

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Affecting Behavior to Prevent Liver Fluke Disease of Village health volunteers

That Sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province

สิริสุดา วงษ์ใหญ่ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Sirisuda Wongyai M.P.H. (Master of Public Health)

แก้วใจ มาลีลัย วท.ม. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)

Kaewjai Maleelai M.Sc. (Tropical Medicine)

นภาพร ห่วงสุขสกุล ส.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)

Napaporn Hongsuksakul M.P.H. (Health Promotion)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Sirindhorn College of Public Health

Ubon Ratchathani

Received: August 29, 2024

Revised: February 11, 2025

Accepted: March 12, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 – 15 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ไม่มีโรคประจำตัว ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา อาชีพหลักคือ เกษตรกร มีรายได้เฉลี่ย 5,676.19 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.42 ปี เข้ามาเป็น อสม. โดยได้รับการคัดเลือก มีประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิทุกปี มีประวัติการรับประทานอาหารดิบ ไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่เคยมีประวัติป่วยและไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคของกลุ่ม อสม. พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถอธิบายความผันแปร ได้ร้อยละ 48.5 ($R^2 = 0.485$) และประวัติการรับประทานอาหารดิบ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร ได้ร้อยละ 61.4 ($R^2 = 0.614$, $R^2_{adj} = 0.605$, $P < 0.001$) ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาการสร้างนวัตกรรมรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน เน้นไปที่การกระตุ้นการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยเน้นการสื่อสารการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วย แต่ยังเพิ่มคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวในระยะยาว รวมไปถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์ การมีสื่อสุขภาพที่แสดงผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ นำเสนอข้อมูลของบุคคลต้นแบบที่สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง แนะนำเลี้ยงการบริโภคอาหารดิบและปฏิบัติตามสุขอนามัยที่ดี จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนปฏิบัติตามแนวทางป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินกิจกรรมและเป็นตัวแทนในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบความรุนแรงของโรค เพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ปัจจัยทำนาย

Abstract

The cross-sectional research aimed to study the factors of health belief patterns predicting liver fluke disease prevention behavior among village health volunteers in Ubon Ratchathani province. The sample was 84 village health volunteers (VHVs) in That subdistrict, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. The sample was selected by simple random sampling. Data was collected using a questionnaire developed by the researcher from July 20, 2023 to September 15, 2023. Data were analyzed using descriptive statistics using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were used to find predictive factors using stepwise multiple regression analysis. The results found that most VHVs were female, had no underlying diseases, had a maximum education of primary school, and were the main occupation of agriculture. They had an average income of 5,676.19 baht per month. They had been VHVs for an average of 13.42 years. They were selected to become VHVs by undergoing annual stool examinations for parasite eggs. Most participants reported a history of consuming raw food, had never received training on liver fluke prevention, had no history of illness and had no family members who had been infected with liver fluke disease. The perception of health belief patterns towards diseases of the village health volunteers found that the perception of the risk of disease was at a moderate level, the perception of the severity of the disease was at a high level, the perception of the benefits of disease prevention was at a high level, the perception of the barriers to disease prevention was at a low level, and the behavior of liver fluke disease prevention was at a moderate level.

Factors affecting the behavior of liver fluke disease prevention of village health volunteers with statistical significance at the 0.05 level were 2 variables: the perception of the benefits of liver fluke disease prevention could explain the variance by 48.5 percent ($R^2 = 0.485$), and the

history of eating raw food could jointly explain the variance by 61.4 percent ($R^2 = 0.614$, $R^2_{adj} = 0.605$, $P < 0.001$). Therefore, there should be the development of innovations to create models for promoting liver fluke disease prevention behaviors among village health volunteers (VHVs), focusing on raising awareness of the benefits of prevention. Communication on liver fluke disease prevention should not only help reduce the risk of illness but also enhance the quality of life for themselves and their families in the long term. This includes organizing campaigns, providing health media showing effective health outcomes from prevention, and presenting information about role models who can maintain proper health care. Encouraging people to avoid consuming raw food and practicing good hygiene will motivate the public to strictly follow disease prevention guidelines. VHVs are a key force in carrying out activities and acting as representatives in communicating and publicizing the severity of the disease to the public, fostering awareness of sustainable disease prevention.

Keywords: Liver fluke prevention behavior, village health volunteers, predictive factors

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการติดเชื้อเรื้อรังหรือติดเชื้อซ้ำบ่อยครั้ง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)⁽¹⁾ ในประเทศไทย โรคนี้พบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 พบผู้ป่วยมากกว่า 6 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ⁽¹⁾ โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า *Opisthorchis viverrini* ถูกจัดเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพชนิดที่ 1 และในช่วงปี พ.ศ. 2555–2564 โรคมะเร็งท่อน้ำดีมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมด โดยปี พ.ศ. 2561–2565 มีอัตราการตายเท่ากับ 24.30, 24.80, 24.70, 24.00 และ 23.20 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงานอายุ 40 - 60 ปี และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาประมาณ 1,960 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการตายสูงที่สุด โดยมีผู้ติดเชื้อประมาณ 8 - 10 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่จากมะเร็งท่อน้ำดีปีละประมาณ 14,000 - 20,000 ราย (ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2567) มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับจำนวน 117,246 ราย คิดเป็น 117.25% ของเป้าหมาย และคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 10,632 ราย⁽³⁾ สำหรับจังหวัดอุดรธานี ข้อมูลย้อนหลัง พ.ศ. 2560-2564 พบว่าอัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบทุกปี เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24.83 - 27.05 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ ขณะที่อำเภอวารินชำราบพบอัตราตาย 17.19 - 19.65 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งแม้จะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด แต่อัตราการเสียชีวิตลดลงยังไม่ถึงเป้าหมายของประเทศที่ตั้งไว้ให้ลดลง 2 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2578

หนึ่งในแนวทางสำคัญในการควบคุมโรค คือการเสริมสร้างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นเครือข่ายจิตอาสาที่มีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้และรณรงค์การป้องกันโรคในชุมชน โดยมีการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดีในระดับมาก (62.30%) และมีบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคในระดับมาก (60.50%) โดยเฉพาะด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (71.60%)⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม บทบาทด้านการป้องกันและควบคุมโรคยังอยู่ในระดับปานกลาง (62.30%) ซึ่งการเสริมศักยภาพ อสม. ให้มีบทบาทมากขึ้น ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมการกินปลาดิบ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อ⁽⁶⁾ จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker เชื่อว่า การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล⁽⁷⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุดรธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

ข้อมูลส่วนบุคคล
- เพศ
- อายุ
- รายได้
- ระยะเวลาการเป็น อสม.
- ระดับการศึกษาสูงสุด
- อาชีพหลัก
- วิธีการเข้ามาเป็น อสม.
- ประวัติการมีโรคประจำตัว
- ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ
- ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ประวัติการรับประทานอาหารดิบ
- ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ประวัติการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตัวแปรตาม (Dependent variable)

พฤติกรรมในการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

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

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติงานใน ตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2566 จำนวน 136 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติงานใน ตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีที่ทราบจำนวน ประชากรที่แน่นอนของอรุณ จิรวัดนกุล และคณะ⁽⁸⁾ โดยใช้สูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2\sigma^2}{[(d^2)(N-1)] + [Z_{\alpha/2}^2\sigma^2]}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (136 คน)

$Z_{\alpha/2}$ = สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด (1.96)

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยอ้างอิงงานวิจัยของ อิศศักดิ์ พรหมพันธุ์⁽⁹⁾

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (0.05)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 75 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง โดยการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้

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

เมื่อ n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม (ร้อยละ 10 คือ 0.1)

ได้ขนาดตัวอย่างเป็น 84 คน

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่อ อสม. โดยไม่ใส่คืน จนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 84 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

2) ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

อาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มาในระหว่างการศึกษาเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 3 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก วิธีการเข้ามาเป็น อสม. ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพ ไข้หวัดใหญ่ ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการรับประทานอาหารดิบ ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วย เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 11 ข้อ โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัด ของลิเคิร์ท (Likert Scale) เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 14 ข้อ โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale) เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ โดยใช้เทคนิคสร้างตาม มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตร วัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับดี

คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับควรปรับปรุง

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิด โดยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) พบว่า IOC ในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา สามารถนำไปใช้ได้ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งสิทธิของอาสาสมัครวิจัย
3. ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้อาสาสมัครตัดสินใจก่อนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย
5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลวิจัย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก วิธีการเข้ามาเป็น อสม. ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจอุจจาระหาพยาธิ ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการรับประทานอาหารดิบ ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการทำนายการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Multiple linear regression แบบ Stepwise

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี SCPHUB 1004/2566 อาสาสมัครโครงการวิจัยนี้ สามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.60 อายุเฉลี่ย 56.51 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,676.19 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.42 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.10 ประกอบอาชีพหลักคือ เกษตรกร ร้อยละ 71.40 เข้ามาเป็น อสม. โดยได้รับการคัดเลือก ร้อยละ 67.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลทุกปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.10 มีประวัติการรับประทานอาหารดิบ ร้อยละ 59.50 ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 96.40 และไม่เคยฝึกอบรม เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคล (n = 84)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	18	21.40
หญิง	66	78.60
2. อายุ (ปี)		
31-40	1	1.20
41-50	19	22.60
51-60	40	47.60
≥ 61	24	28.60
Mean = 56.51 ปี (S.D. = 8.09), Median = 56 ปี, (Min = 38 ปี, Max = 74 ปี)		
3. รายได้ (บาท/เดือน)		
≤ 5,000	54	64.30
5,001-10,000	28	33.30
> 10,000	2	2.40
Mean = 5,676.19 บาท, (S.D. = 6,987.37), Median = 4,000 บาท, Min = 600 บาท, Max = 50,000 บาท		
4. ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
1-5	15	17.90
6-10	22	26.20
11-15	17	20.20
16-20	20	23.80
≥ 21	10	11.90
Mean = 13.42 ปี (S.D. = 8.12), Median = 12.50 ปี, (Min = 1 ปี, Max = 40 ปี)		

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

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	32	38.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	26.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25	29.80
ปวช/ ปวส หรือเทียบเท่า	4	4.80
ปริญญาตรี	1	1.20
6. อาชีพหลัก		
เกษตรกร	60	71.40
ค้าขาย	1	1.20
รับจ้างทั่วไป	14	16.70
อื่น ๆ	9	10.70
7. วิธีการเข้ามาเป็น อสม.		
ได้รับการคัดเลือก	57	67.90
สมัครเข้ามาเอง	25	29.80
อื่น ๆ	2	2.40
8. ประวัติการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	63	75.00
มี	21	25.00
9. ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจทุกปี	56	66.70
ไม่เคยตรวจ	8	9.50
นานๆ ถึงจะตรวจ	20	23.80
10. ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่		
ไม่เคย	74	88.10
เคย	10	11.90
11. ประวัติการรับประทานอาหารดิบ		
ไม่รับประทาน	34	40.50
รับประทาน	50	59.50
12. ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	81	96.40
เคย	3	3.60

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

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
13. ท่านเคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่		
ไม่เคย	34	40.50
เคย	50	59.50

ในส่วนภาพรวม การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับสูง ร้อยละ 56.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ระดับสูง ร้อยละ 81.00 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ระดับต่ำ ร้อยละ 47.60 และในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.30 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 47.60 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 13.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 84)

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง	8	9.50
ปานกลาง	76	90.50
ต่ำ	0	0.00
Mean = 2.10, S.D = 0.29		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง	47	56.00
ปานกลาง	37	44.00
ต่ำ	0	0.00
Mean = 2.56, S.D = 0.50		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง	68	81.00
ปานกลาง	15	17.90
ต่ำ	1	1.20
Mean = 2.80, S.D = 0.43		

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 84) (ต่อ)

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง	40	13.10
ปานกลาง	33	39.30
ต่ำ	11	47.60
Mean = 1.65, S.D = 0.63		
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ดี	24	47.60
ปานกลาง	49	58.30
ควรปรับปรุง	11	13.10
Mean = 2.15, S.D = 0.63		

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่า $P\text{-value} \leq 0.25$ เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ จำนวน 17 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก วิธีการเข้ามาเป็น อสม. ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจจักษุจักษุหาพยาธิ ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการรับประทานอาหารดิบ ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบปัจจัยทำนายจำนวน 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 48.50 ($R^2 = 0.485$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ประวัติการรับประทานอาหารดิบ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 61.40 ($R^2 = 0.614$, $R^2_{\text{adj}} = 0.605$, $P < 0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี (n = 84)

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์		R ²	R ² change	t	95%CI	P-value
	สหสัมพันธ์พหุคูณ						
	b	β					
การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ (X ₁₆)	0.62	0.69	0.48	0.48	8.7	0.486 ถึง 0.764	<0.001*
ประวัติการรับประทาน อาหารดิบ (X ₁₁)	0.50	0.56	0.61	0.12	7.64	-12.006 ถึง -5.416	<0.001*
a = 46.42	R = 0.78	R ² = 0.61	SE _{est} = 7.06	F = 27.02	P < 0.001		

*Significant, P-value ≤ 0.05

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = a + b_{16}X_{16} + b_{11}X_{11} \text{ (โดยใช้ค่า } b \text{ จากตารางที่ 3)}$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี

a = ค่าคงที่

b₁₆ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการคาดหวังในผลลัพธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

X₁₆ = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

b₁₁ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการคาดหวังในผลลัพธ์ของประวัติการรับประทานอาหารดิบ

X₁₁ = ประวัติการรับประทานอาหารดิบ

แทนค่าสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = 46.42 + 0.62X_{16} + 0.50X_{11}$$

ดังนั้น

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ = 46.42 + 0.62 (การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ) + 0.50 (ประวัติการรับประทานอาหารดิบ)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังต่อไปนี้

$$Z = \beta_{16}Z_{16} + \beta_{11}Z_{11} \text{ (โดยใช้ค่า } \beta \text{ จากตาราง 2)}$$

$$Z = 0.69Z_{16} + 0.56Z_{11}$$

$$Z_{\text{พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ}} = 0.69 (Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ}}) + 0.56 (Z_{\text{ประวัติการรับประทานอาหารดิบ}})$$

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากสมการ แสดงว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.62 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระคงที่คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จะเพิ่มขึ้น 0.62 หน่วย ประวัติการรับประทานอาหารดิบ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถดถอย เท่ากับ 0.50 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระคงที่คะแนนประวัติการรับประทานอาหารดิบ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเพิ่มขึ้น 0.50 หน่วย

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด อุบลราชธานี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการรับประทานอาหารดิบ สามารถอภิปราย ได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี อธิบายได้ว่า บุคคลเมื่อรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงของ การเกิดโรคและความรุนแรงของการเกิดโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ ความเชื่อของบุคคล ว่าสิ่งที่บุคคลจะปฏิบัตินั้นสามารถลดการคุกคามของโรคหรือมีประโยชน์ต่อสุขภาพของบุคคลได้จริง⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพจน์ มุลยะเทพ และคณะ⁽¹¹⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกและระดับ ความสัมพันธ์ต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R = 0.100, 0.154, 0.111, 0.107$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พบว่าความเชื่อด้าน สุขภาพภาพรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง ที่มีความเชื่อ บางอย่างที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ เช่น ความเชื่อว่าน้ำมะนาวสามารถ ฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้ การรับประทานปลาปิ้งสุก ๆ ดิบ ๆ นานครั้งไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การตรวจไม่พบ ไข่พยาธิ ไม่จำเป็นต้องเลิกรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือแม้กระทั่งการป้องกันโรคนี้ที่ดีที่สุดคือการกินยาฆ่าพยาธิ ซึ่งถ้าความเชื่อเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไข การเข้าใจผิดแบบนี้ยิ่งจะทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มากขึ้น เนื่องจากจะทำให้บุคคลนั้นไม่เข้ารับการตรวจหาเชื้อเพราะคิดว่า กินนาน ๆ ครั้งไม่เป็นโรค แต่ในความเป็นจริง ปลาดิบเพียงชิ้นเดียวอาจมีพยาธิได้⁽¹¹⁾

ประวัติการรับประทานอาหารดิบ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับการศึกษา ของขจรศักดิ์ พันธุ์ชัย และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคปลาดิบของประชาชนตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลต่อการบริโภคปลาดิบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) ($OR = 5.09$, $95\%CI = 1.13 - 2.28$)⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัฒน์ ในทอง และอารี บุตรสอน ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน อำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การตัดสินใจรับประทานปลาดิบ เป็นสาเหตุโดยตรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งการติดเชื้อดังกล่าว ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อมองเห็นอย่างชัดเจนในระยะเวลานาน และมองว่าการรับประทานปลาดิบอาจไม่เป็นอันตรายอะไร และยังให้รสชาติที่ดี⁽¹⁴⁾

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้วิจัยไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องของความรู้ ทัศนคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีขนาดเล็ก อาจส่งผลต่อสถิติในการใช้ปัจจัยทำนายไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมให้ อสม. มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ทั้งนี้ อาจจะเชื่อมโยงไปถึงปัจจัยด้านการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรค หากไม่มีการป้องกันที่ดี ในส่วนที่ยังพบว่า อสม. มีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีอยู่ในระดับต่ำ ควรมีการประชาสัมพันธ์สื่อสารผ่านทุกช่องทาง เพื่อให้ อสม. รวมทั้งประชาชน มีการรับรู้แนวทางการป้องกันที่ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ลดพฤติกรรมการกินปลาดิบ และลดการเกิดการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2. การส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของการบริโภคปลาดิบ ในกลุ่ม อสม. ให้เกิดความความตระหนักและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ เช่น วิธีการปรุงอาหารให้สุก ก่อนรับประทาน พร้อมทั้งให้มีการประกวด อสม. ต้นแบบ เป็นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ได้รับทราบผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. สามารถใช้เป็นข้อมูลในการสร้างนวัตกรรมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่บริโภคปลาดิบ โดยการสร้าง อสม. ต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในลักษณะใกล้เคียง รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขยายผลในประชาชนกลุ่มอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อการได้ข้อมูลเชิงลึก ที่รู้ถึงรากแท้ของปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับจากชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง อสม. และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้นำไปศึกษาค้นคว้า เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการองค์ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปี 2564 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี พ.ศ. (2561-2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dsp>
2. Health Information System Development Office (HISO). สถิติสุขภาพประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/topic/index.php?t=02&m=01>
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายจากมะเร็งตับ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=786>
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สช.ร่วมงานมหกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/4840>
5. อมราภรณ์ พุทธิ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหมูนัน อำเภอมือเือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2562;4(1):51-9.
6. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2018/4/2219_5986.pdf
7. จุฬารักษ์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
8. อรุณ จิรวัดนกุล และคณะ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
9. อีรศักดิ์ พรหมพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของชาวบ้านในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://odpc9.ddc.moph.go.th/Research/Teerasak4-2558.pdf>
10. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2:328-35.
11. สุรพจน์ มุลยะเทพ, วิไลลักษณ์ บุญยัษฐี, ดอกแก้ว ตามเดช. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pyo.moph.go.th/research_phayao/download.php?id=36
12. กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดหนองบัวลำภู. [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
13. ขจรศักดิ์ พันธุ์ชัย และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคปลาดีของประชาชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565;11(1):6-15.
14. สุพัฒน์ ในทอง และอารี บุตรสอน. ปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน อำเภอยุซัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):75-87.