



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

COMMUNITY INVOLVEMENT IN CHOLANGIOCARCINOMA
PREVENTION AMONG POPULATION AT RISK IN PAKALUANG
SUB-DISTRICT, BAN LUNG DISTRICT, NAN PROVINCE

วรดา พิงศรีเพ็ง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

ตำบลปากาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

COMMUNITY INVOLVEMENT IN CHOLANGIOCARCINOMA PREVENTION AMONG
POPULATION AT RISK IN PAKALUANG SUB-DISTRICT, BAN LUNG DISTRICT,
NAN PROVINCE

วรดา พึ่งศรีเพ็ง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559



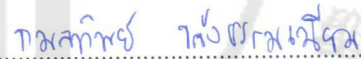
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชนิสา โชติพานิช
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุงศ์ถิษฐ์ชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



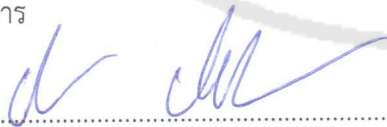
รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุงศ์ถิษฐ์ชัย
กรรมการ



อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
กรรมการ




อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
กรรมการ



อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



รองศาสตราจารย์อิสยา จันทรวิธานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร.อุไรพรรณ เจนวาณิชยานนท์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง
ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

วรดา พิงศรีเพ็ง 554010

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วนิตา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, ประ.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อ
การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ตามทฤษฎี
การพยาบาลของคิง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย
กลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 60 คน ใช้เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม
และการจัดเวทีประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
เปรียบเทียบเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยหลังการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรค พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการตรวจจรรยาจะไม่พบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 91.7 ด้านครอบครัว
เกิดความภูมิใจในศักยภาพของตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค ด้านบุคลลากรสุขภาพมี
ความมั่นใจที่จะเป็นแกนนำรณรงค์ป้องกันโรคในชุมชน มีการพัฒนาองค์ความรู้และมีการติดตาม
ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพยาบาลโดยใช้ระบบปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายของคิงจึงเป็น
แนวทางที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน
โรคมะเร็งท่อน้ำดีตามบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: โรคมะเร็งท่อน้ำดี ทฤษฎีทางการพยาบาลคิง กระบวนการมีส่วนร่วม
การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

COMMUNITY INVOLVEMENT IN CHOLANGIOCARCINOMA PREVENTION AMONG
POPULATION AT RISK IN PAKALUANG SUB-DISTRICT, BAN LUNG DISTRICT,
NAN PROVINCE

VORADA PHEUSRIPHENG 554010

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VANIDA DURONGRITTICHAJ, Dr.P.H. (PUBLIC HEALTH NURSING)

KAMONTIP KHUNGTUMNEUM, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This participatory action research aims to promote community involvement for the prevention of cholangiocarcinoma among population at high risk in Pakaluang Sub-district, Ban Luang, Nan Province according to the King's Theory of Nursing. Data were collected by quantitative and qualitative methods. Samples consisted of 60 patients at risk of liver fluke. The instruments used in this study were questionnaire with in-depth interview, group discussion, and public stage. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and content comparison.

The results on community involvement for disease prevention showed population at risk had higher perception on the benefits of cholangiocarcinoma prevention, with statistical significance at the level of 0.05. However, the stool examination revealed no liver fluke (91.7%) percent of the liver fluke. The family was satisfied with the potential to adjust their consumption behavior. The population themselves were confident to be leaders in the community for the prevention campaign. They continuously developed their knowledge and evaluation.

Hence, The King's theory of nursing on targeted interactions could be an appropriate approach for community nurses to promote community involvement in the prevention of cholangiocarcinoma according to the context of community

Keywords: Cholangiocarcinoma, The King's Theory of Nursing Theory, Interaction process, Cholangiocarcinoma prevention

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงที่ได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชนิสสา โชติพานิช ประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงประคองบุญ สังขสุบรรณ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง และคุณวิริยา บุญช่วย ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทุกท่าน ที่ได้ช่วยประสิทธิประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณ ชาวบ้านอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านหลวง ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณสามีนั่นเป็นที่รักยิ่ง ญาติพี่น้อง ครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้กำลังใจและกำลังทรัพย์ ห่วงใยผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดี เสมอมาจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแต่ประชาชนอำเภอบ้านหลวงทุกท่าน

วรดา พิงศรีเพ็ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 คำถามการวิจัย	5
1.4 ขอบเขตในการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกัน	9
2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	18
2.3 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง	23
2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการสร้างส่วนร่วมเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง	29
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	34
3.3 การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	36
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย	39
3.6 การดำเนินการวิจัย	39
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	43
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	47
4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง	56
4.3 ปัจจัยด้านครอบครัว	60
4.4 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ	62
4.5 การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง	64
4.6 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของชุมชนป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	97
5.2 อภิปรายผล	104
5.3 ข้อเสนอแนะ	107
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	116
ภาคผนวก ข หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	117
ภาคผนวก ค แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form)	118
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	119
ภาคผนวก จ โครงการการวินิจฉัยปัญหาของชุมชน	128
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินบันไดไม้ไผ่	135
ภาคผนวก ช แบบบันทึกครอบครัวในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	136
ภาคผนวก ซ แบบสอบถาม Post-test	137
ภาคผนวก ฌ เอกสารการเยี่ยมชม	139
ภาคผนวก ฎ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	143
ภาคผนวก ฏ คู่มือให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี	144
ประวัติผู้เขียน	154

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
2 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1	40
3 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2	42
4 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3	43
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	47
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ	48
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (n=60)	51
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี (n=60)	53
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี (n=60)	54
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	55
11 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)	57
12 การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง	66
13 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการสร้างส่วนร่วมในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	91
14 ผลการตรวจจูงจาะหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	92

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กลไกการเกิดมะเร็ง	15
2	กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมีซิส และแมคแทกการ์ท	19
3	กรอบแนวคิดทางการพยาบาลของคิง : ระบบปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตร	23
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย	32
5	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	45
6	การสร้างส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	90



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (World Health Organization. 2006) มะเร็งท่อน้ำดีเป็นชนิดหนึ่งของโรคมะเร็งตับซึ่งมีสาเหตุการตายเป็นอันดับ 4 จากมะเร็งทุกชนิดทั่วโลก พบว่า ในปี 2008 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 696,000 ราย (Ferlay et al. 2010) อัตราป่วยเกิดในผู้ชาย 135.4 รายต่อแสนประชากร และเกิดในผู้หญิง 43 รายต่อแสนประชากร (ณรงค์ ชันดีแก้ว. 2548 : 143-149) ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศตะวันตกซึ่งมีเพียง 0.5-2 รายต่อแสนประชากร (นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ. 2554 : 97-103)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ มะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุท่อนำทางเดินน้ำดี ซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อของถุงน้ำดี แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma : ICC) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Cholangiocarcinoma : ECC) (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. 2554) อาการแสดงส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ มักจะมาด้วยคลำพบบก้อนที่ตับ ปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาตัวเหลือง คันตามร่างกาย และมีการอุดตันบริเวณท่อนำทางเดินน้ำดี (สุพจน์ คำสะอาด และคณะ. 2551 : 851-865) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ค่า Alkaline phosphates สูง และยังพบค่า Tumor marker และ Carcinoembryonic Antigen (CEA) สูงถึง ร้อยละ 90 (ณรงค์ ชันดีแก้ว. 2548 : 143-149) ส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหลังทราบการวินิจฉัยโรค เนื่องจากยังไม่มีวิธีตรวจคัดกรองโรคนี้นี้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจง

สาเหตุของมะเร็งชนิดนี้ พบว่า เกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกลือแบบดิบ ๆ หรือดิบ ๆ สุก ๆ เช่น ลาบปลา ก้อยปลา อย่างต่อเนื่องเป็นประจำซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ เจริญเติบโตอยู่ในท่อนำทางเดินน้ำดี ถ้าตรวจจุงการระดูความหนาแน่นของพยาธิพบมากกว่า 6,000 ฟอง/อุจจาระ 1 กรัม หรือคำนวณเป็นพยาธิใบไม้ตับ ประมาณ 120 ตัว จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 14 เท่า (ณัฐรุจ คุ้มพิบูลย์ และคณะ. 2553 : 49-63) ปัจจัยเสี่ยงอื่นคือ การบริโภคเนื้อสัตว์ที่ผ่านการหมักหรือผ่านการแปรรูป เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ปลาหมัก และอาหารหมักดองอื่น ๆ เพราะการหมักอาหารจะใส่ดินประสี (Sodium nitrite) หรือสารไนเตรท (Nitrate) เพื่อช่วยให้เนื้อสัตว์อ่อนนุ่ม มีสีแดงสด นำรับประทาน ดินประสีจะทำปฏิกิริยากับสารเอมีน (Amine) ในเนื้อสัตว์ทำให้เกิดสารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง การดื่มแอลกอฮอล์

มีผลทำให้ประสิทธิภาพระบบภูมิคุ้มกันลดลงเพราะแอลกอฮอล์จะเป็นตัวทำลายกระบวนการคาร์ซิโนเจน มีเดีย ดีเอ็นเอ อัลคาเลชั่น (Carcinogen - mediated DNA alkylation) ให้เสียหายที่ทำให้การเผาผลาญ สารอะลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ได้กรดอะเซติก ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมที่ตับทำให้ตับอักเสบ และภาวะตับแข็งซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งได้ (เฟื่องเพชร เกียรติเสวี. 2544 อ้างถึงใน รุจิรา อักษร. 2548) และแอลกอฮอล์สามารถเสริมฤทธิ์ของสารอะฟลาท็อกซินก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Schiff et al. 2003) การสูบบุหรี่เป็นอีกปัจจัยเพราะในบุหรี่ยี่มีทาร์ (Tar) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง มีการศึกษาใน ผู้ที่สูบบุหรี่และเป็นโรคตับแข็งร่วมด้วยจะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเป็น 8 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Colombo, M. 2003 อ้างถึงใน รุจิรา อักษร. 2548)

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อ ครอบครัวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหรืออาจกล่าวได้ว่าโรคมะเร็งไม่ได้เป็นเพียงการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วย แต่เป็นภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัว (Edwards, B., & Clarke. 2004 : 562-576 อ้างถึงใน วารุณี มีเจริญ. 2557 : 10-22) ด้านบริการสุขภาพก็มีส่วนต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ (วงเดือน ภาษา และคณะ. 2554 : 31 - 41) เนื่องจากโรคนี้อาจมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนขาดความรู้ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรรณรงค์ในเรื่องการบริโภคอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้กับประชาชน รวมถึงการโน้มน้าวให้ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนไม่ว่า จะเป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน แกนนำและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกันดำเนินงานป้องกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดีแบบครบวงจรตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภค ที่ถูกต้อง รวมถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมชุมชนให้สอดคล้องกับการป้องกันการเกิดโรค การคัดกรอง และปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้นี้ หากบุคลากรสุขภาพ ตระหนักและดำเนินการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและจริงจังย่อมจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ซึ่งหลายงานวิจัยพบว่า การที่บุคลากรสุขภาพป้องกันโรคใดโรคหนึ่ง ด้วยการนำประชาชนที่มีความเสี่ยง ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมาช่วยกันค้นหาวิธีการป้องกันโรค และลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ประชาชนลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นได้ การศึกษา การมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อป้องกันโรคโดยผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ดำเนินการโดยร่วมกันสร้าง ความเป็นหุ้นส่วนร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ และดำเนินกิจกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิจิตร วรรณระวุฒิ และคณะ. 2554) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก พบว่า สามารถส่งเสริมให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และมีความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมากยิ่งขึ้น (จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. 2546)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้มีโรคเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีทั้งปัจจัยจากพฤติกรรมส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว และกระบวนการดูแลของบุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาล ของคิง ซึ่งกล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่าง บุคคล และระบบสังคม เมื่อนำมาอธิบายภาวะสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จะทำให้ เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคได้เป็นอย่างดี และนำปัจจัยเสี่ยงที่พบมากำหนดแนวทางป้องกันการเกิด โรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน โดยแลกเปลี่ยนการรับรู้ระหว่างพยาบาล ผู้มีภาวะเสี่ยง ครอบครัวและ ชุมชน เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวิธีการป้องกันการเกิดโรคร่วมกัน (King, 1981) การรับรู้เป็น พื้นฐานในการคิดและการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงการคุกคามของโรคได้ทำให้ บุคคลเกิดแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันและเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้นผลลัพธ์ คือ บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดขึ้น (Becker, M. H. 1974)

การป้องกันโรคโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน อาสาสมัคร สาธารณสุข บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน เข้ามารับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำในสิ่งที่มีผลกระทบต่อตนเอง หรือชุมชน ในทุกขั้นตอน และนำผลที่เกิดขึ้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (ทรรศนีย์ นาคราช และคณะ. 2553) จากการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการดำเนิน กิจกรรม การร่วมรับรู้ผลประโยชน์จากการดำเนินงานร่วมกัน จะทำให้ครอบครัวมีการส่งเสริม คุณภาพชีวิตจากระดับปฏิบัติปานกลางเป็นระดับมากในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม (บงการ ชัยชาญ. 2546) ดังนั้นการให้ชุมชนร่วมแก้ปัญหาเป็นการเรียนรู้ร่วมกันเน้น ให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นจริงมากกว่าการหวังผลลัพธ์เชิงปริมาณ จะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ (กัทลีย์ ต้นธนกุล และคณะ. 2548)

จากการศึกษาสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของภาคเหนือ พบว่า จังหวัดน่าน มีอัตราการตาย จากโรคมะเร็งค่อนข้างสูง สถิติในปี 2550-2553 พบ 175, 168, 138 และ 176 รายต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับอำเภอของจังหวัดน่าน ในปี 2550 พบ มีอัตราป่วยของโรคมะเร็งสูงสุดที่ อำเภอบ้านหลวง คิดเป็นร้อยละ 288.9 รายต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. 2555) มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงขึ้นจากปี 2543 ถึง 4.8 เท่า ในปี 2551 จากจำนวน 8 ราย เป็น 39 ราย

โครงการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งเซลล์ตับและท่อน้ำดี อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน เป็น ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลบ้านหลวง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง กับ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอ

บ้านหลวง ที่มีอายุ 30-60 ปี ซึ่งผลการตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 18 ราย และมะเร็งเซลล์ตับ 5 ราย มะเร็งถุงน้ำดี 2 ราย (โรงพยาบาลบ้านหลวง. 2556) ซึ่งเป็นอัตราป่วยสูงที่สุดของจังหวัดน่าน

ตำบลป่าคาหลวง มีอัตราป่วยโรคมะเร็ง คิดเป็น 347.3 รายต่อแสนประชากร พบเป็นอันดับ 1 ของอำเภอบ้านหลวง (พจมาน ศิริรยาภรณ์. 2548) ผลการเก็บอุจจาระตรวจหาพยาธิใบไม้ตับพบพยาธิ จำนวน 219 รายจาก 881 ราย ร้อยละ 24.86 โดยพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด Opisthorchisviverrini-like egg ชนิด Light infection จำนวน 174 ราย ชนิด Moderate infection จำนวน 5 ราย และชนิด Heavy infection จำนวน 1 ราย ที่เหลือเป็นพยาธิชนิดอื่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. 2555) และจากการสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรมสุขภาพ และการดำรงชีวิตของประชาชนในตำบลป่าคาหลวง พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่เป็นเพศชาย ยังรับประทานก้อยปลา ลาบปลาแบบดิบ ๆ เป็นประจำ (เก็บข้อมูล ณ มกราคม 2556) ซึ่งสัมพันธ์กับผลการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้ประชาชนตำบลป่าคาหลวงมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ดังนั้นบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีขอบเขตและสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ว่ามีบทบาทในการป้องกันการเกิดโรคแก่ผู้มีความเสี่ยง ครอบครัวและชุมชน บนการใช้ความรู้ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว (สภาการพยาบาล. 2551 : ออนไลน์) โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขอนามัย หากเป็นโรคนี้อแล้วการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนและรุนแรง การป้องกันจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจที่จะค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง นำปัจจัยที่ค้นพบมาสะท้อนคิด ปรับเปลี่ยนการรับรู้ ร่วมมือกันปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และชุมชนห่างไกลโรค ลดปริมาณการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด ครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชนพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของกันและกัน โดยมุ่งหวังให้ผู้มีความเสี่ยงมีการรับรู้ต่อโรคที่ถูกต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี จนได้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
2. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

3. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

1.3 คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงมีอะไรบ้าง
2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ควรเป็นอย่างไร
3. ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน เป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง และครอบครัว บุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านหลวง อ.ส.ม. โดยใช้เวลาในการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558–เมษายน 2559

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี หมายถึง วิธีดำเนินการที่สามารถลดอัตราการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง โดยให้ผลการตรวจจูงจาะไม่พบเชื่อพยาธิใบไม้ตับ
2. การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี หมายถึง วิธีการทำงานที่มีการนำผู้ที่ตรวจพบเชื่อพยาธิใบไม้ตับและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพชุมชนมาร่วมกันค้นหาปัจจัยหรือสาเหตุโรคมาเร็งท่อน้ำดีในชุมชนของตนเอง วิเคราะห์วิธีป้องกันที่เหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและชุมชนของตน แล้วนำวิธีป้องกันที่คิดค้นไปปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตน ประเมินผล ปรับปรุงกิจกรรมจนกระทั่งสามารถจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรครวมถึงผลการตรวจจูงจาะไม่เชื่อพยาธิใบไม้ตับ
3. กลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 30 – 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน นานอย่างน้อย 6 เดือน
 - มีประวัติติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ
 - เคยรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
 - มีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง เหตุสัมพัทธ์กับการกระทำของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี การศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่ศึกษามีดังนี้

4.1 เพศ หมายถึง สิ่งที่แสดงลักษณะความแตกต่างระหว่างชายและหญิงของกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

4.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดที่จะศึกษาในผู้ที่มีอายุ 30-60 ปี

4.3 ค่าดัชนีมวลกาย หมายถึง ผลการคำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูงเพื่อใช้เปรียบเทียบ ความสมดุระหว่างน้ำหนักตัวต่อความสูงของมนุษย์ หาได้โดยนำน้ำหนักตัวหารด้วยกำลังสองของส่วนสูง

4.4 สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพทางสังคมในการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา ของ กลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น โสด คู่ หย่าหรือหม้ายหรือแยกกันอยู่

4.5 ระดับการศึกษา หมายถึง คุณวุฒิในการศึกษาที่สำเร็จแล้วโดยไม่นับที่กำลังศึกษาอยู่ ของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ระดับอนุปริญญา/ปวส. ระดับปริญญาตรีสูงกว่าปริญญาตรี

4.6 การประกอบอาชีพ หมายถึง หน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงาน บทบาทความรับผิดชอบ ของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค่าขายหรือธุรกิจส่วนตัว รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เกษตรกร รับจ้าง เกษียณอายุจากราชการหรืองานประจำ

4.7 รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนรวมของค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือเงินเดือนของ สมาชิกในครอบครัวทั้งหมดที่ได้ประกอบอาชีพต่าง ๆ โดยเฉลี่ยต่อเดือน

4.8 โครงสร้างของครอบครัว หมายถึง การรวมตัวของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ กันและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย อยู่คนเดียว อยู่กับสามี หรือ ภรรยาและบุตร หรือครอบครัวขยาย ประกอบด้วย สมาชิกและญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยกันตั้งแต่ 2 รุ่น ขึ้นไป

4.9 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

1) การสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบสิ่งของที่มีลักษณะเป็นทรงกระบอกม้วนห่อด้วย กระดาษมีใบยาสูบหรือข่อยบรรจุภายในห่อกระดาษ ปลายด้านหนึ่งเป็นปลายปิดสำหรับจุดไฟ และอีกด้านไว้สำหรับใช้ปากสูดควัน ได้แก่ บุหรี่ก้นกรอง ยาสูบ ยาเส้นโดยให้ระบุชนิดของบุหรี่ อายุ ที่เริ่มสูบบุหรี่ เลิกสูบเมื่ออายุ เหตุผลที่เลิกสูบ รวมระยะเวลาที่สูบ

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ ได้แก่ สุราแช่/สุรากลั่น เช่น เบียร์ ไวน์ สุรากลั่น เช่น เหล้าขาว เหล้าแดง บรั่นดี เหล้าต้มเอง เหล้า พื้นเมืองโดยให้ระบุชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อายุที่เริ่มดื่ม เลิกดื่มเมื่ออายุ เหตุผลที่เลิกดื่ม รวม ระยะเวลาที่ดื่ม

3) ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจอุจจาระแล้วพบพยาธิ ใบไม้ตับ หรือไข่พยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ 1 ตัว หรือ 1 ฟองขึ้นไป

4) การใช้ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การรับประทานยาเพื่อฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ต่อมาร่างกายจะขับพยาธิที่ตายแล้วออกทางอุจจาระ โดยให้ระบุชื่อยาที่รับประทาน จำนวนครั้งที่รับประทานต่อปี สถานที่รับยาไปรับประทาน

5) การใช้สารเคมี หมายถึง การใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช ในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ยาฆ่าแมลง ซึ่งเป็นสารที่ใช้ฆ่า กำจัดหรือลดการแพร่พันธุ์ของแมลง และยาฆ่าหญ้า ซึ่งเป็นสารที่ใช้กำจัดวัชพืช หรือลดการแพร่พันธุ์ของวัชพืชรวมถึงสารเคมีที่ตกค้างในผักและผลไม้

4.10 การบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันของกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับชนิดของอาหารดังนี้

1) อาหารดิบ หรือดิบ ๆ สุก ๆ หมายถึง อาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์โดยไม่ผ่านความร้อนหรือผ่านความร้อนแต่เนื้อสัตว์ยังมีสีแดงหรือมีเลือดปน

2) อาหารหมักดอง หมายถึง การถนอมอาหารโดยการใส่เกลือหรือส่วนประกอบอื่นหมักประมาณ 2-3 วัน หรือหลายเดือนแล้วแต่ชนิดของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ปลาจ่อม

3) อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารสดที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปทำให้แห้ง รวมทั้งใช้สารปรุงแต่งอาหารประเภทดินประสิวทำให้อาหารมีสีแดงน่ารับประทาน ได้แก่ กุนเชียง แหนม เนื้อสัตว์ตากแห้ง

4.11 การรับรู้ตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเอง การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การใช้ยาฆ่าพยาธิ การสัมผัสสารเคมี และการบริโภคอาหาร

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเองถึงอาการที่มากขึ้นของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจหรือฐานะทางสังคมในการดำรงชีวิตประจำวัน

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเองว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยาฆ่าพยาธิ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารเคมี การปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร

4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ที่ขัดขวางการมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ๆ ตามสภาพความเป็นจริงของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง ของประชาชน ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน
2. เพื่อเป็นต้นแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (World Health Organization. 2006) มะเร็งท่อน้ำดีเป็นชนิดหนึ่งของโรคมะเร็งตับซึ่งมีสาเหตุการตายเป็นอันดับ 4 จากมะเร็งทุกชนิดทั่วโลก พบว่า ในปี 2008 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 696,000 ราย (Ferlay et al. 2010) อัตราป่วยเกิดในผู้ชาย 135.4 รายต่อแสนประชากร และเกิดในผู้หญิง 43 รายต่อแสนประชากร (ณรงค์ ชันดีแก้ว. 2548 : 143-149) ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศตะวันตกซึ่งมีเพียง 0.5-2 รายต่อแสนประชากร (นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ. 2554 : 97-103)

โรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ มะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี ซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อของถุงน้ำดี แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma : ICC) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Cholangiocarcinoma : ECC) (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. 2554) อาการแสดงส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ มักจะมาด้วยคลำพบบก้อนที่ตับ ปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาตัวเหลือง คันตามร่างกาย และมีการอุดตันบริเวณท่อน้ำดี (สุพจน์ คำสะอาด และคณะ. 2551 : 851-865) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ค่า Alkaline phosphates สูง และยังพบค่า Tumor marker และ Carcinoembryonic Antigen (CEA) สูงถึง ร้อยละ 90 (ณรงค์ ชันดีแก้ว. 2548 : 143-149) ส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหลังทราบการวินิจฉัยโรค เนื่องจากยังไม่มีวิธีตรวจคัดกรองโรคนี้นี้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจง

สาเหตุของมะเร็งชนิดนี้ พบว่า เกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกลือแบบดิบ ๆ หรือดิบ ๆ สุก ๆ เช่น ลาบปลา ก้อยปลา อย่างต่อเนื่องเป็นประจำซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ เจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี ถ้าตรวจจุงการระดูความหนาแน่นของพยาธิพบมากกว่า 6,000 ฟอง/อุจจาระ 1 กรัม หรือคำนวณเป็นพยาธิใบไม้ตับ ประมาณ 120 ตัว จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 14 เท่า (ณัฐรุจ แก้วพิบูลย์ และคณะ. 2553 : 49-63) ปัจจัยเสี่ยงอื่นคือ การบริโภคเนื้อสัตว์ที่ผ่านการหมักหรือผ่านการแปรรูป เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม แหนม และอาหารหมักดองอื่น ๆ เพราะการหมักอาหารจะใส่ดินประสีว (Sodium nitrite) หรือสารไนเตรท (Nitrate) เพื่อช่วยให้เนื้อสัตว์อ่อนนุ่ม มีสีแดงสด นำรับประทาน ดินประสีวจะทำปฏิกิริยากับสารเอมีน (Amine) ในเนื้อสัตว์ทำให้เกิดสารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง การดื่มแอลกอฮอล์

มีผลทำให้ประสิทธิภาพระบบภูมิคุ้มกันลดลงเพราะแอลกอฮอล์จะเป็นตัวทำลายกระบวนการคาร์ซิโนเจน มีเดีย ดิเอ็นเอ อัลคาเลชั่น (Carcinogen - mediated DNA alkylation) ให้เสียหายที่ทำให้การเผาผลาญ สารอะลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ได้กรดอะเซติก ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมที่ตับทำให้ตับอักเสบ และภาวะตับแข็งซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งได้ (เฟื่องเพชร เกียรติเสวี. 2544 อ้างถึงใน รุจิรา อักษร. 2548) และแอลกอฮอล์สามารถเสริมฤทธิ์ของสารอะฟลาท็อกซินก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Schiff et al. 2003) การสูบบุหรี่เป็นอีกปัจจัยเพราะในบุหรี่ปริมาณ (Tar) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง มีการศึกษาใน ผู้ที่สูบบุหรี่และเป็นโรคตับแข็งร่วมด้วยจะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเป็น 8 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Colombo, M. 2003 อ้างถึงใน รุจิรา อักษร. 2548)

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อ ครอบครัวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหรืออาจกล่าวได้ว่าโรคมะเร็งไม่ได้เป็นเพียงการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วย แต่เป็นภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัว (Edwards, B., & Clarke. 2004 : 562-576 อ้างถึงใน วารุณี มีเจริญ. 2557 : 10-22) ด้านบริการสุขภาพก็มีส่วนต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ (วงเดือน ฤชา และคณะ. 2554 : 31 - 41) เนื่องจากโรคนี้อาจมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนขาดความรู้ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรรณรงค์ในเรื่องการบริโภคอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้กับประชาชน รวมถึงการโน้มน้าวให้ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนไม่ว่า จะเป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน แกนนำและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกันดำเนินงานป้องกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดีแบบครบวงจรตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภค ที่ถูกต้อง รวมถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมชุมชนให้สอดคล้องกับการป้องกันการเกิดโรค การคัดกรอง และปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้นี้ หากบุคลากรสุขภาพ ตระหนักและดำเนินการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและจริงจังย่อมจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ซึ่งหลายงานวิจัยพบว่า การที่บุคลากรสุขภาพป้องกันโรคใดโรคหนึ่ง ด้วยการนำประชาชนที่มีความเสี่ยง ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมาช่วยกันค้นหาวิธีการป้องกันโรค และลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ประชาชนลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นได้ การศึกษา การมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อป้องกันโรคโดยผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ดำเนินการโดยร่วมกันสร้าง ความเป็นหุ้นส่วนร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ และดำเนินกิจกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิจิตร วรรณระวุฒิ และคณะ. 2554) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก พบว่า สามารถส่งเสริมให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และมีความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมากยิ่งขึ้น (จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. 2546)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้มีโรคเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีทั้งปัจจัยจากพฤติกรรมส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว และกระบวนการดูแลของบุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาล ของคิง ซึ่งกล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม เมื่อนำมาอธิบายภาวะสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จะทำให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคได้เป็นอย่างดี และนำปัจจัยเสี่ยงที่พบมากกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน โดยแลกเปลี่ยนการรับรู้ระหว่างพยาบาล ผู้มีภาวะเสี่ยง ครอบครัวและชุมชน เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวิธีการป้องกันการเกิดโรคร่วมกัน (King, 1981) การรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดและการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงการคุกคามของโรคได้ทำให้บุคคลเกิดแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันและเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้นผลลัพธ์ คือ บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดขึ้น (Becker, M. H. 1974)

การป้องกันโรคโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน อาสาสมัคร สาธารณสุข บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน เข้ามารับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำในสิ่งที่มีผลกระทบต่อตนเองหรือชุมชน ในทุกขั้นตอน และนำผลที่เกิดขึ้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (ทรรศนีย์ นาคราช และคณะ. 2553) จากการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม การร่วมรับรู้ผลประโยชน์จากการดำเนินงานร่วมกัน จะทำให้ครอบครัวมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตจากระดับปฏิบัติปานกลางเป็นระดับมากในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (บงการ ชัยชาญ. 2546) ดังนั้นการให้ชุมชนร่วมแก้ปัญหาเป็นการเรียนรู้ร่วมกันเน้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นจริงมากกว่าการหวังผลลัพธ์เชิงปริมาณ จะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ (ภัทลีย์ ต้นธนกุล และคณะ. 2548)

จากการศึกษาสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของภาคเหนือ พบว่า จังหวัดน่าน มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งค่อนข้างสูง สถิติในปี 2550-2553 พบ 175, 168, 138 และ 176 รายต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับอำเภอของจังหวัดน่าน ในปี 2550 พบ มีอัตราป่วยของโรคมะเร็งสูงสุดที่อำเภอบ้านหลวง คิดเป็นร้อยละ 288.9 รายต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. 2555) มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงขึ้นจากปี 2543 ถึง 4.8 เท่า ในปี 2551 จากจำนวน 8 ราย เป็น 39 ราย

โครงการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งเซลล์ตับและท่อน้ำดี อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน เป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลบ้านหลวง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง กับโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอ

บ้านหลวง ที่มีอายุ 30-60 ปี ซึ่งผลการตรวจพบผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 18 ราย และมะเร็งเซลล์ตับ 5 ราย มะเร็งถุงน้ำดี 2 ราย (โรงพยาบาลบ้านหลวง. 2556) ซึ่งเป็นอัตราป่วยสูงที่สุดของจังหวัดน่าน

ตำบลป่าคาหลวง มีอัตราป่วยโรคมะเร็ง คิดเป็น 347.3 รายต่อแสนประชากร พบเป็นอันดับ 1 ของอำเภอบ้านหลวง (พจมาน ศิริรยาภรณ์. 2548) ผลการเก็บอุจจาระตรวจหาพยาธิใบไม้ตับพบพยาธิ จำนวน 219 รายจาก 881 ราย ร้อยละ 24.86 โดยพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด Opisthorchisviverrini-like egg ชนิด Light infection จำนวน 174 ราย ชนิด Moderate infection จำนวน 5 ราย และชนิด Heavy infection จำนวน 1 ราย ที่เหลือเป็นพยาธิชนิดอื่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. 2555) และจากการสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรมสุขภาพ และการดำรงชีวิตของประชาชนในตำบลป่าคาหลวง พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่เป็นเพศชาย ยังรับประทานก้อยปลา ลาบปลาแบบดิบ ๆ เป็นประจำ (เก็บข้อมูล ณ มกราคม 2556) ซึ่งสัมพันธ์กับผลการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้ประชาชนตำบลป่าคาหลวงมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ดังนั้นบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีขอบเขตและสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ว่ามีบทบาทในการป้องกันการเกิดโรคแก่ผู้มีภาวะเสี่ยง ครอบครัวและชุมชน บนการใช้ความรู้ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว (สภาการพยาบาล. 2551 : ออนไลน์) โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขอนามัย หากเป็นโรคนี้อแล้วการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนและรุนแรง การป้องกันจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจที่จะค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง นำปัจจัยที่ค้นพบมาสะท้อนคิด ปรับเปลี่ยนการรับรู้ ร่วมมือกันปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และชุมชนห่างไกลโรค ลดปริมาณการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด ครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชนพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของกันและกัน โดยมุ่งหวังให้ผู้มีภาวะเสี่ยงมีการรับรู้ต่อโรคที่ถูกต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี จนได้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
2. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

3. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

1.3 คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงมีอะไรบ้าง
2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ควรเป็นอย่างไร
3. ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน เป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง และครอบครัว บุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านหลวง อ.ส.ม. โดยใช้เวลาในการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558–เมษายน 2559

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี หมายถึง วิธีดำเนินการที่สามารถลดอัตราการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง โดยให้ผลการตรวจอุจจาระไม่พบเชื่อพยาธิใบไม้ตับ
2. การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี หมายถึง วิธีการทำงานที่มีการนำผู้ที่ตรวจพบเชื่อพยาธิใบไม้ตับและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพชุมชนมาร่วมกันค้นหาปัจจัยหรือสาเหตุโรคมาเร็งท่อน้ำดีในชุมชนของตนเอง วิเคราะห์วิธีป้องกันที่เหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและชุมชนของตน แล้วนำวิธีป้องกันที่คิดค้นไปปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตน ประเมินผล ปรับปรุงกิจกรรมจนกระทั่งสามารถจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรครวมถึงผลการตรวจอุจจาระไม่เชื่อพยาธิใบไม้ตับ
3. กลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 30 – 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน นานอย่างน้อย 6 เดือน
 - มีประวัติติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ
 - เคยรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
 - มีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง เหตุสัมพัทธ์กับการกระทำของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี การศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่ศึกษามีดังนี้

4.1 เพศ หมายถึง สิ่งที่แสดงลักษณะความแตกต่างระหว่างชายและหญิงของกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

4.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดที่จะศึกษาในผู้ที่มีอายุ 30-60 ปี

4.3 ค่าดัชนีมวลกาย หมายถึง ผลการคำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูงเพื่อใช้เปรียบเทียบ ความสมดุระหว่างน้ำหนักตัวต่อความสูงของมนุษย์ หาได้โดยนำน้ำหนักตัวหารด้วยกำลังสองของส่วนสูง

4.4 สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพทางสังคมในการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา ของ กลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น โสด คู่ หย่าหรือหม้ายหรือแยกกันอยู่

4.5 ระดับการศึกษา หมายถึง คุณวุฒิในการศึกษาที่สำเร็จแล้วโดยไม่นับที่กำลังศึกษาอยู่ ของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ระดับอนุปริญญา/ปวส. ระดับปริญญาตรีสูงกว่าปริญญาตรี

4.6 การประกอบอาชีพ หมายถึง หน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงาน บทบาทความรับผิดชอบ ของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค่าขายหรือธุรกิจส่วนตัว รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เกษตรกร รับจ้าง เกษียณอายุจากราชการหรืองานประจำ

4.7 รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนรวมของค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือเงินเดือนของ สมาชิกในครอบครัวทั้งหมดที่ได้ประกอบอาชีพต่าง ๆ โดยเฉลี่ยต่อเดือน

4.8 โครงสร้างของครอบครัว หมายถึง การรวมตัวของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ กันและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย อยู่คนเดียว อยู่กับสามี หรือ ภรรยาและบุตร หรือครอบครัวขยาย ประกอบด้วย สมาชิกและญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยกันตั้งแต่ 2 รุ่น ขึ้นไป

4.9 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

1) การสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบลิงของที่มีลักษณะเป็นทรงกระบอกม้วนห่อด้วย กระดาษมีใบยาสูบหรือชอยบรรรูภายในห่อกระดาษ ปลายด้านหนึ่งเป็นปลายปิดสำหรับจุดไฟ และอีกด้านไว้สำหรับใช้ปากสูดควัน ได้แก่ บุหรี่ก้นกรอง ยาสูบ ยาเส้นโดยให้ระบุชนิดของบุหรี่ อายุ ที่เริ่มสูบบุหรี่ เลิกสูบเมื่ออายุ เหตุผลที่เลิกสูบ รวมระยะเวลาที่สูบ

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ ได้แก่ สุราแช่/สุรากลั่น เช่น เบียร์ ไวน์ สุรากลั่น เช่น เหล้าขาว เหล้าแดง บรั่นดี เหล้าต้มเอง เหล้า พื้นเมืองโดยให้ระบุชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อายุที่เริ่มดื่ม เลิกดื่มเมื่ออายุ เหตุผลที่เลิกดื่ม รวม ระยะเวลาที่ดื่ม

3) ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การตรวจอุจจาระแล้วพบพยาธิ ใบไม้ตับ หรือไข่พยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ 1 ตัว หรือ 1 ฟองขึ้นไป

4) การใช้ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การรับประทานยาเพื่อฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ต่อมาร่างกายจะขับพยาธิที่ตายแล้วออกทางอุจจาระ โดยให้ระบุชื่อยาที่รับประทาน จำนวนครั้งที่รับประทานต่อปี สถานที่รับยาไปรับประทาน

5) การใช้สารเคมี หมายถึง การใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช ในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ยาฆ่าแมลง ซึ่งเป็นสารที่ใช้ฆ่า กำจัดหรือลดการแพร่พันธุ์ของแมลง และยาฆ่าหญ้า ซึ่งเป็นสารที่ใช้กำจัดวัชพืช หรือลดการแพร่พันธุ์ของวัชพืชรวมถึงสารเคมีที่ตกค้างในผักและผลไม้

4.10 การบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันของกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับชนิดของอาหารดังนี้

1) อาหารดิบ หรือดิบ ๆ สุก ๆ หมายถึง อาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์โดยไม่ผ่านความร้อนหรือผ่านความร้อนแต่เนื้อสัตว์ยังมีสีแดงหรือมีเลือดปน

2) อาหารหมักดอง หมายถึง การถนอมอาหารโดยการใส่เกลือหรือส่วนประกอบอื่นหมักประมาณ 2-3 วัน หรือหลายเดือนแล้วแต่ชนิดของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ปลาจ่อม ปลาจ่อม

3) อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารสดที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปทำให้แห้ง รวมทั้งใช้สารปรุงแต่งอาหารประเภทดินประสิวทำให้อาหารมีสีแดงน่ารับประทาน ได้แก่ กุนเชียง แหนม เนื้อสัตว์ตากแห้ง

4.11 การรับรู้ตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเอง การรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การใช้ยาฆ่าพยาธิ การสัมผัสสารเคมี และการบริโภคอาหาร

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเองถึงอาการที่มากขึ้นของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจหรือฐานะทางสังคมในการดำรงชีวิตประจำวัน

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเองว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยาฆ่าพยาธิ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารเคมี การปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร

4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ที่ขัดขวางการมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ๆ ตามสภาพความเป็นจริงของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง ของประชาชน ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน
2. เพื่อเป็นต้นแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปรวบรวมสาระสำคัญจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 โรคมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกัน
- 2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- 2.3 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
- 2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการสร้างส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกัน

2.1.1 ความหมายของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เกิดจากท่อทางเดินน้ำดีมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติจากการได้รับสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) และถูกกระตุ้นด้วยสารส่งเสริมความรุนแรงของการเป็นมะเร็ง (Promoter) ให้กลายเป็นเซลล์มะเร็งส่งผลให้การทำหน้าที่ตามปกติเสียไป (รุจิราอักษร. 2548 อ้างถึงใน Zakim & Boyer. 2003) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายดังนี้

วรายุ ปรัชญกุล (2553 : 88–92) ให้ความหมายของโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงเนื้อร้ายที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์เยื่อเมือกทางเดินน้ำดี สามารถเกิดขึ้นกับท่อน้ำดีทั้งส่วนที่อยู่ภายในตับและนอกตับ

ณรงค์ ชันดีแก้ว (2548 : 143–149) ให้ความหมายของโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงมะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อเมือกของท่อทางเดินน้ำดีซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อของถุงน้ำดีและ Papilla of vater แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ

สรุปได้ว่า มะเร็งท่อน้ำดี คือ เนื้อร้ายที่เกิดจากเซลล์เยื่อเมือกท่อทางเดินน้ำดีมีการเจริญเติบโตผิดปกติ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับและมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ

2.1.2 อุบัติการณ์

จากการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer) ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีระดับสูงมาก

(Ferlay et al. 2004) เช่นเดียวกับในประเทศจีน ญี่ปุ่น เวียดนาม และบางประเทศในทวีปแอฟริกาอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีจะพบน้อยในทวีปยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละภาคของประเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุด รองมา คือภาคเหนือ และต่ำสุดในภาคใต้ (สุพรรณิ ศรีอำพร. 2550)

2.1.3 สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากเซลล์เยื่อบุของท่อน้ำดีแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic Cholangiocarcinoma : ICC) เป็นมะเร็งที่เกิดจากเยื่อบุท่อน้ำดีภายในตับและขยายออกสู่เนื้อตับข้าง ๆ ทำให้มีลักษณะเป็นก้อนมะเร็งคล้ายกับมะเร็งเซลล์ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Cholangiocarcinoma : ECC) เกิดที่ท่อน้ำดีใหญ่ตั้งแต่ขั้วตับ (Hepatic hilar) จนถึงท่อน้ำดีร่วมส่วนปลาย (Common bile duct) (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. 2554) แบ่งปัจจัยที่ก่อโรคได้ดังนี้

1) อายุ พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งสูงขึ้นตามอายุ ทั้งนี้เชื่อว่าเกิดจากผู้ที่มียาอายุเพิ่มขึ้นมีจำนวนยีนผิดปกติหรือยีนมะเร็งที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นจากการสัมผัสสารก่อมะเร็งมากกว่าคนวัยหนุ่มสาวหรือเด็ก ร่วมกับความเสี่ยงของระบบภูมิคุ้มกัน อายุที่มากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการทำลายเซลล์มะเร็งลดลง (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ. 2555) ความชุกของโรคมะเร็งสูงในกลุ่มอายุที่มากขึ้น โดยมีอัตราความชุกสูงสุดในช่วงอายุ 45 – 55 ปี (นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ. 2554 : 97-103) ดังนั้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 1.11 เท่า (ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี และคณะ. 2547 : 45-54)

2) เพศ จะพบว่า เพศชายมีอัตราป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 135.4 รายต่อแสนประชากร ในเพศชาย และ 43.0 รายต่อแสนประชากรในเพศหญิง ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเป็น 2-3 เท่า (ณรงค์ ชันดีแก้ว. 2548 : 143-149)

3) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักต่อส่วนสูงที่ใช้บ่งชี้ว่าอ้วน หรือผอมในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ความสำคัญของการรู้ค่าดัชนีมวลกายเพื่อดูอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ถ้าค่าที่คำนวณได้มากหรือน้อยเกินไป เช่น ถ้าเป็นโรคอ้วนจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคนิ่วในถุงน้ำดี และโรคมะเร็ง การลดลงของดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี กล่าวคือ ดัชนีมวลกายลดลง 1 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงเป็น 1.05 เท่า (สุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ. 2553)

4) สถานภาพ บ้านที่มีแม่บ้านเป็นผู้ประกอบอาหารจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของครอบครัวมาก เพราะแม่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบอาหารภายในบ้าน

5) การศึกษา มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคจะเกิดได้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมทางด้านความรู้และเจตคติ ถ้ามีความรู้ที่ดีก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

เหมาะสม แต่ถ้ามีความรู้ไม่ดีก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ผู้ที่มีการศึกษาก็จะมีความรู้ในเรื่องอาหารโดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ควรละเว้นหรือหากเป็นผู้ที่มีการศึกษาดี มีความรู้เรื่องโภชนาการ ก็จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี (รุจิรา อักษร. 2548)

6) อาชีพ อาจทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดโรคมามากกว่าบุคคลอื่น เช่น อาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสเสี่ยงได้รับสารเคมีในการใช้กำจัดศัตรูพืชมากกว่าอาชีพอื่น

7) รายได้ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค หรือชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน หรือควรหลีกเลี่ยง

8) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งเป็นพยาธิใบไม้ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ณรงค์ ขันดีแก้ว. 2548 : 143-149)

9) การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคมะเร็ง ในบุหรี่ประกอบไปด้วยสารต่าง ๆ ประมาณ 4,000 ชนิด ซึ่งมีประมาณ 42 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง จากการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ของ Parkin Dm et al (1997) พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีเมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ แต่ในการศึกษาเดียวกันนี้ พบว่า ผู้ที่เคี้ยวหมากเป็นเวลานาน ซึ่งในหมากมีส่วนผสมของยาสูบอยู่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ได้มีการศึกษาผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่นและศรีนครินทร์ จำนวน 400 ราย พบว่า การสูบบุหรี่เป็นประจำหรือเป็นเวลานาน ๆ มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (Chemrunroj G. 2000 อ้างถึงใน สุพรรณณี พรหมเทศ และคณะ. 2553)

10) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลทางอ้อมต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยทำให้ประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และส่งเสริมการเกิดมะเร็ง โดยกดการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกัน แอลกอฮอล์จะเป็นตัวทำลายกระบวนการคาร์ซิโนเจน มีเดีย ดีเอ็นเอ อัลคาเลชั่น (Carcinogen - mediated DNA alkylation) ให้เสียหายที่ไป แอลกอฮอล์ถูกเอ็นไซม์แอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส (Alcohol dehydrogenase enzyme) ในตับทำลายให้เป็นสารใหม่ชื่อ อะเซตลดีไฮด์ (Acetaldehyde) การเผาผลาญสารนี้จะได้กรดอะซิติกซึ่งจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมที่ตับ ทำให้ตับมีไขมันพอกพูนเกินกว่าปกติ เรียกว่าภาวะไขมันเกาะตับทำให้เกิดตับอักเสบและภาวะตับแข็งซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งได้ (รุจิรา อักษร. 2548 อ้างถึงใน Colombo. 2003) การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Odds ratio เท่ากับ 2.8 (Parkin DM et al. 1997) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม กับการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ในจังหวัดนครพนม พบว่า ผู้ที่มีประวัติชอบดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศเดนมาร์กก็พบ

ความสัมพันธ์ของการเป็นโรค Alcohol liver disease มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรค Primary liver cancer ในประเทศสวีเดน พบว่า การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ½ ขวดต่อสัปดาห์มีค่าเท่ากับ 3.3 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่ม (Hardell et al. 1981 : 119-130 อ้างถึงใน สุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ. 2553) และในการศึกษาในผู้ป่วยโรค Primariesclerosing cholangitis ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

11) สารอะฟลาท็อกซิน (Aflatoxin) เป็นสารที่สร้างมาจากเชื้อราแอสเปอร์จิลลัสฟลาวัส (Aspergillusflavus) ที่มีอยู่ในพืชและอาหารบางชนิด ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งทั้งในมนุษย์และสัตว์ อะฟลาท็อกซินที่สำคัญมี 4 ชนิด คือ B1, B2, G1, G2 โดยชนิด B1 มีพิษมากที่สุด และเป็นสารก่อมะเร็ง (รุจิรา อักษร. 2548 อ้างถึงใน Boyer. 2003) จากการสำรวจปริมาณอะฟลาท็อกซินในอาหารแห่งต่าง ๆ ในประเทศไทยพบมีปริมาณสูงในถั่วลิสง โดยเฉพาะถั่วลิสงบด นอกจากนั้นยังพบในข้าวโพดพริก หอม กระเทียม ปลาตากแห้ง มันสำปะหลัง ผลไม้บางชนิดและอาหารหมักดอง การทำลายใช้ความร้อนถึง 260 องศาเซลเซียส ในการทำลายสารอะฟลาท็อกซิน (รุจิรา อักษร. 2548 อ้างถึงใน Colombo. 2003)

12) สารไนโตรซามีน (Nitrosamine) เป็นสารก่อมะเร็งที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างเกลือไนไตรท์ (Nitrite) กับสารเอมีนชนิดทุติยภูมิ (Secondary amine) ที่ได้มาจากกรดอะมิโนและอนุพันธ์ของโปรตีน (รุจิรา อักษร. 2548 อ้างถึงใน Colombo. 2003) เมื่อสารหรืออาหารที่มีส่วนผสมของเกลือไนเตรทถูกรีดิวซ์โดยมีตัวเร่งปฏิกิริยาของเอนไซม์ไนเตรตรีดักเตส (Nitrate reductase) จะกลายเป็นไนไตรท์ ซึ่งหากทำปฏิกิริยากับเอมีนในภาวะที่เป็นกรด สามารถทำให้เกิดไนโตรซามีนซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งได้ (รุจิรา อักษร. 2548 อ้างถึงใน Schiff et al. 2003) สารไนโตรซามีนมักพบในอาหารที่มีไนเตรตสูง ได้แก่ อาหารสำเร็จรูปประเภทเนื้อ เช่น เนื้อกระป๋อง ปลากระป๋อง ปลาร้า กุนเชียง ไส้กรอก เนื้อเค็ม หรือปลาเค็ม โดยเฉพาะเนื้อที่ใส่ดินประสีวเพื่อทำให้เนื้ออ่อนนุ่ม มีสี กลิ่น รส จะมีไนโตรซามีนสูงมาก

13) สารเคมีที่ใช้ในการเกษตร เช่น ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า จะมีสารเคมีที่ได้จากอนุพันธ์ของแอลคิลยูเรีย (Alkyl urea) และกรดแอลคิลคาร์บามิก (Alkylcarbamic) ซึ่งมักตกค้างในผัก และผลไม้ พบว่า สารเคมีดังกล่าวมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยากับไนไตรท์เกิดไนโตรซามีนซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง โดยพบว่า ผักบางชนิดตรวจพบไนเตรตและไนไตรท์จากการตกค้างของสารเคมีได้ เช่น กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก และผักกาดขาว เป็นต้น (รุจิรา อักษร. 2548 อ้างถึงใน เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. 2542)

พยาธิวิทยาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

พยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchisviverrini) จะอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี ตับ และตับอ่อนของโฮสต์ เช่น คน สุนัข แมว โดยพยาธิจะปนออกมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็กและปนออกมากับอุจจาระ ถ้าไข่

พยาธิใบไม้ตับตกลงสู่แหล่งน้ำ หอยน้ำจืดพวก *Bithynia species* ซึ่งเป็นโฮสต์กลางลำดับที่หนึ่งจะกินไข่พยาธิใบไม้ตับเข้าไป ไข่จะฟักตัวออกมาเป็นไมราซิเดียม (*Miracidium*) แล้วเจริญต่อไปเป็นเซอร์คาเรีย (*Cercaria*) จะว่ายออกจากหอยไปฝังตัวในปลาน้ำจืด ซึ่งเป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สอง เช่น ปลาแม่สะแต้ง ปลาตะเพียนทราย ปลากะมัง เป็นต้น พยาธิเจริญต่อไปเป็นระยะติดต่อ คือ เมตาเซอร์คาเรีย (*Metacercaria*) ฝังอยู่ในรูปซิสต์ เมื่อคนและสัตว์กินปลาที่มีระยะนี้แบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลา เมตาเซอร์คาเรียจะแตกออกจากซิสต์มาอยู่ในลำไส้ส่วนดูโอเดนิมแล้วเดินทางผ่านเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่เดินทางต่อไปถึงท่อน้ำดีเล็กแล้วฝังตัวเจริญเป็นตัวแก่ต่อไประยะเวลาตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับเข้าไปจนเจริญเป็นตัวเต็มวัยและตรวจพบไข่ในอุจจาระใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ (Wykoff D. E et al. 1965 : 207-214 อ้างถึงใน ธรรมนูญ แก้วพิบูลย์. 2553 : 49-63)

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนั้น เมื่อมีการติดเชื้อจะเกิดการทำลายเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีจากนั้นก็จะมี การสร้างเซลล์เยื่อบุผิวขึ้นมาทดแทนใหม่ และเกิดการกระตุ้นจากสารคัดหลั่งจากพยาธิโดยตรง การติดเชื้อพยาธิจะทำให้เกิดการอักเสบรอบ ๆ ท่อน้ำดี (บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยวงวิชัย และชวลิต ไพโรจน์กุล. 2548 : 122-134 ; Sripa et al. 2007 : 1148-55) เซลล์อักเสบจะสร้าง Nitricoxide และ Oxygen free radicals ซึ่งเมื่อมีการสร้างสารเหล่านี้ออกมา ก็จะสามารถทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์ได้โดยตรง หรือเป็นสารตั้งต้นในการสร้างสารก่อมะเร็ง N-nitroso compounds โดยกระบวนการ Endogenous nitrosation (บรรจบ ศรีภา และคณะ. 2548 ; Sripa et al. 2007)

2.1.4 การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางชีวเคมีในเลือดช่วยสนับสนุนแต่ไม่ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี การมีดีซ่านแสดงว่ามีการอุดตันระดับ Common bile duct หรือ Intrahepatic bile duct ทั้งสองข้าง โดยจะพบมีการเพิ่มขึ้นของบิลิรูบิน Alkaline phosphatase และ Gamma-glutamyltransferase แต่ถ้ามีการอุดตันแค่ Intrahepatic bile duct ข้างเดียวอาจตรวจพบเพียงการเพิ่มขึ้นของ Alkaline phosphatase และ Gamma-glutamyltransferase เท่านั้น ความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจตรวจพบได้ คือ แอลบูมินต่ำ และ Prothrombin time ยาวขึ้นซึ่งเป็นผลจากการสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือดจากตับลดลง

2) การตรวจสารบ่งมะเร็ง (Tumor Marker) ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังไม่ชัดเจนใดที่ไวเพียงพอสำหรับการตรวจคัดกรอง สารบ่งมะเร็งที่ใช้บ่อยมากที่สุด คือ Carbohydrate antigen 19 – 9 ถ้าใช้ CA 19 – 9 ร่วมกับสารบ่งมะเร็งอื่น เช่น CEA อาจช่วยเพิ่มการวินิจฉัยได้

3) การตรวจภาพวินิจฉัย

(1) อัลตราซาวด์ จะเป็นการประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีทางเดินน้ำดีอุดตัน โดยมีความไวและความแม่นยำสำหรับการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ แต่สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับยังไม่พบลักษณะจำเพาะที่จะแยกจากก้อนเนื้องอกอื่น ๆ ในตับ และยังพบว่าความไวจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CA 19-9 เพิ่มขึ้น

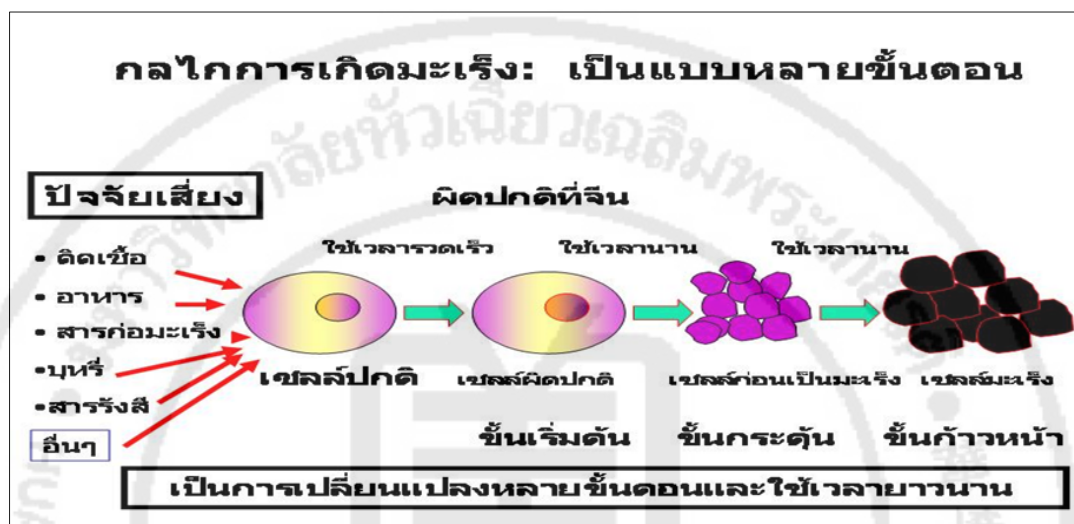
(2) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มีบทบาทในการวินิจฉัยและประเมินระยะของโรค ลักษณะที่พบจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ คือ Hypodensity lesion ขอบไม่เรียบ มี Delayed venous phase enhancement ลักษณะอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ มีการขยายใหญ่หรือหนาตัวขึ้นของท่อน้ำดีรอบ ๆ ก้อน มีการติ่งรังแคปซูลของตับ ส่วนลักษณะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับที่เห็นจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ คือ มีการหนาตัวเฉพาะที่ของผนังท่อน้ำดีโดยมี Enhancement pattern ได้หลากหลาย แต่ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยพบเห็นก้อนเนื้องอก เนื่องจากมีขนาดค่อนข้างเล็ก นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นลักษณะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ ได้แก่ ท่อน้ำดีขยายใหญ่ มีการฝ่อเหี่ยว ของกลีบตับกลีบใดกลีบหนึ่งร่วมกับอาจมีการโตของตับกลีบตรงข้าม เรียกว่า Atrophy-hypertrophy complex ซึ่งเกิดจากระยะไปอุดตันทางออกน้ำดีของตับกลีบใดกลีบหนึ่ง และทำลายหลอดเลือดดำพอร์ทัลในกลีบตับข้างเดียวกัน

2.1.5 พยาธิวิทยาของการเกิดโรคมะเร็ง

กระบวนการก่อมะเร็ง เป็นกระบวนการที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในระดับยีนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเจริญเติบโตและการตายของเซลล์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอนที่เรียกว่า Multistage carcinogenesis กระบวนการเกิดมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อตัว (Initiation) ขั้นส่งเสริม (Promotion) และขั้นก้าวหน้า (Progression) การเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนใช้เวลาแตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงในขั้นก่อตัวเกิดขึ้นภายในระยะสั้น ๆ และเกิดขึ้นรวดเร็วในเวลาที่มีสัมผัสกับสารเคมีหรือเชื้อโรค โดยทั่วไปร่างกายจะมีกลไกในการซ่อมแซมเพื่อให้เป็นปกติได้เหมือนเดิมหากไม่ได้รับสารเคมีหรือติดเชื้อเป็นระยะเวลาสั้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงในขั้นส่งเสริมเป็นการสะสมความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนแรกทำให้เซลล์ที่ผิดปกติแบ่งเซลล์เกิดเป็นเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ ส่วนขั้นก้าวหน้าเป็นขั้นตอนที่เนื้อเยื่อที่ผิดปกติแพร่กระจายไปจากอวัยวะหนึ่งไปสู่อวัยวะหนึ่ง หรือจากเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ในขอบเขตจำกัดแพร่กระจายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งส่วนมากจะใช้เวลานานมากเป็นหลาย ๆ ปี การเปลี่ยนแปลงในระดับยีนโดยเฉพาะการผ่าเหล่า (Mutation) เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการก่อมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยยีนที่เกี่ยวข้องในกระบวนการก่อมะเร็ง ได้แก่ Proto-oncogenes, Tumor suppressor genes และ Apoptosis genes สำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนเกิดจากการที่ได้รับปัจจัยเสี่ยง

ต่าง ๆ เช่น สารก่อมะเร็งจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งอาจจะเป็นสารเคมี รังสี หรือตัวพยาธิ (พงวรรัตน์ ยงวนิชย์. 2548 : 150-155)

แผนภูมิที่ 1 กลไกการเกิดมะเร็ง



ที่มา: Loft & Poulsen. 1996 ; Ohshima et al. 2003.

2.1.6 ประเภทของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1) โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic or Peripheral Cholangiocarcinoma : ICC) เป็นโรคที่มักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma : HCC) เพราะตับโตและมีก้อนที่ตับ แต่มะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากเซลล์ของเยื่อบุท่อน้ำดีในตับ พบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้หญิง โดยมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลกที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สาเหตุทางยุโรปไม่ทราบแน่ชัดว่าสารก่อมะเร็งเป็นอะไรเพียงแต่สันนิษฐานว่าอาจจะเกี่ยวกับโรคของระบบทางเดินน้ำดี นีวในตับ (Hepatoolithiasis) Caroli's disease, Primary sclerosing cholangitis หรือ Biliary dysplasia แต่สาเหตุในประเทศไทยมีการศึกษาที่ชี้ชัดว่าพยาธิใบไม้ตับร่วมกับ N-Nitrosocompound และ Nitrosamines มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี

อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่จะมาด้วยการไม่สบายในท้อง (Abdominal discomfort หรือ Dyspepsia) ปวดใต้ชายโครงขวาปวดหลังปวดไหล่ หรือมีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย (Fatigue) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือคลื่นไส้ อาการแสดงได้แก่ ตับโต ชูบพอม

การรักษา

การรักษาเพื่อให้หายขาดทำได้ด้วยการผ่าตัดเท่านั้น การผ่าตัดเนื้องอกออกและพบว่า ตัดได้หมด (Negative margin) เป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้ ในปัจจุบันยังไม่มี Definitive adjuvant regimen ที่จะทำให้อัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้วแต่ตัดออกไม่หมด ควรได้รับการดูแลแบบสหสาขาเป็นราย ๆ ไป หรือการใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

2) โรคมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma)

โรคมะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่อยู่ภายนอกตับส่วนใหญ่จะอยู่ที่ท่อทางเดินน้ำดีใกล้ ๆ ตับ ซึ่งมักจะเกิดในท่อน้ำดีตึบข้างใดข้างหนึ่งหรือท่อน้ำดีตึบร่วม เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของบริเวณนี้เป็นบริเวณที่ท่อน้ำดีเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงตับมาอยู่ใกล้ชิดกัน จึงเรียกบริเวณนี้ว่าเป็นขั้วตับ ซึ่งเป็นที่มาของชื่อ Hilar cholangiocarcinoma

อาการและอาการแสดง

มีอาการตัวเหลืองตาเหลืองเป็นส่วนใหญ่ ในระยะแรกจะไม่มีอาการมากเนื่องจากก้อนมีขนาดเล็ก แต่เมื่อมีขนาดโตขึ้นจนทำให้เกิดการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดีก็จะทำให้เกิดอาการตาเหลือง และขณะเดียวกันมะเร็งได้ลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ ท่อน้ำดี ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจึงเป็นระยะที่ 3 – 4 การแบ่งตาม Bismuth – Corlette classification เป็นการอธิบายถึงการลุกลามของเนื้องอกไปตามท่อทางเดินน้ำดี เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้การรักษาและติดตามผลการรักษา Bismuth – Corlette classification

Type I : Lesion of the main hepatic duct not involving the main confluence

Type I : Lesion involving the confluence but clear of the right and left hepatic ducts

Type IIIa : Lesion involving the right hepatic ducts

Type IIIb : Lesion involving the left hepatic ducts

Type IV : Lesion involving the right and left hepatic ducts

การรักษา

ในกรณีที่เนื้องอกอยู่ Proximal third ของท่อน้ำดี การผ่าตัดต้องทำ Hilar resection และ Lymphadenectomy ซึ่งส่วนใหญ่ต้องทำ Liver resection เพราะการทำ Hilar resection มักจะไม่เพียงพอ แต่ถ้าทำ Frozen section แล้วได้ Free margin ก็ไม่ต้องทำ Liver resection หากมีข้อบ่งชี้ที่ควรทำ Liver resection ต้องทำ Caudate lobe resection ร่วมด้วย เพราะจะทำให้ผลการรักษาดีกว่า ในบางกรณีที่ต้องตัดตับผู้ป่วยที่อาการเหลืองมากและเป็นมานาน อาจพิจารณาทำการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง (PTBD) ก่อนการผ่าตัด ทั้งนี้พิจารณาผู้ป่วยที่มีค่า Total bilirubin มากกว่า 10 mg% ขึ้นไป ในกรณีที่คาดว่ามีความเสี่ยงต่อตับเหลืองอยู่น้อยหลังจากการผ่าตัด

ให้พิจารณาทำ Portal vein embolization เพื่อเพิ่มขนาดเนื้อตับที่เหลืออยู่ให้เพียงพอ เนื้องอกที่อยู่ Middle third ให้ทำ Major duct resection และ Frozen section ส่วนเนื้องอกที่อยู่ปลายสุด (Distal third) ให้ทำ Pancreaticoduodenectomy และ Lymphadenectomy การรักษาผู้ป่วยที่มี Positive margin หรือมี Positive lymph node หรือ Carcinoma in situ ที่ Margin อาจให้การรักษาแบบสหสาขา เช่น การให้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดหรือการให้เคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยที่ Negative margin อาจให้การดูแลโดยการสังเกตอาการและติดตามเฝ้าระวังเป็นระยะการพิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดเนื้องอกได้ในขณะที่ผ่าตัด ควรทำ Surgical bypass หรือ Stent หลังจากนั้นอาจพิจารณาให้การรักษาโดยเคมีบำบัด หรืออื่น ๆ ตามที่กล่าวมาแล้ว

2.1.7 แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1) การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อป้องกันโรคในระดับบุคคลและระดับชุมชน เกี่ยวข้องโดยตรงกับกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มความต้านทานต่อสิ่งทำให้เกิดโรค และยังรวมถึงการจัดกิจกรรมภายในระบบสุขภาพที่นำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งการป้องกันโรคไม่ได้ขึ้นกับแพทย์อย่างเดียวแต่ขึ้นกับความสามารถของแต่ละบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในการลดปัจจัยเสี่ยง และเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถทำได้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง

2) การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการระบุค้นหาโรคในช่วงระยะแรกก่อนที่จะมีการพัฒนาอาการของโรคจนสังเกตได้ เป็นการตรวจคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันเวลาที่ สามารถทำได้โดยการตรวจคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ คนที่มีประวัติการรับประทานปลาดิบ โดยตรวจหาพยาธิใบไม้ตับในคนกลุ่มนี้ร่วมกับการตรวจเลือดหาสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) เช่น CA 19-9 ซึ่งใช้ในการช่วยวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถคัดกรองผู้มีความเสี่ยงสูงได้

3) การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันโรคภายหลังจากการมีอาการหรือหลังจากการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลแล้ว จะเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือบรรเทาอาการ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

ดังนั้นการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีจึงมุ่งเน้นการป้องกันใน 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการป้องกันระดับทุติยภูมิเพื่อที่จะมีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกที่สุด ซึ่งสามารถรักษาได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสังคมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจุดเน้นของการวิจัย คือ การแก้ปัญหา (Problem solving) และเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะนั้น (Lauri, S. 1982 : 301-307) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบการสืบสวนการสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง (Self-reflective enquiry) ที่กระทำร่วมกันของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคม เพื่อหาหลักการเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart. 1988)

2.2.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1986) ได้นำการมีส่วนร่วมมาใช้พัฒนาสุขภาพชุมชนในฐานะเป็นแนวคิดหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน และให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของตนเองและของชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นหนักเรื่องพัฒนาความรู้และความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของตนเอง

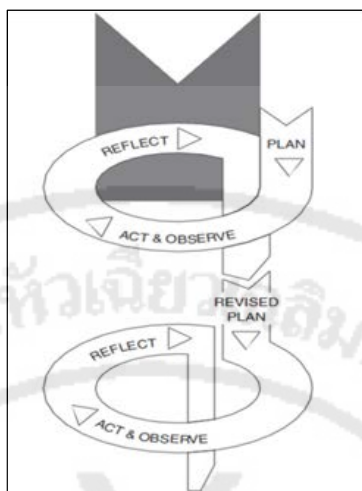
ออกค์เลย์ (Oakley. 1989) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดหุ้นส่วนระหว่างรัฐและชุมชนในการวางแผนการดำเนินการใช้บริการสุขภาพเพื่อให้ได้รับประโยชน์ในการเพิ่มศักยภาพของการพึ่งพาตนเองและการควบคุมสังคมภายใต้โครงสร้างและเทคโนโลยีของการสาธารณสุขมูลฐาน

อดิน รพีพัฒน์ (2547) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่คนในชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบด้วยความผูกพันและมีอิสระเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาความเป็นอยู่ของตนหรือรักษาคุณค่าของประเพณีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ท้องถิ่นให้ดีขึ้นและอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

2.2.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และแมคแทกการ์ท มีดังนี้ (Kemmis & McTaggart. 1988 ; องอาจ นัยพัฒน์. 2548 : 342-346)

แผนภูมิที่ 2 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และแมคแทกการ์ท



ที่มา: Kempis & McTaggart. 1988.

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย กิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) วางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงและ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการรวมทั้งผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-Planning) และดำเนินการเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักร เป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) วางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัย การคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ เกี่ยวข้องกับ ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญ ถึงปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อม ปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถ ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุม ให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งและเป็น กิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมือง และอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ใน สถานการณ์เวลานั้น

2) การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่าง ะมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติ แผนที่กำหนดไว้มีโอกาสพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในเวลานั้น ๆ ได้ด้วยเหตุนี้ แผนการปฏิบัติการที่ดีจะต้องเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขในขณะนั้นและต่อเนื่องเป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ

3) การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำ รวมทั้งสังเกตปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวาง การดำเนินงานที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติว่ามีสภาพหรือ ลักษณะอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้น ตามมา

4) การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำจากการสังเกต อย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจน การใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้การสะท้อนกลับได้ผล ได้แก่ การอภิปราย ชักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มซึ่งจะนำไปสู่การรื้อถอน (Deconstruction) แนวคิดความเชื่อ และการปฏิบัติงานอย่างเดิม ไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับทบทวนและวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป (ทรรคณีย์ นาคราช และคณะ. 2550)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาของผู้มี ภาวะเสี่ยง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม เน้นการทำงานร่วมกัน ร่วมแก้ไข ปัญหาและสร้างรูปแบบการป้องกันโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรม จะเห็นได้จากการนำแนวคิด ของการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้และประสบความสำเร็จดังนี้

นิชาภา โปธาเจริญ และคณะ (2558 : 131-139) ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชน พบว่า รูปแบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความตระหนัก ต่อสาเหตุการเกิดโรค 2) ชุมชนร่วมจิต หน่วยบริการช่วยคิด แนวทางการจัดการปัญหา 3) ร่วมกัน ออกแบบและดำเนินการภายหลังดำเนินงาน พบว่า ผู้เป็นโรคอ้วนรับรู้ความสามารถตนเองและปฏิบัติ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจิตร วรรณระวุฒิ และคณะ (2554) ศึกษาการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมมือกันสร้างความเป็นหุ่นส่วนสุขภาพด้วยการประชุมย่อยและประชุมร่วมทั้งทางการและไม่เป็นทางการ 2) ร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่ใหม่ โดยพยาบาลเน้นบทบาทผู้ให้คำปรึกษา ผู้จัดการเฉพาะราย ผู้ประสานงานวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลร่วม เป็นสมาชิกทีมและ อสม. ทำหน้าที่จิตอาสาประจำครัวเรือน 3) ดำเนินกิจกรรมและประเมินผลความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสร้างมูลค่าเพิ่มให้บทบาทของตนเองด้วย การให้ผู้เป็นเบาหวานเลือกและตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพมากขึ้น และหุ่นส่วนทุกฝ่ายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนร่วมประสานและดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้จนเกิดนวัตกรรมท้องถิ่น

วงเดือน ฤาชา และคณะ (2554 : 31-41) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ ผลของการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นรูปธรรม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง ปรับปรุงระบบการส่งต่อ ค่าเฉลี่ยของ Hba1c ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ลดระยะเวลารอคอยจากเดิมเฉลี่ย 5 ชั่วโมง เป็น 1.27 ชั่วโมง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

นริรัตน์ วิทยาคุณ และคณะ (2552) ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้แบบประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบประชาชนมีส่วนร่วมมีอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง และสามารถควบคุมและป้องกันการกลับเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำได้ดีกว่าการให้สุขศึกษา และการแจกแผ่นพับ โดยมีประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก ดังนั้นจึงความขยายผลโดยให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมากขึ้น

พัชรี รัศมีแจ่ม และคณะ (2551) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมในมารดาครรภ์แรก โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ สะท้อนปัญหาหาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติและประเมินผล ภายหลังจากดำเนินงานพบว่ามารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับดี ร้อยละ 53.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7

สิรินทร์ ศาสตราบุรุษ และคณะ (2550 : 9-17) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม พบว่า การสร้างความเข้าใจตนเอง การตระหนักในบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติ การจัดกิจกรรมพัฒนาด้านการดูแลด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง การมีเป้าหมายร่วมกัน การมีระบบสนับสนุนและการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความคงอยู่ของการพัฒนาการพยาบาลด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วย

พรรคินีย์ นาคราช และคณะ (2550) พัฒนาระบบการการดูแลและป้องกันอาการ หอบซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียนภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน ภายหลังจากดำเนินงานแม้ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด ในเด็กไม่ลดลง แต่ผู้ดูแลเด็กรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดหอบหืดซ้ำ รับรู้ความรุนแรงของการเกิดหอบหืดซ้ำ และพฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรสุขภาพ ในโรงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในชุมชนเพิ่มบทบาทด้านเวชปฏิบัติในการตรวจรักษาแก่เด็ก สร้างความตระหนักต่อผู้ดูแลเด็กและวางระบบการดูแลต่อเนื่องและคณะกรรมการหมู่บ้านเพิ่มการจัดการ สิ่งแวดล้อมชุมชนมากขึ้น

ฟลานน์ (Flynn et al. 1994) ได้ศึกษาโครงการเมืองนำอยู่ด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนโดยใช้ City net health city เป็นรูปแบบในการพัฒนา ความเป็นผู้นำของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดตั้งกรรมการจากบุคคล ที่เป็นตัวแทนในส่วนต่าง ๆ ของชุมชน คณะกรรมการได้รับโอกาสให้สะท้อนปัญหาและพูดคุยเกี่ยวกับ ความมั่นคงของชุมชน กระบวนการส่วนใหญ่ใช้การเสวนาในการทำให้เกิดความตระหนัก เพื่อวิจารณ์ และวิเคราะห์ถึงมูลเหตุแท้จริงในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ภายใต้อุปสรรคที่เป็นจริงของสังคม มีการกำหนดปัญหา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดำเนินการติดตามความก้าวหน้า รวมทั้งประเมินผลเพื่อการค้นพบและการวางแผนในการดำเนินงานต่อไปอย่างยั่งยืน

เรฟกิน (Riffkin. 1990) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการสุขภาพของประเทศ ฮองกง ฟิลิปินส์ และอินโดนีเซีย พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) มุมมองของผู้บริหารโครงการ ถ้าผู้บริหารมีมุมมองว่าชุมชนยังขาดบริการสุขภาพแนวโน้มของ โครงการก็มักจะเป็นการจัดหาบริการทางด้านกายภาพและเทคโนโลยี 2) บุคลากรในวิชาชีพหรือ เจ้าหน้าที่ที่ไม่เข้าใจมุมมองและความคาดหวังของประชาชน เพราะประชาชนไม่ได้ให้ความสำคัญกับ สุขภาพเหมือนกับปัญหาปากท้อง มองว่าการให้บริการสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐบาลไม่ใช่หน้าที่ของ ประชาชน และ 3) ระบบการให้บริการสุขภาพ เป็นการผูกขาดสำหรับวิชาชีพแพทย์ ถ้าคนไข้มี ความเห็นไม่ตรงกับแพทย์และไม่ทำตามคำแนะนำจะถูกเรียกว่าไม่ใช่ความร่วมมือ ซึ่งเป็นความคิดที่ ตรงข้ามกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงควรดำเนินการอย่างเป็นระบบด้วยการนำทั้งกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ให้มาร่วมกันคิดวิธีการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของทุกฝ่ายด้วย ความรู้สึกเต็มใจ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตั้งแต่การร่วมรับทราบปัญหา ร่วมวิเคราะห์ ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่

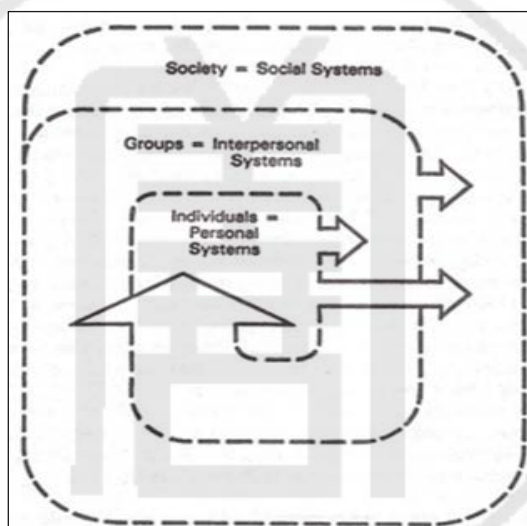
ร่วมกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติและร่วมประเมินผลการเปลี่ยนแปลง จนเกิดรูปแบบการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

2.3 ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2.3.1 ระบบตามกรอบแนวคิดของคิง

กรอบแนวคิดของคิง ประกอบด้วย ระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคมโดยมีรายละเอียดดังนี้

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดทางการพยาบาลของคิง : ระบบปฏิสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตร



ที่มา: King, 1981 : 11.

ระบบบุคคล (Personal systems) หมายถึง บุคคลซึ่งมีระบบของตนเองที่เป็นส่วนตัว การเข้าใจระบบบุคคลจะช่วยให้เข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ในการสื่อสาร เข้าใจตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่นและของตนเอง ช่วยให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น มโนทัศน์ที่สำคัญที่จะช่วยให้เข้าใจระบบบุคคลมี 6 มโนทัศน์ ดังนี้

1) การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการจัดระบบและแปลความหมายของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากประสาทสัมผัสและความจำ ทำให้เกิดความเข้าใจในเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งความเข้าใจตามการรับรู้นี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล อย่างไรก็ตามในเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมเดียวกันบุคคลอาจมีการรับรู้และความเข้าใจแตกต่างกันได้ เนื่องจากความแตกต่างกันในภูมิหลังของแต่ละคนเจ้าหน้าที่ต้องทราบการรับรู้ตามความเข้าใจของผู้มีภาวะเสี่ยง ครอบครัว จึงจะสามารถติดต่อสื่อสารและช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงบรรลุเป้าหมายที่วางร่วมกันไว้ได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษา

การรับรู้โดยใช้แนวคิดย่อยของการรับรู้ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ เบคเกอร์ (Becker. 1974) เป็นแนวทางเนื่องจากใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดย เบคเกอร์ เสนอแนวคิดย่อยของการรับรู้ของบุคคล 4 ด้าน คือ

(1) การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การป้องกันการเกิดโรคจำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกัน เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และทราบถึงการวินิจฉัยของตนแล้ว การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหรือการเกิดโรคซ้ำ บุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับที่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค กล่าวคือ บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะมีผลทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากขึ้น ส่วนบุคคลที่เจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยโรคแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจะแตกต่างกันจากผู้ที่มีสุขภาพดี (Becker. 1974)

(2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคจนกว่าบุคคลจะรู้ว่าโรคนี้อ่อนไหวต่ออันตรายต่อร่างกายหรือส่งผลต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค และให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคได้ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมิได้เป็นความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค (Becker. 1974)

(3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการป้องกันและได้รับประโยชน์จากพฤติกรรมนั้น และลดการคุกคามจากการเจ็บป่วย กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของการเกิดโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะมีพฤติกรรมปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลว่าสิ่งที่บุคคลจะปฏิบัตินั้นสามารถลดการคุกคามของโรค หรือมีประโยชน์ต่อสุขภาพของบุคคลได้จริง (Rosen Stock. 1974 : 328-335)

(4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barrier) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นการขาดการฉลว่งหน้าของบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันในด้านลบ ได้แก่ ความเจ็บปวด ความอาย ความไม่สะดวก ไม่สุขสบาย

ค่าใช้จ่าย อันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงและความลำบากในการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บุคคลจะประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจ ถ้าพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับอาจทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรืออาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ จึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างมาก

ดังนั้นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีจึงอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ารับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคก็จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม

2) อัตตาหรือตัวตน (Self) เป็นผลที่เกิดจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและจัดระบบระเบียบของตัวตนขึ้น ซึ่งผลจากการจัดระบบระเบียบนี้ทำให้ตัวตนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ถ้าประสบการณ์จากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมให้ผลทางบวกก็จะทำให้ความเป็นตัวตนขยายออก แต่ถ้าเป็นทางลบตัวตนก็จะลดขนาดลง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การรับรู้ ตลอดจนการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ส่งผลต่อการพัฒนาค่านิยม ความต้องการและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ดังนั้นถ้าพยาบาลเข้าใจตัวตนของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงก็จะช่วยให้พยาบาลนับถือผู้มีภาวะเสี่ยงในฐานะบุคคล เคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ใช้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการ

3) ภาพลักษณ์ (Body image) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองทั้งด้านสรีระและจิตสังคม ปฏิกริยาของบุคคลอื่นต่อรูปร่างหน้าตาและผลจากการตอบสนองของคนอื่นต่อตนเอง ซึ่งภาพลักษณ์ของบุคคลเป็นพลวัตรและเปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์และเรียนรู้พร้อมกับกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

4) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and development) เป็นการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ด้านร่างกายรวมถึงความรู้สึกนึกคิดจนถึงพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการได้แก่ พันธุกรรม ประสบการณ์ชีวิต รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนเกื้อกูลให้บุคคลเติบโตเข้าสู่ภาวะ ซึ่งความเข้าใจในระยะของการเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคลจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร และการช่วยเหลือในการป้องกันการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) เวลา (Time) เป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล และมีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แต่ละคนอาจรับรู้ช่วงเวลาเดียวกันแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนเหตุการณ์ที่แต่ละคนประสบ การรับรู้ระยะเวลาต่างกันอาจจะก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6) **อาณาบริเวณ (Space)** เป็นขอบเขตที่อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาณาบริเวณส่วนตัวที่มีการปกป้องไม่ปรารถนาให้คนทั่วไปบุกรุก ซึ่งความเข้าใจเรื่องอาณาบริเวณจะช่วยให้การติดต่อสื่อสาร

ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system) เป็นระบบที่ประกอบด้วย บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การติดต่อสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย บทบาท และความเครียด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction)** คือ กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาพบกัน และแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน เพื่อความเข้าใจตรงกัน ดังนั้น กระบวนการปฏิสัมพันธ์นั้น ทั้งสองฝ่ายจะต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วิธีการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (King. 1981)

2) **การติดต่อสื่อสาร (Communication)** คือ การส่งสารถึงกันและกันระหว่างผู้ให้กับผู้รับข่าวสาร ซึ่งการติดต่อสื่อสารมีทั้งการใช้วาจา และการไม่ใช้วาจาจากการติดต่อสื่อสารจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในบรรยากาศของการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความตั้งใจที่จะทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ดังนั้นการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวได้ นอกจากนี้ยังมีความสำคัญในการตั้งเป้าหมายในการป้องกันการเกิดโรคเมเร็งท่อน้ำดีและหาแนวทางไปสู่เป้าหมายนั้น

3) **การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction)** เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลมีการติดต่อสื่อสารเพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

4) **บทบาท** คือ พฤติกรรมในตำแหน่งหรืออาชีพที่กระทำอยู่ตามความคาดหวังของสังคม เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติมีความคาดหวังว่าตนเองจะต้องช่วยให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้บรรลุเป้าหมายในการป้องกันการเกิดโรคเมเร็งท่อน้ำดีตามที่ได้วางไว้ ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลเอาใจใส่แนะนำให้ความรู้ในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเมเร็งท่อน้ำดี

5) **ความเครียด** คือ ภาวะของปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาสมดุลภาพสำหรับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ บุคคลทุกคนต้องประสบกับความเครียดทั้งในชีวิตประจำวัน หรือในบางช่วงเวลาต้องประสบกับความเครียดที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งท่อน้ำดี ถ้าบุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ บุคคลนั้นก็จะสามารถประกอบกิจต่าง ๆ ตามบทบาทซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีการดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ แต่ถ้าไม่สามารถเผชิญความเครียดได้จะทำให้การดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายต้องหยุดลง ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984) กล่าวว่า สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน

หรือสิ่งกระตุ้นความเครียดจะทำให้บุคคลรำคาญ วุ่นวายสับสน คับข้องใจ แล้วส่งผลต่อขวัญกำลังใจ บอบบาททางสังคมและทำให้เกิดการเจ็บป่วย ได้ทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

ระบบสังคม (Social systems) เป็นระบบสังคมโดยทั่วไปและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งระบบสังคมมีความสำคัญต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ คือ ระบบ ครอบครัว ระบบการทำงาน ระบบของโรงพยาบาล กรอบแนวคิดของคิงได้อธิบายถึงสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลได้เจริญเติบโต พัฒนา และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และได้กำหนด เป้าหมายของการพยาบาลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงให้มีสุขภาพที่ดี รักษาสุขภาพไว้ หรือ กลับมามีสุขภาพที่ดี

งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิงเป็นแนวทางในการสร้างส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีดังนี้

รัตนศรีญาณภรณ์ คำราพิศ และคณะ (2556 : 1-18) ศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์ อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีปฏิสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มเสี่ยงมี ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะคลายตัวลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงเป็นแนวทาง ที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทของชุมชน

ดวงใจ สุวรรณพงษ์ และคณะ (2551) ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎี ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสาร พยาบาลและผู้ป่วยจะ แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และ ประเมินผู้ป่วย รวมทั้งมีการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ ร่วมกันประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพปอด นำข้อมูลที่ได้มากำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน ซึ่งสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ ค้นหาวิธีการปฏิบัติ เพื่อดำเนินการสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ในทุกขั้นตอน ผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติโดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่คอยให้ การสนับสนุนและช่วยเหลือ ผลการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมาย ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ถูกต้องและดีขึ้น

หทัยชนก บัวเจริญ (2551 : 40-51) ศึกษาปัญหาและความต้องการการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรีอาชีพงมหอยแครง วิเคราะห์ตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน ผลการศึกษาพบปัญหาระดับบุคคล คือ สตรีส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาน้อย ฐานะ

ยากจนขาดความรู้ ขาดความตระหนักถึงการมีอาชีพเสี่ยง กลัวเจ็บ อายุเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ ปัญหาในระบบระหว่างบุคคล คือ สมาชิกครอบครัวไม่มีส่วนร่วมสนับสนุนหรือกระตุ้นเตือนให้ตรวจคัดกรอง ครอบครัวไม่มีความรู้มะเร็งปากมดลูก ขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสตรีกับบุคลากรสุขภาพ ส่วนปัญหาในระบบสังคม คือ ข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์ได้รับไม่ครบถ้วน ขาดความต่อเนื่องในการประชาสัมพันธ์ และห้องตรวจไม่เป็นส่วนตัว ขาดความมิดชิด

นงนุช โอบะ และคณะ (2550 : 105-116) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะควบคุมโรคของบุคคลโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่กับครอบครัว พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดและฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และยังลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎีการพยาบาลของคิงสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

นงเยาว์ สายแก้ว และชมพูนุช โสภากาญจีย์ (2550 : 17-29) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ โดยพยาบาลให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์ภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน และการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์หลังได้รับการพยาบาลสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยในหญิงตั้งครรภ์หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นการบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางร่วมกัน ทำให้ผู้รับบริการมีความเต็มใจ เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, หทัยชนก บัวเจริญ และจรรย์วัตร คมพยัคฆ์ (2550 : 1-15) ได้นำทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาเป็นแนวทาง การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ใช้บริการในชุมชนพบว่าช่วยให้เข้าใจบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทที่เป็นจริงของชุมชน และนำไปสู่การจัดการร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และการจัดการกลุ่มเสี่ยงที่ทุกฝ่ายในชุมชนร่วมมือกันป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของคิงสามารถนำมาใช้เป็นกรอบของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้เป็นอย่างดีทั้งลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยง ลักษณะของครอบครัวที่มีผลกับกลุ่มเสี่ยง และลักษณะของสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นสาขาหนึ่งของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่สามารถบริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่มีปัญหาสุขภาพ หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่โดยอาศัยความรู้ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลขั้นสูงด้วยระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคลครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องปฏิบัติการกับทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยโน้มน้าวให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ร่วมมือกับกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และชุมชนในการแก้ปัญหามันพื้นฐานของการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริง ร่วมกันคิดและแก้ไข รู้จักคิดวิเคราะห์การดำเนินงาน โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ปฏิบัติการ สะท้อนข้อมูล และประเมินผลจนเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคให้ดีขึ้นโดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งการพัฒนาระบบดังกล่าวสามารถประยุกต์สมรรถนะต่าง ๆ ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2551 : ออนไลน์)

1. สามารถพัฒนาจัดการและกำกับระบบการป้องกันโรคแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยบูรณาการความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิสรีระวิทยา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัย ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม

2. มีความสามารถในการประสานงาน โดยนำแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อสร้างการรับรู้ปัญหา หาแนวทางแก้ไข ดำเนินการปฏิบัติและประเมินผลจนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ทักษะการประสานงาน และประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบที่ดีด้วยการกำหนดบทบาทหน้าที่และแบ่งงานให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ บริการดูแลที่เข้มข้น และลงรายละเอียดสำหรับกลุ่มเสี่ยง

ให้คำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคแก่กลุ่มเสี่ยงที่เข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต จัดระบบส่งต่อ และประสานงานการดูแลไปยังหน่วยบริการระดับต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

3. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะที่ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการป้องกันการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ โดยพัฒนาระบบคัดกรอง การให้คำปรึกษา ระบบการจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูล สื่อ คู่มือต่าง ๆ และระบบการติดตาม โดยศึกษา ทบทวน ความรู้ใหม่ ๆ งานวิจัยต่าง ๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นกับทีมสหสาขาวิชาชีพและร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางสร้างรูปแบบการป้องกันโรคจนสามารถสร้างรูปแบบการป้องกันโรคให้กลุ่มเสี่ยงจนเกิดระบบการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพจากความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

4. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ด้วยการติดตามรวบรวมผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันทางการแพทย์เวชปฏิบัติชุมชน และที่เกี่ยวข้องกับโรคมาเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การคัดกรองโรค การป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการป้องกันให้กลุ่มเสี่ยง และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

5. มีความสามารถในการให้ความรู้ (Education) และส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การฝึก (Coaching) และการเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค แนวทางคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ คอยให้กำลังใจ กระตุ้น ให้กลุ่มเสี่ยงใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ มาสะท้อนคิดว่าตนเองสามารถลดโอกาสเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดีได้ ติดตามและช่วยแก้ไขเมื่อกลุ่มเสี่ยงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตน ใช้ทักษะ การสื่อสาร การให้ข้อมูลและเน้นการฟังอย่างตั้งใจ สอน และฝึกปฏิบัติกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิต จนกว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีได้

6. มีความสามารถเป็นที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาเร็งท่อน้ำดี เข้าใจในแบบแผน วิถีดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยง ระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและเป็นที่ยอมรับแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานสนับสนุน กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษา เพื่อให้ทุกฝ่ายมั่นใจและไว้วางใจที่จะร่วมพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคได้

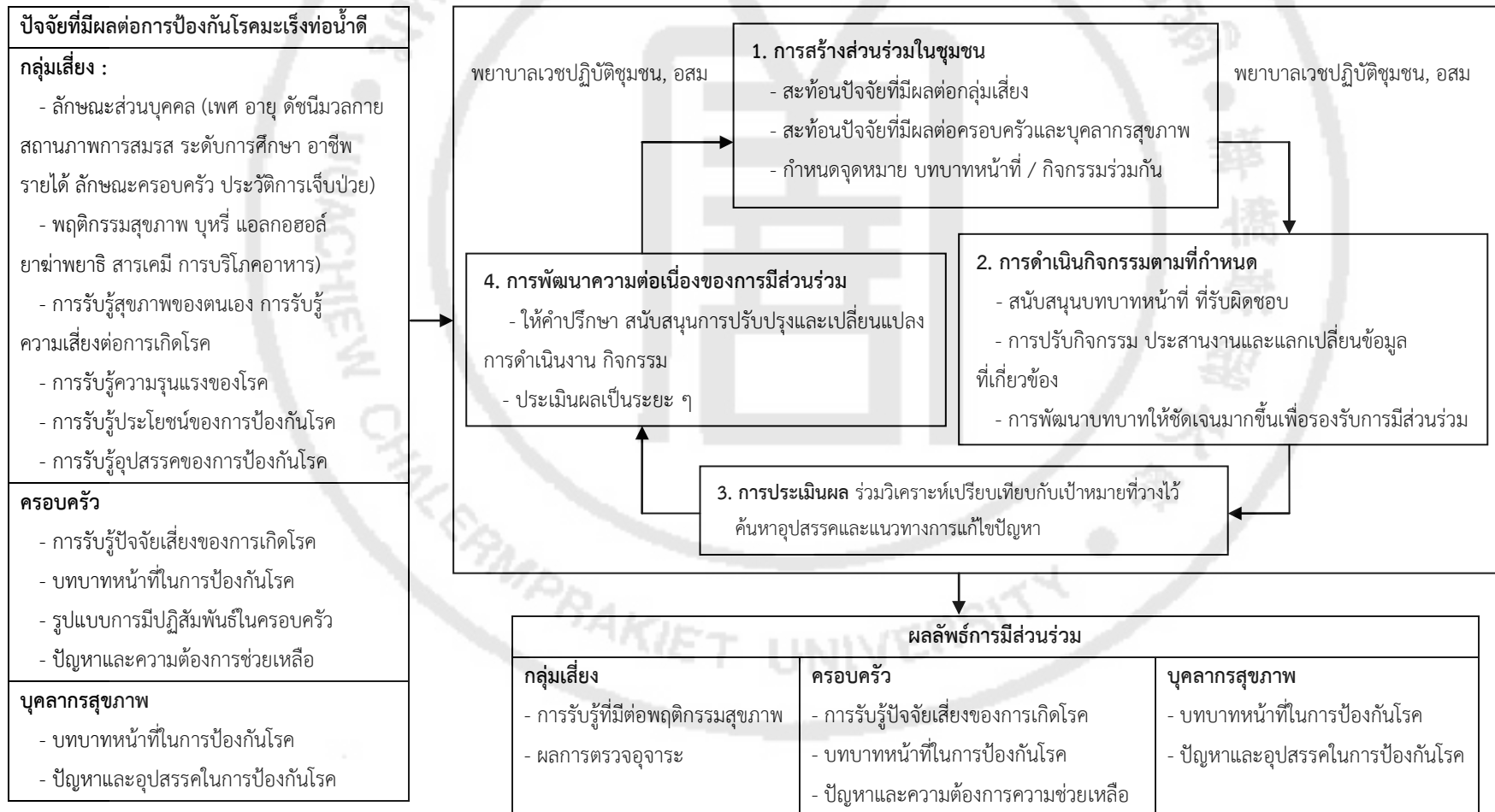
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคมาเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยเสี่ยง วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จะเห็นได้ว่าการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีให้กลุ่มเสี่ยง ควรเริ่มจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและเข้าสู่กระบวนการพัฒนาระบบการดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย ขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน

1) ร่วมสะท้อนคิด รับรู้ปัญหา 2) ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ 3) ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม และ 4) ร่วมประเมินผลเพื่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นของกลุ่มเสียงโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นแกนหลักในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง และศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยตามลำดับดังนี้

3.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยประกอบไปด้วย ผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน อย่างน้อย 6 เดือน เป็นผู้ที่มีอายุ 30 – 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 881 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย ผู้เกี่ยวข้องหลายส่วนและต่างกันไปตามขั้นตอนของการศึกษา จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว บุคลากรสุขภาพ ดังนี้

1) **กลุ่มเสี่ยง** คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน อย่างน้อย 6 เดือน การสุ่มตัวอย่างใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

(1) เป็นผู้ที่มีอายุ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าคาหลวง ที่เข้าร่วมโครงการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งเซลล์ตับและท่อน้ำดี อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

(2) ได้รับการตรวจอุจจาระเพื่อหาภาวะการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2555 เป็นต้นมา แล้วพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

(3) มีประวัติการได้รับยาฆ่าพยาธิไม่เกิน 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโครงการ

(4) มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดแบบดิบ ๆ

(5) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

(1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

(2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และได้ลงนามไม่สมัครใจในใบแสดงความยินยอม

การคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งประชากรในตำบลป่าคาหลวงที่ได้รับการตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 881 ราย ตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 193 ราย ซึ่งสัดส่วนของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 20.43 ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ $n = 60$ ราย ซึ่งเป็นผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

2) ครอบคลุม ประกอบด้วย

- (1) ผู้ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับกลุ่มเสี่ยง
- (2) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

3) บุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลบ้านหลวง ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน ตำบลป่าคาหลวง

(2) อาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลป่าคาหลวง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและได้ลงนามไม่สมัครใจในใบแสดงความยินยอม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรียงลำดับตามการใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ดังนี้

3.2.1 กลุ่มเสี่ยง

1) แบบสอบถาม

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อประเมินกลุ่มเสี่ยงทั้งก่อนและหลังการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว เป็นข้อคำถามประเภทเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างเป็นข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

เป็นคำถามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพและประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ทราบถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นคำถามที่ประกอบด้วยประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ การใช้ยาฆ่าพยาธิ และการใช้สารเคมี เป็นคำถามประเภทเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง เป็นข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ

(1) การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อประเมินการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี วัดจากแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ

(2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อประเมินการรับรู้ถึงอันตรายของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ หรือฐานะทางสังคมในการดำรงชีวิตประจำวัน มีคำถาม จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ ด้านลบ 1 ข้อ

(3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ประเมินการรับรู้ที่มีต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีว่าจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ ด้านลบ 1 ข้อ

(4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 2 ข้อ ด้านลบ 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดความรู้สึก หรือการรับรู้ตามความจริงของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อคำถามนั้น ความรู้สึก หรือการรับรู้ตามความจริงของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านน้อย

การรับรู้ตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแปลผลคะแนนการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2543)

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = .06 \end{aligned}$$

จากเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแบ่งการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 1–1.6 หมายถึง การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.7–2.3 หมายถึง การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.4–3.0 หมายถึง การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อค้นหารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง เพื่อการกำหนดรูปแบบ กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละบุคคล

3.2.2 กลุ่มครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับครอบครัว มีข้อความเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรค การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหา และความต้องการการช่วยเหลือ

3.2.3 กลุ่มบุคลากรสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับบุคลากรสุขภาพ มีข้อความเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรค

3.3 การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.3.1 การหาความแม่นยำ (Validity)

ผู้วิจัยหาค่าความแม่นยำของแบบสอบถาม และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิรวมทั้งสิ้น 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาศักยภาพชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน ตรวจสอบความสามารถในเครื่องมือในการวัดให้ได้ในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัดได้ค่าความตรง (Index of item objective congruence : IOC = 0.76)

3.3.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากที่ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยง จำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ที่มีการตรวจอุจจาระพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หลังจากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.882

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ไปยังโรงพยาบาลบ้านหลวง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลทั้งแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์
1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มเสี่ยง ก่อนเก็บแบบสอบถามจะสอบถามการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง	1. เพื่อสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยง 2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 3. เพื่อศึกษาการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง	- ทราบข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และการรับรู้ตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indeptinterview) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับครอบครัว บุคลากรสุขภาพด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	1. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว และบุคลากรสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	- ทราบบทบาทหน้าที่และกิจกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์
<p>3. การสนทนากลุ่ม (Focus group)</p> <p>เน้นการสนทนากลุ่มขณะดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อรวบรวมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 2. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว และบุคลากรสุขภาพในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี 3. เพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรค และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนาระบบการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี 4. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนาระบบการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี 	<ul style="list-style-type: none"> - ทราบปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว - ทราบปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ - เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี
<p>4. การประชุมย่อย แบบเป็นทางการ</p> <p>(Small group meeting)</p> <p>เป็นการประชุมเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในแต่ละระยะของการพัฒนา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อ <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกันคิดโครงการ และกำหนดแนวทางการปฏิบัติ - ร่วมกันประเมินผลสะท้อนปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมในแต่ละช่วงของการดำเนินงาน - ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้โครงการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล	วัตถุประสงค์	ผลลัพธ์
	2. เพื่อติดตามและประเมินผล ให้การดำเนินโครงการเป็นไป อย่างต่อเนื่อง	
5. การประชุมกลุ่มย่อย อย่างไม่เป็นทางการ (Informal small group meeting) เป็นการค้นหาปัญหา อุปสรรคในการป้องกันโรค ของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ร่วมกับบุคลากรสุขภาพ	1. เพื่อเพิ่มเติมประเด็นต่าง ๆ ที่ยังไม่ครบถ้วนจากการประชุมย่อย อย่างเป็นทางการ 2. เพื่อให้เกิดการพูดคุยปรึกษา กันระหว่างกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ถึงปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ต้องการความ ช่วยเหลือ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ต่อการ ป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่าง ถูกต้อง	- ค้นหาปัญหาและอุปสรรค และให้การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริม การรับรู้ต่อการป้องกันโรคมะเร็ง ท่อน้ำดีอย่างถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมย่อยแบบเป็น
ทางการและไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทปทุกครั้ง

3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาเริ่มต้นตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามการสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อ
การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จนกระทั่งประเมินการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเสี่ยง
บทบาทหน้าที่ของครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ และวิธีการป้องกันที่เกิดขึ้น รวมทั้งสิ้น 6 เดือน
(พฤศจิกายน 2558 – เมษายน 2559)

3.6 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยกำหนดเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียดแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น
ประมาณ 1 เดือน (พฤศจิกายน 2558) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1

กลุ่มเป้าหมาย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
กลุ่มเสี่ยง	ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะส่วนบุคคลพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	1. สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1 เดือน
ครอบครัว	ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างค้นหา ประเด็น - การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งท่อน้ำดี - บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรค - การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว - ปัญหาและการต้องการความช่วยเหลือ	การวิเคราะห์เนื้อหา	1 เดือน
บุคลากรสุขภาพ	ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างค้นหา ประเด็น - บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรค - ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดี	การวิเคราะห์เนื้อหา	1 เดือน

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยนำผลการศึกษาทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการ
สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการประชุมย่อยแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ เพื่อโน้มน้าว
ให้เกิดการกำหนดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมีเป้าหมาย
เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงให้ดีขึ้น โดยทุกครั้งจะส่งแบบเชิญเข้าร่วมประชุม
ก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 สะท้อนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

- 1) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1
ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการให้กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพได้รับทราบ
- 2) ครอบครัวรับทราบกิจกรรมการดูแล บทบาทหน้าที่ ที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ และ
นำเสนอความคาดหวังบทบาทหน้าที่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น กำหนดเป็นข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน

3) ทุกครั้งของการประชุมผู้วิจัยจะให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอ รวมทั้งให้โอกาสนำเสนอความคิดเห็นอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยสรุปมาเพื่อยืนยันผลการศึกษาค้นคว้าที่พบ รวมทั้งค้นหาสาเหตุและประเด็นเพิ่มเติม

4) ในขณะที่ดำเนินการกลุ่ม ผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยา ความตั้งใจ ความสนใจ ของกลุ่มระหว่างการแสดงความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกลักษณะที่ กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นอย่างแท้จริง และบันทึกข้อมูลเพื่อนำมาสรุปผลที่ได้จากการประชุมและวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ที่พบ

ระยะที่ 2 ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่

1) กำหนดกิจกรรม และร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่เพื่อดำเนินการปฏิบัติตามข้อตกลง และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

2) ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการแสดงความคิดเห็น การยอมรับฟังความเข้าใจ และเป็นผู้ช่วยโน้มน้าวให้เกิดข้อสรุปหรือข้อตกลงของกิจกรรม ผู้รับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามกิจกรรม ผู้ติดตามประเมินผลการทำกิจกรรม ช่วยค้นหาประเด็นที่เป็นความเห็นร่วมและเป็นผู้ส่งต่อข้อมูลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยโน้มน้าวให้กลุ่มร่วมกันกำหนดลำดับความสำคัญของกิจกรรม การปฏิบัติเรียงลำดับจากสำคัญมากไปหาน้อย กลุ่มร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวไปอย่างราบรื่น

3) กำหนดการปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด กำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น

4) ก่อนเสร็จการประชุมทุกครั้งผู้วิจัยจะกำหนดให้สมาชิก ร่วมกันหาข้อสรุปเกี่ยวกับกิจกรรม โครงการ แนวทางการปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ที่ผู้รับผิดชอบที่กำหนดขึ้น และเน้นย้ำการนำไปปฏิบัติ และนัดหมายการประชุมครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ลงมือปฏิบัติและประเมินผล

1) เป็นการปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ จนเกิดรูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยโน้มน้าวให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม ประสานและติดตามให้ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ทุกส่วนดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ ค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

2) ผู้วิจัยสังเกตการณ์ กระบวนการดำเนินกิจกรรมและผลการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรม ภายหลังจากกำหนดผู้รับผิดชอบ โน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของแต่ละส่วนปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ปรับปรุงแผนการดำเนินงานและปฏิบัติตามแผน ประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละฝ่ายเป็นระยะ

ตารางที่ 3 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2

กระบวนการพัฒนาระบบ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
ระยะที่ 1 สะท้อนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มเสี่ยง	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตแบบมีส่วนร่วม - การประชุมแบบเป็นทางการ	วิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา	1 เดือน
ระยะที่ 2 ร่วมกันกำหนด กิจกรรมและบทบาทหน้าที่ - กำหนดกิจกรรม - กำหนดผู้รับผิดชอบ - กำหนดระยะเวลา - ทรัพยากรที่ใช้	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตแบบมีส่วนร่วม - การประชุมกลุ่มย่อยของ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแบบเป็น ทางการและไม่เป็นทางการ	วิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา	1 เดือน
ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ลงมือปฏิบัติและประเมินผล - เปรียบเทียบกับเป้าหมาย ที่วางไว้ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น - ค้นหาปัญหา อุปสรรค และ แนวทางแก้ไข	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม - การสนทนากลุ่ม - การประชุมกลุ่มย่อย - การเยี่ยมบ้าน	วิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา	3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

เป็นการประเมินผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 1 และ 2 เพื่อรวบรวมการดำเนินงานที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอน ค้นหาศักยภาพ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อมาวางแผน ควบคุม กำกับ ปรับกิจกรรม และการทำงานของกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว บุคลากรสุขภาพและประเมินกิจกรรมที่ดำเนินงานขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน ซึ่งมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1) วิเคราะห์ผลการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและบทบาทหน้าที่ของกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว บุคลากรสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากพัฒนาโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม

2) ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังจากการสร้างการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

ตารางที่ 4 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3

ผลของการพัฒนาระบบ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
1. การมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้น หลังการพัฒนา	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม - ประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็น ทางการ	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	1 เดือน
2. การเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ของกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม - ประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็น ทางการ	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	1 เดือน
3. การเปลี่ยนแปลงของ กลุ่มเสี่ยง - การรับรู้ที่มีต่อพฤติกรรม สุขภาพ - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค	- แบบสอบถามสำหรับ กลุ่มเป้าหมายหลักชุดเดิม - การสัมภาษณ์เชิงลึก - การประชุมกลุ่มย่อย	สถิติ Paired-test วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	1 เดือน

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรองมีวิธีการวิเคราะห์ที่แตกต่างกันดังนี้

3.7.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก

1) ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการป้องกัน
โรคมาเร็งท่อน้ำดี วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard deviation)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ตนเองที่มีต่อ
พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วมด้วยสถิติ Paired t-test

3.7.2 กลุ่มครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative content analysis) โดยวิเคราะห์
ตั้งแต่เริ่มดำเนินการวิจัยจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบคุณภาพของ
ข้อมูลใน 2 ประเด็น คือ ความหลากหลายและอิมิตัวกับความเป็นจริง ในการตรวจสอบใช้วิธีสามเส้า
(Triangulation) กล่าวคือ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลหลายวิธี พยายามหาข้อมูล
เพิ่มเติมจากประเด็นที่ยังไม่ได้คำตอบ จนกระทั่งมีคำตอบที่เริ่มซ้ำกันจึงยุติการหาข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่ง

การตรวจสอบข้อมูลคุณภาพจะมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยโดยหลักการในการวิเคราะห์มีดังนี้ (เกษราวัลณ์ นิลรวงูร และพลสุข ศิริพูล. 2547)

ขั้นตอนที่ 1 อ่านทำความเข้าใจ ข้อความ ถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบันทึก

ขั้นตอนที่ 2 จับประเด็นสำคัญ ค้นหาวลี ประโยคหรือคำสำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 จัดหมวดหมู่ จำแนกประเภท (Categorizing)

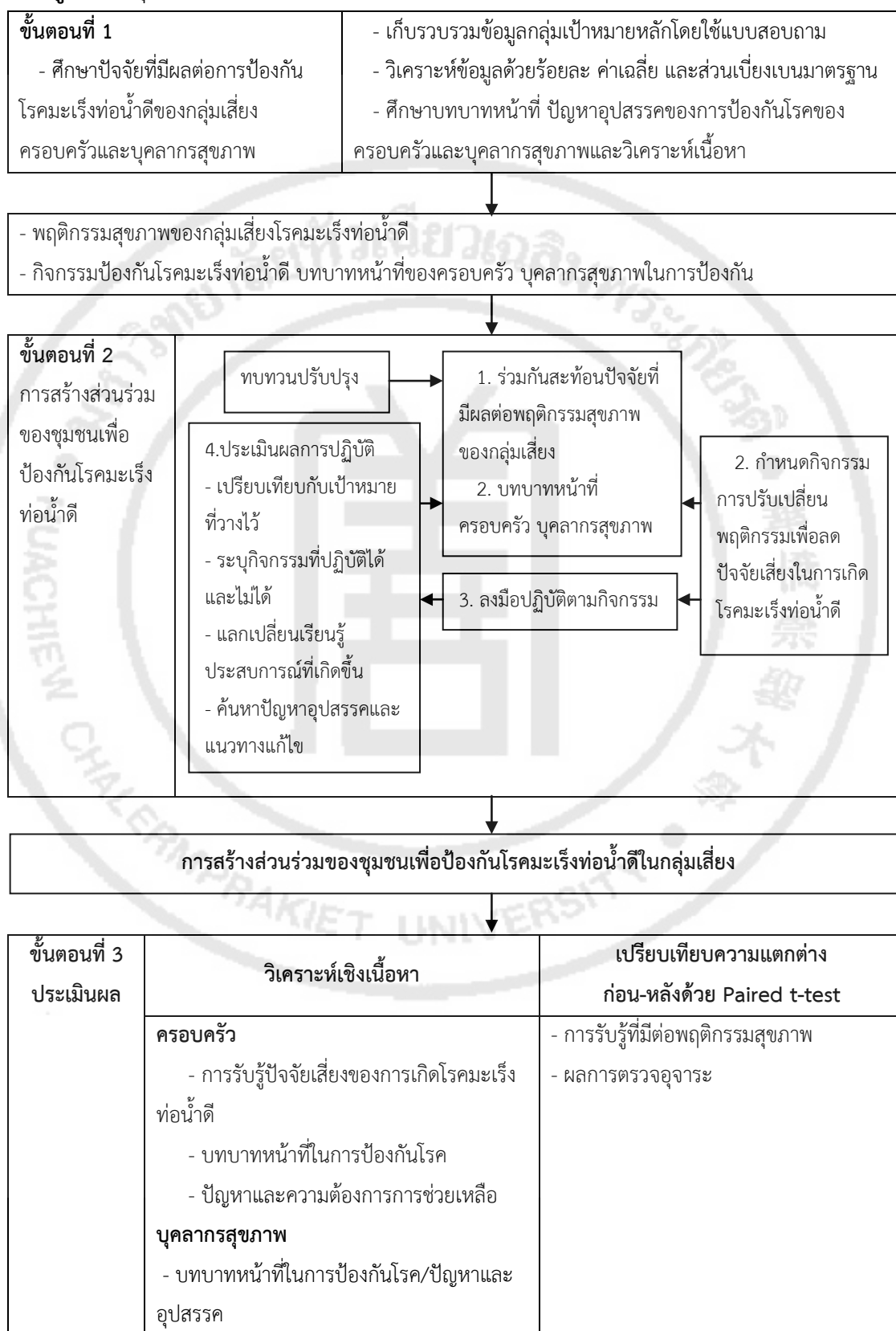
ขั้นตอนที่ 4 ตีความตรวจสอบความหมาย เพื่อระบุใจความสำคัญหรือหัวเรื่อง (Theme)

ขั้นตอนที่ 5 สร้างข้อสรุปจากหมวดหมู่และความหมายทั้งหมด

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อและจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้รับการรับรองเลขที่จริยธรรมวิจัย อ.314/2558 และเนื่องจากผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดการศึกษา ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการต้องพิทักษ์สิทธิผู้ถูกวิจัยอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเป็นอย่างมาก โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับขั้นตอนการศึกษาอย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถยกเลิกที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยปกปิด ชื่อ-นามสกุล ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยแทนการใช้ชื่อจริงในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก ในการบันทึกเทป ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ถูกวิจัยทุกครั้งและระหว่างการพูดคุยในกระบวนการกลุ่ม ถ้าผู้ถูกวิจัยไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลในขณะนั้น ผู้วิจัยจะเคารพสิทธิด้วยการยุติการขอข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยทันที และข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยแก่บุคคลอื่น และไม่พาดพิงถึงผู้ให้ข้อมูลในทุกกรณี จากขั้นตอนที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปเป็นแผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้ (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง หลังจากนั้นสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรค และศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการสร้างส่วนร่วมให้กลุ่มเสี่ยงในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ซึ่งจะนำเสนอผลการศึกษาตามลำดับดังนี้

4.1 ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

4.3 ปัจจัยด้านครอบครัว

4.4 ปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ

4.5 การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

4.6 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของชุมชนป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

4.1 ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

4.1.1 ลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ร้อยละ 50.00 มากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.00 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 53.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.30 ไม่ได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 81.70 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 76.70 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 71.70 ครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 86.70 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	24	40.00
ชาย	36	60.00
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	30	50.00
มากกว่า 51 ปีขึ้นไป	30	50.00
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)		
น้อยกว่า 23	28	46.60
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	32	53.40
สถานภาพสมรส		
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	10	16.70
คู่	50	83.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา-ประถมศึกษา	42	70.00
มัธยมศึกษา/ปวช. จนถึงระดับปริญญาตรี	8	30.00
อาชีพ		
เกษตรกร	49	81.70
ไม่ใช่เกษตรกร	11	18.30
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน	46	76.70
มากกว่า 5,000 บาท/เดือน	14	23.30
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว (สามี/ภรรยา และบุตร)	43	71.70
ครอบครัวขยาย (ปู่ ย่า ตา ยาย)	17	28.30
ประวัติป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในครอบครัว		
ไม่มี	52	86.70
มี	8	13.30

4.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 55.00 สูบมากกว่า 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 69.70 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่มากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.80 นิยมสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.50 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 63.30 ดื่มน้อยกว่า 5 แก้วต่อวัน ร้อยละ 8.60 อายุที่เริ่มดื่มมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 94.70 นิยมดื่มเหล้าขาว ร้อยละ 57.90 กลุ่มเสี่ยงทุกคนได้ตรวจอุจจาระหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และทราบว่าได้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 73.30 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 51.70 รับประทานยาฆ่าพยาธิตามการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ ร้อยละ 68.30 ซื้อยาฆ่าพยาธิมารับประทานเอง ร้อยละ 31.70 จำนวนครั้งที่รับประทานยาฆ่าพยาธิน้อยกว่า 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 84.20 มีประวัติสัมผัสสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ร้อยละ 75.00

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง พบว่า รับประทานสัตว์น้ำจืดแบบดิบ ๆ ร้อยละ 86.70 มีความถี่ในการรับประทานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 53.80 รับประทานอาหารหมักดองแบบดิบ ๆ ร้อยละ 86.70 ความถี่ในการรับประทานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 57.70 รับประทานเนื้อสัตว์ที่ผ่านการแปรรูป ร้อยละ 61.00 ความถี่ในการรับประทานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 81.01 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติสูบบุหรี่ (n = 60)		
ไม่มี	27	45.00
มี	33	55.00
จำนวนที่สูบต่อวัน (n=33)		
น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน	10	30.30
มากกว่า 5 มวนต่อวัน	23	69.70
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (n=33)		
น้อยกว่า 15 ปี	5	24.20
มากกว่า 15 ปี	28	75.80
ชนิดของบุหรี่ (n=33)		
ก้นกรอง	12	36.40
ยาเส้น	15	45.50
ทั้งก้นกรองและยาเส้น	6	18.10

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (n=60)		
ไม่มี	22	36.70
มี	38	63.30
จำนวนที่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน (n=38)		
น้อยกว่า 5 แก้ว	31	81.60
มากกว่า 5 แก้ว	7	18.40
อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ (n=38)		
น้อยกว่า 15 ปี	2	5.30
มากกว่า 15 ปี	36	94.70
ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=38)		
เหล้าขาว	22	57.90
เหล้าแดง	3	7.90
เบียร์	2	5.30
เหล้าขาว เหล้าแดง	2	5.30
เหล้าขาว เบียร์	5	13.20
เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์	4	10.50
ประวัติการตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับ (n=60)		
เคย	60	100.00
ไม่เคย	0	0.00
ผลการตรวจ (n=60)		
พบพยาธิใบไม้ตับ	44	73.30
ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ	16	26.70
ประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (n=60)		
เคย	31	51.70
ไม่เคย	29	48.30

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการใช้ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ		
รับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับตามการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ	41	68.30
ซื้อยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับมารับประทานเอง	19	31.70
จำนวนครั้งที่ซื้อยารับประทานเอง (n=19)		
น้อยกว่า 2 ครั้ง / ปี	16	84.20
มากกว่า 2 ครั้ง / ปี	3	15.80
ประวัติการสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการทำเกษตรกรรม		
เคยใช้	45	75.00
ไม่เคยใช้	15	25.00
ประวัติรับประทานสัตว์น้ำจืดแบบดิบ ๆ		
เคย	52	86.70
ไม่เคย	8	13.30
ความถี่ในการรับประทาน (n=52)		
ประจำ	2	3.90
บางครั้ง (2-3 ครั้งต่อเดือน)	22	42.30
นาน ๆ ครั้ง (หลายเดือนรับประทานสักครั้ง)	28	53.80
ประวัติรับประทานอาหารหมักดองแบบดิบ ๆ		
เคย	52	86.70
ไม่เคย	8	13.30
ความถี่ในการรับประทาน (n=52)		
บางครั้ง (2-3 ครั้งต่อเดือน)	22	42.30
นาน ๆ ครั้ง (หลายเดือนรับประทานสักครั้ง)	30	57.70
ประวัติรับประทานเนื้อสัตว์ที่ผ่านการแปรรูป		
เคย	37	61.70
ไม่เคย	23	38.30
ความถี่ในการรับประทาน (n=37)		
บางครั้ง (2-3 ครั้งต่อเดือน)	7	19.00
นาน ๆ ครั้ง (หลายเดือนรับประทานสักครั้ง)	30	81.00

4.1.3 การรับรู้ต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

จากการศึกษาการรับรู้ต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค ปรากฏผลดังนี้

1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กลุ่มเสี่ยงรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.73$, S.D.=0.45) โดยรับรู้ว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้มากที่สุด ($\bar{X}=2.77$, S.D.=0.43) รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพราะในบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง ($\bar{X}=2.67$, S.D.=0.58) และการรับประทานอาหารหมักดองทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ($\bar{X}=2.67$, S.D.=0.48) ส่วนที่รับรู้่น้อยที่สุด คือ การรับประทานยาฆ่าพยาธิเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ($\bar{X}=2.30$, S.D.=0.56) รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (n=60)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.	ระดับการรับรู้
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)			
1. การสูบบุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพราะในบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง	70.00 (42)	25.00 (15)	5.00 (3)	2.67	0.58	สูง
2. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้	76.70 (46)	23.30 (14)	0.00 (0)	2.77	0.43	สูง
3. การรับประทานยาฆ่าพยาธิเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี	35.00 (21)	60.00 (36)	5.00 (3)	2.30	0.56	ปานกลาง
4. การสัมผัสสารเคมีตกค้างทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะสารเคมีมีสารก่อมะเร็ง	56.70 (34)	38.30 (23)	5.00 (3)	2.52	0.60	สูง
5. การรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงดิบ หรือดิบ ๆ สุก ๆ ที่มีเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพียงครั้งเดียว ทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี	55.00 (33)	45.00 (27)	0.00 (0)	2.55	0.50	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การรับรู้ความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ การรับรู้
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)			
6. การรับประทานอาหาร หมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ปลาต้ม แหนม เป็นประจำ ทำให้ มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี	66.70 (40)	33.30 (20)	0.00 (0)	2.67	0.48	สูง
7. การรับประทานไส้กรอก กุนเชียงเป็นประจำ ทำให้มีโอกาส เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพราะมี การผสมดินประสิวเพื่อให้เนื้อสัตว์ มีสีแดงน่ารับประทาน ซึ่งเป็น สารก่อมะเร็ง	50.00 (30)	48.30 (29)	1.70 (1)	2.48	0,54	สูง
	รวม			2.73	0.45	สูง

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กลุ่มเสี่ยงรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.47) โดยรู้ว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ทรมาณจากอาการปวดมากที่สุด ($\bar{X}=2.83$, S.D.=0.46) รองลงมา คือ มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หากพบว่าตาเหลือง ตัวเหลือง ปวดชายโครงขวา หรือมีอาการท้องโต ($\bar{X}=2.78$, S.D.=0.42) และมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าปกติ ($\bar{X}=2.77$, S.D.=0.50) ที่รับรู้น้อยที่สุด คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่อันตรายเพราะมียารักษาหายได้ ($\bar{X}=1.85$, S.D.=0.58) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี (n=60)

การรับรู้ความรุนแรง ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ การรับรู้
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)			
1. มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่ รักษาไม่หายหากพบว่าตาเหลือง ตัวเหลือง ปวดชายโครงขวาหรือมี อาการท้องโต	78.30 (47)	21.70 (13)	0.00 (0)	2.78	0.42	สูง
2. มะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ ทรมาณจากอาการปวด	68.70 (52)	10.00 (6)	3.30 (2)	2.83	0.46	สูง
3. มะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ชีวิต สั้นลงกว่าปกติ	80.00 (48)	16.70 (10)	3.30 (2)	2.77	0.50	สูง
4. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่ อันตรายเพราะมียารักษาหายได้	25.00 (15)	65.00 (39)	10.00 (6)	1.85	0.58	ปานกลาง
รวม				2.82	0.47	สูง

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กลุ่มเสี่ยงรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.40) โดยรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด ($\bar{X} = 2.83$, S.D.=0.46) รองลงมา คือ การได้รับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ($\bar{X} = 2.80$, S.D.=0.44) และการรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงสุกและสะอาดสามารถป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = 0.47) ส่วนการซื้อยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับมารับประทานเป็นประจำสามารถป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้เป็นข้อที่รับรู้น้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.93$, S.D.=0.66) รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี (n=60)

การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ การรับรู้
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)			
1. การเลิกบุหรี่สามารถป้องกัน การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้	46.70 (28)	48.30 (29)	5.00 (3)	2.42	0.59	สูง
2. การเลิกดื่มสุราสามารถ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้	41.70 (25)	51.70 (31)	6.70 (4)	2.35	0.61	สูง
3. การป้องกันการติดเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับ สามารถป้องกันการเกิด โรคมะเร็งท่อน้ำดีได้	55.00 (33)	41.70 (25)	3.30 (2)	2.52	0.57	สูง
4. การซื้อยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ มารับประทานเป็นประจำ สามารถ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้	25.00 (15)	56.70 (34)	18.30 (11)	1.93	0.66	ปานกลาง
5. การรับประทานปลาน้ำจืดที่ ปรุงสุกและสะอาด สามารถป้องกัน การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้	76.70 (46)	21.70 (13)	1.70 (1)	2.75	0.47	สูง
6. การต้มปลาร้าให้สุกก่อน รับประทานเป็นสิ่งจำเป็น เพราะ เป็นการทำลายสารก่อมะเร็ง	68.30 (41)	31.70 (19)	0.00 (0)	2.68	0.47	สูง
7. การได้รับข่าวสารเรื่อง โรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค	81.70 (49)	16.70 (10)	1.70 (1)	2.80	0.44	สูง
8. การเปลี่ยนพฤติกรรม บริโภค สามารถป้องกันโรคมะเร็ง ท่อน้ำดีได้	86.70 (52)	10.00 (6)	3.30 (2)	2.83	0.46	สูง
	รวม			2.80	0.40	สูง

4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กลุ่มเสี่ยงรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.45) โดยรับรู้ว่าคุณภาพมาก่อนความอโรยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 0.30) รองลงมา คือ เลือกกินสุกถึงแม้ว่ารสชาติจะเสียไป ก็ยินดีปฏิบัติ เพราะกลัวเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ($\bar{X} = 2.87$, S.D.=0.39) และคิดว่าการล้างผักหรือผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทานทำให้เสียเวลา ($\bar{X} = 2.62$, S.D.=0.74) ที่รับรู้อุปสรรคน้อยคือคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก ($\bar{X} = 2.07$, S.D.=0.86) รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การรับรู้อุปสรรคของ การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ การรับรู้
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)			
1. คิดว่าเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก	33.30 (20)	26.70 (16)	40.00 (24)	2.07	0.86	ปานกลาง
2. คิดว่าเลิกดื่มสุราทำได้ยาก	20.00 (12)	30.00 (18)	50.00 (30)	2.30	0.79	ปานกลาง
3. คิดว่าการล้างผักหรือผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทานทำให้เสียเวลา	15.00 (9)	8.30 (5)	76.70 (46)	2.62	0.74	สูง
4. เลือกกินสุกถึงแม้ว่ารสชาติจะเสียไป ก็ยินดีปฏิบัติ เพราะกลัวเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี	88.30 (53)	10.00 (6)	1.70 (1)	2.87	0.39	สูง
5. ประโยคที่ว่า สุขภาพมาก่อนความอโรย ใช้ได้กับกลุ่มเสี่ยง	90.00 (54)	10.00 (6)	0.00 (0)	2.90	0.30	สูง
รวม				2.72	0.45	สูง

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การได้เรียนหนังสือ อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ประวัติป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาฆ่าพยาธิและการใช้สารเคมี การรับรู้ 4 ด้าน พบผลดังนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คือ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร) ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คือ การใช้ยาฆ่าพยาธิ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คือ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ปัจจัย	การรับรู้ความเสี่ยง				การรับรู้ความรุนแรง				การรับรู้ประโยชน์				การรับรู้อุปสรรค			
	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P
เพศ																
หญิง	18.4	2.0	1.97*	0.05*	10.3	1.3	0.12	0.90	20.5	2.2	0.82	0.41	12.3	2.0	2.54	0.01*
ชาย	17.3	2.2			10.2	1.3			20.0	2.2			13.5	1.6		
อายุ (ปี)																
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	17.7	2.2	0.73	0.46	10.3	1.3	0.61	0.54	20.0	2.2	0.88	0.38	12.9	1.8	0.59	0.55
มากกว่า 51 ปีขึ้นไป	18.1	2.0			10.1	10.1			20.5	2.2			12.6	2.1		
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)																
น้อยกว่า 23	18.5	1.9	2.13	0.03*	10.5	0.9	1.33	0.18	20.7	1.9	1.32	0.19	12.5	2.1	0.93	0.35
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	17.4	2.2			10.0	1.5			19.9	2.4			13.0	1.8		
สถานภาพสมรส																
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	17.6	2.0	0.30	0.58	9.9	1.3	-0.91	0.36	19.8	2.2	0.76	0.44	11.5	1.8	2.30	0.02*
คู่	18.0	2.2			10.3	1.3			20.4	2.4			13.0	1.9		
ระดับการศึกษา																
ไม่ได้รับการศึกษา	16.6	2.4	2.26	0.02*	9.9	1.1	0.91	0.36	19.5	2.3	1.25	0.21	13.0	2.3	0.44	0.66
ระดับประถมศึกษา/ปวช./ระดับปริญญาตรี	18.2	2.0			10.3	1.3			20.4	2.2			12.7	1.9		

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัย	การรับรู้ความเสี่ยง				การรับรู้ความรุนแรง				การรับรู้ประโยชน์				การรับรู้อุปสรรค				
	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P	
อาชีพ																	
เกษตร	18.0	2.2	0.67	0.50	10.3	1.4	0.41	0.68	20.4	2.2	1.10	0.28	12.8	2.0	0.72	0.47	
ไม่ใช่เกษตร	17.5	2.0			10.1	0.8			19.6	2.0			12.4	2.0			
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน																	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน	16.6	2.4	2.26	0.02*	10.2	1.3	0.75	0.45	20.6	1.9	1.68	0.09	12.6	1.9	0.99	0.32	
มากกว่า 5,000 บาท/เดือน	18.2	2.0			10.5	1.1			19.4	2.7			13.3	1.9			
ลักษณะครอบครัว																	
ครอบครัวเดี่ยว (สามี/ภรรยา/บุตร)	18.0	2.1	0.31	0.76	10.2	1.3	0.15	0.87	20.3	2.2	0.02	0.98	11.5	1.8	2.30	0.02*	
ครอบครัวขยาย (ปู่/ย่า/ตา/ยาย)	17.7	2.1			10.3	1.1			20.3	2.3			13.0	1.9			
ประวัติป่วยโรคมาเร็งท่อน้ำดีในครอบครัว																	
ไม่มี	17.9	2.1	0.08	0.93	10.2	1.3	0.94	0.35	20.2	2.3	0.47	0.63	12.8	2.0	0.19	0.84	
มี	17.9	2.5			10.6	0.9			20.6	1.5			12.6	2.0			
การสูบบุหรี่																	
ไม่สูบ	17.7	2.3	0.88	0.38	9.9	1.5	1.73	0.08	20.1	2.4	0.43	0.66	13.2	2.0	1.58	0.12	
สูบ	18.2	1.9			10.5	1.0			20.4	2.0			12.4	1.9			

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัย	การรับรู้ความเสี่ยง				การรับรู้ความรุนแรง				การรับรู้ประโยชน์				การรับรู้อุปสรรค			
	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P	\bar{X}	S.D.	t	P
การดื่มแอลกอฮอล์																
ไม่ดื่ม	17.2	2.4	2.02	0.04*	10.0	1.0	0.87	0.38	19.9	2.3	1.13	0.26	13.1	1.8	1.17	0.24
ดื่ม	18.3	1.8			10.3	1.4			20.5	2.1			12.5	2.0		
การเข้ายาฆ่าพยาธิ																
ตามการรักษาของแพทย์	18.2	2.1	1.78	0.08	10.2	1.3	0.01	0.99	20.7	2.1	2.08	0.02	12.7	2.1	0.18	0.85
ซื้อยามารับประทานเอง	17.2	2.0			10.2	1.3			19.3	2.1		*	12.8	1.7		
การใช้สารเคมี																
ไม่ใช้	17.3	2.0	1.28	0.20	10.1	1.1	0.35	0.72	19.5	2.2	1.55	0.12	12.7	2.0	0.19	0.85
ใช้	18.1	2.1			10.3	1.3			20.5	2.2			12.8	2.0		

* p < .05

4.3 ปัจจัยด้านครอบครัว

จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นของสมาชิกครอบครัวถึงสิ่งนี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบประเด็นสำคัญดังนี้

4.3.1 สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดีถูกต้องบางส่วน และขาดการนำไปปฏิบัติ

สมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลตรงกันว่าสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีปลาน้ำจืดแบบดิบ ๆ ที่มีพยาธิใบไม้ตับ โดยความรู้เหล่านี้ได้จากเจ้าหน้าที่ซึ่งเน้นย้ำให้ทราบถึงอันตรายของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ระหว่างการเยี่ยมบ้าน แต่ยังไม่นำไปปฏิบัติเนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงอันตรายที่จะตามมา ดังข้อมูลที่ว่า

“... มีหมอจากโรงพยาบาลจุฬารัตน์มาสอน ตอนที่มิโครงการคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดีว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยที่ตัวพยาธิใบไม้ตับจะอาศัยอยู่ในปลาน้ำจืด แต่เคยชินกับพฤติกรรมเดิม ๆ เปลี่ยนแปลงยาก ชาวบ้านก็ยังคงกินลาบปลาดิบกันอยู่ รู้แต่ไม่ปฏิบัติเพราะยังเป็นเรื่องไกลตัว แต่จะสอนลูกหลานไม่ให้กินดิบ เราจะไม่เห็นเด็ก ๆ กินดิบกันแล้ว แต่ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุยังกินอยู่เพราะคิดว่าแก่แล้วจะเป็นอะไรก็ยอม...” C01

“...กินลาบปลาดิบ ทำให้พยาธิที่อาศัยอยู่ในเนื้อปลาเข้ามาอยู่ในตัวเราแทน และถ้าเรากินลาบปลาดิบบ่อย ๆ ก็ทำให้เราเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ แต่คนในบ้านก็กินลาบปลาดิบกันมาตั้งนานก็ไม่เห็นเป็นอะไร...” E01

4.3.2 การกินยาถ่ายพยาธิเป็นวิธีที่สมาชิกบางคนในหลายครอบครัวใช้ป้องกันการเป็นโรค เพราะเชื่อว่าฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้ ทำให้ยังรับประทานดิบตามที่คุ้นชินโดยไม่กังวล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่าวัฒนธรรมการกินลาบปลาดิบมีมานาน พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย รับประทานและทำให้ลูกหลานรับประทานมาตลอด ซึ่งไม่เห็นว่า จะเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรงใด ๆ กับใครแม้ว่าจะทราบว่าตนเองติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ก็เลิกทานไม่ได้เนื่องจากติดใจในรสชาติของอาหาร แต่จะใช้วิธีรับประทานยาถ่ายพยาธิเพราะเชื่อว่า ยานี้จะฆ่าพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในร่างกายทำให้ปลอดภัยไม่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

“...พ่อติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพราะหมอบอก พ่อก็รู้ว่าติดจากกินปลาดิบ เราก็กลัวว่าพ่อจะเป็นมะเร็ง พ่อแกก็รู้สึกเฉย ๆ เพราะแกกินยาถ่ายพยาธิอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จะให้เลิกกินลาบปลาดิบมันยาก

กินมาตั้งแต่เด็ก ๆ รู้ว่าติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับอันตรายก็ซื้อยาถ่ายพยาธิมากิน...” A01

“...กินลาบปลาดิบกันมาตั้งนาน ตั้งแต่สมัย ปู่ ยา ตา ยาย ก็ไม่เห็นเป็นโรคอะไร พ่อ แม่ ก็ให้กินมาตั้งแต่เด็ก ๆ ตอนนี่ก็ไม่เห็นเป็นอะไร เราก็หาซื้อยาถ่ายพยาธิมากินเราก็ไม่มีพยาธิแล้ว เรื่องการกินลาบดิบไปลงเยี่ยมบ้านชาวบ้านยังมีกินกันอยู่ ชาวบ้านเองก็ยังยืนยันเลยว่ายังกินกันอยู่ บอกว่ามันเลิกยากจริง ๆ...” D01

“...ชาวบ้านรู้ว่าพยาธิใบไม้ตับอยู่ในปลาน้ำจืด อยู่ในเกล็ดปลาถ้ากินแบบดิบ ๆ พยาธิก็จะเข้าไปอาศัยอยู่ในร่างกายได้ แต่ชาวบ้านขาดความตระหนัก ไม่กลัว เพราะจะหาซื้อยาถ่ายพยาธิมากินกันเอง ...” C01

“...เนื้อปลาสดที่เอามาทำลาบ รสชาติมันหวาน อร่อย ถ้าเอาไปคั่วให้สุกก่อนเนื้อจะกระด้าง แข็ง ๆ ไม่อร่อยเท่าปลาดิบ...” E01

“...ชาวบ้านไม่ค่อยมีเงินก็จะไปหาปลาในแม่น้ำเอามากิน เวลาที่ออกไปจับปลาก็จะเตรียมเครื่องปรุง พริก หอม กระเทียมไปด้วย พอได้ปลามากก็เอามาทำลาบปลาดิบกินได้เลย...” D01

4.3.3 สมาชิกที่ป้องกันตนเองจากโรคได้อย่างถูกต้องจะใช้หลากหลายวิธี เพื่อให้สมาชิกคนอื่นค่อย ๆ ปรับตัวจนกว่าจะคุ้นชินหรือยอมรับได้

เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวโดยมากทราบว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีสาเหตุหลักจากการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเชื่อพยาธิใบไม้ตับแบบดิบ ๆ ซึ่งการรับประทานเช่นนี้ ปฏิบัติกันมานาน และคุ้นชินกับรสชาติว่าอร่อยกว่า ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวพยายามไม่ทำลาบดิบรับประทานที่บ้าน หรือถ้าจะรับประทานลาบปลาต้องคั่วให้สุกก่อน รวมถึงการหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวของตนเองไม่รับประทานดิบทั้งในและนอกบ้าน เช่น พุดคุย ยกตัวอย่างให้กลัว ปรุงอาหารให้รับประทาน เป็นต้น ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“...กับข้าวส่วนมากแม่จะเป็นคนทำ แม่จะไม่ให้คนที่บ้านกินดิบเลย ถ้าทำลาบปลา แม่จะคั่วสุกไม่ให้กินดิบ ๆ เพราะรู้สึกว่ามีพยาธิมันอยู่ในปลา...” F01

“...พ่อบ้านแอบยังกินลาบดิบปลาอยู่ ตอนที่ออกไปทำงานนอกบ้าน แต่ถ้าจะกินที่บ้านจะไม่ทำให้กินเด็ดขาด ถ้าจะกินลาบปลาต้องคั่วให้สุกก่อนเท่านั้น...” G01

“...ถ้าแม่ทำลาบปลาแม่จะคั่วให้สุก แต่พ่อเค้าจะขอแบ่งเอาไว้ต่างหากไว้กินดิบ บางครั้งถ้าพ่อเค้าอยากกินเค้าก็ทำเอง ทั้งบ้านมีพ่อกินอยู่คนเดียว เดือนก็ไม่ยอมฟังแต่ก็จะเดือนทุกครั้ง...” HO1

“...พ่อยังกินลาบปลาดิบอยู่ ไม่ยอมเลิกเพราะเนื้อดิบมันอร่อยหวานกว่าทำสุก เค้าก็กินกันมาตั้งแต่รุ่น ปู่ย่า ตายายแล้ว ทำให้เปลี่ยนยาก แม่เองก็ไม่ได้นั่งนอนใจนะ ก็พยายามบอกให้เลิกกินเดี่ยวจะเป็นโรคมะเร็งพ่อแกก็บอกว่าไม่เป็นไรหรอก...” E01

“...คนที่กินดิบส่วนใหญ่จะเป็นคนกินเหล้า โดยเฉพาะผู้ชายอายุมากกว่า 50 ขึ้นไป ถ้าอายุต่ำกว่าเค้าจะไม่ค่อยกินแล้ว โดยเฉพาะเด็กรุ่นใหม่เค้าจะสอนไม่ให้กินดิบเลย ตอนนี้นั้นจะเหลือแค่บางกลุ่มเท่านั้นแหละที่กินดิบ ๆ...” C01

“...พอเห็นคนอื่นเป็นมะเร็งมันน่ากลัวนะ ก็ไม่อยากจะกินในบ้านเป็นมะเร็ง ก็เลยเลิกกินลาบปลาดิบไปเลย...” D01

4.4 ปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ความคิดของบุคลากรสุขภาพถึงสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบประเด็นสำคัญดังนี้

4.4.1 ป้องกันโรคและแก้ไขโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการดำเนินโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องโดยเน้นระดับชุมชนมากกว่าระดับบุคคล

โรงพยาบาลบ้านหลวง จัดทำโครงการเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี การทำอัลตราซาวด์ช่องท้องผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน เพื่อค้นหาความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี มีการให้ความรู้และแนะนำวิธีการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชน นักเรียนโรงเรียนบ้านหลวง ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา การกำหนดซื้อตกลดกินลาบปลาดิบในหมู่บ้าน การจัดตั้งกลุ่มสารวัตรอาหาร ซึ่งเป็นการป้องกันและแก้ไขกลุ่มเสี่ยงของชุมชนในภาพรวม

“...เมื่อโรงพยาบาลบ้านหลวงได้ผลการตรวจจากระจากโรงพยาบาลจุฬารัตน์ เจ้าหน้าที่จะแจ้งผลให้กับผู้ติดเชื้อทราบ จำยยาฆ่าพยาธิและแนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยไม่ได้สอบถามพฤติกรรมการใช้ชีวิตของแต่ละคน รวมทั้งไม่ได้ติดตามด้วยว่าปฏิบัติตามที่แนะนำหรือเปล่า ...” A001

“...การคัดกรองและการทำอัลตราซาวด์ช่วยให้ทราบจำนวน และ ผลการตรวจ การให้ความรู้เน้นลดบริโภคปลาดิบที่เป็นปัจจัย สำคัญของโรคมะเร็งท่อน้ำดี การกำหนดข้อตกลงเป็นการวางเงื่อนไข การปฏิบัติร่วมกันของคนในชุมชน และการตั้งกลุ่มสารวัตรอาหาร เป็นการสอดส่องดูแลพฤติกรรมผู้บริโภค ซึ่งเหล่านี้ยังไม่ได้มุ่งตรง ไปที่การปรับพฤติกรรมของบุคคลอย่างจริงจัง...” A001

“...เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติชุมชนนัดประชุมเจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. และ ตัวแทนชาวบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลหรือที่ ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน เพื่อพูดคุยปัญหาสุขภาพและแนะนำ วิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและตอบข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. หรือตัวแทนชาวบ้านไปบอกกล่าวสมาชิกครอบครัวให้ปฏิบัติตาม แต่ในการไปแนะนำจริงของ อ.ส.ม. พบว่า จะให้คำแนะนำแบบ ทัวไปไม่เจาะลึกข้อมูลบุคคล ชาวบ้านเองก็ฟังนะ แต่ยังไม่ค่อย สนใจที่จะปฏิบัติตาม เพราะขัดแย้งกับความเป็นจริงที่ชาวบ้าน ปฏิบัติอยู่...” B001

“...มีการทำประชาคมหมู่บ้านโดยให้ชาวบ้านร่วมคิดปัญหาและหา แนวทางป้องกันโรค ได้ 3 โครงการ คือ 1) โครงการลดบริโภค อาหารดิบ 2) โครงการลดเหล้า 3) โครงการปลูกผักปลอดสารพิษ ทุกคนช่วยกันคิด แต่เวลาทำโครงการจริงก็เน้นณรงค์ ไม่เจาะตัว บุคคลแล้วก็ครอบครัวจริงจังเลยยังมีผู้แอบรับประทานปลาดิบ และดื่มกันอยู่...” B001

4.4.2 จำนวนบุคลากรสุขภาพมีจำกัด เครื่องมือไม่ทันสมัยเมื่อเทียบกับปัจจัยที่เอื้ออำนวย ให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานป้องกันโรคคือพยาบาลในหน่วยเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 คน โรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรคที่ทันสมัยทำให้วินิจฉัยโรคล่าช้า เมื่อเทียบเคียงกับ ประชากรในชุมชน ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่มีสถิติการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งสูงที่สุดของ จังหวัดน่าน โครงการป้องกันโรคที่ดำเนินการเน้นการให้ความรู้ประชาชนด้วยการแจกเอกสารแผ่นพับ ขณะที่ประชาชนยังไม่สร้างความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ถูกต้อง และเหมาะสมของทั้งกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน

“...โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีเครื่องอัลตราซาวด์สำหรับตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทราบเมื่อป่วยเป็นโรคมืออาการแสดงแล้วหรือนำผลการตรวจจากโรงพยาบาลอื่นมาแจ้ง ทำให้สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งของอำเภอสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด...” A001

“...โครงการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ดำเนินการ เน้นการบูรณาการให้ความรู้แก่คนในชุมชน ไม่ได้เน้นที่ตัวบุคคล ทำให้ชาวบ้านไม่ตระหนักในการป้องกันโรค เพราะดูเป็นเรื่องไกลตัว แต่ถ้าที่บ้านมีคนป่วย ถึงจะเริ่มตระหนักมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่พบน้อยมากเพราะเชื่อว่าเป็นโรคเวรโรคกรรม...” B001

“...การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แจกยาฆ่าพยาธิให้กับชาวบ้านที่ตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย ทำให้ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังการรักษา ยังพบการกินลาบปลาดิบและซื้อยาฆ่าพยาธิมารับประทานเอง เพราะประชาชนไม่ตระหนักในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง...” A001

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่มีผลต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งท่อน้ำดีถูกต้อง ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่แต่ยังขาดการนำไปปฏิบัติ และจำนวนบุคลากรสุขภาพมีจำกัดเมื่อเทียบกับความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ ทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงควรนำปัจจัยที่ค้นพบมาสะท้อนให้กลุ่มเสี่ยง สมาชิกในครอบครัวและชุมชนรับทราบเพื่อร่วมมือกันหาวิธีการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของกันและกัน

4.5 การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีบทบาทครอบครัว บุคลากรสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ พบว่าการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีควรเริ่มต้นจากกลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ คือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านหลวง ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเจ้าหน้าที่ อสม. โดยการเน้นให้กลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ร่วมกันรับทราบข้อมูลสภาพการณ์ที่ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากนั้น

สะท้อนบทบาทหน้าที่ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นว่าทุกฝ่ายจะต้องตระหนักในบทบาทที่ควรปฏิบัติด้วยตนเอง และปฏิบัติร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อีกทั้งร่วมกันคิดโครงการหรือกิจกรรมที่เน้นด้านการป้องกันโรค กำหนดผู้รับผิดชอบ สถานที่ อุปกรณ์ที่ต้องใช้ งบประมาณและระยะเวลาที่ดำเนินการ กำหนดวิธีสื่อสาร วิธีประสานงาน และวิธีติดตามผล จนกระทั่งพบวิธีการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน รวมเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน ซึ่งสามารถแบ่งการมีส่วนร่วมได้เป็น 4 ระยะ

แต่ละระยะ ประกอบด้วย เวลาที่ดำเนินการ กิจกรรมที่ดำเนินการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จดังนี้



ตารางที่ 12 การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
<p>ระยะที่ 1 สะท้อนปัญหาที่ได้จากการประเมินปัจจัยเสี่ยง</p>	<p>วันที่ 1-30 ตุลาคม 2558</p>	<p>1. การเยี่ยมบ้าน ผู้ร่วมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ผู้วิจัย พยาบาล วิชาชีพ และ อ.ส.ม กลุ่มเสี่ยงทุกรายจะได้รับการเยี่ยมบ้าน อย่างน้อย 1 ครั้ง ระหว่างการเยี่ยมบ้าน ดำเนินการดังนี้</p> <p>1.1 สะท้อนสาเหตุของปัญหาให้กลุ่มเสี่ยงทุกราย พร้อมกับสมาชิกครอบครัวที่อยู่กับกลุ่มเสี่ยง รับทราบหลังจากตรวจร่างกายและให้คำแนะนำ ตามผลการตรวจร่างกายและปัญหาสุขภาพที่พบ โดยเน้นย้ำให้ทราบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการรับประทานลาบปลาดิบและมีสาเหตุอื่น ๆ คือ การรับประทานปลาน้ำจืดที่แปรรูป เช่น ปลาต้ม ปลาจิ้มและปลาจ่อมโดยนำรับประทานแบบดิบ ๆ</p>	<p>1. การเยี่ยมบ้าน กลุ่มเสี่ยงทุกรายได้รับการเยี่ยมบ้าน รับทราบถึงสถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน</p> <p>2. กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ทราบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการรับประทานลาบปลาดิบ</p> <p>ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ</p> <p>1. การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กลุ่มเสี่ยงสมาชิกครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมสร้างส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี</p>

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>1.2 ชี้ให้กลุ่มเสี่ยงแต่ละรายเห็นว่าสาเหตุที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดี คือ การรับประทานปลาน้ำจืดที่นำมาปรุงแบบดิบ ๆ ไม่ผ่านความร้อน ซึ่งทำให้มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดี</p> <p>1.3 ชี้แจงสถานการณ์โรคมาเร็งท่อน้ำดีในชุมชนที่พบว่าในช่วงนี้มีอัตราป่วยและอัตราตายที่สูงที่สุดของจังหวัดน่าน และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดี คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ผ่านความร้อน</p> <p>1.4 เปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัยการปฏิบัติ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของตนเองที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรค</p>	<p>2. เจ้าหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ให้ความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม วันที่ 12 พ.ย. 2558 และแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ให้ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นระยะโดยการเคาะประตูบ้านและโทรศัพท์แจ้งเตือนล่วงหน้า</p>

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>1.5 ชี้ให้เห็นความสามารถในตนเองของกลุ่มเสี่ยง และสมาชิกครอบครัวที่จะทำให้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคลดลง เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงสุกสะอาด ถูกหลักอนามัย</p> <p>1.6 สอบถามความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค หากระบุว่ามั่นใจมาก จะรีบชื่นชม ให้กำลังใจ และสอบถามถึงวิธีการที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และปฏิบัติร่วมกับสมาชิกครอบครัว โดยขอติดตามผลการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป หากขาดความมั่นใจ จะสอบถามต่อเนื่องถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่มั่นใจและทางออกที่กลุ่มเสี่ยงคิดว่าจะช่วยสร้างความมั่นใจได้</p> <p>เมื่อกลุ่มตัวอย่างพบทางออกแล้วอย่างน้อย 1 ประเด็น จะชื่นชม ให้กำลังใจและสอบถามถึงวิธีการที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและปฏิบัติร่วมกับสมาชิกครอบครัว โดยขอติดตามผลการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>2. การสนทนากลุ่มย่อย</p> <p>การสนทนากลุ่มย่อยจัดระหว่างเยี่ยมบ้านที่มีสมาชิกแต่ ละหลังอาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้วิจัยจะเชิญชวนให้มา พูดคุยร่วมกัน สมาชิกในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ประกอบด้วย ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ อ.ส.ม. กลุ่มเสี่ยง และสมาชิกครอบครัว รวมประมาณ 6-7 คน จัดทั้งสิ้น จำนวน 2 ครั้ง ตามที่เวลาและโอกาสอำนวยระหว่าง สนทนากลุ่มย่อย ดำเนินการดังนี้</p> <p>2.1 ผู้วิจัยเล่าถึงสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่ได้จาก การซักถามระหว่างการเยี่ยมบ้าน และสอบถาม ความเห็นของสมาชิกกลุ่มต่อสาเหตุเหล่านั้น พร้อม สอบถามเหตุผล</p> <p>2.2 ผู้วิจัยสอบถามวิธีที่กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี พร้อม เหตุผลและบอกเล่าเพิ่มเติมถึงวิธีป้องกันตนเองที่ได้จาก การสอบถามระหว่างการเยี่ยมบ้าน</p>	<p>ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ</p> <p>1. การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้วิจัย กลุ่มเสี่ยงสมาชิกครอบครัวและ ทีมบุคลากรสุขภาพทำให้เกิดการ ร่วมมือ ช่วยกันแสดงความคิดเห็น เมื่อ มีข้อสงสัยได้มีการซักถาม ช่วยกันหา คำตอบและมีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน</p> <p>2. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บอก เล่าสถานการณ์จริงในการป้องกัน และ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ป้องกันโรคของสมาชิกในครอบครัว</p>

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>2.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัยต่อสมาชิกที่มีวิธีปฏิบัติตนที่ดี</p> <p>2.4 ชี้ให้กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว เห็นความสามารถในตนเองของกันและกัน ที่จะทำให้ออกาสเสี่ยงต่อโรคมาเร็งท่อน้ำดีลดลง โดยเน้นให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี และช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันเพื่อช่วยให้สมาชิกบ้านใกล้เคียงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค</p> <p>2.5 สอบถามความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการช่วยเหลือสมาชิกที่อยู่บ้านใกล้เคียงเป็นรายบุคคล หากมั่นใจจะรีบชื่นชมให้กำลังใจและให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงวิธีที่จะลงมือปฏิบัติ และสมาชิกที่จะสามารถเป็นแกนนำชักชวนสมาชิกอื่นปฏิบัติ ตามโดยจะติดตามผลระหว่างการเยี่ยมบ้าน</p>	

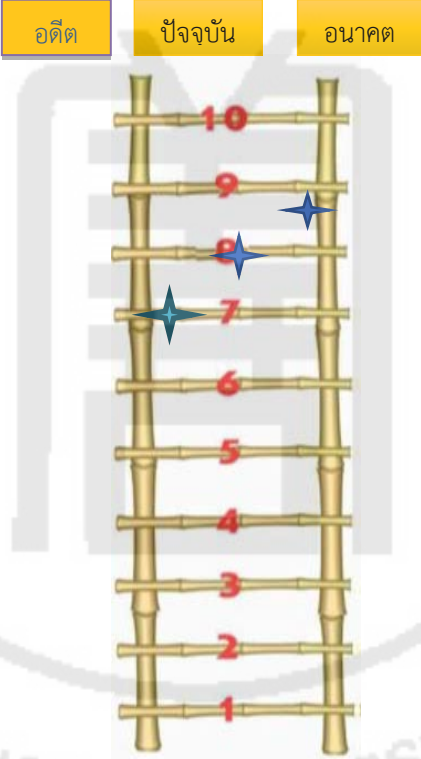
ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
<p>ระยะที่ 2 สร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี</p>	<p>12 พฤศจิกายน 2558</p>	<p>3. การประชุม</p> <p>เป็นการจัดเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่ได้จากแบบสอบถามต่อประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องสถานที่ คือ ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านหลวง ผู้เข้าประชุม จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง 10 คน ตัวแทนสมาชิกครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง 10 คน เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. 6 ท่าน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน กิจกรรมระหว่างการประชุมตามลำดับดังนี้</p> <p>3.1 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร) ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี การใช้ยาฆ่าพยาธิ มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพศ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัว มีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05</p>	<p>- สะท้อนความเป็นจริงของสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและร่วมกันถ่ายทอดประสบการณ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและครอบครัวทำให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักและตื่นตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี</p>

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>3.2 ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อผลสำรวจและปัจจัยที่พบพร้อมสอบถามเหตุผลต่อความคิดเห็นนั้น ๆ</p> <p>3.3 กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดปัญหาและสาเหตุโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนด้วยเทคนิคบันไดไม้ไผ่ โดยให้เปรียบเทียบระหว่างอดีต (2 ปีที่ผ่านมา) ปัจจุบันและอนาคต (2 ปีข้างหน้า) กำหนดให้คะแนนอยู่ระหว่าง 1-10 แต่ละคะแนนเทียบเท่ากับบันไดไม้ไผ่ 1 ชั้น หลังจากนั้นนำคะแนนของทุกคนมาหาค่าเฉลี่ยเพื่อชี้ให้เห็นแนวโน้มของสถานการณ์</p>	<p>ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงสมาชิกครอบครัว บุคลากรสุขภาพและร่วมกันสะท้อนปัญหาโดยเริ่มจากการสนทนากลุ่มเล็ก ๆ และขยายเป็นกลุ่มย่อย ๆ - เกิดการประชุมกลุ่มย่อยอย่างไม่เป็นทางการ เกิดการรับฟังความคิดเห็นของแต่ละฝ่าย - กิจกรรมที่จัดขึ้นมีความยืดหยุ่นตามบริบทของชุมชน - การสร้างความมั่นใจกับกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ให้ร่วมกันคิดรูปแบบกิจกรรมที่ง่ายต่อการปฏิบัติ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จ

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> อดีต ปัจจุบัน อนาคต </div>  <p style="text-align: center;">รูปที่ 4 สถานการณ์โรคมะเร็งเรื้อรังที่หน้าดีของชุมชนตำบลป่าคาหลวง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างพลังอำนาจโดยให้กลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ริเริ่มทำกิจกรรมส่งต่อความรู้ ชี้แนะสิ่งที่เกิดประโยชน์แก่คนในชุมชนต่อไป - การบอกต่อในชุมชนถึงประโยชน์ที่ได้รับ และทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในชุมชนมากขึ้น ทำให้เกิดการเกื้อกูลช่วยเหลือกันภายในชุมชนมากขึ้น - ประสานความร่วมมือให้เกิดประโยชน์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการพัฒนาบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>3.3 ผู้วิจัยใช้ผลจากเทคนิคบันไดไม้ไผ่ ชักชวนให้ ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันออกแบบโครงการหรือ กิจกรรมที่เห็นว่าช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหา โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบท พื้นที่พร้อมสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมถึงความเป็นไป ได้จนกว่าจะได้ข้อสรุปว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยผู้ปฏิบัติตั้ง กลุ่มเสี่ยงผู้สนับสนุน สมาชิกใน ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ดังรูปที่ 5</p>  <p>รูปที่ 5 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมประชุมออกแบบ โครงการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>โครงการที่ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นความเป็นไปได้ที่จะแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบครัวยุติการด้วยสารวัตรอาหาร 2. รณรงค์เลิกกินปลาดิบ 3. ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี 	
<p>ระยะที่ 3 ลงมือปฏิบัติและประเมินผล</p>	<p>23-24 พฤศจิกายน 2558</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง และตัวแทนสมาชิกครอบครัว ดำเนินการจัดประชุมกลุ่มย่อย 2 ครั้ง ในวันที่ 23-24 พ.ย. 2558 เพื่อกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละโครงการ แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นของแต่ละฝ่าย ผู้วิจัยโน้มน้าวให้ทุกฝ่ายตั้งศักยภาพของตนมาใช้หาผู้รับผิดชอบโครงการโดยให้ความสำคัญของส่วนรวมเป็นหลัก 	<p>เกิดสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. และบุคลากรสุขภาพ มีการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกันเกิดความภาคภูมิใจที่สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแต่ละกิจกรรม เกิดกิจกรรมการป้องกันโรคที่ยั่งยืน</p>

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
	30 พฤศจิกายน 2558	<p>กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>1. นัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดรูปแบบการอบรมให้ความรู้ วางแผนการดำเนินกิจกรรมและกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการทำงานดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือและแผ่นพับความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกันโรค โดยมีเนื้อหา ดังนี้ สถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน สาเหตุอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและวิธีการป้องกันโรค - กำหนดวันจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี - กำหนดวันลงเยี่ยมบ้านที่กลุ่มเสี่ยงไม่ได้เข้าร่วมประชุมโดยประสานงานวันและเวลาเยี่ยมพร้อมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ความรู้และแจกคู่มือและแผ่นพับความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี 	


ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>การดำเนินกิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดจัดกิจกรรมวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 จัดจำนวน 2 รอบ เช้า - บ่าย สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านหลวง - ผู้วิจัยรับหน้าที่เป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี - แจกเอกสารประกอบคำบรรยาย ได้แก่คู่มือความรู้ และแผ่นพับโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกันโรค  <p>รูปที่ 6 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี แก่กลุ่มเสียงและสมาชิกครอบครัว</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		 <p>รูปที่ 7 คู่มือความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี</p>  <p>รูปที่ 8 แผ่นพับความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		 <p>รูปที่ 9 แผ่นพับความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>การประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง 4 ด้าน พบว่า 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า การติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้มากที่สุด 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ทรมาณจากอาการปวดมากที่สุด 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด 4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สุขภาพมาก่อนความอรร่อยมากที่สุด</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
	<p>ดำเนินกิจกรรมระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2559</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมอาหารปลอดภัยด้วยสารวัตรอาหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมอาหารปลอดภัยด้วยสารวัตรอาหาร และร่วมกันออกแบบบันทึกรายการอาหาร เพื่อให้ได้กลุ่มเสี่ยงบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวันที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี 2. จัดทำแบบบันทึกครอบครัวในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นตารางบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน 3. จัดประชุมเพื่อแจกแบบบันทึกรายการอาหารให้กับจำกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 ราย และแนะนำวิธีการลงบันทึกรายการอาหารที่รับประทาน ผู้ที่ไม่ได้มาร่วมประชุม เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม.ประสานงานวันและเวลาลงแจกตามบ้านพร้อมแนะนำวิธีการบันทึกรายการอาหาร 	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>4. กำหนดวันลงเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงโดยประสานงานวันและเวลาเยี่ยมพร้อมเจ้าหน้าที่เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>การดำเนินกิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดจัดกิจกรรมวันที่ 25 มีนาคม 2559 สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านหลวง - มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 48 ท่าน ประกอบด้วยกลุ่มเสี่ยง 20 ท่านและสมาชิกครอบครัว 20 ท่าน เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. จำนวน 8 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 2 ท่าน - ผู้วิจัยรับหน้าที่เป็นวิทยากรแนะนำวิธีการลงบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวันลงในแบบบันทึก - แจกแบบบันทึกครอบครัวในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีท่านละ 1 ชุด ดังรูปที่ 10 	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<div data-bbox="846 403 1061 687" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="1093 531 1487 571">รูปที่ 10 แบบบันทึกรายการอาหาร</p> <p data-bbox="1077 655 1285 687">ผลการดำเนินงาน</p> <p data-bbox="846 715 1592 1318">ผลการลงแบบบันทึกรายการอาหารของกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน พบว่า กลุ่มเสี่ยงหลังได้รับความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยไม่พบการรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงดิบ เช่น ลาบปลาดิบ ก้อยปลาดิบและปลาร้าดิบ แต่รับประทานลาบหมูดิบเฉลี่ยคนละ 1 ครั้งต่อเดือน จากการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงให้ข้อมูลเหมือนกันว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลาน้ำจืด ชาวบ้านจึงไม่กินปลาน้ำจืดดิบแต่เนื้อสัตว์ชนิดอื่นไม่มีพยาธิใบไม้ตับก็กินได้ แต่จะพยายามกินดิบให้น้อยที่สุด เพราะการกินดิบทำให้เกิดโทษมากกว่าเกิดประโยชน์ พบการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 55.0 เหลือร้อยละ 32.1 และดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากร้อยละ 63.3 เหลือร้อยละ 60.7</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
	<p>ดำเนินกิจกรรมระหว่างวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2559</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมพิชิตพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>1. นัดประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการรณรงค์ เลิกกินดิบ เน้นปรุงสุกถูกหลักอนามัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค และครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนและคอยให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมาดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น</p> <p>2. นัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรมและกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการทำงาน ได้รูปแบบกิจกรรมดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เภสัชกรจัดเตรียมยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ (Praziquantel) จำนวน 60 ชุด พร้อมเขียนวิธีรับประทานหน้าฉลากยา <div data-bbox="875 1034 1205 1318" data-label="Image"> </div> <p>รูปที่ 11 ยาถ่ายพยาธิ praziquantel สำหรับแจกให้กลุ่มเสี่ยงรับประทาน</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>- เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลบ้านหลวง จัดเตรียมภาชนะเก็บตัวอย่างอุจจาระ จำนวน 60 ชุด</p>  <p>รูปที่ 12 ภาชนะเก็บอุจจาระส่งตรวจ</p> <p>- พยาบาลเวชปฏิบัติแจกยาฆ่าพยาธิ (Praziquantel) ให้กลุ่มเสี่ยงคนละ 1 ชุด วันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 หลังจากทีไกลุ่มเสี่ยงได้เข้าประชุมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>- เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. แจกภาชนะเก็บอุจจาระแก่กลุ่มเสี่ยง วันที่ 25 มีนาคม 2559 และจัดเก็บอุจจาระส่งเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านหลวง วันที่ 30 เมษายน 2559</p>	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>ผลการดำเนินงาน</p> <p>ผลการตรวจจู่จาระกลุ่มเสี่ยง จำนวน 58 ราย ไม่พบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.7 จากสัมภาษณ์ให้คำตอบตรงกันว่ากลัวติดพยาธิใบไม้ที่เป็นสาเหตุโรคมะเร็งท่อน้ำดี จึงเลิกกินลาบปลาดิบตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ และสมาชิกครอบครัวช่วยกันดูแลไม่ทำลาบปลาดิบ ถ้าจะกินต้องคั่วให้สุกก่อน และช่วยกันให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค</p>	
<p>ระยะที่ 4 การศึกษาผลการสร้างส่วนร่วม</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะนี้เป็นการศึกษาผลของการสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนให้ดำเนินต่อไปได้ จึงเน้นการประเมินการทำงานตามบทบาทหน้าที่ 2. การสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและแสดงความคิดเห็นในการปรับการดำเนินการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมที่มีการทำงานร่วมกันและใช้ทุนสังคมของชุมชนเพื่อให้เกิดความมั่นคงและต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชน 	<p>ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เกิดสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. และบุคลากรสุขภาพ มีการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดกิจกรรมการป้องกันโรคที่ยั่งยืน

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>กิจกรรมที่ 4 การเยี่ยมบ้าน</p> <p>1. นัดประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี เปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อร่วมกันเรียนรู้และหาวิธีแก้ปัญห</p> <p>2. นัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรมและกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการทำงาน ได้รูปแบบกิจกรรม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกันคิดรูปแบบและวางแผนการลงเยี่ยมบ้าน - กำหนดระยะเวลาลงเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวทุกรายอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยกำหนดให้ครั้งที่ 1 พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ลงเยี่ยม ครบ 60 ราย 	<p>2. การได้รับความเชื่อมั่นและไว้วางใจจากคนในชุมชน มีการพูดคุยและมีการขยายผลสู่การปฏิบัติของคนในชุมชน โดยทุกภาคส่วนในชุมชนร่วมกันวางแผนการกิจกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน มุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ในชุมชนเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงให้มีปฏิสัมพันธ์ ของคนในชุมชน ทำให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างคนในชุมชนเพิ่มขึ้นส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นไปอย่างยั่งยืน</p> <p>ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประชุมกลุ่มโดยเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและความเปลี่ยนแปลงด้านการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>ครั้งที่ 2 เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ลงเยี่ยมเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คอยให้กำลังใจ และเป็นพี่ปรึกษาเบื้องต้นเมื่อมีปัญหา ดังรูปที่ 13 – 15</p> 	<p>- การให้ทุกฝ่ายสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และแสดงความคิดเห็นในการปรับการดำเนินงาน</p>

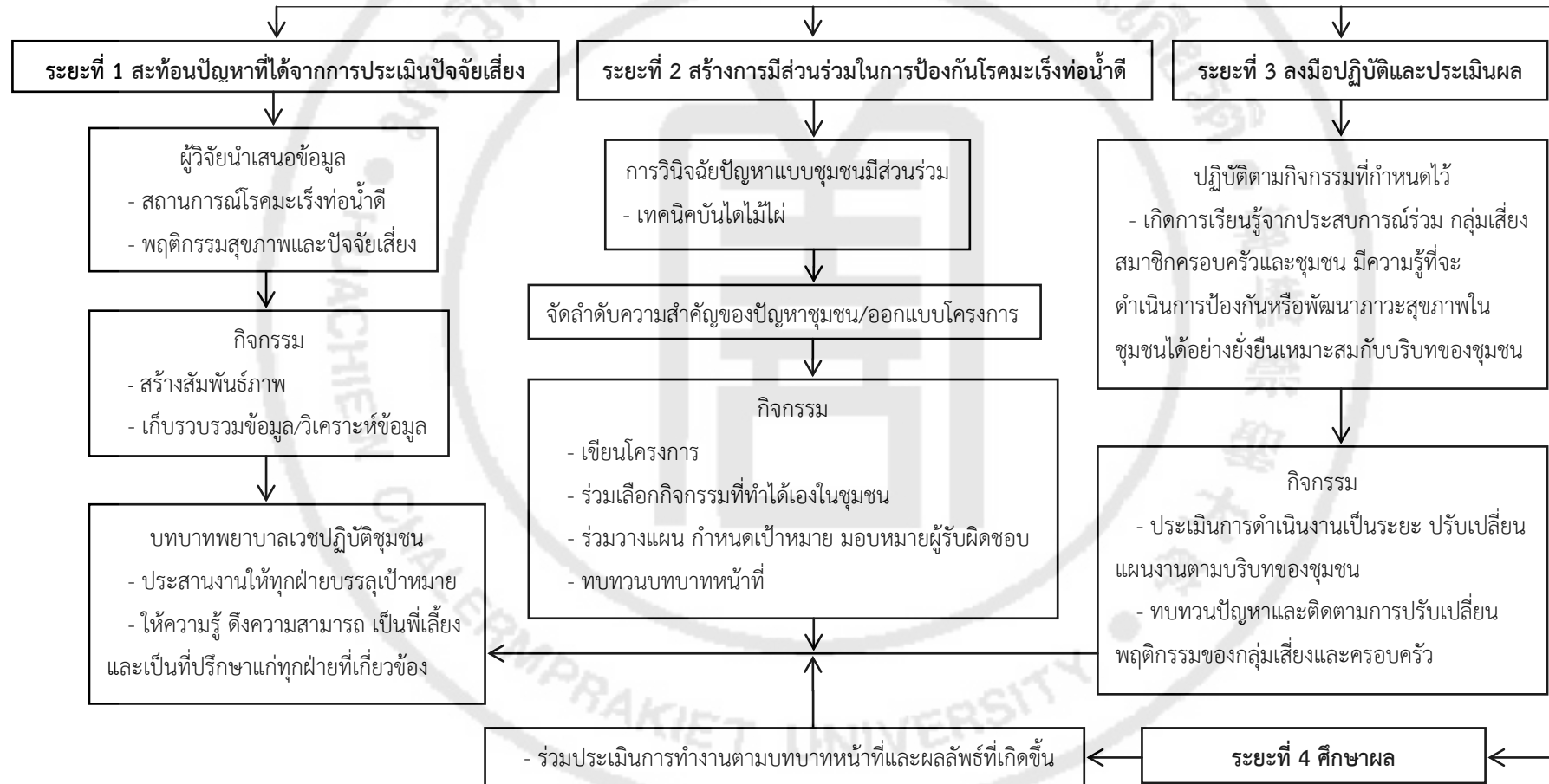
ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<p>รูปที่ 13 ถึงรูปที่ 15 พยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ลงเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวเพื่อติดตามผลการดำเนินกิจกรรมผลการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง พบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลังได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีทุกกลุ่มเสี่ยง คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยเลิกกินลาบปลาดิบเปลี่ยนเป็นการนำมาคั่วให้สุกก่อน โดยสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมช่วย และให้การสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค - มีการสูบบุหรี่ลดลงจาก ร้อยละ 55.0 เหลือร้อยละ 32.1 เพราะเกิดความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งขึ้น จึงพยายามลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค - ดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจาก ร้อยละ 63.3 เหลือร้อยละ 60.7 ซึ่งกลุ่มเสี่ยงขนาดใหญ่ยังคงดื่มอยู่ โดยให้เหตุผลตรงกันว่า “ดื่มครั้งละไม่มาก เพื่อการเจริญอาหาร” 	

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กระบวนการมีส่วนร่วม	ระยะเวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ มีความตระหนักในเรื่องของการป้องกันการเกิดโรคเพิ่มขึ้น และมีการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวกันมากขึ้นโดยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและเพิ่มการออกกำลังกายกันมากขึ้น - การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและร่วมกันแก้ไขปัญหา และชักชวนให้สมาชิกในครอบครัวหันมาดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น มีการให้กำลังใจเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเลิกพฤติกรรมเสี่ยงได้ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเช่นกัน และชักจูงกันให้มาออกกำลังกาย 	

แผนภูมิที่ 6 การสร้างส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี



4.6 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของชุมชนป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

ผู้วิจัยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงหลังการสร้างส่วนร่วม การรับรู้ที่ประเมินผล ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีรวมทั้งประเมินผล การตรวจจูงจาะหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดไว้ดังนี้

4.6.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการสร้างส่วนร่วม

จะเห็นได้ว่า กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการสร้างส่วนร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยโดยรวมก่อนการสร้างส่วนร่วม 2.98 และค่าเฉลี่ยโดยรวมหลังการสร้างส่วนร่วม 3.0) แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการสร้างส่วนร่วม (ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคก่อนการมีส่วนร่วม 2.73 และค่าเฉลี่ยหลังการมีส่วนร่วม 2.98 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคก่อนการมีส่วนร่วม 2.80 และค่าเฉลี่ยหลังการมีส่วนร่วม 3.00) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการสร้างส่วนร่วมในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การรับรู้ต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	\bar{X}		T-value	P-value
	ก่อน	หลัง		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	2.73	2.98	4.44	0.001**
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	2.82	2.93	1.84	0.070
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	2.80	3.00	3.84	0.001**
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	2.72	2.73	0.57	0.568
รวม	2.98	3.00	1.00	0.231

* P < .05 ** P < .001

4.6.2 การตรวจอุจจาระหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

หลังจากสร้างส่วนร่วม จำนวน 58 ราย ร้อยละ 96.6 เพื่อตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการตรวจไม่พบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 55 ราย ร้อยละ 91.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีการตรวจพบเชื้อพยาธิชนิดอื่นที่ไม่ใช่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 5.0 ไม่ได้เก็บอุจจาระส่งตรวจ จำนวน 2 ราย ร้อยละ 3.3 เนื่องจากไม่ได้อยู่ในพื้นที่ไปทำงานที่ต่างจังหวัด ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการตรวจอุจจาระหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ผลการตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน		ร้อยละ		P-value	
	จำนวน (n = 60)	ก่อน	หลัง	ก่อน		หลัง
ไม่พบ		0	55	0	91.7	0.001**

**P < .001

4.6.3 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว และบุคลากรสุขภาพการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

หลังการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ แล้ววิเคราะห์เชิงเนื้อหาปรากฏผลดังนี้

ด้านครอบครัว

1) เกิดความมั่นใจภาคภูมิใจและค้นพบศักยภาพในตนเองเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในชุมชน

หลังจากได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่แล้ว ได้มีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามเมื่อเกิดข้อสงสัยและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นร่วมวางแผนทำให้เกิดความภาคภูมิใจและค้นพบศักยภาพในตนเองด้านการป้องกันโรค ทำให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการทำบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น ข้อมูลสะท้อนที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

“...ผมได้ความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี และยังได้มีส่วนในการช่วยออกแบบกิจกรรมป้องกันโรคมะเร็งร่วมกับชาวบ้าน แล้วเขา

ก็ได้เอาไปใช้ประโยชน์จากสิ่งที่เราช่วยกันคิด เราก็รู้สึกภูมิใจนะ ...” C01

“...แม่เป็นแม่บ้านจะคอยควบคุมเรื่องอาหารการกินภายในบ้าน ไม่ให้มีการกินลาบปลาดิบแต่ถ้าจะกินก็ต้องคั่วให้สุกก่อนทุกครั้ง ครอบครัวยุคเราจะได้ไม่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี สุขภาพต้องมาก่อน ความอร่อย...” D01

“...ครอบครัวยุคเราช่วยกันดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อหมอมานำเสนอความรู้ใหม่ ๆ เราก็เอามาคุยกันภายในครอบครัวเพื่อให้ทุกคนรู้เหมือน ๆ กัน เมื่อมีปัญหาถ้าเราจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้ มันก็เกิดความภูมิใจนะ...” C01

“...เมื่อเรามีข้อสงสัย ต้องการความช่วยเหลือหรือช่วยในการตัดสินใจ เราก็จะถามผู้ที่เคยประสบการณ์มาก่อนเราจะทำได้ทำถูก ไม่ต้องไปลองผิดลองถูก ถ้าเค้าบอกว่าดีเราก็ทำตามไปเลยแต่เราก็ต้องพิจารณาความถูกต้องด้วยนะ...” D01

2) เข้าใจมากขึ้นว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาที่ทุกคนต้องเริ่มต้นปรับพฤติกรรมของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

จากการกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการป้องกันโรค กิจกรรมเอื้อในเวลาในแต่ละครอบครัวสะดวก ทำให้กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ อสม. ได้พูดคุยใกล้ชิดกันมากขึ้น ตั้งแต่การรับทราบปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ การจัดกิจกรรมทำให้ทุกฝ่ายเปิดใจยอมรับ และเข้าใจเจตนาดีของบุคลากรสุขภาพที่ต้องการให้ คนในชุมชนปรับพฤติกรรมโดยเริ่มจากตนเอง สมาชิกในครอบครัวที่ต้องช่วยกันปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะแม้จะทราบสาเหตุว่าเกิดจาก การติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ แต่ถ้ายังไม่เลิกบริโภคปลาที่ปรุงไม่สุก ก็จะไม่สามารถจัดการปัญหานี้ได้ ดังข้อมูลสะท้อนที่ได้

“...เมื่อก่อนเจ้าหน้าที่มาแนะนำก็ไม่ค่อยเชื่อ แต่ตอนนี้รู้ว่ามันเป็นอันตรายเป็นแล้วรักษาไม่หาย ตายอย่างเดียว กลับมาบ้านเราก็ช่วยเตือนอีก ถ้าจะกินลาบปลาเราก็คั่วให้สุกก่อน เขาก็กินนะ เขาเองก็ไม่อยากเป็นมะเร็ง ก็เมื่อก่อนเราไม่รู้ แต่ตอนนี้รู้แล้ว ก็จะช่วย ๆ กันดูแล ...” G01

“...ตั้งแต่เข้าโครงการ ทำให้เข้าใจโรคมะเร็งมากขึ้น มีตัวอย่างของคนในหมู่บ้านเยอะ ที่เป็นมะเร็งเป็นแล้วก็ตาย เราก็รู้ว่ามันติดจาก

การกินปลาน้ำจืดแบบดิบ ๆ ถ้าจะกินก็จะเอามาทำให้สุกก่อน แต่ที่สำคัญสอนลูกหลานเลยให้กินสุกทุกคน ไปดูได้เลยว่าเด็ก ๆ ที่นี้ไม่มีใครกินดิบกันเลย...” C01

“...การกินลาบปลาดิบ กินกันมาตั้งแต่ปู่ ย่า ตา ยาย ก่อนหน้านั้นเราไม่รู้ว่าคนที่ตายไปแล้วตายเพราะโรคมะเร็งท่อน้ำดี เราไม่รู้จัก แต่ตอนนี้เรารู้ว่าชาวบ้านตายด้วยโรคนี้อันเยอะ มันเป็นปัญหาที่พวกเราทุกคน ต้องช่วยกันรณรงค์ไม่กินปลาดิบกัน เพื่อให้หมู่บ้านเราปลอดภัยจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี...” D01

3) ครอบครัวช่วยเตือนและดูแลกันให้ตระหนักถึงสาเหตุในเรื่องของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

หลังจากที่ชุมชนเกิดอัตราการตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง สมาชิกในหลายครอบครัวพูดคุยกันมากขึ้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ภายในครอบครัวมีการดูแลซึ่งกันและกันเรื่องเลิกการบริโภคอาหารดิบๆสุกๆ

“...คนที่บ้านให้ความร่วมมือ เราคั่วลาบปลาให้สุกอย่างเดียว ไม่เหมือนเมื่อก่อนต้องแกลบดิบไว้ต่างหาก ...” C01

“...ที่บ้านพูดคุยกันเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น รู้สึกตื่นตัวที่จะป้องกันโรค ตั้งแต่เลือกซื้อจนถึงทำอาหารเลย ทำให้เราใส่ใจสุขภาพเพิ่มขึ้น...” D01

“...ช่วยกันดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว อยากรู้คนในบ้านแข็งแรงไม่เป็นโรคจะได้อยู่กันนาน ๆ ...” H01

บุคลากรสุขภาพ

1) มั่นใจที่จะในการเป็นแกนนำรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จากเดิมที่ชาวบ้านพอมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีมาแล้ว แต่ไม่นำสู่การปฏิบัติ แต่เมื่อได้รับความรู้เพิ่มเติมจากโครงการ และได้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน พบว่า ช่วยให้มีภาระนึ่งการทำงานเป็นทีมและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ โดยเน้นการปฏิบัติมากกว่าการแจกเอกสาร ทำให้เกิดการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

“...เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ ๆ จะส่งต่อข้อมูลให้กับตัวแทนชาวบ้าน โดยมีการจัดประชุมประจำเดือนในหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมกับแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เสนอปัญหา

ภาวะสุขภาพให้ชุมชนรับทราบ ทำประชาคมหมู่บ้าน คิดปัญหา
ร่วมกัน ได้เป็นโครงการที่เราจะทำต่อ 3 โครงการ คือ เรื่องการณรงค์
ไม่บริโภคอาหารดิบ การลดเหล้า และการปลูกผักปลอดสารพิษ...”

A001

“...โครงการสารวัตรอาหารเป็นการณรงค์ไม่บริโภคอาหารดิบ
ชาวบ้านช่วยกันเสนอความคิดเห็น ได้ข้อสรุปเลิกกินปลาดิบ ซึ่งตรง
กับใจที่อยากให้เกิดอยู่แล้ว เน้นการทำงานเป็นทีมและมี
ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้เกิดความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของผู้มี
ส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ...” B001

“...โครงการการลดใช้ยาฆ่าแมลง เกิดจากชาวบ้านส่วนใหญ่ปลูก
ข้าวโพดใช้ยาฆ่าแมลงจำนวนมาก เสนอเรื่องการใช้สารเคมีในที่
ประชุมอำเภอ ตอนนี้อยู่บรรจุเป็นวาระของอำเภอ เรื่องลดการใช้
สารเคมี โดยเน้นให้ใช้สารชีวภาพ ทำให้มีกำลังใจในการเป็นแกนนำ
ป้องกันโรคมะเร็งในชุมชน ที่ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญและเกิด
ความตระหนักที่จะแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ในชุมชนหาบุคคลต้นแบบ
เรื่องการใช้สารอินทรีย์แทนการใช้สารเคมี ได้ผู้ใหญ่บรรจุเป็นผู้
ถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน เพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป...” B001

2) เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ได้พัฒนาองค์ความรู้ สามารถให้คำแนะนำการป้องกันโรคเบื้องต้น
แก่คนชุมชนได้

ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้มีการสะท้อนให้กลุ่มเสี่ยง
และครอบครัวได้เห็นปัญหาและกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ทบทวนบทบาทหน้าที่ของตน
และร่วมกันแก้ไขปัญหา และมีการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ให้มีความรู้และ
สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวรวมถึงคนในชุมชนได้ และได้มีการติดตาม
ประเมินผลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

“...การอบรมให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี ทำให้ อ.ส.ม. มีความรู้
เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น มีความมั่นใจที่จะไปให้คำแนะนำกับ
ชาวบ้านในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะเรื่องการกิน
อาหารดิบ ๆ สุก ๆ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค ถ้าชาวบ้าน
มีปัญหาถาม ก็สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ ชาวบ้านก็รับฟัง

และปฏิบัติตาม เป็นความภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งทีในการดูแลคนในชุมชน...” A001

“...ชาวบ้านให้ความร่วมมือกับโครงการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดี มีการตื่นตัว ธารรงค์ไม่กินดิบ ชาวบ้านตระหนักในเรื่องของการป้องกันโรคกันเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. มีส่วนช่วยให้การทำงานของเจ้าหน้าที่ในการลงพื้นที่มาก มีองค์ความรู้และมีความตั้งใจติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของโครงการประสบความสำเร็จ...” B001

3) บุคลากรติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของการป้องกันโรคในชุมชน

ติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเสี่ยง ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการสร้างความตระหนัก เสริมสร้างแรงจูงใจและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไปตามปัญหาและความต้องการ วิธีการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

“...การดำเนินงานในพื้นที่ เรามีเจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. เป็นตัวกลางระหว่างชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่ โดยเป็นผู้ประสานงาน นำข้อมูลข่าวสารไปแจ้งให้กับชาวบ้าน หรือเมื่อมีปัญหาจะมาแจ้งเจ้าหน้าที่ ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง...” A001

“...การจัดกิจกรรมสารวัตรอาหารดีมาก ทำงานเป็นทีม เห็นถึงความร่วมมือ ร่วมแรงของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงเรียนรู้ร่วมกัน มีส่วนร่วมกำหนดวิธีการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีในชุมชน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ได้รับการประเมินผลด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ...” B001

“...โครงการที่ร่วมกันคิดกับชาวบ้าน ได้บรรจุเป็นวาระของหมู่บ้าน ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ทำให้โครงการดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เช่นโครงการลดเหล้า และสารวัตรอาหาร ...” B001

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดี กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างหลัก คือ กลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดีที่มีอายุ 30 – 60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการศึกษาและบำบัดโรคมาเร็งเซลล์ตับและท่อน้ำดี อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ผลมีข้อบ่งชี้ได้รับการตรวจจักษุแล้วพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมีประวัติการได้รับยาฆ่าพยาธิชนิด Praziquantel ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโครงการ จำนวน 60 คน กลุ่มครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ คือ พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลบ้านหลวง จำนวน 3 ท่าน และเจ้าหน้าที่ อสม. ตำบลป่าคาหลวง

วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดี ด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ ที่มีผลต่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีใช้การเปรียบเทียบเนื้อหาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีหลังการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยสถิติ Paired t-test และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดี

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ร้อยละ 50.00 มากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.00 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 53.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.30 ไม่ได้รับการศึกษาถึงระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.70 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 76.70 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 71.7 ครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคมาเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 86.70

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ร้อยละ 55.00 สูบมากกว่า 5 มวน ต่อวัน ร้อยละ 69.70 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ มากกว่า 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 75.80 นิยมสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.50 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 63.30 ดื่มน้อยกว่า 5 แก้ว ต่อวัน ร้อยละ 8.60 อายุที่เริ่มดื่มมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 94.70 นิยมดื่มเหล้าขาว ร้อยละ 57.90 ทุกกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจอุจจาระหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับทราบว่าพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 73.30 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 51.70 รับประทานยาฆ่าพยาธิตามการรักษา ของบุคลากรทางสุขภาพ ร้อยละ 68.30 ซื้อยาฆ่าพยาธิมารับประทานเอง ร้อยละ 31.70 จำนวนครั้งที่ รับประทานยาฆ่าพยาธิ น้อยกว่า 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 84.20 มีประวัติการสัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการทำ เกษตรกรรม ร้อยละ 75.00

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง พบว่า รับประทานสัตว์น้ำจืดแบบดิบ ๆ ร้อยละ 86.70 มีความถี่ในการรับประทานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 53.80 รับประทานอาหารหมักดอง แบบดิบ ๆ ร้อยละ 86.70 ความถี่ในการรับประทานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 57.70 รับประทานเนื้อสัตว์ ที่ผ่านการแปรรูป ร้อยละ 61.00 ความถี่ในการรับประทานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 81.10

การรับรู้ต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมระดับสูง ($\bar{X}=2.73$, S.D.=0.45) โดยรับรู้ว่าการติดเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้มากที่สุด ($\bar{X}=2.77$, S.D.=0.43) รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ ทำให้มีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพราะในบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.58) และ การรับประทานอาหารหมักดองทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ($\bar{X}=2.67$, S.D.=0.48) ส่วนข้อที่ รับรู้น้อยที่สุด คือ การรับประทานยาฆ่าพยาธิเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี ($\bar{X}=2.30$, S.D.=0.56)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมระดับสูง ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.47) โดยรับรู้ว่าการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ทรมาณจากอาการปวดมากที่สุด ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 0.46) รองลงมา คือ มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หากพบว่าตาเหลือง ตัวเหลือง ปวดชายโครงขวา หรือมีอาการท้องโต ($\bar{X}=2.78$, S.D.=0.42) และมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าปกติ ($\bar{X}=2.77$, S.D.=0.50) ข้อที่รับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่อันตรายเพราะมียารักษา หายได้ ($\bar{X}=1.85$, S.D.=0.58)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมในระดับสูง ($\bar{X}=2.80$, S.D.=0.40) โดยรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากที่สุด ($\bar{X} = 2.8$, S.D. = 0.46) รองลงมา คือ การได้รับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ($\bar{X}=2.80$, S.D.=0.44) และการรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงสุก และสะอาดสามารถป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ ($\bar{X}=2.75$, S.D.=0.47) การซื้อยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ

มารับประทานเป็นประจำสามารถป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้เป็นข้อที่รับรู้่น้อยที่สุด ($\bar{X}=1.93$, S.D.=0.66)

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมระดับสูง ($\bar{X}=2.72$, S.D.=0.45) โดยรับรู้ว่าคุณภาพมาก่อนความอร่อยมากที่สุด ($\bar{X}=2.90$, S.D.=0.30) รองลงมา คือ เลือกกินสุกถึงแม้ว่ารสชาติจะเสียไป ก็ยินดีปฏิบัติ เพราะกลัวเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ($\bar{X}=2.87$, S.D.=0.39) และการล้างผักหรือผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทานทำให้เสียเวลา ($\bar{X}=2.62$, S.D.=0.74) ข้อที่รับรู้อุปสรรคน้อยคือการเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก ($\bar{X}=2.07$, S.D.=0.86)

5.1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง คือ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร) ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการรับรู้ ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี การใช้ยาฆ่าพยาธิมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดี เพศ มีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ .01 สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัว มีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็ง ท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ปัจจัยด้านครอบครัว ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบ ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดีถูกต้องบางส่วน และขาดการนำไปปฏิบัติ 2) การกินยาถ่ายพยาธิเป็นวิธีที่สมาชิกบางคนในหลายครอบครัวใช้ป้องกันการ เป็นโรคเพราะเชื่อว่าฆ่าพยาธิไปไม่ดับ ทำให้ยังรับประทานดิบตามที่คุ้นชินโดยไม่กังวล 3) สมาชิก ที่ป้องกันตนเองจากโรคได้อย่างถูกต้องจะใช้หลากหลายวิธี เพื่อให้สมาชิกคนอื่นค่อย ๆ ปรับตัวจนกว่า จะคุ้นชินหรือยอมรับได้

ปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) ป้องกันโรคและแก้ไขโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการดำเนินโครงการและ กิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นระดับชุมชนมากกว่าระดับบุคคล 2) จำนวนบุคลากรสุขภาพมีจำกัด เครื่องมือไม่ทันสมัยเมื่อเทียบกับปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่

5.1.3 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การสร้างมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี สามารถแบ่งกระบวนการ สร้างส่วนร่วมได้ 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 สะท้อนปัญหาที่ได้จากการประเมินปัจจัยเสี่ยง

กิจกรรมที่ดำเนินการในระยะนี้ ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้าน ผู้ร่วมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ อ.ส.ม. กลุ่มเสี่ยงทุกรายจะได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง ระหว่างการเยี่ยมบ้านดำเนินการดังนี้ 1.1) สะท้อนสาเหตุของปัญหาให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายพร้อมกับ

สมาชิกครอบครัวรับทราบ 1.2) ซึ่ให้กลุ่มเสี่ยงแต่ละรายเห็นว่าสาเหตุที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ การรับประทานปลาน้ำจืดที่นำมาปรุงแบบดิบ ๆ ไม่ผ่านความร้อน ซึ่งทำให้มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี 1.3) ซึ่แจ้งสถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน 1.4) เปิดโอกาสให้และสมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัยการปฏิบัติ 1.5) ซึ่ให้เห็นความสามารถของตนเองของกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวที่จะทำให้อาสาเสี่ยงที่จะเป็นโรคลดลง 1.6) สอบถามความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค หากมั่นใจจะได้รับการชื่นชม ให้กำลังใจ หากไม่มั่นใจจะสอบถามและช่วยกันหาวิธีการแก้ไข

2) การสนทนากลุ่มย่อย จัดจำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ 2.1) ผู้วิจัยสะท้อนสาเหตุและปัญหาให้กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวทราบและให้ร่วมกันคิดว่าสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีปัจจัยอะไรบ้าง 2.2) ผู้วิจัยซึ่ให้เห็นสาเหตุที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.3) เปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค

ระยะที่ 2 สร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

จัดประชุมเพื่อผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม มานำเสนอให้กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวทราบ เพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการดังนี้ 1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร) ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี การใช้ยาฆ่าพยาธิ มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว มีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อผลสำรวจและปัจจัยที่พบพร้อมสอบถามเหตุผลต่อความคิดเห็นนั้น ๆ 3) กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดปัญหาและสาเหตุโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนด้วยเทคนิคบันไดไม้ไผ่ โดยให้เปรียบเทียบระหว่างอดีต (2 ปีที่ผ่านมา) ปัจจุบันและอนาคต (2 ปีข้างหน้า) กำหนดให้คะแนนอยู่ระหว่าง 1-10 แต่ละคะแนนเทียบเท่ากับบันไดไม้ไผ่ 1 ขั้น หลังจากนั้นนำคะแนนของทุกคนมาหาค่าเฉลี่ยเพื่อซึ่ให้เห็นแนวโน้มของสถานการณ์ 4) นำผลจากเทคนิคบันไดไม้ไผ่ซักชวนให้ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันออกแบบโครงการหรือกิจกรรม โดยกำหนดเป้าหมายว่าช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทพื้นที่ พร้อมสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมถึงความเป็นไปได้จนกว่าจะได้ข้อสรุปว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของโครงการที่ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นความเป็นไปได้ที่จะแก้ไขปัญหาระดับโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ได้แก่ 1) ครอบครัวปลอดภัยด้วยสารวัตธาอาหาร 2) รมรงค์เล็กกินปลาดิบ 3) ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ระยะที่ 3 การลงมือปฏิบัติและประเมินผล

ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงและตัวแทนสมาชิกครอบครัว ดำเนินการจัดประชุมกลุ่มย่อย 2 ครั้ง เพื่อกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละโครงการ แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นของแต่ละฝ่าย ผู้วิจัยโน้มน้าวให้ทุกฝ่ายตั้งศักยภาพของตนมาใช้ หากผู้รับผิดชอบโครงการโดยให้ความสำคัญของส่วนรวมเป็นหลัก

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี
การดำเนินกิจกรรม

นัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดรูปแบบการอบรมให้ความรู้ วางแผนการดำเนินกิจกรรมและกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการทำงานดังนี้

1) จัดทำคู่มือและแผ่นพับความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีเนื้อหา ดังนี้ สถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน สาเหตุ อาการ และวิธีการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2) กำหนดวันจัดอบรมวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558

ผลการดำเนินกิจกรรม

การประเมินผลการรับรู้ต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง 4 ด้าน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า โรคมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ทรมาณจากอาการปวด ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สุขภาพมาก่อนความอโรยมากที่สุด

กิจกรรมที่ 2 อาหารปลอดภัยด้วยสารวัตรอาหาร
การดำเนินกิจกรรม

1) นัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมอาหารปลอดภัยด้วยสารวัตรอาหาร และร่วมกันออกแบบบันทึกรายการอาหาร เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้ลงบันทึกรายการอาหารที่รับประทานที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2) จัดประชุมวันที่ 25 มีนาคม 2559

ผลการดำเนินกิจกรรม

การลงแบบบันทึกรายการอาหารของกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน พบว่า หลังได้รับความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค โดยไม่พบการรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงดิบ เช่น ลาบปลาดิบ ก้อยปลาดิบ และปลาจืด แต่รับประทานลาบหมูดิบเฉลี่ยคนละ 1 ครั้งต่อเดือน จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเหมือนกันว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากการติดเชื้อ

พยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลาน้ำจืด ชาวบ้านจึงไม่กินปลาน้ำจืดดิบแต่เนื้อสัตว์ชนิดอื่นไม่มีพยาธิใบไม้ตับ ก็กินได้ แต่จะพยายามกินดิบให้น้อยที่สุด เพราะการกินลาบดิบทำให้เกิดโทษมากกว่าเกิดประโยชน์ พบการสูญบุหรืลดลงจาก ร้อยละ 55.0 เหลือ ร้อยละ 32.1 และดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจาก ร้อยละ 63.3 เหลือ ร้อยละ 60.7

กิจกรรมที่ 3 พิชิตพยาธิใบไม้ตับ

การดำเนินกิจกรรม

1) นัดประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการรณรงค์ เลิกกินดิบ เน้นปรุงสุกถูกหลักอนามัย เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนและคอยให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างหันมาดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

2) นัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรมและกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการทำงาน ได้รูปแบบกิจกรรมดังนี้

- เกสัชกรจัดเตรียมยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ (Praziquantel) จำนวน 60 ชุด พร้อมเขียนวิธีรับประทานหน้าฉากยา

- เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลบ้านหลวง จัดเตรียมภาชนะเก็บตัวอย่างอุจจาระ จำนวน 60 ชุด

- พยาบาลแจกยาฆ่าพยาธิ (Praziquantel) ให้กลุ่มเสี่ยงคนละ 1 ชุด วันที่ 30 พฤศจิกายน 2558

- เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. จัดเก็บอุจจาระส่งเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านหลวง วันที่ 30 เมษายน 2559

ผลการดำเนินงาน

ผลการตรวจอุจจาระกลุ่มเสี่ยง จำนวน 58 ราย ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมพิชิตพยาธิใบไม้ตับ ไม่พบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.7 จากการสอบถามให้คำตอบตรงกันว่ากลัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี จึงเลิกกินลาบปลาดิบตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการและสมาชิกครอบครัวช่วยกันดูแลไม่ทำลาบปลาดิบกินภายในครอบครัว ถ้าจะกินลาบปลาดิบจะคั่วให้สุกก่อน

ระยะที่ 4 การศึกษาผลการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ระยะนี้เป็นการสร้างความต่อเนื่องของการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนให้ดำเนินต่อไป ซึ่งพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวมีความมั่นใจในศักยภาพของตนและการทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองเพิ่มขึ้น มีการสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงความคิดเห็นในการปรับแผน

ดำเนินงานและได้พบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและใช้ทุนทางสังคมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความมั่นคงและต่อเนื่องในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน

5.1.4 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของกลุ่มเสียงหลังการสร้างส่วนร่วม ประกอบด้วย

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของกลุ่มเสียงเปรียบเทียบก่อนและหลังการสร้างส่วนร่วม จะเห็นได้ว่ากลุ่มเสียงมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการสร้างส่วนร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยโดยรวมก่อนการสร้างส่วนร่วม 2.98 และค่าเฉลี่ยโดยรวมหลังการสร้างส่วนร่วม 3.00) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการสร้างส่วนร่วม (ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคก่อนการมีส่วนร่วม 2.73 และค่าเฉลี่ยหลังการมีส่วนร่วม 2.98 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคก่อนการมีส่วนร่วม 2.80 และค่าเฉลี่ยหลังการมีส่วนร่วม 3.00)

2) การวิเคราะห์หัตถบาทหน้าที่ของครอบครัวและบุคลากรสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสียง

ด้านครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการสร้างส่วนร่วมมีประเด็นดังนี้

1) เกิดความมั่นใจภาคภูมิใจและค้นพบศักยภาพในตนเองเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในชุมชน 2) เข้าใจมากขึ้นว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาที่ทุกคนต้องเริ่มต้นปรับพฤติกรรมของตนเองและสมาชิกในครอบครัว 3) ครอบครัวช่วยเหลือและดูแลกันให้ตระหนักถึงสาเหตุในเรื่องของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ด้านบุคลากรสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการสร้างส่วนร่วมมีประเด็นดังนี้

1) มั่นใจที่จะเป็นแกนนำรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 2) เจ้าหน้าที่ อ.ส.ม. ได้พัฒนาองค์ความรู้ สามารถให้คำแนะนำการป้องกันโรคเบื้องต้นแก่คนชุมชนได้ 3) บุคลากรติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของการป้องกันโรคในชุมชน

3) ผลการตรวจอุจจาระหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากการเก็บตัวอย่างอุจจาระของกลุ่มเสียงที่เข้าร่วมโครงการ ส่งอุจจาระตรวจ จำนวน 58 ราย ไม่พบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.7 พบเชื้อพยาธิชนิดอื่นไม่ใช่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0 และไม่ได้รับการตรวจเนื่องจากอยู่นอกพื้นที่ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 พบว่า หลังการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค กลุ่มเสียงมีการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5.2 อภิปรายผล

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อประชาชนอำเภอบ้านหลวง ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องดำเนินการให้เกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค เพื่อนำมาซึ่งรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน จากผลการวิจัยนำมาอภิปรายดังนี้

5.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง คือ ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร) ระดับการศึกษา รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยด้านการรับรู้ พบว่า การใช้ยาฆ่าพยาธิมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว มีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ ส่งเสริม (2554) พบว่า มะเร็งท่อน้ำดีมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทาน อาหารที่ปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับ และสารไนโตรซามีน ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบูลย์ สิทธิถาวร (2548) พบว่า อายุและเพศเป็น ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดมะเร็ง ประวัติการกินยาขับพยาธิอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งได้ กล่าวคือ ในการติดเชื้อซ้ำในกลุ่มที่กินยาหลายครั้ง โดยตัวยาขับพยาธิอาจไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรง

5.2.2 การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

เป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นให้กลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยง สมาชิก ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ ต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี และกำหนดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและลงมือปฏิบัติตามกิจกรรม ซึ่งรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในครั้งนี้ได้นำการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง มาใช้กระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผลการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยรวมสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการสร้างส่วนร่วมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงทำให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ เข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้ระบบ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบบุคคล คือ กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ซึ่งเป็น องค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิสัมพันธ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามบทบาทหน้าที่ ระบบระหว่างบุคคล มีการสื่อสารภายในครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัว สร้างเป็นเป้าหมาย ร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง ระบบสังคมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การจัดการปัญหาของชุมชนมีการสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว บุคลากรสุขภาพและใช้เวที ประชาชนในการร่วมกันตั้งเป้าหมายและกำหนดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ร่วมกัน จากการศึกษาของ ดวงใจ สุวรรณพงศ์ (2551) ที่ได้นำการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาใช้ในการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผลการศึกษา พบว่า การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตน์ชรีญาภรณ์ คำราพิศ (2556) ได้นำผลของโปรแกรมการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนหลังการใช้โปรแกรมการปฏิสัมพันธ์สูงกว่าก่อนทดลองและยังพบว่า หลังการทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวลดลงกว่าก่อนการทดลองและผลการวิจัยของ รุจิรา ดวงสงค์ และจุฬารัตน์ โสตะ (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกรณีศึกษาบ้านห้วยชี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การที่กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความเสี่ยงของการป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคดีขึ้นก่อนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นสามารถอธิบายได้จากการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัว และเจ้าหน้าที่ อสม. การอบรมมุ่งเน้นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและสะท้อนความจริงของพฤติกรรมการป้องกันโรคในชุมชน โดยใช้การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ที่มีเรื่องราวที่น่าสนใจ มีลำดับเนื้อหาที่เข้าใจง่าย โดยการบรรยายเน้นการสื่อสารสองทาง และมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสมาชิก ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ อสม. พร้อมทั้งแจกสมุดคู่มือโรคมะเร็งท่อน้ำดีและแผ่นพับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวได้ศึกษาเพิ่มเติม กิจกรรมครอบครัวปลอดภัยด้วยสารวัตรอาหาร มุ่งเน้นในการแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหารดิบ ๆ ของกลุ่มเสี่ยง โดยการค้นหาจากแบบบันทึกครอบครัว ซึ่งเป็นแบบบันทึกการรับประทานอาหารของครอบครัวและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนในครอบครัว นำไปสู่ปฏิสัมพันธ์และตั้งเป็นเป้าหมายและวางแผนการดำเนินไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงของการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง โดยตั้งเป้าหมายเรื่องการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารดิบ ๆ สุก ๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยตนเอง

กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ระยะที่ 1 สะท้อนสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่อ ๆ ไป เทคนิคที่ใช้ คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีจากการพบปะพูดคุย มีการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในชุมชน จากนั้น คือ การสนทนากลุ่ม และการทำประชาคม โดยปฏิสัมพันธ์นั้นต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นกันเองไม่บังคับ ซึ่ง อรรถัย ก๊กผล (2552 : 104) กล่าวว่า การพบปะพูดคุย เป็นเทคนิคที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วม ช่วยสร้างความไว้วางใจและสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพราะไม่เป็นทางการรู้สึกผ่อนคลายและติดต่อสื่อสารสะดวกขึ้น การมีส่วนร่วมที่ดีต้องเกิดความเต็มใจและตั้งใจเข้าร่วมเพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการแก้ไขปัญหา นั้น ๆ ระยะที่ 2 ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ โดยอาศัยการสื่อสารและการประสานงานเป็นกลไกสำคัญ เพราะการที่จะทำให้ข้อตกลงที่ตั้งไว้เป็นไปตามแผน จำเป็นจะต้องประสานงานให้ทุกฝ่ายรับทราบอย่างเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นอย่างเท่าเทียม (ชูลีกร ตำนายุทธศิลป์. 2554 : 84) ระยะที่ 3 การลงมือปฏิบัติและประเมินผล โดยใช้เทคนิคการประชุมไม่เป็นทางการ และทุกฝ่ายร่วมทบทวนปัญหา เพื่อหาแนวทางดำเนินกิจกรรมตามบริบทของชุมชน ระยะที่ 4 การศึกษาผลพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยทุกฝ่ายรับทราบผลลัพธ์การดำเนินกิจกรรมจากการสะท้อนของชุมชนและการสัมภาษณ์ พร้อมติดตามบทบาทการทำงาน ทุกระยะใช้เทคนิคการประชุมไม่เป็นทางการ และการสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมและกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี เกิดจากการที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้โน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นถึงปัญหา และความสำคัญของสภาพการณ์ที่มีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยการกระตุ้นและสะท้อนคิดให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งระบุบทบาทความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย และกำหนดกิจกรรมและวิธีการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนระหว่างกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อสม. และร่วมดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ระยะ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้เชื่อมประสานความร่วมมือของทุกฝ่าย ทำให้เกิดกิจกรรมการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทร์ไทย, บรรณาธิการ. 2556 : 22-25) คือ บทบาทในการประสานงาน (Collaboration) โดยกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ปฏิบัติตามแผนการดูแล มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ชุมชนร่วมวางแผนแก้ไขปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงภายใต้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และติดตามประเมินผลการพฤติกรรมป้องกันการโรคของกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดี ในการดำเนินกิจกรรมมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้เชื่อมประสานจนเกิดกิจกรรม คือ ครอบครัพลอดภัยด้วยสารวัตรอาหาร การอบรมให้ความรู้โรคมาเร็งท่อน้ำดี การพิชิตพยาธิใบไม้ตับ และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทุกกิจกรรมสามารถทำได้ด้วยกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ นักยาภรณ์ แก้วป้องปก และพ่ายพ แสงทอง (2556) ที่พบว่า ผลการมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้เกิดการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย นำไปสู่การระดมภาคีเครือข่ายทำให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างพลังอำนาจ ก่อเกิดนวัตกรรมจากประชาชนชาวบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่น

5.2.3 ผลของกระบวนการสร้างส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีในชุมชน

1) ด้านกลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดี หลังดำเนินกิจกรรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงรับรู้เรื่องโรคและมีการรับรู้ในการป้องกันการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น มีการบริโภคอาหารดิบลดลง และมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง ร้อยละ 91.7

2) ด้านผู้ดูแลหลังสร้างส่วนร่วม พบว่า สมาชิกครอบครัวมีการดูแลเอาใจใส่เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการบริโภคประเภทปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบดิบ ๆ ที่ลดลงในระยะเวลา 1 เดือน จากการศึกษาของ ทรรศนีย์ นาคราช และคณะ (2553) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ พฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็กของผู้ดูแลมีผลต่อการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน และเมื่อผ่านกระบวนการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วม ทั้งการร่วมดำเนินการ การลงปฏิบัติ และประเมินผล ผู้ดูแลได้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดหอบหืดซ้ำสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ด้านบทบาทหน้าที่ พบว่า เกิดการมีปฏิสัมพันธ์และตั้งเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินไปสู่เป้าหมายร่วมกัน โดยยึดบริบทของชุมชนเป็นหลัก สร้างบุคลากรชุมชนเป็นแกนนำ และบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ สนับสนุน และให้คำปรึกษา ทำให้บุคลากรชุมชนมั่นใจและมีศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวมั่นใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ ทำให้เกิดการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีในครอบครัวและชุมชน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 ระยะ ยึดบริบทของชุมชนเป็นหลัก จึงจะสร้างความร่วมมือและกิจกรรมที่เกิดขึ้นจะอยู่คู่กับชุมชน ดังนั้นการนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปใช้จะต้องปรับให้สอดคล้องกับลักษณะและปัญหาของชุมชน ด้วยการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ปัญหาร่วมวิเคราะห์ และเลือกแนวทางการดูแลตนเองในชุมชนโดยมีที่ปรึกษาเป็นบุคลากรสุขภาพ

2) เสนอกิจกรรมให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติให้ปฏิบัติต่อเนื่อง และคิดค้นกิจกรรมใหม่ ๆ ที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อให้เกิดการป้องกันในระดับชุมชน

3) เสนอให้บุคลากรสุขภาพ ให้ความสำคัญกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานไปอย่างมั่นใจและต่อเนื่อง

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค เพื่อประเมินประสิทธิผลการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อปรับปรุงการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

2) ควรศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เป็นระยะรวมทั้งติดตามผลของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

3) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อพัฒนาการทำงานอย่างมีส่วนร่วมให้เข้ากับบริบทของชุมชนและมีเกิดยั่งยืนในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน

บรรณานุกรม

- กัทลีย์ ตันธนกุล และคณะ. (2548) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณภาพของ
**หน่วยงานบริการปฐมภูมิบางมะพร้าว เครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน อ.หลังสวน
 จ.ชุมพร.** นนทบุรี : ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยและสำนักงานกองทุนสร้างเสริม
 หลักประกันสุขภาพ.
- เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร และและพูลสุข ศิริพูล. (2547) “การสร้างเสริมศักยภาพของเยาวชน
 ในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารการป้องกัน
 การติดเชื้อเอช ไอ วี” วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 27 (3)
 หน้า 49-58.
- จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. (2546) **ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง
 ปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
 แต่งงานแล้ว.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ :
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี และคณะ. (2547) “ความชุกของโรคพยาธิและความรุนแรงพยาธิใบไม้ตับ
 พยาธิปากขอ จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2544” วารสารสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 11 (3) หน้า 45-54.
- ณรงค์ ขันดีแก้ว. (2548) “โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)” **ศรีนครินทร์เวชสาร.** 20 (3)
 หน้า 143-149.
- ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ และคณะ. (2553) “พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย” **วารสารวิชาการ มอช.**
 12 (1) หน้า 49-63.
- ดวงใจ สุวรรณพงษ์ และคณะ. (2551) **ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย
 ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยอุดกันเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม.
 (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เต็มชัย ไชยนิวดี และไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล. (2541) **โรคตับและทางเดินน้ำดี.** กรุงเทพมหานคร :
 เรือนแก้วกานพิมพ์.
- ทรงศนีย์ นาคราช และคณะ. (2553) **การพัฒนากระบวนการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในเด็ก
 ก่อนวัยเรียน โดยชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล
 เวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นงนุช โอบะ. (2550) “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าร่วมกันต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และภาวะควบคุมโรคของบุคคลโรคเบาหวานที่อยู่อาศัยกับครอบครัว” **วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร**. 15 (2) หน้า 105-116.
- นงเยาว์ สายแก้ว และชมพูนุช โสภากาจารย์. (2550) “ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จ ตามเป้าหมายต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์” **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 19 (2) หน้า 17-29.
- นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ. (2554) “บทวิเคราะห์หิมะเรียงท่อน้ำดี : ความรู้ บทบาท และความท้าทายของนักสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมในประเทศไทย” **วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 4 (3) หน้า 97-103.
- นิชภา โปธาเจริญ และคณะ. (2558) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่” **เขตเทศบาลตำบลบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ” วารสารพยาบาลทหารบก**. 16 (2) หน้า 131-139.
- นัญญาภรณ์ แก้วป้องปก และพายัพ แสงทอง. (2556) **การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจของ ्हุ่นส่วนสุขภาพคนตำบลชาติตระการในการวางแผนควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน**. พิษณุโลก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- นริรัตน์ วิทยาคุณ และคณะ. (2552) **ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงาน คณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- บงการ ชัยชาญ. (2546) **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยงวนิชย์ และชวลิต ไพโรจน์กุล. (2548) “สาเหตุและกลไกการเกิด โรคหิมะเรียงท่อน้ำดี : ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ” **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 20 (3) หน้า 122-134.
- พจมาน ศิริอารยาภรณ์ และคณะ. (2548) “ระบอบวิทยาของโรคหิมะเรียงท่อน้ำดีในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน” **เอกสารอัดสำเนา**. นนทบุรี : สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- พวงรัตน์ ยงวนิชย์. (2548) “กลไกการก่อหิมะเรียงท่อน้ำดีโดยอนุมูลอิสระจากพยาธิใบไม้ตับ” **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 20 (3) หน้า 150-155.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พัชรี รัตมีแจ่ม และคณะ. (2551) การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงดูลูก
 ด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
 (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. (2542) “โรคมะเร็งในประเทศไทยและสารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม” ในตำรา
 เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราชฯ. สมชาติ บวรกิตติ,
 จอห์นพี และกฤษฎา ศรีสำราญ, บรรณาธิการ. หน้า 1001-1022. กรุงเทพมหานคร :
 เรือนแก้วการพิมพ์.
- เฟื่องเพชร เกียรติเสวี. (2544) มะเร็งตับ. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร.
- รุจิรา อักษร. (2548) ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคล
 ในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ :
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนชรีญาภรณ์ คำราพิศ, หทัยชนก บัวเจริญ และทวีศักดิ์ กลีผล. (2556) “ผลของโปรแกรม
 การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน”
 วารสาร มฉก. วิชาการ. 16 (32) หน้า 1-18.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ. (2555) พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร :
 บุญศิริการพิมพ์.
- วงเดือน ถาษา และคณะ. (2554) “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ”
 วารสารกองการพยาบาล. 38 (1) หน้า 31-41.
- วิจิตร วรธนะวุฒิ และคณะ. (2554) การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานโดย
 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2543) สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, หทัยชนก บัวเจริญ และจรรยาวัตร คมพยัคฆ์. (2550) “การพัฒนาเครื่องมือ
 ประเมินผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” วารสารสภาการพยาบาล.
 22 (3) หน้า 1-15.
- วนิดา โชควาณิชย์, อำไพ สารจันทร์ และศุภสิพร แสงกระจ่าง. (2552) “การสำรวจพฤติกรรมและ
 ทักษะการบริโภคปลาดิบ และการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี” วารสารโรคมะเร็ง. 29 (4)
 หน้า 162-175.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วารุณี มีเจริญ. (2557) “ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง : การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต”
รามาธิบดีพยาบาลสาร. 20 (1) หน้า 10-22.
- วราญ ปรัชญกุล. (2553) “Endoscopic Corner” **จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
 แห่งประเทศไทย. 17 (92) หน้า 88-92.**
- โรงพยาบาลบ้านหลวง. (2556) **โครงการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งเซลล์ ตับและท่อน้ำดี
 อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. น่าน : โรงพยาบาลบ้านหลวง.**
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2555) **สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของภาคเหนือ. น่าน :
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.**
- สุเทพ พลอยพลายแก้ว และคณะ. (2556) “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน
 จังหวัดลพบุรี” **วารสารพยาบาลทหารบก. 14 (1) หน้า 61-70.**
- สุพจน์ คำสะอาด และคณะ. (2551) “โมเดลทำนายผลจากการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสี”
วารสารวิจัย มข. 13 (7) หน้า 851-865.
- สุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ. (2553) **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในคนไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
 ขอนแก่น : ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- สุพรรณิ ศรีอำพร. (2550) “อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี” ใน **เอกสารประกอบการประชุม
 วิชาการประจำปี ครั้งที่ 1 เรื่อง โรคติดต่อจากปรสิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 ตอนล่าง 29 มิถุนายน 2550. อุบลราชธานี : วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.**
- สิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ และคณะ. (2550) “การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคม
 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม” **สงขลานครินทร์เวชสาร. 25 (1) หน้า 9-17.**
- สภาการพยาบาล. (2551) **ของเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. [ออนไลน์] แหล่งที่มา
 : <http://www.tnc.or.th> (20 กรกฎาคม 2556)**
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2551) “การศึกษาปัญหาและความต้องการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 ในสตรีอาชีพงมหอยแครงวิเคราะห์ตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ
 ชุมชน” **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 20 (2) หน้า 40-51.**
- อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. (2554) **แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับ
 และท่อน้ำดี. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.**

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อรรถัย กักพล. (2552) **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับนักบริหารท้องถิ่น**. กรุงเทพมหานคร : จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.
- อดิน รพีพัฒน์. (2547) **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณะสุข.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548) **วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : สามลดา.
- Becker, M. H. (1974) **The health belief model and personal health behavior**. New Jersey : Charles B. Slack.
- Boyer. (2003) **Hepatology : A text book of liver disease**. Philadelphia. W.B Saunders.
- Carnaghan. (1963) **Toxicity and Fluorescence Properties of the Aflatoxins**. Letters to Nature. Nature 200, 1101 R.B.A., R.D. HARTLEY & J.O'KELLY. Central Veterinary Laboratory, Weybridge. Tropical Products Institute, Gray's Inn Road, London.
- Chemrungrroj G. (2000) **Risk factor for cholangiocarcinoma : a case control study** : Doctoral Dissertation to the Faculty of the Graduate School, Yale University
- Colombo, M. (2003) "Malignant neoplasms of the liver" In **E.R. Schiff, M.F. Sorrell, & W.C. Maddrey (Eds)**. Schiff s disease of the liver. 9th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer.
- Edwards, B., & Clarke, V. (2004) "The psychological impact of a cancer diagnosis on families : The influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety" **Psych-Oncology**. 13 (8) Page 562-576.
- Ferlay, J et al. (2004) **D.M GLOBOCAN 2002 : Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide**. IARC CancerBase No.5 version 2.0 Lyon, ARC Press.
- _____ (2010) **GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide**. [Online] Available : <http://globocan.iarc.fr>. (24 May 2017)
- Flynn et al. (1994) **health profiles (CHPs) to provide the evidence base between the WHO European Healthy Cities**. Network. (WHO-EHCN) and other.
- Hardell et al. (1981) "Relation of soft tissue sarcoma, malignant lymphoma and colon cancer to phenoxy acids, chlorophenols and other agents" **Scandinavian J. work Environmental Health**. 7 (2) Page 119-130.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- King, I. M (1981) **A theory of nursing : Systems, concepts, process.** New York :
A wiley publication.
- Kemmis & Mc Taggart. (1988) **The action research planner.** Victoria, Australin :
Deakin Univcrsity.
- Lauri, S. (1982) “Development of the nursing process through action research”
Journal of Advanced Nursing. 7 (4) Page 301-307.
- Lazarus & Folkman. (1984) **The model Theory of Cognitive Appraisal was proposed
and it explained the mental process which influence of the stressors.**
Explorable.
- Oakley, P. (1989) **Community involvement in health development : An examination
of the critical issues.** Geneva : WHO.
- Parkin DM et al. (1997) **Cancer incidence in five continents, Volume VII.**
International Agency of Research on cancer, Lyon.
- Rifkin, S.B. (1990) **Community participation in maternal and child healt /family
planning programmes.** Geneva. World Health Organisation.
- Rosen stock, I. M. (1974) “Historical origins of health Belife model” In **H. B. Marshel,
(ED.).**
The health Belife model and personal behavior. New Jersey : Charles B. Slack.
- Schiff et al. (2003) **Schiff’s Disease of the Liver.** 9th ed. Philadelphia : Wolters kluwer.
- Sripa et al. (2007) “Liver fluke induces cholangiosarcinoma” **Plos Medicine.** 4 (7)
Page 1148-55.
- World Health Organization. (2006) **Working together for health.** The world health report.
- Wykoff D. E. et al. (1965) “Opisthorchis vivemini in that landn the life cycle and
comparison with O. felineus” **J Parasitol.** 51 Page 207-214.
- WHO. (1986) **Hypertension control : report of a WHO expert committee.** Geneva : WHO.
- Zakim & Boyer. (2003) **Hepatology : A text book of liver disease.** Philadelphia.
W.B Saunders



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้อีโรรบใช้ตั้งคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 11 พฤษภาคม 2558

ชื่อเรื่อง การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี
 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวรดา พึ่งศรีเพ็ง

คณะวิชา/หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ
 เอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 11 พฤษภาคม 2558

เลขที่รับรอง

อ.314/2558

วันที่ให้การรับรอง: 11 พฤษภาคม 2558

วันหมดอายุใบรับรอง: 10 พฤษภาคม 2560

ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ดิฉัน นางสาวรดา พิงศรีเพ็ง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง การสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้กลุ่มเสี่ยง ในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และเพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ร่วมโครงการ เพื่อสามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน และเป็นต้นแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในผู้มีภาวะเสี่ยงแบบชุมชนมีส่วนร่วม

ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตามความสมัครใจหากท่านตอบรับแล้วท่านจะปฏิเสธภายหลังก็ได้ โดยที่ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากท่าน การถ่ายรูปและการบันทึกเสียงจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2558

ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form)
 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รับฟังคำอธิบายจาก นางวรดา พิงศรีเพ็ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ในการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลปากาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน โดยสิ่งที่ได้รับฟังมีดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ขั้นตอนของการวิจัย
3. โปรแกรมที่ผู้วิจัยศึกษา
4. การเก็บรักษาข้อมูล การถ่ายรูปและการบันทึกเสียงเป็นความลับ จะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้
6. การสมัครเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และการถอนตัว

ข้าพเจ้าได้รับฟังแล้วมีความเข้าใจในทุกเรื่องที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล และมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยปราศจากการบังคับจากผู้ใด และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ช่วงเวลาใดก็ได้ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกด้วยเหตุผลใดก็ตาม

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน พ.ศ. 2558

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคมาเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

รหัส ID

บ้านเลขที่

เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ส่วนสูง..... เซนติเมตร น้ำหนักกิโลกรัม
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หย่า / หม้าย / แยกกันอยู่
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------
5. เข้าใจจบการศึกษาสูงระดับใด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา / ปวช.	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
6. ปัจจุบันเข้าทำงานประเภทอาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ครอบคลุมถึงการเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน)
<input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> 3. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 4. เกษตรกร
<input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 6. เกษียณอายุราชการหรืองานประจำ
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนบาท / เดือน

8. ปัจจุบันข้าพเจ้าอาศัยอยู่กับใคร

1. อยู่คนเดียว
2. อยู่กับครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย สามี/ภรรยาและบุตร
3. อยู่กับครอบครัวขยายประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง หลาน

9. ข้าพเจ้ามีญาติ (สายตรง) ป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. ไม่มี
2. มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 คน)

1.

2.

3.

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามข้อมูลที่แท้จริงของท่าน และเติมข้อความให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	ใช่	ไม่ใช่
การสูบบุหรี่ 1. ข้าพเจ้าเคยสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น (ถ้าตอบใช่กรุณารอรายละเอียดด้านล่าง ถ้าตอบไม่ใช่ข้ามไปข้อที่ 2) - ถ้าเคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว โปรดระบุชนิดของบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด) จำนวนที่สูบต่อวันมวน ข้าพเจ้าเริ่มสูบตั้งแต่อายุปี ข้าพเจ้าเลิกสูบเมื่ออายุปี - ถ้าปัจจุบันยังสูบบุหรี่ โปรดระบุชนิดของบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด) จำนวนที่สูบต่อวันมวน ข้าพเจ้าเริ่มสูบตั้งแต่อายุปี		

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	ใช่	ไม่ใช่
<p>การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>2. ข้าพเจ้าเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ถ้าตอบใช่กรุณารอกรายละเอียดด้านล่าง ถ้าตอบไม่ใช่ข้ามไปข้อที่ 3)</p> <p>- ถ้าเคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว โปรดระบุชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</p> <p>.....</p> <p>ปริมาณที่ดื่มต่อวัน.....แก้ว (250 มิลลิลิตร)</p> <p>ข้าพเจ้าเริ่มดื่มตั้งแต่อายุปี</p> <p>ข้าพเจ้าเลิกดื่มเมื่ออายุปี</p> <p>เหตุผลที่เลิกดื่ม.....</p> <p>รวมระยะเวลาที่ดื่มเป็นเวลาปี</p> <p>- ถ้าปัจจุบันยังดื่มอยู่ โปรดระบุชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</p> <p>.....</p> <p>ปริมาณที่ดื่มต่อวัน.....แก้ว (250 มิลลิลิตร)</p> <p>ข้าพเจ้าเริ่มดื่มเมื่ออายุปี</p>		
<p>ประวัติการเจ็บป่วย</p> <p>3. ข้าพเจ้าเคยตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิหรือไข่พยาธิใบไม้ตับ</p>		
<p>4. ผลการตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับหรือไม่</p>		
<p>5. ข้าพเจ้าเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ</p>		
<p>ประวัติการใช้ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>6. ข้าพเจ้ารับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ตามการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ</p>		
<p>7. ข้าพเจ้าเคยซื้อยายาฆ่าพยาธิใบไม้ตับกินเอง</p> <p>- ถ้าตอบใช่โปรดระบุชื่อยา (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	ใช่	ไม่ใช่
<p>- จำนวนครั้งที่รับประทาน.....ต่อปี</p> <p>- สถานที่รับยา / ซึ้ยยา</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		
<p>การสัมผัสสารเคมี</p> <p>8. ข้าพเจ้าเคยใช้สารเคมีที่ใช้ในการทำเกษตรกรรมเพื่อกำจัดหนู / แมลง หรือศัตรูพืช</p>		
<p>การบริโภคอาหาร</p> <p>9. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภท ปลา/กุ้ง/หอย/สัตว์น้ำจืดชนิดอื่น ๆ แบบดิบ เช่น ลาบ ก้อย ปลา ยำ</p> <p>- ถ้าตอบใช่กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="checkbox"/> ตามความถี่ของการรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> ประจำ หมายถึง ทุกวันเกือบทุกวัน หรือทุกสัปดาห์</p> <p><input type="checkbox"/> บางครั้ง หมายถึง หลายสัปดาห์จึงรับประทานสักครั้ง หรือไม่เกิน 2-3 ครั้ง/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง หมายถึง หลายเดือนจึงรับประทานสักครั้ง</p>		
<p>10. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภท หมัก ดองแบบดิบ ๆ เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม แหนม ปลาต้ม</p> <p>- ถ้าตอบใช่กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="checkbox"/> ตามความถี่ของการรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> ประจำ หมายถึง ทุกวันเกือบทุกวัน หรือทุกสัปดาห์</p> <p><input type="checkbox"/> บางครั้ง หมายถึง หลายสัปดาห์จึงรับประทานสักครั้ง หรือไม่เกิน 2-3 ครั้ง/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง หมายถึง หลายเดือนจึงรับประทานสักครั้ง</p>		

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	ใช่	ไม่ใช่
11. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่ผ่านการแปรรูปเนื้อสัตว์ ได้แก่ ไส้กรอก กุนเชียง - ถ้าตอบใช่กรุณาใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ในช่อง <input type="checkbox"/> ตามความถี่ของ การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ประจำ หมายถึง ทุกวันเกือบทุกวัน หรือทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> บางครั้ง หมายถึง หลายสัปดาห์จึงรับประทานสักครั้ง หรือไม่เกิน 2-3 ครั้ง/เดือน <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง หมายถึง หลายเดือนจึงรับประทานสักครั้ง		
12. ข้าพเจ้าล้างทำความสะอาดผักสดและผลไม้สดทุกครั้งก่อนนำมา รับประทาน		

ส่วนที่ 3 การรับรู้ตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับ
 ความคิด ความรู้สึก หรือการรับรู้ตามความจริงของท่านมากที่สุด

การเลือกตอบมีหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดความรู้สึกหรือการรับรู้ตาม
 ความจริงของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อคำถามนั้น ความรู้สึก หรือการรับรู้ตามความจริงของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านน้อย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค			
1. การสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้ามีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี เพราะในบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง			
2. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็น โรคมะเร็งท่อน้ำดีได้			
3. การรับประทานยาฆ่าพยาธิ ช่วยป้องกันการเกิด โรคมะเร็งท่อน้ำดีได้			

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
4. การสัมผัสสารเคมีตกค้างทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะสารเคมี มีสารก่อมะเร็ง			
5. การรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงดิบ หรือดิบ ๆ สุก ๆ ที่มีเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพียงครั้งเดียว ทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี			
6. การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ปลาต้ม แหนม เป็นประจำ ทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี			
7. การรับประทาน ไส้กรอก กุนเชียง เป็นประจำ ทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะมีการผสมดินประสิวเพื่อให้เนื้อสัตว์มีสีแดงน่านำรับประทาน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี 8. ข้าพเจ้าคิดว่ามะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่รักษาไม่หายหากพบว่าตาเหลือง ตัวเหลือง ปวดชายโครงขวาหรือมีอาการท้องโต			
9. ข้าพเจ้าคิดว่ามะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ข้าพเจ้าทุกข์ทรมานจากอาการ เจ็บปวด			
10. ข้าพเจ้าคิดว่ามะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าปกติ			
11. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่อันตรายเพราะมียา รักษาหายได้			
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี 12. การเลิกสูบบุหรี่ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้			
13. การเลิกดื่มสุรา สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้			

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
14. การป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้			
15. การซื้อยาฆ่าพยาธิใบไม้ในตับมารับประทานเป็นประจำ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้			
16. การรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงสุกและสะอาด สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้			
17. การต้มปลาร้าให้สุกก่อนรับประทาน เป็นสิ่งจำเป็น เพราะเป็นการทำลายสารก่อมะเร็ง			
18. การได้รับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของข้าพเจ้า			
19. ข้าพเจ้าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี			
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค			
20. ข้าพเจ้าคิดว่าเลิกสูบบุหรี่ ทำได้ยาก			
21. ข้าพเจ้าคิดว่าเลิกดื่มสุราทำได้ยาก			
22. ข้าพเจ้าคิดว่า การล้างผักหรือผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทานทำให้ข้าพเจ้าเสียเวลา			
23. ข้าพเจ้าเลือกกินสุก ถึงแม้ว่ารสชาติจะเสียไป ข้าพเจ้าก็ยินดีทำ เพราะข้าพเจ้ากลัวเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี			
24. ประโยคที่ว่า สุขภาพมาก่อนความอร่อย ใช้ได้กับตัวข้าพเจ้า			

เครื่องมือชุดที่ 2 แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี (สำหรับผู้วิจัย)

แบบสัมภาษณ์ครอบครัวกึ่งโครงสร้าง

ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. ครอบครัวท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่ อย่างไร
2. ครอบครัวท่านรู้ไหมว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น
3. ครอบครัวมีความเชื่ออย่างไรเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับของสมาชิกในครอบครัว

บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรค

1. ท่านมีวิธีการป้องกันสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับอย่างไร
2. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร

การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

1. เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ สมาชิกในครอบครัวปรึกษาหารือกันหรือไม่อย่างไร
2. เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ครอบครัวได้แสดงออกถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือไม่ อย่างไร

การจัดการความเครียด

1. เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ครอบครัวของท่านสักอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น
2. เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ครอบครัวของท่านได้รับผลกระทบอย่างไรบ้าง

ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ

1. ครอบครัวของท่านได้แสวงหาความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในเรื่องของแหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวหรือไม่ อย่างไร
2. ครอบครัวของท่านรู้สึกอย่างไรกับการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนที่ได้รับ

เครื่องมือชุดที่ 3 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี (สำหรับผู้วิจัย)

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรสุขภาพกึ่งโครงสร้าง

1. ท่านมีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร
2. รูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
 - มีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร
 - เกิดปัญหาและอุปสรรคอะไร
3. ท่านคิดว่าควรมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างไร
4. ท่านคิดว่าในอนาคตรูปแบบในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีควรเป็นอย่างไร
 - ควรมีกิจกรรมอะไรบ้าง อย่างไร
 - ใครควรมีบทบาทในการดำเนินการ
 - ผู้ที่มีบทบาทควรปฏิบัติอย่างไร
5. ท่านคิดว่ามีรูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่คิดไว้จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ ปัญหาและอุปสรรคคืออะไร
6. ท่านต้องการแหล่งช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุนจากที่ใดบ้าง อย่างไร

ภาคผนวก จ

โครงการการวินิจฉัยปัญหาของชุมชน

การวินิจฉัยปัญหาของชุมชนป่าคาหลวงในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี แบบชุมชนมีส่วนร่วม
โดยใช้เทคนิคบันไดไม้ไผ่ (Bamboo technique)

ชื่อโครงการ การวินิจฉัยปัญหาของชุมชนป่าคาหลวงในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชากร
กลุ่มเสี่ยงแบบชุมชนมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคบันไดไม้ไผ่ (Bamboo technique)

ผู้รับผิดชอบโครงการ นางวรรดา พิงศรีเพ็ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

หลักการและเหตุผล

จากผลการศึกษาสุขภาพชุมชนในตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน สามารถ
สรุปภาวะสุขภาพเป้าหมายที่ควรได้รับการพัฒนา คือ การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจาก
โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาของชุมชนจากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง
นำมาซึ่งความจำเป็นที่จะต้องสะท้อนและตรวจสอบความถูกต้องของผลการศึกษาที่พบทั้งหมดเพื่อ
วินิจฉัยสาเหตุปัญหาที่แท้จริงและนำมาสู่การดำเนินโครงการที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง
การวินิจฉัยสาเหตุปัญหาแบบมีส่วนร่วมนั้นมีความจำเป็นเพราะการให้ชุมชนได้ร่วมแก้ไขปัญหา
ร่วมกันนั้น จะทำให้ชุมชนและคนในชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาและเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ให้กับคนในชุมชน ก่อให้เกิดการพัฒนาแก้ไขปัญหายั่งยืน

เทคนิคบันไดไม้ไผ่เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนได้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเอง โดย
ประชาชนเป็นผู้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพที่ใช้วินิจฉัยคุณภาพชีวิตด้วยตัวเอง โดยประเมิน
ว่า “คุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในขั้นใด....เพราะเหตุใด” ซึ่งเป็นการประเมินสภาวะการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่
อดีต ปัจจุบัน และอนาคตของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยให้กลุ่มเป้าหมายประเมินสภาวะการณ์
ต่าง ๆ ออกมาเป็นตัวเลขด้วยการเปรียบเทียบกับระดับของขั้นบันได กำหนดให้บันไดขั้นต่ำสุด คือ
ขั้นที่ 1 และขั้นสูงสุด คือ ขั้นที่ 10 เป็นการแทนค่าข้อมูลเชิงคุณภาพมาเป็นค่าคะแนนกรอบ
ระยะเวลา อดีต หมายถึง 2 ปีที่ผ่านมา และอนาคต หมายถึง อีก 2 ปีข้างหน้า โดยนำคะแนนการประเมิน
ของแต่ละคนในบันไดมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยร่วมกัน ซึ่งสามารถบอกแนวโน้มเชิงปริมาณที่คนในชุมชน
ประเมินระดับคุณภาพชีวิต ในแต่ละช่วงเวลา และทำให้ทราบทัศนคติ ความนิยม รวมไปถึงการให้คุณค่า

ของแต่ละบุคคลและชุมชนที่มีต่อเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นวิธีการที่จะรับทราบสภาพของชุมชน จากมุมมองของคนในชุมชน และเป็นการศึกษาชุมชนอย่างเป็นองค์รวม (Holistic) และสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในอันที่จะร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยคนของชุมชน นั้น ๆ

ดังนั้น จึงได้ดำเนินโครงการการวิจัยชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเพื่อนำปัญหาที่ได้มาจัดทำ โครงการพัฒนาแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดีที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านหลวง ร่วมกันวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านหลวง ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
3. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านหลวง ร่วมกันคิดโครงการและกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีใน ตำบลป่าคาหลวง

เป้าหมาย

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านหลวง ได้เข้าร่วมการวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านหลวง ได้เข้าร่วมการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านหลวงได้เข้าร่วมกันคิดโครงการและกิจกรรมในเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในตำบลป่าคาหลวง

ขั้นตอนงาน

1. เลือกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 10 คน ครอบครัว จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ อสม. จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 คน
 - 1.1 การนำเสนอผลการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยเปิด VDO ประกอบคำบรรยาย และสรุปให้เห็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการทำแบบสอบถาม
 - 1.2 นำภาพบันไดที่ไม่มีเส้นคแนนขึ้นโชว์ (Flip chart)

1.3 นำแบบฟอร์มบันไดไม้ไผ่ (แบบสอบถามบันไดไม้ไผ่) ให้สมาชิกในกลุ่มทุกคน พร้อมปากกาเพื่อให้คะแนนบันไดไม้ไผ่ มีวิธีการประเมินดังนี้

- 1) คะแนน 1 หมายถึง คะแนนต่ำสุด หรือ สภาพที่ต่ำที่สุดในความคิดของแต่ละคน
- 2) คะแนน 10 หมายถึง คะแนนสูงสุด หรือ สภาพที่ดีที่สุดในความคิดของแต่ละคน
- 3) คะแนน 5 หมายถึง ระดับกลาง ซึ่งถ้าต่ำกว่า 5 ก็แปลความมาทางแย่ หรือไม่ดี และถ้าสูงกว่า 5 ก็แปลความมาทางดี
- 4) คะแนนของแต่ละคนมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ แต่คะแนนของคนเดียวกันสามารถเปรียบเทียบกันได้ การประเมินเป็นคะแนนเต็ม ไม่เป็นช่วงหรือจุดทศนิยม

1.4 รวบรวมคะแนนในแบบสอบถามบันไดไม้ไผ่ของทุกคนแล้วหารด้วยจำนวนคน นำมาจุดในรูปทรงกลาง Flip chart และคำนวณค่าเฉลี่ย โดยเลือกอดีต (2 ปีที่ผ่านมา) ปัจจุบันอนาคต (2 ปีข้างหน้า)

1.5 เมื่อได้ค่าเฉลี่ยแล้วให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันคิดโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าประชุมมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอโครงการในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน (ในข้อ 2)

2. ให้เสนอโครงการ ซึ่งจะต้องเป็นโครงการ 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 โครงการที่ชุมชนคิดเองและดำเนินงานด้วยตนเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาหน่วยงานอื่น

2.2 โครงการที่ชุมชนดำเนินการร่วม หมายถึงโครงการที่ชุมชนต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่นในการดำเนินงาน

2.3 โครงการที่ชุมชนขอรับการสนับสนุน หมายถึงโครงการที่ชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ หรือหน่วยงานอื่น ๆ

งบประมาณ

- ค่าวัสดุอุปกรณ์สำนักงาน คิดเป็นเงิน 500 บาท
- แบบสอบถามบันไดไม้ไผ่ จำนวน 30 ชุด คิดเป็น เงิน 50 บาท
- ของรางวัลในการเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 10 ชิ้น คิดเป็นเงิน 500 บาท
- ค่าอาหารว่างในการจัดกิจกรรม จำนวน 35 ชุด คิดเป็นเงิน 1,000 บาท

สถานที่ดำเนินการ โรงพยาบาลบ้านหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2558

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นกระบวนการที่ประชาชนได้ทราบความต้องการที่แท้จริงของตนเองและชุมชน สามารถวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. ประชาชนเกิดความตื่นตัวในการพัฒนาชุมชนของตนเอง
3. เป็นการเปิดโอกาสให้ชาวบ้าน ครอบครัว บุคลากรสุขภาพมีส่วนร่วมในการคิดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
4. เป็นกระบวนการที่ทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมกันคิดและกำหนดโครงการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

ผู้ประเมิน

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

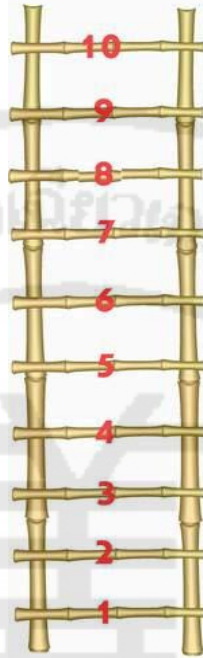
บันไดคุณภาพชีวิตโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน	อดีต	ปัจจุบัน	อนาคต
1. ท่านมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทสัตว์น้ำจืดแบบดิบ ๆ เช่นลาบปลาดิบ อย่างไร (ให้บอกเป็นความถี่รับประทานบ่อยให้คะแนนสูง รับประทานน้อยให้คะแนนต่ำ)			
2. ท่านมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาจ๋า ปลาต้ม แหนม แบบดิบ ๆ (ให้บอกเป็นความถี่รับประทานบ่อยให้คะแนนสูง รับประทานน้อยให้คะแนนต่ำ)			
3. ท่านซื้อยาถ่าย / ยาฆ่าพยาธิมารับประทานเอง (ให้บอกเป็นความถี่รับประทานบ่อยให้คะแนนสูง รับประทานน้อยให้คะแนนต่ำ)			
4. ท่านมีความรู้ / ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี			
5. ท่านมีความวิตก กังวลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่			
6. ท่านมีการออกกำลังกายเพื่อสร้างความแข็งแรงของร่างกายหรือไม่			
7. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของท่านหรือไม่			
8. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ อสม.			
9. ในหมู่บ้านมีกิจกรรมในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่			
10. เจ้าหน้าที่มีการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนหรือไม่			

อดีต (2 ปีที่ผ่านมา)

วันนี้ (ปัจจุบัน)

อนาคต (2 ปีข้างหน้า)



ประเด็นปัญหา

เมื่อวาน 2 ปีที่ผ่านมา	วันนี้	พรุ่งนี้ 2 ปีข้างหน้า

โครงการชุมชนป่าคาหลวงร่วมคิดพิชิตโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรม/โครงการ	คะแนนรวม	สำเร็จได้โดย		
		ชุมชนทำเอง	ชุมชน + รัฐ	รัฐทำให้
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

แผนงานหลักและโครงการ เพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	
	แกนนำชุมชน	บุคลากรสุขภาพ
1.		
2.		
3.		

ภาคผนวก ฉ
แบบประเมินบันไดไม้ไผ่

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านโรคมะเร็งท่อน้ำดีการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

เครื่องมือที่ใช้นี้ใช้เทคนิคบันไดคุณภาพชีวิต (Ladder technique) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้คุณ
ในชุมชนได้ประเมินสถานการณ์ของชุมชนตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
ร่วมของคนในชุมชนร่วมกันประเมินประเด็นปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกันการเกิด
โรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นตัวเลขด้วยการเปรียบเทียบกับระดับของขั้นบันได โดยกำหนดให้บันไดขั้น
ต่ำสุดในความคิดของท่าน คือ ขั้นที่ 1 และสูงสุดในความคิดของท่าน คือ ขั้นที่ 10 โดยกำหนดให้อดีต
หมายถึง 2 ปีที่ผ่านมา วันนี้ หมายถึง ปัจจุบัน และอนาคต หมายถึง อีก 2 ปีข้างหน้า (ใส่ตัวเลขตาม
ความรู้สึกลอง)

คะแนนที่ให้	อดีต (2 ปี ที่ผ่านมา)	วันนี้ (ปัจจุบัน)	อนาคต (2 ปีข้างหน้า)
1. สถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี คะแนน คะแนน คะแนน
2. วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรค คะแนน คะแนน คะแนน

อดีต (2 ปีที่ผ่านมา) ขั้นที่

เหตุผล

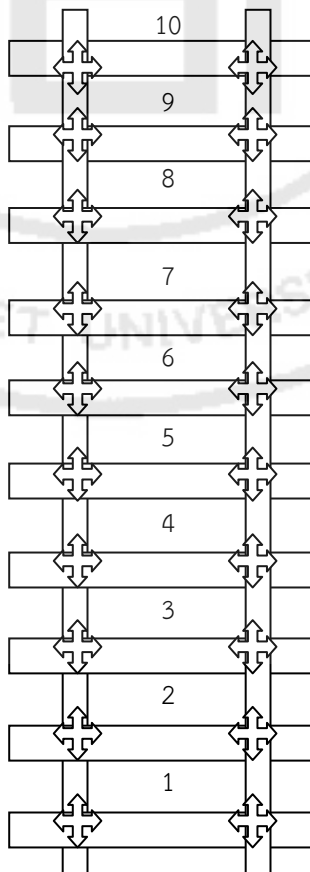
.....

.....

.....

.....

.....



อนาคต (2 ปีที่ผ่านมา) ขั้นที่

เหตุผล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

วันนี้ (ปัจจุบัน) ขั้นที่

เหตุผล

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ช
แบบสอบถาม Post-test

ชื่อ - นามสกุล

บ้านเลขที่

เบอร์โทรศัพท์

แบบสอบถามการรับรู้ตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดความรู้สึก หรือการรับรู้ตามความจริงของท่านมากที่สุด

การเลือกตอบมีหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึก การรับรู้ตามความจริงของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านน้อย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค		
1. การสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้ามีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะในบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง		
2. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้		
3. การรับประทานยาฆ่าพยาธิ ช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้		
4. การสัมผัสสารเคมีตกค้างทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะสารเคมี มีสารก่อมะเร็ง		
5. การรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงดิบ หรือดิบ ๆ สุก ๆ ที่มีเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพียงครั้งเดียว ทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
6. การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ปลาต้ม แหนม เป็นประจำ ทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
7. การรับประทาน ไส้กรอก กุนเชียง เป็นประจำ ทำให้ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะมีการผสมดินประสิวเพื่อให้เนื้อสัตว์มีสีแดงน่ารับประทาน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง		

แบบสอบถามการรับรู้ตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
8. ข้าพเจ้าคิดว่ามะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่รักษาไม่หายหากพบว่าตาเหลือง ตัวเหลือง ปวดชายโครงขวา หรือมีอาการท้องโต		
9. ข้าพเจ้าคิดว่ามะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ข้าพเจ้าทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด		
10. ข้าพเจ้าคิดว่ามะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้ชีวิตสั้นลงกว่าปกติ		
11. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่อันตรายเพราะมียารักษาหายได้		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
12. การเลิกสูบบุหรี่ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้		
13. การเลิกดื่มสุรา สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้		
14. การป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้		
15. การซื้อยาฆ่าพยาธิใบไม้ในตับมารับประทานเป็นประจำ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้		
16. การรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงสุกและสะอาด สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้		
17. การต้มปลาร้าให้สุกก่อนรับประทาน เป็นสิ่งจำเป็น เพราะเป็นการทำลายสารก่อมะเร็ง		
18. การได้รับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของข้าพเจ้า		
19. ข้าพเจ้าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค		
20. ข้าพเจ้าคิดว่าเลิกสูบบุหรี่ ทำได้ยาก		
21. ข้าพเจ้าคิดว่าเลิกดื่มสุราทำได้ยาก		
22. ข้าพเจ้าคิดว่าการล้างผักหรือผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทานทำให้ข้าพเจ้าเสียเวลา		
23. ข้าพเจ้าเลือกกินสุก ถึงแม้ว่ารสชาติจะหายไปข้าพเจ้าก็ยินดีทำ เพราะข้าพเจ้ากลัวเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี		
24. ประโยชน์ที่ว่า สุขภาพมาก่อนความอร่อย ใช้ได้กับตัวข้าพเจ้า		

ภาคผนวก ฅ
เอกสารการเยี่ยมชมใช้

แบบประเมินเยี่ยมบ้าน

ประกอบด้วย การประเมินโครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว
3. สุขภาพสิ่งแวดล้อมของครอบครัว
4. ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน
5. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่มีปัญหาสุขภาพ



ชื่อผู้เยี่ยมชม.....

วันที่เยี่ยมครอบครัวครั้งที่ 1.....

วันที่เยี่ยมครอบครัวครั้งที่ 2.....

1. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ข้อความประเมิน	สิ่งที่ประเมิน	ไม่มี	มี	→ ระบุปัญหา
สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม	- มีการวางแผนการใช้จ่ายเงินของ ครอบครัวอย่างเพียงพอ			
	- มีการเก็บเงินออมของครอบครัว			
	- แหล่งช่วยเหลือด้านการเงินเวลามี ปัญหาทางการเงิน			
	- มีการจัดหาเครื่องอำนวยความสะดวก มาใช้ในครัวเรือนอย่างเพียงพอ			

1.1 ปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวหรือไม่

() มี จนรู้สึกเป็นปัญหา () มีบ้าง แต่ไม่มาก () ไม่มี

1.2 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

() ดี () ปานกลาง () ไม่ดี

1.3 ใครเป็นผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจมากที่สุดในบ้าน.....

เพราะอะไร.....

1.4 ใครเป็นคนที่แก้ปัญหาในครอบครัวได้ดีที่สุด.....

เพราะอะไร.....

1.5 ใครเป็นที่พึ่งของครอบครัวมากที่สุด

เพราะอะไร

2. การทำหน้าที่ของครอบครัว

ข้อความประเมิน	สิ่งที่ประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	→ ระบุปัญหา
บทบาทของ ครอบครัว	- สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตัวได้ตาม บทบาทและหน้าที่ของตนเอง ได้แก่ บทบาท พ่อ-แม่-ลูก			
	- สมาชิกในครอบครัวเข้าใจในบทบาท หน้าที่ของตนเอง และให้การช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน			
	- สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับบทบาท ของตนเองได้ตามความจำเป็นของครอบครัว			

2. (ต่อ)

ข้อความประเมิน	สิ่งที่ประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	→ ระบุปัญหา
อำนาจของ ครอบครัว	- มีผู้นำในการวางบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ เป้าหมายของครอบครัว			
	- การตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ สมาชิกใน ครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้และร่วมกันตัดสินใจ แก้ไขปัญหา			
การสื่อสาร และ สัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว	- สมาชิกทุกคนสามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง			
	- สมาชิกพูดแสดงความรู้สึกต่อกันอย่าง ตรงไปตรงมา			
	- ให้ความสนใจ สังเกตน้ำเสียง และ พฤติกรรมของกันและกัน			
	- มีความสามัคคีกันในครอบครัว			
การเผชิญปัญหา ของครอบครัว	- ครอบครัวกำลังมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น หรือไม่			
	- สมาชิกรับรู้และสนใจแก้ไขปัญหา เมื่อมีภาวะวิกฤตร่วมกัน			
	- มีความพยายามในการปรับตัว เพื่อแก้ปัญหาของครอบครัว			
	- มีแหล่งช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถ แก้ไขปัญหาวิกฤตได้			
ความผูกพัน ในครอบครัว	- มีความผูกพันกันอย่างเหมาะสมระหว่าง สามีและภรรยา			
	- มีความผูกพันกันอย่างเหมาะสมระหว่าง บิดา-มารดาและบุตร			
	- มีความผูกพันกันอย่างเหมาะสมระหว่าง พี่กับน้อง			

3. ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน

3.1 ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

- () รู้จักเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงเป็นอย่างดี
 () รู้จักเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงพอสมควร
 () ไม่รู้จักเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงเลย

3.2 การพึ่งพาอาศัยกับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไร

3.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

- () เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน () ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

3.4 การเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ ในชุมชน

- () เป็น () ไม่เป็น

4. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่มีปัญหาสุขภาพ

4.1 ประวัติของปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน

- ที่มาของปัญหาสุขภาพ
- ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพ
- วิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ.....
- แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้
- ความสม่ำเสมอของการมารับบริการทางสุขภาพ
- การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

4.2 ปัญหาสุขภาพในอดีต.....

4.3 สมาชิกในครอบครัวคิดว่าปัญหาสุขภาพครั้งนี้ของท่านเกิดจากอะไร.....

4.4 สมาชิกในครอบครัวคิดว่าการแก้ไขปัญหาที่ท่านใช้ในปัจจุบันจะได้ผลหรือไม่เพราะอะไร

.....

4.5 สมาชิกในครอบครัวดูแลช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้าง.....

4.6 ใครเป็นคนดูแลช่วยเหลือท่านได้ดีที่สุดในเรื่องปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย.....

เพราะอะไร

4.7 สิ่งที่ท่านอยากให้คุณคลากรสุขภาพช่วยเหลือต่อปัญหาสุขภาพของท่านมีอะไรบ้าง

.....

4.8 สมาชิกในครอบครัวคิดว่าปัญหาสุขภาพของท่านสามารถแก้ไขได้หรือไม่ เพราะอะไร

.....

4.9 ความเครียด /วิธีการแก้ไข

.....

ภาคผนวก ญ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. พญ.ประคองบุญ สังข์สุบรรณ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาภรณ์
2. อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. นางวิริยา บุญช่วย
APN สาขาโรคมะเร็ง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาภรณ์



ภาคผนวก ก
คู่มือให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี

คู่มือให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี





สารบัญ	หน้า
โรคมะเร็งท่อน้ำดี	3
สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี	3
ความเข้าใจผิดต่อพยาธิใบไม้ตับ	4
พยาธิใบไม้ตับเข้าตัวคนได้อย่างไร	5
อาการโรคมะเร็งท่อน้ำดี	6
วิธีการห่างไกลโรคมะเร็งท่อน้ำดี	7

โรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ มะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุทางเดินน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับ ผู้ป่วยที่แสดงอาการมักเป็นระยะสุดท้ายซึ่งทำให้รักษาไม่ทันท่วงที โรคร้ายนี้จึงเป็นภัยเงียบของคนไทย



คู่มือให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี

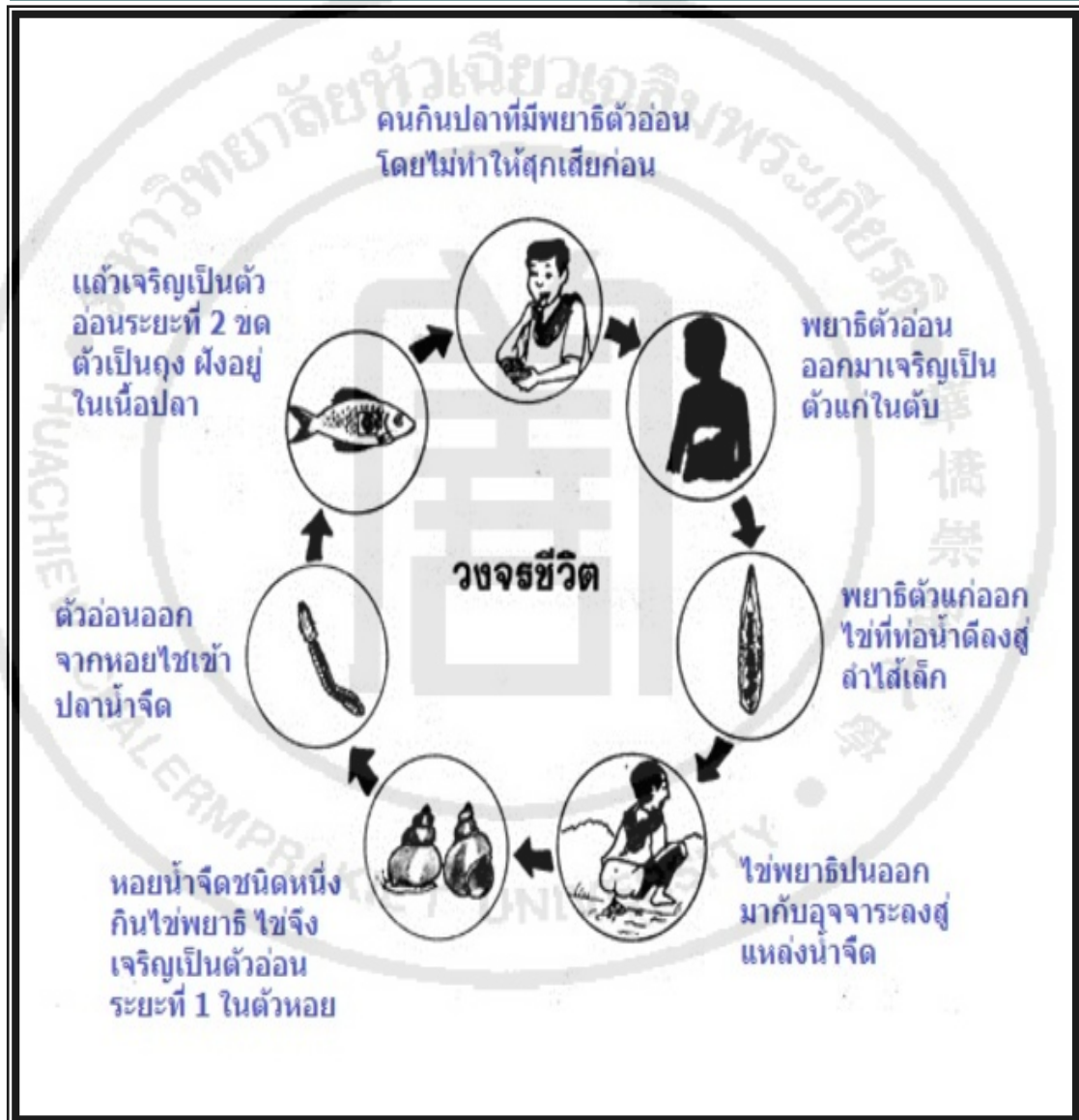


โรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากอุปนิสัยที่ชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบดิบ หรือดิบ ๆ สุก ๆ พยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารจะเข้าไปอาศัยอยู่ที่ท่อน้ำดี ทำให้เกิดการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับในท่อน้ำดีและเกิดการอักเสบเรื้อรัง ร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บของเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการก่อมะเร็งอย่างช้า ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 ปี

ความเข้าใจผิดต่อพยาธิใบไม้ตับ

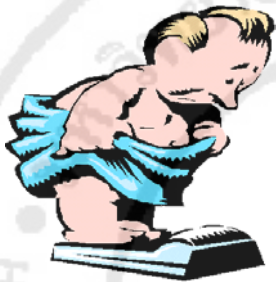
- ต้มสุราคู่ปลาดิบ ช่วยฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
- ซิมปลาดิบเล็กน้อยไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
- กินยาถ่ายพยาธิบ่อย ๆ สามารถป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้

พยาธิใบไม้ตับเข้าตัวคนได้อย่างไร





ไข้ หนาวสั่น



เบื่ออาหาร น้ำหนักลด



จุกแน่นใต้ลิ้นปี่

ปวดชายโครงขวา



ตาเหลือง - ตัวเหลือง

อุจจาระมีสีซีด

**วิธีห่างไกล
มะเร็งท่อน้ำดี**

1. **ไม่**กินปลาดิบ 
2. **ไม่**กินอาหารปิ้งย่าง 
3. **ไม่**ดื่มสุรา- สูบบุหรี่ 
4. กินอาหารปรุงสุกด้วย **ความร้อน** 
5. กินผักผลไม้ 
6. **ไม่**ซื้อยาถ่ายพยาธิ 
7. ถ่ายอุจจาระลงส้วม 



กินปลาดิบ

ติดพยาธิใบไม้ตับ

เสี่ยงเป็นโรค

มะเร็งท่อน้ำดี



คู่มือให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี

แผ่นพับให้ความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีห่างไกลมะเร็งท่อน้ำดี

1. ไม่กินปลาดิบ
2. ไม่กินอาหารปิ้งย่าง
3. ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
4. กินอาหารปรุงสุกด้วยความร้อน
5. กินผักผลไม้
6. ไม่ซื้อยาถ่ายพยาธิกินเอง
7. ถ่ายลงส้วม

กินปลาดิบ
ติดพยาธิ
เป็นมะเร็งท่อน้ำดี



โรคมะเร็งท่อน้ำดี

อันตรายใกล้ตัวคุณ

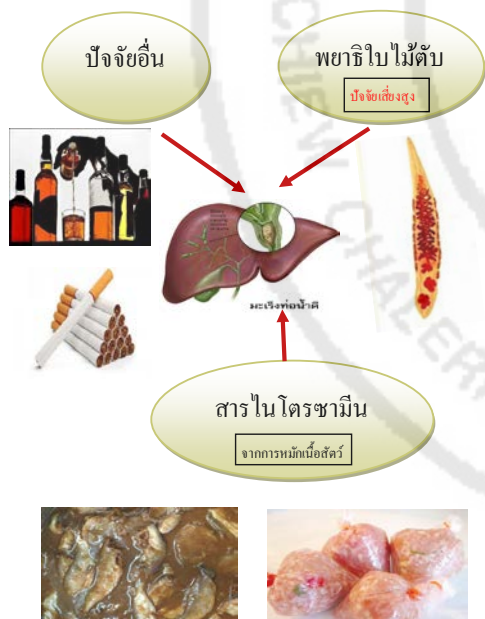


“ปีหนึ่งมีคนเสียชีวิตด้วย
โรคมะเร็งท่อน้ำดี 5000 คน/ปี”

โรคมะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ มะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เยื่อทางเดินน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับ

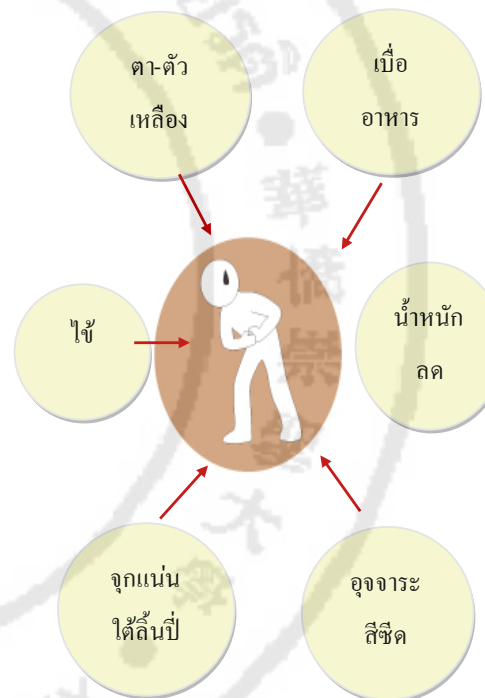
สาเหตุการเกิดโรค



พยาธิใบไม้ตับเข้าตัวคนได้อย่างไร



อาการโรคมะเร็งท่อน้ำดี



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางวรรดา พิงศรีเพ็ง
วัน เดือน ปีเกิด	25 มิถุนายน 2515
ที่อยู่	73/1หมู่ 4 ตำบลโคงธนู อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2538	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิทยาศาสตร์บัณฑิต
พ.ศ. 2554	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2538 – 2552	พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียว
พ.ศ. 2552 – ปัจจุบัน	หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยใน 7B งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬารัตน์