

งานวิจัย

การประเมินผลการรณรงค์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี
แบบมีส่วนร่วม ผ่านการประกวดคลิปวิดีโอรณรงค์ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร

**Evaluation of a Participatory Health Literacy Campaign on Cholangio CA
through a Video Clip Contest in Yasothon Province**

สุดฉิณีย์	ทองจันทร์	ส.บ., ศศ.ม.ปรัชญาและจริยศาสตร์, ปร.ค.ปรัชญาและจริยศาสตร์
ส่งศรี	มุลสาร	ส.บ., พย.บ.
สมกิจ	ลากวงษ์	พย.บ.

Received July 7, 2025; Accepted September 1, 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาและประเมินผลการรณรงค์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี ผ่านกิจกรรมการประกวดคลิปวิดีโอในจังหวัดยโสธร

วัสดุและวิธีการ: ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้กรอบการประเมิน CIPP Model เพื่อวิเคราะห์ความจำเป็น ทรัพยากร กลยุทธ์ การดำเนินงาน และผลผลิต ใช้ Kirkpatrick's Four Levels of Evaluation เพื่อประเมินความพึงพอใจ การเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลลัพธ์ระดับครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้จัดทำคลิปวิดีโอ เพื่อนญาติ และผู้ชม รวม 228 คน อายุ 13–65 ปี

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูง (13.2 จาก 15 คะแนน) และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคปลา น้ำจืดดิบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 91 ของผู้ชมคลิปมีแรงจูงใจที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ผลิตคลิปเกิดการเรียนรู้ กล้าแสดงออก และภาคภูมิใจในบทบาทผู้นำสุขภาพ ขณะที่ครอบครัวและชุมชนมีการสื่อสารภายในเกี่ยวกับการป้องกันโรคมมากขึ้น การเผยแพร่ผ่านเพจ “หยุดมะเร็งท่อน้ำดี ที่ยโสธร” มียอดเข้าถึงกว่า 230,000 ครั้ง และ Engagement Rate เฉลี่ย 3.11%

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร กระทรวงสาธารณสุข

สรุปผลการศึกษา: ผลการประเมินโดย CIPP Model ทำให้เห็นความครบถ้วนของโครงการในทุกมิติ ขณะที่ Kirkpatrick's Model แสดงการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่ปฏิริยาของผู้เข้าร่วม การเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จนถึงผลลัพธ์ระดับครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกันว่าการประกวดคลิปวิดีโอแบบมีส่วนร่วมไม่เพียงเพิ่มความรู้อะไรและแรงจูงใจ แต่ยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: มะเร็งท่อน้ำดี; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม; คลิปวิดีโอณรงค์

Abstract

Objective: To investigate and evaluate a participatory health literacy campaign on cholangiocarcinoma through a video clip contest in Yasothon Province, Thailand.

Materials and Methods: A mixed-methods design was applied, combining quantitative data from questionnaires with qualitative data from in-depth interviews and focus group discussions. The evaluation employed the CIPP Model (Context, Input, Process, Product) to examine community needs, resources, strategies, implementation, and outcomes, and Kirkpatrick's Four Levels of Evaluation to assess participant satisfaction, learning, behavioral changes, and community-level impacts. The study population included 228 participants aged 13–65 years, comprising video clip producers, peers, relatives, and viewers.

Results: Participants had a high mean knowledge score (13.2 out of 15), with significant reductions in risk behaviors such as raw freshwater fish consumption. Furthermore, 91% of respondents reported motivation to modify their health behaviors. Video producers demonstrated enhanced knowledge, communication skills, and pride in their roles as health leaders. Families and communities engaged more in internal communication regarding disease prevention. Dissemination through the Facebook fanpage “Stop Cholangiocarcinoma in Yasothon” reached over 230,000 views with an average engagement rate of 3.11%.

Conclusion: The CIPP Model provided a comprehensive perspective on program relevance, resources, processes, and outcomes, while Kirkpatrick's framework captured changes from immediate reactions to long-term impacts at family and community levels. Both models consistently confirmed that participatory video production not only increased knowledge and motivation but also led to behavioral change and positive community health outcomes, supporting the role of participatory and creative health communication as a sustainable public health strategy.

Keywords: Cholangiocarcinoma; Health Literacy; Participatory Communication; Video Campaign

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) สูงกว่าพื้นที่อื่น องค์การอนามัยโลกจัดพยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1 และรายงานว่าประชากรกว่า 10 ล้านคนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะในไทย ลาว และเวียดนาม พุทธิกรรมการกินปลาน้ำจืดดิบซึ่งเป็นวัฒนธรรมของชุมชนอีสานจึงยังเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ยากลำบาก ข้อมูลระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 10 แสดงถึงความรุนแรงของปัญหา โดยประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ 19,491 รายต่อปี และเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี 15,100 รายต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในเขตสุขภาพที่ 10 อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดยโสธรพบอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 4–6 และมีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่เฉลี่ยปีละ 268 ราย เสียชีวิตปีละ 247 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการเชิงรุกที่ตอบโจทยับริบทท้องถิ่น

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ภาครัฐได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” (พ.ศ. 2559–2568) โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชน อย่างไรก็ตาม การรณรงค์ที่ผ่านมาแม้จะใช้สื่อสุขภาพหลากหลายรูปแบบ เช่น แผ่นพับ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ แต่ยังคงขาดกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ยั่งยืน

นอกจากนี้ มีงานวิชาการหลายชิ้นชี้ว่า การมีส่วนร่วมของเยาวชนในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อครอบครัวและชุมชน เยาวชน มีศักยภาพในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องสู่ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันสื่อวิดีโอถือเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสุขภาพ ด้วยความสามารถในการเข้าถึงที่กว้างขวาง เข้าใจง่าย และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างดี

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินผลการรณรงค์สร้าง Health Literacy แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการประกวดคลิปวิดีโอรณรงค์ ที่เปิดโอกาสให้เยาวชน นักศึกษา และประชาชนร่วมกันสร้างสื่อถ่ายทอดความรู้ และสื่อสารกับครอบครัวและชุมชน เพื่อติดตามประสิทธิผลของกระบวนการดังกล่าวต่อความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งคาดว่าจะเป็นแนวทางต้นแบบที่สามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและประเมินผลการรณรงค์สร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วมผ่านการประกวดคลิปวิดีโอรณรงค์ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักศึกษาระดับอุดมศึกษา และประชาชนทั่วไปชาวจังหวัดยโสธร ในการผลิตคลิปวิดีโอสุขภาพเกี่ยวกับการไม่บริโภคปลาน้ำจืดดิบ

3. เพื่อศึกษาผลของคลิปปิวิดีโอสุขภาพที่ผลิตโดยนักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักศึกษาระดับอุดมศึกษา และประชาชนทั่วไปชาวจังหวัดยโสธร ต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของเพื่อน และสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการไม่บริโภคปลาน้ำจืดดิบ

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ผลิตคลิปปิวิดีโอ ต่อกระบวนการโครงการ

เครื่องมือและวิธีการ

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมผลิตคลิปปิ
3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนและญาติ
4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการตัดสินการประกวด
5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

วิธีการ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมเสี่ยง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และ Focus Group Discussion การออกแบบการวิจัยโดยใช้ Posttest-only design เนื่องจากเป็นโครงการนำร่องที่มีข้อจำกัดด้านเวลา กรอบการประเมินผลที่ใช้ได้แก่ CIPP Model วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน (Context) ประเมินทรัพยากร กลยุทธ์ และการออกแบบโครงการ (Input) ประเมินกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดการประกวด การเผยแพร่สื่อ และการมีส่วนร่วม (Process) ประเมิน

ผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของประชาชน (Product) (Stufflebeam, 2003) รวมทั้งประเมินผลด้วย Kirkpatrick's Four Levels of Evaluation ได้แก่ การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการและผู้ชมคลิปปิวิดีโอ (Reaction) การประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ได้รับจากการมีส่วนร่วม (Learning) การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การลดการบริโภคปลาน้ำจืดดิบ (Behavior) และประเมินผลลัพธ์เชิงสังคมและสาธารณสุข ได้แก่ การสื่อสารสุขภาพในครอบครัว การสร้างบรรยากาศไม่กินปลาดิบ ในชุมชน (Results) (Kirkpatrick, & Kirkpatrick, (2006)

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ด้านประชากร ได้แก่ ประชาชนจังหวัดยโสธร อายุ 13–65 ปี ที่มีโอกาสรับชมคลิปปิวิดีโอ ณ โรงละครหรือเข้าร่วมกิจกรรมการประกวดคลิปปิวิดีโอเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงนักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักศึกษา และประชาชนทั่วไป จากทั้ง 9 อำเภอ

ด้านกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้จัดทำและผู้ร่วมจัดทำคลิปปิวิดีโอ เพื่อนและญาติของผู้ผลิตคลิปปิ คณะกรรมการตัดสินการประกวด และผู้ชมคลิปปิวิดีโอ อายุระหว่าง 13–65 ปี จากทั้ง 9 อำเภอในจังหวัดยโสธร รวมทั้งสิ้น 228 คน เลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ตอบแบบสอบถามหลังรับชมคลิปปิวิดีโอ

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ประเด็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคปลาน้ำจืดดิบ การตรวจคัดกรอง การป้องกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่

เหมาะสม โดยเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความรู้ ความ
ตระหนัก และการสื่อสารสุขภาพภายในครอบครัวหลัง
การรับชมคลิปวิดีโอ

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ
ได้แก่ เมืองชัยภูมิ ทรายมูล กุดชุม คำเขื่อนแก้ว ป่าดิว
มหาชนะชัย ค้อวัง เลิงนกทา และไทยเจริญ ผ่านทั้งการ
เผยแพร่คลิปวิดีโอและการเก็บข้อมูลภาคสนาม รวมถึง
ช่องทางออนไลน์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

ขอบเขตด้านระยะเวลา

เก็บข้อมูลภาคสนามดำเนินระหว่างเดือน
กุมภาพันธ์ – มิถุนายน พ.ศ. 2568

บททวนวรรณกรรม

1. มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) คือ
มะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อของท่อน้ำดี ซึ่งเป็นทางผ่าน
ของน้ำดีจากตับไปยังลำไส้เล็ก โดยสามารถเกิดได้ทั้งใน
ท่อน้ำดีภายในตับ (intrahepatic) และนอกตับ
(extrahepatic) ลักษณะของโรคมักมีการเติบโตของ
เซลล์มะเร็งอย่างช้า ๆ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามแล้วจะมี
ความรุนแรงสูง และการรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยาก
ทำให้อัตราการเสียชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง
ในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรม
การบริโภคอาหารพื้นบ้านที่มีความเสี่ยง เช่น ปลาสำ
ปลาต้ม หรือก้อยปลาดิบ ซึ่งมักมีการปนเปื้อนของพยาธิ
ใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) เมื่อรับประทานปลา
น้ำจืดดิบที่ติดเชื้อ พยาธิจะเข้าไปฝังตัวในท่อน้ำดี ทำให้
เกิดการระคายเคืองเรื้อรังจนพัฒนาเป็นมะเร็งในที่สุด
งานวิจัยหลายชิ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ยืนยัน

ความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างการติดเชื้อพยาธิ
ใบไม้ตับกับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะในพื้นที่ที่
มีความชุกของพฤติกรรมการกินดิบสูง โดยทั่วไป มะเร็ง
ท่อน้ำดีมีพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อัตรารอด
ชีวิต 5 ปีน้อยกว่า 10%

2. การป้องกันที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือ การลด
การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยมีแนวทางดังนี้

- 1) หลีกเลี่ยงการกินปลาน้ำจืดดิบ หรือหมัก
ดิบทุกชนิด
 - 2) ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ และเข้ารับ
การรักษา
 - 3) ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน
โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง
 - 4) ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง
ด้วยอัลตราซาวด์
 - 5) รณรงค์ผ่านสื่อสุขภาพที่ประชาชนมีส่วน
ร่วม เช่น คลิปวิดีโอโดยเยาวชนและคนในชุมชน
- การจะควบคุมป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีมีความท้า
ทายหลายด้าน จึงอาจใช้กลยุทธ์สื่อสารสุขภาพที่เข้าถึง
คนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้เยาวชนหรือคน
ในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบสื่อรณรงค์ที่
สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น

บุญทนากร พรหมภักดี และคณะ (2566) ได้ศึกษา
“รูปแบบการติดตามและประเมินผลตามยุทธศาสตร์การ
กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ในพื้นที่
ภาคอีสานตอนบน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำ
ท้องถิ่น โรงเรียน และ อปท. มีผลสำคัญต่อความสำเร็จ
ของการรณรงค์ ทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้
และการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง การจัดระบบประเมินผล

ทั้ง input, process และ output ถูกเน้นย้ำว่าเป็นหัวใจของการพัฒนาโครงการในระยะยาว

ทศพล แก้วสิงห์ (2567) รายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับ “พฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี” โดยพบว่าการรณรงค์ร่วมกับโรงเรียนและชุมชน ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานปลาดิบลดลง และความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยง

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการนำข้อมูลนั้นไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดนี้เริ่มต้นจากความตระหนักในระดับนโยบายว่าสุขภาพไม่สามารถถูกกำหนดได้เพียงแค่บริการทางการแพทย์เท่านั้น แต่ขึ้นกับความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในสังคมที่ข้อมูลซับซ้อนและสื่อมีอิทธิพลสูง องค์การอนามัยโลกขยายความว่า HL ไม่ได้จำกัดอยู่แค่การรู้หนังสือหรือการฟังเข้าใจเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การคิดวิเคราะห์ และการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคลและสังคมด้วย

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ Nutbeam (2000) แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 1) Functional HL คือ ความสามารถพื้นฐาน เช่น การอ่านข้อมูลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำ
- 2) Interactive HL คือ ความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและตัดสินใจร่วม

3) Critical HL คือ ความสามารถในการประเมิน วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือสังคม

4. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication) หมายถึง กระบวนการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ผู้รับสารมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือทำ และร่วมประเมินผลในทุกขั้นตอนของการสื่อสาร โดยไม่จำกัดเฉพาะการรับฟังหรือรับข้อมูลจากผู้ส่งสารเท่านั้น การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมีพัฒนาการจากแนวคิดการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (Development Communication) ที่เคยเน้นการสื่อสารทางเดียว เช่น จากรัฐหรือผู้รู้สู่ประชาชน โดยถือว่าประชาชนขาดความรู้ และต้องถูกพัฒนา แต่การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมกลับมองว่าชุมชนมีความรู้ ภูมิปัญญา และประสบการณ์เฉพาะถิ่นที่สำคัญ ซึ่งต้องถูกนำมาผนวกรวมในการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

5. การเสริมพลังโดยเยาวชน (Youth Empowerment) หมายถึง การเสริมพลัง เปิดพื้นที่ให้เยาวชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ พัฒนา และลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองและสังคม การเสริมพลังไม่ได้เกิดจากการสอนหรือถ่ายทอด เท่านั้น แต่ต้องให้เยาวชนได้ลงมือทำ และสะท้อนคิดจากประสบการณ์ของตน ทั้งนี้ องค์ประกอบหลักของกรอบแนวคิดการเสริมพลังเยาวชนได้ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) Positive Identity การเห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อว่าตนมีศักยภาพ
- 2) Opportunities for Participation มีโอกาสได้แสดงออกและมีส่วนร่วมในกิจกรรมจริง
- 3) Adult- Youth Partnerships มีผู้ใหญ่ที่สนับสนุน รับฟัง และเคารพเยาวชน

4) Skill Development มีการพัฒนาทักษะชีวิต เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม

5) Critical Awareness and Voice เยาวชนสามารถตั้งคำถาม เชื่อมโยงปัญหาเกี่ยวกับบริบท และมีพื้นที่ในการ เปล่งเสียงอย่างมีคุณภาพ

ในบริบทของไทย การเสริมพลังให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการผลิตสื่อรณรงค์สุขภาพ เช่น คลิปวิดีโอหรือกิจกรรมในโรงเรียน จะช่วยสร้างความภาคภูมิใจ ความตื่นตัว และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในภาคอีสานหลายจังหวัด เยาวชนที่ได้รับการฝึกอบรมสามารถทำหน้าที่ให้ความรู้ และช่วยชักจูงผู้ใหญ่ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้จริง มีโครงการนักเรียนอนามัยในโรงเรียนให้เยาวชนสร้างสรรค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และคณะ (2566) ได้นำเสนอกระบวนการสื่อสารสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ผ่านกิจกรรม “คนรุ่นใหม่ ร่วมใจ จัดภัยพยาธิ OV และ CCA” โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในห้องเรียน พบว่าเด็กสามารถเป็นผู้นำในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพต่อครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัย

ผลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยในระดับสูง (13.2 จาก 15 คะแนน) และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงถึงร้อยละ 91 สอดคล้องกับแนวคิดของ Health Belief Model (HBM) ซึ่งระบุว่าความรู้และการตระหนักถึงความเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงของโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรม การที่ผู้เข้าร่วม

ตระหนักถึงความเสี่ยงจากการบริโภคปลาน้ำจืดดิบจึงเป็นแรงผลักดันสำคัญให้เกิดการปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเกิด โรคมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ การที่พฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างชัดเจนสะท้อนถึงบทบาทของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งชี้ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นจริง ในกรณีนี้ ผู้เข้าร่วมได้รับทั้งความรู้และแรงจูงใจผ่านการมีส่วนร่วมในการผลิตและรับชมคลิปวิดีโอ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความตั้งใจที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการวางแผนของ Ajzen (1991) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดโดยเจตคติ (attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม (subjective norms) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) การรณรงค์ผ่านคลิปวิดีโอที่ผลิตโดยเยาวชนและชุมชน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (subjective norms) รวมถึงการรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้ (perceived behavioral control) จึงเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางปฏิบัติ

ดังนั้น ผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูง พฤติกรรมเสี่ยงลดลง และมีแรงจูงใจสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงสอดคล้องกับทั้ง HBM, Self-Efficacy Theory และ TPB ที่ต่างชี้ว่าความรู้ ความเชื่อมั่น และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ผลเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบธีมหลักที่สะท้อนประสิทธิผลของการรณรงค์ผ่านคลิปวิดีโอแบบมีส่วนร่วม 3 ประการ ประการแรก คือ การเสริมสร้างบทบาทและศักยภาพของผู้เข้าร่วม (Empowerment) โดยผู้ผลิตคลิปวิดีโอรายงานว่าได้รับความรู้ใหม่ กล้าแสดงออก และเกิดความภาคภูมิใจในบทบาทผู้นำสุขภาพ ส่งผลให้ตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพของตนเองในการสื่อสารด้านสุขภาพ ประการที่สอง คือ การสื่อสารสุขภาพภายในครอบครัวและชุมชน (Health Communication & Social Learning) โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคมมากขึ้น ทั้งในครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับครัวเรือน ประการสุดท้าย คือ คุณค่าและความน่าเชื่อถือของสื่อที่สร้างโดยชุมชน (Participatory Communication & Critical Health Literacy) ผู้ชมส่วนใหญ่เห็นว่าคลิปวิดีโอที่ผลิตโดยเยาวชนและชุมชนมีความใกล้ชิดสอดคล้องกับบริบท และน่าเชื่อถือมากกว่าสื่อทั่วไป จึงช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง

ผลเชิงคุณภาพเหล่านี้สนับสนุนข้อสรุปว่า การรณรงค์ผ่านคลิปวิดีโอแบบมีส่วนร่วม ไม่เพียงทำให้ประชาชนเป็นผู้รับสาร แต่ยังเปลี่ยนบทบาทให้เป็นผู้ผลิตสื่อความรู้ด้านสุขภาพ (Health Communicators) ด้วยตนเอง อันเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเสริมสร้างพลัง (empowerment) การเรียนรู้เชิงสังคม (social learning) และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ (critical health literacy) ที่เอื้อต่อการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ผลการเผยแพร่สื่อออนไลน์

- 1) มีคลิปเข้าร่วมประกวด 33 ผลงาน
- 2) ยอดรับชมรวมกว่า 230,000 ครั้ง และ Engagement Rate เฉลี่ย 3.11%
- 3) ผู้ติดตามเพจและการแชร์สื่อสะท้อนถึงพลังการมีส่วนร่วมในวงกว้าง

ผลการประเมินด้วย CIPP Model

- 1) Context: ปัญหาภาระเรื้อรังท่อน้ำดีในโยโสธรยังรุนแรง ประชาชนต้องการสื่อสุขภาพที่เข้าใจง่าย
- 2) Input: ทรัพยากรในพื้นที่ เช่น เยาวชน ครู อสม. และเพจ Facebook ของจังหวัด มีส่วนสำคัญต่อการรณรงค์
- 3) Process: กระบวนการประกวดคลิปวิดีโอสามารถดึงดูดผู้เข้าร่วมและสร้าง Engagement Rate สูงถึง 3.11%
- 4) Product: ความรู้ของผู้เข้าร่วมอยู่ในระดับสูง (13.2/15) และพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างชัดเจน

ผลการประเมินด้วย Kirkpatrick

- 1) Reaction: ร้อยละ 70–80 ของผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจสูงต่อหัวข้อและกระบวนการโครงการ
- 2) Learning: ผู้จัดทำคลิปได้เรียนรู้ทักษะการสื่อสารสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรค
- 3) Behavior: หลังชมคลิป ร้อยละ 91 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4) Results: ชุมชนเกิดการสื่อสารสุขภาพภายในครัวเรือนและมีแนวโน้มลดการบริโภคปลาน้ำจืดดิบ

ตารางที่ 1 การเชื่อมโยง (Mapping) ระหว่างวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีวิจัย กรอบการประเมิน (CIPP และ Kirkpatrick) และผลลัพธ์

วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีวิจัย	CIPP Model	Kirkpatrick Model	ผลลัพธ์ที่ได้
1. ศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของกลุ่มเป้าหมาย	แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมเสี่ยง (Posttest-only)	Product: ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้	Learning: วัดความรู้ที่ได้รับ	คะแนนความรู้เฉลี่ย 13.2/15 สูงกว่ามาตรฐานทั่วไป
2. ศึกษาผลของคลิปวิดีโอสุขภาพต่อความรู้อคติ และพฤติกรรมของเพื่อนและครอบครัว	แบบสอบถาม + สัมภาษณ์เชิงลึก	Process: ประเมินการสื่อสารและการรับสาร	Behavior: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ร้อยละ 91 มีแรงจูงใจเลิก/ลดพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น การกินปลาดิบ)
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนร่วม คณะกรรมการและผู้ชม	การสัมภาษณ์เชิงลึก + Focus Group Discussion	Context & Process: ความเหมาะสมของเนื้อหาและกระบวนการดำเนินงาน	Reaction: ความพึงพอใจต่อกิจกรรมและสื่อ	ชุมชนชื่นชมโครงการสะท้อนความต้องการให้ดำเนินต่อเนื่อง
4. ประเมินความพึงพอใจของผู้ผลิตคลิปวิดีโอต่อโครงการ	แบบสอบถามความพึงพอใจ	Product: ประเมินคุณค่าผลผลิตโครงการ	Reaction: ความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อโครงการ	ผู้ผลิตคลิปมีความพึงพอใจสูง (>70% ทุกด้าน) และภาคภูมิใจในบทบาทผู้นำสุขภาพ
5. ประเมินผลลัพธ์ระดับชุมชนจากการรณรงค์	การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ (Engagement, Reach) + สัมภาษณ์ครอบครัว	Product & Context: ผลกระทบต่อชุมชนและครอบครัว	Results: ผลเชิงสังคมและสุขภาพ	คลิปวิดีโอเข้าถึงกว่า 230,000 ครั้ง, Engagement Rate 3.11%, ชุมชนเริ่มสื่อสาร “เลิกกินปลาดิบ” ในครัวเรือน

จากตาราง Mapping นี้ทำให้เห็นว่าทุกวัตถุประสงค์เชื่อมโยงกับวิธีวิจัยที่เหมาะสม ใช้ทั้ง CIPP Model และ Kirkpatrick เพื่อครอบคลุมทั้ง บริบท กระบวนการ ผลผลิต และปฏิริยา การเรียนรู้ พฤติกรรม ผลลัพธ์ ซึ่งผลที่ได้มีความชัดเจนทั้งเชิงปริมาณ (คะแนนความรู้, Engagement) และเชิงคุณภาพ (ความพึงพอใจ, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การสื่อสารในครอบครัว)

อภิปรายและสรุปผล

ผลการวิจัยสะท้อนว่าการรณรงค์ผ่านคลิปวิดีโอโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและเยาวชนมีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้ข้อมูลแบบดั้งเดิม เนื่องจากผู้เข้าร่วมไม่เพียงเป็นผู้รับสาร แต่ยังกลายเป็นผู้ผลิตสื่อสุขภาพ (Health Communicators) ซึ่งช่วยสร้างพลังการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Health Literacy ของ Nutbeam (2008) ที่ชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิพากษ์ (critical health literacy) ทำให้ประชาชนสามารถสร้างและใช้สื่อสุขภาพด้วยตนเองเพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) ของ Wallerstein (1992; 2006) ที่เน้นให้ชุมชนมีบทบาทจากผู้รับบริการไปสู่การเป็นผู้สร้างความรู้และผู้นำสุขภาพภายในพื้นที่ อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบและสร้างสื่อสุขภาพ จึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ในขณะที่ผลการศึกษาวิจัยยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1997) ที่เน้นการเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมและการเลียนแบบเชิง

สังคม ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (self-efficacy) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง ดังนั้นการใช้คลิปวิดีโอแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพสูงในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้การใช้ CIPP Model ทำให้เห็นภาพรวมของโครงการในทุกมิติ ตั้งแต่ความจำเป็นของการดำเนินงานจนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ขณะที่ Kirkpatrick's Model แสดงผลลัพธ์เป็นลำดับขั้น ตั้งแต่ปฏิริยาของผู้เข้าร่วม การเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลที่เกิดขึ้นในระดับครอบครัวและชุมชน การประเมินทั้งสองกรอบนี้สอดคล้องกันว่า การประกวดคลิปวิดีโอแบบมีส่วนร่วมไม่เพียงแต่เพิ่มความรอบรู้และแรงจูงใจ แต่ยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์เชิงสุขภาพในระดับชุมชน ถือเป็นหลักฐานที่สนับสนุนว่าการสื่อสารสุขภาพเชิงสร้างสรรค์และมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีอย่างยั่งยืน อีกทั้งผลลัพธ์ยังสอดคล้องกับแนวคิด Health Literacy และ Participatory Communication ที่เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของกระบวนการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรณรงค์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านการประกวดคลิปวิดีโอในจังหวัดชัยภูมิ เป็นกลยุทธ์ที่มีศักยภาพสูงในการลดพฤติกรรมเสี่ยง เสริมสร้าง Health Literacy และกระตุ้นพลังการมีส่วนร่วมของเยาวชน

ครอบครัว และชุมชน ซึ่งสามารถต่อยอดเป็นต้นแบบเชิงนโยบายเพื่อลดภาระโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้ ได้แก่ ควรเสริมศักยภาพผู้เข้าร่วมด้านทักษะการผลิตสื่อสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพเนื้อหาและความน่าเชื่อถือและเชื่อมโยงคลิปที่ชนะการประกวดกับช่องทางสื่อสารสาธารณะ เช่น สถานีท้องถิ่น หรือสื่อของหน่วยงานรัฐ นอกจากนี้ควรประยุกต์ใช้ CIPP Model เป็นกรอบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในโครงการรณรงค์ระดับจังหวัด ใช้ Kirkpatrick Model ในการประเมินเชิงลึก โดยเฉพาะการติดตามผลด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว (3–6 เดือน) และบูรณาการผลการวิจัยนี้เข้ากับยุทธศาสตร์จังหวัด เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย ได้แก่ การวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดด้านกลุ่มเป้าหมายและระยะเวลา จึงขอเสนอแนะว่า ควรขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต ขยายขอบเขตเวลาเพื่อติดตามผลพฤติกรรมในระยะยาว (3–6 เดือน) เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของผลการรณรงค์

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565**. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). **Cancer in Thailand, Vol. XI, 2019–2021**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, สมชาย พงษ์พัฒน์, & วิไลลักษณ์ ภูผา. (2566). คนรุ่นใหม่ร่วมใจ ขจัดภัยพยาธิ OV และ CCA: บทเรียนจากการรณรงค์ในโรงเรียน. *วารสารสาธารณสุข*, 53(3), 215–229.
- บุญทนากร พรหมภักดี, กิตติคุณ ศรีสุข, & กัญญารัตน์ วงศ์อุดม. (2566). รูปแบบการติดตามและประเมินผลตามยุทธศาสตร์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: กรณีศึกษาในภาคอีสานตอนบน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(2), 145–158.
- ทศพล แก้วสิงห์. (2567). พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน: การศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขอีสาน*, 30(1), 55–70.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W. H. Freeman.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). **Evaluating training programs: The four levels** (3rd ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

10. Stufflebeam, D. L. (2003). “The CIPP model for evaluation”. In T. Kellaghan & D. L. Stufflebeam (Eds.), *International handbook of educational evaluation* (pp. 31–62). Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4_4
11. Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197–205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
12. Wallerstein, N. (2006). **What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?** WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report).