

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ของประชาชนในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง เขตสุขภาพที่ 7
A Comparative Study of Health Literacy on Opisthorchiasis Prevention
in Low and High Prevalence Area; Health Region 7

สุพัตรา สิมมาตัน ส.ม.(การบริหารสาธารณสุข) Supattra Simmatan M.P.H.(Public Health Administration)
วนิดา อินทรสังข์ วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) Wanida Intarasangkha B.Sc. (Public Health)
คณยศ ชัยอาจ ส.ม.(วิทยาการระบาด) Kanayod Chaiarch M.P.H.(Epidemiology)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น Office of Disease Prevention and Control Region 7
Khon Kaen

Received : August 15, 2023 | Revised : September 23, 2023 | Accepted : September 24, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูงเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง 1,132 คน แบ่งเป็นพื้นที่อัตราชุกต่ำ 566 คน และพื้นที่อัตราชุกสูง 566 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) นำเสนอจำนวน ร้อยละ และค่า p-value ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.80 และ 71.20 อายุเฉลี่ย 55.24 ปี (S.D.=9.49) และ 55.61 ปี (S.D.=10.43) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.78 และ 57.07 ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.83 และ 62.01 และความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูงภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.007) ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขและทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชน พัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยผสมผสานให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน และให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่จะทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง, การป้องกันโรค, โรคพยาธิใบไม้ตับ

ABSTRACT

This research was a cross-sectional analytical study with the purpose of conducting a comparative study on health literacy regarding opisthorchiasis prevention in low and high prevalence areas within health region 7. The total number of participants determined through sampling calculations was 1,132 people, divided equally between the low prevalence area (566) and the high prevalence area (566). Interview data were collected using a questionnaire, and the analysis was conducted using descriptive statistics and the chi-square test. The results indicated that in both low and high prevalence areas, the majority of participants were female, with percentages of 75.80% and 71.20%, respectively. The mean age of participants in the low prevalence area was 55.24 years (S.D.=9.49), while in the high prevalence area, it was 55.61 years (S.D.=10.43). Furthermore, a significant portion of the participants had completed only elementary school education, with rates of 60.78% in the low prevalence area and 57.07% in the high prevalence area. Regarding health literacy on opisthorchiasis prevention, it was found to be at a low level in both the low prevalence area (52.83%) and the high prevalence area (62.01%). Importantly, there was a significant difference in health literacy on opisthorchiasis prevention between the low and high prevalence areas (p -value =0.007). Therefore, it is recommended that public health departments and healthcare providers establish appropriate health literacy programs for the public, integrate them into policy development, and focus on promoting health literacy in all aspects that align with community lifestyles. Additionally, regular evaluation and continuous monitoring are essential to enable the community to build strong and sustainable opisthorchiasis prevention capabilities.

Key Word: Health Literacy, low and high prevalence, Prevention, Opisthorchias

บทนำ

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis Viverrini* มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงถึงร้อยละ 70 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ตับและยังเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุดของประเทศ และมีรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในโลก^(1,2) อย่างไรก็ตาม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้กำหนดเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 – 2568 เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลงครึ่งหนึ่ง โดยพยายามลดความชุกพยาธิใบไม้ตับในคนให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 ทำให้ปลาปลอดพยาธิเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2568 และลดลง 2 ใน 3 ของเป้าหมายในปี พ.ศ. 2578⁽³⁾ การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อาศัยความร่วมมือของหน่วยงานภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มหาวิทยาลัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชนในการขับเคลื่อนให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องก็ยังคงพบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมีการติดเชื้อซ้ำซากที่มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่^(1,4)

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีความชุกสูงสุด ร้อยละ 16.6 เป็นสาเหตุให้ปี พ.ศ. 2557 มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 และข้อมูลปี พ.ศ. 2559 – 2563 พบว่าความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 16.3 11.7 5.7 4.7 และ 4.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับภูมิภาคพบว่าปี พ.ศ. 2562 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุด ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 45.6 และปี พ.ศ. 2559 – 2562 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อัตราตายเท่ากับ 26.3 25.1 24.3 และ 24.8 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานอายุระหว่าง 40 – 60 ปี^(1,5-7) เขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ. 2559 พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำซาก จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของผู้ที่เคยมีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 428 ราย ในพื้นที่เสี่ยง 15 ตำบล ข้อมูลปี พ.ศ. 2559 – 2565 พบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมเขตเฉลี่ยร้อยละ 5.9 10.3 6.4 6.4 2.4 3.2 และ 2.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความชุกเฉลี่ยสูงสุดร้อยละ 7.8 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น และมหาสารคาม ร้อยละ 6.9 3.8 และ 3.4 ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราตายด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเท่ากับ 51.5 49.6 46.3 45.4 และ 47.3 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ร่วมกับสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้ชุดตรวจปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดเร็ว (*Opisthorchis viverrini* Rapid Diagnostic Test; OV-RDT) จำนวน 57 อำเภอ 485 ตำบล

69,840 ราย พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 37.17 พบความชุกสูงสุดที่จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 50.9 รองลงมา ได้แก่ กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด และขอนแก่น ร้อยละ 36.2 35.6 และ 26.3⁽⁸⁾

สาเหตุปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้องอาจเนื่องมาจากการขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค⁽⁹⁾ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁰⁾ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ หรือกล่าวได้ว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้องจนเป็นวิถีชีวิตค่อนข้างน้อย⁽¹¹⁾ โดยยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เช่น การกินปลาดิบ กินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ และการบริโภคอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น หม่ำปลาดิบ ส้มແໝັດดิบ เป็นต้น การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและ/หรือหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง ตลอดจนการไม่ล้างผักให้สะอาดก่อนนำมาปรุงอาหาร^(12,13) ส่วนปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่าบริบทของชุมชนและการมีเครือข่ายทางสังคมที่เหนียวแน่น โดยเฉพาะวัฒนธรรมการแบ่งปันอาหารและการรับประทานอาหารร่วมกัน มีผลทำให้พฤติกรรมของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁴⁾

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเชิงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนแก้ไขปัญหาลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ทันสมัย เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และประชาชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลทางด้านวิชาการให้นักวิจัยหรือนักวิชาการนำไปพัฒนาต่อยอด เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน นำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อและการติดเชื้อซ้ำซาก ลดอัตราป่วย และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง เขตสุขภาพที่ 7

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พื้นที่อัตราชุกต่ำ หมายถึง พื้นที่ที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับจากการใช้ชุดตรวจปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดเร็ว (OV-RDT) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30

2. พื้นที่อัตราสูง หมายถึง พื้นที่ที่มีความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับจากการใช้ชุดตรวจปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดเร็ว (OV-RDT) มากกว่าร้อยละ 30

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

2. ขอบเขตการศึกษา

2.1 ด้านประชากร ประชากรศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 7

2.1.1 เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
- มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะปกติ
- สามารถสื่อสารให้ข้อมูลและอ่านออกเขียนได้ หรือหากอาสาสมัครอ่านไม่ออกจะให้คนในพื้นที่อ่านให้ฟังแล้วให้อาสาสมัครตอบคำถาม
- มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2.2.2 เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria)

- กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเลือกได้มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ด้านสถานที่และเวลา พื้นที่ทำการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในระหว่างวันที่ 18 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 14 กันยายน 2565

3. การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดตัวอย่างสามารถคำนวณได้ตามสูตรของ W.G. Cochran, 1977⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2} \times deff$$

เมื่อ

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

P คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับดี (20%) ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 7 หรือเท่ากับ 0.2⁽¹¹⁾

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95 %)

D คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05

deff คือ ค่า design effect ในที่นี้กำหนด = $2^{(17)}$

$$\begin{aligned} n &= \frac{(0.2)(1-0.2)(1.96)^2}{(0.05)^2} \times 2 \\ &= \frac{(0.2)(0.8)(3.8416)}{0.0025} \times 2 \\ &= 492 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากการคำนวณตามสูตรขนาดตัวอย่างที่ได้สำหรับทำการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 492 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และคำนึงถึงความเป็นไปได้ของการทำการศึกษาให้ประสบความสำเร็จ คณะผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 และกำหนดสัดส่วนระหว่างพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูงเท่ากับ 1:1 จะได้ตัวอย่างในพื้นที่อัตราชุกต่ำ จำนวน 566 คน และตัวอย่างในพื้นที่อัตราชุกสูง จำนวน 566 คน ดังนั้นการศึกษานี้จะได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 1,132 คน

4. การสุ่มพื้นที่ทำการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบ Two-stage cluster sampling มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ขั้นตอนที่ 1 จัดทำทะเบียนข้อมูลการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการตรวจปัสสาวะ (OV-RDT) แยกรายตำบลในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด โดยแต่ละจังหวัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง

4.2 ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มตำบลที่จะใช้เป็นพื้นที่ทำการศึกษา ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากชนิดไม่แทนที่กลับคืนจังหวัดละ 6 ตำบล โดยกำหนดสัดส่วนของพื้นที่อัตราชุกต่ำและพื้นที่อัตราชุกสูงเท่ากับ 1:1 ดังนั้น จะได้ตำบลที่เป็นพื้นที่อัตราชุกต่ำจังหวัดละ 3 ตำบล และพื้นที่อัตราชุกสูงจังหวัดละ 3 ตำบล รวมเป็น 24 ตำบล

4.3 ขั้นตอนที่ 3 จัดทำบัญชีรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในตำบลที่สุ่มได้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างในตำบลใดไม่ครบ จะทำการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนในตำบลที่เข้าตามเกณฑ์ในพื้นที่ใกล้เคียงจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือของการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย ที่ได้จากทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประยุกต์คำถามบางส่วนจากงานวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน⁽¹⁵⁾ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบหลายตัวเลือกและเป็นคำถามปลายปิด ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6 องค์ประกอบ เป็นข้อมูลแบบ Interval scale คะแนนเต็ม 5 คะแนน ได้แก่ 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด แบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁽²⁴⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับต่ำ	หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่า	ร้อยละ 60
- ระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง	ร้อยละ 60 – 79.99
- ระดับสูง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

6. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

6.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

6.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ในด้านความรอบรู้ 5 องค์ประกอบ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคของแอลฟา (Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.91 และคำถามด้านความรู้ ความเข้าใจ มีค่า KR - 20 เท่ากับ 0.88

7. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ลงในโปรแกรม Microsoft Excel ส่งออกและนำเข้าข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10.1 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) จำนวน 2 ครั้ง โดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษา ได้แก่

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกตินำเสนอค่าแจกแจงตามความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกตินำเสนอค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูงด้วย สถิติไคสแควร์ (Chi-square) นำเสนอค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

8. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้อาสาสมัครเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์จะไม่มีการระบุข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถระบุถึงตัวตนผู้ให้ข้อมูล เพื่อไม่ให้ทราบว่าแบบสอบถามนี้เป็นของผู้ให้ข้อมูลคนใด การรักษาความลับของอาสาสมัคร และนำเสนอข้อมูลในลักษณะเป็นภาพรวม ครอบคลุมและให้ความสำคัญเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม โดยมีความรอบคอบและระมัดระวังสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ในทุกขั้นตอนที่ดำเนินการและเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง แบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายด้วยวิธีที่เหมาะสม ภายในระยะเวลา 1 ปี ทั้งนี้ อาสาสมัครมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูงมีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.80 และ 71.20 อายุเฉลี่ย 55.24 ปี (S.D.=9.49) และ 55.61 ปี (S.D.=10.43) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.21 และ 75.80 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.78 และ 57.07 อาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 74.20 และ 72.61 รายได้ครอบครัวต่อเดือน $\geq 5,000$ บาทขึ้นไป ร้อยละ 64.84 และ 65.55 มีประวัติเคยตรวจสุขภาพหรือปัสสาวะเพื่อค้นหาพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 78.62 และ 77.21 ตามลำดับ ผลตรวจไม่พบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 65.84 และ 54.69 พบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 31.01 และ 41.65 กลุ่มตัวอย่างทั้งในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูงที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษา ร้อยละ 94.48 และ 89.56 ตามลำดับ โดยส่วนมากได้รับยาจาก รพ.สต./รพช./รพท. ร้อยละ 96.12 และ 96.32 ไม่เคยซื้อยาถ่ายพยาธิชนิดอื่นรับประทานเอง ร้อยละ 80.04 และ 86.04 ไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 92.23 และ 88.16 และไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคมาเลเรียเรื้อรัง ร้อยละ 91.87 และ 90.11 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	พื้นที่อัตราชุกต่ำ	พื้นที่อัตราชุกสูง	รวมทั้งหมด
	(n = 566)	(n = 566)	(n = 1,132)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ			
ชาย	137 (24.20)	163 (28.80)	300 (26.50)
หญิง	429 (75.80)	403 (71.20)	832 (73.50)
2. อายุ			
ต่ำกว่า 56 ปี	276 (48.76)	265 (46.82)	541 (47.79)
≥ 56 ปีขึ้นไป	290 (51.24)	301 (53.18)	591 (52.21)
อายุเฉลี่ย (S.D.)	55.24 (± 9.49)	55.61 (± 10.43)	55.43 (± 9.97)
3. สถานภาพสมรส			
โสด	43 (7.60)	59 (10.42)	102 (9.01)
สมรสคู่	454 (80.21)	429 (75.80)	883 (78.00)
หม้าย/หย่าร้าง	69 (12.19)	78 (13.78)	147 (12.99)
4. ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	344 (60.78)	323 (57.07)	667 (58.92)
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ปวส.	205 (36.22)	214 (37.81)	419 (37.01)
ปริญญาตรีขึ้นไป	17 (3.00)	29 (5.12)	46 (4.06)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	พื้นที่อัตราชุกต่ำ	พื้นที่อัตราชุกสูง	รวมทั้งหมด
	(n = 566)	(n = 566)	(n = 1,132)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. อาชีพหลัก			
เกษตรกรกรรม	420 (74.20)	411 (72.61)	831 (73.41)
รับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	84 (14.84)	78 (13.78)	162 (14.31)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	13 (2.30)	21 (3.71)	34 (3.00)
นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน	49 (8.66)	56 (9.89)	105 (9.28)
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน			
ต่ำกว่า 5,000 บาท	199 (35.16)	195 (34.45)	394 (34.81)
≥ 5,000 บาทขึ้นไป	367 (64.84)	371 (65.55)	738 (65.19)
ค่ามัธยฐาน (Q3 : Q1)	5,000 (10,000 : 3,000)	6,000 (10,000 : 3,000)	5,000 (10,000 : 3,000)
7. ประวัติการตรวจอุจจาระหรือปัสสาวะเพื่อค้นหาพยาธิใบไม้ตับ			
เคยตรวจ	445 (78.62)	437 (77.21)	882 (77.92)
ไม่เคยตรวจ (ข้ามไปตอบข้อ 11)	112 (19.79)	125 (22.08)	237 (20.94)
ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้ (ข้ามไปตอบข้อ 11)	4 (0.7)	4 (0.71)	13 (1.1)
8. ผลการตรวจอุจจาระหรือปัสสาวะ			
พบพยาธิใบไม้ตับ	138 (31.01)	182 (41.65)	320 (36.28)
ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ	293 (65.84)	239 (54.69)	532 (60.32)
ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้	15 (3.30)	16 (3.66)	31 (3.51)
9. ประวัติการเข้ารับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ			
ได้รับการรักษา	129 (94.48)	163 (89.56)	292 (91.25)
ไม่ได้รับการรักษา	9 (6.52)	11 (6.04)	20 (6.25)
ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้	0	8 (4.40)	8 (2.50)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	พื้นที่อัตราชุกต่ำ	พื้นที่อัตราชุกสูง	รวมทั้งหมด
	(n = 566)	(n = 566)	(n = 1,132)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10. สถานที่ที่รับยาพยาธิใบไม้ตับ			
รพ.สต./รพช./รพท.	124 (96.12)	157 (96.32)	281 (96.23)
ซื้อจากร้านขายยา	5 (3.88)	6 (3.68)	11 (3.77)
11. ประวัติการซื้อยาถ่ายพยาธิชนิดอื่นรับประทานเอง			
เคยซื้อรับประทานเอง	113 (19.96)	79 (13.96)	192 (16.96)
ไม่เคยซื้อรับประทานเอง	453 (80.04)	487 (86.04)	940 (83.04)
12. ประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ			
ไม่มี	522 (92.23)	499 (88.16)	1,021 (90.19)
มี	44 (7.77)	67 (11.84)	111 (9.81)
13. ประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี			
ไม่มี	520 (91.87)	510 (90.11)	1,030 (90.99)
มี	46 (8.13)	56 (9.89)	102 (9.01)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.83 และ 62.01 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแยกรายองค์ประกอบพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.02 และ 76.15 ด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.94 และ 48.76 ด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.34 และ 49.82 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.24 และ 55.48 ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.24 และ 54.06 และด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.71 และ 55.30 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

เมื่อศึกษาในรายประเด็นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพพบว่า พื้นที่อัตราชุกต่ำพบว่าเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และ อสม. บ่อยครั้งหรือทุกครั้ง ถึงร้อยละ 44.3 และ 46.6 ตามลำดับ ขณะที่การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพพื้นที่อัตราชุกสูง พบว่าเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทาง บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และ อสม. บ่อยครั้งหรือทุกครั้ง ร้อยละ 35.5 และ 38.0 ตามลำดับ ด้านการศึกษารายประเด็นด้านทักษะการสื่อสาร พบว่า พื้นที่อัตราชุกต่ำทักษะด้านการอ่านหรือเขียนเกี่ยวกับข้อมูลด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ (ไม่ได้ปฏิบัติ หรือนานครั้ง) ถึงร้อยละ 40.9 ขณะที่พื้นที่อัตราชุกสูงมีทักษะประเด็น (ไม่ได้ปฏิบัติ หรือนานครั้ง) นี้ร้อยละ 50.35 กรณีการศึกษารายประเด็นด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ เมื่อศึกษารายประเด็น พบว่าพื้นที่อัตราชุกต่ำ

ประเด็นเมื่อได้รับฟังข้อมูลจากสื่อแล้วไม่มีการค้นหาข้อมูลจากแหล่งอื่น (ไม่ได้ปฏิบัติ หรือนานครั้ง) ถึงร้อยละ 51.76 ขณะที่พื้นที่อัตราสูงมีทักษะประเด็นนี้ร้อยละ 54.06 ด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง แต่มีรายประเด็นที่พื้นที่อัตราสูงต่ำ/สูง ตอบไม่ถูกต้องคือ ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระหรือปัสสาวะ เพื่อหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก่อนกินยาฆ่าพยาธิ การทำปลาร้าให้ปลอดภัยและไม่มีการพยาธิใบไม้ตับต้องหมักไว้ อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียนต้องเลือกปลาที่สด ๆ จะทำให้ปลอดภัยจาก โรคพยาธิใบไม้ตับ (ตอบผิดร้อยละ 76.61/75.97 ร้อยละ 56.54 /60.25 และร้อยละ 55.65/65.72 ตามลำดับ) (ไม่ได้แสดงข้อมูลในตาราง)

3. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างพื้นที่อัตราสูงต่ำ และอัตราสูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่าง พื้นที่อัตราสูงต่ำและอัตราสูงภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) เมื่อพิจารณา แยกรายองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่ 1 – 3 ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการสื่อสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007 < 0.001$ และ 0.007 ตามลำดับ) ส่วนองค์ประกอบที่ 4 – 6 ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ ด้านทักษะการตัดสินใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.322$ 0.178 และ 0.830 ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเปรียบเทียบระหว่าง พื้นที่อัตราสูงต่ำและอัตราสูง

ความรู้ด้านสุขภาพ	พื้นที่อัตราสูงต่ำ (n = 566)	พื้นที่อัตราสูง (n = 566)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ ภาพรวม			0.007
ระดับสูง	54 (9.54)	45 (7.95)	
ระดับปานกลาง	213 (37.63)	170 (30.04)	
ระดับต่ำ	299 (52.83)	351 (62.01)	
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ			0.001
ระดับสูง	41 (7.24)	45 (7.95)	
ระดับปานกลาง	140 (24.73)	90 (15.90)	
ระดับต่ำ	385 (68.02)	431 (76.15)	
ด้านความรู้ ความเข้าใจ			<0.001
ระดับสูง	294 (51.94)	276 (48.76)	
ระดับปานกลาง	212 (37.46)	177 (31.27)	

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พื้นที่อัตราชุกต่ำ (n = 566)	พื้นที่อัตราชุกสูง (n = 566)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับต่ำ	60 (10.60)	113 (19.96)	0.007
ด้านทักษะการสื่อสาร			
ระดับสูง	190 (33.57)	148 (26.15)	
ระดับปานกลาง	142 (25.09)	136 (24.03)	
ระดับต่ำ	234 (41.34)	282 (49.82)	0.322
ด้านการจัดการตนเอง			
ระดับสูง	324 (57.24)	314 (55.48)	
ระดับปานกลาง	177 (31.27)	170 (30.04)	
ระดับต่ำ	65 (11.48)	82 (14.49)	0.178
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ			
ระดับสูง	187 (33.04)	159 (28.09)	
ระดับปานกลาง	89 (15.72)	101 (17.84)	
ระดับต่ำ	290 (51.24)	306 (54.06)	0.830
ด้านทักษะการตัดสินใจ			
ระดับสูง	321 (56.71)	313 (55.30)	
ระดับปานกลาง	114 (20.14)	122 (21.55)	
ระดับต่ำ	131 (23.14)	131 (23.14)	

อภิปรายผลการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำหรือมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องมาจากรายด้านโดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อของทั้งสองกลุ่ม ยังอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ความรอบรู้ในภาพรวมของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์รายประเด็นพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่ทั้งสองกลุ่มเข้าถึงได้มากที่สุด คือ บุคลากรและ อสม. ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชน ขณะเดียวกันการเข้าถึงสื่อด้านอินเทอร์เน็ต เอกสาร แผ่นพับ หรือแม้แต่เสียงตามสาย วิทยุ ยังน้อยเมื่อเทียบกับส่วนแรก เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในทั้ง 2 พื้นที่ มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา และส่วนใหญ่มีอายุ ≥ 56 ปีขึ้นไป จึงอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการอ่านเขียน และการเข้าถึงสื่อช่องทางอื่น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรด้านสาธารณสุข อสม. ที่อยู่ใกล้ชิดและ

คุ้นเคยมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับทักษะการสื่อสาร ด้านการอ่านเขียนที่อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ทั้งในพื้นที่ที่มีอัตราชุกต่ำและพื้นที่อัตราชุกสูง และด้านการรู้เท่าทันสื่อก็ยังพบว่าเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารแล้ว ทั้งสองพื้นที่ก็ไม่ได้มีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการตัดสินใจ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากทักษะด้านการอ่านเขียน และการไม่ได้รับฟังจากหลายช่องทางโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน เพื่อให้มีการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับยังไม่ดีพอ จึงส่งผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้แจ้งต่ำ และการศึกษาของประไพพรพิศ สิงหเสม และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร กุญแจทอง และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และการศึกษาของธนากร วรรณพร และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ได้รับการส่งเสริมความรู้และการเข้าถึงเทคโนโลยีที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 2 พื้นที่ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการสื่อสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007 < 0.001$ และ 0.007) จึงส่งผลทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนิริธน์ บุญตานนท์ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา พบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธนกร จันทาศิมบง และคณะ⁽²¹⁾ ที่ศึกษาการประยุกต์โปรแกรมการเรียนรู้โดยชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 – 65 ปี พบว่าก่อนทดลองคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.83$) และการศึกษาของเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และคณะ⁽²²⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.493$) และการศึกษาของอรทัย พรหมแก้ว และคณะ⁽²³⁾

ที่ศึกษาความรู้ความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชากร พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระหว่างประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และประชากรที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.508$)

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานในระดับกำหนดนโยบาย ควรมีนโยบายส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมในประชาชนแต่ละกลุ่มวัย โดยเน้นประเด็นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เน้นการเข้าถึงข้อมูลหลายช่องทางเช่น วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลของประชาชนทั้งสองกลุ่ม ผ่านบุคลากร สาธารณสุข และ อสม. ควรจะมีการเพิ่มทักษะการถ่ายทอดองค์ความรู้และวิชาการใหม่ ๆ และการเข้าถึงประชาชนให้กับบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. กลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเพิ่มทักษะการสื่อสารโดยเฉพาะทักษะด้านการอ่านหรือเขียนที่ยังมีต่ำอยู่ หรืออาจจะเพิ่มทักษะการสื่อสารด้านอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ประชาชนสองกลุ่มเข้าใจได้มากขึ้น เช่น ผ่านเรื่องเล่าและการพูดคุย และการรู้เท่าทันสื่อโดยเฉพาะการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ไม่พึ่งข้อมูลจากแหล่งเดียว การไม่ตัดสินใจเชื่อข่าวลือหรือข่าวลวงโดยไม่หาหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างถูกต้อง

3. หน่วยงานเกี่ยวข้อง ควรสร้างความรอบรู้เน้นประเด็นที่ยังเข้าใจผิด เช่น ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระหรือปัสสาวะเพื่อหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก่อนกินยาฆ่าพยาธิ การทำปลาร้าให้ปลอดภัยและไม่มีพยาธิใบไม้ตับต้องหมักไว้อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียนต้องเลือกปลาที่สด ๆ จะทำให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

4. นักวิชาการหรือนักวิจัย นำผลการวิจัยไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาต่อยอดการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น การพัฒนากระบวนการ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อ ในประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราสูงแตกต่างกันการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยมะเร็่งท่อน้ำดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับดำเนินการศึกษา ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และ ดร.บุญทวนกร พรหมภักดี ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่สำหรับทำการศึกษา คอยสนับสนุนช่วยเหลือติดต่อประสานงานในพื้นที่ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. สถิติและอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://cca.in.th/wpth/key-statistics/>
2. ประเสริฐ ประสมรักษ์. เปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันในประชากรกลุ่มเสี่ยงพื้นที่รอบแหล่งน้ำชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562; 34(6): 628 – 34.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559–2568. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึกฯ ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
4. มหาวิทยาลัยขอนแก่นและภาคีเครือข่าย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568. พิมพ์ครั้งที่ 2. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2559.
5. บวรพิพัฒน์ กระแสเสน ,จุฬารักษ์ โสตะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามาน อำเภอนามน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 12(2): 91 – 103.
6. เตชา วรสาร. การดำเนินป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563; 5(3): 99 – 104.
7. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี พ.ศ. 2564 กองโรคติดต่อทั่วไป (Annual Report 2021). นนทบุรี : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานโครงการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; [ม.ป.ป.].
9. กรัณธรัตน์ บุญช่วยธนสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสริน ศุกลปักษ์, นารีรัมย์ รัตนสัมฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
10. อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทรมหา, เกษร แฉวโนนจิว. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2566. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2558; 22(1): 89 – 97.

11. รัชนิกร กุญแจทอง, สุมาลี จันทลักษณ์ , ศุจินท์ ตรีเดช, สมจิตร พันธุ์โพธิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. วารสารควบคุมโรค. 2564; 47(2): 191 - 202.
12. เกษตร ปะที. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนองพยาธิของประชาชน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พ.ศ. 2559. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2560; 12(4): 36-42.
13. ถาวร ทุมสะกะ, สุชาดา ภัยหลีกถี้. ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3(4): 481 - 94.
14. สุกัญญา โพธิ์พันธ์, สุนิภา อินเอยม, ธนยพร ชมชนะกุล, ประเสริฐ ประสมรักษ์. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระหว่างชุมชนเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข. 2564; 4(1): 119 - 129.
15. รัชนิกร กุญแจทอง, สุมาลี จันทลักษณ์, คณยศ ชัยอาจ. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2563; 27(1): 73 - 85.
16. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์ นิลไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
17. Kevin M. Sullivan. Sample Size for a Proportion [Internet]. 2003 [Cited 2023 September 20]. Available from: <https://www.openepi.com/PDFDocs/SSProporDoc.pdf>
18. ประไพพิศ สิงห์เสม, พอเพ็ญ ไกรนารา, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครหาดใหญ่. 2562; 11(1): 31-57.
19. ธนากร วรัมพร, ยุวดี สารพันธ์, สุนิศา แสงจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านชัยถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(2): 16-30.
20. นิธิรัตน์ บุญตานนท์, ศินาท แชนอก, นาริรัตน์ สุรพัฒน์ชาติ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2562; 13(30): 1-14.
21. ธนากร จันทาคิมบง . การประยุกต์โปรแกรมการเรียนรู้โดยชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงอายุ 15-65 ปี อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555

22. เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565; 32(1): 86-101.
23. อรทัย พรหมแก้ว, มาลัยพร ล้วนศรี, รุ่งศิริรัตน์ ครองยุติ, วรางคณา ใจสู้ศึก. การศึกษาความรู้ความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชากรในเขตหมู่บ้านคำนางรวยใต้หมู่ 7 ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2565; 28(1): 5-15.
24. ศักดิ์ชัย กามโร, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2559; 22(2): 5-18.