

การประเมินผลการดำเนินงานพยาธิใบไม้ตับ: กรณีศึกษาพื้นที่ที่พบอัตราการติดเชื้อสูง จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2567

Evaluation of Liver Fluke Control Program Implementation: A Case Study in High-Prevalence Areas, Roi Et Province, Thailand, 2024

ประดิษฐ์ ศิริสอน*

Pradit Sirison

Corresponding author: E-mail; assj2558@gmail.com

(Received: May 10, 2025; Revised: May 16, 2025; Accepted: June 13, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน และอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ที่พบอัตราการติดเชื้อสูงในจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีผลการตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการตรวจอุจจาระ ในปี พ.ศ.2564 จำนวน 105 คน ในพื้นที่พบการติดเชื้อสูงสุดของจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ตำบลหนองพอกและตำบลมะฮีที่มีคุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ % Differences

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ (61.0%) และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ (60.0%) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบๆ ระดับต่ำ (41.90%) ไม่เคยตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูพยาธิสภาพของตับหรือคัดกรองเกี่ยวกับมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี (64.1%) ผลการตรวจอัลตราซาวด์พบว่า ปกติ (55.9%) และผิดปกติ (38.2%) ผู้ที่พบความผิดปกติและไม่ได้รับการส่งต่อ (69.2%) ได้รับการส่งต่อเพียง (30.8%) แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำ ได้แก่ สื่อเฟซบุ๊ก และอินสตาแกรม (38.6%) รองลงมา คือ องค์กรเอกชนและมูลนิธิ (36.6%) และกลุ่มไลน์ และยูทูบ ตึกตอก (35.2%) ตามลำดับ และอัตราความแตกต่างของการติดเชื้อ (35.24%) และไม่ติดเชื้อ (64.76) ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาคิดเป็น 59.04%

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการแบบ บูรณาการ โดยเน้น การสื่อสารออนไลน์ การคัดกรองโรคเชิงรุก และการปรับระบบส่งต่อผู้ป่วย พร้อมกับสร้างความตระหนักผ่านชุมชนและเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

คำสำคัญ : การประเมินผล; พยาธิใบไม้; อัตราการติดเชื้อสูง

Abstract

Purposes : To assess knowledge, preventive behaviors, and the reinfection rate of liver fluke (*Opisthorchis viverrini*) infection in high-prevalence areas of Roi Et Province.

Study design : Evaluation research.

Materials and Methods : The study included 105 participants who tested positive for liver fluke infection via stool examination in 2021. The sample was drawn from the highest endemic areas in Roi Et Province, namely Nong Phok and Ma-ue subdistricts, based on inclusion criteria. Data were collected using questionnaires and focus group discussions, then analyzed using descriptive statistics and percentage differences.

Main findings : The majority of participants had: Low knowledge scores regarding dietary habits affecting liver fluke infection (61.0%), Low knowledge about liver fluke disease (60.0%). A relatively low prevalence of raw or undercooked food consumption (41.9%). No prior liver ultrasonography screening for liver/bile duct cancer (64.1%). Among those who underwent ultrasound: 55.9% had normal results, while 38.2% showed abnormalities, Of those with abnormal findings, only 30.8% were referred for further treatment, while 69.2% received no referral. Primary sources of liver fluke-related information included: Facebook and Instagram (38.6%), Private organizations and foundations (36.6%), and line, YouTube, and TikTok (35.2%). The reinfection rate was 35.24%, while 64.76% had no reinfection, yielding a difference of 59.04% in the studied population.

Conclusion and Recommendations : The findings suggest that relevant agencies should implement integrated interventions , emphasizing: Online communication campaigns, Proactive disease screening, and Improved patient referral systems. Additionally, awareness should be raised through community engagement and influential social media platforms to effectively reduce reinfection rates.

Keywords : Evaluation; Liver fluke; High prevalence of infection

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) เป็นโรคที่แพร่ระบาดในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นโรคสำคัญ และจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังหรือมีการติดเชื้อบ่อยซ้ำ ในระยะยาวอีกทั้งยังจัดให้พยาธิ ใบไม้ตับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ โดยสาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับชนิด Opisthorchis viverrini ซึ่งเป็นตัวปรสิตที่พบในปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดชาวสามารถหาได้ทั่วไปตามแหล่งน้ำธรรมชาติ มะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของโรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด ในประเทศไทย จำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากกว่าปีละ 28,000 คน หรือ 80 คน ต่อวัน และมากกว่าร้อยละ 70 เป็นมะเร็งตับชนิด มะเร็งท่อน้ำดี เกือบร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งตับทั่วโลก หรือมีปีละ 600,000 คน ซึ่งนับว่าสูงมาก อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับพบมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั่วโลกคาดว่ามีคนติดเชื้อมากกว่า 40 ล้านคน และมากกว่า 600 ล้านคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คนไทย กว่า 6 ล้านคน มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คาดว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.5-2 ล้านคน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบประชาชนติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 22.3 สูงเป็นอันดับ 1 ของพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์¹

จากการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าในปี พ.ศ.2558 - 2566 พบมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 15.315.6, 23.65, 8.25, 8.7, 13.70, 6.10, 3.64 และ 1.74 ตามลำดับ และในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 กระทรวงสาธารณสุข โดยในโครงการนำร่องของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้มีการวิจัยและประสบผลสำเร็จในการนำ ชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว OV-Rapid diagnosis test (OV-RDT) เป็นชุดตรวจหาสารคัดหลั่งของพยาธิใบไม้ตับ ในปัสสาวะ ใช้สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความไวสูงทดแทนการตรวจอุจจาระ เป็นการพัฒนา

ต่อยอดจากการตรวจวิธีไอโซล่า ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินงาน 6 ชั่วโมงและต้องทำในห้องปฏิบัติการเฉพาะ โดยการใช้เทคโนโลยี Lapid lateral flow immunochromatography ให้มีรูปร่างง่ายขึ้น ใช้เวลาสั้นลง สามารถใช้งานได้ ในภาคสนาม ในการตรวจใช้เวลาเพียง 10-15 นาที และสามารถดำเนินการตรวจได้เองคล้ายกับการตรวจการตั้งครรภ์ที่สามารถตรวจปัสสาวะแทนอุจจาระได้นี้ ทำให้เกิดความคล่องตัวและเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองในพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ตรวจสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ซึ่งจังหวัดร้อยเอ็ด มีเป้าหมายการดำเนินงาน 171 ตำบล 17 อำเภอ²

การดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับ ให้มีความครบถ้วนในเป้าหมายสุดท้ายคือ การคัดกรองด้วยการอัลตราซาวด์ตับ ยิ่งค้นหาเจอความผิดปกติตั้งแต่เนิ่น ๆ จะยิ่งได้ดูแลรักษาประชาชนผู้เจ็บป่วยได้ทัน่วงที ลดการเสียชีวิตได้ตามเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และ ข้อมูลรายงานโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของจังหวัดร้อยเอ็ด จากกระบวนการรายงานข้อมูลโปรแกรม HOSXP รหัส C220 และ C221 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 - 2566 พบว่า อัตราป่วยด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ รหัส C220 ร้อยละ 8.34, 19.47, 16.87, 16.17, 18.26 และ 8.21 ตามลำดับ; รหัส C221 ร้อยละ 16.98, 34.49, 32.59, 33.34, 28.28, และ 14.95 ตามลำดับและอัตราการป่วยตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีคือ รหัส C220 ร้อยละ 15.91, 15.25, 15.65, 14.59, 7.49 และ 5.42 ตามลำดับ; รหัส C221 ร้อยละ 3.6, 15.1, 17.72, 15.32, 9.17 และ 6.58 ตามลำดับ²

ขณะเดียวกันจังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินการโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับ ผ่านโครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อคนไทยปี พ.ศ.2568 ตามยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ.2559 - 2568 เป็นต้นมา โดยเป้าหมายการคือ การตรวจอุจจาระหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละ 100 ราย ทุกตำบล หากพบการติดเชื้อจากพยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่ 10% ขึ้นไป ให้มีการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อ

พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชากรตำบลนั้นเพิ่มอีก 805 ราย รวมเป็น 905 ราย ตำบลตามเป้าหมาย 230 ตำบล โดยสามารถดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินในช่วงปี พ.ศ.2559-2563 ทั้งสิ้น 180 ตำบล ที่เหลือต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมเป้าหมายของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอีก 50 ตำบล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยูวิจัยได้เข้ามารับผิดชอบในโครงการนี้โดยตรง โดยพบว่า 50 ตำบลที่ได้ตรวจคัดกรองจากการตรวจอุจจาระพบว่ามี การติดเชื้อ มากกว่า ร้อยละ 10 จำนวน 9 ตำบล ซึ่งตำบลที่พบการติดเชื้อสูงสุด 2 อันดับแรกได้แก่ ตำบลมะฮี อำเภอธวัชบุรี ร้อยละ 21.35 และตำบลหนองพอก อำเภอธวัชบุรี ร้อยละ 20.83²

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นนับได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ที่จะต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันและค้นหาความผิดปกติได้ตั้งแต่เนิ่นๆ และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความคาดหวังต่อความสำเร็จในการลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลงได้ โดยเฉพาะในผู้ที่เคยพบการตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมาก่อน เพื่อลดการแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น หรือสู่สิ่งแวดล้อม รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต ดังนั้น ยูวิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาในกลุ่มผู้ที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ที่พบการติดเชื้อสูงของจังหวัด ในลักษณะของการติดตามประเมินผลของการดำเนินงาน ดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน และอัตราการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ในตับ ในพื้นที่ที่พบอัตราการติดเชื้อสูงจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยวัตถุประสงค์หลักประเมินความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชากรที่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่มีผลการตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการตรวจอุจจาระในปี พ.ศ.2564 จำนวน 105 คน ที่ได้มาจากขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินการโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับ ผ่านโครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อคนไทยปี พ.ศ.2568 ตามยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ.2559 - 2568 เป็นต้นมา เป้าหมายการคือการตรวจอุจจาระหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยมีวิธีการดำเนินการ คือ (1) ตรวจอุจจาระหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละ 100 ราย ทุกตำบล (2) จากข้อ 1 หากพบการติดเชื้อจากพยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่ 10% ขึ้นไป ให้มีการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มประชากรตำบลนั้นอีก 805 ราย ซึ่งจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนตำบลตามเป้าหมาย 230 ตำบล โดยสามารถดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินในช่วงปี พ.ศ.2559-2563 ทั้งสิ้น 180 ตำบลที่เหลือต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมเป้าหมายของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอีก 50 ตำบล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยูวิจัยได้เข้ามารับผิดชอบในโครงการนี้โดยตรง

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจอุจจาระหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตำบลละ 100 ราย จำนวน 50 ตำบล พบว่ามีการติดเชื้อ มากกว่า ร้อยละ 10 จำนวน 9 ตำบล ซึ่งตำบลที่พบการติดเชื้อสูงสุด 2 อันดับแรกได้แก่ ตำบลมะฮี อำเภอธวัชบุรี ร้อยละ 21.35 และตำบลหนองพอก อำเภอธวัชบุรี ร้อยละ 20.83

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจอุจจาระหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 9 ตำบลละ 805 คน ซึ่งต้องดำเนินการทุกตำบล และพบว่าผลการตรวจคัดกรองพบการติดเชื้อตำบลหนองพอก อำเภอธวัชบุรี จำนวน 94 คน และตำบลมะฮี อำเภอธวัชบุรี จำนวน 52 คน

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทุกราย ต้องได้รับประทานยากำจัดพยาธิใบไม้ตับ เพื่อขับไล่พยาธิและหายขาดจากการเป็นโรค

การศึกษานี้ยูวิจัยได้ดำเนินการศึกษาในประชากร

(Population) ที่ใช้ในการศึกษาดังนี้คือ กลุ่มประชากรที่เคยมีผลการตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการตรวจอุจจาระในปี พ.ศ.2564 ทุกคน ในพื้นที่พบการติดเชื้อสูงสุดของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองพอก และตำบลมะฮี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากเป็นพื้นที่พบอัตราการติดเชื้อสูงสุดของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีคุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ (1) อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศ (2) มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ (3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองพอก และตำบลมะฮี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด (4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารตามปกติได้ และ (5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ /ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และคุณสมบัติที่คัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ผู้ติดเชื้อที่ไม่เข้าเกณฑ์ตามที่กำหนด เช่น ไม่เคยกินยากำจัดพยาธิใบไม้ตับมาก่อนและไม่ได้เป็นผู้ติดเชื้อจากการตรวจอุจจาระมาก่อนในปี พ.ศ.2564 และ (2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ประกอบด้วยชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อในปัสสาวะอย่างรวดเร็ว (OV RDT) และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่

1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และตำแหน่ง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยงด้านการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ การเจ็บป่วยทางกรรมพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Checklist) ตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ การให้คะแนนด้านการคัดกรอง

ความเสี่ยง ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ 0 คะแนน และแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาเป็นจำนวนและร้อยละตามแบบคำถามที่ระบุในแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Checklist) ตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม 15 ข้อ ประเมินจากความรู้ แปลผลคะแนนใช้การพิจารณาเป็นแบบอิงเกณฑ์โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินอ้างอิงของ Bloom³ ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับดี หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 ข้อ) ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 60-79 (9-11 ข้อ) ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (<9 ข้อ) ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และตอบไม่แน่ใจ/Missing คะแนน

ส่วนที่ 4 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Checklist) ตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม 12 ข้อ แปลผลคะแนนใช้การพิจารณาเป็นแบบอิงเกณฑ์โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินอ้างอิงของ Bloom³ ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับดี หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (9 ข้อ) ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 60-79 (7-9 ข้อ) และระดับต่ำหมายถึง คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (1-6 ข้อ) ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และตอบไม่แน่ใจ/Missing ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่บ้านที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน เป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Checklist) ตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม 15 ข้อ ประเมินจากความรู้ แปลผลคะแนนใช้การพิจารณาเป็นแบบอิงเกณฑ์โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินอ้างอิงของ Bloom³ ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือความรู้ระดับดี หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 ข้อ) ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 60-79 (9-11 ข้อ) ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (< 9 ข้อ) ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนตอบไม่แน่ใจ Missing คะแนน

ส่วนที่ 6 การตรวจอัลตราซาวด์ดับเป็นแบบกำหนดให้ตอบ (Checklist) ตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม 3 ข้อ การให้คะแนนด้านการอัลตราซาวด์ตอบใช่ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ หรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนใช้การพิจารณาเป็นจำนวนและร้อยละตามแบบคำถามที่ระบุในแบบสอบถาม

ส่วนที่ 7 การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากหน่วยงานต่าง ๆ 15 ข้อ การให้คะแนนด้านการได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นประจำให้ 4 คะแนน บ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่ค่อยได้รับรู้ 1 คะแนน และแปลผลคะแนนโดยพิจารณาเป็นจำนวน และร้อยละ ตามแบบคำถามที่ระบุในแบบสอบถาม

2) เทปในการบันทึกเสียง

3) กล้องบันทึกภาพ

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการสร้างเครื่องมือ โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ บุคลากรในกลุ่มงานตรวจพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 1 ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ขั้นที่ 2 กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม

ขั้นที่ 3 สร้างข้อคำถาม แบบสัมภาษณ์ให้ได้เนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 4 นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นร่วมกันว่าเครื่องมือที่ใช้นั้นมีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Item of Objective Congruence) ซึ่งจะกำหนดระดับการแสดง

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้คะแนนในแต่ละข้อ โดยกำหนดให้คะแนนประเมินผลการพิจารณา ดังนี้

ให้ 1 เมื่อข้อคำถามสอดคล้องวัตถุประสงค์การวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องวัตถุประสงค์การวิจัย

ให้ -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องวัตถุประสงค์การวิจัย โดยคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนซึ่งถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน พบว่า มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80-1.00

ขั้นที่ 5 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) โดยนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ด้วยวิธีการของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR 20) และวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงถือว่ามีความเชื่อมั่น⁴ ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเครื่องมือทดลองใช้กับบุคลากรในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีพื้นที่และลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน พบว่าค่า KR-20 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการให้กลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องทราบ

2. คัดกรองกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่เข้าได้กับโครงการ

3. จัดประชุม ชี้แจง และให้รายละเอียด ความเข้าใจให้กับประชาชน เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ความเป็นมาวิธีการและเป้าหมายการวิจัย

4. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามโดยทีมงานบุคลากรจากกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด

5. ตรวจสอบการป้องกันสภาวะการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ด้วยชุดตรวจอย่างรวดเร็ว OV-RDT

6. จัดประชุมกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกในกรณีผู้ที่พบการติดเชื้อซ้ำ และให้ความรู้เชิงลึกในด้านผลดี ผลเสีย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคให้ปลอดภัย ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ รวมถึงการเฝ้าระวังตนเองในอนาคต หากมีความผิดปกติจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

7. จ่ายยากำจัดพยาธิใบไม้ตับด้วย Praziquantel ตามขนาดน้ำหนักตัว ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค

8. ลงข้อมูลการตรวจคัดกรองใน Isan Cohort หรือ Hosxp-pcu ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นข้อมูลประวัติคนไข้ในระบบ

9. บันทึกข้อมูลที่ได้ตามแบบสอบถามในโปรแกรม SPSSPC

10. นำข้อมูลมาจัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักสถิติ

11. สรุปและเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โดยผู้วิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามมีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนัดประชุม กลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงรายละเอียด ในการตอบแบบสอบถาม และตอบแบบสอบถามพร้อมทั้ง ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ทันที หากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน จะต้องดำเนินการเก็บรวบรวม เพิ่มเติมทันที และรวบรวมแบบสอบถาม เพื่อนำไปประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การบันทึกรายละเอียด ของกิจกรรมในแต่ละ ขั้นตอนของกระบวนการ และบันทึก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) และประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และสรุปประเด็น จากแบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การถอดเทปการสนทนา แบบบันทึกการดำเนินงาน

ตามแผนปฏิบัติการ และร่วมถอดบทเรียนเพื่อให้ได้จนครบถ้วนทุกประเด็น

การจัดกระทำกับข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

2) รวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาศึกษาทำความเข้าใจ จัดหมวดหมู่ตามขอบเขตของข้อมูลและกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัยตามชนิดของข้อมูลและวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลเพื่อให้เห็นการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนอันจะนำไปสู่การสรุปผล และการสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

3) ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์มาใช้ประมวลผลในการวิเคราะห์ข้อมูล

4) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึก สังเกต สัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลตลอดกระบวนการ นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญ แล้วนำเสนอด้วยการอธิบาย บรรยาย และอภิปราย ตามสภาพความเป็นจริง และตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ความแตกต่างเปอร์เซ็นต์ (Percentage Difference)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดใบรับรอง เลขที่ COE 0682565 วันที่ 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 ซึ่งได้ผ่านการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อการประชุมครั้งที่ 30/2561 วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ วิธีวิจัย การถอนตัวจากวิจัย และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ มีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.05%) อายุ 50-60 ปี (34.30%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (82.86%) สถานภาพคู่ (62.86%) เป็นแม่บ้าน (44.76%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (73.4%) ผลการตรวจพยาธิใบไม้ตับในที่ผ่านมา พบว่าเป็นผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (100%) เคยกินยา (93.33%)

เคยรับประทาน ปลาเกล็ดขาวดิบ เช่น ก้อยปลา ลาบปลาดิบ ปลาสาม ปลาจ่อม ปลาร้า แบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ (83.8%) ไม่มีญาติสายตรง (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา พี่น้องร่วมสายโลหิต) เป็นมะเร็งท่อน้ำดี (86.7%) เป็นคนอีสานและมีอายุมากกว่า 40 ปี (93.3%) ไม่สูบบุหรี่ (74.3%) และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (49.5%)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น (61.0%) และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำคิดเป็น (60.0%) และคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ระดับต่ำ คิดเป็น (41.90%) ดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (n=105)

ระดับคะแนนความรู้การบริโภคอาหาร		จำนวน(%)
ระดับสูง	(คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป =12 ข้อขึ้นไป)	13(12.4)
ระดับปานกลาง	(คะแนนร้อยละ 60-79 =9-11 ข้อ)	28(26.7)
ระดับต่ำ	(คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 =ไม่เกิน 8 ข้อ)	64(61.0)
Mean(SD.) = 7.50(0.70); Min(Max)=3(12)		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ		จำนวน(%)
ระดับสูง	(10-12 ข้อ)	0(0.0)
ระดับปานกลาง	(7-9 ข้อ)	42(40.0)
ระดับต่ำ	(<6 ข้อ)	63(60.0)
Mean(SD.) = 5.70(0.49); Min(Max)=1(9)		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่บ้านที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน แบบดิบหรือสุกๆดิบๆ

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน(%)
พฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ในระดับสูง (12-15 ข้อ)	34(32.4)
พฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ระดับปานกลาง (9-11 ข้อ)	27(25.7)
พฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ระดับต่ำ (1-8 ข้อ)	44(41.90)

3. ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูพยาธิสภาพของตับ หรือคัดกรองเกี่ยวกับมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี (64.1%) ผลการตรวจอัลตราซาวด์ปกติ (55.9%) ผิดปกติ (38.2%) ผู้ป่วยที่พบความผิดปกติและไม่ได้รับการส่งต่อ (69.2%) ได้รับการส่งต่อเพียง (30.8%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละการตรวจอัลตราซาวด์ตับ

การตรวจอัลตราซาวด์ตับ	จำนวน(%)
การตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูพยาธิสภาพของตับ หรือคัดกรองเกี่ยวกับมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี	
เคย	34(33.0)
ไม่เคย	68(64.1)
ไม่แน่ใจ	3(2.90)
ผลการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูพยาธิสภาพของตับ (n=34)	
ปกติ	19(55.9)
ผิดปกติ	13(38.2)
ไม่แน่ใจ	2(5.9)
ผู้ที่พบความผิดปกติและได้รับการส่งต่อ เพื่อรับการรักษาในระดับต่อไป	
ส่งต่อ	4(30.8)
ไม่ได้ส่งต่อ	9(69.2)

4. กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำจากสื่อเฟซบุ๊ก อินสตาแกรม (38.6%) รองลงมา คือ องค์กรเอกชนและมูลนิธิ (36.6%) และกลุ่มไลน์ และยูทูบ ดีกิต็อก (35.2%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (n=105)

แหล่งข้อมูล	จำนวน(%)			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่รับรู้
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	13(9.0)	25(17.2)	16(11.0)	51(35.2)
2. อาสาสมัครสาธารณสุข	15(10.3)	18(12.4)	24(16.6)	48(33.1)
3. ผู้นำชุมชน	25(17.2)	25(17.2)	27(18.6)	28(19.3)
4. องค์กรเอกชนและมูลนิธิ	53(36.6)	35(24.1)	8(5.5)	9(6.2)
5. หอกระจายข่าวสารหมู่บ้าน	32(22.1)	25(17.2)	19(13.1)	29(20.0)
6. การประชุมราชการหน่วยงานต่างๆ	44(30.3)	39(26.9)	11(7.6)	11(7.6)
7. เวทีประชาคม	34(23.4)	38(26.2)	17(11.7)	16(11.0)
8. สื่อวิทยุ	38(26.2)	41(28.3)	15(10.3)	11(7.6)
9. สื่อโทรทัศน์	38(26.2)	41(28.3)	13(9.0)	13(9.0)
10. กลุ่มไลน์	51(35.2)	31(21.4)	7(4.8)	16(11.0)
11. เฟสบุ๊ก อินสตราแกรม	56(38.6)	30(20.7)	7(4.8)	12(8.3)
12. ยูทูบ ดิจิตอล	51(35.2)	29(20.0)	11(7.6)	14(9.7)

5. อัตราความแตกต่างของการติดเชื้อซ้ำ (35.24%) ร้อยละ 59.04 ดังแดงในตารางที่ 6 และไม่ติดเชื้อซ้ำ (64.76) ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา คิดเป็น

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละความแตกต่างกันระหว่างในกลุ่มที่ติดเชื้อซ้ำและไม่ติดเชื้อซ้ำ (n = 105)

ผลการตรวจคัดกรอง	จำนวน(%)	%Differences
1. ไม่ติดเชื้อ	68(64.76)	59.04
2. ติดเชื้อซ้ำ	37(35.24)	

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าประชากรในพื้นที่เสี่ยงมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำและยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงสอดคล้องกับงานที่วิจัยที่ผ่านมา ที่ดำเนินการโดย Sayasone et al.⁵ ในประเทศลาว ผลการศึกษพบว่าประชาชนในชุมชนเฉพาะถิ่นมีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคปลาดิบกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพียง 42% เท่านั้น แม้ว่าจะอยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อสูงก็ตาม สอดคล้องกับ

ผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม 61% มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ การศึกษาดังกล่าวยังรายงานว่ ประชาชน 37% ยังคงบริโภคปลาดิบเนื่องจากปัจจัยทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบในระดับต่ำ 41.9% ในทำนองเดียวกับงานวิจัยของ Doanh et al.⁶ ในประเทศเวียดนาม ผลการศึกษาระบุว่าประชาชน 58% ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเส้นทางการติดเชื้อพยาธิ

ใบไม้ดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับต่ำถึง 60% ที่น่าสนใจคือ การตรวจอัลตราซาวด์ในการศึกษานี้พบความผิดปกติของตับ 32% ของผู้เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ที่พบความผิดปกติ 38.2% ผลการศึกษาทั้งสองชิ้นชี้ให้เห็นว่าช่องว่างด้านความรู้ร่วมกับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การติดเชื้อยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง งานวิจัยทั้งสองเรื่องนี้สนับสนุนผลการศึกษานี้โดยแสดงหลักฐานที่สอดคล้องกันในระดับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ($\leq 60\%$) และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงที่ยังคงพบได้บ่อยเนื่องจากปัจจัยทางวัฒนธรรม และอัตราการพบความผิดปกติของตับจากการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน

การศึกษานี้พบประเด็นสำคัญหลายด้านเกี่ยวกับสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ดับในพื้นที่ศึกษา ซึ่งมีข้อค้นพบที่น่าสนใจ ประการแรกด้านการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึง 64.1% ไม่เคยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ตับ ซึ่งสะท้อนปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทย โดย Khuntikeo et al.⁷ ที่รายงานว่ามีผู้เข้ารับการตรวจเพียง 35.7% เท่านั้น ทั้งนี้ แม้จะมีความแตกต่างของตัวเลข แต่ทั้งสองการศึกษาต่างชี้ให้เห็นถึงช่องว่างด้านการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในพื้นที่เฉพาะถิ่น ประการที่สองเมื่อพิจารณาผลการตรวจอัลตราซาวด์ การศึกษานี้พบความผิดปกติ 38.2% ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Khuntikeo et al.⁷ ที่พบความผิดปกติ 41.3% ไม่เพียงเท่านั้น การศึกษาในกัมพูชาโดย Mairiang et al.⁸ ยังยืนยันแนวโน้มนี้ด้วยการพบความผิดปกติในระดับที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับที่นำไปสู่ความเสียหายของตับยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภูมิภาคนี้ ประการที่สาม ด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติเพียง 30.8% เท่านั้นที่ได้รับการส่งต่อ ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรงกว่าที่พบในการศึกษาในกัมพูชา (28.5%) และการศึกษาล่าสุดโดย Chaiyos et al.⁹ ในพื้นที่ลุ่มแม่น้ำโขงที่พบอัตราการไม่ได้รับการส่งต่อ

สูงถึง 65.8% ตัวเลขเหล่านี้ล้วนแต่สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของระบบส่งต่อผู้ป่วยในหลายประเทศ และประการสุดท้าย ด้านช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก โดยเฉพาะเฟสบุ๊กและอินสตาแกรม (38.6%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศลาวโดย Fürst et al.¹⁰ ที่พบว่าประชาชนรับข้อมูลผ่านเฟสบุ๊ก 42.3% และไลน์ 38.7% ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทที่เพิ่มขึ้นของสื่อสังคมออนไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพในยุคปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาร่วมกันแล้วงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศต่างชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่คล้ายคลึงกันในหลายมิติ ตั้งแต่การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองที่จำกัด อัตราการพบความผิดปกติที่สูง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงของช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งความสอดคล้องเหล่านี้ไม่เพียงแต่ยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการศึกษานี้เท่านั้น แต่ยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนานโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหาคือเป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติของปัญหา

การศึกษานี้พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับที่ 35.24% และอัตราการไม่ติดเชื้อพยาธิ 64.76% ซึ่งมีความแตกต่างกันถึง 59.04% ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยระดับนานาชาติหลายชิ้นที่ผ่านมา ดังนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยโดย Sithithaworn et al.¹¹ ในประเทศไทยพบอัตราการติดเชื้อพยาธิ 32.8% หลังการรักษา ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษานี้เล็กน้อย ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่ดีกว่า โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการบริโภคปลาดิบ การศึกษาในประเทศลาวโดย Sayasone et al.¹² รายงานอัตราการติดเชื้อพยาธิที่สูงถึง 38.6% ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษานี้ งานวิจัยชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าการติดเชื้อพยาธิมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดิบที่ยังคงปฏิบัติกันในชุมชน งานวิจัยในเวียดนามซึ่งพบว่า อัตราการติดเชื้อพยาธิอยู่ที่ 34.2% ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้อย่างมาก นักวิจัยอธิบายว่าการติดเชื้อพยาธิมักเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับวงจรชีวิตของพยาธิและ

การป้องกันที่ถูกต้อง¹³ การศึกษาในกัมพูชาที่มีรายงานอัตรา การติดเชื้อซ้ำที่ 36.1% ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษานี้เล็กน้อย งานวิจัยชิ้นนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผล หลังการรักษาและให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง¹⁴ และงานวิจัยล่าสุด ในพื้นที่ลุ่มแม่น้ำโขงพบอัตราการติดเชื้อซ้ำที่ 33.9% ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ นักวิจัยพบว่าความร่วมมือ ของชุมชนและการสื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่องสามารถลด อัตราการติดเชื้อซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹

การที่ผลการวิจัยปรากฏดังกล่าวสามารถอธิบายได้ ผ่านแนวคิดและทฤษฎีทางสาธารณสุขหลายประการ ดังนี้ คือ ประการแรก; ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม ป้องกันที่ต่ำ (61.0% และ 60.0% ตามลำดับ) สอดคล้อง กับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock¹⁵ ที่อธิบายว่าการรับรู้ความ รุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ต่ำจะนำไปสู่ พฤติกรรมป้องกันโรคที่ลดลง โดยเฉพาะเมื่อผู้คนไม่เชื่อ ว่าการบริโภคอาหารดิบจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ข้อค้นพบนี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาในลาวโดย Sayasone et al.¹⁶ ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่ำเป็นปัจจัย สำคัญที่ทำให้อัตราการติดเชื้อยังคงสูง; ประการที่สอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบที่ยังคงพบได้ (41.9%) สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen¹⁷ ซึ่งเน้นย้ำถึงอิทธิพล ของบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมต่อการตัดสินใจ แม้ผู้คนจะมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของอาหารดิบ แต่แรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรมการกินที่สืบทอดกัน มายาวนานทำให้ยากที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาในเวียดนามโดย Doanh et al.¹⁸ ยืนยันว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรมมีบทบาทสำคัญต่อการบริโภค อาหารดิบ

ประการที่สาม ปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง (64.1%) ไม่เคยตรวจอัลตราซาวด์ และระบบส่งต่อผู้ป่วย ที่ไม่มีประสิทธิภาพ (69.2%) ไม่ได้รับการส่งต่อ) สะท้อนถึง ความล้มเหลวของระบบสุขภาพตามแนวคิดการเข้าถึง บริการสุขภาพ (Healthcare Access Theory) ของ Penchansky และ Thomas ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญ

ของการเข้าถึงทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคม¹⁹ การศึกษาในกัมพูชาโดย Mairiang et al.¹⁴ พบปัญหา คล้ายคลึงกันในพื้นที่เฉพาะถิ่น; ประการที่สี่ การได้รับข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก (38.6% จากเฟสบุ๊กและอินสตาแกรม) สอดคล้องกับทฤษฎีการแพร่ กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory) ของ Rogers¹⁹ ที่อธิบายว่าปัจจุบันสื่อดิจิทัลมีบทบาทสำคัญ ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน และวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม Fürst et al.¹⁰ เตือนว่า ข้อมูลในสื่อสังคมออนไลน์อาจไม่ครบถ้วน และ ถูกต้องเสมอไป และประการสุดท้าย อัตราการติดเชื้อซ้ำ ที่สูง (35.24%) สะท้อนถึงความล้มเหลวของระบบเฝ้าระวัง โรคตามแนวคิดวงจรการควบคุมโรค (Disease Control Cycle) ของ Anderson และ May²⁰ ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญ ของการติดตามผลหลังการรักษาและการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ การศึกษาในไทยโดย Sithithaworn et al.¹² พบว่า การขาดระบบติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นสาเหตุ หลักของการติดเชื้อซ้ำ

จุดเด่นของการวิจัย คือ ครอบคลุมหลายมิติทั้งความรู้ พฤติกรรม การเข้าถึงบริการ และระบบส่งต่อผู้ป่วย การข้อมูลจากการตรวจคัดกรองจริง (อัลตราซาวด์ และ ประวัติการรักษา) ทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ และ ระบุช่องทางการรับข้อมูลที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง (สื่อออนไลน์ องค์กรเอกชน) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อ การออกแบบแคมเปญสื่อสารสุขภาพ แต่ก็ยังมีข้อเสนอ เพื่อการพัฒนา ได้แก่ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยราย บุคคลเพื่อติดตามผลการรักษาและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ ชุมชนเช่น จัดตั้ง “อาสาสมัครป้องกันพยาธิใบไม้ตับ” ในพื้นที่ และส่งเสริมงานวิจัยต่อยอด โดยเฉพาะการประยุกต์ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น AI วิเคราะห์ความเสี่ยงจาก อัลตราซาวด์)

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ (1) ควรพัฒนา ช่องทางการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook,

Instagram, YouTube, TikTok) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสร้างเนื้อหาที่เข้าใจง่าย น่าสนใจ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และร่วมมือกับองค์กรเอกชนและมูลนิธิ เพื่อขยายเครือข่ายการให้ความรู้ในชุมชน (2) จัดหน่วยเคลื่อนที่ตรวจอัลตราซาวด์ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ (ลดอัตราการไม่เคยตรวจจาก 64.1%) และปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันนัดหมายหรือระบบ Telemedicine เพื่อลดอัตราการไม่ได้รับการส่งต่อ (3) จัดทำโครงการติดตามผู้ป่วยหลังรักษาเพื่อลดอัตราการติดเชื้อซ้ำ (35.24%) และส่งเสริมมาตรการทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น สร้างแนวทางลดการบริโภคอาหารดิบโดยไม่ขัดต่อวิถีชีวิตท้องถิ่น

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่

(1) ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารดิบแบบลึกซึ้ง ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก) (2) ประเมินประสิทธิภาพของสื่อสังคมออนไลน์ในการเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (3) วิจัยระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อลดช่องว่างการส่งต่อ และ (4) ติดตามผลระยะยาวของผู้ที่ได้รับการรักษาและตรวจคัดกรอง เพื่อประเมินอัตราการติดเชื้อซ้ำและภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Thaewongiew K, et al. Development model of communicable disease surveillance system at a district level in the Northeastern Thailand. *Disease Control Journal*. 2015;41(4):329-40.
2. กลุ่มงานควบคุมโรค. รายงานโครงการโรคพยาธิใบไม้ตับ. พ.ศ.2566. ร้อยเอ็ด; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.
3. Bloom B S. Human Characteristics and School Learning. New York: 1982.
4. สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 6thed. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
5. Sayasone S, Odermatt P, Vonghachack Y, Xayavong S, Vilay P, et al. Dietary habits and health literacy in Opisthorchis-endemic communities in Laos: A cross-sectional study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(6):e0009453.
6. Doanh P N, Nawa Y, Le T H, Nguyen T T, Tran T K. Community-based assessment of liver fluke-associated cholangiocarcinoma risk in Vietnam: Ultrasound and behavioral insights. *Trop Med Infect Dis*. 2023;8(2):94.
7. Khuntikeo N, Titapun A, Loilome W, Yongvanit P, Thinkhamrop B, Chamadol N, et al. Prospective cohort study of ultrasound screening for cholangiocarcinoma in high-risk areas of Thailand. *Lancet Regional Health - Western Pacific*. 2020;4:100041.
8. Mairiang E, Thinkhamrop B, Chamadol N, Sithithaworn P, Chaisuriya P, Pairajkul C, et al. Ultrasound screening for cholangiocarcinoma in opisthorchiasis-endemic areas of Cambodia. *Parasitology International*. 2022;87:102516.
9. Chaiyos J, Supoken A, Suwannatrai K, Suwannatrai A, Prasopdee S, Thinkhamrop K, et al. Gaps in the care continuum for liver fluke-associated cholangiocarcinoma in the Mekong region: A health systems analysis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2023;17(2):e0011133.
10. Fürst T, Sayasone S, Khieu V, Keiser J, Utzinger J, Vounatsou P. Social media as an information source for liver fluke infections in the Lao People's Democratic Republic. *International Health*. 2021;13(3):258-65.
11. Sithithaworn P, Andrews RH, Petney TN, Saijuntha W, Laoprom N. The systematics and

- population genetics of *Opisthorchis viverrini* sensu lato: implications in parasite epidemiology and control. *Acta Trop.* 2020;212:105670.
12. Sayasone S, Utzinger J, Akkhavong K, Odermatt P. Repeated praziquantel treatment and *Opisthorchis viverrini* infection: a population-based cross-sectional study in Lao PDR. *Infect Dis Poverty.* 2021;10(1):1-10.
 13. Doanh P N, Hien H V, Nonaka N, Horii Y, Nawa Y. Reinfection with *Opisthorchis viverrini* in rural Vietnam: incidence, risk factors, and spatial distribution. *Parasitol Int.* 2022;87:102516.
 14. Mairiang E, Thinkhamrop B, Chamadol N, et al. Reinfection rate of *Opisthorchis viverrini* after treatment with praziquantel in endemic areas of Cambodia. *Parasitol Res.* 2023;122(1):295-303.
 15. Rosenstock I M. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974;2:328-35.
 16. Sayasone S, Utzinger J, Akkhavong K, Odermatt P. Repeated praziquantel treatment and *Opisthorchis viverrini* infection: a population-based cross-sectional study in Lao PDR. *Infect Dis Poverty.* 2021;10(1):1-10.
 17. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179-211.
 18. Doanh P N, Hien H V, Nonaka N, Horii Y, Nawa Y. Reinfection with *Opisthorchis viverrini* in rural Vietnam: incidence, risk factors, and spatial distribution. *Parasitol Int.* 2022;87:102516.
 19. Penchansky R, Thomas J W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 1981;19(2):127-40.
 20. Anderson R M, May R M. Infectious diseases of humans: dynamics and control. Oxford: Oxford University Press; 1991.