกับของพยาธิใบไม้ตับเข้าไปจนถึงระยะเจริญเป็นตัวเต็มวัย และตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ (กรัณทรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และจักรกฤษณ์ พลราชม, 2557 อ้างอิงจาก Wykoff et al, 1965) คนที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถแพร่กระจายไข่พยาธิใบไม้ตับออกมาจากร่างกายได้นานถึง 30 ปี และโรคพยาธิใบไม้ตับไม่สามารถติดต่อโดยตรงจากคนสู่คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากผลงานวิจัยจากศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิ ใบไม้ตับที่พบในบุคคลนั้นและความถี่หรือจำนวน

ครั้งที่ได้รับพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ๆ ซึ่งจำนวนพยาธิใบไม้ตับตัวอ่อนที่พบในปลาหลายชนิดจากหลายแหล่งน้ำมีพยาธิเพียง 1-2 ซีสต์ ต่อปลา 1 ตัว การที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มีพยาธิใบไม้ตับจำนวนมากแสดงว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมกินปลาดิบบ่อยครั้ง ทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบซ้ำและเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (วันทนา กลางบุรีรัมย์ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิมงคล, 2555) วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini* ดังแสดงในচিতพลาต! ไม่พบแหล่งการอ้างอิง3



ภาพประกอบ 3 วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini*

ที่มา : โภศล รุ่งเรืองชัย (2552)

จากการศึกษาวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ พบว่า คนที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับเมื่อขับถ่ายอุจจาระนอกส้วม ถ้าไข่พยาธิตกลงสู่แหล่งน้ำ หอยไซ ซึ่งเป็นโฮสต์กลางลำดับที่หนึ่งจะกินไข่พยาธิใบไม้ตับเข้าไป ไข่จะฟักตัวออกมาเป็นไมราซิเดียม (Miracidium) แล้วเจริญต่อไปเป็นเชอร์คาเรีย (Cercaria) ซึ่งมีลักษณะหางยาวและมีครีบ เชอร์คาเรียจะไซออกจากหอยไซเข้าไปใต้เกล็ดปลาและเนื้อปลา แล้วสลัดหางทิ้งและสร้างถุงหุ้มตัวแล้วเจริญต่อไปเป็นระยะติดต่อ คือ เมตาเชอร์คาเรีย (Metacercaria) เมื่อคนและสัตว์กินปลาที่มีระยะติดต่อแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เมตาเชอร์คาเรียจะแตกออกจากซิสต์มาอยู่ในลำไส้ส่วนดูโอเดนิม แล้วเดินทางผ่านเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ เดินทางต่อไปถึงท่อน้ำดีเล็กแล้วฝังตัวเจริญเป็นตัวแก่ต่อไป ระยะเวลาตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับเข้าไปจนถึงระยะเจริญเป็นตัวเต็มวัย และตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์

2.1.3 ระบาดวิทยา

สถานการณ์โรคหนองพยาธิในประเทศไทย ล่าสุดในปี 2552 จากการสุ่มศึกษาประชาชนทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 15,555 คน ผลการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.7 และจากรายงานสถานการณ์โรคหนองพยาธิที่เป็นปัจจุบันข้างต้นในปี 2552 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจความชุกของโรคหนองพยาธิในปี 2539, 2544 และ 2552 พบว่า ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมของประเทศดูเหมือนมีแนวโน้มอัตราการความชุกของโรคลดลง (ร้อยละ 11.8, 9.6 และ 8.7 ตามลำดับ) แต่เมื่อวิเคราะห์เป็นรายพื้นที่ โดยเฉพาะประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราการความชุกพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นในสัดส่วนร้อยละ 16.6 (ปี 2539 ร้อยละ 12.4 และปี 2544 ร้อยละ 15.7) (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ ยังคงมีชุกชุมในบางส่วนของประเทศไทย เนื่องจากปัจจัย 4 ประการ คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

2.1.3.1 นิสัยในการรับประทานอาหาร ประชาชนในท้องถิ่นที่มีอัตราการความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูง นิยมรับประทานอาหารดิบ โดยเฉพาะอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดดิบ ๆ ที่เรียกว่า “ก้อยปลา” จากปลาน้ำจืดและส่วนมากจะเป็นปลาที่ได้ในฤดูฝน ซึ่งมีระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียอยู่มากกว่าฤดูอื่น ๆ

2.1.3.2 การแพร่กระจายของโรคยังดำเนินอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากการสุขาภิบาลในชนบทยังพัฒนาไม่ทั่วถึง การที่ชาวบ้านออกไปทำนาและถ่ายอุจจาระลงในน้ำ หรืออุจจาระตามพุ่มไม้ เมื่อฝนตกลงมาก็จะชะเอาอุจจาระลงไปในน้ำ ทำให้ไข่พยาธิมีโอกาสเข้าไปเจริญในหอยได้

2.1.3.3 ในแหล่งน้ำต่าง ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหอยตัวนำโฮสต์ตัวกลางตัวที่หนึ่งและปลาตัวนำโฮสต์ตัวกลางตัวที่สองอยู่ร่วมกัน ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับสมบูรณ์ตลอดจนภูมิอากาศของประเทศไทยเหมาะสมต่อการเจริญพันธุ์ของหอยและปลาตัวนำโฮสต์ตัวกลาง

2.1.3.4 รัฐบาลสนับสนุนเกษตรกรโดยสร้างแหล่งน้ำ ซึ่งเป็นการเพิ่มแหล่งเพาะพันธ์ของหอยและปลาซึ่งเป็นโฮสต์ตัวกลาง

จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า สถานการณ์โรคหนองพยาธิในประเทศไทย 2552 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจความชุกของโรคหนองพยาธิในปี 2539, 2544 และ 2552 พบว่า อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ยังคงมีอัตราการความชุกที่สูงมากกว่าภาคอื่น ๆ โดยมีสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ การขับถ่ายอุจจาระนอกส้วมทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรค และแหล่งน้ำในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเอื้อต่อวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ

2.1.4 การติดต่อ

การติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

2.1.4.1 คนหรือสัตว์เป็นโรคนี้ได้ โดยรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารปลาดิบที่สำคัญในภาคอีสาน คือ “ก้อยปลา”

2.1.4.2 เมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับ โอปิสทอร์คีส วิเวอรีนี ตายง่ายและไม่คงทนต่อสิ่งแวดล้อม เช่น เก็บไว้ในตู้แช่แข็งอุณหภูมิ 4-10 องศาเซลเซียส ได้เพียง 10-14 วัน ปลาจ๋า ซึ่งเป็นอาหารที่หมักไว้ในความเค็มค่อนข้างสูงและเป็นเวลานาน ไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ผู้บริโภค

2.1.4.3 สาเหตุที่ทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับคงอยู่ หรือแพร่ขยายในท้องถิ่นนั้น ๆ คือ

(1) อุปนิสัยที่ชอบรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบดิบ ๆ หรือแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชากรในภาคนั้น ในภาคอีสานได้แก่ “ก้อยปลา”

(2) อุปนิสัยของการไม่จำเป็นต้องมีหรือใช้ส้วม การถ่ายอุจจาระลงพื้นดิน

(3) ในท้องถิ่นนั้น ๆ มีหอยชนิดที่ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ โอปิสทอร์คีส วิเวอรีนี เจริญเติบโตได้ เช่น หอย *Bithynia Goniomphalus* ในภาคอีสาน และหอย *Bithynia Funiculata* ในภาคเหนือ นอกจากนี้ในท้องถิ่นนั้น ๆ จะต้องมีปลาน้ำจืดชนิดที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางอยู่ด้วย จึงจะทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับครบสมบูรณ์

จากการศึกษาเรื่องการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับติดต่อโดยการกิน โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

พยาธิวิทยาและลักษณะทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิก อาการของโรคพยาธิใบไม้ตับจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิใบไม้ตับตัวแก่ที่มีอยู่ในตับของผู้นั้น ระยะเวลาที่ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิสภาพการเสียของตับที่เกิดขึ้นตลอดจนโรคอื่น ๆ ที่อยู่ในผู้ป่วยนั้น สามารถแบ่งลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับออกเป็น 4 ชนิด (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) คือ

1) ชนิดไม่มีอาการ ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีพยาธิตัวแก่ในตับน้อยมากเพียง 100-200 ตัวผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติ เมื่อตรวจร่างกายก็ไม่พบสิ่งผิดปกติ แม้จะพบไข่พยาธิในอุจจาระก็พบเป็นจำนวนน้อย ผู้ป่วยประเภทนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

2) ชนิดอาการอย่างอ่อน ผู้ป่วยประเภทนี้มักมีอาการท้องขึ้น ท้องอืดเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังอาหาร แต่ไม่เบื่ออาหาร มักพบว่า มีความรู้สึกอกร้อนบริเวณตับได้ชายโครงขวาหรือตรงลิ้นปี่ คลำตับไม่พบว่ามีโต และกดบริเวณตับไม่มีเจ็บที่ใด ไม่มีอาการตัวเหลือง อาการเหล่านี้จะพบ

ได้ในผู้ป่วยที่มีไข่วพยาธิใบไม้ตับอยู่ในอุจจาระประมาณ 1,000-9,999 ฟอง ต่ออุจจาระ 1 กรัม ผู้ป่วยประเภทนี้ ถ้าให้ยารักษาจะได้ผลดี

3) ชนิดอาการอย่างปานกลาง ผู้ป่วยประเภทนี้ มีอาการของพยาธิใบไม้ตับอย่างชัดเจนเนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมากค่อนข้างมาก (ไข่วพยาธิในอุจจาระประมาณ 10,000 - 30,000 ฟอง ต่ออุจจาระ 1 กรัม) ผู้ป่วยจะมีอาการท้องขึ้นท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย มักจะปรากฏเป็นประจำในลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ มีอาการเจ็บตื้อและรู้สึกร้อน ๆ บริเวณตับ บางครั้งมีไข้ต่ำ ๆ ตับอาจคลำพบและกดเจ็บบ้าง ผู้ป่วยบางรายถ่ายอุจจาระบ่อย ๆ วันละหลายครั้งสลับกับท้องผูก บางครั้งก็มีอาการตัวเหลืองเกิดขึ้น อาการเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วหายไป แล้วก็เกิดขึ้นมาใหม่อีกในรายที่เป็นค่อนข้างรุนแรงอาจเบื่ออาหาร ผอมลง มีอาการขาดอาหารและอาจมีบวมผสมด้วยก็ได้

4) ชนิดอาการรุนแรง ผู้ป่วยประเภทนี้อยู่ในพวกที่เรียกว่า ระยะสุดท้ายของโรคแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับพยาธิใบไม้ตับเข้าร่างกายซ้ำ ๆ กัน ติดต่อกันเป็นเวลานานนับเป็นสิบปีขึ้นไป ทำให้จำนวนพยาธิใบไม้ตับมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ เช่น อาการเบื่ออาหาร ชูบชืด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ขาบวม เส้นเลือดดำหน้าท้องเห็นชัด ท่อน้ำดีถูกอุดตัน ตัวเหลืองมาก อุจจาระสีซีด ตับโตมากขึ้น อาจเป็นซีสต์ (Cyst) ของตับ ตรวจคลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ หรือจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่มักพบร่วมกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับชนิดมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตในที่สุดจากการศึกษาเรื่องพยาธิวิทยาและลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าพยาธิใบไม้ตับตัวแก่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา โดยทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังท่อน้ำดี และการอุดกั้นท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิใบไม้ตับมีการเคลื่อนไหวไปมาอยู่ในนั้น และบางตัวไปอุดท่อน้ำดีส่วนปลาย บางคนเชื่อว่าพยาธิใบไม้ตับตัวแก่ขณะที่มีชีวิตอยู่หรือตายแล้วจะปล่อยสารบางอย่างออกมาทำให้เกิดการระคายเคือง ไม่ว่าจะเกิดจากการเคลื่อนไหวของพยาธิใบไม้ตับตัวแก่หรือสารบางอย่างนี้ จะทำให้เซลล์บุผนังท่อน้ำดีมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างผิดปกติ ทำให้ผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น ท่อน้ำดีจะตีบหรือแคบลง และเมื่อมีการอุดกั้นโดยตัวพยาธิ น้ำดีจะคั่งอยู่ภายในท่อน้ำดีส่วนปลาย ทำให้ท่อน้ำดีโป่งพองเป็นแห่ง ๆ บางแห่งจะกลายเป็นซีสต์ และมีท่อน้ำดีเล็ก ๆ เกิดขึ้นใหม่เพื่อช่วยให้น้ำดีไหลเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ได้ต่อไป การอักเสบของท่อน้ำดีพบบ่อยในระยะหลัง ๆ ของโรค เนื่องจากมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม การอักเสบอาจลามไปถึงเนื้อตับทำให้ตับอักเสบชนิดเป็นหนองและเป็นฝี ในรายที่เป็นนาน ๆ ตับจะแข็ง และในบางรายจะกลายเป็นมะเร็งของท่อน้ำดีต่อไปได้

2.1.5 การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ยังถือว่าเป็นการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดในปัจจุบัน (ประสิทธิ์ วัฒนาภา และชวลิต ไพโรจน์กุล, 2545) ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการตรวจแบบ Kato-Katz เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Kato's Thick Smear โดย Katz และผู้ร่วมงาน เพื่อตรวจหาจำนวนไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ซึ่งเป็นตัวสะท้อนความรุนแรงของโรค (Intensity of Infection) หรือจำนวนตัวแก่พยาธิที่อยู่ในร่างกายผู้ป่วย (กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2541)

การตรวจด้วยวิธี Kato-Katz

1) อุปกรณ์ตรวจ

- (1) กล้องจุลทรรศน์
- (2) กระจกสำหรับตรวจ (สไลด์)
- (3) แผ่นกระดาษแก้ว (กระดาษเซลโลเฟน) ขนาด 2.2 x 3 เซนติเมตร แช่น้ำยากลิเซอริน-มาลาโคท์กรีน อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ก่อนตรวจ
- (4) น้ำยากลิเซอริน-มาลาโคท์กรีน
- (5) ไม้จิ้มฟัน
- (6) จุกยางเบอร์ 7 หรือ 8
- (7) ปากคีบ
- (8) กระดาษแข็ง กว้าง 3 เซนติเมตร ยาว 4 เซนติเมตรหนา 0.137 เซนติเมตร เจาะรูตรงกลางขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.6 เซนติเมตร
- (9) ตะแกรงลวดขนาด 105 ช่องต่อตารางนิ้ว (105 Mesh) ตัดเป็นแผ่นสี่เหลี่ยมขนาดเท่ากระดาษแข็ง
- (10) กระดาษซับ หรือ กระดาษหนังสือพิมพ์ ขนาด 7 x 8 เซนติเมตร

2) วิธีการตรวจ

- (1) ใช้ไม้จิ้มฟันตักอุจจาระประมาณเท่าปลายนิ้วก้อย วางลงบนกระดาษซับ เพื่อให้ดูตื้นน้ำออกบ้าง
- (2) วางตะแกรงลวดลงบนอุจจาระ ใช้ไม้จิ้มฟันกดลงบนตะแกรงลวด ให้อุจจาระกรองลอดผ่านตะแกรงขึ้นมา (ถ้าไม้จิ้มฟันปลายแหลมควรตัดปลายแหลมออก)
- (3) ใช้ไม้จิ้มฟันครูดเอาอุจจาระส่วนที่ลอดผ่านตะแกรงลวดออกมา แล้วนำไปใส่ในรูของกระดาษแข็งซึ่งวางอยู่บนกระจกสไลด์จนเต็มรูพอดี (ใช้ไม้จิ้มฟันปาดให้เสมอ)
- (4) ยกแผ่นกระดาษแข็งขึ้นตรง ๆ อุจจาระจะติดอยู่บนแผ่นสไลด์

(5) ใช้แผ่นกระดาษแก้วที่แช่อยู่ในน้ำยาเกลือเชอริน-มาลาโคทกรีน ปิดลงบนอุจจาระ

(6) ใช้จุกยางกดบนกระดาษแก้ว เพื่อให้อุจจาระแผ่กระจายออกไปและให้บางพอเหมาะที่จะตรวจได้ตลอด

(7) ตั้งทิ้งไว้ประมาณ 20-30 นาที

(8) ตรวจนับไข่พยาธิแต่ละชนิดทั้งหมดในสไลด์

3) ข้อควรระวังอย่าทิ้งแผ่นสไลด์ที่เตรียมแล้วไว้นานเกินไป เพราะจะทำให้อุจจาระแห้งเกินไป ทำให้มีช่องว่างของอากาศอยู่รอบ ๆ ไข่พยาธิ ทำให้ไม่สามารถมองเห็นไข่พยาธิได้ชัดเจน

4) การคำนวณหาจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ 1 กรัม (Egg per Gram of Feces) หรือ E.P.G โดยคูณจำนวนไข่ที่นับได้ด้วย 23 ตัวเลข 23 เป็นค่าประมาณจากการนำ 1,000 มิลลิกรัม มาตั้งแล้วหารด้วย 43.7 มิลลิกรัม

5) ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ปริมาณการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสามารถจำแนกตามจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ ดังนี้

(1) ปริมาณการติดเชื้อเล็กน้อย ไม่รุนแรง (Light) มีจำนวนไข่พยาธิ 1-999 ใบในอุจจาระ 1 กรัม

(2) ปริมาณการติดเชื้อปานกลาง (Medium) มีจำนวนไข่พยาธิ 1,000-9,999 ใบในอุจจาระ 1 กรัม

(3) ปริมาณการติดเชื้อมาก (Heavy) มีจำนวนไข่พยาธิ 10,000-29,999 ใบในอุจจาระ 1 กรัม

(4) ปริมาณการติดเชื้อรุนแรงมาก (Very Heavy) มีจำนวนไข่พยาธิ 30,000 ใบขึ้นไปในอุจจาระ 1 กรัม

จากการศึกษาเรื่องการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ พบว่า วิธีการตรวจแบบ Kato-Katz เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจาก Kato's Thick Smear ซึ่งเป็นวิธีการตรวจที่ไม่ยุ่งยาก และให้ผลที่น่าเชื่อถือมากกว่าวิธีการตรวจแบบ Kato's Thick Smear ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิแบบ Kato-Katz

2.1.6 การรักษา

ยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน คือ ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) จากการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของยาพราซิควอนเทล ได้มีการนำยาพราซิควอนเทล มาทดลองใช้รักษาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini* ในประเทศไทยกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดีและมีผลข้างเคียงน้อย และได้มีการศึกษาหาขนาดของยาที่เหมาะสมในการรักษาคือ 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยให้กิน

3 ครั้งหลังอาหารเป็นเวลา 1 วัน ซึ่งสามารถกำจัดพยาธิได้ ร้อยละ 100 และตรวจไม่พบไข่พยาธิในอุจจาระของผู้ป่วยในวันที่ 60 และ 4-8 เดือน หลังจากได้รับยา (ปิยะ เสรีรักษ์, 2557 อ้างอิงจาก Harinasuta, 1961)

ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดมีอาการน้อย หรือปานกลางที่ไม่มีโรคอื่นผสมด้วย เช่น โรคตับแข็ง หรือเนื้องอกร้ายในตับ ยานี้ไม่มีสีเกือบไม่มีกลิ่น รสขมเล็กน้อย ไม่ละลายน้ำ ละลายได้เล็กน้อยในแอลกอฮอล์ เมื่อรับประทานยานี้ ยาจะถูกดูดซึมเข้าร่างกายอย่างรวดเร็ว ให้ความเข้มข้นในร่างกายสูงสุดใน 1-2 ชั่วโมง ยาประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์จะถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย ยานี้มีฤทธิ์อำนาจทำลายตัวพยาธิใบไม้ตับโดยตรง หลังจากให้ยานี้ได้ 1 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาเวลาอุจจาระจะมีพยาธิใบไม้ตับออกมาในอุจจาระเป็นจำนวนมากในลักษณะถูกทำลาย ขนาดยาที่ให้ คือ ครั้งละ 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 3 เวลา หลังอาหารต่อวัน หรือในรายที่ให้การรักษาแบบหมู่ ก็ให้ครั้งเดียวหลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน ขนาด 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การให้ยาในปริมาณดังกล่าวข้างต้น มีโอกาสหายจากโรคมากกว่า ร้อยละ 95 ผลแทรกแซงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเดินเล็กน้อย บางคนจะปวดเมื่อยตัวและรู้สึกร้อน ๆ ตัว ห้ามใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์และในระหว่างให้นมบุตร เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ที่เป็นไข้เนื่องจากโรคบางอย่างอยู่ห้ามรับประทาน

จากการศึกษาเรื่องการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้ผลดีที่ใช้ในปัจจุบัน คือ ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) โดยขนาดยาที่ให้ คือ 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยให้กิน 3 ครั้งหลังอาหารเป็นเวลา 1 วัน ซึ่งสามารถกำจัดพยาธิได้ ร้อยละ 100 และตรวจไม่พบไข่พยาธิในอุจจาระของผู้ป่วยในวันที่ 60 และ 4-8 เดือน ผู้วิจัยจึงให้ยารักษาผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับในการวิจัยในครั้งนี้ด้วยยาพราซิควอนเทล

กลวิธีในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลวิธีในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้กลวิธีดำเนินงานดังนี้ (ศิวาพร พิมพ์เรือง, 2557)

- 1) ทำการตรวจอุจจาระประชาชนในท้องที่มีโรคพยาธิใบไม้ตับปีละ 1 ครั้ง และให้ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป
- 2) ให้การรักษาผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ยาพราซิควอนเทล 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การรักษาต้องกระทำโดยกว้างขวางทั่วถึง ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 95 ต้องได้รับการรักษา จุดมุ่งหมายเพื่อลดแหล่งแพร่กระจายโรค
- 3) กลวิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนที่กินปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ให้ไปกินปลาปรุงสุกดีแล้ว เพื่อหยุดยั้งการติดโรคพยาธิจากปลาดิบ

4) ส่งเสริมปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในเด็กและคนทั่วไปที่ไม่เคยกินอาหารจำพวกปลาที่ปรุงอย่างสุก ๆ ดิบ ๆ หรือปลาดิบ โดยมุ่งเน้นการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนและส่งเสริมค่านิยมในการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย

5) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมใช้ และถ่ายอุจจาระในส้วมหรือในลักษณะที่สามารถป้องกันมิให้อุจจาระถูกน้ำพัดพาลงสู่แหล่งน้ำได้ โดยดำเนินการพัฒนาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อบรมปลูกฝังนิสัยการถ่ายอุจจาระให้กับเด็กในการสอนสุขศึกษาในโรงเรียน

6) ทำให้ประชาชนรู้จักและสามารถพึ่งพาตนเองในการป้องกันโรค และมีส่วนร่วมในการควบคุมโครงการ ระบบพึ่งตนเองนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้ชุมชนพัฒนาตนเองมากขึ้นและเกิดความสำนึกเลิกกินปลาดิบหยุดยั้งการติดโรค

จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า พยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูง ปัจจัยที่สำคัญก็คือ พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด ดิบ ๆ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ และพฤติกรรมการขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะ แม้จะมียารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ให้ผลการรักษาที่ดี แต่การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาที่ปลายเหตุ และหากเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับระยะที่เป็นรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน จะไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันและควบคุมโรค จึงเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดโรค และเกิดการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับ แม้จะมีกลวิธีในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่บางข้อเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เช่น การกำจัดสัตว์ที่เป็นแหล่งแพร่กระจายของพยาธิ คือ สุนัขและแมว แต่สิ่งที่สามารถทำได้ง่ายและให้ผลดีคือ การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” โดยหนึ่งในเป้าหมายของยุทธศาสตร์นี้คือ การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยหนึ่งในมาตรการที่สำคัญของการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คือ การป้องกันโรคโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการดำเนินงานและกลวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวงสาธารณสุขจากการทบทวนวรรณกรรม มาประยุกต์เป็นหลัก 4 ป. 1 ข. บ่งเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ป. ที่ 1 ปรุงอาหารให้สุกสะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหาร และหลังการขับถ่าย ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ป. ที่ 4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 1 ข. คือ ขับถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง

ในการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มวัยแรงงาน จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองในพื้นที่บ้านท่าห้วยคำ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่บ้านโคกเจริญ ตำบลปากอ อำเภอนานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

จำนวน 50 คน ซึ่งทั้งสองหมู่บ้านมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่ใกล้เคียงกัน ขนาดของประชากร รวมถึงลักษณะพื้นที่ที่เอื้อต่อการเกิดโรคเหมือนกัน ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม การบริโภคที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งผู้ที่ตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ และพบไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับจะได้รับประทานยาพาราซิควอนเทล ขนาด 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 3 เวลา หลังอาหารต่อวัน และระยะเวลาตั้งแต่รับประทานยา รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับจนถึงตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับคือ 60 วัน หลังจากรับประทานยา ผู้วิจัยจึง ออกแบบการวิจัยให้ครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่คนใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ (ประมาณ 2 เดือน) และระยะเวลาตั้งแต่รับประทานยารักษาพยาธิใบไม้ตับจนถึงตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับคือ 60 วัน หลังจากรับประทานยา (ประมาณ 2 เดือน) ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย 4 เดือน เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ กลุ่มนี้ได้รับการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 เดือน หรือประมาณ 2 ช่วง ระยะเวลาของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หากมีการกินตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับเข้าไปจนตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ในอุจจาระ และศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบ ไข่พยาธิใบไม้ตับและได้รับการรักษา ซึ่งจะตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ในวันที่ 60 หลังจากรับประทานยา และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปอีก 2 เดือน หรือ 1 ช่วง ระยะเวลาของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หากมีการกินตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับเข้าไปจนตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ เพื่อติดตามว่ามีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำหรือไม่

2.1.7 การทำลายสิ่งส่งตรวจ

- 1) เก็บมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ ทั้งลงในภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อถุงสีแดงที่ทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก ไม่รั่วซึม
- 2) บรรจุมูลฝอยได้ไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของความจุของภาชนะ แล้วมัดปากถุงให้แน่น ก่อนทิ้ง
- 3) นำมูลฝอยมารวบรวมเพื่อรอการจัดเก็บ ณ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง อำเภอดอนตาลจังหวัดมุกดาหาร
- 4) เคลื่อนย้ายมูลฝอยโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลดอนตาล ออกเก็บมูลฝอยหมุนเวียน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวบรวมเพื่อรอการจัดเก็บ ณ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
- 5) บริษัทเอกชนผู้ได้รับอนุญาตมารับไปกำจัด อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) ได้ให้คำนิยาม “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งทักษะเหล่านี้จะช่วยกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารในส่งเสริมและรักษาให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่จะเข้าไปมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในวิถีชีวิตของปัจเจกชน และสร้างความตระหนักถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (health determinants) และกระตุ้นให้ปัจเจกชนและกลุ่มบุคคลสามารถนำเอาปัจจัยกำหนดสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้ การให้การศึกษาด้านสุขภาพจะสำเร็จได้ย่อมเกิดขึ้นจากมีวิธีการที่เป็นมากกว่าการกระจายข้อมูลข่าวสารและทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมหรือการวิเคราะห์วิจารณ์เท่านั้น หากแต่การให้การศึกษาด้านสุขภาพ (Health Education) ในรูปแบบของความรู้ด้านสุขภาพจะต้องนำไปสู่ประโยชน์ของปัจเจกและสังคมเช่นการทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และการทำให้เกิดการพัฒนาไปสู่ทุนทางสังคมได้ มุมมองนี้เป็นเรื่องของอำนาจและความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ส่งผลกับการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ข้อมูลเหล่านั้น เช่น การส่งเสริมให้ผู้หญิงเข้าใจถึงข้อมูลสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ความรู้ด้านสุขภาพส่งเสริมให้เกิดการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับการยอมรับเรื่องสุขภาพและการพัฒนาเป้าหมายในระดับนานาชาติ ท่ามกลางภัยคุกคามเกิดขึ้น เช่น การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ และการเกิดโรคไม่ติดต่อจำนวนมาก

ดังนั้นสำหรับดอนนัทบีม (Don Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008) นิยามความรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกจึงเป็นการทำความเข้าใจการรู้หนังสือที่ไม่ใช่การรู้หนังสือพออ่านออกเขียนได้และเป็นมากกว่าการอ่านแผ่นประชาสัมพันธ์และการนัดหมายแพทย์แต่เป็นการทำให้พวกเขารู้จักการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและพัฒนาความสามารถในการใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสุขภาพจึงได้รับการพิจารณาให้เป็นการเสริมพลังอำนาจอย่างแท้จริง (Nutbeam, 1998; Nutbeam, 2008) นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นชุดของทักษะให้ผู้คนมีส่วนร่วมในสังคมที่ตนเองอยู่ได้อย่างเต็มที่มากขึ้น และขยายไปสู่การควบคุมสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้การอ่านออกเขียนได้ (รู้หนังสือ) จึงเป็นเพียงพื้นฐานสำหรับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทักษะระดับต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์ (Nutbeam, 2008)

ในประเทศไทย คำว่า Health Literacy มีการแปลไว้อย่างหลากหลายตามบริบท และปรัชญาของแต่ละหน่วยงานที่นำแนวคิดนี้มาใช้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2541)

2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

3. ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่มีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ ศึกษาโดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2556) เช่นเดียวกับ พจนานุกรมศึกษาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถานได้ให้นิยามว่า ความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ใช้ความรู้ ประเมินตนเอง และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งที่เป็นสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพชุมชนมีวิถีปฏิบัติที่สร้างเสริมสุขนิสัย ลดละเลิกพฤติกรรมที่ไม่เป็นคุณต่อสุขภาพ ใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพปรับปรุงตนเพื่อรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต พฤติกรรมที่แสดงความสามารถของบุคคลในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพคือการปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามหลักสุขนิสัย สามารถติดตามเข้าถึง ข่าวสารต่างๆ ด้านสุขภาพ เข้าใจและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์กับกลุ่มเพื่อน มีทักษะทางสังคมเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ รู้เท่าทันเทคโนโลยี สามารถสืบค้นและใช้ข้อมูลหลายด้าน เลือกรับเลือกข่าวสารข้อมูล เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเป็นกระบวนการและกิจกรรมที่ทำได้ทั้งในสถานศึกษาครอบครัว ชุมชน เป็นนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้ในระบบการศึกษาและการศึกษาตลอดชีวิต กระบวนการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพมีลักษณะบูรณาการ เริ่มจากการสร้างทักษะอ่านออกเขียนได้ คิดเลขเป็น การใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของการเรียนรู้ (functional literacy) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ จับประเด็น และประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจนเป็นสุขนิสัย ความสามารถในการตัดสินใจเชื่อและเลือกรับเลือกอย่างพอดีเหมาะสมกับวัยตลอดจนการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความฉลาดทางสุขภาพ จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต และเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของการจัดการศึกษา

4. ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญา และการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองทุนส่งเสริมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ธันวาคม 2553) และซึ่งในระยะหลังกองทุนศึกษาได้เปลี่ยนแปลงคำว่าความฉลาดทางสุขภาพมาเป็นคำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” อย่างไรก็ดี ในงานศึกษานี้จะใช้คำว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อใช้แทนคำว่าความฉลาดทางสุขภาพซึ่งก็ยังมีข้อถกเถียงเรื่องนัยยะของคำว่า “ฉลาด” ซึ่งถูกมองว่าเป็นคำที่แฝงไว้ด้วยอคติหรือทำให้ผู้ได้รับการพัฒนาถูกมองในเชิงลบได้ เพื่อหลีกเลี่ยงข้อถกเถียงดังกล่าวผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” เฉพาะงานศึกษานี้เท่านั้น ซึ่ง Don Nutbeam (2008) มองว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ

คือ “ต้นทุนชีวิต” (personal asset) ที่สามารถสร้างได้จากการศึกษาและพัฒนาทักษะการสื่อสาร ด้านสุขภาพที่ช่วยเสริมพลัง (empowerment) ในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ ขยายผลจากการควบคุมสุขภาพของพวกเขาเอง และส่งอิทธิพลต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยสรุปแล้วความรอบรู้ทางสุขภาพจะจึงหมายถึง “ต้นทุนของชีวิต” (asset of life) ที่สามารถสร้างได้จากการศึกษาและพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ทำความเข้าใจข้อมูล ประเมินข้อมูลสุขภาพต่างๆ ได้อย่างมีวิจารณญาณ สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถสื่อสารข้อมูลที่ตนเองมีความรู้ความเข้าใจไปยังผู้อื่นเพื่อให้เกิดทางเลือกด้านสุขภาพในวงกว้าง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2.2.2 ความเป็นมาของแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ

Health Literacy มีรากฐานสำคัญมากจากปัญหาการอ่านออกเขียนได้ (Literacy) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การรู้หนังสือน้อยหรืออ่านออกเขียนได้ (Low literacy) ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ (Paker, 2000; Nutbeam, 2008) การเชื่อมโยงความไม่สามารถอ่านออกเขียนได้กับปัญหาด้านสุขภาพนี้เกิดขึ้นในแคนาดาและที่อื่นๆ ทั่วโลก องค์การสุขภาพของประเทศแคนาดาเห็นว่า การอ่านออกเขียนได้ส่งผลสำคัญกับการมีงานทำ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการดูแลสุขภาพของประชาชน อันจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้แคนาดาได้มุ่งเน้นไปที่การสอนให้คนสามารถพูดสื่อสารได้หลายภาษา ทั้งภาษาถิ่นและภาษาสากล การสื่อสารดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำคัญ ที่เรื่องให้ประชาชนแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง และส่งผลทำให้ประเทศพัฒนาต่อไปได้ อีกทั้งยังช่วยเสริมศักยภาพในการแข่งขันระดับนานาชาติอีกด้วย (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ขณะที่ในสหรัฐอเมริกา มีการส่งเสริมให้การอ่านออกเขียนได้เป็นวาระแห่งชาติโดยนโยบายที่สำคัญอย่าง “ประชาชนสุขภาพดี ค.ศ. 2010 และ 2020” (Healthy People 2010 and 2020) ซึ่งเกิดขึ้นมากจากการประเมินระดับการรู้หนังสือในวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy 2003) และพบปัญหาการรับรู้ ความเข้าใจ และการทำตามคำแนะนำของแพทย์ ส่งผลให้คนเหล่านี้มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ (Low Health Literacy) กรณีที่พวกเขาไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ ไม่เข้าใจและไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ได้ ทำให้เกิดผลกระทบในด้านการรักษาทางการแพทย์ วงการสาธารณสุขในวงกว้างและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศด้วย (กองสุศึกษา, 2554. 6-7) สอดคล้องกับข้อมูลจากหลายประเทศที่พัฒนาแล้วแสดงว่าระดับการรู้หนังสือต่ำส่งผลให้เกิดการไม่ยอมใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่จัดไว้ให้ และยังบ่งชี้ว่าประชาชนป้องกันโรคและการจัดการตนเองขณะที่เป็นโรคนั้นน้อยมาก (Nutbeam, 2008) จากที่กล่าวมาข้างต้นการตีความคำนิยามคำว่า Health Literacy มีความแตกต่างกันออกไป เนื่องจากจุดกำเนิดของแนวคิดดังกล่าวแตกต่างกัน ดังที่

Don Nutbeam (2008) ได้กล่าวว่าในแง่หนึ่งในการแพทย์มองว่าเป็นเรื่องของ “ความเสี่ยง” ในขณะที่ทางด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษามองว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจะเป็น “ต้นทุนของชีวิต” (personal asset) คำว่า Health Literacy มีรากฐานมาจากส่วนหนึ่งของการรักษาทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่แพทย์สั่งได้อย่างถูกต้อง และสามารถสื่อสารถึงความต้องการของตนเอง ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกัน ตรวจสอบและเฝ้าระวังโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ด้วยตนเองได้ เพื่อลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่มีอยู่อย่างจำกัดในทางการแพทย์นั้น นอกจากนี้วงการแพทย์มองว่าความรอบรู้ทางสุขภาพหากผู้ป่วยมีน้อยเกินไปถือเป็นความเสี่ยง (risk)

รูปแบบนี้มองว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจะเป็นปัจจัยความเสี่ยงที่จำเป็นต้องกล่าวถึงและจะต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในทางการแพทย์ เริ่มต้นด้วยการประเมินความรู้เบื้องต้นที่เหมาะสมและ/หรือการรู้หนังสือด้านระดับการอ่านของบุคคล โดยการใช้เครื่องมือประเมินอย่าง REALM หรือ TOFHLA มันสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบริบทการสื่อสาร แม้การจัดการการบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อมในทางการแพทย์นั้นอ่อนไหวมากยิ่งขึ้นกับการรู้หนังสือระดับต่ำ การจัดการการให้บริการและการปรับตัวของบุคลากรทางการแพทย์สามารถพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านการรักษาสุขภาพและเพิ่มคุณภาพของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้จัดการบริการด้านดูแลสุขภาพได้ ส่งผลให้เกิดการริเริ่มการนำไปสู่การจัดการศึกษาให้กับคนไข้ที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการและความสามารถของแต่ละบุคคล คล้ายกับเป็นผลในการพัฒนาความสามารถของคนไข้ในการเชื่อมั่น ต่อคำแนะนำในการรักษาทางการแพทย์ ในทางกลับกันมันจะนำไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดการเชื่อมโยงกันส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Nutbeam, 2008) ในอีกแง่หนึ่งแนวคิดเรื่อง Health Literacy เกิดขึ้นมากจากการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาด้านสุขภาพและการสื่อสารเป็นหลัก โดยมองว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจะเป็น “ต้นทุนของชีวิต” (personal asset) สามารถสร้างได้ผ่านการศึกษาของผู้ป่วยซึ่งอาจจะมีทางเลือกในการทำความเข้าใจมากยิ่งขึ้นในการจัดการตนเองกับโรค และสามารถพัฒนาทักษะของตนเองเพื่อเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิสัมพันธ์กับนักจัดให้บริการสุขภาพและความสามารถของคนไข้ในการแสวงหาความรู้หรือต่อรองในระบบการดูแลสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรอบรู้ทางสุขภาพคือการรู้หนังสือประกอบด้วย การอ่าน การเขียน การคำนวณ และความรู้เบื้องต้นของบุคคลซึ่งเป็นทักษะการเรียนรู้พื้นฐานที่สามารถจะนำมาพัฒนาโดยการให้ความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เมื่อความรู้และความสามารถเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มี ความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย และด้วยความรู้และความสามารถที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ทำให้คนเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งยึดมั่นสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นความรู้

และความสามารถด้านสุขภาวะนอกจากนี้ความรู้และความสามารถด้านสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นยังทำให้บุคคลมีทักษะในการต่อรองและการจัดการตนเอง (Nutbeam, 2008)

2.2.3 หลักการของความรอบรู้ทางสุขภาวะ

ดอน นัทบีม (Don Nutbeam, 2000) ได้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาวะให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) เขาได้เขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century (Nutbeam, 2000, 2008) เสนอรายละเอียดไว้ดังนี้เนื้อหาของ การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะเป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติของบุคคล และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหรือการใช้บริการทางด้านสุขภาพ สุขศึกษาควรคำนึงถึงตัวบ่งชี้ทางสุขภาพด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมและนำไปสู่การส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมของบุคคลและหมู่คณะที่จะขยายไปยังตัวบ่งชี้สุขภาพด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยรวมด้วย ทั้งนี้เป้าหมายที่สำคัญของการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะหรือ “ประโยชน์ด้านสุขภาพ” เป็นการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในระดับบุคคลที่ทำให้เกิดประโยชน์ส่วนบุคคล เช่น มีทางเลือกในการส่งเสริมวิถีชีวิตการมีสุขภาพดี และ การใช้บริการสุขภาพที่จัดไว้ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประโยชน์ด้านสุขภาพยังขยายไปสู่การมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น โดยประชากรจะได้รับประโยชน์ในด้านสังคม เช่น เกิดกิจกรรมของชุมชนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้เกิดการพัฒนาทุนทางสังคมการจัดการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะนั้นจะต้องมีตัวกำหนดพฤติกรรมที่บ่งชี้ให้เห็นถึง ความรอบรู้ทางสุขภาวะ ซึ่งจากการศึกษาแนวทางพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัวด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา) ได้แบ่งพฤติกรรม ที่บ่งชี้ถึงการเป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพไว้ 5 พฤติกรรมหลัก (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา) ดังนี้

การเข้าถึง (Accessibility: Ac) หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบเชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ

การเข้าใจ (Understanding: Un) หมายถึง การตีความ แปลความ อ่างอิง จำแนก ประเภทและลักษณะสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องกับกฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อประมวลความรู้ ความคิดรวบยอดจากข้อมูลและสารสนเทศนั้น

การประเมิน (Assessment: As) หมายถึง การตรวจสอบ อ้างอิง ทำนายวิเคราะห์ เปรียบเทียบ เชิงตัดสินข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสภาวะ โดยคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วย หลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อเลือกและสรุปเป็นหลักการและแนวปฏิบัติที่เหมาะสม

การประยุกต์ใช้ความรู้ (Utilization: Ut) หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของการเสริมสร้างความสุขของชีวิต ไปประยุกต์ โดยคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วย หลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ และหน้าที่ ตามกฎ ระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต

การสื่อสาร (Communication: Co) หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ต่อรอง และรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสภาวะ ด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลัก เหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อกระตุ้น ชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา)

2.2.4 ระดับความรู้ทางสภาวะ

ความรู้ด้านสภาวะ หมายถึง ระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางการคิด ด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสภาวะ และบริการทางสภาวะที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการ จูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการ สภาวะตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษา สภาวะที่ดีของตนเองไว้เสมอ โดยแบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่

2.2.4.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสภาวะ (เข้าถึง) หมายถึง การเลือกแหล่งข้อมูล และบริการสภาวะที่น่าเชื่อถือ สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง

2.2.4.2 ความรู้ความเข้าใจ (เข้าใจ) หมายถึง การมีความรู้และจำเนื้อหาสาระสำคัญ ด้านสภาวะ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสภาวะในการที่จะนำไปปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน

2.2.4.3 ทักษะการสื่อสาร (โต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน) หมายถึง ความสามารถ บอกเล่าเรื่องของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้ สามารถชักถาม พุดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้ข้อมูลและบริการ สภาวะที่เหมาะสมกับตนเอง

2.2.4.4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ตัดสินใจ) หมายถึง ความสามารถในการ เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียอย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม

2.2.4.5 ทักษะการจัดการตนเอง (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) หมายถึง การปรับเปลี่ยน การปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

2.2.4.6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (บอกต่อ) หมายถึง ความสามารถในการ จูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้และเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้

ผลที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นจากการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพะ Nutbeam (2008) ได้เสนอว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรู้ทางสุขภาพะให้ไปไกลกว่าการอ่านออกเขียนได้ โดยเขาเน้นที่ความรู้ทางสุขภาพะในระดับปฏิสัมพันธ์และการวิพากษ์หรือการใช้ข้อมูลอย่างมี วิจารณ์ญาณ สำหรับ นัทบีม ความรู้ทางสุขภาพะจึงสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับ 1 ความรู้ทางสุขภาพะขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy เป็นสุขศึกษาซึ่งอยู่บนฐานของการสื่อสารข้อมูลข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพ และ วิธีการใช้บริการระบบสุขภาพ แต่วิถีการปฏิบัติดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการมุ่งหมายเพื่อพัฒนาความรู้ ด้านความเสี่ยงทางสุขภาพและการบริการสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ซึ่งโดยทั่วไปกิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลดีในระดับบุคคล (เช่นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมต่างๆ ในการสร้างภูมิคุ้มกันและการคัดกรองโรค โดยมุมมองเหล่านี้จะไม่นำไปสู่การสื่อสารเชิงปฏิสัมพันธ์ และไม่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะต่างๆ และเป็นอิสระ เช่นรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมนี้มีการสร้างข้อมูลเฉพาะกิจและการศึกษาของผู้ป่วยแบบดั้งเดิม (Nutbeam, 2008) ระดับความรู้ทางสุขภาพะเช่นนี้จึงเป็นการให้ความสำคัญกับทักษะพื้นฐานด้านการฟังพูดอ่านและเขียนที่จำเป็นต่อ ความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวันโดยคิกบัสช (Kickbusch I, 2008) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียน ข้อมูลการดูแลสุขภาพความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและคำอธิบายของแพทย์ พยาบาลเภสัชกรรวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้แก่การรับประทานยาตามกำหนด และการนัดหมาย”

ระดับ 2 ความรู้ทางสุขภาพะขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative /interactive health literacy สะท้อนให้เห็นผลที่เกิดจากมุมมองสุขศึกษาที่พัฒนามาในช่วงหลาย ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย มุมมองนี้เป็น มุมมองทางการศึกษาที่เน้นพัฒนาสมรรถภาพของบุคคลในการหาความรู้ได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะการ กระตุ้นและสร้างความมั่นใจในการทำตามคำแนะนำที่ได้รับ กิจกรรมส่วนใหญ่จะส่งผลดีต่อบุคคล มากกว่าผลดีต่อประชากรโดยรวม ตัวอย่างของกิจกรรมมักพบในโปรแกรมสุขศึกษาในโรงเรียนร่วม สมัยที่พัฒนาระดับบุคคลและสังคมและผลเชิงพฤติกรรม (Nutbeam, 2008) ทักษะที่ใช้ในระดับนี้คือ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้า

ร่วมกิจกรรมรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาวะขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ critical health literacy เป็นการพัฒนาการรับรู้และทักษะที่เกิดขึ้นมาเพื่อไปสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและการเมืองอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับกิจกรรมของปัจเจกบุคคล ในกระบวนการนี้สุขศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับการสื่อสารข้อมูลและการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่ช่วยตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางการเมืองและความเป็นไปได้ของรูปแบบกิจกรรมทางสังคมที่ หลากหลายที่ช่วยบ่งชี้ให้เห็นถึงตัวกำหนดสุขภาพด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ทางสุขภาวะในระดับนี้ ส่งผลดีต่อประชากรอย่างเห็นได้ชัด ขณะเดียวกันก็เป็นประโยชน์ต่อปัจเจกบุคคลด้วย สุขศึกษาในกรณีนี้นำไปสู่การพัฒนาสมรรถภาพของปัจเจกบุคคลและสังคมในการปฏิบัติตามตัวกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทักษะในขั้นนี้เน้นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ความรอบรู้ทางสุขภาวะระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกันจึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไปขณะที่วิธีการของการศึกษา (Method of education) และการสื่อสารถือเป็นความท้าทายที่จะต้องหาวิธีการต่างๆ มาใช้ในการสื่อสารเชื่อมโยงให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ เกิดการมีส่วนร่วมและการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ ซึ่งคล้ายกับรูปแบบการศึกษา “ปลุกจิตสำนึกด้านวิจารณ์ญาณ” (critical consciousness) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีชื่อเสียงของนักการศึกษาชาวบราซิลอย่าง Paulo Freire ขณะเดียวกันมีการตั้งคำถามที่ว่าความรู้พื้นฐานของการอ่านออกเขียนได้ขั้นพื้นฐานจะต้องนำมาใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะด้วยหรือไม่ งานศึกษาของ Freire และคนอื่นๆ ได้พัฒนารูปแบบโปรแกรมการศึกษาในวิธีของเขา (สำนักงานเลขาธิการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556 อ้างอิงจาก Wallerstein and Bernstein, 1988) แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิด “จิตสำนึกเชิงวิจารณ์ญาณ” (critical consciousness) ไปใช้ ทักษะด้านการอ่านออกเขียนได้มีความจำเป็นเพียงเล็กน้อยเท่านั้นหรือบางครั้งไม่จำเป็นเลย ก็สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ และให้ผลสำเร็จที่ใกล้เคียงกับการนิยามความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาวะเชิงวิจารณ์ญาณที่กล่าวมาแล้วเมื่อได้พฤติกรรมที่บ่งชี้แล้วในประเทศไทย สำนักงานเลขาธิการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้และได้มีการกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่นักการศึกษาหรือครูสามารถจะนำแนวคิดนี้ไปปรับใช้ได้ ในรูปแบบของตารางการวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาวะของดอน นัทปิม เพื่อใช้สำหรับวัดพฤติกรรมที่บ่งชี้ทั้ง 5 ด้าน

2.2.5 นโยบายสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ

สถานการณ์ด้านสุขภาพในระยะประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา ประเทศต่างๆ ล้วนประสบปัญหาโรคระบาดที่อุบัติขึ้นใหม่และตัวเลขของผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อมากยิ่งขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้หลายประเทศมีภาระค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรมอีกหลายประการตามมา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จึงรณรงค์ให้ประเทศต่างๆ ได้ตระหนักถึงแนวโน้มของการทำให้ประชากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ในแนวคิดซึ่งเรียกว่า *ความรอบรู้ทางสุขภาพ* (Health Literacy) โดยให้ความหมายว่าเป็นทักษะทางสังคมและปัญญาซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล เพื่อให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศที่ได้รับ เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพ (World Health Organization, 1998 อ้างถึงใน สำนักงานเลขาธิการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยในการประชุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประเทศสมาชิก องค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ที่ประเทศเคนยา นักวิชาการจำนวนมากเสนอให้การพัฒนาแนวคิดด้านความรอบรู้ทางสุขภาพควรมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างระบบสาธารณสุขและระบบการศึกษาซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วนได้แก่ 1) ระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน 2) ระบบการศึกษา ช่วยให้ประชาชนมีความรู้และทักษะพื้นฐาน 3) ระบบวัฒนธรรมและสังคม สนับสนุนการขับเคลื่อนสองระบบแรก เมื่อขับเคลื่อนระบบทั้งสามแล้วจะได้ผลลัพธ์ที่สำคัญคือ การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและในระดับประเทศ โดยปัจจุบันกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2559 - 2568 (ฉบับร่าง) ได้ตั้งเป้าหมายสำคัญภายในปี พ.ศ. 2568 ไว้ 2 ข้อดังนี้ 1) ร้อยละ 80 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy หรือความรอบรู้ทางสุขภาพ) ในระดับดีมาก และ 2) ร้อยละ 80 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับดีมาก โดยดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 4 ข้อ ได้แก่

1. สร้างวัฒนธรรมสุขภาพและส่งเสริมศักยภาพการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ทุกกลุ่มวัย (Culture & Competency Building) ยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเกิดการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและวัฒนธรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รู้เท่าทันสื่อ มีความรอบรู้และทักษะด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ทันท่อสถานการณ์ รวมทั้งมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวที่ถูกต้อง เหมาะสมตามกลุ่มวัย โดยมีทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย นอกจากนี้หน่วยงานด้านการสื่อสาร ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนร่วมรับผิดชอบต่อสังคมและมีส่วน

ร่วมในการส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพและการเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ทุกกลุ่มวัย

2. กำหนดควบคุมกำกับการใช้กฎระเบียบ และมาตรการทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทุกกลุ่มวัย (Regulation & Enforcement) มุ่งเน้นให้เกิดการผลักดันให้ชุมชนข้อกำหนด กฎหมายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และเหมาะสมกับวิถีชีวิต โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบและทุกภาคส่วนควบคุมกำกับ บังคับใช้กฎหมายอย่างถูกต้อง

3. พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทุกกลุ่มวัย (Management) เน้นผลักดันให้องค์กรทั่วประเทศมีระบบบริหารจัดการที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย มีกลไกในการการนำระบบบริหารจัดการที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติให้เกิดผล พัฒน่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ตลอดจนคลังข้อมูลความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินงานสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประเทศ

4. เสริมสร้างบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทุกกลุ่มวัย (Environment & Enabling Factors) เน้นให้องค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้แก่ประชาชนอย่างครอบคลุมและเหมาะสมตามกลุ่มวัย มีองค์กรธุรกิจ/ผู้ผลิตต้นแบบสินค้า/บริการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ตลอดจนสร้างค่านิยมในสังคม หรือแรงเสริมทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy หรือความรอบรู้ทางสุขภาพเ็นงานศึกษานี้) และพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนนับตั้งแต่ พ.ศ. 2557 โดยใช้กระบวนการสุศึกษาเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพและสุขภาพภาคประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งในปีงบประมาณ 2559 กองสุศึกษา มุ่งเป้าหมายไปที่ประชาชน 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มวัยเรียน (6-14 ปี) ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) โดยมี เป้าหมายหลักคือ

1. พัฒนาและควบคุมกำกับคุณภาพงานสุศึกษา ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาในสถานบริการสุขภาพภาครัฐระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน พัฒนาพื้นที่ต้นแบบเป้าหมาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่เรียนรู้ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพระดับประเทศแบบบูรณาการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ และโรงเรียนสุขบัญญัติในพื้นที่เดียวกัน ตามตัวชี้วัดที่กองสุศึกษากำหนด

2. พัฒนาการรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามกลุ่มวัย ส่งเสริมภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน โดยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นต้นแบบตามกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนลดโรคฯ/โรงเรียนสุขบัญญัติ และพัฒนาให้เป็นพื้นที่เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับประเทศตามที่กองสุศึกษากำหนด

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถามจนสามารถประเมินการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับ เลือกใช้บริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้จนสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ และด้านพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการพยาธิใบไม้ตับ และได้นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ (กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และจักรกฤษณ์ พลราชม, 2557) มาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจอูจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุด โดยดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการลดการเกิดพยาธิใบไม้ตับ มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และช่วยลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยพยาธิใบไม้ตับ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาคภูมิ สรรพวุธ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับโดยการประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้าน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคของกลุ่มเสี่ยงบ้านดอนเชียง ตำบลลุมพุก อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยบรรยายให้ความรู้ ชมวีดิทัศน์ ใช้สื่อหมอลำพื้นบ้าน การกระตุ้นเตือนและติดตามเยี่ยมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการโรค การ

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ศิวาพร พิมพ์เรือง (2557) ศึกษา การรับรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการรับรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการศึกษา พบว่า 1) การรับรู้ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความเชื่อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กาญจนา ฮามสมพันธ์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยการให้ความรู้ การสร้างพลังอำนาจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมให้กำลังใจภายหลังการทดลอง หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กิตติพงษ์ ศรีกล่อม และคณะ (2562) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางภูมิศาสตร์ความรู้ และพฤติกรรมที่มีต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ พบว่า ความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คือ 10.03%. ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ที่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพยาธิใบไม้ตับ การติดเชื้อในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอย่างน้อยเชื่อนและอ่างเก็บน้ำ (Adj. OR = 4.21, 95% CI: 2.49-7.13, $P < 0.001$) สรุปผลการศึกษา: ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. ปัจจัยทางภูมิศาสตร์และประชากรความรู้และพฤติกรรมการบริโภคดิบผลิตภัณฑ์จากปลามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ฉัตรลดา ดีพร้อม (2561) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.81 มีอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 32.53 สถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.52 กลุ่มตัวอย่างเคยกินปลาจากแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน ร้อยละ 98.80 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100.00 โดยส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 98.80 และส่วนใหญ่ ไม่มีญาติพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.72 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.47 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิ

ใบไม้ดับ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 71.08 การรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.95.และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.93

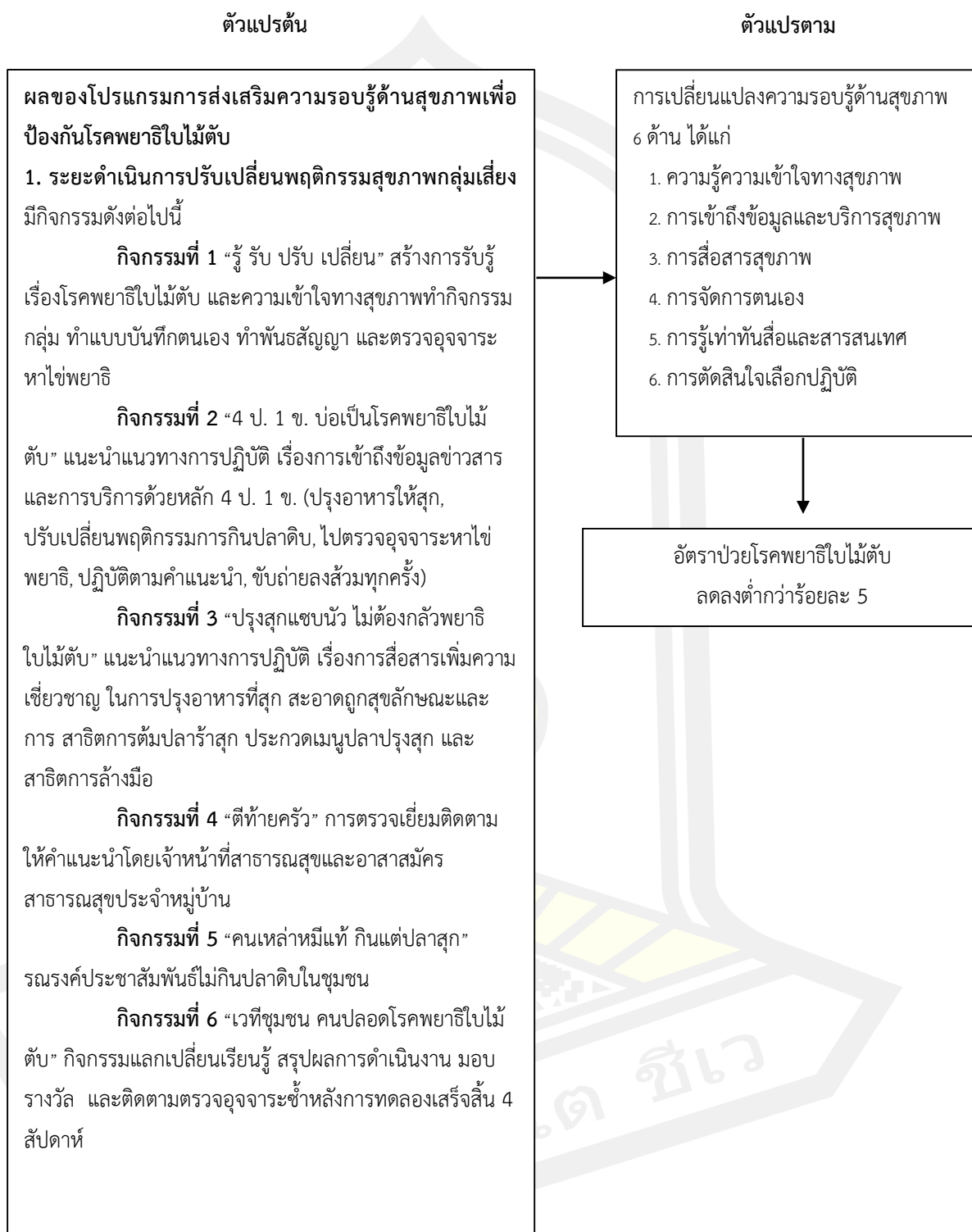
พรพัฒน์ ภูนาถม และทักษันย พัสตุ (2562) ศึกษากระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน ประกอบด้วย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญด้านควบคุมโรค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยก่อน การพัฒนามีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.42 (SD=0.27) และหลังการพัฒนา เท่ากับ 2.49 (SD=0.49) โดยก่อนและ หลัง การพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ทักษันย พัสตุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ (2562) ศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 2.45 (p -value = 0.02) ด้านความรู้เรื่องโรค พยาธิใบไม้ดับเพิ่มขึ้นจาก 14.98 เป็น 15.31 (p -value = 0.21) ด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับใน ระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.22 เป็น 2.30 (p -value = 0.003) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในระดับดีเพิ่มขึ้น จาก 2.11 เป็น 2.34 (p -value = <0.001) และความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในระดับมากจาก 2.49 เป็น 2.54 (p -value = 0.17) และได้ค้นพบนวัตกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นในชุมชน คือ เพลงไม่กินปลาดิบ ใช้เปิดให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวของชุมชน จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้การดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายประกอบสไลด์ให้ความ รู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถามจนสามารถประเมินการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการเพื่อการจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย แจกแบบ บันทึกรักตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ทำพันธะสัญญาไม่กินปลาดิบ สาธิตเมนูปลาสุก ฝึกปฏิบัติล้างมือที่ถูกต้อง การประชุมกลุ่มการจัดเวทีชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจจุงจาะหาไขหนองพยาธิ และจ่ายยารักษาโรคพยาธิในรายที่ตรวจพบ และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ในทางที่ดีและถูกต้อง และลดอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ

ธนากร วรัมย์พร (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซั้วถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 และ ร้อยละ 77.0 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.194, p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.258, p < 0.001$) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.141, p < 0.05$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมมีความสัมพันธ์เช่นกัน ($r = 0.173, p < 0.05$) ดังนั้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม จึงควรได้มีการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพดังกล่าวของประชาชนโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

อรณิชา โชติกาวานิชกุล (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.6 และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.100$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการได้ตอบช้คำถามแลกเปลี่ยน และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.142, 0.074$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจข้อมูล กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน โดยเน้นทักษะด้านการได้ตอบช้คำถามแลกเปลี่ยนความรู้ และการตัดสินใจ เพื่อเป็นการสร้างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ให้มีสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



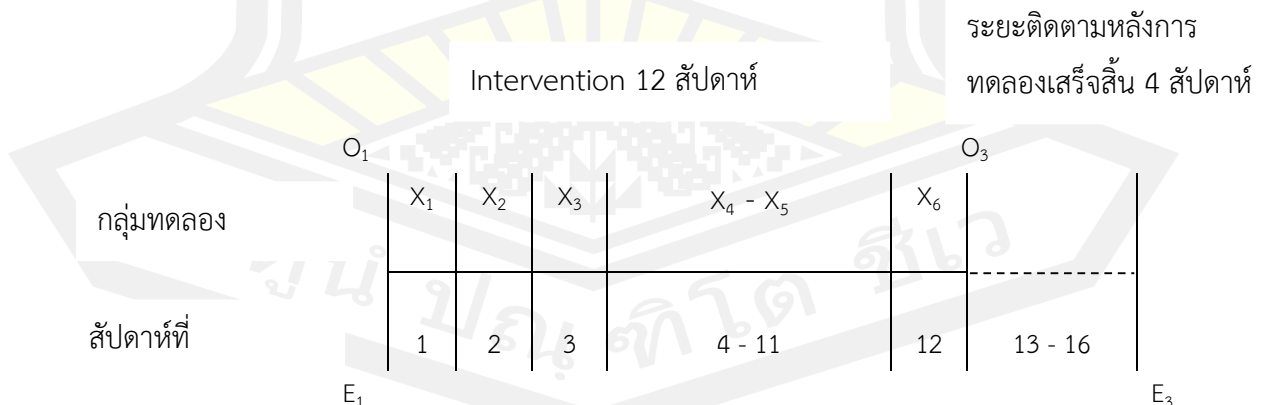
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

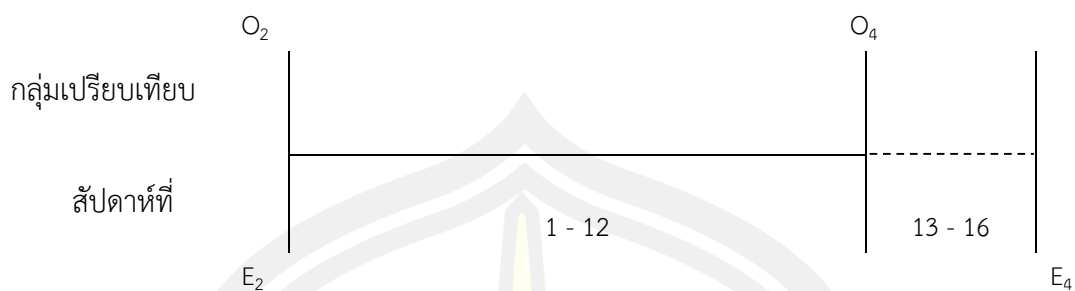
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) นำมาจัดทำเป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตาบลเหล่านี้อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร เพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้มีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คน ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยที่จัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ ดังแสดงในภาพประกอบ 3.1





ภาพประกอบ 5 แผนการทดลองระยะดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ
เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

โดยกำหนดให้

- O₁ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง
- O₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบ
- O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง
- O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบ
- E₁ หมายถึง การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง
- E₂ หมายถึง การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิก่อนการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบ
- E₃ หมายถึง การตรวจอุจจาระซ้ำเพื่อหาไข่พยาธิหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง
- E₄ หมายถึง การตรวจอุจจาระซ้ำเพื่อหาไข่พยาธิหลังการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบ
- X หมายถึง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

- O₁ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- O₂ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- O₃ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- X₁ หมายถึง กิจกรรมที่ 1 “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน” กิจกรรมสร้างการรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเข้าใจทางสุขภาพ ทำกิจกรรมกลุ่ม ทำแบบบันทึกตนเอง ทำพันธสัญญา และตรวจ

อุจจาระหาไข่พยาธิ มีการทำกิจกรรมเข้ากลุ่มระดมความคิด และอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การยกตัวอย่างกรณีศึกษา เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

X₂ หมายถึง กิจกรรมที่ 2 “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” แนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการด้วยหลัก 4 ป. 1 ข. ได้แก่ ป. ที่ 1 ประุงอาหารให้สุก สะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนประุงอาหารและหลังการขับถ่าย ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดสุก ๆ ดิบ ๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ป. ที่ 4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข. คือ ขับถ่ายลงในส้วมทุกครั้ง มีการฝึกปฏิบัติการล้างมือที่ถูกต้องวิธี การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ดำเนินการเยี่ยมติดตาม เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

X₃ หมายถึง กิจกรรมที่ 3 “ประุงสุกแซบนัว ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญในการประุงอาหารที่สุก สะอาดถูกสุขลักษณะและการ สาธิตการต้มปลาร้าสุก ประกวดเมนูปลาประุงสุก และสาธิตการล้างมือ ให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัย การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ โดยให้กลุ่มทดลอง และผู้ประกอบอาหารในแต่ละหลังคาเรือน เข้าร่วมกิจกรรมอบรม มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สาธิตการประกอบอาหารจากปลาที่ประุงสุก การต้มปลาร้าให้สุก จัดกิจกรรมประกวดเมนูอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดประุงสุก เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

X₄ หมายถึง กิจกรรมที่ 4 “ตีท้ายครัว” ออกตรวจเยี่ยม ติดตามกลุ่มทดลอง กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยดูห้องครัวและดูสถานที่ประกอบอาหาร ให้สุขศึกษาในเรื่องการประกอบอาหารและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อการสอนที่ได้จัดทำขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ ภาพพลิกหลัก 4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และคู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสุ่มประเมินโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มอบธงแดงให้ครัวเรือนที่ยังบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ และมอบธงเขียวให้กับครัวเรือนที่ไม่บริโภคปลาดิบ เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4-11 ใช้ระยะเวลารวม 7 วัน

X₅ หมายถึง กิจกรรมที่ 5 “คนเหล่าหมีแท้ กินแต่ปลาสุก” กิจกรรมรณรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน แจกแผ่นพับ การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4-11 ใช้ระยะเวลารวม 7 วัน

X₆ หมายถึง กิจกรรมที่ 6 “เวทีชุมชน คนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในระหว่างดำเนินการวิจัย มีการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ จัดบุหน้าเสนอสรุปผลการดำเนินงาน มอบรางวัล มอบใบประกาศ เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 ใช้ระยะเวลา 1 วัน

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงาน อายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 3,620 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2548) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้

สูตร

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2 (Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z\alpha$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

(1.64)

$Z\beta$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type II Error ที่อำนาจการทดสอบ

90 % (1.28)

σ^2 = ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง เป็นค่าความแปรปรวนร่วม (Pool Variance)

Δ = ผลต่างของผล (Effect Size) คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$

จากการศึกษาของ สาทิต เสดิ (2552) ได้ทำการศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอนอนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 41 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 41 คน ผลการทดลองด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 26.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.89 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 29.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.19 จาก

ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการคำนวณหาขนาดตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกัน (อรุณ จีรวัดน์กุล, 2548)

การหาค่าความแปรปรวนร่วม (Pool Variance)

$$\begin{aligned} S_p^2 &= \frac{(n_1 - 1)Sd_1^2 + (n_2 - 1)Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ &= \frac{(41 - 1)(3.89)^2 + (41 - 1)(4.19)^2}{41 + 41 - 2} \\ &= 16.34 \end{aligned}$$

ผลต่างของผล (Effect size) คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณหาผลต่างของผล (Effect Size) = 26.63 - 29.12 = - 2.49 แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$\begin{aligned} n / \text{กลุ่ม} &= \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2} \\ &= \frac{2(1.64 + 1.28)^2 (16.34)}{(-2.49)^2} = 44.95 \approx 45 \text{ คน} \end{aligned}$$

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 44.95 คน ปรับเพิ่มเป็น 45 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาผู้ตักสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม ไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบต่อความถูกต้อง ความแม่นยำทางด้านสถิติในการสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 (อรุณ จีรวัดน์กุล, 2548) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากวิเคราะห์ โดยยึดหลัก Principle of Intention to Treat ปรับขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

โดยกำหนดให้

$$R = \text{ค่าที่คาดว่าจะสูญหาย กำหนดไว้ที่ร้อยละ 5}$$

$$\text{สูตร } n_{\text{ads}} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

แทนค่าในสูตร

$$n_{\text{ads}} = \frac{45}{(1 - 0.05)^2} = 49.8 \approx 50 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 50 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดคุณลักษณะของตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยกำหนดเป็นหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 4 หมู่บ้าน มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นหมู่บ้านที่มีการสำรวจการพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด มีเกี๊ยตพบว่า มีพฤติกรรมการรับประทานแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ
- 2) เป็นหมู่บ้านที่มีผลการตรวจอุจจาระหา พบไข่พยาธิใบไม้ตับมากกว่า ร้อยละ 10 ในปี 2562 ได้แก่
 - (2.1) บ้านท่าห้วยคำ หมู่ที่ 7 ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 15.56

3) เป็นหมู่บ้านที่ยังไม่มีการทำวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย โดยพิจารณาจากเกณฑ์การ คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) แล้วจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุ 15-59 ปี
- 2) มีประวัติรับประทานปลาน้ำจืดดิบ ๆ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ
- 3) เป็นผู้ที่ตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ หรือเป็นผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับแล้วได้รับยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนเริ่มการวิจัย
- 4) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น

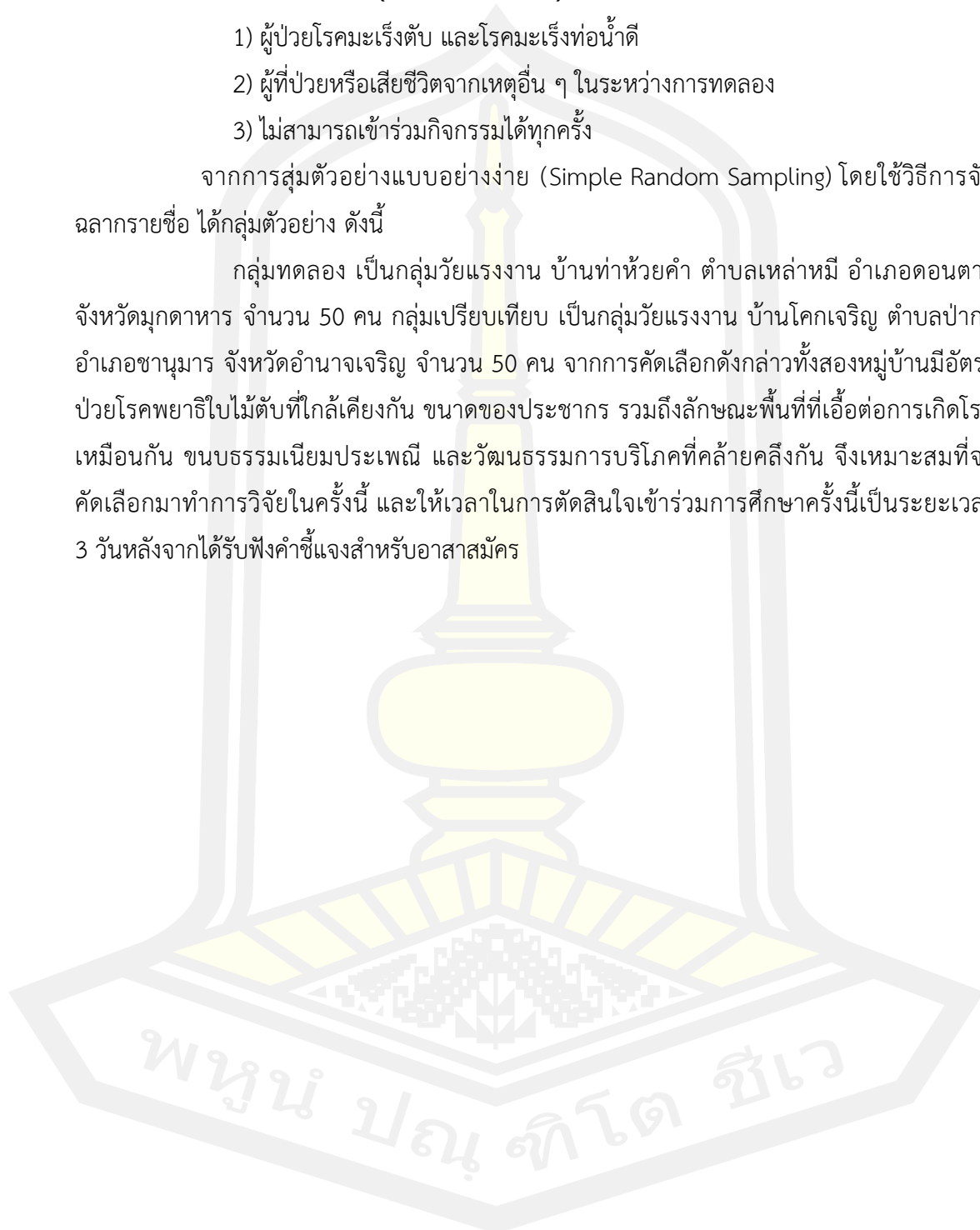
5) เป็นผู้ให้การยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี
- 2) ผู้ที่ป่วยหรือเสียชีวิตจากเหตุอื่น ๆ ในระหว่างการทดลอง
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อ ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มวัยแรงงาน บ้านท่าห้วยคำ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มวัยแรงงาน บ้านโคกเจริญ ตำบลปาก่อ อำเภอนานูมาร จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 50 คน จากการคัดเลือกดังกล่าวทั้งสองหมู่บ้านมีอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ใกล้เคียงกัน ขนาดของประชากร รวมถึงลักษณะพื้นที่ที่เอื้อต่อการเกิดโรคเหมือนกัน ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมการบริโภคที่คล้ายคลึงกัน จึงเหมาะสมที่จะคัดเลือกมาทำการวิจัยในครั้งนี้ และให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นระยะเวลา 3 วันหลังจากได้รับฟังคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร



ขั้นตอนการเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3.3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่

3.3.2.1 ความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 3) การสื่อสารสุขภาพ
- 4) การจัดการตนเอง
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention) ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชนตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ของ ทักษิณีย์ พัสตุ และคณะ (2562)

3.4.1.1 แผนการจัดกิจกรรมให้สุขศึกษา

1) ระยะเวลาดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

- (1.1) จัดกิจกรรม “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน”
- (1.2) จัดกิจกรรม “4 ป. 1 ข. บ่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ”
- (1.3) จัดกิจกรรม “ปรุงสุกแช่บ่นัว ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ”
- (1.4) จัดกิจกรรม “ตีท้ายครัว”
- (1.5) จัดกิจกรรม “คนเหล่าหมีแท้ กินแต่ปลาสุก”
- (1.6) จัดกิจกรรม “เวทีชุมชน คนปลอดภัยใบไม้ตับ”

3.4.1.2 แบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง แบบบันทึกผลการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพันธสัญญาไม่กินปลาดิบ

3.4.1.3 สื่อที่ใช้ในการสร้างความรอบรู้ และการแนะนำแนวทางการปฏิบัติ ได้แก่ Power Point วีดิทัศน์ แผ่นพับ ภาพนิ่ง คู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพพริกสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ ชุด “4 ป. 1 ข. บ่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” โปสเตอร์ ป้ายไว้นิลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และสปอร์ตเสียงตามสาย

3.4.1.4 เครื่องมือในการประเมินอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ กล้องจุลทรรศน์ ชุดอุปกรณ์การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ และแบบบันทึกผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยประยุกต์จากการศึกษาของ ทักษิณีย์ พัสตุ และคณะ (2562) โดยมีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การมีส่วนร่วมใช้ การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษาและป้องกันโรค คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงข้อเดียว ที่คิดว่าถูกที่สุด คะแนนเต็ม 12 คะแนนโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก

คำถามเชิงลบ

ตอบถูกใช้ ได้ 1 คะแนน

ตอบถูกใช้ ได้ 0 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

การแปรผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบอ้างอิงเกณฑ์ตามหลักการของบลูม (Bloom, 1975) โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 12 คะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนร้อยละ 80 – 100 (ได้คะแนน มากกว่า 9.48 คะแนน) อยู่ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60 – 79 (ได้คะแนน 7.20 – 9.48 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ได้คะแนนน้อยกว่า 7.20 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ Paired t-test

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบให้เป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดย ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement)

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
	Positive statement	Negative statement
ปฏิบัติทุกครั้ง	มีค่าคะแนน 5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	มีค่าคะแนน 4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	มีค่าคะแนน 3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	มีค่าคะแนน 2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	มีค่าคะแนน 1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและบริการสุขภาพ (Best, 1981)

ระดับการรับรู้	เกณฑ์
ระดับปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 20.01– 25.00
ระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 15.01 – 20.00
ระดับปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 10.01 – 15.00
ระดับปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 5.01 – 10.00
ระดับปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 5.00

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบให้เป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement)

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อ สร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
	Positive statement	Negative statement
ปฏิบัติทุกครั้ง	มีค่าคะแนน 5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	มีค่าคะแนน 4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	มีค่าคะแนน 3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	มีค่าคะแนน 2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	มีค่าคะแนน 1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับการสื่อสารสุขภาพสุขภาพ (Best, 1981)

ระดับการรับรู้	เกณฑ์
ระดับปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 24.01– 30.00
ระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 18.01 – 24.00
ระดับปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 12.01 – 18.00
ระดับปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 6.01 – 12.00
ระดับปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 6.00

ส่วนที่ 5 แบบวัดการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในการป้องกันโรคมะเร็งไปไม่ดับ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบให้เป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมี ลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement)

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อ สร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งไปไม่ดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก Positive statement	ข้อความเชิงลบ Negative statement
ปฏิบัติทุกครั้ง มีค่าคะแนน	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าคะแนน	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง มีค่าคะแนน	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มีค่าคะแนน	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ มีค่าคะแนน	1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับการจัดการตนเอง (Best, 1981)

ระดับการรับรู้	เกณฑ์
ระดับปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 20.01– 25.00
ระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 15.01 – 20.00
ระดับปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 10.01 – 15.00
ระดับปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 5.01 – 10.00
ระดับปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 5.00

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 6 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบให้เป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement)

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อ สร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก Positive statement	ข้อความเชิงลบ Negative statement
ปฏิบัติทุกครั้ง	มีค่าคะแนน 5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	มีค่าคะแนน 4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	มีค่าคะแนน 3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	มีค่าคะแนน 2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	มีค่าคะแนน 1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Best, 1981)

ระดับการรับรู้	เกณฑ์
ระดับปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 24.01– 30.00
ระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 18.01 – 24.00
ระดับปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 12.01 – 18.00
ระดับปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 6.01 – 12.00
ระดับปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 6.00

ส่วนที่ 7 แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบให้เป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement)

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อ สร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก Positive statement	ข้อความเชิงลบ Negative statement
ปฏิบัติทุกครั้ง มีค่าคะแนน	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าคะแนน	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง มีค่าคะแนน	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มีค่าคะแนน	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ มีค่าคะแนน	1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ((Best, 1981)

ระดับการรับรู้	เกณฑ์	คะแนนเฉลี่ย
ระดับปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 28.01– 35.00
ระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 21.01 – 28.00
ระดับปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 14.01 – 21.00
ระดับปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 7.01 – 14.00
ระดับปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 7.00

3.5 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1 ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นโดยได้ศึกษาข้อมูลจากตำรา ทฤษฎี หนังสือต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.5.2 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มีดังนี้

- 1) นายบุญเยี่ยม สุวรรณไตรย์ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร
- 2) นายสุขสันต์ สलगสิงห์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
- 3) นางสาวอรอนงค์ สุทธิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index : IOC) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ พิจารณาให้คะแนนดังนี้
ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด
ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่
ให้คะแนนเท่ากับ -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (เด็จเด็ยว วรรณชาติ, 2552)

$$\text{สูตร } IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา
 $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
 n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

บันทึกผลการพิจารณาความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยได้นำผลการตรวจสอบตรงของเนื้อหา (Content Validity) มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป

3.5.3 ความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง โดยนำไปทดลองใช้ในเขตตำบลป่าไร่ อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 30 ชุด เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือ นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์และปรับปรุงแบบสอบถาม

3.5.3.1 การทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.70 (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) และค่าที่ได้แยกเป็นรายด้านดังนี้

- 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เท่ากับ 0.79
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.78
- 3) การสื่อสารสุขภาพ เท่ากับ 0.76
- 4) การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.85
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เท่ากับ 0.79
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 0.81

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.6.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

3.6.1.1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิงเพื่อขออนุญาตผู้บริหารหน่วยงาน ในการศึกษาวิจัยและขออนุญาตพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ขอบุสนับสนุนงานวิจัยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น ตำบลเหล่าหมี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
- 3) ประสานงาน ติดต่อ วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 4) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการทำวิจัย
- 5) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้
- 6) เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินการ ทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม การเตรียมเป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่ม ฝึกทักษะกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา
- 7) ประสานงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ในการช่วยตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับ การตรวจด้วยวิธี Kato-Katz ณ พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
- 8) ประชุมทีมวิจัย ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย
- 9) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง
- 10) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการทดสอบก่อนการทดลอง ให้คะแนนและแปลผลข้อมูล

3.6.1.2 ขั้นตอนการทดลอง

โดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใช้เวลา 12 สัปดาห์ และติดตามหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

(1) กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 พิธีเปิดโครงการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิก่อนการทดลอง และจ่ายยารักษาโรคหนอนพยาธิในผู้ที่ตรวจอุจจาระพบพยาธิ จัดกิจกรรมที่ 1 กิจกรรม “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน” สร้างการรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเข้าใจทางสุขภาพ ทำกิจกรรมกลุ่ม ทำแบบบันทึกตนเอง ทำพันธสัญญา และตรวจอุจจาระหาพยาธิ มีการใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพนิ่ง การเล่าประสบการณ์ และการยกตัวอย่างกรณีศึกษา วิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม ร่วมกันอภิปรายกลุ่ม ร่วมกันตอบคำถาม การจัดสนทนากลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

กับตัวแบบที่เจ็บป่วย และสรุปเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำพันธสัญญาไม่กินปลาดิบ นัดหมายอบรมวันต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรม “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการด้วยหลักหลัก 4 ป. 1 ข. ได้แก่ ป. ที่ 1 ประุงอาหารให้สุกสะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหาร และหลังการรับประทานอาหาร ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดสุก ๆ ดิบ ๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ ป. ที่ 4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข. คือ ขับถ่ายลงในส้วมทุกครั้ง วิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม วิทยากรประจำกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้สื่อการสอนภาพพลิก “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” มีการแสดงบทบาทสมมติ ฝึกปฏิบัติการล้างมือให้ถูกวิธี สรุปผลการทำกิจกรรมและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานติดตามอย่างต่อเนื่องในหลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ นัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ปรุงสุกแซบนิ้ว ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญในการประกอบอาหารให้สุกสะอาดถูกสุขลักษณะ และให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยการรับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัย เข้ารับการแนะนำแนวทางการปฏิบัติ มีการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สาธิตการประกอบอาหารจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดปรุงสุก สาธิตการต้มปลาร้าให้สุก จัดกิจกรรมประกวดเมนูอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดปรุงสุก นัดหมายการอบรมและการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4-11 กิจกรรม “ตีท้ายครัว” ออกตรวจเยี่ยม ติดตาม กระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการดูห้องครัวและดูสถานที่ประกอบอาหารให้สุกศึกษาในเรื่องการประกอบอาหาร การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อการสอนที่ได้จัดทำขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ ภาพพลิกชุด “ 4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ” และคู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเยี่ยมติดตามสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสุ่มประเมินโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขจากหมู่บ้านอื่น และทีมผู้นำระดับตำบล มอบธงแดงให้ครัวเรือนที่ยังมีการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดสุกๆดิบ ๆ และมอบธงเขียวให้กับครัวเรือนที่ไม่บริโภคปลาดิบ

สัปดาห์ที่ 4-11 กิจกรรม “คนเหล่าหมีแท้ กินแต่ปลาสุก” กิจกรรมเดินรณรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน 2 ครั้ง แจกแผ่นพับ จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เปิดสปอร์ตเสียงตามสายเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรม “เวทีชุมชน คนปลอดภัยไร้ไข้” เป็นพิธีปิดโครงการวิจัย การจับบูหน้าเสนอสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การนำเสนอผลการดำเนินงาน สภาพปัญหาปัญหาและอุปสรรคที่พบ ตลอดจนข้อเสนอแนะในระหว่างดำเนินการวิจัย การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชน พิธีมอบรางวัล มอบใบประกาศให้กับกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม การนัดหมายติดตามตรวจอุจจาระหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 16 กิจกรรมติดตามหลังการทดลอง โดยการตรวจอุจจาระซ้ำเพื่อหาไข่พยาธิหลังการดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

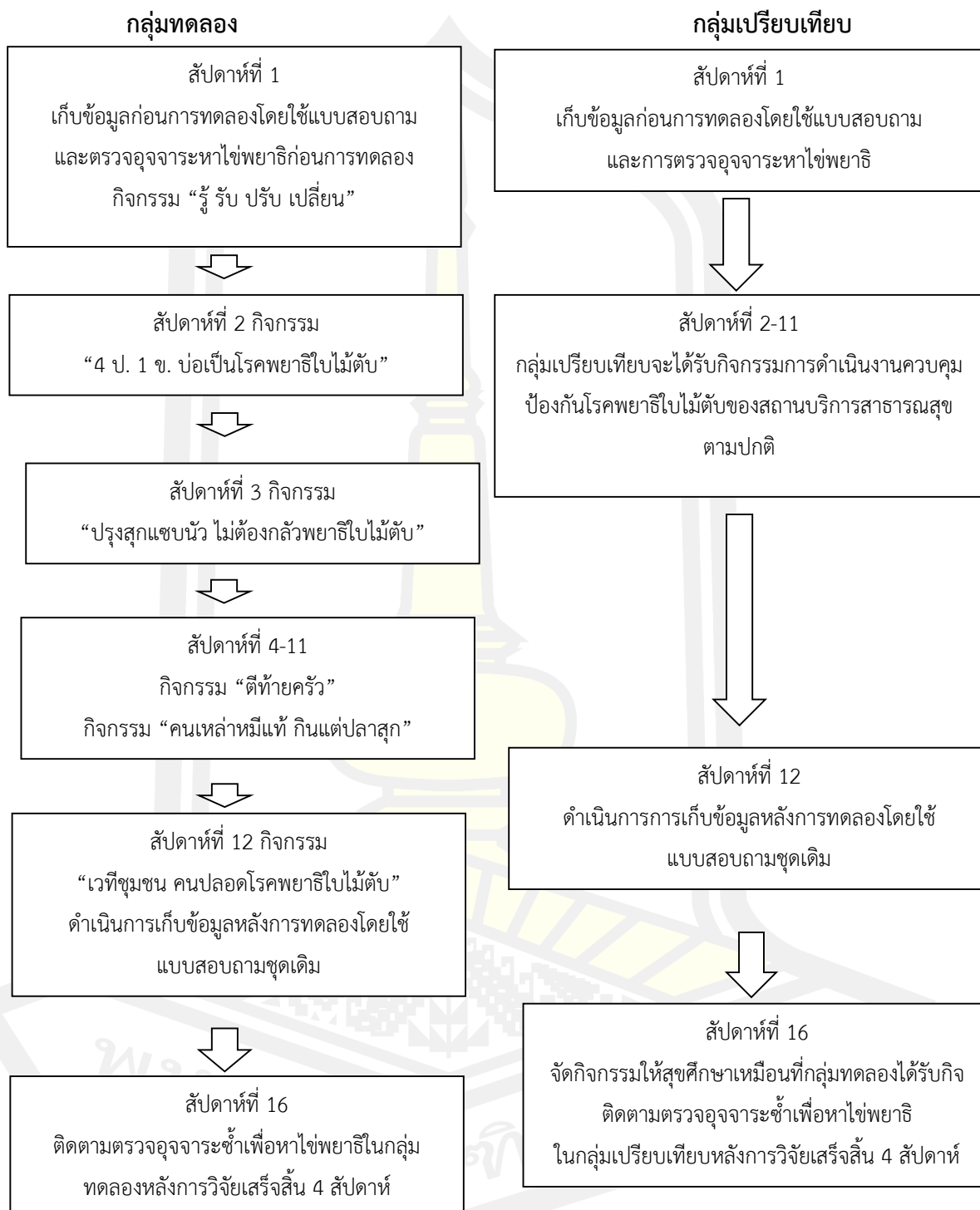
(2) กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมชี้แจงกลุ่มเปรียบเทียบ และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 2-11 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ และมีการนัดหมายวันเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 ใช้แบบสอบถามชุดเดิมเก็บข้อมูลหลังการทดลอง และให้สุขศึกษา เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองได้รับ โดยการจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ แจกคู่มือการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางดำเนินการให้สุขศึกษาในชุมชน โดยทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติการล้างมือให้ถูกวิธี ตอบคำถามทบทวนความรู้ สรุปเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการเยี่ยมติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และนัดหมายการตรวจอุจจาระหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 16 ตรวจอุจจาระซ้ำเพื่อหาไข่พยาธิในกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว

กลุ่มทดลอง

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ใน 1 สัปดาห์ โดยนัดกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมการอบรม และให้ทำแบบสอบถามก่อนการอบรม และดำเนินการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ก่อนการทดลอง

2) หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเสร็จแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลใน 1 สัปดาห์ และวางแผนดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนด

3) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ชุดเดิม โดยนัดหมายกลุ่มทดลองมารวมกันแล้วให้ทำแบบสอบถาม เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลข้อมูล

4) ติดตามตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 16 วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ

กลุ่มเปรียบเทียบ

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ใน 1 สัปดาห์และตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในกลุ่มเปรียบเทียบ

2) หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบเสร็จแล้ว ดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลใน 1 สัปดาห์

3) เก็บข้อมูลหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมที่ใช้เก็บข้อมูล ก่อนการทดลอง

4) ติดตามตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 16 วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวิเคราะห์ตัวแปรด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและ

สารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired *t*-test)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent *t*-test) การวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

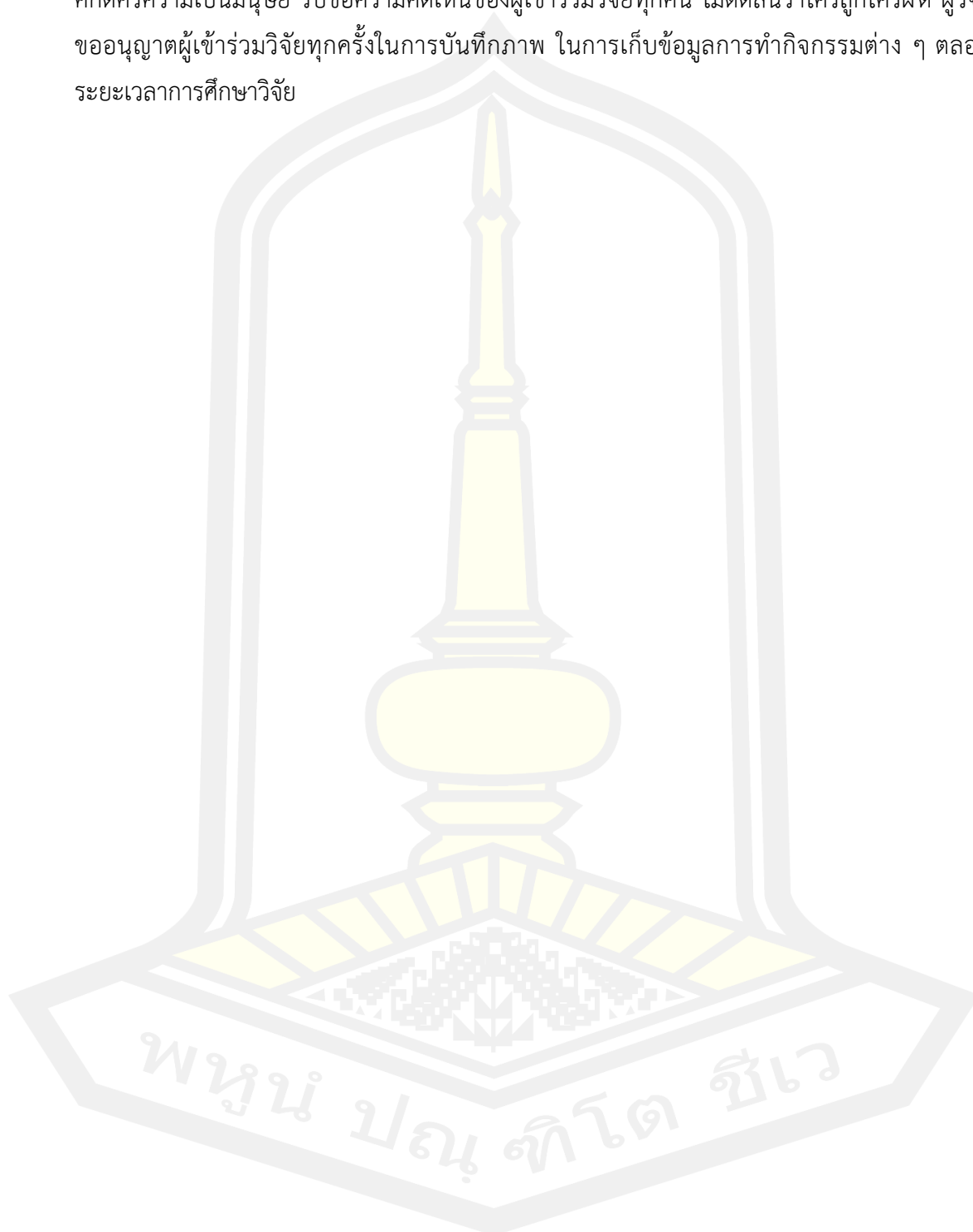
การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน คนมหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้วและอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับและพิจารณา วันที่ 22 เมษายน 2564 เลขที่ การรับรอง 131-038/2564 ผู้วิจัยให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการ วิจัย ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงกำหนดแนวทางการศึกษาด้านจริยธรรม ดังนี้

3.9.1 ขออนุญาตดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และ ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยต่อผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเหล่าหมี กำนันตำบลเหล่าหมี ผู้นำชุมชน และกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้

3.9.2 ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยโดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การเก็บ รวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล

3.9.3 การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการบังคับใด ๆ รวมทั้งแจ้ง ถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบหรือผลเสียใดๆ

3.9.4 การดำเนินการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รับข้อความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ไม่ตัดสินว่าใครถูกใครผิด ผู้วิจัยขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยทุกครั้งในการบันทึกภาพ ในการเก็บข้อมูลการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับลเหล้าหมี่ อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร ดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิจัย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมาย ของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

\bar{x}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	แทน	สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
Min	แทน	ค่าต่ำสุด (Minimum)
Max	แทน	ค่าสูงสุด (Maximum)

4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับลเหล้าหมี่ อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งได้ดำเนินการวิจัยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 การศึกษาผลตรวจจักษุเพื่อหาไขพยาธิใบไม้ตับ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

4.3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 50)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ		
ชาย	24 (48.0)	22 (44.0)
หญิง	26 (52.0)	28 (56.0)
2. อายุ (ปี)		
15-24	5 (10.0)	8 (16.0)
25-34	6 (12.0)	5 (10.0)
35-44	13 (26.0)	15 (30.0)
45-54	21 (42.0)	18 (36.0)
55 ปีขึ้นไป	5 (10.0)	4 (8.0)
กลุ่มทดลอง	Mean = 42.74 SD = 10.76 Min. = 17 Max. = 59	
กลุ่มเปรียบเทียบ	Mean = 39.92 SD = 11.97 Min. = 15 Max. = 58	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 50)	กลุ่มเปรียบเทียบ(n = 50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. สถานภาพสมรส		
โสด		10 (20.0)
สมรส		35 (70.0)
อย่าร้าง	2 (4.0)	0 (0.0)
แยกกันอยู่	2 (4.0)	0 (0.0)
หม้าย	1 (2.0)	2 (4.0)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	31 (62.0)	26 (52.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7 (14.0)	9 (18.0)
อนุปริญญา	2 (4.0)	3 (6.0)
ปริญญาตรี	2 (4.0)	3 (6.0)
5. อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร	23 (46.0)	19 (38.0)
รับจ้าง	21 (42.0)	25 (50.0)
ค้าขาย	6 (12.0)	6 (12.0)
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยประมาณ (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	11 (22.0)	17 (34.0)
5,001-10,000	34 (68.0)	24 (48.0)
10,001-15,000	5 (10.0)	8 (16.0)
มากกว่า 15,000	0 (0.0)	1 (2.0)
กลุ่มทดลอง	Mean = 7,716.00 SD = 2,868.86 Min. = 2,000 Max. = 15,000	
กลุ่มเปรียบเทียบ	Mean = 7,530.00 SD = 3,727.20 Min. = 2,500 Max. = 18,000	
7. ส่วนที่ใช้ในครัวเรือน		
มีใช้	50 (100.0)	50 (100.0)
8. การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในรอบ		
3 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยตรวจ	22 (44.0)	15 (30.0)
เคยตรวจ	28 (56.0)	35 (70.0)

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
	(n = 50)	(n = 50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่พบไข้พยาธิ	20 (71.4)	24 (68.6)
พบไข้พยาธิไขไม่ดับ	7 (25.0)	8 (22.8)
พบไข้พยาธิปากขอ	1 (3.6)	0 (0.0)
พบไข้พยาธิตัวตืด	0 (0.0)	2 (5.7)
พบไข้พยาธิเข็มหมุด	0 (0.0)	1 (2.9)
9. คนในครอบครัวได้รับการวินิจฉัย		
จากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรค		
มะเร็งท่อน้ำดี		
ไม่มี	44 (88.0)	45 (90.0)
มี	6 (12.0)	5 (10.0)
มะเร็งตับ		
ไม่มี	47 (94.0)	47 (94.0)
มี	3 (6.0)	3 (6.0)

จากตาราง 1 ผลการศึกษา พบว่า

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 42.0) รองลงมาอายุระหว่าง 35-44 ปี (ร้อยละ 26.0) มีอายุต่ำสุด 17 ปี และมีอายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.0) รองลงมาไม่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 20.0) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.0) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 16.0) ปัจจุบันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 46.0) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 42.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยประมาณ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 68.0) รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 22.0) มีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาท และมีรายได้สูงสุด 15,000 บาท มีส่วนใช้ครบทุกหลังคาเรือน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยส่งอุจจาระตรวจหาไข้พยาธิ (ร้อยละ 56.0) ผลการตรวจอุจจาระหาไข้พยาธิ ส่วนใหญ่ตรวจอุจจาระไม่พบไข้พยาธิ (ร้อยละ 71.4) ตรวจพบไข้พยาธิไขไม่ดับ (ร้อยละ 25.0) และตรวจพบไข้พยาธิปากขอ (ร้อยละ 3.6) สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 12.0) และป่วยโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 6.0)

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.0) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 36.0) รองลงมา มีอายุระหว่าง 35-44 ปี (ร้อยละ 30.0) มีอายุน้อยที่สุด 15 ปี และมีอายุสูงสุด 58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.0) รองลงมา มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 20.0) ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.0) รองลงมา คือ จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 18.0) ปัจจุบันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50.0) รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 38.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยประมาณ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 48.0) รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 34.0) มีรายได้ต่ำสุด 2,500 บาท และมีรายได้สูงสุด 18,000 บาท มีส่วนครบทุกหลังคาเรือน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยส่งอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิ (ร้อยละ 70.0) ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ส่วนใหญ่ตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิ (ร้อยละ 68.6) ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 22.8) และตรวจพบไข่พยาธิตัวตืด (ร้อยละ 5.7) สมาชิกในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 10.0) และป่วยโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 6.0)

4.3.1.2 การวิเคราะห์ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ				
ความรู้ระดับสูง	7 (14.0)	33 (65.0)	5 (10.0)	4 (8.0)
ความรู้ระดับปานกลาง	22 (44.0)	17 (34.0)	19 (38.0)	23 (46.0)
ความรู้ระดับต่ำ	21 (42.0)	0 (0.0)	26 (52.0)	23 (46.0)
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร				
ทุกครั้ง	4 (8.0)	17 (34.0)	2 (4.0)	4 (8.0)
บ่อยครั้ง	6 (12.0)	13 (26.0)	5 (10.0)	7 (14.0)
บางครั้ง	11 (22.0)	12 (24.0)	9 (18.0)	8 (16.0)
นาน ๆ ครั้ง	29 (58.0)	8 (16.0)	30 (60.0)	30 (60.0)
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (8.0)	1 (2.0)

ตาราง 2 (ต่อ)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ				
ทุกครั้ง	4 (8.0)	22 (44.0)	1 (2.0)	5 (10.0)
บ่อยครั้ง	5 (10.0)	13 (26.0)	4 (8.0)	6 (12.0)
บางครั้ง	12 (24.0)	6 (12.0)	12 (24.0)	16 (32.0)
นาน ๆ ครั้ง	29 (58.0)	9 (18.0)	27 (54.0)	22 (44.0)
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (12.0)	1 (2.0)
4. ด้านการจัดการตนเอง				
ทุกครั้ง	4 (8.0)	25 (50.0)	1 (2.0)	4 (8.0)
บ่อยครั้ง	7 (14.0)	17 (34.0)	8 (16.0)	9 (18.0)
บางครั้ง	11 (22.0)	8 (16.0)	9 (18.0)	11 (22.0)
นาน ๆ ครั้ง	22 (44.0)	0 (0.0)	23 (46.0)	22 (44.0)
ไม่ได้ปฏิบัติ	6 (12.0)	0 (0.0)	9 (18.0)	4 (8.0)
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศ				
ทุกครั้ง	2 (4.0)	29 (58.0)	2 (4.0)	4 (8.0)
บ่อยครั้ง	7 (14.0)	12 (24.0)	7 (14.0)	5 (10.0)
บางครั้ง	10 (20.0)	6 (12.0)	13 (26.0)	12 (24.0)
นาน ๆ ครั้ง	27 (54.0)	3 (6.0)	23 (46.0)	29 (58.0)
ไม่ได้ปฏิบัติ	4 (8.0)	0 (0.0)	5 (10.0)	0 (0.0)
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ				
ทุกครั้ง	5 (10.0)	30 (60.0)	3 (6.0)	5 (10.0)
บ่อยครั้ง	6 (12.0)	13 (26.0)	9 (18.0)	7 (14.0)
บางครั้ง	6 (12.0)	6 (12.0)	9 (18.0)	8 (16.0)
นาน ๆ ครั้ง	22 (42.0)	1 (2.0)	21 (42.0)	25 (50.0)
ไม่ได้ปฏิบัติ	12 (24.0)	0 (0.0)	8 (16.0)	5 (10.0)

จากตาราง 2 พบว่า

กลุ่มทดลอง

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.0) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 42.0) และอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 14.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.0) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.0)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 58.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 22.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 12.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับทุกครั้ง (ร้อยละ 34.0) รองลงมาอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 26.0) และระดับบางครั้ง (ร้อยละ 24.0)

ด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 58.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 24.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 10.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการเข้าถึงการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับทุกครั้ง (ร้อยละ 44.0) รองลงมาอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 26.0) และระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 18.0)

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 44.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 22.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 14.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับทุกครั้ง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 34.0) และระดับบางครั้ง (ร้อยละ 16.0)

ด้านความรู้เท่าทันสื่อสารและสารสนเทศ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รู้เท่าทันสื่อสารและสารสนเทศอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 54.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 20.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 14.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รู้เท่าทันสื่อสารและสารสนเทศอยู่ในระดับทุกครั้ง (ร้อยละ 58.0) รองลงมาอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 24.0) และระดับบางครั้ง (ร้อยละ 12.0)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 42.0) รองลงมาอยู่ในระดับไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 24.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง และระดับบางครั้ง (ร้อยละ 12.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับทุกครั้ง (ร้อยละ 60.0) รองลงมาอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 26.0) และระดับบางครั้ง (ร้อยละ 12.0)

กลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 52.0) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.0) และอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 10.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 46.0) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 8.0)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 60.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 18.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 10.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 60.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 16.0) และระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 14.0)

ด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 54.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 24.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 8.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการเข้าถึงการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 44.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 32.0) และระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 12.0)

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 46.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 18.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 16.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 44.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 22.0) และระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 18.0)

ด้านความรู้เท่าทันสื่อสารและสารสนเทศ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่รู้เท่าทันสื่อสารและสารสนเทศอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 58.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 24.0) และอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 10.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่รู้เท่าทันสื่อสารและสารสนเทศอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 58.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 24.0) และระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 10.0)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 42.0) รองลงมาอยู่ในระดับบ่อยครั้ง และระดับบางครั้ง (ร้อยละ 18.0) และอยู่ในระดับไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 16.0) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาอยู่ในระดับบางครั้ง (ร้อยละ 16.0) และระดับบ่อยครั้ง (ร้อยละ 14.0)

4.3.1.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
1. ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	5.34	2.58	10.00	<0.001
หลังการทดลอง		9.24	1.73		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	4.78	2.53	2.43	0.018
หลังการทดลอง		5.18	2.16		
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	11.00	5.15	8.26	<0.001
หลังการทดลอง		16.30	5.52		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	9.58	4.47	3.68	<0.005
หลังการทดลอง		10.72	5.26		
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	13.18	5.24	10.69	<0.001
หลังการทดลอง		21.10	6.66		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	11.90	5.04	6.71	<0.001
หลังการทดลอง		14.24	6.00		

ตาราง 3 (ต่อ)

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
4. ด้านการจัดการตนเอง					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	11.04	5.46	11.04	<0.001
หลังการทดลอง		19.00	4.01		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	9.88	4.86	4.33	<0.001
หลังการทดลอง		11.28	5.56		
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	12.80	5.36	9.30	<0.001
หลังการทดลอง		22.98	5.32		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	12.84	5.51	1.58	0.119
หลังการทดลอง		13.32	5.12		
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	14.66	7.70	12.49	<0.001
หลังการทดลอง		27.32	5.71		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	15.30	7.58	0.95	0.343
หลังการทดลอง		15.64	7.68		

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$

จากตาราง 3 พบว่า

 กลุ่มทดลอง

 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.34 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.58 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 9.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ

โรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.15 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 16.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.52 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001)

ด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.24 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.66 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพ ในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 11.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.46 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.01 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.36 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 22.98 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.32 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.66 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.70 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

กลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 4.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.53 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ

โรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.018)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 10.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.90 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.00 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพ ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 9.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.86 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.28 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.56 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.84 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.51 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.12 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.119)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 15.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.58 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 15.64 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.68 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.343)

4.3.1.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
1. ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	5.34	2.58	1.09	0.277
กลุ่มเปรียบเทียบ		4.78	2.53		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	9.24	1.73	10.35	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		5.18	2.16		
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	11.00	5.15	1.47	0.145
กลุ่มเปรียบเทียบ		9.58	4.47		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	16.30	5.52	5.17	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		10.72	5.26		
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	13.18	5.24	1.24	0.216
กลุ่มเปรียบเทียบ		11.90	5.04		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	21.10	6.66	5.40	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		14.24	6.00		
4. ด้านการจัดการตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	11.04	5.46	1.12	2.65
กลุ่มเปรียบเทียบ		9.88	4.86		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	19.02	4.01	7.96	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		11.28	5.57		

ตาราง 4 (ต่อ)

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	12.80	5.36	0.03	0.971
กลุ่มเปรียบเทียบ		12.84	5.51		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	22.98	5.32	9.24	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		13.32	5.12		
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	14.66	7.70	0.41	0.676
กลุ่มเปรียบเทียบ		15.30	7.58		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	27.32	5.71	8.62	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		15.64	7.68		

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$

จากตาราง 4 พบว่า

ก่อนการทดลอง

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 5.34 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.58 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 4.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.53 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.277$)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.15 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 9.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.145$)

ด้านการสื่อสารสุขภาพก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.24 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 11.90 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.216)

ด้านการจัดการตนเองก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.46 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 9.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.86 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 2.65)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.36 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 12.84 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.51 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.971)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.66 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.70 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 15.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.58 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.676)

หลังการทดลอง

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 5.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 16.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.52 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 10.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ด้านการสื่อสารสุขภาพหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.66 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 14.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.00 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ด้านการจัดการตนเองหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.02 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.01 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 11.28 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.519 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 22.98 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.32 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 13.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.12 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 15.64 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.68 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

4.3.1.5 การศึกษาผลการตรวจจุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 5 ผลการตรวจจุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง

ผลการตรวจจุจจาระ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
	(n = 50)	(n = 50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนการทดลอง		
พบไข่พยาธิใบไม้ตับ	6 (12.0)	8 (16.0)
ไม่พบไข่พยาธิ	44 (88.0)	42 (84.0)
หลังการทดลอง		
พบไข่พยาธิใบไม้ตับ	0 (0.0)	3 (6.0)
ไม่พบไข่พยาธิ	50 (100.0)	47 (94.0)

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p -value < 0.05

จากตาราง 5 พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 12.00 หลังการทดลองผลตรวจจุจจาระไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ไม่พบผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองพบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.00 หลังการทดลองพบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.0 และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ แต่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ จำนวน 3 ราย

พหุ ประถมศึกษา

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับาลเหล่าหมี อ้าเกอดอนตาล จังหวิดมุกดาหาร โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ มาจัดทำเป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 42.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.0) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.0) ปัจจุบันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 46.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 68.0) มีส่วนใช้ในครัวเรือนครบทุกหลังคาเรือน ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยส่งอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิ (ร้อยละ 56.0) ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 25.0) คนในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 12.0) และป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 6.0)

ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.0) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 36.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.0) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.0) ส่วนใหญ่ประกอบรับจ้าง (ร้อยละ 50.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 48.0) มีส่วนใช้ในครัวเรือนครบทุกครัวเรือน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยส่งอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิ (ร้อยละ 70.0) ผลตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 22.8) คนในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 10.0) และป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 6.0)

5.1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองที่คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับน้อย และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

5.1.3 ด้านผลตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ภายหลังจากทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองผลตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ซึ่งก่อนการทดลองพบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 12 ไม่พบผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.0 ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองที่พบอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.0 พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ จำนวน 3 ราย แต่ไม่พบผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ มาจัดทำเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งการดำเนินงานสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

5.2.1 สมมติฐานของการวิจัยภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5.2.2 สมมติฐานของการวิจัยภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำกว่าร้อยละ 5 ไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

5.2.3 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยสามารถอธิบายได้จากผลจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น คือ กิจกรรม “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน” เป็นกิจกรรมสร้างการรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และ

ภาพพลิก มีการทำกิจกรรมกลุ่มระดมความคิด และอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มคอยให้คำแนะนำในระหว่างทำกิจกรรมกลุ่ม และมีผู้วิจัยเป็นผู้สรุปผลการจัดกิจกรรมจากการจัดกิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทักษิณัย พัสตุ และคณะ (2562) ศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 2.45 (p -value = 0.02) ด้านความรู้เรื่องโรค พยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจาก 14.98 เป็น 15.31 (p -value = 0.21) ด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน ระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.22 เป็น 2.30 (p -value = 0.003) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้น จาก 2.11 เป็น 2.34 (p -value = <0.001) และความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับมากจาก 2.49 เป็น 2.54 (p -value = 0.17) และได้ค้นพบนวัตกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นในชุมชน คือ เพลงไม่กินปลาดิบ ใช้เปิดให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวของชุมชน จากการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้การดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบ ซักถามจนสามารถประเมินการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำพันธสัญญาไม่กินปลาดิบ สานิตเมนูปลาสุก ฝึกปฏิบัติล้างมือที่ถูกต้อง การประชุมกลุ่มการจัดเวทีชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจอุจจาระหาไข่หนอนพยาธิและจ่ายยารักษาโรคพยาธิในรายที่ตรวจพบ และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในทางที่ดีและถูกต้อง และลดอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.2.4 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงด้านข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value<0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยสามารถอธิบายได้จากผลจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นคือ

1.กิจกรรม “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการด้วยหลักหลัก 4 ป. 1 ข. ได้แก่ ป. ที่ 1

ปรุงอาหารให้สุกสะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหารและหลังการซัปดาห์
 ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดสุก ๆ ดิบ ๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระ
 เพื่อหาไข่พยาธิ ป. ที่ 4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข. คือ ซัปดาห์ล้างส้วม

2. กิจกรรม “ปรุงสุกแช่บ้วน ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ” กิจกรรมแนะนำแนว
 ทางปฏิบัติ เรื่องการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญในการประกอบอาหารให้สุกสะอาด ถูกสุขลักษณะ
 และให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยการรับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ
 โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัย เข้ารับการอบรมให้ความรู้ มีการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์การอภิปราย
 กลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สาธิตการประกอบอาหารจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดปรุงสุก สาธิตการต้มปลา
 ร้าให้สุก จัดกิจกรรมประกวดเมนูอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดปรุงสุก

3. กิจกรรม “คนเหล่าหมีแท้ กินแต่ปลาสุก” กิจกรรมเดินรณรงค์ไม่กินปลาดิบใน
 ชุมชน แจกแผ่นพับ จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเปิดสปอร์ตเสียงตามสาย
 เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับการประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ นัตรลดา ดีพร้อม และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ 2561 ศึกษา
 พฤติกรรมการป้องกันเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้
 ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่เข้ารับ
 การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.81 มีอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 32.53
 สถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.52 กลุ่มตัวอย่างเคยกินปลาจากแหล่งน้ำ
 สาธารณะในชุมชน ร้อยละ 98.80 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100.00
 โดยส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 98.80 และส่วนใหญ่ ไม่มีญาติ
 พี่น้องที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.72 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับ
 ปานกลาง ร้อยละ 67.47 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 71.08
 การรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.95.และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ
 ใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.93

5.2.5 ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ภายหลังจากทดลอง
 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นกว่า
 ก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)
 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยสามารถอธิบายได้จากผลจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม
 ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น คือ

1. กิจกรรม “ตีท้ายครัว” ออกตรวจเยี่ยม ติดตาม กระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองในการ
 ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการดูห้องครัวและดูสถานที่ประกอบอาหารให้สุกศึกษาใน
 เรื่องการประกอบอาหาร การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อการสอนที่ได้จัดทำขึ้น ได้แก่ แผ่น

พบ ภาพพลิกชุด “ 4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ” และคู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเยี่ยมติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสุ่มประเมินโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขจากหมู่บ้านอื่น และทีมผู้นำระดับตำบล มอบตรงแดงให้ครัวเรือนที่ยังมีการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดสุกๆดิบ ๆ และมอบธงเขียวให้กับครัวเรือนที่ไม่บริโภคปลาดิบ

2. กิจกรรม “เวทีชุมชน คนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” เป็น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การนำเสนอผลการดำเนินงาน สภาพปัญหาปัญหาและอุปสรรคที่พบ ตลอดจนข้อเสนอแนะในระหว่างดำเนินการวิจัย การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชน พิธีมอบรางวัล มอบใบประกาศให้กับกลุ่มทดลอง

สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนากร วัชรพร และคณะ (2563) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 และ ร้อยละ 77.0 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.194, p < 0.001$) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.258, p < 0.001$) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.141, p < 0.05$) ส่วนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมมีความสัมพันธ์เช่นกัน ($r = 0.173, p < 0.05$) ดังนั้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม จึงควรได้มีการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพดังกล่าวของประชาชน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.3.1.1 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นอีกหนึ่งโปรแกรมที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลสูงสุด ควรมีการศึกษาบริบทด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และปฏิทินชุมชนของชุมชนนั้น ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบและไม่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

5.3.1.2 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับที่ตีขึ้น ส่งผลให้อัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 และไม่พบผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ และไม่พบผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ซึ่งสามารถนำไปประกอบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี” ของกระทรวงสาธารณสุขได้

5.3.1.3 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งเป็นการคืนข้อมูลการวิจัยให้ชุมชน และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงออกทางความคิด และสะท้อนสภาพปัญหาต่าง ๆ ระหว่างการดำเนินการวิจัย รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการพัฒนากิจการดำเนินงานร่วมกัน และเกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

5.3.2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

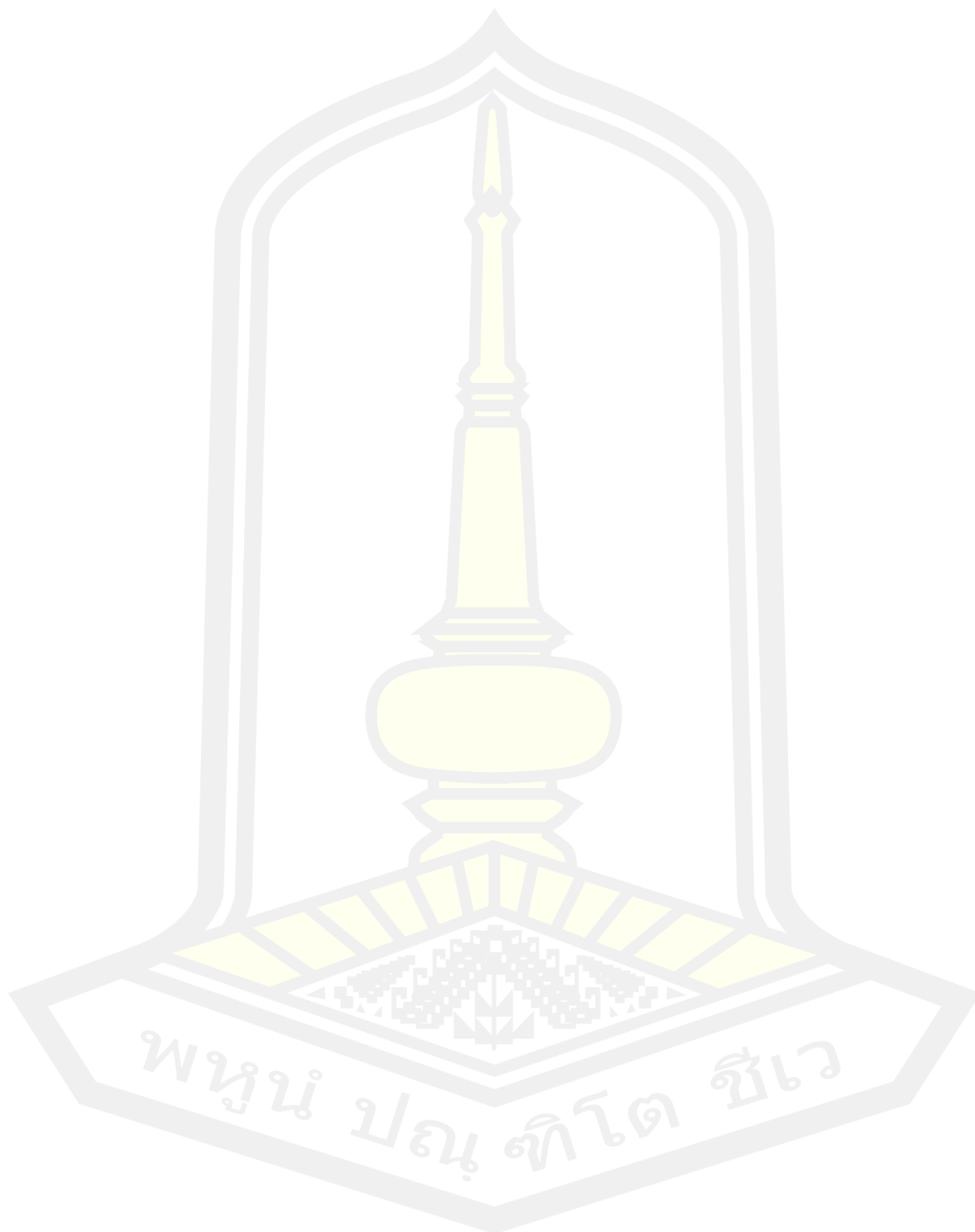
5.3.2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเด็กวัยเรียนเพื่อเป็นการส่งเสริม และปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในเด็กที่ไม่เคยกินอาหารจำพวกปลาดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ โดยมีการสร้างแกนนำสุขภาพในโรงเรียน การสอนสุขศึกษาในโรงเรียน และการเพิ่มเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในแผนการสอน

5.3.2.2 ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัย และดำเนินการติดตามกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน และติดตามการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง และควรติดตามตรวจอุจจาระซ้ำปีละ 1 ครั้ง

5.3.2.3 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา การเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืน

พหุ ม ประทีป ชีวะ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

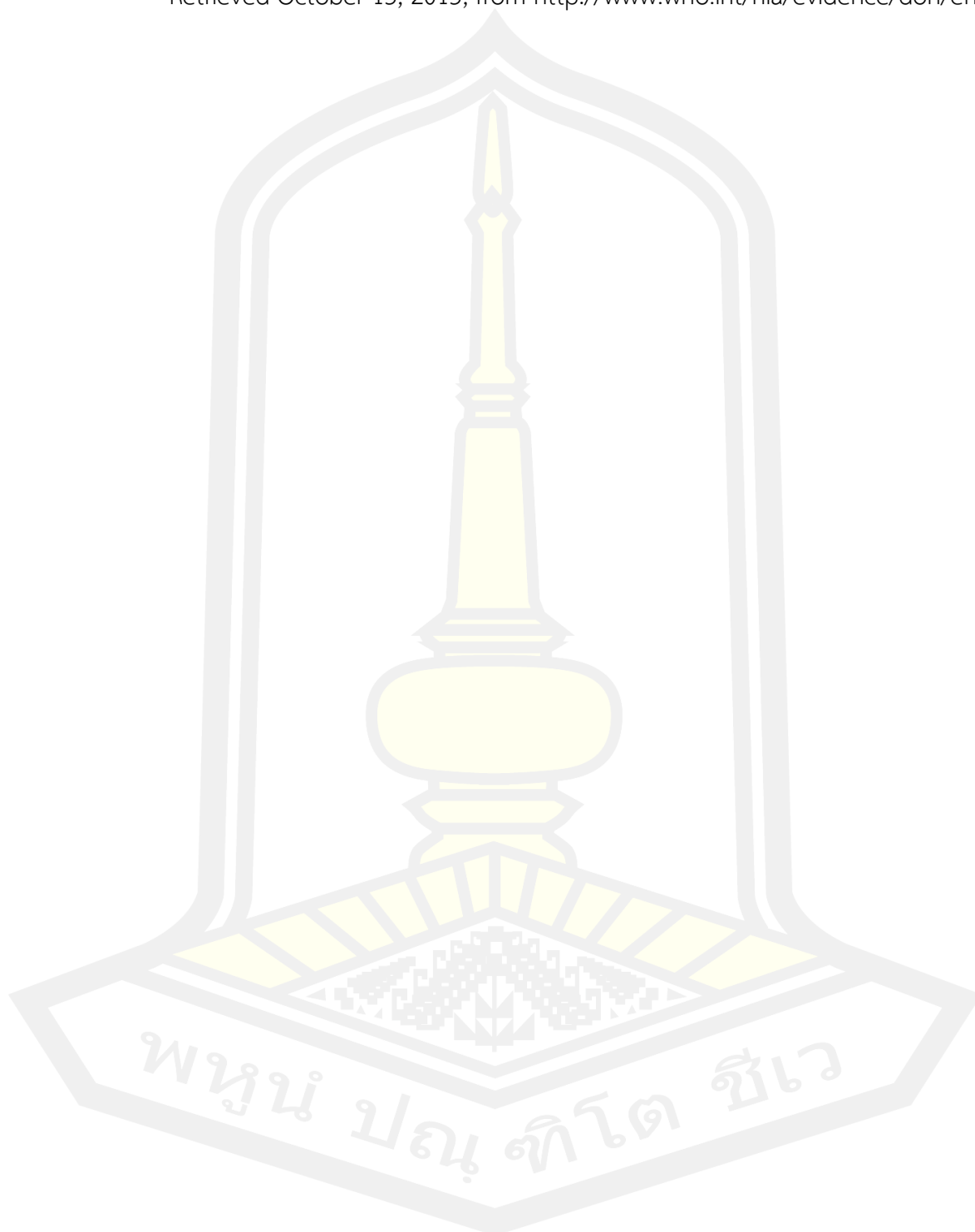
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในชุมชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศิริธรรม ออฟเซ็ท.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *คู่มือการตรวจโรคหนอนพยาธิ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *ปรสิตหนอนพยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ประจำปี พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย. (2559). *แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช 2560 พ.*
- กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธานี, จักรกฤษณ์ พลราช, มาสรีน ศุกลปักข์ และนาริรัมย์ รัตนสัมฤทธิ์. (2557). *การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2552). *รายงานผลการศึกษาสถานการณ์ โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย ปี 2552*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *วิธีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ฮามสมพันธ์. (2558). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

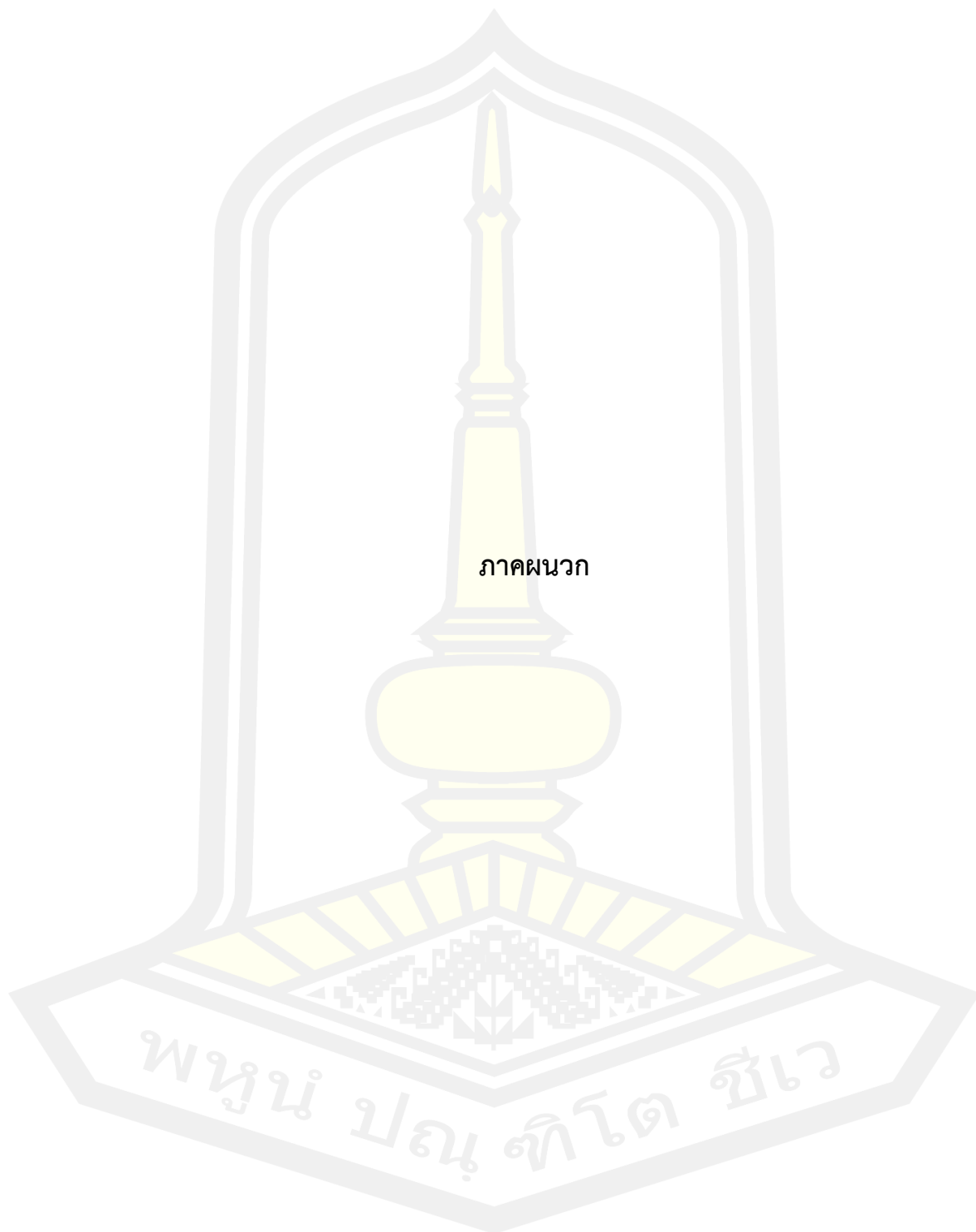
- กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง. (2557). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(1), 53 - 62.
- กิตติพงษ์ ศรีกล่อม, วงศาเล้าหศิริวงศ์, ไพบูลย์ สิทธิถาวร และวิไลพร คิดคำรพ. (2562). ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทางภูมิศาสตร์ความรู้และพฤติกรรมที่มีต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โกศล รุ่งเรืองชัย. (2552). พยาธิใบไม้ตับปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี. [ออนไลน์]. ได้จาก : <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000139744> [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2558].
- ฉัตรลดา ดีพร้อม. (2561). พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคา อำเภอร่องคา จังหวัดกาฬสินธุ์.
- เด็จเดี่ยว วรรณชาติ. (2552). ผลของแรงจูงใจและป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทักษิณีย์ พัดดู, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. (2562). กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.
- ธนากร วรรษพร, युวดี สาระพันธ์ และสุนิศา แสงจันทร์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านชัยถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.
- ประสิทธิ์ วัฒนภา และชวลิต ไพโรจน์กุล. (2545). โครงการประมวลองค์ความรู้เพื่อการวิจัยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะ เสรีรักษ์. (2557). การประเมินประสิทธิภาพขนาดของยาพาราซิควอนเทลในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับในแมว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พรพัฒน์ ภูนาภรณ์และ ทักษณีย์ พัสตุ. (2562). *กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์*. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ และ โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.
- พิศาล ไม้เรียง และบรรจบ ศรีภา. (2557). *มารู้จักพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกันดีกว่า*. [ออนไลน์]. ได้จาก <http://www.health2click.com/index.php?lite=article&qid=42125111> [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2558].
- ภาคภูมิ สรรพวุธ. (2556). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มเสี่ยงบ้านดอนเชียง ตำบลลุมพุก อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2556). *สถิติเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับสูง และมะเร็งท่อน้ำดี ประจำปี 2556*.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาซิง. (2562). *สรุปรายงานผลการดำเนินงานผลการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง ปี 2562*. Mukdahan: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง.
- ลักขณา หลายทวีวัฒน์. (2555). *เรื่องเล่าประสบการณ์การศึกษาวิจัยโรคพยาธิใบไม้ตับในและต่างประเทศ. การประชุมวิชาการเครือข่ายวิจัยเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ภายใต้เครือข่ายสหวิทยาการเพื่อการวิจัยและพัฒนาแห่งราชบัณฑิตยสถาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ สุรสัมมนาการมหา*.
- วันทนา กลางบุรีรัมย์ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2555). *การสังเคราะห์องค์ความรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ศิวาพร พิมพ์เรือง. (2557). *การรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิ ใบไม้ตับที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมบุญรณ์ แสงมณีเดช. (2558). *วิทยาหนอนพยาธิทางการแพทย์*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://vet.kku.ac.th/pathology/somboon/DOGhelminth/lecfluke_opisthorchis.htm [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2558].
- สาธิต เสติ. (2552). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 9–22.

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). *ห่วงอีสานตายมะเร็งท่อน้ำดีจำนวนมาก*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th> [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2558].
- สำนักงานเลขาธิการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สธ. ตั้งเป้า 8 ปี กำจัดพยาธิใบไม้ตับและลดมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อลดการตายกว่าปีละ 15,000 คน หวังคนไทยกินปลาสุกอายุยืน*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=55147 [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2558].
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล. (2562). *สรุปรายงานผลการดำเนินงานผลการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ปี 2562*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2552). *รายงานผลการศึกษาศาสนาการณโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานประจำปี 2554 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- อรณิชา โชติกวานิชกุล. (2563). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9*.
- อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2548). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Best, B. S. (1981). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning*. New York: David Mackay.
- Bloom B.S. (1975). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning*. New York: David Mackay.
- Don Nutbeam. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15>.
- Kickbusch I, M. D. (2008). Health literacy. In Kris H, Stella Q, editors. *International encyclopedia of public health*, 3. 204–211.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2208.

World Health Organization. (2009). *The determinants of health: Introduction*,
Retrieved October 15, 2015, from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.





ภาคผนวก

พหุบัณฑิตวิชเว





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 131-038/2564

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Health Behavior Modification Program in Risk Groups for Reducing Liver Fluke Disease, Lao Mee Sub-district, Don Tan District, Mukdahan Province.

ผู้วิจัย : นางสาวจิรารัตน์ สิงทองทัศน์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : บ้านท่าห้วยคำ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 22 เมษายน 2564

วันหมดอายุ : 21 เมษายน 2565

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....*ภาวดี สิงทองทัศน์*.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

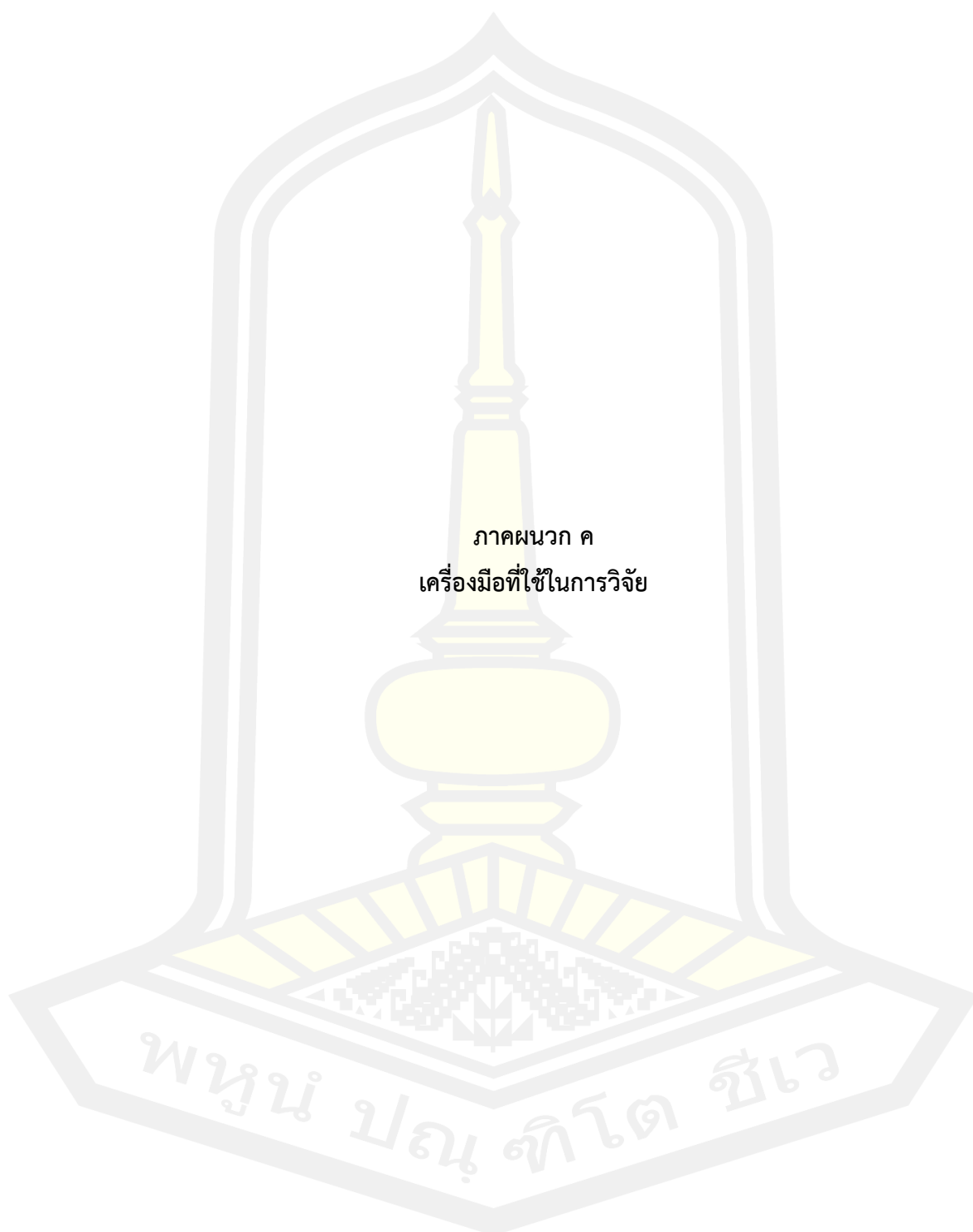
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



รายชื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

- 1) นายบุญเย็น สุวรรณไตรย์ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร
- 2) นายสุขสันต์ สलगสิงห์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
- 3) นางสาวอรอนงค์ สุทธิธำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี





ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุณ ปณุ ทิโต สีเว

แบบสอบถาม
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตำบลเหล่าหมี อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร” แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดการสื่อสารสุขภาพ	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบวัดการจัดการตนเอง	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	จำนวน 7 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีผลต่อตัวท่านแต่ประการใด จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้อ่านคำถามโดยละเอียด แล้วตอบคำถามทุกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด หากมีข้อซักถามเพิ่มเติม กรุณาติดต่อไปที่ นางสาวจิรารัตน์ สิงทองทัศน์ โทร 095-6028161

ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ

นางสาวจิรารัตน์ สิงทองทัศน์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านให้ครบทุกข้อ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1) โสด	<input type="checkbox"/> 2) สมรส	<input type="checkbox"/> 3) หย่าร้าง
<input type="checkbox"/> 4) แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> 5) หม้าย	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 2) ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญา	
<input type="checkbox"/> 6) ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี	
5. อาชีพปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> 2) เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 3) รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 4) ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 5) รับราชการ	<input type="checkbox"/> 6) รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 7) อื่น ๆ (ระบุ).....		
6. รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ.....บาท
7. ส่วนที่ใช้ในครัวเรือน

<input type="checkbox"/> 1) มีใช้	<input type="checkbox"/> 2) ไม่มีใช้ ชับถ่ายที่.....
-----------------------------------	--
8. ท่านเคยตรวจจักษุภาวะหาไขพยาธิหรือไม่ (ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)

<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 11)
---------------------------------	---
9. ผลการตรวจจักษุภาวะหาไขพยาธิ

<input type="checkbox"/> 1) พยาธิใบไม้ตับ	<input type="checkbox"/> 2) พยาธิปากขอ
<input type="checkbox"/> 3) พยาธิตัวตืด	<input type="checkbox"/> 4) พยาธิเข็มหมุด
<input type="checkbox"/> 5) อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> 6) ไม่พบ
10. คนในครอบครัวของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่

11.1 โรคมะเร็งท่อน้ำดี	<input type="checkbox"/> 1) มี	<input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
11.2 โรคมะเร็งตับ	<input type="checkbox"/> 1) มี	<input type="checkbox"/> 2) ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ท่านคิดว่าถูก และทำเครื่องหมาย ✗ ลงในช่องหลังข้อความที่ท่านคิดว่าผิด ทำให้ครบทุกข้อ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อที่	ข้อความ	✓ ถูก หรือ ✗ ผิด
1.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุด	
2.	พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี	
3.	การกินก้อยปลาดิบ เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	
4.	การขับถ่ายอุจจาระใกล้แหล่งน้ำ ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	
5.	ไข่ของพยาธิใบไม้ในตับ จะปนออกมากับอุจจาระของผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	
6.	พยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ร่างกายคน โดยตัวอ่อนไข่เข้าทางผิวหนัง เช่น เท้า มือ ที่มีบาดแผล	
7.	เมื่อพยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ร่างกายคนแล้ว พยาธิตัวเต็มวัยจะไปอาศัยอยู่ที่ถุงน้ำดีหรือท่อน้ำดี	
8.	อาการรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับคือ ตัวเหลืองมาก ตับโตมากขึ้น	
9.	ยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ยาพราซิควอนเทล	
10.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายแล้ว เมื่อกลับไปกินก้อยปลาดิบจะไม่กลับมาป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอีก	
11.	การตรวจหาไข่พยาธิทำได้โดยการตรวจอุจจาระ	
12.	วิธีการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ รับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด โดยทำให้สุกก่อนรับประทานทุกครั้ง	

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยแค่ไหน					
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยแค่ไหน					
3. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต ได้ขอคำปรึกษาจากผู้รู้บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง โดยสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆแหล่งบ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือบ่อยครั้งแค่ไหน					

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสื่อสารสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. เมื่อท่านฟังคำแนะนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ท่านรู้สึกว่าจะเข้าใจถึงเนื้อหาเหล่านั้นๆ					
2. ท่านได้อ่านเอกสารให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน					
3. ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อช่วยฝึกให้ท่านสามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจอยู่บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านแสดงออกในการ พูด อ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน					
6. ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องบ่อยครั้งแค่ไหน					

ส่วนที่ 5 แบบวัดการจัดการตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจากปลาดิบ เช่น ก้อยปลาดิบ บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. ท่านวางเป้าหมายของการหลีกเลี่ยงการกินปลาดิบ และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
3. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านจัดการสิ่งแวดล้อมใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้มากขึ้นบ่อยครั้งแค่ไหน					

พหุ มณู ที โตะ ชี เว

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

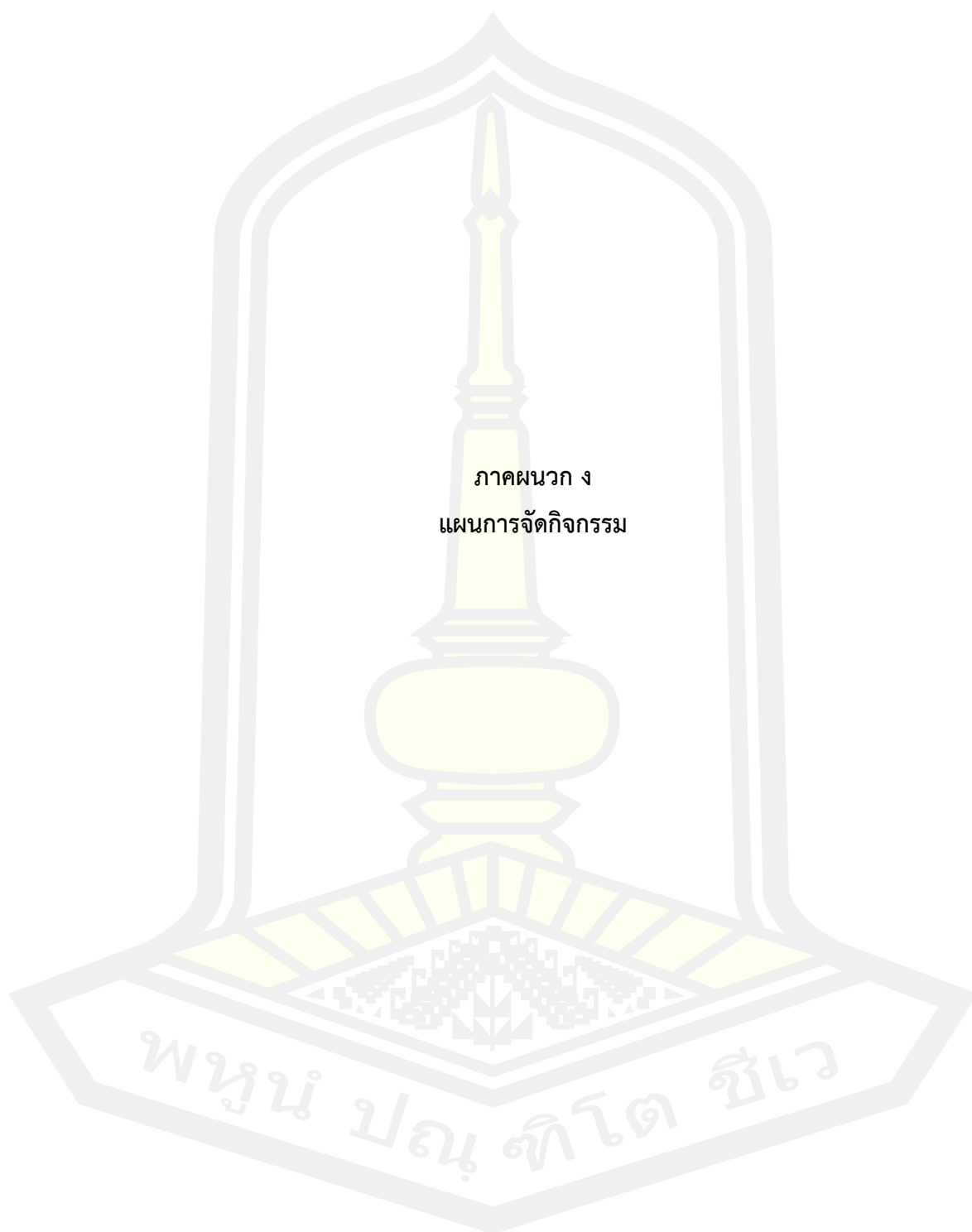
ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าที่มีผลต่อโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากสื่อ ต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ท่านสามารถหาข้อมูลจากแหล่งอื่น ประกอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อน ตัดสินใจซื้อ					
2. ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียในการเลือกรับข้อมูลเพื่อป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจาก สื่อต่างๆก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
3. ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารทันต่อเหตุการณ์ ทั้งในประเทศและต่างประเทศและมีการ วิเคราะห์ข้อมูลในการโฆษณาโดยไม่ไป หลงเชื่อสื่อโฆษณา					
4. ท่านรับรู้และสืบค้นสื่อเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในอินเทอร์เน็ต					
5. ท่านมีการแชร์หรือส่งสื่อเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมใน อินเทอร์เน็ต					
6. ถ้ามีเพื่อนส่งไลน์เกี่ยวกับสินค้ารักษา โรคพยาธิใบไม้ตับมาให้ท่าน ท่านจะ บอก ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี ไม่เหมาะที่จะส่ง ต่อเผยแพร่กัน					

ส่วนที่ 7 แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. ท่านเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถหลีกเลี่ยงการกินปลาดิบได้					
2. ท่านสามารถค้นหาสาเหตุของปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและทางเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา					
3. ท่านตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรค					
4. เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพท่านตัดสินใจที่จะปรึกษาหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
5. ท่านสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาเมื่อมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ					
6. ท่านตัดสินใจไม่กินปลาดิบแม้ว่าจะมีโอกาสหรือถูกชวนให้กิน					
7. การปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับท่านเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย					

ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน



ภาคผนวก ง
แผนการจัดกิจกรรม

พหุบัณฑิต ชีวะ

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา	: “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน”
เวลาที่ใช้	: 3 ชั่วโมง
ผู้จัดกิจกรรม	: ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ช่วยผู้วิจัย
วัตถุประสงค์	

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และ ลักษณะทั่วไป สาเหตุ อาการ การป้องกัน และการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

แนวคิดหลัก

การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเข้าใจทางสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจะสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สาระเนื้อหา

1. ธรรมชาติของโรคพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกัน
2. การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. ระดับความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ
4. การปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (30 นาที)

1. ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง (20 นาที)
2. ทักทายกลุ่มตัวอย่าง เกริ่นนำเรื่องทั่วไป และพูดคุยสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในวันนี้ คือ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน” พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับการร่วมกิจกรรมนี้ (10 นาที)

ชั้นดำเนินการ (2 ชั่วโมง)

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสร้างการรับรู้ เรื่อง “โรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยใช้สไลด์ ชุดที่ 1 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป สาเหตุ อาการ การป้องกัน และการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และชมทีวีทัศน์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ ถาม - ตอบ ข้อสงสัยต่าง ๆ

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำถามกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคนว่า “สาเหตุการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีอะไรบ้าง” โดยให้แต่ละคนคิดหาคำตอบด้วยตนเอง

3.แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 – 6 คน เพื่อระดมสมองหาทางออกในเรื่อง “สาเหตุการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีอะไรบ้าง” พร้อมทั้งนำเสนอแต่ละกลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถาม - ตอบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ

4.จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับตัวแบบที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตัวแบบที่ด้วยป่วยโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดีหรือญาติที่ดูแล เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ร่วมกันวิเคราะห์ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและร่วมกันวางแผนเพื่อจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.ทำพันธะสัญญาไม่กินปลาดิบ

ขั้นสรุป (30 นาที)

1.ร่วมกันสรุปเรื่อง “โรคพยาธิใบไม้ตับ” และ “สาเหตุการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีอะไรบ้าง” (25 นาที)

2.นัดหมายการอบรมในวันต่อไป (5 นาที)

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

- 1.สไลด์ ชุดที่ 1 เรื่อง “โรคพยาธิใบไม้ตับ”
- 2.แบบฟอร์มทำพันธะสัญญา
- 3.กระดาษ ปากกา

การประเมินผล

- 1.การนำเสนอข้อมูล
- 2.การซักถามประเด็นข้อสงสัย
- 3.สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.บรรยากาศในการทำกิจกรรม

พหุบัณฑิต ชีวะ

กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา	: “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ”
เวลาที่ใช้	: 3 ชั่วโมง
ผู้จัดกิจกรรม	: ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ช่วยผู้วิจัย
วัตถุประสงค์	

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการบริการด้วยหลัก 4 ป. 1 ข. (ปรุงอาหารให้สุก, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินปลาดิบ, ไปตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ, ปฏิบัติตามคำแนะนำ, ขับถ่ายลงส้วมทุกครั้ง)

แนวคิดหลัก

การมีความรู้ เรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างปลอดภัยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

สาระเนื้อหา

1. แนวทางการ / วิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
2. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามหลัก 4 ป. 1 ข. / ฝึกปฏิบัติ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ ทักทาย ทำสมาธิก่อนมาอบรมทบทวนกิจกรรมในวันที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินการ (2 ชั่วโมง)

1.การแนะนำแนวทางการปฏิบัติ ประกอบสไลด์ให้ความรู้ เรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้หลัก 4 ป. 1 ข. ได้แก่ ป. ที่ 1 ปรุงอาหารให้สุกสะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหารและหลังการขับถ่าย ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ป. ที่ 4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข. คือ ขับถ่ายลงในส้วมทุกครั้ง โดยใช้ สไลด์ ชุดที่ 2 เรื่อง “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” (30 นาที)

2.กิจกรรมกลุ่มฝึกการปฏิบัติกรล้างมือ การแสดงบทบาทสมมติ วิทยากรประจำกลุ่ม โดยใช้ภาพพลิกชุด “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” (60 นาที)

3.การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (30 นาที)

ขั้นสรุป (30 นาที)

1. สรุปการทำกิจกรรม (15 นาที)
2. นัดหมายการอบรมในวันต่อไป (15 นาที)

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. สไลด์ ชุดที่ 2 เรื่อง “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ”
2. กระดาษ ปากกา
3. ภาพพลิกชุด “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ”

การประเมินผล

1. การนำเสนอข้อมูล การซักถามประเด็นข้อสงสัย
2. สังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบการล้างมือที่ถูกต้อง



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา	: “ปรุงสุกแซบนิ้ว ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ”
เวลาที่ใช้	: 4 ชั่วโมง
ผู้จัดกิจกรรม	: ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ช่วยผู้วิจัย
วัตถุประสงค์	

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เรื่องการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญในการปรุงอาหารที่สุก สะอาดถูกสุขลักษณะและการ สาธิตการต้มปลาร้าสุก ประกวดเมนูปลาปรุงสุก และสาธิต การล้างมือ

แนวคิดหลัก

การมีความรู้เรื่องการประกอบอาหารที่ถูกต้อง ถูกสุขลักษณะ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการประกอบอาหารให้ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งจะ使人ในครอบครัวปลอดภัยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้อีกด้วย

สาระเนื้อหา

1. การประกอบอาหารให้สุกสะอาด ถูกสุขลักษณะ
2. โทษและพิษภัยการรับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือ สุก ๆ ดิบ ๆ
3. การประกวดเมนูปลาน้ำจืดมีเกล็ดปรุงสุก

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (30 นาที)

1. ทักทาย ชี้แจงทำความเข้าใจกิจกรรม “ปรุงสุกแซบนิ้ว ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ”
2. ทบทวนกิจกรรมในวันที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินการ (2 ชั่วโมง)

1.การแนะนำแนวทางการปฏิบัติ ประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องการประกอบอาหารให้สุก สะอาด ถูกสุขลักษณะ และให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยการรับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ โดยใช้ สไลด์ ชุดที่ 3 เรื่อง “ปรุงสุกแซบนิ้ว ไม่ต้องกลัวพยาธิใบไม้ตับ” โดยให้กลุ่ม ทดลอง ตัวแทนผู้ประกอบอาหารในแต่ละหลังคาเรือนที่มีกลุ่มทดลองเข้ารับการอบรม และ ผู้ประกอบการขายส้มตำในชุมชน เข้ารับการอบรมให้ความรู้

(30 นาที)

- 2.สาธิตการประกอบอาหารจากปลาที่ปรุงสุก การต้มปลาร้าให้สุกโดยอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (40 นาที)

- 3.จัดกิจกรรมประกวดเมนูอาหารที่ทำจากปลาปรุงสุก (1 ชั่วโมง 30 นาที)
4. การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (20 นาที)

ขั้นสรุป (30 นาที)

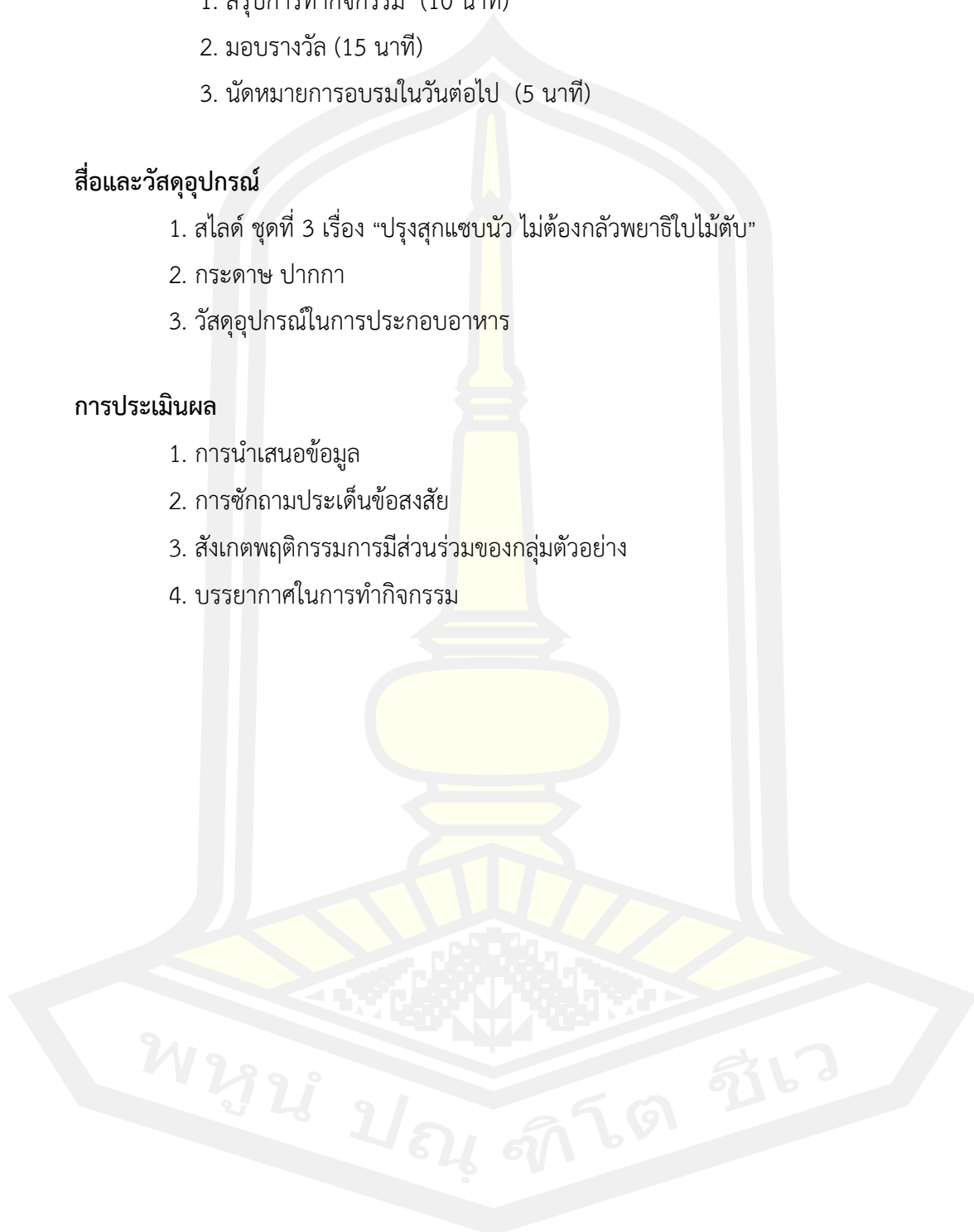
1. สรุปการทำกิจกรรม (10 นาที)
2. มอบรางวัล (15 นาที)
3. นัดหมายการอบรมในวันต่อไป (5 นาที)

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. สไลด์ ชุดที่ 3 เรื่อง “ปรุงสุกแซบนัว ไม่ต้องกลัวพยาธิไปไม้ดับ”
2. กระดาษ ปากกา
3. วัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาหาร

การประเมินผล

1. การนำเสนอข้อมูล
2. การซักถามประเด็นข้อสงสัย
3. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
4. บรรยากาศในการทำกิจกรรม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 4

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา	: “ตีท้ายครัว”
เวลาที่ใช้	: 3 ครั้ง / สัปดาห์
ผู้จัดกิจกรรม	: ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ช่วยผู้วิจัย
วัตถุประสงค์	

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับตรวจเยี่ยม ติดตาม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแล

แนวคิดหลัก

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมถึงการได้รับคำปรึกษาในเรื่องหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้รางวัล การให้กำลังใจ การใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน การได้รับการดูแลเรื่องอาหาร การประกอบอาหารและการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น และจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการ

ออกตรวจเยี่ยม ติดตาม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยดูห้องครัวและดูสถานที่ประกอบอาหาร จัดกระบวนการเรียนรู้โดยการ ให้สุขศึกษาเรื่องการประกอบอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อการสอนที่ได้จัดทำขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ ภาพพลิก คู่มือ 4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และคู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเยี่ยมติดตามสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสุ่มประเมินโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากหมู่บ้านอื่น

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. ภาพพลิก คู่มือ 4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ
2. คู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. แบบประเมินครัวเรือนนี้ไม่กินปลาดิบ

การประเมินผล

1. ไม่มีเมนูที่ทำจากปลาดิบ
2. ปลาที่บริโภคต้องมีการต้มสุก
3. การตอบคำถามจากการซักถาม

กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 5

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา	: “คนเหล่าหมีแท้ กินแต่ปลาสุก”
เวลาที่ใช้	: ธรรมรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน 1 ครั้ง ในเดือนที่ 3 ของการวิจัย ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย 3 ครั้ง / สัปดาห์
ผู้จัดกิจกรรม	: ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ช่วยผู้วิจัย

วัตถุประสงค์

เพื่อธรรมรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน และเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

แนวคิดหลัก

การธรรมรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างและประชาชนในชุมชน ให้ความสนใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักถึงโทษพิษภัยของพยาธิใบไม้ตับ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

จัดกิจกรรมธรรมรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชนประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันธรรมรงค์ในชุมชน มีจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ตามสถานที่สาธารณะของหมู่บ้าน แจกแผ่นพับ ติดป้ายไวนิลวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. ป้ายธรรมรงค์
2. แผ่นพับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. ป้ายไวนิลวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
4. อุปกรณ์การจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
3. บรรยากาศในการทำกิจกรรม

กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 6

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา	: “เวทีชุมชน คนปลอดภัยไปไม่ดับ”
เวลาที่ใช้	: 1 วัน
ผู้จัดกิจกรรม	: ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ช่วยผู้วิจัย
วัตถุประสงค์	

เพื่อจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในระหว่างดำเนินการวิจัยและหลังการวิจัย

แนวคิดหลัก

การสรุปผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับในการวิจัยที่ผ่านมา จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งการจัดเวทีให้ประชาชนในชุมชนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น จะได้ทราบถึงปัญหา ข้อเสนอแนะ หรือความต้องการที่มาจากคนในชุมชนอย่างแท้จริง

วิธีดำเนินการ

1. พิธีปิดการวิจัย
2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและ

ข้อเสนอแนะ

ในระหว่างดำเนินการวิจัย การประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

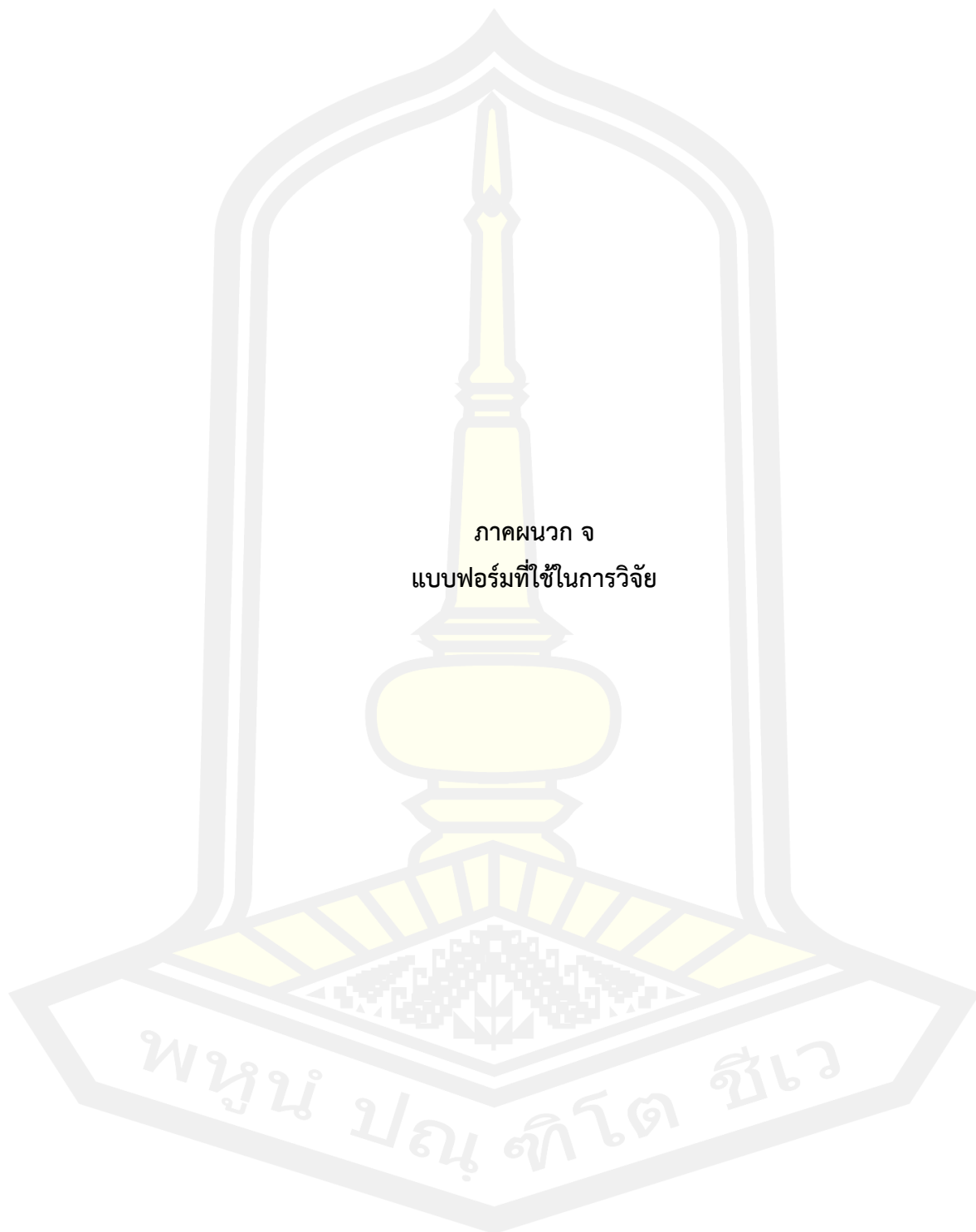
3. จัดบูทนำเสนอสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
4. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง
5. คณะผู้วิจัยกล่าวสรุปการวิจัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. รางวัล
2. อุปกรณ์การจัดบูทนำเสนอผลงาน
3. แบบสอบถามหลังการวิจัย

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
3. บรรยากาศในการทำกิจกรรม
4. ผลการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง
5. ผลการตรวจจุลพยาธิวิทยา หลังการทดลอง



ภาคผนวก จ
แบบฟอร์มที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยา

ใบประกาศพันธสัญญาไม่กินปลาดิบ



ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
 ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ 7 ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ขอให้สัญญาว่า ข้าพเจ้าจะไม่กินปลาดิบ และเลิกกินอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
 และจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่วันที่ให้สัญญาเป็นต้นไป

ให้สัญญา ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ

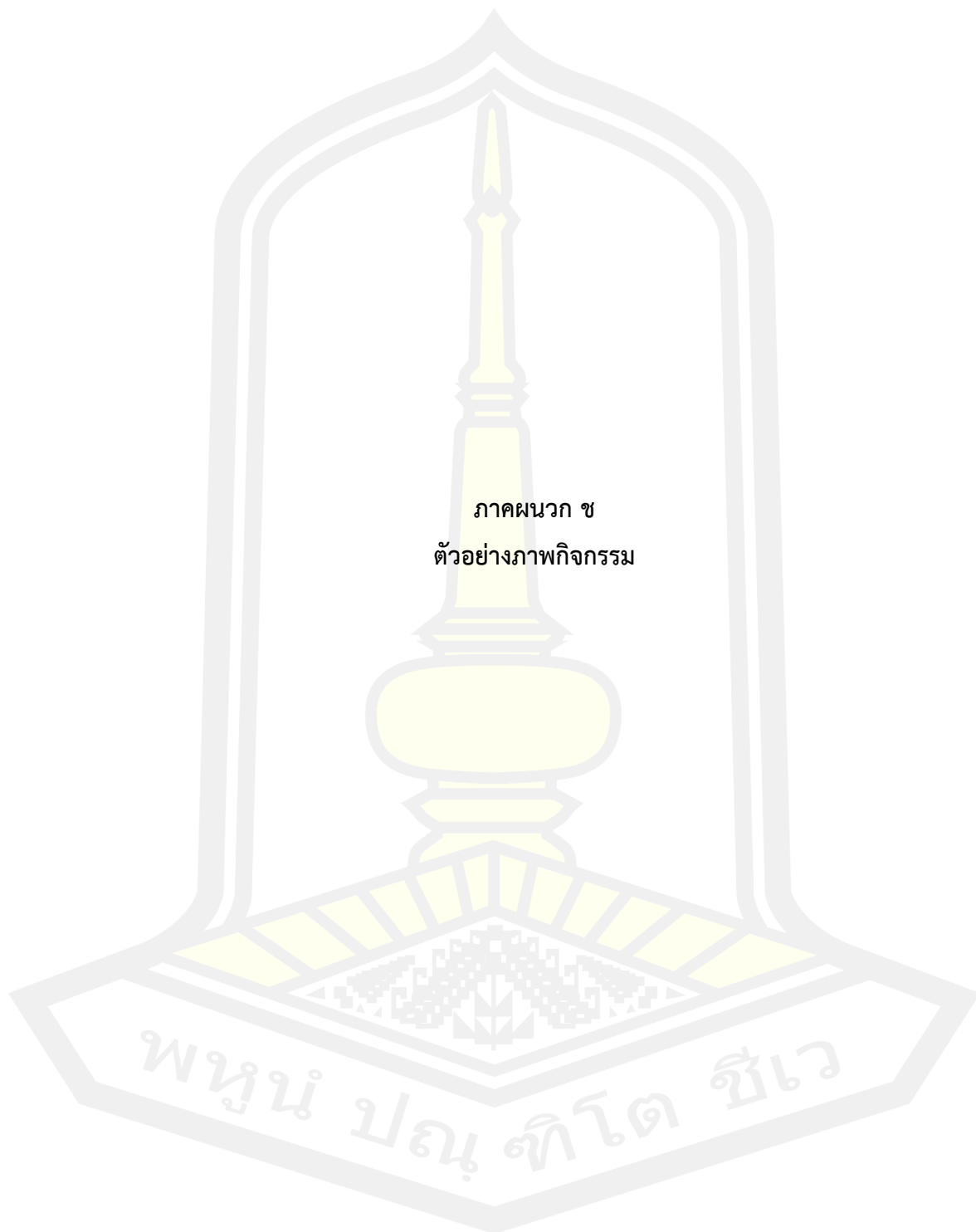
(.....)

ลงชื่อ

(.....) พยาน

ลงชื่อ

(.....) พยาน



ภาคผนวก ช
ตัวอย่างภาพกิจกรรม

พหุณฺ ปณฺ ฌิตฺ ชีเว

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรม “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน”

สร้างการรับรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจะ
สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



กิจกรรม “4 ป. 1 ข. บ่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ”

แนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้หลัก 4 ป. 1 ข. ได้แก่ ป. ที่ 1 ปรุงอาหารให้สุกสะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหารและหลังการขับถ่าย ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ป. ที่ 4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข. คือ ขับถ่ายลงในส้วมทุกครั้ง



แนะนำแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การประกอบอาหารให้สุก สะอาด ถูกสุขลักษณะ สาธิตการปรุงอาหารจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกสะอาด และประกวดเมนูอาหารที่ทำจากปลาปรุงสุก



กิจกรรม “ตีท้ายครัว”

กิจกรรมออกตรวจเยี่ยม ติดตาม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



กิจกรรม “คนเหล่าหมีแท้ กินแต่ปลาสุก”

การรณรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างและประชาชนในชุมชน ให้ความสนใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักถึงโทษพิษภัยของพยาธิใบไม้ตับ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น



กิจกรรม “เวทีชุมชน คนปลอดภัยโรคมยาริไปไม้ดับ”

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน และสรุปผลการดำเนินงานวิจัย



กิจกรรม “เวทีชุมชน คนปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ”

การจัดบูธอาหารตัวอย่างปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ ได้รับเกียรติจากท่านสาธารณสุขอำเภอ ดอนตาล ท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าหมี และท่านปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าหมี ในการเยี่ยมชมบูธการแสดงอาหารตัวอย่าง



กิจกรรม “เวทีชุมชน คนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ”

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การนำเสนอผลการดำเนินงาน สภาพปัญหาปัญหาและอุปสรรคที่พบ ตลอดจนข้อเสนอแนะในระหว่างดำเนินการวิจัย การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชน พิธีมอบรางวัล



กิจกรรมตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวจิรารัตน์ สิงทองทัศน์
วันเกิด	วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 37 หมู่ 6 ตำบลหนองกิงเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34190
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซิง ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร รหัสไปรษณีย์ 49120
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2551 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2554 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2556 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2564 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ฑิต โตะ ชีเว