

การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 20-40 ปี ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

Perceived Health and Cholangiocarcinoma Risk Behaviors in people 20-40 Years, Chiang Khrueta Sub-district, MueangSakonNakhon District, SakonNakhon Province.

นิติกร ภูสุวรรณ¹, เสาวลักษณ์ ทุลธรรม²

Nitikorn Phoosuwan¹, Saowalak Tholtham²

Received: 29 April 2015 ; Accepted: 25 July 2015

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนอายุ 20-40 ปี ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและอนุมานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า เพศ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมและป้องกันโรค ควรสร้างให้ประชาชนมีการรับความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี พร้อมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามไปด้วย

คำสำคัญ: มะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยง

Abstract

The purpose of this study was to study perceived health factors and Cholangiocarcinoma risk behaviors in people 20-40 years in Chiang Khrueta subdistrict, MueangSakonNakhon, SakonNakhon Province, Thailand. There were 290 samples collected data by questionnaire and analyzed by using descriptive and inferential statistics at 95% statistically significant. The results showed that sex, monthly income, smoking, alcohol drinking, overall health belief score and perceived severity of Cholangiocarcinoma were associated to Cholangiocarcinoma risk behaviors. The results suggests that public health agencies in local area should promote population behaviors for perceived susceptibility and perceived severity of Cholangiocarcinoma, especially food consumption behaviors for freshwater fish cooking.

Keyword: Cholangiocarcinoma, Perceived Health, Risk Behavior

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000, โทรศัพท์ 081-7918914, E-mail: doctor.nitikorn@gmail.com

² Faculty of Public Health, Kasetsart University ChalermphrakiatSakonNakhon Province Campus, MueangSakonNakhon District, SakonNakhon Province.47000, Thailand, 081-7918914, E-mail: doctor.nitikorn@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.00 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดและมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุกๆ ปี องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน¹อุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคนของโรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดเพศชาย 5 อันดับแรก คือ มะเร็งลำไส้และทวาร มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งลิ้นในเพศหญิง 5 อันดับแรกคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกมะเร็งลำไส้และทวารหนักมะเร็งกล่องเสียงและมะเร็งรังไข่²

มะเร็งตับและท่อน้ำดี มีอุบัติการณ์สูงในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ.2555 พบว่าจังหวัดที่พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงที่สุดคือ จังหวัดชัยภูมิ รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดสกลนคร พบ 4 ราย³และอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ.2550 พบอัตราป่วยสูงในจังหวัดสกลนคร รองลงมาคือ น่าน ลำพูน แพร่และศรีสะเกษ คิดเป็นร้อยละ 22.68, 14.66, 13.32, 10.92 และ 5.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ³ในขณะที่เดียวกันในภูมิภาคนี้ก็มีการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ (*O. viverrini*) สูงเช่นเดียวกัน⁴ โดยตั้งแต่ พ.ศ.2545–2549 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงที่สุด โดยมีอัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคนคิดเป็นร้อยละ 61.4 ในเพศชายและร้อยละ 25.6 ในเพศหญิง⁵และในปัจจุบันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 ได้รับรองมติ “การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนเพื่อขับเคลื่อนการกำจัดปัญหาต่อไป”⁶

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งชนิดของอาหารหรือวิธีการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทปลาดิบ หรือปลาสุกๆดิบๆที่มีการปนเปื้อนของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสาร Nitrosamine เช่น ปลาร้า แหนม กุนเชียง เป็นต้น ถึงแม้ปัจจุบันได้มีการโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่มียารักษาได้แล้ว แต่อัตราการป่วยด้วยโรคนี้แทบจะไม่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนหายขาดไปแล้วกลับเป็นซ้ำใหม่อีก เพราะยังมีพฤติกรรมที่รับประทานอาหารประเภทปลาดิบหรือปลาสุกๆดิบๆที่มีการปนเปื้อนของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ การมีพยาธิใบไม้ในตับมากโดยเฉพาะในภาค

อีสาน จากพฤติกรรมการกินอาหารดิบๆ จึงมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าภาคอื่นๆ

หากแบ่งโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น และอัตราการป่วยสูงสุดที่ช่วงอายุ 50-59 ปี⁷ในเขตพื้นที่ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร มีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ที่มีแหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์ประกอบด้วยปลาน้ำจืด ปู กุ้งหอยฉลามนั้น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 20-40 ปี ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร นับเป็นการดำเนินงานทางวิชาการ ที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องข้อมูลเพื่อสะท้อนให้ทราบถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาที่แท้จริงในพื้นที่ รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของคนในพื้นที่และไม่เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน อายุ 20-40 ปี ในตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขอบเขตการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในประชาชนอายุ 20-40 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

2. รูปแบบและวิธีการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในประชาชนอายุ 20-40 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเชียงเครือ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

3. ประชากรกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 20-40 ปี ในตำบลเชียงเครืออำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งหมด 7,099 คนคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁸ได้ขนาดตัวอย่าง 255คนและเพิ่มจำนวนกลุ่มเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามจำนวนหมู่บ้านทั้งสิ้น 17 หมู่บ้าน และคำนวณตามสัดส่วนช่วงอายุ (Proportion allocation) ประกอบด้วย ประชาชนอายุ 20-25 ปี ประชาชนอายุ 26-30 ปี ประชาชนอายุ 31-35 ปี และประชาชนอายุ 36-40 ปี ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2557

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดย ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลปัจจัยด้านสังคม จำนวน 10 ข้อตอนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ (ทดสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.795) ตอนที่ 3 พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 23 ข้อแบ่งพฤติกรรมเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 23-69 คะแนน (ทดสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.759) ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างและทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าทำการศึกษา ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านคณะกรรมการของคณะสาธารณสุขศาสตร์

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางสังคมได้แก่ เพศ สถานภาพระดับการศึกษาอาชีพลักษณะครอบครัวการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติความถี่ และร้อยละอายุรายได้/เดือนวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ

ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ตัวแปรเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.24 อยู่ในช่วงอายุ 20-25 ปี ร้อยละ 32.08 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.44 ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 33.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.31 มีรายได้ 1,500-5,499 บาท ต่อเดือนร้อยละ 34.14 ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 63.45 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่หรือเป็นร้อยละ 71.03 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 52.76 ดัง Table 1

Table 1 Numbers and percentage of the participants classified by social factors (n = 290)

General information	Numbers (persons)	(%)
Sex		
Male	124	42.76
Female	166	57.24
Age		
20 – 25 years	93	32.08
26 – 30 years	59	20.34
31 – 35 years	63	21.72
36 – 40 years	75	25.86
Mean= 30.02 years S.D. = 6.44 Minimum = 20 years Maximum = 40 years		
Marital Status		
Married	213	73.44
Single	67	23.10
Widowed	7	2.41
Separated	2	0.70
Divorced	1	0.35
Education Level		
Primary School	96	33.10
Secondary School	69	23.80

Table 1 Numbers and percentage of the participants classified by social factors (n = 290) (Cont.)

General information	Numbers (persons)	(%)
Vocational Certificate	44	15.17
No education	33	11.38
High vocational Certificate	25	8.62
Bachelor Degree	23	7.93
Occupation		
Agriculturists	143	49.31
Employees	39	13.45
Merchants/business owner	37	12.76
Students	21	7.24
Housewives/Unemployees	18	6.21
Official Staffs	14	4.83
State enterprise officer	11	3.79
Civil Servants	4	1.38
Fisherman	3	1.03
Income		
No income	85	29.31
1,500 – 5,499 baht/month	99	34.14
5,500 – 9,499 baht/month	77	26.55
9,500 – 13,499 baht/month	20	6.90
13,500 baht or above/month	9	3.10
Mean= 6,278.15 baht S.D. = 3,332.20		
Minimum = 1,500 baht Maximum = 25,000 baht		
Family characteristics		
Single family	184	63.45
Extended family	106	36.55
Smoking		
Non-smokers	206	71.03
Current smoking	56	19.31
EX- smokers	28	9.66
Drinking		
Non-drinkers	153	52.76
Current drinking	87	30.00
EX- drinkers	50	17.24

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.62 โดยมีการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี และการรับรู้ต่อ

อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.79, 62.07 และ 68.97 ตามลำดับและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูงร้อยละ 60.34 ดังTable 2

Table 2 Numbers and percentage classified by perceived of health information (n = 290)

Health belief	Numbers (persons)	(%)
Overall health belief		
Moderate level(73 – 108 points)	170	58.62
High level (109 – 144 points)	120	41.38
Mean= 107.70points S.D. = 8.933		
Lowestpoint= 85Highestpoint= 134		
Perceived susceptibility of cholangiocarcinoma		
Low level (9 – 18 points)	1	0.34
Moderate level (19 – 27 points)	214	73.79
High level (28 – 36 points)	75	25.86
Mean= 25.87 points S.D. = 2.789		
Lowestpoint= 18 Highestpoint= 36		
Perceived severity of cholangiocarcinoma		
Low level (9 – 18 points)	1	0.34
Moderate level (19 – 27 points)	114	39.32
High level (28 – 36 points)	175	60.34
Mean= 28.89 point S.D. = 3.416		
Lowestpoint= 18 point Highestpoint= 36		
Low level (9 – 18 points)	2	0.69
Moderate level (19 – 27 points)	180	62.07
High level (28 – 36 points)	108	37.24
Mean= 26.87 point S.D.= 3.320		
Lowestpoint = 18 Highestpoint = 35		
Perceived barriers of preventive behaviors in cholangiocarcinoma		
Low level(9 – 18 points)	5	1.72
Moderate level(19 – 27 points)	200	68.97
High level (28 – 36 points)	85	29.31
Mean= 26.04 S.D. = 3.748		
Lowestpoint= 17Highestpoint = 36		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี 39.05 (S.D.=5.84) โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 55.28 รองลงมาในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.09 ดัง Table 3

Table 3 Numbers and percentage classified by perceived of health information by cholangiocarcinoma risk behaviors (n = 246)

Behaviors	Numbers (persons)	(%)
Cholangiocarcinoma risk behaviors		
Low level(23 - 38.33points)	136	55.28
Moderate level(38.34 - 53.66points)	106	43.09
High level (53.67 – 69 points)	4	1.63
Mean= 39.05S.D = 5.84		
Lowestpoint= 29Highestpoint= 57		

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) โดยพบว่า เพศชาย มีพฤติกรรมต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในระดับปานกลางขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 57.01 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง ที่มีเพียงร้อยละ 35.25 รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.011) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 13,500 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในระดับปานกลางขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65.50 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้

ได้ 1,500-5,499 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.29 การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.028) โดยพบว่า เคยสูบบุหรี่แล้วมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในระดับปานกลางขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 60.87 รองลงมาคือ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 55.77 และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.023) โดยพบว่า เคยแต่เลิกแล้วมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับปานกลางขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54.35 รองลงมาคือ ปัจจุบันยังดื่ม คิดเป็นร้อยละ 52.50 ดัง Table 4

Table 4 Association between social factors and cholangiocarcinoma risk behaviors (n = 246)

Factor	Cholangiocarcinoma risk behaviors			χ^2	p-value
	Low	Moderate	Total		
	Numbers(%)	Numbers(%)	Numbers(%)		
Sex					
Male	46 (42.99)	61 (57.01)	107 (100.00)	11.578	0.001*
Female	90 (64.75)	49 (35.25)	139 (100.00)		
Income					
No income	49 (72.06)	19 (27.94)	68 (100.00)	13.086	0.011*
1,500 – 5,499 baht/month	38 (44.71)	47 (55.29)	85 (100.00)		
5,500 – 9,499 baht/month	38 (55.88)	30 (44.12)	68 (100.00)		
9,500–13,499 baht/month	8 (47.06)	9 (52.94)	17 (100.00)		
13,500 baht or above/month	3 (37.50)	5 (65.50)	8 (100.00)		
Smoking					
Non-smokers	104 (60.82)	67 (38.18)	171 (100.00)	7.117	0.028*
Current smoking	9 (39.13)	14 (60.87)	23 (100.00)		
EX- smokers	23 (44.23)	29 (55.77)	52 (100.00)		
Drinking					
Non-drinkers	77 (64.17)	43 (35.83)	120 (100.00)	7.517	0.023*
Current drinking	21 (45.65)	25 (54.35)	46 (100.00)		
EX- drinkers	38 (47.50)	42 (52.50)	80 (100.00)		

* p< 0.05

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square พบว่า ปัจจัยการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.031) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.25 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น

ร้อยละ 38.52 และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.003) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51.92 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.22 ดัง Table 5

Table 5 The associated between the factors perceived of health information and cholangiocarcinoma risk behaviors (n = 246)

Factor	Cholangiocarcinoma risk behaviors			χ^2	p-value
	Low	Moderate	Total		
	Numbers(%)	Numbers(%)	Numbers(%)		
Overall health belief					
Moderate level	83 (61.48)	52 (38.52)	135 (100.00)	4.648	0.031*
High level	43 (47.75)	58 (52.25)	111 (100.00)		
Perceived severity of cholangiocarcinoma					
Moderate level	61 (67.78)	29 (32.22)	90 (100.00)	8.961	0.003*
Highlevel	75 (48.08)	81 (51.92)	156 (100.00)		

* p < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยด้านสังคมกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการออกหาปลาตามแหล่งน้ำจืดส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งอาจจะออกหาปลาเพื่อนำมาประกอบอาหารในครัวเรือนหลังจากออกหาปลาอาจมีการปรุงและรับประทานปลาดิบ หรือปลาปรุงไม่สุกรอบๆ บริเวณแหล่งน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอินทรา เทียมแสน(2551)⁹ ที่พบว่า ส่วนใหญ่โอกาสที่จะรับประทานปลาดิบคือ หลังจับปลาร่วมกับเพื่อน และสอดคล้องกับรายงานที่พบว่า มะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มีอัตราการอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ 61.4 ในเพศชายและร้อยละ 25.6 ในเพศหญิง⁹ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 13,500 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 65.50 อาจเนื่องมาจากกำลังซื้อของผู้ที่มีรายได้สูง รวมถึงประชาชนนิยมรับประทานปลาน้ำจืด อีกทั้งประชาชนยังถูกปลุกฝังมาตั้งแต่เด็กในการรับประทานปลาน้ำจืด หรือประชาชนที่มีรายได้มาก อาจหาซื้อปลาน้ำจืดได้ตามแหล่งตลาดที่ชาวบ้านนำมาขาย เป็นการสะดวกและประหยัดเวลาอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยว่าฐานะเศรษฐกิจหรือรายได้ของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ถ้าฐานะไม่ดี ก็มักจะมีการศึกษาต่ำ ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีเจตคติไม่ดี ปฏิบัติไม่ถูกต้อง¹⁰ ถึงแม้รายได้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง

ท่อน้ำดี หากประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง รับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดโดยการปรุงสุก ประชาชนก็จะไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีตามมาได้ สำหรับการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เคยสูบบุหรี่แล้ว และเคยดื่มแต่เหล้าแล้ว เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี รองลงมาคือปัจจุบันยังสูบบุหรี่และปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประชาชนยังมีความเชื่อที่ว่าเหล้าสามารถทำให้อาหารที่ดิบๆ นั้นสุกได้ ผู้ชายจึงนิยมดื่มเหล้าพร้อมกับการบริโภคอาหารดิบ เพราะเชื่อว่าเหล้าสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ และพฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าเพศหญิง¹¹

การศึกษาปัจจัยการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า ปัจจัยการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งผลการศึกษานี้อาจเนื่องมาจาก พฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆดิบๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นพฤติกรรมที่มีระยะเวลาการรับประทานเป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน จึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเป็นไปได้ยาก การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีจากการศึกษาของ เทพินทร์ คุณโลก(2539)¹¹ พบว่า ชาวชนบทมีความเชื่อในการประกอบอาหารบางอย่างเช่น อาหารจำพวกเนื้อสัตว์นิยมบริโภคสุกๆดิบๆ เพราะถ้าบริโภคสุกแล้ว

เชื่อว่าคุณค่าทางอาหารน้อยและไม่อร่อย โดยการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติที่ยอมรับสิ่งใดนั้นบุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพสามารถลดการคุกคามต่อสุขภาพทำให้ไม่เจ็บป่วยหรือหายจากการเป็นโรค¹² การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี แสดงให้เห็นว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีตัวอย่างไรก็ตามความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อยมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ แสงปราชญ์(2553)¹³ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค(สูง)มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ต่ำ) ($r = -0.05$, $p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่าเมื่อรู้ตัวว่ามีพยาธิใบไม้ตับ แล้วยังคงกินอาหารสุกๆ ดิบๆ ต่อไป โรคนี้จะรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเห็นด้วย ร้อยละ 49.66 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่ไม่น่ากลัว โดยไม่เห็นด้วย ร้อยละ 50.00 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

- 1) จากการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีการเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากและต้องใช้เวลา ดังนั้นควรมุ่งประเด็นไปที่การทำให้ประชาชนจึงจะมีพฤติกรรมบริโภคที่ปลอดภัยซึ่งความปลอดภัยนี้จะรวมไปถึงการบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ เช่น การประกอบอาหารที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหารไม่บริโภคปลาดิบ หลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาปลาดิบ ปลาจ่อม ส้มปลาดิบ รวมถึงผักสดในแหล่งน้ำจืด ลดละการดื่มสุราไม่บริโภคอาหารที่มีเชื้อราไม่รับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสาร Nitrosamine เช่น ปลาร้า แหนม กุนเชียง เพราะเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วย เป็นต้น และการให้สุขศึกษาให้เกิดการรับรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องและการส่งเสริมบริโภคนิสัยควรเริ่มไปพร้อมๆ กันทั้งในโรงเรียนและในชุมชน ปลูกฝังทัศนคติในเด็กซึ่งจะส่งผลต่อการกระตุ้นในระดับครอบครัวด้วย ซึ่งจะทำให้อัตราการเกิดโรคลดลงได้
- 2) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีหากบุคคลรับรู้

ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ถึงความรุนแรงของมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม รวมถึงรับรู้วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมว่ามีน้อยหรือไม่มีอุปสรรค น่าจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีที่เหมาะสม ฉะนั้น ควรสร้างให้ประชาชนมีการรับรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การปรุงอาหารปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวโดยใส่มะนาว พริกชี้หนูเผ็ด ๑ จะทำให้เชื้อพยาธิใบไม้ตับตาย เป็นต้น รวมถึงแสดงให้เห็นโทษต่างๆที่เนื่องมาจากการรับรู้ที่ผิดเหล่านั้น

- 3) นอกจากการส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคอาหารที่ปรุงสุกเท่านั้น การส่งเสริมให้ประชาชนมีนิสัยในการขับถ่ายลงในส้วมทุกครั้ง และการกำจัดเศษปลาสดอย่างถูกวิธี ยังเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาผลของพฤติกรรม การประกอบอาหารและการบริโภคอาหารประเภทปลา รวมถึงการแปรรูปอาหารประเภทปลาและการกำจัดเศษอาหารแก่ประชาชน
- 2) ควรศึกษาเพิ่มเติมความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยในระดับชุมชนและนโยบายกับบริโภคนิสัยของผู้ที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี
- 3) ศึกษาติดตามแบบไปข้างหน้าของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 4) การทำวิจัยกึ่งทดลองและโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณตำบลเชียงเคี่ยนที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการวิจัยนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งประจำปี 2555. [ฉบับออนไลน์]. 2555[เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก : http://www.nci.go.th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-Based%20NCI%202012%20Total.pdf
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งประจำปี 2554. [ฉบับออนไลน์]. 2554[เข้าถึงเมื่อ 24

- ธันวาคม 2556]. เข้าถึงได้จากhttp://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-base2011.pdf
3. สำนักกระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2550. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
 4. บรรจบศรีภา, พวงรัตน์ยงวนิชย์, ชวลิต ไพโรจน์กุล. สาเหตุและกลไกการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี : ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2548; 20(3): 122-134.
 5. สุพรรณณี ศรีอำพร. อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. [ฉบับออนไลน์]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2556] เข้าถึงได้จาก:http://www.cmp.ubu.ac.th/th/detail_article.php?article=00081&=2f90b9e480a339ba231be52a30807fd7
 6. สมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 7. มติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 7. [ฉบับออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2558] เข้าถึงได้จาก:<http://www.samatcha.org/>
 7. ประภาศรี จงสุขสันติกุล, ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์, วราห์ มีสมบูรณ์. การศึกษาความชุกของตัวอ่อนระยะติดต่อนของพยาธิใบไม้ตับในอาหารที่ทำจากปลาที่บริโภคในภาคเหนือ ปี 2539. วารสารโรคติดต่อ 2542; 25(1): 76-83.
 8. อรุณ จิรวินท์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด ; 2553.
 9. อินทรา เทียมแสน. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลน้ำริด อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551
 10. เจริมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์; 2551.
 11. เทพินทร์ คุณโลก. บริโคนิสัยกับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนบ้านแม่ขานหลังถ้ำ ตำบลสองแคว อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539
 12. Becker, M. H. and others. "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Populations," The American Journal of Public Health. 21 (November 1974) 205-216.
 13. อภิชาติ แสงปรากฏซ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน

จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553