

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี

เบญจพร ถานทองดี, ส.บ. (บริหารสาธารณสุข)*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 44 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป CVI = +1 ความถี่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร $\alpha=0.88$ พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล $\alpha=0.73$ และความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ $\alpha=0.92$ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 54.5 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.2 เป็นประชาชน ร้อยละ 72.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.8 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 79.5 ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 13.6 ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 25.0 ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ.2566 ร้อยละ 4.5 รับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 50 รับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 40.9 และรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ได้ตรวจ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 95.5 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยให้ความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) การเข้าถึง เข้าใจค่านิยมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร 2) การตัดสินใจใช้ข้อมูลสื่อสาร 3) ประยุกต์ใช้ข้อมูลในการจัดการตนเอง 4) แลกเปลี่ยนความรู้ผ่านประสบการณ์ตรง หลังดำเนินการพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องน้อยกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) จาก 21.32 ± 8.02 เป็น 17.27 ± 6.66 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) จาก 13.93 ± 3.46 เป็น 15.52 ± 4.55 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) จาก 47.77 ± 14.72 เป็น 50.93 ± 17.67

สรุป หลังดำเนินการโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนทำให้มีพฤติกรรมถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ; ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; พยาธิใบไม้ตับ; มะเร็งท่อน้ำดี

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาว อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of behavioral modification potential development program for prevention of liver fluke and cholangiocarcinoma of the people in the area of Ban Khao Subdistrict, Mueang District, Udon Thani Province

Benjaporn Thantongdee, B.P.H (Public Health Administration)*

Abstract

This research aims to study effectiveness of behavioral modification potential development program for prevention of liver fluke and bile duct cancer of the people in the area of Ban Khao Subdistrict, Mueang District, Udon Thani Province. This quasi-experimental study. Between June–July 2023. The sample group was 44 people at risk of cholangiocarcinoma. The research tools were questionnaires, including general information, CVI = +1, dietary behavior $\alpha=0.88$, personal hygiene behavior $\alpha = 0.73$, and liver fluke prevention knowledge $\alpha=0.92$. Data were analyzed using descriptive statistic frequency, percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon Signed Ranks.

The results Most of the samples were female 72.7%, aged 50-59 years 54.5%, graduated from high school 43.2%, were citizens 72.7%, agricultural occupation 56.8%, single family 79.5%, first-degree relatives with liver cancer 13.6%, Liver fluke eggs were detected in 2022 = 25.0%, liver fluke eggs were detected in 2023 = 4.5%, 50% of liver fluke eggs were taken orally. Liver fluke deworming when liver fluke eggs were not detected 40.9% and liver fluke deworming without detection 1-2 times 95.5%. Potential Development Program for Behavioral Modification for Liver Fluke Prevention by educating correct practice behaviors, including 1) Approaching and understanding values for food consumption behavior change 2) Decision making for communication information 3) Applying information for self-management 4) Exchanging knowledge through direct experience. After the operation, the invalid food consumption behavior was significantly less than before the operation ($p<0.0001$) from 21.32 ± 3.46 to 17.27 ± 6.66 . There was a statistically significant increase in overall personal hygiene behaviors ($p<0.001$) from 13.93 ± 3.46 เป็น 15.52 ± 4.55 . Mean scores of health literacy of liver fluke prevention increased more than before the operation statistically significant ($p\text{-value}<0.001$) from 47.77 ± 14.72 to 50.93 ± 17.67 .

Conclusion: After carrying out the potential development program for preventing liver fluke behaviors, the people's correct behavior increasing at a statistically significant.

Keywords: Potential Development; Behavioral Modification; Liver Fluke; Cholangiocarcinoma

Ban Khao Sub-district Health Promotion Hospital, Mueang District, Udon Thani Province

บทนำ

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสำคัญในทางสาธารณสุขของประชากรทุกประเทศในโลก เมื่อเปรียบเทียบกับ การตายด้วยโรคหัวใจ เอ็ดส์และอุบัติเหตุอื่น จากข้อมูลทางการแพทย์ในระดับสากลพบว่า ในปี พ.ศ. 2537 มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และจะมีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงปีละ 9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้มากกว่า 11 ล้านคน และเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของโรคมะเร็งทุกชนิดในประเทศไทยพบมากในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ โดยพบในผู้ชาย 135 คนต่อประชากร 100,000 คน และ ในผู้หญิง 48 คน ต่อประชากร 100,000 คนซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงที่สุดในโลกในแต่ละปีมีผู้ป่วยชาวอีสานเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ท่อน้ำดีประมาณ 14,000 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ทำให้ช้าเกินกว่าจะแก้ไขได้ ทันทีที่หากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีอาการใดปรากฏ จะมี โอกาสหายจากโรคได้มากกว่าปล่อยให้มาพบแพทย์เมื่อโรครอยู่ในระยะลุกลาม โรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือชื่อทาง การแพทย์คือ Cholangiocarcinoma เป็นมะเร็งที่อยู่บริเวณเยื่อบุผนังของท่อน้ำดีในภาคอีสาน มีสาเหตุหลักคือเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด Opisthorchis viverrini ซึ่งเป็นตัวปรสิตที่พบในปลาน้ำจืด ชนิดมีเกล็ด เช่น ปลาตะเพียน ปลาขาว ปลาสลวย ปลากะตูด ปลาแม่สะแตง ปลาซิว เป็นต้น ปลาเหล่านี้ หาได้ทั่วไปตามแหล่งน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อคนรับประทานปลาน้ำจืดเหล่านี้แบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ทำเป็น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าที่หมักไม่เกิน 1 สัปดาห์โดยตัวอ่อนของพยาธิสามารถไชเข้าไปเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีและมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 20 ปี และจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในท่อน้ำดีและเกิด เป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุดอย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดการติดเชื้อ เรายังไม่ได้เป็นมะเร็งในทันที แต่กระบวนการก่อ มะเร็งที่บริเวณท่อน้ำดีในตับจะใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 ปีจึงจะตรวจพบก่อนเนื้อร้ายดังนั้นชาวบ้านจึงมักไม่ ตระหนักที่จะเลิกนิสัยการบริโภคปลาดิบ และซำรายยังใช้วิธีการนึ่งปลาพยาธิเอา ทำให้มีพฤติกรรมแบบติดพยาธิ ซ้ำซาก ส่งผลให้เกิดภาวะอักเสบแบบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี¹

จากการวิเคราะห์ ประชากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าใน 7 จังหวัด มีพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก แต่ละจังหวัดอยู่ที่ ร้อยละ 75.98 - 94.14 โดยประชากรยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในการกินยาเพื่อป้องกันการเกิดโรค และยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการหาขายาพยาธิใบไม้ตับมารับประทานเองของแต่ละจังหวัด อยู่ที่ร้อยละ 22.98 - 36.33 โดยที่ไม่ได้จริงจังในเรื่องของการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดเลย หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม ส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่ากลุ่มเสี่ยงที่ตรวจเจอไข่พยาธิ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มี พฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก และจังหวัดอุดรธานีตรวจพบไข่พยาธิ ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก และไม่มีพฤติกรรม รับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุกใกล้เคียงกัน ดังนั้นน่าจะจะมีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นที่ มีผลต่อการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การกำจัดสิ่งปฏิกูลของพื้นที่ รวมถึงเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยการซักถามทำให้อาจได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ การตรวจอัลตราซาวด์ แล้วพบความผิดปกติที่คาดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือกลุ่มที่มี Periductal Fibrosis และ Liver Mass ทั้งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมรับประทานประเภทปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก และในกลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่รับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือ

ปลาร้าไม่ต้มสุก ตรวจพบการเกิดภาวะดังกล่าวในอัตราที่ใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ความผิดปกติดังกล่าวในอัตราที่คาดว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอาจมีอย่างอื่น ร่วมด้วย และความผิดปกติดังกล่าว ยังต้องมีการตรวจติดตามต่อไปอีกในระยะยาวเพื่อพิสูจน์ยืนยันว่า เป็น อาการระยะแรกของการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีจริง²

สถานการณ์ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี สถิติระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 เปรียบเทียบระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัดอุดรธานี พบว่า มีอัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปีพ.ศ. 2560-2564 อัตราต่อแสนประชากร เท่ากับ 22.1:40.4:38.3, 24.3:36.7:35.8, 31.6:37.2:24.8, 24.6:35.8:29.4 และ 24.0:37.3:33.7 ตามลำดับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีอัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามกลุ่มอายุ 60 ขึ้นไป ปีพ.ศ. 2560-2564 อัตราต่อแสนประชากร เท่ากับ 38.15, 35.86, 31.66, 29.49 และ 33.79 ตามลำดับ และพบอัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เท่ากับ 51.7:24.7, 50.8:21.0, 42.5:20.9, 39.8:19.3, 45.3:22.4 ตามลำดับ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เท่ากับ 34.1, 31.8, 25.1, 25.8 และ 30.7 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราตายจากโรคมะเร็งตับและ ท่อน้ำดี จังหวัดอุดรธานี ปีพ.ศ. 2564 อำเภอเมืองอุดรธานี เท่ากับ 30.7 จัดอยู่ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง³

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รายงานผลการตรวจหอนพยาธิใบไม้ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 กลุ่มเป้าหมายจำนวน 100 คน, 600 คน, 300 คน พบพยาธิใบไม้ตับ/พยาธิอื่น จำนวน 1/15 คน, 15/59 คน และ 12/47 คน คิดเป็นร้อยละ ที่ตรวจพบพยาธิ เท่ากับ 16.0, 9.9 และ 19.7 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จึงได้ดำเนินการภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ ลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก มีกิจกรรมที่ หลากหลาย ได้แก่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยง มีการให้ความรู้ และพฤติกรรมสุข วิทยาส่วนบุคคล ในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีมติร่วมกัน โดยกำหนดให้มีกิจกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความหลากหลาย และต่อเนื่อง กิจกรรมหนึ่งที่จะ ดำเนินการให้ต่อเนื่อง คือ โครงการพัฒนาศักยภาพประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับและลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อเป็นการประเมินผลโครงการดังกล่าว จึงเป็นเหตุผล ให้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปรตาม คือ การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีการศึกษา

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) สถานที่ศึกษา ในเขตตำบลบ้านขาว อำเภอมือ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2566

2. **ประชากรที่ศึกษา** ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอมือ จังหวัดอุดรธานี ช่วงอายุ 20 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจอุจจาระค้นหาไข่พยาธิ สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 300 คน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่ไม่ได้เข้าร่วมอบรมการเพิ่มศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือให้ข้อมูลไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

3. **กลุ่มตัวอย่าง** จำนวน 44 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁴

4. **วิธีการสุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกจากอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกจนครบขนาดตัวอย่าง

5. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน จำนวน 46 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก เพศ การศึกษา อาชีพ สมาชิกภายในบ้าน การป่วยเป็นโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีของญาติสายตรง ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ การกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผลตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับและจำนวนครั้งที่กินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามมีทั้งแบบเติมข้อความและเป็นแบบเลือกตอบ ใช่(มี) ไม่ใช่(ไม่มี) มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบ ใช่(มี) ให้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่(ไม่มี) ให้ 0 คะแนน ไม่ตอบ กำหนดเป็น missing

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร จำนวน 14 ข้อ เกี่ยวกับวิธีการนำปลาเกล็ดขาว หรือปลาในตระกูลปลาตะเพียนนำมาปรุงรับประทานเป็นอาหาร การตอบเป็นวิธีการปรุงอาหาร คือ วิธีการปรุงสุกๆ ดิบๆ หรือ ปรุงสุก และความถี่ของการรับประทานอาหาร $\alpha = 0.88$ การตอบเป็นความถี่ของการรับประทานอาหารต่อสัปดาห์ คือ 1=ไม่รับประทาน 2=2 ครั้ง, 3=3 ครั้ง, 4=4 ครั้ง, 5=5 ครั้งขึ้นไป การแปลงผลค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-1.66 =ระดับต่ำ, 1.67-3.33 =ระดับปานกลาง, 3.34-5.00 =ระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ $\alpha = 0.73$ เกี่ยวกับวิธีปรุงอาหาร พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร ล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำ ถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา ให้อาหารสุนัขและแมว ด้วยปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆ และการสวมรองเท้า การตอบคำถามเป็นความถี่การปฏิบัติ 1=ไม่ปฏิบัติ 2=นานๆ ครั้ง 3=บางครั้ง 4=บ่อยครั้ง 5=ทุกครั้ง การแปลงผลค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-1.66=ระดับต่ำ, 1.67-3.33=ระดับปานกลาง, 3.34-5.00=ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น = 0.92 คำถามเกี่ยวกับ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการตัดสินใจด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ⁵ คือระดับการเห็นด้วย ดังนี้ 1=น้อยที่สุด 2=น้อย 3=ค่อนข้างมาก

4=มาก 5=มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-1.66=ระดับต่ำ, 1.67-3.33=ระดับปานกลาง, 3.34-5.00=ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทาง (Subject Matter Specialist: SMS) จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์และปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้ค่า CVI รายข้อเท่ากับ +1 ทุกข้อ จึงนำไปใช้จริง คือ ข้อมูลทั่วไป

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี นำแบบสอบถามมาหาค่าความเที่ยงแบบ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อหาค่า alpha แบบสอบถามที่แก้ไข แล้วจึงนำไปใช้จริง ปรากฏดังนี้ ความถี่ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร $\alpha = 0.88$ พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล $\alpha = 0.73$ ความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ $\alpha = 0.92$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 วิธี คือ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ แจกแบบสอบถามให้ด้วยตนเอง ขอแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์และกรณีก่อนเป้าหมายสามารถตอบแบบสอบถามทางช่องทาง Google Forms ผ่านคอมพิวเตอร์หรือมือถือ โดยผู้วิจัยมีเอกสารการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างมีอิสระ และเก็บ

2. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนบันทึกลงโปรแกรมวิเคราะห์ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นไฟล์ Excel ทำการ ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล (clean data) จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นตัวแปรระดับ nominal scale โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่รับรอง UDREC 12266 ลงวันที่ 23 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยให้ความรู้พฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) การเข้าถึง เข้าใจเกี่ยวกับการสร้างค่านิยมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร 2) การตัดสินใจใช้ข้อมูลสื่อสาร และบริการสุขภาพ 3) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพในการจัดการตนเอง 4) การแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านประสบการณ์ตรง

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 54.5 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.2 เป็นประชาชน ร้อยละ 72.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.8 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 79.5 ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 13.6 ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 25.0 ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ.2566 ร้อยละ 4.5 รับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 50 รับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อตรวจไม่พบไขพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 40.9 และรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ได้ตรวจ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 95.5

พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิด พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคปลาเกล็ดขาวหรือปลาในตระกูลปลาตะเพียนลดลง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนกับหลังดำเนินการ (n=44)

พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ปลาขาว	32 (72.7)	21 (47.7)
ปลาตะเพียน/ปลาสร้อย	36 (81.8)	19 (43.2)
ปลาชิว	39 (88.6)	21 (47.7)

ระดับความถี่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อสัปดาห์ พบว่า หลังดำเนินการระดับความถี่ในการบริโภคลดลงก่อนดำเนินการ โดยข้อที่พฤติกรรมลดลงมากที่สุดคือ รับประทานก้อยปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ ลดจาก 2.16 ± 1.05 เป็น 1.57 ± 0.78 รองลงมาคือ รับประทานปลาจ่อมดิบ/ปลาน้อยดิบ จาก 2.25 ± 1.05 เป็น 1.68 ± 0.77 และ รับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาว จาก 2.48 ± 1.15 เป็น 2.00 ± 1.01 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับความถี่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อสัปดาห์ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=44)

ความถี่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อน		หลัง	
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. รับประทานปลาสดที่ปรุงไม่สุกดี	1.91 ± 0.96	ปานกลาง	1.59 ± 0.78	ปานกลาง
2. รับประทานก้อยปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ	2.16 ± 1.05	ปานกลาง	1.57 ± 0.78	ปานกลาง
3. รับประทานปลาจ่อมดิบ/ปลาน้อยดิบ	2.25 ± 1.05	ปานกลาง	1.68 ± 0.77	ปานกลาง
4. รับประทานปลาร้าดิบหรือแจ่วบองปลาร้าดิบ	2.59 ± 0.97	ปานกลาง	2.18 ± 0.87	ปานกลาง
5. รับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ	2.77 ± 1.23	ปานกลาง	2.39 ± 0.92	ปานกลาง
6. รับประทานหม่ำปลาดิบ	1.86 ± 1.02	ปานกลาง	1.55 ± 0.84	ปานกลาง
7. รับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาว	2.48 ± 1.15	ปานกลาง	2.00 ± 1.01	ปานกลาง
8. ต้มสุราพร้อมกับรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงสุกๆดิบๆ	1.89 ± 0.99	ปานกลาง	1.45 ± 0.82	ปานกลาง
9. ปิบมะนาวหรือใส่พริกในปลาน้ำจืดดิบก่อนรับประทาน	1.82 ± 1.04	ปานกลาง	1.45 ± 0.87	ปานกลาง
10. ปิบหรือขยำมดแดงกับปลาน้ำจืดดิบเพื่อให้เปลี่ยนสีสดก่อนรับประทาน	1.59 ± 0.99	ปานกลาง	1.41 ± 0.78	ปานกลาง

พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ โดยข้อที่เพิ่มมากที่สุดคือ ใส่รองเท้าแตะหรือไม่ใส่รองเท้าเมื่อไปสวน ไร่ นา ไกล่บ้าน จาก 2.70 ± 0.79 เป็น 3.55 ± 1.40 รองลงมาคือ ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร จาก 3.52 ± 0.95 เป็น 3.89 ± 1.10 และล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำ จาก 3.75 ± 0.89 เป็น 4.02 ± 1.04 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล ก่อนและหลังดำเนินการ (n=44)

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล	ก่อน		หลัง	
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร	3.52±0.95	สูง	3.89±1.10	สูง
2. ล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำ	3.75±0.89	สูง	4.02±1.04	สูง
3. ถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา	1.82±1.01	ปานกลาง	1.89±1.18	ปานกลาง
4. ให้อาหารสุนัขและแมว ด้วยปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆ	2.14±1.06	ปานกลาง	2.18±1.16	ปานกลาง
5. ใส่รองเท้าหุ้มส้นเมื่อไปสวน ไร่ นา ใกล้บ้าน	2.70±0.79	ปานกลาง	3.55±1.40	สูง

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกข้อ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=44)

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อน		หลัง	
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
ทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ				
1. สามารถหาแหล่งข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัยได้โดยทันที	2.93±1.06	ปานกลาง	3.30±1.34	ปานกลาง
2. สามารถเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย	3.30±1.02	ปานกลาง	3.55±1.26	สูง
3. สามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย	3.14±1.09	ปานกลาง	3.32±1.290	ปานกลาง
4. สามารถตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	3.14±1.13	ปานกลาง	3.39±1.38	สูง
5. อ่านหรือได้ฟังข้อมูลเกี่ยวกับโทษของการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน แบบสุกๆ ดิบๆ อย่างเข้าใจ	3.02±1.21	ปานกลาง	3.23±1.42	ปานกลาง
6. อ่านหรือได้ฟังข้อมูลสามารถสรุปเนื้อหาจากการฟังหรืออ่านเรื่องโทษของการบริโภคปลาสุกๆ ดิบๆ ได้	3.16±1.11	ปานกลาง	3.36±1.33	สูง
7. กล้าซักถามข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีจาก หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้อง	3.16±1.18	ปานกลาง	3.45±1.45	สูง
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ				
8. ประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	3.18±1.04	ปานกลาง	3.34±1.21	สูง
9. พิจารณาข้อดีข้อเสียของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตาม	3.27±0.94	ปานกลาง	3.43±1.12	สูง
10. ทบทวนข้อมูลการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากหลายแหล่งจนพบทางเลือกที่เหมาะสมก่อนที่จะทำตาม	3.18±1.08	ปานกลาง	3.27±1.18	ปานกลาง
11. ไตร่ตรองข้อมูลการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล	3.23±1.05	ปานกลาง	3.39±1.38	สูง

ตารางที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินการ (ต่อ) (n=44)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อน		หลัง	
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ				
12. สามารถนำข้อมูลความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเองได้	3.30±1.02		3.45±1.19	
13. หมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	3.30±1.09		3.52±1.30	
14. ทำวางแผนเข้ารับการตรวจสุขภาพ เช่น ตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิใบไม้ตับตรวจคัดกรองความเสี่ยงของมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี	3.25±1.10		3.45±1.30	
15. ทำตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.23±1.09		3.43±1.30	

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.0001$) จาก 21.32 ± 8.02 เป็น 17.27 ± 6.66 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.0001$) จาก 13.93 ± 3.46 เป็น 15.52 ± 4.55 และความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.0001$) จาก 47.77 ± 14.72 เป็น 50.93 ± 17.67 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=44)

พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อน	หลัง	Z	p-value
พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร	21.32±8.02	17.27±6.66	-4.633	<0.0001*
พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล	13.93±3.46	15.52±4.55	-4.660	<0.0001*
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	47.77±14.72	50.93±17.67	-3.728	<0.0001*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ <0.05, โดยใช้ Wilcoxon signed rank test

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการให้ความรู้พฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) การเข้าถึงเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างค่านิยมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร 2) การตัดสินใจใช้ข้อมูลสื่อสารและบริการสุขภาพ 3) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพในการจัดการตนเอง 4) การแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านประสบการณ์ตรง ซึ่งได้ดำเนินการตามแนวคิดของ Sorensen, et al⁶

พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร หลังดำเนินการ พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารที่ลดลง ได้แก่ การบริโภคปลาขาว ปลาตะเพียน/ปลาสร้อย ปลาชิว ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชาวครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยวิธีการให้ความรู้พฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ประชาชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างถูกต้องมากกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมใดๆ ตามที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยนี้ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ปัจจัยเหล่านี้อาจช่วยเหลือ ชัดขวางหรือยับยั้งการเกิดหรือเปลี่ยนแปลงก็ได้แล้ว แต่ระดับและทิศทางของปัจจัย⁷ และการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของประชาชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีและพฤติกรรมป้องกันโรคหนองพยาธิ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี² ที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆ สุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก และจังหวัดอุดรธานีตรวจพบไข้พยาธิในกลุ่มที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆ สุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก

พฤติกรรมบริโภคอาหารต่อสัปดาห์ หลังดำเนินการลดลงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมบริโภคที่ลดลงมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานก้อยปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ รองลงมาคือรับประทานปลาจ่อมดิบ/ปลาน้อยดิบ และ รับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างถูกต้อง จึงทำให้ประชาชนซึ่งเป็นเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล มีความเข้าใจและสามารถปรับพฤติกรรมตนเองได้ถูกต้องมากกว่าก่อนดำเนินการ แต่ในความเป็นจริงด้านพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานร่วมกับสุรา หรือปรุงอาหารแบบสุกๆดิบๆ ในประชาชนเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง และปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ยังคงก่อให้เกิดภาวะโรคสูงในเพศชาย คือ การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จึงมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกำหนดมาตรการดำเนินการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและต้องมีการตรวจติดตามสถานะภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ต่อไป⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา แต้มงาม และคณะ¹⁰ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลาง

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล พบว่า หลังดำเนินการมีพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการปฏิบัติที่เพิ่มมากที่สุดคือ ใส่รองเท้าแตะหรือไม่ใส่รองเท้าเมื่อไปสวน ไร่ นา ใกล้บ้าน รองลงมาคือ ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำ จาก 3.75 ± 0.89 เป็น 4.02 ± 1.04 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก พยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเมินการว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน พยาธิใบไม้ตับติดต่อสู่คนโดยการกินปลาดิบๆ สุกๆ ซึ่งมีระยะติดต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเกี่ยวกับระบบตับและทางเดินท่อน้ำดี เช่น ถุงน้ำดีอักเสบ ตับเหลือง นิ่วในถุงน้ำดี ตับมีไขมันโต และหลักฐานทางระบาดวิทยาและในสัตว์ทดลองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสิทธิ์ สงกันหา¹¹ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ที่ถูกต้องโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรณิชา โชติกาวานิชกุล และคณะ¹³ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ธนากร วรัมย์ และคณะ¹⁴ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวม การศึกษาของ บังอร พิมพ์จันทร์ และคณะ¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้านการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และการศึกษาของ รัชนิกร ภูญแจทอง และคณะ¹⁶ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเข้าถึงข้อมูลและการได้รับบริการสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และด้านความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ข้อสรุป การเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการให้ความรู้พฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ประชาชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการศึกษาครั้งนี้ อาจนำไปใช้กับประชาชนทั่วไปที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือการเยี่ยมบ้านประชาชนสัมพันธ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของประชาชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ด้านการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน จากการศึกษาพบว่าประชาชนบางส่วนยังเชื่อว่า การรับประทานยาฆ่าพยาธิสามารถทำได้บ่อย ๆ ทำให้ฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้ ควรให้ความรู้ประชาชนด้านความรอบรู้ในการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องการรักษาได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับควรส่งตรวจอัลตราซาวด์ เพราะนอกจากจะช่วยสะท้อนอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นสถานการณ์จริงมากขึ้นแล้ว ยังได้เห็นความผิดปกติอื่นๆ เช่น นิ่วในถุงน้ำดี นิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ ความผิดปกติของไต เป็นต้น ซึ่งสามารถนำผลการตรวจพบทั้งหมดไปใช้ในการประเมินสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น และวางแผนยุทธศาสตร์การทำงานด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมกับอัตรากำลังและงบประมาณที่มีอยู่ได้เหมาะสมมากขึ้น
4. ควรศึกษาละเอียดในเชิงลึกถึงช่วงอายุของการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับว่านอกจากกลุ่มอายุกลางคนขึ้นไป (ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่านี้มีพยาธิใบไม้ตับมาน้อยเพียงใด และข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวิเคราะห์ควรได้จากการตรวจจริง ในเวลาที่ใกล้เคียงกันเพื่อผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง แม่นยำมากที่สุด และเพื่อใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพต่อไป และพฤติกรรมการบริโภคของคนรุ่นใหม่เปลี่ยนไปจากเดิม อาจมีผลกระทบต่ออุบัติการณ์การเป็นพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี. โรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย, 2559. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2566] จาก <https://cascap.kku.ac.th>
2. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงาน โครงการ การศึกษาผลการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในเขตสุขภาพที่ 8 ประจำปี 2562. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2566] จาก <https://www.udch.go.th/uploads/doc/CASCAP2562.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ข้อมูลการตายจากข้อมูลมรณบัตร ปี พ.ศ. 2560-2564. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2566] จาก <https://www.hiso.or.th>
4. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2557.
5. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice Hall; 1970.
6. Sorensen K, den Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12: 80.
7. Green LW, Kreuter, MW. Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach. 4th edition. NY : McGraw-Hill, Higher Education; 2005.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครื่องมือสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต. ระบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2566] จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/462>
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. รายงาน ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท แฮนดี เพรส จำกัด; 2566.
10. เพ็ญประภา แต้มงาม, สมปอง พะมูลิลา, นฤมล สาระคำ, ศิริินยา อินแพง. ความรู้ ทักษะคติ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอรารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 21(3): 74-85.
11. ปรัชญา รักษาณา. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 9. 2562; 25(2): 45-55.
12. ประสิทธิ์ สงกันหา. การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของ ประชาชน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(3): 310-20.
13. อรณิชา โชติกาพานิชกุล, พรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศม์ นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุรัตน์. ความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2564; 17(1): 35-44.
14. ธนากร วัชรพร, ยุวดี สาระพันธ์, สุนิศา แสงจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านชัยถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2): 16-30.

15. บังอร พิมพ์จันทร์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนุ่ยศร. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564; 28(1): 14-24.
16. รัชนิกร กุญแจทอง, สมจิตร พันธุ์โพธิ์, ศุจินันท์ ตริเดช, สุมาลี จันทลักษณ์, คณยศ ชัยอาจ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2563.