

รายงานผลการวิจัย

เรื่อง

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Health Literacy for the Opisthorchiasis Prevention
behavior among population In the 7 Region Health Center

คณะผู้วิจัย

นางสาวรัชนีกร กุญแจทอง

นายสมจิตร พันธุ์โพธิ์

นางศุจินันท์ ตรีเดช

นางสาวสุมาลี จันทลักษณ์

นายคณยศ ชัยอาจ

ที่ปรึกษา

ดร.บุญทนาการ พรหมภักดี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ปีงบประมาณ 2563

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ดร.บุญทนากร พรหมภักดี หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรีกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณ ดร.เกษร แถวโนนจิว ดร.พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์และคุณกนกพร พิณจิลิก ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต.สามัคคี อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ รพ.สต.พระบุ และรพ.สต.ขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น รพ.สต.บ้านโคกไร่ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคามและรพ.สต.บ้านแขวงแหลม อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เป็นพื้นที่เฝ้าระวังความสะอาดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณชาวบ้านทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับการศึกษาและสังเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ

ท้ายที่สุดคุณประโยชน์ใดที่ได้จากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และขอขอบพระคุณผู้เป็นเจ้าของแนวคิด และทฤษฎีต่างๆของวิทยานิพนธ์ งานวิจัย วารสารและบทความ ที่ผู้วิจัยนำมาอ้างอิงในการทำวิจัยฉบับนี้ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

รัชนิกร กุญแจทอง

2563

รัชนิกร กุญแจทอง และคณะ (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บ
ของประชนในพื้นทีรับผิตชอบของสำนักงำนกำบังคควมโรคนที 7 จ้งหวัดขอนแก่น

ทีปริกษา ดร.บุญทนากร พรหมกัถี

บทคัดย่อ

การวิจัย ครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะระยะที่ 1 ดำเนินการในปี 2562 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง พฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของประชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จ้งหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดย 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและโรคนพยธิไปไม้ต้บ 2) สร้าง(ร่าง)แบบวัดความรอบรู้ 3) ตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาโดยนำ(ร่าง)แบบวัดความรอบรู้ที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ 4) เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 5) พัฒนา แบบวัดความรอบรู้ จำนวน 2 ครั้ง ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน ครั้งที่ 1 ตรวจสอบค่า อำนาจจำแนก ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง การตรวจสอบความเที่ยงและ ครั้งที่ 2 วิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันและคำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรอบรู้ ระยะที่ 2 พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของประชน ระยะที่ 2 ดำเนินการในปี 2563 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของประชน 2) วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของประชน และ3) วิเคราะห์องค์ประกอบความ รอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของประชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิตชอบ จำนวน 510 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม– เมษายน พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของ ประชนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการเพียร์สันและสเปียร์แมน เพื่อ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของประชน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) กับพฤติกรรมกำบังโรคนพยธิไปไม้ต้บของประชน

ผลการศึกษา ระยะเวลาที่ 1 ได้แบบสอบถามจำนวน 45 ข้อ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้ออยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ = 0.89 ค่าความเชื่อมั่น มีค่า = 0.88 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าสถิติทดสอบ Chi-Square = 15.09 df = 8 p-value = 0.0574 (ค่า Chi-Square/df = 1.8864) RMSEA = 0.063 SRMR = 0.036 CFI = 0.977 TLI = 0.956 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความถูกต้องด้านเนื้อหา โครงสร้าง และความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้ประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในระดับเขตสุขภาพและประเทศได้

ระยะเวลาที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (S.D. = 0.67) มีพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี ร้อยละ 24.1 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 75.9 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ระดับการศึกษาและรายได้ องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการได้รับบริการสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และด้านความรู้ความเข้าใจการกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r = 0.242, 0.204, 0.200, 0.134$ และ 0.125 ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ ทีมบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำโครงการส่งเสริม และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยผสมผสานให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน มีการติดตามผลการเสริมสร้างความรอบรู้อย่างต่อเนื่อง และให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่จะทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ที่ดี จนส่งผลต่อการมีพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องเหมาะสม ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, โรคพยาธิใบไม้ตับ

Ratchaneekorn Koonjatong.(2020). Health Literacy for the Opisthorchiasis Prevention behavior among population In the 7 Region Health Center

Advisor: Dr. Boontanokorn Prompakdee

Abstract

This research is Research and Development Design has 2 phases. Phase 1(2019) aimed to aimed to develop a tool to measure health literacy for behavior the Opisthorchiasis prevention in population. Thai people aged 15 years and above was to collect data between January- May 2018, by 1) Review literature about health literacy and Opisthorchiasis. 2) Develop a tool to measure health literacy for behavior the Opisthorchiasis prevention in population. 3) Item relevance was assessed by five experts and improve a tool. 4) The pre-testing of internal consistency was conducted by sample 30 of Thai people aged 15 years and above. 5) Develop a tool 2 time by conducted sample 220 of Thai people aged 15 years and above first time to quality testing a tool by analyze discrimination, consistency reliability and construct validity by analyze confirmatory factor analysis (CFA) and calculate the appropriate intersection point to be used to classify health literacy and phase 2 (2020) aimed to 1) evaluate health literacy level and opisthorchiasis prevention behavior among Thai population aged 15 years and over in the 7 Region Health Center. 2) Analyse association between demographics data with health literacy level. and 3) Analyse association between health literacy with opisthorchiasis prevention behavior. Research was conducted during March-April 2018. A tool for health literacy measure was developed in 2019 Analyze data using descriptive statistics comprised of frequency value, percentage value, mean, standard deviation and inferential statistics by using Chi-Square, Pearson and Spearman correlation statistics.

The result Phase 1: A tool 45 item showed index of Item objective congruency (IOC) between 0.60 – 1.00 and IOC = 0.89. Internal consistency reliability = 0.88, discrimination between 0.20-0.96, the difficulty of the test between 0.40-0.93, KR-20 = 0.67, consistency reliability between 0.52 – 0.91 and a tool 45 items. Analyze confirmatory factor analysis

showed the model was fitted to the empirical data Chi-Square =15.091 df= 8 p-value = 0.0574 (ค่า Chi-Square/df = 1.8864) RMSEA = 0.063 SRMR =0.036 CFI =0.977 TLI = 0.956. The higher factor loading sub-factors were knowledge (b=1.00) and clarified variance 45.90% (R2 = 0.459), inferior was self management (b=0.896) was clarified variance 49.40% (R2 = 0.494) and media literacy (b=0.835) was clarified variance 48.60% (R2 = 0.486). Calculate the appropriate intersection point to be used to classify high health literacy ≥ 52.50 , sensitivity = 59.30, specificity =30.20% area of receiver operating characteristic curve (ROC) =0.42 % (95%CI = 0.32-0.52) and can be used to assess the health literacy of Thai people aged 15 years and up at the health and national level

The result Phase 2 the mean health literacy was moderate level (50.6%) with the mean score equals to 3.28 (S.D. = 0.67), only 24.1% had high level of prevention behavior and most of them (75.9%) had moderate and low level. Self-care behaviors scores of those samples was high level 24.1 and most of them had a low through moderate level 75.9 percent, education level and income associated with health literacy of Thai people aged 15 years above (p-value < 0.05). Factor associated with health literacy was access to health information and health care service, self-management, decision skill, communication skill and cognitive in Opisthorchiasis prevention (r= 0.242, 0.204, 0.200, 0.134 and 0.125 respectively)

Conclusion and recommendations: Health literacy associated with Opisthorchiasis Prevention behavior. The result identified that health literacy associated with prevention behavior, healthcare providers should focus on promoting health literacy that align with communities lifestyles and regular evaluation to improve prevention behavior as well as providing accessibility to health care, strengthening self- management, decision skill, communication skill and cognitive in Opisthorchiasis prevention. These factors will effect behavior changing and leading to have suitable Opisthorchiasis prevention behavior.

Key word: Health Literacy, Opisthorchiasis, Behavior

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
ขอบเขตการศึกษาวิจัย	5
ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559-2568	7
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	18
วิทยาการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ	27
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	27
เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ	39
พฤติกรรมสุขภาพ	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
กรอบแนวคิดการวิจัย	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
พื้นที่วิจัย	61
ขั้นตอนการวิจัย	61
ข้อพิจารณาทางจริยธรรม	77
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	79

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

หน้า

84

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	103
ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน	104
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน	116
ภาคผนวก ข หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15-17 ปี	123
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมควบคุมโรค	124
ภาคผนวก ง รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา	125
ภาคผนวก จ ใบรับรองโครงการวิจัย	126
ภาคผนวก ฉ ประวัติผู้วิจัย	127
ภาคผนวก ช ประวัติที่ปรึกษา	132

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงองค์ประกอบการวัดความฉลาดทางสุขภาพของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
ตารางที่ 2 สรุปองค์ประกอบการวิจัย	38
ตารางที่ 3 ค่าคุณภาพของแบบวัด HLQ ของ Osborne et al.(2013)	40
ตารางที่ 4 ค่าคุณภาพของแบบวัด The ABCDE-health literacy scale for Thai adults	43
ตารางที่ 5 รายชื่อจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัด ขอนแก่น	65
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไประยะที่ 1	80
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดความรอบรู้จำแนกรายองค์ประกอบ	82
ตารางที่ 8 ตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล	83
ตารางที่ 9 ตารางแสดงการเมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ	84
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	84
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวม	87
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามจังหวัด	87
ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพราย องค์ประกอบ	88
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายจำแนก ตามจังหวัด	88
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทาง สุขภาพ	89
ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ	90
ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	91
ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจัดการตนเองเพื่อการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	92
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	93
ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการตัดสินใจในการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	94

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ	95
ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของการพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกรายชื่อ	95
ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	96
ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	97

สารบัญตาราง(ต่อ)

	หน้า
ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกตามเพศ	98
ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกตามกลุ่มอายุ	99
ตาราง 27 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกตามระดับการศึกษา	100
ตาราง 28 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกตามอาชีพ	102
ตาราง 29 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	103

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ลักษณะพยาธิใบไม้ตับ	19
ภาพที่ 2 วงจรชีวิตพยาธิใบไม้ตับ	21
ภาพที่ 3 ปลาน้ำจืดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	23
ภาพที่ 4 อาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	24
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย	45
ภาพที่ 6 โมเดลองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน	83

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559 - 2568 กำหนดเป้าหมายคืออัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่ง อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 และปลาปลอดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 1 โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนเพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ กลยุทธ์ที่ 1 จัดทำแผนที่การวิจัยให้ครอบคลุมมิติที่สำคัญต่างๆในการสนับสนุนแต่ละยุทธศาสตร์ โดยมีมาตรการด้านการจัดทำแผนที่การศึกษวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย รักษาและเทคโนโลยี ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2559) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับประเทศและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วประเทศปีละประมาณ 28,000 คน (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค)โดยเกินกว่าครึ่งเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2557 พบว่าโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคที่พบสูง ลำดับ 5, 3 และ 3 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2557) ตามลำดับและจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 63 (1,108 ราย) มะเร็งตับร้อยละ 18 (320 ราย) โดยประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง 40 – 60 ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา (เฉพาะค่าผ่าตัด ICC) 80,000 บาท ต่อรายประมาณ 1,960 ล้านบาท/ปี เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนพบว่าต้นทุนค่ารักษาพยาบาลรวม 145,649,850 บาท แบ่งออกเป็นต้นทุนด้านค่าแรง 46,545,924 บาท (ร้อยละ 31.95) ต้นทุนด้านวัสดุ 17,723,618บาท (ร้อยละ 12.16) และต้นทุนด้านลงทุน 81,425,308บาท (ร้อยละ 55.89) (ลีลาวดี พิริยะตระกูล,2559) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีถือว่าเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก มีรายงานการศึกษาพบว่าสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีเกี่ยวข้องกับ

ประวัติการติดพยาธิใบไม้ตับและการติดเชื้อซ้ำ โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะเพิ่มขึ้นตามความหนาแน่นของไข่พยาธิที่ตรวจพบ (บรรจบ ศรีภา, 2554) ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยาพบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด คือกลุ่มอายุ 55 -64 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป และ 45 – 54 ปี อัตราป่วย 1.4, 1.02 และ 0.79 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ(ธนพร หล่อปียานนท์, 2552) ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ปี 2557 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุดถึงร้อยละ 21.6 ในเขตสุขภาพที่ 7 ความชุกเฉลี่ยร้อยละ16.9 โดยพบความชุกสูงสุดที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 22.3 รองลงมาเป็นจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ18.9 และขอนแก่น ร้อยละ11 มหาสารคาม ร้อยละ10.8 ข้อมูลปี 2559 พบความชุกเฉลี่ยเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ10.96 จังหวัดที่พบความชุกสูงคือ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 15.7 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 13.24 ขอนแก่น ร้อยละ 7.76 และมหาสารคาม ร้อยละ 6.71 (Jongsuksuntigul P, 2011) โดยอุบัติการณ์ของการติดพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นเป็นสัดส่วนสัมพันธ์กับกลุ่มที่อายุมากขึ้นสาเหตุของการติดพยาธิใบไม้ตับ (Picha Suwannahitatornet, 2013) จากผลการศึกษาความชุกพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการกินปลาดิบและอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ปลาสามดิบ ปลาเจ้าดิบ (อังษณา ยศปัญญา และคณะ, 2556) การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมามีการประกาศเป็นวาระคนอีสาน“กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับลดมะเร็งท่อน้ำดี” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายทุกภาคส่วน ปี 2558 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกันในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อขับเคลื่อนให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ (กระทรวงสาธารณสุขมหาวิทยาลัยขอนแก่นและภาคีเครือข่าย, 2559) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งนี้ข้อมูลจากการติดตามผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ โดยดำเนินการตรวจจักษุจักษุในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เสี่ยงปี 2559 จำนวน 15 ตำบล ในพื้นที่ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 โดยประชาชนกลุ่มที่ติดเชื้อในปี 2559 และได้รับการตรวจซ้ำทั้งหมด จำนวน 428 ราย พบติดพยาธิ ใบไม้ตับซ้ำ 69 รายคิดเป็น ร้อยละ 13.07 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2559) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินปลาดิบร้อยละ 52.6 และกินอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่นหม่าปลาดิบ ส้มแหม่มดิบ ร้อยละ 93.78 มีความเห็นว่ายาที่ดีที่สุดในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 43.70 ไม่จำเป็นต้องตรวจจักษุจักษุก่อนกินยาฆ่าพยาธิเพราะเป็นยาที่ปลอดภัยร้อยละ 51.10 (อังษณา ยศปัญญา และคณะ, 2558) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนองพยาธิของประชาชน พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงคือ การรับประทานปลาดิบ แหม่มดิบรวมถึงการรับประทาน

สัมดำที่ใส่ปลาร้าดิบๆ (เกษตร ปะที, 2558) การศึกษาความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆดิบๆมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคโดยมีพฤติกรรม การรับประทานปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ สูง ร้อยละ 98.20 (ถาวร ทุมสะกะ และคณะ, 2558) การพัฒนารูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้องนั้นเนื่องจากประชาชนขาดปัจจัยเชิงสาเหตุ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการ ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคและความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค(กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานีสิทธิ์และคณะ, 2557) จากที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหา ทางสาธารณสุขสำคัญที่ต้องมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนเกิด “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health Literacy” ซึ่งองค์การอนามัยโลก (1998) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน และได้ให้แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อ ส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ดอน นัทปิม (2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้ง การพัฒนาความรู้และความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ทศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) การรู้แจ้งแตกฉานของประชาชน จะส่งผลให้ลดการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงหรืออาการแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ได้(กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสุศึกษา เริ่มสร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยพัฒนาตามแนวคิดของ Nutbeam ประกอบด้วย 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy level) มีด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) มีด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และด้านการจัดการตนเอง (Self-management) 3) ระดับวิจรรณญาณ (Critical literacy level) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (ดอน นัทปิม ,2008) มีรายงานการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และโรคความดันโลหิตสูง มีความ

เกี่ยวข้องกับความรู้แจ้งของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (กิตติพิศ วงศ์นิศานาถกุล, 2561) การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในองค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และทักษะการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพศที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในองค์ประกอบ ทักษะการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อาชีพที่แตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในองค์ประกอบเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.462; p<.01$) (แสงเดือน กิ่งแก้ว, 2558) การศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุและความสามารถในการมองเห็น ในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (ชลธิรา เรียงคำและคณะ, 2559) ประกอบกับแนวทางการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560 - 2579) กระทรวงสาธารณสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทักษะด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างทั่วถึง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน เป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ประกอบการกำหนดแนวทางหรือทางเลือกในการดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการขับเคลื่อนมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในลักษณะหาความสัมพันธ์ของสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายๆโรค แต่ยังไม่พบหลักฐานการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรอบรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานทั้งระดับกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และหน่วยงานในพื้นที่ ต่อไป

2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
2. คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
3. องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

3. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพ วิเคราะห์และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จนสามารถเลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและสามารถแนะนำคนในครอบครัวและคนอื่นเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆดิบๆ การไม่รับประทานอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่นหม่าปลาดิบ ส้มแหม่มดิบ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเสี่ยง แบ่งสเกลการวัดออกเป็น 4 ระดับ คือ กินประจำ (การบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรค มากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน) บางครั้ง (การบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรค 1-2 ครั้งใน 1 เดือน) ไม่เคยกิน (ไม่บริโภคเลยในรอบ 1 เดือน) ไม่เคยปฏิบัติรู้จักอาหารชนิดนี้ (ไม่เคยรู้จักอาหารประเภทนี้เลย) (กรัณทรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, 2557)

การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ช่องทาง/แหล่งข้อมูลที่บุคคลค้นหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพและการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แบ่งสเกลการวัดออกเป็น 5 ระดับได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่ครอบคลุมสาเหตุ การติดต่อ อาการ ปัจจัยเสี่ยง ความเสี่ยง การป้องกัน การรักษา และความเชื่อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลที่สื่อสาร และสามารถสื่อสารข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การอ่าน การฟัง การพูดเพื่อขอความช่วยเหลือ ถ่ายทอด และเขียน แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน แบ่ง scale การวัดออกเป็น 5 ระดับได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง แบ่งสเกลการวัดออกเป็น 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ื่อนำเสนอ สามารถวิเคราะห์ข้อความสื่อและตีความหมายข้อความที่สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแนะนำแนวทางให้กับผู้อื่น แบ่ง scale การวัดออกเป็น 5 ระดับได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการการเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงวิธีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง โดยสามารถวิเคราะห์ข้อดี - ข้อเสียของสถานการณ์นั้นๆ กำหนดเป็นทางเลือกในการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งสเกลการวัดออกเป็น 5 ระดับได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

4. ขอบเขตการศึกษาวิจัย

แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ดำเนินการแล้วในปีงบประมาณ 2562 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ดังรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือ

ด้านเนื้อหา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจำแนกคุณลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทปิม (2008) และ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจ

ด้านประชากร

1) ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือฉบับร่าง 1 ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน

2) ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น (ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ

ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี)

3) ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น (ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระตามแนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี)

ด้านสถานที่

หมู่บ้านในอำเภอที่สุ่มเลือกได้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

ระยะที่ 2 ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยนำเครื่องมือที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 1 ไปใช้ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ด

5. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

ระยะที่ 1 ได้เครื่องมือที่นำไปใช้ในการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ระยะที่ 2 ได้ข้อมูลสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการขับเคลื่อนมาตรการตามยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปกำหนดประเด็นในการศึกษา โดยมีหัวข้อในการทบทวน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559-2568
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. วิทยาการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
5. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ
6. พฤติกรรมสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559-2568

1.1 แนวคิด หลักการยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

แนวคิดหลักของยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คือ พัฒนาและอ้างอิงจากการมีปัจจัยเสริมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สร้างภูมิคุ้มกันและสุขภาพของทั้งสังคม สามารถลดโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ภายใต้ปรัชญาและแนวคิดการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม การมองถึงบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

1.2 วิสัยทัศน์

ภายในปี 2568 ประชาชนคนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.3 พันธกิจ

1.3.1 เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการและเป็นระบบ สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน โดยมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

1.3.2 ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ ครบวงจร ทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยผสมผสานกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

1.4 เป้าประสงค์

1.4.1 ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

1.4.2 กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาค และได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวม จวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life)

1.5 สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี (พ.ศ. 2559-2568)

เพื่อลดการป่วยและตาย ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งท่อน้ำดี ได้กำหนดยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (พ.ศ. 2559-2568) ขึ้น ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ 21 กลยุทธ์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบาย ทิศทางและการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการผลักดันทางนโยบาย การสนับสนุนและการกำกับให้มีความต่อเนื่องด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อให้มีระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบาย
3. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

1. มีมาตรการในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. มีระบบการติดตามและประเมินผลโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 ผลักดันให้มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการจัดทำเป็นนโยบาย สาธารณะในทุกระดับ เช่น การออกเป็นกฎข้อบังคับหรือกฎหมาย การออกเป็นเทศบัญญัติ ข้อกำหนด เช่น การกำจัดสิ่งปฏิกูล

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

1) ทบทวน ประเมินผล ปรับปรุงกฎระเบียบ ข้อบังคับ มติ นโยบายที่ผ่านมาของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบด้วยความร่วมมือแบบพหุภาคี

2) จัดทำมาตรการ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะในการกำหนดมาตรการเชิงป้องกันเป็นนโยบายสาธารณะ เช่น

2.1. นโยบายส่งเสริมกิจการลดละเลิกพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดย

(1) หน่วยงานภาครัฐและเอกชนร่วมกำหนดนโยบายในการส่งเสริมกิจการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงและสร้างพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพที่เชื่อมโยงเสริมแรงกันบนพื้นฐานสังคมและภูมิปัญญา

(2) ท้องถิ่นมีนโยบายส่งเสริมลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.2 นโยบายการจัดการสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการบริโภคอาหารประเภทปลาปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ โดย

- (1) ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา มีนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมการกินสุก
- (2) ข้าราชการ เครือข่ายรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจเอกชนและมีแรงงานในสถานประกอบการ “ไม่กินปลาปรุงดิบ”
- (3) ทำข้อตกลงในการกำหนดนโยบายการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในกลุ่มประชากรพื้นที่เสี่ยง

2.3 นโยบายควบคุมคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยในการผลิตอาหารประเภท ปลาจ๋า ปลาส้ม ปลาที่ปนเปื้อน (ตัวอ่อนระยะติดต่อยาธิใบไม้ดับ)

2.4 นโยบายส่งเสริมการผลิตภัตตาคารจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดและการบริโภคอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานร้านอาหาร ผู้ผลิตอาหารและผู้จำหน่ายหาบเร่ข้างถนน

3) จัดทำกลไกการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การขับเคลื่อนมาตรการ นโยบายอย่างเป็นระบบ

4) จัดทำศูนย์ประสานความร่วมมือโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี

5) จัดกิจกรรม รณรงค์ จัดเวทีการเสวนา ประชาสัมพันธ์ การขับเคลื่อนทางสังคมในการผลักดันนโยบายสาธารณะ อย่างมีประสิทธิภาพ ทัวถึงและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความเสี่ยงโรคพยาธิและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) จัดทำระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2) จัดทำคู่มือแนวทางในการติดตามและประเมินผล
- 3) มีการติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน และประเมินผลเพื่อรายงานผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทุกปี

กลยุทธ์ที่ 3 ให้การเชิดชูและรางวัลแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัดที่ดำเนินการเข้มแข็ง

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) สร้าง แรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัดที่ดำเนินงานป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเข้มแข็ง
- 2) จัดประกวด “OV & CCA Champion” สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีคณะกรรมการ มีการกำหนดหลักเกณฑ์การประกวด กำหนดกรอบเวลาในการดำเนินงาน ประชาสัมพันธ์การประกวดและผลการประกวดผ่านทุกช่องทางสื่อ รับโล่รางวัลจากนายกรัฐมนตรี
- 3) ให้รางวัลแก่ทีมแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ของพื้นที่ ที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับและการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เช่น การศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง
- 2) เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
- 3) เพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

- 1) มีข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) มีระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและควบคุมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
- 3) มีหลักสูตรการเรียน การสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งในระบบในโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) เสริมสร้างพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองที่มีคุณภาพเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2) สร้างการคัดกรองอย่างเป็นระบบและเน้นมาตรการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงการติดโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระและคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่มีคุณภาพ มีระบบการตรวจยืนยันรับรอง
- 3) พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง คัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทุกระดับให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง
- 4) จัดทำคู่มือ แนวทางการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ให้เครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ
- 5) สนับสนุนให้เขตสุขภาพพื้นที่เสี่ยงมีการบูรณาการงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เข้าสู่ระบบงานปกติอย่างเป็นรูปธรรม
- 6) ส่งเสริมสนับสนุนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในท้องถิ่น ประชาชน อาสาสมัคร ในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาต่อกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

7) จัดหาแหล่งงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ เครื่องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) สื่อและช่องทางสื่อเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

8) พัฒนาและขยายรูปแบบชุมชน ท้องถิ่นและองค์กรที่มีศักยภาพในการจัดการลดเสียงลดโรค เช่น ชุมชนปลอดพยาธิใบไม้ตับ ชุมชนปลอดปลาดิบ

9) พัฒนาให้มีต้นแบบในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง

กลยุทธ์ที่ 2 จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) พัฒนาบทเรียนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในทุกช่วงชั้น
- 2) กระทรวงศึกษาธิการนำบทเรียนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีบรรจุในหลักสูตรของแต่ละช่วงชั้นไว้ในพื้นที่เสี่ยง
- 3) สนับสนุนการเรียนรู้และขยายเครือข่ายการเรียนรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งในระบบโรงเรียน การศึกษาตามอัธยาศัยและในชุมชน โดย
 - (1) สร้างความตระหนักและความรู้ ความเข้าใจและเสริมพลังความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการบริหารจัดการ
 - (2) พัฒนาระบบการเรียนรู้ โดยการกระจายข้อมูลข่าวสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวและชุมชน
 - (3) สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น ร่วมมือกับองค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาชุมชน ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มอาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตรกร ร้านค้า ร้านอาหารในชุมชนและท้องถิ่น โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
 - 4) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัลโรงเรียนดีเด่นด้านการจัดกระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
 - 5) ติดตามและประเมินผลประสิทธิผลของหลักสูตรที่ใช้

กลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มการถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ พัฒนาระบบการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยการใช้สื่อที่หลากหลายในรูปแบบที่เหมาะสมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) สร้างและพัฒนาเครือข่ายด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ในทุกภาคส่วนและทุกระดับ
- 2) จัดทำแผนด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 3) จัดทำข้อมูลการเฝ้าระวัง ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต้องใช้ในการกำหนดแผนการสื่อสารสาธารณะอย่างสม่ำเสมอ

- 4) พัฒนาและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสื่อสารประชาสัมพันธ์ เครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 5) พัฒนาสื่อ คู่มือ แนวทาง บทความ ข้อความโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้มีคุณภาพ ทันสมัยเหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- 6) รณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจและสร้างกระแสสังคมให้ประชาชนตื่นตัวในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง
- 7) ส่งเสริมให้นำความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านไปยังสื่อสารสาธารณะในทุกช่องทาง การสื่อสาร
- 8) ประสานขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการเพิ่มช่องทางการถ่ายทอดความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 9) ประสานขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายรูปแบบ
- 10) จัดกิจกรรมต่างๆให้หลากหลายและเป็นประจำทุกปี เช่น มหกรรม “คนไทยไม่กินปลาดิบ” กิจกรรมประกวดเมนูอาหารให้ประกอบด้วยปลาปรุงสุก สะอาด อร่อย
- 11) พัฒนาสื่อเฉพาะที่ใช้กับกลุ่มคนชายขอบและคนต่างด้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 12) พัฒนาระบบการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์สำหรับประชาชนที่ตรวจพบการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 13) ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ/ปรึกษาผู้ที่เคยได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับในการลดโอกาสที่จะเป็นมะเร็งท่อน้ำดี
- 14) ติดตามประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิในปลา ในคน รวมถึงการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ซึ่งพบปัญหาสูง

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในคนและปลาครอบคลุมทุกพื้นที่เสี่ยงและการปนเปื้อนตัวอ่อนระยะติดต่อพยาธิใบไม้ตับในปลา
- 2) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการจัดให้มีการเฝ้าระวัง การติดเชื้อพยาธิในปลา ในคนและการเฝ้าระวังพฤติกรรมของประชาชนในเรื่อง
 - (1) ข้อมูลพื้นฐานด้านการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
 - (2) การติดเชื้อในพาหะนำโรค หอย ปลา ที่เฝ้าต่อการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับ
 - (3) ปัจจัยบุคคลที่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินปลาน้ำจืดดิบ การถ่ายอุจจาระนอกส้วม
- 3) จัดทำแผนพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบครบวงจร
- 4) จัดทำเครื่องมือในการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในคนพื้นที่เสี่ยง

5) สร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิในปลาและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงของประชาชนในชุมชน

6) ประสานของแหล่งทุนในการสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิในปลาและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในคน

7) สนับสนุนให้ชุมชนมีโครงการในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการกินสุกและถ่ายลงส้วม

8) ติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิในปลา ในคนและการเฝ้าระวังพฤติกรรมของประชาชน

กลยุทธ์ที่ 5 บูรณาการความร่วมมือในการป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับในคน สัตว์รังโรคและการดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระดับประเทศและประเทศในภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีแบบบูรณาการในทุกภาคส่วน

2) ส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคในคน ในสัตว์ ในสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการติดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในประเทศอย่างเป็นระบบ

3) จัดทำข้อตกลงด้านการป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับเหมือนกัน

4) พัฒนาวិชาการสร้างความร่วมมือด้านการศึกษาวิจัยกับประเทศในภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงในรูปแบบด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพร้อมจัดทำฐานข้อมูล

5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์การดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศในภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง

6) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรของคนในประเทศและประเทศในกลุ่มน้ำโขงให้มีความเชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคูณภาพการคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคูณภาพการคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

1. มีระบบการคัดกรองตรวจวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. มีระบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้ตามมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคูณภาพการคัดกรอง การวินิจฉัยให้ได้มาตรฐาน มีความถูกต้องแม่นยำและเข้าถึงง่าย

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) กำหนดมาตรฐานกลางด้านการคัดกรอง การวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2) นำเสนอผู้บริหารใช้เป็นมาตรฐานของกระทรวงและประเทศ
- 3) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ในการคัดกรอง การวินิจฉัย
- 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการคัดกรอง การวินิจฉัยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 5) ติดตามประเมินผลผ่านระบบการตรวจราชการของเขตสุขภาพ
- 6) มีคณะทำงานในการจัดทำมาตรฐาน ขับเคลื่อนให้นำไปใช้และปรับปรุงพัฒนาระบบให้ได้มาตรฐาน

ต่อไป

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการรักษาจนกระทั่งถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) กำหนดมาตรฐานกลางด้านการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
- 2) พัฒนามาตรฐานระบบความเข้มแข็งของการจัดการด้านการดูแลรักษาโรค โดยผสมผสานภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 3) ประสานความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการรักษาที่มีคุณภาพร่วมกันแบบบูรณาการในทุกภาคส่วน
- 4) เสริมสร้างศักยภาพบุคลากร องค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดการโรค การดูแลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแบบองค์รวม
- 5) นำเสนอผู้บริหารใช้เป็นมาตรฐานของกระทรวงและประเทศ
- 6) ติดตามประเมินผลผ่านระบบการตรวจราชการของเขตสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อให้มีความต่อเนื่องและรวดเร็วในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ หรือสูงกว่า)

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) พัฒนาระบบและมาตรการการจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อนการดูแลส่งต่อแบบองค์รวม
- 2) ประสานความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อให้มีความรวดเร็วและมีคุณภาพ
- 3) กำหนดมาตรฐานกลางด้านการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
- 4) นำเสนอผู้บริหารใช้เป็นมาตรฐานของกระทรวงและประเทศ
- 5) ติดตามประเมินผลผ่านระบบการตรวจราชการของเขตสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ

2. เพื่อให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดความตระหนักต่อปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการกำหนดแผนงานโครงการด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดหรือเทศบัญญัติทางกฎหมายหรือข้อกำหนดทางสังคมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

1) พัฒนาแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) สนับสนุนแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลงทุกพื้นที่เสี่ยง

3) ส่งเสริมสนับสนุนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่น ประชาชน อาสาสมัครมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังคัดกรองส่งต่อกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

4) ให้ข้อมูลเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับที่เกี่ยวข้องเป็นระยะและต่อเนื่องในการประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6) ประเมินความพึงพอใจของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานตามแนวทาง

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ได้มาตรฐานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกข้อกำหนดในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ปลอดจากเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากแหล่งน้ำในชุมชน

2) สนับสนุนให้องค์กรชุมชน เช่น กลุ่มสตรี เยาวชน มีบทบาทในการควบคุมดูแลและแก้ไขปัญหาด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของชุมชน จัดทำ นำเสนอปัญหาและผลกระทบของการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ขาดประสิทธิภาพ

3) สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุแนวทางการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพ

4) สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนงาน โครงการและดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง

5) มีระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 สนับสนุนให้มีการสร้างวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงสุกด้วยความร้อนและนวัตกรรมอาหารปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนโดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) ส่งเสริมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจากเมนูปลาปรุงดิบมาเป็นปลาปรุงสุกด้วยความร้อน
- 2) ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนในพื้นที่เสี่ยงมีการผลิตนวัตกรรมอาหารปลอดตัวอ่อนพยาธิที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของพื้นที่
- 3) ศึกษาหาปัจจัย ความรู้ ทักษะ ทักษะ ที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในแต่ละพื้นที่
- 4) ประสาน สนับสนุนเสริมความรู้ ทักษะและส่วนขาดให้กับประชาชนในการทานนวัตกรรมอาหารปลอดเชื้อในพื้นที่เสี่ยง
- 5) จัดกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการผลิตนวัตกรรมอาหารปลอดเชื้อพยาธิ
- 6) รณรงค์สร้างวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงสุกและนวัตกรรมอาหารปลอดเชื้อพยาธิ

กลยุทธ์ที่ 4 ใช้มาตรการทางสังคมสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) กำหนดมาตรการทางสังคมที่จะใช้ในการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2) สนับสนุนให้ชุมชนมีการกำหนดและใช้มาตรการทางสังคมและกฎระเบียบในการลดความเสี่ยงในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 3) เปิดเวทีเสวนาชาวบ้านระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนในพื้นที่ เช่น นักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาล รพ.สต.
- 4) ประสานขอความร่วมมือกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์/กองทุนหมู่บ้านในการลดดอกเบี้ยเงินกู้กองทุนหมู่บ้านให้ครอบครัวที่ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระกักเงินได้ในระยะยาว
- 5) จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ การใช้มาตรการ บุคคลที่ได้รับสิทธิพิเศษต่างๆในการร่วมใช้มาตรการ
- 6) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายแบบครบวงจรในชุมชน โดยผสมผสานภูมิปัญญาทางแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) พัฒนาระบบบันทึกและศักยภาพใหม่ของบุคลากรสาธารณสุข ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ รวบรวมจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีเพื่อการดูแลและติดตาม
- 2) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี
- 3) พัฒนามาตรฐานระบบและความเข้มแข็งของการจัดการดูแลรักษาโรคโดยผสมผสานภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 4) จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพร่วมกันโดยบูรณาการมีการถ่ายทอดความรู้การดูแล ประคับประคองด้วยแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัดและภาคส่วนต่างๆ จัดทำ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีอย่างเหมาะสมแบบครบวงจร
- 5) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายให้มีระบบการติดตามผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีให้ได้รับการดูแล รักษาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตั้งแต่รับการวินิจฉัยจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- 6) ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีในทุกระยะ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนเพื่อพัฒนาความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี
2. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีให้เป็นระบบเดียว

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

1. มีผลงานวิจัยที่สามารถประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค วินิจฉัย รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี
2. มีการพัฒนามาตรฐานและเชื่อมต่อระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีประเทศไทย

กลยุทธ์ที่ 1 จัดทำแผนที่การวิจัยให้ครอบคลุมมิติที่สำคัญต่างๆในการสนับสนุนแต่ละยุทธศาสตร์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) กำหนดทิศทางและกรอบในการทำวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี
- 2) จัดทำแผนที่การศึกษาวินิจฉัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย รักษาและเทคโนโลยี ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆตามแผนที่การวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นระบบ

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) พัฒนางค์ความรู้เกี่ยวกับปลาปลอดพยาธิใบไม้ตับ ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน อย่างเป็นระบบ รวมถึง cancer registry, cohort study, bio banking

2) พัฒนาเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการตรวจวินิจฉัย รักษา ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

3) พัฒนามาตรการสนับสนุนการผลิตและการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากการติดโรค

4) สนับสนุนพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถจัดการความรู้และการศึกษาวิจัย

5) พัฒนาเทคโนโลยีทางการสื่อสาร ขยายช่องทางการสื่อสาร เพื่อการเผยแพร่ความรู้สู่บุคลากร สาธารณะและประชาชน

6) จัดประกวดและให้รางวัลงานวิจัยดีเด่นและเผยแพร่ แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม รักษา การดูแลแบบประคับประคองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ เพิ่มประสิทธิภาพของระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกรมฯและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศ เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลระหว่างกรมฯและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในทุกระดับ

2) จัดทำแผนแม่บทในการพัฒนามาตรฐานข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3) พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดทำ เข้าถึงฐานข้อมูล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

4) พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและการใช้ประโยชน์ข้อมูลในการฝ้าระวังเชิงบริหารและการประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์

กลยุทธ์ที่ 4 ร่วมมือการศึกษาวิจัยกับประเทศลุ่มแม่น้ำโขง รวมถึงการศึกษาแลกเปลี่ยนรูปแบบการควบคุมและการดูแลรักษา

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

1) สร้างกลไกการประสานความร่วมมือทางวิชาการ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงานผู้เชี่ยวชาญกับประเทศลุ่มแม่น้ำโขง

2) ตั้งคณะกรรมการวิจัยร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเทศลุ่มแม่น้ำโขง

3) สร้างความร่วมมือด้านการศึกษาวิจัยกับประเทศลุ่มแม่น้ำโขงเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

4) พัฒนาศึกษาและการวิจัยลุ่มแม่น้ำโขง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

5) ร่วมหาแหล่งทุนเพื่อการศึกษาวิจัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการควบคุมและการดูแลรักษา

6) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยร่วม ผ่านเวทีและสื่อที่เหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

- 1) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเพิ่มการผลิตและพัฒนาบุคลากรผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็น เช่น ศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี รังสีแพทย์ นักพฤกษศาสตร์
- 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย การดูแลรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
- 3) จัดทำแผนพัฒนากำลังคน กำหนดกรอบอัตราากำลังคนด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีและด้านการคัดกรอง วินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
- 4) ผลิตและพัฒนาากำลังคนตามแผนที่วางไว้
- 5) ติดตามประเมินผลทุกปี

มาตรการที่สำคัญของการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1. การป้องกันโรคและคัดกรอง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษาทุกช่วงชั้น การจัดการสิ่งแวดล้อมสิ่งปฏิกูลโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ประชาชนได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ทั่วถึง และครอบคลุมต่อเนื่อง
2. การพัฒนา การวินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อ ต้องพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยให้ถูกต้อง แม่นยำ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะเริ่มแรก (Early stage-stage I,II) จะสามารถผ่าตัดรักษาให้หายและช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ (Curative surgery) (มีผู้ป่วยรอรับการผ่าตัดมากกว่า 1,000 คน/ปี) มีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วทันเวลา ที่สำคัญต้องส่งเสริม สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมศัลยแพทย์สาขาต่อเยอดศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อนหลักสูตร 1 ปี และอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์ 3 - 6 เดือนของมหาวิทยาลัยขอนแก่น อบรมแพทย์ พยาบาลในชุมชนเพื่อให้มีทักษะในการวินิจฉัยด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ รวมทั้งบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว ทั้งในระดับสถานบริการ ครอบครัวชุมชน ผสมผสานด้วยการแพทย์แผนไทย
4. การวิจัยและการจัดการข้อมูล ต้องการศึกษาวินิจฉัยด้านการแพทย์เพื่อให้ได้องค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบใช้ฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และประเด็นวิจัยในทุกประเด็นทุกระดับชั้น

มาตรการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ได้แก่

1. การคัดกรองสุขภาพ
 - 1.1 ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป และให้การรักษากล้าตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ
 - 1.2 ตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่โรงพยาบาลชุมชน เมื่อพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการผ่าตัดรักษา
2. การให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและนักเรียน ทั้งในระบบการศึกษาปกติ (โรงเรียน) และการศึกษานอกระบบ (ตามอัยาศัย) เพื่อสร้างพฤติกรรมไม่กินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบ ปรุงดิบ การขับถ่ายอุจจาระลงส้วม

3. การจัดการการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดการติดเชื้อในคนปลาปลอดเชื้อ ลดการติดเชื้อในสัตว์รังโรค หอย สุนัข แมว เป้าหมายการปลอดพยาธิในคนและสัตว์

4. การจัดทำฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาและระบบฐานข้อมูลพยาธิไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบวงจรและครอบคลุมถึงระดับชุมชน

5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยทีมหมอครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง (palliative) ที่ดีมีการผสมผสานการดูแลทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

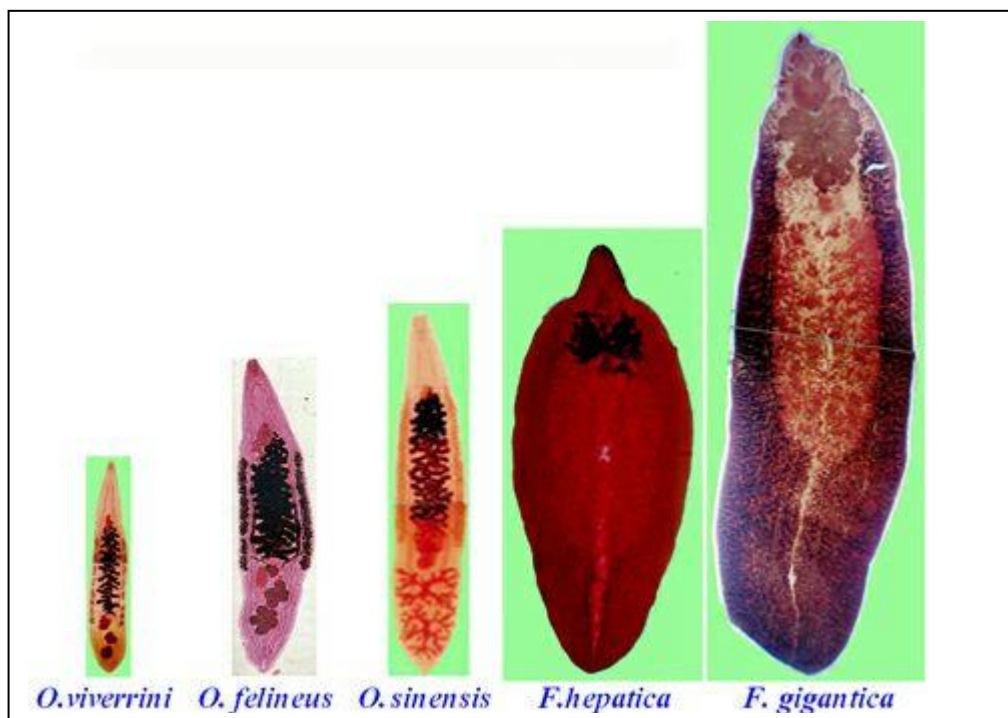
สรุปแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการป่วยและตาย ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการเชิงนโยบายและการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคในลุ่มน้ำโขง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการส่งต่อทั้งระบบแบบบูรณาการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกันทำในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนให้เด็ก เยาวชน ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในการศึกษานี้สนับสนุนการขับเคลื่อนในยุทธศาสตร์ที่ 2 จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน กลยุทธ์ที่ 5 เสริมสร้างความเข้มแข็งของการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีแบบบูรณาการในทุกภาคส่วน และยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.1 ชีวิตวิทยาของพยาธิใบไม้ตับ

พยาธิใบไม้ตับโดยทั่วไปมีรูปร่างแบบยาวคล้ายใบไม้ มีที่ยึดเกาะ (Sucker) 2 อันซึ่งอยู่ทางด้านหน้า (Anterior) 1 อันเรียกว่า ออโรลซัคเกอร์ (Oral sucker) อีกอันอยู่ทางด้านท้อง (Ventral) เรียกว่า เวนทรอลซัคเกอร์ (Ventral sucker) พยาธิใบไม้ตับจะอาศัยอยู่ในอวัยวะต่างๆ เช่น หลอดเลือด ท่อน้ำดีของตับ ปอด เป็นต้น ชนิดของพยาธิใบไม้ตับ ที่ทำให้เกิดโรคในคนมีอยู่ 4 ชนิด ได้แก่ 1) *Chonorchissinensis* พบมากในประเทศจีน ไต้หวัน เกาหลีฮ่องกง ญี่ปุ่น และเวียดนาม 2) *Opisthorchisfilineus* พบมากในทวีปยุโรป 3) *O. viverrini* พบมากในประเทศไทย ลาว เวียดนาม และมาเลเซีย และ 4) *Fasoiola hepatica* เป็นพยาธิของแกะ แพะ โค บางครั้งพบได้ในคนแถบประเทศสหรัฐอเมริกา อเมริกาใต้ยุโรป โดยพยาธิใบไม้ตับ (*O. viverrini*) ชนิดที่พบมากในประเทศไทย สามารถจำแนกชั้น (Classification) ทางชีววิทยา ได้ดังนี้

- Phylum Platyhelminthes
- Class Trematoda
- Order Prosostomata
- Suborder Distomata
- Superfamily Opisthorchioidea
- Family Opisthorchiidae
- Genus Opisthorchis
- Species 7



ภาพที่ 1 ลักษณะพยาธิใบไม้ตับ

2.2 วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ

พยาธิใบไม้ตับอยู่ในอันดับย่อย (Suborder) Prosostomata วงศ์ (Family) Opisthorchiidae ตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในทางเดินน้ำดีและถุงน้ำดี พยาธิชนิดนี้ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยเนื่องจากก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) มีประชากรจำนวนมากโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือเป็นโรคดังกล่าว และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือมะเร็งท่อน้ำดีตับแข็งหรือตับวายได้ พยาธิตัวเต็มวัยขณะมีชีวิตอยู่มีรูปร่างเรียวยาว ลำตัวบางใส และมีสีเนื้อ ขนาดของลำตัวยาว 5.5 - 9.5 มิลลิเมตร (เฉลี่ย 7.5 มิลลิเมตร) กว้าง 0.7-1.6 มิลลิเมตร (เฉลี่ย 1.4 มิลลิเมตร) ลักษณะเฉพาะของพยาธิใบไม้ตับคือพยาธิมีรูปร่าง เรียวเล็กและอวัยวะมีลักษณะเป็นพู (Lobe) ลึก 4 พูติดกัน นอกจากพบพยาธิตัวเต็มวัยในคนแล้วใน

ธรรมชาติยังพบพยาธิตัวเต็มวัยได้ในแมวและสุนัข วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับเริ่มจากไข่พยาธิออกมาภายนอก พานะกึ่งกลาง (Host) ตามทางเดินน้ำดีสู่ลำไส้เล็ก และออกสู่ภายนอกพร้อมกับอุจจาระ ไข่พยาธิมีขนาดเล็ก (26 X 13 ไมโครเมตร) รูปร่างคล้ายหลอดไฟ มีฝาปิดและเปลือกไข่ด้านตรงข้ามฝามีตุ่มเล็กยื่นออกมา ภายในไข่มีตัวอ่อนระยะแรก คือ ไมราซิเดียม (Miracidium) ไข่พยาธิที่ออกมาพร้อมกับอุจจาระจะต้องลงสู่ น้ำ เมื่อไข่ตกลงสู่ น้ำ ไข่จะถูกกินโดยหอยน้ำจืดที่เป็นตัวพาหะกึ่งกลางชนิดที่หนึ่ง (First intermediate host) คือหอยในสกุล (Genus) *Bithynia* spp. หอยในสกุลนี้มีขนาด 5-10 มิลลิเมตร พบได้ทั่วไปในทุ่งนา สระน้ำหรือแหล่งน้ำ สำหรับในประเทศไทยหอยน้ำจืดที่เป็นพาหะกึ่งกลางชนิดที่หนึ่งมีอยู่ 3 ชนิด (Species) คือ *Bithynia* (*Digoniostoma*) *funiculate* พบในภาคเหนือ *B.(D.) siamnensisgoniomphalos* พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ *B. (D.) siamnensissiamnensis* พบในภาคกลางเมื่อหอยกินไข่พยาธิแล้ว ไมราซิเดียมจะออกจากไข่ภายในกระเพาะอาหารของ หอยและเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงรูปร่างในบริเวณลำไส้และอวัยวะย่อยอาหารของหอย กลายเป็นสปอร์โรซิสต์ (Sporocyst หรือ first generation sporocyst) ภายในสปอร์โรซิสต์มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและเพิ่มจำนวนกลายเป็นเรเดีย (Rediae) ภายในแต่ละเรเดียจะเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงรูปร่างและเพิ่มจำนวนมากขึ้น กลายเป็น เซอร์คาเรีย (Cercaria) ซึ่งมีลักษณะหางยาว และมีครีบ ชื่อ เฉพาะ เรียกว่า *Lophopleurocercouscercaria* ระยะเวลาในการเจริญเติบโตของเซอร์คาเรียในหอยประมาณ 1 เดือนหลังจากนั้นเซอร์คาเรียจะไช ออกจากหอยน้ำจืดว่ายออกไปสู่น้ำแล้วไชเข้าสู่ปลาน้ำจืดเกล็ดขาว (Cyprinoid fish) ซึ่งเป็นพาหะกึ่งกลางชนิดที่สอง (Second intermediate host) เช่น ปลาสุตร (*Hampaladispar*) ปลาแม่สะแตง (*Cyclocheilichthysiaja*) ปลาปกหรือปลาแก้มขี้ (Puntiosorphoides) ปลาชีว (*Parachelaoxygastroides*) ปลาตะเพียนทราย (*Puntius.leiacanthus*) ปลาตะเพียนขาว (*Puntiusgonionotus*) ปลากระมัง (*Puntioplitesproctozystron*) ปลาหน้าหมอง (*Osteochilus* spp.) และปลาขาวทราย (*Labiobarbuslineatus*) เซอร์คาเรียจะไชเข้าไปในเนื้อปลาใต้เกล็ดของปลาแล้วสลัดหางทิ้ง และเข้าถุงซิสต์ (Encyst) เจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นตัวอ่อนอีกระยะหนึ่ง เรียกว่า เมตาเซอร์คาเรีย (*Metacercariae*) หรือ Encysted cercaria โดยตัวอ่อนขดอยู่ในถุงซิสต์ ใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ขึ้นไป เมตาเซอร์คาเรียดังกล่าวจะเจริญเต็มที่ และเป็นระยะติดต่อของพยาธิ (Infective stage) มีรายงานการพบเมตาเซอร์คาเรียมากที่สุดบริเวณศรีษะทาง ครีบออก ครีบท้องและครีบหลังของปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ตามลำดับ แต่พบน้อยที่สุดบริเวณศรีษะทวาร (สมาน เทศนา และคณะ 2526, Sukontason et al.,2001) เมื่อคนรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบๆ หรือปรุงไม่สุกเนื้อปลาจะถูกย่อยโดยน้ำย่อย pepsin ในกระเพาะอาหารทำให้เมตาเซอร์คาเรีย หลุดออกมา 8 จากเนื้อปลา และถูกการบีบตัวของกระเพาะอาหารให้ไปอยู่ในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม และผนังของเมตาเซอร์คาเรียจะถูกย่อยโดยน้ำย่อย trypsin ทำให้ตัวอ่อนในถุงซิสต์หลุดออกมาจากถุงซิสต์และเดินทางเข้าสู่ทางเดินน้ำดีไปยังท่อน้ำดีและถุงน้ำดีในบริเวณดังกล่าวพยาธิจะเจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัยและมีการออกไข่ ตั้งแต่พาหะกึ่งกลางกินเนื้อปลาที่มีเมตาเซอร์คาเรียจนเจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัยในทางเดินน้ำดีการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระใช้ระยะเวลา ประมาณ 1-2 เดือน หลังจากได้รับเมตาเซอร์คาเรียเข้าไป วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับจะสมบูรณ์ต้องอาศัยพาหะกึ่งกลาง (Host) 2 ชนิด คือ

(1) หอยพาหะกึ่งกลางชนิดที่หนึ่งหอยน้ำจืดในสกุล *Bithynia* ที่เป็นพาหะกึ่งกลางชนิดที่หนึ่งของพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยพบทั้งหมด 3 สายพันธุ์ (Species) คือ

- หอย B. (D.) funiculate พบมากในภาคเหนือ
- หอย B.(D) s goniomphalos พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- หอย B.(D) s. siamensis พบมากในภาคกลางโดยหอยเหล่านี้สามารถพบได้ตามแหล่งน้ำเปิดหรือน้ำนิ่ง กระจายอยู่ทั่วไปในบริเวณทุ่งนา คลองอ่างเก็บน้ำหรือแหล่งน้ำทั่วไปที่ระดับความลึกของน้ำไม่เกิน 50 เซนติเมตรอุณหภูมิของน้ำอยู่ระหว่าง 25-28 องศาเซลเซียส สภาพของน้ำมีค่าความเป็นกรด- ด่างอยู่ระหว่าง 6.90- 7.10 จากรายงานถึงการเป็นโฮสต์สี่กลางตัวที่หนึ่งของพยาธิใบไม้ตับ O. viverrini พบว่า หอยได้รับเชื้อพยาธิโดยกินไขพยาธิที่ปนกับอุจจาระเข้าไป และไขพยาธิเจริญอยู่ในระบบย่อยอาหารของหอยจนกลายเป็นระยะเซอร์คาเรีย โดยธรรมชาติแล้วหอยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยอัตราต่ำมากเพียงร้อยละ 0.1- 2.0 แต่มีศักยภาพในการปล่อยเซอร์คาเรียได้สม่ำเสมอและยาวนาน

(2) ปลาพาหะกึ่งกลางชนิดที่สองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายงานว่าพบปลาในตระกูลปลาตะเพียนที่สามารถเป็นพาหะกึ่งกลางชนิดที่สองของพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาในปลาที่จับ มาจากแหล่งน้ำใกล้กับจังหวัดอุดรธานีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลาสุต (74%) ปลาปก (65%) ปลาแม่สะแต้ง (51%) ปลาตะเพียนทราย (22%) ปลาตะเพียนขาว (3%) ปลากระมัง (8%) ปลาหน้าหมอง (4%) ปลาขาวทราย (3%) และปลาชิว (10%) (Wykoff และคณะ, 1965) และจากการสำรวจหาเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับจากปลา 7 ชนิด ได้แก่

- Cyclocheilichthys spp. (ปลาแม่สะแต้ง)
- Puntius spp. (ปลาตะเพียน)
- H. dispar (ปลาสุต)
- Henicorhynchussiamensis (ปลาสร้อยขาว)
- Labiobarbusspitopleua (ปลาซ่า)
- Osteochilusvittatus (ปลาข้างลาย)
- Trichogaster spp. (ปลากระดี่)

จากการศึกษา พบว่า เมตาเซอร์คาเรียเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในเนื้อปลาระบายอยู่ตามกล้ามเนื้อในตัวปลาตลอดลำตัว ตั้งแต่หัวจรดหางอัตราการ 9 พบ cyst ในปลาเริ่มตั้งแต่ 19.7% และสูงสุดถึง 100 % ความหนาแน่นของซิสต์ในปลาพบตั้งแต่ 1-79 ซิสต์ ต่อปลา 1 ตัว บริเวณที่พบมากที่สุดส่วนใหญ่จะเป็นกล้ามเนื้อที่ลำตัวและแถวกล้ามเนื้อหลัง โดยช่วงระยะเวลาที่มีการติดเชื้อมาก คือ ระหว่างช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนกุมภาพันธ์ เนื่องจากน้ำฝนจะชะล้างอุจจาระที่มีไขพยาธิใบไม้ตับลงไปในพื้นที่ หนอง คลอง บึง ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวหอยและปลามีชุกชุม ดังนั้นอัตราการติดเชื้อในปลาก็จะสูงมากกว่าฤดูอื่น และส่งผลต่อการติดเชื้อในคนสูงตามด้วย



ภาพที่ 2 วงจรชีวิตพยาธิใบไม้ตับ

2.3 อาการของโรคพยาธิใบไม้ตับ

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2541) ได้กล่าวว่าอาการทางคลินิกของคนที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันไป เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการ เว้นแต่ตรวจพบไข่พยาธิจากอุจจาระ จนถึงมีอาการมากซึ่งสามารถแบ่งอาการของโรคพยาธิใบไม้ตับออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย คนกลุ่มนี้มีพยาธิอยู่ในร่างกายเป็นจำนวนน้อย สามารถตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระได้น้อยกว่า 1,000 ฟองต่ออุจจาระหนึ่งกรัม (มีพยาธิประมาณ 100-200 ตัว) ตรวจร่างกายมักจะไม่พบสิ่งผิดปกติ ส่วนมากไม่มีอาการเจ็บป่วยให้เห็นแต่อย่างใด หรือบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยร่วมด้วย เช่น ท้องอืด แน่นจุกเสียดเป็นบางครั้ง รู้สึกอึดอัดไม่สบาย หรือมีอาการร้อนบริเวณชายโครงขวาหรือยอดอก เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 อาการปานกลาง คนกลุ่มนี้สามารถตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระได้ 1,000-30,000 ฟองต่ออุจจาระหนึ่งกรัม Kaewpitoon et al. (2008) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้องมาก ปวดท้อง ท้องผูกหรือท้องเสีย ถ้ามีการติดเชื้อเรื้อรังอาการจะเป็นมากขึ้นเจ็บบริเวณชายโครงด้านขวา ตับโตเล็กน้อย อาจมีอาการไข้ต่ำๆ เป็นประจำหรือไข้สูงจนหนาวสั่น และอาจมีอาการตัวเหลือง ตาเหลืองปานกลาง ซึ่งเป็นอาการร่วมของท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) อาการนี้อาจจะพบอยู่เป็นระยะๆ หายไปแล้วอาจกลับมาเป็นได้อีก เรียกว่า relapsing cholangitis ระยะนี้ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องผู้ป่วยจะหายเป็นปกติได้

กลุ่มที่ 3 อาการรุนแรงหรืออาการหนัก ตรวจพบไข่วัยอายุตั้งแต่ 30,000 ฟองต่ออูจจาระหนึ่งกรัม จากการศึกษารายงานของ Pungpuk et al.(1998) ได้รายงานผู้ป่วย 88 ราย ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างรุนแรง จากผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้งหมด 15,243 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกรุงเทพฯ พบว่า มีอาการอุดตันของท่อน้ำดี จำนวน 41 ราย มีอาการท่อน้ำดีอักเสบจำนวน 26 ราย เนื่องจากพยาธิสภาพในตับเกิดขึ้นอย่างถาวร และอาจเกิดจากมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น มีการอุดตันของท่อน้ำดี การอักเสบติดเชื้อ ผู้ป่วยมีไข้สูง เบื่ออาหาร มีอาการตัวเหลืองปานกลางจนถึงเหลืองมาก ตับโตและกดเจ็บในรายที่ตับแข็ง (Cirrhosis) หรือมี biliary fibrosis ในเนื้อตับมาก ๆ จะพบมีอาการของ Portal hypertension เช่น มีท้องมาน (Ascites) หรือมีเลือดออกจากเส้นเลือดของบริเวณหลอดอาหารและกระเพาะอาหารได้ ความรุนแรงของโรคจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดตับวาย (Liver failure) หรือเชื้อโรคจากทางเดินอาหารเข้าไปทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินน้ำดีรุนแรงมากขึ้น และบางครั้งเชื้ออาจเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดสภาพเลือดเป็นพิษ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยหรือผู้ป่วยบางรายอาจพบมะเร็งของท่อน้ำดีร่วมอยู่ด้วย จะยังทำให้อาการของทรุดหนักมากยิ่งขึ้น จนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

2.4 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

การที่คนจะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้นั้น มีเพียงสาเหตุเดียว คือ การรับประทานปลาดิบหรือการรับประทานอาหารดิบ หรือ สุกๆ ดิบๆ ที่มีพยาธิตัวอ่อนระยะติดต่อ ดังนั้นสาเหตุสำคัญของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ อุบัติการณ์การรับประทานอาหารดิบ ซึ่งนอกจากมาจากความอร่อยในรสชาติแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน อาชีพ ความเคยชิน ความนิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม ของกลุ่มประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วย

หากกำหนดเอาว่า อาหารปลาดิบ หมายถึง อาหารที่มีกรรมวิธีการปรุงโดยไม่ผ่านความร้อนเป็นเกณฑ์ จะพบว่าอาหารหลักของชาวอีสานจะมีอาหารประเภทดิบอยู่หลายชนิด แต่ละชนิดจะมีกรรมวิธีการปรุงแตกต่างกันออกไปตามสิ่งที่นำมาประกอบเป็นอาหาร สรุปได้ดังนี้

2.4.1 อาหารปลาดิบชนิดสด เป็นอาหารปลาดิบประเภทที่ต้องรับประทานทันทีหลังปรุงเสร็จเรียบร้อย อาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ปลาชิว ก้อยมะกอก ปลาชิวสดๆ รับประทานกับส้มตำหรือข้าวเหนียว อาหารปลาดิบนี้เอง ที่จัดว่าเป็นสาเหตุหลักของโรคพยาธิใบไม้ตับ เพราะว่าก้อยปลากี่ดี หรือการกินปลาดิบๆก็ดี ชาวบ้านจะใช้ปลาตระกูลปลาตะเพียนแทบทั้งสิ้น ซึ่งปลาที่มีเชื้อระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่สูง

2.4.2 อาหารปลาดิบอย่างที่สอง ได้แก่ อาหารปลาดิบที่ใช้เวลาในการหมักดองก่อนรับประทาน แต่ใช้เวลาสั้นๆเพียง 1-2 วัน เท่านั้น อาหารปลาดิบประเภทนี้ได้แก่ ปลาต้ม จ่อมปลาน้อย หม่าปลา ส้มปลาน้อย อาหารกลุ่มนี้จะใช้ปลากลุ่มเดียวกับปลานำโรค กรรมวิธีในการปรุงและธรรมเนียมในการรับประทานก็เอื้อต่อการนำโรคพยาธิใบไม้ตับเช่นเดียวกัน

2.4.3 อาหารปลาดิบประเภทที่ 3 ได้แก่ ปลาจ้ำ ซึ่งเป็นอาหารหลักของชาวอีสาน โดยปกติอาหารเกือบทุกชนิดในภาคอีสานจะมีปลาจ้ำเป็นส่วนประกอบ ชาวอีสานรับประทานปลาจ้ำดิบ ทั้งในลักษณะดิบและสุก และเป็นประจำทุกวัน มีคำถามเกี่ยวกับอาหารปลาจ้ำดิบว่าจะเป็นการนำโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยหรือไม่ จากผล

การศึกษามีเหตุผลหลายประการที่ได้ชี้ให้เห็นว่า อาหารปลาร้าดิบไม่ใช่อาหารนำโรคพยาธิใบไม้ตับ ประการแรกกรรมวิธีการทำปลาร้า ต้องใช้ระยะเวลาในการหมักดองนานอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 เดือน เป็นอย่างน้อย จึงจะนำมารับประทานได้ และที่สำคัญ คือชาวบ้านเชื่อว่า ปลาร้าที่ดีมีคุณภาพนั้นจะต้องเป็นปลาร้าที่มีอายุการหมักเป็นปีๆ ชาวบ้านโดยทั่วไปจะไม่นิยมรับประทานปลาร้าที่มีอายุการหมักต่ำกว่า 1 ปี ประการที่ 2 เมื่อหมักไว้นานจะทำให้พยาธิตัวอ่อนระยะติดต่อดตาย ซึ่งประเด็นนี้หากพิจารณาประกอบกับค่านิยมในการรับประทานแล้ว ทำให้เชื่อได้ว่า อาหารปลาร้าดิบน่าจะเป็นอาหารที่ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับได้ แต่มีการตั้งข้อสังเกตว่าปัจจุบันชาวบ้านต้องหันมาซื้อปลาร้ากันมากขึ้น เนื่องจากปลาร้าที่ทำเองหาเองนั้นไม่พอกินตลอดปี ปลาร้าที่มีขายในท้องตลาดเป็นปลาร้าที่มีการนำเอาปลาใหม่ๆ เข้ามาผสม เพื่อจะได้ขายได้จำนวนมากขึ้น จึงทำให้คิดว่า ปลาร้าจากตลาด อาจจะเป็นอาหารนำโรคได้อีกประเภทหนึ่งก็ได้

2.4.4 อาหารปลาประเภทดิบๆสุกๆ อาหารปลากลุ่มนี้ ได้แก่ อาหารประเภทลาบปลา ปลาหมกไฟ ปลาย่างที่สุกไม่ดีพอ การรับประทานอาหารประเภทนี้ชาวบ้านจะนิยมและตั้งใจที่จะรับประทานในลักษณะสุกๆดิบๆ อาหารกลุ่มนี้น่าจะจัดเป็นกลุ่มอาหารที่นำโรคได้อีกประเภทหนึ่ง โดยเฉพาะลาบปลา แต่อาหารประเภทลาบปลานั้น ชาวบ้านจะนิยมใช้ปลาสกุลอื่นแทน เช่น ปลาดุก ปลาทราย ไม่นิยมใช้ปลาตะเพียน จึงทำให้อาหารกลุ่มนี้เป็นกลุ่มอาหารที่มีส่วนนำโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ค่อนข้างน้อย



ภาพที่ 3 ปลาน้ำจืดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ



ภาพที่ 4 อาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

2.5 พยาธิสภาพของโรค

สาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับในทางเดินน้ำดีของโฮสต์ได้แก่ การเคลื่อนไหวของพยาธิ สารพิษที่ออกมาจากตัวพยาธิ การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันวิทยาของโฮสต์รวมทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน โดยพบว่าพยาธิสภาพมากหรือน้อยขึ้นกับจำนวนพยาธิและระยะเวลาที่พยาธิอยู่ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพอาจมีเพียงเล็กน้อย เช่น มีการหลั่ง mucin เพิ่มขึ้น มี desquamation และ adenomatous hyperplasia ของ epithelial duct ของทางเดินน้ำดี เมื่อพยาธิ-สภาพรุนแรงขึ้นพบ glandular proliferation เข้าสู่ท่อน้ำดีอาจพบการอุดตันของทางเดินน้ำดีคั่ง มี periductal infiltration พบ eosinophil round cells fibrous และพบกลุ่มเนื้อตาย รอบบริเวณเซลล์ตับ การอุดตันของท่อน้ำดีทำให้เกิด intrahepatic bile duct dilation อาจพบเป็น clubbing หรือซิสต์ของท่อน้ำดีในบริเวณนี้ถุงน้ำดีมักไม่ทำงาน โดยพบเป็น white bile หรือ muddy bile และถุงน้ำดีอาจขยายโตได้มาก

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2541) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพไว้ 4 ประการดังนี้

1) เมื่อมีพยาธิตัวแก่จำนวนน้อยคือ มีพยาธิอยู่เพียง 100-200 ตัวในตับ หรือตรวจพบไข่ในอุจจาระน้อยกว่า 1,000 ไข่ ต่ออุจจาระ 1 กรัม พยาธิสภาพที่เห็นจะมีเพียงเซลล์บุท่อน้ำดีเจริญมากขึ้นอย่างผิดปกติ (Hyperplasia)

2) เมื่อมีพยาธิตัวแก่จำนวนมาก คือ มีมากกว่า 200 ตัว จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังท่อน้ำดีมากขึ้น เยื่อผิวของท่อน้ำดีจะหนาขึ้นกว่าปกติ ทำให้ท่อน้ำดีตีบลง บางครั้งท่อน้ำดีอาจเกิดการอุดตัน โดยตัวพยาธิทำให้เกิดการโป่งพอง เป็นแห่งๆ เนื่องจากมีท่อน้ำดีคั่งอยู่ภายในท่อน้ำดีที่ถูกอุดตัน

3) เมื่อมีพยาธิตัวแก่จำนวนมากและอยู่ในตับเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดพยาธิสภาพมากขึ้น ท่อน้ำดีถูกอุดตันมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณขั้วตับ (Portal area) ทำให้น้ำดีคั่งค้างอยู่ในตับ ท่อน้ำดีบริเวณเหนือจุดอุดตันขึ้นไปจะโป่งพองออก เห็นเป็นถุงน้ำเล็ก ๆ อยู่ทั่วไป นอกจากนี้ยังพบมีการอักเสบรอบ ๆ ท่อน้ำดีมากขึ้น การอักเสบลุกลามไปยังเซลล์ของตับ มีเซลล์ชนิด Eosinophile และ Mononuclear cell

4) พยาธิสภาพเมื่อมีโรคอื่นแทรกซ้อนอยู่ด้วย เช่น โรคขาดสารอาหาร โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส จะทำให้เกิดมีการทำลายเซลล์ของตับมากหรือน้อยตามความรุนแรงของโรค เมื่อผสมกับสภาพของตับที่เสียไป โดยพยาธิใบไม้ตับก็จะทำให้เซลล์ของตับเสียไปมากยิ่งขึ้นในที่สุดก็จะทำให้เกิดตับแข็งได้มากกว่าเมื่อไม่มีโรคอื่นแทรกซ้อน

2.6 การวินิจฉัย

สำหรับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอาศัยการตรวจหาไข่พยาธิจากอุจจาระซึ่งการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีดังกล่าวก็จะมีข้อดีจากผลบวกปลอม กล่าวคือ ผลบวกปลอมจากไข่พยาธิใบไม้ลำไส้เล็ก หรือผลลบปลอมในกลุ่มที่มีการติดเชื้อเล็กน้อยมีพยาธิใบไม้ต่ำกว่า 20 ตัว โดยคนส่วนใหญ่จะมีพยาธิไม่เกิน 50-100 ตัว มีเพียง 10 - 15 % เท่านั้นที่มีพยาธิมากกว่า 100 ตัว หรือ ไข่ > 10,000 การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิจึงให้ค่าความชุกชุมต่ำกว่าความเป็นจริง (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้แนะนำวิธีการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้

2.6.1 วิธีการตรวจวินิจฉัยหาพยาธิใบไม้ตับในระยะแรกเริ่ม

1) การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่ของพยาธิเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเชื่อถือได้มากที่สุด อาจตรวจโดยวิธีธรรมดา (Simple smear) หรือวิธีเข้มข้น (Formalin ether concentration technique) หรือโดยวิธี Kato's thick smear technique โดยไข่พยาธิต้องวินิจฉัยแยกจากไข่พยาธิใบไม้ลำไส้ที่มีขนาดเล็ก เช่น *Metagonimus yokogawai*, *Heterophyes*, *Phanerosolus Bonnie*, *Prothodendrium Molenkampii* และ *Haplorchis Taichui*

2) ตรวจอุจจาระเพื่อหาตัวพยาธิ ซึ่งพบได้หลังจากรับประทานยาขับพยาธิ แล้วเก็บอุจจาระมาตรวจโดยวิธีตกตะกอน (Sedimentation) ในน้ำเกลือ แล้วตรวจหาตัวพยาธิเป็นการวินิจฉัยที่แน่นอน

3) ตรวจหาไข่และตัวพยาธิในน้ำดีหรือน้ำย่อย เช่น ตรวจน้ำย่อยจากลำไส้ส่วนต้นหรือตรวจจากตับ

4) ตรวจโดยวิธีอิมมูโนวินิจฉัย (Immunodiagnosis) ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระได้ เพราะพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังมีทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร การตรวจวิธีนี้มีหลายวิธี เช่น Immuno-electrophoresis, Haemagglutination, Immunofluorescence, Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) เป็นต้น

2.6.2 Kato's Thick Smear Method ภาควิชาพยาธิโปรโตซัว คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า เป็นวิธีการตรวจพิเศษที่ให้ผลดีกว่าการตรวจแบบ Simple Direct Smear Method เพราะใช้จำนวนอุจจาระมากกว่า 30 - 50 เท่า เป็นวิธีที่นิยมใช้ตรวจหาไข่พยาธิ โดยเฉพาะพยาธิกลุ่มที่ติดจากดิน แต่ใช้ไม่ได้กับตัวอ่อนของพยาธิและพวกโปรโตซัว น้ำยาที่ใช้อาจทำให้ลักษณะของไข่พยาธิเปลี่ยนแปลงไปบ้างจนอาจทำให้การแยกชนิดของพยาธิยากขึ้น

1) หลักการ

การตรวจด้วยวิธีนี้ใช้แผ่นกระดาษแก้ว (Cellophane) ที่แช่ในน้ำยา malachite green และ glycerin เป็นตัวปิดทับก่อนอุจจาระแล้วกดให้แผ่นกระจายเป็นแผ่นฟิล์มอุจจาระซึ่งค่อนข้างหนา ซึ่ง glycerin จะเป็นตัวทำให้แผ่นฟิล์มอุจจาระใสขึ้นเพื่อทำให้เห็นไข่พยาธิได้ชัดเจนขึ้น และ malachite green จะเป็นตัวกรองแสง

2) วัสดุอุปกรณ์

- แผ่นกระจกสไลด์ (Microscope slide)
- ไม้ตักอุจจาระ (Applicator)
- ปากคีบ (Forceps)
- จุกยาง
- แผ่นกระดาษซับกว้างยาวประมาณ 7 x 9 ซม.
- แผ่นกระดาษแก้วชนิดดูดซับน้ำ (Cellophane, wettable type) ความหนาปานกลาง ประมาณ 40-50 ไมครอน ตัดเป็นแผ่นขนาดประมาณ 22 x 30 มม. 12
- Glycerin
- malachite green solution
- glycerin (pure) 100 ml. ประกอบด้วย
 - 6% phenol (หรือน้ำกลั่น) 100 ml.
 - 3% malachite green 1 ml.
 - ผสมส่วนประกอบต่าง ๆ ให้เข้ากันเก็บในขวดปิดฝา
 - นำแผ่นกระดาษที่ตัดไว้แช่ลงในน้ำยานี้อย่างน้อย 24 ชม. ควรปิดฝาให้แน่นเพื่อเก็บไว้

ใช้ได้ไม่นาน

3) วิธีทำ

- ตักอุจจาระประมาณ 50 - 60 มก. (ประมาณเมล็ดถั่วแดงขนาดเล็ก) วางลงบนกลางแผ่นกระจกสไลด์
- ใช้ forceps คีบแผ่นกระดาษแก้วที่แช่ในน้ำยา 1 แผ่น ปิดทับลงบนก้อนอุจจาระ
- ใช้จุกยางกด เพื่อให้อุจจาระเป็นแผ่นกระจายออกไปอย่างสม่ำเสมอและบางพอควรหรือจะใช้กลับแผ่นสไลด์แล้วกดลงบนแผ่นกระดาษซับเพื่อให้อุจจาระแผ่กระจายเป็นวงรีมีขนาดของกระดาษแก้ว
- วางทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 30 - 40 นาที
- นำไปตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์
- การรายงานผลก็เพียงบอกว่าพบไข่ของพยาธิอะไรบ้าง เป็นการตรวจเชิงคุณภาพเท่านั้น

4) ข้อควรระวังอย่าทิ้งแผ่นสไลด์ที่เตรียมแล้วไว้นานเกินไป อุจจาระจะแห้งเกินไป ทำให้มีช่องว่างของอากาศรอบๆ ไข่พยาธิ ทำให้ไม่สามารถมองเห็นไข่พยาธิได้ชัดเจนหรือมองไม่เห็น

5) ข้อจำกัด

- วิธีนี้ใช้ไม่ได้กับการตรวจหาตัวอ่อนของพยาธิและโปรโตซัว

- ไข่พยาธิที่ตรวจพบวิธีนี้ จะมีรูปร่างแตกต่างไปจากการตรวจดูด้วยวิธีธรรมดา โดยเฉพาะไข่พยาธิที่มีเปลือกบาง เช่น ไข่พยาธิปากขอ ส่วนไข่พยาธิที่มีเปลือกหนาเช่น ไข่พยาธิไส้เดือน และแส้ม้า รูปร่างจะไม่แตกต่างกัน

- ไข่พยาธิใบไม้ตับ และไข่พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก จะแยกชนิดกันแทบไม่ได้เลย เพราะไม่สามารถเห็นลักษณะของรอยต่อระหว่างของเปลือกไข่กับเปลือกไข่ได้

2.6.3 การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Polymerase chain reaction : PCR

Wongratana cheewin et al.(2002) ได้ทำการศึกษาตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับจากคน โดยเก็บตัวอย่างอุจจาระจากผู้ติดเชื้อพยาธิจำนวน 85 ราย ซึ่งตรวจยืนยันโดยวิธี Formalin ether technique จากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเพื่อทดสอบความไวของการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ โดยเปรียบเทียบกับวิธี stool's egg count 13 technique พบว่า ความไวในการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในอุจจาระมากกว่า 1,000, 200-1,000 และน้อยกว่า 200 eggs per g of feces โดยวิธี PCR อยู่ที่ 100%, 68.2% และ 50% ส่วนความจำเพาะอยู่ที่ 97.8% ซึ่งวิธี PCR มีความไวและความจำเพาะที่สูง เหมาะในการตรวจหาสารพันธุกรรมจากไข่ของพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระแต่ปัญหาอยู่ที่ต้นทุนสูงและต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจในการศึกษาความไวและความจำเพาะของวิธีการตรวจหาไข่เมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพระหว่างการตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในลำไส้ด้วยวิธี thick smear กับ Kato-Katz thick smear พบว่า ความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิในลำไส้ด้วยวิธี thick smear สูงกว่าวิธี Kato-Katz thick smear โดยเฉพาะ Schistosoma mansoni ความไวอยู่ที่ 100 % ความจำเพาะ 99.6%

3. วิทยาการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับ มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการบริโภคของคนในพื้นที่ ที่นิยมรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืด สุกๆดิบๆ จึงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในปี 2539 2552 2557 พบอัตราความชุกเฉลี่ยในภาพรวมของประเทศเฉลี่ยร้อยละ 11.8, 8.7 และร้อยละ 5.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายภาค ในปี 2557 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือและภาคกลาง ร้อยละ 21.6, 12.6 และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยพบมากในเพศชาย กลุ่มอายุ 51 – 55 ปี และอายุ 61 - 65 ปี ในอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 8.8 สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ เขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2557 มีอัตราความชุกเฉลี่ยร้อยละ 14.89 โดยพบมากในกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 27.77 (อรรวรรณ แจ่มจันทร์และคณะ, 2559) องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2557 – 2559 พบว่าโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบสูง ลำดับที่ 5, 3 และ 3 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 63 (1,108 ราย) มะเร็งตับร้อยละ

18 (320 ราย) โดยประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชาชนวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง 40 – 60 ปี เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนพบว่าต้นทุนค่ารักษาพยาบาลรวม 145,649,850 บาท (ลีลาวดี พิริยะตระกูลและคณะ, 2556) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญที่มีความรุนแรง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของประชาชน

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ ภาษาอังกฤษ คือ Health Literacy ซึ่งเกิดจากการผสมคำระหว่าง Health และ Literacy และมีความหมายดังนี้

4.1 สุขภาพ (Health)

คำว่า “สุขภาพ (Health)” นั้น มีนักวิชาการ/นักการศึกษาหลายท่านให้คำนิยามไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization, 1948) ได้ให้นิยามของ “สุขภาพ (Health)” ไว้ว่า หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ สุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (2541) ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า “Spiritual wellbeing” หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปจึงทำให้คำว่า “สุขภาพ” มีความหมายรวมถึงองค์ประกอบ 4 ส่วน ด้วยกัน ได้แก่

- 1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง สภาวะที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆอยู่ในสภาพที่ดีมีความแข็งแรง สมบูรณ์ทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน
- 2) สุขภาวะทางจิตใจ อารมณ์ หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจ เบิกบาน แจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข
- 3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น
- 4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ สามารถ ปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ของประเทศไทยได้กำหนดคำนิยามของ สุขภาพว่า หมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายทางจิตใจ อารมณ์ทางปัญญาและทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 : 9)

4.2 การรู้หนังสือ (Literacy) National Literacy Act (1991) ; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร , (2554) กล่าวถึงคำว่า “การรู้หนังสือ”(Literacy) ไว้ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในด้านการอ่าน การเขียน การพูด การคิดคำนวณ รวมทั้งการคิดแก้ปัญหาต่างๆเพื่อการพัฒนาตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

การรู้หนังสือจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งในการพัฒนามนุษย์ ซึ่งนับว่าเป็นทุนสำคัญของการพัฒนาประเทศ หากประชาชนไม่รู้หนังสือมีจำนวนมากย่อมส่งผลทำให้ประเทศนั้นไม่สามารถพัฒนาด้านอื่นๆ ได้ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม การศึกษา วัฒนธรรม นอกจากนี้การไม่รู้หนังสือยังส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นว่าผู้บริหารประเทศของประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำเรื่องการรู้หนังสือ นี้เป็นวาระระดับชาติโดยกำหนดนโยบายประชาชนสุขภาพดี (Healthy People 2010) ขึ้นในปี ค.ศ. 2010 และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเมินเรื่องการรู้หนังสือของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่าคนอเมริกันจำนวนมากที่มีปัญหาเรื่องการอ่าน การฟัง การทำความเข้าใจ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลสุขภาพ ทำให้ถูกเพ่งเล็งว่าเป็นคนที่มีความจำกัดในเรื่องความรู้ทางสุขภาพ (limited health literacy) ซึ่งแสดงออกโดยอ่านฉลากยาไม่ออก ไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์ทำให้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง (Farker, 2000 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 : 6) นอกจากนี้องค์การวิจัยทางสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้กล่าวถึงคนที่มีการรู้หนังสือในระดับต่ำ (Low literacy) ว่ามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) หลายประการ ได้แก่ มีความรู้เรื่องสุขภาพในระดับต่ำ มีอุบัติการณ์เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ตลอดจนมีการเข้าถึงหรือใช้บริการทางสุขภาพค่อนข้างน้อย (Agency for Healthcare Research and Quality : AHRQ ,2011 : 1) สำหรับประเทศไทยนั้นสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานผลการสำรวจการอ่านออกเขียนได้ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่างปี พ.ศ.2543 – 2549 ซึ่งพบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2543 มีประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 92.6 และในปี พ.ศ. 2548-2549 มีประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ คิดเป็นร้อยละ 93.5 (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับสุขภาพ (Health) และการรู้หนังสือ(Literacy) นั้น เมื่อนำคำทั้งสองมารวมกันก่อให้เกิดคำและความหมายใหม่ ซึ่งได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ดังนี้

4.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

4.3.1 นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การใช้คำเรียก “Health literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทยมีหลายคำดังนี้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2540) แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยาม
2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพเป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสารซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสารสร้างสุขภาวะของเยาวชนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

3. ความฉลาดทางสุขภาพเป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษาเมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพโดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

4. ความฉลาดทางสุขภาพเป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษาศึกษากรรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ธันวาคม, 2553)

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำที่กองสุขศึกษาศึกษากรรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขให้ความหมายคือความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม นิยามพอสังเขปได้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1998) ได้นิยามคำว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) นั้นเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม (cognitive and social skills) เป็นแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริม และบำรุงรักษาให้มีสุขภาพดี ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้นิยามความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพใหม่ว่า หมายถึงผลสัมฤทธิ์ของระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความเชื่อมั่นในการแสดงออกของบุคคลเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ต่อมา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, 2013 cited in Caylan ,2017) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” (Health literacy) เพิ่มจากเดิมว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ และความรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งความสามารถของบุคคลในการเสาะแสวงหา เข้าถึง ข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าข้อมูลที่ได้ และตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันโดยการดูแลรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีการดำรง รักษาสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life Course.)

รัทซาน และปาร์คเกอร์ (Ratzan and Parker, 2000 cited in Institute of Medicine : IOM ,2004 :32) ให้ความหมายว่าเป็นระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการที่เข้าถึง ได้รับข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจ

เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพพื้นฐานหรือบริการทางสุขภาพที่ได้รับเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพในทางที่เหมาะสม (The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.)

Shoou-Yih D. Lee, Ahsan M. Arozullahb, Young lk Cho (2004) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับสภาวะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยชั้นกลางที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเองและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในการแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล

แควน ฟรานกิส และรูทแมน (Kwan, Frankish and Rootman , 2006) ได้กล่าวถึง ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง แสวงหา สืบค้นข้อมูล ทาความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินค่าข้อมูลและสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดีนั้นจนตลอดช่วงชีวิต (The degree to which people are able to access, understand, appraise and communicate information to engage with the demands of different health contexts to promote and maintain health across the life-course.)

Kickbusch (2006) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง การกระทำที่เป็นพลวัตและมีพลังจูงใจตนเอง และเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ

Don Nutbeam (2008) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

Rootman (2009) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารที่มีความหลากหลายของบริบทและยังเป็นการต้องการในด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 : 11) ได้นิยามคำว่า โดยแปลมาจากขององค์การอนามัยโลกว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคล ในการเข้าถึงทำความเข้าใจและนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ประโยชน์เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง การที่ได้รับการถ่ายทอดและผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

HLS-EU Consortium (2012) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง การรู้หนังสือที่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการคงอยู่ในการดูแลสุขภาพตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอด

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (2560) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะถ่วงดุล ประเมินและ ตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม (ตามมติการประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ 8 ก.พ. 2560)

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าของข้อมูล ข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งรอบๆตัว จนทำให้เกิดแรงจูงใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง หรือจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและคงรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1998) ดอน นัทบีม (Don Nutbeam, 2008) และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) นั้นมีความเชื่อมโยงกับการป้องกันสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกความหมายนี้มาเป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยครั้งนี้ และให้ความหมายของคำว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” ว่าหมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพ วิเคราะห์และประเมินข้อมูลและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องการ

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จนสามารถเลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและสามารถแนะนำคนในครอบครัวและคนอื่นเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

4.3.2 ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ แม้ว่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างขีดจำกัดของความรู้ทางสุขภาพ กับผลลัพธ์สุขภาพจะมีการยืนยันค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามยังมีข้อค้นพบความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันอยู่ แสดงให้เห็นว่าความรู้ทางสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลของคนอเมริกันด้วย ด้วยเหตุนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและให้บริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Department of Health and Human Services : DHHS) จึงกำหนดนโยบายเรื่องความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เข้ามาเป็นวาระแห่งชาติทางด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (Nation's Healthy People 2010 objectives) สำหรับในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขต่างเห็นสอดคล้องกันว่าความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งจัดเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีความสามารถที่จะเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจไปปฏิบัติตน หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคล ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

คณะกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (2559) กล่าวถึงร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2559 ฉบับลงประชามติ มาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยเหตุนี้จึงกำหนดให้มีการนำเรื่องการปฏิรูปความรู้ทางสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพมาจัดทำเป็นนโยบายเร่งด่วนซึ่งเรียกว่า “นโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ” รวมทั้งจัดตั้ง “คณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ” และยุทธศาสตร์ในการปฏิรูปเพื่อให้เกิดสังคมแห่งความรู้ทางสุขภาพขึ้นในประเทศไทยขึ้น เพื่อผลักดันให้พลเมืองไทยเป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้ทางสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพประการหนึ่ง ได้แก่ การพัฒนาความสามารถของประชาชน ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองครอบครัว และชุมชนได้ โดยการสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) จะเห็นว่าสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กล่าวไว้ว่า “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ทางสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืนสามารถชี้นำระบบสุขภาพได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองหรือควบคุมโรคได้

4.3.3 องค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมหลักการและแนวคิดองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีหลายองค์ประกอบที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

แนวคิดขององค์การอนามัยโรค (1998) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน

แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์พยาบาล เกสซ์กร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 Communicative/Interactive Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 Critical Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของ Shooou-Yih D. Lee (2004) ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) ความรู้เรื่องโรคและ การดูแลตนเอง (*Knowledge of disease and self-care*)
- 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (*Health risk behavior*)
- 3) การดูแลป้องกันและการตรวจสุขภาพ (*Preventive care and physician visits*) และ
- 4) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (*Compliance with medications*) เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพน้อยก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมไปถึงการไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษา

แนวคิดของ Rootman, (2004) ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) การรู้หนังสือด้านทั่วไป (General Literacy) เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวน การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ
- 2) การรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่างๆ เป็นต้น

แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) กับการรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่นๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวน การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และ การตัดสินใจ และ การรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่างๆ เป็นต้น โดย การรู้หนังสือที่ต่ำหรือสูงในทุกด้านจะส่งผลต่อ สถานะสุขภาพ

และคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรง ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำสั่งของแพทย์ ความสม่ำเสมอของการกินยา การปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมอันเกิดจากความสามารถในการรู้หนังสือ อาจจะไม่เห็นผลตรงๆ แต่กลับมีผลกระทบต่อสุขภาพตามมาอย่างมาก ได้แก่ ความเครียด สิ่งแวดล้อมในการทำงาน รายได้ การรู้จักเลือกรับบริการ และวิถีในการดำรงชีวิตในแนวทางในการเพิ่มหรือพัฒนาให้เกิดความรู้เท่าทันสุขภาพ คือ

1. การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) การสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การพัฒนาศักยภาพ (Capacity Development) ด้วยการจัดโปรแกรมให้สุศึกษาและอบรม (Education and Training)
3. การพัฒนาชุมชน (Community Development) โดยเพิ่มพลังอำนาจแก่ชุมชนโดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตตามบริบทของแต่ละชุมชน
4. การพัฒนาองค์กร (Organizational Development) โดยการพัฒนาสถานที่ต่างๆ (Settings) เช่น ที่อยู่อาศัย สถานศึกษา ที่ทำงาน เพื่อให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น
5. การพัฒนานโยบาย (Policy Development) โดย การนำนโยบาย กฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ให้เกิดการบังคับใช้
6. การผสมผสาน (Combined Approach) เป็นการ นำวิธีการต่างๆ ที่กล่าวมา เพื่อปรับใช้ด้วยกัน โดยแนวทางต่างๆ จะนำไปสู่การเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

แควน ฟรานกิส และรูทแมน (Kwan, Frankish &, Rootman, 2006) ได้กล่าวถึง ความหมายที่สะท้อนถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพว่า ประกอบด้วย 1) การเข้าถึง/เสาะแสวงหาสืบค้นข้อมูล 2) การทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ 3) การวิเคราะห์ แปลความหมายประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ และ 4) การสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดีนั้นจนตลอดช่วงชีวิต

แนวคิดของ Paasche-Orlow & Wolf (2007)

“Integrated Model of Health Literacy”

ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) เข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพ (Access and utilization of health care)
- 2) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ (Provider- patient interaction)
- 3) การดูแลตนเอง (Self - care) ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพ จะถูกกำหนดโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน โดยปัจจัยทั้งสาม ได้แก่ เข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบดูแลสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และการดูแลตนเองมีอิทธิพลที่มีความสำคัญการได้ตอบภายในบุคคลที่จะเข้าใช้บริการสุขภาพ วิธีโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

แนวคิดของ Nutbeam (2008) “Conceptual model of health literacy as a risk” ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการ

สื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self - management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัยการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

แนวคิดของ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) 'The Health Literacy Pathway Model' ประกอบด้วย

- 1) ความรู้สุขภาพ (Health knowledge)
- 2) ทักษะการจัดการตนเอง (Self- management skills)
- 3) ประสิทธิภาพในการสืบหาข้อมูลการข้อมูล (Active information seeking and use)
- 4) ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively communicating with health professionals)
- 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกในการรักษา (Seeking and negotiating treatment options)
- 6) การตัดสินใจ (Decision making)
- 7) ผลลัพธ์ของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy outcomes)

โดยมีขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตัวเอง โดยความรู้พื้นฐานนี้ จะเกิดขึ้นโดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพหรือผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือ เรื่องสุขภาพกับเพื่อนและครอบครัว การรับสื่อสุขภาพ ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติ ด้านการรู้เท่าทันสุขภาพ จะแสดงถึงความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหาและการใช้ข้อมูล (เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการแสวงหาข้อมูลและการวิเคราะห์ความสำคัญของข้อมูล) และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การฉีดยาด้วยตนเอง การจัดการระดับน้ำตาล ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพจะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความฉลาดทางสุขภาพเป็นทักษะ เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผลิตข้อมูล ทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของทางเลือกในการรักษา อย่างไรก็ตาม บางคนสามารถจะผลิตข้อมูลทางสุขภาพของตัวเอง หลังจากการการพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการค้นหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง ที่ได้จากทักษะ ขั้นตอน ที่ 3 ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพ เพื่อเป็นทางเลือกและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป ขั้นที่ 5 การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้ สร้างให้เกิดความเข้มข้นในการตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพโดยบุคคลที่มีพฤติกรรม ในขั้นนี้จะมีพฤติกรรม

จากชั้นที่ 1 ผ่านชั้นต่างๆมาถึงชั้นที่ 5 อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอน อาจมีการสลับขั้นตอนกันได้

แนวคิดของ Sorensen et al. (2012) “Integrated model of health literacy” ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) 2) การเข้าใจ (Understand) 3) การประเมิน (Appraise) 4) การปฏิบัติ (Apply) อธิบายได้ดังนี้

- 1) การเข้าถึง หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
- 2) เข้าใจ หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ
- 3) ประเมินความสามารถในการอธิบายการตีความตัวกรอง ผู้พิพากษาและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการเข้าถึง และ
- 4) การปฏิบัติ ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูล ในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ จากงานวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่ตีพิมพ์เผยแพร่ เช่น Shooou-Yih D. Lee (2004) ; Paasche-Orlow & Wolf (2007) ; Nutbeam (2008) ; Von Wagner (2009) ; Rootman, (2009) ; Chin et al. (2011) และ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) เป็นต้น รวมทั้งงานวิจัยที่อยู่ในฐานข้อมูลต่างๆของต่างประเทศ แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบจนได้คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่บุคคลควรได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวน 6 ประการ ได้แก่

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) หมายถึง การที่บุคคลรู้ว่าจะหาข้อมูลสุขภาพหรือบริการสุขภาพได้จากแหล่งใด สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ มีความเข้าใจ ประเมิน วิเคราะห์ความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพ หรือบริการสุขภาพ สามารถนำข้อมูลนั้นไปใช้ได้

2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การที่รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สามารถอธิบายเหตุผลของการปฏิบัติตัวนั้นๆได้ สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันได้

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการอ่าน บันทึก ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการบอกทางเลือกในการปฏิบัติของตนเองได้ รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบจุดเด่น จุดด้อย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจแต่ละแนวทางเลือกได้

5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง การที่บุคคลสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ สามารถเลือกรับสื่อหรือชี้แนะแนวทางในการบริโภคสื่อที่ถูกต้องให้กับผู้อื่นได้

6) การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง บุคคลมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถทำตามแผนที่กำหนดได้ รวมทั้งมีการทบทวนการปฏิบัติตนนั้นเพื่อนามาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) เสนอว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายองค์ประกอบในการวัดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้ จะทำการวัดทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งครอบคลุมทุกแนวคิดองค์ประกอบที่ตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) และกองสุศึกษา(2558) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 สรุปองค์ประกอบการวิจัย

องค์ประกอบการวิจัยครั้งนี้	องค์ประกอบจากการทบทวนงานวิจัย
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	การเข้าถึงข้อมูล การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกการรักษา
2. ความรู้ความเข้าใจ	ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการรับรู้ การรู้หนังสือ
3. ทักษะการสื่อสาร	ทักษะการสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ
4. การจัดการตนเอง	การจัดการตนเอง การดูแลตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำ
5. ความรู้เท่าทันสื่อ	การรู้เท่าทันสื่อ
6. ทักษะการตัดสินใจ	ทักษะการตัดสินใจ การใช้ข้อมูล ตรวจสอบ วิเคราะห์ แปรความ ประเมินค่า ผลลัพธ์ของความรู้ด้านสุขภาพ

4.3.4 ระดับของความรู้ทางสุขภาพ

Nutbeam.(2000) แบ่งความรู้ทางสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับได้แก่

ระดับ 1 ความรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Literacy) เป็นสมรรถนะในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพจัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพเช่นการอ่านใบยินยอมรับการรักษารักษาการอ่านฉลากยาการเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาจากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 ความรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/Interactive Literacy) จัดเป็นสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็น

การรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเช่นการรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้ เข้าใจเพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) จัดเป็นสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่บุคคลมีอยู่เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีอย่างต่อเนื่อง

4.3.5 เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ทางสุขภาพ ปัจจุบันพบว่ามีเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งได้รับการพัฒนาจากนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ดังนี้

4.3.5.1 เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ทางสุขภาพของต่างประเทศ

1) The eHealth Literacy Scale (eHEALS) แบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นแบบวัดที่ผู้ทำแบบวัดประเมินตนเอง (Self- report) (Norman & Skinner, 2006) โดย eHEALS มีการออกแบบเพื่อประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ และเพื่อช่วยในการกำหนดความเหมาะสมระหว่างโปรแกรม eHEALS กับบุคคล วัดจาก 6 ด้าน คือวัฒนธรรม (Traditional) ข้อมูลข่าวสาร (Information) สุขภาพ(Health) คอมพิวเตอร์ (Computer) สื่อ (Media) และ การรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy)

2) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) คือแบบวัดที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณ (Sharif & Blank , 2009) เป็นแบบวัดที่ถูกนำมาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ในเด็กและเยาวชน รวมไปถึงผู้ใหญ่ แบบวัดนี้มีทั้งหมด 67 ข้อ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 ข้อ วัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ

3) The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วินิจฉัยและระบุตัวผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis, Crouch, Wills & Abdehou, 1991) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา ฉลากยาต่างๆ โดยคำศัพท์เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือ ทักษะการอ่าน (การจดจำคำหรือเข้าใจในการอ่านและการคิดคำนวณ) และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่นความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียนและการอ่าน

4) Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสื่อสารและการมีวิจารณ์ญาณ ใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) แบบวัดนี้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ 1) ขั้นพื้นฐาน ในขอบเขตที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการ

สื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค 3) ชั้นวิพากษ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

5) Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Hanson-Divers, 1997 cited in Mancuso JM., 2009) มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว ทำให้อ่านได้ยากซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้

6) เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam โดยวัดจาก 4 ด้านคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับในระดับสูง เท่ากับ 0.86

7) เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, 2557) พบว่า มีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

8) เครื่องมือวัด The HLS-EU-Q47 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากทุนงบประมาณของ the European Commission's Health Programme โดย Sørensen (2013) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทำ Delphi สนทนากลุ่ม นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง การนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ พร้อมผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 25 คนและแปลเป็นหลายภาษา (Delphi, focus groups, field-test, expert consultations, translations) เพื่อนำไปใช้ในการวัดในประเทศยุโรปโดยมีค่า Chronbach's alpa อยู่ในช่วง 0.51 to 0.91 รวมจำนวน 47 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าตาม likert scale 5 ระดับ คือ ให้คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก 2 ยาก 3 ง่าย 4 ค่อนข้างง่าย และ 5 คือ ไม่ทราบ/ไม่เคย วัดจาก 4 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบ/ประเมิน/ตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ ในบริบทการดำเนินงาน 3 ด้านคือ การดูแลรักษา การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อรวมเป็นเมทริกซ์ (4 องค์ประกอบ × 3 บริบทการดำเนินงาน) จึงประกอบด้วย 12 ด้าน ดังตัวอย่างข้อคำถาม ในบริบทงาน/องค์ประกอบ ตัวอย่าง เช่น 1) ด้านการดูแลรักษา/การเข้าถึงข้อมูล เช่น ข้อ 1 การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ท่านตระหนักรู้ ข้อ 2 การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ท่านตระหนักรู้ 2) ด้านการดูแลรักษา/ความเข้าใจ เช่น ข้อ 5 ความเข้าใจในสิ่งที่แพทย์พูดกับท่าน ข้อ 8 ความเข้าใจคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเกี่ยวกับข้อกำหนดวิธีใช้ยา 3) ด้านการดูแลรักษา/การประเมิน เช่น ข้อ 10 ตัดสินข้อดีและข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แตกต่างกัน ข้อ 12 ตัดสินความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากสื่อ 4) ด้านการป้องกัน/การเข้าถึงข้อมูล เช่น ข้อ 18 การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า ข้อ 20 การหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน/จัดการ เช่น การมีน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูงหรือคอเลสเตอรอลสูง 5) ด้านการป้องกัน/การนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ เช่น ข้อ 29 ตัดสินใจว่าท่านจะรับวัคซีนไข้หวัดหรือไม่จากข้อมูล ข้อ

31 ตัดสินใจว่าท่านจะป้องกันตัวเองจากการเจ็บป่วยได้อย่างไรโดยพิจารณาจากข้อมูลในสื่อ และ 6) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ/ การประเมิน เช่น ข้อ 41 การตัดสินใจว่าชีวิตของท่านจะอยู่ที่ไหนก็จะมีผลต่อสุขภาพและความสุข ข้อ 43 ตัดสินใจว่าการกระทำในชีวิตประจำวันเกี่ยวข้องกับสุขภาพของท่านเสมอ เป็นต้น

9) เครื่องมือวัด Health Literacy Questionnaire (HLQ) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Osborne et al. (2013) เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกวัย โดยพัฒนาขึ้นจากข้อมูลฐานรากที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่างๆ ทั้งประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบายซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรง ทำการทดสอบเครื่องมือจากกลุ่มประชาชนในพื้นที่ชุมชน ศูนย์ดูแลสุขภาพและโรงพยาบาลจำนวน 634 คน และตรวจสอบซ้ำกับประชาชน 405 คน ซึ่งแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของ Osborne สามารถใช้ในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป ใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และศึกษาความต้องการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคลได้ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า มี 9 องค์ประกอบและจำนวนข้อคำถาม 44 ข้อ สรุปค่าคุณภาพของแบบสอบถาม ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าคุณภาพของแบบวัด HLQ ของ Osborne et al. (2013)

องค์ประกอบ	จำนวนข้อรวม 44 ข้อ	ค่าจำแนกของแบบวัด	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ	ค่า R2
1. รู้สึกเข้าใจและการได้รับสนับสนุนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ	4	0.10-0.19	0.88	0.39-0.67	0.58-0.98
2. มีข้อมูลเพียงพอในการจัดการสุขภาพตนเอง	5	0.11-0.27	0.88	0.73-0.98	0.54-0.96
3. การจัดการสุขภาพของตนเอง	5	0.13-0.30	0.86	0.72-0.91	0.52-0.82
4. ได้รับการสนับสนุนทางด้านสุขภาพ	5	0.10-0.19	0.84	0.70-0.89	0.48-0.79
5. ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพได้	5	0.18-0.38	0.77	0.59-0.86	0.34-0.74
6. ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้	5	0.15-0.24	0.90	0.79-0.88	0.63-0.77
7. การสืบค้นข้อมูลระบบบริการสุขภาพ	5	0.07-0.42	0.88	0.61-0.94	0.37-0.88
8. ความสามารถในการหาข้อมูลที่ดีด้านสุขภาพ	5	0.20-0.27	0.89	0.81-0.87	0.66-0.75
9. เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ	5	0.08-0.16	0.88	0.80-0.88	0.63-0.78

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ รวม 44 ข้อ	ค่าจำแนก ของแบบวัด	ค่าความเชื่อมั่น ของ แบบสอบถาม	ค่าน้ำหนัก ขององค์ประกอบ	ค่า R2
ที่ทาให้รู้ว่าจะทำอย่างไรต่อ					

4.3.5.2 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 – 2559 พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของ Nutbeam (2009) เป็นหลักที่มี 3 ระดับ 6 ด้านได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional literacy level) มีด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy level) มีด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และ ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy level) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ซึ่งแนวคิดนี้ สามารถเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดทั้งในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) หรือในกลุ่มผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (Public health) หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1) แบบวัด HL เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มี 4 องค์ประกอบ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86

2) แบบวัด ABCDE –HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 3อ 2ส สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งฉบับยาวมี 36 ข้อมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง . 0.67 -0.91 ส่วนฉบับสั้นมี 19 ข้อระหว่าง 0.60 -0.79

3) แบบวัด HL สำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight) มี 35 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.70 -0.82

4) แบบวัด HL เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี (Health Literacy Scale for Unwanted Pregnancy Prevention of Thai Female Adolescents) ระดับมัธยมปลายและนักศึกษา พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) เพื่อศึกษาสถานภาพด้านความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนสตรีไทย โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักสุขภาพทางเพศและทางจิตวิทยาสังคม โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 8 ตอน รวม 71 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 18 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 9 ข้อ และ ตอนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 15 ข้อ 5) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตาม

หลักหลักสูตรบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-14 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2558 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งฉบับยาวมี 44 ข้อมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.69-0.77 และฉบับสั้นมี 30 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's Alpha ระหว่าง 0.55-0.81

6) เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้นโดยชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร (2558 : 6) เครื่องมือชุดนี้พัฒนาขึ้น จากความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล กับกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์องค์ประกอบจนได้คุณลักษณะสำคัญหรือองค์ประกอบ จำนวน 8 ด้าน เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบวัดใช้สำหรับประเมินความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) หรือความรู้ทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนี้

(6.1) แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.81

(6.2) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.38 - 0.78 และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.98 - 0.99

(6.3) แบบทดสอบความเข้าใจตัวเลข มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 - 0.74) และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82

(6.4) แบบประเมินความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.54

(6.5) แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจโรค และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 - 0.79 และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.78 - 0.89

(6.6) แบบประเมินการปฏิบัติสื่อสาร ในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

(6.7) แบบประเมินการตัดสินใจ ในกรณีต่างๆ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 - 0.78) มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.49 ส่วนการตัดสินใจเมื่อต้องไปนอกพื้นที่มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

(6.8) แบบประเมินการปฏิบัติตัว 3 อ 2 ส มีค่าความเชื่อมั่น(Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.78

แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วย 9 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ตอนที่ 3 ประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐาน จำนวน 66 ข้อ ตอนที่ 4 ประเมิน ความสามารถในการอ่าน และเข้าใจตัวเลข จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 5 ประเมินความสามารถในการเข้าถึง หรือ แสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 6 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 36 ข้อ โดยให้

ตอบทั้งผู้ที่เป็นทั้งโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ ตอบเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ ตอบเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 7 ประเมินการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉิน ปัญหาต่างๆ จำนวน 17 ข้อ ตอนที่ 8 ประเมินการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือ เงื่อนไขการใช้ชีวิต จำนวน 11 ข้อ และ ตอนที่ 9 ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 8 ข้อ

7) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for Thai adults) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2556 (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016; กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557) โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) เริ่มต้นจากการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – 2013 จำนวน 29 เรื่อง ทำให้ได้องค์ประกอบารวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับ ตามนิยามของ Nutbeam (2008) และ Edward, Wood, Davies & Edwards (2012) คือ ระดับพื้นฐาน 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (Needed health knowledge and understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing with information and service) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communicating for added professionals) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (Managing their health condition) ระดับวิจารณ์ญาณ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ (Getting media and information literacy) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making appropriate health decision to good practice) และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัด รวม 4,401 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าคุณภาพของแบบวัด The ABCDE-health literacy scale for Thai adults

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ รวม 36 ข้อ	คะแนน เต็ม	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
1. ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (มีค่าความยากง่าย = .490-.660)	10	10	0.43-0.77	0.61 (KR-20)	0.39-0.67
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	5	20	0.63-0.73	0.86	0.72-0.84
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	6	24	0.55-0.85	0.91	0.74-0.85
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ตนเอง	5	20	0.69-0.75	0.89	0.71-0.79
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5	20	0.55-0.71	0.83	0.39-0.77
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	5	20	0.22-0.48	0.67	0.69-0.82

จากการพิจารณาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ตามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าไม่มีเครื่องมือชุดใดที่ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเลย ดังนั้นผู้วิจัย ดังนั้นจึงผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนขึ้นมาใหม่โดยประยุกต์แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ ของ Don Nutbeam (2008) และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558)

ซึ่งมีองค์ประกอบรวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับ (ตามนิยามของ Nutbeam (2008) และ Edward, Wood, Davies & Edwards (2012)) คือ ระดับพื้นฐาน 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (Needed health knowledge and understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing with information and service) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communicating for added professionals) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (Managing their health condition) ระดับวิจารณ์ฐาน 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ (Getting media and information literacy) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making appropriate health decision to good practice) เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

4.3.6 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม จัดทำร่างเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

1.1) ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อระบุประเด็นหรือจุดเน้นที่ควรวัด (Health Literacy) ตามแนวคิดของ ของ ดอน นัทบีม (2008) และ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ
2. ความรู้ความเข้าใจ
3. ทักษะการสื่อสาร
4. การจัดการตนเอง
5. การรู้เท่าทันสื่อ
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

และจัดทำร่างเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนให้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 1

1.2) ทำการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item Congruence) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/

ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปและทำการสรุปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2

1.3) สุ่มพื้นที่และประสานงานพื้นที่เพื่อทดสอบเครื่องมือฉบับร่าง 2

1.4) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 2 ไปทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถามในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่างที่ 2 ทั้งนี้ในการศึกษานำร่อง(Pilot Study) ไม่มีรายละเอียดของการคำนวณตัวอย่าง โดยส่วนมากจำนวนตัวอย่างไม่มากนัก ไม่เกิน 20 คน ⁽²⁵⁾ ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้จำนวนตัวอย่าง 30 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในเครื่องมือ ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพ ดังนี้

ข้อคำถามด้านความรู้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน วิเคราะห์คุณภาพแบบวัด

(26) ดังนี้

- 1) อำนาจจำแนก มีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปถึงค่าเข้าใกล้ 1 จะเป็นค่าจำแนกที่ดีมาก
- 2) ค่าความยากง่าย ซึ่งค่าความยากง่ายที่ดีควรมีค่าระหว่าง 0.2-0.8
- 3) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าตั้งแต่ 0.7

ขึ้นไป

ส่วนข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่าวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้วย

- 1) อำนาจจำแนก (corrected item-total correlation) มีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป
- 2) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในมากกว่า 0.7 ขึ้นไป

1.5) ทำการปรับข้อคำถามเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับได้เครื่องมือวัดความรอบรู้ฉบับร่างที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับ โดย

2.1) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 3 ไปทดลองใช้กับประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่นในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 220 คน โดยผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถามในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3

2.2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis; CFA) และตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบเส้นทางอิทธิพลกับผลวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

- 2.3) คำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรู้
- 2.4) ได้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับสมบูรณ์

5. พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่อไปนี้ ความหมายของพฤติกรรม องค์ประกอบของพฤติกรรม นิยามและความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

5.1 ความหมายของพฤติกรรม

กันยา สุวรรณแสง (2536) อธิบายความหมายของพฤติกรรม ว่าหมายถึง อาการ บทบาท ลีลา ท่าทาง ความประพฤติ การกระทำที่ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมีฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

ราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้คำจำกัดความหมายพฤติกรรมว่า หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือไม่สามรถสังเกตได้ ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้ 2 ประเภท คือ

- 1) พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย
- 2) พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

คันสนีย์ ต้นตวิวิท (2552) กล่าวถึงพฤติกรรมที่มีความหมายแล้วมีความสอดคล้องกันคือ พฤติกรรมบางอย่างเราสามารถรับรู้ได้ด้วยอวัยวะรับความรู้สึก (Sense organ) เช่น เวลาเรายืน นั่ง พุดคุย ดีใจ เสียใจ หรือโกรธ แต่พฤติกรรมบางอย่างเราสังเกตเห็นไม่ได้ อาจรู้ได้โดยมีเครื่องมือวัดพฤติกรรม เช่น เครื่องมือจับเท็จ เราอาจแบ่งพฤติกรรมเป็น 2 แบบ คือ

แบบที่ 1 Special pattern เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการทำงานของร่างกายหลาย ๆ ส่วนร่วมกัน เช่น การเคลื่อนไหวของนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เวลาถือของเล็ก ๆ

แบบที่ 2 Temporal pattern เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการทำงานของร่างกายต่อเนื่องกัน เวลาที่เรายื่นมือไปหยิบวัตถุ เราต้องใช้สายตามองดูวัตถุพร้อมกับยื่นมือไปหยิบวัตถุนั้น

คอร์นบาคซ์ (Cronbach, 1963 อ้างอิงใน ณรงค์ บัวบาน, 2556) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีองค์ประกอบ 7 ประการคือ

- 1) ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรมคนเรามีพฤติกรรมเกิดขึ้นก็เพราะต้องการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือต้องการทำตามวัตถุประสงค์ที่ตนได้

ตั้งไว้ คนเรายังมีความต้องการหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน และมักจะเลือกสนองตอบความต้องการ ที่รีบด่วนก่อนความต้องการอื่น ๆ

2) ความพร้อม (Readiness) ระดับวุฒิภาวะ หรือความสามารถที่จำเป็นในการประกอบพฤติกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการ คนเราจะมีความพร้อมในแต่ละด้านที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น พฤติกรรมของทุกคนจึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน และไม่สามารถจะประกอบพฤติกรรมได้ทุกรูปแบบ

3) สถานการณ์ (Situation) คนเรายังจะประกอบพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ เมื่อมีโอกาสหรือสถานการณ์นั้น ๆ เหมาะสมสำหรับการประกอบพฤติกรรม

4) การแปลความหมาย (Interpretation) แม้จะมีโอกาสในการประกอบพฤติกรรมแล้ว คนเราก็มักจะประเมินสถานการณ์ หรือคิดพิจารณาก่อนที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ลงไป เพื่อให้พฤติกรรมนั้นมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเขาได้มากที่สุด

5) การตอบสนอง (Respond) หลังจากได้แปลความหมาย หรือได้ประเมินสถานการณ์แล้ว พฤติกรรมก็จะถูกกระทำ ตามวิธีการที่ได้เลือกในขั้นตอนของการแปลความหมาย

6) ผลที่ได้รับ (Consequence) เมื่อประกอบพฤติกรรมไปแล้วผลที่ได้จากการกระทำนั้น ๆ อาจตรงกับความต้องการ หรืออาจจะไม่ตรงกับความต้องการที่ตนเองได้คาดหวังไว้

7) ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Threat) เมื่อคนเราไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ก็มักจะประสบกับความผิดหวัง ซึ่งเมื่อเกิดความผิดหวังแล้วคน ๆ นั้นก็อาจจะกลับไปแปลความหมายใหม่ เพื่อที่จะหาวิธีที่จะสนองความต้องการของตนเองใหม่

5.2 องค์ประกอบของพฤติกรรม

เบนจามิน บลูม (Bloom, 1975 อ้างอิงใน ชาญชลักษณ์ เยี่ยมมิตร, 2556) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้ หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) คือ พฤติกรรมที่มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิดและพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกได้ ดังนี้

(1) ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้น เกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

(2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ ต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงมาในของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

(3) การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

(4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์ หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

(5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

(6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัย ติราคาของสิ่งต่าง ๆ โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้ว

2) พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) คือ ความสนใจ ความรู้สึกเท่าที่ ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรม ที่ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน แบ่งได้ดังนี้

(1) การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือ มีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจในสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนักความยินดีที่ควรรับและการเลือกเก็บ

(2) การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

(3) การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

(4) การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมและการจัดระบบของค่านิยม

(5) การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Value Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยกระตุ้นพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมขั้นนี้ ประกอบด้วย การวางแนวทางของการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรม ด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพหรือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคล คือ เป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ดังนั้น ความหมายของพฤติกรรม สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปรากฏสัมผัสได้ รวมทั้งความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เป็นสิ่งที่บุคคลกระทำแสดงออกหรือสนองตอบต่อสิ่งเร้า ซึ่งสามารถสังเกตได้และไม่ได้ แต่

สามารถวัดได้ โดยองค์ประกอบของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิปัญญา พฤติกรรมด้านเจตคติและพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

5.3 นิยามและความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

นิยามของพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537 อ้างอิงใน มณีรัตน์ ชีระวัฒน์, 2556) นักพฤติกรรมศาสตร์ นักวิชาการ ด้านสาธารณสุขและนักวิชาการสุขศึกษา และส่งเสริมสุขภาพได้ให้ความหมายและขอบเขตของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยสรุปแล้วตามแนวคิดเชิงทฤษฎี นักวิชาการส่วนใหญ่มองว่า พฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) พฤติกรรมภายนอก หมายถึง การปฏิบัติด้านสุขภาพที่มองเห็นได้ สังเกตได้ และพฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ ครอบคลุมปัจจัยด้านจิตวิทยาต่าง ๆ (Psychological factors) ที่สามารถใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาวัดประเมินได้ เช่น ความเชื่อ ความคิดเห็น การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง หรือเป้าหมาย ฯลฯ ซึ่งในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่าปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคล

กองสุศึกษา (2555) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ซึ่งมีผลมาจากความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้และพฤติกรรมภายในที่อาจการเปลี่ยนแปลงโดยสังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ สรุปดังนี้

6.1 การทบทวนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ฉัตรลดา ดีพร้อม และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ (2560) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับบ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 83 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่เข้ารับการ

ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.81 มีอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 32.53 สถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.52 กลุ่มตัวอย่างเคยกินปลาจากแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน ร้อยละ 98.80 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100.00 โดยส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 98.80 และส่วนใหญ่ ไม่มีญาติพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.72 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.47 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.08 การรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.95 และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.93

ปวีณา นามโคตรและคณะ(2560) ศึกษาประสิทธิผลของวิธีการทางสุขศึกษาในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตต้า โดยการสืบค้นรายงานวิจัยในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, SCOPUS, ISI และ Cochrane library รวมทั้งวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย และเอกสาร อ้างอิงในงานวิจัยที่สืบค้นได้ คำสำคัญคือ Health education, Control effectiveness, Strategy, Liver fluke, Raw fish, Opisthrochis viverrini, Clonorchis sinensis เลือกรายงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม หรือกึ่งทดลอง จากรายงานวิจัย พบกลุ่มที่ได้รับวิธีการทางสุขศึกษาครอบคลุมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนการปฏิบัติตน ในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติเพียงเล็กน้อย

วิประภา พรหมจันทร์(2560) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ลดภาระเร่งท่อน้ำดีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโนนสุวรรณ อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ปีงบประมาณ 2560 ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนมีความรู้ความตระหนัก และมีความตั้งใจต่อการเลิกกินปลาดิบ หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับลดภาระเร่งท่อน้ำดีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มากกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีความรู้ (ร้อยละ 90.10) ความตระหนัก (ร้อยละ 66.46) และความตั้งใจต่อการเลิกกินปลาดิบ (ร้อยละ 65.25) อยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติตัว (ร้อยละ 38.30) อยู่ในระดับปานกลาง อัตราการตรวจพบพยาธิใบไม้ในตับลดลงจากปี 2559 เหลือร้อยละ 4.88

กาญจนา ฮามสมพันธ์และคณะ(2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าภายหลังการทดลอง หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value <0.001) ทักษะคิดมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value <0.001) และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value <0.001) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้คือ การที่หัวหน้าครัวเรือนได้รับองค์ความรู้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้หัวหน้าครัวเรือนมีความ

มั่นใจ กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการเยี่ยมชมติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้หัวหน้าครัวเรือนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดีขึ้น

เกษทร ปะทิ(2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พบว่า ด้านความชุก พบกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ จำนวน 543 ราย คิดเป็น ร้อยละ 19.08 โดยจำแนกการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด ร้อยละ 59.4 รองลงมา คือ พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 44.3, พยาธิตีตหมู วัว ร้อยละ 22, พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 20.4, พยาธิปากขอ ร้อยละ 9.91, และพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 4.02 ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคหนอนพยาธิที่ไม่ปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยง มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$, $OR. = 10.9$, $95\%CI$ 4.63 - 26.01 และ $p = 0.002$, $OR. = 3.06$, $95\%CI$ 1.43 - 6.11 ตามลำดับ) โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ การไม่ล้างมือก่อนการกินอาหาร หลังการขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง การรับประทานปลาดิบ แหนมดิบรวมถึงการรับประทานส้มตำที่ใส่ปลาร้าดิบๆ การไม่ล้างผักให้สะอาดก่อนนำมาปรุงอาหาร

ถาวร ทุมสะกะและสุชาดา ภัยหลีกลี่(2558) ศึกษาความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลนาแก อำเภอนาหวัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ($OR=1.11$, $95\%CI=0.65,1.90$ และ $OR=1.08$, $95\%CI=0.62,1.86$) ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($AOR=8.76$, $95\%CI=1.93,39.79$) ด้านความเชื่อ กลุ่มศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพด้านบวกที่มีค่าสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ พยาธิใบไม้ตับมีอยู่ในปลาน้ำจืดมีเกล็ด เช่น ปลากราย ปลาตะเพียนขาว ปลาสุตร ปลาสวาย ปลาช่อน ปลาชิวอ่าว ปลานวลจันทร์ ร้อยละ 96.40 คน ที่เคยกินปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ปรุงให้สุกด้วยความร้อนมี มีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับทุกคนร้อยละ 94.50 และโรคพยาธิใบไม้ตับในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 93.60 ความเชื่อด้านสุขภาพด้านลบที่มีค่าสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การป้อนน้ำมะนาวและมดแดงใส่ก๋วยเตี๋ยวปลาสามารถทำให้ก๋วยเตี๋ยวปลาสุกได้ การปรุงก๋วยเตี๋ยวปลา ลาบปลาแบบสุกๆ ดิบๆ ช่วยประหยัดเวลาในการประกอบอาหาร รวมทั้งทำให้ปลาไม่เสียรสชาติและคุณค่าทางโภชนาการ และการกินอาหารที่ทำจากปลาดิบนานๆ ครั้งจะไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 58.60-64.00 และกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ สูง ร้อยละ 98.20

กรัณชรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิและคณะ(2557) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ อสม. และระยะที่ 2 ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดย อสม. ดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้รายครัวเรือนให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

อังษณา ยศปัญญาและคณะ(2556) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง

ท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.90) และมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่องการกินยาเพื่อป้องกันการเกิดโรค และยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ว่าสามารถรับประทานได้บ่อยๆ ไม่มีผลเสียต่อร่างกาย ร้อยละ 64.70 และ 56.10 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษาและ ป้องกันตลอดจนอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมักดอง ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 52.60 และ 93.78 ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยคิดเลิกการบริโภคปลาดิบและก้อย ปลาดิบร้อยละ 12.40 และ 10.90 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ตับ คือ การบริโภค ปลาต้มดิบ (OR.= 5.36, 95% CI.2.54 : 11.29) และการกินปลาร้าดิบ (OR, 2.96, 95% CI.1.98 : 8.92)

ศิวัญญ์ ทองนาเมืองและรุจิรา ดวงสงค์(2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์และรับรู้ อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

6.2 การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ

วิมล โรมา และคณะ (2560) โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) โดยพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยใช้กรอบเนื้อหาจากชุดข้อมูลความรู้พื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นเพื่อการมี สุขภาพที่ดี 66 ข้อ หรือ Thai Health Literacy 66 มาพัฒนาข้อถามเพื่อสะท้อนสถานการณ์ความรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทยในระดับเขตสุขภาพและประเทศ แบบสำรวจฯ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 87 ข้อ ผ่านการทดสอบคุณภาพกับกลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 722 คน ใน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา กรุงเทพฯ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช ผลการทดสอบคุณภาพพบว่า แบบสำรวจฯ มีความเที่ยงตรงภายในอยู่ในระดับดีในทุกองค์ประกอบ (ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคมากกว่า .70) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์สุขภาพ อันได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง และภาวะอ้วนลงพุง กล่าวคือ การมีโรคเรื้อรังหรือภาวะอ้วนลงพุงมักพบในกลุ่มคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่า

อังคินันท์ อินทรกำแหง(2560) สร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย วัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อสังเคราะห์ดัชนีวัดและสร้างแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย ที่สามารถจัดระดับความรู้ด้านสุขภาพคนไทย และสามารถนำไปใช้วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิด ของ Osborne et al. (2013) ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปมี 9 องค์ประกอบ

แต่ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ได้วิเคราะห์เนื้อหาหาคำความหมายและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจทำให้กลุ่มข้อคำถาม จำนวน 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่มที่ได้มาจากการสุ่มหลายชั้น ชั้นที่ 1 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ใช้จังหวัดเป็นหลัก มาภูมิภาคละ 2 จังหวัดในแต่ละภูมิภาคได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ ชั้นที่ 2 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการแบ่งประชากรแต่ละจังหวัดและกำหนดโควต้าให้ครอบคลุมกลุ่มอายุทั้ง 4 กลุ่ม ๆ ละเท่า ๆ กัน จึงทำให้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนมาประกอบด้วยประชาชนกลุ่มวัยเรียนอายุ 7-14 ปี จำนวน 1,028 คน กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี จำนวน 980 คน กลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 25 -59 ปี จำนวน 1001 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 75 ปี จำนวน 991 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 4,000 คน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างเชิงเนื้อหา กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า องค์ประกอบทั้ง 5 ด้านสามารถเป็นองค์ประกอบการวัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อยู่ในระดับที่ดียอมรับได้ในทางสถิติ (Goodness of Fit Index ค่า Chi-Square=1470.99, df=784, P-value=0.000, RMSEA=0.047, NFI=0.98, CFI=0.99, SRMR=0.084)

อังคินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ชุมทอง(2560) การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ(Stratified random sampling) ตามภูมิภาคและกำหนดโควต้าจาก 4 ภูมิภาค ๆ ละ 2 จังหวัด ให้ได้ภูมิภาคละ 500 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักเรียนหญิงในแต่ละภูมิภาคที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาในสังกัด 1) สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2)การปกครองส่วนท้องถิ่น 3) คณะกรรมการการอุดมศึกษา 4)สำนักงานอาชีวศึกษาและ 5) กองการศึกษาผู้ใหญ่ รวมจำนวน 2001 คน ผลวิจัยพบว่า 1) เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสาร 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 คะแนน รวม 71 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคอยู่ระหว่าง .847 - .928 และค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ในช่วง .403-.834 ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและผลการสกัดและยืนยันองค์ประกอบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปีมีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น พบว่า 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 97.5 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 99.9 3) การสื่อสาร อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 84.0 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 75.1 และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.3

รัฐชญา ล่องเซ่ง และวัลลยา ธรรมอภิบาล อินทนิล (2560) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ 60-69 ปี ในจังหวัดสงขลา จำนวน 674 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย คือเครื่องมือวัดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา ที่ใช้องค์ประกอบตามแนวคิดของ Nutbeam ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ความยากง่าย อำนาจจำแนก ความเชื่อมั่น และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และ T-Score สำหรับเกณฑ์ปกติ ผลการวิจัย พบว่า เครื่องมือวัดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวน 42 ข้อ โดยความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีค่าตั้งแต่ 0.57-1.00 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างในองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.21-0.94 (ค่า $2 \times X = 7.86$, $df = 4$, $p = 0.09$, $GFI = 0.99$, $AGFI = 0.95$, $SRMR = 0.01$ และ $RMSEA = 0.05$) ความยากง่าย มีค่าตั้งแต่ 0.66-0.76 อำนาจจำแนก มีค่าตั้งแต่ 0.31-0.69 และอำนาจจำแนกจากการทดสอบที มีค่าตั้งแต่ 7.026-19.225 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.863

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิลไพจิตร (2558) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการวัดความรู้แจ้งแตกฉานตามแนวคิดที่ครอบคลุมประเด็น 1) ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจหนังสือและตัวเลข 2) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูล 3) ผลลัพธ์ที่ใช้ยืนยันการรู้แจ้งแตกฉาน (3.1) ระดับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (3.2) ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้อง (3.3) ความสามารถในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (3.4) ระดับการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขในการใช้ชีวิต โดยทำการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์องค์ประกอบจนได้คุณลักษณะสำคัญหรือองค์ประกอบ จำนวน 8 ด้าน เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบวัดใช้สำหรับประเมินความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) หรือความรู้ทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนี้

1. แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.81

2. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.38 - 0.78 และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.98 - 0.99
3. แบบทดสอบความเข้าใจตัวเลข มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 - 0.74) และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82
4. แบบประเมินความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.54
5. แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจโรค และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสำหรับผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 - 0.79 และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.78 - 0.89
6. แบบประเมินการปฏิบัติสื่อสาร ในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97
7. แบบประเมินการตัดสินใจ ในกรณีต่างๆ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 - 0.78) มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.49 ส่วนการตัดสินใจเมื่อต้องไปนอกพื้นที่มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

เมื่อพิจารณาระดับการรู้แจ้งแยกตามกลุ่มโรค พบว่า ในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในระดับรู้จัก (<75%) คิดเป็นร้อยละ 89.3 มีเพียงร้อยละ 7.8 เท่านั้น ที่มีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับการรู้แจ้ง $\geq 75\%$ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มโรค พบว่า ระดับความรู้ ความเข้าใจ ของทุกกลุ่มโรค ใกล้เคียงกัน คือส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในระดับรู้จัก (<75%) คิดเป็นร้อยละ 85.8-90.0 มีเพียงร้อยละ 9.0-14.2 เท่านั้นที่มีระดับรู้แจ้ง $\geq 75\%$ เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ การศึกษา การมีบทบาทในชุมชน และการรับรู้สุขภาพ มีความแตกต่างของระดับการรู้แจ้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศชายมีส่วนของผู้ที่มีความรู้แจ้งสูงมากกว่าเพศหญิง กลุ่มผู้มีการศึกษาสูงมีส่วนของผู้ที่มีความรู้แจ้งสูงมากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย กลุ่มที่มีการรับรู้สุขภาพว่าแข็งแรง หรือดูแลตนเองได้ มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้แจ้งสูงมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าจะไม่แข็งแรงหรือต้องมีผู้ดูแล

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย รวม 4 ภาค จำนวน 593 คน โดยกำหนดตัวอย่างครอบคลุมในแต่ละภูมิภาค พัฒนาเครื่องมือตามแนวคิดของ Nutbeam(2000) ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ผลการวิเคราะห์เครื่องมือสรุปแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ เท่ากับ 0.753 มีค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.50 - 0.90 มีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.53 - 0.75 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ เท่ากับ 0.703 ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ เท่ากับ

0.733 ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ เท่ากับ 0.795 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ มีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ เท่ากับ 0.707 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าความเชื่อมั่นรายฉบับ เท่ากับ 0.721 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สรุปได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 58.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ 4 อ โดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 49.7 วิเคราะห์ตามความรอบรู้ 3 ระดับ พบว่าระดับพื้นฐาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.4 ระดับปฏิสัมพันธ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.6 ระดับวิจารณ์ญาณ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.4 เมื่อวิเคราะห์รายองค์ประกอบ พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.0 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 49.6 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 44.4 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.9 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.3

อังศินันท์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2557) การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างคือเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 9-14 ปี และมีภาวะน้ำหนักเกิน(BMI 22 -25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) หรือมีรูปร่างท้วม ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตา (Quota-Stratified random sampling) ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแต่ละสังกัดที่กระจายอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศแบ่งเป็น 1) สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 500 ตัวอย่าง 2) สังกัดการปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 500 ตัวอย่าง 3) สังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษา จำนวน 500 ตัวอย่าง และ 4) สังกัดสำนักงานอาชีวศึกษา จำนวน 500 ตัวอย่าง โดยในแต่ละสังกัดโรงเรียนนั้น กำหนดสัดส่วนให้ครอบคลุมในแต่ละภูมิภาค และดำเนินการเก็บกับประชากรทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท แนวคิดแบบวัดครอบคลุม 6 องค์ประกอบ คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = 0.76 แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.74 แบบวัดการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.79 แบบวัดการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.79 แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วนค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.82 และแบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วนค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.52 ผลการนำเครื่องมือไปสำรวจ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยโดยรวม (องค์ประกอบที่1-5) พบว่า ในกลุ่มรวม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ได้ (141 – 187.99 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80$ % ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 58.9 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก (ตั้งแต่ 188 คะแนนหรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 24.3 และระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 24 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 16.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ในกลุ่มรวม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ (24 – 31.99 คะแนน หรือ $\geq 60\%$ - $< 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 51.9 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ พบว่า ในกลุ่มรวม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ (15-19.99 คะแนน หรือ $\geq 60\%$ - $< 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 48.1 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ในกลุ่มรวม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ (18 -23.99 คะแนน หรือ ≥ 60 - $<80\%$ ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 47.4 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ในกลุ่มรวม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ (51 - 67.99 คะแนน หรือ $\geq 60\%$ - $< 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 50.1 การจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า ในกลุ่มรวม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ (33 - 43.99 คะแนน หรือ $\geq 60\%$ - $< 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 51.6 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย เท่ากับ 167.05 เมื่อพิจารณาแยกตามช่วงวัย พบว่า ช่วงวัยที่ได้คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากที่สุดคือ ช่วงวัยรุ่นได้คะแนนเฉลี่ย 176.74 รองลงมา คือ ช่วงสูงวัย ได้คะแนนเฉลี่ย 166.32 วัยเรียน ได้คะแนนเฉลี่ย 166.29 และวัยผู้ใหญ่ ได้คะแนนเฉลี่ย 159.17 ตามลำดับ

6.3 การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อารีย์ แร่ทอง(2562) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช รูปแบบวิจัยเชิงสำรวจกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขของตำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มี อสม.ทั้งหมด 336 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน ประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 % และระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 181 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 183 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบง่ายในหน่วยบริการทุกแห่งในตำบลหินตก ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Pearson Chi -square และ Pearson Correlation ผลการศึกษา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้คือมีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 62.84 มีความรอบรู้ในระดับไม่ดีคือมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนร้อยละ 30.6 และระดับดีมากคือมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญร้อยละ 6.56 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับพอใช้คือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณเพียงพอร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีคือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องร้อยละ 30.1 และระดับดีมากคือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้มากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนจนเชี่ยวชาญร้อยละ 3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($P=.026$) โดย อสม.ที่มีอายุ 15-45 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 และอายุ ≥ 46 ปีขึ้นไปมีระดับความรอบรู้

ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 60.68 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๓ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๓ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r=.539$)

ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2561) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วน ทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน การจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนและด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน และด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r =.574$)

กิจปพน ศรีธานี(2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 600 คน ที่ถูกสุ่มตัวอย่างมาจากระดับตำบลซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 34 แห่ง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายมา 8 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพ และคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และจากแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2558 ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.305$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ธัญชนก ชุมทอง (2559) รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง ประชากรเป้าหมาย คือ ประชากรอายุ 20 – 59 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รูปแบบวิจัยแบบผสมผสาน โดยการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ ($n=1,138$)

แล้วตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง($n=18$) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสมการเชิงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อตีความหาข้อสรุป ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านปัจจัยระดับบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสเขตที่อยู่อาศัย และรายได้ ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเชิงรุก และแรงเสริมจากครอบครัว ญาติและเพื่อน นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีผลบวกต่อภาวะสุขภาพเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆในแบบจำลอง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เขตที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ถึงร้อยละ 54.0

ชลธิรา เรียงคำ และคณะ(2559) ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุ และความสามารถในการมองเห็น ในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 95 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสาร อ่านภาษาไทย และคำนวณได้ มีผลค้ำระดับน้ำตาลเฉลี่ย สะสม (HbA1C) ครั้งล่าสุดไม่เกิน 6 เดือน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 58.34 (SD = 11.38) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 86.1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง ($X = 13.23$, SD = 4.21) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 63.62$, SD = 9.95) และ $X = 67.88$, SD = 12.72 ตามลำดับ) มีเพียงระดับความแตกฉานทางสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ($r = .68$, $p < .05$ และ $r = .42$, $p < .05$ ตามลำดับ) และทั้งสองปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .55$, $F(4, 90) = 27.37$, $p < .05$)

ธีระ วรรณรัตน์และคณะ (2558) การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ ใช้คำค้นทั้งหมด 5 คำ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น สืบค้นจากฐานข้อมูล “Chulalongkorn University single search”, “ศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช”, “ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ (e-theses) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่”, และ “Google search” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน พบทั้งหมด 23 เรื่อง จำแนก

ตามประเภทกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มอายุต่างๆ ร้อยละ 21.7 รองลงมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ ร้อยละ 17.4 ส่วนการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มนักเรียน/ นักศึกษา และในกลุ่มผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 13.0, 8.7, และ 4.3 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาเพื่อพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพจำแนกเป็น การพัฒนาในรูปแบบแผนงาน/แผนกิจกรรม (program) พบร้อยละ 17.4 การพัฒนาเครื่องมือวัดความแตกต่างด้านสุขภาพ พบร้อยละ 8.7 และเป็นงานวิจัยเพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสุขภาพ พบร้อยละ 8.7 ต่อมา มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมภาษณ์ความแตกต่างด้านสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม 30 2ส เพื่อใช้ในการประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยทำการศึกษาในประชากรไทยทั่วประเทศ พบว่า คนไทยส่วนใหญ่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอ และดีมาก เท่ากับ 22.9 และ 5.1 ตามลำดับ และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดี และมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาเป็นระดับพอใช้ และระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 1.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่วัดระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ โดยจำแนกตามคุณลักษณะ 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (self-management) โดยทำการศึกษาในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1) ที่อยู่อาศัยต่างกันจะมีความแตกต่างด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 2) เพศที่ต่างกันมีความแตกต่างด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3) ช่วงอายุที่ต่างกันไม่มีผลต่อระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ 4) อาชีพที่ต่างกันมีความแตกต่างด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 5) ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีความแตกต่างด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกองค์ประกอบยกเว้นเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สรุปสาระสำคัญได้ว่า ผู้ที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้บริการรักษาฉุกเฉินมากกว่า มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้บุคคลที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ขาลีเครือ(2558) ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบ

เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่เข้ามาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง ในช่วงเดือน สิงหาคม 2557 ถึงตุลาคม 2557 จนครบจำนวน 251 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นมา ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) การประเมินความฉลาดด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ โดยจะแบ่งระดับของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพตาม Bloom, Benjamin S. 1971 ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง แบบรายงานผลด้วยตัวเอง (Self - Report) อ้างอิงมาจากการศึกษาของ กณิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล (2549) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 (S.D. = 2.499) มีคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.61 (S.D. = 1.634) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.227$, $P\text{-value} = < 0.001$) และปัจจัยด้านอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เชื้อชาติ ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จำนวน 129 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ก.ย.2557-มี.ค.2558 โดยแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพและแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient 0.89, และ 0.66 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการรักษามีค่า KR 20 เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 68.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส ($x_2 = 7.59$, $p = < .05$) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .462$; $p = < .01$)

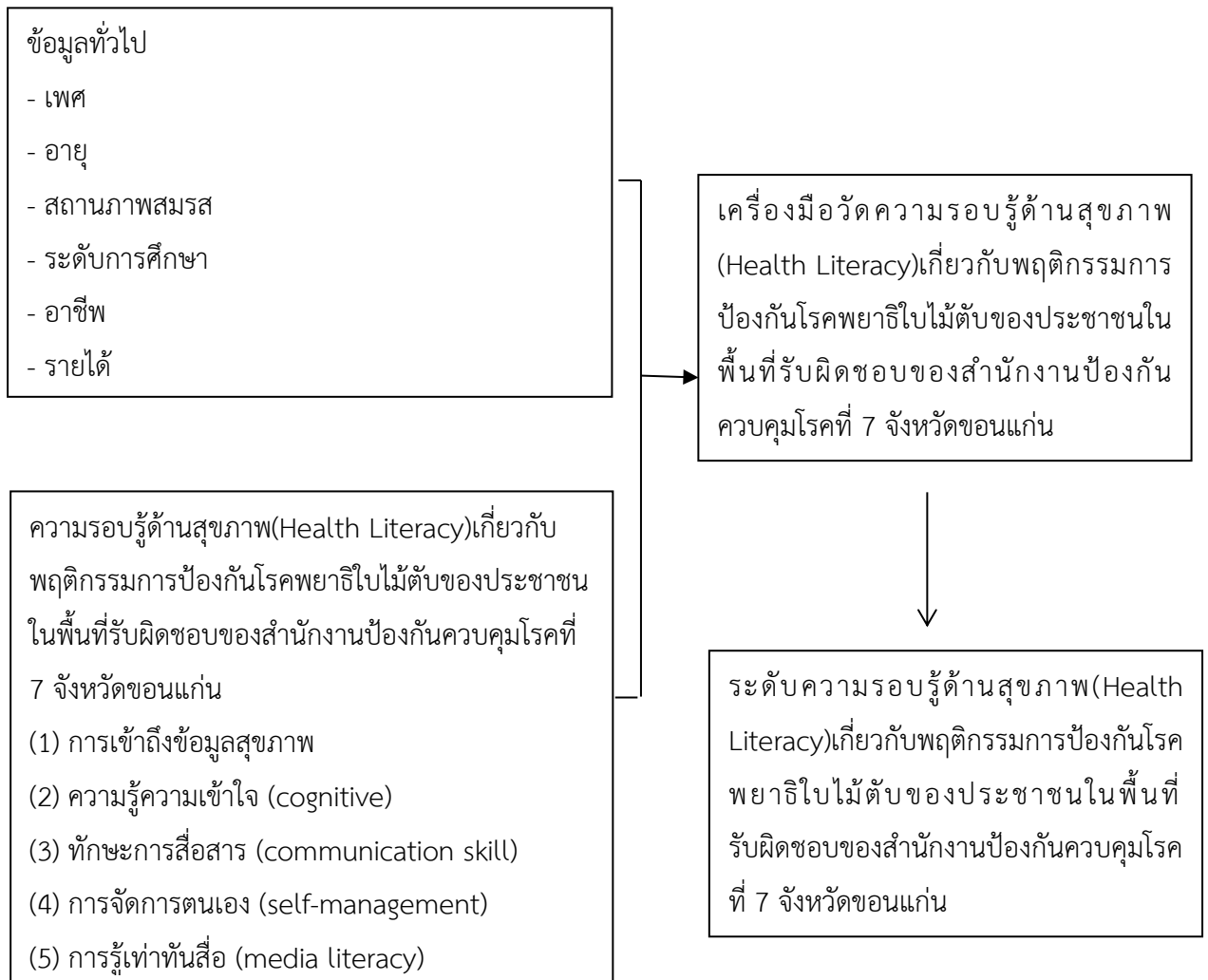
เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในจังหวัดราชบุรี จำนวน 415 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน เฉพาะ

องค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจ ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน เฉพาะองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจ ส่วนองค์ประกอบอื่นๆไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกันทุกองค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน เฉพาะองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในทุกองค์ประกอบ เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้รายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบด้านความรู้และความเข้าใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.55 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.05 ด้านทักษะการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.39 ด้านการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.33 ด้านการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.29 และองค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ ตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.05

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจในประเด็นพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ โดยในระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่นำไปใช้ในการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ หลังจากนั้นจะนำเครื่องมือดังกล่าวมาศึกษา ระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนต่อไป

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008) และ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน เนื่องจาก มีความครอบคลุมในองค์ประกอบของการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่สามารถประเมินได้ทั้งความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การสื่อสาร การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนี้



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน 2) คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน และ 3) องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน สารสำคัญในบทนี้จะอธิบาย รูปแบบการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยและการประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.รูปแบบการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ประชากรศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

- 1) ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือฉบับร่าง 1 ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน
- 2) ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน (ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระ ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี)

3) ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 220 คน (ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี)

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 ผู้วิจัยมุ่งศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยใช้เครื่องมือที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 1 ไปใช้กับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 ขั้นตอนในการศึกษา (ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นีละไพจิตร, 2558)

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม จัดทำร่างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

1.1) ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัย ตำรา บทความวิจัย บทความวิชาการ ในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อพัฒนาโมเดลสมมติฐานความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน เพื่อระบุประเด็นหรือจุดเน้นที่ควรวัด (Health Literacy) โดยผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดของ ของ ดอน นัทบีม (2008) และ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ
2. ความรู้ความเข้าใจ
3. ทักษะการสื่อสาร
4. การจัดการตนเอง
5. การรู้เท่าทันสื่อ
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

และสร้าง(ร่าง)เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจำนวน 1 ฉบับ จากโมเดลสมมติฐาน ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 1

1.2) นำ(ร่าง)แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of items objectives congruence; IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทำการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปและทำการสรุปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม

1.3) สุ่มพื้นที่และประสานงานพื้นที่เพื่อทดสอบเครื่องมือฉบับร่าง 2

1.4) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 2 ไปทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถามในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่างที่ 2 ทั้งนี้ในการศึกษานำร่อง(Pilot Study) ไม่มีรายละเอียดของการคำนวณตัวอย่าง โดยส่วนมากจำนวนตัวอย่างไม่มากนัก ไม่เกิน 20 คน (จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, 2555) ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้จำนวนตัวอย่าง 30 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในเครื่องมือทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพ ดังนี้

ข้อคำถามด้านความรู้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน วิเคราะห์คุณภาพแบบวัด(ศิริชัย กายูจนวสี, 2554) ดังนี้

- 1) อำนาจจำแนก มีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปถึงค่าเข้าใกล้ 1 จะเป็นค่าจำแนกที่ดีมาก
- 2) ค่าความยากง่าย ซึ่งค่าความยากง่ายที่ดีควรมีค่าระหว่าง 0.2-0.8
- 3) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าตั้งแต่

0.7 ขึ้นไป

ส่วนข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้วย

- 1) อำนาจจำแนก (corrected item-total correlation) มีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป
- 2) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

(Cronbach's Alpha) เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในมากกว่า 0.7 ขึ้นไป

1.5) ทำการปรับข้อคำถามเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้เครื่องมือวัดความรู้ฉบับร่างที่ 3 จำนวน 45 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.1) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 3 ไปทดลองใช้กับประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่นในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 220 คน โดยผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถามในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3

2.2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis; CFA)

2.3) คำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรู้

2.4) ได้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 โดย

1) ประสานผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานโครงการและสร้างความร่วมมือการดำเนินงาน

2) เก็บรวบรวมข้อมูล

3) วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

4) สรุปและเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

5) เผยแพร่ผลงานวิจัย

2.3 ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

2.3.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น ในศึกษานำร่อง(Pilot Study) ไม่มีรายละเอียดของการคำนวณตัวอย่าง โดยส่วนมากจำนวนตัวอย่างไม่มากนัก ไม่เกิน 20 คน ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้จำนวนตัวอย่าง 30 คน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สามารถคำนวณจากขนาด 10 - 20 ตัวอย่างต่อ 1 พารามิเตอร์(27) ในการศึกษาครั้งนี้มี 11 พารามิเตอร์ จะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 20 คูณ 11 จะได้ขนาดตัวอย่าง 220 ตัวอย่าง การศึกษาวิจัยนี้ แบ่งระยะการศึกษาเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ดำเนินการในปีงบประมาณ 2562

1. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือฉบับร่าง 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้าน สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน

2. ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน หมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน

3. ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน หมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 220 คน

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ด
ขนาดตัวอย่าง สามารถคำนวณได้ตามสูตรของ W.G. Cochran (1977) ดังนี้

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

เมื่อ

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

P คือ สัดส่วนความรู้ของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ 0.67 (จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์, 2560)28

Z คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95 %)

D คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05

df คือ ค่า design effect= 1.5

$$\begin{aligned} n &= \frac{(0.67)(1-0.67)(1.96)^2}{(0.05)^2} \times 1.5 \\ &= \frac{(0.67)(0.33)(3.8416)}{0.0025} \times 1.5 = \frac{0.8493776}{0.0025} \times 1.5 = 340 \times 1.5 \\ &= 510 \text{ ราย} \end{aligned}$$

2.3.2 การสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการแบบ Multi stage cluster sampling technique 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำบัญชีรายชื่อของอำเภอในแต่ละจังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์และจังหวัดร้อยเอ็ด ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกอำเภอในแต่ละจังหวัด จำนวน 1 แห่งต่อจังหวัด รวม 4 แห่ง อำเภอ (ยกเว้น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ศึกษาในระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาเครื่องมือ)

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกตำบลในอำเภอที่สุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 1 แห่งต่ออำเภอ รวม 4 แห่ง

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกหมู่บ้านในตำบลที่สุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 2 แห่งต่อตำบล รวม 8 แห่ง

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 3 ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี โดยเรียงรายชื่อตามตัวอักษร เก็บข้อมูลให้ครบตามจำนวนที่กำหนดตามสัดส่วนของแต่ละจังหวัด

ตารางที่ 5 รายชื่อจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

จังหวัด	จำนวนทั้งหมด		
	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
ขอนแก่น	26	199	2,331
มหาสารคาม	13	133	1,585
กาฬสินธุ์	18	135	1,944
ร้อยเอ็ด	20	193	2,444
รวม	77	660	8,304

2.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน แบ่งเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ประวัติการตรวจอุจจาระ ประวัติครอบครัว

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ มี 2 ตัวเลือก เป็นแบบ เลือกตอบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็น มาตรประเมินค่า 5 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็น มาตรประเมินค่า 5 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
 ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็น
 มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
 ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้งเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 8 ข้อ มีตัวเลือก 4 ตัวเลือก เป็นมาตรฐาน
 ประเมินค่า 4 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย

กินประจำ หมายถึง การบริโภคปลาดิบ มากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน
 กินบางครั้ง หมายถึง การบริโภคปลาดิบ 1 – 2 ครั้งใน 1 เดือน
 ไม่กิน หมายถึง ไม่บริโภคเลย (ในรอบ 1 เดือน)
 ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ หมายถึง ไม่เคยรู้จักอาหารประเภทนี้เลย

เกณฑ์การคิดคะแนน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อคำถาม
 จำนวน 4 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็นมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ

ความถี่ในการปฏิบัติ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ มี 2 ตัวเลือก เป็นแบบ
 เลือกตอบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก
 เป็นมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การคิดคะแนน ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
---------------------	----------------	---------------

ทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 4 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การคิดคะแนน ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การคิดคะแนน ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การคิดคะแนน ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 8 ข้อ มีตัวเลือก 4 ตัวเลือก เป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน การคิดคะแนน ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	คะแนน
กินประจำ	0
กินบางครั้ง	0
ไม่เคยกิน	1
ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้	1

การแปลผล เพื่อจำแนกระดับความรู้ ผู้วิจัยประยุกต์แปลผลแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1968) ดังนี้

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
ความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม (จำนวน 27 คะแนนเต็ม 95 คะแนน)	ได้คะแนน 76 – 95 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอและปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเป็นวิถีชีวิตสุขภาพ
	ได้คะแนน 57 – 75.99 คะแนน หรือ $\geq 60 - 79$ % ของคะแนนเต็ม	ปานกลาง	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อเป็นวิถีชีวิตสุขภาพได้ถูกต้องบ้าง
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 56.99 คะแนน หรือ < 60 % ของ คะแนนเต็ม	ต่ำ	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อเป็นวิถีชีวิตสุขภาพ
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ (จำนวน 4 ข้อๆละ 5 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	ได้คะแนน 16 – 20 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	สามารถเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพและมีการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือที่มากเพียงพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องได้
	ได้คะแนน 12 – 15.99 คะแนน หรือ 60 – 79	ปานกลาง	สามารถเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพแต่การ

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
	% ของคะแนนเต็ม		ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11.99คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	ต่ำ	ยังมีปัญหาในการเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพและการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ
ความรู้ความเข้าใจ (จำนวน 10 ข้อๆละ 1 คะแนน เต็ม 10 คะแนน)	ได้คะแนน 8-10คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	รู้และเข้าใจในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี
	ได้คะแนน 6 – 7.99 คะแนน หรือ 60 – 79 % ของคะแนนเต็ม	ปานกลาง	รู้และเข้าใจในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องบ้างไม่ถูกต้องบ้างต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5.99คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	ต่ำ	รู้และเข้าใจในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับยังไม่ถูกต้องต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี
ทักษะการสื่อสาร (จำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน)	ได้คะแนน 12-15 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	สามารถที่จะพูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
	ได้คะแนน 9 – 11.99	ปานกลาง	สามารถที่จะพูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสาร

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
	คะแนน หรือ 60 – 79 % ของคะแนนเต็ม		ให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการดูแลสุขภาพตนเองได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8.99คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	ต่ำ	ยังมีปัญหาด้านทักษะการพูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีได้
การจัดการตนเอง (จำนวน 4 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน)	ได้คะแนน 16 – 20 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	มีการจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องได้เป็นอย่างดี
	ได้คะแนน 12 – 15.99 คะแนน หรือ 60 – 79 % ของคะแนนเต็ม	ปานกลาง	มีการจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องได้เป็นส่วนใหญ่
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11.99คะแนน หรือ < 60 % ของ คะแนนเต็ม	ต่ำ	มีการจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องไม่ค่อยได้
การรู้เท่าทันสื่อ (จำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน)	ได้คะแนน 12-15 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่สื่อนำเสนอบ้างโดยมีการวิเคราะห์ข้อความสื่อและตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อความที่สื่อสารเป็นบางเรื่องก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม
	ได้คะแนน 9 – 11.99 คะแนน หรือ 60 – 79 % ของคะแนนเต็ม	ปานกลาง	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่สื่อนำเสนอบ้างโดยมีการวิเคราะห์ข้อความสื่อและตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อความที่สื่อสารเป็นบางเรื่องก่อนที่จะ

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
			เชื่อหรือทำตาม
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8.99 คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	ต่ำ	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่สื่อนำเสนอ โดยแทบจะไม่วิเคราะห์ข้อความสื่อและตีความหมายข้อความที่สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม
ทักษะการตัดสินใจ (จำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน)	ได้คะแนน 12-15 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีการวิเคราะห์ผลดีต่อสุขภาพตนเองของการเลือกปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับทั้งต่อตนเองและผู้อื่น
	ได้คะแนน 9 – 11.99 คะแนน หรือ 60 – 79 % ของคะแนนเต็ม	ปานกลาง	มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่มีการวิเคราะห์ผลดีต่อสุขภาพตนเองในการเลือกปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8.99 คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	ต่ำ	ไม่สนใจสุขภาพของตนเอง ทำตามใจตัวเองโดยไม่มีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียต่อสุขภาพตนเอง

การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจำแนกตามระดับการรู้หนังสือ 3 ระดับ

องค์ประกอบ	คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
ระดับพื้นฐาน องค์ประกอบที่ 1 และ 2 คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน	ได้คะแนน 24 - 30 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาในระดับสูง
	ได้คะแนน 18 – 23.99 คะแนน หรือ 60 – 79 % ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาในระดับปานกลาง
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาในระดับต่ำ

องค์ประกอบ	คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
	17.99 คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	
ระดับปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบที่ 1 ถึง 4 คะแนนรวมเต็ม 65 คะแนน	ได้คะแนน 52 - 65 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูง
	ได้คะแนน 39 - 51.99 คะแนน หรือ 60 - 79 % ของคะแนน เต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลปานกลาง
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 38.99 คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่ำ
ระดับวิจารณ์ญาณ องค์ประกอบที่ 1 และ 6 คะแนนรวมเต็ม 95 คะแนน	ได้คะแนน 76 - 95 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาในระดับการคิด วิจารณ์ญาณ หรือ วิพากษ์สูง
	ได้คะแนน 57 - 75.99 คะแนน หรือ ≥ 60 - 79 % ของคะแนน เต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาในระดับการคิด วิจารณ์ญาณ หรือ วิพากษ์ปานกลาง
	ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 56.99 คะแนน หรือ < 60 % ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาในระดับการคิด วิจารณ์ญาณ หรือ วิพากษ์ต่ำ

2.4 เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

2.4.1. อาสาสมัครในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม คือ

1) ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน
นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ทำการเลือกแบบเจาะจง
(purposive selection) โดยกำหนดคุณสมบัติที่เป็นเงื่อนไขในการคัดเลือก ดังนี้

(1) นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ เป็นผู้ที่มีจบการศึกษาในระดับปริญญา
โทหรือสูงกว่าด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

(2) นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นผู้ที่มีจบการศึกษาในระดับปริญญาโท หรือสูงกว่าสาขาสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 3 ปี

(3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 3 ปี

2) มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2.4.2 อาสาสมัครในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่หมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้อย่างน้อย 1 ปี มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วย

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่หมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้อย่างน้อย 1 ปี มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วย

2.5 เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria)

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

2.5.1. อาสาสมัครในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม: ไม่มี

2.5.2 อาสาสมัครในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่น้อยกว่า 1 ปี/มีอาการเจ็บป่วย/ไม่อยู่ในพื้นที่ในวันสำรวจ

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

อาสาสมัครในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่น้อยกว่า 1 ปี/มีอาการเจ็บป่วย/ไม่อยู่ในพื้นที่ในวันสำรวจ

2.6 เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- 1) เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for participant)
 - ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยสามารถขอถอนตัวจากการวิจัย เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลกับผู้วิจัย
- 2) เกณฑ์พิจารณาเลิกการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study) ข้อกำหนดในการยกเลิกการศึกษาทั้งโครงการ กรณีดังต่อไปนี้

(1) เกิดปัญหาความไม่สงบทางการเมืองปัญหาการชุมนุมเรียกร้องทางการเมืองที่ยืดเยื้อยาวนานในพื้นที่ศึกษาวิจัย อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย

(2) เกิดภัยพิบัติฉุกเฉินทางธรรมชาติ ที่ไม่สามารถเข้าทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยได้

2.7 กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

1) ทำหนังสือประสานขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตในการจัดเก็บข้อมูล การอนุญาตให้ศึกษานั้น จะกระทำโดยให้สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายลงลายมือชื่อในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากได้อ่านเอกสารแนะนำโครงการวิจัยอย่างเข้าใจดีแล้ว ก่อนที่ทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามหนังสือขอความร่วมมือและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการนั้น จะไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขอความยินยอมของอาสาสมัครซึ่งยังคงไว้ซึ่งอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ถึงแม้สาธารณสุขอำเภอจะอนุญาตหรือยินยอมแล้วก็ตาม

2) ผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถามในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 และ 3 เมื่อเข้าจัดเก็บข้อมูลที่ทีมวิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและเชิญชวนให้อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจพร้อมทั้งมอบเอกสารคำแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร (ตามเอกสารแนบภาคผนวก) ให้แก่อาสาสมัครอ่านทุกหน้าด้วยตนเอง หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถสอบถามนักวิจัยได้จนกว่าอาสาสมัครจะเข้าใจโครงการวิจัยอย่างชัดเจน อาสาสมัครจะมีเวลาสำหรับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ กรณีอาสาสมัครไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัครในเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น เมื่ออาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ เข้าร่วมโครงการ 2 ชุด (ผู้วิจัยเก็บไว้ 1 ชุด อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด)

3) เนื่องจากเป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ประกอบการกำหนดแนวทางหรือทางเลือกในการดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการขับเคลื่อนมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการ

ตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับปัจเจกบุคคล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งนี้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลจะไม่ส่งผลกระทบต่อเวลาเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร รวมถึงลดความล่าช้าในการเก็บ รวบรวมข้อมูลในกรณีที่ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่บ้านขณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และใน แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงขอยกเว้นการขอความยินยอมจากพ่อแม่ หรือ ผู้ปกครอง ในการลงลายมือยินยอมแก่ประชาชนที่อายุไม่เกิน 18 ปี ในการอนุญาตให้เป็นอาสาสมัครโครงการ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการวิจัยแล้ว และอาสาสมัครได้อ่านเอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร ด้วยตนเองโดยเข้าใจแล้ว เมื่ออาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อใน ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ ในการเข้าร่วมโครงการ 2 ชุด (ผู้วิจัยเก็บไว้ 1 ชุด อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด) กรณี อาสาสมัครไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัครในเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น

4) เพื่อเป็นการรักษาความลับของอาสาสมัคร ในแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจะกำหนด รหัสแทนชื่อ นามสกุล และไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงถึงอาสาสมัครได้

5) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครทั้งหมด หลังจากเก็บแบบวัดความรอบรู้ด้าน สุขภาพผู้วิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีการกำหนดรหัสลับเข้าเครื่อง วิเคราะห์ข้อมูล และ รายงานผลเป็นภาพรวม ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลประกอบด้วยคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจัดเก็บไว้ในตู้ เอกสารและปิดกุญแจและจะทำลายเอกสารด้วยเครื่องทำลายเอกสารหรือขั้นตอนการทำลายเอกสารของทาง ราชการของหน่วยงาน ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจัดทำรายงานการวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว

6) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าตอบแทน ค่าชดเชย ค่าป่วยการและการดูแลรักษา

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

1) ทำหนังสือประสานขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ เพื่อขออนุญาตในการจัดเก็บข้อมูล การอนุญาตให้ศึกษานั้น จะกระทำโดยให้สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ที่ ได้รับมอบหมายลงลายมือชื่อในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากได้อ่านเอกสารแนะนำ โครงการวิจัยอย่างเข้าใจดีแล้ว ก่อนที่ทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามหนังสือขอความร่วมมือและใบ ยินยอมเข้าร่วมโครงการนั้น จะไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขอความยินยอมของอาสาสมัครซึ่งยังคงไว้ซึ่งอิสระ ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ถึงแม้สาธารณสุขอำเภอจะอนุญาตหรือยินยอมแล้วก็ตาม

2) ผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถาม เมื่อเข้า จัดเก็บข้อมูลทีมวิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและเชิญชวนให้อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการด้วย ความสมัครใจพร้อมทั้งมอบเอกสารคำแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร (ตามเอกสารแนบภาคผนวก)

ให้แก่อาสาสมัครอ่านทุกหน้าด้วยตนเอง หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถสอบถามนักวิจัยได้จนกว่าอาสาสมัครจะเข้าใจโครงการวิจัยอย่างชัดเจน อาสาสมัครจะมีเวลาสำหรับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ กรณีอาสาสมัครไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัครในเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น เมื่ออาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ (ตามเอกสารแนบภาคผนวก) เข้าร่วมโครงการ 2 ชุด (ผู้วิจัยเก็บไว้ 1 ชุด อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด)

3) เนื่องจากเป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่ใช้ประกอบการกำหนดแนวทางหรือทางเลือกในการดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการขับเคลื่อนมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่ส่งผลกระทบต่อเวลาเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร รวมถึงลดความล่าช้าในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีที่ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่บ้านขณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงขอยกเว้นการขอความยินยอมจากพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ในการลงลายมือยินยอมแก่ประชาชนที่อายุไม่เกิน 18 ปี ในการอนุญาตให้เป็นอาสาสมัครโครงการ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการวิจัยแล้ว และอาสาสมัครได้อ่านเอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร (ตามเอกสารแนบภาคผนวก) ด้วยตนเองโดยเข้าใจแล้ว เมื่ออาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ (ตามเอกสารแนบภาคผนวก) ในการเข้าร่วมโครงการ 2 ชุด (ผู้วิจัยเก็บไว้ 1 ชุด อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด) กรณีอาสาสมัครไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัครในเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น

4) เพื่อเป็นการรักษาความลับของอาสาสมัคร ในแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจะกำหนดรหัสแทนชื่อ นามสกุล และไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงถึงอาสาสมัครได้

5) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครทั้งหมด หลังจากเก็บแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีการกำหนดรหัสลับเข้าเครื่อง วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลเป็นภาพรวม ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลประกอบด้วยคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจัดเก็บไว้ในตู้

เอกสารและปิดกัญแจและจะทำลายเอกสารด้วยเครื่องทำลายเอกสารหรือขั้นตอนการทำลายเอกสารของทางราชการของหน่วยงาน ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจัดทำรายงานการวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว

6) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าตอบแทน ค่าชดเชย ค่าป่วยการและการดูแลรักษา

2.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ประธานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ที่ถูกคัดเลือกเป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อประสานการจัดเตรียมสถานที่สำหรับเก็บข้อมูลและวันเวลานัดหมายอาสาสมัครในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) ประชุมทีมวิจัย เพื่อชี้แจงวิธีการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะแนะนำความเป็นมาของการศึกษาวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามให้อาสาสมัครทราบก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครสามารถสอบถามประเด็นข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามได้ภายหลังการชี้แจง

4) ผู้วิจัยจัดตั้งกล่องให้อาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามแล้วมาหย่อนลงในกล่องที่จัดตั้งไว้หน้าห้องเพื่อรักษาความลับ

2.9 การควบคุมการวิจัย (ถ้ามี)

1) จัดประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือ วิธีการ และกระบวนการเก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้ด้วยมาตรฐานเดียวกัน

2) ทีมวิจัยจะร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติงาน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมวัน/เดือน/ปี และสถานที่ที่ต้องดำเนินการ

3) มีการจัดทำคู่มือสำหรับการใช้เครื่องมือ

2.10 การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือเครื่องมือเบื้องต้น ได้แก่ ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) อำนาจจำแนก (corrected item-total correlation) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือเพื่อดูความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง

ยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ประกอบด้วยค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (Tucker – Lewis Index: TLI) ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (Root Mean square Residual: SRMR) และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Squared Error Approximation: RMSEA) และคำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรอบรู้

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการเพียร์สัน

3. ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

1. ระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

ความเสี่ยง	การควบคุม
อาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามต่อการได้รับความเสียหายจากการเปิดเผยข้อมูล	อธิบายให้อาสาสมัครเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูล โดยชี้แจงให้อาสาสมัครทราบว่าในแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีการระบุชื่อสกุล จะกำหนดรหัสแทนชื่อ นามสกุล และไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงถึงอาสาสมัครได้ หลังจากเก็บแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีการกำหนดรหัสลับเข้าเครื่อง วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยคณะผู้วิจัย ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกำกับดูแลงานวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ส่วนเอกสารจัดเก็บไว้ในตู้เอกสารและปิดกุญแจและจะทำลายเอกสารด้วยเครื่องทำลายเอกสารหรือขั้นตอนการทำลายเอกสารของทางราชการของหน่วยงาน ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีการจัดทำรายงานการวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว
ความเสี่ยงทางจิตใจและสังคมของอาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถาม	อาสาสมัครมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามในประเด็นที่ทำให้รู้สึกกดดัน อึดอัด เครียด กังวล หรือหากทำให้ท่านเสียเวลา ท่านสามารถถอนตัวจากการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้

2. ระบุการตอบแทน ชดเชย ค่าป่วยการ การดูแลรักษา และแก้ปัญหาอื่นๆ กรณีเกิดผลแทรกซ้อนแก่ผู้ยินยอมให้วิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ไม่มีค่าตอบแทน ค่าชดเชย ค่าป่วยการและการดูแลรักษา

3. ระบุประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้จัดทำข้อพิจารณาทางจริยธรรม โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจกับอาสาสมัคร จัดทำเอกสารแนะนำ และหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

4. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet) และหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ผลการพัฒนาเครื่องมือสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ โครงสร้างของแบบวัดฯ และผลการทดสอบคุณภาพของแบบวัดฯ ดังนี้

1. โครงสร้างของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน 45 ข้อ ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (10 ข้อ) ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (4 ข้อ) ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (10 ข้อ) ส่วนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ (4 ข้อ) ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (8 ข้อ)

2. ผลการทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.2) อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.9) รองลงมาอายุระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 25.9) และอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 20) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.48 (S.D. = 14.9) อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 80 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.6) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา (ร้อยละ 51.4) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 20) รองลงมาค้าขาย (ร้อยละ 19.5) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 18.2) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 32.3) รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 28.2) และมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 19.5) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 9,100 บาท มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 100,000 บาท

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=220)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	150	68.2
ชาย	70	31.8
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	44	20.0
30-39	29	13.2
40-49	57	25.9
50 ปีขึ้นไป	90	40.9
อายุเฉลี่ย 45.48 (S.D. = 14.9) ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 80 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	66	30.0
สมรส	129	58.6
หม้าย หย่า แยก	25	11.4
4. การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ	51	23.2
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	113	51.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	56	25.4

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพหลัก		
เกษตรกรรม	44	20.0
ค้าขาย	43	19.5
รับจ้างทั่วไป	40	18.2
ธุรกิจส่วนตัว	23	10.5
พนักงานบริษัท	17	7.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	9.5
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	18	8.2
นักเรียน /นักศึกษา	14	6.4
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
น้อยกว่า 5000	62	28.2
5,000 – 10,000	71	32.3
10,001 – 15,000	27	12.3
15,001 – 20,000	17	7.7
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	43	19.5
7. การตรวจสุขภาพ		
เคย	76	34.5
ไม่เคย	144	65.5
8. ผลการตรวจสุขภาพ		
พบพยาธิ	7	9.2
ไม่พบพยาธิ	69	91.8
9. การรักษากรณีตรวจพบพยาธิ		
รักษาและกินยาครบ	6	85.7
รักษาแต่กินยาไม่ครบ	1	14.3
10. ประวัติครอบครัว		

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ	2	0.9
มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี	5	2.3

ส่วนที่ 2 คุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item Congruence) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปและทำการสรุปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.6 – 1 และ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทั้งฉบับ ได้ 0.89 โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแก้ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ให้เพิ่มข้อความหัวข้อผลการตรวจจักษุภาวะ เป็น “พบพยาธิใบไม้ตับ” หรือ “ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ” หัวข้อประวัติครอบครัว ให้เพิ่มข้อความคำว่า “ครอบครัวของท่านเคยมีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่” ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้ปรับแก้ข้อคำถามให้เป็นไปเพื่อให้ข้อความกระชับ เข้าใจง่าย เช่น “ถ้าท่านต้องการข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลได้ด้วยตัวเองบ่อยครั้งแค่ไหน” หรือ “ เมื่อท่านได้รับข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับท่านได้มีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน” และเพิ่มข้อคำถาม “ท่านมีปัญหาในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จากแหล่งต่างๆบ่อยครั้งแค่ไหน” ด้านความรู้ความเข้าใจ ให้จัดลำดับข้อคำถามใหม่ โดยเรียงจากสาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน และเพื่อให้เกิดความชัดเจน กระชับขึ้น ให้ระบุชนิดของปลาดิบ ไว้ในคำอธิบาย และยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับให้ระบุในข้อ คำถาม เช่น “ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ พราซิควอนเทล สามารถกินได้บ่อยๆไม่มีผลเสียต่อร่างกาย” และให้เพิ่มประเด็นคำถาม ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการจัดสิ่งปฏิกูล ด้านการจัดการตนเอง ให้ยกตัวอย่างเพื่อให้เกิดความชัดเจนขึ้น ข้อการจัดสภาพแวดล้อม เช่น การจัดเตรียมอาหารสำหรับครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้เพิ่มในนิยามศัพท์เฉพาะด้านการจัดการตนเองให้ครอบคลุมการจัดสภาพแวดล้อม ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้เพิ่มข้อคำถามเรื่องการจัดสิ่งปฏิกูล ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2 จำนวน 59 ข้อ 135 คะแนน

2.2) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการหาค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) และวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 2 ไปทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงในภาพรวม พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.88 เมื่อแยกเป็นองค์ประกอบ พบว่า ค่าอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง 0.20 - 0.96 ค่าความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.40 - 0.93

ค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.67 และ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) มีค่าระหว่าง 0.52-0.91 ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2 จำนวน 45 ข้อ 95 คะแนน

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้จำแนกรายองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อคำถาม	คะแนน เต็ม	ช่วงค่า อำนาจ จำแนก	ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha)
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	10			
2. การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้าน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	4	20	0.77 – 0.81	0.91
3. ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (มีค่าความยากง่าย 0.4 – 0.93)	10	10	0.20 – 0.64	0.67 (KR-20)
4. ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3	15	0.56 - 0.96	0.64
5. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิ ใบไม้ตับ	4	20	0.27 - 0.37	0.52
6. การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3	15	0.44 - 0.63	0.70
7. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3	15	0.20 - 0.56	0.61
8. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	8		0.44 – 0.77	0.86
รวม	45	95		

2.3) ความถูกต้องเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ

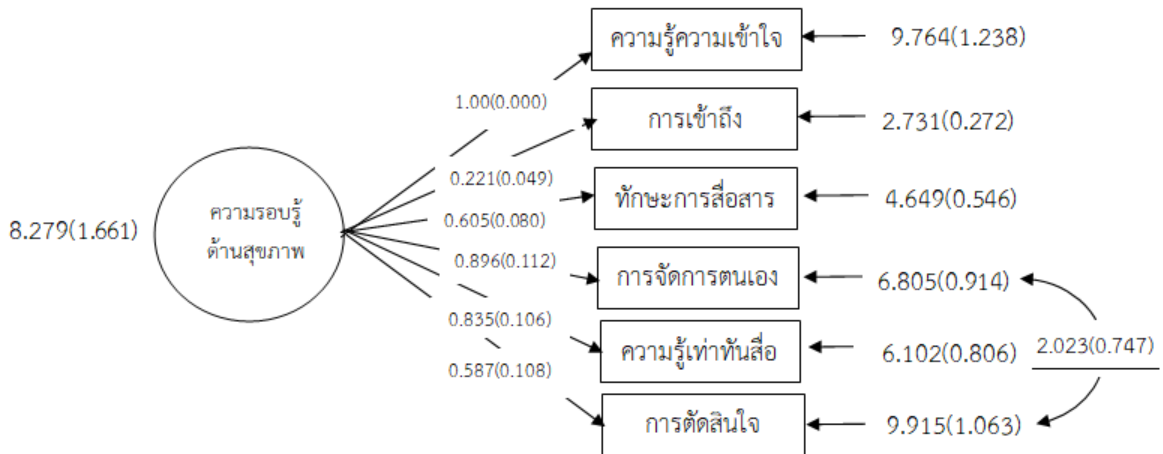
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis; CFA) ค่าสถิติทดสอบ Chi-Square = 15.091 df= 8 p-value = 0.0574 (ค่า Chi-Square/df = 1.8864) RMSEA = 0.063 SRMR = 0.036 CFI = 0.977 TLI = 0.956 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล

ค่าดัชนี	เกณฑ์	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
χ^2/df	< 3	1.8864	ผ่านเกณฑ์
p	> 0.05	0.0574	ผ่านเกณฑ์
CFI	> 0.90	0.977	ผ่านเกณฑ์
TLI	> 0.09	0.956	ผ่านเกณฑ์

SRMR	< 0.05	0.036	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< 0.08	0.063	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลผ่านเกณฑ์ แสดงว่าโมเดลการวัดความรู้ด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างดี สามารถวัดได้ตรงตามสภาพจริงของข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 โมเดลองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจ ($b=1.00$) อธิบายความแปรปรวนได้ 45.9% ($R^2 = 0.459$) รองลงมา คือ การจัดการตนเอง ($b=0.896$) อธิบายความแปรปรวนได้ 49.4% ($R^2 = 0.494$) และความรู้เท่าทันสื่อ ($b=0.835$) อธิบายความแปรปรวนได้ 48.6% ($R^2 = 0.486$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ตารางแสดงการเมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ

องค์ประกอบของโมเดลการวัด	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ				Factor score	R^2
	b	SE	t	β		
ความรู้ความเข้าใจ	1.000	0.000	999.000	0.677	0.182	0.459
การเข้าถึงข้อมูล	0.221	0.049	4.494	0.359	0.144	0.129
ทักษะการสื่อสาร	0.605	0.080	7.552	0.628	0.231	0.394
การจัดการตนเอง	0.896	0.112	7.990	0.703	0.216	0.494

ความรู้เท่าทันสื่อ	0.835	0.106	7.880	0.697	0.243	0.486
การตัดสินใจ	0.587	0.108	5.453	0.473	0.061	0.224

2.4) การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้พฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบหรือสุกๆดิบๆ เพื่อค้นหาจุดตัดในการหาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการจำแนกระดับความรอบรู้ตั้งแต่ 52.50 คะแนน ให้ค่าความไวสูงสุด 59.3 % ค่าความจำเพาะ 69.8 % พื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.42 % (95%CI = 0.32-0.52) บุคคลมีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 52.50 จากคะแนนเต็มทั้งหมด อาจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ผลการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.1) อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 59) เฉลี่ยเท่ากับ 54 ปี ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 80 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา (ร้อยละ 50.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 71.8) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 70) เฉลี่ยเท่ากับ 3,850 บาท มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 60,000 บาท ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n =510)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	229	44.9
หญิง	281	55.1
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	46	9.0

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
30-39	54	10.6
40-49	109	21.4
50 ปีขึ้นไป	301	59.0
อายุเฉลี่ย = 54 ปี ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 80 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	85	16.7
สมรส	357	70.0
หม้าย หย่า แยก	68	13.3
4. การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ	90	17.6
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	258	50.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	162	31.8
5. อาชีพหลัก		
เกษตรกรกรรม	366	71.8
รับจ้างทั่วไป	71	13.9
ค้าขาย	15	2.9
พนักงานบริษัท	8	1.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	2.5
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	19	3.7
นักเรียน /นักศึกษา	13	2.5
ธุรกิจส่วนตัว	5	1.8
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
น้อยกว่า 5000	357	70.0
5,000 – 10,000	125	24.5

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
15,001 บาทขึ้นไป รายได้เฉลี่ย = 3,850 บาท ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 60,000 บาท	28	5.4
7. การตรวจสุขภาพ		
เคย	355	69.6
ไม่เคย	155	30.4
8. ผลการตรวจสุขภาพ (n = 355)		
ไม่พบพยาธิ	355	100
ไม่แน่ใจ	-	-
9. ประวัติการป่วยของครอบครัวด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่มี	491	98.2
มี	19	3.7
10. ประวัติการป่วยของครอบครัวด้วยโรคมาเร็งท่อน้ำดี		
ไม่มี	501	96.3
มี	9	1.8

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน (การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ, ความรู้ ความเข้าใจ) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (ทักษะการสื่อสาร, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย) ขั้นวิจรณ์ญาณ (การรู้เท่าทันสื่อ, ทักษะการตัดสินใจ) ดังแสดงในตารางที่ 11 - 20

เมื่อพิจารณาผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางหรือมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 50.6 รองลงมาในระดับต่ำ และระดับดี ร้อยละ 31,8 และ 17.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดขอนแก่น มหาสารคามและจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับปานกลางหรือเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้องบ้าง

ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับต่ำหรือมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อเป็นวิถีชีวิตสุขภาพ แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม (n =510)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	เขต		ขอนแก่น		มหาสารคาม		กาฬสินธุ์		ร้อยเอ็ด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	90	17.6	31	6.1	23	4.5	19	3.7	17	3.3
ปานกลาง	258	50.6	48	9.4	96	18.8	74	14.5	40	7.8
ต่ำ	162	31.8	41	8.0	41	8.0	37	7.3	43	8.4

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 ระดับ

ความรอบรู้ในระดับพื้นฐาน พบว่าภาพรวมส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ดส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ ส่วนจังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ในระดับปฏิสัมพันธ์ พบว่าภาพรวมส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าทุกจังหวัดส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางหรือมีทักษะทางสังคม ในด้านการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลปานกลาง

ความรอบรู้ในระดับวิจารณญาณ พบว่าภาพรวมส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ และจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับปานกลาง ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับวิจารณญาณอยู่ในระดับต่ำ แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 12 ดังนี้

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัด(n=510)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน	ภาพรวม		ขอนแก่น		มหาสารคาม		กาฬสินธุ์		ร้อยเอ็ด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	98	19.2	33	6.5	33	3.5	18	3.5	14	2.7

ปานกลาง	216	42.4	42	8.2	83	16.3	54	10.6	37	7.3
ต่ำ	196	38.4	45	8.8	44	8.6	58	11.4	49	9.6
ปฏิสัมพันธ์										
ดี	98	19.2	32	6.3	28	5.5	19	3.7	19	3.7
ปานกลาง	267	52.4	49	9.6	104	20.4	73	14.3	41	8.0
ต่ำ	145	28.4	39	7.6	28	5.5	38	7.5	40	7.8
วิจารณ์ญาณ										
ดี	90	17.6	32	6.3	28	5.5	19	3.7	19	3.7
ปานกลาง	258	50.6	49	9.6	104	20.4	73	14.3	41	8.0
ต่ำ	162	31.8	41	8.0	41	8.0	37	7.3	43	8.4

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับรายองค์ประกอบ

ผลการศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ 6 องค์ประกอบของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดังนี้

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายองค์ประกอบ (n = 510)

องค์ประกอบ	คะแนน	
	\bar{x}	S.D.
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ	3.06	1.08
ความรู้ความเข้าใจ	3.44	0.98
ทักษะการสื่อสาร	2.97	1.02
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	3.81	0.82
การรู้เท่าทันสื่อ	3.13	1.11
ทักษะการตัดสินใจ	3.29	1.03
	3.28	0.67

จากตารางที่ 13 พบว่า ในภาพรวมประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยสูงสุด ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.82) รองลงมาคือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.98) การรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 3.13$, S.D. = 1.11) การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ ($\bar{x} = 3.06$, S.D. = 1.08) และด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{x} = 2.97$, S.D. = 1.02)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายจำแนกตามจังหวัด(n =510)

จังหวัด	ขอนแก่น		มหาสารคาม		กาฬสินธุ์		ร้อยเอ็ด	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
ความรู้								
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ	3.02	1.08	3.25	0.84	2.92	1.04	2.98	1.04
ความรู้ความเข้าใจ	3.65	1.00	3.41	1.04	3.51	1.02	3.17	1.23
ทักษะการสื่อสาร	2.87	1.10	3.03	0.93	3.04	1.02	2.90	1.05
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	3.87	0.83	3.90	0.74	3.72	0.87	3.70	0.88
การรู้เท่าทันสื่อ	3.19	1.07	3.01	1.08	3.19	1.09	3.15	1.23
ทักษะการตัดสินใจ	3.45	1.06	3.17	0.93	3.24	0.97	3.37	1.22
เฉลี่ยรวม	3.34	1.02	3.30	0.93	3.27	1.00	3.21	1.11

จากตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามจังหวัดในภาพรวม พบว่า ประชาชนจังหวัดขอนแก่นมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 1.02) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 0.93) จังหวัดกาฬสินธุ์ ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 1.00) และ จังหวัดร้อยเอ็ด ($\bar{x} = 3.21$, S.D. = 1.11) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยสูงที่สุด ในขณะที่จังหวัดขอนแก่นและร้อยเอ็ด มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ จังหวัดมหาสารคามมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ ส่วนจังหวัดจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยจำแนกตามจังหวัด สามารถอธิบายได้ ดังนี้

จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.83) รองลงมาได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 1.00) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 3.45$, S.D. = 1.06) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 3.19$, S.D. = 1.07) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ ($\bar{x} = 3.02$, S.D. = 1.08) และ ทักษะการสื่อสาร ($\bar{x} = 2.87$, S.D. = 1.10) ตามลำดับ

จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.74) รองลงมาได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 3.41$, S.D. = 1.04) ด้านการ

เข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ ($\bar{x} = 3.25$, S.D. = 0.84) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 0.93) ด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{x} = 3.03$, S.D. = 0.93) และการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 3.01$, S.D. = 1.08) ตามลำดับ

จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.87) รองลงมาได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 3.51$, S.D. = 1.02) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 3.24$, S.D. = 0.97) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 3.19$, S.D. = 1.09) ด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{x} = 3.04$, S.D. = 1.02) และ การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ ($\bar{x} = 2.92$, S.D. = 1.04) ตามลำดับ

จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.70$, S.D. = 0.88) รองลงมาได้แก่ ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 3.37$, S.D. = 1.22) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 1.23) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 3.15$, S.D. = 1.23) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ ($\bar{x} = 2.98$, S.D. = 1.04) และด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{x} = 2.90$, S.D. = 1.05) ตามลำดับ

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ (n =510)

การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. เมื่อท่านต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง	61(12.0)	99(19.4)	203(39.8)	101(19.8)	46(9.0)
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย	47(9.2)	121(23.7)	199(39.0)	100(19.6)	43(8.4)
3. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย	63(12.4)	100(19.6)	196(38.4)	94(18.4)	57(11.2)
4. ท่านมีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน	66(12.9)	113(22.2)	193(37.8)	80(15.7)	58(11.4)

การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทาง สุขภาพ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)
โรคพยาธิใบไม้ตับ จนเชื่อว่าเป็น ข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ					

จากตารางที่ 15 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ รายข้อ พบว่า หากต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.8 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 9 หากต้องการข้อมูลและการบริการทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.0 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.4 มีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.4 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 11.2 การตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จนเชื่อว่าเป็น ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 37.8 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 11.4

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n =510)

ความรู้ ความเข้าใจ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงไม่สุก หรือปรุงสุกๆ ดิบๆ เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ	468	91.8	42	8.2
2. การกินส้มตำใส่ปลาสดที่ทำมาจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	438	85.9	72	14.1
3. อาการของผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ท้องอืด แน่นท้อง เจ็บบริเวณชายโครงขวา	294	57.6	216	42.4
4. ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนกินยา “พราซิควอนเทล” เพราะเป็นยาที่ปลอดภัย	258	50.6	252	49.4
5. วิธีการรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ดีที่สุด คือ การกินยา “พราซิควอนเทล”	238	46.7	272	53.3

ความรู้ ความเข้าใจ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การกำจัดเศษปลาดิบโดยการเผา ฝัง หรือต้มจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับได้	340	66.7	170	33.3
7. รถสูบล้างที่ได้รับความนิยมจากหน่วยงานราชการจะมีข้อความติดที่ว่า “รถสูบล้างสิ่งปฏิกูล”	405	79.4	105	20.6
8. การเลือกใช้บริการจากรถสูบล้างที่ได้รับความนิยมจากหน่วยงานราชการจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับได้	367	72.0	143	28.0
9. การถ่ายอุจจาระลงในส้วมและหลีกเลี่ยงการถ่ายอุจจาระในท้องนา พุ่มไม้ แหล่งน้ำ จะป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับได้	421	82.5	89	17.5
10. การทำปลาร้าให้ปลอดภัยและไม่มีพยาธิใบไม้ตับต้องหมักไว้ เป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป	284	55.7	226	44.3

จากตารางที่ 16 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงไม่สุก หรือปรุงสุกๆ ดิบๆ เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 91.8 การกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบที่ทำมาจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 85.9 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ วิธีการรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ดีที่สุด คือ การกินยาพาราซิควอนเทล คิดเป็นร้อยละ 53.3

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ(n =510)

ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ท่านอ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ครอบครัว เพื่อน หรือผู้รู้และเข้าใจ	43(8.4)	103(20.2)	203(39.8)	86(16.9)	75(14.7)
2. ท่านเล่าเรื่องหรือพูดคุย ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ	48(9.4)	102(20.0)	202(39.6)	104(20.4)	54(10.6)
3. ท่านสามารถพูดคุยชักชวนให้บุคคล	52(10.2)	108(21.2)	198(38.8)	103(20.2)	49 (9.6)

ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
อื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ ถูกต้อง					

จากตารางที่ 17 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า การอ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ครอบครัว เพื่อน หรือผู้รู้และเข้าใจ เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.8 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.4 การเล่าเรื่องหรือพูดคุยข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.6 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.4 ท่านสามารถพูดคุยชักชวนให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.8 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 9.6

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n =510)

การจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การไม่กินปลาดิบ กินอาหารที่ปรุงสุก เท่านั้น และทำตามเป้าหมายที่วางไว้ได้	179(35.1)	145(28.4)	123(24.1)	51(10.0)	12(2.4)
2. เมื่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน จัดให้มีบริการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ใบไม้ตับ ท่านเคยส่งอุจจาระไปตรวจ	178(34.9)	85(16.7)	115(22.5)	60(11.8)	72(14.1)
3. กำจัดเศษปลาดิบโดยการเผา ผึ่ง หรือต้มเพื่อการป้องกันการแพร่กระจาย โรคพยาธิใบไม้ตับ	159(31.2)	125(24.5)	131(25.7)	57(11.2)	38(7.5)
4. เมื่อสวมที่บ้านเต็ม ท่านเลือกใช้ บริการจากรถสุขส้วมที่มีข้อความข้างรถ	323(63.3)	88(17.3)	52(10.2)	29(5.7)	18(3.5)

การจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)
ว่า “รถสูบล้างปฏิกูล”					

จากตารางที่ 18 การจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า . การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การไม่กินปลาดิบ กินอาหารที่ปรุงสุกเท่านั้น และทำตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.1 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 2.4 เมื่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน จัดให้มีบริการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ท่านเคยส่งอุจจาระไปตรวจ เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.9 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.8 กำจัดเศษปลาดิบโดยการเผา ฟิ้ง หรือต้มเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับ เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.2 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 7.5 เมื่อสวมที่บานเต็ม ท่านเลือกใช้บริการจากรถสูบล้างที่มีข้อความข้างรถว่า “รถสูบล้างปฏิกูล” เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.3 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 3.5

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (n =510)

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)
1. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางโทรทัศน์ เว็บไซต์ และสื่ออื่นๆ เช่น โปสเตอร์ ใบปลิว ป้ายโฆษณา เป็นต้น แล้วเกิดความสนใจท่านได้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้น	80(15.7)	94(18.4)	178(34.9)	74(14.5)	84(16.5)
2. เมื่อท่านได้รับฟังโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางวิทยุแล้วเกิดความสนใจท่านได้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้น	78(15.3)	102(20.0)	160(31.4)	82(16.1)	88(17.3)

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)
3. ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้องใน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากสื่อ ต่างๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม	96(18.8)	144(28.2)	161(31.6)	64(12.5)	45(8.8)

จากตารางที่ 19 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า เมื่อท่านเห็นโฆษณา
สินค้าเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางโทรทัศน์ เว็บไซต์ และสื่ออื่นๆ เช่น โปสเตอร์ โบปลิว ป้ายโฆษณา เป็นต้น แล้ว
เกิดความสนใจท่านได้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้น
เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.9 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.5
เมื่อท่านได้รับฟังโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางวิทยุแล้วเกิดความสนใจท่านได้ค้นหาข้อมูลจากแหล่ง
อื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้น เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ
บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.4 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15,3 ท่านใช้เหตุผลในการ
พิจารณาข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากสื่อต่างๆ ก่อนที่จะ
ปฏิบัติตาม เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.6 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็น
ร้อยละ 8.8

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิ
ใบไม้ตับ (n =510)

ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)
1. ถ้าท่านไปร่วมงานบุญในหมู่บ้าน เช่น งานบวช งานแต่ง มีเพื่อนบ้าน ชวนให้กินอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ จากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ลาบ ปลา ก้อยปลา ปลาสัมดิบ ท่านมี ความมั่นใจในการปฏิเสธการกิน อาหารในสถานการณ์นี้ได้	158(31.0)	81(15.9)	131(25.7)	98(19.2)	42(8.2)
2. ในสถานการณ์ที่ท่านไปเจอ	69(13.5)	95(18.6)	216(42.4)	90(17.6)	40(7.8)

ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)
เพื่อนๆ หรือญาติ กำลังกินส้มตำใส่ ปลาร้าดิบ ซึ่งส้มตำเป็นอาหารที่ท่าน ชอบมาก แล้วชวนท่านให้กินด้วยกัน ท่านมีความมั่นใจในการปฏิเสธการ กินอาหารในสถานการณ์นี้ได้					
3. หากท่านและเพื่อนของท่าน กิน อาหารที่ทำจากปลาที่ปรุงสุกอยู่เป็น ประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่ง เพื่อนบอกว่าอยากลองชิมลาบปลา ก้อยปลาดิบดูบ้าง แล้วชวนท่านลอง กิน ท่านมีความมั่นใจในการปฏิเสธ การกินอาหารในสถานการณ์นี้ได้	148(29.0)	71(13.9)	147(28.8)	94(18.4)	50(9.8)

จากตารางที่ 20 ทักษะการตัดสินใจเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ในสถานการณ์ท่านไป
ร่วมงานบุญในหมู่บ้าน เช่น งานบวช งานแต่ง มีเพื่อนบ้านชวนให้กินอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ จากปลาน้ำจืด
เกล็ดขาว เช่น ลาบปลา ก้อยปลา ปลาส้มดิบ ท่านมีความมั่นใจในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์นี้ได้
เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.0 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.2
ในสถานการณ์ที่ท่านไปเจอเพื่อนๆ หรือญาติ กำลังกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ซึ่งส้มตำเป็นอาหารที่ท่านชอบมาก
แล้วชวนท่านให้กินด้วยกัน ท่านมีความมั่นใจในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์นี้ได้ เลือกตอบ
ส่วนใหญ่ คือ บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.4 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 7.8 ท่านและเพื่อน
ของท่าน กินอาหารที่ทำจากปลาที่ปรุงสุกอยู่เป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งเพื่อนบอกว่าอยากลองชิม
ลาบปลา ก้อยปลาดิบดูบ้าง แล้วชวนท่านลองกิน ท่านมีความมั่นใจในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์
นี้ได้ เลือกตอบส่วนใหญ่ คือ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.0 เลือกตอบน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 9.8

2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่
มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.9 เมื่อพิจารณา
ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปภาพรวมจำแนกตามจังหวัด พบว่า

จังหวัดร้อยเอ็ดมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับดีสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 28.0 รองลงมา จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ดและจังหวัดขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 24.6, และ 22.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 21

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n =510)

จังหวัด	ระดับพฤติกรรม	ดี		ปานกลาง		ต่ำ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น		27	22.5	45	37.5	48	40.0
มหาสารคาม		36	22.5	42	26.3	82	51.2
กาฬสินธุ์		32	24.6	36	27.7	62	47.7
ร้อยเอ็ด		28	28.0	36	27.7	62	47.7
	รวม	123	24.1	146	28.6	241	47.3

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายข้อ พบว่า พฤติกรรมเชิงบวก ส่วนใหญ่ ไม่กินลาบปลา/ก้อยปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 62.0 รองลงมา คือ ไม่กินปลาปรุงสุกๆดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 55.3 ส่วนพฤติกรรมเชิงลบ ส่วนใหญ่ กินบางครั้ง โดย ข้อที่เลือกตอบมากที่สุด คือ กินส้มตำปลาร้าดิบ คิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ กินส้มปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตารางที่ 22

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของการพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกรายข้อ(n =510)

พฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ	กินประจำ		กินบางครั้ง		ไม่กิน		ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ลาบปลาดิบ /ก้อยปลาดิบ	16	3.1	178	34.9	316	62.0	-	-
2. ปลาปรุงสุกๆดิบๆ	17	3.3	211	41.4	282	55.3	-	-
3. ส้มปลาดิบ	38	7.5	219	42.9	253	49.6	-	-
4. ส้มตำปลาร้าดิบ	85	16.7	301	59.0	124	24.3	-	-
5. ส้มปลาน้อยดิบ	29	5.7	212	41.6	269	52.8	-	-
6. ปลาเจ้าดิบ/ปลาจ่อมดิบ/ หม่าซึ่ปลาดิบ	22	4.3	210	41.2	278	54.5	-	-
7. แจ่วบองปลาร้าดิบ	85	16.7	313	61.4	112	22.0	-	-
8. ปลาร้าดิบ	72	14.1	302	59.2	136	26.7	-	-

2.4 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้) กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 23

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n =510)

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ/(จำนวน(ร้อยละ))			p-value
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	
1. เพศ				0.095
ชาย	37 (7.3)	110 (21.6)	82 (16.1)	
หญิง	53 (10.4)	148 (29.0)	80 (15.7)	
2. อายุ (ปี)				0.323
น้อยกว่า 30	11 (2.2)	20 (3.9)	15 (2.9)	
30-39	4 (0.8)	30 (5.9)	20 (3.9)	
40-49	16 (3.1%)	57 (11.2%)	36 (7.1)	
50 ปีขึ้นไป	59 (11.6)	151 (29.6)	91 (17.8)	
3. สถานภาพสมรส				0.438
โสด	11 (2.2)	40 (7.8)	34 (6.7)	
สมรส	68 (13.3)	184 (36.1)	105 (20.6)	
หม้าย หย่า แยก	11 (2.2)	34 (6.7)	23 (4.5)	
4. การศึกษา				0.001
ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ	42 (8.2)	42 (8.2)	6 (1.2)	
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	164 (32.2)	83 (16.3)	11 (2.2)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	113 (22.2)	43 (8.4)	6 (1.2)	
5. อาชีพหลัก				0.808

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ/(จำนวน)(ร้อยละ)			p-value
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	
เกษตรกรรม	65 (12.7)	187 (36.7)	114 (22.4)	
รับจ้างทั่วไป	12 (2.4)	33 (6.5)	26 (5.1)	
ค้าขาย	1 (0.2)	12 (2.4)	2 (0.4)	
พนักงานบริษัท	2 (0.4)	3 (0.6)	3 (0.6)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (0.8)	9 (1.8)	-	
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	1 (0.2)	8 (1.6)	10 (2.0)	
นักเรียน /นักศึกษา	5 (1.0)	4 (0.8)	4 (0.8)	
ธุรกิจส่วนตัว	-	2 (0.4)	3 (0.6)	
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)				0.002
น้อยกว่า 5000	53(10.4)	182(35.7)	122(23.9)	
5,000 – 15,000	27(5.3)	62(12.2)	36(7.1)	
มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป	10(2.0)	14(2.7)	4(0.8)	

2.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วน สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังแสดงในตารางที่ 24

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n =510)

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ/(จำนวน)(ร้อยละ)			p-value
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	
1. เพศ				0.000**
ชาย	46 (9.0)	52 (10.2)	131 (25.7)	
หญิง	77 (15.1)	94 (18.4)	110 (21.6)	
2. อายุ (ปี)				0.001**
น้อยกว่า 30	22 (4.3)	9 (1.8)	15 (2.9)	

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ/(จำนวน)(ร้อยละ)			p-value
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	
30-39	8 (1.6)	23 (4.5)	23 (4.5)	
40-49	20 (3.9)	33 (6.5)	56 (11.0)	
50 ปีขึ้นไป	73 (14.3)	81 (15.9)	147 (28.8)	
3. สถานภาพสมรส				0.345
โสด	25 (4.9)	21 (4.1)	39 (7.6)	
สมรส	77 (15.1)	107 (21.0)	173 (33.9)	
หม้าย หย่า แยก	21 (4.1)	18 (3.5)	29 (5.7)	
4. การศึกษา				0.015**
ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ	69 (13.5)	83 (16.3)	167 (32.7)	
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	44 (8.6)	56 (11.0)	68 (13.3)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	10 (2.0)	7 (1.4)	6 (1.2)	
5. อาชีพหลัก				0.015**
เกษตรกรกรรม	76 (14.9)	107 (21.0)	183 (35.9)	
รับจ้างทั่วไป	15 (2.9)	15 (2.9)	32 (6.3)	
ค้าขาย	3 (0.6)	5 (1.0)	7 (1.4)	
พนักงานบริษัท	3 (0.6)	1 (0.2)	4 (0.8)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (1.0)	4 (0.8)	4 (0.8)	
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	6 (1.2)	7 (1.4)	6 (1.2)	
นักเรียน /นักศึกษา	9 (1.8)	3 (0.6)	1 (0.2)	
ธุรกิจส่วนตัว	2(0.4)	-	3 (0.6)	
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)				0.477
น้อยกว่า 5000	80(15.7)	100(19.6)	177(34.7)	
5,000 – 15,000	34(6.7)	39(7.6)	52(10.2)	
มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป	9(1.8)	7(1.4)	12(2.4)	

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ/(จำนวน)(ร้อยละ)			p-value
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	

2.4.2.1 โดยเมื่อพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงการกินอาหารเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดคือ แจ่วบองปลาร้าดิบ รองลงมาส้มตำปลาร้าดิบ และปลาร้าดิบ ร้อยละ 7.6, 7.5 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงการกินอาหารเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดคือ แจ่วบองปลาร้าดิบ รองลงมา และส้มตำปลาร้าดิบ ปลาร้าดิบ ร้อยละ 9.2, 9.0 และร้อยละ 7.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 25

ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกตามเพศ (n =510)

พฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ	ชาย			หญิง		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน
ลาบปลาดิบ /ก้อยปลาดิบ	11(2.2)	114(22.4)	104(20.4)	5(1.0)	64(12.5)	212(41.6)
ปลาปรุงสุกๆดิบๆ	10(2.0)	122(23.9)	97(19.0)	7(1.4)	89(17.5)	185(36.3)
ส้มปลาดิบ	18(3.5)	122(23.9)	89(17.5)	20(3.9)	97(19.0)	164(32.2)
ส้มตำปลาร้าดิบ	38(7.5)	139(27.3)	52(10.2)	47(9.2)	162(31.8)	72(14.1)
ส้มปลาน้อยดิบ	15(2.9)	110(21.6)	104(20.4)	14(2.7)	102(20.0)	165(32.4)
ปลาแจ่วดิบ/ปลาจ่อม	10(2.0)	109(21.4)	110(21.6)	12(2.4)	101(19.8)	167(33.0)
ดิบ/หม่าซี้ปลาดิบ						
แจ่วบองปลาร้าดิบ	39(7.6)	140(27.5)	50(9.8)	46(9.0)	173(33.9)	62(12.2)
ปลาร้าดิบ	33(6.5)	132(25.9)	64(12.5)	39(7.6)	170(33.3)	72(14.1)

2.4.2.2 เมื่อพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมเสี่ยงการกินอาหารเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด โดยอาหารที่กินเป็นประจำมากที่สุด คือ แจ่วบองปลาร้าดิบ รองลงมาส้มตำปลาร้าดิบ และปลาร้าดิบ ร้อยละ 9.4, 9.0 และร้อยละ 8.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 26

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกตาม
กลุ่มอายุ (n =510)

พฤติกรรมการ ป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี			30 – 39 ปี			40 – 49 ปี			50 ปีขึ้นไป		
	ประจำ ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่กิน	ประจำ °	บาง ครั้ง	ไม่กิน	ประจำ ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่กิน	ประจำ ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่กิน
ลาปลาติบ /	-	14	32	5(1.0)	12	37	2	41	66	9	111	181
ก้อยปลาติบ		(2.7)	(6.3)		(2.4)	(7.9)	(0.4)	(8.0)	(12.9)	(1.8)	(21.8)	(35.5)
ปลาปรุงสุกๆ	-	15	31	4	17	33	3	54	52	10	125	166
ดิบๆ		(2.9)	(6.1)	(0.8)	(3.3)	(6.5)	(0.6)	(10.6)	(10.2)	(2.0)	(24.5)	(32.6)
ส้มปลาติบ	2	19	25	5	21	28	8	52	49	23	127	151
	(0.4)	(3.7)	(4.9)	(1.0)	(4.1)	(5.5)	(1.6)	(10.2)	(9.6)	(4.5)	(24.9)	(29.6)
ส้มตำปลาร้าดิบ	8(1.6)	19	19	8	38	8	23	65	21	46	179	76
		(3.7)	(3.7)	(1.6)	(7.5)	(1.6)	(1.6)	(12.7)	(4.1)	(9.0)	(35.1)	(14.9)
พฤติกรรมการ ป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี			30 – 39 ปี			40 – 49 ปี			50 ปีขึ้นไป		
	ประจำ ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่กิน	ประจำ °	บาง ครั้ง	ไม่กิน	ประจำ ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่กิน	ประจำ ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่กิน
ส้มปลาน้อยดิบ	1	12	33	5	17	32	10	47	52	13	136	152
	(0.2)	(2.4)	(6.5)	(1.0)	(3.3)	(6.3)	(2.0)	(9.2)	(10.2)	(2.5)	(26.7)	(29.8)
ปลาเจ้าดิบ/ปลา จ่อม ดิบ/หม่าซี้	-	14	32	1	19	34	8	46	55	13	131	157
ปลาติบ		(2.7)	(6.3)	(0.2)	(3.7)	(6.7)	(1.6)	(9.0)	(10.8)	(2.5)	(25.7)	(30.8)
แจ่วบองปลาร้า	5	18	23	7	39	8	25	70	14	48	186	67
ดิบ	(1.0)	(3.5)	(4.5)	(1.4)	(7.6)	(1.6)	(4.9)	(13.7)	(2.7)	(9.4)	(36.5)	(13.1)
ปลาร้าดิบ	4	19	23	5	37	12	21	63	25	42	183	76
	(0.8)	(3.7)	(4.5)	(1.0)	(7.3)	(2.4)	(4.1)	(12.4)	(4.9)	(8.2)	(35.9)	(14.9)

2.4.2.3 เมื่อพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนมีพฤติกรรมการกินอาหารเสี่ยงโรค

พยาธิใบไม้ตับสูงสุด โดยอาหารที่กินประจำ คือ แจ่วบองปลาร้าดิบ รองลงมาส้มตำปลาร้าดิบ และปลาร้าดิบ ร้อยละ 12.0, 11.2 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 27

ตาราง 27 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกตามระดับการศึกษา (n =510)

พฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน			มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา			ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน
ลาบปลาดิบ / ก้อยปลา ดิบ	10(2.0)	121 (23.7)	188 (36.9)	6(1.2)	52 (10.2)	110 (21.6)	-	5 (1.0)	18 (3.5)
ปลาปรุงสุกๆดิบๆ	11(2.2)	137 (26.9)	171 (33.5)	6 (1.2)	68 (13.3)	94 (18.4)	-	6 (1.2)	17 (3.3)
ส้มปลาดิบ	28 (5.5)	142 (27.8)	149 (29.2)	10 (2.0)	70 (13.7)	88 (17.3)	-	7 (1.4)	16 (3.1)
ส้มตำปลาร้าดิบ	57 (11.2)	189 (37.1)	73 (14.3)	28 (5.5)	99 (19.4)	41 (8.0)	-	13 (2.5)	10 (2.0)
ส้มปลาน้อยดิบ	22 (4.3)	149 (29.2)	148 (29.0)	7 (1.4)	60 (11.8)	101 (19.8)	-	3 (0.6)	20 (3.9)
ปลาเจ้าดิบ/ปลาจ่อม ดิบ/หม่าซี้ปลาดิบ	19 (3.7)	146 (28.6)	153 (30.2)	3 (0.6)	58 (11.4)	107 (21.6)	-	6 (1.2)	17 (3.3)
พฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	ประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน			มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา			ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน	ประจำ	บางครั้ง	ไม่กิน
แจ่วบองปลาร้าดิบ	61 (12.0)	195 (38.2)	63 (12.4)	24 (4.7)	103 (20.2)	41 (8.0)	-	15 (2.9)	8 (1.6)
ปลาร้าดิบ	53 (10.4)	194 (38.0)	72 (14.1)	19 (3.7)	95 (18.6)	54 (10.6)	-	13 (2.5)	10 (2.0)

2.4.2.4 เมื่อพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรมีพฤติกรรมการกินอาหารเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง และค้าขาย ดังแสดงในตารางที่ 28

ตาราง 28 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจำแนกตามอาชีพ (n =510)

พฤติกรรมการ ป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ	เกษตรกร			รับจ้างทั่วไป			ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว			พนักงานบริษัท			ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ			ไม่ได้ทำงาน			นักเรียน/นักศึกษา		
	ประจำ	บาง	ไม่กิน	ประจำ	บาง	ไม่กิน	ประจำ	บาง	ไม่กิน	ประจำ	บาง	ไม่กิน	ประจำ	บาง	ไม่กิน	ประจำ	บาง	ไม่กิน	ประจำ	บาง	ไม่กิน
	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง
ลาบปลาดิบ / ก้อยปลาดิบ	12 (2.4)	139 (27.3)	215 (42.2)	2(0.4)	26 (5.1)	43 (8.5)	-	4 (0.8)	16 (3.2)	1 (0.2)	2 (0.4)	5 (1.0)	1 (0.2)	2 (0.4)	10 (2.0)	-	4(0.8)	15 (2.9)	-	1(0.2)	12 (2.4)
ปลาปรุงสุกๆดิบๆ	12 (2.4)	164 (32.2)	190 (37.3)	4(0.8)	28 (5.5)	40 (7.9)	1(0.2)	8(1.6)	11 (3.2)	-	4(0.8)	4(0.8)	1 (0.2)	2 (0.4)	10 (2.0)	-	3(0.6)	16 (3.1)	-	2 (0.4)	11 (2.2)
ส้มปลาดิบ	27 (5.3)	163 (32.0)	176 (34.5)	8 (1.6)	29 (5.7)	34 (6.7)	2 (0.4)	9(1.8)	9(1.8)	1 (0.2)	3 (0.6)	4 (0.8)	-	4 (0.8)	9 (1.8)	-	9 (1.8)	10 (2.0)	-	2 (0.4)	11 (2.2)
ส้มตำปลาร้าดิบ	62 (12.2)	227 (44.5)	77 (15.1)	11 (2.2)	37 (7.3)	23 (4.5)	4 (0.8)	12 (2.4)	4 (0.8)	1 (0.2)	5(1.0)	2 (0.4)	2 (0.4)	7(1.4)	4(0.8)	3 (0.6)	9(1.8)	7(1.4)	2 (0.2)	4 (0.8)	7(1.4)
ส้มปลาน้อยดิบ	22 (4.3)	163 (32.0)	181 (35.5)	2 (0.2)	32 (6.3)	37 (7.3)	3 (0.6)	6 (1.2)	11 (2.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	6 (1.2)	1(0.2)	3(0.6)	9(1.8)	-	6 (1.2)	13 (2.6)	-	1(0.2)	12 (2.4)
ปลาเจ้าดิบ/ปลา จ่อม/หมี่ขี้ปลาดิบ	14(2.7) 7)	159 (31.2)	193 (37.8)	3 (0.6)	31 (6.1)	40 (7.9)	3 (0.6)	7 (1.4)	10 (1.6)	1 (0.2)	2 (0.4)	5 (1.0)	1 (0.2)	3 (0.6)	9 (1.8)	-	8(1.6)	11 (2.2)	-	-	13 (2.5)
แจ่วบองปลาร้าดิบ	66	238	62	9	39	23	4	11	5	1	5	2	2	7(1.4)	4(0.8)	3	9(1.8)	7(1.4)	-	4(0.8)	9(1.8)

	(12.9)	(46.7)	(12.2)	(1.8)	(7.6)	(4.5)	(0.8)	(22)	(1.0)	(0.2)	(1.0)	(0.4)	(0.4)			(0.6)						
ปลาข้าวติบ	55	232	79	7	36	27	4	9	7	1	5	2	3	5(1.0)	5(1.0)	2	10	7(1.4)	-	5(1.0)	8(1.6)	
	(10.8)	(45.5)	(15.5)	(1.4)	(7.1)	(5.3)	(0.8)	(1.8)	(1.4)	(0.2)	(1.0)	(0.4)	(0.6)			(0.4)	(2.0)					

2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) โดยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และด้านความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนองค์ประกอบด้านการรู้เท่าทันสื่อ ไม่พบข้อมูลที่แสดงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 29

ตาราง 29 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($n = 510$)

องค์ประกอบ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	
	r_s	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.231	.000**
1. การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	.242	.000**
2. ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	.125	.005**
3. ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	.134	.003**
4. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ	.204	.000**
5. การรู้เท่าทันสื่อเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	.083	.061
6. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	.200	.000**

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในช่วงในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2563 จำนวน 510 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน 45 ข้อประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (10 ข้อ) ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (4 ข้อ) ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (10 ข้อ) ส่วนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ (4 ข้อ) ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (8 ข้อ) วิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือเครื่องมือเบื้องต้น ได้แก่ ความเที่ยงแบบ ความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) อำนาจจำแนก (corrected item-total correlation) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือเพื่อดูความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ประกอบด้วยค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (Tucker – Lewis Index: TLI) ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (Root Mean square Residual: SRMR) และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Squared Error Approximation: RMSEA) และคำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรอบรู้ ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Chi square test สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการเพียร์สัน และสเปียร์แมน โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งผลการศึกษารูปได้ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

5.1.1 ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

5.1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.2) อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.9) รองลงมาอายุระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 25.9) และอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 20) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.48 (S.D. = 14.9) อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 80 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.6) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.2) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 22.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 20) รองลงมาค้าขาย (ร้อยละ 19.5) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 18.2) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 32.3) รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 28.2) และมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 19.5) มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 100,000 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 9,100 บาท

5.1.1.2 คุณภาพของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item Congruence) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปและทำการสรุปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาข้อ อยู่ระหว่าง 0.6 – 1 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ ได้ 0.89 ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2 จำนวน 59 ข้อ 135 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการหาค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) และวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 2 ไปทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงในภาพรวม พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.88 เมื่อแยกเป็นองค์ประกอบ พบว่า ค่าอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง 0.20 - 0.96 ค่าความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.40 – 0.93 ค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.67 และ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) มีค่าระหว่าง 0.52-0.91 ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2 จำนวน 45 ข้อ 85 คะแนน

ความถูกต้องเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis; CFA) ค่าสถิติทดสอบ Chi-Square = 15.091 df = 8 p-value = 0.0574 (ค่า Chi-Square/df = 1.8864) RMSEA = 0.063 SRMR = 0.036 CFI = 0.977 TLI = 0.956

โดยภาพรวม แบบวัดฯ มีความเชื่อมั่นด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.88 พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของศิริชัย กาญจนวาสี (2544) ถือเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ในระดับดี ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลทั้ง 3 ส่วน คือ ค่าไคสแควร์/ไคสแควร์สัมพัทธ์ ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนและค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า ที่แสดงให้เห็นว่าโมเดลที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาจากโดยพบว่า องค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ สามารถเป็นองค์ประกอบการวัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในทางสถิติ สอดคล้องกับเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของ Schumacker & Lomax (2010, อ้างใน पुलพงค์ สุขสว่าง, 2557) ดังนั้นแบบวัดฯ นี้มีความถูกต้องด้านเนื้อหา โครงสร้างและด้านความเที่ยงตรง สามารถนำไปประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนได้

5.1.2 ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

5.1.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.1) อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 59) มัธยมศึกษา = 54 ปี ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 98 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา (ร้อยละ 50.6) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 71.8) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 70) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 3,850 บาท มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 60,000 บาท สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

5.1.2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางหรือมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้องบ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.6 อาจเนื่องมาจาก ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญาถึงร้อยละ 50.6 และ

มากกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทถึงร้อยละ 70 นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จึงอาจทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาความรู้ของตน ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพ และทักษะในการสื่อสารเพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ตลอดจนการรู้เท่าทันสื่อเพื่อให้มีการปฏิบัติตนในป้องกันโรคมะเร็งไปไม่ได้บ่งชี้ไม่ดีพอ จึงอาจทำให้การวิเคราะห์และตัดสินใจอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางไปค่อนข้างระดับมาก ทำให้ความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้คือมีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 62.84 และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล ที่ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ ที่ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความฉลาดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 (S.D. = 2.499) แต่ไม่สอดคล้องแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ(2558) ที่ศึกษาความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้แจ้งต่ำ ร้อยละ 89.30

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับพื้นฐานระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลมาจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญาถึงร้อยละ 50.6 และมากกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทถึงร้อยละ 70 นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จึงอาจทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาความรู้ของตน ทั้งนี้เมื่อจำแนกตามระดับ สรุปดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ในระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.2 ทั้งนี้องค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก คือ ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งข้อที่ตอบได้ถูกต้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.8 คือ การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงไม่สุก หรือปรุงสุกๆดิบๆ เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งไปไม่ได้ ส่วนข้อที่ส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้องเหมาะสมน้อยที่สุด อยู่ในองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ คือ เมื่อท่านต้องการข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ ตับ ท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 47.4

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative Health Literacy)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.4 โดยองค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก คือ ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ซึ่งข้อที่ตอบได้ถูกต้อง เหมาะสมมากที่สุด คือ การเลือกใช้บริการรถสุขส้วมที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนข้อที่ส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้องเหมาะสมน้อยที่สุด อยู่ในองค์ประกอบด้านทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ การอ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือผู้อื่นรู้หรือเข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 8.4 สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย พบว่า การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 44.4 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 47.4 และการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ชุมทอง ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น พบว่า การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 84.0

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.6 โดยองค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก คือ ด้านการตัดสินใจ ซึ่งข้อที่ตอบได้ถูกต้อง เหมาะสมมากที่สุด คือ ความมั่นใจในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์ร่วมงานบุญในหมู่บ้าน เช่น งานบวช งานแต่งงาน มีเพื่อนบ้านชวนให้กินอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ จากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ลาบปลา ก้อยปลา ปลาสัมดิบ คิดเป็นร้อยละ 31.0 ส่วนข้อที่ส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้องเหมาะสมน้อยที่สุด อยู่ในองค์ประกอบด้านด้านการตัดสินใจ คือ ความมั่นใจในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์ไปเจอเพื่อนๆ หรือญาติ กำลังกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ซึ่งส้มตำเป็นอาหารที่ท่านชอบมาก แล้วชวนท่านให้กินด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 8.4 สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ(Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่า ด้านการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.33 แต่ไม่สอดคล้องกับศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

อ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย พบว่าการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.3 และการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัญชนก ชุมทองที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.3

5.1.2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ต้องอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านลบที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดี ได้แก่ การปีบน้ำมะนาวและมดแดงใส่ก้อยปลาสามารถทำให้ก้อยปลาสุกได้ การปรุงก้อยปลา ลาบปลาแบบสุกๆ ดิบๆ ช่วยประหยัดเวลาในการประกอบอาหาร รวมทั้งทำให้ปลาไม่มีความสดไม่เสียรสชาติและคุณค่าทางโภชนาการ และการกินอาหารที่ทำจากปลาดิบนานๆ ครั้งจะไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา ยศปัญญา และคณะที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดเลย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 52.60 และ 93.78 และการศึกษาของถาวร ทุมสะกะและสุชาดา ภัยหลีกหลี ที่ศึกษาความรู้ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลนาแก อำเภอนาหวัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ สูง ร้อยละ 98.20 และการศึกษาของวิประภา พรหมจันทร์ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลโนนสุวรรณ อำเภอนโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 38.30 แต่ไม่สอดคล้องกับฉัตรลดา ดีพร้อม และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.93

5.1.2.4 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)คือ ระดับการศึกษา และรายได้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางตรงกับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย เนื่องมาจากการศึกษาจะเป็นส่วนสำคัญในการยกระดับการรู้หนังสือ การอ่านออกเขียนได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ และเอกสารข้อมูลความรู้ต่างๆ ตลอดจนการรู้และเข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์ที่เพียงพอต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร ที่ได้ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า คนที่มีการศึกษาน้อย ก็จะมีระดับการรู้หนังสือต่ำด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ(Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในทุกองค์ประกอบ และชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร ที่ศึกษาความรู้อัจฉกด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มผู้มีการศึกษาสูงมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้แจ้งสูงมากกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ ธีระ วรธนารัตน์และคณะ ได้ทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกต่างด้านสุขภาพ พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีความแตกต่างด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกองค์ประกอบ และผู้ที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้บริการรักษาฉุกเฉินมากกว่า มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้บุคคลที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นความสัมพันธ์ทางบวก นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีความรู้ด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน น่าจะมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 71.8) ซึ่งต้องทำงานนอกบ้านเพื่อสร้างรายได้เลี้ยงดูครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง ที่ศึกษารูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ถึงร้อยละ 54.0 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา

ประเสริฐศรี ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5.1.2.5 ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นความสัมพันธ์ทางบวก นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ สอดคล้องกับวิลล โรมา และคณะ ที่ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 พบว่า การมีโรคเรื้อรังหรือภาวะอ้วนลงพุงมักพบในกลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ สอดคล้องกับธีระ วรรณรัตน์และคณะ ที่ได้ทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกต่างด้านสุขภาพ พบว่า ระดับความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดย ผู้ที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้บริการรักษาฉุกเฉินมากกว่า มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้บุคคลที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่สูงกว่า และสอดคล้องกับอรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณชาลีเครือ ที่ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของศิริวรรณ ชอภธรรมสกุล ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน นอกจากนี้ การศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง ที่ศึกษารูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า ประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ นั่นคือ กลุ่มเสี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพดี

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความถูกต้องด้านเนื้อหา โครงสร้าง และความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้ประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในระดับเขตสุขภาพและประเทศได้ ทั้งนี้หากจะนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มอื่นควรมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มเติมและควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ

ใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบแนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

5.2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนเร่งรัดดำเนินการในกลุ่มเพศชาย อายุ 50 ปีขึ้นไป และมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นลำดับแรก โดยดำเนินการผสมผสานให้เข้ากับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน และมีการติดตามผลการเสริมสร้างความรอบรู้อย่างต่อเนื่องและหลากหลายรูปแบบ

2. พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพ ให้มีการบริหารจัดการที่บูรณาการ ประเด็นที่จะสื่อสารให้เข้าใจง่าย มีช่องทางและวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อกำหนดรูปแบบในการพัฒนาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะองค์ประกอบที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่นและภาคีเครือข่าย. แนวทางทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2568.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ 2559.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ(พ.ศ.2560 - 2579) 2560.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์;กรุงเทพฯ.
4. กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์และคณะ.การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2557.
5. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561.
6. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย.2558.
7. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2560.
8. กิตติพิศ วงศ์นิศานาถกุล. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561.
9. เกษตร ปะที. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนองพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พ.ศ.2559. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560;4:36-42.
10. กัญญา สุวรรณแสง . จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: รวมสาสน์.2536
11. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร;บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับ

- บลิชซึ่งจำกัด(มหาชน). 2561.
12. ฉัตรลดา ดีพร้อม และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคํา อำเภอร่องคํา จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มีนาคม 2561.
 13. เฉลิมพล ต้นสกุล . พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
 14. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. บทความพิเศษ: การคำนวณขนาดตัวอย่าง. Journal of mental Health of Thailand 2012;20(3):192-198.
 15. ชาญชลักษณ์ เยี่ยมมิตร. การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ปีการศึกษา 2554. (ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาวิชาพลศึกษา. 2556.
 16. ชลธิรา เรียงคําและคณะ..ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุและความสามารถในการมองเห็น ในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 2559. JNurse SCI. Vol34 No4 October-December 2016.
 17. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นรีมาลย์ นีละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้อัจฉแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 2558.
 18. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา. 2552
 19. ถาวร ทุมสะกะ, สุชาดา ภัยหลีกี้. ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;4:481-494.
 20. ณรงค์ บัวบาน. การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2556 : กรณีศึกษาประชาชนในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. (สารนิพนธ์). มหาวิทยาลัยสยาม, สาขารัฐประศาสนศาสตร์. 2556.
 21. ธนพร หล่อเปียนนท์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2552. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิทยากรทรวงสาธารณสุข 2552.
 22. ธัญชนก ชุมทอง. รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. 2559.
 23. อีระ วรรณรัตน์และคณะ. การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ. 2558.

24. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.2556.
25. มณีรัตน์ ธีระวัฒน์. การวางแผนงานโครงการสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. นครปฐม: เพชรเกษมพริ้นติ้ง กรู๊ป จำกัด. 2556.
26. รัฐญา ล่องเซ่ง และวัลลยา ธรรมอภิบาล อินทนิล.การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา.2560. วารสารครุพิบูล ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2560).
27. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์. 2539.
28. สีสาวดี พิริยะตระกูลและคณะ.การศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจากการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2556 โรงพยาบาลศรีนครินทร์.The National and International Graduate Research Conference 2016.
29. วิมล โธมา และคณะ.โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1).2560.
30. ศิริชัย กาญจนวสี.ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม.พิมพ์ครั้งที่ 10.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2554.
31. ศันสนีย์ ตันตวิท.จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2552.
32. ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา (ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2562) .
33. ศิวัญญา ทองนาเมืองและรุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิจัย มข. (บศ.) 12 (2) : เม.ย. - มิ.ย. 2555.
34. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับลดความเสี่ยงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี.
35. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานโครงการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา 2560.(เอกสารอัดสำเนา)

36. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล.2557.
37. แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี.ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค 2558.
38. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2.บริษัท เดอะ กราฟโก้ ซิสเต็มส์ จำกัด;กรุงเทพฯ.2552.
39. อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ. ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. 2558.
40. อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทรมหา,เกษร แถวโนนิจ.ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2558 ;1:89-97.
41. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของการวัดและการพัฒนา.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์.2560.
42. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.2560.
43. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และธัญชนก ขุมทอง(2560) การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น.วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 3: กันยายน - ธันวาคม 2560.
44. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน.2557.
45. อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาดำบลหินตอก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2562.
46. Bloom.B.S. (1968). Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1 (2) Losangeles. University of California at Los Angeles
47. Jongsuksuntigul P, Imsomboon T. Epidemiology of opisthorchiasis and national control program in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1998; 29:327-32.
48. Hair, J., Blak, W.C., Barbin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. Multivariate data analysis. Sixth Edition. New Jersey: Upper Sandle River, Prentice Hall 2010, p.168-707.
49. Nutbeam, D. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future

- research. *Health Education Research*. 23(5). Published by Oxford University Press.2008.
50. Picha Suwannahitatornet al.(2013). A follow-up study of *Opisthorchis viverrini* infection after the implementation of control program in a rural community, central Thailand. *Parasites & Vectors* 2013, 6:188.
 51. Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P, Kaewkes S, Mairiang E, Loukas A, et al. *Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos*. *Acta Trop* 2011; 120(suppl 1):158-68.
 52. World Health Organization. *Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples In the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. 26-30 October 2009. Nairobi, Kenya. 1988.*

ภาคผนวก ก

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

คำอธิบาย

การศึกษาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เรื่องพฤติกรรม การการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบใดๆ ทั้งสิ้น จึงขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนามาตรการการสร้างเสริมสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบวัดแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1.	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2.	การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 3.	ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4.	ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน 3 ข้อ
ส่วนที่ 5.	การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 6.	การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน 3 ข้อ
ส่วนที่ 7.	ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน 3 ข้อ
ส่วนที่ 8.	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน 8 ข้อ

หมายเหตุ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน จึงให้ความหมายของคำสำคัญในแบบวัด ดังนี้

การบริการสุขภาพ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลสุขภาพ หรือการให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อ สุขภาพของประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการภาครัฐเป็นหลัก

แหล่งบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาล คลินิก ห้องสมุด ห้องพยาบาลในโรงเรียนหรือสถานศึกษา หรือ องค์กร เว็บไซต์ด้านสุขภาพ สายด่วนสุขภาพ โปรแกรมที่ใช้งานบนมือถือ (application) ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ รายการ วิทยุ-โทรทัศน์ สื่อเรียนรู้และบริการเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เอกสารแนะนำเรื่องโรคและการดูแลสุขภาพ อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสังคมออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก เป็นต้น

ปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ได้แก่ เช่น ปลาสเตอร์ ปลาแม่สะแต้ง ปลาปกหรือปลาแก้มขี้ ปลาชิว ปลาตะเพียนทราย ปลาตะเพียนขาว ปลากระมัง ปลาหน้าหมอง และปลาขาวทราย

ด้วยความขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง
 รัชนีกร กุญแจทองและคณะผู้วิจัย
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส 1) โสด 2) สมรส 3) หม้าย/หย่าร้าง
4. การศึกษา 1) ไม่ได้เรียน 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา
 ตอนต้น
 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 5) อนุปริญญาตรี/ปวส.
 6) ปริญญาตรี 7) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลัก 1) เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่) 2) รับจ้างทั่วไป 3) ค้าขาย
 4) พนักงานบริษัท 5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6) ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน
 แม่บ้าน) 7) นักเรียน /นักศึกษา 8) ธุรกิจส่วนตัว 9) อื่นๆ ระบุ
6. รายได้ของท่าน/ครอบครัวต่อเดือน บาท
7. ท่านเคยตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือไม่
 1) เคย 2) ไม่เคย (**ข้ามไปตอบข้อ 10**)
8. ผลการตรวจอุจจาระ 1) พบพยาธิ 2) ไม่พบพยาธิ (**ข้ามไปตอบข้อ 10**) 3) ไม่
 แน่ใจ
9. ถ้าตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ท่านได้รับการรักษาหรือไม่
 1) รักษาและกินยาครบ 2) รักษาแต่กินยาไม่ครบ 3) ไม่ได้รักษา
10. ครอบครัวของท่านเคยมีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่ (**กรุณาตอบทั้ง 2 ข้อ**)
 10.1 โรคพยาธิใบไม้ตับ 1) ไม่มี 2) มี ระบุ
- 10.2 มะเร็งท่อน้ำดี 1) ไม่มี 2) มี ระบุ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ประเด็น	ความถี่ในการปฏิบัติ				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่มี(1)
11	เมื่อท่านต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านสามารถ เลือกแหล่ง ข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตัวเองบ่อยครั้งเพียงใด					
12	เมื่อท่านต้องการข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านสามารถ ค้นหา ข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ต้องการ ทันสมัย บ่อยครั้งเพียงใด					

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (ต่อ)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ประเด็น	ความถี่ในการปฏิบัติ				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่มี(1)
13	ท่านมีการ ตรวจสอบข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ น่าเชื่อถือ และทันสมัยบ่อยครั้งเพียงใด					
14	ท่านมีการ ตรวจสอบแหล่งข้อมูล สุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จนเชื่อว่าเป็น ข้อมูลที่น่าเชื่อถือบ่อยครั้งเพียงใด					

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างโดยให้เลือกตอบในช่องว่างที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
15	การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงไม่สุก หรือปรุงสุกๆ ดิบๆ เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ			
16	การกินส้มตำใส่ปลาสดที่ทำมาจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ			
17	อาการของผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ท้องอืด แน่นท้อง เจ็บบริเวณชายโครงขวา			
18	ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนกินยา “พราซิควอนเทล” เพราะเป็นยาที่ปลอดภัย			
19	วิธีการรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ดีที่สุด คือ การกินยา “พราซิควอนเทล”			
20	การกำจัดเศษปลาดิบโดยการเผา ฝัง หรือต้มจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับได้			
21	รถสูบส้วมที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานราชการจะมีข้อความติดที่ว่า “รถสูบล้างปฏิภูล”			
22	การเลือกใช้บริการจากรถสูบส้วมที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานราชการจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับได้			
23	การถ่ายอุจจาระลงในส้วมและหลีกเลี่ยงการถ่ายอุจจาระในท้องนา พุ่มไม้ แหล่งน้ำ จะป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับได้			
24	การทำปลาร้าให้ปลอดภัยและไม่มีพยาธิใบไม้ตับต้องหมักไว้เป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป			

ส่วนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ประเด็น	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่มี(1)

ข้อที่	ประเด็น	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่มี(1)
25	ท่าน <u>อ่านหรือเขียน</u> ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ครอบครัว เพื่อน หรือผู้อื่นรู้และเข้าใจ บ่อยครั้งเพียงใด					
26	ท่าน <u>เล่าเรื่องหรือพูดคุย</u> ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งเพียงใด					
27	ท่านสามารถ <u>พูดคุยชักชวน</u> ให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง บ่อยครั้งเพียงใด					

ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ประเด็น	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่มี(1)
28	ท่านมีการ <u>ตั้งเป้าหมาย</u> ในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การไม่กินปลาดิบ กินอาหารที่ปรุงสุกเท่านั้น และทำตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ บ่อยครั้งเพียงใด					
29	เมื่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน จัดให้มีบริการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ท่าน <u>เคยส่งอุจจาระ</u> ไปตรวจ บ่อยครั้งเพียงใด					
30	ท่าน <u>กำจัด</u> เศษปลาดิบโดยการเผา ฝัง หรือต้ม เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับ บ่อยครั้งเพียงใด					

ข้อที่	ประเด็น	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่มี(1)
31	เมื่อสวมที่บ้านเต็ม ท่านเลือกใช้บริการจากรถ สูบส้วมที่มีข้อความข้างรถว่า “รถสูบล้าง ปฏิภูล” บ่อยครั้งเพียงใด					

ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ประเด็น	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ไม่ มี (1)
32	เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทาง โทรทัศน์ เว็บไซต์ และสื่ออื่นๆ เช่น โปสเตอร์ ใบปลิว ป้ายโฆษณา เป็นต้น แล้วเกิดความสนใจท่านได้ค้นหา ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้นบ่อยครั้งเพียงใด					
33	เมื่อท่านได้รับฟังโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพผ่าน ทางวิทยุแล้วเกิดความสนใจท่านได้ค้นหาข้อมูลจาก แหล่งอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อสินค้านั้นบ่อยครั้งเพียงใด					
34	ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณา <u>ข้อดี ข้อเสีย</u> เพื่อเลือก รับข้อมูลที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากสื่อต่างๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตามบ่อยครั้งเพียงใด					

ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่อไปนี้ ท่านมั่นใจแค่ไหนในการตัดสินใจการปฏิบัติที่ปลอดภัยในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	คำถาม	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน				
		ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ไม่มี (1)
35	ถ้าท่านไปร่วมงานบุญในหมู่บ้าน เช่น งานบวช งานแต่ง มีเพื่อนบ้านชวนให้กินอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ จากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ลาบ ปลา ก้อยปลา ปลาสัมดิบ ท่าน มีความมั่นใจ ในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์นี้ได้บ่อยครั้งเพียงใด					
36	ในสถานการณ์ที่ท่านไปเจอเพื่อนๆ หรือญาติ กำลังกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ซึ่งส้มตำเป็นอาหารที่ท่านชอบมาก แล้วชวนท่านให้กินด้วยกัน ท่าน มีความมั่นใจ ในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์นี้ได้บ่อยครั้งเพียงใด					
37	หากท่านและเพื่อนของท่าน กินอาหารที่ทำจากปลาที่ปรุงสุกอยู่เป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งเพื่อนบอกว่าอยากลองชิมลาบปลา ก้อยปลาดิบดูบ้าง แล้วชวนท่านลองกิน ท่าน มีความมั่นใจ ในการปฏิเสธการกินอาหารในสถานการณ์นี้ได้บ่อยครั้งเพียงใด					

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

กินประจำ หมายถึง การบริโภคปลาดิบมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 เดือน

กินบางครั้ง หมายถึง การบริโภคปลาดิบ 1 – 2 ครั้ง ใน 1 เดือน

ไม่เคยกิน หมายถึง ไม่บริโภคเลย (ในรอบ 1 เดือน)

ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ หมายถึง ไม่เคยรู้จักอาหารประเภทนี้เลย

ปัจจุบันท่านบริโภคอาหารที่ทำมาจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ปลาสุตร ปลาแม่สะแตง ปลาปกหรือปลาแก้มขี้ ปลาชีว ปลาตะเพียนทราย ปลาตะเพียนขาว ปลากระมัง ปลาหน้าหมอง และปลาขาวทรายบ่อยครั้งเพียงใด
แล้วตอบคำถามข้อ 38 – 45

ข้อที่	ชนิดอาหาร	กินประจำ (4)	กินบางครั้ง (3)	ไม่กิน (2)	ไม่รู้จักอาหารชนิด นี้ (1)
38	ลาบปลาดิบ / ก้อยปลาดิบ				
39	ปลาปรุงสุกๆดิบๆ				
40	ส้มปลาดิบ				
41	ส้มตำปลาร้าดิบ				
42	ส้มปลาน้อยดิบ				
43	ปลาแจ่วดิบ/ปลาจ่อมดิบ/หม่าขี้ปลาดิบ				
44	แจ่วบองปลาร้าดิบ				
45	ปลาร้าดิบ				

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย (การสำรวจข้อมูลความรอบรู้ของประชาชน)

(กรณีขอยกเว้นความยินยอมจากผู้ปกครอง) สำหรับอาสาสมัครที่เป็นเยาวชนอายุ 15-17 ปี

การวิจัยเรื่อง : ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่
รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ขอให้ความยินยอมของตนเอง
ที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ
ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล
ข่าวสารและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้รับคำตอบ
เป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน
และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่ ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้
คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะ
เก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยหรือเป็น
การเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและ/หรือกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น และผู้วิจัย
จะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้และรับรองว่า หาก
เกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยจะได้รับเอกสารแนะนำโครงการและสำเนาใบลงนาม
ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เก็บไว้ 1 ชุด และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ถ้าหากข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือ ปัญหาที่
ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวรัชนิกร กุญแจทอง ได้ที่
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4322 2818 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08
3143 3329 โทรสาร 0 4222 6164

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิ์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย
ลายมือชื่ออาสาสมัคร วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ลงนามผู้ขอความยินยอม วัน-เดือน-ปี.....

พยาน วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย(การสำรวจข้อมูลความรอบรู้ของประชาชน)

สำหรับอาสาสมัครที่อายุ 18 ปีขึ้นไป

การวิจัยเรื่อง : ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ขอให้ความยินยอมของตนเอง ที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลข่าวสารและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่ ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยหรือเป็นการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและ/หรือกำกับการดูแลการวิจัยเท่านั้น และผู้วิจัยจะปฏิบัติตามสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือจิตใจของข้าพเจ้าตลอดการวิจัยนี้และรับรองว่า หากเกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยจะได้รับเอกสารแนะนำโครงการและสำเนาใบลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ เก็บไว้ 1 ชุด และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ถ้าหากข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือ ปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวรัชนิกร กุญแจทอง ได้ที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 4322 2818 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 3143 3329 โทรสาร 0 4222 6164

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิ์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย

ลายมือชื่ออาสาสมัคร วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ลงนามผู้ขอความยินยอม วัน-เดือน-ปี.....

พยาน วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. นายแพทย์ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
2. ดร.เกษร แถวโนนจิว	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
3. ดร.พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉิน สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค
4. ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
5. นางกนกพร พิณจลิ์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ภาคผนวก จ
ใบรับรองโครงการวิจัย



หมายเลข: FWA ๐๐๐๑๓๖๒๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
กรมควบคุมโรค



รายการที่รับรอง

๑. โครงการวิจัย: “ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น”

รหัส ๖๑๐๕๖

ระยะเวลาการศึกษา : ๒๔ เดือน

๒. เอกสารที่พิจารณาแล้วให้การรับรอง

๒.๑ โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย : ฉบับที่ ๗ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒

๒.๒ เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครภาษาไทย: ฉบับที่ ๗ วันที่ ๒๐
ธันวาคม ๒๕๖๒

วันที่อนุมัติรับรองการแก้ไขโครงการวิจัย ครั้งที่ ๑ : วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๒

ลายเซ็น

(นายสุภชัย ฤกษ์งาม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

ภาคผนวก ฉ

แบบฟอร์มประวัติคณะผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นาย นางสาว นาง ยศ

นางสาวรัชนิกร กุญแจทอง

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr., Miss, Mrs., Rank

Miss.Ratchaneekorn Koonjaetong

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน

3400100047301

3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เงินเดือน (บาท) 48,300 บาท

เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์) 20 ชั่วโมง:สัปดาห์

4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

โทร 0 4322 2818 ต่อ 1 มือถือ 08 3143 3329 โทรสาร 0 4322 6164

Email: koonjatong@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี : พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลสระบุรี

ปีที่จบ.พ.ศ.2533..คณะ..วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี ..สาขา...พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง.....

วุฒิ...ปริญญาตรี : พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง...

ปริญญาโท : สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข) จาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่จบ. 2555..คณะ...สาธารณสุขศาสตร์ .สาขา...การบริหารสาธารณสุข. วุฒิ....สาธารณสุขศาสตร์

มหาบัณฑิต....

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุ

สถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ชื่อแผนงานวิจัย

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย

7.2.1 รัชนิกร กุญแจทอง วิวรรณ มุ่งเขตกลางและสมคิด จันทร์ “การเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2541-2545.

7.2.2 รัชนิกร กุญแจทอง ขนิษฐา อินธิบาลและ เสรี สิงห์ทอง “การประเมินคุณภาพการวินิจฉัยโรคหนองพยาธิสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจวินิจฉัยโรคหนองพยาธิ จังหวัดขอนแก่น”

7.2.3 รัชนีกร กุญแจทองและชนะพล ศรีฤๅชา “การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น”

7.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน

7.3.1 การเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2541-2545

7.3.2 การประเมินคุณภาพการวินิจฉัยโรคหนองพยาธิสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจวินิจฉัยโรคหนองพยาธิ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2543

7.3.3.การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น เผยแพร่วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เมษายน - กันยายน 2555

7.4 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่าได้ทำการวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

7.4.1 ความรู้ของประชาชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า: กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระหว่างการวิเคราะห์และสรุปรายงาน

แบบฟอร์มประวัติคณะผู้วิจัย: ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นาย นางสาว นาง ยศ

นางสาวสุมาลี จันทลักษณ์

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr., Miss, Mrs., Rank

Miss Sumalee Chantaluk

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน

3359900054964

3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เงินเดือน (บาท) 37,670 บาท

เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์) 10 ชั่วโมง

4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์

อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

โทร 0 4322 2818 ต่อ 1 มือถือ 08-1570-4877 โทรสาร 0 4322 6164

Email: leepid3@gmail.com

5. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี : วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่จบ พ.ศ. 2535 คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขา สาธารณสุขศาสตร์

ปริญญาโท : วทม.(ปรสตีวิทยา) จาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่จบ พ.ศ. 2542 คณะแพทยศาสตร์ สาขา ปรสตีวิทยา

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชา

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพ

ในการทำกรวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละ

ผลงานวิจัย

7.5 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : -

7.6 หัวหน้าโครงการวิจัย : -

7.7 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : -

7.8 งานวิจัยที่กำลังทำ : ประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ในพื้นที่เสี่ยงเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2559-2560

แบบฟอร์มประวัติคณะผู้วิจัย: ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นาย นางสาว นาง ยศ
นางศุจินันท์ ตรีเดช

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr., Miss, Mrs., Rank

Mrs Sujinun Treedech

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน

บัตร 3360101389851

3. ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เงินเดือน (บาท) 46,150 บาท

เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์) 10 ชั่วโมง

4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์
อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

โทร 0 4322 2818 ต่อ 150 มือถือ 08-6860-8515 โทรสาร 0 4322 6164

Email: sujinun.1962@gmail.com

5. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี : ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(สบ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ปีที่จบ พ.ศ. 2545

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชา

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพ
ในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละ
ผลงานวิจัย

7.5 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : -

7.6 หัวหน้าโครงการวิจัย : ประเมินหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปี พ.ศ.2561

7.7 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : -

7.8 งานวิจัยที่กำลังทำ : ประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ในพื้นที่เสี่ยงเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2559-2560

แบบฟอร์มประวัติคณะผู้วิจัย: ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นาย นางสาว นาง ยศ
นายสมจิตร พันธุ์โพธิ์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr., Miss, Mrs., Rank
Mr.Somchit Phantupo
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน
3460500064009
3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เงินเดือน (บาท) 40,670 บาท
เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์) 20 ชั่วโมง:สัปดาห์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์
อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
โทร 0 4322 2818 ต่อ 1 มือถือ 0934566891 โทรสาร 0 4322 6164
Email: somchit.sp07@gmail.com
5. ประวัติการศึกษา
ปริญญาตรี : สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ปีที่จบ.พ.ศ.2537

ภาคผนวก ข

ประวัติที่ปรึกษา

1 ชื่อ(ภาษาไทย) นายบุญทนากร พรหมภักดี
ชื่อ(ภาษาอังกฤษ) Mr.Boontanakorn Prompukdee

2 รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ (ถ้ามี) -

3 ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

4 หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้พร้อมทั้งโทรศัพท์และโทรสาร

สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 181/37 ซอยราชประชา ถนนศรีจันทร์

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 043 – 222818 –9

โทรสาร 043 – 226164 e-mail : boontanakorn@gmail.com

5. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ(ชื่อปริญญาและสาขา/วิชาเอก)	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข)	2543	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ชีวสถิติ)	2547	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา)	2558	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

6. สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยและงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ :
ระบุสถานภาพในการทำงานวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หรือชุดโครงการวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละเรื่อง เป็นต้น

7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัยงานวิจัย : ชื่อแผนงานวิจัยหรือชุดโครงการวิจัย

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย

1) รายการสังเคราะห์โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่(PP-Area Based) ประจำปีงบประมาณ 2552 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

2) การสังเคราะห์แบบวัดความสนใจที่จะศึกษาต่อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ.(องค์การมหาชน) หรือ สทศ

3) บริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก วช. ปีงบประมาณ 2556

7.3 งานวิจัยที่ทำแล้ว : ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และสถานภาพในการทำวิจัย

1) ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสโรคต่อ การป้องกันการป่วยไวรัสโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลทดสอบทูเบอร์คูลินเป็นบวก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมต้า (นงลักษณ์ เทศนา และเทศนา (2551) ตีพิมพ์ในวารสารไวรัสโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต วันที่ 4 มกราคม 2553)

2) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลมาตรการป้องกันไวรัสโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พิมพ์ในวารสารไวรัสโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต วันที่ 4 มกราคม 2553