



แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

HEALTH BELIEF MODEL FOR PREVENTIVE BEHAVIOR OPISTHORCHIASIS AMONG
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SUB-DISTRICT UBON RATCHATHANI PROVINCE

Received: May 06, 2024

Revised: August 03, 2024

Accepted: September 12, 2024

แก้วใจ มาลีลัย^{1*}, สิรสุดา วงษ์ใหญ่¹

Kaewjai Maleelai^{1*}, Sirisuda Wongyai¹

บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างต่อเนื่อง การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.60 อายุเฉลี่ย 56.51 ปี ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิตรวจทุกปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.10 มีประวัติการประทานอาหารดิบ ร้อยละ 59.50 และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ร้อยละ 59.50 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง ร้อยละ 56.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคระดับสูง ร้อยละ 81.00 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคระดับต่ำ ร้อยละ 47.60 การอบรมส่งเสริมพัฒนา อสม. ให้มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีทำให้ อสม. สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และช่วยลดปัญหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: kaewjai@scphub.ac.th



Abstract

Opisthorchiasis remains an ongoing public health problem in the Northeastern region, Thailand. This cross-sectional study aimed to investigate health belief model related to opisthorchiasis prevention among village health volunteers (VHV). The study sample comprised 84 VHV from a sub-district in Warinchumrap, Ubon Ratchathani province. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics.

The findings revealed that the majority of VHV were females (78.60%) with an average age of 56.51 years. They reported annual stool examination for parasite eggs (66.70%) and had no history of opisthorchiasis infection (88.10%). However, 59.50% had a history of consuming raw food and 59.50% had never received training on opisthorchiasis prevention. Regarding health belief model, most VHV exhibited moderate perceived susceptibility (90.50%) and high perceived severity (56.00%). They also indicated high perceived benefits (81.00%) and low perceived barriers (47.60%) associated with opisthorchiasis prevention. Training programs are recommended to promote and develop strong health belief models among VHV. This will empower them to serve as effective role models for health personnel and ultimately contribute to reducing the risk of opisthorchiasis in their communities.

Keywords: Opisthorchiasis, Health Belief Model, Village Health Volunteers



บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย ลาว เวียดนามและกัมพูชา⁽¹⁻⁴⁾ ซึ่งมีประชาชนมากกว่า 10 ล้านคนติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini*⁽⁵⁾ โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดเชื้อพยาธิที่ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อ *O. viverrini* ติดต่อทางการกินอาหารประเภทปลา ปู หรือกุ้งที่ดิบหรือกินแบบสุกๆ ดิบ⁽⁶⁾ เชื้อ *O. viverrini* เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะไปอาศัยอยู่ที่บริเวณทางเดินท่อน้ำดีของตับ ส่งผลให้เกิดอาการอักเสบแบบเรื้อรังของทางเดินท่อน้ำดีและตับ⁽⁷⁾ และส่งผลในระยะยาวทำให้เกิดโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)⁽⁸⁾ ประเทศไทยพบ รายงานของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีค่อนข้างสูง และสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก⁽⁹⁻¹¹⁾ ประชาชนประมาณ 8 ล้านคนของประเทศไทยพบรายงานการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽¹²⁾ ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีรายงานของประชาชนป่วยเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีสูง⁽¹³⁾ ได้แก่ พื้นที่จังหวัดยโสธร นครราชสีมา นครพนม สกลนคร หนองคาย อุดรธานี และอุบลราชธานี⁽¹⁴⁻¹⁸⁾ การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งพบได้ทั่วไปโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท^(19,20)

ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขนั้น หน่วยงานภาครัฐนำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานนำมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน โดยการเน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของ ประชาชน มุ่งให้ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยชุมชนเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืน กำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญซึ่งความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย มีหน้าที่เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ วางแผนการประสานกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสุขภาพด้านต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ซึ่งมีเป้าหมายด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมอยู่ดีมีสุข⁽²¹⁾ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขไทยยังมีบทบาทหน้าที่ในการแนะนำเผยแพร่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การให้สุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการติดตามช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขต่างๆ และการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽²²⁾ การได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และการได้รับความไว้วางใจจากชุมชนในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม.⁽²³⁾



ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ คือ อสม. โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค หาก อสม. มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีแล้ว โอกาสที่ประชาชนในชุมชนจะมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีตามไปนั้นย่อมมีเช่นกัน ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนลดปัญหาความเสี่ยงต่อการป่วยติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการออกแบบกรอบแนวคิดการวิจัย โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Barriers)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2566 จำนวน 136 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ อสม. ในพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ อสม. ที่ไม่มาในระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 3 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน คำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan⁽²⁴⁾ ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วน



ของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95%

$$\text{สูตร } n = \frac{x^2 NP (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1

และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

และ p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p = 0.5$)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้จำนวน 75 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้

$$\text{โดยสูตร } n_{\text{adj}} = \frac{n}{1-R}$$

เมื่อ n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง

และ R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม (ร้อยละ 10 คือ 0.1)

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่อ อสม. โดยไม่ได้คืน จนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก วิธีการเข้ามาเป็น อสม. ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการประทานอาหารดิบ ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนทั้งหมด 49 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 11 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด



การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best⁽²⁵⁾ คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ตอนที่ 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 14 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best⁽²⁵⁾ คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ตอนที่ 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best⁽²⁵⁾ คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ตอนที่ 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best⁽²⁵⁾ คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.97-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีบริบท และคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี SCPHUB I004/2566 รับรองวันที่ 26 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2567 อาสาสมัครวิจัยสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัคร ข้อคำถามใดที่อาสาสมัครวิจัยรู้สึกไม่สบายใจ หรือไม่ยินดีให้ข้อมูลสามารถหลีกเลี่ยงข้อคำถามนั้นได้ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.60 มีอายุสูงสุด 74 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี อายุเฉลี่ย 56.51 ปี มีรายได้ต่อเดือนสูงสุด 50,000 บาท ต่ำสุด 600 บาท รายได้เฉลี่ย 5,676.19 บาท ระยะเวลาในการเป็นอสม. สูงสุด 40 ปี ต่ำสุด 1 ปี โดยเฉลี่ย 13.42 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.10 ประกอบอาชีพหลัก คือ เกษตร ร้อยละ 71.40 เข้ามาเป็น อสม. โดยได้รับการคัดเลือก ร้อยละ 67.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิตรวจทุกปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.10 มีประวัติการประทานอาหารดิบ ร้อยละ 59.50 ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 96.40 และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.50



ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภาพรวมระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง ร้อยละ 56.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง ร้อยละ 81.00 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับต่ำ ร้อยละ 47.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	8	9.50
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	76	90.50
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	0	0.00
Mean=2.10, S.D.= 0.295		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	47	56.00
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	37	44.00
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	0	0.00
Mean=2.56, S.D.=0.499		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	68	81.00
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	15	17.90
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	1	1.20
Mean=2.80, S.D.=0.433		
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	11	13.10
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	33	39.30
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	40	47.60
Mean=1.65, S.D.=0.703		



สรุปผลการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.00 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.00 และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.60

อภิปรายผลการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) ของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด คือ การกินปลาน้ำจืดประเภทที่มีเกล็ดแบบดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูง รับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดโดยการย่างไม่สุกมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผู้ที่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี แต่อย่างไรก็ตามมี อสม. จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีประวัติการกินดิบ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจากประวัติข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อสม. ร้อยละ 59.50 ไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ในภาพรวมของ อสม. ระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจึงอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่ง อสม. บางส่วนไม่ทราบถึงโอกาสเสี่ยงในการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูง ทำให้ อสม. ขาดองค์ความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Kaewpittoon et al⁽²⁶⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง

อสม. ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ของโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง หากพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่รับรู้โรคพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ที่รับประทานปลาดิบแล้วมีภาวะตัวเหลือง ตาเหลือง ตัวโต มีไข้ เป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็งท่อน้ำดีในตับ ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับซ้ำมีโอกาสเป็นมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี และผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี อสม. ส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง แสดงให้เห็นว่า อสม. ตระหนักถึงความรุนแรงของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ



ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ นัตรชัย คำดอกกรับ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์⁽²⁷⁾ ที่พบว่า ประชาชนอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำ

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของ อสม. พบว่า อยู่ระดับสูง แสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ทราบถึงประโยชน์ในการป้องกันตนเอง ไม่ให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. มากกว่าครึ่งเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ อสม. รับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่ อสม. รับรู้มากที่สุดจากแบบสอบถามรายชื่อ คือ การรับประทานอาหารประเภทปลาที่สุกช่วยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปรุงอาหารเพื่อครอบครัวแบบสุก สะอาด ใหม่ ลดโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการล้างมือด้วยสบู่หลังถ่ายอุจจาระทุกครั้งป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองเหล่านี้ส่งผลให้ อสม. ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ถึงแม้ อสม. บางส่วนมีประวัติการรับประทานอาหารดิบ แต่โดยภาพรวมส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของ นัตรลดา ศิพพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่⁽²⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โทษของการกินปลาดิบระดับสูง

การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดแบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลาดิบ ปลา ร้า แก้วบอง เป็นต้น แม้ประชาชนบางส่วนเคยได้รับความรู้เรื่องการบริโภคปลาดิบทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบเช่นเดิม⁽²⁹⁾ จึงทำให้พฤติกรรมปฏิบัติเหล่านี้ไม่ใช่อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น หากมีบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันต้องกินปลาร้าดิบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการกินปลาร้าดิบได้ ด้วยวัฒนธรรมการกินอาหารหรือการนำปลาร้าดิบมาเป็นส่วนประกอบของอาหารของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ อสม. ไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการกินปลาร้าดิบได้เช่นกัน การป่วยติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเวลานานนั้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีในอนาคตได้ การอยู่ในสังคมที่มีผู้รับประทานปลาดิบ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ เพราะทำให้ อสม. ต้องรับประทานปลาดิบไปด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Pamorn Darun et al⁽³⁰⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนตำบลศรีสำราญ อำเภอรณเจริญ จังหวัดบึงกาฬ มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสูงมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีระดับสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งลดปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี



2. ส่งเสริมและพัฒนาให้ อสม. เป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในการมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ถูกเลือกจากประชาชนในชุมชนให้เป็นตัวแทนในการประสานงานปัญหาสุขภาพต่างๆ ของชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ หากเป็นบุคคลต้นแบบมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคแล้วย่อมส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ติดตามไปด้วยเช่นกัน ช่วยลดปัญหาความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสุสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ทุนอุดหนุนสนับสนุนการทำวิจัยประจำปีงบประมาณ 2566 และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่สำหรับการวิจัย และขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Pengput A, Schwartz DG. Risk factors for *Opisthorchis viverrini* infection: A systematic review. J Infect Public Health 2020; 13(9): 1265-73.
2. Boondit J, Suwannahitatorn P, Siripattanapipong S, Leelayoova S, Mungthin M, Tan-Ariya P, et al. An epidemiological survey of *Opisthorchis viverrini* infection in a lightly infected community, eastern Thailand. Am J Trop Med Hyg 2020; 102(4): 838-43
3. Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P, Sripa B. *Opisthorchis viverrini*: the carcinogenic human liver fluke. World J Gastroenterol 2008; 14(5): 666-74.
4. Sripa B, Tangkawattana S, Laha T, Kaewkes S, Mallory FF, Smith JF, et al. Toward integrated opisthorchiasis control in northeast Thailand: The Lawa project. Acta Trop 2015; 141(Pt B): 361-67.
5. Saichua P, Sithithaworn P, Jariwala AR, Diemert DJ, Sithithaworn J, Sripa B, et al. Microproteinuria during *Opisthorchis viverrini* infection: a biomarker for advanced renal and hepatobiliary pathologies from chronic opisthorchiasis. PLoS Negl Trop Dis 2013; 7(5): e2228.
6. Center of Disease Control and Prevention. (2019). Liver Flukes. [Internet]. [cited 2024 January 25]. Available from: https://www.cdc.gov/parasites/liver_flukes/



7. Sripa B, Pairojkul C. Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. *Curr Opin Gastroenterol* 2008; 24(3): 349-56.
8. Chudthaisong N, Promthet S, Bradshaw P. Risk factors for *Opisthorchis viverrini* infection in Nong Khai province, Thailand. *APJCP* 2015; 16: 4593-96.
9. Hughes T, O'Connor T, Techasen A, Namwat N, Loilome W, Andrews RH, et al. Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma in Southeast Asia: an unresolved problem. *Int J Gen Med* 2017; 10: 227-37.
10. Wattanayingcharoenchaia S, Nithikathkulb C, Wongsarojc T, Royald L, Reungsange P. Geographic information system of *Opisthorchis viverrini* in northeast Thailand. *Asian Biomed* 2011; 5(5): 687-91.
11. Andrews RH, Sithithaworn P, Petney TN. *Opisthorchis viverrini*: an underestimated parasite in world health. *Trends in Parasitology* 2008; 24(11): 497-501.
12. Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P, Kaewkes S, Mairiang E, Loukas A, et al. Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. *Acta Trop*. 2011; 120 Suppl 1(Suppl 1): S158-68.
13. Xia J, Jiang S-c, Peng H-J. Association between liver fluke infection and hepatobiliary pathological changes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2015;10(7): e0132673.
14. Saengsawang P, Promthet S, Bradshaw P. Prevalence of OV infection in Yasothon province, northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(7): 3399-402.
15. Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Kaewpitoon N. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection in Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(10): 5245-49.
16. Chuangchaiya S, Navanesan S, Jaichuang S, Rahim MAFA, Idris ZM. Current prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection and associated risk factors in Nakhon Phanom province, northeastern Thailand. *Trop Biomed* 2020; 37(4): 986-99.
17. Prakobwong S, Suwannatrai A, Sancomerang A, Chaipibool S, Siriwechtumrong N. A largescale study of the epidemiology and risk factors for the carcinogenic liver fluke *Opisthorchis viverrini* in Udon Thani province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017; 18(10): 2853-60



18. Songserm N, Woradet S, Bureelard O, Charoenbut P. Evaluation of Cholangiocarcinoma risk and its related factors in wetland Geographical communities of Ubon Ratchathani, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(4): 1811-5.
19. Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P. Ophistorchiasis in Thailand: Review and current status. *World J Gastroenterol* 2008; 14(15): 2297-02.
20. Srithai C, Chuangchaiya S, Jaichuang S, Idris ZM. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* and its associated risk factors in the Phon Sawan District of Nakhon Phanom province, Thailand. *Iran J Parasitol* 2021; 16(3): 474-82.
21. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2560). คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. (ออนไลน์). สืบค้นจาก http://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2018/4/2219_5986.pdf
22. สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และธิดิรัตน์ ราศิริ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564; 7(2): 80-97.
23. นาดยา ขุนแก้ว, อารี บุตรสอน. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(3): 758-771.
24. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30: 607-610.
25. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1989). *Research in education* (6th Edition). Englewoods Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
26. Kaewpitoon S, Kaewpitoon S, Rujirakul R, Wakkuwattapong P, Benjaoran F, Norkaew, et al. Development of a health education modification program regarding liver flukes and Cholangiocarcinoma in high-risk areas of Nakhon Ratchasima province using self-efficacy and motivation theory. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(6): 2947-51.
27. นัตรชัย คำดอกรับ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(3): 75-83.
28. นัตรลดา ศิพพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร 2561; 8(1): 13-26.



29. เพ็ญประภา แต้มงาม, สมปอง พะมุลิตา, นฤมล สารคำ และศิริินยา อินแพง. วารสาร
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 21(3): 74-85.
30. Pamorn Darun, Nittaya Klongkayun, Rattikan Darun, Arwut Boontien. Effect of Health
Education on Health Perception and Preventive Health Behaviour of Populations at risk of
Cholangiocarcinoma in Si Samran Subdistrict, Porncharoen District, Bueng Kan Province,
Thailand. Matters of Behaviour 2019; 7(8): 1-5.