

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

The Prevention and Control Model for Opisthorchiasis in Chaiyaphum Province

วนิดา รอยยุทธ*, ประสิทธิ์ คำชัยภูมิ

Wanida Ronyut*, Prasit Kachaiyaphum

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

Chaiyaphum Public Health Provincial Office

*Corresponding author: wanidada5@gmail.com

(Received: Jul 13, 2023 / Revised: Oct 31, 2023 / Accepted: Nov 6, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้แก่ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 3) ประเมินผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามที่คุณภาพของเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.75 ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว, ครอบครัวและเพื่อน, ชุมชน, และอัตราความชุกของการติดเชื้อ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression 2) ชุมชนที่พัฒนาตามแบบแผนทางสุขภาพและยุทธศาสตร์ ภายใต้ความร่วมมือของชุมชนและหน่วยงานในท้องถิ่นที่มีคุณภาพครอบคลุมด้านความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง 3) ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมที่มีผลของคะแนนเชื่อมั่นรายด้านระหว่าง 0.75 - 0.88 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ พฤติกรรมการบริโภคก้อยปลา ($p < 0.01$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($p < 0.05$) หลังการทดลองการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงทั้งสองกลุ่มที่ร้อยละ 7.0 และ 22.8 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ข้อเสนอแนะควรมีกิจกรรมการให้ความรู้และการเสริมสร้างการรับรู้โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย รวมถึงสื่อบุคคล มีการสะท้อนข้อมูลกลับให้ชุมชนได้รับทราบ และขยายของภาครัฐในพื้นที่ควรดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องและนำรูปแบบที่พัฒนาไปประยุกต์ในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ : การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, การพัฒนารูปแบบ, การประเมินรูปแบบ

Abstract

This research aimed to develop a model for preventing and controlling opisthorchiasis in Chaiphum Province, Thailand. The objectives include: 1) investigating factors related to the prevention and control of opisthorchiasis, 2) developing a prevention and control model, and 3) evaluating the outcomes of the developed prevention and control model. The research instruments used to collect and analyze the data comprise: 1) a high-quality questionnaire with a reliability coefficient of 0.75, covering personal data, family and friends, community, and prevalence. Binary logistic regression statistics were used to analyze the relationship between these factors and opisthorchiasis, 2) a set of activities was developed according to the health beliefs and strategies roadmap, under the collaboration of the community and local units with a focus on constructed validity, 3) the outcomes were evaluated by examining statistically significant differences between the control and experimental groups. This evaluation utilized a questionnaire on knowledge, perception, and behavior, with confidence coefficients ranging between 0.75 and 0.88. The results showed that factors related to opisthorchiasis prevalence were significantly correlated with the behaviors of consuming raw fish (Koi-Pla) ($p < 0.01$) and perceiving the risk of the disease ($p < 0.05$). After the intervention, both the experimental and control groups revealed a statistically significant reduction in the prevalence rate of liver fluke infection by 7.03% and 22.83% respectively ($p < 0.01$). This study suggests that knowledge-sharing activities, raising awareness through easily understandable media, combining human communication, providing feedback, and keeping the community informed are all beneficial. Moreover, it is recommended that local government policies in the area should be implemented consistently and earnestly, and the developed model should be applied in other regions for practical and continuous improvement.

Keywords: *Opisthorchis viverrine* infection, Model development, Model evaluation

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันโดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้^(1,2) เนื่องจากพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ที่มีความรุนแรง ส่งผลให้มีอัตราการป่วยตายของประชากรสูงขึ้น^(1,3) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2560 พบรายงานความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรทั่วประเทศร้อยละ 11.8 โดยพบสถิติสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 25.5 ซึ่งเกิดการตื่นตัวในการป้องกันและกำจัดโรคโดยใช้มาตรการต่างๆ ทั้งการรณรงค์ให้ประชาชนเลิกรับประทานปลาดิบอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรค โดยในปี พ.ศ. 2562 สามารถลดความชุกของผู้ป่วยทั่วประเทศเป็นร้อยละ 7.5 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหลือความชุกของโรคร้อยละ 12.1 จนกระทั่งในปี พ.ศ.2564 พบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศลดลงจนเป็นร้อยละ 7.3 อย่างไรก็ตามความชุกของโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงสูงถึงร้อยละ 15.2⁽⁴⁾ และคาดว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 7 ล้านคน^(5,6) ซึ่งการระบาดของโรคโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2534, 2538, 2544, 2552, 2557, 2560 และ 2564 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 7, 41, 35, 22.5, 8.7, 11.8 และ 7.5 โดยพบสถิติเชื้อโรคหนอนพยาธิมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26 และพบอัตราติดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 20.8 โดยมีอัตราความชุกสูงถึง 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครพนม ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ กาฬสินธุ์ มุกดาหาร บุรีรัมย์ สุรินทร์ ร้อยเอ็ด ยโสธร หนองบัวลำภู สกลนคร อุบลราชธานี และชัยภูมิ⁽⁴⁾ จากการวิเคราะห์พบบาง

หมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงมาก ซึ่งประมาณการพบว่าคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า 20 ล้านคนติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกว่า 6 ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาค สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในไทยปี 2548 เมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาประมาณ 1000 ราย เป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ 7 รายหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 ราย^(7,8) จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังเป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่ตามสภาพภูมิศาสตร์มีแม่น้ำชีและแม่น้ำมูลไหลผ่าน ประกอบกับปริมาณน้ำฝนที่ตกชุกทำให้จังหวัดชัยภูมิประสบปัญหาไปด้วยสัตว์น้ำโดยเฉพาะปลาจืด จึงมีการบริโภคปลาดิบตามวิถีของชุมชนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่เป็นจำนวนมาก ทางจังหวัดชัยภูมิได้ดำเนินงานตามโครงการ “การกำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนชัยภูมิ” ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่ทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะต้องเร่งดำเนินการ งานการณจังหวัดชัยภูมิพบว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563, 2564 และ 2565 เท่ากับร้อยละ 8.1, 4.5, 3.5, 5.9 และ 4.7 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เท่ากับ 109 (75), 194 (73), 172 (65), 163 (54) และ 159 (51) ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่ผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มที่ลดลง⁽¹²⁾ จากรายงานแสดงให้เห็นว่าพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยยังเป็นที่ที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงยังคงต้องเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2559–2568 ตามมติคณะรัฐมนตรี ที่ให้เป็นโครงการถวายเป็นพระราชกุศล

แต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ ครบ 70 ปี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งที่จะสามารถสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนที่จะดูแลสุขภาพของตนเองนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมได้ โดยเป็นกระบวนการมีการดำเนินการเพื่อที่จะให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน โดยส่งเสริมให้ประชาชนได้จัดทำกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน เพื่อหาแนวทางหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จะเป็นระบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดำเนินการโดยชุมชนเอง⁽¹⁵⁾ เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นและลดผลกระทบต่างๆ จากการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน แนวคิดในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดชัยภูมิคือการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และปัจจัยเหล่านี้มาพัฒนาเป็นต้นแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดชัยภูมิขึ้นได้จากการนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาใช้ในการศึกษา ได้เกิดกรอบแนวคิดแบบจำลองเชิงนิเวศวิทยา⁽¹⁷⁾ ทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผนความเชื่อ⁽¹⁸⁾ และแนวคิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์⁽¹⁵⁾ มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการค้นหา เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์

จากข้อมูลด้านการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยของสังคม ต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนจังหวัดชัยภูมิ
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของจังหวัดชัยภูมิ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งผสมผสานการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

รูปแบบการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ประชากรที่ทำการศึกษาคือหมู่บ้านในจังหวัดชัยภูมิ โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกพื้นที่แบบจำเพาะเจาะจง ตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงระดับหมู่บ้าน ทั้งนี้หมู่บ้านที่ทำการศึกษาดังกล่าวผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (Inclusion

criteria) คือ อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และมีแหล่งน้ำในชุมชน ได้กลุ่มทดลอง คือ หมู่ 2 ตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ หมู่ 5 ตำบลเก่าย่าดี อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของจังหวัดชัยภูมิเป็นการมุ่งปรับปรุงและสร้างระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยกระบวนการเสริมสร้างความรู้และการสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่ชุมชน นำไปสู่การมีส่วนร่วมตามแนวคิดของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของจังหวัดชัยภูมิที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในพื้นที่ โดยดำเนินงานเฉพาะในกลุ่มพื้นที่ทดลองเท่านั้น

ระยะที่ 3 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ดำเนินการกำหนดพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive selection) เลือกอำเภอที่ใช้ในการศึกษาเช่นเดียวกับการที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับอีก 1 อำเภอเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ และการสำรวจในปี 2565 ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 1,131,504 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยการสำรวจหาแนวโน้มโดยนำจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่อยู่ในจังหวัดชัยภูมิทั้งหมด คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากรายงานผลการตรวจโรคหนอนพยาธิในโครงการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทยปี 2564⁽¹³⁾ มีค่าความชุกของ

พยาธิใบไม้ตับ คือ 0.5 เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างจากค่าที่คำนวณได้ร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 278 คน

ระยะที่ 3 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบระหว่างประชากร 2 กลุ่ม⁽¹⁴⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างจากค่าที่คำนวณได้ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 134 คน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติของประชากรดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา พื้นที่ทดลองอำเภอจัตุรัส และพื้นที่เปรียบเทียบอำเภอแก้งคร้อ อย่างน้อย 1 ปี 3) เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมโครงการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 4)ยินยอมให้ตรวจเจาะเจาะเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ต่อเดือน การอยู่ใกล้กับแหล่งน้ำ การกินปลาดิบของคนในครอบครัว การตรวจเจาะเจาะเพื่อหาไข่พยาธิ และการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย

(1) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ รวม 15 คะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์

ของ Bloom⁽¹⁹⁾ โดยมีระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สูง ปานกลาง และต่ำ

(2) แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ แบ่งเป็นด้านละ 10 ข้อ จำนวน 60 ข้อ คำถามเป็นแบบประเมินค่า แบบ likert scale โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁹⁾ โดยมีการจัดกลุ่มระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สูง ปานกลาง และต่ำ

(3) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมี 4 ระดับ คือ ไม่เคยเกิดพฤติกรรมนั้น (0 คะแนน) นานๆ ครั้งที่เกิดพฤติกรรมนั้น (1 คะแนน) บ่อยครั้งที่เกิดพฤติกรรมนั้น (2 คะแนน) และเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้งที่ (3 คะแนน) จำนวน 14 ข้อ แผลผลโดยการแสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามประเภทระดับของพฤติกรรมในแต่ละข้อ

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม ใช้หลักการประเมินความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Index item objective congruence) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทุกข้อมี IOC ตั้งแต่ 0.6-1.0 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มประชากรตำบลบ้านนาเกลือ จ.ตรัง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด แล้วจึงนำมาทดสอบเพื่อหาค่าความถี่ (KR-20) ได้เท่ากับ 0.75 และในส่วนของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค

ต่อการป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbachalpa coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.75, 0.86, 0.88 และ 0.76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 05/2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเฉลี่ย แล้วนำตัวแปรนามมาตร (Nominal Scale) มาแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) เพื่อใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์โดยสถิติ Binary Logistic Regression เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.19 มีอายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 34.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.85 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.87 และมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.46 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.46 อายุระหว่าง 45-54 ปี ร้อยละ 27.61 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.58 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.42 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.07

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มละ 134 คน)

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	55	38.81	57	42.54
หญิง	79	61.19	77	57.46
อายุ (ปี)				
15 - 24	12	8.21	11	8.19
25 - 34	15	10.45	13	9.69
35 - 45	45	33.58	27	19.40
45 - 54	31	23.13	36	27.61
55 - 64	27	20.90	28	20.15
มากกว่า 64	24	17.91	23	17.91
สถานภาพสมรส				
โสด	13	8.96	11	8.96
คู่	86	79.85	110	83.58
หม้าย/หย่าร้าง	15	11.19	13	7.46
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	103	76.87	87	66.42
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	5.97	33	24.63
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	12.69	10	5.97
สูงกว่ามัธยมศึกษา	6	4.48	4	2.99
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	3	2.24	23	17.91
งานบ้าน	12	8.21	28	20.15
เกษตรกรรม	78	57.46	23	17.91

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)				
รับจ้าง	23	17.91	48	35.07
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	4.48	5	3.73
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	2.99	3	2.24
นักเรียน/นักศึกษา	8	6.72	4	2.99

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 79.10 และร้อยละ 84.32 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 47.01 และร้อยละ 91.04 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 73.13 และร้อยละ 94.78 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 46.27 และร้อยละ 50.0 การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 67.16 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.94

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของประชากรตามระดับความรู้และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (กลุ่มละ 134 คน)

ด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ				
ต่ำ	102	79.10	110	84.32
ปานกลาง	23	15.67	24	15.67
สูง	9	5.22	0	0.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค				
ต่ำ	19	12.69	6	2.99
ปานกลาง	61	47.01	118	91.04
สูง	54	40.30	10	5.97

ด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
ต่ำ	13	8.21	10	5.22
ปานกลาง	94	73.13	124	94.78
สูง	27	18.66	0	0.00
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค				
ต่ำ	17	11.19	0	0.00
ปานกลาง	61	46.21	67	50.00
สูง	56	42.54	67	50.00
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค				
ต่ำ	86	67.16	51	36.57
ปานกลาง	11	8.43	79	61.94
สูง	2	1.54	4	1.49

3. ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (p<0.01) ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้
 ประเภทปลาดิบและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในสมองและเส้นประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน
 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการตรวจพยาธิใบไม้ดิบ การกินยาถ่าย
 อาหารประเภทปลาดิบ ในกลุ่มทดลองมี พยาธิ การถ่ายอุจจาระลงในส้วมและเมื่อออกไป
 พฤติกรรมรับประทานอาหารประเภทก้อยปลา ในสวนไร่นา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ดิบในกลุ่มทดลอง (134 คน)

พฤติกรรม	ไม่ติดเชื้อ		ติดเชื้อ		รวม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก้อยปลา							
ไม่เคย	17	100.00	0	0.00	17	12.69	<0.01*
นานครั้ง	23	35.94	41	64.06	64	47.76	
บ่อยครั้ง	16	41.03	23	58.97	39	29.10	
ประจำ	3	21.43	11	78.57	14	10.45	

พฤติกรรม	ไม่ติดเชื้อ		ติดเชื้อ		รวม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปลาส้ม							
ไม่เคย	14	60.87	9	39.13	23	7.16	0.05
นานครั้ง	26	40.63	38	59.38	64	7.76	
บ่อยครั้ง	17	50.00	17	50.00	34	5.37	
ประจำ	2	15.38	11	84.62	13	7.70	
ปลาจ่อม							
ไม่เคย	17	60.71	11	39.29	28	9.00	0.08
นานครั้ง	23	38.98	36	61.02	59	44.05	
บ่อยครั้ง	18	52.94	16	40.06	34	25.37	
ประจำ	1	7.69	12	92.31	13	9.70	
แจ่วบอง							
ไม่เคย	3	50.00	3	50.00	6	4.48	0.06
นานครั้ง	30	42.86	40	57.14	70	52.24	
บ่อยครั้ง	24	50.00	29	44.19	43	32.09	
ประจำ	2	25.33	13	86.67	15	11.19	
ปลาร้า							
ไม่เคย	4	0.00	4	100.0	4	2.99	0.05
นานครั้ง	19	48.72	20	51.28	39	29.10	
บ่อยครั้ง	35	60.34	23	39.66	58	43.28	
ประจำ	5	15.15	28	84.85	33	24.63	
การดูแลสุขภาพในปีที่ผ่านมา							
ตรวจ	23	51.11	22	48.89	45	33.58	0.24
ไม่ตรวจ	36	40.45	53	59.55	89	66.42	

พฤติกรรม	ไม่ติดเชื้อ		ติดเชื้อ		รวม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กินยาถ่ายพยาธิ							
เคย	36	41.86	50	58.14	86	64.18	0.50
ไม่เคย	23	47.92	25	52.08	48	35.82	
ถ่ายในส้วมเมื่ออยู่ในบ้าน							
นานๆครั้ง	0	0.00	1	100.00	1	0.75	0.26
บ่อยครั้ง	2	22.22	7	77.78	9	6.73	
ประจำ	57	45.97	67	54.03	124	54.84	
ถ่ายนอกส้วมเมื่อออกไปในสวน ไร่นา							
ไม่เคย	15	48.39	16	61.61	31	23.13	0.61
นานๆครั้ง	21	38.89	33	61.11	54	40.30	
บ่อยครั้ง	10	55.56	8	44.44	18	13.43	
ประจำ	13	41.94	13	58.06	26	23.13	

*p<0.05

4. ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดพยาธิใบไม้ในตับในพื้นที่ทดลอง จากการวิเคราะห์ด้วย Binary Logistic Regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับในพื้นที่ทดลอง ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม การบริโภคก้อยปลา (p<0.01) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (p<0.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (134 คน) ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95% Confidence Interval		p-value
		Lower	Upper	
พฤติกรรม การบริโภค				
ก้อยปลา	5.45	2.00	14.84	<0.01**
ปลาสาม	0.56	0.20	1.58	0.27
ปลาจ่อม	0.64	0.29	1.40	0.26
แจ่วบอง	1.68	0.92	3.09	0.09
ปลาร้า	1.92	0.80	4.59	0.14

ปัจจัย	Adjusted OR	95% Confidence Interval		p-value
		Lower	Upper	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ				
ความรู้เกี่ยวกับโรค	0.49	0.31	1.57	0.30
การรับรู้ความรุนแรง	0.44	0.72	1.50	0.42
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.43	0.19	0.96	0.04*
การรับรู้อุปสรรค	0.56	0.27	1.10	0.11
การรับรู้ประโยชน์	0.47	0.21	0.99	0.03*

*p<0.05 , **p<0.01

5. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนที่เหมาะสม คือ จัดรื้อโมเดล

การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1) การสะท้อนข้อมูลสุขภาพของชุมชน และการสำรวจข้อมูล และการจัดเตรียมความพร้อมของชุมชนในการร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาของชุมชน
- 2) การวิเคราะห์ปัญหา เป็นการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบันและสิ่งที่ต้องการในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับพื้นที่ชุมชน บวร ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และประเทศ เพื่อวางแผนการดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบันและสิ่งที่ต้องการ แล้วส่งตัวแทนชุมชนเสนอให้ชุมชนร่วมกันสรุปปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบันและสิ่งที่ต้องการของชุมชน
- 3) กำหนดจุดหมายปลายทาง เป็นการ

กำหนดความหมายปลายทางจากสิ่งคาดหวังในอนาคต ที่ดำเนินการเห็นความเปลี่ยนแปลงมากำหนดจุดหมายปลายทาง โดยนำเอาสิ่งคาดหวังในอนาคตจากการวิเคราะห์ปัญหาของประเมินสถานการณ์ มาเขียนเป็นจุดหมายปลายทางลงในตาราง

4) จัดทำแผนปฏิบัติการ เป็นการนำข้อเสนอแนะที่ประสัคจากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการมากำหนดมาตรการ แผนงาน และกิจกรรม ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนร่วมกัน

5) นำรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนที่ได้เสนอต่อที่ประชุมประชาคมของหมู่บ้านก่อนนำไปทดลองใช้ เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้าน รวมทั้งมาตรการทางสังคมที่ได้กำหนดไว้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน ทั้งนี้ที่ประชุมประชาคมได้รับทราบและมีมติเห็นชอบด้วย จึงได้มีการดำเนินงานตามรูปแบบต่อไป ดังแผนภาพที่ 1

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนเป็นเวลา 2 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยมีการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกเพิ่มมากกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และยังส่งผลให้อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

6. อัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
อัตราความชุกของโรคหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นเวลา 2 ปี ในกลุ่มทดลอง พบว่ามีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.03 ซึ่งอัตราความชุกของโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มละ 134 คน)

อัตราความชุก	ไม่ติดเชื้อ		ติดเชื้อ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	44	32.83	75	55.97	0.11
กลุ่มเปรียบเทียบ	73	54.48	62	46.27	
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	124	92.97	10	7.03	0.01*
กลุ่มเปรียบเทียบ	104	77.17	30	22.83	

* $p < 0.01$

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ของชุมชน พบว่า การรับรู้ของหนอนพยาธิของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการตรวจอุจจาระแบบวิธีปั่นตกตะกอนโดยใช้ฟอร์มาลิน-อีเทอร์ (Formaline Ether Concentration Technique; FECT) มีอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คิดเป็นร้อยละ 55.97 และ 46.27 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราความชุกที่สูงมาก และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าจังหวัดชัยภูมิมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงอย่างต่อเนื่อง จากผลการศึกษาสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทยในปี 2561⁽¹³⁾ พบว่าจังหวัดชัยภูมิอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 39.5 ซึ่งเป็นอัตราความชุกที่สูงมากและสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ

และจากผลการศึกษา Thamavit และคณะ⁽⁹⁾ ที่ ได้ศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอน บน ปี 2560 พบว่ามีจำนวน 6 หมู่บ้านของจังหวัด ชัยภูมิมีอัตราความชุกสูงที่สุดอยู่ใน 10 ลำดับแรก และมีอัตราความชุกร้อยละ 40.9 ซึ่งเป็นอัตรา ความชุกสูงที่สุดจากการสำรวจทั้งหมด 7 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Wongsaroj และคณะ⁽⁶⁾ สาเหตุ ที่เป็นเช่นนี้เกิดจากปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิด โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน คือ ประชาชนยังขาด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การ รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ยังไม่ ดีพอ การรับประทานอาหารประเภทปลาดิบของ คนในชุมชนซึ่งพบว่าเกือบทุกหลังคาเรือนมีการรับ ประทานอาหารประเภทปลาดิบทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 97.01 และ 87.1 ตามลำดับ โดยประเภทอาหารที่นิยมรับประทาน คือ ก้อยปลาดิบ ซึ่งปกติเมื่อได้ปลามาแล้วจะทำ ก้อยปลาดิบรับประทานกันเป็นมื้ออาหารตามปกติ หรือเมื่อรวมกลุ่มกันก็จะชวนรับประทานก้อยปลาดิบ รับประทานหรือสังสรรค์กัน และมักจะนำ สำหรับที่อยู่อาศัยของก้อยปลาดิบ ซึ่งคล้ายคลึง กับผลการศึกษา Grundy-Warr และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบ ว่า ประชาชนในชุมชนไม่มีการศึกษาอย่างขาดความ รู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ดีพอ และ นิยมรับประทานอาหารประเภทก้อยปลาดิบซึ่งเป็น ที่นิยมรับประทานในเขตรอบกลุ่มแม่น้ำโขงเป็น จำนวนมาก ส่งผลให้ก้อยปลาดิบเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสมโดยการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกเพิ่ม

มากกว่าก่อนการทดลอง ส่งผลให้อัตราความชุก ของโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่ง นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีและเป็น เป้าหมายสำคัญของการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผลจาก การเปลี่ยนแปลงที่สามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) ชุมชน มีการรับรู้ความเสี่ยงจากการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น หลังการทดลองพบว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่เพิ่มขึ้นและครบถ้วนมากขึ้น 2) ชุมชนมีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง ของโรคพยาธิใบไม้ตับที่เพิ่มขึ้นและครบถ้วนมากขึ้น 3) เกิดการกระตุ้นเตือนของบุคคล ในชุมชนรอบครัวและเพื่อน และ 4) เกิดกระแสทางสังคม ในการกลัวความรุนแรงจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีอัน เป็นผลพวงจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

3. การใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุม โรคที่ได้คือจัดสร้างโมเดล ได้สร้างความรู้ การรับรู้ตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการ รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยใช้ตัวอย่างคนใน ชุมชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเล่าประสบการณ์ การเจ็บป่วยเพื่อให้คนในชุมชนมีความตระหนัก กลัว และเลิกพฤติกรรมบริโภคก้อยปลาดิบ ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Grundy-Warr และ คณะ⁽⁷⁾ กลุ่มทดลองมีอัตราความชุกของโรคลดลง จากร้อยละ 55.97 เป็นร้อยละ 7.03 ในขณะที่กลุ่ม เปรียบเทียบพบอัตราความชุกของโรคลดลงร้อยละ 46.27 เป็นร้อยละ 22.83 การติดเชื้อพยาธิใบไม้ ตับหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกลุ่มเปรียบเทียบทางภาครัฐได้จัดให้มีการรณรงค์กิจกรรมให้ความรู้ในระดับตำบล จึงทำให้ประชาชนได้มีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้ การเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแก่ชุมชนให้เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้มีความเข้าใจโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบ และสื่อบุคคลที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน

2. ควรมีการสะท้อนข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้ชุมชนได้รับทราบสภาพปัญหาที่พบ ซึ่งเป็นปัญหาใกล้ตัวและเป็นปัญหาของชุมชน ซึ่งจะนำมาซึ่งความสนใจในการแก้ปัญหา และยินดีให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

3. การดำเนินการแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน โดยใช้แผนที่มีคุณลักษณะเด่นว่า จุดแข็งของจังหวัดสุรินทร์ คือ มีการร่วมมือกันมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การรับรู้ความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของชุมชนจะนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหานั้นได้ ซึ่งการดำเนินการได้จริงภายใต้บริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่อื่นๆของจังหวัดสุรินทร์ หรือพื้นที่อื่นๆของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อลดปัญหาความ

รุนแรงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะการรับประทานอาหารประเภทปลาดิบอันส่งผลที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและโรคมะเร็งท่อน้ำดีตามมา

2. ควรนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่พบในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลสุรินทร์และแพทย์ประจำโรงพยาบาลสุรินทร์และแพทย์ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ปฏิบัติงานและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ละหานและเก่าयाดี จังหวัดสุรินทร์ และคณะเจ้าหน้าที่ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บตัวอย่างมาโดยตลอด

สารอ้างอิง

- Andrew RH, Sithithaworn P, Petney TN. *Opisthorchis viverrini* : an underestimated parasite in world health. Trends in Parasitology. 2008; 24(11):497-501.
2. World Health Organization. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Part B: Biological Agents VOLUME 100A Review of Human Carcinogens. Geneva: WHO Press; 2011.
3. Jongsuksuntigul P, Imsomboon T. Opisthorchiasis control in Thailand. Acta Trop. 2003;88(3):229-232.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

16. Green LW. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. California: Mayfield Publishing Company; 1980.
17. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard Universit Press; 1979.
18. Fishbein M, Ajzen I. Belief Attitude Intention and Behavior: An Introduction to theory and Research. United States: Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
19. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill; 1971.

RETRACTED