

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

สิริสุดา วงษ์ใหญ่^a, แก้วใจ มาลีลัย *

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และ 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.60) อายุเฉลี่ย 56.51 ปี รายได้เฉลี่ย 5,676.19 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.42 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.10) อาชีพหลักคือเกษตรกร (ร้อยละ 71.40) เข้ามาเป็น อสม. โดยการคัดเลือก (ร้อยละ 67.90) ไม่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 88.10) แต่มีประวัติการบริโภคอาหารดิบ (ร้อยละ 59.50) และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 59.50) อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.30) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการบริโภคอาหารดิบ ($p < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรค ($p < 0.001$) ควรส่งเสริมพฤติกรรมและความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ อสม. เป็นต้นแบบในการลดความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ; พฤติกรรม; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: สิริสุดา วงษ์ใหญ่ Email: sirisuda@scphub.ac.th

รับบทความ: 30 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 18 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 22 มิ.ย. 68

The Relationship between Health Belief Model and Preventive Behavior against Liver Fluke Infection among Village Health Volunteers in a District of Ubon Ratchathani Province

Sirisuda Wongyai^{*a}, Kaewjai Maleelai^{*}

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the relationships between 1) personal factors and 2) health belief model components and the liver fluke prevention behaviors among village health volunteers (VHVs) in That subdistrict, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Samples were 84 VHVs. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics (including frequencies, percentages, means, and standard deviations) and inferential statistics (Chi-square test).

Findings revealed that the majority of VHVs were females (78.60%), with a mean age of 56.51 years and an average monthly income of 5,676.19 Baht. Their average length of service as VHVs was 13.42 years. Most had completed primary education (38.10%), worked mainly in agriculture (71.40%), and were selected by the community (67.90%). The majority had never been infected with liver fluke (88.10%), but had a history of consuming raw fish (59.50%) and had never received training on liver fluke prevention (59.50%). Most VHVs had moderate levels of prevention behaviors (58.30%). Two factors were significantly associated with prevention behavior including history of raw fish consumption ($p < 0.001$) and perceived barriers to prevention ($p < 0.001$). The study suggests that promoting appropriate health beliefs and preventive behaviors among VHVs can enhance their role as health role models in reducing the risk of liver fluke infection in the community.

Keywords: Liver fluke disease; Behavior; Health Belief Model; Village health volunteers

^{*} Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Sirisuda Wongyai Email:

Received: Apr. 30, 25; Revised: May 18, 25; Accepted: May 19, 25; Published Online: Jun. 22, 25

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย คือสายพันธุ์โอปิสทอร์คิสวิเวอร์รีนิ (*Opisthorchis viverrini* หรือ *O.viverrini*) ซึ่งสามารถอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับคนได้นานถึง 26 ปี สาเหตุมาจากการรับประทานปลาหรือสัตว์น้ำที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อเข้าไป โดยไม่ผ่านการปรุงให้สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น ปลาดุก ปลาช่อน ปลาหมอสี ปลาสร้อย ปลาแก้มช้ำ ปลาขาวนา และปลาขาว หรือปลาจากการแปรรูปหมักดอง เช่น ก้อยปลา ปลาดิบ ปลาร้าที่ไม่สุก หรือมีสาเหตุมาจากการภาวะที่มีความผิดปกติของท่อน้ำดีแต่กำเนิด เช่น โรคซิสต์ของท่อน้ำดี ภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี ภาวะตับแข็ง นอกจากนี้ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ หรือประวัติมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ โดยมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี แบ่งชนิดตามตำแหน่งของรอยโรค ได้แก่ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma) มักพบเป็นก้อนภายในตับ และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Cholangiocarcinoma) โดยอาจเป็นบริเวณขั้วตับหรือส่วนปลายของท่อน้ำดี มะเร็งชนิดนี้พบมากที่สุดที่ประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽²⁾ พื้นที่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคลุ่มน้ำโขง รวมถึงประเทศไทยพบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับ *O.viverrini* มีการระบาดมาก จากข้อมูลการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 4.98⁽³⁾ โดยเกิดจากวิถีชีวิตของประชาชนที่นิยมบริโภคจากแหล่งน้ำจืดในพื้นที่ และการจัดการระบบสุขภาพเพื่อการจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกทำให้ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพัฒนาไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีใน 20-30 ปีต่อมา⁽⁴⁾

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย ลาว เวียดนาม และกัมพูชา⁽⁵⁾ ซึ่งมีประชาชนมากกว่า 10 ล้านคนติดเชื้อ *O.viverrini*⁽⁶⁾ โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดเชื้อพยาธิที่ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อ *O.viverrini* ติดต่อทางการกิน⁽⁷⁾ ประชาชนป่วยติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับจากการกินอาหารประเภทปลา ปู หรือกุ้งที่ดิบ หรือกินแบบสุก ๆ ดิบ ๆ⁽⁸⁾ โดยข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2555-2564 โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอันดับหนึ่งของอัตราการตายจากโรคมะเร็งทั้งหมด ในปี 2561-2565 อัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งประเทศ คิดเป็น 24.3, 24.8, 24.7, 24.0 และ 23.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเกือบ 3 เท่า โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการตายด้วยโรคนี้มากที่สุดในประเทศ และจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังดังกล่าว จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการบริโภคปลาเพิ่มขึ้นแทบทุกปี คิดเป็นอัตรา 24.96, 25.42, 25.79, 24.83 และ 27.05 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽⁹⁾

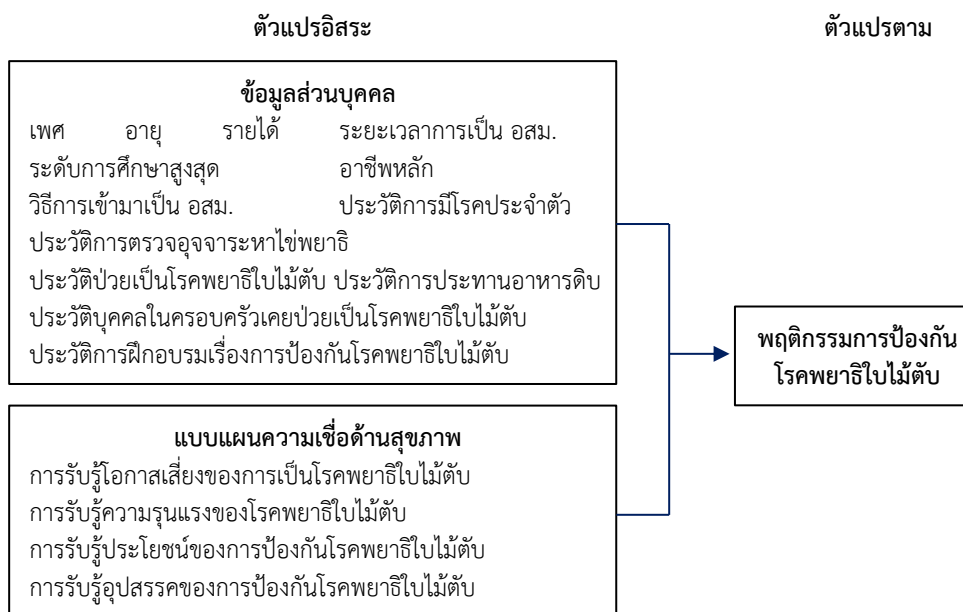
หน่วยงานภาครัฐนำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานนำมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน โดยการเน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของ ประชาชน มุ่งให้ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยชุมชนเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืน กำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญซึ่งความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคืออาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. นั้นส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน โดย อสม. จะได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย มีหน้าที่แนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ วางแผนการประสานกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งการบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ซึ่งมีเป้าหมายด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมอยู่ดีมีสุข⁽¹⁰⁾

การเป็นผู้นำด้านสุขภาพของ อสม. นั้นจะส่งเสริมและชักนำให้ประชาชนในหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วยเช่นกัน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดิบหรืออาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชน ซึ่งเหนียวแน่นให้เกิดโรคมะเร็งในปอดอย่างต่อเนืองในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในปอดของ อสม. ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในปอดของ อสม. ให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้ประชาชนในตำบลปฏิบัติตาม อีกทั้งเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพื้นที่อื่นในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาประชาชนให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการออกแบบกรอบแนวคิดการวิจัยโดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁽¹¹⁾ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งในปอด (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งในปอด (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของการป้องกันโรคมะเร็งในปอด (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งในปอด (Perceived barriers) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2566-15 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2566 จำนวน 136 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อสม. ในพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อสม. ที่ไม่มาในระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 3 ครั้ง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan⁽¹²⁾ ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

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

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p=0.5)

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 75 คน ซึ่งการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหาย (Drop out) ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม จึงมีการปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการโดยไม่ตัดผู้ที่สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ตามสูตรที่คำนวณของออร์น จีรวัดน์กุล⁽¹³⁾

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

เมื่อ n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม (ร้อยละ 10 คือ 0.1)

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนเพื่อให้ครอบคลุมทั้ง 11 หมู่บ้านในตำบลธาตุ จากจำนวน อสม. ทั้งหมด 136 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ [คำนวณ: $(84/136) \times 100$] ของจำนวน อสม. ทั้งหมด โดยจำนวน อสม. ในแต่ละหมู่บ้านมีตั้งแต่ 5 ถึง 19 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จากแต่ละหมู่บ้านมีตั้งแต่ 3 ถึง 12 คน

โดยผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากจากรายชื่อ อสม. โดยไม่ใส่คืน จนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนทั้งหมด 49 ข้อ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ

โดยผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

โดยงานวิจัยนี้ นำข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาจากการวิจัยของ แก้วใจ มาลีสัย และสิริสุตา วงษ์ใหญ่⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับระดับดี

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับระดับควรปรับปรุง

การตรวจสอบเครื่องมือ

วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิด โดยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) พบว่า IOC ในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยทำหนังสือขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้เชิญอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแจ้งเรื่องการรักษาสิทธิของอาสาสมัครอย่างชัดเจน พร้อมทั้งขอความร่วมมือและเปิดโอกาสให้อาสาสมัครพิจารณาและตัดสินใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square และ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และจะประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (SCPHUB I004/2566) โดยผู้วิจัยการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครตลอดกระบวนการวิจัย มีการชี้แจงข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างการเก็บข้อมูล และการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มอาสาสมัครหลังสิ้นสุดการวิจัย ทั้งนี้ อาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอสม. ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง คือ 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 ระยะเวลาในการเป็น อสม. สูงสุด 40 ปี ต่ำสุด 1 ปี โดยเฉลี่ย 13.42 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.10 ประกอบอาชีพหลักคือเกษตร ร้อยละ 71.40 เข้ามาเป็น อสม. โดยได้รับการคัดเลือก ร้อยละ 67.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพไขพยาธิิตรจทุกปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.10 มีประวัติการประทานอาหารดิบ ร้อยละ 59.50 ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 96.40 และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (n=84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	21.40
หญิง	66	78.60
อายุ (ปี) (Mean=56.51 ปี, Min=38 ปี, Max=74 ปี)		
≤ 20	0	0.00
21-30	0	0.00
31-40	1	1.20
41-50	19	22.60
51-60	40	47.60
≥ 61	24	28.60
รายได้ (บาท/เดือน) (Mean=5,676.19 บาท, Min=600 บาท, Max=50,000 บาท)		
≤ 5,000	54	64.30
5,001-10,000	28	33.30
10,001-15,000	0	0.00
15,001-20,000	0	0.00
≥ 20,001	2	2.40

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (n=84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี) (Mean=13.42 ปี, Min=1 ปี, Max=40 ปี)		
1-5	15	17.90
6-10	22	26.20
11-15	17	20.20
16-20	20	23.80
≥ 21	10	11.90
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	32	38.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	26.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25	29.80
ปวช./ปวส. หรือเทียบเท่า	4	4.80
ปริญญาตรี	1	1.20
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	60	71.40
ค้าขาย	1	1.20
รับจ้างทั่วไป	14	16.70
อื่น ๆ	9	10.70
วิธีการเข้ามาเป็น อสม.		
ได้รับการคัดเลือก	57	67.90
สมัครเข้ามาเอง	25	29.80
อื่น ๆ	2	2.40
ประวัติการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	63	75.00
มี	21	25.00
ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจทุกปี	56	66.70
ไม่เคยตรวจ	8	9.50
นาน ๆ จึงจะตรวจ	20	23.80
ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่		
ไม่เคย	74	88.10
เคย	10	11.90
ประวัติการประทานอาหารดิบ		
ไม่รับประทาน	34	40.50
รับประทาน	50	59.50

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (n=84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	81	96.40
เคย	3	3.60
ท่านเคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่		
ไม่เคย	34	40.50
เคย	50	59.50

ส่วนที่ 2 ภาพรวมระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง ร้อยละ 56.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง ร้อยละ 81.00 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ ร้อยละ 47.60 และในส่วนของพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่ อสม. มีพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.30 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 47.60 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 13.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพรวมระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=84)

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	8	9.50	76	90.50	0	0.00
Mean=2.10, SD=0.295						
- การรับรู้ความรุนแรง	47	56.00	37	44.00	0	0.00
Mean=2.56, SD=0.499						
- การรับรู้ประโยชน์	68	81.00	15	17.90	1	1.20
Mean=2.80, SD=0.433						
- การรับรู้อุปสรรค	40	47.60	33	39.30	11	13.10
Mean=1.65, SD=0.703						
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	24	47.60	49	58.30	11	13.10
Mean=2.15, SD=0.630						

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ประวัติการประทานอาหารดิบ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ n (%)			Chi square	df	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง			
เพศ						
ชาย	3 (3.60)	13 (15.50)	2 (2.40)	1.963	2	0.375
หญิง	21 (25.00)	36 (42.90)	9 (10.70)			
อายุ (ปี)						
≤ 20	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.106	6	0.795
21-30	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
31-40	1 (1.20)	0 (0.00)	0 (0.00)			
41-50	5 (6.00)	12 (14.30)	2 (2.40)			
51-60	12 (14.30)	22 (26.20)	6 (7.10)			
≥ 61	6 (7.10)	15 (17.90)	3 (3.60)			
รายได้ (บาท/เดือน)						
≤ 5,000	17 (20.20)	30 (35.70)	7 (8.30)	2.469	6	0.872
5,001-10,000	6 (7.10)	15 (17.90)	4 (4.80)			
10,001-15,000	1 (1.20)	2 (2.40)	0 (0.00)			
15,001-20,000	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
≥ 20,001	0 (0.00)	2 (2.40)	0 (0.00)			
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	8 (9.50)	21 (25.00)	3 (3.60)	7.801	8	0.453
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (7.10)	11 (13.10)	5 (6.00)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (11.90)	12 (14.30)	3 (3.60)			
ปวช./ปวส./เทียบเท่า	0 (0.00)	4 (4.80)	0 (0.00)			
ปริญญาตรี	0 (0.00)	1 (1.20)	0 (0.00)			
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	16 (19.00)	36 (42.90)	8 (9.50)	1.364	6	0.968
ค้าขาย	0 (0.00)	1 (1.20)	0 (0.00)			
รับจ้างทั่วไป	5 (6.00)	7 (8.30)	2 (2.40)			
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3 (3.60)	5 (6.00)	1 (1.20)			

ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ n (%)			Chi square	df	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง			
วิธีการเข้ามาเป็น อสม.						
ได้รับการคัดเลือก	17 (20.20)	34 (40.50)	6 (7.10)	6.900	4	0.141
สมัครเข้ามาเอง	5 (6.00)	15 (17.90)	5 (6.00)			
เป็นแทนภรรยา/สามีที่เสียชีวิต	2 (2.40)	0 (0.00)	0 (0.00)			
ประวัติการมีโรคประจำตัว						
ไม่มี	17 (20.20)	36 (42.90)	10 (11.90)	1.768	2	0.413
มี	7 (8.30)	13 (15.50)	1 (1.20)			
ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ						
ตรวจทุกปี	13 (15.50)	35 (41.70)	8 (9.50)	3.147	4	0.534
ไม่เคยตรวจ	4 (4.80)	3 (3.60)	1 (1.20)			
นาน ๆ ถึงจะตรวจ	7 (8.30)	11 (13.10)	2 (2.40)			
ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ไม่เคย	21 (25.00)	42 (50.00)	11 (13.10)	1.759	2	0.415
เคย	3 (3.60)	7 (8.30)	0 (0.00)			
ประวัติการประทานอาหารดิบ						
ไม่รับประทาน	5 (6.00)	36 (42.90)	2 (2.40)	21.136	2	0.000*
รับประทาน	19 (22.60)	13 (15.50)	2 (2.40)			
ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ไม่เคย	24 (28.60)	47 (56.00)	10 (11.90)	1.899	2	0.387
เคย	0 (0.00)	2 (2.40)	1 (1.20)			
ท่านเคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่						
ไม่เคย	5 (6.00)	24 (28.60)	5 (6.00)	5.427	2	0.066
เคย	19 (22.60)	25 (29.80)	6 (7.10)			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ n (%)			Chi square	p-value
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	4 (4.80)	4 (4.80)	0 (0.00)	6.684	0.261
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	20 (23.80)	45 (53.60)	11 (13.10)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	9 (10.70)	30 (35.70)	8 (9.50)	5.124	0.077
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	15 (17.90)	19 (22.60)	3 (3.60)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	20 (23.80)	38 (45.20)	10 (11.90)	1.607	0.808
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	4 (4.80)	10 (11.90)	1 (1.20)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0 (0.00)	1 (1.20)	0 (0.00)		
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สูง (3.68-5.00 คะแนน)	10 (11.90)	1 (1.20)	0 (0.00)	28.660	0.000*
ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	10 (11.90)	20 (23.80)	3 (3.60)		
ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	4 (4.80)	28 (33.30)	8 (9.50)		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลธาตุ จังหวัดอุบลราชธานี มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ประวัติการรับประทานอาหารดิบ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถอภิปรายได้ว่า

อสม. ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 59.50 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีการบริโภคปลาดิบร้อยละ 69.40 การศึกษาของ วาสนา ผิวเหลือง⁽¹⁶⁾ พบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ร้อยละ 87.50 และการศึกษาของ Songserm et al.⁽¹⁷⁾ พบการบริโภคปลาดิบของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 84.76 และ 68.25 ตามลำดับ ประกอบกับ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.40 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภค

อาหารปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ และพบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ทำจากอาหารปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ อธิบายได้ว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดี

ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ตำบลธาตุ จังหวัดอุบลราชธานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวัฒน์ รัศมี⁽¹⁸⁾ พบว่าเมื่อบุคคลพยายามหาวิธีการเพื่อป้องกันหรือรักษาโรค พวกเขามักจะมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะจะทำให้หายหรือป้องกันโรคได้ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมักจะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอยุซัน จังหวัดศรีสะเกษ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชยพล เสนาภักดิ์⁽¹⁹⁾ พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุน อำเภอยุซัน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อการตัดสินใจและการกระทำในการป้องกันโรคของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้ อสม. มีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภทปลา ควรรับประทานปลาที่ปรุงสุก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ
2. ควรส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งลดปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ควรสนับสนุนให้ อสม. มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนในชุมชน เนื่องจากจากผลการวิจัยพบว่า อสม. เป็นกลุ่มที่มีความรู้และทัศนคติในระดับดี ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการสื่อสารและกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการแทรกแซงที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม อสม. โดยเน้นประเด็นด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารดิบและการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นประเด็นที่การวิจัยเชิงปริมาณในครั้งนี้อาจไม่สามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุม

3. ควรศึกษาพฤติกรรมและแบบแผนความเชื่อของประชาชนในชุมชนที่ได้รับข้อมูลจาก อสม. เพื่อประเมินบทบาทของ อสม. ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ตลอดจนสะท้อนถึงศักยภาพและข้อจำกัดในการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางสุขภาพของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. มะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มิถุนายน 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/CTf6V>
2. ธนิตา สุทธิชัยมงคล. พยาธิใบไม้ในตับกับมะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤษภาคม 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/9rHnL>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ 2564 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เมษายน 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/dsp/news.php?news=15030&deptcode=>
4. ธิติรัตน์ บุญมาศ. วิทยาการของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
5. Ogorodova LM, Fedorova OS, Sripa B, Mordvinov VA, Katokhin AV, et al. Opisthorchiasis: an overlooked danger. PLoS Negl Trop Dis. 2015 Apr 2;9(4):e0003563. doi: 10.1371/journal.pntd.0003563.
6. Sithithaworn P, Andrews RH, Nguyen VD, Wongsaroj T, Sinuon M, Odermatt P, Nawa Y, Liang S, Brindley PJ, Sripa B. The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong Basin. Parasitol Int. 2012 Mar;61(1):10-6. doi: 10.1016/j.parint.2011.08.014.
7. 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 Sep;120 Suppl 1(Suppl 1):S158-68. doi: 10.1016/j.actatropica.2010.07.006
8. Centers for Disease Control and Prevention. About Liver flukes [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/liver-flukes/about/index.html>
9. Health Information System Development Office (HISO). สถิติสุขภาพประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2567 สิงหาคม 13]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/topic/index.php?t=02&m=01>

10. Raksanam B, Songthap A. "Pesticide Safety e-book development for children living in rubber farming areas, southern of Thailand," 2015 Third International Conference on Digital Information, Networking, and Wireless Communications (DINWC), Moscow, Russia, 2015, pp. 10-15, doi: 10.1109/DINWC.2015.7054209.
11. Becker MH. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. In: Becker MH, editor. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1974. p. 82-92.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
13. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
14. แก้วใจ มาลีลัย, สิริสุตา วงษ์ใหญ่. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(3):29-42.
15. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, ศศิธร เจริญประเสริฐ, กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล, ศักรินทร์ บุญประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(6):974-85.
16. วาสนา ผิวเหลือง. พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของประชาชนตำบลจอมศรี อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2556
17. Songserm N, Promthet S, Sithithaworn P, Pientong C, Ekalaksananan T, Chopjitt P, Parkin DM. Risk factors for cholangiocarcinoma in high-risk area of Thailand: role of lifestyle, diet and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms. Cancer Epidemiol. 2012 Apr;36(2):e89-94. doi: 10.1016/j.canep.2011.11.007.
18. วีรวัฒน์ รัตมี. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอยะผิง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(3):498-506.
19. ชยพล เสนาภักดิ์. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขุน อำเภอยะผิง จังหวัดศรีสะเกษ [สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ศรีสะเกษ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา; 2556.