

ผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้  
ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ  
ของ  
บังอร นางทรัพย์

ศูนย์สารสนเทศ  
ทางพฤติกรรมศาสตร์

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
พฤษภาคม 2549

บังอร ฉางทรัพย์. (2549). ผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร  
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
คณะกรรมการควบคุม : ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ,  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. งามอาจ นัยพัฒน์, รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย.

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์สด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการกำหนดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือแม่บ้านใน 3 ชุมชน จำนวน 80 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน (แม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนอ้อย) และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน (แม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพาน) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมในโปรแกรมสุขศึกษา เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลองซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 จากนั้นทำการวิเคราะห์สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวนพหุนาม (MANOVA) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) แต่ตัวแปรที่มีค่าสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และพบว่าความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยของการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส ด้วยวิธีกระบวนการกลุ่มมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับ

โรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มแม่บ้านต่อไป ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาไปประยุกต์ใช้กับประชาชน และชุมชนอื่นต่อไป

Bangon Changsap. (2006). The impacts of Health Education Program by Group Process on preventive behaviors against intestinal parasitic infection among housewives in Suan Aoy community, Khlong Toei district, Bangkok

Bangkok : Srinakharinwirot University. Advisor committee : Dr. Manat Boonprakob, Asst. Prof. Dr. Ong-Art Naiyapatana, Assoc. Prof. Dr. Pramote Thongkrajai

The main objective of this quasi-experiment research was to assess the effectiveness of a Health Education Program for promoting preventive behavior against intestinal parasitic infection and factors concerned among housewives in Suan Aoy community, Khlong Toei district, Bangkok. The Roger's Protection Motivation Theory by Group Process were applied for implementation of Health Education Program. The outcomes, including knowledge of intestinal parasite, perception of severity and susceptibility, self-efficacy and responsiveness efficacy, intention to develop and practice preventive behaviors against intestinal parasitic infection were assessed.

A numbers of eighty housewives living in three communities were recruited. Forty from Suan Aoy community were assigned as an experimental group and another from Suan Thri and Rim Khlong Wat Sa Pan communities were assigned as the control group. The experimental group participated in the designated program activities for 4 weeks. Data were collected by questionnaires with 0.95 Reliability before and after the intervention program. The percentage, mean, standard deviation, Multiple Analysis of Variance (MANOVA) and Pearson's Product Moment Correlation were performed for data analysis.

Results indicated that, after the Health Education Program, the experimental group had significantly increased in the knowledge of intestinal parasite, perception of severity and susceptibility and the intention to practice preventive behavior against intestinal parasitic infection comparing to prior intervention and control groups ( $p < .01$ ). However the increase of self-efficacy, responsiveness efficacy and the practice of preventive behaviors was not significant. It was also found that knowledge of intestinal parasite, perception of severity and susceptibility, self-efficacy, responsiveness efficacy were significantly correlated with intention to practice preventive behaviors ( $p < .001$ ). In addition, intention to practice preventive behavior was also significantly correlated with the preventive behavior against intestinal parasitic infection ( $p < .001$ ).

Results of this study suggested that the Health Education Program applying the Roger's Protection Motivation Theory by Group Process was an effective mean to gain knowledge, perception of severity and susceptibility and intention of practice preventive behaviors against intestinal parasitic infection. This would have impacts on development of appropriate preventive behaviors against intestinal parasitic infection among housewives. Thus, it is recommended that this Health Education Program should be applied to the other similar groups in other communities.

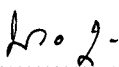
ผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้  
ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

งานวิจัยเรื่องที่ 2

ของ

บังอร ฉางทรัพย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ทำงานวิจัยนี้ด้วยตนเอง  
ไม่มีส่วนใดๆ ที่คัดลอกมาจากของผู้อื่น  
โดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายลิขสิทธิ์



.....  
(นางบังอร ฉางทรัพย์)

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เห็นวิจัย)  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สอบวันที่ 3 พฤษภาคม 2549

งานวิจัย 2


เรื่อง

ผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้  
ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

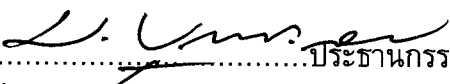
ของ

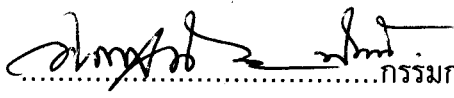
นางบังอร ฉางทรัพย์


ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

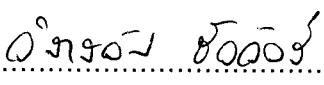
  
.....ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร  
(ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ)  
วันที่ 8 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2549

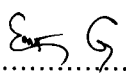
คณะกรรมการสอบงานวิจัย

  
.....ประธานกรรมการควบคุม  
(ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ)

  
.....กรรมการควบคุม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.องอาจ นัยพัฒน์)

  
.....กรรมการควบคุม  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจ่าง)

  
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(อาจารย์ ดร. วิลาสลักษณ์ ชวัลลี)

  
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(อาจารย์ ดร. อังสินันท์ อินทรกำแหง)

## ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี เป็นเพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร. มนัส บุญประกอบ ประธานกรรมการควบคุมงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อองอาจ นัยพัฒน์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย กรรมการควบคุมงานวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่างๆ อย่างดี ยิ่ง นอกจากนี้ยังขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ผจงจิต อินทรสุวรรณ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง คณาจารย์ในสถาบันวิจัยพฤกษกรรมพฤกษศาสตร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพานที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินวิจัย ขอขอบพระคุณคุณครูโรงเรียนบ้านเทพ ท่านผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการโรงเรียนวัดสะพาน และโรงเรียนชินหยกฮั่ว ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย ขอขอบพระคุณแม่บ้านในชุมชนทั้งสามที่ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมการทดลองจนเสร็จสิ้น

ท้ายสุดขอขอบพระคุณแม่และครอบครัวที่คอยช่วยเหลือ และสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณคุณพัชรินทร์ บุญแท่น และนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ช่วยเหลือในการทดลอง และการลงรหัสข้อมูล ท้ายสุดขอขอบพระคุณคุณแม่และครอบครัวที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

บังอร ฉางทรัพย์



งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย

จาก

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## สารบัญ

บทที่	หน้า
<b>1 บทนำ</b> .....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14
สมมุติฐานการวิจัย.....	16
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	17
โรคพยาธิลำไส้.....	17
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกและการแพร่กระจาย โรคพยาธิลำไส้.....	17
ระบาดวิทยาของโรคพยาธิลำไส้.....	19
ผลเสียการติดโรคพยาธิลำไส้.....	22
พฤติกรรมกับโรคพยาธิลำไส้.....	23
แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย.....	26
การส่งเสริมสุขภาพ.....	26
ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	28
ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค.....	30
ทฤษฎีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม.....	37
กระบวนการกลุ่ม.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
งานวิจัยภายในประเทศ.....	52
งานวิจัยจากต่างประเทศ.....	56
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	59
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	59
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	83
วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่ม.....	91
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความตั้งใจ ที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	101
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม ป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรค พยาธิลำไส้.....	102
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	105
สรุปผลการวิจัย.....	106
การอภิปรายผล.....	107
ข้อเสนอแนะ.....	124
บรรณานุกรม.....	126
ภาคผนวก.....	142
ภาคผนวก ก แผนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา.....	143
ภาคผนวก ข จดหมายกระตุ้นเตือนและจดหมายขอขอบคุณ.....	154
ภาคผนวก ค แผนที่ตั้งชุมชนที่ศึกษา.....	159
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	161
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	173

## บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ความถี่และร้อยละลักษณะทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง..... และกลุ่มควบคุม	80
2	ค่าสถิติของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง.....	84
3	ค่าสถิติของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง.....	85
4	ค่าสถิติของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มทดลองหลังการทดลอง.....	86
5	ค่าสถิติของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง.....	87
6	ค่าสถิติพื้นฐานและการพัฒนาของตัวแปรที่ศึกษา ในกลุ่มรวม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	89
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามของตัวแปรที่ศึกษา พิจารณาตามกลุ่มและการทดลอง.....	92
8	การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร ที่ศึกษาแบ่งตามกลุ่มตัวอย่างและการทดลอง.....	94
9	การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาโดยการ เปรียบเทียบรายคู่ โดยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni test).....	97
10	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความตั้งใจที่จะมี พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้.....	101
11	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้.....	102
12	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่าง.....	103

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	15
2 แสดงรูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค.....	31
3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม.....	41
4 แสดงรูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง.....	69
5 แผนภูมิการทดลองแสดงจำนวนสัปดาห์ของการให้โปรแกรมสุขศึกษา.....	70
6 แสดงขั้นตอนการทดลอง.....	75

# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

ประเทศไทยเป็นประเทศในเขตร้อน มีโรคที่เกิดจากปรสิตหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า พยาธิใบไม้ตับ และพยาธิสตรองจิลอยเดส เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะมีการควบคุมโรคพยาธิลำไส้มาเป็นเวลานาน แต่ก็ยังคงมีการระบาดเรื่อยมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางพื้นที่ของประเทศจะมีความชุกชุมของโรคพยาธิลำไส้บางชนิดในอัตราที่สูง และเมื่อประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวอพยพไปยังพื้นที่อื่น ก็สามารถที่จะแพร่กระจายโรคพยาธิลำไส้ไปยังพื้นที่อื่นได้ ถ้ามีความระมัดระวังไม่ดีพอ จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคต่างๆ ของประชาชนมีแนวโน้มลดลง แต่ขณะเดียวกันอัตราการป่วยด้วยโรคธรรมดาหรือโรคที่สำคัญในท้องถิ่นยังอยู่ในอัตราที่สูง ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ (คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. 2524 : 1) รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ภายในประเทศ เริ่มจากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 หน่วยงานพยาธิกองควบคุมโรคติดต่อได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิติดต่อผ่านดินให้ลดลงส่วนในความร่วมมือจากต่างประเทศนั้นก็พบว่าได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างมาก (วรรณภา นาราเวช. 2532 : 1 ; พิชัย แก้วลำภู. 2520 : 58-77)

การศึกษาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของพยาธิลำไส้ในประเทศไทย พบว่ามีการสำรวจหนอนพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2532 (อุเทน จารณศรี; และคนอื่นๆ. 2532 : 391) พบว่ามีประชาชนถึงร้อยละ 77.56 เป็นโรคหนอนพยาธิลำไส้ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในคนเดียวกัน หนอนพยาธิที่ตรวจพบได้แก่ พยาธิปากขอ (hookworm) ร้อยละ 68.78 พยาธิแส้ม้า (*Trichuris trichiura*) ร้อยละ 33.71 พยาธิเข็มหมุด (*Enterobius vermicularis*) ร้อยละ 33.71 พยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) ร้อยละ 10.38 พยาธิตืดแคระ (*Hymenolepis nana*) ร้อยละ 0.04 พยาธิสตรองจิลอยเดส (*Strongyloides stercoralis*) ร้อยละ 0.02 พยาธิตืดที่เนี่ย (*Taenia spp.*) ร้อยละ 0.02 นอกจากนี้ การศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 4 โรงเรียนจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่าเด็กนักเรียนมีการติดเชื้อพยาธิลำไส้ที่ติดต่อผ่านดินร้อยละ 46.8 โดยเป็นการติดเชื้อพยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 1.8 พยาธิปากขอร้อยละ 26.9 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 28.5 และพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 5.7 (Anantaphruti; et al. 1999 : Abstract)

การศึกษาความชุกของพยาธิลำไส้ใน 3 จังหวัดของภาคอีสานในปี พ.ศ. 2536 พบว่าประชาชนเป็นพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในรายเดียวกัน เฉลี่ยร้อยละ 38.7 พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 21.1 พยาธิปากขอ ร้อยละ 17.3 พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดกลาง ร้อยละ 6.0 พยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 0.5 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 0.4 และพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 0.2

(วิน เชยชมศรี; และ ดารุณี แดงหาญ. 2539 : 284) นอกจากนี้การสำรวจพยาธิในทางเดินอาหาร ในนักเรียนไทยภูเขาและนักเรียนไทยพื้นราบในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2540 พบนักเรียนไทยภูเขามีพยาธิในทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.7 และนักเรียนไทยพื้นราบมีร้อยละ 4.6 โดยพบพยาธิปากขอในนักเรียนไทยภูเขา มากที่สุดถึงร้อยละ 56.3 ส่วนในนักเรียนไทยพื้นราบนั้นพยาธิที่พบมากที่สุดได้แก่ พยาธิกือะเตี้ยแลมเบีย (*Giardia lamblia*) โดยพบร้อยละ 59.2 (สมศักดิ์ เปียงใจ; และคนอื่นๆ. 431-439) ส่วนการสำรวจพยาธิลำไส้ในหมู่บ้านลำประดู่ จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2544 พบประชาชนติดโรคพยาธิลำไส้ร้อยละ 68 พบว่าช่วงอายุที่ติดมากที่สุดได้แก่ 41-60 ปี (ร้อยละ 88) (Wiwanitkit; et al. 2001 : 217)

อัตราความชุกของโรคพยาธิลำไส้ในประเทศไทยนับว่าค่อนข้างสูง และเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากการติดเชื้อพยาธิในลำไส้จะมีผลทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (WHO. 1998) ประสิทธิภาพในการดูดซึมสารอาหารของลำไส้เสียไป (Brasitus. 1979 : 1058) โรคขาดวิตามินบี 12 (Scowden; et al. 1978 : 527) เยื่อลำไส้อักเสบ (Fillho. 1978 : 179) ท้องร่วง ลำไส้อุดตัน ดีซ่าน ตับอ่อนอักเสบ และเกิดแผลที่อวัยวะภายใน (Matinez-Palomo; et al. 1990) เป็นต้น นอกจากนี้ การเป็นโรคพยาธิลำไส้ยังทำให้เกิดผลทางอ้อมตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะทำให้เด็กขาดสารอาหารและได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ (Crompton. 1992 : 577) การพัฒนาการทางร่างกายและสมองต่ำกว่าปกติ ความจำและการเรียนรู้เสียไป เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียด้านแรงงานและการผลิต องค์การยูเนสโก รายงานว่าพยาธิที่พบมากในเด็ก ได้แก่ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า และพยาธิปากขอ อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการศึกษาโดยรวมทั่วโลก คาดว่ามีประชากรประมาณ 150,000 คนต่อปี ที่ต้องเสียชีวิตเพราะโรคพยาธิ (Bundy. 1990 : 622) ส่วนในผู้ใหญ่ นั้นเชื้อพยาธิลำไส้ทำให้เกิดความรุนแรงในระดับต่างๆ ตามชนิด และจำนวนของพยาธิที่ได้รับสู่ร่างกาย นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่พยาธิเข้าไปอยู่และความสามารถของมันในการทำให้เกิดพยาธิสภาพของอวัยวะนั้น เช่น พยาธิปากขอเมื่อไปเกาะติดที่ผนังลำไส้จะมีการดูดเลือดกินเป็นอาหารทำให้ผู้ติดเชื้อโลหิตจาง ถ้าเป็นมากอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ พยาธิตัวจิ๊ดมีความสามารถคลืบคลานไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง ไช้สันหลัง ปอด ตับ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการทางประสาท หมดสติ ภาวะน้ำดีอักเสบ ส่วนการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อาจทำให้เกิดมะเร็งของถุงน้ำดีและมะเร็งตับ เป็นต้น (สมชัย บวรกิตติ และคนอื่นๆ. 2542 : 817-835)

ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการระบาดของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิลำไส้ มักยึดตามแบบจำลองสามเหลี่ยมทางระบาดวิทยา (อัญชนา ณ ระนอง. 2545 อ้างอิงจาก พันทิพย์ รามสูตร. 2540) แบบจำลองดังกล่าวเป็นการขยายแนวคิดของรูปแบบทางนิเวศวิทยา (Ecologic model) โดยแยกปัจจัยองค์ประกอบออกเป็น 3 อย่างคือ ผู้ถูกอาศัย (Host) สิ่งแวดล้อม (Environment) และเชื้อโรค (Agent) โดยให้ความสำคัญ 3 องค์ประกอบเท่าๆ กัน โดยปัจจัยด้านผู้ถูกอาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดความไวต่อโรค และโอกาสในการสัมผัสโรค และตัวเชื้อโรค เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคโดยตรง

การควบคุมปัจจัยทั้งสามมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมโรคพยาธิมิให้แพร่กระจายออกไป โดยหลักในการควบคุมหนอนพยาธิโดยทั่วไปนั้น ประการแรกต้องมีความรู้เกี่ยวกับวงจรของหนอนพยาธิแต่ละประเภทว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ทราบถึงวิธีการระบาดและการแพร่กระจายตลอดจนสิ่งต่างๆ ที่เป็นอันตรายหรือสามารถทำลายหนอนพยาธิชนิดนั้นๆ ได้ การควบคุมและป้องกันก็เพื่อหาวิธีการตัดวงจรชีวิตของมันในระยะใดระยะหนึ่ง และหาวิธีทำลายหนอนพยาธิชนิดนั้นๆ ให้หมดไป วิธีดำเนินการประกอบไปด้วย 1) การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรค วิธีการติดต่อ การแพร่กระจายของโรค และอันตรายที่เกิดจากโรค ตลอดทั้งวิธีการควบคุมและป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดโรค 2) การควบคุมคนหรือสัตว์ที่เป็นแหล่งโรค 3) การควบคุมสัตว์ที่เป็นพาหะของโรคโดยการทำลายหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานสัตว์ดังกล่าว 4) การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่พันธุ์และการกระจายของโรค และ 5) การบำบัดรักษา (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2533 : 644-646)

มีการคำนวณพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health expenditure) ในระดับมหภาคของคนไทยคิดเป็นมูลค่าสองแสนล้านบาทต่อปี หรือเท่ากับร้อยละ 5-6 ของรายได้ประชาชาติ ซึ่งสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านอย่างสิงคโปร์หรือมาเลเซีย ที่ใช้เพียงร้อยละ 3-4 และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายด้านนี้ของคนไทยจะเพิ่มขึ้น ซึ่งเหมือนกับที่เคยเกิดขึ้นแล้วในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านนี้ถึงร้อยละ 11 ของรายได้ประชาชาติ จนทำให้ต้องมีการปฏิรูประบบการสาธารณสุขเพื่อยับยั้งการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนี้ มิฉะนั้นจะส่งผลกระทบต่องบประมาณที่จะใช้พัฒนาประเทศด้านอื่นๆ (เพ็ญพิชชา สร้อยอิน รัตนภวนนท์. 2541) ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพนับเป็นแนวทางของสาธารณสุขยุคใหม่ ที่เสนอกลยุทธ์และกลวิธีเบ็ดเสร็จที่จะช่วยเพิ่มทักษะความสามารถของคนเราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ช่วยควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในส่วนที่ปัจเจกบุคคลสามารถกระทำได้ เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมในการร่วมกันแก้ไขปัญหา และพัฒนาให้เกิดภาวะแวดล้อมในชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยองค์การอนามัยโลกกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกใช้ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพเป็นนโยบายหลักในการพัฒนาสาธารณสุข (สุรเกียรติ์ อาชานุกภาพ. 2541 ; อัมพล จินดาวัฒน์; และคนอื่นๆ. 2541) เนื่องจากความสูญเสียที่เพิ่มขึ้นล้วนมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

องค์การอนามัยโลกได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระหว่างประเทศเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ” ครั้งแรก ในปี 2529 ที่กรุงออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa charter of health promotion) ขึ้น (เพ็ญพิชชา สร้อยอิน รัตนภวนนท์. 2541) นับได้ว่าเป็นส่วนที่เป็นแรงบันดาลใจในการส่งเสริมสุขภาพมิติใหม่ หลังจากนั้นได้มีการจัดประชุมครั้งที่ 2 ในปี 2531 ที่เมืองแอตแลนตา ประเทศออสเตรเลีย ในหัวข้อ “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (Health Public Policy) และการประชุมครั้งที่ 3 ในปี 2534 จัดที่เมืองซันด์สวาลล์ ประเทศสวีเดน ในหัวข้อ “กลยุทธ์การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ” และการส่งเสริมสุขภาพได้แสดงบทบาทสำคัญมากขึ้นในการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลก และล่าสุด เป็นการประชุมครั้งที่ 4 ในปี 2540 จัดขึ้น ณ



กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ในหัวข้อ “ วิถีสุขุภาพดี : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน ” โดยเป็นครั้งแรกที่ภาคธุรกิจเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมและให้การสนับสนุน โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ทบทวนและประเมินผลกระทบของการส่งเสริมสุขภาพ 2) กำหนดกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ 3) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาแนวร่วมในการส่งเสริมเพื่อสนองสิ่งที่ท้าทายระดับโลก และในการประชุมภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกที่กรุงเทพฯ ในปี 2540 จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลก มีการหารือเกี่ยวกับเรื่องของการจัดระบบโครงสร้างองค์กรและการสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือรวมเรียกว่า “โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” โดยเน้นให้ประชาชนควรมีส่วนร่วมและเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ด้านสุขภาพและกระบวนการตัดสินใจ โดยการเรียนรู้ด้านสุขภาพก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมการเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งสำคัญที่จะบรรลุการมีส่วนร่วมและการเพิ่มพลังของประชาชนและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

มีการศึกษาวิจัยจากทั่วโลกโดยมีหลักฐานแน่ชัดเพื่อสนับสนุนให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพจริง และกลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงลีลาของชีวิตสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ โดยธนาคารโลกได้ขยายความถึงผลของการที่ประชาชนแข็งแรงและไม่เจ็บไข้ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจไว้ 4 ประการ ได้แก่ ทำให้เกิดการเพิ่มผลผลิต มีการใช้ผืนแผ่นดินและทรัพยากรเพิ่มขึ้น ประโยชน์ในการศึกษาเพิ่มขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (เพ็ญพิชชา สร้อยอิน รัตนภวนนท์. 2541 อ้างอิงจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541 ; ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2541)

การส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย ได้รับความสนใจจากบุคคลากรสาธารณสุข และองค์กรเอกชนมานานกว่า 10 ปี แต่กิจกรรมที่ดำเนินในอดีตที่ผ่านมา ไม่ได้ได้รับความสนใจหรือให้ความสำคัญเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบกับบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามแนวคิดเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ได้เฟื่องฟูอยู่ในระยะหนึ่งหรือก่อนการประกาศนโยบายภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศไทย ปี 2543 ถึงกระนั้นก็ตามรัฐบาลก็ยังไม่ได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมาก่อน จึงเป็นไปได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ที่ผ่านมามีไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านงบประมาณและบุคลากรตลอดจนกลุ่มองค์กร แผนงานหรือการดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการสุขภาพจึงไม่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน โรงงานหรือสถานประกอบการต่างๆ และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งเดิมจะมีแต่การดำเนินกิจกรรมในลักษณะงานประจำซึ่งไม่ค่อยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเท่าที่ควร ผู้บริหารระดับสูงไม่ค่อยรับทราบหรือเห็นความสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่เหล่านี้มากนัก

การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมในชุมชนให้แข็งแรง นับเป็นส่วนสร้างสังคมให้เข้มแข็ง ซึ่งแนวคิดใหม่ด้านสาธารณสุขเสนอไว้ ได้แก่ การสร้างพลังทางสังคมโดยผ่านกระบวนการทางชุมชน และกลุ่มบุคคล อาทิ เช่น กลุ่มสตรี การกระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้ชุมชนและบุคคลเข้ามามีส่วนควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของเขาเองโดยผ่านกระบวนการจัดการศึกษา การให้ความสำคัญอย่างเด่นชัดเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม สร้างความเข้มแข็งของการร่วมมือ อดทนอดกลั้น และใช้ยุทธวิธี

ต่างๆ การประสานงานเพื่อดำเนินการสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน และลดข้อขัดแย้งในเชิงประโยชน์ของประชาชน สร้างความมั่นใจว่าการดำเนินโครงการกิจกรรมเป็นไปอย่างชัดเจนตรวจสอบได้ และผลประโยชน์เป็นของประชาชนส่วนใหญ่

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคนั้น การให้บุคคลได้มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยโน้มน้าวให้เกิดการเอาใจใส่และความจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเองซึ่งการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวกนั้นจะทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพของตนและตระหนักความมีคุณค่าแห่งตน ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (สมจิต หนูเจริญกุล; วัลลา ตันตโยทัย; และรวมพร คงกำเนิด. 2543) นอกจากนี้การที่บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ก็จะช่วยเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น โดยก่อนการปฏิบัตินั้นบุคคลจะเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติขึ้นก่อน ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติและสามารถใช้ในการทำนายการปฏิบัติของบุคคลได้ (Fishbein; & Ajzen. 1975) ดังนั้นการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในส่วนของการพัฒนาความรู้และแรงจูงใจด้านการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้กลุ่มแม่บ้านในชุมชนเกิดความตั้งใจและมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เน้นไปยังกลุ่มประชากรยากจน โดยกลุ่มประชากรดังกล่าวเกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากการเพิ่มของประชากรของประเทศที่เป็นไปอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ขึ้นมา เช่น ที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ อาหารน้ำใช้น้ำดื่มไม่เพียงพอและไม่ปลอดภัย การศึกษาไม่เพียงพอ สุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้อง พื้นที่ทำกินน้อยลง รวมทั้งเกิดการย้ายถิ่นฐานที่อยู่ ความดิ้นรนในการแสวงหาอาชีพใหม่หรือการทำงานในท้องถิ่นต่างๆ มีมากขึ้น ทำให้การแพร่โรคจากท้องถิ่นหนึ่งไปสู่อีกท้องถิ่นหนึ่งเป็นไปได้โดยง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่กระจายเข้าสู่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงที่สำคัญของประเทศ ผลจากการย้ายถิ่นทำให้เกิดเป็นชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการอยู่อาศัยกันอย่างหนาแน่นแต่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยต่ำ มีผลให้เกิดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ประกอบกับในชุมชนแออัดมีการกำจัดขยะและน้ำเสียอย่างไม่ถูกต้อง จึงทำให้เป็นแหล่งกระจายโรคพยาธิลำไส้ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้พบว่าประชากรยากจนในเมือง โดยเฉพาะประชากรในชุมชนแออัด มักไม่นิยมใช้บริการรักษาพยาบาลจากศูนย์สาธารณสุข (วันทนีย์ วัฒนะ. 2537) โดยพบว่าประชาชนไปใช้บริการสาธารณสุขที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร อัตราเฉลี่ย 0.3 ครั้งต่อคนต่อปี และมีจำนวนผู้มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเฉลี่ยประมาณ 60 คนต่อวัน (สุพิตรา ศรีวณิชชากร; และคนอื่นๆ. 2538) ซึ่งประชาชนในชุมชนแออัดจะไปสถานบริการเมื่อมีความเจ็บป่วยมากเท่านั้น ทำให้พลาดโอกาสในการตรวจพบโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ปรากฏอาการ ทำให้โรคพยาธิลำไส้ยังคงอยู่และมีโอกาสแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่นได้โดยง่าย ดังนั้นพฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล การรับรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ และ

ความเชื่อในความสามารถของตนเอง จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาให้บุคคลให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้เกิดขึ้น

งานวิจัยในครั้งนี้ยึดตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) โดยเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) คือการรวมเอาปัจจัยที่เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม และในการประเมินการรับรู้ของโรเจอร์ส (Rogers, 1975) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปรคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ต่อมาแมคคอกซ์และโรเจอร์ส (Mackay, 1992 : 25 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers, 1983) ได้เพิ่มตัวแปรที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ได้ยึดตัวแปรทั้ง 4 ตัว มาใช้ในการจัดแผนสุขศึกษาให้แก่กลุ่มแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญของชุมชนในเขตคลองเตย ได้เคยสำรวจความชุกของโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนเบื้องต้น ในกลุ่มตัวอย่าง 420 คน พบผู้ติดเชื้อจำนวน 38 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 9.05 (บังอร ฉางทรัพย์; และคนอื่นๆ, 2547 : บทคัดย่อ) ซึ่งอัตราดังกล่าวนี้สูงกว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นของกรุงเทพมหานคร ทำให้ผู้ติดเชื้อในชุมชนสามารถที่จะแพร่กระจายโรคพยาธิลำไส้ไปยังบุคคลอื่นได้เป็นอย่างดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันเบื้องต้น ผู้ติดเชื้อและผู้ไม่ติดเชื้อควรจะต้องมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ดี มีการรักษาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อีกทั้งยังต้องมีความตั้งใจในการปฏิบัติ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้อย่างถูกต้อง ก็จะทำให้การควบคุมโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อยเป็นกลุ่มทดลองในการศึกษา (มีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ ร้อยละ 13.11) ชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพานเป็นกลุ่มควบคุม (มีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ ร้อยละ 18.18) (บังอร ฉางทรัพย์; และคนอื่นๆ, 2547) การเลือกชุมชนทั้งสามมาใช้ในงานวิจัยเนื่องจากมีบริเวณใกล้เคียงกัน มีสถานที่เหมาะสม และได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนเป็นอย่างดี อีกทั้งมีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูง ดังนั้นการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้จึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ชุมชนดังกล่าวในการศึกษา

กล่าวโดยสรุปการที่มีอัตราการระบาดของโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูงในชุมชนเขตคลองเตย โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนสวนอ้อยและประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน อีกทั้งยังมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคเป็นอย่างมาก รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเติบโตและแพร่กระจายของพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม่บ้านภายในชุมชน โดยผู้วิจัยต้องการทราบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษาจะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความ

รุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยยังต้องการทราบว่า ปัจจัยต่างๆ ข้างต้นจะมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมานเป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางดำเนินการ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านที่อาศัยในชุมชน และเป็นกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้ โดยถ้าแม่บ้านเห็นความสำคัญและมีความตั้งใจและปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ก็มีแนวโน้มว่าจะสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ทั้งในปัจจุบันและอนาคตต่อไป นอกจากนี้ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ให้แก่แม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนอ้อย และชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงต่อไป

## ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

### ความมุ่งหมายหลัก

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาระหว่างแม่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้
4. ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
6. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
7. พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

### ความมุ่งหมายรอง

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

### ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำโปรแกรมสุขศึกษาไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชน ภายในชุมชนคลองเตย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม่บ้านที่อาศัยภายในชุมชนซึ่งมีบทบาทในการเป็นผู้นำพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่บุคคลในครอบครัว นอกจากนี้จากข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยอื่นภายในชุมชน ในการที่จะนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์และอ้างอิงต่อไป

### ขอบเขตของการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

##### 1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นแม่บ้านภายในชุมชนสวนอ้อย และชุมชนข้างเคียง (ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน) อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยประมาณจากประชากรทั้งหมด (1,811 คน) (สำนักงานเขตคลองเตย, 2547) ได้ประชากรแม่บ้านทั้งหมดที่ศึกษา ประมาณ 700 คน โดยช่วงระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548

##### 2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยยึดตามการกำหนดขนาดตัวอย่างการวิจัยกรณีศึกษาที่ศึกษากับตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม สำหรับการทดสอบสมมติฐานตามตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) ที่อำนาจของการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน แต่เพื่อถูกต้องของข้อมูลมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากในแต่ละชุมชน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน (แม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย) และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน (แม่บ้านในชุมชนสวนไทรและ

ชุมชนริมคลองวัดสะพาน) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต้องเป็นแม่บ้านอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจและพักอาศัยอยู่ในชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพาน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ตลอดระยะเวลาการทดลอง (เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548)

### ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาตัวแปรต่างๆ โดยสามารถจำแนกตัวแปรได้ตามความมุ่งหมายหลักและความมุ่งหมายรอง ดังนี้

#### 1. ตัวแปรจำแนกตามความมุ่งหมายหลัก ประกอบด้วย

1.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและวิธีการสอนด้วยกระบวนการกลุ่มเพื่อชักจูงให้ผู้เข้าร่วมในแผนสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สำหรับเนื้อหาในโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมขึ้น อ้างอิงจากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของแมคดักและโรเจอร์ส (Mackay, 1992 : 25 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers, 1983 ; Rogers. 1983) โดยการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพและดำเนินกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต การเสนอตัวแบบ และการกระตุ้นเตือน (ทิตนา แชมมณี. 2545 ; ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541 : อ้างอิงจาก Marram. 1978 : 154-161 ; สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 100-101 ; ปาริชาติ ฉายสีศิริ. 2534 : 25)

#### 1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้

1.2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้

1.2.4 ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรคพยาธิลำไส้

1.2.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

1.2.6 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

1.2.7 พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

#### 2. ตัวแปรจำแนกตามความมุ่งหมายรองข้อที่ 1 ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

### 3. ตัวแปรจำแนกตามความมุ่งหมายรองข้อที่ 2 ประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

### 4. ตัวแปรชีวสังคม ประกอบด้วย

อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้) สถานภาพสมรส และภูมิลำเนาเดิม

### นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการของการวิจัยเรื่อง ผลการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร มีดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การกระทำต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเป็นการกระทำที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ โดยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลมีโอกาสสัมผัสกับพยาธิลำไส้ได้น้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีพฤติกรรม งานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดระยะเวลาในการทำพฤติกรรมในระยะเวลา 1 เดือน โดยการใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบว่าในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถาม 20 ข้อ โดยยึดหลักตามเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศ (ประยงค์ ระดมยศ และคนอื่นๆ, 2539) เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ลำดับ (ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่ทำเลย) ประกอบด้วยพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งข้อคำถามทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะกระจายอยู่ในแบบสอบถาม คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มาก

1.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน ที่บุคคลปฏิบัติในระยะเวลา 1 เดือนนับถอยหลังจากวันที่ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ในงานวิจัยเป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ การล้างผักสดก่อนรับประทาน การรับประทานอาหารที่สุกใหม่ การดื่มน้ำต้มสุก และการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน

4.2 พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลต่อตนเองที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ในงานวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นถึงการรักษาความสะอาดของร่างกาย ที่ทำให้บุคคลลดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การรักษาอนามัยของมือ ได้แก่ การล้างมือก่อนทานอาหาร การตัดเล็บให้สั้น การไม่กัดหรือดูดนิ้วมือเล่น และการ

รักษานามัยของเสื้อผ้า ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 4-20 คะแนนตัวอย่างข้อคำถาม ในส่วนนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมได้แก่

4.3 พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ภายในที่พักอาศัยที่อาจทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการทางด้านร่างกาย สุขภาพ และการมีชีวิตรอดของบุคคล ในงานวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การรักษาความสะอาดของห้องน้ำ การรักษาความสะอาดของเครื่องนอน การรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน และการกำจัดขยะ ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน

4.4 พฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่เป็น การป้องกันและหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ การรับประทานยาถ่ายพยาธิ การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง การตรวจร่างกายประจำปี การทำความสะอาดภาชนะที่ปรุงหรือใส่อาหาร การไม่คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง การไม่ใช้มือหยิบหรือจับ เนื้อดิบ และการไม่เดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน ซึ่งข้อคำถามในส่วนนี้มีจำนวน 8 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน

2. ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ทั้งในเรื่องของชนิด ความรุนแรง การติดต่อ การป้องกัน และการรักษา ข้อคำถามในส่วนนี้ยึดจากเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศ (ประยงค์ ระดมยศ และคนอื่นๆ. 2539) เป็นความรู้ที่ครอบคลุมทุกด้านเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ประกอบด้วย การติดต่อ ระบาดวิทยา พยาธิสภาพ การป้องกันและการรักษา ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นแบบให้เลือกถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ และเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ ดังนั้นคะแนนที่ได้จึงอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้สูง ข้อคำถามในส่วนนี้ เช่น โรคบิดทำให้เกิดอาการอย่างไร พยาธิชนิดใดชอบไชไปตามผิวหนังได้ การบีบมะนาวใส่อาหารจะสามารถฆ่าพยาธิได้ ผักสดสามารถทำให้เกิดโรคพยาธิได้ คนที่ออกกำลังกายอยู่เสมอสามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ โรคพยาธิใบไม้ตับไม่สามารถป้องกันได้ และการรักษาโรคพยาธิคือการงดรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ไชหรือไม่ เป็นต้น

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง การที่กลุ่มแม่บ้านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ จากสิ่งที่ได้รู้ ได้เห็น ได้ยิน หรือรู้สึกด้วยประสาทสัมผัสเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการติดโรคพยาธิลำไส้ และวิเคราะห์ได้ว่าทำให้เกิดผลเสียแก่ร่างกาย โดยทำให้เกิดพยาธิสภาพต่างๆ ตั้งแต่รุนแรงน้อย รุนแรงมาก จนถึงขั้นทำให้เสียชีวิต และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในสังคม ข้อคำถามส่วนนี้จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ลำดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ยกตัวอย่าง เช่น โรคพยาธิทำให้เกิดโลหิตจาง การติดโรคพยาธิลำไส้ทำให้ขาดสารอาหาร โรคพยาธิใบไม้ตับทำ



ให้เกิดมะเร็งตับ และโรคพยาธิทำให้เกิดท้องร่วงได้ เป็นต้น คะแนนรวมในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้มาก

**4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่ตนเองจะเป็นโรคพยาธิลำไส้จากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ดังกล่าวจะเหนี่ยวนำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคนี้ได้ ข้อคำถามส่วนนี้จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ลำดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลที่ประเมินว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้มากน้อยเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น การบีบมะนาวใส่อาหารดิบสามารถฆ่าพยาธิได้ โรคพยาธิลำไส้ติดต่อโดยทางพันธุกรรม และโรงพยาบาลเป็นแหล่งแพร่โรคพยาธิลำไส้ เป็นต้น คะแนนรวมในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้มาก

**5. ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้** หมายถึง ความเชื่อ การตัดสินใจ และความมั่นใจในตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขาภิบาลที่พักอาศัย และการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ข้อคำถามส่วนนี้จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ลำดับ (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองสามารถที่จะสามารถจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้มากน้อยเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น ท่านสามารถรักษาความสะอาดภายในบ้านได้เป็นอย่างดี ท่านสามารถล้างมือก่อนรับประทานอาหารได้ และท่านสามารถรับประทานปูนาเค็มได้ เป็นต้น คะแนนรวมในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มาก

**6. ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้** หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นจากการคาดการณ์ของบุคคลว่าการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การรักษาสุขาภิบาลที่พักอาศัย และการมีพฤติกรรมเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ จะทำให้เกิดผลในการป้องกันตนเองและบุคคลในครอบครัวให้ปราศจากโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้การปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ลดการแพร่กระจายและโอกาสเสี่ยงที่เกิดจากความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ได้ ข้อคำถามส่วนนี้จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ลำดับ (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองและครอบครัวจะได้รับผลที่ดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง ยกตัวอย่างเช่น ถ้าให้บุตรหลานถ่ายพยาธิจะทำให้กำจัดพยาธิออกจากร่างกายทำให้มีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้น ถ้ารับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ จะทำให้ไม่สามารถร่วมวงรับประทานอาหารกับผู้อื่นได้ และถ้าคนในบ้านรักษาอนามัยอย่างดีก็จะทำให้ปลอดภัยจากการเป็นโรคพยาธิ เป็นต้น คะแนนรวมในส่วนนี้อยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มาก

7. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นก่อนการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เป็นการแสดงถึงความเฉพาะเจาะจงและชัดเจนอย่างแน่วแน่ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หรือเป็นเจตนาที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถาม 20 ข้อ โดยยึดตามเนื้อหาพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่สร้างขึ้นข้างต้น เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ลำดับ (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) ประกอบด้วยความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ 4 ด้าน ได้แก่ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง การรักษานามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งข้อคำถามทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะกระจายอยู่ในแบบสอบถาม ยกตัวอย่างเช่น ท่านตั้งใจที่จะรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ท่านตั้งใจที่จะล้างมือก่อนทานอาหาร และท่านตั้งใจที่จะไปตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากแสดงว่ามีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้มาก

8. โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง วิธีการที่ผู้วิจัยใช้เป็นเครื่องมือส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ให้แก่แม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถวัดประสิทธิผลของโปรแกรมโดยพิจารณาจากการเพิ่มขึ้นค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ขั้นตอนของการให้โปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ขั้นตอนที่ 2) กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ขั้นตอนที่ 3) การเสริมสร้างความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ขั้นตอนที่ 4) การสร้างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และขั้นตอนที่ 5) การกระตุ้นเตือน โดยขั้นตอนที่ 1-4 ได้นำกระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดกิจกรรม

9. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ หมายถึง ผลที่ได้จากการให้โปรแกรมสุขศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ แก่กลุ่มแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถประเมินจากการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ดี คือการที่แม่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของตัวแปรข้างต้นสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและ

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**10. กระบวนการกลุ่ม** หมายถึง การกระทำกิจกรรมของกลุ่มแม่บ้านร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ได้แก่ การมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้อย่างถูกต้อง โดยแม่บ้านแต่ละคนมีบทบาทต่อกลุ่มของตน มีการโต้ตอบได้อย่างเสรี มีความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่นำไปสู่วิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจ มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ทำให้มีการพัฒนาทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง

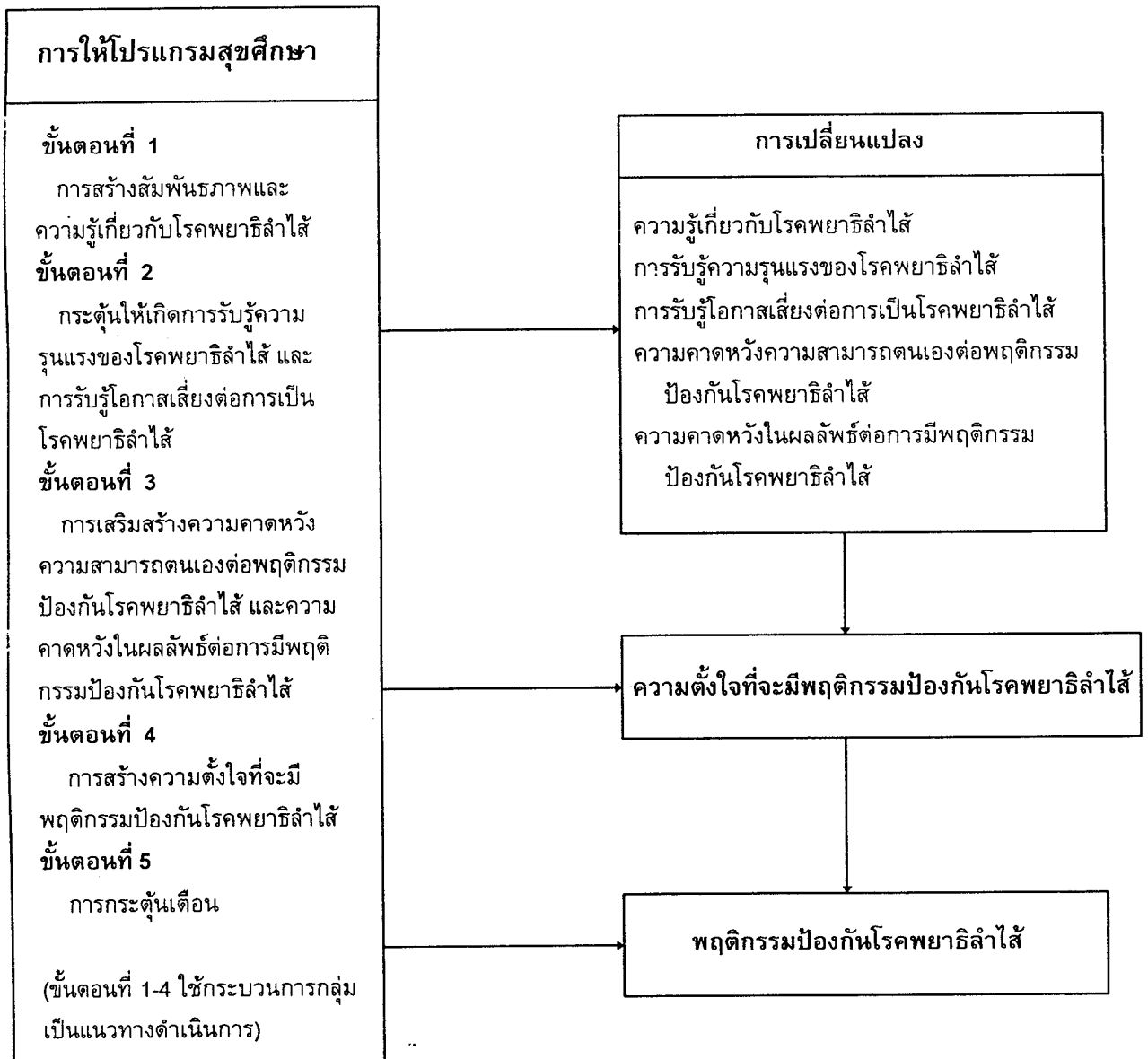
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยของการวิจัยเรื่องผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ของการศึกษานี้ เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของแมคดักซ์และโรเจอร์ส (Mackay, 1992 : 25 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers, 1983 ; Rogers. 1983) มาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษา โดยทฤษฎีดังกล่าวเป็นทฤษฎีที่รวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม (Response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถตนเองไว้ด้วยกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เพิ่มตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าความรู้นับเป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคล (ธวัชชัย ชัยยจิรฉายากุล. 2527 : 39)

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยนำทฤษฎีข้างต้นมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบกิจกรรม นอกจากนี้ยังได้นำกระบวนการกลุ่มมาเป็นรูปแบบของการดำเนินงาน ซึ่งโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ขั้นตอนที่ 2) การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ขั้นตอนที่ 3) การเสริมสร้างความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และขั้นตอนที่ 4) การสร้างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ในขั้นตอนที่ 5) เป็นการกระตุ้นเตือนให้แม่บ้านมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งกิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การบรรยาย การอภิปราย และการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยมีความมุ่งหมายให้แม่บ้านเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อ

การมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยได้ตั้งสมมุติฐานว่าภายหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษา แม่บ้านจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยดังกล่าวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นน่าจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นับเป็นปัจจัยที่มีความใกล้ชิดกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นอย่างมาก และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้เป็นอย่างดี จากกรอบแนวคิดในการวิจัยที่กล่าวข้างต้น ได้แสดงตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่ม แม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

### สมมุติฐานจากความมุ่งหมายหลัก

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มแม่บ้านที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
- 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้
- 1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้
- 1.4 ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- 1.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- 1.6 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- 1.7 พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

2. ภายหลังการทดลองกลุ่มแม่บ้านที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
- 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้
- 2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้
- 2.4 ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- 2.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- 2.6 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- 2.7 พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

### สมมุติฐานจากความมุ่งหมายรอง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

2. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

#### 1. โรคพยาธิลำไส้

- 1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกและการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้
- 1.2 ระบาดวิทยาของโรคพยาธิลำไส้
- 1.3 ผลเสียของการติดโรคพยาธิลำไส้
- 1.4 พฤติกรรมกับโรคพยาธิลำไส้

#### 2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

- 2.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
- 2.4 ทฤษฎีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

#### 3. กระบวนการกลุ่ม

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. โรคพยาธิลำไส้

โรคพยาธิลำไส้เกิดจากการติดเชื้อพยาธิที่มีวงจรเข้าสู่ทางเดินอาหารของผู้ติดเชื้อ พยาธิดังกล่าวมีลักษณะวงจรชีวิตที่คล้ายกัน โดยมีวงจรชีวิตอยู่ในสัตว์กึ่งกลางหรืออยู่ในแหล่งธรรมชาติ เช่น ในแม่น้ำลำคลอง หรือพื้นดิน จากนั้นอาจเข้าสู่คนโดยตรงหรือผ่านสัตว์ต่างๆ ที่เป็นอาหารของคน เมื่อคนกินเข้าไปจึงไปเจริญเติบโตภายในร่างกาย หรืออาจไชไปยังอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิต ดังนั้นการมีสุขอนามัยที่ไม่ดีของบุคคลจึงทำให้มีโอกาสติดโรคพยาธิลำไส้ได้ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิชนิดนี้ โดยจะขอกล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ดังนี้

#### 1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกและการแพร่กระจายโรคพยาธิลำไส้

ปัจจัยที่มีผลต่อความชุกและการแพร่กระจายโรคของโรคพยาธิลำไส้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านกายภาพ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมและพฤติกรรม โดยธงชัย ปภัสราทรและคนอื่นๆ (2536 : 21-25) สรุปไว้ดังนี้

##### 1.1.1 ปัจจัยทางด้านกายภาพ

พยาธิลำไส้มีการแพร่กระจายและขยายพันธุ์ เช่นเดียวกับพยาธิโดยทั่วไป โดยองค์ประกอบต่างๆ จะมีอิทธิพลทางชีววิทยา หรือทางกายภาพอาจเป็นไปได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ได้แก่ 1) พืช พืชมีความสำคัญในการเป็นอาหาร หรือเป็นที่กำบังให้แก่สัตว์ที่พยาธิอาศัย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือพวกพญาธิใบไม้ ในแหล่งที่มีโรคนี้ระบาดจะมีพืชน้ำ หรือพืชที่ขึ้นอยู่ตามหนองน้ำ ลำคลอง แม่น้ำ พืชน้ำเหล่านี้จะเป็นแหล่งอาหารของหอยและเพิ่มออกซิเจนให้กับแหล่งน้ำและตัวหอยเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ดังนั้นในแหล่งที่ไม่มีพืชต่างๆ หรือมีน้อยมาก ก็จะไม่ค่อยมีหอยเกิดขึ้น ทำให้ปรสิตชนิดนี้มีจำนวนลดลงหรือไม่มี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพืชนั้นมีความจำเป็นอย่างมากต่อการเจริญเติบโตและขยายพันธุ์ของมัน 2) สัตว์ ประชากรของสัตว์ เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีบทบาทต่อความชุกชุม และการแพร่กระจายของปรสิต ที่เห็นได้ชัดคือสัตว์เองจะเป็นตัวกักตุนเชื้อโรค และเป็นทางผ่านโรคไปสู่สัตว์อื่นหรือมนุษย์ ถ้าปราศจากสัตว์เหล่านี้แล้วการเจริญเติบโตของปรสิตจะไม่เกิดขึ้น ดังนั้นปรสิตก็จะลดจำนวนลงหรือไม่มี ดังเช่น ในแหล่งที่เป็นโรคตัวจี๊ด (ganathostomiasis) ระบาด จะมีสัตว์น้ำที่เรียกว่าไรน้ำ (cyclop) และปลา เป็นตัวกลาง และมันยังสามารถอาศัยอยู่ในแมงและสุนัข สัตว์ต่างๆ เหล่านี้จะทำให้โรคปรสิตมีอยู่ชุกชุมหรือแพร่กระจายได้ 3) น้ำ น้ำเป็นแหล่งที่จะทำให้พืชน้ำหรือผักต่างๆ ตลอดจนสัตว์อื่นๆ มีชีวิตอยู่ได้ ตัวอย่างแหล่งน้ำที่มีความสำคัญต่อการชุกชุมและแพร่กระจายของโรคปรสิต ได้แก่ เป็นแหล่งที่มีระยะติดต่อของโรคพญาธิใบไม้เลือด (schistosomiasis) อาศัยว่ายอยู่หลังจากที่ออกมาจากตัวหอยน้ำจืดแล้ว ซึ่งระยะนี้จะมีโอกาสไชเข้าสู่ผิวหนังของคน นอกจากนี้น้ำยังเป็นที่อยู่อาศัยของตัวกลางที่จะแพร่กระจายโรคพญาธิมาสู่คน เช่น ปลา กุ้ง หอย และไรน้ำ เป็นต้น 4) อุณหภูมิและความชื้น ในแหล่งที่อยู่ในแถบร้อน ซึ่งอยู่ขนานเส้นศูนย์สูตรที่อยู่ระหว่าง 23 องศา 8 ลิปดาเหนือ และ 23 องศา 8 ลิปดาใต้ จะเป็นโซนหรือแหล่งที่มีอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส ซึ่งอุณหภูมิในระดับนี้เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของสิ่งมีชีวิตต่างๆ มากมาย ดังนั้นจะมีประชากรของสิ่งมีชีวิตอยู่เป็นจำนวนมาก อีกทั้งโซนดังกล่าวยังเป็นเขตมรสุมจึงทำให้มีฝนตกมาก จึงมีความชื้นและร่มเงา ซึ่งมีความสำคัญต่อความชุกชุมและการแพร่กระจายของปรสิต

### 1.1.2 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมและพฤติกรรม

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม นับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้โรคที่เกิดจากเชื้อปรสิตยังคงมีอยู่ จะเห็นได้ชัดในเรื่องเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำตามกันมาเป็นเวลานาน เช่น พฤติกรรมการกิน การนอน การถ่าย อาชีพ ตลอดจนการศึกษา เป็นต้น โดยจะกล่าวโดยย่อ ได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัย เป็นที่ทราบดีอยู่แล้วว่า ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรไทย มีอาชีพทางการเกษตร และที่อาศัยกระจุกกระจายอยู่ในชนบท บางท้องถิ่นทุกกันดาร ในแหล่งดังกล่าวบางแห่งมีน้ำใช้ไม่เพียงพอและขาดส้วมที่จะใช้ และมีพาหะนำโรคพยาธิอยู่เป็นจำนวนมาก ประชากรในพื้นที่ดังกล่าวจึงมีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิเป็นอย่างมาก ส่วนภายในเมืองขนาดใหญ่มักมีปัญหาของชุมชนแออัดเกิดขึ้น ซึ่งความแออัดจะทำให้มีการแพร่กระจายของโรคพยาธิได้โดยง่ายเช่นกัน 2) พฤติกรรมการกิน มีเชื้อปรสิตหลายชนิดที่ติดต่อมาสู่คนได้โดยการกิน ดังนั้นความนิยมของกลุ่มคนที่มีความตึงเครียดในเรื่องการกินอาหารดิบๆ สุกๆ หรืออาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า หรือลาบดิบ ซึ่งทำให้มีโอกาสติดเชื้อปรสิตเป็นไปได้อย่างง่ายดาย หรือตามความเชื่อถือที่คิดว่าการใช้เนื้อสดไม่ว่าจะเป็นเนื้อปลาหรือเนื้อวัว เมื่อผสมกับน้ำมะนาวสดแล้วจะสุก และสามารถฆ่าเชื้อปรสิตได้นั้นเป็นความเชื่อที่ผิด 3) พฤติกรรมในการนอนสำหรับพฤติกรรมในเรื่องนี้

ได้แก่ การชอบนอนไม่กางมุ้ง ทำให้มีโอกาสที่ตัวเองจะถูกยุงกัดมาก ดังนั้นปาราสิตที่เกิดจากยุงเป็นตัวนำ อาจเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคนี้ได้แก่ มาลาเรีย และเท้าช้าง ซึ่งเป็นปาราสิต ในเลือด เป็นต้น 4) พฤติกรรมในการถ่าย ชาวชนบทมีจำนวนไม่น้อย ยังนิยมไปถ่ายอุจจาระตามใจชอบ ถึงแม้ในบ้านจะมีส้วมก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเคยชินมาแต่ก่อนว่า การถ่ายตามใจชอบ เช่น ตามพุ่มไม้ชายป่าหลังบ้าน หรือถ่ายลงแม่น้ำลำคลอง ค่อนข้างเย็นสบาย และสะดวก ก็เลยทำตามที่เคยนิยม ซึ่งผลตามมาจะทำให้เชื้อปาราสิตนี้มีโอกาสแพร่กระจายหรือติดต่อไปผู้อื่นได้ง่าย 5) อาชีพ อาชีพ ทางด้านเกษตรกรรม เช่น การทำนา ทำสวน ทำไร่ หรือสวนยางพารา ทำให้มีโอกาสติดเชื้อปาราสิตได้ง่าย โดยเฉพาะโรคหนอนพยาธิปากขอ ซึ่งติดต่อโดยการไชเข้าเท้าทางผิวหนัง ซึ่งประชากรกลุ่มอาชีพดังกล่าว ไม่ค่อยนิยมในการสวมรองเท้าในขณะที่ประกอบอาชีพของตนเอง 6) การศึกษา การศึกษานับว่ามีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากถ้าประชากรไม่มีโอกาสได้เรียนรู้หรือเรียนรู้น้อยมาก จะทำให้ไม่ทราบถึงโทษและการป้องกันโรคปาราสิต ทั้งไม่รู้จักการปฏิบัติตนในเรื่องของสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและที่อยู่อาศัย ตลอดจนป้องกันให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บได้อย่างไร เมื่อไม่รู้ไม่เข้าใจ ทำให้เกิดการไม่ร่วมมือ บางชุมชนยังมีเจตคติแบบดั้งเดิม ไม่เชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังเชื่อว่าโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาเป็นเพราะภูตผีปีศาจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้แพร่เชื้อปาราสิตโดยรู้เท่าไม่ถึงการ 7) สถานภาพทางเศรษฐกิจ ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ห่างไกลความเจริญ มีการศึกษาน้อย การประกอบอาชีพทางกสิกรรมส่วนใหญ่ใช้แรงงานตามธรรมชาติไม่มีเครื่องจักรผ่อนแรง เทคโนโลยีที่ทันสมัยไม่ได้นำมาใช้ ทำให้ได้ผลผลิตออกมาเป็นจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง และตีพอ เมื่อต้องทำงานหนักพักผ่อนไม่พอ รับประทานอาหารไม่มีคุณค่า ก็จะมีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความต้านทานโรคลดลง ฉะนั้นทำให้มีโอกาสติดโรคต่างๆได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางปาราสิต เมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาไม่ทั่วถึง ทำให้สภาพของโรคที่เกิดขึ้นไม่ถูกกำจัดให้หมดไป จึงคงแพร่เชื้อต่อไป

## 1.2 ระบาดวิทยาของโรคพยาธิลำไส้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการระบาดของพยาธิลำไส้ทั่วโลก ได้แก่ หนอนพยาธิ และโปรโตซัว โดยหนอนพยาธิที่พบระบาดที่มีการระบาดอย่างกว้างขวาง ได้แก่ พยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) พยาธิปากขอ (Hookworm ได้แก่ *Necator americanus* และ *Ancylostoma duodenale*) พยาธิแส้ม้า (*Trichuris trichiura*) (World Health Organization. 1987 ; Bundy; & Cooper. 1989 : 107-173) ส่วนโปรโตซัวที่พบที่มีการระบาดอย่างแพร่หลาย ได้แก่ *Entamoeba histolytica* , *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum* ซึ่งโปรโตซัวเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรค amebiasis, giardiasis และ cryptosporidiosis ตามลำดับ ซึ่งพบว่าการระบาดค่อนข้างสูงในเขตอุตสาหกรรม (Bundy; et al. 1992 : 168-179) มีการคาดว่าประชากร 1 ใน 4 ของโลก มีการติดเชื้อพยาธิลำไส้เรื้อรัง และประชากรดังกล่าวเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดีขึ้นทำให้เกิดปัญหาความยากจน และปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา (World Health Organization. 1987)



จากการศึกษาการระบาดของหนอนพยาธิลำไส้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบว่า มีการศึกษาในแต่ละประเทศอย่างกว้างขวาง โดยองค์การอนามัยโลกคาดว่าประชากรทั่วไปประมาณ 3,500 ล้านคน มีการติดเชื้อพยาธิ และ 450 ล้านคนมีอาการป่วยและส่วนใหญ่จะเป็นเด็ก ซึ่งแยกตามชนิด พบว่ามีการติดเชื้อพยาธิไส้เดือนประมาณ 1,000 ล้านคน พยาธิปากขอประมาณ 900 ล้านคน และพยาธิแส้ม้าประมาณ 500 ล้านคน และมีคนที่เสี่ยงต่อการเป็นพยาธิประมาณ 600 ล้านคน (World Health Organization. 1998)

การศึกษาการแพร่ระบาดของพยาธิลำไส้บริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าหนอนพยาธิที่มีการระบาดของหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินมาก ได้แก่ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า และพยาธิปากขอ (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) นอกจากนี้ยังพบมีการกระจายของพยาธิสตรองจิลอยเดสอยู่ทั่วไปในภูมิภาคแถบนี้อีกด้วย (Temcharoen; et al. 1979 : 552-555) และพบพยาธิชนิด *Capillaria philippinensis* เฉพาะในประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์เท่านั้นโดยถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ถึงแก่เสียชีวิตได้ (Bhaibulaya; Benjapong; & Noeypatimanond. 1977 : 507-509 ; Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274)) ส่วนพยาธิชนิด *Trichinella spiralis* เป็นพยาธิที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพอย่างรุนแรง พบตอนเหนือของประเทศไทยเท่านั้น (Khamboonruang; & Nateewatana. 1975 : 74-78)

จากการสำรวจการแพร่กระจายของพยาธิในประเทศอินโดนีเซีย พบมีการกระจายของพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 72 พยาธิปากขอ ร้อยละ 59 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 73 และพยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ <1 ส่วนโปรโตซัว พบมีการกระจายของ *Entamoeba histolytica* ร้อยละ 8 *Entamoeba hartmanni* ร้อยละ 2 *Entamoeba coli* ร้อยละ 26 *Endolimax nana* ร้อยละ 7 *Iodamoeba butschili* ร้อยละ 5 และ *Giardia lamblia* ร้อยละ 4 (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) การสำรวจการแพร่กระจายพยาธิลำไส้ในประเทศฟิลิปปินส์ พบประชาชนเป็นพยาธิลำไส้ ร้อยละ 61-99 โดยเป็นพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 48 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 74 และพยาธิปากขอ ร้อยละ 38 (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274)

รายงานเกี่ยวกับการแพร่กระจายของพยาธิลำไส้ในประเทศไทยมีการศึกษามากทางภาคใต้ของประเทศ โดยการสำรวจโรคหนอนพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัด ภาคใต้ในปี พ.ศ. 2532 พบประชาชนเป็นโรคหนอนพยาธิลำไส้ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดรวมกัน หนอนพยาธิที่ตรวจพบได้แก่ พยาธิปากขอ ร้อยละ 68 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 10 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 33 พยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 0.42 พยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 0.02 พยาธิตืดที่เนีย ร้อยละ 0.02 และพยาธิตืดแคระ ร้อยละ 0.04 (อุเทน จารณศรี; ประภาศรี จงสุขสันติกุล และเชาสิทธิ์ จีระดิษฐ์. 2532 : 391-404) และจากการเปรียบเทียบกับ การสำรวจในปี 2523-2524 (สมพร พฤกษราช; และคนอื่นๆ. 2525 : 245) พบว่าอัตราการเป็นโรคหนอนพยาธิในภาคใต้ลดลงจากร้อยละ 84 เหลือร้อยละ 77 ส่วนการศึกษาการระบาดของพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในหมู่บ้านพุงสิงห์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบประชาชนเป็นพยาธิถึงร้อยละ 83 เป็นพยาธิปากขอ ร้อยละ 68 พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 60 พยาธิ

ไส้เดือนร้อยละ 17 นอกจากนี้การศึกษาในบางหมู่บ้านของจังหวัดในภาคใต้ พบมีการระบาดของพยาธิถึงร้อยละ 90 (Muenoo. 1998 : 40-43)

รายงานการสำรวจความชุกของพยาธิลำไส้ทั่วประเทศไทยในช่วงเวลาปัจจุบันยังพบไม่มากนัก โดยพบรายงานในบางจังหวัดเท่านั้น เช่น การสำรวจความชุกในจังหวัดสุรินทร์ พบความชุกของพยาธิปากขอร้อยละ 15 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดได้แก่ 15-94 ปี (Nacapunchai; Preklang; & Yainoi. 2002) ส่วนการสำรวจความชุกของพยาธิลำไส้ในโรงเรียนชาวเขา อ.เมือง จ. เชียงใหม่ พบความชุกถึงร้อยละ 48 พยาธิลำไส้ที่พบได้แก่ *Entamoeba coli* ร้อยละ 40 *Giardia lamblia* ร้อยละ 49.2 พยาธิปากขอร้อยละ 13 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 8 พยาธิแส้ม้าร้อยละ 6 และพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 1 โดยเพศชายและหญิงมีอัตราการติดเชื้อใกล้เคียงกัน (Piangjai; Sukontason, K; & Sukontason, K.L. 2002) นอกจากนี้การสำรวจความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในอำเภอป่าสัก จังหวัดอุดรธานี พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 26 โดยพบว่ารายได้ ลักษณะส้วม และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้ (Garngarndee; et al. 2002)

จากการศึกษาการระบาดของพยาธิชนิดโปรโตซัว พบว่ามีการระบาดค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา โปรโตซัวที่มีการระบาดมาก ได้แก่ *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* และ *Cryptosporidium parvum* ซึ่งมีการระบาดค่อนข้างสูงในพื้นที่เขตอุตสาหกรรม (Savioli; Bundy; & Tomkins. 1992 : 353-354 ; Bundy; et al. 1992 : 168-179) และยังมีรายงานพบ *Giardia lamblia* ในสัตว์เลี้ยง ได้แก่ แพะหรือแกะ เช่นกัน (Sullivan; et al. 1979 : 105-113) อย่างไรก็ตามพบว่าบางชุมชนในประเทศกำลังพัฒนามีปัญหาเกี่ยวกับการระบาดของโปรโตซัวเช่นเดียวกัน (World Health Organizaion. 1992) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรโตซัวชนิด *Entamoeba histolytica* ที่ทำให้ประชากรทั่วโลกประมาณ 40,000-100,000 คนต่อปีที่ต้องตายเพราะเชื้อนี้ (Walsh. 1988)

ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าเด็กมีการติดเชื้อ *Giardia lamblia* ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุประมาณ 3 ขวบ (Savioli; Bundy; & Tomkins. 1992 : 353-354) และในประเทศอเมริกา มีรายงานว่าเชื้อนี้เป็นสาเหตุของอาการท้องร่วง และมีความสัมพันธ์กับลักษณะของน้ำที่ดื่ม (World Health Organizaion. 1992) ส่วนการระบาดของโปรโตซัวในประเทศอินโดนีเซีย พบว่ามีการระบาดของ *Giardia lamblia* เป็นอย่างมากโดยพบมากในคนอายุต่ำกว่า 20 ปี (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) ส่วนในประเทศฟิลิปปินส์มีการระบาดของ *Giardia lamblia* ประมาณร้อยละ 5 โดยพบระบาดในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน แต่ส่วนใหญ่จะพบในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) การติดโปรโตซัวชนิด *Giardia lamblia* และ *Entamoeba histolytica* สามารถเป็นไปโดยง่ายโดยการปนเปื้อนในน้ำดื่ม (Omar; & Mahfouz. 1995 : 433-440 ; Hüssian. 1994 : 597-601) ในประเทศออสเตรเลียมีรายงานความชุกของ *Giardia lamblia* ถึงร้อยละ 36 (Reynoldson; et al. 1998 : 27-44) ส่วนในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบโปรโตซัวที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ *Entamoeba histolytica* , *Giardia*

*lamblia* และ *Balantidium coli* ส่วนที่พบน้อยได้แก่ *Dientamaeba fragiliis* โดยมีรายงานว่า *Giardia lamblia* มีความชุกปานกลาง (Cross; & Basaca-Sevilla. 1981 : 262-274) ส่วนโปรโตซัวที่ไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ *Entamoeba coli* , *Endolimax nana* , *Iodamoeba butshii* , *Chilomastic mesnili* และ *Trichomonas hominis* ซึ่งมีความชุกน้อยมาก (ยกเว้น *Entamoeba coli*)

### 1.3 ผลเสียการติดโรคพยาธิลำไส้

องค์การยูเนสโก พบว่าโรคพยาธิเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งในเด็กนักเรียน เพราะเป็นสาเหตุให้เกิดการขาดสารอาหาร ทำให้พัฒนาการของร่างกายเป็นไปอย่างเชื่องช้า การพัฒนาการของสมอง ได้แก่ ความจำและการเรียนรู้ ตกตำ (Nokes; & Bundy. 1994 : 14-23) มีผู้ศึกษาในรอบ 10 ปีพบว่า การเป็นพยาธิมีผลต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก (Powlowski; et al. 1989) และมีการศึกษาพบว่า มีอัตราการตายจากการติดเชื้อพยาธิไส้เดือนค่อนข้างสูงในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมีอัตราการตายประมาณ 2 คน ต่อผู้ติดเชื้อ 100,000 คน (World Health Organizaion. 1987)

องค์การอนามัยโลก ได้พบว่า การเป็นโรคพยาธิมีผลทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ ภาวะโลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anaemia) การเจริญเติบโตที่ผิดปกติ เกิดปัญหาในการพัฒนาของจิตใจและการพัฒนาการของเด็ก (World Health Organization. 1998 ; Evan; & Stephenson. 1995 : 258-261) นอกจากนี้การศึกษาในประเทศโคลัมเบีย พบว่าการติดเชื้อพยาธิลำไส้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease) และลำไส้ใหญ่อักเสบ (Colitis) โดยพบว่า การติดเชื้อพยาธิลำไส้ อาจเป็นสาเหตุของการป่วยประมาณ 10 โรค และประมาณร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายจะหมดไปกับการรักษาโรคพยาธิลำไส้ (Mettrick; & Podesta. 1974 : 183-278)

มีการศึกษาพบว่า การติดเชื้อพยาธิลำไส้บางชนิด เช่น โปรโตซัว มักทำให้เกิดภาวะการดูดซึมของลำไส้เสียไป ทำให้เกิดกลุ่มอาการเรียกว่า “ภาวะการดูดซึมพร่อง (Malabsorption syndrome)” เช่น ทำให้การดูดซึมสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามินบี 12 เสียไป (Brasitus. 1979 : 1058-1065) เนื่องจากการติดเชื้อพยาธิทำให้สภาวะการเป็นกรด ต่าง ภายในลำไส้เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อพยาธิชนิดสตรองจิลอยเดส ทำให้การดูดซึมวิตามินบี 12 ต่ำ เกิดอาการไอ อุจจาระเป็นไขมัน (steatorrhea) และมีสารโพลีเทลดลง ภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ เยื่อบุลำไส้ อักเสบ และเกิดโรคนิด “Atypical lymphoma intestinal tuberculosis” (Filho. 1978 : 179 ; Berkmen; & Rabinowitz. 1972 : 306-311)

พบว่าพยาธิปากขอ และพยาธิแส้ม้า เป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (Gilles. 1990 ; Cooper; et al. 1992 : S91-S103) การศึกษาในประเทศจีนพบว่า ผู้หญิงชาวจีนประมาณ 66 ล้านคน อายุระหว่าง 15-49 ปี มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากการเป็นโรคพยาธิปากขอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อพยาธิชนิด *Ancylostoma duodenale* (Xu; et al. 1977 : 507-513) ซึ่งพยาธิชนิดนี้สามารถทำให้ร่างกายเสียเลือดประมาณ 0.67 มิลลิลิตร/ตัว/วัน (Brandborg. 1978) ที่เดียว

ซึ่งมีการศึกษาถึงการควบคุมการติดเชื้อพยาธิปากขอ พบว่าทำให้ลดความผิดปกติและการตายได้ (Pawlowski. 1991)

การติดเชื้อพยาธิไส้เดือนมีผลทำให้เกิดอาการท้องร่วง ลำไส้อุดตัน ตับอ่อนหรือไส้ติ่งอักเสบ ดีซ่าน นอกจากนี้ยังทำให้การดูดซึมไนโตรเจนและไขมันผิดปกติ เยื่อบุผิวลำไส้เล็กผิดปกติ (Tripathy; et al. 1971 : 212-218 ; Tripathy; et al. 1972 : 1276-1281) และพบว่าตัวพยาธิสามารถผลิตสารต้านภูมิคุ้มกันในกันป้องกันการทำลายจากร่างกายของผู้ติดเชื้อได้อีกด้วย (Crandall; et al. 1978 : 30-37 ; World Health Organization. 1981) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเด็กที่ติดเชื้อพยาธิไส้เดือนมากๆ จะทำให้น้ำหนักและส่วนสูงไม่ตีนัก (Mahendra Raj; et al. 1997 : 314-321) ซึ่งเมื่อให้ยาถ่ายพยาธิแก่เด็กแล้วพบว่าเด็กที่ได้รับยาจะมีการเติบโตเร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา (Willet; et al. 1979 : 987-991 ; Strepenson. 1987)

การติดเชื้อพยาธิชนิดโปรโตซัว ได้แก่ *Entamoeba histolytica* จะทำให้เกิดโรคบิด (dysentery) เนื่องจากมันบุกรุกเข้าสู่ลำไส้ และเข้าสู่เนื้อเยื่อ จึงทำให้เกิดแผลของลำไส้ชั้นใต้ (Martinez-Palomo; et al. 1990) อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาเมื่อติดโปรโตซัวชนิดนี้มักไม่ค่อยมีอาการเกิดขึ้น ส่วนการติดเชื้อพยาธิโปรโตซัวชนิด *Giardia lamblia* ส่วนใหญ่ไม่เกิดพยาธิสภาพ แต่จะเกิดได้บ้างในบางคนเท่านั้น เช่น ท้องเสีย การดูดซึมล้มเหลว และไม่สามารถป้องกันได้จากการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งจากการศึกษายังพบว่าซิสต์ของโปรโตซัวเพียงซิสต์เดียวจะสามารถแพร่เจริญออกไปได้เป็นจำนวนมาก (Bundy; et al. 1992 : 168-179)

#### 1.4 พฤติกรรมกับโรคพยาธิลำไส้

การศึกษาปัจจัยเสริมที่ช่วยในการติดเชื้อและการแพร่กระจายของโรคหนอนพยาธิโดยจำลอง ฮอร์นสตุท และสวัชเชอร์ วัชรเสถียร (1964 : 396-400) ได้อธิบายว่าลักษณะทางนิเวศวิทยาและภูมิอากาศที่เหมาะสมจะเป็นการช่วยการเจริญเติบโตของพยาธิได้ดี แล้วยังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เอื้อต่อการติดและแพร่กระจายของโรคได้ง่าย นอกจากนี้พฤติกรรมอนามัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการติดโรคพยาธิได้แก่ พฤติกรรมการสร้างที่พักอาศัย พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการถ่าย และการใช้ส้วม การสวมรองเท้า และอาชีพ โดยกล่าวว่าการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ควรปฏิบัติให้ถูกหลักเกณฑ์ 5 ประการ ง่ายๆ ได้แก่ 1) ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร 2) ถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ 3) ดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่สุกหรือสะอาด 4) อย่าให้แมลงวันตอมอาหาร 5) สวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อเดินออกจากบ้าน นอกจากนี้อุดม เอกตาแสง และคณะ (1987 : 15-27) ได้ทำการศึกษาพบว่า การเคลื่อนย้ายของประชากรจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะทำให้การมีการแพร่กระจายของโรคพยาธิไปได้ หากชุมชนนั้นมีสุขาภิบาลไม่ดี ขาดความรู้ความเข้าใจ มีอุปนิสัย ขนบธรรมเนียมประเพณี และการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิ ส่วนการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ความรู้ และการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และปัจจัยโดยตรงที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การกินอาหารจากปลาซึ่งปรุงไม่สุก การกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ และการใช้ส้วมไม่สม่ำเสมอ (Harinasuta; &

Vajarasthira; & Jetannasen. 1961 : 612-628) โดยทวีป กิตยาภรณ์ (2535 : 31-36) ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ของการเป็นโรคพยาธิว่ามี 3 ประการ คือ 1) การปนเปื้อนของอุจจาระที่มีไข่พยาธิและปริมาณไข่พยาธิในดิน ซึ่งขึ้นอยู่กับสุขนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระของประชาชนในชุมชน 2) ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อการเจริญของไข่และตัวอ่อน 3) โอกาสที่มนุษย์จะสัมผัสกับดินที่ปนเปื้อนตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิ หรือผัก อาหารที่ปนเปื้อนไข่ระยะติดต่อ เป็นต้น อย่างไรก็ตามแอนเดอสันและสแคท (Anderson; & Schad. 1985 : 812-825) พบว่าโรคพยาธิที่มีปัญหา จะเป็นเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่อยู่รวมกันอยู่หนาแน่นเท่านั้น และการติดเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยทางกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางสังคมที่ยังไม่ทราบแน่ชัด โดยการควบคุมหนอนพยาธิควรทำในกลุ่มที่มีปัญหามากกว่าการเหวี่ยงแห

ประภาศรี จงสุขสันติกุล และคนอื่นๆ (2545 : 117-118) ได้ทำโครงการประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544 ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าประชาชนมีการกินอาหารเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีอัตราการกินอาหารเสี่ยงต่อการติดโรคเป็นประจำและบางครั้งรวมกันระหว่างร้อยละ 15-59 และมีอัตราต่างกันในแต่ละอาหารเสี่ยง ส่วนพฤติกรรมการติดโรคพยาธิปากขอคือ การไม่สวมรองเท้าที่หุ้มเท้าเมื่อออกนอกบ้านมีร้อยละ 26 และพฤติกรรมที่ทำให้มีการแพร่โรคหนอนพยาธิในชุมชนคือการถ่ายอุจจาระนอกส้วม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับยารักษาโรคหนอนพยาธิลำไส้จากสถานบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้ยังบ่งชี้ว่า โรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิปากขอยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในบางพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้นการวางแผนควบคุมโรคควรเลือกดำเนินการในพื้นที่ซึ่งมีปัญหาโรคสูงก่อน

พลศรี พงศ์สมานบุตร และคนอื่นๆ (2545 : 123) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิในพระภิกษุสามเณร จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพระภิกษุสามเณร มีความชุกโรคหนอนพยาธิร้อยละ 26 และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรของพระภิกษุสามเณร กับการเป็นโรคหนอนพยาธิพบว่า วัด กลุ่มคน จำนวนพรรษาที่บวช ภูมิลำเนาเดิม และประวัติการมีพยาธิออกมากับอุจจาระมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ พบว่า การถ่ายอุจจาระนอกส้วม การล้างมือด้วยสบู่ และน้ำสะอาดหลังถ่ายอุจจาระแล้ว การฉันทานอาหารโดยใช้ช้อน หรือส้อมทุกครั้ง การฉันทานอาหารที่ปรุงจากเนื้อสุกๆ ดิบๆ และประวัติการฉันทานยาถ่ายพยาธิ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของไพบูลย์ สิทธิถาวร และคนอื่นๆ (1983 : 71-81) พบว่าอุปนิสัยการกินปลาดิบๆ สุกๆ หรือก้อยปลาเมื่อจำแนกตามช่วงอายุตั้งแต่ 15-56 ปีขึ้นไป พบว่าอุปนิสัยการกินขึ้นอยู่กับ วัยด้วย คือ เมื่ออายุน้อย (15-25 ปี) จะกินปลาดิบๆ สุกๆ เพียง ร้อยละ 50 แต่เมื่ออายุมากจะกินสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 86 โดยพบว่าเพศหญิงนิยมกินปลาดิบๆ สุกๆ มากกว่าเพศชาย

ธงชัย ปภัสราธร และคนอื่นๆ (2520 : 38-47) พบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้มีความสัมพันธ์กับจำนวนส้วมที่ถูกสุขลักษณะและขนาดครอบครัว โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้สูงจะมีขนาดครอบครัวค่อนข้างใหญ่และสตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่ค่อยสนใจต่อการคุมกำเนิดนัก ส่วนท้องที่ที่

มีครอบครัวเล็กและสตรีวัยเจริญพันธุ์มีการคุมกำเนิดมาก จะมีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ลดลงตามไปด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตามกระบวนการรักษาโรคพยาธิลำไส้เป็นเพียงการบรรเทาความรุนแรงของโรค แต่ไม่ช่วยในการแก้ปัญหาต้นเหตุจากการติดเชื้อพยาธิลำไส้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่นการมีนิสัยชอบรับประทานเนื้อดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ลาบ เลือด และปลาต้ม เป็นต้น ผลงานวิจัยของ สันต์สิริ ศรมณี และคนอื่นๆ (1984) พบว่า ถ้าไม่ให้ความรู้ และหาวิธีเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน หรือบริโภคนิสัยของประชาชนที่ได้รับการรักษาให้หายแล้ว จะมีการติดเชื้อซ้ำขึ้นมาใหม่ โดยมีอัตราการเป็นโรคเท่าเดิม ก่อนการรักษาได้ภายใน 1-2 ปี เท่านั้น และอาจมีผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นถึงร้อยละ 21 ต่อปี ที่เดียว

ในปี 1990 มีการประชุมเกี่ยวกับโรคปรสิตที่ติดต่อโดยทางอาหาร (Food- Borne Parasitic Zoonoses หรือ FBZ) ซึ่งรวมทั้งโรคพยาธิลำไส้ นักวิจัยเป็นจำนวนมากได้เสนอแนะให้มีการควบคุมเกี่ยวกับโรคนี้ โดยให้ความสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานปลาและเนื้อดิบเป็นอย่างมาก (Eduardo. 1991 : 16-22 ; Romasoota.1991 : 23-26) ที่ทำให้เกิดการติดต่อของโรคอย่างกว้างขวาง อีกทั้งยังกล่าวถึงความล้มเหลวจากการควบคุมโรคของรัฐบาลประเทศต่างๆ (Ko. 1991: 42-47 ; Pozio. 1991 : 85-87) โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการควบคุมคุณภาพอาหาร (Singh; Hian; & Lay-Hoon. 1991: 27-30) ; Ko. 1991 : 42-47 ; Kamiya; & Ooi. 1991 : 48-53)

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอกลวิธี สำหรับการเตรียมอาหารให้ปลอดภัย ได้แก่ การมีความละเอียดถี่ถ้วนในการเตรียมอาหาร มีการล้างมืออย่างสม่ำเสมอ และมีน้ำดื่มที่ปลอดภัย (Adam; & Motarjemi. 1999) อีกทั้งยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิลำไส้ โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดต่อกับโรคโดยทางอาหาร ได้แก่ การรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆ การรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ การถ่ายอุจจาระบนพื้นดิน การเดินเท้าเปล่า และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี เป็นต้น (Jimba; & Joshi. 2001 : 229-239) นอกจากนี้พบว่าประชากรในทวีปเอเชีย พบมีหลายประเทศที่นิยมบริโภคอาหารดิบ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคที่ติดต่อโดยทางอาหารมาก ประกอบกับประชาชนมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดีนัก มีส่วนที่ผิดสุขลักษณะและมักเดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิที่ติดต่อโดยทางเดินอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิลำไส้เป็นอย่างมาก

กิล (Gills. 1985 : 111-118) ได้สรุปแนวทางเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิไว้ว่า อุปสรรคที่สำคัญ คือปัญหาทางสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ซึ่งต้องหาทางแก้ไขกันไป และได้ให้หลักในการควบคุมไว้ 4 แนวทางคือ 1) การกำจัดอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะ 2) การให้สุขศึกษาร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การให้ยาบำบัดรักษา 4) การแก้ไขปัญหาโรคโลหิตจาง อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 1987 : 1-88) มีความเห็นว่าการให้สุขศึกษา

และการปรับปรุงอนามัยสิ่งแวดล้อม ก็น่าจะเพียงพอสำหรับพื้นที่ที่มีความรุนแรงของโรคต่ำ ส่วนผู้ที่มีการติดเชื้ออย่างรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องควบคู่ไปกับการรักษาโรคโลหิตจาง

อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ไม่มีผลต่อการเป็นโรค (สุวิภา โกสุมวชิราภรณ์. 2528 : 41-50) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ สิทธิถาวรและคนอื่นๆ (1983 : 71-81) ที่พบว่าประชาชนส่วนมากมีความรู้แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้เพราะการอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อม จะมีผลให้คนประพฤติดุติกรรมแบบเดิมอยู่เสมอ ดังนั้นการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนไม่เพียงการให้ความรู้เท่านั้น แต่ต้องมีบทบาทที่จะช่วยให้ประชาชนเพิ่มพูนทักษะของตนเอง ให้สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคม ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง และได้รู้จักวิธีวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์โครงสร้างของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถให้ได้ใช้ความรู้ ความสามารถและอำนาจของเขาเองให้มากที่สุดในการดำเนินชีวิต (บุญเยี่ยม ตรีกุลวงศ์. 2528 : 116-173)

## 2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 การส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ อันจะเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนมีการป้องกันโรคภัยตั้งแต่เริ่มต้น (เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์. 2541 อ้างอิงจาก พิสมัย จันทวิมล. 2541 ; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและสุขนิสัยทางสุขภาพ มีผู้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพหลายท่านกล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งมีผลทั้งทางบวกและทางลบ พฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ เจตคติ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวิถีประชา (มัลลิกา มัตติโก. 2534) โดยใกล้เคียงกับความหมายของกوخแมน (เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์. 2541 อ้างอิงจาก Gochman. 1988) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์รวมความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ลักษณะอุปนิสัย ความรู้สึก ภาวะอารมณ์ และรูปแบบพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้เด่นชัด การกระทำและลักษณะนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการรักษา การฟื้นฟูและการป้องกันสุขภาพ ส่วนวอร์คเกอร์และคนอื่นๆ (เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์. 2541 อ้างอิงจาก Walker; et al. 1987 : 76-81) มองว่า วิถีชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความหมายเหมือนกัน โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นกับปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) ในตัวบุคคล ปัจจัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) โดยเน้นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านการรับรู้ในการเป็นสื่อกลางของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived health status) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ที่จะโน้มน้าวให้เกิดความเอาใจใส่และความจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลให้เกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น จนกลายเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าการมีสุขภาพดี จึงส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นถ้ามีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวก ก็จะทำให้ความพึงพอใจในสุขภาพของตนและตระหนักในความมีคุณค่าแห่งตน จึงก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการจากกฎบัตรรอดตาว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นองค์ประกอบหลักของการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถใช้ได้กับทุกประเทศ (เพ็ญพิชชา สร้อยชิน รัตนภวนนท์. 2541 อ้างอิงจาก ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่นๆ. 2533 ; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. 2541) ได้แก่

2.1.1 สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) มีจุดมุ่งหมายหลักคือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี และ 1 ใน 4 ของประเด็นหลักประเด็นหนึ่ง คือ ในด้านอาหารและโภชนาการ โดยการที่ให้ทุกคนได้รับอาหารซึ่งเอื้อต่อสุขภาพในปริมาณที่เพียงพอและสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม

2.1.2 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Create supportive environment) โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมในด้านศึกษา อาหารและโภชนาการ บ้านและชุมชนโดยรอบ การงานและอาชีพ การคมนาคม การสนับสนุนและการดูแลจากสังคม

2.1.3 เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) เพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งโอกาสของการเรียนรู้เพิ่มเติมที่และต่อเนื่อง

2.1.4 พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) ให้การสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคล โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาด้านสุขภาพ รวมทั้งการเสริมทักษะชีวิต เพื่อเตรียมให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพตนเองตามวัยต่างๆ สามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตน

2.1.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการสุขภาพ (Reorient health services) โดยองค์กรต่างๆ ด้านสุขภาพจะต้องหันมาดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพตนเอง



## 2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากการบรรลุสติภาวะ หรือการตอบสนองตามธรรมชาติ (Horton; & Turnage. 1976) แต่เกิดจากการเรียนรู้ อันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์ หรือการฝึกฝน ซึ่งมีได้มีความหมายเพียงการเรียนรู้ในแง่วิชาการ (ปรัชญา ใจสะอาด. 2525) แท้จริงรวมไปถึงการเรียนรู้ในด้านค่านิยม บทบาทที่เหมาะสม และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้ (เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนพานนท์. 2541 อ้างอิงจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527) การเรียนรู้นั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด เจตคติ และการปฏิบัติ

พฤติกรรมอนามัย (Health behaviors) หรือการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (Health practices) เป็นการปฏิบัติที่คาดหวังว่า จะให้มีหรือเกิดขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นกระบวนการทางร่างกายที่ได้กระทำหรือมีความสามารถในเชิงปฏิบัติในสิ่งที่เกี่ยวกับสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีผลโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ซึ่งปฏิบัติอยู่อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำจนเกิดความเคยชินจะอย่างไรก็ตามการปฏิบัติที่ดีจะมีได้ก็ต่อเมื่อให้เกิดมีความรู้และเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้นเสียก่อน นั่นคือต้องปลูกฝังความรู้และเจตคติให้ก่อนจึงจะนำมาถึงการปฏิบัติ

เจตคติเป็นเรื่องเกี่ยวกับภาวะแห่งความพร้อมของจิตใจ ที่จะทำให้ร่างกายปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งสร้างขึ้นได้ และสามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นเจตคติจึงเปรียบเสมือนตัวเร่งให้บุคคลนำความรู้นั้นไปปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัตินั้นจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเจตคติเป็นสำคัญ ถึงแม้ว่าจะมีความรู้มากเพียงใดก็ตาม หากไม่มีความเชื่อ ไม่ชอบ ไม่เห็นคุณค่า หรือไม่ศรัทธาในความรู้นั้นแล้ว ย่อมจะไม่นำพาที่จะปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับ จะเป็นการเรียนเพื่อรู้เท่านั้น ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพและโภชนาการย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง

พฤติกรรมการปฏิบัตินี้อาจจะไม่ได้เกิดขึ้นในทันที แต่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่อาศัยองค์ประกอบทางด้านความรู้และเจตคติ กระบวนการในการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน นักวิชาการมีความเชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ให้กับกลุ่มแม่บ้านในชุมชน อย่างไรก็ตามการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว ไม่อาจทำให้เกิดการกระทำในสิ่งที่ต้องการให้ปฏิบัติได้เสมอไป จึงต้องพยายามหาหนทางเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติให้ได้ ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับอย่างแน่ชัดแล้วว่า เจตคตินั้นมีบทบาทสำคัญมากต่อการปฏิบัติ เพราะว่าการมีเจตคติที่ดีที่มีต่อความรู้ที่ได้รับ จะช่วยให้นำความรู้หรือประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าความพอใจ ความสนใจ ความต้องการ และการเห็นคุณค่า จะช่วยสามารถโน้มน้าวจิตใจให้นำความรู้หรือทฤษฎีไปปฏิบัติได้มาก (สุชาติ โสมประยูร. 2525) อย่างไรก็ตามความรู้ที่ได้จากการได้รับ

โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพลาสมาได้ จะให้ผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อผู้ได้ผ่านโปรแกรมนำความรู้ต่างๆ ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

สำหรับขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงนั้นกนิฟและคนอื่นๆ (เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์. 2541 อ้างอิงจาก Giffit; et al. 1972a) กล่าวถึงการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่า คือ การปรับปรุงพฤติกรรมของบุคคลโดยมีเงื่อนไขที่ใส่เข้าไป เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่วางไว้ มี 5 ลักษณะ ดังนี้

2.2.1 การตระหนัก (Awareness) ถึงความสำคัญของสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ การที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัตินั้นต้องตระหนักถึงปัญหาหรือทางเลือกเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ การตระหนักนี้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมาก ซึ่งการให้ความรู้และโปรแกรมในการอบรมที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้บุคคลได้เห็น แนวทางการปฏิบัติ

2.2.2 การพัฒนากรอบการเรียนรู้ คือ สิ่งที่ผู้เรียนต้องการเรียนรู้ว่ามีอะไรบ้าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายและการยอมรับการเปลี่ยนแปลง โดยสิ่งแรกต้องตัดสินใจก่อนว่าต้องการจะเปลี่ยนแปลงอะไร และความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งจะต้องรวบรวมข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และต้องแน่ใจว่าได้รับประโยชน์ ซึ่งอาจไม่เกิดขึ้นทันที เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่ดี จะทำให้เกิดผลกับร่างกายอย่างไรนั้น ต้องเข้าใจว่าองค์ประกอบทางโภชนาการจะทำให้เซลล์แข็งแรง และทำหน้าที่ตามประเภทของสารอาหาร ดังนั้นการเผยแพร่ข้อมูลก่อนเริ่มสอนต้องมีข้อมูลที่ต้องการผู้สอนต้องตัดสินใจว่าจะแก้ไขข้อมูลอะไร จึงจะทำให้การสอนนั้นก้าวหน้า สิ่งที่สำคัญในการให้ข้อมูลคือการสร้างบรรยากาศให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มผู้ฟังและข้อมูลนั้นจะต้องทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง

2.2.3 การลองผิดลองถูก (Trial) เป็นแนวความคิดเริ่มแรกของการทดสอบในระยะการค้นพบ โดยผ่านการทดลอง ความปรารถนาที่จะลอง รวมกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นแรงจูงใจในเชิงบวก ซึ่งควรมีความเป็นไปได้และเข้ากับเหตุการณ์

2.2.4 การเสริมแรง (Reinforcement) หมายถึง ตัวเสริมหรือตัวกระตุ้นซึ่งจะช่วยเพิ่มให้เกิดพฤติกรรมที่พึงพอใจขึ้นอีก ขบวนการเปลี่ยนแปลงในด้านนี้เป็นการช่วยเสริมความรู้ที่ได้รับระหว่างระยะการลองผิดลองถูก ระยะที่จะเกิดแรงเสริมต้องเป็นระยะที่มีการให้และรับระหว่างผู้สอนและกลุ่มเป้าหมายสำหรับแรงเสริมนั้น (เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์. 2541)

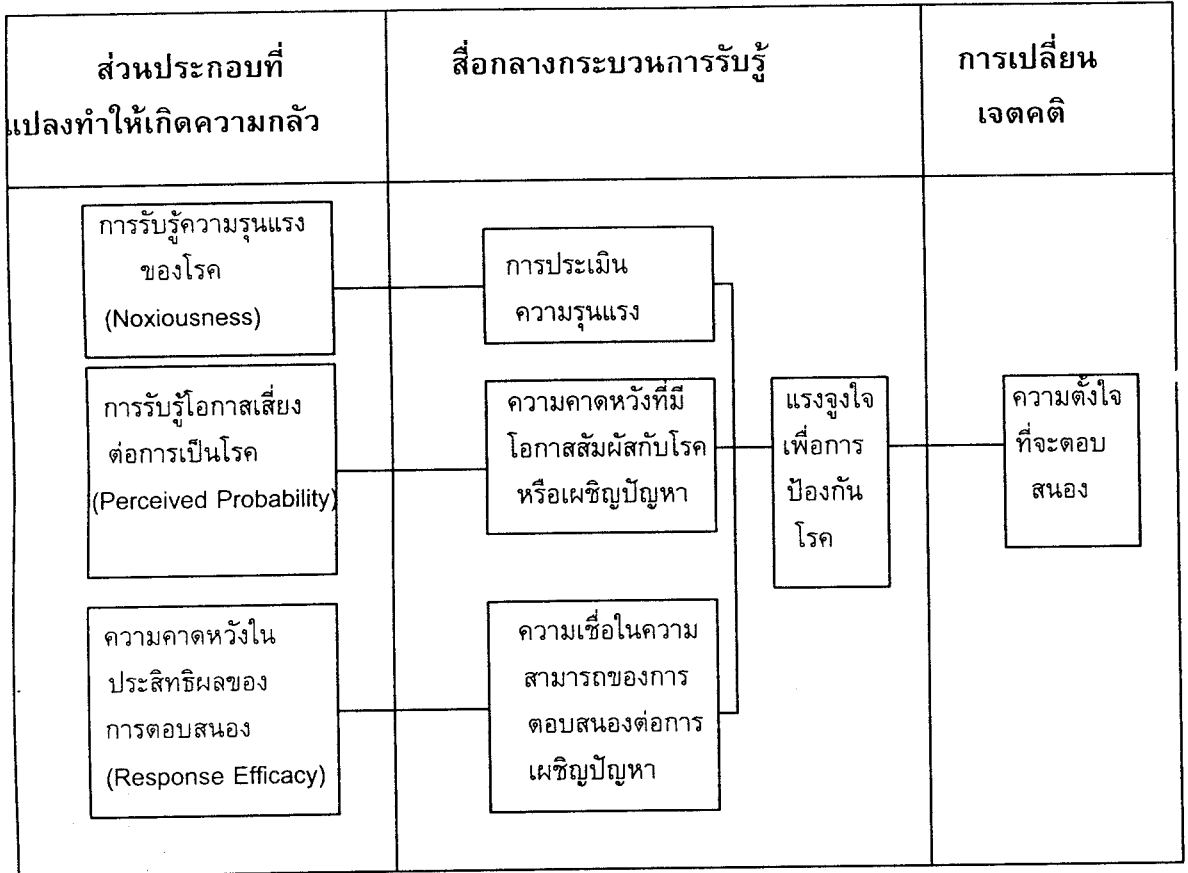
2.2.5 การยอมรับ (Adoption) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้รับ การยอมรับจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านเจตคติที่ดี การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติที่มีต่อการยอมรับหรือยินยอมตกลงจะปฏิบัติ

งานวิจัยครั้งนี้จึงนำบางส่วนของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้โดยการให้กลุ่มแม่บ้านเกิดการตระหนักจากการรับรู้ ได้สร้างกรอบพัฒนาการเรียนรู้ให้แก่กลุ่มแม่บ้าน ให้การเสริมแรงแก่แม่บ้านเพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพลาสมาได้ และแม่บ้านได้

รับยอมรับจากผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้กระบวนการกลุ่มมาร่วมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

### 2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ได้พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1975 โดย Ronald W. Rogers (Rogers, 1975 : 93-114) โดยเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) คือการรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี 1983 (Rogers, 1983) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคนี้ ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ข่าวสาร การประเมินการรับรู้ที่มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ของโรเจอร์ส (Rogers, 1975 ; 1983 ) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงรูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ที่มา : Rogers, R.W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology*. 93-114.

ต่อมาแมคคิกซ์และโรเจอร์ส (Mackay. 1992 : 25 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers, 1983 ; Rogers. 1983) ได้เพิ่มตัวแปรตัวที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancy) ในการตรวจสอบแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค โรเจอร์สและคณะได้ทดลองจัดทำตัวแปรต่างๆ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนักของตัวแปรแต่ละตัว ดังนี้ (Mackay. 1992 : 25 อ้างอิงจาก Back; & Frankel. 1981)

#### 1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

ได้มาจากการช้ว่าบุคคลจะได้รับผลร้ายแรงจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง โดยใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะของข้อความเช่น มีอันตรายต่อชีวิต หรืออาจบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายเคืองต่อปอดเล็กน้อย โดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงเจตคติได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย (Mackay. 1992 : 26-27 อ้างอิงจาก Higbee. 1996 ; Sutton. 1982) อย่างไรก็ตามข้อความที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโดยตรง แต่หากใช้การ

กระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการข่มขู่ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น (Mackay. 1992 : 27 อ้างอิงจาก Leventhal; & Watts. 1966) ขณะที่ใช้สื่อในการกระตุ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรครดีกว่าการกระตุ้นปกติ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมได้ (Mackay. 1992 : 27 อ้างอิงจาก Rogers; & Mewborn. 1976) ในการตรวจสอบเกี่ยวกับผลของการรับรู้ถึงอันตรายระดับสูงๆ จากพิษของบุหรี่ปพบว่า มีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ (Mackay. 1992 : 27 อ้างอิงจาก Rogers; & Decker. 1975 : unpagged) นอกจากนี้ จากผลการศึกษายังพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับพิษของบุหรี่ปสามารถงดสูบบุหรี่ปได้เพิ่มมากขึ้น (Mackay. 1992 : 27 อ้างอิงจาก Rogers; Decker; & Mewborn. 1978 : unpagged)

## 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมายังมาจากการสื่อสาร โดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังอยู่ในภาวะเสี่ยง ตัวอย่างเช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมเอดส์ในเม็กซิโก ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นเอดส์ โดยกล่าวว่าจากการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คน มีการติดเชื้อไวรัสเอดส์เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่า ตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่แนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสของการเป็นโรค (Mackay. 1992 : 28 อ้างอิงจาก Sutton. 1982) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค สามารถทำได้ เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่ปอ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่ปทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง (Mackay. 1992 : 27 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers. 1983)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่ปทำให้ผู้สูบบมีโอกาสรiskต่อการเป็นโรค โดยกลุ่มตัวอย่างทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ปส่วนมากมีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่ปได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rogers. 1983) การใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้กันนั้นไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง (Mackay. 1992 : 28 อ้างอิงจาก Sutton. 1982) เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคจะไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ตัวอย่างเช่น ภายหลังจากผู้สูบบุหรี่ปจัดได้รับการกระตุ้นในระดับสูง เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ป ก็ยังหลีกเลี่ยงไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ การส่งเอ็กซ์เรย์ปอดอาจเพิ่มให้บุคคลนั้นกลัวการเป็นมะเร็งปอด ซึ่งจะหลีกเลี่ยงความกลัวโดยไม่ยอมรับการเอ็กซ์เรย์ ในทางกลับกันการเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ปคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ป จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ปลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นโรคมะเร็งที่ปอดน้อย (Mackay. 1992 : 32 อ้างอิงจาก Leventhal; & Watts. 1966)

การจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาตอบกัน

อีกต่อไปว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่าเขาไม่สามารถปฏิบัติตามคำขู่นี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสีย (Mackay. 1992 : 30 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers. 1983) ในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติ จะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติเพิ่มขึ้น (Rogers. 1983) อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้นยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่า จะสามารถกระเนกรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่ (Mackay. 1992 : 30 อ้างอิงจาก Sutton. 1982)

### 3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

กระทำได้โดยการเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับ หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่าคนที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rogers, 1975) ตัวแปรนี้ได้มีการทดสอบว่าจะมีผลการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษาของแม็คคีย์ และโรเจอร์ส (Mackay. 1992 : 31 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers. 1983) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่จะช่วยลดการเกิดโรคปอด และโรคหัวใจ และทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการที่จะป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับการมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นกำลังถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดๆ ที่จะลดการคุกคามนั้นๆ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง และการสอนโดยเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจในการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง (Mackay. 1992 : 32 อ้างอิงจาก Leventhal; & Watts. 1966)

### 4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancy)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นการคาดการณ์ว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้ โดยความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูงเมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ (Mackay. 1992 : 35 อ้างอิงจาก Beck; & Frankle. 1981) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบได้ดังนี้ คือ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้นด้วย ในทางกลับกันถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็น้อยลงไปด้วยและกรณีที่ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลดีของการปฏิบัติตามจะมีสูง เช่น การบอกถึงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรคว่าสามารถรักษาได้โดยที่เขาปฏิบัติไม่ติดเชือกามโรคอีก ก็จะมีส่งผลให้ความ

ตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา (Mackay. 1992 : 36 อ้างอิงจาก Mewborn; & Rogers. 1979)

เบ็คกและลันด์ (Mackay. 1992 : 34 อ้างอิงจาก Beck; & Lund. 198) พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองทางสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดสูงในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มให้เกิดความไม่มั่นใจ ในความสามารถของตนเองที่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้อันตรายลดลงแต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติจะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน (Mackay. 1992 : 35 อ้างอิงจาก Beck; & Frankle. 1981) ดังนั้นประสิทธิผลของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร จึงมิได้ขึ้นกับความชัดเจนของสื่อที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่า เขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไว้ด้วย

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมียุ่พื้นฐานมาจาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1997) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเองกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูด ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามอย่างแท้จริง ซึ่งอธิบายว่าการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาข่าวสารควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โรเจอร์สได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1.การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ประกอบด้วยตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

2.การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

บังกอร์ ประภาสตร์ (2541) กล่าวโดยสรุปทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง 2) บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น 3) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น 4) บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวหรือตอบสนอง

หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์ 5) ผลดีของการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย 6) อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

การนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมามาใช้ในการป้องกันสุขภาพ มีประเด็นที่น่าสนใจ 3 ประเด็น (จิตชนก หัสดี. 2541) คือ

#### 1. ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการตัดสินใจโดยไม่ใช้เหตุผล

แมคคักซ์และโรเจอร์ส (Mackay. 1992 : 25 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers, 1983 ; Rogers. 1983) ได้ศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการตัดสินใจโดยไม่ใช้เหตุผลในการศึกษาถึงกลวิธีในการตัดสินใจเกี่ยวกับปฏิกริยาที่มีต่อกันของการประเมินอันตรายในระดับต่ำ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการตอบสนองกับความตั้งใจที่จะงดสูบบุหรี่ ความคาดหวังผลของการตอบสนองอยู่ในระดับสูง ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่สูง ถึงแม้ว่าโอกาสที่จะเป็นไปได้ค่อนข้างน้อย แต่บุคคลก็ตัดสินใจที่จะนำเอากลวิธีของการป้องกันมาใช้ในการเรื่องที่คิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง ในทางตรงกันข้ามถ้าการประเมินอันตรายในการสูบบุหรี่สูง บุคคลจะมีวิธีของการตัดสินใจที่จะนำเอากลวิธีของการป้องกันมาใช้อย่างสูงด้วย และถ้าความคาดหวังในความสามารถตนเองสูงและบุคคลมองเห็นว่าตนเองมีความสามารถ หรือเชื่อว่าการลดสูบบุหรี่ลงเป็นพฤติกรรมที่ได้ผลนั้น คือ บุคคลนั้นจะมีการประเมินอันตรายจากการสูบบุหรี่ระดับสูงและมีปฏิกริยาตอบสนองด้วยการเพิ่มความตั้งใจที่จะลดการสูบบุหรี่ นอกจากนี้โรเจอร์ส (Rogers, 1983) กล่าวว่า กลวิธีในการป้องกันตัวระดับสูงจะเกิดร่วมกับการลดความวิตกกังวล และหลีกเลี่ยงอันตราย ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า กลวิธีทั้ง 2 แบบ ได้ถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของบุคคล เมื่อความสัมพันธ์ของปัญหาสมด้วยเหตุผลแล้ว ความตั้งใจที่จะตอบสนองที่จะปรับตัวก็เพิ่มขึ้น

#### 2. การปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมของบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหาที่เป็นอันตราย

เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ บุคคลจะตอบสนองอย่างไรเมื่อไม่ได้มีการวางแผนที่จะปรับตัวตอบสนองตามคำแนะนำนั้น โดยริปปเพโทและโรเจอร์ส (Rippetoe; & Rogers, 1987) ได้ศึกษาผลกระทบของการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (ความรุนแรงกับความอ่อนแอ) ความคาดหวังของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พบว่า บุคคลมีการปรับตัวตอบสนองที่แตกต่างกัน 7 แบบ การตอบสนองอย่างเหมาะสมมี 2 แบบ (ความตั้งใจที่จะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล) และการตอบสนองอย่างไม่มีเหตุผล 5 แบบ (ความสิ้นหวังความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อทางศาสนา และความคิดฝันลมๆ แล้งๆ)

นอกจากนี้ ยังพบว่าผลกระทบของอันตรายต่อสุขภาพที่มีต่อการปรับตัวนั้น ถ้าการประเมินอันตรายสูงก็จะส่งผลกระทบกระตุ้นการเผชิญกับอันตรายต่อสุขภาพทุกๆ แบบ ทั้งการปรับตัวที่เหมาะสมและการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้น คือ การให้บุคคลเผชิญอันตรายต่อสุขภาพสูงจะทำให้บุคคลมีปฏิกริยาในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่คงทน หลังจากได้เห็นถึงอันตรายหลายๆ ครั้ง แต่ ริปปเพโทและโรเจอร์ส (Rippetoe; & Rogers, 1987) พบว่า ในทางเลือกการปรับตัวที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินการปรับตัวของแต่ละบุคคล คือถ้าให้ข่าวสารเรื่องการปรับตัวต่ำ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการตอบสนองต่ำ จะทำให้เกิดการใช้



กลวิธีในการปรับตัวไม่เหมาะสม แต่ถ้าให้ข่าวสารเรื่องการประเมินการปรับตัวสูง (ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการตอบสนองสูง) ก็จะทำให้เกิดการใช้กลวิธีในการปรับตัวที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่ได้พิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงบทบาทที่สำคัญของข่าวสาร เกี่ยวกับการประเมินตนเองในการป้องกันสุขภาพ จึงไม่ใช่เรื่องที่น่าแปลกใจถ้าหากจะใช้กลวิธีดังกล่าวทำให้บุคคลเกิดความกลัวสูงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม

นอกจากนี้เหตุผลที่น่าสนใจ คือ ข่าวสารการประเมินการปรับตัวทั้งสองชนิด ให้ผลกระทบที่แตกต่างกัน เช่น ข่าวสารที่ทำให้เกิดความคาดหวังในผลของการตอบสนองสูง จะทำให้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติสูง และมีการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหามากกว่าการใช้ข่าวสารที่ทำให้เกิดความคาดหวังในการตอบสนองต่ำ ซึ่งข่าวสารที่ทำให้เกิดความคาดหวังในผลของการตอบสนองต่ำ จะทำให้เกิดความเชื่อในโชคชะตาระดับสูงขึ้นไป นั่นคือ การวางเฉยต่อการเผชิญอันตราย และยอมรับว่าเป็นกรรมเวรของตนเอง และความเชื่อทางศาสนาทำให้ขาดการปรับตัวที่เหมาะสม (ความท้อถอย และมอบทุกสิ่งทุกอย่างของตนเองไว้กับพระเจ้า ดังนั้นในการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ จะเสริมสร้างความตั้งใจที่จะปฏิบัติและแก้ปัญหาด้วยเหตุผล ในทางตรงกันข้ามข่าวสารที่ทำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ก็จะทำให้ความสิ้นหวังมากขึ้น โดยริบเพทโทและโรเจอร์ส (Rippetoe; & Rogers, 1987) อธิบายว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ จะมีผลต่อความคิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอันตรายได้ และมีผลทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

ผลการศึกษาดังกล่าว เป็นตัวอย่างแสดงให้เห็นถึงวิธีการและทางเลือกอื่นๆ อีกหลายทางที่บุคคลจะนำมาใช้ในการตอบสนองต่ออันตรายของสุขภาพ ทำให้แบบอย่างต่างๆ ของกลวิธีการปรับตัวที่เหมาะสม และการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมที่ซ่อนเร้นปรากฏออกมาด้วยองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เมื่อบุคคลเผชิญกับอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง

### 3. ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และการรู้คุณค่าทางด้านสุขภาพ

บุคคลส่วนมากที่มีพฤติกรรมป้องกันโรค มิใช่เพราะความกลัว แต่เพราะคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า เช่น บุคคลหลายๆ คนที่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิคเพื่อรักษาสภาพร่างกายให้ดีขึ้น โดยแสดนเลย์และแม็กซดุกซ์ (Stanley; & Maddux. 1986 อ้างอิงจากจิตชนก หัสดี. 2541) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าในทางทฤษฎีแล้ว บุคคลเหล่านี้ทำไปเพื่อป้องกันสุขภาพมากกว่าการรู้คุณค่าของการมีสุขภาพที่แท้จริง ซึ่งความพยายามส่วนใหญ่ที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพจากรู้สึกว่าไม่ดี เป็นความรู้สึกที่ดี เพราะเห็นว่ามีประโยชน์จึงปฏิบัติตามคำแนะนำ

ในการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เตรียมกลุ่มตัวอย่างให้ตื่นตัวรับรู้ในความรุนแรงของพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มองเห็นประโยชน์ของ

พฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีความตั้งใจ มีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการเพิ่มความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง เพราะจะต้องสร้างให้บุคคลจึงจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อพัฒนาความสามารถของตนเอง (Bandura. 1977 : 344-358) 4 ประการ ดังนี้

1. จัดกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) เพื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จก็จะเพิ่มความพยายาม เพิ่มความมั่นใจ มีทักษะนะ มีความพอใจ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติ และเป็นกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ ต่อไป

1.1 เรียงลำดับกิจกรรมจากง่ายไปยาก

1.2 การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาร่วมกันในกลุ่ม

1.3 การได้รับกำลังใจหรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอ้างอิง

1.4 ฝึกให้สามารถให้กำลังใจตัวเองเป็นและช่วยตัวเองได้

2. จัดกิจกรรมให้เห็นตัวอย่างผู้อื่น (Vicarious experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นตัวอย่าง รูปแบบหรือตัวแบบที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตพฤติกรรมของคนอื่นจึงมีสภาพปัญหาคล้ายกับตัวเอง อาจจะต้องออกมาทางด้านลบทำให้มองเห็นผลเสีย หรืออาจแสดงออกมาทางด้านบวกที่ก่อให้เกิดความคิดที่สร้างสรรค์ ล้วนเป็นแรงจูงใจให้เกิดการตัดสินใจตั้งใจและใช้ความพยายามเพื่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3. จัดกิจกรรมการพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) เพื่อกระตุ้นชักจูงใจให้เกิดการยอมรับมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความกระตือรือร้น มีการตัดสินใจ ตั้งใจ และพยายามเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การอภิปราย การวิเคราะห์ และแก้ไขปัญหากลุ่ม โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การให้บุคคลอ้างอิงพูดชักจูง เป็นต้น

4. การจัดกิจกรรมการกระตุ้นอารมณ์ (Emotion arousal) การรุกร้าวทางอารมณ์มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล ดังนั้น จึงต้องจัดระดับการกระตุ้นทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เช่น การให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยกระตุ้นความกลัว การให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยเน้นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง อันจะมีผลต่อความตั้งใจและพยายามที่จะปรับเปลี่ยนตลอดจนคงความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ต่อไป

## 2.4 ทฤษฎีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

ทฤษฎีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้เป็นอย่างดี และมีการวัดที่ไม่ซับซ้อนจนเกินไป โดยขอกล่าวรายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมตามหัวข้อดังต่อไปนี้

### 2.4.1 ความหมายของความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

คำว่า “ ความตั้งใจ ” ได้มีผู้ให้คำจำกัดความและความหมายไว้หลายท่าน เช่น ถวิล ธาราโกชน (กนกวรรณ เวทศิลป์. 2538 : 41 อ้างอิงจาก ถวิล ธาราโกชน. 2526 : 64-65) ให้ความ

หมายว่า เป็นอาการที่แสดงออกตามที่มีเจตคติ หรือมีความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และจะมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางด้านการกระทำ (Behavioral) เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเชื่อต่อสิ่งหนึ่งๆ แล้ว เขาก็จะแสดงอาการหรือท่าทางซึ่งสัมพันธ์กับความเชื่อของเขา

ดัมวิลล์ (กนกวรรณ เวทศิลป์. 2538) ให้ความหมายว่า เป็นความสำนึกคิดที่บุคคลจดจ่ออยู่กับสิ่งหนึ่งมากกว่าสิ่งอื่นๆ ส่วนฟิชบายน์ และเอจเซน (Fishbein; & Ajzen. 1975 : 288) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่จะเลือกหรือกระทำพฤติกรรมบางอย่าง

จากคำจำกัดความและความหมายของความตั้งใจ พอสรุปได้ว่าความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่จะเลือกหรือกระทำพฤติกรรมบางอย่างตามเจตคติหรือความเชื่อของเขา

#### 2.4.2 การวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

ทฤษฎีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ซึ่งได้ถูกพัฒนามาโดย ฟิชบายน์และเอจเซน (Fishbein; & Ajzen. 1975) ซึ่งในระยะแรกของช่วงปี ค.ศ. 1950 ได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาเจตคติเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลกันมาก แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่สามารถกำหนด หรือสรุปได้ว่าตัวแปรใดเป็นสาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรม และทำนายพฤติกรรม ต่อมาฟิชบายน์ จึงได้เสนอรูปแบบ (Model) ในการวัดเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลคือวัดจาก “ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล” ทั้งนี้โดยเขามีความเชื่อว่า การที่คนจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ นั้น ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของเขา ความตั้งใจจึงเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิด (Immediate Determinant) กับการกระทำ ดังนั้นถ้าสามารถทำนายความตั้งใจของเขาได้ก็จะสามารถทำนายพฤติกรรมของเขาได้เช่นกัน โดยที่ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีที่สุด (Fishbein; & Ajzen. 1975 : 372-374) แนวคิดนี้ได้พัฒนามาเป็น “ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action)” โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และรู้จักใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง และเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นได้มีการพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเองก่อนที่จะตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ

ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะมีตัวกำหนดที่สำคัญ 2 ประการ คือ เจตคติหรือเจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior) และ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการที่จะทำพฤติกรรมนั้น (Subjective Norm Concerning that Behavior) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลนี้เชื่อว่า โดยปกติแล้วบุคคลจะมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดก็ตามเมื่อเขามีเจตคติจากการประเมินผลของการปฏิบัติหรือการกระทำนั้นไปทางบวก และเมื่อเขาเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาคิดว่าเขาควรปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้น

ความสัมพันธ์ของเจตคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีต่อความตั้งใจในการปฏิบัติหรือทำนายพฤติกรรม ได้ถูกเสนอในรูปของสมการทางคณิตศาสตร์ ดังนี้ (กนกวรรณ เวทศิลป์. 2538 : 42 อ้างอิงจาก (Fishbein; & Ajzen. 1975 :301)

$$B \sim BI = (AB) W_1 + (SN) W_2$$

เมื่อ B = พฤติกรรมที่แสดงออกมา

BI = ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

AB = เจตคติที่มีต่อพฤติกรรม

SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม

$W_1, W_2$  = น้ำหนักของตัวทำนาย หรือน้ำหนักของความสัมพันธ์ที่ได้จากการคำนวณสมการถดถอยพหุ

จากสมการข้างต้นนี้ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมจะร่วมกันกำหนดหรือทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยนำอิทธิพลของน้ำหนักของความสัมพันธ์ (Relative Weights) ขององค์ประกอบทั้งสองมาพิจารณาด้วย น้ำหนักของความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสองนี้อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยในบางครั้งองค์ประกอบด้านเจตคติจะมีความสำคัญกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและในบางครั้งความตั้งใจต่อพฤติกรรมบางอย่างอาจถูกกำหนดโดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มากกว่าเจตคติต่อพฤติกรรม และจากสามการจะเห็นได้ว่าความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมคือผลรวมของน้ำหนักขององค์ประกอบ 2 ตัว คือ

**AB** คือ เจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยความเชื่อในผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Behavioral Beliefs) และการประเมินผลของการกระทำที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรม (Outcome Evaluation) ซึ่งเขียนเป็นสมการได้ดังนี้ (Fishbein; & Ajzen. 1975 : 301)

$$AB = f \left( \sum_{i=1}^n b_i e_i \right)$$

เมื่อ AB = เจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม

$b_i$  = ความเชื่อในผลของการกระทำพฤติกรรม

$e_i$  = การประเมินผลของการกระทำตามความเชื่อ

n = จำนวนข้อความเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลต่อการกระทำนั้น

**SN** คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลอื่นมีความสำคัญต่อเขาเพียงใด เขาควรคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด กลุ่มอ้างอิงหมายถึง บุคคลที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนั้นขึ้นอยู่กับ

ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนะของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของคน (Normative Belief) หมายถึง ความเชื่อว่าคุณแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มอ้างอิงประสงค์จะให้ตนกระทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด

แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation of Comply) หมายถึง แรงจูงใจของบุคคลที่จะกระทำตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงของตน ซึ่งแสดงเป็นสมการได้ดังนี้ (Fishbein; & Ajzen. 1975 : 302)

$$SN = f \left( \sum_{i=1}^n Nb_i Mc_i \right)$$

เมื่อ	SN	=	การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม
	Nb <sub>i</sub>	=	ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของคน
	Mc <sub>i</sub>	=	แรงจูงใจที่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
	n	=	จำนวนคนที่เป็นกลุ่มอ้างอิง

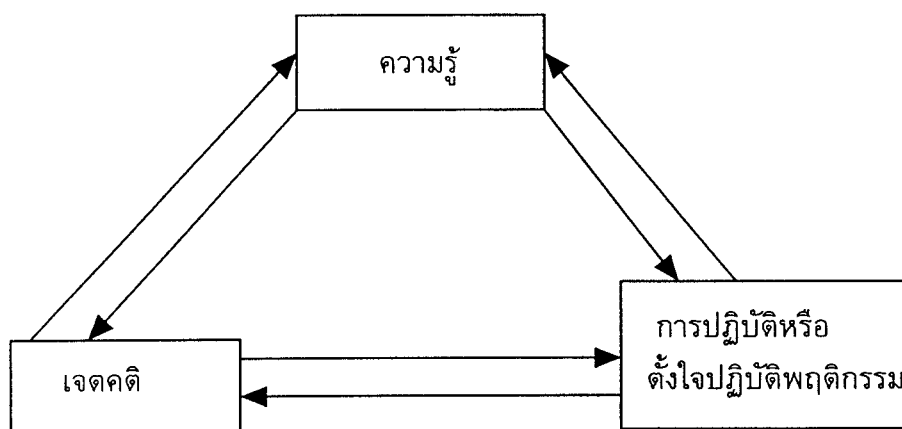
ทฤษฎีในการวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล เพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลของพิชบายน์ดังกล่าว เพื่อสนับสนุนหลักเกณฑ์ตามทฤษฎีนี้ โดยได้รวบรวมผลการวิจัย ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การใช้เจตคติของบุคคลกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เพื่อทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมีความแม่นยำสูง กล่าวคือ มีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณโดยเฉลี่ยถึง .746 นอกจากนี้เชลเกล ครอฟฟอร์ด และแซนบอร์น (บุญสม หน้าเจริญ. 2532 : 46 อ้างอิงจาก Schlegel; Crawford; & Sanborn. 1977) ได้นำโมเดลของพิชบายน์นี้ไปใช้ในการทำนายความตั้งใจของเด็กวัยรุ่นที่จะดื่มน้ำเมาสามชนิดในสามสถานการณ์ ผลการทดลองปรากฏว่า เจตคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจที่จะดื่มน้ำเมาได้ทุกกรณี

นอกจากนี้จากผลการวิจัยของเอจเซนและพิชบายน์ (บุญสม หน้าเจริญ. 2532 : 46 อ้างอิงจาก Ajzen; & Fishbein. 1970) ยังแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างแม่นยำ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้องค์ประกอบในการวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมตามรูปแบบของพิชบายน์ มาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาด้วย โดยได้เลือกตัวแปรด้านเจตคติของบุคคลมาเป็นตัววัดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากการที่เลือกเพียงตัวแปรเดียวเนื่องจาก มีผลงานวิจัย (บุญสม หน้าเจริญ. 2532) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองตัวแปร ได้แก่ เจตคติของบุคคล และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ อาจจะใช้เพียงองค์ประกอบเพียงตัวใดตัวหนึ่งก็ทำให้การอธิบายผลเพียงพอ ดังนั้นในการวัดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มแม่บ้านในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้เฉพาะองค์ประกอบตัวแรกเท่านั้น คือ เจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม

บุคลิกภาพหรือบุคลิกลักษณะ (Personality Traits) เช่น ลักษณะของบุคคลที่ชอบเก็บตัวหรือแสดงตัว (Introversion-Extroversion) ลักษณะของบุคคลที่ประสบความสำเร็จหรือลักษณะของบุคคลที่ชอบนำผู้อื่น

### 2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ การปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว จะเห็นได้ว่าแต่ละส่วนมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และต่างเสริมและเอื้ออำนวยต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงเป็นแผนภูมิได้ตามภาพประกอบ 3 (ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. 2527 : 38-40)



ภาพประกอบ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

ที่มา : ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. (2527). จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

จากภาพประกอบ 3 จะเห็นได้ว่าแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางและแต่ละส่วนต่างก็มีความสัมพันธ์และเอื้อต่อกันอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่า ส่วนที่เป็นความรู้เป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดผลในส่วนที่เป็นเจตคติและการปฏิบัติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ส่วนที่เป็นความรู้จะเป็นตัวเอื้อให้ประสบความสำเร็จ หรือบรรลุจุดมุ่งหมายในส่วนที่เป็นเจตคติและการปฏิบัติ (ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. 2527 : 38-40) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำตัวแปรซึ่งจัดอยู่ในส่วนของเจตคติมาช่วยในการศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งคาดว่าตัวแปรดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้สูง ตามเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

ซิมบารโด เอ็บบีเซน และมาสแลช (Zimbardo; Ebbesen; & Maslach. 1977 : 49-53) กล่าวว่า “ถ้าผู้ใดมีความรู้ดี เจตคติต่อสิ่งนั้นก็มักจะดีตามไปด้วย และเมื่อเจตคติดีแล้วก็มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดี” สอดคล้องกับดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523 : 5-

7) ที่กล่าวว่า “ เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น จะต้องประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นอันดับแรก และเป็นความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นทางด้านที่ว่า สิ่งนั้นมีคุณหรือโทษมากน้อยเพียงใด เป็นความรู้หรือความเชื่อถือที่ใช้ประเมินค่าสิ่งนั้นได้ ฉะนั้นความรู้ในเรื่องหนึ่งจึงมีความสำคัญมากต่อเจตคติในเรื่องนั้น และเมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประมาณค่าและมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นแล้ว สิ่งทั้งสองที่สอดคล้องกันซึ่งติดตามมาคือความพร้อมที่จะกระทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนต่อสิ่งนั้นด้วย”

จากแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ ถ้าผู้หนึ่งมีความรู้ดีแล้วก็จะส่งผลให้มีเจตคติ การปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมดีตามไปด้วย ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงเห็นความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ที่จะเป็นส่วนพื้นฐานให้แม่บ้านมีการปฏิบัติหรือตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ดีต่อไป

### 3. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กลุ่มมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์ ครอบครัวเป็นกลุ่มแรกที่มนุษย์เป็นสมาชิกอยู่ ชีวิตมนุษย์ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่างๆ ตลอดเวลา การรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งกันและกันของสมาชิกแต่ละกลุ่ม มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่มีอยู่ จะเห็นได้ว่ากลุ่มมีพลังซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ดำเนินการต่างๆ ในรูปแบบที่แตกต่างกัน (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541)

#### ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2522 : 14-15) ได้สรุปความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง ที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลายๆ ฝ่าย ที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ เกิดการปฏิสัมพันธ์ขึ้น ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มนี้จะช่วยให้ค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกันทำให้แต่ละคนมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ระหว่างกัน นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีการพัฒนาทางด้านเจตคติ ค่านิยม และพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง สู่การวิเคราะห์ ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น และยังยอมรับข้อบกพร่องพร้อมจะแก้ไข รู้จักแก้ปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น (ชไมพร มุขโต. 2522 : 15)

ทิตนา แชมมณี (2545) ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มหรือการทำงานเป็นกลุ่มว่ามีความหมายเดียวกับการทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลเข้ามารวมกันปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ การมาร่วมกันปฏิบัติงานนี้จะเป็นไปอย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยและองค์ประกอบหลายประการในการทำงาน

ร่วมกัน การที่บุคคลมาร่วมทำงานกันเป็นกลุ่มและทำงานในลักษณะทีมนี้ ไม่ใช่เพียงแต่การรวมมารวมกันเท่านั้น การรวมกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานเป็นทีม จำเป็นต้องประกอบไปด้วย ดังนี้

1. การมีเป้าหมายร่วมกัน กล่าวคือ บุคคลที่มาร่วมกันนั้นจะต้องมีวัตถุประสงค์ในการมาร่วมกันคือจะต้องมีการรับรู้และเข้าใจในเป้าหมายร่วมกันว่า จะทำอะไรให้เป็นผลสำเร็จ
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน กล่าวคือ บุคคลที่มาร่วมกลุ่มต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานเพื่อให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง
3. การติดต่อสื่อสารกันภายในกลุ่ม กล่าวคือ บุคคลร่วมกลุ่มนั้นจะต้องมีการสื่อความหมายกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน
4. การประสานงานกันในกลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มจำเป็นต้องมีระบบการประสานงานเพื่อให้งานของกลุ่มสำเร็จ
5. การตัดสินใจร่วมกัน กล่าวคือ บุคคลที่ร่วมกลุ่มต้องมีโอกาสตัดสินใจในงานที่ทำร่วมกันในระดับใดระดับหนึ่ง
6. การมีผลประโยชน์ร่วมกัน กล่าวคือ สมาชิกกลุ่มต้องมีโอกาสได้รับการจัดสรรผลตอบแทนที่กลุ่มจะได้รับจากการทำงานร่วมกัน

การรวมกลุ่มใดก็ตามที่ประกอบไปด้วยปัจจัย ทั้ง 6 ข้างต้น ถือว่ากลุ่มนั้นมีลักษณะของการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม แต่การทำงานเป็นทีมของกลุ่มนั้นมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสมบูรณ์ของปัจจัยดังกล่าวด้วย โดยความสำคัญของการทำงานเป็นกลุ่มเนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีความจำกัดในเรื่องพลังการทำงาน และปัญญาความสามารถ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้ จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และการที่มนุษย์มีโอกาสที่จะอยู่และทำงานร่วมกับผู้อื่น จึงเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์นั่นเอง นอกจากนี้การที่บุคคลมีโอกาสสามารถกลุ่มกันทำงานเป็นทีมนั้นช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้จากผู้อื่น เกิดเป็นความเจริญงอกงามแห่งตนและกลุ่มขึ้น

### คุณค่าของกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะเกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เข้ากลุ่มซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้นเป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน เข้าใจ ไม่เฉื่อยชา การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มได้ลงมือปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึกและอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำจะทำให้เกิดแนวคิดและสามารถจดจำเนื้อหาได้นาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541 : 31 อ้างอิงจาก เยาวภา เตชะคุปต์. 2522 : 229-230) ช่วยให้ผู้ปฏิบัติ



เพื่อนใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงในการสร้างสรรค์ทางจิตวิทยา คือ ด้านการรับรู้ ทางความรู้สึก มีการเปิดเผยความรู้สึกอย่างจริงใจและเป็นธรรมชาติ มีการแสดงพฤติกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง มีแนวทางในการสร้างแรงจูงใจ เข้าใจตนเอง รู้จักตัดสินใจด้วยตนเอง มีความรู้สึกพึ่งพาซึ่งกันและกัน เชื่อในความสามารถของบุคคล แก้ปัญหาโดยกลุ่ม เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกภายใน ได้ร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความสำเร็จของการให้ความรู้แบบกระบวนการกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับการจัดตั้งกลุ่ม ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำ และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม อย่างไรก็ตามพอสรุปคุณค่าของกระบวนการกลุ่มได้ดังนี้ (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร จิตรศุภกุล. 2522)

1. คุณค่าในด้านพัฒนาการ กลุ่มสามารถสร้างพัฒนาการให้กับบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่มได้เป็นอย่างดี ซึ่งคุณค่าในการพัฒนามีดังนี้

1.1 การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ความต้องการบางประการอาจจะได้รับการตอบสนองด้วยกระบวนการกลุ่ม เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความต้องการยอมรับจากหมู่คณะ

1.2 การสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม เมื่อบุคคลเข้าร่วมกลุ่มเขาจะได้รับการเรียนรู้เรื่องการแสดงออกด้านการควบคุมอารมณ์

1.3 การพัฒนาการด้านเจตคติ ความสนใจ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

2. คุณค่าด้านการวินิจฉัย ในการเข้ากลุ่มโดยทั่วไปแล้ว ผู้นำกลุ่มจะมีโอกาสสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน ทำให้เข้าใจและมองเห็นลักษณะแบบต่างๆ ของสมาชิกในกลุ่มได้

3. คุณค่าในด้านการบำบัด ในการรวมกลุ่มของบุคคลนั้นจะมีคุณค่าด้านการบำบัดได้เป็นอย่างดี เพราะในการเข้ากลุ่มนี้จะช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์สร้างความพึงพอใจในการทำงาน

4. คุณค่าในด้านการศึกษา ในโรงเรียนสามารถนำเอาวิธีการของกระบวนการกลุ่มไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาได้เช่น การตั้งชมรมหรือแม้กระทั่งการนำเอาเรื่องกลุ่มไปสอนในชั้นเรียน เช่น การสอนกลุ่มย่อย การเล่นเกมบทบาทสมมติ เป็นต้น

5. คุณค่าในด้านการปฏิบัติ การทำงานเป็นกลุ่มก่อนให้บุคคลที่มารวมกันเป็นกลุ่มได้มีโอกาสคิดร่วมกัน วางแผนร่วมกัน ดำเนินงานและสร้างผลงานออกมา เช่น สังคม ชมรม บริษัท

### **ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม**

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม มีดังนี้

1.ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของส่วนรวม ได้รับการแก้ไขและตอบสนองความต้องการ ทำให้มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ต้องการอย่างแท้จริง

2. สมาชิกมีโอกาสนำความรู้ ความสามารถ แนวคิด และประสบการณ์มาใช้ในการแก้ปัญหาพร้อมกัน

3. กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ

จะเห็นว่า การใช้กระบวนการกลุ่มนี้เป็นกระบวนการให้ความรู้ที่เปิดโอกาสให้คนที่มีลักษณะที่เหมือนกันได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกความคิดเห็น ประสบการณ์ และปัญหาต่างๆ ความคาดหวังในสิ่งที่อาจเกิดขึ้น มีการค้นหาปัญหาวิธีแก้ปัญหา และฝึกฝนวิธีการต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติต่างๆ นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังเป็นวิธีการก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในคน ซึ่งอาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น การอภิปราย การกระตุ้นเตือน หรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมในกระบวนการกลุ่ม

### กระบวนการกลุ่มกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นักจิตวิทยาได้ให้ความสนใจในการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นพื้นฐานในการสนับสนุนให้บุคคลนั้นได้บรรลุจุดมุ่งหมาย หรือมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ กลุ่มสามารถนำมาเป็นวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ประการคือ

1. เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง (Medium of change) กลุ่มเป็นตัวกลางสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสมาชิกและสามารถทำให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
2. เป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Target of change) เป้าหมายในการนำเอากระบวนการกลุ่มเข้ามาประยุกต์ใช้ ให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตาม แต่เป้าหมายจริงๆ ต้องการให้กลุ่มทั้งกลุ่มนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. เป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง (Agent of change) พฤติกรรมหลายอย่างของมนุษย์เปลี่ยนแปลงต่อเมื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้น

### การจัดตั้งกลุ่ม

การจัดตั้งกลุ่ม จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดกลุ่มแต่ละครั้ง และต้องคำนึงถึงโครงสร้างของกระบวนการกลุ่ม ซึ่งได้แก่ จำนวนสมาชิกภายในกลุ่ม การคัดเลือกสมาชิก เวลาสถานที่ จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม มีผู้เสนอว่าควรมีสมาชิก 10-12 คน (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541 : 32 อ้างอิงจาก Griffit. 1985 : 81) เพราะจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีที่สุด

### ผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดในกระบวนการกลุ่ม เพราะจะเป็นผู้นำ รับผิดชอบ เอื้ออำนวยให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ สร้างบรรยากาศให้ปลอดภัยมั่นคง เกิดความสามัคคี และให้มีส่วนร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ให้ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องเดียวกัน ให้ได้รับทราบปัญหาของผู้อื่นในกลุ่ม เกิดความเข้าใจปัญหาและหาทางแก้ไข บทบาทของผู้นำกลุ่ม ได้แก่ การจัดระเบียบและควบคุมระเบียบของกลุ่ม โดยช่วยให้ทุก

คนมีโอกาสดัดเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเรียบร้อย ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ต่อกลุ่ม และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนของกลุ่มและต้องการทำงานให้กลุ่ม ผู้นำกลุ่มยังต้องรับฟังและพิจารณาความคิดเห็นของกลุ่มอย่างทั่วถึงและให้ความสำคัญต่อความคิดเห็นนั้นจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและพอใจทำให้เกิดแรงจูงใจต่อไป นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มควรทำความกระจ่างให้แก่กลุ่มในการทำงาน ควรทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งเกิดขึ้น ควรสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นมิตรให้เกิดในกลุ่ม (ทีศนา แซมมณี. 2545 : 16-17) อย่างไรก็ตามพอสรุปหน้าที่ของผู้นำกลุ่มได้ดังนี้ (สุพรรณิ เหล่าจุมพล. 2539)

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีการดำเนินการของกลุ่ม
2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่วไปซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก
3. กระตุ้นและเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้ทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน และหาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอาจอยู่ในรูปของการพูดจาหรือความเข้าใจร่วมกัน สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิก มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าเป็นสมาชิกกลุ่มเป็นเพื่อนกับผู้อื่น รู้สึกมั่นคงปลอดภัย นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น โดยการใช้สื่อดิจิทัล อุปกรณ์ การเล่นเกมหรืออื่นๆ
4. กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบายและแลกเปลี่ยนปัญหา ซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับและได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
5. วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง หรือทำให้การประชุมกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ
6. ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม และวิธีอื่นที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก
7. การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

### บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่ม หมายถึงไปถึงผู้ร่วมงานทุกคนที่อยู่ในกลุ่ม โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกันและมีภาระรับผิดชอบร่วมกันอันจะทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อประโยชน์ร่วมกันของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มที่ดีมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของกลุ่ม หากกลุ่มใดมีสมาชิกที่มีคุณสมบัติเอื้ออำนวยต่อการทำงานกลุ่มย่อมมีแนวโน้มจะได้รับความสำเร็จ คุณสมบัติของสมาชิกกลุ่มที่ดีโดยทั่วไปมีดังนี้ (ทิตนา แชมมณี. 2545 : 24-25)

1. มีความเข้าใจกระตือรือร้นที่จะทำงาน คุณสมบัตินี้มีความสำคัญยิ่ง เพราะเปรียบเสมือนน้ำมันที่จะช่วยให้เครื่องจักรทำงาน หากสมาชิกไม่มีความเต็มใจ และขาดความกระตือรือร้นแล้ว งานจะดำเนินไปอย่างราบรื่นนั้นเป็นไปได้ยาก

2. มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของสมาชิกกลุ่มที่ดี รู้ว่าตนควรจะทำอะไรบ้าง ที่จะเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สมาชิกบางคนมีความตั้งใจดี เต็มใจที่จะทำงาน แต่หากไม่รู้ว่าทำอะไร ความตั้งใจดีและความเต็มใจนั้นก็จะเป็นประโยชน์น้อยลงไปมาก เพราะต้องรอให้ผู้อื่นสั่งการอยู่เสมอ ตรงกันข้ามหากสมาชิกเข้าใจและรู้บทบาทหน้าที่ของตนก็จะช่วยให้กลุ่มดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว

3. มีความรับผิดชอบในภาระหน้าที่ของตน เพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมาย สมาชิกแต่ละคนต้องช่วยกันแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ ที่จะเป็นต้องทำ หากสมาชิกขาดความรับผิดชอบแล้วผลเสียย่อมเกิดขึ้นกับกลุ่ม เพราะงานของทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของส่วนใหญ่หรือส่วนรวม ดังนั้น ความรับผิดชอบจึงเป็นคุณสมบัติอย่างยิ่ง เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยให้กลุ่มสามารถดำเนินงานจนประสบความสำเร็จ

4. มีลักษณะความเป็นประชาธิปไตย กล่าวคือ เป็นผู้มีใจกว้าง ยอมรับฟังและพิจารณาความคิดเห็นของผู้อื่น รู้จักใช้เหตุผลในการตัดสินใจ มีความเคารพผู้อื่น และยอมรับมติกลุ่มเป็นต้น คุณสมบัติเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นในการทำงาน เนรมักกับผู้อื่น หากสมาชิกขาดคุณสมบัติเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน และอาจมีผลทำให้งานไม่บรรลุตามเป้าหมายได้

5. ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนมากเกินไป สมาชิกกลุ่มบางคนอาจมีคุณสมบัติไม่ครบ 4 ประการ ข้างต้น แต่หากบุคคลเหล่านั้นทำทุกสิ่งทุกอย่างดังกล่าว โดยตั้งอยู่บนความต้องการประโยชน์ส่วนตนเป็นหลัก การปฏิบัติงานทั้งหลายย่อมเกิดความเอนเอียง ไม่เป็นไปตามหลักเหตุผลซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในกลุ่มได้ ดังนั้นสมาชิกกลุ่มที่ดี ควรเป็นผู้รู้จักประสานประโยชน์ส่วนตนและส่วนรวมเข้าด้วยกัน มิใช่ทำเพื่อประโยชน์ส่วนตนเพียงอย่างเดียว

จากบทบาทของสมาชิกกลุ่มตามที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มแม่บ้านซึ่งพบว่าโดยส่วนใหญ่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับคุณสมบัติข้างต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงเกี่ยวกับรูปแบบการให้โปรแกรมสุขศึกษา และบทบาทของผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้กลุ่มแม่บ้านได้ทราบ โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากกลุ่มแม่บ้าน

## ระยะในการจัดกระบวนการกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มมี 3 ระยะ ดังนี้ (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541 : 31 อ้างอิงจาก Marram. 1978 : 154-161)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The introductory phase or initiating phase) เป็นระยะสร้างความรู้สึกปลอดภัยนับว่าเป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมาเพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่าสมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสินใจ จะเป็นการสร้างความไว้วางใจตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ซึ่งสมิทและบาส (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541 : 32 อ้างอิงจาก Smith; & Bass. 1979 : 85) กล่าวว่า การประสานสายตาในระหว่างการสนทนาเป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจเปิดเผย ระบายความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง มีความมั่นใจในการให้และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยจะมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟังโดยไม่มีการซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกอื่นในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองด้วย มีผลให้สมาชิกลดความวิตกกังวล ในระยะสร้างสัมพันธภาพนี้จะมีการสร้างปทัสถาน (Norm) ของกลุ่มเพื่อเป็นกฎเกณฑ์พื้นฐานสำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งปทัสถานนี้ผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นไว้แล้วเป็นบางส่วน ก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสร้างขึ้นบางส่วน ในขณะที่ทำกลุ่มได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่า และมีศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหามาอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหา ผู้นำกลุ่มมี

หน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาแนวทางแก้ไขช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองคกรของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากนี้จะใช้ในการประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้วยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีสมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้ออกาสสมาชิกกลุ่มระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

### กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

กลุ่มสัมพันธ์ เป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนและกลุ่มคน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกลุ่มสัมพันธ์มีจำนวนมาก ครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการทำงานร่วมกัน โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในแนวคิดและเนื้อหาสาระต่างๆ โดยหลักการของกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ มีหลักการให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสร่วมในกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ได้มีการอภิปรายวิเคราะห์ในเรื่องที่เรียน และมีการเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนรู้จากกิจกรรมไปสู่การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยวิธีการในการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์จะต้องใช้วิธีการต่างๆ เข้าช่วย ได้แก่ เกมการสอน บทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง สถานการณ์จำลอง และการอภิปรายกลุ่มย่อยแบบต่างๆ โดยจะกล่าวถึงโดยย่อ ดังนี้ (ทศนา เขมมณี, 2545)

1. เกม (Game) เป็นวิธีการวิธีหนึ่งซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ดี โดยผู้นำกลุ่มดำเนินการสร้างสถานการณ์ขึ้น แล้วให้สมาชิกกลุ่มเล่นด้วยตนเองภายใต้ข้อตกลงหรือกติกาบางอย่างที่กำหนดไว้ ซึ่งสมาชิกกลุ่มจะต้องตัดสินใจทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

2. บทบาทสมมติ (Role-Play) วิธีนี้มีลักษณะเป็นสถานการณ์สมมติ เช่นเดียวกับเกม แต่มีการกำหนดบทบาทของผู้เล่นในสถานการณ์สมมติขึ้นมา แล้วให้สมาชิกกลุ่มสวมบทบาทนั้นและแสดงออกตามธรรมชาติโดยอาศัยบุคลิกภาพ ประสบการณ์ และความรู้สึกนึกคิดของตนเองเป็นหลัก ดังนั้น วิธีการนี้จึงมีส่วนช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสศึกษาวิเคราะห์ถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตน และผู้อื่นอันจะก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเองและผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง

3. กรณีตัวอย่าง (Case) เป็นวิธีการอีกชนิดหนึ่งซึ่งใช้กรณีหรือเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงๆ มาดัดแปลงและใช้เป็นตัวอย่างให้ศึกษา วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจ

และฝึกฝนหาทางแก้ไขปัญหานั้น วิธีการนี้จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักคิดและพิจารณาข้อมูลที่ตนได้รับอย่างถี่ถ้วน และการอภิปรายจะช่วยให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน รวมทั้งการนำเอากรณีต่างๆ ซึ่งคล้ายคลึงกับชีวิตจริงมาใช้ จะช่วยให้การเรียนรู้มีลักษณะใกล้เคียงกับความจริง ซึ่งมีส่วนทำให้การเรียนรู้มีความหมายมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นวิธีการที่ช่วยให้มีการฝึกฝนการเผชิญและแก้ปัญหาโดยไม่ต้องรอให้พบกับความจริง

4. สถานการณ์จำลอง (Simulation) คือการจำลองสถานการณ์จริง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ลงไปอยู่ในสถานการณ์นั้น และได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเป็นจริงในเรื่องนั้น วิธีการนี้จะช่วยให้มีโอกาสทดลองแสดงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งในสถานการณ์จริงอาจไม่กล้าแสดง เพราะอาจเป็นการเสี่ยงต่อผลที่จะได้รับจนเกินไป

5. ละคร (Acting or dramatization) เป็นวิธีการที่ให้ผู้เรียนได้ทดลองแสดงบทบาทตามบทที่เขียนหรือกำหนดไว้ให้ โดยผู้แสดงจะต้องพยายามแสดงให้สมบทบาทที่กำหนดไว้ โดยไม่นำเอาบุคลิกภาพและความรู้สึกนึกคิดของตนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับอันจะมีส่วนทำให้เกิดผลเสียต่อการแสดงบทบาทนั้นๆ วิธีการนี้เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้สาระ โดยการช่วยกันนำสาระมาแสดงให้เห็นชัด การที่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสแสดงร่วมกัน จะช่วยฝึกให้เกิดความรับผิดชอบในการเรียนรู้ร่วมกันและฝึกการทำงานร่วมกัน

6. การอภิปรายกลุ่มย่อย (Small group discussion) เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออก และช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น การจัดกลุ่มย่อยมีหลายแบบต่างๆ กันแล้วแต่วัตถุประสงค์ของผู้จัด เช่น การอภิปรายกลุ่มแบบระดมสมอง (Brainstorming) การอภิปรายกลุ่มแบบฟิลลิป 66 (Phillip 66) หรือแบบกลุ่มหึ่ง (Buzz group) การอภิปรายกลุ่มแบบเวียนรอบวง (Circular response) และอภิปรายกลุ่มแบบกลุ่มช้อน (Fishbow technique) ซึ่งรายละเอียดของการอภิปรายกลุ่มของการศึกษาคั้งนี้จะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

### **การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)**

การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งในกระบวนการกลุ่มที่นำมาใช้อย่างมาก ในการให้ความร่วมมือแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ช่วยให้ผู้ในกลุ่มแสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง นอกจากนี้การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ทุกแง่ทุกมุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541 : 31 อ้างอิงจาก สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 100-101)

การอภิปรายกลุ่ม หมายถึง การประชุมพิจารณาหรืออภิปรายกันระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำกลุ่มและสมาชิกจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมกันอภิปรายในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้เข้ากลุ่มสนใจหรือมีประโยชน์ร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มถูกนำมาใช้อย่างมากในการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นอย่างเต็มที่ สมาชิกให้

ความร่วมมือในการช่วยกันแก้ปัญหา นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มยังช่วยฝึกให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น การเข้ากับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาาร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน อิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ ตัดสินใจด้วยความสมัครใจและเกิดการยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ถาวรต่อไปศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2541 : 35 อ้างอิงจาก ปาริชาติ ฉายสีศิริ. 2534 : 25)

การอภิปรายกลุ่มมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ให้สมาชิกในกลุ่มทราบเรื่องราวและสนใจต่อปัญหาของกลุ่ม
2. ให้สมาชิกมีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเองโดยเสรี
3. พิจารณาเรื่องที่เป็นประโยชน์ร่วมกันของสมาชิก
4. พัฒนาสมาชิกให้มีลักษณะการเป็นผู้นำในด้านการอภิปราย
5. เสริมสร้างระบบการประชุมกลุ่มในหมู่คณะหรือองค์กร และส่งเสริมความเข้าใจ

อันดี ระหว่างสมาชิก

6. รวบรวมความคิดเห็นของบุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกกลุ่ม
7. เป็นการสำรวจปัญหา
8. เป็นการใช้ความคิดจากกลุ่มแก้ปัญหาได้ปัญหาหนึ่ง
9. เป็นการตกลงกันในกลุ่มสมาชิกเพื่อการวางแผนดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ลักษณะการอภิปรายที่ดี (ทิตนา แชมมณี. 2545) จะต้องประกอบด้วย การที่ผู้ร่วมอภิปรายมีความเข้าใจในจุดมุ่งหมายร่วมกัน ทำให้การอภิปรายบรรลุเป้าหมายได้รวดเร็วขึ้น และจะต้องเป็นไปตามลำดับที่ได้ตกลงกันไว้โดยไม่ออกนอกทางจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การอภิปรายควรให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายอย่างทั่วถึง ไม่ควรมีการผูกขาดโดยสมาชิกเพียงบางคนและมีการแสดงความคิดเห็นริเริ่มสร้างสรรค์ไม่ออกนอกทางจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การอภิปรายควรให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายอย่างทั่วถึง ไม่ควรมีการผูกขาดโดยสมาชิกเพียงบางคน มีการแสดงความคิดเห็นริเริ่มสร้างสรรค์ มีบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่บรรยากาศของความเป็นมิตร ความรู้สึกวางใจและปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น การดำเนินอภิปรายต้องเป็นไปอย่างมีระเบียบ และต้องบรรลุผลตามเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ โดยผู้นำกลุ่มจะต้องมีทักษะในการสร้างบรรยากาศ ทักษะในการสร้างความสนใจและกระตุ้นให้สมาชิกใช้ความคิดและแสดงความคิดเห็น ทักษะในการใช้ความคิดและเชื่อมโยงความคิดของสมาชิก ทักษะในการปฏิบัติต่อสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะต่างๆ กัน และทักษะในการแก้ปัญหาคความขัดแย้งในกลุ่ม

### การกระตุ้นเตือน

การกระตุ้นเตือนเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งชี้หน้าที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนา โดยทั่วไปแล้วการเตือนให้ทำพฤติกรรมอาจจะทำโดยบุคคลนั่นเอง หรือโดยผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น จะทำหน้าที่เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนา โดยการเตือนให้บุคคลนั้นเริ่มมีพฤติกรรม หรืออาจเรียกว่าทำให้พฤติกรรมนั้นแฝงอยู่ใน



ตัวเอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536 : 189) การเตือนหรือการบอกนี้อาจจะเกิดขึ้นในรูปของการเตือนจากบุคคลอื่น เช่น การโทรศัพท์เตือนจากคลินิกที่นัดคนไข้ การส่งจดหมายเกี่ยวกับการไปรับยาเพิ่มเติม หรืออาจจะเป็นการเตือนโดยการเขียนข้อความคำเตือนจากบุคคลนั่นเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการกระตุ้นเตือนทางจดหมายเพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในการจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### งานวิจัยภายในประเทศ

จากการศึกษางานวิจัยภายในประเทศยังไม่พบบางงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้างานวิจัยทางด้านสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอินทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจำนวน 100 คน ที่โรงพยาบาลตากสินและวชิระพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าการรับรู้ต่อประโยชน์-อุปสรรค ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ แต่การรับรู้ความรุนแรงจากผลกระทบของโรคเอดส์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาถึงปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมสุขศึกษา เช่น งานวิจัยของวิลาวัณย์ ประทีปแก้ว (2534) และเกรียงศักดิ์ ไชยา (2534) ได้ทำการศึกษาในที่ต่างกันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้ การเรียนรู้ทางสังคม และกระบวนการรับพฤติกรรมโดยการควบคุมตนเอง มาใช้เป็นหลักในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ โดยใช้โปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ประกอบด้วยการเรียนรู้จากปัญหา การให้คำปรึกษารายกลุ่ม และการเสริมแรงให้เกิดการควบคุมตนเองในเรื่องเพศ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติโดยรวมในเรื่องการป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของบุษบง โกฏิวิเชียร (2533 : 87-91) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กชุมชนบางเขต พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคแต่อย่างใด

นอกจากนี้ มีผู้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคคอตและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก และมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคกลับซ้ำด้วยเช่นกัน (ยมสิริ นาวานุรักษ์ 2535 : 61-127) ได้ ส่วนการศึกษาของยุพพร หงษ์ชูเวช (2540 : ง) ได้ทำการทดลองศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองและเพื่อน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน นอกจากนี้พบว่า ระดับการศึกษาอาชีพของบิดามารดา และรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนลดลงและบริโภคอาหารไทยเพิ่มขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยบังอร ประภาสะสุตร์ (2541) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี้จกัรยานยนต์ของนักเรียนวิทยาลัยอาชีวศึกษา ชั้นปีที่ 1 กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี้จกัรยานยนต์ ของนักเรียนดังกล่าว โดยการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต การฝึกปฏิบัติและการให้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดอุบัติเหตุจกัรยานยนต์ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการตอบสนองต่อพฤติกรรม และมีพฤติกรรมการขับขี้จกัรยานยนต์ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุพรรณิ สุฤกษ์ดีอภิรักษ์ (มณีรัตน์ ธีระวัฒน์. 2538 อ้างอิงจาก สุพรรณิ สุฤกษ์ดี อภิรักษ์ 2536 : 131-137) ได้ทำการวิจัยโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้นักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี โดยวิธีการทางสุขศึกษาเน้นการอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การเรียนรู้จากสถานการณ์ที่กำหนด และการอภิปรายหมู่โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ ความคาดหวังในความ

สามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมกำบังโรค เอ็ดส์มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนการศึกษาโดยการนำบางส่วนของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาทำการศึกษา เช่น การศึกษาของทักษิณา รัชัญญาหาร (ยุพาพร หงษ์ชูเวช, 2540 อ้างอิงจาก ทักษิณา รัชัญญาหาร, 2540 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการโภชนาการเพื่อลดระดับไขมันในเลือด ของวัยรุ่นชาย โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ คือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา โดยศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 โรงเรียน โยธินบูรณะ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้โปรแกรมดังกล่าว คะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ และเมื่อเปรียบเทียบในเรื่องของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความ รุนแรงของโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พบ ว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตต์ลัดดา สุภานนท์ (2539 : ก) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน การเกิดแผลผ้าเท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทาง โดย ให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย 2 ครั้ง ทำการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง การชมวีดีโอเทป การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ รวมทั้งเอกสารแผ่นพับ การให้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคาด หวังในความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ นอกจากนี้พบว่า ความคาดหวังในความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลดีของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดแผลผ้า เท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร์ (2542 : ง) ศึกษาถึง โปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอันตรายจากการได้รับพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในชวาณา อำเภอบุพผพริสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาที่กำหนดไว้ 6 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม ตัวแบบเล่าประสบการณ์ การสาธิต และ ให้ชวาณาฝึกปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถทำให้ชวาณาในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการได้รับพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในโลหิต ภายหลังการ ทดลองลดลงและต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ในส่วนที่เกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มมีผู้ได้ทำการศึกษา ได้แก่ สุรีย์ จันทรมาลี (2537 : 100-101) ที่อธิบายว่าการอภิปรายกลุ่มเมื่อนำมาใช้ในงานสุขศึกษาจะได้ผลดีสามารถนำไปใช้กับกลุ่ม เป้าหมายทุกระดับ ทุกอายุ เพราะการอภิปรายไม่ได้นำไปหาคำตอบที่ตายตัว หรือคำตอบที่แน่นอน อิทธิพลของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้วยการยอม

รับ และสมัครใจซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวร เช่นเดียวกับกมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (นิรามัย สุภนราพรศรี. 2539 อ้างอิงจาก กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์. 2534 : ก-ข) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ โดยใช้การอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้ เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ มีคะแนนการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ภายหลังคลอด สูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้ตามปกติจากเจ้าหน้าที่เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของทัศนีย์ พฤษชิวะ (นิรามัย สุภนราพรศรี. 2539 อ้างอิงจาก ทัศนีย์ พฤษชิวะ. 2535 : ข) ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับคู่มือการปฏิบัติ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องโรคดีกว่าและมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง นอกจากนี้การศึกษาของมณีรัตน์ ธีระวัฒน์ (2538 : ก-ข) ได้ทำการวิจัยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี้จักรยานยนต์ ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีหลัก รวมทั้งการใช้ทฤษฎีการสร้างพลัง กระบวนการกลุ่ม และวิธีการทางสุขศึกษาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการขับขี้รถจักรยานยนต์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมขับขี้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยได้ร้อยละ 33.4

ในส่วนของความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การศึกษาของสุลลีย์ ชำรงค์สกุลศิริ (2537 : 86) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้อง และสามารถทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยได้อย่างถูกต้องและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ เวทศิลป์ (2538 : 103) ที่ผลการศึกษาพบว่าเจตคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในสังกัดงานการประถมศึกษาจังหวัดสกลนครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้การศึกษาของจตุดาว เรื่องเวชดิวซ์ (2540 : 119) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงเจตคติต่อการประกอบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน และหทัยรัตน์ ริมประพันธ์ (2543 : 69) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสระบุรี พบว่าเจตคติทางตรงและเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันมะเร็ง

ปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้การศึกษาของ ยูฟา ชูลิทธิสกุล (2527 : ก-ข) ศึกษาพบว่าความตั้งใจในการดื่มสุราของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาในภาคกลาง 5 แห่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สุวลัย ชำรงค์สกุลศิริ (2537 : 86) พบว่าความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมกาจัดขยะมูลฝอยของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลงานการวิจัยภายในประเทศข้างต้นสรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์โดยเฉพาะทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาระยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม มีประสิทธิผลที่ดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค โดยภายหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาจะทำให้บุคคลมีการเพิ่มความรู้ รวมทั้ง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม และการมีพฤติกรรม อย่างไรก็ตามในการที่จะมีพฤติกรรมของบุคคลนั้น ย่อมมีความตั้งใจหรือเจตนาในการกระทำเกิดขึ้นก่อน และความตั้งใจก็เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยต่างๆ ข้างต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงให้ความสำคัญถึงความตั้งใจในการมีพฤติกรรมด้วยเช่นกัน เนื่องจากความตั้งใจในการมีพฤติกรรมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการต่อไปและนับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายหลังจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับกระบวนการกลุ่ม

#### งานวิจัยจากต่างประเทศ

### ศูนย์สารสนเทศ ทางพฤติกรรมศาสตร์

การศึกษาวิจัยจากต่างประเทศมีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาภายในประเทศ ได้แก่ การศึกษาของลีส (Lease, 1986 : 87-89) ที่ทำการศึกษาลักษณะนิสัยการบริโภคอาหารเกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ ใน 3 เมือง ของรัฐเพนซิลวาเนีย พบว่า กลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ผ่านหลักสูตรสวัสดิศึกษาเกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ จะประสบอุบัติเหตุและมีอัตราการฝ่าฝืนกฎจราจรน้อยกว่ากลุ่มผู้ขับขี่ที่เรียกว่าการขับขี่ด้วยตนเอง การศึกษาของไดแอนน์ และคนอื่นๆ (Dianne; et al., 1995 : 24-31) ได้ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาการบริโภคอาหารในนักเรียนหญิงวัยรุ่น โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในการเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโภชนาการและการควบคุมน้ำหนัก โดยส่งเสริมให้มีความสามารถของตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในเรื่องอาหาร รูปแบบอาหารในแต่ละมื้อและการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่แตกต่างกัน

การศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถตนเองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีผู้ศึกษาได้แก่ ไบน์เดอร์และคณะ (Binder; et al. 1976 : 346-366) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาตัวทำนาย สมฤทธิ์ผลทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนเฉลี่ยผลการเรียน เช่นเดียวกับโจนส์และกรีนุกส์

(Jones; & Grienuks, 1975 : 203-210) พบว่าความนึกคิดเกี่ยวกับความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นอกจากนี้การศึกษาของลอว์เรนซ์ และรูบินสัน (จิตต์-ลัดดา สุภานันท์. 2539 อ้างอิงจาก Lawrence; & Rubinson. 1986 : 367-382) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ในปี ค.ศ. 1986 กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนเกรด 7 และเกรด 8 จำนวน 800 คน โดยการใช้แบบสอบถามวัดความสามารถตนเอง จำนวน 50 ข้อ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและอารมณ์และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถตนเองทั้งหมดกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ในส่วนของความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม มีผู้ศึกษา ได้แก่ ดังก์และไฮดี (Dunkle; & Hyde. 1995 : 614-620) ที่ศึกษาความตั้งใจในการทำงานกับผู้สูงอายุของนักกายภาพและนักศึกษาในนอร์ทเวสต์และคาลิฟอร์เนีย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานกับผู้สูงอายุของนักศึกษาคือเจตคติและการยอมรับของครอบครัวต่อการทำงานกับผู้สูงอายุ การศึกษาของโบลเดอโร (Boldero. 1995 : 440-462) เกี่ยวกับพฤติกรรมน่านากระดาษหนังสือพิมพ์กลับมาใช้ใหม่ ผลการศึกษาพบว่าเจตคติต่อพฤติกรรมสามารถอธิบายเจตนาการนำกระดาษหนังสือพิมพ์กลับมาใช้ใหม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของบลู (Blue. 1997 : 6848) เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนงาน ผลการศึกษาพบว่าความตั้งใจในการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ดีที่สุดถึงร้อยละ 56

จากงานวิจัยจากต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเป็นส่วนสำคัญทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ด้านต่างๆ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ในการเปลี่ยนความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรม ดังนั้นจึงมักมีการนำส่วนนี้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ในการทำนายพฤติกรรมที่ต้องการปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั่นเอง

โดยสรุปจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่า โรคพยาธิลำไส้ยังคงเป็นปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากยังคงมีการระบาดในภูมิภาคต่างๆ ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่มีผู้อาศัยอย่างหนาแน่น ดังเช่น ชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยผลเสียจากการติดโรคพยาธิลำไส้ มีนานัปการทั้งทางตรงและทางอ้อม และรุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมาก อย่างไรก็ตามวิธีการหนึ่งที่สามารถควบคุมโรคพยาธิลำไส้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนให้ดีขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยต่างๆ ต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ โดยวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน ได้แก่ การให้โปรแกรมสุขศึกษาที่นับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี ตามแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพ วิธีดำเนินการให้โปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้วิจัยจำนวนมากนิยมนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมานำเป็นแนวทาง และได้มี

การนำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคต่างๆ กันอย่างแพร่หลาย ผู้พัฒนาทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในระยะเริ่มต้น ได้แก่ โรเจอร์ส (Rogers, 1975) โดยการกระตุ้นบุคคลให้เกิดความกลัว โดยให้มีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ต่อมาแมคค็อกซ์และโรเจอร์ส (Mackay, 1992 อ้างอิงจาก Maddux; & Rogers, 1983) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัว ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย 4 ตัวแปร อย่างไรก็ตาม ความรู้ นับเป็นส่วนสำคัญหนึ่งที่เป็นพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้รวมความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ไว้ในการศึกษาครั้งนี้อีกด้วย นอกจากนี้ในการดำเนินการให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ มักนิยมดำเนินการโดยการใช้กระบวนการกลุ่มมาร่วมด้วย เนื่องจากกระบวนการกลุ่มให้โอกาสแก่สมาชิกกลุ่มในการแสดงออกด้านต่างๆ อย่างเท่าเทียมกัน และใช้วิธีการที่ไม่น่าเบื่อ จึงทำให้กิจกรรมสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคแล้ว ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนับเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี และมีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่ให้ผลสอดคล้อง

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการทำให้กลุ่มแม่บ้านเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวัง ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยมีความมุ่งหมายหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของกลุ่มแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ให้ดีขึ้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้เน้นเป็นการนำร่องไปสู่การควบคุมโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนอย่างจริงจัง จากหน่วยงานของรัฐต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรคและกระบวนการกลุ่ม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของกลุ่มแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. แบบแผนการทดลอง
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

แม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย และชุมชนข้างเคียง (ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน) เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยประมาณจากอัตราส่วนประชากร เป็นจำนวนแม่บ้านใน 3 ชุมชน จำนวน 700 คน ที่อาศัยภายในชุมชนระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548

##### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเพศหญิง อายุ 15-45 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนตลอดระยะเวลาการทำวิจัย โดยไม่มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าชุมชนและเกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข และสมัครใจเข้าร่วมแผนสุขศึกษา ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามกรณีงานวิจัยเชิงทดลอง ของตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen, 1988) ที่นิยมใช้ในการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดยกำหนดอำนาจของการทดสอบ เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เท่ากับ 3.35 คะแนน ค่าประมาณความแปรปรวนของประชากรเท่ากับ 72.93 (จากการทดลองเบื้องต้น) ผลของการเปิดตารางได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 35 คน (องอาจ นัยพัณณ์, 2548 : 135-139) แต่เพื่อความถูกต้องมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มเป็น 40 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจึงเท่ากับ 40 คน และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 40 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 80 คน



## 2.2 เลือกตอบข้อที่ถูกต้อง

จงตอบคำถามต่อไปนี้โดยกาเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ถูกต้อง

1. บุคคลใดต่อไปนี้ไม่ควรรับประทานยาถ่ายพยาธิ
 

<input type="checkbox"/> 1 เด็ก	<input type="checkbox"/> 2 สตรีมีครรภ์	<input type="checkbox"/> 3 คนชรา	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
---------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------------
2. อาหารในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้มากที่สุด
 

<input type="checkbox"/> 1 ซูชิหน้าไข่กุ้ง	<input type="checkbox"/> 2 ส้มตำปูนาคอง	<input type="checkbox"/> 3 ปลาทับทิมทอดกรอบ	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
--	---	---	------------------------------------
3. เราสามารถพบพยาธิตัวจิ๋วได้ในอาหารชนิดใด
 

<input type="checkbox"/> 1 กุ้งดิบ	<input type="checkbox"/> 2 แหนมดิบ	<input type="checkbox"/> 3 หอยนางรมดิบ	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
------------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------
4. โรคบิดมีอาการอย่างไร
 

<input type="checkbox"/> 1 ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 2 ท้องร่วง	<input type="checkbox"/> 3 ท้องผูก	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------
5. โรคพยาธิทำให้เกิดอาการใดต่อไปนี้
 

<input type="checkbox"/> 1 ความรู้สึกทางเพศเสื่อม	<input type="checkbox"/> 2 อารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงง่าย
<input type="checkbox"/> 3 ร่างกายขาดสารอาหาร	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
6. ซิสต์ในเนื้อหมู เป็นส่วนของพยาธิชนิดใด
 

<input type="checkbox"/> 1 พยาธิตัวจิ๋ว	<input type="checkbox"/> 2 พยาธิไส้เดือน	<input type="checkbox"/> 3 พยาธิเส้นด้าย	<input type="checkbox"/> 4 พยาธิเส้นด้าย
---	--	--	--
- 7..ถ้าท่านเคยเป็นโรคพยาธิลำไส้และได้รับการรักษาจนหายแล้ว ท่านสามารถกลับมาติดพยาธิใหม่ได้หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ เพราะร่างกายมีภูมิคุ้มกันแล้ว	<input type="checkbox"/> 2 ได้ ถ้าไม่ระมัดระวังรักษาความสะอาดของร่างกาย
<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ ระบุ.....
- 8.. พยาธิชนิดใดที่สามารถซ่อนไข่ ไปตามผิวหนังได้
 

<input type="checkbox"/> 1 พยาธิตัวจิ๋ว	<input type="checkbox"/> 2 พยาธิไส้เดือน	<input type="checkbox"/> 3 พยาธิเข็มหมุด	<input type="checkbox"/> 4 พยาธิใบไม้ตับ
---	--	--	--
- 9.. ท่านคิดว่าอาหารที่ปรุงสุกแล้วด้วยความร้อนสูงจะทำลาย ไข่ หรือตัวพยาธิได้หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1 ได้เพราะความร้อนสามารถฆ่าพยาธิได้	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้ เพราะไข่พยาธิทนความร้อนได้ดี
<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ ระบุ.....
10. ท่านคิดว่าคนที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ สามารถติดโรคพยาธิลำไส้ได้หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1 ได้ถ้าบุคคลนั้นได้รับไข่หรือตัวพยาธิเข้าร่างกาย	
<input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้ เพราะคนที่ออกกำลังกายเสมอจะต่อต้านพยาธิลำไส้ได้	
<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	
<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ ระบุ.....	

### ส่วนที่ 3 การประเมินอันตรายเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านเลย

#### 3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. โรคพยาธิสามารถทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้					
2. การติดโรคพยาธิลำไส้จะทำให้ขาดสารอาหารได้					
3. โรคพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้					
4. โรคพยาธิทำให้เกิดท้องร่วงได้					
5. พยาธิตัวจิ๋ว มักไชไปได้ผิวหนัง และไปที่สมองได้					
6. ถ้าเด็กเป็นพยาธิ จะทำให้เติบโตช้า และขาดสมาธิ ในการเรียน					
7. คนที่เคยเป็นโรคพยาธิตั้งแต่เด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะ ไม่เป็นโรคพยาธิอีก .					
8. ในหญิงตั้งครรภ์ ถ้าเป็น โรคพยาธิอาจทำให้แท้งได้ .					
9. การเป็น โรคพยาธิเป็นเรื่องปกติ ควรจะเป็นกันทุกคน .					
10. โรคพยาธิไม่สามารถป้องกันได้ .					

### 3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. สามารถรับประทานผักสดได้ทันทีเพราะพยาธิไม่สามารถติดในผักได้ .					
2. โรงพยาบาลเป็นแหล่งแพร่โรคพยาธิลำไส้ .					
3. คนที่มีการศึกษาสูงเท่านั้นที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ .					
4. การขับถ่ายบนพื้นดิน ดีกว่าในส้วมเนื่องจากอากาศถ่ายเทได้ดีกว่า .					
5. การบีบมะนาวใส่อาหารดิบสามารถฆ่าพยาธิได้ .					
6. โรคพยาธิลำไส้ติดต่อเฉพาะภายในครอบครัว .					
7. การรับประทานอาหารดิบเป็นเรื่องธรรมดา .					
8. โรคพยาธิลำไส้ติดต่อโดยทางพันธุกรรม .					
9. การสอนเด็กเกี่ยวกับการรักษานามัยตนเองเป็นหน้าที่ของครูเท่านั้น .					
10. แพทย์ พยาบาล มักติดโรคพยาธิลำไส้จากคนไข้ .					

## ส่วนที่ 4 ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่าน

### 4.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านสามารถรักษาความสะอาดภายในบ้านได้เป็นอย่างดี			
2. ท่านสามารถล้างมือก่อนรับประทานอาหารได้			
3. ท่านสามารถหาข่าวสารเกี่ยวกับ โรคพยาธิได้			
4. ท่านสามารถล้างมือหลังเข้าห้องน้ำได้			
5. ท่านสามารถสอนบุตรหลานให้รักษาความสะอาดของร่างกายได้			
6. ท่านสามารถไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอตรวจหาโรคพยาธิได้			
7. ท่านสามารถบอกบุคคลในครอบครัวให้งดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ ได้			
8. ท่านสามารถไปซื้อยาถ่ายพยาธิมาทานเองได้			
9. ท่านไม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาพยาธิได้ เนื่องจากยังไม่ปรากฏอาการของโรคพยาธิ .			
10. ท่านไม่สามารถรับประทานปูนาเค็มได้ เพราะเป็นส่วนประกอบหลักของส้มตำ .			

#### 4.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. ถ้าให้บุตรหลานถ่ายพยาธิจะทำให้กำจัดพยาธิออกจากร่างกาย ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้น			
2. ถ้ารักษาความสะอาดภายในชุมชนได้ จะเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิได้อีกด้วย			
3. ถ้าทุกคนช่วยกันรักษาความสะอาดของชุมชน ก็จะป้องกันโรคพยาธิในชุมชนได้			
4. ถ้าคนในบ้านรักษาอนามัยอย่างดี ก็จะทำให้ปลอดจากการเป็นโรคพยาธิ			
5. ถ้าได้รับข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิ ก็ไม่มีผลอะไรในการป้องกันโรคพยาธิ .			
6. การรักษาความสะอาดภายในบ้าน ไม่มีผลต่อการควบคุมโรคพยาธิ .			
7. การงดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ จะทำให้ไม่สามารถร่วมวงรับประทานอาหารกับผู้อื่นได้ .			
8. การใส่รองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน จะทำให้เท้าอับชื้น ดังนั้นควรเดินด้วยเท้าเปล่า .			
9. ถ้างดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ จะทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร .			
10. ถ้าไม่มีอาการของโรคพยาธิ ก็จะตรวจไม่พบพยาธิในอุจจาระ.			

## ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านตั้งใจที่จะงดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ			
2. ท่านตั้งใจที่จะล้างมือก่อนทานอาหาร			
3. ท่านตั้งใจที่จะล้างมือหลังจากออกจากห้องส้วม			
4. ท่านตั้งใจที่จะสวมรองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน			
5. ท่านตั้งใจที่จะเลิกกัดหรือดูดนิ้วเล่น			
6. ท่านตั้งใจที่จะล้างผักสดให้สะอาดก่อนรับประทาน			
7. ท่านตั้งใจที่จะรับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ			
8. ท่านตั้งใจที่จะรักษาความสะอาดของเสื้อผ้า			
9. ท่านตั้งใจที่จะหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้			
10. ท่านตั้งใจที่จะรักษาความสะอาดของห้องน้ำ			
11. ท่านตั้งใจที่จะให้กินนมแม่แก่คนเป็นโรคพยาธิลำไส้			
12. ท่านตั้งใจที่จะดื่มน้ำสะอาด			
13. ท่านตั้งใจที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ			
14. ท่านตั้งใจที่จะถ่ายพยาธิให้กับสัตว์ เลี้ยง เช่น สุนัขและแมว			
15. ท่านตั้งใจที่จะไปตรวจร่างกายประจำปี			
16. ท่านตั้งใจที่จะทำความสะอาดเครื่องนอนให้มากขึ้น			
17. ท่านตั้งใจที่จะทำความสะอาดภาชนะที่ปรุงใส่อาหารให้ดีขึ้น			
18. ท่านตั้งใจที่จะรักษาความสะอาดภายในบ้านให้มากขึ้น			
19. ท่านตั้งใจที่จะตัดเล็บให้สั้นบ่อยขึ้น			
20. ท่านตั้งใจที่จะพาบุคคลในครอบครัวไปตรวจหาพยาธิ			

## ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จงกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่าน

ท่านปฏิบัติ (แสดง) พฤติกรรมต่อไปนี้อย่างไร ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ทำ เลย
1. ล้างมือก่อนทานอาหาร					
2. ล้างมือหลังจากห้องส้วม					
3. ล้างผักสดให้สะอาดก่อนรับประทาน					
4. รับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ					
5. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า					
6. รักษาความสะอาดของห้องน้ำ					
7. ดื่มน้ำต้มสุก					
8. ออกกำลังกาย					
9. ไปตรวจร่างกายประจำปี					
10. การทำความสะอาดเครื่องนอน เช่น ผ้าปู ที่นอน					
11. ทำความสะอาดภาชนะที่ปรุงหรือใส่อาหาร					
12. ทำความสะอาดบริเวณบ้าน					
13. ตัดเล็บให้สั้น					
14. เดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน					
15. รับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ					
16. คลุกคลีกับคนที่เป็นโรคพยาธิลำไส้					
17. รับประทานอาหารแปะ เช่น ส้มตำปู เป็นต้น					
18. คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว					
19. เล่นน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติ					
20. ทิ้งขยะบริเวณใต้ถุนบ้าน					

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

### 1. คัดเลือกชุมชนที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกชุมชนเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากชุมชนแออัดทั้งสิ้น 31 แห่ง ในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจากชุมชนที่มีค่าความชุกการติดเชื้อพยาธิลำไส้ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งหมดของชุมชนในเขตคลองเตย (ร้อยละ 9.05) (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ. 2547) นอกจากนี้ยังพิจารณาเลือกชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีอาณาเขตติดต่อกัน อีกทั้งมีสภาพแวดล้อมภายในชุมชนใกล้เคียงกัน และมีผู้นำชุมชนที่ให้ความร่วมมือ จากการพิจารณาดังกล่าว ทำให้ได้ชุมชนที่มีความเหมาะสม 3 แห่ง ได้แก่ (สถานที่ตั้งชุมชนแสดงไว้ในภาคผนวก ค)

**ชุมชนสวนอ้อย** เป็นชุมชนที่มีสถานที่ตั้งอยู่บนฝั่งตะวันตกของถนนทางรถไฟสายปากน้ำเก่า ทิศตะวันตกติดต่อกับชุมชนโรงเรียนข้างวัดสะพาน ทิศใต้และทิศตะวันออกติดถนนการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย มีลักษณะเป็นชุมชนแออัด จำนวนประชากรทั้งหมด 1,117 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและรับจ้าง สภาพชุมชนโดยทั่วไปเป็นถนนคอนกรีต โดยบ้านพักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ครึ่งตึกครึ่งไม้ที่หนาแน่นและบางส่วนเป็นตึกแถว มีการระบายน้ำที่เหมาะสม มีจำนวนคณะกรรมการชุมชน 21 คน (สำนักงานเขตคลองเตย. 2547) พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนร้อยละ 13.11 (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ. 2547)

**ชุมชนสวนไทร** เป็นชุมชนที่มีสถานที่ตั้งอยู่บนฝั่งตะวันออกของถนนทางรถไฟสายปากน้ำเก่า ทิศเหนือติดต่อกับคลองพระโขนง ทิศใต้ติดต่อกับบริษัท ทีพีไอ ทิศตะวันออกติดต่อกับหมู่บ้านพระประดิษฐ์ ทิศตะวันตกติดถนนทางรถไฟสายปากน้ำเก่า มีลักษณะเป็นชุมชนแออัด จำนวนประชากรทั้งสิ้น 304 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง และรับราชการ สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปเป็นถนนคอนกรีต ลักษณะบ้านพักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวครึ่งตึกครึ่งไม้ที่หนาแน่น และบางส่วนเป็นตึกแถว มีการระบายน้ำที่เหมาะสม มีจำนวนคณะกรรมการชุมชน 7 คน (สำนักงานเขตคลองเตย. 2547) พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนร้อยละ 13.33 (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ. 2547)

**ชุมชนริมคลองวัดสะพาน** เป็นชุมชนที่ทิศเหนือติดต่อกับถนนทางรถไฟสายปากน้ำเก่า ทิศใต้ติดต่อกับคลองพลับ ทิศตะวันออกติดต่อกับชุมชนสวนอ้อย ทิศตะวันตกติดโรงเรียนวัดสะพาน มีลักษณะเป็นชุมชนแออัด จำนวนประชากรทั้งสิ้น 390 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง รับราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปเป็นถนนคอนกรีต ลักษณะบ้านพักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านครึ่งตึกครึ่งไม้ และบางส่วนเป็นตึกแถว มีการระบายน้ำที่เหมาะสม มีจำนวนคณะกรรมการชุมชน 7 คน (สำนักงานเขตคลองเตย. 2547) พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนร้อยละ 10.52 (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ. 2547)

เนื่องจากชุมชนสวนอ้อยมีจำนวนประชากร 1,117 คน ชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพานมีประชากรรวมกัน 694 คน ผู้วิจัยจึงจัดให้แม่บ้านในชุมชนสวนอ้อยเป็น



กลุ่มทดลอง กลุ่มแม่บ้านในชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพานมีความเหมาะสมที่จะเป็นกลุ่มควบคุม

## 2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และชุมชนข้างเคียง (ชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพาน) ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการให้ผู้นำชุมชน แต่ละแห่งเปิดรับสมัครแม่บ้านตามคุณสมบัติที่ต้องการและมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่จำกัดจำนวนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นจึงทำการจับฉลากจากผู้สมัครทั้งหมดให้ได้แม่บ้านกลุ่มละ 40 คน เพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัย

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย ตามการทบทวนงานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเครื่องมือต่างๆ ดังนี้

### แบบสอบถาม

แบบสอบถาม (ด้วยการถาม-ตอบ) ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีลักษณะเป็นแบบปลายเปิด เลือกตอบแบบถูกผิด และแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งตามเนื้อหาออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

**ส่วนที่ 3** การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้

**ส่วนที่ 4** ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

**ส่วนที่ 5** ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

**ส่วนที่ 6** พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ (เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้)

เครื่องมือดังกล่าวมีรายละเอียดการสร้าง เกณฑ์การให้คะแนน และการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ศึกษาดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส โดยเป็นคำถามแบบเติมคำจำนวน 6 ข้อ การประเมินข้อมูลพื้นฐานเป็นลักษณะของการบรรยาย

ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

- ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี (อายุเต็ม).....ปี
- ท่านมีรายได้เดือนละประมาณ.....บาท
- สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน (เลือกตอบ)

โสด    อยู่ร่วมกับสามี    แยกกันอยู่กับสามี    สามีเสียชีวิต

**ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้** เป็นส่วนของข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 20 ข้อ ยึดตามเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศและคนอื่นๆ (2539) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดของพยาธิลำไส้ การติดต่อ ระบาดวิทยา พยาธิสภาพ การป้องกัน และการรักษา โดยเป็นคำถามเลือกตอบถูก ผิด จำนวน 10 ข้อ และเลือกตอบข้อถูกจำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ดังนั้นจึงมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน การประเมินเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิ ประเมินจากค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

- ผักสดทำให้เกิดโรคพยาธิลำไส้ (ตอบถูก-ผิด)
- ผู้ใหญ่เป็นโรคพยาธิเส้นด้ายมากกว่าเด็ก (ตอบถูก-ผิด)
- บุคคลต่อไปนี้ไม่ควรรับประทานยาถ่ายพยาธิ (เลือกตอบ)

เด็ก    สตรีมีครรภ์    คนชรา    ไม่ทราบ

- โรคบิดมีอาการอย่างไร (เลือกตอบ)

ปวดศีรษะ    ท้องร่วง    ท้องผูก    ไม่ทราบ

**ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้** เป็นส่วนของข้อคำถามที่ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก กล่าวคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก และข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทางด้านบวก (ความคิดเห็นสอดคล้องกับประโยคบอกเล่าของคำถาม) และข้อความทางด้านลบ (ความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับประโยคบอกเล่าของคำถาม) โดยกำหนดระดับความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบเลย

มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

ดังนั้นแต่ละหมวดของการรับรู้จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 10-50 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

- โรคพยาธิทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้
- โรคพยาธิไม่สามารถป้องกันได้
- คนที่มีการศึกษาสูงเท่านั้นที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้
- การรับประทานอาหารดิบเป็นเรื่องธรรมดา

**ส่วนที่ 4 ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้** เป็นส่วนข้อคำถามที่ ประกอบด้วย ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ข้อ และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างข้อความเป็นมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดให้แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก กล่าวคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก และข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทางด้านบวก (ความคิดเห็นสอดคล้องกับประโยคบอกเล่าของคำถาม) และข้อความทางด้านลบ (ความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับประโยคบอกเล่าของคำถาม) โดยกำหนดระดับความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ตอบ

มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

ดังนั้นแต่ละหมวดของความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 10-30 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

- ท่านสามารถรักษาความสะอาดภายในบ้านได้เป็นอย่างดี
- ท่านสามารถไปซื้อยาถ่ายพยาธิมาทานเองได้
- ถ้าได้รับข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิ ก็ไม่มีผลอะไรในการป้องกันโรคพยาธิ
- การงดรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ จะทำให้ไม่สามารถร่วมวงรับประทานอาหารกับผู้อื่นได้

**ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้** เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาของแบบวัดครอบคลุมถึงความตั้งใจของแม่บ้านว่าจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการติดโรค การรักษานามัยส่วนบุคคลที่ดี การรักษาสุขาภิบาลที่พักอาศัย และการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า ซึ่งมีทั้งหมด 20 ข้อ กำหนดให้แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก กล่าวคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก และข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทางด้านบวก (ความคิดเห็นสอดคล้องกับประโยคบอกเล่าของคำถาม) และข้อความทางด้านลบ (ความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับประโยคบอกเล่าของคำถาม) โดยกำหนดระดับความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ตอบ

มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

ดังนั้นส่วนของคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 20-60 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

- ท่านตั้งใจที่จะงดรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ
- ท่านตั้งใจหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
- ท่านตั้งใจที่จะรักษาความสะอาดของเสื้อผ้า
- ท่านตั้งใจที่จะล้างมือก่อนทานอาหาร

**ส่วนที่ 6 พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้** เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ยึดหลักการสร้างตามเนื้อหาของประยงค์ ระดมยศและคณะ (2539) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการรักษาสุขภาพที่พักอาศัย และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ เป็นมาตราส่วนแบบประเมินค่า 5 ลำดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ทำเลย โดยกำหนดระดับความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ทุกครั้งที่	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบทุกครั้ง
บ่อยครั้งที่	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบบ่อยครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบเป็นบางครั้ง
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบน้อยมาก
ไม่ทำเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบเลย

มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
เป็นบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

ดังนั้นคิดเป็นเป็นคะแนนรวมที่ได้จะมีค่าระหว่าง 20-100 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

ท่านปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้ได้อย่างไร ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

- ล้างมือก่อนทานอาหาร
- รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ
- ไปตรวจร่างกายประจำปี
- เดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ศึกษา เนื้อหา เอกสาร ตำรา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหา สร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ต้องการ ตามหลักเกณฑ์และสอดคล้องกับแนวทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

2. นำเครื่องมือที่สร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ผู้ควบคุมงานวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของภาษา มีความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content validity) แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบ

3. ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) กับกลุ่มแม่บ้านที่อาศัยในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ดังนี้

3.1 วิเคราะห์หาความยากง่าย (Difficulty) และค่าอำนาจการจำแนก ในหมวดความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ โดยนำผลที่วิเคราะห์หาความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อว่ามีระดับความยากง่ายและค่าอำนาจการจำแนกอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สามารถนำไปใช้ได้ (ระดับความยากง่ายควรมีค่าระหว่าง 0.2-0.8 และค่าอำนาจการจำแนกควรมีค่าระหว่าง 0.2-1.0) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538) ซึ่งข้อคำถามที่ใช้ในแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.42-0.79 ส่วนค่าอำนาจการจำแนกมีค่าระหว่าง 0.25-0.81

3.2 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' s Alpha Coefficient) ในหมวดต่างๆ ของแบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ข้อคำถามแต่ละส่วนเป็นรายข้อแล้วเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อมั่นสูง (ควรมีค่าเข้าใกล้ 1.0) จากนั้นทำการหาค่าความเชื่อมั่นในแบบสอบถามแต่ละส่วนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ .80 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ .88 ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ .83 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ .84 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ .95 และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เท่ากับ .83 จะเห็นว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าอยู่ระหว่าง .80-.95 นับว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

### โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากการศึกษาในกลุ่มประชาชนในชุมชนคลองเตย เกี่ยวกับความชุกของโรคพยาธิลำไส้ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ รวมทั้งศึกษาจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดเนื้อหาและข้อมูลที่จะให้แก่กลุ่มทดลอง
2. นำโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ที่สอนในรายวิชาป่า-ราสิตวิทยา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้างของแต่ละกิจกรรม จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง
3. นำอุปกรณ์และวัสดุที่ใช้ประกอบในโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ไปทดสอบใช้กับประชากรในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ประเมินด้านเนื้อหา ความน่าสนใจ และความคิดเห็นต่างๆ และนำผลมาปรับปรุงแก้ไข

สำหรับการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในหมู่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเล่นเกม การอภิปรายกลุ่มและการบรรยายโดยใช้ภาพสไลด์ ภาพพลิก โปสเตอร์ และเอกสารแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ โดยการการนำเสนอตัวแบบ และการอภิปรายกลุ่ม

- ขั้นตอนที่ 3 เป็นการเสริมสร้างความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการอภิปรายกลุ่มและการสาธิต
- ขั้นตอนที่ 4 เป็นการสร้างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการอภิปรายกลุ่ม การร่วมกันทำกิจกรรมและให้การเสริมแรง
- ขั้นตอนที่ 5 เป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติโดยการส่งข้อมูลข่าวสารทางจดหมาย

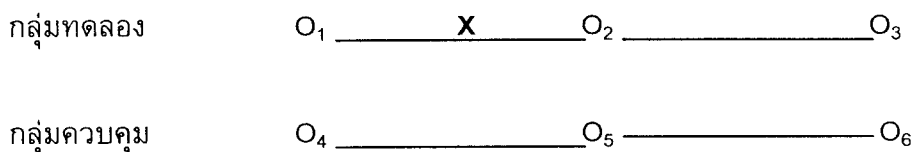
#### เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย

1. เอกสารแผ่นพับ เรื่อง “โรคพยาธิลำไส้” จัดทำโดยผู้วิจัย
2. เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับ โรคมะเร็ง และการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา โดยขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานราชการ
3. ภาพสไลด์ เกี่ยวกับ ชนิดต่างๆของพยาธิลำไส้ การติดต่อ ลักษณะที่ตรวจพบจากกล้องจุลทรรศน์ พยาธิสภาพที่เกิดจากโรคพยาธิลำไส้ การป้องกัน จัดทำโดยผู้วิจัย
4. ภาพพลิก ประกอบการบรรยาย มีลักษณะเป็นวงจรชีวิตของพยาธิลำไส้ชนิดต่างๆ และภาพพยาธิลำไส้แต่ละชนิด จัดทำโดยผู้วิจัย
5. เกมเพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้ การอภิปรายและกิจกรรมกลุ่ม
6. อาหารสด เพื่อใช้ในการสาธิตเกี่ยวกับการเลือกซื้อและการปรุงอาหารให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิลำไส้
7. ชุดของขวัญพิเศษ เพื่อใช้เสริมแรงในกิจกรรมกลุ่ม
8. จดหมายกระตุ้นเตือน

#### แบบแผนการทดลอง

แบบแผนของการทดลองในครั้งนี้ดำเนินการในลักษณะการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อน และหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Pretest-Posttest two group design โดยประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มและทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (ชวีชัย วรพงศธร. 2538 : 351) ดังรูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลองตามภาพประกอบ 4





กำหนดให้

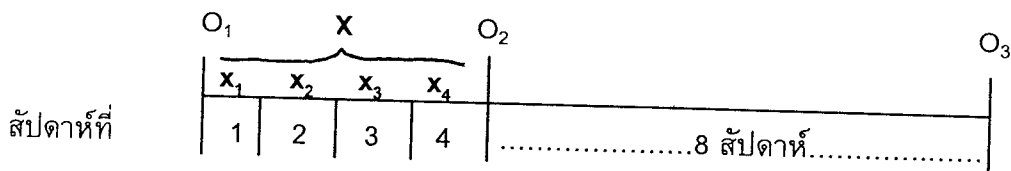
X	=	โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนา
O <sub>1</sub> , O <sub>4</sub>	=	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)
O <sub>2</sub> , O <sub>5</sub>	=	การเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง (Post-test) ครั้งที่ 1
O <sub>3</sub> , O <sub>6</sub>	=	การเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง (Post-test) ครั้งที่ 2

ภาพประกอบ 4 แสดงรูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง

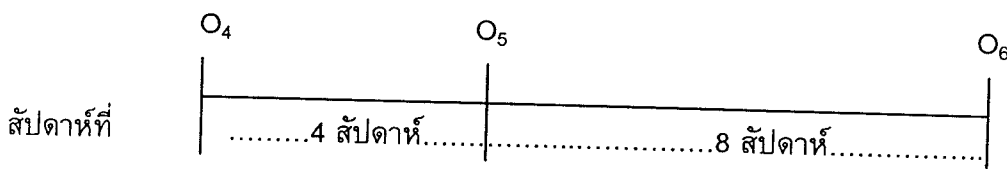
จากภาพประกอบ 4 ผู้วิจัยได้จัดให้มีการเก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 ครั้ง ได้แก่ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (O<sub>1</sub> , O<sub>4</sub>) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากนั้นทำการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่กลุ่มทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ (X) แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองครั้งที่ 1 (O<sub>2</sub> , O<sub>5</sub>) ในปลายสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยส่วนของคำถามเช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ยกเว้น ส่วนของข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากนั้นได้ทิ้งระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยในช่วงระยะเวลาดังกล่าวได้มีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและแผ่นพับเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ให้แก่กลุ่มทดลองและแผ่นพับเกี่ยวกับ โรคมะเร็งและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ให้แก่กลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ได้ทำการเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองครั้งที่ 2 (O<sub>3</sub> , O<sub>6</sub>) โดยแบบสอบถามเฉพาะในส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนสัปดาห์ของการให้โปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง และการดำเนินการในกลุ่มควบคุม ได้แสดงดังภาพประกอบ 5

### กลุ่มทดลอง (Experimental Group)



### กลุ่มควบคุม (Control Group)



- $O_1, O_4$  หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป หมดการรับรู้ ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- $O_2, O_5$  หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 1 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- $O_3, O_6$  หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 2 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
- $x_1 - x_4$  หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้จำนวน 4 ครั้ง

ภาพประกอบ 5 แผนภูมิการทดลองแสดงจำนวนสัปดาห์ของการให้โปรแกรมสุขศึกษา

จากภาพประกอบ 5 การให้โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับกระบวนการกลุ่มในกลุ่มทดลอง (X) ดำเนินการ 4 ครั้ง ได้แก่ การให้โปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 ( $x_1$ ) ครั้งที่ 2 ( $x_2$ ) ครั้งที่ 3 ( $x_3$ ) และ ครั้งที่ 4 ( $x_4$ ) โดยแต่ละครั้งมีระยะห่างกัน 1 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่ได้มีการดำเนินการใด

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

### ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือถึงหัวหน้าชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ช่วยเหลือและขอใช้สถานที่ทำการชุมชน ในการวิจัย
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินงาน เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่หัวหน้าชุมชน และกลุ่มแม่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการป้องกันโรคพยาธิลำไส้
3. ประสานงานด้านสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรม

### ขั้นดำเนินการทดลอง

1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

ก่อนเริ่มการทดลองผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม (แบบถาม-ตอบ) ทั้งกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน โดยเป็นข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง และห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 12 ชั่วโมง โดยแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

##### กลุ่มทดลอง

ให้กลุ่มแม่บ้านได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการใช้เกมในการประสานสัมพันธ์ ดังนี้

1.1 เกม “พยาธิอะไรเอ่ย” โดยการแบ่งกลุ่มแม่บ้านออกเป็นกลุ่มย่อย แล้วให้แต่ละกลุ่มได้รับแผ่นภาพรูปพยาธิลำไส้ไปจำนวน 10 แผ่น จากนั้นให้แต่ละกลุ่มช่วยกันเขียนชื่อพยาธิลำไส้ เมื่อเสร็จแล้วนำแผ่นภาพติดแผ่นป้ายแล้วให้ทุกคนร่วมกันเฉลย (ใช้เวลา 30 นาที)

1.2 เกม “ศิลปิน เอก” ให้แม่บ้านแต่ละคน วาดรูปพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ แล้วนำชิ้นติดแผ่นป้าย จากนั้นให้ร่วมกันเฉลยว่าเป็นพฤติกรรมอะไร และแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าวอย่างไร (ใช้เวลา 30 นาที)

2. บรรยายประกอบการฉายสไลด์ และแสดงโปสเตอร์ เรื่อง “ตัวอะไร น่ากลัวจัง” ผู้วิจัย ดำเนินการบรรยายดังนี้ (ใช้เวลา 60 นาที)

2.1 เฉลยชื่อพยาธิจากแผ่นภาพชุดพยาธิจากการเล่นเกม

2.2 บรรยายเกี่ยวกับการแบ่งชนิดของพยาธิ ลักษณะทั่วไป และพยาธิลำไส้ที่ระบาดมากในประเทศไทย

2.3 บรรยายการติดต่อของพยาธิลำไส้

3. ผู้วิจัยสรุปถึงสาเหตุ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ใช้เวลา 20 นาที

4. ให้กลุ่มแม่บ้านร่วมกันอภิปรายและซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้จากผู้วิจัย และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการระบาดของโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนและแนวทางในการป้องกันร่วมกัน ใช้เวลา 40 นาที

5. แจกแผ่นพับเรื่อง “โรคพยาธิลำไส้” เพื่อนำกลับไปทบทวน

#### กลุ่มควบคุม

ได้รับแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

### สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างการประเมินอันตรายเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

#### กลุ่มทดลอง

เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้ ดังนี้

1. นำเสนอสไลด์เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคพยาธิลำไส้ เรื่อง “ฉันเป็น ฉันเอง” โดยเป็นภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ติดโรคพยาธิลำไส้ ชนิดต่างๆ ทั้งรุนแรงน้อย จนถึงรุนแรงมาก ถึงขั้นเสียชีวิต ใช้เวลา 30 นาที

2. นำเสนอสไลด์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ เรื่อง “ฉันไม่รู้ มันมาเอง” เป็นภาพของบุคคลไม่รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล และสุขาภิบาลที่พักอาศัย อย่างเพียงพอ จนทำให้ติดโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง (30 นาที)

3. เชิญผู้ที่เป็นโรคพยาธิลำไส้มาร่วมกิจกรรมจำนวน 2 คน โดยให้พูดถึงประสบการณ์ของตนเอง ว่าเพราะเหตุใดจึงติดโรคพยาธิลำไส้ และเมื่อติดแล้วมีอาการเป็นอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ผู้ติดโรคพยาธิให้คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกันตนเอง ใช้เวลา 60 นาที

4. ให้กลุ่มแม่บ้านร่วมกันอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในหัวข้อ “พยาธิ สยอง” ใช้เวลา 60 นาที

## กลุ่มควบคุม

### ไม่มีกิจกรรม

#### สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

##### กลุ่มทดลอง

กิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ดังนี้

1. ให้กลุ่มแม่บ้านร่วมกันอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความยากง่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในหัวข้อ “คุณทำได้” และให้แม่บ้านแต่ละคนออกมาแสดงความคิดเห็นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้หรือไม่ ใช้เวลา 30 นาที

2. ให้กลุ่มแม่บ้านแบ่งเป็นกลุ่มละ 5 คน เพื่อทำกิจกรรมในหัวข้อ “แม่ครัว หัวปาก” โดยการให้แต่ละกลุ่มไปเลือกซื้ออาหารสดยังร้านขายของชำใกล้เคียง โดยก่อนออกไปซื้อผู้วิจัยจะแนะนำวิธีเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัยจากการติดโรคพยาธิลำไส้ เมื่อซื้อเสร็จแล้ว จึงนำกลับมายังสถานที่จัดกิจกรรมและร่วมกันประกอบอาหาร โดยผู้วิจัยจะคอยแนะนำวิธีการปรุงอาหารให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิลำไส้ ใช้เวลา 90 นาที

3. ให้กลุ่มแม่บ้านทำกิจกรรมในหัวข้อ “สุขภาพดี มีสุข” โดยเลือกบ้านของแม่บ้าน 1 ท่าน จากนั้นจึงนำกลุ่มแม่บ้านไปยังบ้านดังกล่าว เพื่อไปช่วยกันปรับปรุงสุขาภิบาลที่พื้กอาศัย โดยในขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะคอยให้คำแนะนำถึงสุขาภิบาลที่พื้กอาศัย และการปฏิบัติเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้องควบคู่ไปด้วยกัน ใช้เวลา 60 นาที

## กลุ่มควบคุม

### ไม่มีกิจกรรม

#### สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมเสริมสร้างความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

##### กลุ่มทดลอง

เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้กลุ่มแม่บ้านมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ดังนี้

1. จัดกิจกรรมในหัวข้อ “ทำเน่จ” โดยให้กลุ่มแม่บ้านมีการสนทนาและประเมินถึงกิจกรรมที่ทำ และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของตนในอาทิตย์ที่ผ่านมาว่ามากน้อยเพียงใด และความตั้งใจของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวต่อไปหรือไม่ ใช้เวลา 60 นาที

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มแม่บ้านเกิดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยยกย่อง ชมเชย แก่แม่บ้านที่ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่วนผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้นั้น ผู้วิจัย กล่าวให้กำลังใจ และแนะแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที

3. จัดให้กลุ่มแม่บ้านแต่ละกลุ่มแสดงละครเรื่อง "ไชโย ปลอดภัย" โดยให้เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้อย่างถูกต้อง และภายหลังการแสดง ทุกกลุ่มจะได้รับของขวัญ ใช้เวลา 90 นาที

**กลุ่มควบคุม**

ไม่มีกิจกรรม

**สัปดาห์ที่ 5-12 ไม่มีกิจกรรม (ระยะเวลาเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรม) / ส่งจดหมายกระตุ้นเดือน**

**กลุ่มทดลอง**

**สัปดาห์ที่ 8** ส่งจดหมายกระตุ้นเดือนครั้งที่ 1 เป็นข้อความขอบคุณเกี่ยวกับการที่แม่บ้านให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และเนื้อหาในจดหมายกระตุ้นให้แม่บ้านปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เพื่อเป็นการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ให้แก่ตนเองและบุคคลในครอบครัว พร้อมกับแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

**สัปดาห์ที่ 10** ส่งจดหมายกระตุ้นเดือนครั้งที่ 2 เป็นข้อความเกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ชุมชน นอกจากนี้ในข้อความยังนัดหมายที่จะเข้าทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลครั้งสุดท้าย

**กลุ่มควบคุม**

**สัปดาห์ที่ 8** ส่งจดหมายขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ และแจกแผ่นพับเกี่ยวกับโรคมาเร็ง

**สัปดาห์ที่ 10** ส่งจดหมายเพื่อทำการนัดหมายในการตอบแบบสอบถามครั้งสุดท้าย

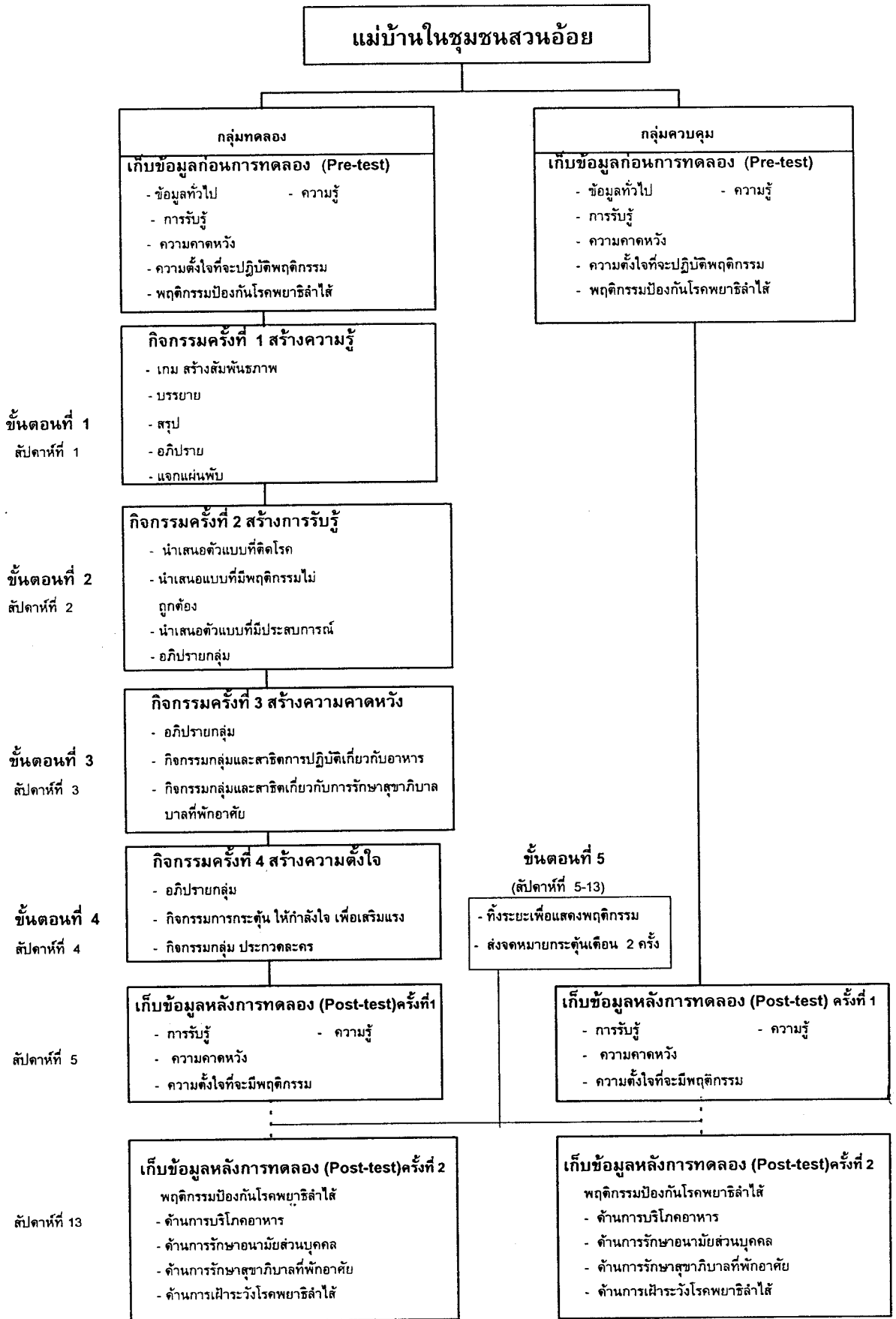
**ขั้นตอนเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 1**

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งสิ้นสุดการทดลองแล้ว โดยใช้แบบสอบถาม (แบบถาม-ตอบ) ทั้งกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 5 ได้แก่แบบสอบถามส่วนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ การประเมินอันตราย ความคาดหวัง และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามเพียงคนเดียว

**ขั้นตอนเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 2**

ในสัปดาห์ที่ 13 ห่างจากการทดลอง 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม (แบบถาม-ตอบ) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้แต่เพียงส่วนเดียว และผู้วิจัยได้ทำการถามเพียงคนเดียว

สำหรับขั้นตอนการวิจัยสรุปได้ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 แสดงขั้นตอนการทดลอง

## การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ โดยการใช้โปรแกรม SPSS for Windows เวอร์ชัน 13.0 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

### 1. ขั้นตอนการตรวจสอบและลงรหัสข้อมูล

ทำการตรวจสอบข้อมูล โดยการตรวจสอบแบบสอบถาม จากนั้นทำการลงรหัสพร้อมทั้งเก็บข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์

### 2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่างๆ โดยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

2.2 เพื่อทดสอบสมมุติฐานจากความมุ่งหมายหลักข้อที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้วิธีทางสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ (Multivariate Analysis of Variance หรือ MANOVA) เพื่อศึกษาตัวแปรตามหลายตัวในครั้งเดียว และลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (Type I error) ให้น้อยลง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ ใช้หลักเกณฑ์ของการวิเคราะห์ความถดถอย และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมกัน มีอำนาจในการค้นหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยรวมทุกมิติ และบอกเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันโดยรวมในทุกตัวแปร ซึ่งการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุจะเป็นการเปรียบเทียบอัตราส่วนของความแปรปรวนอย่างเป็นระบบและความแปรปรวนคลาดเคลื่อนสำหรับตัวแปรตามหลายๆตัวแปร จึงทำให้ลดความคลาดเคลื่อนได้เป็นอย่างดี (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. 2548) โดยการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระได้แก่ การให้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่ม แบ่งตามกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยศึกษาความเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม 7 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

#### การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ

ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ นั้นต้องทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Coakes; & Steed. 1999) คือ



1. การแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ ความโด่ง ฮิสโตแกรม กราฟ Normal Q-Q plot และค่าสถิติเชฟฟีโรวิก (Shapiro-Wilk) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. มีความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม ด้วยการตรวจสอบโดยวิธีบ็อกซ์เอ็ม (Box' M test) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม โดยการใช้บาร์เลต (Bartlett's test of sphericity) ควรมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### การเลือกสถิติเพื่อทดสอบ

ในการเลือกสถิติในเทอมของอำนาจการทดสอบ ถ้าขนาดกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันในตัวแปรตามตัวเดียว การเลือกใช้สถิติของลอยด์ (Roy's Largest Root) จะเสริมอำนาจการทดสอบที่มากกว่า ตามด้วยโฮเทลลิง (Hotelling's trace) วิกแลมดา (Wilks' Lambda) และฟิลไล (Pillai's trace) อย่างไรก็ตามเมื่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันในตัวแปรตามมากกว่า 1 ตัวแปรลำดับอำนาจการทดสอบจะกลับกันคือ ฟิลไล (Pillai's trace) มีอำนาจการทดสอบมากที่สุด และสถิติของลอยด์ มีอำนาจน้อยสุด นอกจากนี้เกี่ยวกับอำนาจการทดสอบ พบว่าถ้าตัวแปรตามน้อย (น้อยกว่า 10 ตัว) กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่ ส่วนในเทอมของความแข็งแกร่ง (Robustness) สถิติทดสอบทั้ง 4 ตัว จะเกี่ยวข้องกับความแกร่งในการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ โดยมีการศึกษาพบว่าเมื่อขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน ค่าสถิติจะแข็งแกร่งมากในการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2548) การศึกษานี้ใช้สถิติทดสอบวิกแลมดา (Wilks' Lambda) ซึ่งใช้หลักเกณฑ์ไลฮูดเรโซ (Likelihood-ratio) มีการแจกแจงแบบไคสแควร์และเอฟ (F) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546)

2.3 เพื่อทดสอบสมมุติฐานจากความมุ่งหมายรองข้อที่ 1 และ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยการพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient หรือค่า r) ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05, .01 และ .001

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในกลุ่มแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งในแผนสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน ภายหลังจากดำเนินการทดลองตามขั้นตอนแล้ว ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC version 13.0 และนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามรายละเอียดดังนี้

**ตอนที่ 1** ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ตอนที่ 2** ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง ของตัวแปร

**ตอนที่ 3** วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้วิธีทางสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม (Multivariate Analysis of Variance หรือ MANOVA) ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

**ตอนที่ 4** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

**ตอนที่ 5** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

## สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์และอักษรย่อเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้ คือ

X1	แทน	กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง
X2	แทน	กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
Y1	แทน	กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง
Y2	แทน	กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
KNOW	แทน	ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้
PERS	แทน	การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้
PERC	แทน	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้
EXPS	แทน	ความคาดหวังต่อความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
EXPB	แทน	ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
ATTE	แทน	ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
BEHAV	แทน	พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
%	แทน	ค่าคะแนนเป็นร้อยละ
Skew	แทน	ค่าความเบ้
Kurt	แทน	ค่าความโด่ง
CV	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย
df	แทน	องศาแห่งความอิสระ
SS	แทน	ผลรวมกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยกำลังสอง (Mean of square)
F	แทน	ค่าสถิติ F ที่ได้จากการคำนวณ
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
*	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
**	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
***	แทน	มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

## ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการสุ่มเป็นลำดับขั้น จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย 40 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นแม่บ้านในชุมชนริมคลองวัดสะพานและชุมชนสวนไทร จำนวน 40 คน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแสดงไว้ตามในตาราง 1

ตาราง 1 ความถี่และร้อยละลักษณะทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. อายุ</b>				
20-30 ปี	17	42.50	15	37.50
31-40 ปี	14	35.00	16	40.00
41-50 ปี	5	12.50	6	15.00
51-60 ปี	1	2.50	1	2.50
61-68 ปี	3	7.50	2	5.00
<b>2. ระดับการศึกษา</b>				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	5	12.50	3	7.50
ประถมศึกษา	26	65.00	25	62.50
มัธยมศึกษา	7	17.50	9	22.50
ปริญญาตรี	2	5.00	3	7.50
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00
<b>3. อาชีพหลัก</b>				
รับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน	20	50.00	19	47.50
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	5.00	5	12.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	10.00	4	10.00
แม่บ้าน	13	32.50	12	30.00
อื่นๆ	1	2.50	0	0.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>4. รายได้ตนเองต่อเดือน</b>				
≤ 2,000 บาท	3	7.5	2	5.00
2,001-4,000 บาท	6	15.00	6	15.00
4,001-6,000 บาท	23	57.50	20	50.00
6,001-8,000 บาท	7	17.50	5	12.50
8,001-10,000 บาท	1	2.50	4	10.00
> 10,000 บาท	0	0.00	3	7.50
<b>5. สถานภาพสมรส</b>				
โสด	2	5.00	5	12.50
อยู่ร่วมกับสามี	34	85.00	29	72.50
แยกกันอยู่กับสามี	1	2.50	3	7.50
สามีเสียชีวิต	3	7.50	3	7.50
<b>6. ภูมิลำเนาเดิม</b>				
ภาคเหนือ	2	5.00	3	7.50
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	16	40.00	15	37.50
ภาคกลาง	22	55.00	19	47.50
ภาคใต้	0	0.00	3	7.50
ภาคตะวันออก	0	0.00	0	0.00

### 1. อายุของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยมีอายุ 20 ปี ถึง 68 ปี โดยกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 20-68 ปี แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 20-30 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.50) 31-40 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 35.00) 41-50 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) 51-60 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) และ 60-68 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 42.5) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-67 ปี แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 20-30 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.50) 31-40 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 40.00) 41-50 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.00) 51-60 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) และ 60-68 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) จากอายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนในแต่ละช่วงอายุใกล้เคียงกัน

## 2. ระดับการศึกษา

จากการพิจารณาระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนแม่บ้านในแต่ละระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 26 คน (ร้อยละ 65.00) รองลงไป ได้แก่ มัธยมศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 17.50) ต่ำกว่าประถมศึกษา จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) และปริญญาตรี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.0) และไม่มีผู้ใดจบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุม โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 คน (ร้อยละ 62.50) รองลงมา ได้แก่ มัธยมศึกษา จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.50) ต่ำกว่าประถมศึกษา จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) และปริญญาตรี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) โดยพบว่าแม่บ้านกลุ่มควบคุมไม่มีผู้ใดจบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

## 3. อาชีพหลัก

เมื่อพิจารณาอาชีพหลักของแม่บ้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1) พบว่าจำนวนแม่บ้านในแต่ละอาชีพใกล้เคียงกัน โดยแม่บ้านในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาตามลำดับ ได้แก่ แม่บ้าน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 32.50) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) และอื่นๆ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) ส่วนอาชีพหลักของแม่บ้านในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 19 คน (ร้อยละ 47.50) รองลงมาตามลำดับ ได้แก่ แม่บ้าน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30.00) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00)

## 4. รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง

พิจารณารายได้ของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่าแม่บ้านกลุ่มทดลองโดยส่วนใหญ่มีรายได้ 4,001-6,000 บาท/เดือน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 57.50) รองลงมาตามลำดับ ได้แก่ 6,001-8,000 บาท/เดือน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 17.50) 2,001-4,000 บาท/เดือน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.00) ≤ 2,000 บาท/เดือน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.5) และ 8,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) พบว่าแม่บ้านกลุ่มทดลองไม่มีผู้ใดมีรายได้สูงกว่า 10,000 บาท/เดือน ส่วนแม่บ้านกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่มีรายได้ 4,001-6,000 บาท/เดือน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาตามลำดับ ได้แก่ 2,001-4,000 บาท/เดือน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.00) 6,001-8,000 บาท/เดือน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) 8,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) มากกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท/เดือน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) จะเห็นว่าจำนวนกลุ่มแม่บ้านในช่วงรายได้ต่างๆ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันมากนัก

## 5. สถานภาพสมรส

จากการพิจารณาสถานภาพสมรสของแม่บ้านทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1) โดยส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับสามี โดยแม่บ้านกลุ่มทดลอง อยู่ร่วมกับสามี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 85.00) สามีเสียชีวิต จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) โสด จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) และแยกกันอยู่กับสามี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) ส่วนแม่บ้านกลุ่มควบคุม อยู่ร่วมกับสามี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 72.50) โสด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) สามีเสียชีวิต จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) และแยกกันอยู่กับสามี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) โดยจะเห็นว่าแม่บ้านในแต่ละสภาพสมรสทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนใกล้เคียงกัน

## 6. ภูมิสำเนาเดิมของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาภูมิสำเนาเดิมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่แม่บ้านมีภูมิสำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง โดยแม่บ้านกลุ่มทดลองมีภูมิสำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 55.00) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 40.00) และ ภาคเหนือ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) แม่บ้านกลุ่มควบคุมมีภูมิสำเนาเดิมอยู่ในภาคกลาง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 47.50) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.50) ภาคเหนือ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) และภาคใต้ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) จะเห็นว่าแม่บ้านที่มีภูมิสำเนาในแต่ละภาคในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนใกล้เคียงกัน

จากข้อมูลพื้นฐานดังที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าแม่บ้านกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยภาพรวมมีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังนั้นในการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทั้งสองจึงทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในส่วนของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้ในระดับหนึ่ง

## ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

จากการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาที่ใช้ในการทดลอง ในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ แสดงไว้ตามตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	20	14.53	3.21	22.09	6.00	19.00	-1.11	1.36
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	50	36.97	3.44	9.30	30.00	47.00	0.23	0.59
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	50	40.20	5.19	12.91	30.00	50.00	0.08	-0.28
4. ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	26.55	1.87	7.04	23.00	30.00	-0.01	-0.46
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	26.42	2.39	9.05	22.00	30.00	-0.07	-1.04
6. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	60	50.23	7.71	15.35	31.00	60.00	-0.62	-0.64
7. พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	100	79.58	8.71	10.94	63.00	99.00	0.39	-0.41

หมายเหตุ	$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

### 1. กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาของกลุ่มแม่บ้านกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (ตาราง 2) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าตัวแปรเกือบทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง ยกเว้น ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้และการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้เท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 80) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของค่าเฉลี่ยของตัวแปร พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีการกระจายที่สูงที่สุด ส่วนความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีการกระจายน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ และเมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง



(Kurtosis) พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่าความเบ้และความโด่งไม่ต่างจากศูนย์มากนัก แสดงว่ามีการกระจายที่ค่อนข้างเป็นโค้งปกติ

ตาราง 3 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	20	14.40	3.29	22.84	4.00	19.00	-1.08	1.12
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	50	37.30	4.10	10.99	27.00	45.00	-0.58	-0.03
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	50	40.06	7.18	17.92	12.00	50.00	-1.73	5.07
4. ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	27.25	2.39	8.77	21.00	30.00	-1.00	0.88
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	25.86	3.38	13.07	18.00	30.00	-0.76	-0.22
6. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	60	56.27	4.44	7.89	44.00	60.00	-1.36	1.00
7. พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	100	83.21	7.30	8.77	66.00	100.00	-0.03	0.07

หมายเหตุ	$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

## 2. กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาของกลุ่มแม่บ้านกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (ตาราง 3) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรเกือบทั้งหมดค่อนข้างสูง ยกเว้น ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้และการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้เท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างร้อยละ 60 ถึง ร้อยละ

80 จัดอยู่ในระดับปานกลาง) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มนี้เมื่อเทียบกับกลุ่มทดลอง พบว่าสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของค่าเฉลี่ย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีการกระจายสูงสุดและใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ส่วนตัวแปรที่มีการกระจายของคะแนนเฉลี่ยรองลงมาตามลำดับ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ตัวแปรที่เหลือมีการกระจายไม่มากนัก โดยเฉพาะตัวแปรความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีการกระจายน้อยกว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้ และค่าความโด่ง พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่าความเบ้และความโด่งไม่ต่างจากศูนย์มากนัก แสดงว่ามีการกระจายที่ค่อนข้างเป็นโค้งปกติ ยกเว้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ข้อมูลมีลักษณะโด่งกว่าตัวแปรอื่นแต่ยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ตาราง 4 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	20	17.40	2.24	12.87	12.00	20.00	-0.37	-0.64
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	50	40.80	4.07	9.97	32.00	50.00	0.09	-0.32
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	50	44.37	4.82	11.38	32.00	50.00	-0.07	-0.81
4. ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	27.79	1.71	6.15	23.00	30.00	-0.63	0.16
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	27.30	2.66	9.74	20.00	30.00	-1.14	0.61
6. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	60	59.15	2.30	3.96	50.00	60.00	-1.49	2.59
7. พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	100	82.93	9.18	11.06	56.00	98.00	-0.49	0.45

หมายเหตุ	$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

### 3. กลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาของกลุ่มแม่บ้านกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง (ตาราง 4) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นับว่ามีค่าเฉลี่ยที่สูงมาก (ร้อยละ 96.91) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจายพบว่าตัวแปรเกือบทุกตัวแปรมีการกระจายของค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันและไม่สูงมากนัก ยกเว้นความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่มีการกระจายต่ำ แสดงว่าคะแนนที่ได้จากการตอบคำถามจากแต่ละคนเกี่ยวกับตัวแปรทั้งสองไม่แตกต่างกันมากนักและเมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้ และค่าความโด่ง พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่าความเบ้และความโด่งไม่ต่างจากศูนย์มากนัก แสดงว่ามีการกระจายที่ค่อนข้างเป็นโค้งปกติ ยกเว้นความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่มีความโด่งกว่าตัวแปรอื่นเล็กน้อย และอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ตาราง 5 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษาในแม่บ้านกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	CV(%)	Min	Max	Skew	Kurt
1.ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	20	14.03	3.96	28.23	5.00	19.00	-0.72	-0.35
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	50	35.65	4.97	13.94	27.00	47.00	0.11	-0.48
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	50	36.62	7.49	20.45	17.00	49.00	-0.79	0.06
4.ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	26.37	3.09	11.72	19.00	30.00	-0.87	-0.03
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	30	25.13	3.80	15.12	17.00	30.00	-0.65	-0.76
6. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	60	55.31	6.19	11.19	38.00	60.00	-1.38	0.86
7. พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	100	81.18	8.69	10.70	64.00	100.00	0.02	-0.09

หมายเหตุ	$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย	Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
	SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
	CV (%)	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ)	Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
				Kurt	หมายถึง	ค่าความโด่ง

#### 4. กลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาของกลุ่มแม่บ้านกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (ตาราง 5) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าตัวแปรความคาดหวังความสามารถตนเองต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง โดยตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจายพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีการกระจายของค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุด รองลงมาได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ส่วนตัวแปรอื่นมีการกระจายใกล้เคียงกันและกระจายไม่มากนัก เมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้ และค่าความโด่ง พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่าความเบ้และความโด่งไม่ต่างจากศูนย์มากนัก แสดงว่ามีการกระจายที่ค่อนข้างเป็นโค้งปกติ

ตาราง 6 ค่าสถิติพื้นฐานและการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มรวม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน ตัวแปร	กลุ่ม	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		การเปลี่ยนแปลง	
			$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความรู้เกี่ยวกับ โรคพหุอวัยวะ	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
การรับรู้ความ รุนแรงของโรค พหุอวัยวะ	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
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรค พหุอวัยวะ	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
ความคาดหวังต่อความ สามารถตนเองต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคพหุอวัยวะ	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

ตาราง 6 (ต่อ)

คะแนน ตัวแปร	กลุ่ม	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		การเปลี่ยนแปลง	
			$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความคาดหวังในผลลัพธ์	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
ความตั้งใจที่จะมี	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
พฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้	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 ในส่วนของกลุ่ม

รวม หมายถึง กลุ่มแม่บ้านทั้งหมดที่ทำการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 80 คน  
 ทดลอง หมายถึง กลุ่มแม่บ้านที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (แม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย) จำนวน 40 คน  
 ควบคุม หมายถึง กลุ่มแม่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (แม่บ้านในชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน) จำนวน 40 คน

จากตาราง 6 เป็นตารางสรุปแสดงค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาของค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา พบว่าภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มทดลองมีค่าสูงขึ้นทุกตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ สูงขึ้น เท่ากับ 0.87 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นเท่ากับ 3.83 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้น เท่ากับ 4.17 ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้น เท่ากับ 1.24 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้น เท่ากับ 0.88 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นเท่ากับ 8.72 และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้น เท่ากับ 3.35 ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าภายหลังการทดลอง มีแนวโน้มว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษามีค่าลดลง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 0.37 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 1.65 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 3.44 ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 0.88 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 0.73 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 0.96 และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 2.03 ซึ่งค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อไปในตอนที่ 3

### ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่ม

การวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม (MANOVA) โดยในขั้นแรกได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ (Coakes; & Steed. 1999 : 176) ประกอบด้วย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 40 ซึ่งเกินกว่าข้อกำหนดของการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามซึ่งกำหนดไว้เท่ากับ 30 โดยจำนวนดังกล่าวทำให้การกระจายของข้อมูล และความเท่ากันของความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มไม่มีผลต่อการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามมากนัก

ทดสอบการแจกแจงปกติโดยดูจากค่าความเบ้และความโด่ง ฮิสโตแกรม และกราฟ Normal Q-Q plot ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรง นอกจากนี้ยังพิจารณาจากค่าสถิติ Shapiro-Wilk ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรในแต่ละกลุ่มมีการกระจายค่อนข้างปกติ

ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) โดยวิธีบ็อกซ์เอ็ม (Box' M test) พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงว่าความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น อย่างไรก็ตามถ้าจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน (ค่าสูงสุดลบ

ด้วยค่าต่ำสุดมีค่าน้อยกว่า 1.5) ดังนั้นผลที่ได้จึงมีความแข็งแกร่งมากพอหรือมีความเชื่อถือได้ในการละเมิดดังกล่าว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีจำนวนเท่ากันทุกกลุ่ม (กลุ่มละ 40 คน) ดังนั้นผลการวิเคราะห์จึงเชื่อถือได้ สำหรับรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย มีดังนี้

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามของตัวแปรที่ศึกษา พิจารณาตามกลุ่มและการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks' lamda	F
ระหว่างกลุ่ม		
กลุ่ม	0.191	5.072***
การทดลอง	0.841	4.061***
กลุ่มและการทดลอง	0.210	5.711***

หมายเหตุ เป็นการวิเคราะห์เพื่อดูความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด ว่ามีผลมาจากกลุ่มการทดลอง และผลร่วมระหว่างกลุ่มและการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดย

กลุ่ม	แบ่งเป็น	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
การทดลอง	แบ่งเป็น	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
***	หมายถึง	มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001	

### 1. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มการทดลอง และผลร่วมระหว่างกลุ่มและการทดลอง

จากผลการวิจัยในตาราง 7 เมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จะเห็นว่าชนิดของกลุ่มทำให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง จะเห็นว่าชนิดของการทดลองทำให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมี



พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาทั้งแหล่งความแปรปรวนจากกลุ่มและการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่าแหล่งความแปรปรวนจากกลุ่มและการทดลองทำให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

กล่าวโดยสรุปจากตาราง 7 จะเห็นว่ากลุ่มศึกษาแต่ละกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นความเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างชัดเจน โดยจะต้องทำการวิเคราะห์ต่อไปว่ากลุ่มและการทดลองใดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา และเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความสมบูรณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เสนอผลการวิเคราะห์ โดยการนำเสนอผลจากการทดสอบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง และการเปรียบเทียบรายคู่ตามวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงตามตาราง 8

ตาราง 8 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษาแบ่งตาม กลุ่มตัวอย่างและการทดลอง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้เกี่ยวกับ โรคพยาธิลำไส้	กลุ่มตัวอย่าง (ก)	1	122.500	122.500	11.708**
	การทดลอง (ข)	1	62.500	62.500	5.974*
	ก x ข	1	105.625	105.625	10.096**
	ส่วนที่เหลือ	156	1632.150	10.463	
การรับรู้ความรุนแรง ของโรคพยาธิลำไส้	กลุ่มตัวอย่าง (ก)	1	232.897	232.897	13.327***
	การทดลอง (ข)	1	47.403	47.403	2.712
	ก x ข	1	300.068	300.068	17.170***
	ส่วนที่เหลือ	156	2726.264	17.476	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรค พยาธิลำไส้	กลุ่มตัวอย่าง (ก)	1	348.265	348.265	8.831**
	การทดลอง (ข)	1	16.130	16.130	0.409
	ก x ข	1	315.426	315.426	7.998**
	ส่วนที่เหลือ	156	6152.113	39.437	
ความคาดหวัง ความสามารถตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้	กลุ่มตัวอย่าง (ก)	1	5.127	5.127	0.943
	การทดลอง (ข)	1	1.318	1.318	0.242
	ก x ข	1	44.860	44.860	8.254**
	ส่วนที่เหลือ	156	847.839	5.435	
ความคาดหวังใน ผลลัพธ์ต่อการมี พฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้	กลุ่มตัวอย่าง (ก)	1	75.047	75.047	7.773**
	การทดลอง (ข)	1	0.219	0.219	0.023
	ก x ข	1	25.710	25.710	2.663
	ส่วนที่เหลือ	156	1506.216	9.655	
ความตั้งใจที่จะมี พฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้	กลุ่มตัวอย่าง (ก)	1	102.405	102.405	3.336
	การทดลอง (ข)	1	485.258	485.258	15.806***
	ก x ข	1	787.726	787.726	25.658***
	ส่วนที่เหลือ	156	4789.341	30.701	
พฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้	กลุ่มตัวอย่าง (ก)	1	35.281	35.281	0.488
	การทดลอง (ข)	1	17.276	17.276	0.239
	ก x ข	1	287.899	287.899	3.986*
	ส่วนที่เหลือ	156	11268.127	72.232	

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่าง (ก) หมายถึง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม  
การทดลอง (ข) หมายถึง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

\* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 \*\* มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

\*\*\* มีนัยสำคัญที่ระดับ .001



ในส่วนของตัวแปรความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากตัวแปรกลุ่มตัวอย่าง (ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ที่มีต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลต่อค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากการทดลอง (ประกอบด้วย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง) จะเห็นว่าไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผลรวมของกลุ่มตัวอย่างและการทดลองที่มีต่อค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนตัวแปรความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากตัวแปรกลุ่มตัวอย่าง (ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ที่มีต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากการทดลอง (ประกอบด้วย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง) จะเห็นว่าไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยความตั้งใจป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผลรวมของกลุ่มตัวอย่างและการทดลองที่มีต่อค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในส่วนของพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากตัวแปรกลุ่มตัวอย่าง (ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาแหล่งความแปรปรวนจากการทดลอง (ประกอบด้วย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง) พบว่าการทดลองไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามผลรวมของกลุ่มตัวอย่างและการทดลองที่มีต่อค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์โดยภาพรวมแล้วจะเห็นว่า ผลรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่างและการทดลอง ทำให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรเกือบทั้งหมดที่ศึกษา ยกเว้น ผลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เท่านั้น ที่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลดังกล่าว ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป โดยการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรทีละตัว จากผลที่เกิดจากกลุ่มและการทดลอง โดยการเปรียบเทียบรายคู่ ซึ่งประกอบด้วย 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง การเปรียบเทียบรายคู่ดังกล่าวจะใช้วิธีบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni test) เนื่องจากวิธีดังกล่าวมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มที่มีจำนวนตัวอย่างน้อย (Coakes;&Steed. 1999) เช่นงานวิจัยครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 9

ตาราง 9 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา โดยการเปรียบเทียบรายคู่ โดยการทดสอบบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni test)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน
ความรู้เกี่ยวกับ โรคพยาธิลำไส้	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
การรับรู้ความรุนแรง ของโรคพยาธิลำไส้	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
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรค พยาธิลำไส้	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
ความคาดหวังความ สามารถตนเองต่อ พฤติกรรมป้องกันโรค พยาธิลำไส้	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
ความคาดหวังใน ผลลัพธ์ต่อการมี พฤติกรรมป้องกันโรค พยาธิลำไส้	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

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน
ความตั้งใจที่จะมี พฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-8.92***	1.239
		Y1	-6.04***	1.239
	X2	Y2	-5.08***	1.239
		Y1	2.88	1.239
	Y1	Y2	3.84***	1.239
		Y2	0.95	1.239
พฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้	X1	X2	-3.34	1.900
		Y1	-3.62	1.900
	X2	Y2	-1.60	1.900
		Y1	-0.28	1.900
	Y1	Y2	1.74	1.900
		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

## 2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร โดยการเปรียบเทียบรายคู่

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (X1) กลุ่มทดลองหลังการทดลอง (X2) กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Y1) และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (Y2) พบว่าแต่ละกลุ่มทำให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละชนิดดังนี้

เมื่อพิจารณาตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ พบว่าในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรดังกล่าวใน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (X1) กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Y1) และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (Y2) ไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ยกเว้นกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง (X2) ที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าทุกกลุ่มค่อนข้างมากและมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลให้ความรู้ของแม่บ้านกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ยังคงมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p > .05$ ) และเมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

เมื่อพิจารณาตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ (ตารางที่ 9) ของกลุ่มแม่บ้าน แต่ละกลุ่ม พบว่าให้ผลเช่นเดียวกับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ โดยพบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองกับกลุ่มอื่น สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001, .01$ ) โดยเมื่อพิจารณากลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 3.83 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าภายหลังการทดลองความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีค่าลดลงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) นอกจากนี้เมื่อพิจารณา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ในทางตรงกันข้ามภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

พิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ (ตารางที่ 9) ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้น 4.17 โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้น ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง 3.44 โดยเป็นการลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) นอกจากนี้พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองนั้นไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

จากตาราง 9 ตัวแปรความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จะเห็นว่าทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของตัวแปรนี้ไม่แตกต่างกัน พบว่าภายในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เพิ่มขึ้น 1.24 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ส่วนภายในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ไม่ต่างกัน ( $p > .05$ ) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะเห็นว่าทั้งก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

พิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ภายในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรนี้ภายหลังการทดลองที่ค่าเพิ่มขึ้น เท่ากับ .88 ซึ่งเป็นค่าที่สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ส่วนภายในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง .73 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.17 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรม

ป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จัดได้ว่าไม่มีความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง จึงนับได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้ทำให้ตัวแปรนี้เพิ่มขึ้นไม่มากนัก

พิจารณาค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ภายในกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.92 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ส่วนในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลองพบว่าคุณค่าเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ ) เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง เท่ากับ 6.04 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ส่วนภายหลังการทดลองพบว่าคุณค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังนั้นจะเห็นว่าภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สูงขึ้นอย่างมากและเด่นชัด ถึงแม้ว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรนี้ในกลุ่มควบคุมจะสูงกว่ากลุ่มทดลองก็ตาม แต่ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรนี้ก็สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ แต่ละกลุ่มพบว่าทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณากลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้น เท่ากับ 3.34 และเมื่อพิจารณากลุ่มควบคุมพบว่าภายหลังการทดลองกลับมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ลดลง เท่ากับ 2.03 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.62 และภายหลังการทดลองพบว่าคุณค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.74 อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในทุกกลุ่มจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่โดยรวมแล้วค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง ในทางตรงกันข้ามในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มที่ลดลง

กล่าวโดยสรุปในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรโดยการเปรียบเทียบรายคู่ จะเห็นว่าทำให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่กลุ่มแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย กรุงเทพมหานคร ทำให้กลุ่มแม่บ้านมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สูงขึ้นไม่มากนักและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )



#### ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient ได้แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ตามตาราง 10

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้)
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	.340***
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	.260**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	.239**
ความคาดหวังต่อความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	.392***
ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	.359***
พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	.317***

\*\* p < 0.01

\*\*\* p < 0.001

จากตาราง 10 พิจารณาระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูง โดยตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค

พยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยจะเห็นว่าความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมดเป็นไปในทิศทางบวก

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้)
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้	.297***
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้	.233**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้	.341***
ความคาดหวังต่อความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	.326***
ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	.318***
ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้	.317***

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.001$

## ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากตาราง 11 พิจารณาระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังต่อความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูง โดยตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังต่อความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	KNOW	PERS	PERC	EXPS	EXPB	ATTE	BEHAV
KNOW	1.000						
PERS	.505***	1.000					
PERC	.465***	.493***	1.000				
EXPS	.483***	.483***	.467***	1.000			
EXPB	.522***	.477***	.485***	.565***	1.000		
ATTE	.340***	.260**	.239**	.392***	.359***	1.000	
BEHAV	.297***	.233***	.341***	.326***	.318***	.317***	1.000

\*\* p < 0.01

\*\*\* p < 0.001

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

จากตาราง 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่าง พบว่าตัวแปรที่ศึกษาเกือบทุกตัวมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .001 ยกเว้นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความ สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่มีความ สัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สรุปผลวิจัยในการศึกษาครั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 40 คนในชุมชนสวน อ้อยกรุงเทพมหานคร และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน จากชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัด สะพานจำนวน 40 คน พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน

ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และภูมิลำเนาเดิม ดังนั้นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจึงมีค่อนข้างน้อย

เมื่อพิจารณาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าไม่แตกต่างกันมากนักโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ส่วนภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดในกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ( $p < .01$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ ( $p < .001$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ( $p < .001$ ) และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ( $p < .001$ ) ส่วนในกลุ่มควบคุมภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดมีแนวโน้มลดลงจากก่อนการทดลอง แต่การลดลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ (MANOVA) ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ส่วนการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกความแปรปรวนร่วมโดยวิธี บ็อกซ์ เอ็ม (Box' M test) พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น แต่เนื่องจากจำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากัน จึงสามารถใช้การวิเคราะห์ได้ ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ แสดงให้เห็นว่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยที่เป็นผลจากกลุ่ม (กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม) และการทดลอง (ก่อนทดลอง หลังทดลอง) ทำให้เกิดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษาเกือบทั้งหมด ยกเว้น ผลต่อความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เท่านั้นที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการเปรียบเทียบรายคู่โดยการทดสอบบอนเฟร์โรนี (Bonferroni test) พบว่าภายหลังจากทดลองแม่บ้านกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$  และ  $001$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สูงขึ้นไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) นอกจากนี้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ทั้งหมด พบว่าตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$  และ  $001$ ) โดยเป็นความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

จากการที่โรคพยาธิลำไส้ยังคงมีการระบาดอยู่ภายในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร ทำให้ประชาชนซึ่งอาศัยภายในชุมชนอย่างหนาแน่นมีโอกาสในการติดเชื้อพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชน นับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมโรคพยาธิลำไส้มิให้แพร่ระบาดออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแม่บ้านที่มีบทบาทต่อต่อสมาชิกในครอบครัว โดยวิธีการหนึ่งได้แก่การให้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยการใช้กระบวนการกลุ่มซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินการ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของแมตดุกซ์และโรเจอร์ ทฤษฎีนี้เป็นส่วนประกอบระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) โดยการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ความคาดหวังความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ความมุ่งหมายหลักของการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มแม่บ้านภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มในเรื่องเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรข้างต้นกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานตามความมุ่งหมายหลักคือ ภายหลังจากแม่บ้านกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจะมีการเพิ่มขึ้นของตัวแปรที่ศึกษามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีสมมติฐานตามความมุ่งหมายรองคือ ตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยเป็นไปในทิศทางบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญตัวแปรที่ศึกษาเนื่องจากความรู้ การรับรู้ ความคาดหวังของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม นับเป็นปัจจัยพื้นฐานให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ประกอบด้วย กลุ่มทดลองซึ่งเป็นแม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนอ้อยจำนวน 40 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นแม่บ้านที่อาศัยในชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน จำนวน 40 คน แม่บ้านทั้งสองกลุ่มได้มาจากการสุ่มโดยการจับสลากจากผู้เข้าสมัคร และเป็นผู้ที่เข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดการทดลอง วิธีดำเนินการวิจัยโดยการให้โปรแกรมสุขศึกษาที่

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมที่ให้แก่กลุ่มทดลองประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การบรรยาย การเห็นตัวแบบ การสาธิต การปฏิบัติ การอภิปราย และการกระตุ้นเตือน ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (แบบถาม-ตอบ) ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งเป็นข้อคำถามชนิดปลายเปิดและเลือกตอบ ทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 คือระยะก่อนการทดลอง (ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมด) ทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลองในปลายสัปดาห์ที่ 4 (ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมด ยกเว้นพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้) และทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ในปลายสัปดาห์ที่ 12 (เฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้) โดยโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่กลุ่มทดลอง ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง นานติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม สร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ กิจกรรมสร้างเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ กิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และกิจกรรมเสริมสร้างความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากนั้นวันระยะ 8 สัปดาห์เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแต่ ได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคมาเร็ง และการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา

### สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และภูมิลำเนาเดิม และเมื่อพิจารณาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรข้างต้นในกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรมีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ (Multivariate Analysis of Variance หรือ MANOVA) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการเปรียบเทียบรายคู่โดยการทดสอบบนเฟอร์โรน (Bonferroni test) พบว่าภายหลังจากทดลองแม้บ้านกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ได้ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$  และ  $.001$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ภายหลังจากทดลอง สูงขึ้นไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) นอกจากนี้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ด้วยการใช้การวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่าตัวแปรทุกตัวที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.01$  และ  $.001$

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพให้ผู้เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$  และ  $.001$ ) ผลวิจัยดังกล่าวมีความเป็นไปได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้ไม่ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่พึงประสงค์อย่างทันทีโดยอาจเกิดในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นนับเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องต่อไป เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เป็นอย่างสูง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการตรวจคัดกรองหาผู้เป็นโรคพยาธิลำไส้ ให้การรักษา และจัดให้มีโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องให้แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชนต่อไป

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลตามหัวข้อ และตามความมุ่งหมายในการวิจัย ดังนี้

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการนำทฤษฎีมาใช้

งานวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความสนใจชุมชนแออัดในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร เนื่องจากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในเขตกรุงเทพมหานครได้เป็นอย่างดี จากข้อมูลการสำรวจชุมชนในกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต ในปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีจำนวนชุมชนทั้งสิ้น 1,604 ชุมชน เมื่อแบ่งตามประเภทชุมชนพบว่าชุมชนแออัดมากที่สุด คือ 796 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 49.62 รองลงมาเป็นชุมชนเมือง 327 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 20.39 ชุมชน

บ้านจัดสรร 243 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 15.15 ชุมชนเมือง 168 ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 10.47 และเคหะชุมชน 70 ชุมชน คิดเป็น ร้อยละ 4.36 (สำนักงานเขตคลองเตย. 2548) โดยพบว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในชุมชนไม่ดีนัก เนื่องจากประชาชนมีความเป็นอยู่อย่างแออัด การระบายน้ำที่ไม่ได้มาตรฐาน การกำจัดขยะไม่ดีพอ มีความอับชื้นและการระบายอากาศที่ไม่ดี

มีการรายงานถึงชุมชนในเขตคลองเตยว่าเป็นชุมชนที่อยู่ทางฝั่งใต้ของกรุงเทพมหานคร และมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด นอกจากนี้ยังมีปัญหาเสพติดค่อนข้างสูง ประชาชนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยต่ำ สภาพแวดล้อมเสื่อมโทรม (อรรพรรณ สุทธางกูร. 2540 : 108) สอดคล้องกับการใช้ดัชนีวัดระดับความเป็นอยู่ พบว่าส่วนมากครัวเรือนในชุมชนแออัดมีมาตรฐานความเป็นอยู่ต่ำ โดยประมาณร้อยละ 60 และเกือบครึ่งหนึ่งของครัวเรือนมีมาตรฐานความเป็นอยู่ต่ำมาก (อรรพรรณ สุทธางกูร. 2540) และสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้เป็นอย่างมาก (ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ. 2533) ดังนั้นการรณรงค์และการจัดโปรแกรมทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จะเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้ประชาชนในชุมชนมีความตื่นตัว และทำให้เกิดมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง

นอกจากดังกล่าวข้างต้นการที่ผู้วิจัยให้ความสนใจในชุมชนเขตคลองเตย เนื่องจากเป็นชุมชนที่ยังคงมีการระบาดของโรคพยาธิลำไส้อยู่ในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยได้เคยทำการสำรวจหาความชุกของโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนในเขตคลองเตย พบว่ายังคงมีการระบาดอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง คือร้อยละ 9.05 พยาธิที่พบได้แก่ พยาธิปากขอ ร้อยละ 2.38 พยาธิสตรองจิลอยเดส ร้อยละ 1.90 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 1.67 พยาธิตัวติด ร้อยละ 1.19 โปรโตซัว ร้อยละ 1.43 พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 0.48 และพยาธิแส้ม้า ร้อยละ 0.24 (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ. 2547) ซึ่งพยาธิลำไส้ที่พบเป็นพยาธิที่มีการระบาดได้ง่ายในชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยอย่างหนาแน่น มีสภาพแวดล้อมเหมาะแก่การเจริญของพยาธิลำไส้ และผู้ที่มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชน เนื่องจากประชาชนในชุมชนโดยส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย และได้รับการศึกษาไม่สูงนัก ดังนั้นจึงต้องกังวลกับการทำมาหาเลี้ยงชีพ ทำให้ละเลยต่อการเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้จากพฤติกรรมดั้งเดิมเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ไม่ถูกต้อง เช่นการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การไม่ล้างมือก่อนทานอาหาร การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดีพอ อาจทำให้บุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้ได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อพยพมาจากชนบทยังคงมีพฤติกรรมเดิมซึ่งนับเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาและเปลี่ยนแปลงได้ยาก โดยสอดคล้องกับการสำรวจประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 ทวีราชอาณาจักร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543) พบว่าประชากรทั่วประเทศมีการย้ายถิ่น สูงถึงร้อยละ 6.2 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการย้ายถิ่นมากกว่าภาคอื่นๆ ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี อุดรธานี บุรีรัมย์ ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ฯลฯ โดยผู้ย้ายถิ่นมีความต้องการหางานทำ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มีแหล่งงานอยู่เป็นจำนวนมาก และมีความจำเป็นต้องเข้าพักอาศัยในชุมชนแออัด ซึ่งเป็นแหล่งที่พักราคาถูก จึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาดังกล่าวข้างต้น และประชาชน ที่ย้ายถิ่นยังคงมี



พฤติกรรมเดิมและถ่ายทอดไปยังลูกหลานภายในชุมชนในระยะต่อมา ดังนั้นการแพร่ระบาดของโรคพยาธิลำไส้จึงยังคงมีอยู่และการควบคุมเป็นไปค่อนข้างยาก

จากจำนวนชุมชนในเขตคลองเตยทั้งสิ้น 40 ชุมชน ผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพาน มาเป็นชุมชนในการศึกษารั้งนี้เนื่องจากชุมชนทั้งสาม มีสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพใกล้เคียงกัน โดยให้ชุมชนสวนอ้อยเป็นกลุ่มทดลอง และให้ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพานเป็นกลุ่มควบคุม โดยชุมชนสวนไทรและชุมชนริมคลองวัดสะพานเป็นชุมชนขนาดเล็กมีประชากรรวมกันประมาณ 694 คน ส่วนชุมชนสวนอ้อยมีประชากรประมาณ 1,117 คน (สำนักงานเขตคลองเตย. 2548) นอกจากนี้จากการสำรวจที่ผู้วิจัยเคยสำรวจไว้ พบว่า ชุมชนทั้งสามมีอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ใกล้เคียงกัน โดยพบอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนสวนอ้อย ร้อยละ 13.11 ชุมชนสวนไทร ร้อยละ 13.33 และชุมชนริมคลองวัดสะพาน ร้อยละ 10.52 ซึ่งอัตราดังกล่าวค่อนข้างสูงกว่าค่าเฉลี่ยอัตราการติดเชื้อทั้งหมดของชุมชนเขตคลองเตย (บังอร ฉางทรัพย์ และคนอื่นๆ. 2547) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกชุมชนทั้งสามแห่งมาทำการศึกษาค้นคว้าของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ ส่วนการสุ่มกลุ่มแม่บ้านจากทั้งสามชุมชนนั้น ได้ทำการเปิดรับสมัครกลุ่มแม่บ้านที่มีความสมัครใจในการเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ จากนั้นจึงทำการจับสลากเพื่อให้เหลือกลุ่มละ 45 คน (สำรองแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน) โดยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มแม่บ้านทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ สภาพสมรส และภูมิลำเนาเดิมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยอายุส่วนใหญ่ของกลุ่มแม่บ้านส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-40 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา อาชีพหลักโดยส่วนใหญ่ คือ รับจ้างและพนักงานบริษัทเอกชน รายได้ ส่วนใหญ่ ระหว่าง 4,001-6,000 บาท/เดือน สถานภาพสมรส พบว่าเกือบทั้งหมดอยู่ร่วมกับสามี และภูมิลำเนาเดิม ส่วนใหญ่อยู่ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากผลการวิจัยที่พบว่าลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะใกล้เคียงกัน นับว่าเป็นผลดีต่อการดำเนินการทดลอง เนื่องจากจะทำให้ลดความแทรกซ้อนของตัวแปรทางด้านชีวสังคมออกไป โดยผลการวิเคราะห์ที่ได้จะมีความแม่นยำและเที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าอายุของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-40 ปี นับว่าเป็นช่วงอายุที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยทำงานและมีครอบครัวตรงกับความตั้งใจที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ตึงเครียด โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม่บ้านส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยมีอาชีพหลัก ได้แก่ รับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 4,001-6,000 บาท ซึ่งลักษณะดังกล่าวนับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้แม่บ้านละเลยต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหาเลี้ยงชีพตั้งที่กล่าวข้างต้น ทำให้ละเลยต่อการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่มีความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก เช่น การศึกษาของทวีศักดิ์ กสิผล (2541 : 102-115) ศึกษาพฤติกรรม

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยทำการเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วง ตามตัวแปร คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและ จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสาร ทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และยังทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของ ประชาชนในจังหวัดชลบุรีอีกด้วย จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนอยู่ระดับปานกลาง พบว่าประชาชนที่อายุน้อย มีการปฏิบัติตนดี กว่าผู้สูงอายุ และยังพบว่าการศึกษา และอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้การ ศึกษาของเจตนา คันทาทิพย์ (2544) เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่าระดับการ ศึกษา และอาชีพของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญ เป็นต้น

จากการพิจารณาสถานภาพสมรสของแม่บ้านที่เข้าร่วมในการวิจัย จะเห็นว่าเกือบทั้งหมดอยู่ ร่วมกับสามี และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีจำนวน ใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวทำให้การทดลองใน ครั้งนี้สามารถตัดความแทรกซ้อนเกี่ยวกับสถานภาพสมรสและภูมิลำเนาเดิมของกลุ่มตัวอย่างได้เช่น เดียวกับอายุ รายได้ และระดับการศึกษา อย่างไรก็ตามจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลา ในการพักอาศัยในชุมชนไว้ไม่เกิน 10 ปี ในการตอบคำถามเกี่ยวกับภูมิลำเนาเดิม ซึ่งแม่บ้านที่เข้า ร่วมอาจมีบางส่วนมาจากการย้ายถิ่น และได้อาศัยในชุมชนมากกว่า 10 ปี ทำให้ตอบว่ามีภูมิลำเนา เดิมอยู่ในภาคกลางก็เป็นได้ หรืออาจเป็นรุ่นลูกหรือรุ่นหลานที่มาจากการย้ายถิ่นซึ่งในส่วนนี้ควรมี การสำรวจต่อไป และมีการวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับการย้ายถิ่นอย่างแท้จริง

ในส่วนของทฤษฎีที่นำมาใช้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของแมดดุกซ์ และโรเจอร์ส (Mackay, 1992 : 25 อ้างอิงจาก Maddux, & Rogers, 1983) มาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกระบวนการ กลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือกระทำการหนึ่งสิ่งใดและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผู้เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มจะเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เข้ากลุ่มซึ่งเกิดขึ้นใน ขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทัศน เทียนเสน. 2525 : 31) วิธีการให้ความรู้ โดยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนเป็น ผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความ สนุกสนาน เข้าใจ ไม่เฉื่อยชา การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความ หมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มได้ ลงมือปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึกและอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำจะทำให้เกิดแนวคิด และสามารถจดจำเนื้อหาได้นาน ในการดำเนินการจัดกิจกรรมผู้วิจัยได้จัดตัวเองให้เป็นผู้นำกลุ่มและ ได้พยายามดำเนินตามกระบวนการกลุ่มของทิสนา แคมมณี (2545) โดยผู้นำกลุ่มจะต้องทำการ จัดระเบียบและควบคุมกลุ่ม ช่วยให้ทุกคนมีโอกาสทัดเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น การดำเนิน งานเป็นไปอย่างเรียบร้อย ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ต่อกลุ่ม และรู้สึกว่าคุณ

เองเป็นส่วนของกลุ่มและต้องการทำงานให้กลุ่ม ผู้นำกลุ่มยังต้องรับฟังและพิจารณาความคิดเห็นของกลุ่มอย่างทั่วถึง และให้ความสำคัญต่อความคิดเห็นนั้นจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและพอใจทำให้เกิดแรงจูงใจต่อไป (ทิตนา แชมมณี 2545 : 16-17) ซึ่งการดำเนินการตามหลักการดังกล่าวค่อนข้างเป็นไปได้ตามวัตถุประสงค์ของการจัดโปรแกรมครั้งนี้และได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากกลุ่มแม่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา อย่างไรก็ตามการดำเนินการเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มก็มีปัญหาบ้างจากการที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมขาดหายไปในขณะที่ดำเนินการทดลอง เนื่องจากการติดภารกิจ และมีความจำเป็นส่วนตัว ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแก้ปัญหาโดยการสำรองผู้เข้าร่วมไว้กลุ่มละ 5 คน คือเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มควบคุม 45 คน ซึ่งภายหลังการทดลองได้คัดเลือกเฉพาะผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมโดยสมบูรณ์ และข้อมูลครบถ้วนได้กลุ่มละ 40 คน ตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ และในระหว่างการให้โปรแกรมสุขศึกษาผู้วิจัยได้สังเกตพบว่า การดำเนินกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้เข้าร่วมมีความตื่นตัว และมีปฏิสัมพันธ์กันเป็นอย่างดี และกล้าในการแสดงความคิดเห็นและสอบถามเกี่ยวกับพยาธิลำไส้ที่ตนเองมีความสงสัยอย่างสม่ำเสมอ นับว่าเป็นข้อดีของกระบวนการกลุ่มที่ใช้ในครั้งนี้

## 2. ค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

จากค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง (ตาราง 2,3,4,5) พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูง ส่วนค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้และการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้อยู่ในระดับปานกลาง โดยก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดในกลุ่มควบคุมค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่อย่างใด

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโดยปกติประชาชนในชุมชนทั้งสามที่ศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในระดับค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามถึงแม้ค่าเฉลี่ยต่างๆ อยู่ในระดับดี แต่จากอัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนยังนับว่าค่อนข้างสูง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ดีพอ ดังนั้นการให้โปรแกรมสุขศึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้

ประชาชนมีการตื่นตัวอย่างจริงจัง และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของสันต์สิริธรรมณี (Sornmani; et al. 1984) พบว่า ถ้าไม่ให้ความรู้และหาวิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน หรือบริโภคนิสัยของประชาชนที่ได้รับการรักษาหายจากโรคพยาธิใบไม้ตับแล้ว จะมีกรณีติดเชื้อขึ้นมาใหม่ โดยมีอัตราการเป็นโรคเท่าเดิมก่อนการรักษาได้ในเวลาเพียง 1-2 ปี และมีผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นสูงถึงร้อยละ 21.8 ต่อปี ถึงแม้ว่าทางกรมควบคุมโรคติดต่อจะได้ตั้งหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับในหลายจังหวัด แต่การให้การรักษาโดยไม่ติดตามผลและไม่ให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ในเรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อซ้ำอีกและมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการควบคุมหรือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับให้หมดไปจึงทำได้ยากและก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับโรคพยาธิลำไส้ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งพยาธิใบไม้ตับซึ่งจัดเป็นพยาธิลำไส้ชนิดหนึ่งอีกด้วย ดังนั้นหลักในการควบคุมโรคหนอนพยาธิคือการศึกษา การให้ความรู้แก่ผู้ไม่รู้ นั้น เป็นการลงทุนน้อยแต่ให้ผลเกินค่า เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรค วิธีการติดต่อ การแพร่กระจายของโรคแล้ว นอกจากจะปฏิบัติตนเองแล้วยังปกป้องสมาชิกภายในครอบครัวของตนเองให้ปลอดภัยจากการติดต่อดังกล่าวด้วย ซึ่งหลักในการควบคุมโรคหนอนพยาธิโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคพยาธิลำไส้ โดยทั่วไปประกอบด้วย การควบคุมมนุษย์หรือสัตว์ที่เป็นแหล่งโรค การควบคุมสัตว์ที่เป็นที่อาศัยกึ่งกลาง การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการบำบัดรักษา ซึ่งการให้โปรแกรมสุขศึกษานั้นผลที่ได้คือการควบคุมมนุษย์ที่ติดโรคไม่ให้มีการแพร่กระจายโรคออกไปและเป็นการควบคุมไม่ให้ผู้ที่ยังไม่ติดโรคได้รับโรคนั่นเอง นอกจากนี้โปรแกรมสุขศึกษายังกระตุ้นให้บุคคลเห็นความสำคัญของการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการแพร่กระจายโรคพยาธิลำไส้ได้อีกทางหนึ่ง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าในกลุ่มทดลองนั้นค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ สูงขึ้นมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าตัวแปรอื่นๆ ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้น พบว่าภายหลังการให้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ มีค่าไม่แตกต่างกว่าก่อนการทดลองมากนัก แสดงให้เห็นว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มทดลองสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ถึงแม้ว่าในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของตัวแปรค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มทดลองก็ตาม โดยรายละเอียดของความแตกต่างดังกล่าวจะกล่าวในหัวข้อถัดไป นอกจากนี้ค่าของตัวแปรทุกตัวในการศึกษาครั้งนี้ ในทุกกลุ่มการทดลอง ทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรม พบว่ามีลักษณะการกระจายค่อนข้างเป็นโค้งปกติ โดยได้พิจารณาจากค่าความโค้ง (Skewness) ค่าความโค้ง (Kurtosis) ฮิสโตแกรม กราฟคิวพลอต (Q-Q plot) ซึ่งนับเป็นข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม (MANOVA) ในขั้นตอนต่อไปได้

### 3. การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามของตัวแปรตามซึ่งเป็นผลจากกลุ่ม การทดลอง และผลร่วมระหว่างกลุ่มและการทดลอง

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามที่เกิดจากผลของกลุ่มและการทดลอง โดยต้องการทราบว่ากลุ่ม (กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) และการทดลอง (ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง) ทำให้เกิดความแปรปรวนของตัวแปรที่ทำการศึกษาหรือไม่ นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ถึงผลร่วมของกลุ่มและการทดลองเช่นเดียวกันว่ามีตัวแปรใดบ้างที่มีค่าความแปรปรวนที่เปลี่ยนแปลงไป โดยในการวิเคราะห์มีความจำเป็นตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลต้องเป็นโค้งปกติ ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกความแปรปรวนร่วม โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ ความโด่ง ฮิสโตแกรม และกราฟคิวพลอต ตามที่ได้กล่าวข้างต้น จากนั้นทำการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกความแปรปรวนร่วม โดยการทดสอบบ็อกซ์เอ็ม (Box' M test) พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งแสดงว่าความแปรปรวนของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ผลที่ได้ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากัน (กลุ่มละ 40 คน) ดังนั้นถ้าพิจารณาค่าที่ได้จะมีความแข็งแกร่งในการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นได้ (Coakes; & Steed. 1999) ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อเพื่อดูผลของกลุ่มและการทดลองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาต่อไป โดยพิจารณาค่าสถิติวิกแลมดา (Wilks' s lamda) ค่าเอฟ (F) และระดับนัยสำคัญต่างๆ พบว่าผลของกลุ่ม การทดลอง และผลร่วมของกลุ่มและการทดลอง ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 7) ผลดังกล่าวแสดงว่ามีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพิจารณาจากกลุ่มและการทดลอง สามารถแบ่งได้เป็น กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

เมื่อพิจารณาความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาแต่ละตัวจำแนกตามผลร่วมระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม) และการทดลอง (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง) พบว่าผลร่วมของกลุ่มและการทดลอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของตัวแปร 5 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ( $p < .01$  และ  $.001$ ) ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) จากผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าโดยส่วนใหญ่ตัวแปรที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตามผลร่วมของกลุ่มและการทดลอง) ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ต่อไปว่ามีกลุ่มใดบ้างที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

เป็นไปตามความมุ่งหมายและสมมุติฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบรายคู่ ตามวิธีบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni test) (ตาราง 9) รายละเอียดตามหัวข้อที่ 4 ที่จะอภิปรายตามสมมุติฐานงานวิจัยต่อไป

#### 4. อภิปรายผลตามสมมุติฐานจากความมุ่งหมายหลัก

4.1 สมมุติฐานงานวิจัยจากความมุ่งหมายหลักข้อที่ 1 คือ ภายหลังจากทดลองกลุ่มแม่บ้านที่เข้าร่วมแผนสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งตามผลการวิจัยพบว่าสมมุติฐานข้อนี้มีผลสอดคล้องเพียงบางส่วน โดยโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่แม่บ้านมีประสิทธิภาพทำให้มีการเพิ่มขึ้นของตัวแปรเพียง 4 ตัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่กลุ่มทดลองภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของตัวแปรดังกล่าวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวลดลงเล็กน้อย และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สาเหตุที่ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของตัวแปรลดน้อยลงภายหลังจากทดลอง มีความเป็นไปได้ว่าในการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองเป็นระยะเวลาในช่วงเดือนมกราคม ซึ่งตรงกับเทศกาลปีใหม่ ประชาชนอาจมีอารมณ์ที่เบิกบานแจ่มใส การตอบแบบสอบถามจึงค่อนข้างดี แต่ในระยะเก็บข้อมูลภายหลังจากทดลอง ซึ่งตรงกับต้นเดือนกุมภาพันธ์และเดือนเมษายน อาจเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ที่แตกต่างออกไป อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่กลุ่มแม่บ้าน จะทำให้ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่จากข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มทดลองภายหลังจากทดลองดังกล่าวก็สูงขึ้นจนเกือบที่จะมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้น เท่ากับ 1.24 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นเท่ากับ .88 และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้น เท่ากับ 3.34

จากค่าเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างไม่ มีนัย สำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาไม่ทำให้กลุ่มแม่บ้านมีการ เปลี่ยนแปลงตัวแปรทั้งสองแต่อย่างใด ซึ่งเมื่อพิจารณากิจกรรมที่ทำให้เกิดความคาดหวัง ได้แก่ การ ให้กลุ่มแม่บ้านร่วมกันอภิปรายกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นและการให้กำลังใจ นอกจากนี้ยังจัด กิจกรรมเสริม และยังร่วมกันทำความสะอาดที่พักอาศัย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวไม่ทำให้กลุ่มแม่บ้านเกิด ความคาดหวังความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิ ลำไส้ได้ โดยผู้วิจัยเห็นว่าในการสร้างความคาดหวังหลังความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ ต่อการมีพฤติกรรมน่าจะเป็นเรื่องที่จะเอื้อยขัดข้องและต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ในการปลูกฝัง บัณฑิตเหล่านี้ นอกจากนี้โปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่มกลุ่มทดลอง นับว่าใช้ระยะเวลาไม่นานเพียงพอ ที่ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทั้งสองได้ ผู้วิจัยคิดว่าการดำเนินการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ ประชาชนในสถานการณ์ที่เป็นจริง ควรมีการจัดโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลานานับ ปีหรือหลายปี ก็จะทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ และมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้มาก ขึ้น เช่นเดียวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษา กลุ่มแม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เพิ่มขึ้น เท่ากับ 3.34 ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่อย่างใด ผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าแม่บ้านกลุ่มทดลองภาย ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เหตุผลอาจมีลักษณะคล้ายกับตัวแปร ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ดังที่ได้กล่าวข้างต้น

4.2 สมมุติฐานจากความมุ่งหมายหลักข้อที่ 2 คือภายหลังการทดลองแม่บ้านที่เข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความ สามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรม ป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรค พยาธิลำไส้สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม พบว่าในระยะก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) แต่เมื่อสิ้นสุด การทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของ โรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิลำไส้ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าเฉลี่ย ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ภายหลังการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยความคาด หวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ พบว่าทั้งก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งสองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่กลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในทางตรงกันข้ามไม่มีประสิทธิผลในการเพิ่มความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก็ตาม เนื่องจากค่าเฉลี่ยของตัวแปรนี้ไม่แตกต่างกันภายในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าโปรแกรมสุขศึกษาไม่มีประสิทธิผลในการเพิ่มค่าเฉลี่ยของตัวแปรความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จากสมมุติฐานหลักข้างต้นและผลการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าสาเหตุของการที่โปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้มีผลทำให้เกิดการเพิ่มค่าเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างน้อยและไม่มีความสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) อาจเกิดจากการที่ระยะเวลาในการวัดค่อนข้างสั้น ซึ่งการวัดตัวแปรดังกล่าวอาจจะต้องใช้เวลายาวนาน และต้องมีการกระตุ้นให้มากกว่านี้ ดังเช่นบทความทั่วไปของ สุปรียา ดันสกุล (2544) ที่กล่าวว่า “มีคำถามจำนวนมากที่มีการกล่าวถึงกันมากกว่า มีงานสุขศึกษาที่ทำกันอยู่ไม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยยังคงป่วยด้วยโรคเดิมๆ ทั้งที่มีการป้องกันได้” โดยผู้เขียนได้ให้ความเห็นว่า มีความเป็นไปได้ว่า งานสุขศึกษาคือการให้ความรู้ การบรรยาย ฉายวีดิทัศน์ แจกแผ่นพับ จัดบอร์ด โดยคาดหวังว่าเมื่อบุคคลมีความรู้จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งคือการทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั่นเอง ผลปรากฏว่าไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ ดังเช่นการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง ไม่ทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มแม่บ้านสูงขึ้นมากนัก อย่างไรก็ตามตัวแปรด้านความรู้ การรับรู้ และความตั้งใจต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ก็สูงขึ้นในระดับที่น่าพอใจแต่ก็ไม่ทำให้พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ ตามที่ เอกเกอร์ (Egger. 1995 : 18-19) กล่าวไว้ว่า คนที่มีความรู้ ก็อาจไม่ทำพฤติกรรมที่ต้องการได้ ขึ้นอยู่กับว่าเขาได้รับความรู้ไปแล้ว มีการแปลผล หรือให้ความหมายประการใด ซึ่งต้องขึ้นกับภูมิหลัง ประสบการณ์ เจตคติ ค่านิยม ของแต่ละบุคคล งานสุขศึกษาจึงถูกมองว่าไม่สำคัญ ไม่จำเป็น ทั้งๆ ที่ไม่ใช่เช่นนั้น อย่างไรก็ตามงานสุขศึกษา เช่น การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อสร้างผลรวมจากประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งหมด ที่ได้วางแผนเพื่อให้เกิดเป้าหมายของการปฏิบัติ รวมทั้งการปฏิบัติอันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เพื่อเอื้อต่อสุขภาพ ตามที่เฟรนช์ (French. 1990 : 9) ได้ให้นิยามคำว่า สุขศึกษาว่า “เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการเลือก การสนับสนุนบุคคลเพื่อให้เขาวางแผนทาง

ศูนย์สารสนเทศ  
ทางพฤกษศาสตร์



สุขภาพที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ" ถึงแม้ว่าผลวิจัยของการศึกษานี้จะไม่ทำให้กลุ่มแม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นทางการ แต่ก็ทำให้กลุ่มแม่บ้านมีความรู้ การรับรู้ และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานหนึ่งที่จะนำกลุ่มแม่บ้านไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ตามที่สุปรียา ดันสกุล (2544) ได้เสนอว่าปัจจัยที่ควรคำนึงในการจัดกระบวนการเรียนรู้ 4 ปัจจัย คือ ผู้ให้สุขศึกษา กลุ่มเป้าหมาย วิธีการให้สุขศึกษา และบรรยากาศในการเรียนรู้ โดยการทดลองในครั้งนี้ผู้ให้สุขศึกษาคือตัวผู้วิจัยและผู้ช่วย ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามในส่วนขอเทคนิคการถ่ายทอด อาจมีไม่เพียงพอที่จะโน้มน้าวให้กลุ่มแม่บ้านเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และในส่วนของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ถึงแม้ว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ทั้งด้าน อายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม พื้นเพดั้งเดิม แล้ว อาจมีความเกี่ยวเนื่องกับวิถีชีวิต (Life Style) ซึ่งเป็นผลมาจากรูปแบบพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นนิสัย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการแก้ไข โดยในการศึกษาไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยในข้อนี้ นอกจากนี้นักจิตวิทยาบัญญัตินิยม มีความเชื่อว่า บุคคลแต่ละคนมีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความสนใจ แรงจูงใจ เจตคติ ค่านิยม มาจากประสบการณ์ในอดีต ทั้งจากการอบรมเลี้ยงดู การเรียนในโรงเรียน เป็นต้น โดยบุคคลจะจัดเก็บความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ไว้ในสมองที่ควบคุมด้านความจำ อย่างเป็นระบบ มีการเชื่อมโยงกัน และเมื่อมีการเรียนรู้สิ่งใหม่ เขาก็จะดึงเอาความรู้เหล่านั้น มาตีความ ถ้าสิ่งใหม่ที่รู้แตกต่างจากสิ่งเดิมที่เคยรู้ ปัญหาในการทำความเข้าใจก็จะเกิดขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าสิ่งใหม่เป็นสิ่งที่สามารถเชื่อมโยงเสริมกับสิ่งเก่า การเรียนรู้ก็จะง่ายขึ้น (สุปรียา ดันสกุล. 2544) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ความรู้เดิมที่กลุ่มแม่บ้านมีอยู่คือการมีพฤติกรรมที่ต้องห้าม เช่น การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การไม่รับประทานยาถ่ายพยาธิ ฯลฯ ไม่ทำให้เกิดผลต่อสุขภาพในปัจจุบันแต่อย่างใด ดังนั้นถึงแม้ว่าจะมีความรู้มากขึ้น มีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากขึ้น แต่กลุ่มแม่บ้านก็ยังไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติเนื่องจากยังไม่ประสบปัญหาแก่ตนเองและครอบครัวนั่นเอง อย่างไรก็ตามจากความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่สูงขึ้น ก็เชื่อได้ว่าความรู้ และการรับรู้ที่กลุ่มแม่บ้านได้รับจากโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้จะเป็นความรู้พื้นฐานที่เกิดการเหนี่ยวนำให้แม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องต่อไป

นอกจากเหตุผลข้างต้นที่กลุ่มแม่บ้านภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้สูงขึ้นไม่มากนัก ผู้วิจัยคิดว่าอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของกลุ่มแม่บ้าน ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล (Subjective norms) ตามที่สุปรียา ดันสกุล (2544) กล่าวว่า สังคมไทย การทำหรือไม่ทำพฤติกรรมใดๆ นอกจากขึ้นกับตนเองแล้ว บุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาย่อมมีอิทธิพล เช่น สามี ย่อมมีอิทธิพลต่อภรรยา เช่น สามีนิยมรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ถ้าภรรยาไม่ร่วมรับประทานด้วยก็จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 85 ของแม่บ้านกลุ่มทดลองและร้อยละ 72 ของแม่บ้านกลุ่มควบคุมอยู่ร่วมกับสามี ผู้วิจัยมี

ความเห็นว่าการให้โปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งนี้แก่กลุ่มแม่บ้าน ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แม่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ไม่สูงมากนัก ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากอิทธิพลดังกล่าวนั่นเอง โดยผู้วิจัยคิดว่าในการทดลองครั้งต่อไป ควรทำการเปรียบเทียบ โดยการจัดกลุ่มให้มีสมาชิกร่วมโปรแกรมด้วยคาดว่าจะให้ผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน นอกจากนี้พฤติกรรมที่เป็นการปฏิบัติตามทฤษฎีของทอนไรซ์ อธิบายกฎไว้ 3 ข้อว่า การเรียนรู้จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ขึ้นอยู่กับ 1) การได้ฝึกทำด้วยตนเองและทำซ้ำๆ 2) ทำแล้วได้รับความพอใจ 3) การกระทำขึ้นอยู่กับความพร้อมของร่างกายอารมณ์ และจิตใจ นอกจากนี้ควรได้รับข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาว่าเป็นไปโดยสอดคล้องหรือไม่

มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่ให้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเช่นเดียวกัน งานวิจัยดังกล่าว เช่นงานวิจัยของมณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ (2538) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์แนวคิดตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค รวมทั้งการใช้ทฤษฎีการสร้างพลัง กระบวนการกลุ่ม และวิธีทางสุขศึกษาเป็นแนวทางกำหนด ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ มีความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปัจจัยด้าน การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยได้ร้อยละ 33.4 (มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์. 2538) นอกจากนี้งานวิจัยของ สุพรรณิ สฤทธอภีรักษ์ (2536 : 131-137) ทำการศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้นักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี โดยวิธีทางสุขศึกษาเน้นการอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การเรียนรู้จากสถานการณ์ที่กำหนด และการอภิปรายกลุ่ม ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนการทดลองของ ศรีสุภรณ์ รุธิรวิวัฒน์ (2536 : 134-144) ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนจำพลาธิการ โดยเน้นวิธีการสอนสุขศึกษารายกลุ่ม การอภิปรายหมู่จากตัวแบบจริง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการประเมินอันตราย การประเมินเผชิญปัญหา และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สุขภาพ และถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ และยังพบว่าปัจจัยด้านรายได้ การประเมินอันตราย การประเมินเผชิญปัญหา ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมกำบังโรคเอดส์และการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ได้ดีตามลำดับ

จากงานวิจัยที่กล่าวข้างต้น พบว่ามีความแตกต่างจากงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ให้ผลการศึกษาตรงตามวัตถุประสงค์ โดยภายหลังการให้โปรแกรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรม ความตั้งใจในการมีพฤติกรรม และพฤติกรรมกำบังโรค สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาครั้งนี้ภายหลังให้โปรแกรมสุขภาพตัวแปรดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น ยกเว้นความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นไม่มากนักและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) อย่างไรก็ตามความมุ่งหมายของการให้โปรแกรมสุขภาพครั้งนี้คือต้องการให้กลุ่มแม่บ้านภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดเพิ่มขึ้นและคาดหมายว่าตัวแปรทั้งหมดจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้อง โดยได้พยายามหาแนวทางให้บุคคลเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม ตามที่เบ็คกและลันด์ (Mackay, 1992. อ้างอิงจาก Beck & Lund, 1991) พบว่าความสามารถของบุคคล เป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพต่ำและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ผู้ที่มีอำนาจภายในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ความคาดหวังความสามารถตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำได้ นอกจากนี้ความคาดหวังความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จะเป็นไปได้สูงเมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ โดยพบว่าถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูง และผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกันถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย เช่น การบอกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรคว่า สามารถรักษาได้โดยที่เขาอาจไม่ติดเชื้ออีก ก็จะส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

อย่างไรก็ตามการให้โปรแกรมสุขภาพครั้งนี้ นับว่ามีประสิทธิผลเป็นที่น่าพอใจเนื่องจากภายหลังการให้โปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรม

ป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้จะเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม แต่กลุ่มแม่บ้านมีความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ก็มีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติต่อไป ดังเช่นงานวิจัยของมาลีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์ (2542) ทำการศึกษาพบว่าเจตนาหรือความตั้งใจในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจสามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเจตนาหรือความตั้งใจมีอิทธิพลและมีน้ำหนักในการทำนายพฤติกรรมสูงกว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงตัวแปรเดียว ดังนั้นถ้าเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ ที่ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทำให้แม่บ้านมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้เพิ่มขึ้น ก็เป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของกลุ่มแม่บ้านจะสูงขึ้นต่อไป ถึงแม้ว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองจะไม่สูงขึ้นก็ตาม

การที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เนื่องจากการให้โปรแกรมสุขศึกษานับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันโรค ที่ต้องการขจัดความก้าวหน้าของโรคทุกระยะ ซึ่งการให้สุขศึกษาครั้งนี้เป็นการป้องกันโรกระดับแรก (Primary prevention) คือการป้องกันและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค ส่วนการป้องกันโรกระดับสองนั้น หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และการป้องกันโรกระดับที่สาม หมายถึง เป็นระดับที่หยุดการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งการระบาดของโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนเขตคลองเตย จำเป็นต้องใช้ทั้งสามระยะของการป้องกันโรคพร้อมกัน เนื่องจากมีประชาชนบางส่วนที่เกิดโรคขึ้นแล้ว และมีบางส่วนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการได้เพียงกระตุ้นให้เกิดการป้องกันโรคทั้งสามระดับเท่านั้น เนื่องจากไม่มีอำนาจหรือหน้าที่ที่จะดำเนินการในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ทั้งสามระดับได้ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ย่อมเป็นแนวทางหนึ่งที่จะให้หน่วยงานของรัฐและองค์กรต่างๆ ภายในชุมชนเขตคลองเตยเห็นความสำคัญ และเห็นแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนเขตคลองเตยต่อไป

#### 4.3 ตามสมมติฐานจากความมุ่งหมายรองข้อที่ 1

สมมติฐานจากความมุ่งหมายรองข้อที่ 1 คือความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีผลต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (ตาราง 10 และ 12 หน้า 101 และ 103) พบว่าตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปในทิศทางบวก และมีระดับนัยสำคัญที่ระดับ .001 และ .01 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ที่ได้เป็นผลรวมของคะแนนของทุกกลุ่มศึกษา ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งระยะก่อนและหลังการทดลอง

จากข้างต้นที่พบว่าตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีผลต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยตัวแปรบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของศกวรรณ เคนคะสุมาตร์ (2539) ที่พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ทศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ตามลำดับค่าสหสัมพันธ์ โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีค่าความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์มากที่สุด และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวทำนายที่สามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชาวเขา ได้อย่างมีนัยสำคัญคือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ โดยตัวทำนายทั้งสามตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความตั้งใจได้ร้อยละ 49.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิภาภรณ์ ปัญญาติ (2535) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ในจังหวัดเชียงราย มากที่สุดคือการคล้อยตามกลุ่มเพื่อน รองลงมาคือทัศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรของความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนได้ร้อยละ 45.49 สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์พบว่าไม่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน และยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้ ส่งเพียงอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ทศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนเท่านั้น ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์จะส่งอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ต่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าอาจมีทั้งปัจจัยโดยตรงและปัจจัยโดยทางอ้อมได้เช่นเดียวกัน

ทฤษฎีในการวัดความตั้งใจของฟิชบายน์ ได้รวบรวมผลงานวิจัย 13 เรื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การใช้เจตคติของบุคคลกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพื่อทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นมีความแม่นยำสูง กล่าวคือมีค่าสหสัมพันธ์พหุคูณโดยเฉลี่ยถึง .746 นอกจากนี้ชเลเกลและคนอื่นๆ (Schlegel; et al. 1977) ได้นำโมเดลของฟิชบายน์ และเอจเซน (Fishbein; & Ajzen. 1975) ไปใช้ในการทำนายความตั้งใจของวัยรุ่นที่จะดื่มน้ำเมาสามชนิดในสามสถานการณ์ ผลการทดลองปรากฏว่า เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจที่จะดื่มน้ำเมาได้ทุกกรณี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรที่ที่ใช้และจัดเป็นตัวแปรทางด้านเจตคติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ ให้ผลการศึกษาที่

สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนั้น งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ใส่ตัวแปรนี้ไว้ เนื่องจาก ข้อจำกัดของการจัดกลุ่มตัวอย่าง และความร่วมมือจากหัวหน้าชุมชน และจากการศึกษาของศิริณา จามรมาน (Jamornman, 1982 : 44) พบว่าองค์ประกอบวัดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ทั้ง 2 ตัว คือ เจตคติของบุคคล และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ อาจใช้เพียงองค์ประกอบเพียงตัวใดตัวหนึ่งก็ทำให้การอธิบายผลเพียงพอ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งต่อไปถ้านำกลุ่มอ้างอิงมาร่วมในการดำเนินการทดลอง เช่น ผู้นำชุมชน ครู ผู้เลี้ยงเด็ก และหัวหน้าครอบครัว อาจทำให้โปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหรือความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว จะเห็นว่าแต่ละส่วนมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และต่างก็เสริมและเอื้ออำนวยต่อกัน อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่า ส่วนที่เป็นความรู้เป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดผลในส่วนที่เป็นเจตคติ หรือการรับรู้ของการศึกษารั้งนี้ ส่วนที่เป็นความรู้จะเอื้อให้เกิดความสำเร็จหรือบรรลุจุดมุ่งหมายได้เป็นอย่างดี (ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล, 2527 : 39) ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ยืนยันให้เห็นว่าความรู้ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรทางเจตคติคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523 : 5-7) ที่กล่าวเกี่ยวกับเจตคติว่า จะต้องประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นว่ามีคุณหรือโทษมากน้อยเพียงใด ซึ่งความรู้นับว่าเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างมากต่อเจตคติ โดยเมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประมาณค่าแล้ว สิ่งก็ตามมาคือความพร้อมของการกระทำ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นต่อไป

#### 4.4 อภิปรายผลตามสมมติฐานจากความมุ่งหมายรองข้อที่ 2

สมมติฐานตามความมุ่งหมายรองข้อที่ 2 ได้แก่ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จากผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน โดยตามตาราง 11 และ 12 (หน้า 102 และ 103) พบว่าความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความสัมพันธ์ที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาเป็นจำนวนมาก และการที่ผู้วิจัยให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เนื่องมาจากความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ที่พัฒนามาจากพิชบายน์และเอจเซน ที่ได้เสนอโมเดลในการวัดเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคล โดยวัดจาก ความตั้งใจการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยเขาเชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของเขา โดยความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีที่สุด (Fishbein; & Ajzen, 1975 : 372-374) ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุน เช่น การศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมกับพฤติกรรมนั้น มีการศึกษาอย่างกว้างขวางเช่นเดียวกัน โดยการศึกษาของ ยูพา ชูสิทธิสกุล (2527 : ก-ข) ศึกษาพบว่าความตั้งใจในการดื่มสุราของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาในภาคกลาง 5 แห่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ สุวลัย ชำรงค์สกุลศิริ (2537 : 86) พบว่าความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย

ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของหทัยรัตน์ รีมประพันธ์ณี (2543 : 69-70) พบว่าเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้งานวิจัยที่ศึกษาวิถีชีวิตและพฤติกรรมอนุรักษ์แหล่งน้ำของแม่บ้านและเยาวชนริมคลองแสนแสบ ก็พบว่าตัวแปรสำคัญที่อธิบายและทำนายพฤติกรรมอนุรักษ์แหล่งน้ำ ตัวแปรหนึ่ง ได้แก่ ความตั้งใจในการอนุรักษ์แหล่งน้ำ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงมากที่สุด นอกจากนี้ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอนุรักษ์แหล่งน้ำ ความตระหนักต่อการอนุรักษ์แหล่งน้ำ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมอนุรักษ์แหล่งน้ำ ก็เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมอนุรักษ์แหล่งน้ำได้เป็นอย่างดี (ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร และคนอื่นๆ . 2545 : 39-70) ซึ่งจากงานวิจัยตาม ข้อ 4.3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้สูง ทำให้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายพฤติกรรมได้สูงเช่นเดียวกัน เนื่องจากความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลได้สูงนั่นเอง

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ถึงแม้ว่าโปรแกรมที่ให้จะไม่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ ความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ก็ตาม อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ระยะเวลาของการศึกษาไม่ยาวนานเพียงพอ อย่างไรก็ตามนับว่าตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงนับเป็นตัวแปรสำคัญที่เป็นพื้นฐานของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องต่อไป นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการเพิ่มกลุ่มอิทธิพลเข้ารับโปรแกรมสุขศึกษาก็จะทำให้โปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเสนอแนะแนวทางที่พึงปฏิบัติ ดังนี้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ มีผลให้แม่บ้านกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ย่อมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นภายในชุมชนเขตคลองเตย เนื่องจากจะทำให้ประชาชนมีแนวโน้มในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ที่ถูกต้องต่อไป ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาต่อชุมชนที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนแออัดของประเทศ

1.2 จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษา ถึงแม้จะอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง แต่อัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ที่มีผู้สำรวจไว้ในระยะเวลาใกล้เคียงกัน ยังอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และมีโอกาสที่ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่กระจายโรคพยาธิลำไส้ ไปสู่บุคคลอื่นได้ ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนเขตคลองเตย เช่น ควรมีนโยบายในการดำเนินการจัดโครงการตรวจหาผู้ติดเชื้อพยาธิลำไส้ ให้การรักษา ติดตามผล และปลูกฝังการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง โดยการรณรงค์ และการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้แก่บุคคลเป้าหมาย

#### 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งการตรวจคัดกรอง รณรงค์ และให้โปรแกรมสุขศึกษา แก่ชุมชนแออัดภายในกรุงเทพมหานคร และชุมชนแออัด ในต่างจังหวัด เนื่องจากชุมชนแออัด เป็นบริเวณที่มีการอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น และประชาชนมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ทำให้มีโอกาสต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ ควรดำเนินการให้องค์กรภายในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญในข้อนี้ เนื่องจากเป็นองค์กรที่ใกล้ชิดกับประชาชนเป็นอย่างมาก โดยในระยะเริ่มต้นควรจัดอบรมบุคคลากรและให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อบุคคลากรในองค์กรต่างๆ จะเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่ถูกต้องต่อไป

2.2 ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมภายในชุมชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยสนับสนุนด้านงบประมาณ มีการประเมินผล และการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

2.3 โรงเรียนต่างๆ ควรบรรจุความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ไว้ในบทเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ เพื่อปลูกฝังให้นักเรียนเกิดความรู้ การรับรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง



### ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ เฉพาะกลุ่มแม่บ้านในชุมชนสวนอ้อย ชุมชนสวนไทร และชุมชนริมคลองวัดสะพานเท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการศึกษาประชาชนที่อาศัยในชุมชนแออัดเป็นบริเวณกว้าง และควรดำเนินการในทุกเพศและทุกวัย เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาว่าบุคคลแต่ละกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาต่างกันหรือไม่

2. การดำเนินงานวิจัยครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญถึงกลุ่มอ้างอิง ว่ามีความสำคัญต่อโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้นาน้อยเพียงใด เนื่องจากมีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีบทบาทอย่างยิ่งต่อบุคคลในการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3. จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้แก่กลุ่มแม่บ้านไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในโรคอื่น ดังนั้นในการดำเนินการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการหาเครื่องมือในการวัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมทั้งศึกษาปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดต่างๆ ซึ่งจะเป็นแนวทางให้งานวิจัยในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ มีเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน นอกจากนี้ควรใช้วิธีทางสถิติในการวิเคราะห์เพื่อลดความแทรกซ้อนจากปัจจัยอื่นๆ (เช่น การใช้สถิติ Multivariate analysis of covariance หรือ MANCOVA) ก็จะทำให้ได้ผลที่ดีขึ้น

4. เนื่องจากโรคพยาธิลำไส้ เป็นโรคที่กำลังแฝงอยู่ในทุกภาคของประเทศ และมีการติดเชื้ออยู่ตลอดเวลา การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการสำรวจอัตราการติดเชื้อทั่วประเทศ และควรทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ อีกทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อการให้โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งจะมีประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติต่อไป

## บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ เวทศิลป์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกรียงศักดิ์ ไชยา. (2534). การสอนสุขศึกษาโดยใช้วิธีการเรียนรู้จากปัญหาในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคระนอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โกสุม มีทรัพย์. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเสพสารระเหย ในนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา. ภาคนิพนธ์ ส.บ.(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2524). แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ : สำนักข่าวพาณิชย์.
- \_\_\_\_\_. (2530). แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก. จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตชนก หัสดี. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตต์ลัดดา สุภานันท์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลผ้าเท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจตนา คันทาทิพย์. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดราชบุรี. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2548). การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรและการวิเคราะห์จำแนกประเภท (MANOVA and Discriminant Analysis) . (Online). Available : <http://watpon.com>. 1-36.
- ชไมพร มุขโต. (2522). ผลการใช้กิจกรรมในการพัฒนาความซื่อสัตย์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี กรุงเทพมหานคร. ปรินุฎยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงเดือน พัมธมนาวิน. (2523). การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม. เอกสารการอบรมวิจัยขั้นสูงทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ดุษฎีดาว เรืองเวชติวงษ์. (2540). การศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะประกอบพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ของนิสิตชายมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ปรินุฎยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนาศ เทียนแสน. (2525). กระบวนการเรียนรู้โดยการทำงานกลุ่ม. วารสารครุศาสตร์. 31(1) : 15.
- ทวีป กิตยาภรณ์. (2535). วิทยาการระบาดและการควบคุมโรคพยาธิปากขอ. ใน : อุดม ศรีทรัพย์; วิโรจน์ กิตติคุณ; ธนวรรณ อิมสมบุรณ์ และประภาศรี จงสุขสันติกุล, บรรณาธิการ. การควบคุมโรคพยาธิปากขอในภาคใต้ : พฤติกรรมกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์ และสุขศึกษา กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์; เพ็ญจันทร์ ประดับมุก; และจริยา สุทธิสุนทร. (2533). พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ. โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข.
- ทวีศักดิ์ กสิผล. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงของประชาชนจังหวัดชลบุรี. ปรินุฎยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทิตนา แคมมณี. (2545). กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : นิชนเอดเวอร์ไทซิง กรุ๊ป.
- ธงชัย ปภัสราทร; ประสงค์ เต็มเจริญ; สุทธิ อธิปัญญาคม; และปกรณ สุเมธานุรักษ์กุล. (2520). ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญบางประการระหว่างการวางแผนครอบครัว และอัตราการติดเชื้อปาราสิตในลำไส้ ณ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสมาคมปาราสิตย. 1(1) : 38-47.
- ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล. (2527). จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2538). หลักการวิจัยทั่วไป พร้อมด้วยตัวอย่างทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นงรัตน์ เหล่าสุริยงค์. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเว่วน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิรามัย ศุภนราพรรัตน์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บั้งอร ฉางทรัพย์; พัชรินทร์ บุญแทน; นัยนา อาณัติ; และมุสดี ศิริประภา (2547). รายงานความก้าวหน้างานวิจัยฉบับสมบูรณ์ : การสำรวจความชุกโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนคลองเตย. สมุทรปราการ : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- บั้งอร ประภาสะสุตร์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคอาชีวศึกษา ชั้นปีที่ 1 จังหวัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญชอบ เกษโกวิท. (2538). การประเมินประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการให้อาหารเสริม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเยี่ยม กระจุกวงษ์. (2528). นวัตกรรมการศึกษา เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ, โรคพยาธิใบไม้ตับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิด และการแก้ไขทางสังคมศาสตร์ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญสม นำเจริญ. (2532). ความรู้ทางประชากรและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมทางประชากร ของผู้เรียนที่มีประสบการณ์การเรียนประชากรศึกษา ในรูปแบบที่แตกต่างกัน วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุปผา อาศรัยราช. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุษบง โกฎวิเชียร. (2533). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กชุมชนบางเขน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2526). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวีน สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ สุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประกาศศรี จงสุขสันติกุล; และคนอื่นๆ. (2545). โครงการประเมินผลงานควบคุมโรคหนองพยาธิของ ประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544. รวมบทคัดย่อ โครงการวิจัย ของกรมควบคุมโรคติดต่อที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 (พ.ศ. 2540-2544) : 117-118.
- ประยงค์ ระดมยศ; สุวณี สุภาเชย์ ; และ สรชัย หล่ออารีสุวรรณ. (2539). ตำราปรสดีวิทยาทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.
- ปรัชญา ใจสะอาด. (2525). บทเรียนสำเร็จรูปและเครื่องมือช่วยสอน. ลพบุรี : หัดถโกศลการพิมพ์.
- พร้อมจิต จงสูวิวัฒน์วงศ์. (2538). ผลการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนัก งานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พันทิพย์ रामสูตร. (2540). ระบาดวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- พิชัย แก้วลำภู. (2520). พยาธิลำไส้ในภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพ. 4(1) : 58-77.
- พิสมัย จันทวิมล. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ : ดีไซร์.
- พูนศรี นิธากรณ์. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัด ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พูลศรี พงศ์สมานบุตร; พัทธโรบล นาถประทาน; เฉลิม เกรือสาร; และกำธร หอประสงค์. (2545). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนองพยาธิ ในพระภิกษุสามเณร จังหวัดเชียงใหม่. รวมบทคัดย่อโครงการวิจัยของกรมควบคุมโรคติดต่อที่ดำเนินการในช่วง แผนฯ 8 (พ.ศ. 2540-2544).
- เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภานนท์. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุข ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ไพบูลย์ สิทธิถาวร; วิชิต พิพิธกุล; และสมาน เทศนา. (1983). การศึกษาเบื้องต้นเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานะภาพทางเศรษฐกิจ การสุขาภิบาล อุปนิสัยในการกินอาหาร และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของบ้านโนนม่วง จ.ขอนแก่น. *Parasit Trop Med Ass Thailand* 6(2) : 71-81.
- มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี้รดจักรยานยนต์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2533). สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- มัลลิกา มัตติโก. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดา ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยมสิริ นาวานุรักษ์. (2535). ประสิทธิภาพของโครงการสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคคอตีบและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก ห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร์. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอหิวาต์จากการได้รับสารพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพา ชุสุทธิสกุล. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพาพร หงษ์ชูเวช. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารจานด่วน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันด้านทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร; ประทีป จินนี; ทศนา ทองภักดี และพรรณี บุญประกอบ. (2545). วิถีชีวิตและพฤติกรรมอนุรักษ์แหล่งน้ำของแม่บ้านและเยาวชนคลองแสนแสบ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 8(1).39-70.
- วรรณภา นาราเวช. (2532). การศึกษาระบาดวิทยา : ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยกับการป่วยด้วยโรคพยาธิปากขอ ในจังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วสัน ศิลปสุวรรณ; และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2542). การวางแผนและประเมินผล โครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์.
- วัน กุชิตา. (2529). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วินิจ เกตุขำ; และคมเพชร จิตรศุภกุล. (2522). กระบวนการกลุ่มศึกษา 322. กรุงเทพฯ : ระพีระพัฒนา.
- วิน เชยชมศรี; และดารณี แดงหาญ. (2539). การศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคหนอนพยาธิอื่นๆ ในจังหวัดหนองคาย อุดรธานี และขอนแก่น ปี พ.ศ. 2536. วารสารโรคติดต่อ. 22(5) : 284-289.
- วิภาภรณ์ ปัญญาดี. (2535). ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดเชียงราย . วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิลาวัลย์ ประทีปแก้ว. (2534). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศกลวรรณ เคนคะสุมาตร์. (2539). ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชาวเขาทางภาคเหนือ . วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีสุภรณ์ รุธิรวัดณ์. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนจำพลาธิการ กองทัพเรือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.



- ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ. (2533). *ชุมชนแออัดตะกอนบางกอก*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :  
รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการ  
กลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มา  
ฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุข  
ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *ปฏิรูปแนวคิดคนไทย : สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ :  
ดีไซร์.
- สมเกียรติ ศรประสิทธิ์. (2539). *วิทยาการระบาด และการป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ โดย  
กรรมกรหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์  
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิตร หนูเจริญกุล; วัลลา ดันตโยทัย; และรวมพร คงกำเนิด. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ.  
นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*.
- สมชัย บวรกิตติ ; จอห์น พี. ลอฟกัส ; และ กฤษณา ศรีสำราญ. (2542). *ตำราเวชศาสตร์สิ่ง  
แวดล้อม*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร พฤกษราช; และคนอื่นๆ. (2525). *การศึกษาหาความชุกและความรุนแรงของโรค  
หนองพยาธิลำไส้ในชนบทประเทศไทย พ.ศ. 2523-2524*. *วารสารโรคติดต่อ*. 8 : 245.
- สมศักดิ์ เปียงใจ; และคนอื่นๆ. (2541, ตุลาคม-ธันวาคม). *ความแตกต่างของพยาธิในทางเดิน  
อาหารของนักเรียนไทยภูเขาและนักเรียนไทยพื้นราบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัด  
เชียงใหม่*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 7(4) : 431-439.
- สุกัญญา ณรงค์วิทย์. (2532). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ในหญิงอาชีพ  
พิเศษที่มีแหล่งพำนักในเขตความรับผิดชอบของสถานีตำรวจบางซื่อ โดยไม่จำกัดลักษณะ  
ของสถานบริการ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *การสอนสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุปรียา ดันสกุล. (2544). *กระบวนการเรียนรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. *วารสารส่งเสริมสุขภาพ  
และอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 24(4) : 1-7.
- สุพรรณิ สฤชดีอภิรักษ์. (2536). *ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการจัด  
โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้นักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัด  
เพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุพรรณิ เหล่าจุมพล. (2539). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม  
เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มแม่บ้าน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.  
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุวลัย ขำรงค์สกุลศิริ. (2537). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- สุวิภา โกสุมวัชรารภรณ์ ; และเปรมจิต กระฤฤทธิ์. (2528). การศึกษาปัจจัยบางประการ ที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้มารับบริการ ที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ศูนย์วัดโรคเขต 6 ขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* 8(2) : 41-50.
- สุวิมล สันติสุขธนา. (2533). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- หทัยรัตน์ รีมประพันธ์. (2543). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสระบุรีตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- อรรรรณ สุทฆากร. (2540). *คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในที่อยู่อาศัยของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (วิจัยประชากรและสังคม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สามลดา.*
- อัญญา ณ ระนอง. (2545). *การออกแบบสอบถาม : การพัฒนาแบบสำรวจสุขภาพอนามัยของประชากรกลุ่มยากจนในเมืองและในชนบท. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แสงสว่างเวิลด์เพรส.*
- อุดม เอกตาแสง; มนูญ ไพบุลย์; สุรพล สุวรรณกุล; สมคิด แก้วมณี; และไพบุลย์ พันธุ์ประภาส. (1987). ความชุกของเชื้อปรสิตในบางจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ. *J Parasit Tro Med Ass Thailand.* 10 : 15-27.
- อุดมพร จุลฤกษ์. (2520). *ภาวะเศรษฐกิจ และสังคมกับโรคปาราสิตลำไส้. วารสารสมาคมปาราสิตย 1(1) : 29-47.*
- อุเทน จารณศรี; ประภาศรี จงสุขสันติกุล; และชาวลิตร จีระดิษฐ์. (2532). การสำรวจโรคหนองพยาธิลำไส้ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ของประเทศไทยปี 2532. *Com. Dis. J.* 15(4) : 391-404.
- เอื้อมพร กาญจนรังสิขัย. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพหรือของบุคคลากรชายในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*

- Adams, M.; & Motarjemi, Y. (1999). *Basic Food Safety for Health Workers*. Geneva : World Health Organization.
- Anantaphruti M.T.; Nuamtanong, S; Muennoo, C; Sanguankiat, S; & Pubampen, S. (1999, 21-23 July). *Strongyloides stercoralis* Infection and Chronological Changes of other Soil-transmitted Helminthiasis in the Endemic Area of Southern Thailand. *The 1<sup>st</sup> APCO Parasitologists Otilde. Meeting, Tokyo, Japan*. (Abstract book).
- Anderson, RM.; & Schad, GR. (1985). Hookworm Burdens and Faecal Egg Counts and Analysis of Biological Basis of Variation. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 79(6) : 812-825.
- Bandura, A. (1977, April). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs. N.J. : Prentice Hall.
- \_\_\_\_\_. (1978). The Self-System in Reciprocal Determinism. *Am Psychologist.* 33(2) : 344-358.
- \_\_\_\_\_. (1997). *Self-efficacy : The Excercise of Control*. New York : W.H. Freeman.
- Bandura, A.; & Adam, N.E. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura, A. ; & Menlove, F.L. (1968, February). Factors Determining Vicarious Extinction of Avoidance Behavior through Symbolic Modeling. *Journal of Personality and Psychology.* 8(2) : 99-108.
- Becker, M.H.; & Maiman, L. A. (1975, January). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care.* 13(1) : 10-24.
- Becker, M.H.; Drachman, R.H.; & Kircht, I.P. (1974). A New Approach to Explain Sick-Role Behavior in Low-Income Population. *American Journal of Public Health.* 64(3) : 205-216.
- Berkmen, Y.M.; & Rabinowitz, J. (1972). Gastrointestinal Manifestations of the Strongyloidiasis. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 115(2) : 306-311.
- Bhaibulaya, M.; Benjapong,W.; & Noeypatimanond, S. (1977). Infection of *Capillaria philippinensis* in Man from Phetchabun Province, Northern Thailand : A report of the fifth case. *J.Med. Ass.Thailand.* 6(10) : 507-509.
- Binder, D.M.; Jones, J.G.; & Strowig, R.W. (1970). Non-Intellective Self-Report. Variables As Predictors of Scholastic Achievement. *Journal of Education Research.* 63(8): 364-366.

- Blue, C.L. (1977). Theory of Planned Behavior and Self-Efficacy and Exercise Behavior in Blue-Collar Worker. *Dissertation Abstracts International-B*. (CD-ROM). 55(11) : 1997. Available : Umi ; Dissertation Abstracts (1995-1999).
- Bodero, J. (1995). The Prediction of Household Recycling of Newspaper : The Role of Attitude Intention and Situation Factors. *The Journal of Applied Social Psychology*. 25 (5) : 440-462.
- Brandborg, L.L.; et al. (1978). *Gastrointestinal Disease*. Philadelphia W.B. Saunders.
- Brasitus, T. A. (1979). Parasites and Malabsorption. *The American Journal of Medicine*. 67 : 1058-1065.
- Bundy, D.A.P.; & Cooper, E.S. (1989). Trichuris and Trichuriasis in Humans. *Advances in Parasitology*. 28(2) : 107-173.
- Bundy, D.A.P. (1990, July-August). New Initiatives in Control of Helminths. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 84(4) : 622-625.
- Bundy, D.A.P. ; Hall A.; Medley G.F.; and Savioli L. (1992). Evaluating Measures to Control Intestinal Parasitic Infections. *Rapp. Trimest.statist.sanit.mond*. 45(2-3) : 168-179.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2 nd ed. Hillsdale, N,J : Lawrence Erlbaum.
- Coakes, SJ; Steed, LG. (1999). *SPSS Analysis without Anguish : Version 10.0 for Windows*. Australia : John Wiley & Sons.
- Cooper, E.S.; et al. (1992). Intestinal Nematodes Infections in Children : the Pathophysiological Price Paid. *Parasitology*. 104(Suppl) : S91-S103.
- Crandall, R.B.; et al. (1978). Analysis of Immunosuppression During Early Acute Infection of Mice with *Ascaris suum*. *Clin. Exp. Immunol*. 33(1) : 30-37.
- Crompton, D.W.P. (1992). Ascaris and Childhood Malnutrition. *Transaction of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 86(6) : 577-579.
- Cross J.H.; & Basaca-Sevilla V. (1981). Intestinal Parasitic Infections in Southeast Asia. *Southeast Asian J. Trop.Med.Pub.HLTH*. 12(2) : 262-274.
- Dianne, N.; et al. (1995). Eating Disturbances among Adolescent Girl : Evaluation of a school-Based Primary Prevention Program. *Journal of Nutrition Education*. 27 (1) : 24-31.
- Dunkle, S.E.; & Hyde, R.S. (1995, July). Predictors and Subsequent decision of Physical Therapy and Nursing Students to Work with Geriatric Clients : An Application of the Theory of Reasoned Action. *Phys Ther* 75 (7) : 614-620.

- Eduardo, S. (1991). Food-Borne Parasitic Zoonoses in the Philippines. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 22 (Suppl) : 16-22.
- Egger, G.; Spark, R.; & Lawson, J. (1995). *Health Promotion Strategies & Method*. New York; McGraw-Hill Book.
- Evans, A.C.; & Stephenson, L.S. (1995). Not by Drug Alone : the Fight Against Parasitic Helminths. *World Health Forum*. 16(3) : 258-261.
- Filho, E.C. (1978). Strongyloidiasis. *Clin Gastroenterol*. 7(1) : 179.
- Fishbein, M.; & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior ; An Introduction to theory and Research*. Addison-Wesley Publishing.
- French, J. (1990). Boundaries and Horizon, the Role of Health Education within Health Promotion. *Health Education Journal*. 49(1) ; 1 : 8-13.
- Garnngarndee, U.; Chaiyakhun, Y.; Wiwanitkit, V.; & Suwansaksri, J. (2002, November). A Study on the Factors Influencing Intestinal Parasite Infection in a Rural Community in Northeastern Thailand. *Joint International Tropical Medicine Meeting 2002, Bangkok, Thailand*. (Abstract book).
- Gills, H.M.. (1985, January-February). Selective Primary Health Care : Strategies for Control of Disease in the Developing World XVII. Hook Worm Infection and Anemia. *Rev Infect Dis*. 7(1) : 111-118.
- \_\_\_\_\_. (1990). *Naturally Acquired Infections : What's Needed ? In : Hookworm Disease : Current Status and New Direction*. London: Taylor and Francis.
- Harinasuta, C.; Valrasthira, S.; & Jetanasen, S. (1961). Metacercaria of *Opisthorchis viverrini* in Fishes of Northeast, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 44 : 612-628.
- Harinasuta, C.; & Vajarasthira, S. (1964). Soil-Transmitted Helminths in Thailand : Incidence, Distribution and Factors Influencing the Transmission. *J Med Assoc Thai*. 47 : 396-400.
- Hassan, S.I. (1994). Parasitic Infections in Primary and Secondary Schools in Giza governorate , Egypt. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*. 24(3) : 597-601.
- Henderson, S.; et al. (1980). *Social Bonds, Adversity and Neurosis*. In : Clayton, P.J.; Wing, J.K.; Robbins, L.N. eds. *The Social Consequences of Psychiatric Disorder*.
- Horn, D. (1976). A Model for the Study of Personal Choice Health Behavior. *International Journal of Health Education*. 19(2) : 89-98.

- Horton, D.L.; Turnage, T.W. (1976). *Human Learning*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Jamornmarn, S. (1982). *Behavior Intention of the Thais in Family Planning and Contraceptive Practice*. SEAPRAS Report. No 88 Singapore International Development Research Center.
- Jimba, M.; & Joshi, DD. (2001). Health Promotion Approach for the Control of Food-Borne Parasitic Zoonoses in Nepal : Emphasis on an Environmental Assessment. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 32(Suppl 2) : 229-239.
- Kamiya, M.; & Ooi, HK. (1991). Current Status of Food-Borne Parasitic Zoonoses in Japan. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 22(Suppl) : 48-53.
- Khamboonruang, C & Nateewatana, N. (1975, March). Trichinosis : A Recent Outbreak in Northern Thailand. *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Hlth*. 6(1) :74-78.
- Ko, RC. (1991). Current Status of Food-Borne Parasitic Zoonoses in Hong Kong. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 22(Suppl 2) : 42-47.
- Laventhal, H. (1973). Changing Attitudes and Habits to Reduce Risk Factors in Chronic Diseases. *American Journal of Cardiology*. 31 : 571-579.
- Lease, R.; & Allen, J.R. (1986). *An Evaluation of Motorcycle Safety Education in Three Southuntral Pennxylania Counties*. Doctoral Disseration, University of Pennsylvania.
- Mackay, B.C. (1992). *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to Use Condoms*. Michigan : A Bell and Howell Information.
- Mahendra Raj , S.; et al. (1997). Intestinal Helminthiasis in Relation to Height and Weight of Early Primary School Children in Northeastern Peninsular Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 28(2) : 314-321.
- Martinez-Palomo, A.; & Ruiz-Palacios, G. (1990). *G. Ameobiasis*. In : Warren, K.S. and Mahmoud, A.A.F. (ed.) , *Tropical and Geographical Mmedicine*. Second Edition. New York : McGraw-Hill.
- Mettrick, D.F.; & Podesta, R.B. (1974). Ecological and Physiological Aspects of Helminth-Host Interactions in the Mammalian Gastrointestinal Canal. *Adv Parasitol*. 12 : 183-278.
- Muennoo, C.; et al. (1998). Prevalence and Intensity of Soil-transmitted Helminths in Villages with Clustered Housing and Dispersed Housing, Nakhon Si Thammarat Province. *J Trop Med Parasitol*. 21(1) : 40-43.
- Muennoo, C.; & Rojekittikhun, W. (2001). Factors and Health Behavior Concerning Soil-Transmitted Helminthiasis. *J Trop Med Parasitol*. 24(1) : 11-15.

- Nacapunchai, D.; Preklang, S.; & Yainoi, S. (2002, November). Epidemiology of Hookworm Infection in Tampol Kawko, Muang District, Surin Province, Northeastern Thailand. *Joint International Tropical Medicine Meeting 2002, Bangkok, Thailand.*
- Nokes, C.; & Bundy, D.A.P. (1994). Does helminth Infection Affect Mental Processing and Educational Achievement?. *Parasitology Today*. 10(1) : 14-23.
- Omar, M.S.; & Mahfouz, A.A.R. (1995). The Relationship of Water Sources and other Determinants to Prevalence of Intestinal Protozoal Infections in a Rural Community of Saudi Arabia. *J Comm Hlth*. 20(5) : 433-440.
- Pawlowski, Z.S.; et al. (1991). *Hookworm Infection and Hookworm Anaemia. Approaches to prevention and control*. Geneva : World Health Organization.
- Pawlowski, Z.S.; & Davis, A. (1989). *Morbidity and Mortality in Ascariasis. In : Ascariasis and its Prevention and Control*. Crompton, D.W.T., Nesheim, M.C. and Pawlowski, Z.S. (editors). London : Taylor and Francis.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3 rd ed. Stanford : Appleton and Lange.
- Piangjai, S.; Sukontason, K.; & Sukontason, K.L. (2002, November). Intestinal Parasitic Infection in Hill-Tribe Schoolchildren in Chiang Mai, Northern Thailand. *Joint International Tropical Medicine Meeting 2002, Bangkok, Thailand.*
- Pozio, E. (1991). Current Status of Food-Borne Parasitic Zoonoses in Mediterranean and African Regions. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 22(Suppl) : 85-87.
- Reynoldson, J.A.; et al. (1998). Efficacy of Albendazole Against *Giardia* and Hookworm in a Remote Aboriginal Community in the North of Western Australia. *Acta Tropica*. 71(1) : 27-44.
- Rippetoe, P; & Rogers, R.W. (1987). Effects of Components of Protection Motivation Theory on adaptive and Maladaptive Coping with a Health Threat. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52 : 596-604.
- Rogers, R.W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Psychology*. 91(1) : 93-114.
- \_\_\_\_\_. (1983). *Cognitive and Psychological Processes in Fear Appeals and Attitude change*. Social Psychology. New York : Social Psychology Guildford.
- Romasoota, T. (1991). Current Status of Food-Borne Parasitic Zoonoses in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 22(Suppl) : 23-26.
- Rosenstock, I.M. (1974 winter). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monograph*. 2(4) : 354-863.

- Savioli, L.; Bundy, D.; & Tomkins, A. (1992). Intestinal Parasitic Infections : A Soluble Public Health Problem. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 86(4) : 353-354.
- Scowden E.B.; Schaffner W.; & Stone W.J. (1978, November). Owerwhelming Strongyloidiasis. *Medicine(Baltimore)*. 57(6) : 527-540.
- Singh, M.; Hian, Y.E.; & Lay-Hoon, C. (1991). Current Status of Food-Borne Parasitic Zoonoses in Singapore. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 22(Suppl) : 27-30.
- Sithithaworn, P.; Pipitgool, V.; & Tesna, S. (1983). Preliminary Studies on Economic, Sanitation Status, Eating Behavior and Knowledge in Relation to Opisthorchiasis in Ban None Maung, Khon Koen Province. *J Parasit Trop Med Ass Thailand*. 6 : 71-81.
- Sornmani, S.; et al. (1984). Infection and Reinfection Rate of Opisthorchiasis in the Water Resource Develop, ent. Area of Nam Pong Project, Khon Kaen Province, Northeast Thailand. *Ann Trop Med Parasitol*. (in press).
- Stanley, M; & Maddux, J.E. (1986). Self-efficacy Theory in Contemporury Psychology (Special Issue). *Journal of Social abd Clinical Psycholog*. 4(3) : 25-32.
- Strepenson, L.S. (1987). *The Impact of Helminths Infection on Human Nutrition*. Taylor and Francis, London : New York and Philadelphia.
- Sullivan, P.S.; et al. (1979). Illness and Reservoirs Associated with *Giardia lamblia* Infection in Rural Egypt : the Case againt Treatment in Developing World Environments of High Endemicity. *Korean journal of parasitology*. 127(6) : 105-113.
- Temcharoen, P.; et al. (1979, December). A Survey for Intestinal Parasitic Infections in Laotian Refugees at Ubon Province, Northeastern Thailand, with Special References to Schistosomiasis. *Southeast Asian J. Trop.Med. Pub. Hlth*. 10(4) : 552-555.
- Tripathy, K.; et al. (1971, March). Effect of Ascaris Infection on Human Nutrition. *Am J Trop Med Hyg*. 20(2) : 212-218
- Tripathy, K.; et al. (1972, November). Malabsorption Syndrome in Ascaris. *Am J Clin Nutr*. 25(11) : 1276-1281
- Walsh, J.A. (1988). *Prevalence of Entamoeba histolytica Infection*. In : *Amoebiasis : Human Infection by Entamoeba histolytica*, Rawdin, J.I.(editor). New York : Wiley.
- World Health Organization. (1981). *Intestinal Protozoan and Helminthic Infections*. Report of a WHO.



- World Health Organization. (1987). Prevention and Control of Intestinal Parasitic Infections. *World Health Ogran Tech Rep Ser. 749* : 1-88.
- \_\_\_\_\_. (1992). *WHO/PAHO Informal Consultation on Intestinal Protozoa infections*. Mexico, 21-23 October 1991. Geneva : World Health Organization, Mimeographed Document no. WHO/CDS/IPI/92.2.
- \_\_\_\_\_. (1998). *Control of Tropical Disease*. WHO. Geneva
- Willet, W.C.; et al. (1979). Ascariasis and Growth Rates : a Randomized Trial. *Am. J. Public Health. 69*(10) : 987-991.
- Wiwanitkit, V.; Suwansaksri, J.; & Nithiuthai, S. (2001, August). 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*.
- Xu, L.Q.; et al. (1977). Soil-Transmitted Helminthiases : Nationwide Survey in China," *Bull World Health Organization. 73*(4) : 507-513.
- Zimbardo, PG; Ebbesen, ED; & Maslach, C. (1977). *Influencing, Attitude and Changing Behavior*. London : Addison Wesley Publishing.

**แผนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา**  
**เรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในกลุ่มแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย**  
**เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร**

\*\*\*\*\*

**กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1**  
**เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้**

**แนวคิด**

โรคพยาธิลำไส้เกิดจากการติดเชื้อพยาธิที่มีวงจรเข้าสู่ทางเดินอาหาร โดยมีวงจรชีวิตอยู่ในสัตว์กึ่งกลางหรืออยู่ในแหล่งธรรมชาติ โดยอาจเข้าสู่คนโดยตรงหรือผ่านสัตว์ต่างๆ ที่เป็นอาหารของคน เมื่อคนกินเข้าไปจึงเข้าไปเจริญเติบโตภายในร่างกาย หรืออาจไชไปยังอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดมีพยาธิสภาพได้ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ พยาธิลำไส้ที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ โปรโตซัว พยาธิตัวกลม และพยาธิตัวแบน โดยพยาธิลำไส้มักมีการระบาดในเขตที่มีประชาชนอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การเจริญของพยาธิ สุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดีพอ และการมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้แม่บ้านเกิดการคุ้นเคย และมีการรวมกลุ่มกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นแกนนำ
2. เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับชนิดของพยาธิลำไส้ การติดต่อ ระบาดวิทยา พยาธิสภาพ การป้องกัน และการรักษาโรคพยาธิลำไส้

**สถานที่**

ที่ทำการชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

**ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมกลุ่ม**

3 ชั่วโมง

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อ / อุปกรณ์
<p>1. สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว และเล่นเกมประสานสัมพันธ์ชื่อว่า เกม “พยาธิอะไรเอ่ย” แบ่งกลุ่มแม่บ้านออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน แต่ละกลุ่มจะได้รับแผ่นภาพรูปพยาธิลำไส้และซิสต์ จำนวน 10 รูป พร้อมรายชื่อพยาธิและซิสต์ 10 ชื่อ (ยังไม่ได้เฉลยว่าเป็นของรูปใด) รูปพยาธิลำไส้และซิสต์ที่ใช้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พยาธิไส้เดือน 1 รูป</li> <li>พยาธิปากขอ 1 รูป</li> <li>พยาธิสตรองจิลอยเดส 1 รูป</li> <li>พยาธิใบไม้ตับ 1 รูป</li> <li>พยาธิเส้นด้าย 1 รูป</li> <li>พยาธิติตหมู 1 รูป</li> <li>พยาธิติตวัว 1 รูป</li> <li>พยาธิแส้ม้า 1 รูป</li> <li>โปรโตซัว 1 รูป</li> <li>ซิสต์ของพยาธิติตหมู 1 รูป</li> </ul> <p>ให้แต่ละกลุ่ม เขียนในกระดาษคำตอบว่าแต่ละรูปชื่ออะไร เมื่อเสร็จแล้วนำกระดาษคำตอบแลกกันตรวจกับกลุ่มอื่น โดยผู้วิจัยนำแผ่นภาพแต่ละแผ่นติดบนผนัง แล้วร่วมกันเฉลยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมต่อไปตามขั้นตอนที่ 3</p>	30 นาที	<p>แผ่นภาพรูปพยาธิลำไส้และซิสต์ จำนวน 4 ชุด ชุดละ 10 รูป</p> <p>สกอตเทป หรือเข็มหมุดบอร์ด</p>
<p>2. สร้างสัมพันธภาพ โดยการเล่นเกม “ศิลป์ในเอก” โดยการให้แม่บ้านแต่ละคน วาดรูปพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ จากนั้นนำรูปภาพที่แต่ละคนที่วาดเสร็จติดบอร์ด แล้วร่วมกันเฉลยว่า พฤติกรรมที่แต่ละคนวาด เป็นพฤติกรรมอะไร</p>	30 นาที	<p>กระดาษวาดรูปขนาด A3 จำนวน 20 แผ่น</p> <p>ดินสอดำ 20 แท่ง</p> <p>สกอตเทปหรือเข็มหมุดบอร์ด</p>

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อ / อุปกรณ์
<p>3. ติดแผ่นภาพจากขั้นตอนที่ 1 จากนั้นให้ผู้วิจัยและแม่บ้านร่วมกันเฉลยชื่อพยาธิลำไส้ เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยดำเนินการบรรยายประกอบการฉายสไลด์ เรื่อง “ตัวอะไร น่ากลัวจัง” โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดของพยาธิลำไส้ที่ระบาดมากในประเทศไทย วงจรการเจริญของพยาธิ ลักษณะไข่และซิสต์ การติดต่อ และพยาธิสภาพ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิลำไส้ 9 ชนิด ได้แก่</p> <p>3.1 พยาธิไส้เดือน</p> <p>3.2 พยาธิปากขอ</p> <p>3.3 พยาธิสตรองจิลอยเดส</p> <p>3.4 พยาธิใบไม้ตับ</p> <p>3.5 พยาธิเส้นด้าย</p> <p>3.6 พยาธิติตหมู</p> <p>3.7 พยาธิติตวัว</p> <p>3.8 พยาธิแส้ม้า</p> <p>3.9 โปรโตซัว</p>	60 นาที	<p>เครื่องฉายสไลด์</p> <p>สไลด์รูปตัวพยาธิ ไข่ ซิสต์</p> <p>วงจรการเจริญ การติดต่อ และพยาธิสภาพของโรคพยาธิลำไส้</p> <p>โปสเตอร์ และแผ่นภาพโรคพยาธิลำไส้</p> <p>สกอตเทป หรือเข็มหมุดบอร์ด</p>
<p>4. ผู้วิจัยทำการสรุปสาเหตุ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิลำไส้</p>	20 นาที	
<p>5. ร่วมกันอภิปรายซักถาม เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ โดยครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมทั้งหมดที่ได้ดำเนินการในขั้นต้น และให้กลุ่มแม่บ้านร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการระบาดของโรคพยาธิลำไส้ภายในชุมชนสวนอ้อย และร่วมกันหาแนวทางในการป้องกัน</p>	40 นาที	
<p>6. แจกเอกสารแผ่นพับ เรื่อง “โรคพยาธิลำไส้” เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านนำกลับไปทบทวน โดยเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดของพยาธิลำไส้ การติดต่อ พยาธิสภาพ และการรักษา</p>		<p>เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น</p>

#### การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. สังเกตความสนใจและการซักถาม

## กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2

### เรื่อง อันตรายจากโรคพยาธิลำไส้

#### แนวคิด

โรคพยาธิลำไส้ทำให้เกิดผลกระทบต่อระดับบุคคลและระดับประเทศ เนื่องจากมีผู้ที่เป็นโรคพยาธิลำไส้จะมีอาการขาดสารอาหาร โลหิตจาง การพัฒนาและการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามปกติ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความจำและการเรียนรู้ต่ำ ลำไส้อักเสบ การดูดซึมสารอาหารของลำไส้เสียไป อูจจาระร่วง ลำไส้อุดตัน ไส้ติ่งอักเสบ ดีซ่าน เกิดแผลภายในลำไส้ และในรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อพยาธิลำไส้จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงจนถึงรุนแรง และยังมีโอกาสแพร่เชื้อพยาธิไปสู่บุคคลใกล้ชิด ทำให้เกิดผลเสียต่างๆ ตามมา ดังนั้นวิธีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคพยาธิลำไส้ จึงควรมีการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล และสุขาภิบาลที่พักอาศัยที่ดี อีกทั้งควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และเดินเท้าเปล่า เป็นต้น

#### วัตถุประสงค์

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา แม่บ้านสามารถ

1. เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคพยาธิลำไส้
2. บอกถึงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ได้
3. บอกถึงวิธีการหลีกเลี่ยงจากการติดโรคพยาธิลำไส้ได้

#### สถานที่

ที่ทำการชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

#### ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมกลุ่ม

3 ชั่วโมง

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อ / อุปกรณ์
<p>1. นำเสนอสไลด์เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคพยาธิลำไส้ เรื่อง “ฉับบี้ ฉับฉน” เป็ ภาพผู้ปชที่ติดโรคพยาธิลำไส้ และพยาธิสภาพชนิดต่างๆ ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 ภาพ          ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ติดโรคพยาธิไส้เดือน 2 ภาพ          ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นผู้ติดโรคพยาธิตัวตืด 5 ภาพ          ผู้ป่วยรายที่ 4 เป็นผู้ติดโรคพยาธิเส้นด้าย 3 ภาพ          ผู้ป่วยรายที่ 5 เป็นผู้ติดโรคพยาธิปากขอ 3 ภาพ          ผู้ป่วยรายที่ 6 เป็นผู้ติดโรคพยาธิสตรองจิลอยเดส 3 ภาพ          ผู้ป่วยรายที่ 7 เป็นผู้ติดโรคพยาธิแส้ม้า 3 ภาพ          ผู้ป่วยรายที่ 8 เป็นผู้ติดโรคโปรโตซัว 3 ภาพ</p> <p>แสดงพยาธิสภาพของอวัยวะจากการติดโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 10 ภาพ โดยเริ่มจากระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก</p>	30 นาที	เครื่องฉายสไลด์
<p>2. นำเสนอสไลด์ภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ เรื่อง “ฉับไม่รู้ ฉับมาเอง” เป็นภาพของบุคคลที่มีอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้องและถูกต้อง และสุขาภิบาลที่พักอาศัยที่ดีและไม่ดี จนเป็นสาเหตุให้เกิดโรคพยาธิลำไส้ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยง และพฤติกรรมเฝ้าระวังโรคพยาธิได้ง่าย ภาพสไลด์จำนวน 20 ภาพ ประกอบด้วย</p> <p>ภาพที่ 1 - 5 ภาพเกี่ยวกับการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ภาพการล้างมือกับการรับประทานอาหาร</li> <li>ภาพการล้างมือกับการเข้าห้องน้ำ</li> <li>ภาพการรักษาความสะอาดของร่างกาย</li> <li>ภาพการใส่รองเท้าเพื่อป้องกันพยาธิไชเข้าเท้า</li> <li>ภาพการตัดเล็บ</li> <li>ภาพกัดหรือดูดนิ้วเล่น</li> </ul> <p>ภาพที่ 6-10 ภาพเกี่ยวกับการรักษาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ภาพการรักษาความสะอาดของที่นอน</li> <li>ภาพการรักษาความสะอาดของห้องน้ำ</li> <li>ภาพการรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน</li> <li>ภาพการจัดการขยะภายในบ้าน</li> <li>ภาพการจัดการน้ำเสียภายในบ้าน</li> </ul>	30 นาที	เครื่องฉายสไลด์

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อ / อุปกรณ์
<p>ภาพที่ 11-15 ภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสียหาย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ภาพการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ</li> <li>ภาพการรับประทานผักสดที่ล้างไม่ดีพอ</li> <li>ภาพการใช้มือหยิบหรือจับเนื้อดิบ</li> <li>ภาพการเล่นน้ำในแหล่งธรรมชาติที่ไม่สะอาด</li> <li>ภาพการคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง</li> </ul> <p>ภาพที่ 16-20 ภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ภาพการไปพบแพทย์เพื่อตรวจโรคพยาธิลำไส้</li> <li>ภาพการหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้</li> <li>ภาพการออกกำลังกาย</li> <li>ภาพการพานुकคูลในครอบครัวไปตรวจหาพยาธิ</li> <li>ภาพการรับประทานยาถ่ายพยาธิ</li> </ul> <p>4. ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้ ในหัวข้อ “พยาธิสยอง” โดยกล่าวถึงโรคต่างๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิลำไส้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน พฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้</p>	60 นาที	

### การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. สังเกตความสนใจและการซักถาม

### กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3

## เรื่อง ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

#### แนวคิด

โรคพยาธิลำไส้สามารถป้องกันได้ โดยการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดีพอ รักษาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ และมีการเฝ้าระวังโรคพยาธิลำไส้เป็นประจำ โดยแม่บ้านควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องและให้คำแนะนำแก่บุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้ แม่บ้านยังเป็นบุคคลสำคัญในการรักษาสุขาภิบาลภายในบ้านให้สะอาดเพื่อป้องกันการเจริญของพยาธิ อีกทั้งส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ประกอบอาหารให้กับครอบครัว ซึ่งการปรุงอาหารของแม่บ้านที่ถูกต้องจะทำให้หลีกเลี่ยงต่อโรคพยาธิลำไส้ได้อีกทางหนึ่ง

#### วัตถุประสงค์

1. แม่บ้านเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในเรื่องการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขาภิบาลที่พักอาศัย และการลดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิลำไส้
2. แม่บ้านเกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยคาดว่าจะมีผลดีเกิดขึ้นถ้าปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง
3. แม่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

#### สถานที่

ที่ทำการชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร  
บ้านพักอาศัยของแม่บ้าน 1 คน

#### ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมกลุ่ม

3 ชั่วโมง



ขั้นตอนการจัดกิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อ / อุปกรณ์
<p>1. กลุ่มแม่บ้านร่วมกันอภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับความยากง่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ในหัวข้อ "คุณทำได้" โดยให้แม่บ้านแต่ละท่านแสดงความคิดเห็นว่า ตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้หรือไม่ มีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไร โดยผู้วิจัยได้กล่าวถึงข้อดีของการปฏิบัติและพูดให้กำลังใจต่อแม่บ้านให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้</p>	30 นาที	
<p>2. จัดกิจกรรมกลุ่ม ในหัวข้อ "แม่ครัว หัวป่า" เพื่อเสริมสร้างความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ โดยแบ่งกลุ่มแม่บ้านกลุ่มละ 5 คน ให้เงินสดแต่ละกลุ่มๆ ละ 150 บาท ไปเลือกซื้ออาหารสดจากร้านค้าในชุมชน โดยผู้วิจัยแนะนำให้เลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัยจากโรคพยาธิลำไส้ ได้แก่ เนื้อวัวสด เนื้อหมูสด ปลาสด หอยน้ำจืด ผักสด ปลาร้า ปูเค็ม ฯลฯ จากนั้นให้นำกลับมาอยู่ที่ทำการชุมชนเพื่อร่วมกันประกอบอาหาร เช่น ลาบ น้ำตก ส้มตำปู เป็นต้น โดยในขณะที่ทำอาหารผู้วิจัยจะคอยอธิบาย เกี่ยวกับวิธีการเลือกดูเนื้อสัตว์ ให้ปราศจากซิสต์ของพยาธิ การล้างผักสดให้สะอาดเพียงพอ การปรุงอาหารให้สุกเพียงพอ เป็นต้น จากนั้นจึงนำอาหารที่ทำเสร็จแล้ว รับประทานร่วมกัน</p>	90 นาที	เงินสด อุปกรณ์ปรุงอาหาร
<p>3. จัดกิจกรรมในหัวข้อ "สุขภาพดี มีสุข" โดยเลือกแม่บ้าน 1 ท่านที่สมัครใจ เพื่อนำกลุ่มไปยังบ้านของแม่บ้านดังกล่าว จากนั้นกลุ่มแม่บ้านและผู้วิจัยร่วมกันปรับปรุงสุขาภิบาลที่พักอาศัย และร่วมกันอภิปรายถึงการปฏิบัติอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้อง โดย ผู้วิจัยคอยให้การแนะนำในขณะดำเนินกิจกรรม</p>	60 นาที	อุปกรณ์ในการทำมาสะอาด

### การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. สังเกตความสนใจและการซักถาม

## กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4

### เรื่อง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

#### แนวคิด

ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จะต้องเกิดจากความตั้งใจของผู้ปฏิบัติขึ้นก่อน โดยความตั้งใจจะเกิดขึ้นได้นั้น บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ มีการรับรู้ถึงอันตราย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติได้ และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการตอบสนอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลที่น่าเชื่อถือและได้รับการเสริมแรง จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากขึ้น มีผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมตามมา

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านเกิดความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
2. เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านเกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้
3. เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านได้ทบทวน และประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของตนเอง
4. แม่บ้านมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

#### สถานที่

ที่ทำการชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

#### ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมกลุ่ม

3 ชั่วโมง

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อ / อุปกรณ์
<p>1. ร่วมกันอภิปราย ในหัวข้อ "ทำเนญ" โดยกลุ่มแม่บ้านมีการประเมินถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ผ่านมา และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมยาล้ำไส้ของตนเองในอาทิตย์ที่ผ่านมาว่ามีมากน้อยเพียงใด ในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การรักษาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสียงต่อการติดโรคมยาล้ำไส้ และการเฝ้าระวังโรคมยาล้ำไส้</p>	30 นาที	
<p>2. ผู้วิจัยกระตุ้นกลุ่มแม่บ้าน ให้เกิดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยการยกย่อง ชมเชย แก่แม่บ้านที่มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ให้กำลังใจและแนะแนวทางแก่กลุ่มแม่บ้านเพื่อให้เกิดพฤติกรรมต่อไป</p>	30 นาที	
<p>3. จัดกิจกรรมกลุ่ม โดยให้แม่บ้านแต่ละกลุ่มแสดงละคร ในหัวข้อ "ไฮโย ปลอดมยาล้ำไส้" โดยเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่สามารถป้องกันโรคมยาล้ำไส้ได้อย่างถูกต้อง โดยภายหลังการแสดงทุกกลุ่มจะได้รับของรางวัล เมื่อเสร็จการแสดง ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกท่าน และกล่าวถึงประโยชน์ของโปรแกรมที่จัดทำว่าจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมยาล้ำไส้ในชุมชนต่อไป</p>	90 นาที	ของขวัญ

### การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. สังเกตความสนใจและการซักถาม

ภาคผนวก ข

จดหมายกระตุ้นเตือน และจดหมายขอบคุณ

## จดหมายกระตุ้นเตือนครั้งที่ 1 (กลุ่มทดลอง)

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. 2548

เรียนคุณ.....

จากการที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ที่ได้ดำเนินการผ่านมาแล้วนั้น ข้าพเจ้ารู้สึกขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างครบถ้วน และหวังว่าท่านจะได้นำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ให้แก่ตนเองและบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรักษาความสะอาดของร่างกาย บ้านพักอาศัย และการรับประทานอาหารที่ถูกต้องจะทำให้ ท่านและครอบครัวปลอดภัยจากโรคพยาธิลำไส้

สุดท้ายข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มากนักน้อย และหวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านอีกในโอกาสต่อไป

ด้วยความนับถือ

นางบังอร ฉางทรัพย์

โทร 02 3126300 ต่อ 1230

09 3657458

## จดหมายกระตุ้นเดือนครั้งที่ 2 (กลุ่มทดลอง)

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. 2548

เรียนคุณ.....

จากการที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ทำให้ท่านเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ นั้น การปฏิบัติของท่านจะส่งผลให้อัตราการติดเชื้อพยาธิลำไส้ในชุมชนสวนอ้อยลดลงอย่างต่อเนื่อง และโปรแกรมที่จัดขึ้นในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ให้มีการพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ถาวรต่อไป โดยข้าพเจ้ามุ่งหวังว่าโรคพยาธิลำไส้จะไม่มีการแพร่ระบาดในชุมชนของท่านอีกต่อไป

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2548 เวลา 9.00 น. ข้าพเจ้าจะทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิลำไส้จากท่านอีก 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายของการจัดโปรแกรมในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ด้วยความนับถือ

นางบังอร นางทรัพย์

โทร 02 3126300 ต่อ 1230

09 3657458

## จดหมายขอบคุณ (กลุ่มควบคุม)

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. 2548

เรียนคุณ.....

จากการที่ท่านได้ให้ความร่วมมือให้สัมภาษณ์ ในโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้แผนการสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในกลุ่มแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร” คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในโอกาสต่อไป

ด้วยความนับถือ

นางบังอร นางทรัพย์

โทร 02 3126300 ต่อ 1230

09 3657458

## จดหมายนัดหมาย (กลุ่มควบคุม)

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. 2548

เรียนคุณ.....

จากการที่ท่านได้เคยให้สัมภาษณ์ ในงานวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้แผนการสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่ม ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ในกลุ่มแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร” ในวันที่.....เดือน พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมานั้น

เนื่องจากทางผู้วิจัยจะเข้าทำการสัมภาษณ์ ท่านอีกครั้งหนึ่งในวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา 9.00 น. จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้สัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่งโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากท่านเพื่อเข้าสัมภาษณ์ในวัน เวลา ดังกล่าว โดยขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ด้วยความนับถือ

นางบังอร ฉางทรัพย์

โทร 02 3126300 ต่อ 1230

09 3657458



ภาคผนวก ค  
แผนที่ตั้งชุมชนที่ศึกษา

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ศูนย์สารสนเทศ  
ทางพฤกษศาสตร์

## แบบสอบถามงานวิจัย

### เรื่อง

ผลของการใช้แผนสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้  
ในกลุ่มแม่บ้าน ชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ ไม่มีข้อใดถูก-ผิด แต่เป็นการสอบถามความคิดเห็นและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ  
ผู้ให้สัมภาษณ์ โดยการตอบตามความจริงในแต่ละข้อ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่องานวิจัยและ  
เป็นข้อมูลในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิลำไส้ในชุมชนของท่าน โดยคำตอบที่ได้  
จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยนำไปประมวลผลในภาพรวม ไม่มีความเสียหายแก่ผู้ใดผู้หนึ่งทั้งสิ้น

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วยคำถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานจำนวน 6 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 20 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินอันตรายเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ 20 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิ 20 ข้อ
- ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ 20 ข้อ
- ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ จำนวน 20 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ที่.....

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ( ) 2 ( )

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ( ) 2 ( )

3 ( )

ชื่อ-ชื่อสกุล ผู้ให้สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่..... หมู่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....

ชุมชน..... แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

เบอร์โทรศัพท์ต่อ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน
-------------------------

## กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

- ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี (อายุเต็ม).....ปี
- ท่านมีรายได้เดือนละประมาณ.....บาท
- ท่านจบการศึกษาระดับใด
  - ต่ำกว่าประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
- อาชีพหลัก
  - รับจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน  ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
  - ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  แม่บ้าน  อื่นๆ.....
- สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน
  - โสด  อยู่ร่วมกับสามี  แยกกันอยู่กับสามี  สามีเสียชีวิต
- ภูมิลำเนาเดิมของท่านคือ  ภาคเหนือ  ภาคอีสาน  ภาคกลาง  ภาคใต้  ภาคตะวันออก
  - อื่นๆ.....

## ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคพยาธิลำไส้

### 2.1 คำถามเลือกตอบ ถูก-ผิด

จงตอบคำถามโดยกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเลือก

คำถาม	ถูก	ผิด
1. เฉพาะตัวพยาธิเท่านั้นที่ติดต่อกับผู้อื่นได้ ส่วนไข่ของมันจะไม่มีชีวิตติดต่อกับผู้อื่น		
2. ผักสดสามารถทำให้เกิดโรคพยาธิได้		
3. ปูเค็มสามารถนำพยาธิมาสู่คนได้		
4. ผู้ใหญ่เป็นโรคพยาธิเส้นด้ายมากกว่าเด็ก		
5. พยาธิตัวจิ๋วมักเกิดจากการรับประทานเนื้อดิบ		
6. การเล่นน้ำในคลอง ไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิ เพราะพยาธิไม่สามารถว่ายน้ำได้		
7.การรักษาโรคพยาธิได้แก่การรับประทานยาทุกๆ คืบๆ ชั่วคราวจะทำให้พยาธิตายไปเอง		
8. การถ่ายลงส้วมช่วยป้องกันโรคพยาธิได้		
9. การตรวจปัสสาวะเป็นวิธีหนึ่งในการตรวจหาพยาธิลำไส้		
10. พยาธิ 1 ตัวออกไข่เพียง 1 ฟองเท่านั้น		

## 2.2 เลือกตอบข้อที่ถูกต้อง

จงตอบคำถามต่อไปนี้โดยกาเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ถูกต้อง

1. บุคคลใดต่อไปนี้ ไม่ควรรับประทานยาถ่ายพยาธิ
 

<input type="checkbox"/> 1 เด็ก	<input type="checkbox"/> 2 สตรีมีครรภ์	<input type="checkbox"/> 3 คนชรา	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
---------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------------
2. อาหารในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิลำไส้มากที่สุด
 

<input type="checkbox"/> 1 ซูชิหน้าไข่กุ้ง	<input type="checkbox"/> 2 ส้มตำปูนาดอง	<input type="checkbox"/> 3 ปลาหีบต้มทอดกรอบ	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
--	---	---	------------------------------------
3. เราสามารถพบพยาธิตัวจิ๋วได้ในอาหารชนิดใด
 

<input type="checkbox"/> 1 กุ้งดิบ	<input type="checkbox"/> 2 แหนมดิบ	<input type="checkbox"/> 3 หอยนางรมดิบ	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
------------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------
4. โรคบิดมีอาการอย่างไร
 

<input type="checkbox"/> 1 ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 2 ท้องร่วง	<input type="checkbox"/> 3 ท้องผูก	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------
5. โรคพยาธิทำให้เกิดอาการใดต่อไปนี้
 

<input type="checkbox"/> 1 ความรู้สึกทางเพศเสื่อม	<input type="checkbox"/> 2 อารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงง่าย
<input type="checkbox"/> 3 ร่างกายขาดสารอาหาร	<input type="checkbox"/> 4 ไม่ทราบ
6. ซิสต์ในเนื้อหมู เป็นส่วนของพยาธิชนิดใด
 

<input type="checkbox"/> 1 พยาธิตัวตืด	<input type="checkbox"/> 2 พยาธิไส้เดือน	<input type="checkbox"/> 3 พยาธิเส้นด้าย	<input type="checkbox"/> 4 พยาธิเส้นด้าย
--	--	--	--
- 7..ถ้าท่านเคยเป็นโรคพยาธิลำไส้และได้รับการรักษาจนหายแล้ว ท่านสามารถกลับมาติดพยาธิใหม่ได้หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ เพราะร่างกายมีภูมิคุ้มกันแล้ว	<input type="checkbox"/> 2 ได้ ถ้าไม่ระมัดระวังรักษาความสะอาดของร่างกาย
<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ ระบุ.....
- 8.. พยาธิชนิดใดที่สามารถซ่อนไข ไปตามผิวหนังได้
 

<input type="checkbox"/> 1 พยาธิตัวตืด	<input type="checkbox"/> 2 พยาธิไส้เดือน	<input type="checkbox"/> 3 พยาธิเข็มหมุด	<input type="checkbox"/> 4 พยาธิใบไม้ตับ
--	--	--	--
- 9.. ท่านคิดว่าอาหารที่ปรุงสุกแล้วด้วยความร้อนสูงจะทำลาย ไข่ หรือตัวพยาธิได้หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1 ได้เพราะความร้อนสามารถฆ่าพยาธิได้	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้ เพราะไข่พยาธิทนความร้อนได้ดี
<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ ระบุ.....
10. ท่านคิดว่าคนที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ สามารถติดโรคพยาธิลำไส้ได้หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1 ได้ถ้าบุคคลนั้น ได้รับไข่หรือตัวพยาธิเข้าร่างกาย	
<input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้ เพราะคนที่ออกกำลังกายเสมอจะต่อต้านพยาธิลำไส้ได้	
<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	
<input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ ระบุ.....	

### ส่วนที่ 3 การประเมินอันตรายเกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านเลย

#### 3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. โรคพยาธิสามารถทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้					
2. การติดโรคพยาธิลำไส้จะทำให้ขาดสารอาหารได้					
3. โรคพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้					
4. โรคพยาธิทำให้เกิดท้องร่วงได้					
5. พยาธิตัวจิ๋ว มักไชไปได้ผิวหนัง และไปที่สมองได้					
6. ถ้าเด็กเป็นพยาธิ จะทำให้เติบโตช้า และขาดสมาธิ ในการเรียน					
7. คนที่เคยเป็นโรคพยาธิตั้งแต่เด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะ ไม่เป็นโรคพยาธิอีก .					
8. ในหญิงตั้งครรภ์ ถ้าเป็นโรคพยาธิอาจทำให้แท้งได้ .					
9. การเป็นโรคพยาธิเป็นเรื่องปกติ ควรจะเป็นกันทุกคน .					
10. โรคพยาธิไม่สามารถป้องกันได้ .					

### 3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. สามารถรับประทานผักสดได้ทันทีเพราะพยาธิไม่สามารถติดในผักได้ .					
2. โรงพยาบาลเป็นแหล่งแพร่โรคพยาธิลำไส้ .					
3. คนที่มีการศึกษาสูงเท่านั้นที่สามารถป้องกันโรคพยาธิลำไส้ได้ .					
4. การขับถ่ายบนพื้นดิน ดีกว่าในส้วมเนื่องจากอากาศถ่ายเทได้ดีกว่า .					
5. การบีบมะนาวใส่อาหารดิบสามารถฆ่าพยาธิได้ .					
6. โรคพยาธิลำไส้ติดต่อเฉพาะภายในครอบครัว .					
7. การรับประทานอาหารดิบเป็นเรื่องธรรมดา .					
8. โรคพยาธิลำไส้ติดต่อโดยทางพันธุกรรม .					
9. การสอนเด็กเกี่ยวกับการรักษาอนามัยตนเองเป็นหน้าที่ของครูเท่านั้น .					
10. แพทย์ โรงพยาบาล มักคิด โรคพยาธิลำไส้จากคนไข้ .					



## ส่วนที่ 4 ความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่าน

### 4.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านสามารถรักษาความสะอาดภายในบ้านได้เป็นอย่างดี			
2. ท่านสามารถล้างมือก่อนรับประทานอาหารได้			
3. ท่านสามารถหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิได้			
4. ท่านสามารถล้างมือหลังเข้าห้องน้ำได้			
5. ท่านสามารถสอนบุตรหลานให้รักษาความสะอาดของร่างกายได้			
6. ท่านสามารถไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอตรวจหาโรคพยาธิได้			
7. ท่านสามารถบอกบุคคลในครอบครัวให้งดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ ได้			
8. ท่านสามารถไปซื้อยาถ่ายพยาธิมาทานเองได้			
9. ท่านไม่สามารถไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาพยาธิได้ เนื่องจากยังไม่ปรากฏอาการของโรคพยาธิ.			
10. ท่านไม่สามารถงดรับประทานอาหารป้อนาเค็มได้ เพราะเป็นส่วนประกอบหลักของส้มตำ.			

#### 4.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ถ้าให้บุตรหลานถ่ายพยาธิจะทำให้กำจัดพยาธิออกจากร่างกาย ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้น			
2. ถ้ารักษาความสะอาดภายในชุมชนได้ จะเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิได้อีกด้วย			
3. ถ้าทุกคนช่วยกันรักษาความสะอาดของชุมชน ก็จะป้องกันโรคพยาธิในชุมชนได้			
4. ถ้าคนในบ้านรักษาอนามัยอย่างดี ก็จะทำให้ปลอดจากการเป็นโรคพยาธิ			
5. ถ้าได้รับข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิ ก็ไม่มีผลอะไรในการป้องกันโรคพยาธิ .			
6. การรักษาความสะอาดภายในบ้าน ไม่มีผลต่อการควบคุมโรคพยาธิ .			
7. การงดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ จะทำให้ไม่สามารถร่วมวงรับประทานอาหารกับผู้อื่นได้ .			
8. การใส่รองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน จะทำให้เท้าอบอุ่น ดังนั้นควรเดินด้วยเท้าเปล่า .			
9. ถ้างดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ จะทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร .			
10. ถ้าไม่มีอาการของโรคพยาธิ ก็จะตรวจไม่พบพยาธิในอุจจาระ.			

## ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านตั้งใจที่จะงดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ			
2. ท่านตั้งใจที่จะล้างมือก่อนทานอาหาร			
3. ท่านตั้งใจที่จะล้างมือหลังออกจากห้องส้วม			
4. ท่านตั้งใจที่จะสวมรองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน			
5. ท่านตั้งใจที่จะเลิกกัดหรือดูดนิ้วเล่น			
6. ท่านตั้งใจที่จะล้างผักสดให้สะอาดก่อนรับประทาน			
7. ท่านตั้งใจที่จะรับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ			
8. ท่านตั้งใจที่จะรักษาความสะอาดของเสื้อผ้า			
9. ท่านตั้งใจที่จะหาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้			
10. ท่านตั้งใจที่จะรักษาความสะอาดของห้องน้ำ			
11. ท่านตั้งใจที่จะให้คำแนะนำแก่คนเป็นโรคพยาธิลำไส้			
12. ท่านตั้งใจที่จะดื่มน้ำสะอาด			
13. ท่านตั้งใจที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ			
14. ท่านตั้งใจที่จะถ่ายพยาธิให้กับสัตว์ เลี้ยง เช่น สุนัขและแมว			
15. ท่านตั้งใจที่จะไปตรวจร่างกายประจำปี			
16. ท่านตั้งใจที่จะทำความสะอาดเครื่องนอนให้มากขึ้น			
17. ท่านตั้งใจที่จะทำความสะอาดภาชนะที่ปรุงใส่อาหารให้ดีขึ้น			
18. ท่านตั้งใจที่จะรักษาความสะอาดภายในบ้านให้มากขึ้น			
19. ท่านตั้งใจที่จะตัดเล็บให้สั้นบ่อยขึ้น			
20. ท่านตั้งใจที่จะพบบุคคลในครอบครัวไปตรวจหาพยาธิ			

## ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้

จงกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่าน

ท่านปฏิบัติ (แสดง) พฤติกรรมต่อไปนี้อย่างไร ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรม	ทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ทำ เลย
1. ล้างมือก่อนทานอาหาร					
2. ล้างมือหลังออกจากห้องส้วม					
3. ล้างผักสดให้สะอาดก่อนรับประทาน					
4. รับประทานอาหารที่สุกใหม่ๆ					
5. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า					
6. รักษาความสะอาดของห้องน้ำ					
7. คัดน้ำดื่มสุก					
8. ออกกำลังกาย					
9. ไปตรวจร่างกายประจำปี					
10. การทำความสะอาดเครื่องนอน เช่น ผ้าปู ที่นอน					
11. ทำความสะอาดภาชนะที่ปรุงหรือใส่อาหาร					
12. ทำความสะอาดบริเวณบ้าน					
13. ตัดเล็บให้สั้น					
14. เดินเท้าเปล่าบนพื้นดิน .					
15. รับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ .					
16. คลุกคลีกับคนที่เป็นโรคพยาธิลำไส้ .					
17. รับประทานปูเค็ม เช่น ส้มตำปู เป็นต้น .					
18. คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว .					
19. เล่นน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติ .					
20. ทิ้งขยะบริเวณใต้ถุนบ้าน .					