นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

บังอร ฉางทรัพย์[1]
มนัส บุญประกอบ[2]
องอาจ นัยพัฒน์[3]
ปราโมทย์ ทองกระจาย[4]

The impacts of Health Education Programme by group process on preventive behaviors against intestinal parasitic infestation among housewives in Suan Aoy community, Khlong Toei district, Bangkok

Changsap B, Boonprakob M, Naiyapatana O, Thongkrajai P.
Department of Biological Science, Faculty of Science and Technology,
Department of Occupation Health and Safety, Faculty of Public Health,
Huacheiw Chalermprakiet University, Bangplee, Samut Prakan, 10540, Thailand
Department of Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute,
Department of Educational Measurement and Research, Faculty of Education,
Srinakharinwirot University, Wattana, Bangkok, 10110, Thailand

Songkla Med J 2007;25(2):77-87

---

[1]วท.บ. (เทคนิคการแพทย์), วท.ม. (วิทยาศาสตร์การแพทย์) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
[4]วท.บ. (เทคนิคการแพทย์), วท.ม. (จุลชีววิทยา), Ph.D. (Microbiology) รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
[2]กศ.บ. (เคมี-ชีววิทยา), ค.ม. (โสตทัศนศึกษา), Ph.D. (Curriculum and Instruction : Postsecondary Education) อาจารย์
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ [3]กศ.บ. (การวัดผลการศึกษา/คณิตศาสตร์), กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา),
Ph.D. (Educational Administration with Concentration in Research and Evaluation) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตวัฒนา กรุงเทพ 10110

รับต้นฉบับวันที่ 26 พฤษภาคม 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 26 ตุลาคม 2549

Abstract:

The main objectives of this quasi-experimental research were to first, assess the effectiveness of a Health Education Programme aimed at promoting preventive behavior against intestinal parasitic infestation and second, examine the factors among housewives concerned with the infestation. The study was made in the Suan Aoy community, Khlong Toei district, Bangkok. The Rogers' Protection Motivation Theory by Group Process was applied to the implementation of the Health Education Programme. The outcomes assessed in this study are the women's knowledge of intestinal parasites, their perceptions of severity and susceptibility, self-efficacy and responsiveness efficacy, and their intention to develop and practise preventive behavior against intestinal parasitic infestation. Eighty housewives living in three communities were recruited. The experimental group comprised forty women from Suan Aoy community and another group of forty women from the Suan Thri and Rim Khlong Wat Sa Pan communities were assigned as the control group. The experimental group participated in the designated programme activities for 12 weeks. Data were collected by questionnaires before and after the intervention programme. Data analysis were made using percentage, mean, standard deviation, multivariate analysis of variance (MANOVA) and Pearson's product moment correlation.

The results were compared with the situations before and after the experiment as well as with the control groups. The results indicate that the experimental group had significantly increased its knowledge of intestinal parasites, perceptions of severity and susceptibility and they intended to practise preventive behavior against intestinal parasitic infestation ($p<0.01$). However, the increase of self-efficacy, responsiveness efficacy and the practice of preventive behaviors were not significant. It was also found that knowledge of intestinal parasites, perception of severity and susceptibility, self-efficacy, and responsiveness efficacy were significantly correlated with the intention to practise preventive behavior ($p<0.001$). In addition, the intention to practise preventive behavior was also significantly correlated with the preventive behavior against intestinal parasitic infestation ($p<0.001$).

The results of this study suggested that the Health Education Programme used in the study was likely to be an effective means to improve community knowledge of intestinal parasites and the prevention of diseases. This study could therefore have an impact on the development of appropriate preventive behavior programmes to reduce intestinal parasitic infestation among housewives. It is recommended that this Health Education Programme should be applied to other similar community groups.

Key words: *Health Education Programme, group process, preventive behaviors, Protection Motivation Theory, Intestinal parasitic infestation, community, Khlong Toei district*

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการกำหนดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ แม่บ้านใน 3 ชุมชน จำนวน 80 ราย เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 ราย (แม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนอ้อย) และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 ราย (แม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพาน) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมในโปรแกรมสุขศึกษาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูล

โดยการใช้แบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง จากนั้นทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวนพหุนาม (MANOVA) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังจากแม่บ้านกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในส่วนของตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) แต่ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มีค่าสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบว่าความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยของการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ด้วยวิธีกระบวนการกลุ่มมีประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มแม่บ้านต่อไป ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาไปประยุกต์ใช้กับประชาชนและชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ: *โปรแกรมสุขศึกษา, กระบวนการกลุ่ม, พฤติกรรมป้องกัน, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค, โรคพยาธิลำไส้, ชุมชน, เขตคลองเตย*

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศในเขตร้อน ทำให้มีโรคที่เกิดจากปาราสิตหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า พยาธิใบไม้ตับ และพยาธิสตรองจิลอยเดส เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะมีการควบคุมโรคพยาธิลำไส้มาเป็นเวลานาน แต่ก็ยังคงมีการระบาดเรื่อยมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางพื้นที่ของประเทศมีความชุกชุมของโรคพยาธิลำไส้ในอัตราที่สูง โดยการศึกษาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของพยาธิลำไส้ในประเทศไทย พบว่ามีการสำรวจหนอนพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2532 พบมีประชาชนติดโรคพยาธิลำไส้ในอัตราร้อยละ 77.5[1] นอกจากนี้การศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าเด็กนักเรียนมีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ร้อยละ 46.8[2] ส่วนการศึกษาความชุกของโรคพยาธิลำไส้ใน 3 จังหวัดของภาคอีสานในปี พ.ศ. 2536 พบว่าประชาชนเป็นพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในรายเดียวกันเฉลี่ยร้อยละ 38.7[3] การสำรวจที่หมู่บ้านลำประดู่ จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2544 พบประชาชนเป็นโรคพยาธิลำไส้ร้อยละ 68.0[4] และการสำรวจของบังอร ฉางทรัพย์ และคณะ ในชุมชนเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2547 พบประชาชนมีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ร้อยละ 9.0[5]

โรคพยาธิลำไส้นับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากการติดเชื้อพยาธิลำไส้จะมีผลทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก[6] ประสิทธิภาพในการดูดซึมสารอาหารของลำไส้เสียไป[7] โรคขาดวิตามินบี 12[8] เยื่อบุลำไส้อักเสบ[9] ท้องร่วง ลำไส้อุดตัน ตีซ่าน ตับอ่อนอักเสบ และเกิดแผลที่อวัยวะภายใน[10] เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดผลทางอ้อม ได้แก่ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ด้านแรงงานและการผลิต[11] เป็นต้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมโรคพยาธิลำไส้มิให้แพร่กระจายโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในชุมชนที่มีผู้อาศัยอย่างหนาแน่น โดยหลักในการควบคุมโรคพยาธิโดยทั่วไปนั้น ประการแรกต้องมีความรู้เกี่ยวกับวงจรของหนอนพยาธิแต่ละประเภทว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ทราบถึงวิธีการระบาดและการแพร่กระจายตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายหรือสามารถทำลายหนอนพยาธิชนิดนั้น ๆ ได้ การควบคุมและป้องกันก็เพื่อหาวิธีการตัดวงจรชีวิตของมันในระยะใดระยะหนึ่ง และหาวิธีทำลายหนอนพยาธิชนิดนั้น ๆ ให้หมดไป วิธีดำเนินการประกอบไปด้วย 1) การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรค วิธีการติดต่อการแพร่กระจายของโรค และอันตรายที่เกิดจากโรค ตลอดทั้ง

วิธีการควบคุม และป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดโรค 2) การควบคุมคนหรือสัตว์ที่เป็นแหล่งโรค 3) การควบคุมสัตว์ที่เป็นพาหะของโรคโดยการทำลายหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานสัตว์ดังกล่าว 4) การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่พันธุ์และการกระจายของโรค และ 5) การบำบัดรักษา[12] ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้ยึดตามแนวทางดังกล่าวเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการดำเนินการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคนั้น การให้บุคคลได้มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการโน้มน้าวให้เกิดการเอาใจใส่และจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเองซึ่งการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวกนั้นจะทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพของตนและตระหนักความมีคุณค่าแห่งตน ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง[13] นอกจากนี้การที่บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองว่าสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ก็จะช่วยเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น[14] โดยก่อนการปฏิบัตินั้นบุคคลจะเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติขึ้นก่อน ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติและสามารถใช้ในการทำนายการปฏิบัติของบุคคลได้[15] ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในส่วนของการพัฒนาความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้แม่บ้านในชุมชนเกิดความตั้งใจและมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ต่อไป

งานวิจัยในครั้งนี้ยึดตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers[16] โดยเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) คือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมต่อไป ในการประเมินการรับรู้ของ Rogers[16] ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ซึ่งต่อมาได้รวมตัวแปรความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้นำตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรดังกล่าวมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้คัดเลือกแม่บ้านในชุมชนเขตคลองเตย ได้แก่ ชุมชนสวนอ้อยเป็นกลุ่มทดลองในการศึกษา โดยให้ชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพานเป็นกลุ่มควบคุม การเลือกชุมชนทั้งสามมาใช้ในงานวิจัยเนื่องจากชุมชนทั้งสามมีอาณาเขตติดกันและยังมีอัตราความชุกของโรคพยาธิลำไส้ใกล้เคียงกัน[5] โดยผู้วิจัยต้องการทราบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยยังต้องการทราบว่า ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำโปรแกรมสุขศึกษาไปใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ให้แก่แม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนอ้อย และชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชนต่อไป

วัสดุและวิธีการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน (แม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย) และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน (แม่บ้านในชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพาน) โดยเป็นแม่บ้านที่เข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจและพักอาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษาตลอดระยะเวลาการทดลอง (เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548)

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เป็นโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการนำกระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางดำเนินการ เนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษายึดตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของของ Rogers[16] ประกอบด้วย

การดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ 2) ขั้นตอนการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ 3) ขั้นตอนการเสริมสร้างความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ 4) ขั้นตอนสร้างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และ 5) ขั้นตอนการกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง โดยโปรแกรมดังกล่าวได้ผ่านการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการประเมินและปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น

2. แบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้จำนวน 20 ข้อ 2) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ข้อ 3) แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ข้อ 4) แบบวัดความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ข้อ 5) แบบวัดความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ข้อ 6) แบบวัดความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 20 ข้อ และ 7) แบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 20 ข้อ โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach และ Kuder-Richadson ซึ่งได้ผลค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0.71-0.95 ในส่วนของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีค่าความยากง่าย (difficulty) อยู่ระหว่าง 0.42-0.79 และมีค่าอำนาจจำแนก (discrimination) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการประสานงานกับหัวหน้าชุมชนทั้ง 3 ชุมชน อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการรับสมัครแม่บ้านเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยแจ้งถึงประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับและสิทธิ์ของแม่บ้านที่จะสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา โดยข้อมูลที่ได้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง เมื่อรับสมัครแม่บ้านได้ครบตามจำนวนที่ต้องการ คณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลก่อนการทดลอง) จากนั้นดำเนินการทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแต่อย่างใด เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งโดยแบบสอบถามเดิมในส่วนที่ 1-6 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลหลังการทดลอง) จากนั้นเว้นระยะ 8 สัปดาห์ (เป็นระยะให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และในระยะนี้ได้ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนให้แก่กลุ่มทดลอง) แล้วจึงเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเฉพาะส่วนที่ 7 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ข้อมูลหลังการทดลอง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 13 โดยสถิติพรรณา ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ (multivariate analysis of variance หรือ MANOVA) ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และภูมิลำเนาเดิม และเมื่อพิจารณาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แต่ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดในแม่บ้านกลุ่ม

ทดลองมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดในแม่บ้านกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง (ตารางที่ 1)

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ เพื่อพิจารณาความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการเปรียบเทียบรายคู่โดยการทดสอบ Bonferroni[17] พบว่าภายหลังการทดลองแม่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$ และ 0.001) ส่วนค่าเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าตัวแปรทุกตัวที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$ และ 0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานและการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในแม่บ้านกลุ่มรวม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน / ตัวแปร	กลุ่ม	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		การเปลี่ยนแปลง	
			$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	รวม	80	14.46	3.23	15.71	3.62	1.25	4.18
	ทดลอง	40	14.53	3.21	17.40	2.24	0.87	2.66
	ควบคุม	40	14.40	3.29	14.03	3.96	-0.37	3.73
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	รวม	80	37.14	3.76	38.22	5.20	1.08	6.23
	ทดลอง	40	36.97	3.44	40.80	4.07	3.83	4.36
	ควบคุม	40	37.30	4.10	35.65	4.97	-1.65	5.37
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	รวม	80	40.13	6.22	39.50	6.90	-0.63	8.01
	ทดลอง	40	40.20	5.19	44.37	4.82	4.17	5.46
	ควบคุม	40	40.06	7.18	36.62	7.49	-3.44	7.98
ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	รวม	80	26.90	2.17	27.08	2.58	0.18	3.04
	ทดลอง	40	26.55	1.87	27.79	1.71	1.24	2.31
	ควบคุม	40	27.25	2.39	26.37	3.09	-0.88	3.16
ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	รวม	80	26.14	2.92	26.21	3.44	0.07	4.04
	ทดลอง	40	26.42	2.39	27.30	2.66	0.88	3.19
	ควบคุม	40	25.86	3.38	25.13	3.80	-0.73	4.02
ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	รวม	80	53.25	6.95	56.73	4.85	3.48	8.37
	ทดลอง	40	50.23	7.71	59.15	2.30	8.92	8.23
	ควบคุม	40	56.27	4.44	55.31	6.19	-0.96	6.64
พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	รวม	80	81.40	8.19	82.05	8.93	0.65	12.34
	ทดลอง	40	79.58	8.71	82.93	9.18	3.35	10.40
	ควบคุม	40	83.21	7.30	81.18	8.69	-2.03	10.54

หมายเหตุ N หมายถึง จำนวนแม่บ้าน, $\bar{X}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา, SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา โดยการเปรียบเทียบรายคู่

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-2.88**	0.723
		Y1	0.13	0.723
		Y2	0.50	0.723
	X2	Y1	3.00***	0.723
		Y2	3.38***	0.723
	Y1	Y2	0.38	0.723
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-3.83***	0.935
		Y1	-0.33	0.935
		Y2	1.32	0.935
	X2	Y1	3.50**	0.935
		Y2	5.15***	0.935
	Y1	Y2	1.65	0.935
การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-4.17***	1.404
		Y1	0.14	1.404
		Y2	3.59	1.404
	X2	Y1	4.32***	1.404
		Y2	7.76***	1.404
	Y1	Y2	3.44	1.404
ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-1.24	0.521
		Y1	-0.70	0.521
		Y2	0.18	0.521
	X2	Y1	0.54	0.521
		Y2	1.42*	0.521
	Y1	Y2	0.88	0.521
ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-0.88	0.695
		Y1	0.57	0.695
		Y2	1.30	0.695
	X2	Y1	1.44	0.695
		Y2	2.17*	0.695
	Y1	Y2	0.73	0.695
ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-8.92***	1.239
		Y1	-6.04***	1.239
		Y2	-5.08***	1.239
	X2	Y1	2.88	1.239
		Y2	3.84***	1.239
	Y1	Y2	0.95	1.239

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน
พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-3.34	1.900
		Y1	-3.62	1.900
		Y2	-1.60	1.900
	X2	Y1	-0.28	1.900
		Y2	1.74	1.900
	Y1	Y2	2.03	1.900

หมายเหตุ * ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ** ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01, *** ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001, X1 หมายถึง กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง, X2 หมายถึง กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง, Y1 หมายถึง กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง, Y2 หมายถึง กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาของเม่บ้านทั้งหมด

ตัวแปร	KNOW	PERS	PERC	EXPS	EXPB	ATTE	BEHAV
KNOW	1.000						
PERS	0.505***	1.000					
PERC	0.465***	0.493***	1.000				
EXPS	0.483***	0.483***	0.467***	1.000			
EXPB	0.522***	0.477***	0.485***	0.565***	1.000		
ATTE	0.340***	0.260**	0.239**	0.392***	0.359***	1.000	
BEHAV	0.297***	0.233***	0.341***	0.326***	0.318***	0.317***	1.000

**p<0.01, ***p<0.001

KNOW หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้, PERS หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้, PERC หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้, EXPS หมายถึง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้, EXPB หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้, ATTE หมายถึง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้, BEHAV หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

วิจารณ์

จากผลการวิจัยจะเห็นว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$ และ 0.001) ส่วนค่าเฉลี่ยของตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ผลการวิจัยดังกล่าวอาจเกิดจากในการสร้างความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นเรื่องที่ละเอียดซับซ้อน และต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรที่จะปลูกฝังปัจจัยเหล่านี้ นอกจากนี้โปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่กลุ่มทดลองอาจจะใช้ระยะเวลาไม่นานเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทั้งสองได้ ดังนั้นการดำเนินการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ประชาชนในสถานการณ์ที่เป็นจริงควรมีการจัดโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลานับปีหรือหลายปีก็อาจทำให้ประชาชนมีการรับรู้ และเกิดความคาดหวังต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้มากขึ้น ในส่วนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) อาจมีความเป็นไปได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและไม่เกิดขึ้นอย่างทันที ซึ่งควรมีการศึกษาติดตามผลต่อไป อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่กลุ่มทดลองมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับสุปรียา ตันสกุล[18] ที่พบว่ามีงานสุขศึกษาจำนวนมากไม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยยังคงป่วยด้วยโรคเดิม ๆ ทั้งที่มีการป้องกันได้ อย่างไรก็ตาม Egger[19] กล่าวว่า คนที่มีความรู้ก็อาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้ขึ้นอยู่กับว่าเขารับความรู้ไปแล้ว มีการแปลผลหรือให้ความหมายประการใด ซึ่งต้องขึ้นกับภูมิหลัง ประสบการณ์ เจตคติ ค่านิยม ของแต่ละบุคคล ดังนั้นทำให้งานสุขศึกษาจึงถูกมองว่าไม่สำคัญและไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม งานสุขศึกษา เช่น การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้วิธีการกระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างผลรวมจากประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งหมดที่ได้วางแผนเพื่อให้เกิดเป้าหมายของการปฏิบัติ รวมทั้งการปฏิบัติอันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และสภาพแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าผลวิจัยของการศึกษาครั้งนี้จะไม่ทำให้กลุ่มแม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นที่น่าพอใจ แต่ก็ทำให้กลุ่มแม่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิเพิ่มขึ้น ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเป็นพื้นฐานที่จะส่งผลให้แม่บ้านมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องต่อไป ดังเช่นงานวิจัยของมาลีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์[20] ทำการศึกษาพบว่าความตั้งใจในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) ดังนั้นถ้าเปรียบเทียบกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทำให้แม่บ้านมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เพิ่มขึ้น ก็เป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มแม่บ้านจะสูงขึ้นต่อไป

นอกจากนี้มีความเป็นไปได้ว่าถึงแม้แม่บ้านจะทราบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของตนเองไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การล้างผักที่ไม่สะอาด ฯลฯ จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิ แต่พฤติกรรมดังกล่าวก็ไม่ทำให้เกิดผลต่อสุขภาพในปัจจุบันแต่อย่างใด ดังนั้นถึงแม้ว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้มากขึ้น ก็อาจไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง เนื่องจากยังไม่ประสบปัญหาและได้รับความเดือดร้อน อย่างไรก็ตาม จากความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่สูงขึ้นดังกล่าวข้างต้น ก็เชื่อได้ว่าความรู้และการรับรู้ที่กลุ่มแม่บ้านได้รับจากโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้จะเป็นความรู้พื้นฐานที่เกิดการเหนี่ยวนำให้แม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของกลุ่มแม่บ้าน ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล (subjective norms) ตามที่สุปรียา ตันสกุล[18] กล่าวถึงสังคมไทยว่าการทำหรือไม่ทำพฤติกรรมใด ๆ นอกจากขึ้นกับตนเองแล้ว บุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาย่อมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น บิดามารดามีอิทธิพลต่อบุตร สามีมีอิทธิพลต่อภรรยา เช่น สามีนิยมรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ถ้าภรรยาไม่ร่วมรับประทานด้วยก็จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ เป็นต้น ดังนั้นการให้โปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่แม่บ้านนั้น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่สูงมากนัก ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากอิทธิพลดังกล่าวนั่นเอง ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการเปรียบเทียบโดยการจัดกลุ่มแม่บ้านให้มีสามีหรือบุคคลที่นับถือร่วมโปรแกรมสุขศึกษาด้วยน่าจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านเพิ่มสูงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงไม่อาจขาดตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งได้โดยอาจทำการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เห็นความสำคัญและพิจารณาหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนเขตคลองเตยและชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงไม่ให้มีการแพร่ระบาดต่อไป

สรุป

การให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อยเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้าน โดยตัวแปรดังกล่าวนับเป็นส่วนสำคัญที่เป็นพื้นฐานให้แม่บ้าน

มีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องต่อไป อย่างไรก็ตาม ตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันสูงและประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาอาจเพิ่มขึ้นถ้ามีการเพิ่มกลุ่มอิทธิพลที่มีต่อแม่บ้านมาร่วมในการทดลอง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาจัดให้มีโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชนเขตคลองเตยและชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิลำไส้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานเขตคลองเตย หัวหน้าชุมชน และแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคุณครูโรงเรียนบ้านเทพ ท่านผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการโรงเรียนวัดสะพาน คุณครูโรงเรียนชินหยกฮั้ว และคุณพัชรินทร์ บุญแท่น ที่คอยให้ความช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา สุดท้ายขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อุเทน จารณศรี, ประภาศรี จงสุขสันติกุล, เชาวลิตร จีระดิษฐ์. การสำรวจโรคหนอนพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทยปี 2532. วารสารโรคติดต่อ 2532;15:391-404.
2. Anantaphruti MT, Nuamtanong S, Muennoo C, Sanguankiat S, Pubampen S. Strongyloides stercoralis infection and chronological changes of other soil-transmitted helminthiasis in the endemic area of southern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2000;31:378-82
3. วิน เชนชมศรี, ดารณี แดงหาญ. การศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคหนอนพยาธิอื่น ๆ ในจังหวัดหนองคาย อุดรธานี และขอนแก่น ปี พ.ศ. 2536. วารสารโรคติดต่อ 2539;22:284-9.
4. Wiwanitkit V, Suwansaksri J, Nithiuthai S. Prevalence of intestinal parasites among the local people in a village without previous history of antihelminthic drug distribution, Lum Pra Due village, Nakhon Ratchasima, Thailand. Joint international tropical medicine meeting 2001. Bangkok, Thailand: Mahidol University; 2001.
5. บังอร ฉางทรัพย์, พัชรินทร์ บุญแท่น, นัยนา อาณัติ. การสำรวจความชุกการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. สงขลานครินทร์เวชสาร 2548;23:219-27.
6. World Health Organization. Control of tropical disease. Geneva: WHO; 1998.
7. Brasitus TA. Parasites and malabsorption. Am J Med 1979;67:1058-65.
8. Scowden EB, Schaffner W, Stone WJ. Owerwhelming strongyloidiasis: an unappreciated opportunistic infection. Medicine 1978;57:527-44.
9. Filho EC. Strongyloidiasis. Clin Gastroenterol 1978;7:179.
10. Martinez-Palomo A, Ruiz-Palacios G. Ameobiasis. In: Warren KS, Mahmoud AAF, editors. Tropical and geographical medicine. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
11. สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟกัส, กฤษภา ศรีสำราญ. ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542.
12. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรไทย; 2533.
13. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stanford: Appleton and Lange; 1996.
14. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
15. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, Mass: Addison-Wesley Publishing; 1975.
16. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attiude change. J Psychol 1975;91:93-114.
17. Coakes SJ, Steed LG. SPSS analysis without anguish: version 11.0 for windows. New South Wales: John Wiley & Sons; 2003.
18. สุปรียา ตันสกุล. กระบวนการเรียนรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2544;24:1-7.

19. Egger G, Spark R, Lawson J. Health promotion strategies and method. New York: McGraw-Hill Book; 1995.
20. มาลีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาด้านการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.