

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Participatory Behavioral Modification Model for Prevention of *Opisthorchiasis* and Cholangiocarcinoma in Yang Talat District, Kalasin Province

จักราวุฒิ วงษ์ภักดี ประ.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)

Jukrawoot Wongpukdee Ph.D. (Environmental Education)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด

Yang Talat District Public Health Office

Received: November 30, 2024

Revised: February 20, 2025

Accepted: March 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และตัวแทนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับ โดยเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาการศึกษา ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงและแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และสถิติทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Wilcoxon signed Rank test

ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนในอำเภอยางตลาดมีพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 73.4 โดยเฉพาะการรับประทานปลาดิบ (ร้อยละ 42.2) ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ (Median=10.0, IQR=8.0-12.0) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับมาก (Median=3.0, IQR=2.0-4.0) ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับมาก (Median=3.0, IQR=2.0-4.0) ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงจากร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 7.1 และประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.3 เป็นร้อยละ 90.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Abstract

This research and development study aimed to develop a participatory behavioral modification model for liver fluke and cholangiocarcinoma prevention in Yang Talat District, Kalasin Province. The study employed both qualitative and quantitative data analysis methods. The sample consisted of household representatives aged 15 years and above, along with stakeholder network representatives from all levels in the area, selected through purposive sampling. The study was conducted from October 2022 to September 2023. Research instruments included in-depth interviews, risk behavior questionnaires, and health literacy assessments. Statistical analyses utilized frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed Ranks test for within-group comparisons.

The results revealed that residents in Yang Talat District had high to very high-risk behaviors for liver fluke infection (73.4%), particularly raw fish consumption (42.2%). Regarding health literacy skills, cognitive skills were at a low level (Median=10.0, IQR=8.0-12.0), while information access skills (Median=3.0, IQR=2.0-4.0) and communication skills (Median=3.0, IQR=2.0-4.0) were at high levels. Self-management skills, media literacy, and decision-making skills were at moderate levels. After implementing the behavioral modification model, scores for information access, communication, self-management, and media literacy skills were significantly higher than before the intervention. The prevalence of liver fluke infection decreased from 18.0% to 7.1%, and the proportion of at-risk populations receiving cholangiocarcinoma screening increased from 76.3% to 90.3% ($p<0.05$).

Keywords: Model development, Behavioral modification, *Opisthorchiasis* and Cholangiocarcinoma

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและสามารถก่อโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 13 ของคนเสียชีวิตทั่วโลก และโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้ทั่วประเทศ ปีละประมาณ 28,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 76 คน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการผ่าตัดประมาณ 80,000 บาทต่อราย หรือ 22,400 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁾ ในระดับประเทศพบอัตราป่วย 38 รายต่อประชากรแสนคน และสูงถึง 85 รายต่อประชากรแสนคน ในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในโลก⁽²⁾

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราความชุกของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์สูงกว่าภาคอื่น ๆ และสูงที่สุดในโลก คิดเป็นร้อยละ 9.2 รองลงมาคือภาคเหนือ

ร้อยละ 5.2⁽¹⁾ โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.5 เท่า และจากผลการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ปี 2562 เขตสุขภาพที่ 7 พบมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 27.4 ขอนแก่น ร้อยละ 14.2 ร้อยเอ็ด ร้อยละ 11.8 และมหาสารคาม ร้อยละ 11.6⁽³⁾ อำเภอตลาด ประกอบด้วย 14 ตำบล มีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ตั้งอยู่ในเขตบริการชลประทานเขื่อนลำปาว มีแหล่งน้ำซึ่งเป็นแหล่งประมงน้ำจืดและเป็นแหล่งอาหารของประชาชน ผลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ปี 2563-2565 ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระ Modified Kato-Katz thick smear technique พบติดเชื้อ OV ร้อยละ 43.2, 39.1 และ 41.8 ตามลำดับ สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีใช้การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ในกลุ่มที่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ

จากการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ปี 2563-2565 พบผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่เฉลี่ยปีละ 12-15 ราย โดย ส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 ภายใน 1 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย⁽⁴⁾

สาเหตุหลักของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ในกลุ่มปลาน้ำจืด ปลาเกล็ดขาว จนเกิดกระบวนการสะสมเป็นระยะเวลา 20-30 ปี ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจุบัน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและระบบฐานข้อมูลมีความสะดวก ยิ่งขึ้น ได้แก่ 1) ระบบฐานข้อมูลเพื่อการติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน Isan Cohort 2) ระบบคัดกรอง โดยอัลตราซาวด์ที่บันทึกผ่านระบบคลาวด์ ช่วยให้ผู้ป่วย ไม่ต้องเดินทางไกล 3) การพัฒนาชุดตรวจแบบ ATK ตรวจจากปัสสาวะทราบผลภายใน 5 นาที ซึ่งส่งผลให้เข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็ว ลดโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และ 4) การพัฒนาหลักสูตรเพื่อสร้างความรู้ให้กับ คนรุ่นใหม่ และที่สำคัญคือความร่วมมือจากหลาย ภาคส่วน⁽²⁾ โดยการสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ ให้ประชาชน และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการ ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคอย่างครอบคลุม ในระดับพื้นที่การพัฒนากระบวนการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนร่วมมือกับท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิกูลและ ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในพื้นที่เสี่ยง⁽⁵⁾

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” เป้าหมายหนึ่งในยุทธศาสตร์ คือ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาชุมชนต้นแบบ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมให้ประชาชน ในพื้นที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้การรักษามะเร็งตับ และท่อน้ำดีที่รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต เพิ่มโอกาส ทางการรักษาแก่ผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลของประชาชนและภาครัฐ นำไปสู่การป้องกันการ เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทชุมชน และ พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบและทดลองใช้การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลและขยายผลรูปแบบการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (R1)

โดยการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา สำนวน พฤติกรรมเสี่ยงและระดมความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 282 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน ประชากรรายตำบล สำหรับเครื่องมือและวิธีการ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและบริบทพื้นที่ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงและความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และ 3) การสนทนากลุ่มตัวแทนชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบ (D1)

กลุ่มเป้าหมาย คือ ตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน/อสม. จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 15 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน และตัวแทนภาคประชาชน จำนวน 5 คน

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ได้แก่

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1

2) ร่วมกันออกแบบกิจกรรมและกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ Health Literacy Platform พัฒนาสื่อการเรียนรู้ดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โดยมีระบบประเมินความเข้าใจและพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วยเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ แบ่งเป็น 5 Module รวม 15 ชั่วโมง ได้แก่ *Module 1: ความรู้พื้นฐานโรคมะเร็ง* ไข้ไม่ดับและมะเร็งท่อน้ำดี (3 ชั่วโมง) ประกอบด้วย บทที่ 1: สถานการณ์และผลกระทบ บทที่ 2: วงจรชีวิตโรคมะเร็ง ไข้ไม่ดับ บทที่ 3: ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง ไข้ไม่ดับ *Module 2: การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง* (3 ชั่วโมง) ประกอบด้วย บทที่ 1: แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง บทที่ 2: การแปลผลความเสี่ยง บทที่ 3: การวางแผนลดความเสี่ยง *Module 3: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม* การบริโภค (4 ชั่วโมง) ประกอบด้วย บทที่ 1: อาหารเสี่ยงและอาหารปลอดภัย บทที่ 2: การปรุงอาหารให้สุกด้วยความร้อน บทที่ 3: เมนูอาหารพื้นบ้านที่ปลอดภัย สาธิตการทำอาหารพื้นบ้านปลอดภัย *Module 4: การเข้าถึงบริการสุขภาพ* (2 ชั่วโมง) ประกอบด้วย บทที่ 1: การคัดกรองและตรวจวินิจฉัย บทที่ 2: สิทธิการรักษาและการเข้าถึงบริการแบบจำลองสถานการณ์การเข้ารับบริการ *Module 5: การสื่อสารสุขภาพในครอบครัวและชุมชน* (3 ชั่วโมง) ประกอบด้วย บทที่ 1: การสื่อสารความเสี่ยง บทที่ 2: การเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสังคม บทที่ 3: การสร้างเครือข่ายสุขภาพ กิจกรรมกลุ่มฝึกการสื่อสาร รูปแบบการเรียนรู้: บทเรียนออนไลน์แบบ Interactive วิดีโอสาธิตและกรณีศึกษา แบบทดสอบก่อน-หลังเรียน กระดานสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ การประเมินผล: แบบทดสอบความรู้ (ผ่านเกณฑ์ 80%) การทำแบบฝึกหัดในแต่ละ Module การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม

3) พัฒนาเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการดำเนินงาน

4) กำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย โดยใช้กลไก “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ในการขับเคลื่อนเพื่อเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5) ทดสอบและปรับปรุงรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ

เป็นการพัฒนา (Development) พื้นที่ทดลองโดยการเลือกแบบเจาะจง 1 ตำบลในอำเภอยางตลาด

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ อายุ 40 ปีขึ้นไป มีประวัติการรับประทานปลาดิบ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

กิจกรรมที่ดำเนินการตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Health Literacy Platform พัฒนาสื่อการเรียนรู้ดิจิทัล

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและขยายผลรูปแบบ

เป็นส่วนของการวิจัย ดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง คือ ตำบลนาเชือกและขยายผลทุกตำบลในอำเภอยางตลาด จำนวน 14 ตำบล โดยดำเนินการ ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดรูปแบบให้พื้นที่ 2) พัฒนาศักยภาพทีมขับเคลื่อนระดับตำบล 3) สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ และ 4) กำกับติดตามและประเมินผลการประเมินผล 1) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง 2) ตรวจคัดกรองการติดเชื้อพยาธิ ไข้ไม่ดับ และ 3) อัตราการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบของการจัดกิจกรรมและกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Health Literacy Platform พัฒนาสื่อการเรียนรู้ดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โดยใช้กลไก “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ในการขับเคลื่อนเพื่อเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็ง ไข้ไม่ดับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น ทักษะความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 15 ข้อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 5 ข้อ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 4 ข้อ และ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงานและปัจจัยความสำเร็จ
3. แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง ประกอบด้วย ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ จำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี และจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติ
4. แบบสอบถามความรอบรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁶⁾ ประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของกองสุศึกษา⁽⁷⁾
5. เครื่องมือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ใช่วิธี Modified Kato-Katz thick smear technique
6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)
7. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาปรับปรุงและนำมาตรวจสอบคุณภาพโดยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน ซึ่งมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.40 ถึง 0.80 มีอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.50 ถึง 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.81 ส่วนความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alfa Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช่วิธีผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Qualitative and Quantitative) จากข้อสรุปของการประชุม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต การจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการจัดระเบียบข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูลและการหารูปแบบ (Pattern) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์

สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างก่อนเข้าร่วมกระบวนการกับหลังสิ้นสุดกระบวนการ ใช้สถิติ Wilcoxon signed Rank test

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS. REC 202/2565

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และบริบทของพื้นที่ อำเภอยางตลาด ประกอบด้วย 14 ตำบล มีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ตั้งอยู่ในเขตบริการชลประทาน ประกอบด้วยแหล่งน้ำ ซึ่งเป็นแหล่งกระจายปลาน้ำจืดและเป็นแหล่งอาหารของประชาชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง, รพ.สต. 23 แห่ง, คลินิก 15 แห่ง จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 1,245 คน อัตราส่วน อสม. ต่อประชากร 1:15 สถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ปี 2563-2565 พบร้อยละ 43.2, 39.1 และ 41.8 ตามลำดับ พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ในปี 2565 จำนวน 15 ราย คิดเป็นอัตรา 38 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 282 คน พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 67.0 อายุเฉลี่ย 48.0 ปี (S.D.±5.1) กลุ่มอายุ 40-50 ปี ร้อยละ 79.4 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 81.6

สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,405.7 บาท (S.D.±7,041.6) ได้แก่ กลุ่ม 0 - 10,000 บาท จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.9 คน (S.D. ±1.3) และเคยมีประวัติการได้รับการตรวจพยาธิ ร้อยละ 67.7 จากผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คือ รับประทานปลาสดดิบ คิดเป็นร้อยละ 42.2, รับประทานปลาจ่อมดิบ คิดเป็นร้อยละ 40.8 รับประทานส้มขี้ปลาหรือเครื่องในปลาดิบปลาสดดิบ คิดเป็นร้อยละ 40.1 โดยรวม มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 3.7 คะแนน (S.D. ±0.6) อยู่ในระดับมากร้อยละ 40.1 และ รองลงมาในระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.3

ผลการศึกษาความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คะแนนเฉลี่ย 10.1 คะแนน (S.D. ±2.6) ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 2) ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล คะแนนเฉลี่ย 3.2 (S.D. ±1.3) ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก ร้อยละ 35.0 3) ทักษะด้านการสื่อสาร คะแนนเฉลี่ย 3.2 (S.D. ±1.4) ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก ร้อยละ 37.5 4) ทักษะด้านการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ย 3.2 (S.D. ±1.2) ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5 5) ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ คะแนนเฉลี่ย 3.3 (S.D. ±1.0) ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 3.2 (S.D. ±1.2) ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0

สรุปภาพรวมพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ระดับพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม ระดับมาก ร้อยละ 40.1 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รวมระดับมากและมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.4 พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานปลาดิบ (ร้อยละ 42.2) การรับประทานปลาร้าดิบ (ร้อยละ 40.8) และการรับประทานปลาสดพริก หรือเครื่องในปลาดิบ (ร้อยละ 40.1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่

ความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการกินอาหารดิบ วัฒนธรรมการบริโภคที่สืบทอดในครอบครัวและชุมชน และการสะสมเป็นระยะเวลา 20-30 ปี ส่วนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม พบว่า ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ เฉลี่ย 10.1 (S.D.±2.6) ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง สรุปได้ว่าประชาชนในพื้นที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับสูง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารดิบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม พบว่า ใช้กลไก “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ในการขับเคลื่อนเพื่อเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ 1) สร้างความตระหนักผ่านผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนและพระสงฆ์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พระสงฆ์สอดแทรกการให้ความรู้ในการเทศนา ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว ทุกสัปดาห์ จัดเวทีประชาคมเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันในชุมชน และรณรงค์ผ่านงานบุญประเพณีต่าง ๆ 2) บูรณาการเข้ากับหลักสูตรการศึกษาในโรงเรียน กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ จัดทำหลักสูตรท้องถิ่นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ อบรมครูแกนนำโรงเรียนละ 2 คน จัดตั้งชมรมนักเรียนรอบรู้สุขภาพ จัดนิทรรศการและการประกวดผลงานนักเรียนนักเรียนเป็นสื่อกลางนำความรู้สู่ครอบครัว 3) มีการจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพโดยชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ จัดตั้งคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมระดับชุมชน สำรวจและทำแผนที่แหล่งน้ำเสี่ยง รณรงค์การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ จัดระบบบำบัดน้ำเสียในชุมชน และตรวจสอบคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำสาธารณะ 4) ใช้มาตรการทางสังคม/กติกาสังคม หรือ ธรรมนูญสุขภาพชุมชน โดยชุมชนร่วมกันกำหนดข้อตกลงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมการบริโภคอาหารเสี่ยง กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ จัดทำประชา

พิจารณาข้อตกลงชุมชน กำหนดมาตรการควบคุมการขายอาหารเสี่ยง จัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังในชุมชน มีระบบการให้รางวัลและยกย่องครัวเรือนต้นแบบ กำหนดบทลงโทษทางสังคมสำหรับผู้ฝ่าฝืน 5) กำหนดบทบาทของแต่ละภาคีเครือข่ายในชุมชน 6) ติดตามประเมินผลโดยชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ จัดทำระบบฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามพฤติกรรมรายครัวเรือนทุก 3 เดือน ประชุมคณะกรรมการติดตามงานทุกเดือน จัดทำรายงานความก้าวหน้าทุกไตรมาส สรุปบทเรียนและถอดองค์ความรู้ประจำปี 7) ใช้กลไกของ อสม. นักจัดการสุขภาพ ในการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่าง อสม. โดยพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการคัดกรองการให้คำแนะนำ และการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เรื่องการคัดกรองโรค จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านเชิงรุก สร้างระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศติดตาม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. มอบรางวัล อสม. ดีเด่นด้านการป้องกันโรค 8) Health Literacy Platform พัฒนาสื่อการเรียนรู้ดิจิทัลที่เข้าถึงง่ายโดยมีระบบประเมินความเข้าใจและพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วยเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ แบ่งเป็น 5 Module รวม 15 ชั่วโมง (Module 1: ความรู้พื้นฐานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (3 ชั่วโมง) บทที่ 1: สถานการณ์และผลกระทบ บทที่ 2: วงจรชีวิตพยาธิใบไม้ตับ บทที่ 3: ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดโรค Module 2: การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง (3 ชั่วโมง) บทที่ 1: แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง บทที่ 2: การแปลผลความเสี่ยง บทที่ 3: การวางแผนลดความเสี่ยง Module 3: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (4 ชั่วโมง) บทที่ 1: อาหารเสี่ยงและอาหารปลอดภัย บทที่ 2: การปรุงอาหารให้สุกด้วยความร้อน บทที่ 3: เมนูอาหารพื้นบ้านที่ปลอดภัย สาธิตการทำอาหารพื้นบ้านปลอดภัย Module 4: การเข้าถึงบริการสุขภาพ (2 ชั่วโมง) บทที่ 1: การคัดกรองและตรวจวินิจฉัย บทที่ 2: สิทธิการรักษา และการเข้าถึงบริการ แบบจำลองสถานการณ์การเข้ารับบริการ Module 5: การสื่อสารสุขภาพในครอบครัวและชุมชน (3 ชั่วโมง) บทที่ 1: การสื่อสารความเสี่ยง บทที่ 2:

การเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสังคม บทที่ 3: การสร้างเครือข่ายสุขภาพ กิจกรรมกลุ่มฝึกการสื่อสาร รูปแบบการเรียนรู้: บทเรียนออนไลน์แบบ Interactive วิดีทัศน์ สาธิตและกรณีศึกษา แบบทดสอบก่อน-หลังเรียน กระดานสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ การประเมินผล: แบบทดสอบความรู้ (ผ่านเกณฑ์ 80%) การทำแบบฝึกหัดในแต่ละ Module การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ 9) มีช่องทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญออนไลน์ “Group Line One Health Approach” 10) บูรณาการการทำงานระหว่างสาธารณสุข บุคลากร และสิ่งแวดล้อม โดยการควบคุมการระบาดในสัตว์น้ำและสิ่งแวดล้อมของชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการ (1) การควบคุมการระบาดในสัตว์น้ำ ได้แก่ สำรวจและทำแผนที่แหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน จัดตั้งคณะกรรมการดูแลแหล่งน้ำระดับตำบล เก็บตัวอย่างปลาน้ำจืดเพื่อตรวจหาระยะติดตัวของพยาธิ ควบคุมการเลี้ยงปลาในกระชังและบ่อปลา กำหนดมาตรการควบคุมการจับและจำหน่ายปลา และให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงปลาและผู้ค้าปลา (2) การจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน ได้แก่ สำรวจและปรับปรุงระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในชุมชน รณรงค์การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ 100% ตรวจสอบและซ่อมแซมระบบบำบัดน้ำเสีย จัดระบบการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล ปรับปรุงระบบระบายน้ำในชุมชน และเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพ (3) การติดตามและประเมินผล ได้แก่ ตรวจสอบคุณภาพน้ำทุก 3 เดือน สำรวจความชุกของพยาธิในปลาทุก 6 เดือน ประเมินระบบสุขภาพทุก 6 เดือน และจัดทำรายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมประจำปี 11) จัดตั้งห้องปฏิบัติการชุมชนสำหรับตรวจคัดกรอง “Community Lab” โดยฝึกอบรมอาสาสมัครในการตรวจหาการติดเชื้อ (1) วิธีการตรวจคัดกรอง ใช้วิธี Modified Kato-Katz thick smear technique (2) อุปกรณ์ที่ใช้ กล้องจุลทรรศน์ แบบ 2 ตา แผ่นแก้วสไลด์และแผ่นปิดสไลด์ Template ขนาด 41.7 มิลลิกรัม กระดาษกรองเบอร์ 105 และตะแกรงร่อนอุจจาระ mesh size 200-300 μm (3) กลุ่มเป้าหมายในการตรวจ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีประวัติการรับประทานปลาดิบ

อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงริมแหล่งน้ำ เคยตรวจพบการติดเชื้อมาก่อน และมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (4) ความถี่ในการตรวจ โดยตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงปีละ 1 ครั้ง ตรวจซ้ำในรายที่พบการติดเชื้อหลังการรักษา 3 เดือน ตรวจติดตามในพื้นที่ที่พบความชุกสูงทุก 6 เดือน (5) ระบบการควบคุมคุณภาพโดยอสม.ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เก็บตัวอย่าง ให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเป็นผู้ตรวจและแปลผล มีการ Cross check โดยห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับเขต 10% และบันทึกผลในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ (6) การรายงานผล แจ้งผลการตรวจภายใน 1 วัน ส่งต่อผู้ติดเชื้อเพื่อรับการรักษาทันที รายงานสถานการณ์การติดเชื้อทุกเดือน และวิเคราะห์แนวโน้มการระบาดทุก 3 เดือน

ทั้งนี้ ผลการทดลองใช้และประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม ตำบลนาเชือก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลรูปแบบจำนวน 40 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาแบบสูงกว่าก่อนพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนาแบบ (n=40)

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	Z	P-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ	10.0 (8.0-12.0)	15.0 (13.0-17.0)	11.0	<0.01
การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (3.5-4.0)	2.6	<0.01
การสื่อสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.0 (2.0-4.0)	4.0 (3.5-4.5)	3.2	<0.01
การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.0 (2.5-4.0)	4.0 (3.5-4.5)	2.3	0.02
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ	3.0 (2.5-4.0)	4.0 (3.5-4.0)	3.3	<0.01
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.0 (2.0-4.0)	3.5 (3.0-4.0)	0.4	0.71

Wilcoxon Signed Ranks Test

3. ผลการขยายผลและการประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการขยายผลของรูปแบบฯ ไปทุกตำบลในอำเภอยางตลาด อีกจำนวน 14 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 100 โดยใช้กลไก “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งผลการขยายผลและการประเมินรูปแบบ พบว่า 1) กระบวนการขยายผล : จัดเวทีนำเสนอผลสำเร็จจากพื้นที่นำร่อง ผู้นำชุมชนและทีมงานจากตำบลต้นแบบ

เป็นพี่เลี้ยง ใช้พื้นที่ต้นแบบเป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ 2) ปัจจัยที่ทำให้พื้นที่อื่นยอมรับรูปแบบ: เห็นผลสำเร็จที่ชัดเจนจากพื้นที่นำร่อง มีต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่คล้ายคลึงกัน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่น และมีความยืดหยุ่นในการปรับใช้ตามบริบท 3) การปรับเปลี่ยนกิจกรรมในพื้นที่ขยายผล: เพิ่มการใช้เทคโนโลยีในการติดตามงาน ปรับรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะกับแต่ละพื้นที่ เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และ

บูรณาการกับงานประจำของ อสม. 4) ปัญหาและข้อจำกัดในการขยายผล: ขาดความต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำชุมชน งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอในบางพื้นที่ การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่คล่องตัวบุคลากรมีภาระงานมาก และ 5) การปรับปรุงแก้ไขระหว่างการขยายผล: จัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจน สร้างทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ พัฒนาระบบรายงานออนไลน์ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือ 1) อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง 2) การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น 3) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น 4) เกิดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย 5) มีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 6) ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา และ 7) เกิดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น ซึ่งปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การใช้เทคโนโลยีในการคัดกรองและวินิจฉัยโรค ได้แก่ ใช้กล้องจุลทรรศน์ดิจิทัลในการตรวจหาไข่พยาธิ เครื่องอัลตราซาวด์แบบพกพาสำหรับคัดกรองมะเร็ง ระบบ

ถ่ายภาพและส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญออนไลน์ 2) ระบบฐานข้อมูลและการติดตามงาน ได้แก่ ใช้แอปพลิเคชัน CASCAP Tools ในการบันทึกข้อมูล ระบบรายงานออนไลน์แบบ Real-time ระบบแจ้งเตือนการนัดหมายผ่าน SMS 3) สื่อการเรียนรู้และการสื่อสาร ได้แก่ แพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์ (Health Literacy Platform) กลุ่มไลน์สำหรับการปรึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คลิปวิดีโอสั้นเผยแพร่ความรู้ในสื่อสังคมออนไลน์ 4) ระบบสนับสนุนการทำงาน ได้แก่ โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับ อสม. ระบบประชุมออนไลน์สำหรับติดตามงาน และแอปพลิเคชันบันทึกการเยี่ยมบ้าน การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนเชิงนโยบาย การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พบว่า หลังปรับกระบวนการ อัตราความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง และประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและการได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	χ^2	p-value
	n (%)	n (%)		
อัตราความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	156 (18.0)	62 (7.1)	13.9	<0.01
การได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	659 (76.3)	781 (90.3)	10.3	<0.01

Chi-square test

อภิปรายผล

1. ประชาชนอำเภอขามเฒ่ายังมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับมาก (ร้อยละ 40.1) และระดับมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบประเภทปลาสดดิบ ปลาจ่อมดิบ และส้มขี้ปลาหรือเครื่องในปลาดิบ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1) วัฒนธรรมการบริโภคที่สืบทอดกันมาในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้

ทางสังคมที่อธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและการเลียนแบบจากสภาพแวดล้อมทางสังคม⁽⁸⁾ 2) ความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารดิบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเชื่อเรื่องสรรพคุณของอาหารดิบมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค และ 3) การขาดความตระหนักถึงอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽⁹⁾ นอกจากนี้

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า ความเชื่อและค่านิยมในการบริโภคอาหารดิบมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ พฤติกรรมเสี่ยงมีความแตกต่างของบริบทพื้นที่วิธีการให้ความรู้ และระยะเวลาในการติดตามผล⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยเวลาและต้องผ่านขั้นตอนต่าง ๆ อย่างเหมาะสม สำหรับความรอบรู้สุขภาพพบว่า ทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.0) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก 1) ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ระบุว่า การเข้าถึงข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ 2) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อน และ 3) การขาดการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไก “บวร” และมีองค์ประกอบสำคัญ 12 ประการ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และมีปัจจัยความสำเร็จซึ่งจะเห็นได้ว่า ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹³⁾ ที่เน้นการให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืนเห็นได้จากการที่ชุมชนร่วมกำหนดมาตรการทางสังคมและธรรมนูญสุขภาพชุมชน การใช้กลไก “บวร” สอดคล้องกับทฤษฎีทุนทางสังคม (Social Capital Theory) ที่ระบุว่า การใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน เช่น สถาบันศาสนา การศึกษา และครอบครัว จะช่วยเสริมพลังในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ เนื่องจากเป็นสถาบันที่ได้รับความเชื่อถือและมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมของคนในชุมชน⁽¹⁴⁾ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน Health Literacy Platform สอดคล้องกับแนวคิด Digital Health Literacy ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพซึ่งเหมาะสมกับบริบทสังคมปัจจุบัน การบูรณาการแนวคิด One Health Approach เข้ากับการทำงานระหว่าง

สาธารณสุข ปศุสัตว์ และสิ่งแวดล้อม⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เนื่องจากเป็นโรคที่มีความซับซ้อนของวงจรชีวิตและปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาศักยภาพ อสม. และการจัดตั้ง Community Lab⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับแนวคิด Community-based Health Care ที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชน ซึ่งช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้ ปัจจัยความสำเร็จที่พบ⁽¹³⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความสำเร็จของการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคอีสาน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในด้านอัตราการติดเชื้อที่ลดลงและการคัดกรองที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นผลมาจากการใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management) ที่เน้นการแปลงความรู้แฝง (Tacit knowledge) ให้เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน โดยความยั่งยืนของโครงการ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change theory) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต้องผ่านกระบวนการละลายพฤติกรรมเดิม (Unfreezing) การเปลี่ยนแปลง (Change) และการทำให้พฤติกรรมใหม่คงอยู่ (Refreezing) ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกลไกครบทั้ง 3 ขั้นตอน การเกิดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการผลักดันประเด็นสุขภาพเข้าสู่วาระนโยบาย⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับแนวคิด Health in all policies ที่เน้นการบูรณาการประเด็นสุขภาพเข้าสู่นโยบายทุกระดับ ความสำเร็จของรูปแบบนี้ยังสะท้อนถึงการที่มองปัญหาสุขภาพในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนโยบาย ทำให้การแก้ปัญหามีความครอบคลุมและมีประสิทธิผล⁽¹⁹⁾

3. ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า สามารถเพิ่มความรู้และทักษะด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ยกเว้นด้านทักษะการตัดสินใจ ความสำเร็จนี้ อาจเนื่องมาจาก 1) การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

2) การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น และ 3) การใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้⁽²⁰⁾ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้⁽²¹⁾ และการศึกษาที่พบว่า การใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการที่ทักษะการตัดสินใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁶⁾ อาจเนื่องจาก 1) ระยะเวลาในการพัฒนาที่อาจไม่เพียงพอ 2) อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ฝังรากลึก และ 3) ความซับซ้อนของกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ผลการพัฒนารูปแบบพบประเด็นสำคัญดังนี้ 1) กิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการได้ดี ได้แก่ การสร้างความตระหนักผ่านผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ เนื่องจากใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ การใช้มาตรการทางสังคมเพราะสอดคล้องกับวิถีชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชน และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพราะเห็นผลเป็นรูปธรรม 2) กิจกรรมที่มีข้อจำกัด ได้แก่ การตรวจคัดกรองในห้องปฏิบัติการชุมชน เนื่องจากต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพราะผู้สูงอายุปรับตัวค่อนข้างยาก การบูรณาการกับหลักสูตรในโรงเรียน เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน 3) กิจกรรมที่จำเป็นต้องดำเนินการในการขยายผล ดังนี้ กิจกรรมหลัก (Core Activities) ได้แก่ การสร้างความตระหนักในชุมชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค การจัดการสิ่งแวดล้อม และการติดตามประเมินผล กิจกรรมที่สามารถบูรณาการ ได้แก่ การสื่อสารความเสี่ยงสามารถบูรณาการกับงานสุขศึกษาชุมชน การเยี่ยมบ้านสามารถบูรณาการกับงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดการสิ่งแวดล้อมบูรณาการกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการคัดกรองบูรณาการกับงานคลินิกโรคไม่ติดต่อ สำหรับข้อเสนอแนะในการขยายผล

คือ ไม่จำเป็นต้องทำครบทั้ง 12 กิจกรรม แต่ควรมีกิจกรรมหลักที่จำเป็น ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มี เน้นการบูรณาการกับงานประจำเพื่อความยั่งยืน และสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น

สรุป

1. สถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยง ประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 73.4 พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือการรับประทานปลาดิบ ร้อยละ 42.2 และความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้กลไก “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ในการขับเคลื่อน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการกับงานประจำ ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำเนินงาน

3. ผลการใช้รูปแบบ ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง การเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรผลักดันให้มีการบรรจุรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วมเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น และเพิ่มกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ

3. พัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาสื่อและช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ขยายการใช้กลไก “บวร” ไปยังพื้นที่อื่น ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบท

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบ
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบ
3. การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ
4. ศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจากคณะผู้บริหารของ คปสอ.ยางตลาดทุกท่านที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอยางตลาด คณะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
2. วิษรินทร์ ลอยลม. สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
3. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. รายงานผลการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนพื้นที่ “ร้อยแก่นสารสินธุ์”. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง พื้นที่ตำบลนาเชือก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563-2565. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2565.
5. บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. การวัดและประเมินผลการศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67(12): 2072-8.
7. กองสุขศึกษา. เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/>
8. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
9. สมชาย พัฒนา, วิภาดา แสงเรือน, ดารา ดำรงค์ศรี, สมชาย สุขสิริเสรีกุล. สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค 2565; 47(1): 89-100.
10. วิภาดา แสงนิภา, พัทธินทร แสงจาริก, รัตนา ดำรงค์ศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(1): 67-78.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51(3): 390-5.
12. World Health Organization. Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques. Geneva: WHO; 2018.
13. Putnam RD. Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; 2000.
14. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res 2006; 8(2): e9.

15. 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(Part B): 361-7.
16. สุพัตรา จิรนนทนภรณ์, วิภาดา แสนเรือน, ปณิตา จำรัสศรี, สมชาย สุขสิริเสรีกุล. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารควบคุมโรค* 2562; 45(3): 284-96.
17. Lewin K. *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. New York: Harper & Brothers; 1951.
18. World Health Organization. *Health in all policies: framework for country action*. Geneva: WHO; 2013.
19. Knowles MS. *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Chicago: Follett; 1980.
20. วรณา พาหุวัฒนกร, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, สุจิตรา นิลเลิศ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2564; 15(2): 234-45.