

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ธนกร จันทาคิมบง ส.ม.*

ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี ปร.ด.**

พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง ส.ด.***

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านชี อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

*** สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 11

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 15-65 ปี ตำบลเขาใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามจำนวน 74 คน โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การประชุมกลุ่ม แบ่งกลุ่มอภิปราย แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำพันธะสัญญา สาธิตการประกอบอาหาร การฝึกปฏิบัติล้างมือ กิจกรรมการติดตามโดยกลุ่มเจ้าหน้าที่ แกนนำหมู่บ้าน มอบธงบ้านหลังนี้ไม่กินปลาดิบและมอบใบประกาศ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้นเอง โดยหาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t- test, Independent t- test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ทำการทดลอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการมีส่วนร่วม และตระหนักถึงความรุนแรง อันตรายของโรค และเกิดพฤติกรรมที่ป้องกันขึ้น และเกิดการระดมความคิดมีการจัดตั้งกลุ่มขึ้น พร้อมออกมาตรการทางสังคมให้สมาชิกกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้ถือปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดวาทกรรมขึ้น “กลุ่มสุขภาพดี บ้านชีไม่กินปลาดิบ” ดังนั้นจึงควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ: เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิก่อมะเร็ง โดยทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ ในภาคตะวันออก-เฉียงเหนือของประเทศไทย พบสูงสุด ร้อยละ 18.6 โดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่น เป็นแหล่งที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศไทยและสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมกรบริโภคปลาน้ำจืด ดิบๆ หรือดิบๆ สุกๆ โดยมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้องและจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด คือ สกลนคร ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม อุตรธานี ยโสธร นครพนม อำนาจเจริญ และ 1 จังหวัดภาคเหนือ คือ แพร่ โรคมะเร็งท่อน้ำดีจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงมาก ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิต และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในช่วงอายุ 45-55 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน⁽²⁾

จังหวัดมหาสารคาม ปี 2552 อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 11.6 อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี 42.9 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ อำเภอกันทรวิชัยพบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 39.5 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ และตำบลเขว้าใหญ่ ปี 2554 พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 14.5 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ จากการสุ่มตรวจหนอนพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลเขว้าใหญ่ จำนวน 3 หมู่บ้าน จำนวนทั้งหมดที่ตรวจ 410 คน ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 57 คน ร้อยละ 13.90 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวง-สาธารณสุขที่ตั้งเป้าไว้ไม่เกินร้อยละ 5.0⁽⁵⁾ จากสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านเรือนอยู่ใกล้แหล่งน้ำ เช่น แหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ ลำน้ำชีหรือห้วยน้ำจืดไหลผ่านทุ่งนา และประชาชนกลุ่มเสี่ยงหาปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดเพื่อบริโภคจากแหล่งห้วย หนองน้ำจืดและลำน้ำชี

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-65 ปี ในเขตตำบลเขว้าใหญ่ จำนวน 30 คน พบว่า (1) มีความรู้ต่ำในเรื่องการติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 24.7) และการกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดที่ทำให้เกิด

โรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 58.12) (2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำในเรื่องการติดต่อของโรคจากคนหนึ่งสู่คนหนึ่ง และการกำจัดเศษปลาดิบที่ไม่ใช้โดยฝัง เผาหรือต้ม เป็นวิธีการป้องกันการเกิดแพร่กระจายของโรค (3) การรับรู้ความรุนแรง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการทันทีทันใด ใช้ระยะเวลานาน จึงทำให้ไม่น่ากลัว (4) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคต่ำในเรื่องการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับไว้ก่อนเป็นการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดี และ (5) การรับรู้อุปสรรคเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำในเรื่องการที่จะทราบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับต้องเสียเวลารอผลจากการตรวจอุจจาระก่อนจึงจะได้รับยา และด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่กินส้มตำใส่ปลาร้าดิบเป็นประจำ (ร้อยละ 95.4) รองลงมา แจ่วบอง ปลาร้าดิบเป็นประจำ (ร้อยละ 91.5) กินก้อยปลาดิบเป็นประจำ (ร้อยละ 69.2) กินส้มปลาน้อยเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 94.5) กินส้มไข่ปลาดิบเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 82.8) กินส้มปลาดิบเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 78.3) และไม่เคยตรวจพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 69.2) และจากการสุ่มตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ในหมู่บ้านซี หมู่ที่ 19 ตำบลเขว้าใหญ่ จำนวน 81 ราย พบตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5 ราย ร้อยละ 6.17⁽⁶⁾

แม้จะมีการศึกษามากมายเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขได้ แม้จะใช้เวลานาน วัฒนธรรมความเชื่อที่ปฏิบัติติดต่อกันมาแต่โบราณ และมีการปฏิบัติสืบต่อกันมา ยากที่จะเปลี่ยน หากประชาชนไม่เกิดความศรัทธาว่าการเปลี่ยนความเชื่อจะบังเกิดผลดี การกินปลาดิบจากการปรุงอาหารประเภทต่างๆ ในงานเทศกาลต่างๆ งานบุญ การพบปะในหมู่ญาติ ครอบครัว เพื่อนฝูงหลังจับปลา เป็นวิธีการปรุงง่ายๆ ไม่ซับซ้อน รสชาติอร่อย ถูกปาก กินแล้วไม่เห็นมีใครป่วยเป็นอะไร ก็เหมือนโรคพยาธิอื่นๆ ไปซื้อยาถ่ายพยาธิมากินก็ปลอดภัยแล้ว อีกทั้งการปรุงใช้ผสมกับมดแดงปลาก็สุกแล้ว แม้ปัจจุบัน

สื่อมวลชน สื่อต่างๆ จะแพร่กระจายข้อมูลในด้านการได้รับความรู้ ประชาชน(ชาวบ้าน) ทราบแต่ไม่กลัวกลัวโรคร้ายแรงอื่นๆ มากกว่า และผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁽⁸⁾ โดยมีแนวคิดหลักที่ว่า การพัฒนาคนและชุมชนให้เข้มแข็งและสังคมเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เกิดจากการที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และจากปัญหาดังกล่าวจึงนำมาประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใชโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-65 ปี ตำบลเขาใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้มีความรู้ รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อน หลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 30 มิถุนายน 2555 การศึกษานี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่กินปลาน้ำจืดดิบๆ หรือ ดิบๆ สุกๆ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 15-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเขาใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 5,376 คน

การหาขนาดตัวอย่างเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มๆ ละ 37 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดคุณลักษณะของตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยกำหนดเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จำนวน 10 ตำบล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตัวอย่างตำบลที่จะทำการศึกษาตามกลุ่มประชากรเป้าหมายที่กำหนดโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลาก ได้ตำบลเขาใหญ่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่างหมู่บ้านที่จะทำการศึกษา โดยเป็นหมู่บ้านที่มีแหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ที่ประชาชนหาอาหารเพื่อบริโภค มีน้ำขังตลอดทั้งปี และประชาชนมีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่มีการปลูกข้าวปีละ 2 ครั้ง เป็นลักษณะคล้ายคลึงกันในเขตพื้นที่ตำบลเขาใหญ่ คือ บ้านชี หมู่ที่ 19 และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 37 คน บ้านส้มโอง หมู่ที่ 11 จำนวน 37 คน

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการวิจัย ดังนี้คือ

- 1) ประชาชนที่บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุระหว่าง 15-65 ปี
- 3) ไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ
- 4) อยู่ในพื้นที่ตำบลเขาใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย 6 เดือนขึ้นไป
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง

- 1) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

1) กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อนำการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการไปแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ การบรรยาย การอภิปราย การประชุมกลุ่มเพื่อการ

ร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมทำและร่วมประเมินในกิจกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลเขาใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ประชาชนในตำบล เขาใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุ 15-65 ปี มีพฤติกรรมกรกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด หรืออาหารที่แปรรูปจากปลาน้ำจืดดิบๆ หรือ สุกๆ ดิบๆ และตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ (1) ตัวแปรต้น ได้แก่ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

เครื่องมือในงานวิจัย ประกอบด้วย

1) แผนการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ การติดต่อ วิธีการป้องกัน

2) แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การฝึกสาธิตการปรุงอาหารสุก รณรงค์ ไม่กินปลาดิบ

3) แบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4) สื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูล ในการอบรม ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้ายไวเนล เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

5) แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ลักษณะคำถามเป็นแบบ ใช่ ไม่ใช่ โดยให้ผู้ตอบเลือก หนึ่งตัวเลือก ที่คิดว่าถูกที่สุด ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนนและข้อที่ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์⁽¹⁰⁾ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11-13 คะแนน)
- ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (8-10 คะแนน)
- ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 (น้อยกว่า 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ กำหนดให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

มีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยกลุ่ม ตัวอย่างตอบคำถามว่า เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 8 - 24 คะแนน ผู้วิจัยได้ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ คือ

- ระดับการรับรู้สูง ได้คะแนนร้อยละ 80 - 100 (20 - 24 คะแนน)
- ระดับการรับรู้ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 (15 - 19 คะแนน)
- ระดับการรับรู้ต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (8 - 14 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกันกับส่วนที่ 3

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสร้างคำถามซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เลือกตอบ ข้อความทางบวก ข้อความทางลบ

- เห็นด้วย	3	1
- ไม่แน่ใจ	2	2
- ไม่เห็นด้วย	1	3

มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ คือ

- ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 - 100 (24 - 30 คะแนน)
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 (18 - 23 คะแนน)
- ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (14 - 17 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสร้างคำถามซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับส่วนที่ 5

มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 - 100 (17 - 21 คะแนน)
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 (13 - 26 คะแนน)
- ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (7 - 12 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดปริมาณความถี่ เช่น การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การตอบคำถามจะมีตัวเลือก 3 ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติบางวัน และไม่ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติตั้งแต่ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีโอกาส ให้ 3 คะแนน

- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-6 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบางครั้งที่มีโอกาส ให้ 2 คะแนน

- ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 7 - 21 คะแนน ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 - 100 (17 - 21 คะแนน)
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79 (13 - 16 คะแนน)
- ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (7 - 12 คะแนน)

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ศึกษาวิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นโดยได้ศึกษารูปแบบจากตำรา ทฤษฎี หนังสือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยและแนวคิดการค้นคว้าของงานวิจัย และความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาวิจัย

2. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป

3. ความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง ที่บ้านเปลือยน้ำ ตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 ชุด เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือ นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์และปรับปรุงแบบสอบถาม โดยการทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้ หาความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20; KR 20)⁽¹¹⁾ ได้เท่ากับ 0.81 และส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การ

รับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช อยู่ในช่วง 0.81-0.84

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1) จัดทำขออนุญาตสนับสนุนงานวิจัยจากกองทุน-หลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาใหญ่ และโรงพยาบาลกันทรวิชัย

2) ประสานงาน ติดต่อ วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านนี้

3) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการทำวิจัย

4) คัดเลือกกลุ่มทดลอง (กลุ่มเสี่ยง) และกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

5) เตรียมผู้ช่วยวิจัยจากบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัยและสังกัดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินการ ทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม เป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่ม ฝึกทักษะกลุ่มและการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา

6) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายห้องปฏิบัติการ ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

7) ประชุมคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่-สาธารณสุข และการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

8) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบ-สอบถาม

9) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการทดสอบก่อนการทดลอง ให้คะแนนและแปลผล

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมการให้ความรู้และกลุ่ม-

สัมพันธ์ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุ อาการ แนวทางการป้องกัน แล้วแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่มร่วมอภิปราย และตอบคำถามแล้วสรุปเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ/ทำพันธะสัญญา แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว และเรื่องเล่า การเจ็บป่วย การสูญเสีย โดยใช้สื่อรูปภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และกลุ่มตัวอย่างประชาชนกินปลาดิบ ร่วมอภิปรายถึงผู้ป่วยในชุมชน อาการป่วย ความสูญเสียค่ารักษา และผลการรักษา รวมทั้งแนวทางในการป้องกัน

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมเน้นพฤติกรรม การปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการสาธิตและฝึก การล้างมือ การปรุงอาหารสุกรูปแบบต่างๆ และเน้นย้ำ การบันทึกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 5, 7 และ 9 ติดตาม ตรวจสอบ ควบคุม กำกับ โดยเจ้าหน้าที่ แกนนำหมู่บ้าน ประกอบด้วย: การเยี่ยมบ้านประชาชนกลุ่มเสี่ยง กระตุ้นเตือน และ สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร แล้วนัดหมายการประเมินครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 11 สรุปผลการติดตาม และมอบธงให้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่กินปลาดิบ

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลและการเก็บข้อมูลหลังดำเนินการ และตรวจไข่พยาธิหลังการดำเนินการทดลอง **กลุ่มเปรียบเทียบ**

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบ-สอบถาม

สัปดาห์ที่ 2-11 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับข้อมูลโดย ปกติจากสื่อต่าง ๆ และจะมีการนัดหมายวันที่จะตอบแบบสอบถาม เพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

สัปดาห์ที่ 12 ใช้แบบสอบถามชุดเดิม เก็บข้อมูล หลังการทดลอง และตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยง-

เบนมาตรฐาน Paired t- test, Independent t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 5 (95%CI)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.9) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 40.5) รองลงมา มีอายุระหว่าง 55-64 ปี (ร้อยละ 27.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.1) รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 13.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 86.5) รองลงมา ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง (ร้อยละ 5.4) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,401-4,300 บาท (ร้อยละ 29.7) รองลงมา 8,101-10,000 บาท (ร้อยละ 24.3) และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.1) มีอายุระหว่าง 55-64 ปี (ร้อยละ 51.4) รองลงมา มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 29.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.3) ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.7) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 13.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 81.1) รองลงมาคือค้าขายและรับราชการ (ร้อยละ 5.4) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,401-4,300 บาท (ร้อยละ 43.2) รองลงมา 4,301-6,200 บาท (ร้อยละ 32.4)

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปานกลาง (Mean = 8.97, SD = 10.06) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (Mean = 8.91, SD = 1.08) พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในระดับสูง (Mean = 11.75, SD = 1.03) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง (Mean = 8.94, SD = 1.05) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.81 คะแนน (95% CI : 2.32 - 3.29) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1

การเปรียบเทียบการรับรู้ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (2) การรับรู้ความรุนแรง (3) การรับรู้ประโยชน์ และ (4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้านโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ในระดับสูง (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความรู้	Mean	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.97	1.06	0.05	-0.44 - 0.55	0.21	0.83
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.91	1.08				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.75	1.03	2.81	2.32 - 3.29	11.56	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.94	1.05				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในระดับเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

วิจารณ์

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเน้นการให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและตัวแบบที่เป็นโรค การต่อยอดการสูญเสียคำรักษาพยาบาล คุณภาพชีวิต คนในครอบครัวเดียวกัน หมู่บ้านเดียวกัน มีวิถีชีวิต

คล้ายกัน กินอาหารร่วมกัน การป่วยมักจะป่วยเป็นกลุ่ม เพราะเป็นโรคติดต่อทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันง่าย เพียงให้ชาวบ้านเกิดความเชื่อ ศรัทธา ผลของการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป จากคนรุ่นเก่า ๆ สู่คนรุ่นใหม่ ๆ ซึ่งวิถีชีวิตและรูปแบบการกินอาหารเปลี่ยนไป การแก้ไขปัญหาก็จะได้ผล เมื่อทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการการคิด การดำเนินการทุกขั้นตอน และมีการปฏิบัติต่อเนื่อง

จากการวิจัยครั้งนี้ ได้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชนขึ้นมา เพื่อป้องกันโรค คือ การจัดตั้งชมรมกลุ่มสุขภาพดี บ้านซีไม่กินปลาดิบ หมู่ที่ 19 โดยมีคณะกรรมการกลุ่มระดับต่างๆ เป็นแกนนำ มีสมาชิกชมรม 184 คน

การใช้วัฒนธรรมพื้นบ้าน ที่เป็นสิ่งที่พวกเขาชื่นชอบ คือ การแต่งเพลงลำกลอนขึ้น เปิดเสียงตามสายเป็นปกติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้รายด้าน	ก่อนการทดลอง (n=37)		หลังการทดลอง (n=37)	
	Mean±SD	แปลผล	Mean±SD	แปลผล
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	17.62±1.34	ปานกลาง	21.81±1.33	สูง
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	16.32±1.56	ปานกลาง	21.62±1.36	สูง
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	20.49±1.69	ปานกลาง	26.76±1.88	สูง
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	15.86±2.93	ปานกลาง	19.70±1.27	สูง
โดยรวม	69.08±4.93	ปานกลาง	89.89±3.99	สูง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง (n=37)		หลังการทดลอง (n=37)		t	p-value
	Mean±SD	แปลผล	Mean±SD	แปลผล		
กลุ่มทดลอง	12.91±2.05	ต่ำ	19.72±1.01	สูง	16.92	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.81±2.02	ต่ำ	12.72±2.05	ต่ำ	1.13	0.26

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ให้คันทูกระตั้นเตียน มีกฎ คือมาตรฐานทางสังคมเกิดขึ้น มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวอย่าง คนกินปลาดิบถูกปรับ ร้านค้าขายส้มตำหรืออาหารอื่นๆ ที่ต้องปรุงโดยปลาร้าสุก ปลาสุก เท่านั้น ติดโปสเตอร์หน้าบ้านผู้นำชุมชน ติดธงสัญลักษณ์หน้าบ้านตัวอย่าง ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคถูกต้อง เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย จากหน่วยงานภาครัฐ หัวหน้ามีตั้งแต่ระดับผู้ตรวจราชการกระทรวงลงมา ผู้นำชุมชนกลุ่มเสี่ยง ประชาชนในหมู่บ้าน ทำให้เกิดการกระทำที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การมีผู้บริหารระดับสูง เห็นความสำคัญ และมาร่วมกิจกรรมโดยเป็นวิทยากร ส่งผลให้ชุมชนให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้โครงการวิจัยครั้งนี้ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. จากผลการทดลองโดยใส่โปรแกรม ทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ในพื้นที่ที่ศึกษาในการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับโดยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คือ การแต่งบทลำกลอนโดยชุมชนเองนำมาเป็นสื่อในการให้ความรู้ผ่านสถานีวิทยุชุมชนบ้านซี

3. เกิดกฎ คือ มาตรการทางสังคมเกิดขึ้น มี อสม. ปฏิบัติเป็นแบบที่ดี มีการปรับผู้ละเมิดในการกินปลาดิบ ร้านค้าขายอาหารที่ปรุงจากปลาร้าสุก ปลาสุกขึ้น ติดธงบ้านทำดี ปิดโปสเตอร์เตือนใจ เป็นการปกครองตนเองในชุมชน ตรวจสอบประเมินกันเอง

4. ควรมีการขยายผลใช้ในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามกลุ่มตัวอย่างในการทดลองต่อไป เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว จากอัตราอุบัติการณ์ ความยั่งยืนของชมรม

2. มีการดูแลตรวจอุจจาระซ้ำ หรือนำส่งสถานบริการสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยทุนสนับสนุนจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรวิชัย นายกองดีการ-บริหารส่วนตำบลเขวใหญ่ ขอขอบคุณบุคลากรทั้งในหน่วยงานและประชาชนในเขตรับชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซี ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Foodborne trematode infections: Opisthorchiasis viverrini [Internet]. [cited 2013 Sep 15]. Available from: http://www.who.int/foodborne_trematode_infections/opisthorchiasis/Ovisthorchiasis_viverrini/en/
2. ฉันทรัฐ แก้วพิบูลย์. โรคพยาธิใบไม้ตับ ปัญหาที่อยู่คู่กับคนไทยอีสาน. อุบลราชธานี: ศูนย์วิจัยและบริการตรวจวินิจฉัยเชื้อจากปรสิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2552.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานประจำปี 2552. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2552.
4. โรงพยาบาลกันทรวิชัย. สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2555. มหาสารคาม: โรงพยาบาลกันทรวิชัย; 2555.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เป้าหมายควบคุมโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2552.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านซี. สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปี. มหาสารคาม: รพ.สต. บ้านซี; 2555.
7. จุฬารัตน์ โสตะ, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, รุจิรา ดวงสงค์, นวพรตรีโอสฐ์. ประสิทธิภาพของสื่อการสอนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อ วีซีดีและคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
8. ชนินทร์ เจริญกุล. การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
9. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์-สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คัลลังานาวิทยา; 2548.

10. ประยูร สนเท่ห์. รูปแบบการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ใช้ภาษาส่วย ในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
11. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937;2:151-60.

Abstract: Application of Health Belief Model and Participatory Learning Process on Behavior Modification for Liver Fluke Prevention

Thanakon Chanthakhuembong, M.P.H.*; Chanchainarong Songkasri, Ph.D.; Pongsawat Rattanasang, Dr.P.H.*****

** Ban Khee District Health Promotion Hospital, Kantharawichai District, Mahasarakham Province;*

*** Office of Disease Prevention and Control Region 6, Khon Kaen Province; *** Bureau of Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health*

Journal of Health Science 2014;23:822-31.

The objective of this study was to assess the application of the Health Belief Model and participatory learning process on behavior modification for the prevention of liver fluke among risk people aged 15-65 years old in Khwao yai Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province. It was conducted as a quasi-experimental research in which 74 at-risk people aged 15-65 years old were randomly selected and assigned in the experimental and the control groups, 37 each. The Health Belief Model and participatory process were applied in the experimental group. Activities included knowledge about liver fluke, group meeting, discussion, liver fluke prevention self assessment, commitment, cooking demonstration, hand washing practice, followed-up by health personnel community leaders, and giving certificates and flag for household that did not eat raw fish. The study was carried out for 12 weeks. Data were collected from April to June 2012. Percentage, Mean, standard deviation, Paired t- test, Independent t- test were used for data analysis. It was found that after the experiment, the knowledge mean score on liver fluke in the experimental group was at high level and was significantly higher than that of the control group of which the score was at average level ($p < 0.05$). In the experimental group, the mean scores of perceived risk, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and liver fluke preventive behavior were all at high Level at the end of the experiment; and the scores were significantly higher than the baselines. In conclusion, the participatory learning process for behavior modification in preventing liver fluke in risk people could lead to the desirable and sustainable participation, awareness and practices towards liver fluke prevention. This approach should be applied in other endemic areas.

Key words: participatory learning, behavior modification, health belief model, prevention of liver fluke