



ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
และโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา

The Effects of Health Education Program by Applying Health Belief
Model Through The Application Line of Opisthorchiasis and
Cholangiocarcinoma among People in Nong Rawan Sub-district, Mueang
District, Nakhon Ratchasima Province

ณัฐรินทร์ สীগุด¹, จุติมา ศิริภรณ์¹, ชาลินี ปลัดพรม²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test, Independent t-test และ 95%CI วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมด้วย (Analysis of covariance [ANCOVA])

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Difference of Mean) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ค่าเฉลี่ย 4.88) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ค่าเฉลี่ย 6.48) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ค่าเฉลี่ย 7.78) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ค่าเฉลี่ย 6.72) และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ค่าเฉลี่ย 9.23) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) และมีอัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขศึกษา, โรคพยาธิใบไม้ตับ, โรคมะเร็งท่อน้ำดี

¹ ผู้วิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโตนด, นครราชสีมา E-mail: suwat.zazaa@gmail.com

² อาจารย์ที่ปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา E-mail: chalineem11@hotmail.com



ABSTRACT

This study is quasi-experimental research and aimed to study The effects of health education program by applying health belief model through the application line of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma among people in Nong Rawan sub-district, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The samples were 90 students and divided to be an experimental group were 45 students and a comparison group were 45 students. The experimental group get the health education program by applying health belief model through the application line of opisthorchiasis. The duration of implementation was 10 week. Data were collected by questionnaires. Descriptive data were analyzed by descriptive statistic such as frequency percentage mean and standard deviation. Comparative analysis was used Paired Sample t-test, Independent t-test, (95%CI), and Analysis of covariance (ANCOVA).

The results showed that after programming, the experimental group that difference of mean in knowledge about opisthorchiasis and cholangiocarcinoma (average 4.88), perception of risk of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma (average 6.48), perceived severity of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma (average 7.78), recognition of the benefits and obstacles of disease prevention of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma (average 6.72) and practice in the prevention of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma (average 9.23) with statistical significance at P-value < .05) and has a lower rate of detection of *Opisthorchis viverrini* eggs with statistical significance at P-value < .05).

Keyword : Health education program, Opisthorchiasis, Cholangiocarcinoma

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (World Health Organization, 2006) โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นชนิดหนึ่งของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุการตายเป็นอันดับ 4 อัตราป่วยเกิดในผู้ชาย 135.4 รายต่อแสนประชากร และเกิดในผู้หญิง 43 รายต่อแสนประชากร ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศตะวันตกซึ่งมีเพียง 0.5-2 รายต่อแสนประชากร (นพ รัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ, 2554) จากการศึกษาวิจัยทางห้องปฏิบัติการสนับสนุนว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังทำให้เกิดพยาธิสภาพของตับ และท่อทางเดินน้ำดีรวมทั้ง มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีด้วย โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบระบาดมากในประเทศไทยและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็ง และองค์การอนามัยโลกยังจัดพยาธิใบไม้ตับชนิดนี้ ว่าเป็นตัวก่อมะเร็งชีวภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 และถูกยืนยันอีกครั้ง ในปี พ.ศ.2552 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากรายงานการเสียชีวิต จากสาเหตุโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน 19 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าเสียชีวิต ปีละ 28,000 คน เฉลี่ยวันละ 76 คน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 80,000 บาทต่อราย หรือประมาณ 22,400 ล้านบาทต่อปี กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ



และพยาธิปากขอในทุกพื้นที่ในประเทศไทย ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในปี พ.ศ.2559 จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิของประเทศไทยในปี พ.ศ.2557 พบอัตราความชุกทั่วประเทศเฉลี่ย ร้อยละ 5.1 เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุดถึง ร้อยละ 85.2 ในระดับหมู่บ้านภาคเหนือสูงสุดที่ 45.6 จากการประมาณการ พบว่า ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกว่า 6 ล้านคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นกับคนไทยโดยเฉพาะคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สาเหตุเกิดจากอุปนิสัยที่ชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ โดยการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ปลาจืดดิบ ก้อยปลา ส้มปลา ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ที่อาศัยอยู่ที่ท่อน้ำดี ทำให้เกิดการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับในท่อน้ำดี และเกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก มีการซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บของเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการก่อมะเร็งอย่างช้าๆ โดยใช้เวลาประมาณ 20 – 30 ปี การป่วยตายด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถป้องกันและรักษาได้หากค้นพบอาการตั้งแต่แรกเริ่ม และต้องดำเนินการแบบบูรณาการ โดยทำให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านวัฒนธรรมการป้องกันมิให้มีการปนเปื้อนของอุจจาระในแหล่งน้ำทุกประเภท เพื่อให้ปลาปลอดพยาธิปลุกฝังค่านิยมและสร้างวัฒนธรรมให้กับทุกเพศและทุกกลุ่มวัยในการกินอาหารปรุงสุก ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มพยาธิใบไม้ตับ มีระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโดยใช้ชุมชนและโรงเรียนเป็นฐาน จากแนวคิดของทฤษฎีแนวคิดหลักของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ของตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง และสามารถประยุกต์ใช้กับโรคอื่นๆ และประชาชนกลุ่มอื่นได้

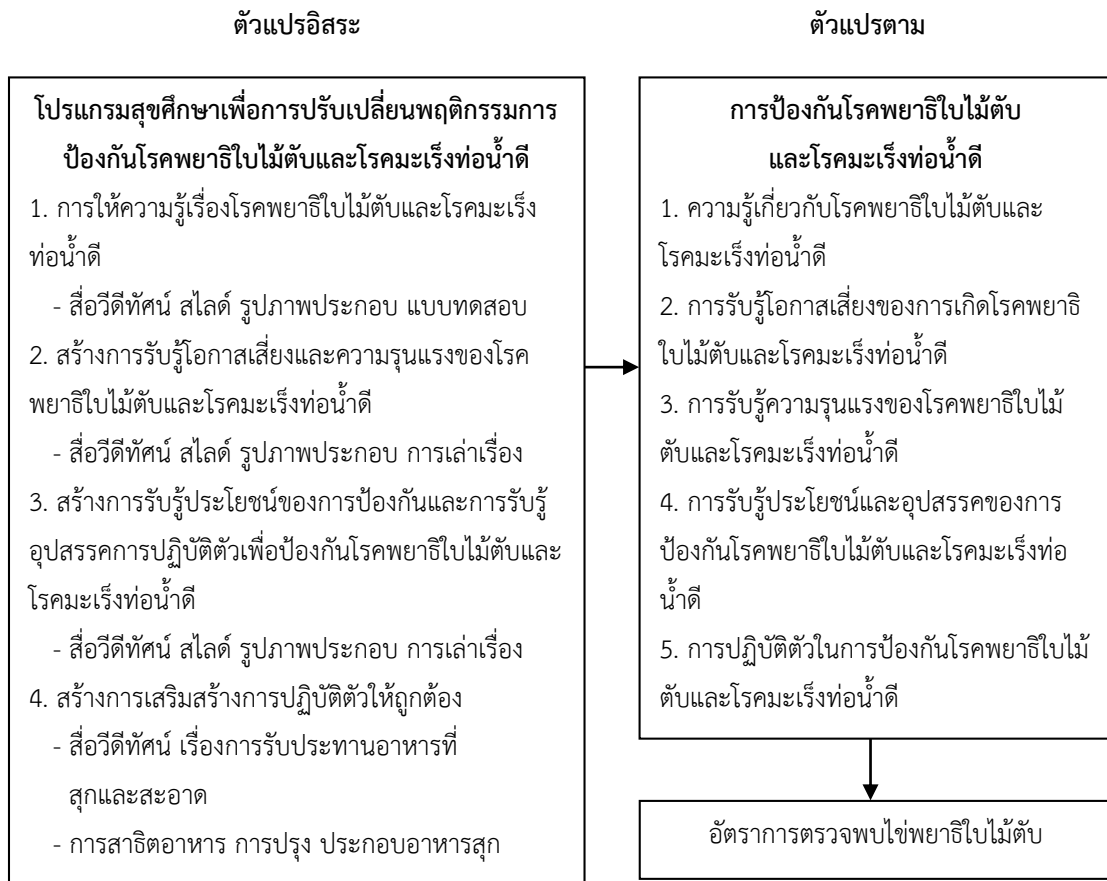
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังจากทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี
4. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี
5. การปฏิบัติพฤติกรรมในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี
6. อัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การที่ประชาชนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการอุปสรรคของการป้องกันโรค นำมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 - 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโตนด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 45 โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันของ (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2553 : 316) มีระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการโดยแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการ และจัดกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรค



พยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี สถานการณ์ปัจจุบันของโรค ความหมายของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ลักษณะและอาการแสดงของโรคโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ รูปภาพ ประกอบ และแบบทดสอบ

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 2 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ รูปภาพประกอบ และการเล่าเรื่องโดยตั้งแบบบุคคลทางด้านบวกและด้านลบ

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 3 สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ รูปภาพประกอบ และการเล่าเรื่องโดยตั้งแบบบุคคลทางด้านบวกและด้านลบ

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 4 สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ รูปภาพประกอบ และการเล่าเรื่องโดยตั้งแบบบุคคลทางด้านบวกและด้านลบ

สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 5 สร้างการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ รูปภาพประกอบ และการเล่าเรื่องโดยตั้งแบบบุคคลทางด้านบวกและด้านลบ

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 6 สร้างการเสริมสร้างการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ถูกต้อง การปรุงอาหารที่สุกและสะอาดปลอดภัย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการรับประทานอาหารที่สุกและสะอาด การสาธิตการปรุงอาหาร และการขับถ่ายอย่างถูกวิธี

สัปดาห์ที่ 7-9 การกระตุ้นประชาชน โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้คำปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 10 จัดคลินิกตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ และตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อรักษาตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ



ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นข้อความเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นข้อความเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยการทดสอบค่าที (Independent t-test) นำเสนอด้วยค่า Mean difference และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95% Confidence Interval: 95%CI) และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance [ANCOVA])

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2019-033 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2562

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.88, P-value < .05
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.48, P-value < .05
3. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7.78, P-value < .05
4. ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.72, P-value < .05
5. ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 9.23, P-value < .05
6. อัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลของโปรแกรมสุขศึกษา ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 45)

ผลของโปรแกรม สุขศึกษา	คะแนนก่อน Mean ± S.D.	คะแนนหลัง Mean ± S.D.	Mean Difference	95% CI	t	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
กลุ่มทดลอง	7.00 ± 1.66	11.88 ± 1.28	4.88	5.53 ถึง 4.23	15.20	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.07 ± 1.61	7.90 ± 1.28	0.83	1.28 ถึง 0.37	3.65	.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
กลุ่มทดลอง	19.05 ± 3.37	25.53 ± 2.44	6.48	7.76 ถึง 5.19	10.20	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.95 ± 3.68	19.35 ± 3.50	0.40	0.59 ถึง 0.21	4.28	.000*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
กลุ่มทดลอง	19.07 ± 2.44	26.85 ± 1.53	7.78	8.70 ถึง 6.85	16.98	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.47 ± 2.41	19.00 ± 2.18	0.51	0.75 ถึง 0.30	4.64	.000*
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
กลุ่มทดลอง	19.85 ± 9.29	28.03 ± 1.25	6.72	9.29 ถึง 7.06	14.87	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	19.53 ± 3.64	20.18 ± 3.27	0.65	4.90 ถึง .94	2.94	.001*
การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
กลุ่มทดลอง	28.95 ± 3.19	38.18 ± 2.85	9.23	10.57 ถึง 7.88	13.92	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.83 ± 3.33	29.90 ± 2.71	1.08	1.72 ถึง 0.43	3.39	.002*

(*P-value < .05)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลของโปรแกรมสุขศึกษา ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 45)

ผลของโปรแกรม สุขศึกษา	กลุ่ม ทดลอง Mean ± S.D.	กลุ่ม เปรียบเทียบ Mean ± S.D.	Mean Difference	95% CI	t	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
ก่อนทดลอง	7.00 ± 1.66	7.07 ± 1.61	0.83	0.80 ถึง 0.65	0.21	.838
หลังทดลอง	11.88 ± 1.28	7.90 ± 1.28	3.98	3.40 ถึง 4.55	13.88	.000*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
ก่อนทดลอง	19.05 ± 3.37	18.95 ± 3.68	0.10	1.47 ถึง 1.67	0.13	.900
หลังทดลอง	25.53 ± 2.44	19.35 ± 3.50	6.18	4.83 ถึง 7.52	9.16	.000*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
ก่อนทดลอง	19.07 ± 2.44	18.47 ± 2.41	0.60	0.48 ถึง 1.68	1.11	.272
หลังทดลอง	26.85 ± 1.53	19.00 ± 2.18	7.85	7.01 ถึง 8.69	18.63	.000*



ผลของโปรแกรม สุขศึกษา	กลุ่ม ทดลอง Mean ± S.D.	กลุ่ม เปรียบเทียบ Mean ± S.D.	Mean Difference	95% CI	t	P-value
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
ก่อนทดลอง	19.85 ± 9.29	19.53 ± 3.64	0.33	1.22 ถึง 1.87	0.42	.676
หลังทดลอง	28.03 ± 1.25	20.18 ± 3.27	7.85	6.75 ถึง 8.95	14.17	.000*
การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี						
ก่อนทดลอง	28.95 ± 3.19	28.83 ± 3.33	0.13	1.33 ถึง 1.58	0.17	.864
หลังทดลอง	38.18 ± 2.85	29.90 ± 2.71	8.28	7.03 ถึง 9.52	13.28	.000*

(*P-value < .05)

อภิปรายผล

1. กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.88, P-value < .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลของการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ที่เกิดขึ้นนี้ เนื่องจากได้รับกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถ่ายทอดผ่านแอปพลิเคชันและการสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของ Bloom (1971) ได้อธิบายว่าการเรียนรู้ที่จะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน และจัดกิจกรรมการเรียนรู้และวัดประเมินผลได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลอยไพลิน ทับทิม และรุจิรา ดวงสงค์ (2557) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001)

2. กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.48, P-value < .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ที่สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้ใช้กลวิธีทางสุขศึกษา การใช้สื่อและเทคโนโลยีที่ดึงดูดความสนใจ โดยเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของ Caine, R. and Caine, G. (1989 : 65-73) เสนอแนะให้ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบสัมผัสโดยตรง เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานิตยา ศรีวิชา และณิตชาธร ภาโนมัย (2557) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมโภชนศาสตร์ศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลหนองโก อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

3. กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7.78, P-value < .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลของ



โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) Rosenstock (1974) กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อ ซึ่งความเชื่อดังกล่าวจะเป็นผลดีในการช่วยลดความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิวิชัย ทองนาเมือง (2555) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมาเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมาเร็งท่อน้ำดี สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$)

4. กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมาเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.72, $P\text{-value} < .05$ ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมาเร็งท่อน้ำดี โดยเป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ทัศนคติเชิงบวก ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไข โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ศรีวิชา และณิศาธร ภาโนมัย (2557) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมโภชนาการศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ในตับของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลหนองโก อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$)

5. กลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมาเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) โดยมีกิจกรรมติดตามผลให้กำลังใจ และให้สุขศึกษา จัดกิจกรรมตรวจหาพยาธิใบไม้ในตับเคลื่อนที่ในชุมชน โดยผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยการกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภกนก หันทุยง (2558) ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภอธัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในด้านการปฏิบัติตน (ค่าเฉลี่ย 3.80) ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$)

6. ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอัตราการตรวจพบไข่พยาธิลดลง กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลตนเอง (Perceived Benefits) และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ตามแนวคิดของ (Rosenstock, 1974 : 328-335) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับ



ผลการวิจัยของพลอยไพลิน ทับทิม และรุจิรา ดวงสงค์ (2557) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอัตราการตรวจพบไข่พยาธิลดลง กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value $< .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรมีการกระตุ้นเตือนให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคอยู่เสมอเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1.2 การนำโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การใช้สื่อการสอนที่เห็นภาพ การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากผู้ที่มีประสบการณ์จะช่วยกระตุ้นการรับรู้และความเข้าใจให้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.2 ควรทำวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยศตวรรษที่ 21 เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.3 ควรทำวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลายครั้ง (One-group repeated measures) การติดตามผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อวัดความคงทนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการดำเนินงาน ตามนโยบาย กรมควบคุมโรค ประจำปี

งบประมาณ พ.ศ. 2561. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค : นนทบุรี.

นพรัตน์ สงเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ. (2554). “บทวิเคราะห์มะเร็งท่อน้ำดี : ความรู้บทบาทและความท้าทายของนักสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมในประเทศไทย.” วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Vol.4(3) : 97-103.

นิตยา ศรีวิชา และณิตชาธร ภาโนมัย. (2557). “ประสิทธิผลของโปรแกรมโภชนศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลหนองโก อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น”.

KKU Journal for Public Health Research. Vol.7(3), September-December 2014 : 18-27.



- พลอยไพลิน ทับทิม และรุจิรา ดวงสงค์. (2557). “ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอบลาปาก จังหวัดนครพนม.” วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Vol.7(1), มกราคม-เมษายน : 25-34.
- ศิวัชญ์ ทองนาเมือง. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมาเรียมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอยะผิง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศุภกนก หันทุยง. (2558). “ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว.” Phranakhon Rajabhat Research Journal. Vol.10 (1), January-June 2015 : 40-53.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2553). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์.
- Becker and other. (1974). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd. Appleton-century-crofts, East Norwalk.
- Bloom, B.S., Hastings, J.T., & Madaus, G.F. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. New York : McGraw-Hill.
- Caine, R. and Caine, G. (1989). **12 Principles for brain – based Learning**. Action– One Author's Personal Journey. October 9, 2013, from <http://www.nea.org/teachexperience/brain030925.html>
- Rosenstock, I.M. 1974. “Historical Origins of Health Belief Model”. **Health Education Monographs**. Vol.2(4) : 328-335.
- World Health Organization. (2006). **Working together for health**. The world health report.