



พฤติกรรมป้องกันการโรคเมเร็งตบและเมเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในตำบลคอนสาย

อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ทศพล แก้วสิงห์*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสาย

(วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2566; วันที่แก้ไข: 2 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่ตอบรับ: 3 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเมเร็งตบและเมเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พฤติกรรมป้องกันการประกอบด้วยความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเมเร็งตบ จำนวน 70 คน ระยะเวลาดำเนินโปรแกรมสุขศึกษาเป็นเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเดือนธันวาคม 2565 และเดือนเมษายน 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired-Sample T-Test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.3 อายุเฉลี่ย 46 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 67.1 ประวัติครอบครัวที่เคยป่วยและเสียชีวิตจากโรคเมเร็งตบ ร้อยละ 77.1 ส่วนใหญ่เป็นโรคเมเร็งตบและเมเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 34.3 และ 21.4 ตามลำดับ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาก่อนและหลังการอบรม พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการโรคเมเร็งตบและเมเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนจากครอบครัว ในการป้องกันการโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าการให้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเมเร็งตบและเมเร็งท่อน้ำดี จะทำให้ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมป้องกันการโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นก็ตาม กลุ่มเป้าหมายต้องอาศัยกระบวนการติดตามและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จสามารถป้องกันการโรคได้

คำสำคัญ: โรคเมเร็งตบ, เมเร็งท่อน้ำดี, พฤติกรรมป้องกัน, โปรแกรมสุขศึกษา

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ทศพล แก้วสิงห์; kan.1964@yahoo.co.th



The Hepatocellular Carcinoma and Cholangiocarcinoma Prevention Behavior among Population in Konsai Sub-district, Trakanphuethon District, Ubon Ratchathani

Tosapon Kasewsing*

Subdistrict Health Promoting Hospital at Konsai Sub-district

(Received: 18 July 2023; Revised: 2 February 2024; Accepted: 3 April 2024)

Abstract

This quasi experimental one group pretest posttest research aimed to study the effect of health educational program on prevention behaviors at Konsai sub-district, Trakanphuethon district, Ubon Ratchathani province. The prevention behaviors consisted of knowledge, the risk perception, the perception of the severity of the disease. There were 70 sample that relatives were sick or died from cancer, hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma. The research tool was the health educational program and the questionnaires were used for collecting data. The study was implement from December 2022 to February 2023. The statistics analysis were frequency, percentage, mean, and paired-sample t-test.

The results of the study found that most of the sample group was male (54.3%), average age was 46 years and completed primary school education (67.1%). Family history of the illness and died from cancer was 77.1% and a history of hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma were 34.3% and 21.4% respectively. The effect of the health education program before and after training were found that knowledge about preventing hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma perception of disease severity and support from family to prevent disease were statistically significant difference. Although providing health education programs about hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma might increase knowledge disease awareness, social support, and disease prevention behavior. The target group requires a process of continuous monitoring and support to have appropriate health behaviors to prevent disease.

Keywords: hepatocellular carcinoma, cholangiocarcinoma, behavior prevention, health education program

***Corresponding author:** Tosapon Kasewsing; kan.1964@yahoo.co.th



บทนำ

ประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 64.9 ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 68.4, 76.3, 78.9 และ 84.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 ปี 2562 ปี 2563 และปี 2564 ตามลำดับ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบมากเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข 2564; กรมการแพทย์, 2566) นอกจากนี้ยังพบรายงานของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีในประเทศไทยค่อนข้างสูงและสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก (Hughes et al, 2017; Wattanayingcharoenchaia et al, 2011) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้กำหนดนโยบายลดอัตราการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นวาระของคนอีสาน มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์โดยมีเป้าหมายที่จะค้นหาผู้ป่วยให้พบเร็วที่สุดและให้การรักษารวดเร็วที่สุด และหากพบความผิดปกติในระยะแรกๆ จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินการตรวจคัดกรองดังกล่าว ไม่สามารถให้บริการฟรีได้ครอบคลุมประชากรทุกคนได้ จึงมีการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับหรือเคยรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และผู้ที่มีประวัติการรับประทานอาหารประเภทปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ (บรรจบศรีภา, 2551) และประเทศไทยมีนโยบายการกำจัดปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา (สมัชชาสุขภาพ, 2557)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นโรคที่มีความรุนแรงพบมากในแถบประเทศแถบกลุ่มแม่น้ำโขง โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาดิบเป็นประจำ (ศักดิ์ชัย กามโร และจุริรา ดวงสงค์, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีประกอบไปด้วย การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกัน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม (ปรีชา ปิยะพันธ์, 2566)

ตำบลคอนสาย อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีทุกปี โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3 รายในปี พ.ศ. 2561 และปีละ 2 ราย ในปี พ.ศ. 2562 และปี พ.ศ. 2563 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย, 2563) ดังนั้น หากไม่มีการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง อาจจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้หาแนวทางลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย โดยได้มีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งควบคู่กับการค้นคว้าหาวิธีรักษาใหม่ๆ เช่น การตรวจค้นหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ การรณรงค์ไม่กินปลาดิบ ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในพื้นที่ตำบลคอนสาย อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีบทบาทหน้าที่ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เข้ามารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ไป มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จะมีการวัดความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนจากสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ว่าเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทีมสุขภาพนำไปใช้ในการวางแผน

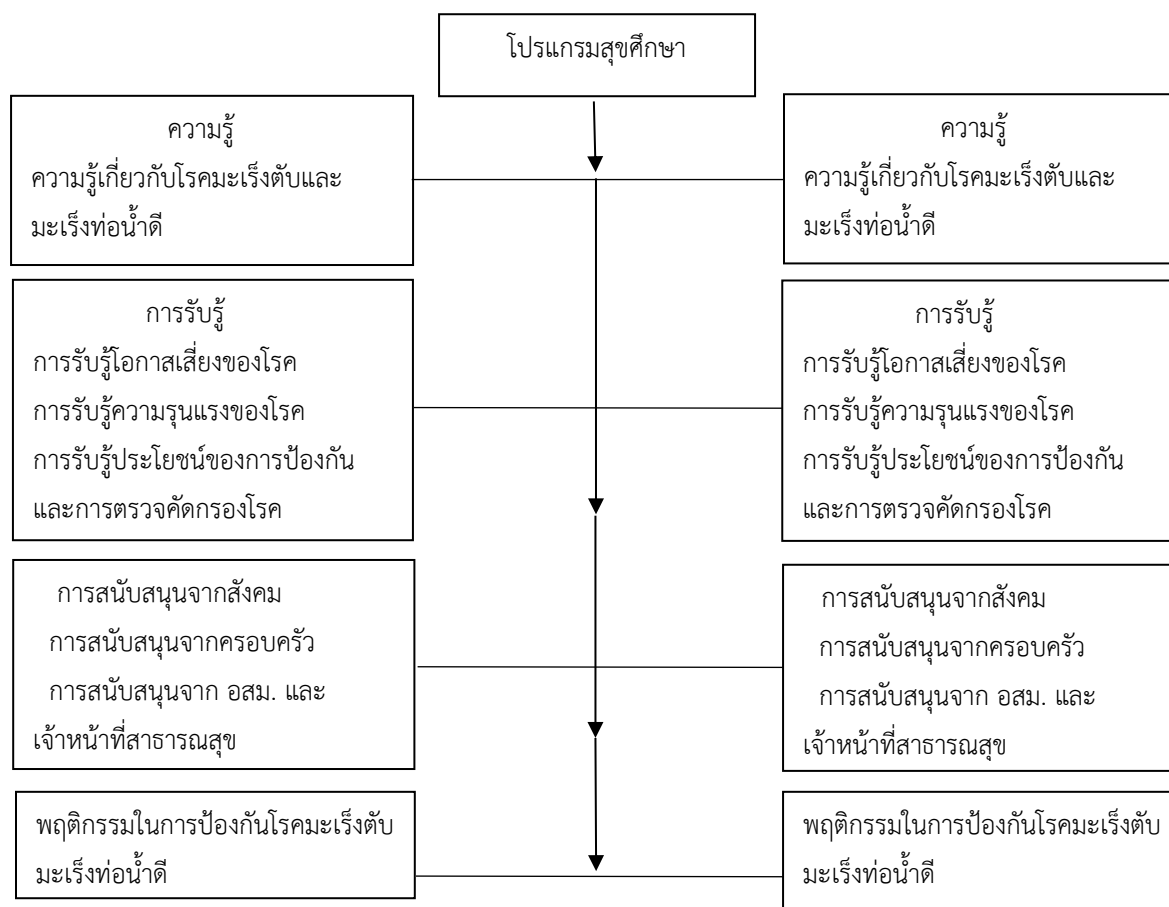


ป้องกันและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี นำไปสู่การลดอัตราป่วยและอัตราตายจากมะเร็งตับได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพที่มีต่อความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เก็บข้อมูลก่อนการอบรมในเดือนธันวาคม 2565 และเก็บข้อมูลหลังการอบรมในเดือนเมษายน 2566

ประชากร คือ ประชาชนในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 4,420 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชาชนมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ ได้ตลอดโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เกณฑ์การคัดออก คือ ประชาชนมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง แต่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่สมัครใจเข้ารับการ จำนวน 70 คน) ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิระวัฒน์กุล และคณะ, 2542)

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2 P(1-P)}{e^2(N-1)+Z^2\alpha/2 P(1-P)}$$

เมื่อ N = ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีประวัติครอบครัวเคยป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด=314 คน

α =ระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.025 $Z_{\alpha/2}=1.96$

P = สัดส่วนในการป่วยเป็นมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากการป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในประชากรประเทศไทย ทั้งหมด=.332 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

e = คลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้=0.05

ได้ตัวอย่าง จำนวน 163.65 หรือ 164 คน และสุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Sampling Random) สุ่มโดยใช้ตารางเลขสุ่มจาก Sampling Frame ตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน (บัญชีรายชื่อประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีประวัติครอบครัวเคยป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แยกรายหมู่บ้าน) และสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมอบรมโครงการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวนทั้งสิ้น 70 คน



เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โปรแกรมสุขภาพศึกษา และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมสุขภาพศึกษา เป็นหลักสูตร 2 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

วันที่ 1 ประกอบด้วย การทดสอบก่อนการอบรม การอบรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี หน้าที่ของตับ หน้าที่ของน้ำดี อาการของโรค และการรักษาพยาบาล

วันที่ 2 ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม และแบบวัดความรู้

แบบสอบถามพัฒนาและปรับปรุงมาจากการศึกษาของ อภิชาติ แสงปราชญ์ (2553) โดยยึดหลักแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ได้นำแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประวัติการป่วยหรือตายของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง มะเร็งที่ป่วยหรือตายคือโรคมะเร็งอะไร เป็นคำถามให้เติมคำในช่องว่างจำนวน 2 ข้อ แบบมีข้อให้เลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพให้ห่างไกลมะเร็ง คำถามที่ให้เลือกตอบได้ 3 ทางเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

คำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1 ตอบ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 0

คำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 0 ตอบ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ 1

การแปลผล แบ่งเป็น 3 Scale โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (Class Interval) จากสูตรดังนี้ (สำเร็จ จันทรสุวรรณ, 2544) ดังนี้ ขนาดชั้น=คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น ดังนั้นขนาดชั้น=6.66

คะแนนระหว่าง 0.00-6.66 หมายถึง มีความรู้ ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 6.67-13.33 หมายถึง มีความรู้ ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 13.34-20.00 หมายถึง มีความรู้ ระดับดี

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามการรับรู้ จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมาก เท่ากับ 5 เห็นด้วย เท่ากับ 4 ปานกลางเท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 ไม่เห็นด้วยมาก เท่ากับ 1 ข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยมาก เท่ากับ 1 เห็นด้วย เท่ากับ 2 ปานกลาง เท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 ไม่เห็นด้วยมาก เท่ากับ 5



การแปลผล แปลผลจากค่าเฉลี่ย จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ต่ำสุด 1 คะแนน แบ่งเป็น 3 Scale โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (Class Interval) จากสูตรดังนี้ (สำเร็จ จันทรสุวรรณ, 2544) ขนาดชั้น=คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น ดังนั้นขนาดชั้น=1.33

คะแนนระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.67-5.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ระดับดี

ตอนที่ 2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน และการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมาก เท่ากับ 5 เห็นด้วย เท่ากับ 4 ปานกลางเท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 ไม่เห็นด้วยมาก เท่ากับ 1 ข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยมาก เท่ากับ 1 เห็นด้วย เท่ากับ 2 ปานกลาง เท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 ไม่เห็นด้วยมาก เท่ากับ 5 การแปลผล แปลผลจากค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.67-5.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ระดับดี

ตอนที่ 2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมาก เท่ากับ 5 เห็นด้วย เท่ากับ 4 ปานกลางเท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 ไม่เห็นด้วยมาก เท่ากับ 1 ข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยมาก เท่ากับ 1 เห็นด้วย เท่ากับ 2 ปานกลาง เท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 ไม่เห็นด้วยมาก เท่ากับ 5 การแปลผล แปลผลจากค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.67-5.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุน ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ในการสร้างแบบสอบถามผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาและทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดกรอบการวิจัยนำเนื้อหาและทฤษฎีมาสร้างข้อคำถามเป็นแบบสอบถาม โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงด้านเนื้อหา การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบและใช้ในการเก็บข้อมูลจริงโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ทั้งฉบับ เท่ากับ .871

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดสอบใช้ (Try-out) โดยไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด คือกลุ่มผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะพือ ตำบลสะพือ อำเภอ



ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่า วิธี Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.860

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ตัวแปร คือ ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired-Sample T-Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้เอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 029 วันที่อนุมัติ 30 มีนาคม 2566 วันสิ้นสุด 29 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี ร้อยละ 38 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 46 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.3 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.1 มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 3,424.26 บาทต่อเดือน ประวัติครอบครัวที่เคยป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ร้อยละ 77.1 และประวัติเป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 34.3 และ 21.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลของความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2.1 ความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 47.1 ในขณะที่หลังการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ดีขึ้นเป็น ร้อยละ 74.3 ดังตารางที่ 1

2.2 การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.7 ในขณะที่หลังการอบรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงมากในระดับดีมากขึ้นเป็น ร้อยละ 98.6

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.3 ในขณะที่หลังการอบรม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับดีมากขึ้นเป็น ร้อยละ 98.6 ดังตารางที่ 1

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.4 ในขณะที่หลังการอบรม พบว่า มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับดีมากขึ้นเป็นร้อยละ 97.1 ดังตารางที่ 1



2.5 การสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.3 ในขณะที่ หลังการอบรม พบว่า มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดีมากขึ้น เป็นร้อยละ 91.4 ดังตารางที่ 1

2.6 การสนับสนุนจากจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนจากจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.3 ในขณะที่หลังการอบรม พบว่ามีการสนับสนุนจากจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับดีมากขึ้นเป็น ร้อยละ 90.0 ดังตารางที่ 1

2.7 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 70 ในขณะที่หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเหมาะสมในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 62.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา (n=70)

โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี				
น้อย	8	11.4	2	2.9
ปานกลาง	29	41.4	16	22.9
ดี	33	47.1	52	74.3
ระดับการรับรู้ความเสี่ยง				
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	10	14.3	1	1.4
ดี	60	85.7	69	98.6
ระดับการรับรู้ความรุนแรง				
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	4	5.7	1	1.4
ดี	66	94.3	69	98.6
ระดับการรับรู้ประโยชน์				
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	6	8.6	2	2.9
ดี	64	91.4	68	97.1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว				
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	11	15.7	6	8.6
ดี	59	84.3	64	91.4
ระดับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	11	15.7	7	10.0
ดี	59	84.3	63	90.0
ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี				
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	49	70.0	44	62.9
ดี	21	30.0	26	37.1

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

ผลการเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การได้รับสนับสนุนจากครอบครัว จากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันโรค ก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา (n=70)

โปรแกรมสุขศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี				
ก่อนการอบรม	11.69	4.46	3.691	.000*
หลังการอบรม	13.66			



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา (n=70)

โปรแกรมสุขศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
การรับรู้ความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี				
ก่อนการอบรม	38.37	4.23	1.637	.106
หลังการอบรม	39.20			
การรับรู้ความรุนแรงในการเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี				
ก่อนการอบรม	32.46	3.49	2.562	.013*
หลังการอบรม	33.53			
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี				
ก่อนการอบรม	32.81	3.24	-.406	.686
หลังการอบรม	32.66			
การสนับสนุนจากครอบครัว				
ก่อนการอบรม	23.87	3.49	2.153	.035*
หลังการอบรม	24.77			
การสนับสนุนจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ก่อนการอบรม	24.00	4.02	1.752	.084
หลังการอบรม	24.84			
พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี				
ก่อนการอบรม	46.90	9.27	.090	.928
หลังการอบรม	47.00			

*p value<.05

อภิปรายผลการศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาของประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ในตำบลคอนสาย อำเภอดงระการพิบูล จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันโรค ก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา พบว่าระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลางแต่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยา คำจันทร์ และคณะ (2564) ที่พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี มีพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร พิมพ์จันทร์ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2564) ที่รายงานว่าการป้องกัน



โรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น อภิปรายได้ว่าการอบรมเป็นกระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่วิธีหนึ่ง ประสิทธิภาพของการอบรมขึ้นอยู่กับผู้ให้การอบรมหรือวิทยากรมีทักษะในการถ่ายทอดได้ดีเพียงใดผู้เข้ารับการอบรม มีความพร้อมเพียงใด และมีจำนวนที่เหมาะสมหรือไม่และบรรยากาศของการอบรม ระบบเสียง แสงและอุณหภูมิที่เหมาะสมรวมถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น สื่อ โสตทัศนูปกรณ์ที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมให้ความสนใจได้สัมผัสด้วยโสตประสาททั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น สัมผัส) ก็จะทำให้ผู้เข้าอบรมเรียนรู้และจดจำได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยา คำจันทร์ และคณะ (2564) ที่พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับ ลักษณะ มาคะพุฒ จุฑามาศ นพรัตน์ และมนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล (2565) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง

หลังการอบรมได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยอาศัยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น อภิปรายได้ว่าการอบรมส่วนหนึ่งของผู้เข้ารับการอบรมมีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่บ้างแล้ว แต่อาจรับรู้ไม่ครบ รับรู้ไม่ถูกต้อง หลังการอบรมทำให้การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคมักขึ้น ถูกต้องมากขึ้น เช่น ก่อนการอบรมไม่รู้ว่าผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งตับ เป็นต้น สอดคล้องกับ Becker et al (1975) ที่พบว่าบุคคลที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีดีขึ้นเล็กน้อย อภิปรายได้ว่าโดยส่วนใหญ่ประชาชนทั่วไปจะรับรู้โรคมะเร็งเป็นโรคที่อันตรายป่วยเป็นโรคแล้วจะได้รับความทุกข์ทรมาน สูญเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก และรักษาไม่หาย สุดท้ายก็ต้องเสียชีวิต จึงทำให้ก่อน และหลังการอบรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงไม่แตกต่างกันมากนัก หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อภิปรายได้ว่าสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็งยังไม่ชัดเจนและมีปัจจัยของการเกิดโรคมามากมาย ทั้งจากพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จากสิ่งแวดล้อม แสง สี เสียง ฝุ่น ควัน รวมถึงจากปัจจัยทางด้านสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างมากที่จะก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้ จึงทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่แตกต่างกันมากนัก

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากขึ้น ผู้เข้ารับการอบรมมีความสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ครอบครัวก็มักสนับสนุน



และเป็นกำลังใจเพราะเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ครอบครัวมีความอบอุ่นมากขึ้น เช่น สนับสนุนไม่ให้ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ครอบครัวก็ไม่สิ้นเปลือง ไม่ถูกรบกวนจากควันบุหรี่ เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการให้สุศึกษาเรื่องโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี แก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และพื้นที่ใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบโปรแกรมสุศึกษา โดยศึกษาแบบกึ่งทดลองที่มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยา คำจันทร์, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรกร เจริญบุตร. (2564). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี ในอำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 10(1), 60-69.
- กรมการแพทย์. (2566). *มะเร็งตับและท่อน้ำดี ภัยเงียบที่คนไทยต้องระวัง*. สืบค้นจาก https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=40062
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บังอร พิมพ์จันทร์, วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 28(1), 14-24.
- บรรจบ ศรีภา. (2551). แฉคนไทย 6 ล้านคนติดพยาธิใบไม้ตับต้นตอเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี. *บ้านเมือง*, 17(2), 1-2.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย. (2563) *ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีตำบลคอนสาย*
- ลักขณา มาคะพุด, จุฑามาศ นพรัตน์ และมนัสนันท์ ลิ้มปวีทยากุล. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมการสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย*, 1(1), 60-73.



เอกสารอ้างอิง

- ปรีชา ปิยะพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้
กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*. 21(1), 52-68.
- ศักดิ์ชัย กามโร และรุจิรา ดวงสงค์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของ
ญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 22(2), 5-18.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *สถิติการป่วยด้วยโรคมะเร็ง ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก
<https://nci.go.th>
- สมัชชาสุขภาพ. (2557). *การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน*. สืบค้นจาก
<https://main.samatcha.org/node/70>
- สำเริง จันทรสวรรณ. (2544). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1) สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อภิชาติ แสงปราชญ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของ
ประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
- อรุณ จีระวัฒนกุล และคณะ. (2542). *ชีวิสถิติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1) ภาควิชาชีวิสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Becker et al. (1975). Health Belief Model and Personal Health Behavior.
- Hughes T, O'Connor T, Techasen A, Namwat N, Loilome W, Andrews RH, et al. (2017). Opisthorchiasis
and cholangiocarcinoma in Southeast Asia: an unresolved problem. *International Journal of
General Medicine*. 10, 227-37.
- Wattanayingcharoenchaia S, Nithikathkulb C, Wongsaroj T, Royald L, Reungsange P. (2011).
Geographic information system of *Opisthorchis viverrini* in northeast Thailand. *Asian Biomed*.
5(5), 687-91.