

โครงการวิจัย

1. ชื่อเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนั้น หากไม่มีการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง อาจจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมาระทรวงสาธารณสุขได้หาแนวทางลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย โดยได้มีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ควบคู่กับการค้นคว้าหาวิธีการรักษาใหม่ๆ เช่น การตรวจค้นหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ การรณรงค์ไม่กินปลาดิบ การรณรงค์ตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีตรวจเซลล์ปากมดลูก (Pap Smear) เป็นต้น โดยมีเป้าหมายจะลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งโดยเฉพาะโรคมะเร็งที่มีอัตราการอุบัติการณ์สูง เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งท่อน้ำดี แต่แนวทางดังกล่าวส่วนใหญ่ยังเน้นการตั้งรับในสถานบริการ เพื่อคัดกรอง ความเสี่ยงของมะเร็งในระยะเริ่มแรกเท่านั้น ซึ่งยังขาดการติดตาม ประเมินว่าประชาชนได้มีความตระหนักรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยเพียงใดซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคมะเร็ง มีค่าใช้จ่าย ในการรักษาสูง โอกาสที่จะหายขาดมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง ไม่ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องทนเจ็บปวดทรมานเกินไป ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ทั้งนี้สถาบันวิจัยมะเร็งของสหรัฐอเมริกา (American Institute for Cancer Research) หรือ AICR ได้แนะนำแนวทางการป้องกันมะเร็งเพื่อเป็นแนวทางแก่องค์กรสุขภาพในประเทศต่างๆ ซึ่งในแต่ละประเทศจะมีข้อเสนอแนะปลีกย่อยที่นำมา ปรับใช้ให้เหมาะสมกับอุบัติการณ์ สิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของประชากรของประเทศนั้นๆ แต่แนวทาง การป้องกันส่วนใหญ่จะมีมาตรการหลักคล้ายๆ กัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550, หน้า 14)

ปัจจุบันอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยยังสูงมาก โดยมีสถิติเป็นประเทศมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก และยังไม่มีความชัดเจน แต่ละปีมีผู้ป่วยทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรค

นี้ราว 20,000 คน โดย ร้อยละ 70 ของจำนวนนี้ เป็นคนไทย และพบว่าเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอุบัติการณ์สูงสุด สถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ได้สรุปว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปได้ว่าพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีในคน (สุพรรณิ ศรีอำพร, 2551, หน้า 2) และปี พ.ศ.2551 ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น (บรรจบ ศรีภา, 2551, หน้า 1-2) ได้ศึกษาวิจัยเพื่อค้นหากลไกการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยชี้ชัดว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดการอักเสบของท่อน้ำดีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเชื้อพยาธิจะกระตุ้นการสร้างสารอนุมูลอิสระซึ่งทำลายทั้ง DNA และระบบการควบคุมการดำรงชีพปกติของเซลล์เยื่อท่อน้ำดี การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำบ่อย ๆ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2556 โครงการแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program: CASCAP) ได้พัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยศูนย์จัดการข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ (DAMASAC) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากนั้น การกำจัดการพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับรองให้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปเมื่อ เดือนธันวาคม 2557 กิจกรรมของโครงการ CASCAP จึงขยายขอบเขต ทั้งด้านเครือข่ายความร่วมมือ และเนื้อหากิจกรรม กล่าวคือครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงทั้งประเทศ ทุกกลุ่มอายุ และทุกมาตรการ มีการผนวกกิจกรรมการให้สุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจพยาธิ การให้ยาฆ่าพยาธิ การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ การรักษาพยาบาล กระทั่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดอำนาจเจริญ ได้เข้าร่วมโครงการ CASCAP ส่งผลให้ประชาชน ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน อีกทั้งขาดโอกาสในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ รวมถึงการได้รับการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถตรวจพบและรักษาได้หากพบในระยะเริ่มต้นของประชาชน

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้ผลดีต้องมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ได้แก่ การงดรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็งที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ ซึ่งสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สารอะฟลาท็อกซินที่พบมีปริมาณสูงในถั่วลิสงข้าวโพด พริกแห้ง หอม และกระเทียม นอกจากนี้พฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมยังได้แก่การงดรับประทานอาหารที่มีไนเตรด (Nitrate) ในเตรดทำให้เกิดสารไนโตรซามีน โดยไนเตรดมักพบในอาหารได้แก่ ปลาหมึก ปลาเค็ม หรือเนื้อเค็ม โดยเฉพาะแฮมที่ใส่ดินประสิวจะมีปริมาณไนโตรซามีนสูงมาก พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมอื่นๆ ได้แก่การงดรับประทานผักที่ปนเปื้อนยาฆ่าแมลง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมโดยการงดรับประทานปลาดิบซึ่งมีพยาธิใบไม้ในตับชนิดโอฟิ

ทอคิส วิเวอร์รินาย (Opisthorchis Viverrini) และพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมประการสุดท้ายได้แก่ การงดดื่มสุรา และงดสูบบุหรี่ จึงอาจกล่าวได้ว่าการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมโดย หลีกเลี่ยงอาหารที่ปนเปื้อนสารอะฟลาทอกซินอาหารที่มีในเตรต ปลาดิบที่มีพยาธิใบไม้ตับ ผัก ปนเปื้อนยาฆ่าแมลง งดดื่มสุราและงดสูบบุหรี่อาจเป็นแนวทางการป้องกันมะเร็งตับที่ได้ผลดี พฤติกรรมการบริโภคเป็นพฤติกรรมหนึ่งในการป้องกันโรค เป็นดัชนีบ่งบอกถึงการใช้สุขภาพและ คุณภาพชีวิตที่ดี พฤติกรรมการบริโภคมีความยุ่งยากและซับซ้อนเนื่องจากมีอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพเงื่อนไขทางสุขภาพ ครอบครัว ศาสนา ความรู้ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และความเชื่อ (อภิชาติ แสงปราชญ์, 2553, หน้า 5)

เนื่องจากพบว่าประชาชนในจังหวัดอำนาจเจริญ มีสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เพิ่มขึ้นทุกปี และโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ของอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ มาโดยตลอด จากข้อมูลอัตราตายปี 2552 - 2558 คือ 40.55, 31.81, 48.62, 42.03, 41.79, 41.69 และ 35.31 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ แม้ ประชาชนอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญจะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยอัลตราซาวด์ ในโครงการ CASCAP ทุกปี ซึ่งในปี 2559 มีผู้ได้รับการตรวจ ได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ จำนวน 463 คน แต่โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้มีหลากหลายทฤษฎีที่สามารถ อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ และมีประชาชนในอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปทุมราชวงศา แต่ยังขาดข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในกลุ่ม ผู้ที่มารับการตรวจคัดกรองอย่างพอเพียงต่อการประเมินพฤติกรรม และการติดตามผลการรักษาได้ อย่างถูกต้อง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและ มะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการ ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker and others โดยพื้นฐานของทฤษฎีนี้อธิบายถึง การรับรู้ความสามารถของ ตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ จะกำหนดแนวคิด ความรู้สึก อารมณ์ การจูงใจบุคคล และการกระทำของ บุคคลการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อ เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและส่งเสริมให้ บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี นำไปสู่การลดอัตราป่วย และอัตราตายจากมะเร็งตับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

3.คำถามการวิจัย

ปัจจัยทางลักษณะทางประชากร ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ หรือไม่

4.วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางลักษณะทางประชากร ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางลักษณะทางประชากร ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

5.สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยทางลักษณะทางประชากรได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

6.นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อาการหรือการแสดงออก

หรือ การกระทำ ที่บุคคลหนึ่งๆ ได้แสดงหรือ ทำให้ปรากฏต่อผู้อื่น เกี่ยวกับการยับยั้ง หลีกเลียง ต่อความเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งการแสดงหรือ ทำให้ปรากฏต่อผู้อื่น เกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพร่างกายของตนให้ลด ความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยทางลักษณะทางประชากร ด้านคุณลักษณะพื้นฐานของบุคคลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker ซึ่ง ได้แก่

1. อายุ (Age) หมายถึง อายุของผู้ตอบแบบสอบถามโดยนับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม
2. เพศ (Gender) หมายถึง การแบ่งเพศของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามคำห้านามที่แสดงถึง เป็นเพศชายหรือเพศหญิง
3. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการเรียนรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ โดยยึดตามเกณฑ์ของ กระทรวงศึกษาธิการกำหนด ทั้งนี้แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรีขึ้นไป
4. รายได้ หมายถึง รายได้ของผู้ตอบแบบสอบถามเฉลี่ยเป็นรายเดือน

ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยภายในของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะคิด และการรับรู้ที่มีผลต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำ พฤติกรรมป้องกัน ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของ บุคคลว่า ตนเองอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากแบบแผนการ ดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคล ว่า เมื่อเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี แล้วจะมีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน เสียชีวิต ความสามารถในการทำงานต่ำลง กระทั่งต่อครอบครัวและบทบาททางสังคมของตนเอง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลดีต่างๆ ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและ มะเร็งท่อน้ำดี
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือความคิดเห็น ของบุคคลเกี่ยวกับข้อจำกัดของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่ง อาจได้แก่ ความยุ่งยากลำบาก ค่าใช้จ่าย ผลข้างเคียง หรือการปฏิบัติพฤติกรรมขัดกับอาชีพ หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ

โรคมะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma) หมายถึง หมายถึงเนื้องอกชนิดร้ายแรงของ

เซลล์ตัวเอง หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Hepatoma

โรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อผนังของท่อน้ำดี ซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อของถุงน้ำดีและ Papilla of Vater แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic or Peripheral Type Cholangio Carcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Type Cholangio Carcinoma)

โครงการแก้ไขปัญห โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program; CASCAP) หมายถึง โครงการความร่วมมือ ระหว่างมหาวิทยาลัยขอนแก่น และดำเนินการภายใต้กรอบข้อตกลงความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มต้นและให้การรักษามีประสิทธิภาพ ทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย และบูรณาการกับภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีการผนวกกิจกรรมการให้สุศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจพยาธิ การให้ยาฆ่าพยาธิ การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง หมายถึง การใช้เครื่องอัลตราซาวด์ ในการตรวจอวัยวะในช่องท้อง คอตับ ตับและท่อน้ำดี และเนื้อเยื่อพังผืดรอบๆท่อน้ำดี ซึ่งเป็นรอยโรคที่เกิดจากการอักเสบแบบเรื้อรังอันเนื่องมาจากการติดพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิง ในทะเบียนประชากร อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง และได้ขึ้นทะเบียนการตรวจรักษากับโรงพยาบาลปทุมราชวงศา อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

7.ขอบเขตของการวิจัย

7.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ใน ประชาชน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง และได้ขึ้นทะเบียนการตรวจรักษากับโรงพยาบาลปทุมราชวงศา อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ในระหว่าง มกราคม - สิงหาคม 2559

7.2 การศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker and others เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่

7.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

7.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

7.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

7.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

8.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ทำให้ทราบ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ อันจะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานสาธารณสุขระดับต่าง ๆ เพื่อดำเนินการวางแผนป้องกัน และควบคุมตลอดจนรณรงค์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

8.2 ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบาย และกลวิธีในการพัฒนา ส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

9.ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

9.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

9.1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของโรคมะเร็งไว้ ดังนี้ คือ

ยุวดี จอมพิทักษ์ (2540, หน้า 10) ให้ความหมายว่า มะเร็งคือ ความผิดปกติในการเจริญเติบโตของเซลล์ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เมื่อเซลล์นี้แบ่งตัวเองออกไป เพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ จนเป็นก้อนก็จะเรียกว่า เป็น เนื้องอก ซึ่งไม่ได้เป็นประโยชน์อะไรต่อร่างกาย

นรินทร์ วรรณดี (2541, หน้า 47) ให้ความหมายว่า มะเร็ง เป็นโรคทางพันธุกรรม มีการเกิด

โรคเป็นขั้นตอน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สิ่งแวดล้อม สารก่อมะเร็งและการติดเชื้อโรคบางชนิด

ลีทิสต์คี่ ธรรมชาติ (2550, หน้า 263) ให้ความหมายว่า มะเร็ง คือ เนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant Tumor) เกิดจากก้อนเซลล์ของร่างกายที่เจริญขึ้นอย่างผิดปกติ มีลักษณะชอบแพร่กระจาย (Spread) รุกราน (Invasive) จากอวัยวะหนึ่งไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียงและอวัยวะอื่นๆ (Metastasis)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2550, หน้า 5) ให้ความหมายว่ามะเร็ง คือ กลุ่มของโรคที่เกิดเนื้องอกจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติ ที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ รวดเร็ว และมากกว่าปกติ ดังนั้น จึงอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และในที่สุดก็จะ ทำให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น

จากการให้คำนิยามเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ของ ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านจึงสรุปได้ว่าโรคมะเร็ง หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเซลล์ในร่างกาย มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ รวดเร็ว และมากกว่าปกติ โดยร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ และเกิดเป็นก้อนเนื้อออกชนิดร้ายแรง มีการแพร่กระจายลุกลามและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ จนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

9.2 มะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma)

มะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Hepatoma คือ มะเร็งตับปฐมภูมิ หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงของเซลล์ตับเอง พบได้บ่อยในกลุ่มชาวแอฟริกาใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่จีน และญี่ปุ่น แต่พบได้น้อยในชาวอเมริกันและยุโรป

สาเหตุและพยาธิกำเนิด สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ การเปลี่ยนแปลงจากจุดเริ่มต้นจนกลายเป็นเซลล์มะเร็งนั้น จะผ่านขั้นตอนหลายระยะ เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับสารก่อมะเร็งตับ โดยสารก่อมะเร็งจะจับตัวกับ DNA แต่จะเกิดมะเร็งขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายที่จะซ่อมแซม DNAหรือมีความต้านทาน หรือคือต่อสารก่อมะเร็งมาน้อยเพียงใด

ลักษณะทางคลินิก อาการส่วนใหญ่จะเป็นไปช้าๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก มักจะไม่มีอาการ หรือถ้ามีก็น้อยจนไม่เป็นที่สนใจของผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งตับนั้น จะมาหาแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้วเสมอ ทำให้โอกาสที่จะรักษาโดยการผ่าตัดนั้นน้อยมาก

1. อาการปวดท้องจะพบเสมอและเป็นอาการนำผู้ป่วยมาหาแพทย์ การปวดมีได้ตั้งแต่ปวดเล็กน้อย (อาจเพียงจุกแน่นตื้อๆ) จนถึงปวดรุนแรง ตำแหน่งจะอยู่บริเวณใต้ชายโครงขวา

หรือคลื่นป้ออาจปวดร้าวไปบริเวณหัวไหล่ได้ อาการปวดอาจเป็นตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ อาการจะมากขึ้นถ้าไอ หายใจแรงๆ หรือออกกำลังกาย

2. ก้อนบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณยอดอก ผู้ป่วยจะมาหาแพทย์ด้วยมีก้อนบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณยอดอกและโตขึ้นเรื่อยๆ การตรวจร่างกายจะพบว่าตับเป็นก้อน นูน ลักษณะเป็น Non-Uniform Enlargement, Nodular Surface, Hard or Firm Consistency บางครั้งมีการกดเจ็บได้

3. ไข้ มักจะพบร่วมด้วยเสมอ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่รู้ว่าตัวเองมีไข้ จะเป็นไข้ต่ำๆ แต่บางรายอาจมีไข้สูง $39 - 40^{\circ}\text{C}$ ลักษณะของไข้เป็นได้ทั้งชนิด intermittent หรือ Continuous Fever

4. Hepatocellular Failure ได้แก่อาการเหลือง ท้องมาน, อาการของ Portal Hypertension อาจมาด้วยอาเจียนเป็นเลือด, อาการทางสมองเสื่อมเนื่องจากตับไม่ทำงาน (Hepatic Encephalopathy) จะมีอาการใดมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับระยะของโรคและภาวะที่มีตับแข็งร่วมด้วย

9.3 มะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดี คือมะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังของท่อน้ำดี ซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อบุของถุงน้ำดีและ Papilla of Vater แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic or Peripheral Type Cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Type Cholangiocarcinoma) พบโรคมะเร็งนี้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง, 2545, หน้า 45) คือ 135.4 ต่อ 100,000 ในชายและ 43.0 ต่อ 100,000 ในหญิง ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงเป็นอันดับหนึ่งในโลก มะเร็งท่อน้ำดียังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สาเหตุสำคัญของมะเร็งชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (Metacercaria of Opisthorchis Viverrini) และจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี

การกระจายของมะเร็งท่อน้ำดี พบการกระจายลุกลามไปตามทางเดินน้ำเหลือง (Lymphatic Invasion) และเส้นประสาท (Perineural Invasion) ได้บ่อย ไม่ค่อยพบการกระจายไปทางกระแสเลือด (Hematogenous Spreading) อย่างไรก็ตามอาจพบมีการกระจายไปที่อื่น ๆ เช่น กระดูก สมอง ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เป็นต้น ส่วนใหญ่ของมะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่มีการเจริญเติบโตช้า แต่สามารถพบมีการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นได้โดยเฉพาะอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ๆ (Regional Symphonies) ประมาณร้อยละ 15 นั้นมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วตามกระแสเลือด

มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic or Peripheral Cholangiocarcinoma) มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma : ICC) เป็นโรคที่มักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นมะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma : HCC) เพราะตับโตและมีก้อนที่ตับ แต่มะเร็งท่อน้ำดีนี้เกิดจากเซลล์ของเยื่อท่อน้ำดีในตับ พบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้หญิง โดยมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลกที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จากการศึกษาาร่วมกันของหน่วยมะเร็งคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เชียงใหม่ สงขลาและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ในกรุงเทพมหานคร) ระหว่าง พ.ศ.2531 - 2534 สถิติมะเร็งตับเมื่อปรับให้เข้ากับกลุ่มประชากรมาตรฐานโลกแล้วพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งตับจังหวัดขอนแก่นในผู้ชายและผู้หญิงเป็น 94.8 และ 39.4 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และคาดว่าจะมีผู้ป่วยใหม่ราว 8,000 รายต่อปี ในขอนแก่นพบร้อยละ 89 เป็นมะเร็งท่อน้ำดี เปรียบเทียบกับร้อยละ 2 ในสงขลาซึ่งพบ HCC ถึงร้อยละ 96 และในกรุงเทพฯ พบ HCC ร้อยละ 71 (ชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง, 2545, หน้า 47)

มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Cholangiocarcinoma) มะเร็งท่อน้ำดีชนิดนี้มักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองแล้วเป็นส่วนใหญ่ แต่ในระยะแรกของโรคจะไม่มีอาการมากเนื่องจากก้อนมีขนาดเล็ก แต่เมื่อมีขนาดโตขึ้นทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี น้ำดีก็จะทำให้เกิดอาการตาเหลือง และขณะเดียวกันนั้นมะเร็งได้ลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ ท่อน้ำดีแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจึงเป็นระยะที่ III-IV ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษามะเร็งชนิดอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นระยะใดของโรคก็ดีกว่าการที่ไม่ทำอะไรเลย (ชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง, 2545, หน้า 50)

มะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่อยู่ภายนอกตับนี้ ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ท่อน้ำดีที่ใกล้ๆ กับตับ (Porta Hepatic) ซึ่งมักจะเกิดในท่อน้ำดีตับข้างใดข้างหนึ่งหรือท่อน้ำดีตับร่วม (Right or Left Hepatic or Common Hepatic bile Duct) เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของบริเวณนี้เป็นบริเวณที่ท่อน้ำดีเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงตับมาอยู่ใกล้ชิดกัน จึงเรียกบริเวณนี้ว่าเป็นขั้วตับ (Hilar หรือ Hilus) ซึ่งเป็นที่มาของชื่อ Hilar Cholangiocarcinoma ต่อไปนี้จะเรียกมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นในบริเวณนี้ว่า Hilar Cholangiocarcinoma

9.4 โครงการแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program; CASCAP) จากปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ ทางมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ตระหนักถึงปัญหานี้ และในวาระที่มหาวิทยาลัยครบรอบ 50 ปี จึงได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care

Program: CASCAP) เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การคัดกรองโรค การวินิจฉัยและการดูแลรักษา การวิจัยพัฒนาคุณภาพในการให้การดูแลรักษา และการติดตามประเมินผลในการดูแลรักษาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ลดการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการผลักดันประเด็นมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพของคนทั้งประเทศ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นโครงการนำร่องที่จะวางแนวทางในการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพโดยหวังผลให้หายขาด (curative treatment) หรือได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) เพื่อให้คนไข้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงนำไปสู่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายระดับชาติด้านสาธารณสุขของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต

ภารกิจ 4 ด้าน

ด้านที่ 1 การสร้างเครือข่ายการคัดกรอง การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

มีกิจกรรมหลายรูปแบบ เช่น การผลักดันให้เกิดการประกาศยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” ได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงทางวิชาการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีในการร่วมมือกันทำโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การผลักดันให้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ภาคประชาชนได้ตระหนักว่าปัญหานี้เป็นปัญหาของตนเองและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการรักษาดูแลผู้ป่วย กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยมีโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมมือการรักษาดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยกับโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

ด้านที่ 2 การสร้างฐานข้อมูลเพื่อติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

การดำเนินงานในส่วนนี้ทางโครงการได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการเพื่อดำเนินโครงการพัฒนาและบำรุงรักษาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ CASCAP และดำเนินการจัดการข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานทั้งเพื่อการพัฒนางานและเพื่อการวิจัยกับศูนย์บริหารจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Data Management and Statistical Analysis Center: DAMASAC)

ด้านที่ 3 การคัดกรอง การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ตามวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อวางแผนงานในการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกันอย่างเป็นระบบ ผ่านกิจกรรม “วาระอีสานด้านภัยมะเร็งท่อน้ำดีกับมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีสัญจร” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี สอดแทรกการให้ความรู้ รวมถึงกระตุ้นการตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังได้มีกิจกรรมการระดมทุนเพื่อใช้ในกิจกรรมการกุศลของมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีอีกด้วย โครงการจะจัดให้มีกิจกรรมลักษณะนี้ให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในภาคอีสานเพื่อเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลในเครือข่ายโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนให้ดำเนินการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ด้านที่ 4 การอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการคัดกรอง การเฝ้าระวังและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ทางโครงการได้ดำเนินการฝึกอบรมสัลลแพทย์ สาขาต่อมอดสัลลศาสตร์ระดับทางเดินน้ำดีและตับอ่อน หลักสูตร 1 ปี และได้ดำเนินการอบรมรังสีแพทย์และแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้สามารถใช้อัลตราซาวด์เพื่อการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้ นอกจากนี้ทางโครงการยังได้ดำเนินการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอให้มีความรู้และมีทักษะในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังด้วยอัลตราซาวด์ได้

9.5 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model Theory)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้ระบุเอกลักษณ์ของแนวคิดรวบยอดที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดในระดับบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อต้องการอธิบายว่าทำไม บุคคลจึงมีพฤติกรรมปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผน หรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick – Role Behavior) (จริยา ปันทวงกูร, 2550, หน้า 152-155)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติ

ที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่และอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2526, หน้า 171) Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhel เป็นบุคคลากรกลุ่มแรกที่ได้ ทำการศึกษาและนำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบาย ปัญหาสาธารณสุข ซึ่ง แนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานะของ Lewin โดย นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลว่าจะเป็น ตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่ บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และ จะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัย ของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง (Rosenstock, 1974, หน้า 330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็น โรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อ ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้น เกิดผลด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงโรค โดย ไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker and others (1974, หน้า 206) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การ ปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกัน โรค

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกัน โรคและ พฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ ดังนี้ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) รับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตาม คำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อใน ระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความ ถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วย เป็นโรคต่างๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องให้การสนับสนุน ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการ

เป็นโรค ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker and others, 1974, หน้า 205-216)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ที่มีต่อความรุนแรงของโรค ที่มีผลต่อร่างกายซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ (Becker and others, 1974, หน้า 205-216) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่าง ปี ค.ศ.1974 ถึง 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Becker and others (1974, หน้า 205-216) ได้สรุปผล การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกันกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การ

ตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบายหรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

9.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ณรงค์ ชันดีแก้ว และคณะ, (2550, บทคัดย่อ) ได้ศึกษา สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงคร่าวละปัจจัย คือ ผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 2 เท่า ของผู้ที่ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.00, 95\% CI = 1.05$ ถึง 3.80) ผู้ที่มีผล IgG มากกว่าหรือเท่ากับ 0.272 มีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่มีผล IgG น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.272 ($OR = 0.50, 95\% CI = 0.25$ ถึง 0.99) และ เมื่อมีไข่พยาธิมากกว่า 6,000 ฟอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 8 เท่า เมื่อเทียบกับ ผู้ที่ตรวจไม่พบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 8.00, 95\% CI = 1.00$ ถึง 63.96) และผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและการหาสมการในการทำนายโดยวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติกแบบมีเงื่อนไข มีตัวแปรที่นำเข้าในการวิเคราะห์แบบพหุทั้งสิ้น คือ ตัวแปร ผลการตรวจอุจจาระ ความหนาแน่นของไข่พยาธิใบไม้ตับ ระดับ IgG และระดับการศึกษา พบว่า ในตัวแบบสุดท้ายจากการวิเคราะห์แบบพหุมีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งตับและมีความสำคัญสูงสุดในการทำนายการเกิดโรคมะเร็งตับ คือ ผลการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ คือ การตรวจอุจจาระและพบไข่พยาธิใบไม้ตับจะมีโอกาสเสี่ยงเป็น 2 เท่า ของผู้ที่ตรวจอุจจาระแล้วไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. $OR = 2.00, 95\% CI = 1.05$ ถึง 3.80)

สาธิต เสดติ (2552, บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือ ในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า กลุ่มทดลอง ที่ 1 ได้รับกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ ชมวิดีโอทัศน์ กระบวนการมีส่วนร่วม การกระตุ้นเตือนและแจกคู่มือ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรค

เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองที่ 1 มากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ ควรศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในระยะยาว

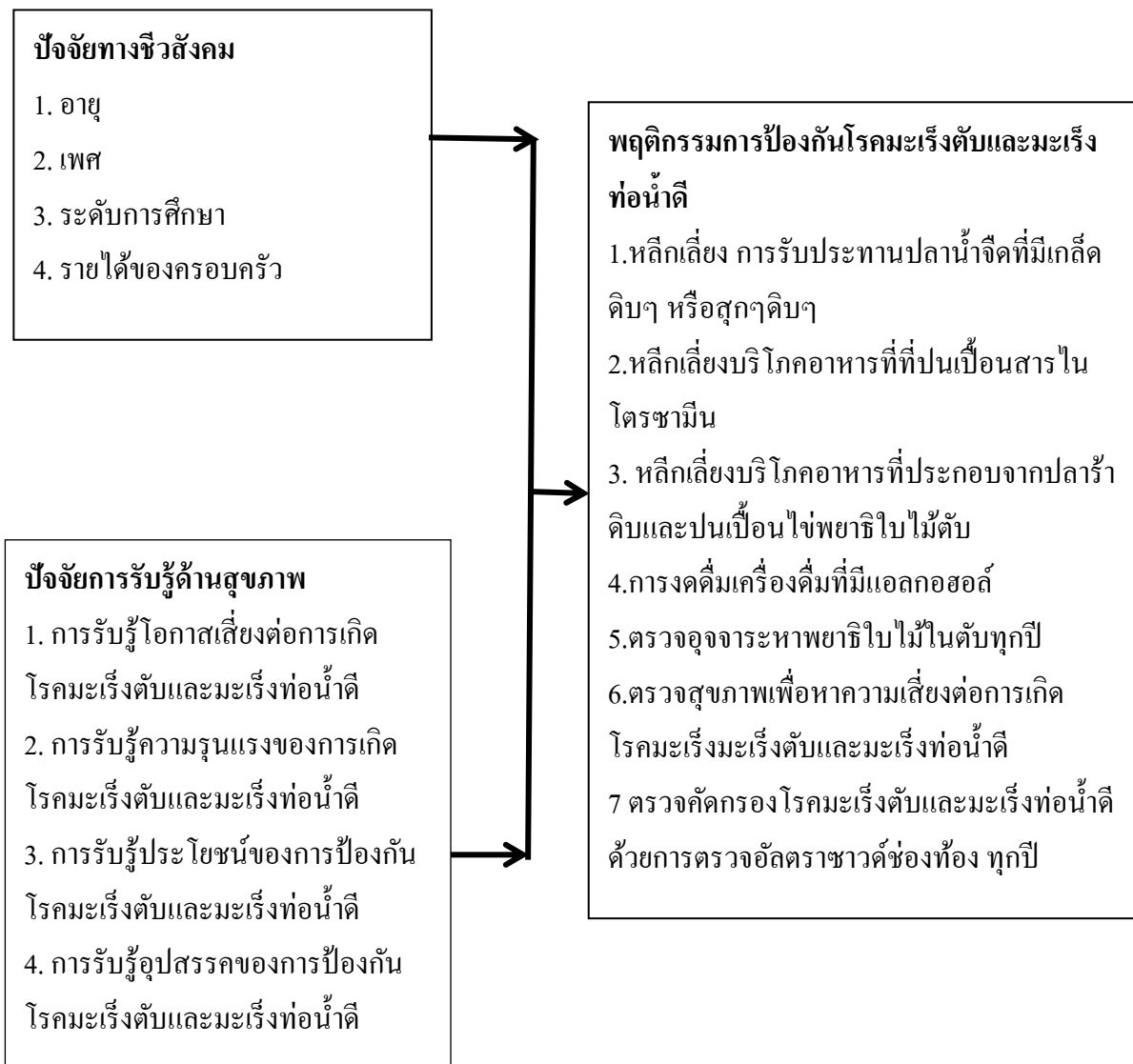
รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก, (2552, บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ภายหลังการทดลอง ให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ วิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม แจกแผ่นพับ คู่มือ และได้รับแรงสนับสนุนในการกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งรูปแบบการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงเรียนอื่น ๆ ได้

อภิชาติ แสงปราชญ์, (2553, บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา (X 3) ($r=.17$) รายได้ของครอบครัว (X 4) ($r=.17$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (X 5) ($r=.34$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี (X 8) ($r=.21$) แรงสนับสนุนจากครอบครัว (X 9) ($r=.34$) แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (X 10) ($r=.39$) และ แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (X 11) ($r=.49$)

10.กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



11. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั้งเพศชายและหญิง ในทะเบียนประชากร อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ

และมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง และได้ขึ้นทะเบียนการตรวจรักษากับ
โรงพยาบาลปทุมราชวงศา อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 463 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 215 คน

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่า

สัดส่วน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยการจับกลุ่มของประชาชนที่รับ
การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ตามที่อยู่
ทั้งหมด 7 ตำบล ของอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จัดเรียงรายชื่อของแต่ละตำบล
ตามลำดับการขึ้นทะเบียนการตรวจรักษาของโรงพยาบาลปทุมราชวงศา แล้วเลือกหน่วยที่ลงท้าย
ด้วยเลขคู่ (ระยะห่างจากการคำนวณ $463/215 = 2.15$) แล้วคัดเลือกตัวอย่างตามลำดับจนครบ
จำนวนของแต่ละตำบลที่กำหนดไว้

ลำดับที่	ตำบล	ผู้ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1	คำโพน	76	35
2	นาป่าแซง	37	17
3	นาหว้า	74	34
4	ลือ	98	46
5	หนองข่า	79	37
6	ห้วย	81	38
7	โนนงาม	18	8
	รวม	463	215

12.เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการสร้างขึ้นโดยยึดหลักแนวคิด
จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยทางลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นคำถามให้เติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ มีคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีคำตอบให้เลือกตอบคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และ เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีคำถามทั้งพฤติกรรมเชิงบวก และพฤติกรรมเชิงลบ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีคำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคยปฏิบัติ

13.การวิเคราะห์ข้อมูล (สถิติที่ใช้)

13.1 การคำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรปัจจัยทางลักษณะทางประชากร ได้แก่ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร ส่วนระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรม ใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

13.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางลักษณะทางประชากร ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้การวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's Correlation Coefficient)

14.บรรณานุกรมและการอ้างอิง

ชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง. (2545). แนวทางการรักษาและตรวจติดตามมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ :

ชมรมศัลยแพทย์มะเร็ง.

ณรงค์ ขันดีแก้ว และคณะ, (2550). สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น : สำนักงานคณะกรรมการ

วิจัยแห่งชาติ.

นรินทร์ วรวิทย์. (2541). ตำราอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรจบ ศรีภา. (2551). “แฉคนไทย 6 ล้านคนติดพยาธิใบไม้ตับดันตอเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี” บ้านเมือง. 17 (เมษายน 2551) : 1-2.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2526). “องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ,” ใน เอกสาร การ สอน ชู ด วิ ษ า สุข ตี ก ษ า ห นั ว ย ที่ 1-7. ห นั ำ 66-70. น น ท บุ รื : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

มะเร็งแห่งชาติ, สถาบัน. (2550). คู่มือการดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพต้าน มะเร็ง. กรุงเทพฯ : ปิ่นเกล้าการพิมพ์.

ยุวดี จอมพิทักษ์. (2540) วิธีป้องกันโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิภาภรณ์ ขุนโสภา. (2550). มะเร็งคืออะไร. (ออนไลน์) 2550 (อ้างเมื่อ 30 สิงหาคม 2551). จาก www.cccthai.org/Web05/page07.htm

สาธิต เสดิ. (2552). ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือ ในกลุ่มเสี่ยง โรคมะเร็งตับ อำเภอนนัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สิทธิศักดิ์ หารษาเวก. (2550). ชีวเคมีทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรรณิ ศรีอำพร. (2550). อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. (ออนไลน์) 2550 (อ้างเมื่อ 3 เมษายน 2551). จาก <http://cmp.ubu.ac.th/th/detail>

อภิชาติ แสงปราชญ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างสุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

Becker, M. H. and others. (1974). "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low in Come Populations," **The American Journal of Public Health**, 21 (November 1974) 205-216.

Rosenstock, I. M. (1974). **The Health Belief Model : Explaining Health Behavior Through Expectancies**. San Francisco, CA: Health Behavior and Health Education Jossey-Bass, 1990.