



สำนักหอสมุด 27 ต.พ. 2532

การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ บริโภคนิสัย ระหว่าง
ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

A COMPARATIVE STUDY OF KNOWLEDGE, HEALTH BELIEFS
AND FOOD HABITS BETWEEN CURATIVE AND REPEATED
OPISTHORCHIASIS PATIENTS

พรรณทิพา แก้วมัตย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. ๒๕๓๑

อภิธาน์นทานการ

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล.

15521

การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัย ระหว่าง
ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

A COMPARATIVE STUDY OF KNOWLEDGE, HEALTH BELIEFS
AND FOOD HABITS BETWEEN CURATIVE AND REPEATED
OPISTHORCHIASIS PATIENTS



พรรณทิพา แก้วมาตย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. ๒๕๓๑

ISBN 974-586-350-5


สงวนลิขสิทธิ์


ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจาก China Medical Broad of New York, Inc.

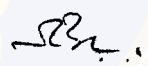
วิทยานิพนธ์


เรื่อง

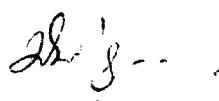
การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ บริโภคนิสัย ระหว่าง
ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ


พรธทิพา แก้วมาตย์
ผู้วิจัย

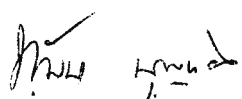

ชังอร ผลเนื่องมา, วท.บ., M.S.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


สมพร พุกขราช, พ.บ.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


ศศิมา กุลสุมา ณ อยุธยา, วท.บ, ภ.บ.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


มันตรี จุลสมัย, พ.บ.Ph.D
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


ทัศนาวุฒทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.
ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัย ระหว่าง

ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๓๑

พรเทพ แก้วม้าย

พรเทพ แก้วม้าย

ผู้วิจัย

บังอร ผลเมืองมา

บังอร ผลเมืองมา วท.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สมพร พฤกษราช

สมพร พฤกษราช, พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วท.บ., ภ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วรรณี สัตยวิวัฒน์

วรรณี สัตยวิวัฒน์, วท.ม., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ทัศนาศุภทอง

ทัศนาศุภทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ทัศนาศุภทอง

ทัศนาศุภทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

จูลสมัย

จูลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ พรรณทิพา แก้วมาตย์

วัน เดือน ปี เกิด ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗

สถานที่เกิด จังหวัดขอนแก่น

ประวัติการศึกษา
ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. ๒๕๖๓

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
หัวหน้าแผนกวิชาการพยาบาลศัลยกรรมศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร ผลเมืองมา นายแพทย์สมพร พฤกษราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณิ สัตยวิวัฒน์ และอาจารย์นุชฉานา ทองทวี กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของ เครื่องมือ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ตลอดจนแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล เพื่อหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ และขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดสกลนคร หัวหน้าหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดขอนแก่น และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลงด้วยดี ขอขอบพระคุณ ดร.นวรัตน์ สุวรรณผ่อง ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเขียนโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้สอนทุกท่านที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้กับผู้วิจัย จนประสบความสำเร็จและมีความก้าวหน้าในการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่ๆ และขอบคุณน้องๆ ตลอดจนคนหลายๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งขอบคุณเพื่อนๆ ที่เป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา และขอบคุณ China Medical Broad of New York, Inc. ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ชื่อวิทยานิพนธ์	การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัย ระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
ผู้วิจัย	นางสาวพรรณทิพา แก้วมาตย์
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์บังอร ผลเนื่องมา นายแพทย์สมพร พฤกษราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา
วันที่สำเร็จการศึกษา	๑๑ มีนาคม ๒๕๓๑

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ พร้อมทั้งศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่ทำให้ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและบริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ โดยจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทล ๔๐ มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวมาแล้วไม่น้อยกว่า ๓-๖ เดือน และได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดสกลนคร และจังหวัดขอนแก่น จำนวน ๒๐๐ ราย โดยแบ่งออกเป็น ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย จำนวน ๑๐๐ ราย เป็นชาย ๖๐ ราย และหญิง ๔๐ ราย ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน ๑๐๐ ราย เป็นชาย ๖๗ ราย และหญิง ๓๓ ราย เครื่องมือที่ใช้วิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การทดสอบที และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม จำแนกตามความแตกต่างของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว โดยใช้การทดสอบที ในแต่ละคู่ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนบริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ในกลุ่ม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว พบว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มีความรู้เรื่องโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ในกลุ่ม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว พบว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและในด้านต่างๆ ๖ ด้าน คือ แรงจูงใจ ด้านสุขภาพโดยทั่วไปและเฉพาะโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ <๑๐ ปีขึ้นไป มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปและเฉพาะโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

บริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มีบริโภคนิสัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

Statistical techniques were implemented on the process of data analysis by some selected appropriate statistics, they were mean values, standard deviation and specifically t-test for four hypotheses.

The results of the study show that there are no statistically significant differences of knowledge and health beliefs between the two groups at .05 level but the significance of food habits differences between them is appeared. When each group is classified by sex, age, educational level, economic status and family structure, the comparative study reveals that there are no statistically significant differences of knowledge and health beliefs. However, the difference of general health motivation is statistically significant at .05 level between the two groups at difference age. It should be noted here that, among over 40-years-old patients, there are statistically significant at .05 level differences of general health motivation.

The salient feature of this comparative study are the statistically significant difference of food habits, classified by sex, age, education level, economic status and family structure at .05 level as hypothesized.

สารบัญ เนื้อเรื่อง

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย

ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค

สารบัญตาราง

ช

สารบัญแผนภูมิ

ญ

บทที่

๑ บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

๑

วัตถุประสงค์

๓

สมมติฐาน

๓

ขอบเขตของการศึกษา

๓

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

๔

ข้อตกลงเบื้องต้น

๔

นิยามตัวแปร

๔

๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

๑๐

ลักษณะทางสังคม ชนบทธรรมนิยมประเพณี ค่านิยมในการบริโภคอาหารของคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๒๖

บริโภคนิสัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

๒๘

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยสาเหตุและการระบาดของโรค

๓๕

พยาธิสภาพของโรค และการรักษา

๔๖

ผลของโรคต่อร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม

๕๗

การควบคุมและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

๖๓

๖๓

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

หน้า

๓	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	๖๔
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๖๖
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	๗๒
	การวิเคราะห์ข้อมูล	๗๔
๔	ผลการวิจัย	
	ผลการวิจัย	๗๗
	การอภิปรายผล	๘๘
๕	สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย	๑๑๒
	ข้อเสนอแนะ	๑๑๔
	บรรณานุกรม	๑๒๐
	ภาคผนวก	
ก	แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว	๑๔๑
	ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค	๑๔๔
	ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ	๑๔๖
	ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย	๑๔๗
ข	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	๑๕๐

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ภูมิภาค เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ของกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๗๔
๒ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนของคะแนนความรู้เรื่องโรค ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๘๑
๓ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรค ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน	๘๒
๔ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๘๓
๕ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน	๘๔
๖ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านแรงจูงใจ ด้านสุขภาพทั่วไปและเฉพาะโรค ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน	๘๕
๗ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน	๘๖

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
๘ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน	๘๗
๘ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน	๘๘
๑๐ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน	๘๘
๑๑ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านปัจจัยร่วมต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน	๘๐
๑๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบริโณคณิสัยของกลุ่มที่รักษาแล้วหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๘๑
๑๓ จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามสาเหตุที่ไม่สามารถงดรับประทานอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ สถานที่และโอกาสที่รับประทานอาหาร	๘๔
๑๔ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย จำแนกตามสาเหตุที่งดรับประทานอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ และระยะเวลาที่งดรับประทานอาหาร	๘๕
๑๕ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนบริโณคณิสัย ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๘๖

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง

ณ

หน้า

- ๑๖ เปรียบเทียบความแตกต่างของคำเฉลี่ยของคะแนนบริโภคนิสัย
ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่เพศ อายุ
ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

๘๖



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

๑	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามสมมติฐานของ เบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman)	๑๓
๒	กรอบความคิดเกี่ยวกับบริโภคนิสัย	๓๘
๓	กรอบความคิดบริโภคนิสัยจากการวิเคราะห์ด้วยระบบนิเวศ	๔๐
๔	บริโภคนิสัย	๔๒
๕	วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ	๕๑
๖	กระบวนการเกิดมะเร็งของท่อน้ำดี	๕๘

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นโรคหนอนพยาธิที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะเป็นปัญหาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาหลายทศวรรษแล้ว ได้มีการสำรวจความชุกชุมของโรคนี้หลายครั้ง ก็ยังพบโรคนี้เสมอมา ในปี ค.ศ. ๒๔๔๕-๒๔๔๘ กองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย ได้สำรวจพบว่ามีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรในภาคต่างๆ มีดังนี้ ภาคเหนือ ร้อยละ ๖.๓ ภาคกลาง ร้อยละ ๐.๒ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓๑.๔ และภาคใต้ ไม่ปรากฏ (Sudan 1955:81-115) จากการสำรวจความชุกชุมของโรคหนอนพยาธิในปี พ.ศ. ๒๕๐๐ โดยแพทย์หญิงสุวัชร วัชรเสถียรและคนอื่นๆ พบว่าอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรในภาคต่างๆ มีดังนี้ ภาคเหนือ ร้อยละ ๑๐.๖ ภาคกลาง ร้อยละ ๐.๓ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๒๔.๘ และภาคใต้ ไม่ปรากฏ ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๒๓-๒๕๒๔ ฝ่ายหนอนพยาธิ กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้ทำการสำรวจเชิงสถิติพบว่าประชาชนมีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับดังนี้ ภาคเหนือ ร้อยละ ๕.๕๔ ภาคกลาง ร้อยละ ๖.๓๔ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓๔.๕๐ และภาคใต้ ร้อยละ ๐.๐๑ (สมพร พฤษราช และคนอื่นๆ ๒๕๒๕:๒๖๓) ปัญหาของพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อเทียบอัตราส่วนกับปี พ.ศ. ๒๔๕๕ โดยเพิ่มจากร้อยละ ๓๑.๔ มาเป็นร้อยละ ๓๔.๐๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ ภาคกลางเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖.๑๔ ภาคใต้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๐๑ ส่วนภาคเหนือลดลง ร้อยละ ๐.๗ แสดงให้เห็นว่าปัญหาความชุกชุมของโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ได้ลดลงเลยและยังกระจายไปทางภาคกลางและภาคใต้เพิ่มขึ้นอีกด้วย ตัวเลขเหล่านี้เมื่อประมาณจากประชาชนที่แท้จริงแล้ว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับถึง ๖.๗ ล้านคน และภาคเหนือประมาณ ๔-๕ แสนคน จากการสำรวจโรคในบุคคลวัยต่างๆ ของทุกภาคพบว่า เด็กอายุ ๒ ปี ก็เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแล้ว เมื่ออายุสูงขึ้นอัตราการความชุกชุมของโรคค่อยๆ สูงขึ้นตามลำดับ จากการสุ่มตัวอย่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แยกตามประเพณีและบริโภคนิสัย โดยแยกเป็น

ภาคอีสานเหนือ ซึ่งมีอยู่ ๑๓ จังหวัด ได้แก่ ชัยภูมิ เลย หนองคาย อุดรธานี ขอนแก่น สกลนคร นครพนม มุกดาหาร กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธรและอุบลราชธานี ประชาชนในเขตนี้ส่วนใหญ่เป็นไทยเชื้อชาติลาว และภาคอีสานใต้ ซึ่งมี ๔ จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ ประชาชนในเขตนี้ส่วนใหญ่เป็นไทยเชื้อชาติเขมร พูดภาษาเขมร (ภาษาส่วย) อัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีดังนี้ จังหวัด- สกลนคร ร้อยละ ๖๔.๙ จังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ ๖๒.๗๕ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ ๕๐.๙๔ จังหวัดเลย ร้อยละ ๒๑.๙๐ และจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ ๘.๙๔ ส่วน จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๘.๐๑ และจังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ ๑๑.๕๐ จะเห็นว่าความชุกชุมของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคอีสานเหนือมีมากกว่าภาคอีสานใต้ (สมพร พุกขราช ๒๕๒๙:๒๔-๓๐) จากการสำรวจในหน่วยบำบัด ๔ จังหวัด ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๒๘-เมษายน ๒๕๒๙ พบผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีดังนี้ ขอนแก่น ๒๕,๐๔๔ คน ร้อยเอ็ด ๑๘,๒๔๕ คน สกลนคร ๑๔,๐๖๐ คน และอุบลราชธานี ๑๒,๐๒๔ คน (กองควบคุมโรคติดต่อทั่วไป ๒๕๒๙) จากการให้สัมภาษณ์ของนายแพทย์ อองอาจ วัชรพันธุ์สกุล สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กล่าวว่าหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระยะเวลา ๓ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๒๗-๒๕๒๙ มีประชาชนได้รับการตรวจบำบัด ๒๐๒,๗๗๖ คน เฉลี่ยปีละ ๖๗,๕๙๒ คน และในปี ๒๕๓๐ มีประชาชนเข้ามาตรวจเฉลี่ยวันละ ๑๒๐ คน พบไขพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๕๐ นับเป็นสถิติที่สูงมากและตรวจพบจากประชาชนในทุกกิ่งอำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ตามหมู่บ้านใกล้แหล่งน้ำธรรมชาติ (ไทยรัฐ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๓๐:๖)

จากการศึกษาด้านพยาธิสภาพของโรค พบว่าพยาธิใบไม้ตับที่เข้าไปอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี จะทำให้เกิดการระคายเคือง การอักเสบเรื้อรัง และการอุดตันของท่อน้ำดี ท่อน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการของระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด เจ็บบริเวณตับและลิ้นปี่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ตับอักเสบ ตับโต ตัวเหลือง ท้องมาน เป็นต้น เป็นการบั่นทอนสุขภาพของประชาชน ทำให้ประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ เป็นการสูญเสียเศรษฐกิจทั้งของส่วนตัวและของประเทศ โดยเฉพาะผู้ที่มีพยาธิจำนวนมาก และอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน อาจจะมีมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับได้ (Flavel and Lucus 1982:46; Witaya thammavit, et al. 1978:4634)

จากการศึกษาของฮิว (Hou 1950) ในฮ่องกงพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี มีสาเหตุจากพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๑๕ สำหรับประเทศไทย พบว่าร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยที่มีพยาธิใบไม้ตับ เป็นมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี (Hou Tansurat and Sonakul 1986:

1) จากรายงานของภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่าร้อยละ ๖๒ ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี เกิดมะเร็งของท่อน้ำดี (อรุณ เผ่าสวัสดิ์ ๒๕๒๔:๔๖๔) จากการสัมภาษณ์นายแพทย์ประสิทธิ์ สัทธาพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในที่สุดกลายเป็นมะเร็งตับ ยังไม่มีที่ท่าว่าจะลดลง จากสถิติผู้ป่วยนอกประมาณ ๔๐๐ คน เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งตับร้อยละ ๑๐-๑๕ และมีอัตราการตายปีละ ๒๐๐ คน ส่วนใหญ่ตายระหว่างอายุ ๕๐-๕๐ ปี ผู้มีอายุยืนกว่า ๕๐ ปี มีจำนวนน้อยลง ส่วนที่จังหวัดอุดรธานี นายแพทย์-แพทย์หญิง ปริยวาทศสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอสร้างคอม กล่าวว่า รับผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ปีละ ๒๐๐ คน มีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ ๓๕ คน ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๓๐-๕๐ ปี และที่จังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์อนันต์ เมนะรุจิ สาธารณสุขจังหวัดกล่าวว่า จากการออกหน่วยเคลื่อนที่ไปทุกอำเภอ พบว่า ผู้ที่มาตรวจรักษากว่าร้อยละ ๕๐ เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งหากไม่รักษาจะเป็นมะเร็งตับได้ สาเหตุที่ทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น เกิดจากประชาชนชอบรับประทานปลาสดๆ ดิบๆ เช่น ลาบ ก้อย ทำให้พยาธิเข้าไปสะสมในร่างกายตั้งแต่เด็ก เมื่อรวมกับสารพิษในโตรซามินที่อยู่ในปลาร้าทำให้เกิดมะเร็งตับได้ง่ายขึ้น การรณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดำเนินการอยู่ขณะนี้ยังไม่ได้ผลชัดเจน เพราะคนอีสานทั่วไปเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ยังเล็ก บางครอบครัวเป็นโรคนี้นี้ตั้งแต่ปู่ถึงหลานและตายกันหมด เนื่องจากนิสัยการรับประทานที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นถ้าสามารถทำให้ประชาชนทั่วไป ประชาชนในภาคอีสาน และประชาชนในเขตที่มีปลา มีพยาธิมาก เช่น หนองหาร จังหวัดสกลนคร เขื่อนอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งแหล่งน้ำธรรมชาติเหล่านี้พบปลาที่มีพยาธิมาก เข้าใจถึงอันตรายที่เกิดจากการบริโภคปลาดิบ และเลิกบริโภคปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ได้ แล้วปรุงปลาให้สุกก่อนรับประทาน จะสามารถลดการเกิดโรคและลดการตายได้ สรุปได้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับสร้างความสูญเสียให้แก่ประเทศชาติ คือสูญเสียประชากรที่มีคุณภาพและสูญเสียทางเศรษฐกิจในแต่ละปี จำนวนหลายสิบล้านบาท (ไทยรัฐ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๓๐:๒)

โรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถป้องกันได้โดยการ เปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เป็นอาหารปลาที่ปรุงสุก รวมทั้งการถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามที่จะป้องกันโรคนีมาเป็นเวลานานกว่า ๓๐ ปี โดยแนะนำประชาชนให้ถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะและให้เลิกรับประทานอาหารดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด แต่ก็ไม่เป็นผลสำเร็จแม้ในปัจจุบันจะมี ยาพาราซิควอนเทล (Praziquantel) ซึ่งเป็นยาที่สามารถฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้ผลดีถึงร้อยละ ๘๗.๕-๙๙.๑ โดยรับประทานยาเพียงครั้งเดียวเท่านั้น (Danai Bunnag and Tranakchit Harinasute 1981:413, Prapit Vivatanasesth, et al. 1982:609-613; Santisiri Sornmani 1984:19-21) หลังจากที่ให้การรักษาด้วยยานี้แล้วก็ยังพบอัตราการกลับเป็นซ้ำ ได้มีการทดลองใช้ยานี้กับประชากร ๓ หมู่บ้าน ในเขตชลประทานหนองหวาย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น พบอัตราการกลับเป็นซ้ำเฉลี่ยเดือนละ ร้อยละ ๒.๑ ในรายที่รับประทานยา ได้รับการสอนสุขศึกษา และมีการปรับปรุงสุขาภิบาล ส่วนในรายที่ได้รับประทานยาเพียงอย่างเดียว พบอัตราการกลับเป็นซ้ำเดือนละ ร้อยละ ๕.๕ และพบว่าการเป็นโรค (Prevalence curve) ต่ำในเด็กวัยก่อนเรียน (๐-๕ ปี) และสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) และสูงคงที่ในกลุ่มวัยหนุ่ม กลางคนและสูงอายุ เพศชายมีอัตราการเป็นโรคสูงกว่าเพศหญิง และผู้มีรายได้น้อยเป็นโรคนี้นานกว่าผู้มีรายได้น้อย (Santisiri Sornmani 1973: 412-434; Wanchai Pratikakorn 1983:93) จะเห็นได้ว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำยังคงสูงอยู่ ซึ่งทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ยาก และดูเหมือนว่าพฤติกรรมของคนเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ถ้าประชาชนมีความรู้ มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง คือ เลิกรับประทานอาหารจำพวกปลาดิบๆสุกๆ เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม เสียบ การระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ ก็คงจะลดลงอย่างมาก การที่จะกะเกณฑ์หรือบังคับชาวบ้านให้ปฏิบัติเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายนี้ทำได้ยาก เพราะเป็นการเปลี่ยนความเคยชินที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นเวลานาน เหตุผลอีกประการหนึ่งที่เป็นปัญหาในการควบคุมโรคนี้คือ ชาวบ้านมีความรู้ การรับรู้ ตลอดจนมีพฤติกรรมที่แก้ไขไม่ได้ ความเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ยังไม่เพียงพอ ดังนั้นความพยายามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อป้องกันโรคนี้นี้จึงควร เริ่มต้นจากความเข้าใจถึงความเชื่อ การรับรู้ และมูลฐานแห่งพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของกลุ่มประชากร เป้าหมาย เสียก่อน โดยเฉพาะเข้าใจถึงความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมไปถึงการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) แรงจูงใจ (Motivation) เป็นต้น นอกจากนี้ความเชื่อเรื่องอาหารบริโภคนิสัย ก็ควรได้รับการวิเคราะห์ว่า ทำไมบุคคลเหล่านี้จึงนิยมรับประทานปลาดิบ ซึ่งนำไปโรค เป็นเพราะอาหารมีรสชาติดีอย่างไร เดียวหรือเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในชุมชนนั้นด้วย และถ้าเกี่ยวข้องกับลักษณะอย่างไร เช่นพบว่าสังคมชาวอีสาน นอกจากจะรับประทานก้อยปลาดิบเป็นอาหารประจำวันแล้ว ยังถือว่าเป็นอาหารพิเศษ ดังนั้นเมื่อมีการเลี้ยงสังสรรค์ การลงแขก ก็จะปรุงอาหารนี้เลี้ยงกัน จึงทำให้การรับประทานก้อยปลาไม่ใช่อาหารที่รับประทานกันเพียงในครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นการรับประทานเป็นหมู่คณะในสังคม เพื่อกระชับความสัมพันธ์และการแสดงออกต่อไมตรีจิต ซึ่งเป็นการแสดงถึงลักษณะสังคมชนบทธรรมเนียมประเพณีที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของชาวอีสาน (ไพฑูริย์ มีกุล ๒๕๒๔:๘๐, อุทม ศรีทิพย์ ๒๕๒๔:๒) ดังนั้นความเชื่อในเรื่องอาหารบริโภคนิสัยของบุคคลเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากมาก เพราะมีจุดกำเนิดที่ซับซ้อน และนิสัยเหล่านี้ได้ถูกผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามนิสัยเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างช้าๆ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัย ได้แก่ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ อารมณ์ วัฒนธรรม ประเพณี เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสุขภาพ (Fleck 1981:34-40)

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗-๒๕๒๘ กระทรวงสาธารณสุข มีจุดมุ่งหมายที่จะกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และความสามารถป้องกันโรคนี้ได้ด้วยตนเอง โดยได้พยายามนำเอาความคิดหรือหลักการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาใช้ด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของการพัฒนาการสาธารณสุขในปัจจุบัน ดังนั้นจึงให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) มีบทบาทในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในหมู่บ้าน เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การบริโภคอาหารและรวบรวมตลับอุจจาระจากประชาชนในหมู่บ้านไปส่งตรวจและรับยาจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับไปให้ผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับที่บ้าน ซึ่งกำลังทดลองใน ๓ หมู่บ้านของ อ.เมือง จ.สกลนคร ซึ่งขณะนี้กำลังประเมินผลอยู่ ในขณะที่เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับขึ้น ๔ แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ สกลนคร ร้อยเอ็ด ขอนแก่น และอุบลราชธานี ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๗ โดยทำการตรวจอุจจาระเพื่อ

หาไข่มดแดง และให้การรักษาโดยให้รับประทานยาพาราเซตามอล ๔๐ มิลลิกรัม ต่อ น้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม เพียงครั้งเดียว รวมทั้งให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องโรค- พยาธิใบไม้ดับจากการดูภาพยนตร์ และซักถามเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบำบัด และ นิตมาตรวจเพื่อหาไข่มดแดงซ้ำทุก ๓-๖ เดือน สำหรับหน่วยบำบัดที่จังหวัดสกลนคร มี สถิติการกลับมาตรวจซ้ำ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๒๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๒๕ ดังนี้ ผู้ป่วย ที่มาตรวจซ้ำ ๑,๔๙๒ ราย บำบัดแล้วพบไข่มดแดง ๑๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๙ สาเหตุ ของการกลับเป็นซ้ำเกิดจากรับประทานปลาร้าดิบ ๑๑๔ ราย ก้อยปลาดิบ ๑๗ ราย รับประทานยาแล้วอาเจียน ๓ ราย ส่วนหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ดับจังหวัดขอนแก่น มีสถิติ การกลับมาตรวจซ้ำ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๒๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๒๕ จำนวน ๑,๔๗๕ ราย บำบัดแล้วพบไข่มดแดง ๑๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๕๑ สาเหตุของการกลับเป็น ซ้ำเกิดจากการรับประทานก้อยปลาดิบ ๑๐ ราย ปลาร้าดิบ ๑๕๔ ราย (กองโรคติดต่อ ๒๕๓๐)

จะเห็นว่าแม้กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามขจัดโรคพยาธิใบไม้ดับด้วยวิธีการ ต่างๆ มาเป็นเวลานาน แต่ก็ยังพบโรคนี้อยู่เสมอทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว กลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการรักษาจากหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ดับ เป็นผู้ที่ได้ ได้รับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับแล้วทั้งสิ้น แต่ก็ยังพบการเกิดโรคใหม่ ภายหลังรักษา หายแล้วอีก จึงน่าจะมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคที่ก่อให้เกิด โรคพยาธิใบไม้ดับ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความแตกต่างของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนหาย และไม่กลับเป็นซ้ำ กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร เกี่ยวกับความรู้- เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัย การวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้ในการ กระตุ้นให้บุคคลากรในทีมสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความแตกต่างของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ดับ ที่ได้รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ รวมทั้งนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้คำ แนะนำ และหากอวิธีที่จะสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปให้เปลี่ยนพฤติกรรมการ บริโภคไปในแนวทางที่ทำให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ดับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริโศก-
ณีสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
๒. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโศกณีสัย
ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ตามความ
แตกต่างของอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว

สมมติฐาน

๑. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย มีความรู้เรื่องโรคสูง
กว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
๒. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย มีความเชื่อด้านสุขภาพ
ดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
๓. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย มีบริโศกณีสัยที่ดีกว่าผู้ป่วย
ที่กลับเป็นซ้ำ
๔. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
ที่มีอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค
ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโศกณีสัยแตกต่างกัน

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ
บริโศกณีสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับ
เป็นซ้ำในหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดสกลนคร และจังหวัดขอนแก่น โดยเก็บ
รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๒๕๓๐ ถึง เดือนสิงหาคม ๒๕๓๐

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อให้บุคคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่กลับ เป็นซ้ำ
๒. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลโดยเฉพาะเกี่ยวกับกลวิธีและเนื้อหาการสอนสุขศึกษา เพื่อส่งเสริม และแก้ไขปัญหเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยและประชาชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๓. เป็นแนวทางในการปรับปรุงการควบคุมการเกิดโรค ได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้หมดไปหรือ เหลือน้อยที่สุด
๔. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทั้งทางด้านการศึกษาและการบริการพยาบาล จัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลและจัดฝึกอบรมพยาบาล เกี่ยวกับการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำ เพื่อส่งเสริม และแก้ไขปัญหเกี่ยวกับบริโภคนิสัยของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป
๕. เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

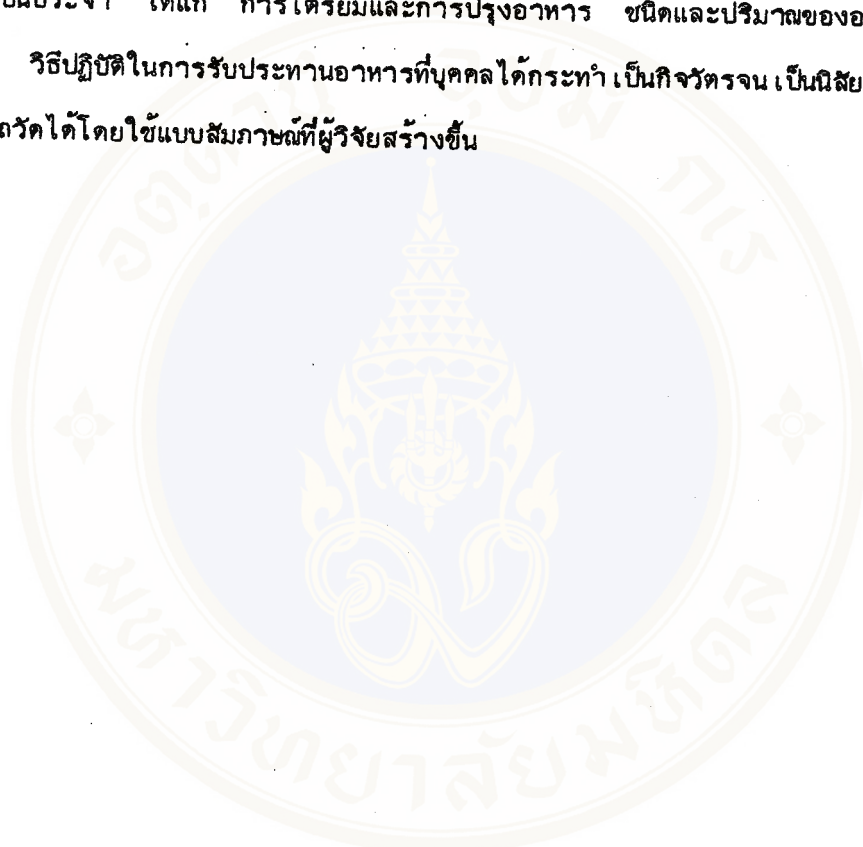
ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสัมภาษณ์บริโภคนิสัยของผู้ป่วย ถือว่าเป็นข้อมูลที่ได้จากการตอบคำถามด้วยความจริงใจ และตรงตามความเป็นจริง

นิยามคำแปร

๑. ความรู้เรื่องโรค หมายถึงความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่สาเหตุของโรค อาการของโรค ความรุนแรง การระบาดของโรค การเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน การป้องกัน และการรักษา ซึ่งวัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
๒. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึงแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค

ประโยชน์ของการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วมต่างๆ ซึ่งสามารถวัดได้ โดยใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวทางของ เบคเคอร์ ไมแมน และคณะ เป็นพื้นฐาน

๓. บริโภคนิสัย หมายถึง การปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบริโภคที่กระทำ อยู่เป็นประจำ ได้แก่ การเตรียมและการปรุงอาหาร ชนิดและปริมาณของอาหารที่บริโภค วิธีปฏิบัติในการรับประทานอาหารที่บุคคลได้กระทำเป็นกิจวัตรจนเป็นนิสัย ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น



วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

๑. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
๒. ลักษณะทางสังคม ชนบทธรรมเนียมประเพณี ค่านิยมในการบริโภคอาหารของคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
๓. บริโภคนิสัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
๔. โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย สาเหตุและการระบาดของโรค
๕. พยาธิสภาพของโรค และการรักษาโรค
๖. ผลของโรคต่อร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม
๗. การควบคุมและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้มาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายถึงการปฏิบัติ เพื่อสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลโดยอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับคุณค่าและความคาดหวังของบุคคล นอกจากนี้ยังอธิบายถึงพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง ภาวะที่ไม่มีความแน่ใจ สิ่งที่บุคคลคาดหวังจากกระทำจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น กล่าวคือ บุคคลจะคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้สิ่งนั้นออกมา เบคเคอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman 1964:16) เชื่อว่าองค์ประกอบต่างๆ ด้านตัวบุคคล บุคลิกภาพ โครงสร้าง และสังคมของบุคคล จะมีผลต่อแรงจูงใจและการรับรู้ของบุคคลด้วย โดยองค์ประกอบเหล่านี้มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย ๖ ประการคือ

ปัจจัยที่ ๑ แรงจูงใจ ในที่นี้หมายถึง การกระตุ้นเร้าอารมณ์ของบุคคลด้วย สิ่งเร้าที่มีลักษณะต่างๆ โดยเน้นในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น ถ้าบุคคลมีความปรารถนาที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บปวด และความรุนแรงของโรคแล้ว ความปรารถนานั้น เป็นเสมือนแรงดึงผู้ป่วยให้กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น และแรงจูงใจนี้ ถือว่าเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจอาจวัดได้หลาย ๆ แบบ แต่ส่วนใหญ่จะวัดในรูปของความปรารถนาหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

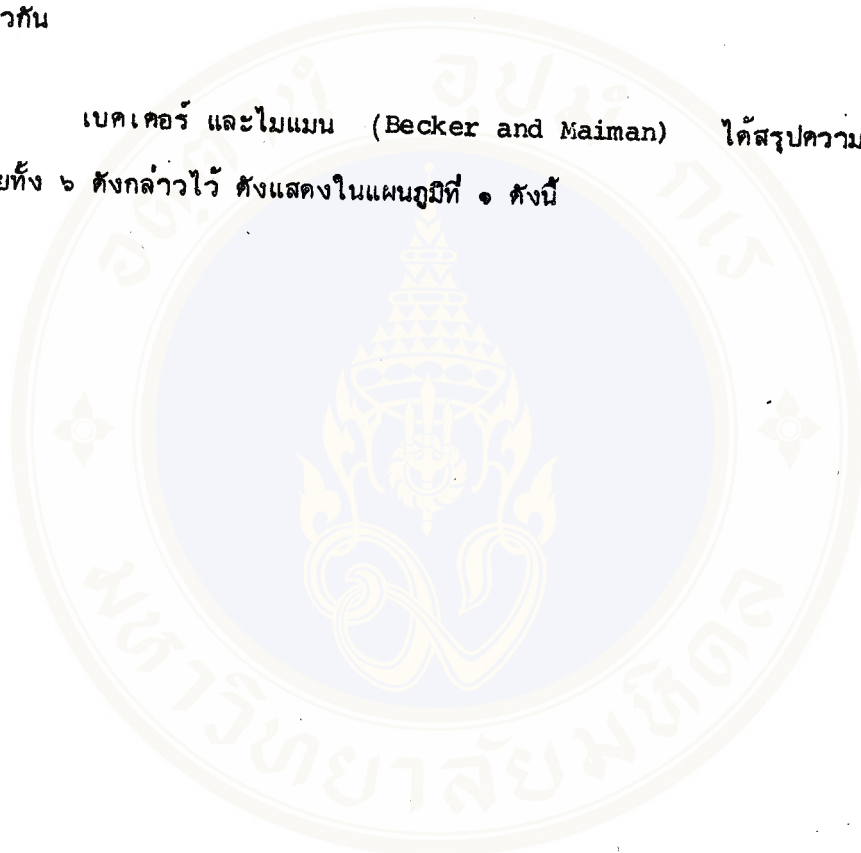
ปัจจัยที่ ๒ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ทราบการวินิจฉัยโรคของตนเองแล้ว จะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงแตกต่างไปจากผู้ที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยโรค และผู้ที่มีสุขภาพดีทั่ว ๆ ไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกมาในแง่ของทัศนคติความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ่ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรครุนแรงหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ ปัจจัยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง และสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอีกด้วย

ปัจจัยที่ ๓ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความหมายในด้านความรู้สึกรุนแรงของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคและความเจ็บป่วย มากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงๆ บุคคลแม้จะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อโรครุนแรงเพียงไรก็ตาม พฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยจะยังไม่แสดงออกจนกว่าเขาจะมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยนั้นๆ ก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะของร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของเขา เขาจึงจะตัดสินใจว่าควรปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพหรือไม่

ปัจจัยที่ ๔ และปัจจัยที่ ๕ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้นยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัติ นั้นสามารถลดการคุกคามของโรคต่อสุขภาพของเขาได้จริง และเชื่อว่าเขาสามารถจะจัดการขั้นตอนความลำบากในการปฏิบัตินั้นๆ ได้ เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายของการรักษา ความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และคนที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น

ปัจจัยที่ ๖ ปัจจัยร่วมต่างๆ นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวแล้วข้างต้น จะ เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำรักษามากน้อยเพียงใดแล้ว ปัจจัยในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน และภูมิหลังของผู้ป่วย เช่น เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรค เป็นต้น ก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาเช่น เดียวกัน

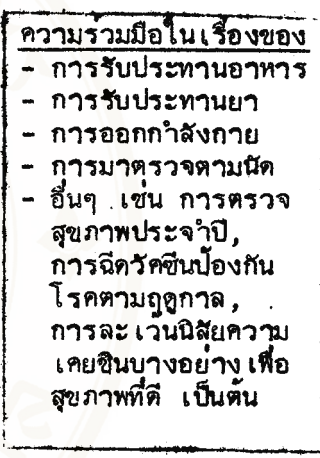
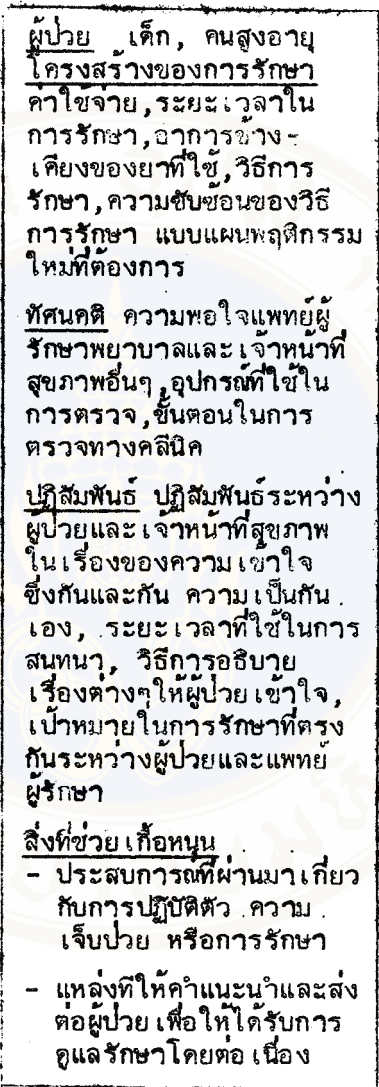
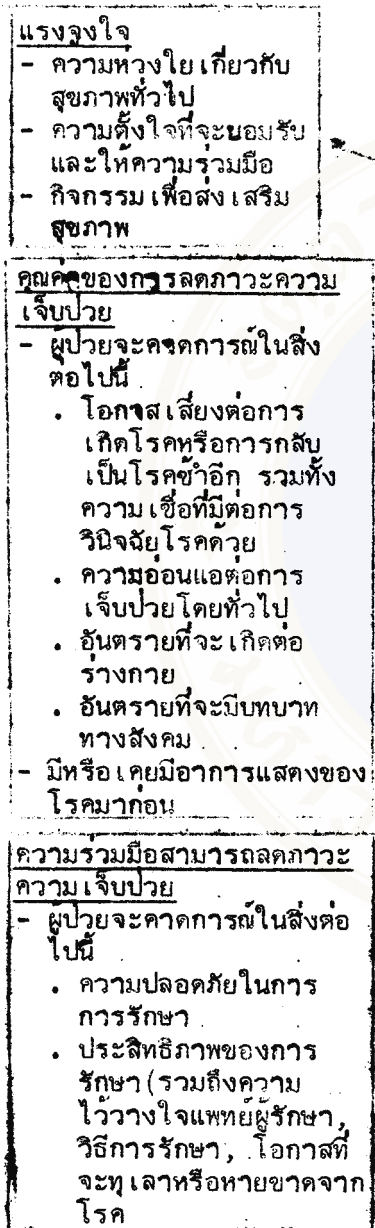
เบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman) ได้สรุปความสัมพันธ์ของ ปัจจัยทั้ง ๖ ดังกล่าวไว้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑ ดังนี้



ความพร้อมที่จะยอมรับคำแนะนำและความร่วมมือปฏิบัติตาม (Readiness to Undertake recommended compliance behaviors)

ปัจจัยร่วม (odifying factors)

พฤติกรรมความร่วมมือ (Compliance behaviors)



แผนภูมิที่ ๑ แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามสมมติฐานของเบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman) เพื่อใช้ทำนายและใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick-Role Behavior)

ที่มา : Becker, M.H. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. 1974:89.

ในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลไปใช้นั้น สามารถดัดแปลงให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยและโรคของผู้ป่วยได้ โดยที่ปัจจัยทั้ง ๖ ประการอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และมีความสำคัญต่อบุคคลไม่เท่ากัน บางปัจจัยที่มีความสำคัญมากจะเป็นเหตุให้เกิดการปฏิบัติขึ้น ในขณะที่บางปัจจัยที่มีความสำคัญน้อยไม่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมปัจจัยทั้ง ๖ ประการเข้าด้วยกันแล้ว ก็จะมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นเมื่อสำรวจการรับรู้ของผู้ป่วยตามปัจจัยต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว พยาบาลจะสามารถวางแผนการสอนหรือคำแนะนำเพื่อสนองตอบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และสามารถคาดการณ์สนองตอบของผู้ป่วยต่อสถานการณ์บางอย่างได้ โดยสรุปแล้วพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพบนพื้นฐานระบบความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคนได้

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long and Word 1983:127) เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ ๒๕๒๖:๓๐) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น แรงจูงใจทั่วไปและแรงจูงใจเฉพาะโรค ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเกี่ยวกับ ประโยชน์ของการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่างๆ

แรงจูงใจทั่วไปและเฉพาะโรค

การศึกษาแรงจูงใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึงสภาพของอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น และสิ่งที่มากระตุ้นคือ เรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนตามการ

รักษา การศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจจะเป็นในรูปของ การตั้งใจที่จะหายจากโรค โดยให้ความร่วมมือในการรักษา ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และพยายามแก้ไขพฤติกรรมความเชื่อต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย รวมทั้งการมาพบแพทย์เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และความวิตกกังวลถึงสุขภาพโดยทั่วไป จะเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จากการศึกษาของ เบคเคอร์ (Becker 1978:37) พบว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะมาพบแพทย์เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และกลุ่มที่มีความวิตกกังวลถึงสุขภาพโดยทั่วไปของตน ก็จะมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ฮาฟเนอร์ และ เคิร์ท (Haefner and Kirscht 1970:488) กล่าวว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคนั้น รับรู้ถึงประโยชน์การรักษาหรือป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร

แบบแผนในการรับประทานอาหารของคนในแต่ละสังคมถูกจำกัดอยู่ในกรอบของการเลือกอาหาร (dietary regime) ด้วยปัจจัยต่างๆ หลายประการด้วยกัน นับตั้งแต่สภาพทางภูมิศาสตร์ ความสามารถในการผลิต การกระจายอาหาร สภาพทางเศรษฐกิจ ตลอดจนปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึงความเชื่อ บริโภคนิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ซึ่งสมาชิกในกลุ่มสังคมได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด โดยการถ่ายทอดจากบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่และคนอื่นๆ ในลักษณะของขนบธรรมเนียมประเพณีที่สืบทอดกันต่อๆ มาหลายชั่วอายุคน จนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ สมาชิกในกลุ่มสังคมนั้นก็ได้ยอมรับโดยปริยายว่า ความประพฤติ การปฏิบัติ หรือความเชื่อเหล่านั้นเป็นสิ่งที่จะต้อง

จากการศึกษาเรื่องอาหารและการบริโภคในหลายๆ แห่ง ได้พบว่าปัจจัยทางวัฒนธรรม เข้าไปมีบทบาทอย่างมากในพฤติกรรม การ "บริโภค" ของคน นับตั้งแต่การเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร จนกระทั่งจำกัดว่าบุคคลใด ในภาวะใดรับประทานอะไรบ้าง และอาหารอะไรบ้างที่รับประทานไม่ได้ (เบญจายอดคำเนิน ๒๕๒๓:

บริโภคนิสัยและขนบธรรมเนียม ประเพณีในการบริโภคอาหารในแต่ละสังคมจะมีข้อกำหนดไว้ว่าอะไรถือเป็นอาหาร อะไรบ้างที่ไม่ถือเป็นอาหาร อาหารสามารถแยกประเภทออกได้ดังต่อไปนี้ (เบญจา ยอดคำเนิน ๒๕๒๕:๑๐๖-๑๐๗)

๑. อาหารหลักตามประเพณี (Cultural super-food) เช่นข้าวเป็นอาหารหลักตามประเพณีของแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อาหารหลักนั้น นอกจากจะมีความสำคัญในแง่โภชนาการแล้ว ยังมีความสำคัญในแง่กิจกรรมประเพณีต่างๆ เช่น ประเพณีทำขวัญข้าว บวงสรวงเจ้าแม่โพสพ ฯลฯ
๒. อาหารแห่งเกียรติยศ (Prestige food or status food) ในทุกสังคมและวัฒนธรรมจะมีอาหารประเภทที่ถือว่าเป็นอาหารคนชั้นสูง หรือมีหน้ามีตา หรือเป็นอาหารเฉพาะพิธีการสำคัญๆ เท่านั้น ไม่ได้รับประทานเป็นประจำวัน เช่น ไก่จวง จะมีการรับประทานเฉพาะวันขอบคุณพระเจ้าหรือในเทศกาลคริสต์มาส ในบางสังคมเวลาจัดงานจะมีอาหารประเภทนี้มาก เช่น ในสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาหารประเภทเนื้อสัตว์เป็นอาหารที่ใช้ในโอกาสพิเศษ เช่น เลี้ยงรับรองแขกพิเศษ เทศกาลสำคัญๆ ต่างๆ หรือจัดงานเลี้ยง เช่น เวลาลงแขก (เกี่ยวข้าว, ดำนา) เจ้าของบ้านจะเลี้ยงอาหารผู้ที่มาช่วยงานโดยจะทำลาบ ก้อย เช่น ลาบเนื้อ ก้อยเนื้อ ลาบปลา เป็นต้น เหตุผลที่ทำลาบ ก้อย เพราะชอบและอร่อยถูกปาก นอกจากนี้ ลาบ ก้อย เป็นอาหารที่แสดงถึงศักดิ์ศรี หรือฐานะของเจ้าของบ้าน เพราะอาหารประเภทเนื้อโดยเฉพาะเนื้อวัวเนื้อควาย เป็นอาหารที่มีราคาแพงและหายาก เกือบทุกคนรอบครัวจะซื้อเนื้อ หรือชำแหละในหมู่บ้านเฉพาะโอกาสพิเศษเท่านั้น (มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔ :๗๖-๗๘) ส่วนอาหารประเภทก้อยปลานอกจากจะเป็นอาหารประจำวันในฤดูกาลที่หาปลาได้ง่ายแล้ว ยังเป็นอาหารที่จัดปรั่งขึ้นในโอกาสพิเศษต่างๆ อีกด้วย เช่น ครุเลี้ยงต้อนรับเพื่อนครุ วยรุ่นเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อนๆ การลงแขก เป็นต้น ในโอกาสเช่นนี้แม้จะจับปลาไม่ได้เองก็จะต้องไปหาซื้อมาปรั่งให้ได้ (อุดม ศรีทิพย์ ๒๕๒๔:๑๑) และเช่นเดียวกับวาลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ กล่าวว่า "คนอีสานต้องกินอาหารที่อึดท้องและอึดใจ" คือรับประทานแล้วต้องแข็งแรง รสอร่อย รับประทานก้อยปลาจะทำให้รับประทานข้าวได้มาก อึดมีแรง มีศักดิ์ศรีสูง คือคนอีสานไม่รับประทานก้อยปลาทุกวัน ก้อยปลาไม่มีขายในท้องตลาด ต้องมีโอกาสพิเศษ พวกเขาจึงจะทำกัน เช่น การใช้แรงงานร่วมกัน งาน

ประเพณีต่างๆ (วลัยทิพย์ สาขาวิจารณ์ ๒๕๒๔:๓๒) อาหารจึงชี้ให้เห็นถึงสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของเจ้าภาพ เพราะฉนั้นอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยวและก๋วยเตี๋ยวเนื้อจึงเป็นอาหารที่ดี และมีราคาสูงกว่าอาหารที่รับประทานเป็นประจำ

๓. อาหารที่แบ่งตามแนวความคิดเกี่ยวกับร่างกาย (Body image foods) ในแต่ละสังคมจะมีแนวความคิด ความเชื่อพื้นบ้านเกี่ยวกับร่างกายของคน ซึ่งแตกต่างจากแนวความคิดด้านการแพทย์สมัยใหม่โดยสิ้นเชิง เช่นในร่างกายของคนเรามีส่วนประกอบอะไรบ้าง ส่วนประกอบเหล่านี้มีหน้าที่อย่างไร เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ แนวความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของร่างกายนี้มีผลเชื่อมโยงไปถึงความเชื่อพื้นบ้านในเรื่องสุขภาพ และโรครภัยไข้เจ็บ (Native Theory and Concepts of Health and Disease) อีกด้วย อย่างเช่นในประเทศไทย เชื่อกันว่าร่างกายของคนประกอบด้วยธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ความไม่สมดุลย์กันของธาตุทั้งสี่ ทำให้ร่างกายเจ็บป่วยได้

ความเชื่อพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และโรครภัยไข้เจ็บมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการรับประทานอาหารของประชาชนในท้องถิ่นอย่างมาก ตามความเชื่อที่ว่าร่างกายของคนเราประกอบด้วยธาตุทั้ง ๔ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และการเจ็บป่วยเป็นผลเนื่องมาจากการที่ธาตุใดธาตุหนึ่งหย่อนไป อาหารเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะให้ธาตุทั้ง ๔ อยู่ในระดับเสมอกัน อาหารยังถูกแบ่งออกตามคุณสมบัติภายใน ๒ ประเภทคือ "ร้อน" กับ "เย็น" ในการรับประทานอาหารต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและธาตุในร่างกายเป็นหลัก อาหารชนิดใดที่มีคุณลักษณะไม่สมดุลย์กับสภาวะร่างกายในขณะนั้นก็จำเป็นต้องงดเพื่อป้องกันหรือแก้ไขภาวะการเจ็บป่วย เช่น ในระยะที่ป่วยหรือเป็นไข้ ห้ามรับประทานอาหารประเภท "เย็น" เช่น ผักตำลึง เนื่องจากจะทำให้เป็นเหน็บชา ในทางตรงกันข้ามผักตำลึงหรือใบบัวบก เอมมาตำแล้ววางไว้ที่ศีรษะจะช่วยลดความร้อนได้

๔. อาหารที่แบ่งตามสภาวะร่างกายและสังคม (Physiological group foods) อาหารบางชนิดถูกจำกัดให้สำหรับบุคคลบางกลุ่มเท่านั้น อาหารบางชนิดก็ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานในเฉพาะบางกลุ่ม เช่น ในสังคมชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มน้ำมะพร้าว เชื่อว่าน้ำมะพร้าวจะทำให้เด็กสะอาดไม่มีไขมันตามตัวของทารกในครรภ์ สำหรับความเชื่อและการปฏิบัติ เรื่องให้ดื่มน้ำมะพร้าวพบว่ามีร้อย

ละ ๗๓.๑, ๘๔.๑ และ ๕๓.๓ ของจำนวนกลุ่มที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น ๗๘, ๕๖ และ ๔๕ คน ในหมู่บ้านในเขตชลประทาน บ้านใกล้เมือง และบ้านไกลเมืองตามลำดับ (มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔:๑๐๘) และในกรณีหญิงหลังคลอดสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่ปรุงสุกๆ เช่น ข้าว ย่าง รับประทานแล้วจะทำให้มดลูกแห้งเร็ว เข้าอุ้งเร็ว ถ้ารับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ จะทำให้มดลูกเปียก มดลูกลอยไม่เข้าอุ้ง ซึ่งจะทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงได้ และมีความเชื่อว่าจะทำให้มีลูกถี่ได้อีกด้วย (เครือวัลย์ หุตานวัตรและวิไลวัจน์ กฤษณะภูติ ๒๕๒๘:๓๑) นอกจากนี้ผู้มีอาชีพหรือตำแหน่งพิเศษ เช่น หมอไสยศาสตร์ หรือคนประเภทที่ขึ้นครุ (มีครุ) หรือ เชื้อถือ เครื่องรางของขลัง จะต้องระวังเรื่องการรับประทานอาหารเป็นพิเศษ หรือต้องงดอาหารบางอย่างเพื่อไม่ให้ อาหารเหล่านั้นไปล้างอาถรรพณ์ เช่น จะรับประทานอาหารที่งานศพไม่ได้ เนื่องจากบุคคลประเภทนี้ต้องข่มผี ถ้ารับประทานอาหารในงานศพก็เหมือนกับไปร่วมมือกับผี หรือ เป็นลูกน้องผี เพราะเชื่อว่าผีจะต้องมากินอาหารในงานศพด้วย ความรู้ หรือคาถาอาคม จะเสื่อมไป และผู้ชายที่ เชื้อถือ เครื่องรางของขลังจะรับประทานผักปลังไม่ได้เพราะถือว่าเป็นของสกปรก เป็นอาหารที่หญิงมีครรภ์รับประทานและใช้ทำช่องคลอด เพื่อช่วยให้คลอดบุตรง่าย ถ้าผู้ชายที่มีของขลังรับประทานจะทำให้คาถาอาคมเสื่อม (เบญจมา ยอดคำเนิน ๒๕๒๓:๑๑๒-๑๒๐) สิ่งเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ในทุกสังคม และตกทอดมาชั่วอายุ จนกระทั่งกลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีในการบริโภคอาหารของคนในแต่ละกลุ่มสังคมไป

สโคโลวีโน (Scoloveno 1979:21) กล่าวว่าวัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว เพื่อสุขภาพของประชาชน รูปแบบวัฒนธรรมในสังคมได้ถูกผสมผสานกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และอาหารก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของวัฒนธรรม และการที่จะประสบความสำเร็จในการให้คำปรึกษาแนะนำควรจะนำเอาอิทธิพลของวัฒนธรรม เข้ามาพิจารณาด้วย

วัฒนธรรมของสมาชิกในสังคม ได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด โดยการถ่ายทอดจากปิตามารดา ญาติพี่น้อง และบุคคลอื่นๆ ในลักษณะของขนบธรรมเนียมประเพณีที่สืบทอดต่อกันมาหลายชั่วอายุคน ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารของวัฒนธรรมหนึ่ง ก็แตกต่างกันไป จากอีกวัฒนธรรมหนึ่ง และความเชื่อในแต่ละครอบครัว ซึ่งมีวัฒนธรรมเดียวกัน ก็ยังแตกต่างกันอีกด้วย

ในเรื่องของความเชื่อเกี่ยวกับอาหารนั้นมีอยู่เกือบทั่วโลก แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอันเป็นประเทศที่ก้าวหน้าที่สุดประเทศหนึ่งในวิทยาการด้านโภชนาการ ตัวอย่างความเชื่อของประชาชนชาวอเมริกัน ได้แก่ ปลา กับนมไม่ควรรับประทานในมือเดียวกัน น้ำผลไม้ก่อให้เกิดกรดในกระเพาะ ไขมัน หัวปัทและมะเขือเทศ ช่วยในการสร้างเม็ดเลือด น้ำผึ้งและนมเปรี้ยวทำให้สุขภาพดี ฯลฯ (Duncan 1977:168)

นอกจากนี้ชาวเพอร์โตริแคนมีความเชื่อในทฤษฎี ร้อน-เย็นของโรค เขาจะจัดอาหารและยารักษาโรคสำหรับผู้ป่วยตามทฤษฎีของโรคซึ่งเรียกว่าทฤษฎี ร้อน-เย็น (The hot - cold Theory of disease) ซึ่งกล่าวว่าร่างกาย เช่น เลือด น้ำเหลืองจะแตกต่างกันไปตามอุณหภูมิและความชื้น และเขามีความเชื่อว่าสุขภาพจะดีได้ก็ต่อเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลย์ เช่น เวลาเจ็บป่วยร่างกายก็จะต้องการอาหารที่ตรงกันข้ามกับสภาพของร่างกายในขณะนั้น เพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุลย์ (Scoloveno 1979:22)

ความเชื่อนี้มีได้มีเฉพาะครอบครัวชาวเพอร์โตริแคนเท่านั้น ในท้องถิ่นบางแห่ง เช่น ชาวจีนก็มีความเชื่อเกี่ยวกับอิทธิพลของอาหารประเภทร้อนและเย็นเช่นกัน บางครอบครัวเรียกอาหารประเภทร้อนว่าหยาง (Yang) ประเภทเย็นเรียกว่าอิน (Yin) เขาเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภทร้อนหรือเย็นอย่างได้สัดส่วน จะทำให้มีสุขภาพดี ตัวอย่างอาหารประเภทร้อน เช่น ไข่ อาหารประเภทเย็น เช่น แตงโม จะถือว่าหญิงตั้งครรภ์อยู่สภาวะการเย็น (Yin Condition) เพราะฉนั้นเขาจะรับประทานอาหารประเภทร้อน เช่น ข้าว ไขมัน ไข่ และขิง เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย เชื่อกันว่าร่างกายของคนเราประกอบด้วยธาตุทั้ง ๔ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และการเจ็บป่วยเป็นผลเนื่องมาจาก การขาดความสมดุลย์ระหว่างธาตุใดธาตุหนึ่ง ความเชื่อนี้รวมทั้งอาหารด้วย และเพื่อให้ความสมดุลย์เกิดขึ้น อาหารจึงถูกแบ่งออกตามคุณลักษณะภายใน ๒ ประการ คือ ร้อนกับเย็น ในการรับประทานอาหารต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและธาตุในร่างกายเป็นหลัก ตัวอย่างเช่น เชื่อกันว่าหญิงที่คลอดบุตรใหม่ ธาตุไฟและธาตุน้ำร้อน ต้องรับประทานอาหารประเภทร้อน เช่น ยาบำรุงเลือด ข้าวเหนียวขี้ผึ้ง เนื้อหมูขี้ผึ้ง น้ำต้ม เป็นต้น อาหารประเภทเย็น เช่น น้ำดิบ ผัก แตง ต้องงด เพราะเกรงว่าจะทำให้เลือดลมที่อ่อนอยู่แล้ว ยิ่งอ่อนลงไปอีก อาจเป็นอันตรายได้ (เบญจมา ยอดคำเนิน ๒๕๓๓:๑๒๑)

ในท้องถิ่นชนบททั่วไปในประเทศไทย ยังคงยึดถือประเพณีและความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับอาหารหลายประการ มีความหวาดระแวงไม่กล้าบริโภคอาหารบางประเภท รวมทั้งมีการห้าม (Food taboo) รับประทานอาหารบางชนิดในบางโอกาสด้วย ประเพณีและความเชื่อต่างๆ เหล่านี้มีจำนวนไม่น้อยที่เป็นสิ่งขัดขวางมิให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่จำเป็นไปบำรุงร่างกาย กลุ่มประชากรที่ได้รับความกระทบกระเทือนมากที่สุดได้แก่ เด็ก หญิงตั้งครรภ์และหญิงระยะให้นมบุตร เป็นเหตุให้เกิดโรคขาดอาหารกันอย่างแพร่หลายและผลสะท้อนที่รุนแรงก็ปรากฏกับทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งคลอด ประจักษ์พยานที่สำคัญที่สุดคือ ทารกที่คลอดใหม่มีน้ำหนักตัวต่ำ และการตายของทารกในวัยขวบปีแรก มีจำนวนสูงร้อยละ ๑๒.๕ ของจำนวนการตายทั้งหมด (เยาว์ลักษณะ บรรจงปรี ๒๕๒๒:๒๓) จากการศึกษาวิจัย เรื่องพฤติกรรมการกินของชาวชนบทอีสานตอนบน (อีสานเหนือ) พบว่าไม่ว่าจะเป็นชุมชนใกล้เมือง ใกล้เมืองหรือชุมชนที่มีความอุดมสมบูรณ์ทางธรรมชาติซึ่งอยู่ในเขตชลประทาน อาหารที่บริโภค และ รูปแบบการบริโภค การยอมรับอาหารตลอดจนภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนไม่แตกต่างกันทางสถิติ และยังคงมีโรคขาดอาหารอยู่ในระดับสูง สาเหตุเนื่องจากยังมีความเชื่อและถือปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมเดิมที่ก่อให้เกิดภาวะทุโภชนาการอยู่หลายทาง เช่น การเลี้ยงดูเด็กถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่ก็มีแนวโน้มลดลงในหมู่บ้านที่สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยในการทำการเกษตรและใกล้เมืองเนื่องจากความยากจน แม่ต้องตื่นรันท่างานนอกบ้าน เวลาในการดูแลบุตรน้อยลง อิทธิพลทางทีวี ความทันสมัย เป็นต้น การที่เด็กไม่ได้รับนมน้ำใสเนื่องจากมีความเชื่อว่าไม่หวาน ไม่มีประโยชน์ มีอัตราร้อยละ ๔๑.๑ การเลี้ยงลูกด้วยข้าวหย้าและกล้วยเพียงอย่างเดียวตั้งแต่อายุ ๑-๗ วัน ไปจนกระทั่งอายุ ๔ เดือน หรือจนกระทั่งมีฟันแข็งแรง โดยยังไม่ให้อาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ปลา ไข่ หรือผัก เพราะกลัวจะผิดขวาง มีอัตราร้อยละ ๖๑.๔๕ หญิงตั้งครรภ์ไม่รับประทานอาหารประเภทไขมัน หรืออาหารประเภทเนื้อสัตว์ ปลา ไข่ มากเพราะกลัวลูกจะตัวโตและคลอดยาก มีอัตราร้อยละ ๓๔.๐๘ หญิงหลังคลอดจะรับประทานข้าวกับเกลือเป็นหลักงดอาหารเนื้อสัตว์ ปลาบางชนิดและผัก จะปฏิบัติอย่างเคร่งครัดไปจนประมาณ ๓ เดือน หลังคลอดเป็นอย่างน้อย เพราะกลัวมดลูกไม่เข้าอุ้งทำให้มีลูกถี่ มีอัตราร้อยละ ๔๒.๖๘ (มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔:๑๐๐-๑๑๘) จากการสำรวจการบริโภคอาหารของหมู่บ้านตอกแป้น อ.เมือง จ.ขอนแก่น ของ โจเวน (Joven

1984) พบว่า ในกลุ่มมารดา ๔๔ คน มีความเชื่อว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอาการท้องร่วง ท້ามรับประทานอาหารรสเปรี้ยว ของหมักดองและส้มตำ และถ้าเป็นไข่ห้ามรับประทานของหวาน ผลไม้ และถั่วพิททยาว หญิงหลังคลอดในระยะให้นมบุตร ร้อยละ ๔๑ งคอาคารทุกชนิด ยกเว้นข้าวกับเกลือใน ๗ วัน หลังคลอด อาหารที่เชื่อว่าไม่ควรรับประทาน ได้แก่ปลาหมึก และขนุน เพราะมีผลต่อมดลูกทำให้อาเจียนถึงตายได้ (ประคิมพร สมมาแขง และ ศาสตรี เสาวคนธ์ ผู้แปล ๒๕๒๔:๔)

ที่กล่าวมารข้างต้นแสดงให้เห็นถึงหน้าที่ บทบาททางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค และสุขภาพอนามัยของบุคคลในสังคมโดยตรง ปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นเรื่องที่มีได้เกี่ยวข้องกับกาารรับประทานอาหารเพื่อประห่างความทิวและยังชีพเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องเกี่ยวกับสังคม วัฒนธรรมย่อยๆ ของคนกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาก็ให้ประสบผลตามความมุ่งหมายต้องทำความเข้าใจกับวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ แนวความคิดของกลุ่มคนดังกล่าวด้วย

ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

โรเซนสตอค (Rosenstock 1966:99) กล่าวว่า ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บางคนเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลางและบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคง่ายกว่าผู้อื่น เพราะฉะนั้นบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรค

เบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman 1975:17-18) กล่าวว่า เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แน่นอนแล้ว ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเปลี่ยนแปลงไปดังนี้

๑. ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์เมื่อเป็นดังนี้จะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของบุคคลผิดไป
๒. ในกรณีที่บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีก หรือมีอาการกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้น

๓. ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

การวิจัยหลายๆ ครั้งของ เบคเคอร์ สรุปได้ว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย เช่นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างถูกต้อง และการมาตรวจตามนัด (วัลภา ฉิวทน ๒๕๒๗:๔๔)

ไมแมน และคนอื่นๆ (Maiman, et al. 1977:216) กล่าวว่าการศึกษาที่บุคคลจะให้ความร่วมมือเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำที่มีประสิทธิภาพ แพทย์ศาสตร์ และ ฮิงสัน (Matthews and Hingson 1979:879-889) ได้กล่าวเสริมว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพเป็นอย่างดี จะมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โรคแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำขึ้นมาอีก บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี มิใช่เพียงแต่จะให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเองเท่านั้น แต่ยังให้ความสนใจในงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย และยอมรับว่า การค้นพบวิธีการใหม่ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจะเป็นผลดีต่อการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ คิง (King 1984:51) กล่าวว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมป้องกันตัวเองหรือให้ความร่วมมือในการรักษา จะมีความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีแรงจูงใจ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความเชื่อว่าถ้าไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการรุนแรงขึ้น และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บป่วย เป็นอุปสรรคในการรักษา กลาสเตอร์ (Glasser 1958:141-146) รายงานว่า ผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการมารับภูมิคุ้มกันโรคประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนทั้งหมด เป็นเพราะขาดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยยังประสบปัญหาอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูง เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งก็คือการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งพยาบาลจะต้องตระหนักถึงเพราะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรม อนามัย เกี่ยวกับการป้องกันโรค และผู้ที่มีระดับการรับรู้

สูงต่อโอกาสของการเป็นโรค ย่อมให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ (Gochman 1971:286) เพราะฉะนั้นยุทธวิธี ในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลทุกคนควรจะนำไปใช้ในโปรแกรมการสอนสุขศึกษา หรือการณรงค์เกี่ยวกับงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้มารับการรักษา โดยใช้แบบวัดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัดผู้มารับบริการว่ามีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอยู่ในระดับใด ถ้าอยู่ในระดับสูงบุคคลนั้นน่าจะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค พยาบาลเป็นเพียงผู้ส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเป็นโรคสูงมากขึ้น และมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอยู่ในระดับต่ำ พยาบาลจะต้องเป็นผู้พัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้ผู้มารับบริการมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอยู่ในระดับสูงด้วยยุทธวิธีต่างกัน โรเซนสตอค (Rosenstock 1966:284) ได้เสนอวิธีพัฒนาระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ ๒ วิธีคือ วิธีการสอน (Teaching Techniques) และวิธีปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Techniques)

วิธีการสอนวิธีนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนแปลงระดับการ เรียนรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของบุคคลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal Influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม (Group Influence) มาเป็นส่วนประกอบในการสอนเป็นต้น นอกจากนี้โรเซนสตอค ได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออกเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับชุมชน

๑. ระดับบุคคล พยาบาลจะทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยวิธีการสอนเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเพื่อจะส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือให้มากยิ่งขึ้น

๒. ระดับกลุ่ม วิธีนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยใช้แรงผลักดันทางสังคม โดยจัดให้มีการอภิปรายโต้แย้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

๓. ระดับชุมชน โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงลักษณะของสังคมและสิ่งแวดล้อม ในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และพฤติกรรมของบุคคล

วิธีปรับพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้มารับบริการฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยการตัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เชื่ออำนวยความสะดวกเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา วิธีปรับพฤติกรรมนี้มีประโยชน์ต่อบุคคลที่มีความต้องการจะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย หรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยจะไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ตัวแปรนี้มีความหมายไปในด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค หรือปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ฟรานซิสและคนอื่นๆ (Francis, et al. 1969:535-540) ได้รายงานผลการศึกษาว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วย ทั้งในด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เบคเคอร์ (Becker 1974:412) ได้สรุปว่า ความรุนแรงของโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงเกินไป

ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษา และอุปสรรคในการปฏิบัติตน

ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย เบคเคอร์ และคนอื่นๆ (Becker, et al. 1974:412) พบว่าความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และความเชื่อในความสามารถของแพทย์ในการรักษาความเจ็บป่วย มี

ความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมาตรวจตามนัด แต่การศึกษาของกอร์ดิสและคนอื่นๆ (Gordis, et al. 1969:957-968) ให้ผลในทางลบคือพบว่าความเชื่อในประสิทธิภาพของยาในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ โคนาบีเดียน และโรเซนเฟลด์ (Donabedian & Rosenfeld 1964:844-862) ได้ศึกษาพบว่า ความสงสัยเกี่ยวกับคำแนะนำในการปฏิบัติ เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งเหมาะสมกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายในการรักษา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาพบว่าบุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอ จะไม่ยอมรับการฉีดยา ป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีดยานั้นไม่มีความปลอดภัย ความกลัว ความเจ็บปวด หรือความไม่สบาย และค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อป้องกันสุขภาพฟันที่สูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา (Becker and Mainan 1964:16)

ปัจจัยร่วมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีดังนี้

๑. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับต้องมาตรวจซ้ำหลายครั้งเพื่อตรวจดูว่าหายขาดจากพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ เดวิส (Davis 1968: 274-288) พบว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดไปจากปกติระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เช่น ความหึงเหวี่ยงในการสนทนาซักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือการบังคับผู้ป่วย และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา

ฟรานซิสและคนอื่นๆ (Francis, et al. 1969:535-540) ได้รายงานว่าการตาที่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเป็นอย่างดี เนื่องจากมีความพึงพอใจในการพบแพทย์ รู้สึกในความเป็นกันเองของแพทย์ และรู้สึกว่าแพทย์เข้าใจถึงปัญหาของตน ส่วน

มารดาที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรนั้น พบว่า ไม่เข้าใจในคำอธิบายถึงการวินิจฉัยโรค และสาเหตุของความเจ็บป่วย

๒. หัวแปรด้านประชากร

อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว ฯลฯ ของผู้ป่วยอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ แบลคเวลล์ (Blackwell 1973:249) พบว่า อายุของผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสำคัญต่อการไม่ให้ความร่วมมือ และความผิดพลาดเกี่ยวกับการรับประทานยา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากจะปฏิเสธการรับประทานยาที่รสไม่ดี เช่น รสขม และพบว่า ความหลงลืมหรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นปัญหาที่ทำให้ขาดความร่วมมือบ่อยครั้ง จากการวิจัยของ สุภาพ ไบแก้ว (๒๕๒๘:ค) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามสูงกว่าผู้ป่วยอายุ ๔๐-๖๐ ปี หรือสูงกว่า ๖๐ ปี

ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ จากการศึกษาของคาสส์ และ คอบบ์ (KasI & Cobb 1966: 250-251) พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย และผู้ที่มีรายได้สูงจะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock, et al.1959:98-103) พบว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคน้อยกว่ามารดาที่มีรายได้สูง

ลักษณะทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและค่านิยมในการบริโภคอาหารของคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พฤติกรรมการกินของคนในแต่ละสังคมนั้น เกิดจากการปฏิบัติสืบทอดต่อ ๆ กันมา ซึ่งอาจกล่าวอย่างกว้างๆ ว่าเป็นการกำหนดโดยการเรียนรู้ในกลุ่มมนุษย์แต่ละเผ่าพันธุ์ และได้กลายเป็นรูปแบบ กฎเกณฑ์ของคนในสังคมนั้น เช่นการที่ชาวอีสานส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียวมากกว่าข้าวเจ้า ตรงข้ามกับชาวภาคกลางที่บริโภคข้าวเจ้ามากกว่าข้าวเหนียว ชาวอีสานโดยเฉพาะชายวัยผู้ใหญ่ ส่วนมากนิยมรับประทานอาหารที่มีรสจัด หรืออาหารประเภท ลาบ ก้อย ปลาร้า ปลาเจ่า เนื่องจากภูมิประเทศมีห้วย หนอง

คลอง บึงมาก เมื่อจับปลาได้ในฤดูน้ำ ก็นิยมนำมาทำลาบ ก้อย หรือทำปลาร้า เพื่อต้องการถนอมอาหารไว้ (สังขลดา ศิขิต ๒๕๒๐:๒๕) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณีที่ได้ปฏิบัติกันมาช้านาน จนกระทั่งเกิดความเคยชินและชอบในที่สุด เช่น พบว่าวิธีการปรุงอาหารเลือกอาหารนั้นนิยมการบึ่ง ต้ม ลาบ ก้อย ป่น แจ่ว ปลาร้า ส้มตำ อาหารทุกอย่างจะปราศจากกะทิหรือน้ำมัน เนื่องจากในอดีตนั้นอาหารประเภทมะพร้าวและน้ำมัน หรือไขมันหายาก และชาวชนบทส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร เวลาเป็นขีตจำกักในการเตรียมอาหารเพราะจะต้องออกไปไรรำตั้งแต่เช้ามืด และกลับเวลามืดค่ำ หรืออาจจะนอกคางแรมที่นาหรือไร่ ดังนั้นวิถีชีวิตของเขาจึงต้องคำนึงถึงความเรียบง่าย สะดวก ประหยัด เป็นต้น (มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยศิลปากร ๒๕๒๕:๑๑๔) ดังนั้นอิทธิพลของสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมจึงเป็นตัวกำหนดค่านิยมที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารของคน (ไพฑูริย์ มิกุล ๒๕๒๕:๑)

ลักษณะทางสังคม

ลักษณะการตั้งหมู่บ้านจะเป็นกลุ่มหรือกระจุก (Nucleated Settlement) ลักษณะของครอบครัวส่วนมากจะเป็นครอบครัวแบบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) มากกว่าครอบครัวขยาย (Extended Family) (Keyes 1975:287; Misund 1971:90-91; Tambian 1970:13) การทำงานมักมีการร่วมมือทำกิจกรรมการงานร่วมกัน เช่น ร่วมมือกันทำนา และทำงานต่างๆ ร่วมกัน มีการนับถือญาติพี่น้องของทั้งฝ่ายสามีภรรยาเสมอ (Bilateral kindred) พี่น้องเหล่านี้จะช่วยเหลือกันในงานและพิธีกรรมต่างๆ ตลอดจนกิจกรรมด้านการเกษตรและอื่นๆ ลักษณะการมีส่วนร่วมกันนี้ครอบคลุมไปถึงในด้านอาหารการกินด้วย กล่าวคือมีการแบ่งปันอาหารกันในกลุ่มวงศ์ญาติและเพื่อนบ้าน อาหารหลักของชาวอีสานรวมทั้งชาวเอเชีย คือ ข้าว การมีข้าวบริโภคตลอดปีถือว่าเป็นความสุขอันดับแรกทีพอเพียงแก่การดำรงชีวิตของชาวบ้าน อาหารการกินจึงเป็นเรื่องใหญ่กว่าเรื่องอื่นๆ ในขณะที่การมีที่ดินอยู่อาศัย มีเงินใช้จ่าย มีเรือนหลังใหญ่ และมีลูกหลานคอยดูแลรับใช้ ก็เป็นลักษณะสังคมของชาวอีสานโดยทั่วไป สภพต่างๆ ดังกล่าวได้หล่อหลอมให้ชาวอีสานเป็นนักมนุษยนิยม (Humanism) เชื่อเพื่อเพื่อนฝูงพาอาศัยกัน เลื่อมใสศรัทธาในศาสนา เคารพยำเกรงผู้ใหญ่และพระสงฆ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้

ได้รับการถ่ายทอดและสั่งสอนกันมาโดยผ่านกระบวนการทางสังคมที่เรียกว่า "Socialization" แนวความคิดและการยอมรับในคุณค่าทางวัฒนธรรมต่างๆ (Cultural Values) ทางมนุษยวิทยา เรียกว่า โลกทัศน์ (Worldview) ซึ่งเกิดจากกิจกรรมทุกด้านของคนในสังคมนั้น ความต่อเนื่องทางสังคมและการบริโภคอาหารอาจสะท้อนให้เห็นได้จากพิธีกรรมต่างๆ เช่น การทำบุญบั้งไฟและพิธีแห่นางแมว เป็นต้น แนวคิดและกิจกรรมเหล่านี้ เกิดจากความเชื่อในเรื่องจักรวาล (Cosmology) ของชาวอีสานที่เชื่อว่าพระยาแถน (เทวดา) บนสวรรค์จะบันดาลให้ฝนตกต้องตามฤดูกาล เพื่อมนุษย์จะได้ทำนา มีข้าวปลาอาหารบริโภคอย่างสมบูรณ์ ชาวอีสานจึงยอมรับว่าธรรมชาติมีอำนาจและมีอิทธิพลเหนือมนุษย์ จึงต้องกราบไหว้บูชาสิ่งที่ตนเชื่อว่าศักดิ์สิทธิ์และสามารถบันดาลให้เป็นไปตามความประสงค์ (ไพฑูริย์ มีกุล ๒๕๒๔:๓)

ขนบธรรมเนียมประเพณีและค่านิยมในการบริโภคอาหารของคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขนบธรรมเนียมประเพณี หมายถึง สิ่งที่เป็นแบบอย่างที่ยอมรับปฏิบัติสืบกันมาจนเป็นแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีในการบริโภคอาหารของอีสานเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น แนวคิดและความเชื่อที่มีต่อการบริโภคอาหารย่อมสัมพันธ์กับลักษณะสังคมที่มีข้อจำกัดในด้านความอุดมสมบูรณ์ของสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ ของประเทศแล้ว อีสานเป็นภาคที่เสียเปรียบในด้านความอุดมสมบูรณ์ของดิน ดินในภาคอีสาน เป็นดินร่วนปนทรายและขาดความอุดมสมบูรณ์ ประกอบกับความแปรปรวนของลมฟ้าอากาศ ทำให้ผลผลิตของอาหารมีน้อยกว่าภาคอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด ทำให้เกิดการขาดแคลนอาหารอยู่เป็นปกติประจำ การแสวงหาอาหารเพื่อบริโภคจึงเป็นสิ่งจำเป็นกว่าเรื่องอื่นๆ และชาวอีสานก็ยังคำนึงว่าการบริโภคอาหารให้อร่อยได้นั้นจะต้องสัมพันธ์กับเวลาที่รับประทานและรสของอาหารด้วย ดังที่ ปรีชา คณิตทอง(๒๕๒๔ :๔) ได้กล่าวว่า ถ้าจะรับประทานอาหารให้อร่อยต้องประกอบด้วยปัจจัย ๔ ประการคือ

๑. อาหารให้มันน้อย (ปริมาณ)
๒. คนกินให้มามาก (จำนวน)
๓. อาหารให้มีรสอร่อย (ปรุง)
๔. คนกินต้องให้คิว (กินเป็นเวลา)

พื้นฐานความเชื่อหรือความคิดดังกล่าวมาจากความขาดแคลนอาหาร เป็นสำคัญ การรับประทานอาหารไม่พร้อมกันทำให้สิ้นเปลืองอาหารมาก ดังนั้นในแต่ละครัวเรือนจึงต้องรับประทานอาหารพร้อมกัน ดังคำกล่าวของชาวอีสานที่ว่า "ของกินน้อย ใจผู้แบ่ง" เมื่อถึงเวลารับประทานอาหารเข้า เที่ยง เย็น พ่อแม่และลูกๆ ตลอดจนสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว (ยกเว้น ปู่ ตา ย่า ยาย ที่อายุมากๆ ลูกหลานจะจัดสำรับให้ต่างหาก) จะนั่งร่วมวงรับประทานอาหารบนพื้น ซึ่งถือว่าเป็นวัฒนธรรมของชาวอีสานมาแต่โบราณ อาหารหลักของชาวอีสานมีหลายอย่างคล้ายกับภูมิภาคอื่นของประเทศ อาหารที่เป็นเอกลักษณ์คือ ข้าวเหนียว ลาบ ก้อย ส้มตำ ไก่ย่าง และอื่นๆ อาหารที่รับประทานส่วนมากมีหึ่งปรุงให้สุกและปรุงดิบๆ

สภาพแวดล้อมต่างๆ ของภาคอีสานในปัจจุบันกำลังเปลี่ยนแปลงไป ลักษณะสังคมชนบทกำลังจะกลายเป็นสังคมกึ่งในเมือง มีถนนหนทางดีขึ้น ประชาชนมีการศึกษามากขึ้น ค่านิยมที่เกี่ยวกับประเพณีบางอย่าง เปลี่ยนแปลงหรือ เกิดขึ้นใหม่อย่างอัตโนมัติ เช่น ชาวบ้านจะใส่ผงชูรสในการปรุงอาหารทุกชนิด แต่ก็ยังใช้ปลาร้าดิบในการปรุงอาหารอยู่เหมือนเดิม กลุ่มบุคคลที่มีการศึกษา เช่น ครู อาจารย์ และข้าราชการที่เป็นชาวอีสาน ก็ยังคงรับประทานอาหารดิบๆ อยู่นั่นเอง ลักษณะนิสัย ความเชื่อ และความเคยชินในรสชาติอาหาร ดังกล่าว ได้กลายเป็นมรดกทางวัฒนธรรมประกอบกับความแห้งแล้งของภูมิภาคนี้ ที่ทำให้เกิดความขาดแคลนอาหารอยู่เป็นประจำ จึงทำให้ชาวอีสานรับประทานอาหารอย่าง เช่น ู กุ้งก้าม ดักแดน ตุกแก เป็นต้น เพราะถือว่าการกินเป็นเรื่องใหญ่ เป็นเรื่องสำคัญต่อการดำเนินชีวิต และได้เพิ่มวิธีการที่ทำให้การกินสนุกสนานมีรสชาติ กินได้มาก ดังนั้นในกลุ่มผู้ชายจึงถือว่าถ้าจะให้ดีต้องกินเหล้าพร้อมๆ กับของแกล้มที่ดิบๆ เช่น ลาบ ก้อย หม่า ฯลฯ เข้าลักษณะ "กินพวมฮ้อน พ้อนพวมเมา" หมายถึงการกินอาหารที่ยังสด ยังดิบ และยังร้อน เหมือนกับการพ้อนรำ ถ้าจะให้สนุกต้องดื่มให้เมาได้ที่ด้วย นี่เป็นการแสดงถึงลักษณะสังคมชนบทประเพณีที่สัมพันธ์กันต่อการบริโภคอาหารของชาวอีสาน และมีบทบาทสำคัญต่อบริโภคนิสัยของชาวอีสานโดยส่วนรวมด้วย.

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือขนบธรรมเนียมประเพณีการบริโภคอาหารของชาวอีสานให้ถูกสุขลักษณะย่อมต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคมและขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นสำคัญ การที่ชาวอีสานมีความเชื่อและยึดถือปฏิบัติอย่างนั้น ก็เพราะได้รับการถ่ายทอด

สั่งสอนมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งเขาถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องและดีงามตามโลกทัศน์ของเขา การที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือบริโภคนิสัยได้จึงต้องเข้าใจพื้นฐานทางสังคมชนบทธรรมเนียมประเพณีของชาวอีสานเป็นอย่างดี

บริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์ถูกกำหนดขึ้นโดยหลายปัจจัย ดังนั้นการจะกล่าวถึงแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคจึงมิใช่เพียงการกล่าวถึงความสามารถในการหาอาหารและวิธีการที่นำมาบริโภคเพื่อสนองความต้องการในการดำรงอยู่ของชีวิต หากจะต้องทำความเข้าใจในปัจจัยต่างๆ อันมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมดังกล่าว

ลักษณะการบริโภคอาหารของมนุษย์นั้น เน้นความผสมกลมกลืนกันระหว่างความต้องการทางด้านชีวภาพ ความรู้ด้านโภชนาการ และการหล่อหลอมทางวัฒนธรรม อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม เข้ามามีส่วนร่วมกำหนดชนิดของอาหารที่ควรและไม่ควรบริโภคบริโภคโดยใคร บริโภคอย่างไร และอื่นๆ โรบินสัน และ เวกเลย์ (Robinson and Weighley 1978:215) กล่าวว่า บริโภคนิสัย เป็นสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและเป็นประสบการณ์ที่ได้รับมาตั้งแต่กำเนิด โดยได้รับอิทธิพลจากครอบครัว สังคม เศรษฐฐานะ สภาพภูมิศาสตร์ เชื้อชาติ และศาสนา

องค์การอนามัยโลก (WHO 1972) ได้ให้คำจำกัดความของบริโภคนิสัยไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารให้รับประทานการรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมือที่รับประทานและอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนการรับประทานและขณะรับประทานอาหารด้วย

อารี วัลยะเสวี (๑๙๘๑:๓๔) ได้ให้ความหมายของบริโภคนิสัยไว้ว่า "บริโภคนิสัย คือลักษณะหรือการกระทำอันซ้ำซาก ซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งทำด้วยความเต็มใจ เพื่อให้การกินอาหารของเขาบรรลุถึงความประสงค์ทางอารมณ์และทางสังคม บริโภคนิสัยมักเป็นสิ่งที่สืบทอดเนื่องกันมาเป็นเวลานานและเป็นการยากที่จะไปเปลี่ยน"

กซ์ และ มีค (Guthe and Mead 1981:34) ได้กล่าวว่าบริโภคนิสัย หมายถึง วิธีทางของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในการเลือกสรร (select) การบริโภค

(Consume) ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากอาหารที่ได้มานั้น โดยอาศัยแรงกดดัน
(Pressures) ทางสังคม และวัฒนธรรม ประเพณี

กู๊ด (Good 1973:274) กล่าวว่า บริโภคนิสัยหมายถึง การรับประทาน-
อาหารตามความคุ้นเคยหรือความเคยชิน โดยเฉพาะชนิดของอาหาร หรือบริโภคตาม
ทัศนคติที่มีต่ออาหารชนิดนั้นๆ

ในการศึกษาเกี่ยวกับบริโภคนิสัยนั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตไว้
ใน WHO Technical report:1972, ว่า คือการศึกษาถึงวิธีการที่บุคคล กลุ่มหรือชุมชน
ยอมรับอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม มาก น้อย แค่ไหน ในการเลือกอาหารบริโภค
และใช้อาหารที่ได้รับ ตลอดจนผลของอาหารนั้นๆ ที่มีต่อสุขภาพร่างกาย พฤติกรรม-
การบริโภค วิทยาลัย สาขลวจารณ์ ได้อ้างถึง เพลโต (Pelto) และ โครราชา
(Kolasa) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคที่คนปฏิบัติอยู่จนหล่อหลอม เป็นบริโภคนิสัย
นั้นเป็นผลจากทั้งสัญลักษณ์ทางสังคม, จิตวิทยา และความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนา-
การที่แต่ละบุคคลได้รับ ดังนั้นความพยายามที่จะศึกษาเพื่อทำความเข้าใจบริโภคนิสัยของ
บุคคลในชุมชนหรือสังคมที่ต่างจากสังคมของผู้ศึกษา จึงต้องใช้แนวคิดของ "holism
approach" ซึ่งเป็นการศึกษาในทุกมิติเพื่อที่จะทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์จาก
ทุกๆ องค์ประกอบที่แวดล้อมมนุษย์อยู่ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจการเมือง สภาวะ
แวดล้อม จิตวิทยา สรีรวิทยา ระดับการศึกษา ฯลฯ (วิทยาลัย สาขลวจารณ์ ๒๕๒๔
:๓๐)

ในสังคมชนบทของประเทศไทย การศึกษาแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคความ
เชื่อเกี่ยวกับอาหารพบว่า คนในชุมชนเดียวกันจะมีความรู้และการปฏิบัติด้านอาหารคล้าย
คลึงกันในเกือบทุกครัวเรือน (Anusits Rajatasilpin, et al.1973:225) แต่
ในสังคมขนาดใหญ่เช่นในเมืองหลวง ซึ่งความรู้และการศึกษาของคนแตกต่างกันอย่างมาก
ความรู้และการปฏิบัติด้านการบริโภคก็ต่างกัน ในสังคมอเมริกันปัจจุบันมีคนกลุ่มหนึ่งที่เชื่อว่า
อาหารธรรมชาติบางอย่างถ้าบริโภคประจำแล้ว จะสามารถป้องกันหรือรักษาโรคบางอย่าง
ได้รวมทั้งทำให้มีชีวิตยืนยาวและเรียกอาหารประเภทนี้ว่าอาหารเพื่อสุขภาพ (Health
Food) แต่นักโภชนาการที่ศึกษาเรื่องอาหารตามหลักวิทยาศาสตร์ไม่เชื่อว่าอาหารเหล่านั้นมี

มีสรรพคุณตามที่โฆษณาแล้วอ้าง ถ้าศึกษาสังคมไทยต่างๆ กลุ่มก็จะพบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ความเชื่อ และบริโภคนิสัยเกี่ยวกับอาหารเช่นกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัย

๑. ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) สภาพแวดล้อมของชุมชนอันเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ อากาศ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน ระบบชลประทาน อุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุดของปี ทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ ที่เชื่ออำนวยความสะดวกการผลิตอาหาร ตลอดจนทางคมนาคมติดต่อกับโลกภายนอก
๒. สุขภาพและสรีระสภาพ (Health and Physiological condition) โดยปกติบริโภคนิสัยที่ดีและสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักจะไปด้วยกัน แต่ในบางชุมชนผลการศึกษาด้านบริโภคนิสัยแสดงว่ามีบริโภคนิสัยดี แต่กลับมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เช่น ภาวะโลหิตจาง ก็ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น การสุขภิบาลสิ่งแวดล้อม การติดเชื้อจากโรคพยาธิ เป็นต้น
๓. ภาวะเศรษฐกิจ (Economic status) รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้อ (หรือไม่ซื้อ) อาหารชนิดต่างๆ ที่มีขายในชุมชนมาบริโภค แต่การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นๆ จะมีบริโภคนิสัยที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ทางโภชนาการ ค่านิยม และความเชื่อด้านอาหารด้วย
๔. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural factor) วัฒนธรรมในที่นี้หมายถึงถึงวัฒนธรรมอาหาร (Food Culture) : เป็นส่วนใหญ่ คำอธิบายง่ายๆ ของคำว่าวัฒนธรรมอาหารก็คือ การที่คนในแต่ละชาติ แต่ละภาษา แต่ละวัฒนธรรม ถือว่าอะไรเป็นหรือไม่เป็นอาหารที่ควรบริโภค ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีทรัพยากรอาหารจำกัดในธรรมชาติแวดล้อมระดับหนึ่ง อาจค้นพบจากประสบการณ์ว่า พืช สัตว์ แม้แต่หนอนและแมลงนั้นกินได้ ในขณะที่คนในอีกสังคมหนึ่งไม่ถือว่าเป็นอาหาร วัฒนธรรมในที่นี้มีความหมายเลยไปถึงสถาบันทางวัฒนธรรมที่เข้ามามีบทบาทในการกำหนดให้บริโภคหรืองดเว้นบริโภคอาหารบางชนิดด้วย เช่น สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา เป็นต้น



๕. ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (Social factor) ปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัยนั้น เป็นกฎเกณฑ์ที่ไม่ปรากฏเป็นกฎหมายบังคับแต่ก็รู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมย่อยๆ แต่ละสังคมซึ่งอาจจะมีอาหารประจำสังคมหรือประจำชาติของตน แต่มีได้หมายความว่าทุกคนในสังคมจะมีโอกาสหรือมีสิทธิที่จะบริโภคอาหารที่มีอยู่ในสังคมของตนได้เสมอทั้งหมด เพราะแต่ละสังคมมักกำหนดสถานะภาพของแต่ละบุคคลไว้ต่างกัน ตามเพศ วัย ฐานะ ศักดิ์ศรี และความสำคัญของแต่ละบุคคล เมื่อสังคมกำหนดสภาพตามประเภทของบุคคลต่างๆ ไว้แล้วเช่นนี้ มักมีกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกันไว้ด้วย

๖. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factor) คนไทยนิยมกินข้าวที่ขาวสะอาดซึ่งหุงจากข้าวสารที่ขัดสีครบราออกจนหมดสิ้น ทั้งๆ ที่ความรู้ทางด้านโภชนาการนั้น บอกว่าข้าวขาวนั้นมีคุณค่าทางอาหารไม่เท่ากับข้าวซ้อมมือ เพราะข้าวชนิดหลังมีวิตามิน มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่ทั้งๆ ที่รู้ก็ยังคงนิยมกินข้าวขาว เพราะถือว่า "ข้าวแดงเป็นข้าวของคนคุณ"

เฟลค (Fleck) ได้เสนอปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับบริโภคนิสัยเพิ่มเติมนอกเหนือที่กล่าวมาแล้วคือ

๗. กลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลต่อเด็กมาก และมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่ด้วยเช่นกัน เช่น นักกีฬา หรือคาราณิยมชมชอบอาหารประเภทใด เด็กๆ ก็พยายามเลียนแบบ เป็นต้น

๘. ครอบครัว มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยมากโดยเฉพาะเด็ก เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่างๆ ให้แก่เด็กรวมทั้งการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร แอนซารี (Ansari) กล่าวว่า "ครอบครัวจะถ่ายทอดหรือสื่อสารเรื่องราวต่างๆ ในขอบเขตจำกัด ในสิ่งที่เขาเชื่อ สิ่งที่เขารู้ สิ่งที่เขากระทำ และสิ่งที่เขารู้สึก" เพราะฉะนั้นแต่ละครอบครัวจะถ่ายทอดหรือให้ความรู้ในลักษณะที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสังคมขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมเดียวกันก็ตาม การถ่ายทอดเป็นสิ่งสำคัญเพราะเด็กจะได้รับทั้งความมีเหตุมีผล และการแสดงออกซึ่งอารมณ์ ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ รวมทั้งทัศนคติในการยอมรับหรือปฏิเสธ และความชอบหรือไม่ชอบอาหารนั้น

๙๙. ความสามารถในการรับรสสัมผัสความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่น เปรี้ยว หวาน เค็ม และขม จะกระตุ้นปุ่มรับสัมผัส (Taste buds) ของลิ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุอีกด้วย กล่าวคือเด็กจะมีปุ่มรับสัมผัสประมาณ ๙,๐๐๐ และจะน้อยลงตามลำดับ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีปุ่มรับรสสัมผัสประมาณ ๓,๐๐๐ เพราะฉะนั้นเด็กจะรับรสได้ไวว่าผู้ใหญ่ ด้วยเหตุนี้ความนิยมอาหารของเด็กและผู้ใหญ่จึงแตกต่างกัน

๑๐. สื่อสารมวลชน มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้า โดยเฉพาะเด็ก จะนิยมซื้อสินค้าตามที่โฆษณาทางโทรทัศน์ นอกจากนี้สื่อสารมวลชนยังมีผลอย่างมากต่อบริโภคนิสัยอีกด้วย

๑๑. อิทธิพลของการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาก็จะมีความรู้ในเรื่องอาหารโดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ หรือไม่มีประโยชน์ ควรละเว้นเสีย หรือถ้าเป็นผู้มีการศึกษา ความรู้ในเรื่องคุณค่าอาหารดังกล่าวอาจเป็นเหตุผลสำคัญในเรื่องอาหารบางประเภทได้ด้วย โดยเฉพาะการศึกษาของแม่บ้านจะมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของครอบครัวมาก เพราะเธอเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องอาหารภายในบ้านทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาลีย์ (Haley) ที่กล่าวว่า "บิดามารดาที่มีการศึกษาสูงมากขึ้นเท่าใด บุตรก็จะบริโภคนิสัยที่ดีมากยิ่งขึ้นเท่านั้น"

๑๒. ศาสนา ความเคร่งในศาสนาจะมีความสำคัญต่อบริโภคนิสัยของมนุษย์เป็นจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ผู้นับถือศาสนาอิสลาม จะไม่บริโภคเนื้อหมู ชาวฮินดูไม่บริโภคเนื้อวัว ฮินดูส่วนใหญ่ไม่บริโภคเนื้อสัตว์ นอกจากนี้หรืออาหารที่ประกอบจากนม เนื่องจากยึดถือข้อห้ามอย่างเคร่งครัด ชาวคริสต์บางกลุ่มก็ไม่บริโภคเนื้อสัตว์

โรบินสัน และ เวจลีย์ (Robinson and Weigley) ได้เสนอเพิ่มเติม นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วคือ

๑๓. ค่านิยมของสังคม ในบางสังคมเพศชายจะรับประทานอาหารก่อนสมาชิกอื่นภายในบ้าน ส่วนที่เหลือจากสำหรับชายจึงจะไปถึงเด็ก และสตรี อาหารที่ดีที่สุดมีไว้สำหรับแขกผู้มาเยือน หรือเพศชายในแต่ละครอบครัว เพราะฉะนั้นปริมาณและคุณค่าอาหารที่สมาชิกในครอบครัวได้รับจึงลดหลั่นกันลงมา ตามความสำคัญของสมาชิกแต่ละคน เด็กซึ่งกำลังเจริญเติบโตและหญิงมีครรภ์ในสังคมดังกล่าวก็จะได้รับคุณค่าอาหารน้อยกว่าที่ควร

นอกจากนั้นสังคมยังมีส่วนสำคัญต่อชีวิตประจำวันมาก นับตั้งแต่วันฉลองวันเกิด วันขึ้นปี-
ใหม่ ฯลฯ ประเพณีการเลี้ยงอาหารไม่เพียงแต่ระงับความหิว แต่เพื่อให้เกิดความพอใจ
เสริมสร้างความผูกพันร่วมกัน ความรักดีต่อกัน ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและกระชั้นฐานะ
และบทบาททางสังคมของคนในระดับต่างๆ ที่มาร่วมรับประทานอาหาร นอกจากนี้การถือ
ศักดิ์ศรีก็เป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญต่อบริโภคนิสัย

จะเห็นได้ว่าปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนพฤติกรรมการบริโภคหรือ
การยอมรับอาหารของแต่ละบุคคล ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของบุคคลทั้งสิ้น
ดังนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่ฝังรากหยั่งลึกลงพร้อมๆ กับพัฒนาการของชีวิตและเป็น เรื่องที่เปลี่ยนแปลง
ได้ไม่ง่ายเลย

บริโภคนิสัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ถึงแม้ปัจจุบันจะพบยาที่สามารถรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างได้ผล แต่อัตรา
ป่วยด้วยโรคนี้อาจกล่าวได้ว่าแทบจะไม่ลดลงเลย นอกจากนั้นจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ
รักษาจนหายขาดไปแล้ว ก็ยังกลับเป็นใหม่อีกเพราะไม่เลิกรับประทานอาหารก้อยปลา
ลาบปลา ปลาสัมดิบๆ สุกๆ ทั้งๆ ที่ได้รับการให้ความรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับและ
อันตรายต่อสุขภาพร่างกายแล้ว เหตุการณ์และพฤติกรรมดังกล่าวยืนยันได้ว่าประชาชนที่ไม่
ปฏิบัติตามความรู้ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย ก็ไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่มีควา
มรู้ในเรื่องนั้นๆ เสมอไป จะเห็นได้ว่าความเคยชินในรสอาหารที่ได้สะสมมาเป็นเวลานาน
ทำให้บุคคลไม่สามารถนำเหตุผลที่เหมาะสม หรือความรู้ที่มีมาใช้ในการเลือกรับประทาน
อาหารได้ทุกกรณีอย่างไรก็ตาม ควรพยายามเปลี่ยนนิสัยที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายต่อสุข-
ภาพเสีย ดังที่สคริมชอร์ (Scrimshaw, 1968) ได้กล่าวไว้ว่าบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง
ของแต่ละคน ควรมีการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้การแก้ไขและปลุกฝังให้มีบริ-
โภคนิสัยที่ดีนั้น ต้องใช้เวลานานถึงชั่วอายุคนก็ตาม ดังนั้นจึงควรสร้างบริโภคนิสัยที่ถูก
ต้องเสียตั้งแต่เยาว์วัย

จากการศึกษาและวิจัยของหน่วยงานต่างๆ พบว่าพยาธิใบไม้ตับพบได้ทั่วไปในปลา
น้ำจืดหลายชนิดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย แต่อัตราการเกิด
โรคพยาธิใบไม้ตับในแถบอีสานเหนือสูงกว่าอีสานใต้และภาคเหนือ เมื่อวิเคราะห์ทุกก็พบว่า

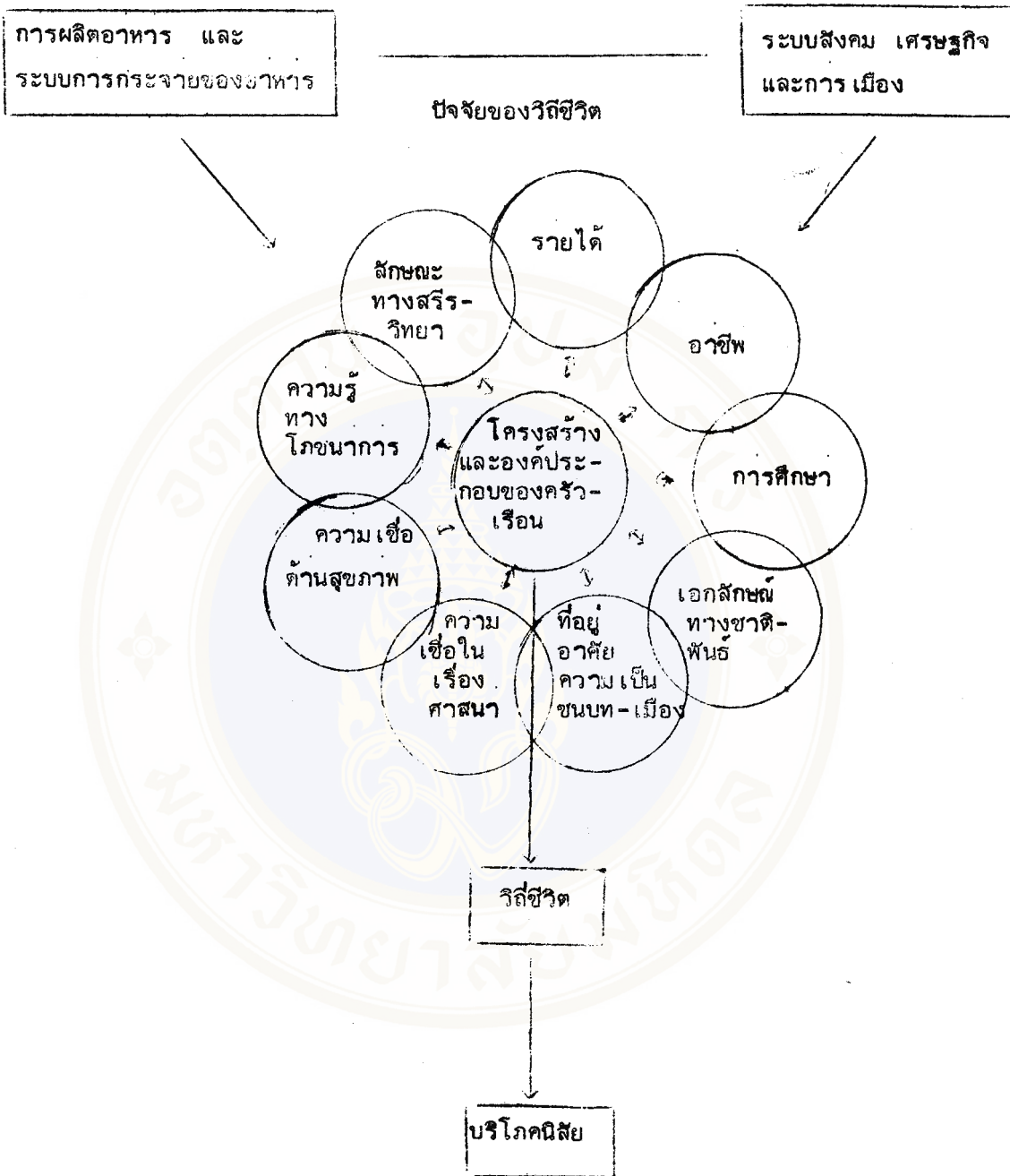
นอกจากพฤติกรรมการบริโภคที่ชอบรับประทานก๋วยเตี๋ยว ปลาต้ม จ่อมปลา และปลาร้า ดิบแล้ว เชื้อชาติ ประเพณีนิยม ตลอดจนวิธีการในการรับประทานอาหารก็มีส่วนเอื้ออำนวยอย่างมากต่อการเป็นโรคมะเร็งในไ้ม้ดับดังกล่าว กล่าวคือ คนเชื้อสายไทย-ลาว มีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งในไ้ม้ดับสูงกว่าคนเชื้อชาติอื่นๆ ทั้งนี้เพราะชนชาติดังกล่าวรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ รวมทั้งปลาดิบหรือปรุงสุกๆ ดิบๆ รวมทั้งน้ำปลาร้าดิบ แบบแผนการรับประทานอาหารชนิดคิดในรสอาหารตามคำกล่าวที่ว่า "ปลาใหญ่ต้องกินสดๆ เพราะ รสมันหวาน" "ปลาร้า-ก๋วยเตี๋ยวที่ทำสุกแล้วนั้นไม่อร่อย" นอกจากนี้สังคมอีสานมีลักษณะเอื้อเอื้อเพื่อแผ่กันและกันในด้านการกินลักษณะเช่นนี้ สะท้อนออกมาในรูปการแบ่งปันการกินในลักษณะ "สูกันกิน" และกินร่วมกันเป็นหมู่ เมื่อวัฒนธรรมการกินมีลักษณะเป็นกลุ่มแรงซึกจูงทางสังคมในด้านพฤติกรรมการกิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีโอกาสพิเศษ จึงมีมากซึ่งยากต่อการขัดขวาง กล่าวได้ว่าแบบแผนและพิธีการกินอาหาร โดยเฉพาะการกินอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เป็นสัญลักษณ์ของการรวมกลุ่มและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ๒๕๒๔:๑๖; ไพฑูริย์ มิกุล ๒๕๒๗:๒๗) การที่จะชี้ให้ชาวอีสานเห็นโทษของการบริโภคปลาดิบ หรือการรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ นั้นเป็นเรื่องไม่ง่ายเพราะตราบดีที่ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ชาวอีสานจะบอกว่าคุณเองนั้นไม่ได้เจ็บป่วย เรื่องของพยาธิตามความเข้าใจของชาวอีสานคือต้องถ่ายออกมากับอุจจาระแล้วมองเห็นตัว พยาธิใบไม้ดับเป็นสิ่งที่ไม่เห็นด้วยตา จึงทำให้ค่านิยมของการบริโภคอาหารรสอร่อยสูงกว่าสุขภาพ รสชาติจึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญกว่าการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อรักษาสุขภาพ นอกจากนี้แบบแผนการบริโภคอาหารในแต่ละสังคมยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสถานภาพของบุคคลในสังคมนั้นๆ ในภาคอีสานคนแต่ละวัยจะรับประทานอาหารไม่เหมือนกัน ผู้อาวุโสจะรับประทานอาหารก่อนเด็กและผู้ใหญ่รับประทานอาหารได้ทุกชนิดจึงพบว่าผู้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งในไ้ม้ดับมากกว่าเด็ก การที่คนอีสานซึ่งสูงอายุเป็นที่เคารพนับถือยังคงรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ทำให้คนรุ่นหลังมีความเชื่อว่าจะไม่มีพิษภัยอะไร เพราะถ้ามีพิษภัยก็คงตายไปนานแล้ว จึงทำให้รับประทานกันต่อไปเพราะเห็นตัวอย่างจากผู้อาวุโส (วัลย์ทิพย์ สาขลวิจารณ์ ๒๕๒๔:๔๒)

เบญจมา ยอดคำเนิน และคณะ (๒๕๒๓:๑๐๖) เขียนไว้ในหนังสือสังคมวิทยา และมนุษยวิทยาทางการแพทย์ ว่าการยอมรับการรักษาพยาบาลสมัยใหม่ การปฏิบัติตัวใน

เรื่องเกี่ยวกับอาหารนั้นขัดกันอยู่มากในชนบทของภาคอีสาน กล่าวคือ เมื่อชาวอีสานเจ็บป่วยจะไปหาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งยอมปฏิบัติตัว รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ทุกอย่างยกเว้น ความเชื่อเรื่องอาหารแสลง (ชะล่า ในภาษาอีสาน) ซึ่งยังคงยึดมั่นไม่เปลี่ยนแปลง สิ่งนี้ยืนยันได้ว่าบริโศคนิสัยของแต่ละชุมชนนั้น เป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเพียงใด

กรอบความคิดเกี่ยวกับการศึกษาบริโศคนิสัย

เนื่องจากบริโศคนิสัยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมหลายๆ ประการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และแต่ละปัจจัยต่างก็ประกอบขึ้นเป็น "ตัวแปรร่วม" ซึ่งกันและกันในการหล่อหลอมขึ้นเป็นบริโศคนิสัย เพราะแต่ละปัจจัยต่างก็มีส่วนร่วมเป็นพลังในการตัดสินใจ (decision making power) และแสดงออกมาเป็นรูปแบบของพฤติกรรม ดังนั้นจึงอาจแสดงกรอบความคิดเกี่ยวกับการศึกษาบริโศคนิสัยได้ดังนี้



แผนภูมิที่ ๒ กรอบความคิดเกี่ยวกับบริโภคนิสัย

ที่มา : Pelto, G.H. Anthropological Contributions to Nutrition Education Research. Journal of Nutrition Education. 13,1981:54.

กรอบความคิดเกี่ยวกับบริโภคนิสัยนี้ ได้เป็นฐานมาจากการประมวลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบริโภคนิสัย ทำให้ได้ข้อสรุปออกมาว่า

ก. การผลิตอาหารบริโภคและการกระจายอาหารในแต่ละพื้นที่รวมทั้งการนำเข้าและส่งออก ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อการทำให้มีหรือไม่มีอาหารบริโภคในแต่ละท้องถิ่น เป็นผลจากระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง

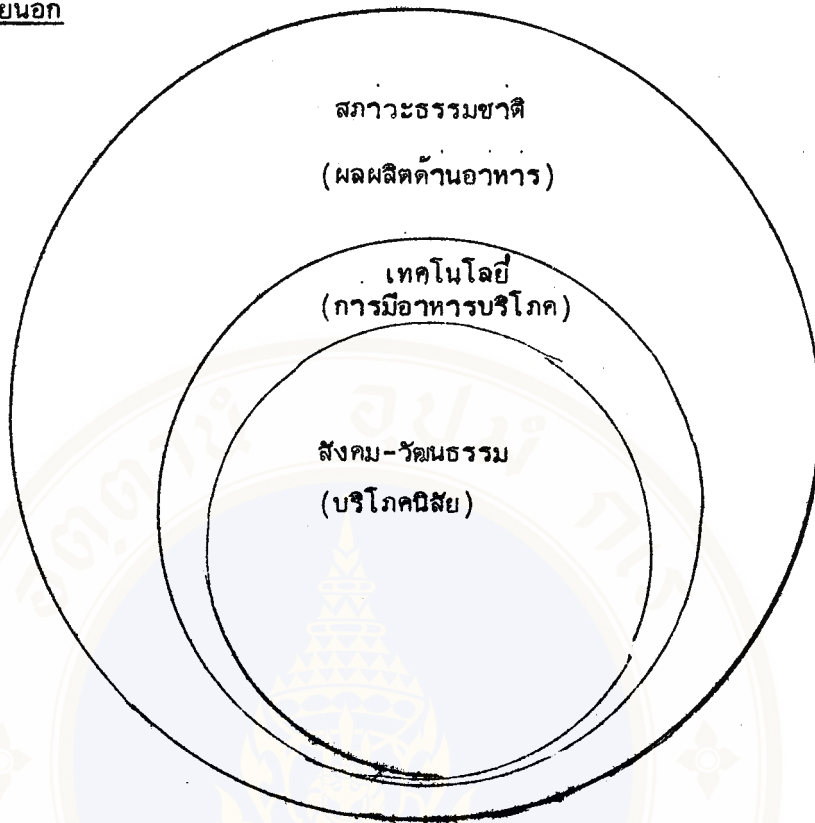
ข. ตัวแปรอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมกันประกอบขึ้นเป็นบริโภคนิสัย (ซึ่งแต่ละตัวแปรอาจมีความเข้มข้นของดีกรีมาก-น้อยต่างกัน) ได้แก่สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม-วัฒนธรรม ตลอดจนสุขภาพของร่างกาย

ค. ตัวแปรด้านสังคม และชีวภาพนั้นมีผลเกี่ยวเนื่องกัน

ง. ทุกๆ ตัวแปรล้วนมีผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอันส่งผลต่อบริโภคนิสัยบุคคล

ถ้ามองบริโภคนิสัยจากการวิเคราะห์ด้วยระบบนิเวศ ว่าบริโภคนิสัยเป็นผลรวมของปัจจัยแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ก็จะได้กรอบความคิดในอีกรูปแบบหนึ่ง กล่าวคือ

สิ่งแวดล้อมภายนอก



สิ่งแวดล้อมภายใน

ปัจเจกบุคคล
 ความรู้, เจตคติ, ความเชื่อ, ค่านิยม

การตัดสินใจในการบริโภคอาหาร

การได้รับอาหาร

โภชนาการและภาวะของสุขภาพ

แผนภูมิที่ ๓
ที่มา :

กรอบความคิดบริโภคนิสัยจากการวิเคราะห์ด้วยระบบนิเวศ
 Sims, L.S. Further Thoughts on Research Perspectives in
 Nutrition Education. Journal of Nutrition Education,
 13, 1981:54.

ดังนั้นในการศึกษาบริโภคนิสัย ถ้าต้องการให้ข้อมูลที่ได้รับมีความหมายต่อการ แจกแจงและวิเคราะห์ เพื่ออธิบายพฤติกรรมอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพียงใดก็ย่อมต้องทำการ ศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการกำหนดบริโภคนิสัยให้มากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ การใช้ข้อมูลด้านบริโภคนิสัย เพื่อบ่งชี้ภาวะโภชนาการและสุขภาพ

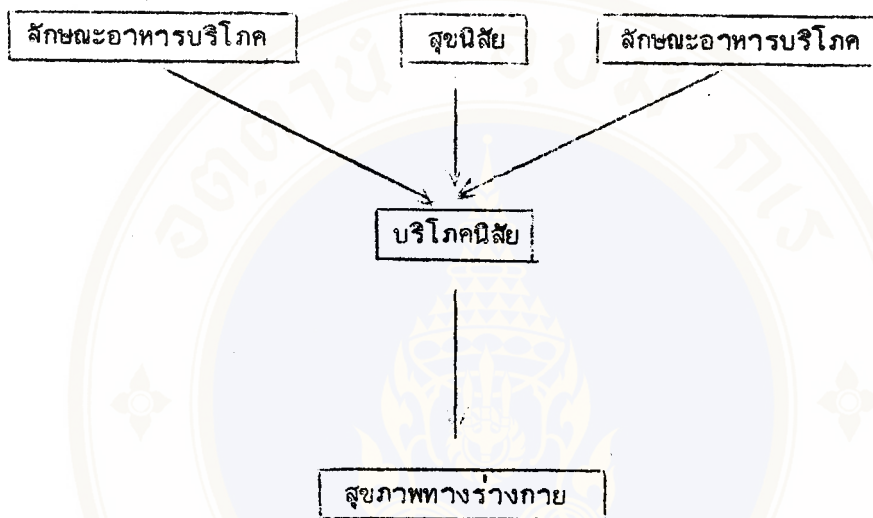
ประโยชน์ประการหนึ่งซึ่งได้รับจากการศึกษาบริโภคนิสัย คือการใช้ข้อมูลที่ได้รับ ประกอบการบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการและสุขภาพ

เป็นที่ยอมรับว่าบริโภคนิสัย เป็นตัวแปรที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพอนามัย บริโภคนิสัยที่ไม่ดี มีผลต่อการขาดสารอาหารหรือภาวะโภชนาการเกิน (over-nutrition) ของร่างกาย

งานวิจัยของ กุชณี สุทธปริยาศรี และคนอื่นๆ (๒๕๒๖:๔๔) แสดงถึงการ ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า เพราะต้องรีบมาโรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมในเขต กรุงเทพมหานคร ๓ แห่ง มีผลต่อการมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานพร้อมกับอาการ และการแสดงของการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามินบี ๒ และวิตามิน เอ และ บี พ.ศ.๒๕๒๐ ประสงค์ เต็มเจริญ และคนอื่นๆ ทำการตรวจจรรยาบรรณนักศึกษาพยาบาล ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีไข้พยาธิใบไม้ดับ ซึ่งจากการ สัมภาษณ์พบว่าในกลุ่มของนักศึกษาดังกล่าว ถึงแม้จะปฏิเสธว่าไม่เคยรับประทานปลาดิบใน รูปใดๆ เลย แต่ก็ยอมรับว่า ชอบรับประทานส้มตำ ซึ่งใส่ปลาร้าดิบๆ (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ ๒๕๒๘ : ๘๐)

ความเชื่อที่ทำให้มีการงดอาหารแสดงระหว่างการจัดครรภ์และหลังคลอด โดยเฉพาะอาหารที่ให้โปรตีนสูงเป็นผลให้ทารกที่คลอดมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ มีอัตราตายสูง และทำให้มารดามีน้ำหนักน้อย งานวิจัยของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ชี้ให้เห็นถึงการให้อาหารเสริมประเภทข้าว-แป้ง กับเด็กเร็วเกินไป (Carly weaning food) ว่า นอกจากทำให้การเจริญเติบโตของเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์ปกติแล้ว ยังเป็นผลให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากอัตราส่วนระหว่างแคลเซียมและฟอสฟอรัส ไม่เหมาะสมกัน ทำให้ขัดขวางต่อการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย และเกิดการตกตะกอนในกระ- เพาะปัสสาวะ บริโภคนิสัยที่ชอบรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ไม่ว่าจะ เป็นหมู เนื้อ

ผัก มีผลโดยตรงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ในทางตรงกันข้ามคนที่ให้คุณค่าความสำคัญแก่
 สุขภาพอนามัยมากกว่าความพึงพอใจในรสชาติอาหารยอมใช้ค่านิยมด้านสุขภาพอนามัย เป็น
 เกณฑ์ตัดสินการเลือกอาหารมากกว่า



แผนภูมิที่ ๔ แสดงบริโภคนิสัย

ที่มา : วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ บริโภคนิสัยกับโรคมะเร็งไบทับ, โรคมะเร็ง-

ไบทับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และ

สุขภาพ, ๒๕๒๘, ๒๒.

การเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัย (Modifying food habits)

บริโภคนิสัยเป็นสิ่งที่ยากแก่การเปลี่ยนแปลง เพราะมีจุดกำเนิดที่ซับซ้อน และได้ผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน แต่บริโภคนิสัยก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในการปรับปรุงบริโภคนิสัยนั้นจะต้องมีสิ่งจูงใจ ๓ ประการ ได้แก่ (Bennis 1961 : 154-156)

๑. ค่านิยม ค่านิยมของแต่ละบุคคลมักจะแตกต่างกัน และอาจเกิดจากสาเหตุเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างก็ได้ เช่น

๑.๑ ค่านิยมเรื่องเงิน ถ้าอาหารมีราคาแพงขึ้น คนอาจจะเลิกซื้ออาหารชนิดนั้น

๑.๒ ค่านิยมเรื่องสุขภาพ คนจะรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น มารดาต้องการให้บุตรแข็งแรง ก็จะทำให้เด็กดื่มนมทุกวัน

๑.๓ ค่านิยมด้านศาสนา เป็นค่านิยมที่ให้ผลกระทบที่รุนแรงมาก โดยเฉพาะอาหารทางศาสนา เช่น อาหารของอิสลาม อาหารมังสวิรัติ

เงินและสุขภาพเป็นค่านิยมที่มีความสำคัญมากกว่าค่านิยมอื่น บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีค่านิยมในเรื่องเงินน้อยกว่าบุคคลที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ ผู้มีรายได้สูงจะมีค่านิยมในเรื่องของสุขภาพสูงกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

๒. ความต้องการและความพอใจของบุคคล บุคคลจะรู้สึกว่าการต้องการเปลี่ยนไปเมื่อรู้สึกอึดอัด หรือการที่บุคคลรับประทานอาหารชนิดใดเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ความอยากอาหารชนิดนั้นลดลง สิ่งเหล่านี้จะทำลายแรงจูงใจในการปรับปรุงบริโภคนิสัย

๓. การเอาชนะอุปสรรค เช่น การกระจายของอาหาร การขาดคนช่วยเหลือภายในบ้าน เวลาสำหรับการเตรียมอาหาร หรืออาหารที่มีราคาแพง ฯลฯ การที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้จะต้องอาศัยการวางแผนในลักษณะที่เป็นไปได้มากที่สุด

ริช (Ritche 1967:54-65) กล่าวว่าบริโภคนิสัยนั้นเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งๆ ที่มนุษย์ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องอาหารกันนัก ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบ่งออกเป็น ๓ ประการ

๑. การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเราไม่คงที่ อาจเป็นผลให้อาหารที่บริโภค การยอมรับอาหาร หรือความนิยมอาหารชนิดนั้นๆ เปลี่ยนแปลงไป ด้วย น้ำท่วม ความแห้งแล้ง การตกงาน ความเจ็บป่วย ความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรม และเทคโนโลยีอาจทำลายรูปแบบของอาหารการกินเดิม สวัสดิการและบริการต่างๆ ที่มีมากขึ้นอาจทำให้ความต้องการอาหารเพิ่มขึ้น การตลาดดีขึ้น และชนบทกลายเป็นเมือง ผู้คนพากันอพยพเข้ามาตั้งหลักแหล่ง และนำอาหารที่เขาชอบพร้อมทั้งนิสัยติดมาด้วย และด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจจะต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับอาหารและบริโภคนิสัยกันใหม่ อาหารที่เคยรับประทานจะค่อยๆ เสื่อมความนิยมลงไปหรือบริโภคน้อยลง

๒. การเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล การศึกษาที่ประชาชนได้รับมากขึ้น ทำให้กลายเป็นคนที่กระตือรือร้น และรับนิสัยต่างๆ ของกลุ่มแบบอย่าง หรือได้รับอิทธิพลจากเพื่อนหรือได้รับประสบการณ์จากการเดินทางท่องเที่ยว การศึกษาต่อต่างประเทศและการทำงาน เป็นต้น

๓. การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากอาหาร ในปัจจุบันนี้เทคนิคทางอาหารทำให้ผู้ผลิตสามารถผลิตอาหารที่น่ารับประทาน มีสีสวย รสชาติดี เก็บง่าย รักษาได้ง่าย และยังประหยัดแรงงานคนในบ้านด้วย เช่น อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง เป็นต้น

- การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมใหม่ (Change due to new circumstance) การพัฒนาทางวัฒนธรรมและสังคมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่มีประโยชน์ เช่น มังสวิรัติในสังคมนับว่าบริโภคปลาเพิ่มขึ้น ในมาเลเซียเคยห้ามเด็กบริโภคปลา เพราะกลัวพยาธิ แต่ข้อห้ามกำลังจะหมดไป เพราะมารดารู้ว่ามียาพยาธิที่เชื่อถือได้

- การเปลี่ยนแปลงโดยการแนะนำ (Induced change) การผลิตและการบริโภคอาหารบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นสืบเนื่องมาจากความพยายามที่มีจุดประสงค์จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการบริโภค แต่ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารเพียงจะทำกันทั่วไปในศตวรรษปัจจุบันนี้เอง

- การเปลี่ยนแปลงโดยการส่งเสริมและให้โภชนศึกษา (Changes through Extension and Nutrition Education) จากการจัดให้มีการส่งเสริมและให้โภชนศึกษาโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือประชาชนนั้น พบว่าบริการด้านการศึกษา

เหล่านี้ได้ผลมาก ทำให้มารดาส่วนมากทราบว่าจำเป็นจะต้องบริโภคอาหารที่ดีในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะให้นมบุตร และในวัยเด็กเป็นต้น

- การเปลี่ยนแปลงโดยอาศัยการโฆษณา (Changes through advertising) ผู้ผลิตในสหรัฐอเมริกาโฆษณาประโยชน์ของส้มจนทำให้ส้มเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับอาหารมือเข้าของคนอเมริกัน การโฆษณาขายโคลาและน้ำอัดลมชนิดอื่นๆ ทำให้มี ผู้นิยมดื่มกันอย่างแพร่หลาย แม้จะมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงเล็กน้อยก็ตาม

มาฮันนีและแคกกินลา (Mahoney and Cagginla 1978:372-377) ซึ่งเป็น นักจิตวิทยาและนิกระบาดวิทยา (Epidemiology) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้บริ- โภคนิสัยเปลี่ยนแปลงไว้ดังนี้

๑. ปัจจัยทางกายภาพ หมายถึงปัจจัยต่างๆ ยกเว้น คน เช่น ห้องครัว ตู้ ไล่กับข้าว ตู้เย็น ร้านอาหาร โทรทัศน์ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลมาก โดยเฉพาะ สื่อสารมวลชนที่ออกมาในรูปธุรกิจการค้า ซึ่งมีการแข่งขันกันในการโฆษณาเกี่ยวกับอาหาร เป็นต้น

๒. ปัจจัยทางสังคม หมายถึง คน เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ครู นายจ้าง แพทย์ ฯลฯ บุคคลดังกล่าวอาจจะให้การส่งเสริมเกี่ยวกับบริโภคนิสัยทั้งทางบวก และลบได้ดี สมาชิกของครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะ ถ้าเขาได้รับการสนับสนุน รวมทั้งเข้าใจถึงเหตุและผล

๓. ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล หมายถึง ระบบของร่างกาย เช่น ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด และประสาท แต่ละระบบของร่างกายมีความสำคัญ มาก ประสาทเป็นระบบที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) เพราะทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ

การที่จะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยได้นั้น ทั้งสองท่าน ได้เสนอว่า จะต้องเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมดังกล่าวเสียก่อน ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

๑. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้ความสนใจอย่างแท้จริง พร้อมทั้งการรักษาพยาบาล ตลอดจนการให้ลูกศึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความพอใจพร้อมทั้งให้ความร่วมมือจาก

การศึกษาพบว่า สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๒. การให้คำปรึกษา ผู้ให้คำแนะนำจะต้องมีเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว เป้าหมายระยะสั้นจะเป็นแรงจูงใจที่มีน้ำหนักมากกว่า

๓. เทคนิคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นสิ่งที่สำคัญมาก กล่าวคือคำแนะนำจะต้องเข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้ การเปลี่ยนแปลงจะต้องค่อยเป็นค่อยไปและเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่สามารถทำได้ก่อน เมื่อประสบความสำเร็จจึงดำเนินการขั้นต่อไป นอกจากนี้ผู้รับคำปรึกษาต้องเข้าใจถึงผลการเปลี่ยนแปลงเห็นถึงประโยชน์ และมีความต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจึงจะบรรลุเป้าหมาย สิ่งที่จะขาดเสียไม่ได้ในการให้คำปรึกษาก็คือ การให้คำชมเชยซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการลงโทษ การบันทึกเหตุการณ์ประจำวันเพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลถูกต้องยิ่งขึ้น การปฏิบัติดังกล่าวจะสามารถทำให้ผู้รับคำปรึกษาช่วยตัวเองได้ในที่สุด

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย

วงการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย ได้รับทราบเป็นครั้งแรกว่ามีคนไทยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพบพยาธิใบไม้ตับในศพผู้ป่วยรายหนึ่งที่เชียงใหม่ (Leiper 1911: 16-19) หลังจากนั้นได้มีรายงานทางด้านการแพทย์ว่าพบพยาธิใบไม้ตับในคนตามที่ต่างๆ มากขึ้นในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และในประเทศลาว (Kerr 1916:82-89, Chalerm Promas 1927:9; Chamlong Harinasuta 1969:1969:601) ซูดาน (Sudan 1955:62) ได้สรุปผลการสำรวจความชุกชุมของพยาธิใบไม้ตับพบว่าร้อยละ ๒๕ ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการสำรวจในหมู่บ้านแห่งหนึ่งระหว่างทางจังหวัดอุตรธานีและหนองคาย พบว่าทุกคนมีพยาธิใบไม้ตับ การตรวจพบพยาธิเพิ่มขึ้นตามอายุ อายุ ๐-๔ ปี พบร้อยละ ๒๔ อายุ ๕-๙ ปี พบร้อยละ ๓๘ อายุ ๑๐-๑๔ ปี พบร้อยละ ๖๓ อายุ ๑๕-๒๔ ปี พบร้อยละ ๘๕ ในภาคเหนือพบประมาณร้อยละ ๔ ส่วนในภาคกลางและภาคใต้ไม่ปรากฏว่าตรวจพบพยาธิใบไม้ตับนี้ ในปี พ.ศ. ๒๕๐๐ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ได้ทำการสำรวจพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ ๒๕.๘ พบในจังหวัดกาฬสินธุ์มากที่สุดคือร้อยละ ๘๗.๗ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ ๗๔.๘ และจังหวัดสกลนครร้อยละ ๗๒ ในภาค

เหนือพบร้อยละ ๑๐.๓ จังหวัดเชียงใหม่พบมากที่สุดถึงร้อยละ ๒๐.๕ และจังหวัดน่าน ร้อยละ ๑๙.๙ (Suvajra Vijarasthira & Chamlong Harinasuta 1957:309) ในระหว่างปี ๒๕๒๓-๒๕๒๔ ฝ่ายหนองพยาธิ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้ทำการสำรวจโรคพยาธิลำไส้ใหญ่อีกครั้ง ได้ตรวจอุจจาระประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๗ จังหวัด ๑๔,๕๘๒ คน พบพยาธิใบไม้ตับในแต่ละจังหวัดมากน้อยตามลำดับ ดังนี้ สกลนคร ร้อยละ ๖๙.๙๗ ชัยภูมิ ร้อยละ ๖๒.๗๕ มหาสารคาม ร้อยละ ๔๐.๙๔ เลย ร้อยละ ๒๑.๙๐ สุรินทร์ ร้อยละ ๑๑.๕ อุบลราชธานี ร้อยละ ๘.๙๔ และนครราชสีมา ร้อยละ ๘.๐๑ (สมพร พฤกษราช และคนอื่นๆ ๒๕๒๕:๒๔๖-๒๖๙)

เนื่องจากประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับกันมาก และในสมัยก่อนก็ยังไม่สามารถรักษาโรคนี้ได้ เพราะไม่มียาที่จะใช้ทำลายพยาธินี้ได้โดยไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย ประกอบกับนิสัยการรับประทานอาหารดิบของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีผู้เป็นโรคนี้น่ามากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้สาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการกสิกรรมเป็นหลัก จึงจำเป็นต้องมีการขยายและปรับปรุงพื้นที่เพื่อเพิ่มผลผลิตให้มากขึ้นด้วย บรรดาวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการพัฒนาประเทศนั้น การพัฒนาแหล่งน้ำเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งรัฐบาลได้ใช้เป็นแนวทางพัฒนาเศรษฐกิจ การพัฒนาแหล่งน้ำเป็นโครงการขนาดใหญ่ และในประเทศที่ใช้วิธีการนี้เป็นการพัฒนาประเทศได้ประสบความสำเร็จและอุปสรรคมาทั้งสิ้น อุปสรรคสำคัญคือผลกระทบของโครงการพัฒนาแหล่งน้ำเอนกประสงค์ (Multipurpose Water Resource Development Project) ต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะต่อปัญหาทางสุขภาพอนามัยของประชาชนซึ่งเกิดจากการแพร่กระจายของโรค ปาราสิตที่มีน้ำเป็นพาหะ (Water borne parasitic diseases) ดังตัวอย่างของโครงการเขื่อนคาริบู ในประเทศไนจีเรีย หรือโครงการเขื่อนฮัสวานในประเทศอียิปต์ เป็นต้น ทั้ง ๒ โครงการนี้หลังจากสร้างเขื่อนและคลองชลประทานส่งน้ำเข้าสู่พื้นที่แห้งแล้งต่างๆ แล้ว ปรากฏว่าโรคพยาธิใบไม้โลหิต (Schistosomiasis) ได้ระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีการแพร่พันธุ์มากขึ้นของหอยที่เป็นพาหะกึ่งกลางนำโรค การอพยพของประชาชนจากที่แห้งแล้งมาสู่แหล่งน้ำ เปิดโอกาสให้คนเหล่านั้นมีโอกาสติดโรคมากขึ้น ประชาชนในเขตพัฒนาแหล่งน้ำมีสุขภาพเลวลง (Doem 1975) การควบคุมโรคนี้ทำได้ยากและสิ้นเปลืองมาก เนื่องจากยาที่ใช้รักษาและสารเคมีที่ใช้

ทำลายหอยมีราคาแพง และบริเวณที่เป็นปัญหานั้นมีพื้นที่ใหญ่โตกว้างขวางมาก

จากตัวอย่างที่เกิดขึ้นที่ส่วนอื่นๆ ของโลก จึงทำให้มีการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบของโครงการพัฒนาแหล่งน้ำต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ในพื้นที่ของโครงการต่างๆ ในประเทศไทยกันมากขึ้น คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการศึกษาผลกระทบของโครงการพัฒนาแหล่งน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การพัฒนาแหล่งน้ำนี้ทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์หอยและปลามากขึ้น เป็นผลให้ประชาชนในโครงการนี้มีอัตราการเป็นพยาธิใบไม้ตับมากขึ้นด้วย และยังพบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณที่ได้รับน้ำจากชลประทานหนองหวายของโครงการน้ำพองนี้นานกว่า ๕ ปี มีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าประชาชนที่อยู่ในเขตชลประทานน้อยกว่า ๕ ปี (Chamlong Harinasuta, et al. 1976:601-621; Santisiri Sornmani, et al. 1973:421-434)

สาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับ

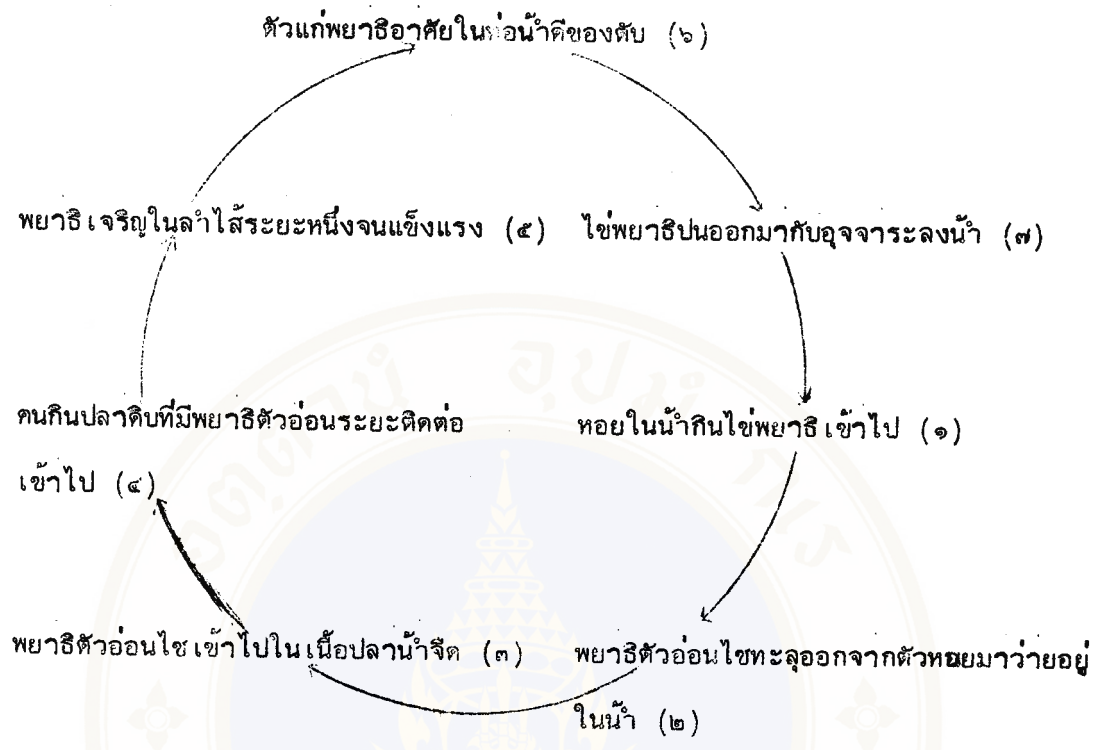
พยาธิใบไม้ตับที่ติดต่อระหว่างคนและสัตว์ที่พบเสมอ ส่วนมากอยู่ในวงศ์ ออπισธอร์คิเดย์ (Opisthorchiidae) ซึ่งมีอยู่ ๓ สปีชีส์ (Species) ด้วยกันคือ

๑. ออπισธอร์คิส วิเวอรรินิ (Opisthorchis viverrini)
๒. ออπισธอร์คิส เฟลิเนียส (Opisthorchis felinus)
๓. ออกอπισธอร์คิส ซิเนนสิส หรือ คลอนอร์คิส ซิเนนสิส (Opisthorchis sinensis or Clonorchis sinensis)

ออπισธอร์คิส วิเวอรรินิ มีแหล่งระบาดอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ไทย ทุกจังหวัดและภาคเหนือบางจังหวัด เช่น เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน แพร่ และน่าน (ศรีวัฒนา ชิตช่วง, ๒๕๒๔:๕๖) ออπισธอร์คิส เฟลิเนียส พบทาง ส่วนใต้ ส่วนกลาง และตะวันออกเฉียงยุโรป รัสเซีย ตุรกี เวียดนาม อินเดีย และญี่ปุ่น (Gerald and Larrys, 1981:327-328) ส่วนคลอนอร์คิส ซิเนนสิส มีแหล่งระบาดอยู่ในประเทศจีน ไต้หวัน และเกาหลี (Craig and Faust, 1970:483-487)

วงจรชีวิต

ตัวแก่ของพยาธิใบไม้ตับ ออปีสธอร์คิส วิเวอรันิ อยู่ในถุงน้ำดีและท่อน้ำดี ในตับของคน สุนัข หรือ แมว ไข่มีตัวอ่อนระยะแรกเรียกว่า ไมราซิเดียม (Miracidium) อยู่ภายใน ซึ่งจะออกมาพร้อมกับอุจจาระ เมื่อไข่มีโอกาสลงสู่ น้ำ ไข่จะถูกกินโดยหอยน้ำจืด ปิทาเนีย (Eithynia spp.) ซึ่งเป็นตัวกลางนำโรคตัวที่หนึ่ง (First intermediate host) ไมราซิเดียมในไข่ที่ถูกหอยกินจะฟักออกจากไข่ภายในกระเพาะของหอย แล้วเจริญเติบโตในลำไส้และอวัยวะย่อยอาหารของหอยกลายเป็นสปอโรซิส (Sporocyst) ภายในสปอโรซิสจะเจริญเป็น เรเดีย (Redia) จำนวนมาก เรเดีย แต่ละตัวจะเจริญต่อไปกลายเป็น เซอร์คาเรีย (Cercaria) ซึ่งมีลักษณะหางยาวและมีครีบเรียกว่าไลโอฟลูโรเซอร์คัส เซอร์คาเรีย (Lophopleurocercous cercaria) ระยะตั้งแต่หอยกินไข่พยาธิจน เซอร์คาเรีย ไข่ออกมาจากหอย เป็นเวลา ๑ เดือน เซอร์คาเรีย ไข่ออกจากหอยที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางแล้วจะว่ายน้ำเข้าไปในปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางนำโรคตัวที่สอง (Second intermediate host) เซอร์คาเรียจะไข่เข้าไปใต้เกล็ดและเนื้อปลา แล้วสลัดหางทิ้ง และสร้างถุงหุ้มตัว แล้วจะเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็น เมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ภายในเวลา ๓ สัปดาห์ขึ้นไป เมตาเซอร์คาเรียในปลาจะพบมากที่บริเวณหัวหางและกล้ามเนื้อหาง แต่จะพบจำนวนน้อยที่ครีบ กล้ามเนื้อครีบ และทวารของปลา (สมาน เทศนาและคนอื่นๆ ๒๕๒๖:๑๘) เมตาเซอร์คาเรียนี้จะเป็นพยาธิระยะติดต่อ (infective stage) เมื่อคนรับประทานอาหารที่ทำจากปลา ที่มีเมตาเซอร์คาเรีย ซึ่งปรุงดิบ หรือปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม (ภาคกลางเรียกว่าปลาจ่อม ซึ่งทำเหมือนปลาร้า แต่หมักน้อยกว่า) เมื่อเมตาเซอร์คาเรียที่มีถุงหุ้มลงไปถึงลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (duodenum) ถุงหุ้มจะถูกย่อยตัวอ่อนที่อยู่ภายในจะออกจากถุงเดินทางไปยังตับ ไปอยู่ในท่อน้ำดีและถุงน้ำดี แล้วเจริญเติบโตเป็นตัวแก่อยู่ในบริเวณดังกล่าว ระยะเวลาดังแต่ โฮสต์ (คนหรือสัตว์) ได้รับเมตาเซอร์คาเรียจากปลา เข้าไปจนเจริญเติบโตเป็นตัวแก่ในตับและตรวจพบไข่ในอุจจาระได้ใช้เวลาประมาณ ๑-๒ เดือน (Angoon Keittivuti, Boongiam Keittivuti and Tantisirinth 1983:209-255; Jitra Waikagul 1974:1-38) ดังนั้นวงจรชีวิตที่ครบถ้วนสมบูรณ์ของพยาธิใบไม้ตับจะต้องใช้เวลาประมาณ ๓-๔ เดือน



แผนภูมิที่ ๕ แสดงวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ

ระยะ ๑-๒ ใช้เวลา ๑ เดือน

ระยะ ๒-๓ ใช้เวลา ๓ สัปดาห์

ระยะ ๔-๗ ใช้เวลา ๑-๒ เดือน

ที่มา : บุญเยี่ยม เกียรติวุฒิ อุ่น เกียรติวุฒิ และศุภกิจ ยังศุภภากร.

โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน, ๒๕๒๗, ๒๗.

ระบาดวิทยา

การดำรงชีวิตให้ครบวงจรของพยาธิใบไม้ตับ จำเป็นต้องอาศัยหอยบิทาเนีย หรือ บูลิบัส กับหอยพาราฟอสซารูลัส (*Bithynia* or *Eulimus* and *Parafossarulus*) เป็นหอยในตระกูลไฮดรอนีแคว (*Hydroneidae*) ซึ่งมีอยู่แพร่หลายทั่วไปในภาคพื้นเอเชีย ตั้งแต่ ญี่ปุ่น เกาหลี จีน อินเดีย ลาว ไทย เป็นหอยที่มีขนาดประมาณ ๕-๑๐ มิลลิเมตร เปลือกนอกแข็งเป็นเกลียวมีฝาเปิดที่ปาก เป็นหอยชนิดมีเหงือก จึงจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในน้ำ มักชอบอาศัยอยู่ในน้ำที่ไหลเอื่อยๆ และมีแสงแดดส่องได้ถึงและต้องมีน้ำขังตลอดปี เนื่องจากเปลือกแข็งและมีขนาดเล็ก ประชาชนจึงไม่ใช่เป็นอาหารสำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของ ดร. รอล์ฟ (Dr. Rolf A.M. Brandt) พบว่าหอยบิทาเนียที่เป็นพาหะกึ่งกลางนำโรคตัวที่หนึ่งของพยาธิใบไม้ตับชนิดออปีสธอร์ติค วิเวอร์-ริณี มี ๓ สปีชีส์ (species) คือ (Brandt 1904:1-423)

๑. บิทาเนีย โคนีออบฟาัส (*Bithynia goniompholos*) พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
๒. บิทาเนีย ฟุนิคูลาต้า (*Bithynia funiculata*) พบในภาคเหนือ
๓. บิทาเนีย ลีวิส (*Bithynia laevis*) พบในภาคกลางแถวห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

บิทาเนีย โคนีออบฟาัส พบมากที่สุดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อุดรธานี สกลนคร นครราชสีมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะภูมิประเทศและดินฟ้าอากาศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นที่ราบสูง ดินปนทราย บึง ห้วยมากมาย อากาศแห้ง หน้าฝนฝนตกชุกจนน้ำท่วม น้ำร้อนน้ำก็แห้งเร็ว ทำให้น้ำขังในหนอง บึง ห้วยต่างๆ ไม่มากนัก ซึ่งเหมาะแก่การดำรงชีพของหอยพวกนี้

ปลาน้ำจืดตระกูลไซพรินอยด์ (*Cyprinoid species*) เป็นตัวกลางนำโรคตัวที่สองเป็นปลาน้ำจืดตัวแบนและมีเกล็ด มีขนาดต่างๆ กัน ปลาที่พบเมตาเซอริคาเรียบ่อยคือปลาแม่สะแดง (*Cyclocheilichthys siaja*) ปลาสุต (*Runtius orphorides*) ปลาตะเพียนทราย (*Hampala dispar*) ในประเทศจีน ปลาตะเพียนที่ตรวจพบเมตาเซอริคาเรีย มีอยู่หลายชนิด อัตราการพบเมตาเซอริคาเรียในปลาแต่ละชนิดแตกต่างกันออกไป อัตราการพบต่ำสุด ร้อยละ ๑๔ และอัตราสูงสุด ร้อยละ ๓๒ จำนวนเมตาเซอริคาเรีย

เฉลี่ยต่อปลาหนึ่งตัวในปลาแต่ละชนิด แตกต่างกันด้วย จำนวนเมตาเซอรัคาเรีย เฉลี่ยต่ำสุดต่อปลาหนึ่งตัวเท่ากับร้อยละ ๐.๐๑ และสูงสุดร้อยละ ๘.๗ ในประเทศไทย ปลาเหล่านี้พบอยู่ทั่วไปในแหล่งน้ำจืดทั่วประเทศ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีหนอง บึงน้อยใหญ่มากมาย เช่น หนองหาร ในจังหวัดสกลนคร ในหน้าฝนจะพบปลาตะเพียนมากมาย ปลาต่างๆ ที่ชาวอีสานนิยมใช้ปรุงอาหาร มีด้วยกันหลายชนิด เช่น ปลาแม่สะแต้ง ปลาสุต ปลาตะเพียน เป็นต้น จากการสำรวจของไวคอฟ และคณะ ในปี ค.ศ.๑๙๖๕ พบเมตาเซอรัคาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลาสุต ร้อยละ ๗๔ ปลาปก ร้อยละ ๖๕ ปลาแม่สะแต้ง ร้อยละ ๕๑ ปลาตะเพียนทรายร้อยละ ๒๒ ปลาตะเพียนขาว ร้อยละ ๓ ปลากระมัง ร้อยละ ๘ ปลาหน้าหมอง ร้อยละ ๔ ปลาเสาททราย ร้อยละ ๓ และปลาชิว ร้อยละ ๑๐ อัตราพบปลาที่มีเมตาเซอรัคาเรียแตกต่างกันไปในแต่ละท้องที่ จากการสำรวจของ สุวัชร วัชรสิทธิ์ และ จำลอง หะริณสุต (Suvajara Vajarathina and Chamlong Harinasuta 1957:304) พบว่า เมตาเซอรัคาเรียที่พบในปลาชนิดต่างๆ มีปริมาณแตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ ๑๔.๗-๖๐.๔ อย่างไรก็ตาม อัตราพบเมตาเซอรัคาเรียในปลาแตกต่างกันออกไปตามท้องที่ ชนิดของปลาและฤดูกาล ศักดิ์ศิริ วิชาศรี และคนอื่นๆ (Suksiri Vichasri, et al.1982:138) พบว่าปลาที่มีเมตาเซอรัคาเรียมากคือปลาที่อยู่ในตระกูลเดียวกับปลาตะเพียน และจำนวนเมตาเซอรัคาเรียจะมากในช่วงเดือนกันยายน ถึงกุมภาพันธ์ และน้อยที่สุดในเดือนพฤษภาคม การที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในท้องถื่นมีปลาตะเพียนในแหล่งน้ำต่างๆ มาก และช่วงก่อนหน้าเดือนกันยายนเป็นระยะที่มีฝนตกทำให้มีแหล่งน้ำ เหมาะสำหรับการเจริญแพร่พันธุ์ของหอยและปลา ซึ่งเป็นตัวกลางนำโรคนี้ ในระยะนี้เมื่อไข่ที่ออกมากับอุจจาระของคนถูกฝนชะล้างลงสู่หนองน้ำต่างๆ ทำให้พยาธิหอยอ่อนระยะไมราซีเดียเจริญเข้าไปในตัวหอยจนกระทั่งเป็นเซอรัคาเรีย แล้วจึงไปสู่ตัวปลาเจริญเป็นเมตาเซอรัคาเรีย ซึ่งเป็นระยะติดคอ (สมาน เทศนา ศศิธร แก้วเกตุ และ เตือนใจ ศรีสว่างวงศ์ ๒๕๒๖:๑๔)

ปลาต่างๆ ดังกล่าวแล้วนี้ ประชาชนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือนิยมรับประทานดิบๆ หรือนำมาทำเป็นปลาร้า หรือก้อยปลา จากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญของตัวกลางนำโรค ร่วมกับบริโภคนิสัยของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้พบโรคพยาธิใบไม้ตับจำนวนมาก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยประมาณ

ว่า ประชาชนในภูมิภาคส่วนนี้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับถึง ๗ ล้านคน (ประมต มิกะเสน ๒๕๒๗:๗๔) จากรายงานการสำรวจโรคนี้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๕ จังหวัด โดย นายแพทย์จำลอง หะริณสุต และ นายแพทย์ประเสริฐ เศรษฐสุบรรณ ค.ศ.๑๙๖๕ พบว่า ประชากร ๗,๗๐๖ คน ในหมู่บ้าน ๑๕ จังหวัด พบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ๔,๗๔๒ คิด เป็นร้อยละ ๖๑.๕ อัตราการเป็นโรคผื่นแปรตั้งแต่ร้อยละ ๑๐.๑ - ๔๒ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับท้องที่ อย่างไรก็ตามจังหวัดที่พบโรคนี้มากได้แก่ กาฬสินธุ์ ร้อยละ ๔๒ มหาสารคาม ร้อยละ ๔๓.๔ จุฬารามิ ร้อยละ ๔๐.๔ สกลนคร ร้อยละ ๓๕.๓ หนองคาย ร้อยละ ๓๒.๔ ร้อยเอ็ด ร้อยละ ๖๔.๔ นครพนม ร้อยละ ๖๕.๕ ชัยภูมิ ร้อยละ ๖๒.๓ นครราชสีมา ร้อยละ ๖๑.๑ อุบลราชธานี ร้อยละ ๕๔ ศรีสะเกษ ร้อยละ ๓๔.๔ เลย ร้อยละ ๓๒.๒ บุรีรัมย์ ร้อยละ ๒๕.๔ และสุรินทร์ ร้อยละ ๑๐.๐ ความแตกต่างระหว่างเพศต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสำคัญทางสถิติ อายุระหว่าง ๑๕-๔๐ ปี พบว่ามี อัตราการมีพยาธิสูงสุด ส่วนอายุที่เริ่มพบว่ามีอาการเกิดโรคพยาธิเริ่มจาก ๐-๔ ปี (การสัมมนาของมหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๐:๓๔) ส่วนในภาคเหนือ จากการสำรวจในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ ของลิลิต หงส์พานิชย์ (Lilit Hongsbravich) พบว่าจำนวนตลับจุจจาระ ๔๖๗ ตลับ ในหมู่บ้านจังหวัดเชียงราย พบไข่พยาธิ ๑๔๔ คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๔ (การสัมมนามหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๐:๑๓)

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรค

โรคพยาธิใบไม้ตับพบมีอัตราการเป็นโรคสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้อาจ เนื่องจากมีองค์ประกอบบางอย่างซึ่งเอื้อต่อการเกิดโรคได้แก่

๑. นิสัยชอบถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดิน

ประชาชนชนบทในภาคพื้นเอเชีย ทั้งจีน ญี่ปุ่น ลาว ไทย มีนิสัยชอบถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดิน ไม่นิยมใช้ส้วม นอกจากนี้คนจีนและญี่ปุ่นยังนิยมกองอุจจาระไว้เพื่อใช้เป็นปุ๋ยอีกด้วย การกระทำเช่นนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับดำเนินต่อไปได้เพราะไข่พยาธิจะมีชีวิตอยู่ได้นาน ๓-๕ สัปดาห์ ในอุณหภูมิต่ำ เมื่อฝนตกไข่พยาธิจะถูกชะลงน้ำ หอยน้ำจืดจะกินเข้าไปทำให้วงจรชีวิตดำเนินต่อไป ปรากฏ-

กรณี เช่นนี้พบได้ในเขตกสิกรรม เช่นในแกว้างดั่ง ประชาชนมีอาชีพปลูกต้นหม่อน เลี้ยงไหม รอบๆ บ้านของประชาชนเหล่านี้มีตุลล้อมรอบ เพื่อใช้น้ำในตุลรดต้นหม่อนและใช้อุจจาระทำปุ๋ย ในตุลมีหย่อนน้ำจืด และปลาน้ำจืดชุกชุม เมื่อใช้น้ำในตุลรดต้นหม่อน หรือเมื่อฝนตกน้ำจะชะเอาไขพยาธิ ลงไปในตุล ไข่จะถูกหอยกินเข้าไปและเจริญเป็นระยะต่างๆ จนเป็นเซอร์คาเรีย แล้วออกจากหอยไขเข้าไปในปลา เจริญต่อไปจนเป็นเมตาเซอร์คาเรีย เมื่อคนจับปลาไปรับประทานโดยไม่ได้ทำให้พยาธิตายก่อนก็จะเป็นโรคและทำให้วงจรชีวิตของพยาธิดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยก็เช่นเดียวกัน ชาวชนบทจำนวนมากไม่น้อยนิยมถ่ายอุจจาระตามใจชอบ ถึงแม้ว่าในบ้านจะมีส้วมก็ไม่ได้ถ่ายลงส้วมเสมอไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเคยชินในการถ่ายอุจจาระตามใจชอบ หรือความจำเป็นตามสถานการณ์ เช่น ถ่ายในพุ่มไม้ หรือชายป่า ข้างบ้าน หรือตามริมหนองน้ำ ทำให้รู้สึกเย็นสบายและสะดวกดีก็เลยทำตามที่เคยปฏิบัติซึ่งผลที่ตามมาจะทำให้พยาธิมีโอกาสแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้

๒. สภาพแวดล้อมในแหล่งที่เป็นโรคมะหนองน้ำ ซึ่งเป็นที่อาศัยของตัวกลางนำโรค เช่น หอย และปลาชนิดต่างๆ เป็นสาเหตุให้พยาธิใบไม้ตับสามารถเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนและมีวงจรชีวิตสมบูรณ์ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เช่นการสร้างเขื่อน ฝายน้ำ เพื่อผลผลิตทางการเกษตร อาจทำให้อัตราการเป็นโรคยังคงมีอยู่หรือเพิ่มได้ ทั้งนี้เพราะเป็นการเพิ่มแหล่งน้ำทำให้เหมาะแก่การเจริญ และแพร่พันธุ์ของตัวกลางนำโรค (หอยและปลา) โดยเฉพาะในแหล่งที่มีโรคนี้อยู่

๓. สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนมากที่อยู่ในแหล่งที่มีโรคชุกชุม ประกอบอาชีพกสิกรรม ใช้แรงงานธรรมชาติผลผลิตต่ำ ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ และถ้าดินฟ้าอากาศไม่เอื้ออำนวยผลผลิตยิ่งลดน้อยลง ทำให้สภาพทางเศรษฐกิจตกต่ำ เศรษฐกิจเพื่อยังชีพ ตลอดจนความยากจนเป็นเงื่อนไขกำหนดบริโภคนิสัยของคนอีสาน การเลือกอาหารที่หาง่าย ไม่ต้องซื้อหรือราคาไม่แพง กรรมวิธีการปรุงแบบง่าย ๆ แต่ไร้รสชาติ อีกทั้งเก็บรักษาได้นาน เหล่านี้ เป็นแบบแผนการกินที่สอดคล้องกับภาวะวิถีการดำรงชีวิต อาหารที่ปรุงรสจัด ช่วยให้

กินข้าวได้มาก กินกับข้าวแต่น้อยเพียงจิ้มและน้อๆ ก็ได้รับชาติ เช่นนี้ทำให้ช่วยประหยัด สอดคล้องกับสภาพความยากจนของครอบครัว ที่ไม่สามารถหาอาหารดีๆ มากินได้ต้องจับ ปลาในแหล่งน้ำตามธรรมชาติมากิน ปลาตัวใหญ่จับได้ชาวบ้านจะเอาไปขายที่ตลาด ปลา ตัวเล็กเอาเก็บไว้กิน ปลาตัวเล็กเป็นปลาที่มีพยาธิใบไม้ต้นมาก ประกอบกับความเคยชิน ในการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก จึงทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ต้นกันมาก ซึ่งเป็นอีกสถาน- การณ์หนึ่งที่ชาวบ้านอีสานไม่มีทางเลือกมากนัก นอกจากนี้ประชาชนอาจจะขาดความรู้ เรื่อง อันตรายของโรคหรือมีความรู้แต่ไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรคที่จะมีผลกระทบต่อการค้ารง ชีวิตในอนาคต จึงทำให้ไม่ได้ป้องกันโรค และเมื่อเป็นแล้วก็ไม่ได้รับการรักษา ทำให้เกิด โรคอยู่เรื่อยไป

๔. มีสัตว์กักตุนโรค

สัตว์ที่พบว่าเป็นตัวกักตุนโรคพยาธิใบไม้ต้น คือสุนัข แมว และสัตว์ต่างๆ ที่อยู่ใต้อาคารเดียวกับแมวและสุนัข เช่น เสือ เสือปลา สุนัขจิ้งจอก เป็นต้น ในญี่ปุ่น บริเวณลุ่มน้ำออนกา แมว และสุนัขเป็นโรคนี้อยู่ร้อยละ ๑๑.๘ และ ๗.๗ ตามลำดับ ในจีน ทางตอนเหนือบริเวณไทเป อัตราการพบโรคในสุนัขสูงถึงร้อยละ ๒๕ และในแมวสูงถึง ร้อยละ ๓๗ แต่อัตราการพบโรคในคนน้อยมากเพียงร้อยละ ๐.๓๘ ตรงกันข้ามกับที่เมือง กวางตุ้ง อัตราการพบโรคในแมวและสุนัขต่ำ แต่ในหมู่พลเมืองกลับพบว่าสูง และในการ ศึกษาของไวคอฟและคณะพบว่าสุนัขและแมวมีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ต้นใกล้เคียงกับ คน (Wykoff, et al. 1964: 207-214) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของสุวัชร วัชรสิทธิ์ (Suvajra Vajrasthira 1977:15) รายงานว่าได้ตรวจพบพยาธิชนิดนี้ใน สุนัขร้อยละ ๕๐ และในแมวร้อยละ ๓๐ เกือบทุกบ้านในท้องถิ่นชนบทจะเลี้ยงสุนัขไว้ และ เมื่อชาวบ้านนำปลาสดมาทำเป็นอาหาร ส่วนที่เป็นเกล็ด หัวปลาและก้างจะโยนทิ้งให้สุนัขและ แมวกิน ดังนั้นสัตว์ดังกล่าวจึงเปรียบเสมือน เป็นรังเกิดโรคเพื่อแพร่กระจายมาสู่คน

๕. จำนวนไข่พยาธิที่ขับออกมาจำนวนมาก

จากการศึกษาโดยไวคอฟ (Wykoff 1966: 52-631) พบว่าพยาธิใบไม้- ต้นชนิดคอปปีธอร์คิส วิเวอริรีนิตัวหนึ่งสามารถวางไข่ได้ ๒,๐๐๐-๔,๐๐๐ ฟองต่อวัน ดังนั้น ถ้าในพื้นที่ๆ มีคนหรือมีสุนัขและแมว ซึ่งมีพยาธิและมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะทำให้พยาธิ

เจริญเพิ่มจำนวน และมีโอกาสแพร่กระจายโรคได้มากขึ้น

ดังนั้นถ้าชุมชนใดมีองค์ประกอบที่กล่าวมาครบถ้วนและมีปริมาณมากร่วมกับบริโกลนิสัยที่เอื้ออำนวย ก็จะทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับมีอยู่ในชุมชนนั้นต่อไปเรื่อยๆ

พยาธิสภาพของโรคและการรักษา

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาจากออสตอร์คิต วิเวอร์รีนี เกิดเนื่องจากการระคายเคืองต่อผนังของท่อน้ำดีและการอุดตันของท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิเคลื่อนไปมาอยู่ในนั้น และมีพยาธิจำนวนมากพยาธิบางตัวไปอุดตันท่อน้ำดีส่วนปลาย นักวิชาการบางท่านเชื่อว่าพยาธิตัวแก่จะปล่อยสารบางอย่างออกมาทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังของท่อน้ำดีอีกด้วย ซึ่งจะทำให้มีพยาธิสภาพในท่อน้ำดีมากขึ้น พบว่าเซลล์ที่บุท่อน้ำดีจะมีการอักเสบ บวมโต และมีการเพิ่มจำนวนเซลล์ขึ้นอย่างผิดปกติ (Hyperplasia) ทำให้ผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น ท่อน้ำดีตีบหรือแคบลง และเมื่อมีการอุดตันโดยตัวพยาธิ น้ำดีจะคั่งอยู่ภายในท่อน้ำดีส่วนปลาย ทำให้ท่อน้ำดีโป่งพองเป็นแห่งๆ บางแห่งจะกลายเป็นถุง และมีท่อน้ำดีเล็กๆ ใหม่ๆ เกิดขึ้น เพื่อช่วยระบายน้ำดีเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ได้ต่อไป

การอักเสบของท่อน้ำดีพบบ่อยในระยะหลังๆ ของโรค เนื่องจากมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม การอักเสบอาจลามไปถึงเนื้อตับทำให้เกิดตับอักเสบชนิดเป็นหนองและเกิดเป็นฝีขึ้นได้ในรายที่เป็นนานๆ ตับจะแข็ง และในบางรายจะกลายเป็นมะเร็งของท่อน้ำดีต่อไปได้ (นิภา จรูญเวศม์ และคนอื่นๆ ๒๕๒๐ : ๑๓๔)

ลักษณะทางคลินิก

อาการของผู้ป่วยจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิตัวแก่ที่มีอยู่ในตับของผู้ป่วย ระยะเวลาที่เป็นโรค พยาธิสภาพของตับ ตลอดจนโรคอื่นที่เป็นร่วมอยู่ด้วย อาการของโรคอาจแบ่งได้ดังนี้

๑. ไม่มีอาการเลย ผู้ป่วยพวกนี้อาจจะเพิ่งเริ่มเป็น หรือมีพยาธิจำนวนน้อย ตรวจพบแต่ไข่พยาธิในอุจจาระเท่านั้น

๒. อาการเล็กน้อย มักพบในรายที่มีไข่พยาธิในอุจจาระน้อยกว่า ๑,๐๐๐ ฟอง ต่ออุจจาระ ๑ กรัม ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย แน่นท้อง จุกเสียด มีความรู้สึกไม่ค่อยสบาย โดยเฉพาะบริเวณชายโครงขวา และบริเวณยอดอก ระยะนี้ยังไม่เหลือง และตับยังไม่โต

๓. อาการรุนแรงปานกลาง มักพบในรายที่มีไข่พยาธิในอุจจาระตั้งแต่ ๑,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ ฟอง ต่ออุจจาระ ๑ กรัม ผู้ป่วยเหล่านี้มีการอักเสบของท่อน้ำดี (Cholangitis) ร่วมด้วย อาจเป็นๆ หายๆ หรือเป็นติดต่อเรื่อยไป ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีความรู้สึกจุกเสียด แน่นตื้อๆ บริเวณลิ้นปี่ ท้องอืด ท้องเดิน อาจมีไข้ต่ำๆ เจ็บบริเวณตับและลิ้นปี่ ตับอาจโต กดเจ็บ และมีอาการเหลือง

๔. อาการรุนแรงมาก พบในรายที่มีไข่พยาธิในอุจจาระเกิน ๓๐,๐๐๐ ฟอง ต่ออุจจาระ ๑ กรัม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการรุนแรงมากที่สุด และมักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค มักเป็นมานานนับสิบปีขึ้นไป และจะพบมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นท่อน้ำดีอักเสบ เป็นๆ หายๆ เรื้อรัง มีไข้สูงปานกลาง เบื่ออาหาร มีอาการเหลืองปานกลางจนกระทั่งเหลืองมาก ตับโต กดเจ็บ ถ้าผู้ป่วยมีตับแข็งอาจจะพบว่าม้ามโตพร้อมทั้งมีอาการและการแสดงต่างๆ ของแรงดันเลือดสูงในระบบพอร์ทัล (portal hypertension) ผู้ป่วยอาจจะมึนงงของท่อน้ำดีร่วมด้วย ซึ่งจะยิ่งทำให้อาการทรุดหนักลงอีก ถ้ามีการอุดตันทางเดินน้ำดี ก็อาจพบว่าอุจจาระมีสีซีดได้ (นิภา จรูญเวสม์ และคนอื่นๆ ๒๕๒๐:๑๓๔; ศรีวิวัฒนา ชิตช่วง ๒๕๒๕:๔๙; ศศิมา ศรีธราวงศ์สกุล และคนอื่นๆ, ๒๕๒๗:๑๓๔)

ภาวะแทรกซ้อน

ที่พบบ่อยคือ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับแข็งและมะเร็งของตับจากการวิจัยพบว่าพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับสารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง (Carcinogen) ที่พบในอาหารหมักดองที่มีขายทั่วไป รวมทั้งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการวิจัยพบว่า เมื่อให้สัตว์ทดลองที่ไม่มีพยาธิใบไม้ตับ กินสารไนโตรซามีนในความเข้มข้นต่ำ จะไม่เกิดมะเร็งของท่อน้ำดี แต่ถ้าให้สัตว์ที่มีพยาธิใบไม้ตับอยู่แล้วกินสารนี้ พบว่า

เกิดมะเร็งได้ทุกราย (Witaya Thamavit, et al.1978:4634) การศึกษาวิจัย
ต่อมาของฟลาวเวลและลูคัส (Flavell and Lucas 1982:985) ได้ชี้ให้เห็นว่าการ
เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีในคนหรือสัตว์ทดลองที่มีพยาธิใบไม้ตับด้วยนั้น น่าจะเกิดจากกระ-
บวนการดังนี้

พยาธิใบไม้ตับ → การระคายเคืองต่อผนังท่อน้ำดีและการอุดตัน
(O.Viverrini) (Irritation + Obstruction)

↓
เซลล์ผนังท่อน้ำดีเพิ่มขนาดและจำนวนมากขึ้น
(Hyperplasia + Proliferation)

+ อาหารที่มีโปรตีนต่ำ

↓
มีความไวต่อสารก่อให้เกิดมะเร็งที่มีความเข้มข้นต่ำ

(Susceptible to carcinogen (s) at low concentration)

↓
มะเร็งของท่อน้ำดี

(Bile duct tumor)

แผนภูมิที่ ๖ แสดงกระบวนการเกิดมะเร็งของท่อน้ำดี

ที่มา : Flavell, D.J. & Lucas, S.B. Potentiation by the
hyman liver fluke, *Opisthorchis viverrini* of
the carcinogenic action of N-nitrosodimethylamine
upon the biliary epithelium of the hamster.
British Journal of Cancer, 1982,985.

การวินิจฉัย

• การวินิจฉัยโรคประกอบด้วยข้อมูลและวิธีการหลายๆ อย่างดังนี้

๑. ภูมิลาเนาของผู้ป่วยและลักษณะทางคลินิก ถ้าผู้ป่วยมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีอาการเหลือง ตับโต ควรนึกถึงโรคพยาธิใบไม้ตับ
๒. การตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ เป็นการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน แต่ในรายที่เป็นมานานจนมีการอุดตันท่อน้ำดี การหาไข่พยาธิในอุจจาระจะพบได้ยาก อาจต้องตรวจหาไข่โดยวิธีเข้มข้น (Concentration Method)
๓. การตรวจด้วยวิธีเพอริโตนิออสโคปี (Peritoneoscopy) โดยใช้เครื่องเพอริโตนิออสโคป (Peritoneoscope) สอดเข้าไปในช่องท้องเพื่อดูลักษณะของตับในรายที่เป็นไม่รุนแรงอาจพบว่าตับปกติถ้ามีมะเร็งของตับร่วมด้วย ตับอาจโตและโตได้มากๆ ในผู้ป่วยที่มีอาการเหลือง อาจพบว่าตับโตสีเขียว ท่อน้ำดีในเนื้อตับส่วนผิวๆ จะพอง หรืออาจมีลักษณะเป็นถุงได้ ถ้าท่อน้ำดีนั้นขยายออกมาก นอกจากนี้อาจพบว่าผิวของตับมีลักษณะขรุขระถ้าท่อน้ำดีแข็งและเหนียว (Biliary cirrhosis) หรืออาจพบมะเร็งของท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) มะเร็งของตับ (hepatoma) ร่วมด้วยก็ได้
๔. การทำเพอริคิวตาเนียส อินทราเฮพาทิค โคแลงจิโอกราฟี (Per-cutaneous Intrahepatic Cholangiography) ในผู้ป่วยที่เหลืองจะพบว่าท่อน้ำดีในเนื้อตับพองโตขึ้น และถ้าเป็นมากอาจพบเป็นถุงน้ำดีขนาดโตหลายๆ ถุง (multiple cystic dilatation) บริเวณของท่อน้ำดีเหล่านั้น เป็นข้อบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับ โดยทั่วไปแล้วการตรวจชนิดนี้จะทำในบางรายเท่านั้น

การรักษา

ในอดีตโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ปัจจุบันมียาที่ใช้ฆ่าพยาธิให้ตายได้ ดังนั้นโรคนีจึงรักษาให้หายขาดได้ถ้าเป็นในระยะแรก โดยปกติพยาธิใบไม้ตับจะมีชีวิตอยู่ในร่างกายคนได้นานประมาณ ๒๕ ปี ดังนั้นผู้ป่วยที่มีพยาธินี้จำนวนน้อยและ ไม่มีอาการมักจะไม่ได้รับการรักษาแต่ก็หายเองได้โดยพยาธิแก่ตายไปเอง แต่ในรายที่พยาธิจำนวนมากต้องรับรักษาให้หายขาดในระยะเริ่มแรก เพราะถ้าเป็นมานานจน

มีภาวะแทรกซ้อนของตับ และท่อน้ำดีแล้ว การให้ยา ก็เพียงเพื่อฆ่าพยาธิ เท่านั้น ส่วนอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

๑. การรักษาทั่วไป

ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงก็ไม่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนักและรุนแรงไว้รักษา โดยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากๆ ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย มีไขมันน้อย ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้เพราะเบื่ออาหาร หรือคลื่นไส้ อาเจียนก็ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ส่วนอาการอื่นเช่นท้องอืด ท้องเฟ้อ อาจให้ยาช่วยย่อย ยาขับลมตามอาการนั้นๆ

ถ้าผู้ป่วยมีอาการของท่อน้ำดีอักเสบก็ให้ยาพวกปฏิชีวนะ เพื่อฆ่าหรือทำลายการติดเชื้อแบคทีเรีย

๒. การรักษาภาวะแทรกซ้อน

๒.๑ ภาวะเหลืองที่เกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดี อาจจะต้องใช้ศัลยกรรมเพื่อเชื่อมต่อท่อน้ำดีเสียใหม่ จะทำให้อาการเหลืองทุเลาลง

๒.๒ ภาวะแรงดันเลือดระบบพอร์ทัลสูง (Portal hypertension) เป็นผลจากมีเยื่อพังผืดของท่อน้ำดี (Biliary fibrosis) ในเนื้อตับอย่างมากมาย หรือมีตับแข็ง (Cirrhosis) ทำให้มีท้องมาน หรือเลือดออกจากหลอดเลือดคอบริเวณหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร

๒.๓ มะเร็งของท่อน้ำดี รักษาให้หายได้ยาก อาจจะใช้การผ่าตัดหรือฉายยาเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยชั่วคราว

๓. การรักษาโดยเฉพาะ

สำหรับการรักษาโรคนี้นี้ตั้งแต่มีรายงานครั้งแรกเมื่อปี ๑๙๑๑ ว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยจนกระทั่งประมาณปี ๒๕๒๒ ไม่พบว่ามียาชนิดที่สามารถใช้รักษาโรคนี้นี้ได้โดยปลอดภัย ยาบางชนิดที่เคยนำมาทดสอบประสิทธิภาพพบว่าได้ผลดี แต่มีอาการข้างเคียงมาก การรักษาในระยะแรกๆ จึงเป็นการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการของโรค พยาธิสภาพตับแต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Palliative treatment not curative)

treatment) ต่อมาได้มีการนำยาที่รักษาโรคพยาธิชนิดอื่นมาทดลองใช้ก็พบว่ายาบางชนิดได้ผลแต่ต้องใช้ระยะเวลาจนเกิดอันตรายต่อคนไข้ เช่นยาคลอโรควิน (Chloroquine) ที่ใช้รักษาไข้มาเลเรีย ทำให้เกิดการอักเสบของประสาทตาหรือยาเฮทอล (Hetol) ซึ่งใช้แล้วทำให้เกิดภาวะไตวายได้ เป็นต้น

ปัจจุบันยาที่นำมาใช้รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับคือพราซิควอนเทล (Praziquantel) โดยให้รับประทานขนาด ๒๕ มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม ๓ เวลาหลังอาหาร ๑ วัน พบว่าหายขาดร้อยละ ๑๐๐ (คณีย์ บุณนาค และตระกูลจิต หะรินะสุด ๒๕๒๕:๔๑๔) ถ้าให้ขนาด ๔๐ มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม เพียงครั้งเดียว พบว่าอัตราการหายขาด ร้อยละ ๘๗.๕ หลังจากการรักษา ๖๐ วัน (กาญจนา สุพันธ์วิช และคนอื่นๆ, ๒๕๒๕; ๑๒๗-๑๓๓) จากการศึกษาของสันต์ศิริ ศรีมณี และคณะ ที่เขตชลประทานหนองหวาย จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี ๒๕๒๔-๒๕๒๕ โดยการให้ยาพราซิควอนเทล ขนาด ๔๐ มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม เพียงครั้งเดียวแก่ประชาชนที่ตรวจสุขภาพพบไข่พยาธิใบไม้ตับและกระตุ้นให้ประชาชนมีความรู้สึกอยากจะทำนุบำรุงบ้านตนเอง โดยเน้นการปรับปรุงสุขภาพ สิ่งแวดล้อม โดยการสร้างส้วมและโอ่งเก็บน้ำฝนราคาถูก นอกจากนี้ยังให้สุขศึกษาแก่ประชาชนโดยผ่านกรรมการหมู่บ้านและกลุ่มแม่บ้านเป็นระยะ ๆ ผลการวิจัยในระยะเวลา ๑ ปี พบว่า หมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนามีประชาชน ๔๔๒ คน ก่อนการพัฒนามีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ ๖๑.๒ หลังจากให้การรักษาแล้ว ๑ เดือน พบว่าอัตราการหายขาดร้อยละ ๔๘.๑ สำหรับหมู่บ้านเปรียบเทียบซึ่งให้ยาเพียงอย่างเดียวแต่ไม่ได้รับการพัฒนามีประชาชน ๔๔๒ พบอัตราการเป็นพยาธิใบไม้ตับก่อนให้ยาร้อยละ ๕๗.๔ มีอัตราการหายขาด ร้อยละ ๕๘.๑ อาการแทรกซ้อนของยามีน้อยมาก และสามารถจะลดอาการดังกล่าวได้โดยให้รับประทานยานี้ก่อนนอน (สันต์ศิริ ศรีมณีและคนอื่นๆ ๒๕๒๕:๒๓) บุญเยี่ยม เกียรติวุฒิและคนอื่นๆ พบว่าเมื่อให้ยาขนาด ๓๐ มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม วันละ ๒ ครั้ง ในรายที่มีพยาธิระดับต่ำ และปานกลางได้ผลดีในการรักษา (Boonyaim Keittivuti, et al. 1982:1-5)

ผลของโรคต่อร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่บั่นทอนสุขภาพของคนไข้อย่างสะสมและยาวนาน ทำให้ประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ มีผลกระทบต่อภาวะ เศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม แม้ว่าปัจจุบันได้ค้นพบยาที่สามารถรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ผลดี สามารถกำจัดพยาธิได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ ๘๗.๕-๙๕.๑ โดยการให้ยารักษาเพียงครั้งเดียวเท่านั้น แต่ราคาของยาสูงมาก ทำให้ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาแต่ละครั้งประมาณ ๓๐๐-๔๐๐ บาท ต่อคน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรักษาโรคนี้ให้ครอบคลุมได้ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนและปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ เมื่อรักษาหายแล้ว ก็อาจเป็นอีกได้ถ้าได้รับพยาธิระยะติดต่อเข้าไปใหม่ นอกจากนี้จะทำให้สิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์แล้วยังอาจก่อให้เกิดการคื้อยาของพยาธิ เหล่านี้ได้ หรือหากมีการใช้ยาบ่อยจนเกินไปอาจก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพอีกด้วย

การควบคุมและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

แม้ว่าจะมียาที่นำมาใช้ในการรักษาให้ผลดีก็ตาม การพิจารณาที่จะควบคุมโรคโดยใช้การรักษาคนจำนวนมาก (mass treatment) ในทางปฏิบัติอาจทำได้ยาก ทั้งนี้เพราะราคายาสูงมาก ประชาชนไม่สามารถซื้อมากินได้ หรือแม้หน่วยงานทางภาคของรัฐก็อาจไม่มีงบประมาณเพียงพอ ที่จะทำการรักษาประชากรในแหล่งโรคได้หมด ดังนั้นการควบคุมจะต้องคำนึงถึงการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนให้มีความรู้ในเรื่องอันตราย การติดต่อผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวกับ เศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งในทางปฏิบัติต้องพยายามเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมในเรื่องการกิน การถ่ายอุจจาระให้ถูกสุขลักษณะ พฤติกรรมและความเชื่อในการกินปลาดิบเช่นปลาลัม ก้อยปลา (Boonyiam Keittivute, et al. 1986: 209-235) ปลาดิบบิบมะนาวหรือใส่เครื่องปรุงบางอย่างตลอดจนปลาท้มที่นานไม่เพียงพอ ควรได้รับการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เพราะเมตาเซอริคาเรียที่อยู่ในเนื้อปลาตามสภาพดังกล่าวยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้น ความเชื่อดั้งเดิมที่ว่าเมื่อนำปลามาต้มหรือบิบมะนาวใส่ลงไปจะทำให้พยาธิตายนั้น ควรเลิกเชื่อ จากการศึกษาความอยู่รอดของเมตาเซอริคาเรีย ในก้อยปลาที่เตรียมตามตำรับของชาวบ้าน พบว่าหลังจากปรุงเสร็จแล้วนาน ๒๔ ชั่วโมง จึงจะทำให้เมตาเซอริคาเรียตายหมด (พรรณวดี ดันศิริรินทร์ ๒๕๒๖:๕)

แต่จากสภาพความเป็นจริงชาวบ้านจะกินก้อยปลาทันทีหลังจากปรุงเสร็จ ไม่ทิ้งไว้นานถึง ๒๔ ชั่วโมง ดังนั้น วิธีที่จะรับประทานก้อยปลาให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับคือการทำก้อยปลาให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับคือการทำก้อยปลาให้สุก จากการศึกษาของ จิตรรา ไวกกุล (Jitra Waikagul) พบว่า เมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับ สามารถมีชีวิตอยู่ในน้ำมะนาวร้อยละ ๔ เป็นเวลา ๑^๑/_๒ ชั่วโมง และอยู่ในอุณหภูมิตั้งแต่ ๗๐°ซ และ ๘๐°ซ เป็นเวลา ๓๐ นาที และ ๑๕ นาที ตามลำดับ แต่ถ้าเก็บไว้ในอุณหภูมิตั้งแต่ ๒๕-๓๐°ซ จะอยู่ได้นาน ๑๔ วัน และถ้าเก็บที่ -๑๑°ซ อยู่ได้นาน ๒ ชั่วโมง นอกจากนี้ มาลีย์ เครือตาชู และคนอื่นๆ (Maleeya Krautachue, et al.1982: 614-617) พบว่า เมตาเซอร์คาเรียร้อยละ ๑๓.๖ อยู่ได้ ๒๔ ชั่วโมง ในน้ำเกลือจากการศึกษาของ จิตรรา ไวกกุล (Jithra Waikagul 1974:1-34) บุญเยี่ยม เกียรติวุฒิ และคนอื่นๆ (Boonyiam Keittivuti, et al.1983:1-57); และ พรรณวดี ดันตศิรินทร์ (๒๕๒๖:๕) และพรรณวดี ดันตศิรินทร์ (๒๕๒๖:๕) พบว่าน้ำมะนาวและน้ำปลามีอิทธิพลในการลดจำนวนตัวแก่พยาธิใบไม้ตับ และระยะฟักตัวของพยาธิใบไม้ตับจะสั้นกว่าเครื่องปรุงอื่นๆ (พริกป่นและบิบมะนาว) น้ำปลามีผลทำให้เกิดการติดโรคพยาธิใบไม้ตับน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับพริกป่นและมะนาวในช่วงเวลา ๒๔ ชั่วโมง และน้ำปลามีผลทำให้เมตาเซอร์คาเรียเจริญเป็นตัวแก่เร็วขึ้นคือใช้เวลาในการเจริญลดลง

การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากการให้การรักษาและการอบรมด้าน สุขศึกษาแล้ว การปรับปรุงสุขาภิบาล การสร้างส้วม และการใช้ส้วม การปรับปรุงพื้นที่สิ่งที่ย่อยในคานเกษตรกรรมให้มีผลผลิตมากขึ้น ฐานะเศรษฐกิจของประชาชนดีขึ้น ควรกระทำควบคู่กันไป นอกจากนี้การสร้างแหล่งน้ำขึ้นมาใหม่ควรคำนึงถึงการป้องกันมิให้มีการแปดเปื้อน จากระยะต่างๆ ของพยาธิใบไม้ตับ การกำจัดสัตว์ที่เป็นตัวกักตุนโรค เช่น ลู่น้ำ และแมว ควรกระทำด้วย หรือมีฉนั้นควรให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ไม่ให้เลี้ยง ลู่น้ำและแมวด้วยปลาดิบ หรือเศษปลาดิบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ บริโภคนิสัย ของผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดสกลนคร และจังหวัดขอนแก่น

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน ๒๐๐ คน โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย ๑๐๐ คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่กลับเป็นซ้ำ ๑๐๐ คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

๑. อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป
๒. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการใช้ภาษาไทย
๓. ได้รับการดูภาพยนต์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากหน่วยบำบัด
๔. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาพาราซิทวอนเทล ๔๐ มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก ๑ กิโลกรัม ๑ ครั้ง มาแล้วไม่น้อยกว่า ๓-๖ เดือน
๕. เป็นผู้ป่วยที่อาจเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมาแล้ว ๑ ครั้ง หรือมากกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก.)
๒. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด ๒๐ ข้อ เป็นคำถาม "ใช่" "ไม่ใช่" โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง ๑ คำตอบ (ดูตัวอย่างในภาคผนวก ก.)

ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในคำถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในคำถามนั้นผิด

ผู้วิจัย กำหนดการให้คะแนนและเกณฑ์ในการประเมินคะแนนความรู้เรื่องโรค ดังนี้

ตอบถูกต้องกับคำตอบ ได้ ๑ คะแนน

ตอบผิด ไม่ตรงกับคำตอบ ได้ ๐ คะแนน

การหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค ผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๖ คน ในสาขาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการตรวจสอบ ดังนี้

อายุรแพทย์	๑ คน
แพทย์ เวชศาสตร์ เขตร้อน	๑ คน
พยาบาล เวชศาสตร์ เขตร้อน	๑ คน
พยาบาลอายุรศาสตร์	๑ คน
พยาบาลสาธารณสุข	๑ คน
อาจารย์พยาบาลอายุรศาสตร์	๑ คน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบและให้ความเห็นแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเวชศาสตร์-เขตร้อน จำนวน ๑๐ ราย ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษา ได้แก่เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาเดิมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ดูภาพยนตร์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับพร้อมทั้งได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ และตรวจจุลจากระพบไข่พยาธิ ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้-ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการศึกษา แล้วให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม หลังจากผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบแล้ว นำผลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร กูเคอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson หรือ K-R 20) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ไพศาล หวังพานิช ๒๕๒๖:๑๗)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right]$$

r_{tt} = ค่าความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดของ เครื่องมือนั้น

p = สัดส่วนระหว่างจำนวนคนตอบถูก กับ จำนวนคนตอบทั้งหมด

q = สัดส่วนระหว่างจำนวนคนตอบผิด กับจำนวนคนตอบทั้งหมด

s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนการสอบของกลุ่มตัวอย่าง

ได้ค่าความเชื่อมั่น ๐.๘๔

๓. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการดัดแปลงและเรียบเรียงจากเครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ไมแมนและคณะ (Maiman, et al. 1977:216) ได้สร้างขึ้น และอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ (Becker 1977: 205-216) เป็นพื้นฐานแบบวัดนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น ๖ ด้านคือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและเฉพาะโรค รวมทั้งความเชื่อเรื่องอาหาร โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการปฏิบัติงาน ปัจจัยร่วมต่างๆ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อความที่ใช้ในการสอบถามความรู้สึก

ความคิดเห็น และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยมีทั้งข้อความที่เป็นบวก และข้อความที่เป็นลบ ลักษณะคำตอบเป็นการจัดลำดับคุณภาพ ๕ อันดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเลย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ป่วย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่สร้างขึ้น มี ๖๓ ข้อ ดังนี้
(ดูตัวอย่างในภาคผนวก ก.)

๑. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และเฉพาะโรค มี ๒๒ ข้อ ได้แก่ข้อ ๑-๒๒
ข้อความที่มีความหมายทางบวก มี ๑๓ ข้อ คือ ข้อ ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๑๒, ๑๓, ๑๔, ๑๖, ๑๘,
๑๙, ๒๑ และ ๒๒
ข้อความที่มีความหมายทางลบ มี ๙ ข้อ คือ ข้อ ๑, ๗, ๘, ๙, ๑๐, ๑๑, ๑๕, ๑๗ และ ๒๐
๒. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มี ๓ ข้อ ได้แก่ ข้อ ๒๓-๒๕
ข้อความที่มีความหมายทางบวก มี ๒ ข้อ คือ ข้อ ๒๓ และ ๒๕
ข้อความที่มีความหมายทางลบมี ๑ ข้อ คือข้อ ๒๔
๓. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มี ๗ ข้อ ได้แก่ข้อ ๒๖-๓๒
ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี ๔ ข้อ คือ ข้อ ๒๗, ๒๘, ๒๙ และ ๓๐
ข้อความที่มีความหมายทางลบมี ๓ ข้อ คือ ข้อ ๒๖, ๓๑ และ ๓๒
๔. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มี ๘ ข้อ ได้แก่ ข้อ ๓๓-๔๐
ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี ๕ ข้อ คือ ข้อ ๓๓, ๓๕, ๓๗, ๓๙ และ ๔๐
ข้อความที่มีความหมายทางลบมี ๓ ข้อ คือ ข้อ ๓๔, ๓๖ และ ๓๘
๕. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมี ๑๗ ข้อ ได้แก่ ข้อ ๔๑-๕๗
ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี ๘ ข้อ คือ ข้อ ๔๒, ๔๔, ๔๖, ๔๘, ๕๓, ๕๕, ๕๖ และ ๕๗
ข้อความที่มีความหมายทางลบมี ๙ ข้อ คือ ข้อ ๔๑, ๔๓, ๔๕, ๔๗, ๔๙, ๕๐, ๕๑, ๕๒
และ ๕๔
๖. ปัจจัยร่วมต่างๆ มี ๖ ข้อ ได้แก่ ข้อ ๕๘-๖๓
ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี ๓ ข้อ คือ ข้อ ๖๐, ๖๑ และ ๖๒
ข้อความที่มีความหมายทางลบมี ๓ ข้อ คือข้อ ๕๘, ๕๙ และ ๖๓

ผู้ตอบแบบสอบถามนี้จะต้องเลือกตอบเพียง ๑ คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย /
ลงในช่องที่กำหนดให้ การให้คะแนน พิจารณาจากคำตอบของผู้ป่วยดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	๑	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	๒	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	๓	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	๔	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	๕	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	๕	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	๔	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	๓	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	๒	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	๑	คะแนน

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการตรวจสอบ

ความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๗ คน ประกอบด้วย

แพทย์อายุรศาสตร์	๑	คน
พยาบาลอายุรศาสตร์	๓	คน
นักจิตวิทยา	๑	คน
นักพฤติกรรมศาสตร์	๒	คน

จากนั้นนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแล้วไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน จำนวน ๑๐ ราย แล้วนำผลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ซึ่งมีสูตรดังนี้ (สุภาพ วาดเขียน ๒๕๒๓:๕๑)

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

r_{tt} = ค่าความเชื่อมั่น

$\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ

k = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบวัด

ได้ค่าความเชื่อมั่น ๐.๙๐

๔. แบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ในเรื่องบริโภคนิสัย มีคำถามทั้งหมด ๒๓ ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และแบบปลายปิดชนิดให้เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น ๒ ส่วนดังนี้ (ดูตัวอย่างในภาคผนวก ก.)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบริโภคนิสัย มี ๑๔ ข้อ ข้อคำถามเหล่านี้ไม่นำมาคิดคะแนนบริโภคนิสัย แต่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบในการอภิปรายให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริโภคนิสัยต่อไป

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมีความสำคัญเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มี ๙ ข้อ ผู้วิจัยกำหนดการให้คะแนนโดยพิจารณาจากคำตอบของผู้ป่วยดังนี้

ตอบถูกต้องกับคำเฉลย ได้ ๑ คะแนน

ตอบผิดไม่ตรงกับคำเฉลย ได้ ๐ คะแนน

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เรื่องบริโภคนิสัย ผู้วิจัย
ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๘ คน เป็นผู้ตรวจสอบดังนี้

โภชนากร	๓ คน
นักพฤกษศาสตร์	๑ คน
นักสังคมศาสตร์	๒ คน
นักสุขศึกษา	๑ คน
พยาบาลสาธารณสุข	๑ คน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง ๘ คน ได้ตรวจสอบและให้ความเห็นแล้ว ผู้วิจัยจึงนำ
แบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เรื่องบริโภคนิสัย ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์
ที่ได้ปรับปรุงแล้วไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มใหม่ที่ตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค และความ
เชื่อถือด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน จำนวน ๑๐ ราย แล้วนำผลที่ได้มาหาค่าความ
เชื่อมั่นโดยใช้สูตร กูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson หรือ K-R 20)
เช่นเดียวกับแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

ได้ค่าความเชื่อมั่น ๐.๘๖

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง ๒ ชุดและแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำต่อ
เนื่องกันไปในวันเดียวกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่หน้าบ้านวัดโรค
พยาธิใบไม้ตับ จังหวัดสกลนครและจังหวัดขอนแก่น ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๓๐ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๓๐ โดยดำเนินการตามขั้นตอน
ดังนี้

๑. เลือกและขอความร่วมมือผู้ร่วมวิจัย ๑ คน ตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะ

ไว้คือ

- ๑.๑ มีการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา
- ๑.๒ เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีความคุ้นเคยกับประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนภาษาถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง
- ๑.๓ มีความสนใจ และต้องการ เข้าร่วมการวิจัย

๒. ทำความตกลงระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยโดยมีขั้นตอน ดังนี้

- ๒.๑ ผู้วิจัยอธิบายความเป็นมา โครงการวิจัย และความสำคัญของการเก็บข้อมูล
- ๒.๒ ชักชวนผู้ร่วมวิจัยจนเข้าใจรายละเอียดในแบบสอบถาม และวิธีการสัมภาษณ์

๓. ผู้วิจัยสาธิตวิธีดำเนินการเก็บข้อมูลให้ผู้ร่วมวิจัยดู เป็นตัวอย่างนับตั้งแต่การแนะนำตัวและอธิบายจุดประสงค์ในการศึกษา การขอความร่วมมือ วิธีการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ทุกชุด และอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่เข้าใจอย่างใกล้ชิด

๔. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงหน่วยบำบัด กลุ่มตัวอย่างจะนำตลับลูกจาระไปให้เจ้าหน้าที่หน่วยบำบัดพร้อมทั้งยื่นบัตรประจำตัวผู้ป่วยและชั่งน้ำหนักตัว ผู้วิจัยจะคัดเลือกบัตรประจำตัวผู้ป่วยโดยเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแนะนำตัวให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักพร้อมกัน และอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงแจกแบบสอบถาม เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างให้ตอบโดยไม่จำกัดเวลา ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง ๒ ฉบับเสร็จแล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ เมื่อพบว่าคำตอบไม่ครบถ้วน จะทำการซักถามเพิ่มเติมจนครบทุกฉบับ

เมื่อการตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวและบริเวณคดีต่อไป

๕. เมื่อทราบผลการตรวจจุลจากระในวันนั้นแล้ว จึงแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ๒ กลุ่มๆ ละ ๑๐๐ ราย คือ

๕.๑ ผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วหาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจุลจากระพบไข่พยาธิ แล้วได้รับประทานยาพาราซิควอนเทล ๔๐ มิลลิกรัม ต่อ น้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม ๑ ครั้ง หลังจากนั้น ๓-๖ เดือน ตรวจจุลจากระไม่พบไข่พยาธิ

๕.๒ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่กลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจุลจากระพบไข่พยาธิ แล้วรับประทานยาพาราซิควอนเทล ๔๐ มิลลิกรัม ต่อ น้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม ๑ ครั้ง หลังจากนั้น ๓-๖ เดือน ตรวจจุลจากระพบไข่พยาธิอีก

๖. นำข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒๐๐ ราย ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS^x ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

๑. แจกแจงความถี่ของข้อความ และคำนวณเป็นอัตราส่วนร้อยละ ของข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

๒. แจกแจงความถี่ของข้อความ และคำนวณเป็นอัตราส่วนร้อยละ ของบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่าง

๓. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนความรู้เรื่องโรค ตามประเภทของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร (เจริญ จันทลักษณ์ และ อนันตชัย เชื้อนธรรม, ๒๕๒๓:๓๔)

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรค

$\sum_{i=1}^n x_i$ = ผลรวมของคะแนนความรู้เรื่องโรคของแต่ละคน

$i = 1, 2, 3, \dots, n$

n = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

๔. คำนวณค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความรู้เรื่องโรค ตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร (จรัญ จันทรลักษณ์ และ อนันตชัย เขื่อนธรรม, ๒๕๒๓:๔๘-๔๙)

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

x_i = คะแนนความรู้เรื่องโรค ของคนที่
($i = 1, 2, 3, 4, \dots, n$)

\bar{x} = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรค

n = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

๕. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรทั้ง ๒ กลุ่ม โดยใช้สูตร (จรัญ จันทรลักษณ์ และอนันตชัย เขื่อนธรรม, ๒๕๒๓:๑๗)

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

S_1^2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแล้วหาย

S_2^2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ

๖. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคจากกลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหายและกลับเป็นซ้ำ จากการวิเคราะห์ในข้อ ๕ พบว่า $S_1^2 = S_2^2$
ใช้สูตร (จรัญ จันทรลักษณ์ และ อนันตชัย เขื่อนธรรม, ๒๕๒๓:๑๘๓)

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{s_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

\bar{x}_1 = คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคของกลุ่มที่รักษาแล้วหาย

\bar{x}_2 = คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

μ_1 = คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคของประชากรกลุ่มที่รักษาแล้วหาย

μ_2 = คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคของประชากรกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

s_p^2 = ค่าประมาณค่าเฉลี่ยของสองประชากร

n_1 = จำนวนกลุ่มที่รักษาแล้วหาย

n_2 = จำนวนกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

df = $(n_1 + n_2 - 2)$

๗. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม จำแนกตามความแตกต่างของ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว โดยใช้การวิเคราะห์ค่า t-test ในแต่ละคู่ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

๘. นำคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตรเช่นเดียวกับข้อ ๓ และหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเช่นเดียวกับข้อ ๔ ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรทั้ง ๒ กลุ่ม โดยวิธีการเดียวกับข้อ ๕ วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนบริโภคนิสัยเช่นเดียวกับข้อ ๖ และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว เช่นเดียวกับข้อ ๗

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ กลุ่มละ ๑๐๐ ราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดสกลนคร และหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๒๕๓๐ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๓๐ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัย รวมทั้งข้อมูลต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยจะนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

๑. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ภูมิภาค ลำเนา เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ของกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ภูมิภาค เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ของกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และ กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย (N = 100) ร้อยละ	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N = 100) ร้อยละ
ภูมิภาค		
สกลนคร	๓๗	๒๔
มุกดาหาร	๒๐	๑๑
นครพนม	๑๔	๑๐
หนองคาย	๑๗	๔
อุดรธานี	๓	๗
กาฬสินธุ์	๓	๑
ขอนแก่น	๑	๑๖
ชัยภูมิ	-	๑๔
มหาสารคาม	-	๔
นครราชสีมา	-	๔
เพศ		
ชาย	๖๐	๖๗
หญิง	๔๐	๓๓
อายุ		
๑๔ - ๓๔ ปี	๗๓	๕๒
≥ ๔๐ ปี	๒๗	๔๘

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย (N = 100) กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N = 100)	
	ร้อยละ	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
อ่านและเขียนไม่ได้	๑	๒
อ่านออกเขียนได้	๒	๑
ประถมศึกษา	๘๖	๘๐
มัธยมศึกษา	๕	๖
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	๖	๑
อาชีพ		
ค้าขาย	๕	๕
รับจ้าง	๓	๗
เกษตรกร	๘๓	๘๖
รับราชการ	๑๐	๓
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< ๑,๐๐๐	๕๒	๕๘
๑,๐๐๑-๒,๐๐๐	๒๘	๓๕
๒,๐๐๑-๓,๐๐๐	๑๑	๙
๓,๐๐๑-๔,๐๐๐	๕	๗
๔,๐๐๑-๕,๐๐๐	๑	๒
> ๕,๐๐๐	๓	-
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	๗๒	๗๐
ครอบครัวขยาย	๒๘	๓๐

๑.๑ ภูมิภาค

กลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัด
สกลนคร ร้อยละ ๓๗ รองลงมาอยู่ที่จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๒๐ และน้อยที่สุดที่จังหวัด
ขอนแก่น ร้อยละ ๑

กลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดสกลนคร
ร้อยละ ๒๔ รองลงมาอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ ๑๖ และน้อยที่สุดที่จังหวัดนครราชสีมา
ร้อยละ ๔

๑.๒ เพศ

กลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย มีเพศชาย ร้อยละ ๖๐ และเพศหญิง
ร้อยละ ๓๓

๑.๓ อายุ

กลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๑๔-๓๔ ปี
ร้อยละ ๗๓ และมีอายุสูงกว่า ๔๐ ปี ร้อยละ ๒๗

กลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๑๔-๓๔ ปี ร้อย
ละ ๕๒ และมีอายุสูงกว่า ๔๐ ปี ร้อยละ ๔๘

๑.๔ ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ ๘๖ รองลงมาในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ ๖ และน้อยที่สุดระดับมัธยม-
ศึกษา ร้อยละ ๕

กลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับประ-
ถมศึกษา ร้อยละ ๕๐ รองลงมาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๖ และน้อยที่สุดระดับอุดม-
ศึกษา ร้อยละ ๑

๑.๕ อาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ
๘๓ รองลงมาอาชีพรับราชการ ร้อยละ ๑๐ และน้อยที่สุด อาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๓

กลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๘๖
รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๗ และน้อยที่สุดอาชีพรับราชการ ร้อยละ ๓

๑.๖ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน/บาท

กลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๕๒ รองลงมา มีรายได้อยู่ระหว่าง ๑,๐๐๑ ถึง ๒,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๒๘ และมีรายได้อยู่ระหว่าง ๒,๐๐๑ ถึง ๓,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๑๑

กลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๔ รองลงมา มีรายได้อยู่ระหว่าง ๑,๐๐๑ ถึง ๒,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๓๔ และมีรายได้อยู่ระหว่าง ๔,๐๐๑ ถึง ๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๒

๑.๗ ลักษณะครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างที่รักษาแล้วหาย เป็นกลุ่มที่มาจากครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ ๗๒ และเป็นกลุ่มที่มาจากครอบครัวขยาย ร้อยละ ๒๘

กลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ เป็นกลุ่มที่มาจากครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ ๗๐ และเป็นกลุ่มที่มาจากครอบครัวขยาย ร้อยละ ๓๐

๒. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนของคะแนนความรู้เรื่องโรคระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	T value	one-tailed prob
กลุ่มที่รักษาแล้วหาย	๒๐	๑๖.๗๒	๓.๐๕	๐.๕๑	๐.๓๖๖
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๒๐	๑๖.๓๘	๒.๑๕		

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคของกลุ่มที่รักษาแล้วหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรค ระหว่าง
กลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการ-
ศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่เป็นกลับเป็นซ้ำ		t value	2 tailed prob.
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เพศ						
ชาย	๑๗.๐๒	๓.๒๔	๑๖.๒๗	๒.๒๑	๑.๕๓	๐.๑๒๗
หญิง	๑๖.๒๘	๒.๗๓	๑๖.๖๑	๒.๑๖	-๐.๕๗	๐.๕๗๓
อายุ						
๑๙-๓๔	๑๖.๗๕	๓.๓๒	๑๖.๖๕	๒.๐๔	๐.๒๐	๐.๘๔๑
> ๔๐	๑๖.๖๓	๒.๒๔	๑๖.๑๓	๒.๓๑	๐.๙๑	๐.๓๖๔
ระดับการศึกษา						
≤ ประถมศึกษา						
	๑๖.๕๓	๒.๓๖	๑๖.๔๑	๒.๑๑	๐.๓๖	๐.๗๑๔
≥ มัธยมศึกษา						
	๑๘.๒๗	๖.๓๔	๑๖.๐๐	๓.๑๖	๐.๘๗	๐.๓๙๕
รายได้						
≤ ๒,๐๐๐บาท	๑๖.๒๓	๒.๒๓	๑๖.๔๘	๒.๑๑	๐.๕๒	๐.๖๗๒
≥ ๒,๐๐๑บาท	๑๗.๑๐	๕.๐๒	๑๕.๙๔	๒.๕๓	๐.๘๘	๐.๓๘๔
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว						
	๑๖.๙๔	๓.๓๔	๑๖.๓๐	๒.๒๖	๑.๓๔	๐.๑๘๑
ครอบครัวขยาย						
	๑๖.๑๔	๒.๑๐	๑๖.๕๗	๒.๐๒	-๐.๗๘	๐.๔๓๘

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รักษาแล้วหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

แสดงว่า สมมติฐานที่ ๔ ทวีว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน มีความรู้เรื่องโรคแตกต่างกันนั้นไม่ได้รับการสนับสนุน

๓. ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	\bar{X}	SD	t-value	one-tailed prob.
กลุ่มที่รักษาแล้วหาย	๒๕๔.๑๐	๑๔.๐๘	๐.๗๔	๐.๕๖๓
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๒๕๒.๑๗	๑๗.๑๘		

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่ม ที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๕ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed Prob.
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความเชื่อโดยรวม						
เพศ						
ชาย	๒๕๔.๐๐	๑๙.๐๐	๒๕๒.๒๙	๑๘.๐๐	๐.๕๑	๐.๖๑๓
หญิง	๒๕๔.๒๕	๑๙.๕๕	๒๕๑.๐๑	๑๖.๕๕	๐.๕๕	๐.๕๘๕
อายุ						
๑๙-๓๙	๒๕๓.๘๙	๑๘.๖๒	๒๕๓.๕๖	๑๖.๐๒	๐.๑๓	๐.๘๙๕
≥ ๔๐	๒๕๔.๖๗	๒๐.๖๘	๒๕๐.๙๘	๑๙.๙๕	๐.๗๘	๐.๔๔๐
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	๒๕๓.๘๖	๑๗.๘๓	๒๕๒.๒๖	๑๗.๗๘	๐.๖๐	๐.๕๕๖
มัธยมศึกษา	๒๕๖.๐๐	๒๘.๓๘	๒๕๐.๘๖	๒๒.๐๐	๐.๕๑	๐.๖๙๐
ความเชื่อโดยรวม						
รายได้						
≤ ๒,๐๐๐ บาท	๒๕๔.๐๓	๑๘.๓๖	๒๕๒.๐๙	๑๗.๕๕	๐.๖๘	๐.๔๙๕
≥ ๒,๐๐๑ บาท	๒๕๔.๙๐	๒๒.๓๐	๒๕๒.๕๐	๒๐.๕๒	๐.๒๗	๐.๗๘๗
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๒๕๔.๐๙	๑๙.๓๕	๒๕๒.๖๙	๑๘.๙๙	๐.๕๕	๐.๖๖๒
ครอบครัวขยาย	๒๕๔.๑๐	๑๘.๗๘	๒๕๐.๙๗	๑๕.๕๘	๐.๖๙	๐.๔๙๐

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

แสดงว่าสมมติฐานที่ ๔ ที่ว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันนั้น ไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ ๖ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปและเฉพาะโรค ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed prob.
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เพศ						
ชาย	๙๐.๖๘	๗.๕๙	๘๘.๖๔	๙.๑๔	๑.๓๖	๐.๑๗๗
หญิง	๘๙.๐๐	๘.๒๐	๘๘.๐๙	๗.๗๙	๐.๔๘	๐.๖๓๑
อายุ						
๑๙-๓๙	๘๙.๔๔	๘.๐๕	๙๐.๒๙	๖.๗๑	-๐.๖๑	๐.๕๔๔
≥ ๔๐	๙๑.๕๖	๗.๑๙	๘๖.๗๗	๙.๙๕	๒.๒๒	๐.๐๓๐
ระดับการศึกษา						
≤ ประถมศึกษา	๘๙.๙๗	๗.๕๑	๘๘.๔๘	๘.๖๙	๑.๒๓	๐.๒๒๑
≥ มัธยมศึกษา	๙๐.๓๖	๑๐.๖๖	๘๘.๑๔	๙.๒๖	๐.๔๕	๐.๖๕๗
รายได้						
≤ ๒,๐๐๐ บาท	๙๐.๖๕	๗.๒๔	๘๘.๒๕	๘.๘๑	๑.๕๘	๐.๑๑๖
≥ ๒,๐๐๑ บาท	๘๗.๔๕	๙.๗๓	๘๗.๖๑	๘.๒๙	-๐.๐๕	๐.๙๕๗
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๘๙.๘๙	๗.๙๘	๘๗.๗๐	๙.๑๒	๑.๕๒	๐.๑๓๐
ครอบครัวขยาย	๙๐.๓๒	๗.๖๕	๙๐.๒๓	๗.๔๓	๐.๐๔	๐.๙๖๕

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่มี เพศ อายุ ระหว่าง ๑๙-๓๙ ปี ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านแรงจูงใจ ด้านสุขภาพทั่วไป และเฉพาะโรค แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และกลุ่มที่มีอายุ ≥ 40 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๗ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed prob.
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เพศ						
ชาย	๑๑.๙๗	๒.๐๓	๑๒.๓๙	๑.๘๙	-๑.๒๑	๐.๒๒๙
หญิง	๑๑.๙๕	๑.๙๓	๑๒.๗๕	๑.๘๘	-๑.๗๙	๐.๐๗๗
อายุ						
๑๙-๓๙	๑๑.๙๕	๑.๙๙๙	๑๒.๑๓	๑.๙๑	-๐.๕๕	๐.๖๒๒
≥ 40	๑๒.๐๐	๑.๙๘	๑๒.๘๗	๑.๘๓	-๑.๙๕	๐.๐๕๖
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	๑๑.๙๙	๑.๙๖	๑๒.๕๕	๑.๘๘	-๑.๙๓	๐.๐๕๖
มัธยมศึกษา	๑๑.๗๓	๒.๑๙	๑๒.๑๕	๒.๑๙	-๐.๓๙	๐.๗๐๐
รายได้						
$\geq 2,000$ บาท	๑๑.๙๑	๒.๐๑	๑๒.๕๑	๑.๘๕	-๑.๙๘	๐.๐๕๑
$< 2,000$ บาท	๑๒.๑๕	๑.๘๙	๑๒.๕๐	๒.๑๕	-๐.๕๓	๐.๕๙๗
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๑๒.๐๕	๒.๐๕	๑๒.๔๗	๑.๙๕	-๑.๒๘	๐.๒๐๑
ครอบครัวขยาย	๑๑.๗๕	๑.๘๒	๑๒.๖๐	๑.๘๑	-๑.๗๘	๐.๐๘๐

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในด้าน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๘ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed prob
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เพศ						
ชาย	๒๙.๑๘	๓.๖๕	๒๘.๕๔	๓.๐๙	๑.๐๘	๐.๒๘๒
หญิง	๒๘.๒๓	๓.๘๙	๒๙.๐๖	๓.๓๕	-๐.๙๗	๐.๓๓๕
อายุ						
๑๙-๓๙	๒๘.๙๗	๓.๗๑	๒๘.๘๓	๒.๙๙	๐.๒๒	๐.๘๒๙
≥ ๔๐	๒๘.๓๓	๓.๙๓	๒๘.๕๙	๓.๓๕	-๐.๓๑	๐.๗๕๖
ระดับการศึกษา						
≥ ประถมศึกษา	๒๘.๘๘	๓.๗๙	๒๘.๗๒	๓.๑๙	๐.๓๐	๐.๗๖๔
≤ มัธยมศึกษา	๒๘.๑๘	๓.๖๖	๒๘.๕๗	๓.๑๕	-๐.๒๓	๐.๘๒๐
รายได้						
≥ ๒,๐๐๐ บาท	๒๘.๕๙	๓.๖๗	๒๘.๘๘	๓.๐๗	-๐.๕๕	๐.๕๘๕
< ๒,๐๐๑ บาท	๒๙.๖๕	๔.๐๘	๒๗.๙๔	๓.๖๑	๑.๓๖	๐.๑๘๓
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๒๘.๙๓	๓.๗๖	๒๘.๗๗	๓.๒๓	๐.๒๗	๐.๗๘๗
ครอบครัวขยาย	๒๘.๔๖	๓.๘๑	๒๘.๕๗	๓.๐๘	-๐.๑๑	๐.๙๑๐

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่รักษาแล้วหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๘ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed prob
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เพศ						
ชาย	๓๒.๕๕	๒.๕๙	๓๒.๐๗	๓.๐๙	๐.๙๓	๐.๓๕๓
หญิง	๓๒.๖๓	๓.๕๙	๓๑.๒๑	๒.๕๕	๑.๙๐	๐.๐๖๒
อายุ						
๑๙-๓๙	๓๒.๕๙	๒.๙๒	๓๑.๘๓	๒.๕๓	๑.๑๒	๐.๒๖๔
≥ ๔๐	๓๓.๐๔	๓.๒๙	๓๑.๗๕	๓.๓๐	๑.๖๕	๐.๑๐๔
ระดับการศึกษา						
๕ ประถมศึกษา	๓๒.๕๗	๒.๙๙	๓๑.๘๙	๓.๐๐	๑.๕๓	๐.๑๒๘
๕ มัธยมศึกษา	๓๒.๖๔	๓.๓๓	๓๐.๕๓	๑.๕๑	๑.๖๔	๐.๑๒๑
รายได้						
≤ ๒,๐๐๐ บาท	๓๒.๖๕	๓.๑๖	๓๑.๘๗	๒.๘๒	๑.๖๗	๐.๐๙๗
> ๒,๐๐๑ บาท	๓๒.๓๐	๒.๕๑	๓๑.๕๔	๓.๕๐	๐.๘๙	๐.๓๘๒
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๓๒.๙๐	๓.๐๔	๓๒.๐๑	๓.๑๘	๑.๗๐	๐.๐๙๑
ครอบครัวขยาย	๓๑.๗๕	๒.๘๕	๓๑.๒๗	๒.๕๓	๐.๗๒	๐.๔๗๔

ผลการรักษาพบว่า กลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๑๐ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed prob
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SE		
เพศ						
ชาย	๖๖.๔๐	๘.๒๔	๖๖.๘๖	๘.๑๙	-๐.๓๒	๐.๗๕๐
หญิง	๖๘.๒๐	๘.๘๘	๖๗.๓๓	๖.๑๔	๐.๔๗	๐.๖๓๗
อายุ						
๑๙-๓๔	๖๗.๔๒	๘.๐๔	๖๖.๙๔	๗.๑๑	๐.๓๔	๐.๗๓๔
≥๔๐	๖๖.๒๙	๘.๗๘	๖๗.๐๙	๘.๐๐	-๐.๓๙	๐.๖๙๘
ระดับการศึกษา						
< ประถมศึกษา	๖๖.๘๑	๘.๓๕	๖๗.๐๓	๗.๔๙	-๐.๑๙	๐.๘๕๐
≥ มัธยมศึกษา	๖๙.๖๔	๙.๗๑	๖๖.๘๖	๘.๘๖	๐.๖๑	๐.๕๔๙
รายได้						
< ๒,๐๐๐ บาท	๖๖.๔๑	๘.๕๖	๖๖.๖๖	๗.๕๒	-๐.๒๐	๐.๘๔๕
≥ ๒,๐๐๑ บาท	๖๙.๙๕	๗.๘๔	๖๘.๖๗	๘.๑๒	๐.๕๐	๐.๖๒๓
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๖๖.๙๓	๘.๘๘	๖๗.๘๖	๗.๖๘	-๐.๖๙	๐.๕๙๑
ครอบครัวขยาย	๖๗.๖๑	๙.๒๑	๖๕.๐๗	๖.๙๖	๑.๑๙	๐.๒๓๙

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๑๑ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ใน
ด้านปัจจัยร่วมต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มี
เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value 2-tailed prob	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เพศ						
ชาย	๒๓.๒๒	๔.๒	๒๓.๗๙	๓.๔๑	-๐.๘๔	๐.๔๐๓
หญิง	๒๔.๒๕	๓.๒๕	๒๓.๔๕	๒.๒๐	๑.๒๐	๐.๒๓๖
อายุ						
๑๙-๓๙	๒๓.๖๙	๓.๙๑	๒๓.๔๔	๓.๐๙	๐.๓๙	๐.๖๙๘
≥๔๐	๒๓.๔๔	๔.๐๕	๒๓.๙๐	๓.๐๓	-๐.๕๗	๐.๕๗๒
ระดับการศึกษา						
≤ ประถมศึกษา	๒๓.๖๕	๓.๘๖	๒๓.๖๐	๓.๐๕	๐.๑๐	๐.๙๒๔
≥ มัธยมศึกษา	๒๓.๔๕	๔.๖๑	๒๔.๗๑	๓.๐๙	-๐.๖๓	๐.๕๓๕
รายได้						
< ๒,๐๐๐ บาท	๒๓.๘๑	๓.๙๘	๒๓.๕๔	๒.๙๖	๐.๕๐	๐.๖๑๗
≥ ๒,๐๐๑ บาท	๒๒.๙๐	๓.๗๑	๒๔.๓๓	๓.๔๙	-๑.๒๒	๐.๒๓๐
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๒๓.๕๐	๓.๘๗	๒๓.๘๗	๓.๐๖	-๑.๘๐	๐.๔๒๖
ครอบครัวขยาย	๒๔.๒๑	๔.๐๙	๒๓.๒๓	๓.๐๖	๑.๐๔	๐.๓๐๓

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ
ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้าน
สุขภาพในด้านปัจจัยร่วมต่างๆ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๕. ข้อมูลเกี่ยวกับบริโภคนิสัย

ตารางที่ ๑๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบริโภคนิสัยของกลุ่มที่รักษา
แล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ข้อมูล	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย (N=100)	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=100)
	ร้อยละ	ร้อยละ
หมู		
ทุกวัน-เกือบทุกวัน	๔	๑๔
นานๆ ครั้ง	๔๑	๘๕
วัว		
ทุกวัน-เกือบทุกวัน	๑๐	๗
นานๆ ครั้ง	๔๐	๔๓
ควาย		
ทุกวัน-เกือบทุกวัน	๖	๔
นานๆ ครั้ง	๔๔	๔๖
ปลา		
ทุกวัน-เกือบทุกวัน	๔๘	๘๘
นานๆ ครั้ง	๒	๑๒
ผู้เลือกและปรุงอาหารในแต่ละมือ		
ปู่ ตา ย่า ยาย	๑	๒
พ่อบ้าน	๕๗	๕๒
แม่บ้าน	๔๒	๔๖
ฤดูที่บริโภคอาหารประเภทปลามากที่สุด		
เริ่มหน้าร้อน	๘	๒๓
ปลายฤดูฝน	๔๖	๔๒
ฤดูหนาว	๔	๑๒
ตลอดปี	๓๗	๒๓

ข้อมูล	กลุ่มที่รักษาหาย (N=100)	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=100)
	ร้อยละ	ร้อยละ

ปลาที่ชอบรับประทานและแหล่งที่ได้

ปลาสด

หามาเอง	๗๔	๗๔
ซื้อจากตลาด	๒๖	๒๖

ปลาชีว

หามาเอง	๗๖	๗๔
ซื้อจากตลาด	๒๔	๒๖

ปลาตะเพียน

หามาเอง	๖๔	๗๔
ซื้อจากตลาด	๓๑	๒๖

ปลาแม่สะแต็ง

หามาเอง	๗๗	๗๔
ซื้อจากตลาด	๒๓	๒๑

แหล่งของปลาร้าที่บริโภค

ทำเอง	๗๖	๖๐
ซื้อจากตลาด	๒๔	๔๐

หลักในการเลือกอาหาร

อาหารราคาถูก	๑๖	๓๓
อาหารที่มีประโยชน์	๑๒	๔
เคยรับประทานและชอบในรสชาติ	๑๑	๒๒
ชอบลองอาหารใหม่ๆ ถ้ามีประโยชน์	๒	๓
รสอร่อยก็รับประทาน แม้ว่าจะมีโทษ	-	๒
อาหารราคาถูกและมีประโยชน์และชอบในรสชาติ	๕๑	๓๐

ข้อมูล	กลุ่มที่รักษาหาย (N=100)	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=100)
	ร้อยละ	ร้อยละ
อาหารมีประโยชน์และชอบในรสชาติและชอบลองอาหารใหม่ๆที่มีประโยชน์	๘	๒
ความเห็นเกี่ยวกับการรับประทานปลา		
ปลาร้าต้มกินไม่อร่อย	๑๓	๕๔
ปลาร้าฉีกกินดิบๆ จึงอร่อย	๑	๑๔
ปลาตัวใหญ่ๆ ต้มกินสุกๆ รสจึงกลมกล่อม	๑	๒
ปลาตัวเล็กเอาไว้กิน ปลาตัวใหญ่เอาไปขาย	๔	๕
ปลาฤดูร้อนมีน้อย แต่กินอร่อย	๒๕	๗
ปลาฤดูฝนมีมาก แต่เหม็นคาว ไม่อร่อย	๑๓	๑
ปลาฤดูหนาว อร่อยมาก ตัวโต รสหวานมัน	๔๓	๘

จากตารางแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่รักษาแล้วหาย รับประทานเนื้อปลาทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ ๘๘ ผู้เลือกและผู้ปรุงอาหารในแต่ละมือที่เป็นพ่อบ้าน ร้อยละ ๕๗ และแม่บ้าน ร้อยละ ๔๒ ฤดูที่บริโภคอาหารประเภทปลามากที่สุด ได้แก่ปลายฤดูฝน ร้อยละ ๔๖ และปลาที่ชอบรับประทาน ส่วนใหญ่จะหามาได้เองมากกว่าการซื้อจากตลาด และปลาที่หาได้มากที่สุดคือ ปลาแม่สะแดง และปลาชิว ร้อยละ ๗๗ และ ๗๖ ตามลำดับ ทำปลาร้าเอง ร้อยละ ๗๖ และซื้อมาจากตลาดร้อยละ ๒๔ ส่วนหลักในการเลือกอาหารจะเลือกอาหารราคาถูก มีประโยชน์ และชอบในรสชาติ ร้อยละ ๕๑ และเห็นด้วยกับข้อความที่ว่าปลาฤดูหนาว อร่อยมาก ตัวโต รสหวานมัน ร้อยละ ๔๓

สำหรับกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ รับประทานเนื้อปลาทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ ๘๘ ผู้เลือกและผู้ปรุงอาหารในแต่ละมือที่เป็นพ่อบ้าน ร้อยละ ๕๒ และแม่บ้าน ร้อยละ ๔๖ ฤดูที่บริโภคอาหารประเภทปลามากที่สุดได้แก่ ปลายฤดูฝน ร้อยละ ๔๒ และปลาที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่จะหามาได้เองมากกว่าการซื้อจากตลาดและปลาที่หาได้คือ ปลาแม่สะแดง ปลาชิว ปลาตะเพียน ร้อยละ ๔๐ ส่วนหลักในการเลือกอาหารจะเลือกอาหารราคาถูก ร้อยละ ๓๓ และอาหารที่ราคาถูก มีประโยชน์และชอบในรสชาติ ร้อยละ ๓๐ และเห็นด้วยกับข้อความที่ว่า ปลาร้าต้มกินไม่อร่อย ร้อยละ ๕๔

ตารางที่ ๑๓ จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามสาเหตุที่ไม่สามารถงด
รับประทานอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ สถานที่และโอกาสที่รับประทาน

ตัวแปร/ข้อมูล	ร้อยละ (N = 100)
สาเหตุที่ไม่สามารถงดรับประทานอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ	
- รสชาติอร่อย ราคาถูก หาได้ด้วยตนเอง	๒๗
- รสชาติอร่อย ราคาถูก ง่ายต่อการปรุง	๒๐
- รสชาติอร่อย หาง่าย ปรุงง่าย เคยชินมาตั้งแต่เด็ก	๑๘
- รสชาติอร่อย ราคาถูก ไม่สามารถหาอาหารอื่นมาทดแทนได้	๑๗
- รสชาติอร่อย ราคาถูก ครอบครัวยุติทุกวัน	๕
- รสชาติอร่อย เคยชินมาตั้งแต่เด็ก คนในหมู่บ้านนิยม	๕
สถานที่รับประทานปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ	
- ที่บ้าน	๗๐
- บ้านเพื่อนฝูง	๑๗
- สถานที่จับปลา	๑๐
- ในทุ่งนา	๓
โอกาสที่รับประทานปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ	
- อาหารประจำวัน	๕๑
- เลี้ยงต้อนรับเพื่อนๆ	๒๐
- ลงแขก	๑๘
- งานประเพณี	๗
- หลังจับปลาร่วมกับเพื่อนๆ	๕

จากตารางแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีสาเหตุที่ไม่สามารถงดรับประทาน
อาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ได้ เพราะรสชาติอร่อย ราคาถูก หาได้ด้วยตนเอง ร้อยละ ๒๗
และรสชาติอร่อย ราคาถูก ง่ายต่อการปรุงคิดเป็นร้อยละ ๒๐ ส่วนมากจะรับประทานที่บ้าน
ร้อยละ ๗๐ และมักจะรับประทานเป็นอาหารประจำวันร้อยละ ๕๑ เลี้ยงต้อนรับเพื่อนๆ ร้อย
ละ ๒๐

ตารางที่ ๑๔ จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่รักษาแล้วหาย จำแนกตามสาเหตุที่งดรับประทาน
อาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ และระยะเวลาที่งดรับประทาน

ตัวแปร/ข้อมูล	ร้อยละ (N = 100)
สาเหตุที่งดรับประทานปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ	
- กลัวเป็นโรค	๒๔
- หมอห้าม ทราบว่าทำให้เกิดโรคและเป็นสาเหตุให้คนในครอบครัวป่วย	๓๓
- หมอห้าม กลัวเป็นโรค เคยเป็นโรคแล้วกลับเป็นอีก	๑๖
- ทราบว่าทำให้เกิดโรค	๕
- หมอห้ามรับประทาน	๔
- เป็นสาเหตุให้คนในครอบครัวป่วย	๗
- หมอห้าม กลับเป็นโรค ทราบจากหนังสือพิมพ์และฟังวิทยุ	๖
- เคยเป็นโรค แล้วกลับเป็นอีก	๕
- อ่านหนังสือพิมพ์และฟังวิทยุ	๓
ระยะเวลาที่งดรับประทานปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ	
- ๔ เดือน	๔๘
- ๓ เดือน	๓๒
- ๖ เดือน	๒๐

จากตารางแสดงให้เห็นถึงสาเหตุที่งดรับประทานอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ของกลุ่มที่รักษาแล้วหาย ว่าสาเหตุที่งดเพราะกลัวเป็นโรค ร้อยละ ๒๔ และหมอห้าม, ทราบว่าทำให้เกิดโรคและเป็นสาเหตุให้คนในครอบครัวเจ็บป่วย ร้อยละ ๒๓ แต่จากสาเหตุที่ระบุไว้ทั้งหมดสรุปได้ว่า ผู้ป่วยงดรับประทานปลาดิบๆ สุกๆ เพราะกลัวเป็นโรคทั้งหมด ส่วนระยะเวลาที่งดพบว่า กลุ่มที่รักษาแล้วหายงดการบริโภคอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เป็นเวลา ๔ เดือน คิดเป็นร้อยละ ๔๘ และ ๓ เดือนคิดเป็นร้อยละ ๓๒

ตารางที่ ๑๕ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนบริโภคนิสัย ระหว่างกลุ่ม
ที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	t-value	one-tailed prob.
กลุ่มที่รักษาแล้วหาย	๖.๕๕	๑.๒๕	๒๕.๑๗	๐.๐๐
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	๑.๖๘	๑.๔๘		

ผลการศึกษาพบว่า บริโภคนิสัยของกลุ่มที่รักษาแล้วหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๑๖ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนบริโภคนิสัย ระหว่างกลุ่ม
ที่รักษาหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้
ลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed prob
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เพศ						
ชาย	๖.๔๓	๑.๓๗	๑.๖๓	๑.๑๘	๒๑.๒๕	๐.๐๐
หญิง	๖.๗๓	๑.๐๔	๑.๗๔	๑.๕๗	๑๓.๗๕	๐.๐๐
อายุ						
๑๕-๓๕	๖.๕๕	๑.๒๑	๑.๕๘	๑.๖๗	๑๗.๕๕	๐.๐๐
๔๐	๖.๕๕	๑.๓๗	๑.๕๐	๑.๒๒	๑๖.๖๗	๐.๐๐

ตัวแปร	กลุ่มที่รักษาแล้วหาย		กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ		t-value	2-tailed prob
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ระดับการศึกษา						
≤ ประถมศึกษา	๖.๖๕	๑.๑๓	๑.๖๗	๑.๕๑	๒๕.๑๘	๐.๐๐
≥ มัธยมศึกษา	๕.๗๓	๑.๘๕	๑.๘๖	๑.๐๗	๕.๐๐	๐.๐๐
รายได้						
≤ ๒,๐๐๐ บาท	๖.๖๖	๑.๑๒	๑.๗๒	๑.๕๖	๒๕.๑๑	๐.๐๐
≥ ๒,๐๐๑ บาท	๖.๑๐	๑.๖๒	๑.๕๐	๑.๕๘	๘.๘๕	๐.๐๐
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	๖.๕๘	๑.๑๓	๑.๘๓	๑.๖๕	๑๕.๖๘	๐.๐๐
ครอบครัวขยาย	๖.๗๑	๑.๕๕	๑.๓๓	๐.๘๘	๑๖.๕๙	๐.๐๐

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รักษาแล้วหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนบริโภคนิสัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

แสดงว่าสมมติฐานที่ ๔ ที่ว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีบริโภคนิสัยแตกต่างกันนั้น ได้รับการสนับสนุน

อภิปรายผล

การศึกษาในเรื่องการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดสกลนคร และหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดขอนแก่น จำนวน ๒๐๐ ราย ซึ่งจะอภิปรายผลการทดสอบสมมติฐานดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่มีบริโภคนิสัยแตกต่างกัน และพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวเดียวกัน มีความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน แต่มีบริโภคนิสัยแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม มีสภาพใกล้เคียงกัน มีสิ่งแวดล้อมเดียวกัน สามารถรับรู้และเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ใกล้เคียงกัน โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยส่วนมากต้องการที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา และจะพยายามเรียนอย่างดีที่สุด (Barrett and Schwartz 1981:1642) แต่การเรียนรู้จะบรรลุผลตามความมุ่งหมายมากนักน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ๒ ชนิดใหญ่ๆ คือปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความวิตกกังวล สภาพวะของร่างกาย อายุ แรงจูงใจ และประสบการณ์เดิมเป็นต้น และปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อม ระยะเวลาที่กำหนดให้ศึกษา วิธีการสอน สื่อการสอนและเนื้อหาที่สอนเป็นต้น (Kozein and Erb 1979:427) ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีที่ใช้ในงานสุขศึกษา มีการนำวัสดุอุปกรณ์และวิธีใหม่ มาใช้ประกอบการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อสื่อความหมายสิ่งที่ผู้สอนประสงค์จะถ่ายทอดไปยังผู้เรียน โดยเปลี่ยนสภาพสิ่งที่จะสอนจากนามธรรมมาเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น รวดเร็วขึ้น ประหยัดเวลา และจำได้นาน (Hunt 1955:396) การสอนสุขศึกษาโดยนำเอาวิทยากรใหม่ๆ มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพการทำงาน เช่นการใช้สื่อประกอบการสอนประเภทวิดีโอเทป ซึ่งมีทั้งภาพและเสียงสร้างภาพพจน์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงในการสอนสามารถเร้าความสนใจให้เกิดการเรียนรู้ โดยสนองการเรียนรู้ทางประสาทสัมผัสได้ถึง ๒ ทาง คือ ทางตา ซึ่งรับรู้ได้มากที่สุด และคงอยู่ได้นานที่สุด ถึงร้อยละ ๗๔ และทางหูซึ่งรับรู้ได้ร้อยละ ๑๓ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์ ๒๕๒๐:๑๒๑)

ถึงแม้ว่าวิธีการสอนและสื่อเทคโนโลยีใหม่ๆ จะเป็นประโยชน์มากก็ตาม หากใช้แต่เพียงลำพังเป็นอย่างไรๆ ไปแล้ว ไม่รู้จะได้ผลดีเท่าใดนัก เนื่องจากอุปกรณ์เพียงอย่างเดียวหนึ่ง ใช้เพื่อวัตถุประสงค์อย่างเดียวกันเท่านั้น การใช้สื่อประกอบการสอนในรูปสื่อผสม จึงได้ผลดีกว่าการใช้สื่ออย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว (วิลเบอร์ แชมป์และคนอื่นๆ ๒๕๑๔:๒๐) กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับทั้ง ๒ กลุ่มได้รับการสอนสุขศึกษาแบบสื่อผสม คือการดูวิดีโอเทป และได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับกว้างขวางขึ้น ฉะนั้นจากการประเมินความรู้ภายหลังได้รับการสอนจึงได้คะแนนเฉลี่ย ๑๖.๗๒ และ ๑๖.๓๔ จากคะแนนเต็ม ๒๐ การที่ค่าคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และมีค่าค่อนข้างสูง แสดงว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับทัดเทียมกัน ทั้งนี้เนื่องจาก

๑. เจ้าหน้าที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการสอนสุขศึกษา โดยการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้ให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและประชาชนทั่วไปอยู่เสมอ นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน รวมทั้ง ผสส. และ อสม. ยังได้ให้คำแนะนำต่างๆ เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอีกด้วย

๒. การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผ่านทางสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ แก่ประชาชนได้มีการกระทำกันอย่างแพร่หลาย จริงจังและสม่ำเสมอ นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยบำบัด ยังได้ดูวิดีโอเทป และสไลด์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับทุกครั้ง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง

๓. เอกสาร หนังสือ และสื่อการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ใช้กระตุ้นเอกสารเผยแพร่ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนได้รับความรู้อย่างกว้างขวาง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยที่รักษาแล้วหาย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจะมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับดีเท่าๆ กัน แต่ผู้ป่วยที่รักษาแล้วหายสามารถควบคุมโรคนี้ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความรู้เท่าๆ กัน แต่ก็ไม่สามารถควบคุมโรคได้ น่าจะต้องมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้องด้วย และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง มิได้เป็นปัจจัย

สำคัญที่สุดที่สามารถเปลี่ยนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการป้องกันโรคได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวิทคินส์และคนอื่นๆ (Watkins, et al. 1967:452) ซึ่งวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตน พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ดีเกี่ยวกับโรคเบาหวานกลับมีการควบคุมโรคเร็วกว่ากลุ่มที่มีความรู้ไม่ดี เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และวัลลา ดันตโยทัย (๒๕๒๕:๖) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค และการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ วารุณี ติรณวัฒน์กุล (๒๕๒๖:๖) ได้ศึกษาดูตามการปรับตัวของผู้ป่วยมาวาลที่เนียราริส หลังจากได้รับการสอนและการพยาบาลในคลินิก ประสาทวิทยา ในโรงพยาบาลรามาศิบัติ พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับการสอนและการพยาบาลแล้ว ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนกับภาวะโรคของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนและการพยาบาล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มจะมีความรู้ แต่การที่ผู้ป่วยจะยินยอมปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับมามากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังที่ แซคโค (Sacco 1980:129) ได้กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะนำความรู้และวิธีการปฏิบัติตนไปปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับนั้น ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยอีกที่หนึ่ง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นมีหลายประการคือ จิตวิทยา วัฒนธรรม ความเชื่อ ทักษะ ค่านิยม ระดับความรู้ สมาชิกในกลุ่ม การเจ็บป่วย การสูญเสียความสามารถ การได้รับบาดเจ็บและแหล่งบริการสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการหายของผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้น่าจะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ซึ่งจะได้อภิปรายภายหลังร่วมกับเรื่องบริโภคนิสัย

สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม ไม่ว่าบุคคลในแต่ละครอบครัวจะเป็นเพศใด วัยใด ระดับการศึกษา และรายได้เป็นอย่างดีก็ตาม มีการถ่ายทอดความเชื่อต่างๆ รวมทั้งความเชื่อด้านสุขภาพสู่กันอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากสังคมชนบทอีสานนั้น ผู้อ่อนอาวุโสมักจะมีอายุสูงกว่าหรือผู้ที่ตนเคารพนับถือ ดังนั้นความเชื่อในสิ่งต่างๆ ความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ จึงสามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่แตกต่างกัน จะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันไปด้วย ซึ่ง โรเวนสตอค (Rosenstock 1974:33) กล่าวว่าประสบการณ์เกี่ยวกับโรคใดๆ

จะเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการก่อให้เกิดการรับรู้ในเรื่องโรค การหายของโรค โอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และยังเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความเชื่อด้านสุขภาพอีกด้วย แต่การที่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปจะปฏิบัติตามความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการและขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคลด้วย ดังที่ อุไรวรรณ ศรีปรัชญานันต์ (๒๕๒๔:๕๓) กล่าวว่าไม่มีผู้ใดยืนยันได้ว่าบุคคลต้องมีประสบการณ์หรือความรู้เพียงใด จึงจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดความแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมจะไม่มี ความแตกต่างกันใน ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม แต่แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปและเฉพาะโรคของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม ที่มีอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป มีความแตกต่างกัน ซึ่งจะอภิปรายความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านดังนี้

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ กล่าวคือผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปและเฉพาะโรค ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหาย แสดงถึงความสนใจและเอาใจใส่ในสุขภาพของตนและการตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษามีเท่าๆ กัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของมิลเลอร์ และคนอื่นๆ (Miller et al 1984:270) ซึ่งพบว่าความตั้งใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาลในด้านการรับประทานอาหาร และการมีกิจกรรมเท่านั้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา และการลดความเครียด และจากการวิจัยของสุภาพ ใบแก้ว (๒๕๒๖:๑๑) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปกับการมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และการควบคุมน้ำหนักพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญในการชักนำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตนมากกว่าการมีแรงจูงใจแต่เพียงอย่างเดียว

เมื่อวิเคราะห์ถึงคะแนนของแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับทั้ง ๒ กลุ่ม ที่มีอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเคอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman 1975:10) คาสล และ คอปป์ (Kasl and Cobb 1966:249) ที่กล่าว

ว่า อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และคำกล่าวของสุโท เจริญสุข (๒๕๒๐:๒๐๓) ที่กล่าวว่า ความเชื่อของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยองค์ประกอบบางอย่างคือ อายุ เพศ การศึกษา ฐานะเศรษฐกิจสังคม อาชีพ เจตคติ และศีลธรรมจรรยาในการศึกษาคั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ๔๑.๕๖ และ ๖๔.๗๗ ตามลำดับ นั่นคือผู้ป่วยที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในกลุ่มที่รักษาแล้วหาย มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปและเฉพาะโรคที่ถูกต้องกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในวัยนี้ เป็นวัยกลางคน (Middle age) เป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับบทบาททั้งทางครอบครัวและสังคม (นวลศรี เปาโรหิตย์ และคนอื่นๆ ๒๕๒๐:๒๖๔-๒๘๔) มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้คำนึงถึงความรับผิดชอบในหน้าที่ต่อครอบครัว จึงพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าในช่วงอายุอื่น โดยสนใจสิ่งแวดล้อมและสื่อมวลชนมากขึ้น เมื่อได้รับความรู้ต่างๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ตัวแปรด้านนี้ผู้วิจัยได้วัดถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และเมื่อจำแนกในกลุ่ม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวเดียวกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์โคเนียย์ และ ฮาร์ท ((Cerkoney and Hart 1980:594-598) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในด้านการฉีดยา การควบคุมอาหาร การดูแลรักษาเท้า และการตรวจปัสสาวะ และการศึกษาของ ชลูเอเตอร์ (Schlueter 1982:361) พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูง มีเพียงร้อยละ ๔๐.๕ เท่านั้นที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และสรุปว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮร์เชย์ และคนอื่นๆ (Hershey, et al, 1980:1081-1089) ที่พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ

ในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ กอชแมน และคนอื่นๆ (อ้างใน Becker 1974:410) ใ้ว่าการให้บุตรรับประทานยาป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรค และการศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (๒๕๒๖:๑๑๒-๑๑๓) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือทั้งทางด้านความสม่ำเสมอของการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมน้ำหนัก แสดงว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของสมชาย ลักษณะานุรักษ์ (๒๕๒๗:๑๐๓) ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคกับการป้องกันกามโรคในนักเรียน แต่พบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อต่อประโยชน์ของการป้องกัน และสุภาพ ไบแก้ว (๒๕๒๘:๑๐๖) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเบคเนอร์และคนอื่นๆ (Becker, et al.1977:348) กล่าวว่า ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเป็นเพียงสภาพความพร้อมทางจิตใจในการตัดสินใจที่จะกระทำหรือปฏิบัติ เท่านั้น แต่ไม่ได้เป็นสิ่งกำหนดว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร

จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันน้อยมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน มีวัฒนธรรมและสังคมเดียวกัน ได้รับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากสื่อมวลชนต่างๆ เท่าๆ กัน ทำให้ค่านิยมและความเชื่อไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

ตัวแปรด้านนี้วัดการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อร่างกายหรือการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และเมื่อในกลุ่ม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวเดียวกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮร์เช และคนอื่นๆ (Hershey, et al. 1980:1081-1089) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและการศึกษาของ แอนดรีโอลี (Andreoli 1981:327) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำไม่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา และคาร์เน (Charney 1967:188) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการรุนแรง ปฏิบัติตามคำแนะนำไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่มีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคเบาหวาน ไม่ได้ควบคุมอาหาร ตรวจปัสสาวะ ฉีดอินซูลิน หรือปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Cerkoney and Hart 1980:594-598) เช่นเดียวกับรายงานของพวงพยอม การภิญโญ (๒๕๒๖:๑๑๔) ที่พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา การตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า และการควบคุมน้ำหนัก และจากรายงานของสุภาพ ไบแก้ว (๒๕๒๔:๑๐๔) พบว่า การรับรู้ด้านนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

อย่างไรก็ตาม เบคเคอร์ (Becker 1974:410) ได้สรุปว่า ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เพราะผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความกลัวและความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง เกินไปและไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ฮาพนิม และ ลีเวนเทล (Hachbaum and Leventhal) ได้ศึกษาในเรื่องนี้และให้ความเห็นว่า บุคคลที่มีคะแนนของการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคต่ำ เนื่องจากได้รับการสนใจยังไม่พอ และควรกระตุ้นให้ถึงจุดของความกลัวต่อความรุนแรงของโรคของคนๆ นั้นจึงจะทำให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำรักษาเป็นอย่างดี (Becker, et al. 1977:33) การที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแนะนำถึงวิธีการที่จะ เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น หรือวิธีการลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นในทางตรงข้าม ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แต่ไม่สามารถหรือไม่ทราบถึงวิธีการที่จะ เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น จะทำให้เกิดกลไกการป้องกันตัวขึ้น เช่น อาจมีพฤติกรรมที่ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยนั้นๆ มากกว่าที่จะมีพฤติกรรมร่วมมือทางต้นสุขภาพ (Hellen brand 1983:220) การวิจัยครั้งนี้ ยังขาดแรงจูงใจ และการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ทางด้าน

สุขภาพโดยตรงอยู่มาก จากการที่ผู้วิจัยได้สังเกตการสอนของเจ้าหน้าที่ของหน่วยบำบัดโรค พยาธิใบไม้ดับทั้งสองแห่ง พบว่าเป็นการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับโดยทั่วไป การสอน และการแนะนำกันอย่างสม่ำเสมอจริงจัง เกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงของโรค และการเน้นให้เห็นอันตรายและผลเสียที่จะเกิดจากการเป็นโรคนั้นยังมีการปฏิบัติอยู่น้อย ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไม่มากนัก และอยู่ในระดับใกล้เคียงกันทั้ง ๒ กลุ่ม ความกลัวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ก็อาจเนื่องจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเองที่เคยพบเห็นความรุนแรงของโรคนี้นมาแล้วมากกว่าที่เกิดจากการได้รับคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ อาจจะไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมักพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค จึงอาจต้องการการกระตุ้นให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคจนถึงระดับของความกลัวก่อนก็ได้ และในขณะเดียวกันก็เน้นย้ำถึงวิธีการหลีกเลี่ยงความรุนแรงของโรคไปพร้อมๆกัน ดังนั้นการตั้งใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงอันตราย และความรุนแรงของโรค จะนำมาซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ดีได้

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และเมื่อจำแนกในกลุ่ม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวเดียวกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสตีลแมน (Stillman 1977:121-127) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๗๐ มีความเชื่อต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมในระดับสูง ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้ง และการศึกษาของชลูเอเตอร์ (Schlueter 1982:36) พบว่าผู้ที่เชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น มีเพียงร้อยละ ๒๗.๕ เท่านั้น ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และจากการศึกษาของฟางพยอม การภิญโญ (๒๕๒๖:๑๑๖) รายงานว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้ด้านนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม ได้รับการสอนและการแนะนำจากเจ้าหน้าที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับเหมือนกัน เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษา และได้รับคำแนะนำหรือได้ดูวิดีโอ เทปทุกครั้งที่มาใช้บริการ ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และเมื่อจำแนกในกลุ่มเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวเดียวกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ด้วยเช่นกัน จากการศึกษาทั่วไปพบว่า อุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปฏิบัติตามคำแนะนำได้ยากลำบาก คือปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการรักษา การถูกจำกัดกิจกรรมหลายๆ อย่าง อาการท้อแท้จากการรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่ควรหวัง (Matthew and Hingson 1979:879-889) หรือการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากความเคยชิน เช่น การควบคุมอาหาร การบริหารร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมักปฏิบัติให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ ค่อนข้างยาก (Becker, Drachman and Kirscht 1974:206) และสุภาพ ใบแก้ว (๒๕๒๘:๑๑๐) พบว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

เมื่อวิเคราะห์ถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันน้อยมาก อาจเนื่องจากหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับคิดค่ายาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการในราคาถูกเป็นพิเศษ ยาที่รักษาราคาไม่แพง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่มากนัก เพราะเขามาเป็นหมู่คณะ และเฉลี่ยกันออกค่ารถ บิดา-มารดา ญาติและเพื่อนฝูงก็สนับสนุนให้มาตรวจรักษา และการเข้ามาในเมืองก็เป็นโอกาสให้ได้ทำกิจกรรมอย่างอื่นไปด้วย ดังนั้นอุปสรรคในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม จึงไม่ต่างกัน แต่ประเด็นที่น่าจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา คือ การที่ต้องปฏิบัติตนแตกต่างกันไปจากความเคยชิน เช่นการรับประทานอาหารที่ปรุงสุก การหาอาหารอื่นที่มีรสชาดอร่อย และปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับมาทดแทน รวมทั้งการถ่ายอุจจาระที่ถูกสุขลักษณะ

ปัจจัยร่วมต่างๆ

ปัจจัยร่วมต่างๆ ของผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และเมื่อจำแนกในกลุ่ม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวเดียวกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะบริการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับและสิ่งแวดล้อมต่างๆ คล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกันมากกล่าวคือจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่มีความพอใจในการรักษา มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำด้วยความ เป็นกันเอง สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านให้ความสนใจและเอาใจใส่เป็นอย่างดี แผนการรักษาก็ไม่ยุ่งยากต่อการปฏิบัติ เมื่อทราบว่า เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยก็สามารถมาขอเข้ารับประทานได้เลย และไม่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นหลังจากรับประทานยา ค่ารักษาพยาบาลก็ราคาถูกกว่าโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะรับการรักษา ดังนั้นปัจจัยด้านนี้จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา

การที่ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มีความเชื่อด้านสุขภาพเกือบทุกด้านไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มหนึ่งรักษาแล้วหาย แต่อีกกลุ่มหนึ่งกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลมากที่สุด คือ ประสพการณ์ตรง เกี่ยวกับการเป็นโรคและประโยชน์ของการรักษา ซึ่งจะได้อภิปรายร่วมกับเรื่องบริโภคนิสัยต่อไป

สำหรับบริโภคนิสัย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม มีความรู้เรื่องโรค และมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่กลับมีบริโภคนิสัยต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหาย มีบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยไปในทางที่ถูกต้อง การมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือ เมื่อ เป็นและรักษาหายแล้วก็จะไม่กลับ เป็นโรคซ้ำอีก การที่ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมีความเชื่อด้านสุขภาพเหมือนกัน แต่กลุ่มหนึ่งสามารถเปลี่ยนบริโภคนิสัยให้ถูกต้องจนไม่กลับเป็นโรคซ้ำอีก ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งไม่สามารถเปลี่ยนบริโภคนิสัยได้และกลับ เป็นโรคนั้น ปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนบริโภคนิสัย ก็คือประสพการณ์ตรงของผู้ป่วย เกี่ยวกับการ เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ

กลุ่มที่รักษาแล้วหาย น่าจะเป็นผู้ที่ได้พบเห็นบุคคลใกล้เคียง เช่นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ใกล้เคียง หรือคนในหมู่บ้านได้เจ็บป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมีอาการรุนแรง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถประกอบการทำงานได้ตามปกติ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในครอบครัว บุคคลในครอบครัวต่างได้รับความเดือดร้อน หรือมีฉะนั้นก็อาจจะเคยเห็นบุคคลที่เป็นโรคนี้อันได้ถึงแก่กรรมไป ทำให้ตระหนักถึงอันตรายซึ่งจะเกิดขึ้นจากการเป็นโรค เกิดความกลัวที่จะต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการเป็นโรค หรือกลัวว่าบุคคลในครอบครัวจะได้รับ ความเดือดร้อน ถ้าตนเจ็บป่วย ความกลัวต่อการเป็นโรคนี้อาจเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเสียใหม่ให้ถูกต้อง เพื่อความเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตต่อไป ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่น่าจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยละเลิกบริโภคนิสัยเดิมได้ ก็คือ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการรักษา อาจจะเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้เคียงก็ได้ คือเมื่อได้รับการรักษาหาย อาการไม่สบายต่างๆ ที่มีอยู่ก็หายไป ทำให้สามารถประกอบอาชีพได้ดีขึ้นหรือเป็นปกติ จึงตระหนักถึงคุณค่าของการป้องกันโรค ถึงขั้นที่สามารถละเลิกความเคยชินที่สะสมมาเป็นเวลานาน และตัดความเอร็ดอร่อยชั่วคราวออกไป และสร้างบริโภคนิสัยใหม่ขึ้นได้

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ อาจะยังไม่มีประสบการณ์ตรงหรือมีก็ไม่มากนัก เพียงพอที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจ จนถึงกับสามารถละเลิกความเคยชินและวัฒนธรรมดั้งเดิมได้ จึงไม่สามารถเปลี่ยนบริโภคนิสัยให้ถูกต้องได้ ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยยังคงมีบริโภคนิสัยเดิมอยู่ ได้แก่ วัฒนธรรมของชาวอีสานที่มีนิสัยเชื่อเพื่อแผ้วซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันในงานต่างๆ ตลอดจนการแบ่งปันอาหารการกินในกลุ่มญาติ (ปรีชา พิณทอง ๒๕๒๘: ๔) ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้ชาวอีสานยากที่จะหลีกเลี่ยงการกินก้อยปลา ซึ่งเตรียมไว้ในโอกาสพิเศษ เมื่อมีการสังสรรค์กันในหมู่บ้าน ถึงแม้ว่าจะมีความรู้ว่ากินก้อยปลาจะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ขณะเดียวกันก็มีความเกรงใจ และต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มต้องการกระชับความสัมพันธ์ และแสดงออกซึ่งไมตรีจิตระหว่างเพื่อนฝูงและญาติพี่น้อง จึงทำให้ชาวอีสานส่วนหนึ่ง ซึ่งแม้ว่าจะมีการศึกษาสูง เป็นครู อาจารย์ ข้าราชการ แต่ก็ยังคงบริโภคอาหารตามประเพณี และวัฒนธรรมเดิมของตนอย่างไม่เปลี่ยนแปลง หรือส่วนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อมีโอกาสพิเศษก็ยังคงบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมเป็นครั้ง-คราว จึงทำให้โอกาสเกิดเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ลักษณะการดำรง

ชีวิตแบบง่าย ๆ ในระบบเศรษฐกิจคือพึ่งตนเอง (Subsistence economy) ที่พบได้ ตามชนบทของภาคอีสานทั่วไป มีผลต่อการกำหนดเงื่อนไขพฤติกรรมต่างๆ เช่นความเชื่อ ในการบริโภคอาหาร ความเคยชินในรสชาติอาหาร และวิธีปรุงอาหารที่รวดเร็ว ประหยัด รสจัด กระตุ้นความอยากอาหาร ช่วยให้รับประทานอาหารได้มาก ซึ่งชาวอีสาน หมายถึงรับประทานข้าวเหนียวได้มาก โดยไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าอาหารจากอาหารประเภท อื่นๆ เขาเชื่อว่าการรับประทานข้าวเหนียวได้มากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง อาหารส่วน มากจะได้จากแหล่งน้ำธรรมชาติ เช่น ปลา กุ้ง หอย เป็นต้น และอาหารที่บริโภคเป็น ประจำได้แก่ปลาร้า ซึ่งจะต้องรับประทานทุกมื้อ เพราะถือว่าเป็นเครื่องปรุงรสที่ขาดไม่ได้ และมักจะปรุงโดยไม่ผ่านความร้อนเลย จึงทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับไม่สามารถรักษาให้หาย ชาติได้ ก็เพราะความจำกัดของอาหารนั่นเอง นอกจากนี้ค่านิยมของชาวชนบทอีสานเป็น ตัวกำหนดพฤติกรรมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้เช่น โดยทั่วไปคนที่มีฐานะดีเท่านั้น จึงจะไป รับประทานที่โรงพยาบาลในเมืองได้บ่อยๆ ซึ่งหมายถึงจะต้องมีเงินค่ารักษาพยาบาล ค่ารถ และค่าใช้จ่ายต่างๆ คนที่มีฐานะยากจน จะไม่มีโอกาสไปรับประทานที่โรงพยาบาลในเมือง จะ รักษาตนเองในหมู่บ้าน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยสามารถไปรับประทานที่ในเมืองได้บ่อยๆ จึง แสดงว่าผู้นั้นมีฐานะ เศรษฐกิจดี ค่านิยมนี้จึงทำให้ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาไปแล้ว ไม่ตระหนักถึงอันตรายจากการเป็นโรค และความสำคัญของการควบคุมโรค จึงทำให้ผู้ป่วยกลับ เป็นโรครู้าได้อีก

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับประทานแล้วหาย กับ ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่มีบริ- โภคนิสัยแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยที่รักษาแล้วหายจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่าง เคร่งครัด คือเลือกรับประทานอาหารปลาที่ปรุงไม่สุกโดยเด็ดขาด และยังแนะนำผู้อื่นให้งด อีกด้วย นอกจากนี้ยังกำจัดเศษปลาต่างๆ เช่น เกล็ดปลา ครีบปลา หางปลา โดยการ เผาไฟทิ้งหรือขุดหลุมฝังเป็นต้น และยังถ่ายอุจจาระลงส้วม หรือขุดหลุมฝังเป็นต้น และยัง ถ่ายอุจจาระลงส้วม หรือขุดหลุมฝังในกรณีที่ไม่มีส้วม จึงทำให้โรคหายชาติได้ ส่วนผู้ป่วยที่ กลับเป็นซ้ำ ยังไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ นอกจากนี้ยังมีบริโภคนิสัย ที่ทำให้กลับเป็นโรคซ้ำได้อีก ซึ่งอาจอธิบายได้ดังนี้ ผู้ป่วยรับประทานปลาเกือบวันคิดเป็น ร้อยละ ๘๘ และจะรับประทานในช่วงปลายฤดูฝน คิดเป็นร้อยละ ๘๒ ซึ่งในระยะนี้เป็น ช่วงที่ปลามีจำนวนเมตาเซอรคาเรียมากที่สุด (Suksiri Vichasri et al 1982:138)

ปลาที่ขอบรับประทานได้แก่ ปลาสุต ปลาฉิว ปลาตะเพียน ปลาแม่สะแตง คิดเป็นร้อยละ ๗๔-๗๕ ซึ่งปลาดังกล่าวเป็นปลาที่พบว่ามีเมตาเซอริคาเรียของพยาธิใบไม้ตับอยู่เป็นจำนวนร้อยละ ๑๐-๗๔ (Suvajra Vijrathira and Chamlong Harinasuta 1957:304) นอกจากนี้ยังมีบริโภคปลาร้าดิบ และมีความเชื่อว่าปลาร้าคัมภีร์ไม่ร่อยถึงร้อยละ ๕๕ บริโภคปลาร้าที่ทำเอง ร้อยละ ๖๐ และซื้อจากตลาดร้อยละ ๔๐ ในอดีตชาวบ้านใช้เวลาในการหมักปลาร้าเป็นปี แต่ปัจจุบันใช้เวลา ๑-๒ เดือน เนื่องจากปลามีน้อยและหายาก ไม่พอบริโภคจึงรับนำออกมารับประทาน ปลาร้าดิบที่บริโภคส่วนใหญ่จะซื้อมาจากตลาด สำหรับปลาร้าที่ซื้อขายตามท้องตลาด เป็นปลาร้าที่หมักเพื่อการค้า จะส่งขายทันทีที่หมักเสร็จ โดยธรรมชาติของปลาร้า ถ้าหมักได้ทีแล้วจะมีกลิ่นหอมและไม่มีกลิ่นคาวปลา เนื้อปลาร้าจะมีสีแดงหรือสีชมพูอ่อนๆ ปลาร้าที่หมักในระยะสั้นๆ จะมีกลิ่นเหม็นคาวปลา เนื้อปลาร้าจะมีสีดำ ดังนั้นผู้ผลิตจึงใส่สีเข้าไป เพื่อให้ดูเหมือนปลาร้าที่หมักได้ทีแล้ว ซึ่งจะสามารถส่งขายผู้บริโภคได้ทันที (มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔:๕๐) จากการศึกษาของสมาน เทศนา (๒๕๒๔:๒๐) พบว่าปลาร้าจะต้องหมักนานอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ จึงจะปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาของรุ่งวิทย์ มาสงงามเมือง และ วิจิตร พึ่งลัดดา (๒๕๓๐:๑๑๔) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาดิบ มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการบริโภคปลาร้าดิบทำให้กลับเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุที่ไม่สามารถรับประทานปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ได้ เนื่องจากรสชาติอรร่อย ราคาถูก และหาได้ง่ายถึงร้อยละ ๒๗ ดังนั้นลักษณะการบริโภคจึงไม่เกี่ยวข้องกับเหตุผลที่ถูกต้องทางสุขภาพ เป็นการบริโภคตามความเคยชิน และเพื่อความอรร่อยและประหยัด อาหารที่ปรุงให้รสจัดช่วยให้รับประทานข้าวได้มาก รับประทานกับข้าวน้อยๆ เพียงจิ้มแต่ๆ ก็ได้รสชาติ คำนิยมของการบริโภคอาหารขึ้นอยู่กับรสอาหารมากกว่าสุขภาพ รสชาติจึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการเลือกรับประทานอาหาร โดยไม่ได้คำนึงถึงเรื่องสุขภาพ ดังนั้นการแก้ไขปัญหการบริโภคปลาดิบเพื่อควบคุมการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับควรพยายามให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายของโรคและหาวิธีป้องกันแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพร้อมในการเปลี่ยนบริโภคนิสัยจากการชอบรับประทานปลาดิบเสีย เพื่อการมีชีวิตรอยู่อย่างสุขภาพดีถาวร

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค-
 พยาธิใบไม้ดับในระดับที่สูงมากโดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและประโยชน์
 ของการรักษา จึงจะสามารถนำไปสู่แนวทางที่ปฏิบัติที่ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ดับได้ ดังที่
 สุชาติ โสมประยูร (๒๕๒๐:๕๔) ได้กล่าวว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ มีความ
 สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ แต่จะเกิดขึ้นรวมๆ กัน และ
 พึ่งพาอาศัยกัน จากการศึกษาของโรเซนสตอค (Rosenstock 1974:329) พบว่า
 การที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
 จะมีแนวโน้มให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของ
 เอชไวเลอร์ และ รอปป์ (Etzwiler and Robb 1972:917) ที่กล่าวว่า ความรู้
 ความเข้าใจ เป็นพื้นฐานสำคัญในการก่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย และความเชื่อ
 นี้จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และทางการแพทย์และการสาธารณสุขถือว่า
 พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถาวร เป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพ
 อนามัยดี สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรค และถ้าเกิดเป็นโรคก็จะแก้ไขให้หายได้โดยเร็ว
 แต่การที่บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นสุดท้ายนี้ได้ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ และ
 ทักษะของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องโรคไปในทางที่ถูกต้องเสียก่อน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ
 ๒๕๒๐:๓๕) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาแล้วหาย มีความรู้เรื่องโรค-
 พยาธิใบไม้ดับ ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริโภคนิสัยสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จึงทำให้
 พฤติกรรมการบริโภคนิสัยเปลี่ยนไปในแนวทางที่ถูกต้อง แต่กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำแม้ว่าความรู้เรื่อง
 โรค พยาธิใบไม้ดับ ความเชื่อด้านสุขภาพ จะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาแล้วหาย แต่
 บริโภคนิสัยไม่เปลี่ยนแปลง จึงกล่าวได้ว่าบริโภคนิสัยมีความสำคัญมากที่สุดต่อการหายและ
 การกลับเป็นซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ดับ ดังนั้นการที่จะควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับได้จะต้อง
 เปลี่ยนบริโภคนิสัยของผู้ป่วยให้ได้เสียก่อน แต่การเปลี่ยนบริโภคนิสัยนั้นจะต้องอาศัยระยะ
 เวลา และการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง โดยบุคคลากรทางสาธารณสุขทุกฝ่าย รวมทั้งองค์-
 กรอื่นๆ ต้องร่วมมือกันช่วยให้ผู้ป่วยและประชาชนทุกกลุ่มได้เข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค
 อันตรายที่จะได้รับจากการเป็นโรค และพฤติกรรมอนามัยที่จะช่วยแก้ปัญหา เจ้าหน้าที่จะ
 ต้องเป็นผู้แนะนำให้ข้อคิดเห็นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการ
 ป้องกันโรค พยายามทุกวิถีทางให้ผู้ป่วยและประชาชนสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่าง
 ถูกต้อง จึงจะทำให้การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับบรรลุเป้าหมายได้

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัยของ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวที่ต่างกัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิง บรรยาย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มารับการรักษา ที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดสกลนคร และจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม ๒๕๓๐ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง จำนวน ๒๐๐ ราย โดย แบ่งออกเป็นผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหาย จำนวน ๑๐๐ ราย เป็นชาย ๖๐ ราย หญิง ๔๐ ราย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจำนวน ๑๐๐ ราย เป็นชาย ๖๗ ราย หญิง ๓๓ ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เอง มีทั้งหมด ๔ ฉบับ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค แบบ- สอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย การหาความเชื่อมั่นของเครื่อง- มือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ๑๐ ราย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cron- bach alphacoefficient) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น .๕๐ ส่วนความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค และแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย ทดสอบโดยใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน ๒๐ (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น .๘๔ และ .๘๖ ตามลำดับ.

รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองของผู้ช่วยวิจัย ๑ คน โดยใช้เครื่อง- มือที่สร้างขึ้นทั้ง ๔ ฉบับ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ ๒๐๐ ราย เป็นผู้ป่วยจากหน่วยบำบัด โรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดสกลนคร ๑๔๐ ราย และหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัด- ขอนแก่น ๖๐ ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

๑. แจกแจงความถี่แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
๒. คำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและบริโภคนิสัยของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม
๓. เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม โดยใช้การทดสอบที
๔. เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว โดยใช้การทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

๑. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่รักษาแล้วหาย จำนวน ๑๐๐ ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน ๓ ใน ๕ ของผู้ป่วยทั้งหมด มีอายุ ๑๔-๓๔ ปี ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า ๒,๐๐๐ บาท/เดือน และอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจำนวน ๑๐๐ ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุที่พบมากที่สุดมีค่าใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ ๑๔-๓๔ ปี และ ๔๐ ปีขึ้นไป มีจำนวน ๔ ใน ๕ ของผู้ป่วยทั้งหมด ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และจำนวน ๓ ใน ๕ ของผู้ป่วยทั้งหมด มีรายได้ต่ำกว่า ๒,๐๐๐ บาท/เดือน และอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

๒. ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนบริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๓. ความรู้เรื่องโรค ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ในกลุ่มเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความรู้เรื่องโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๔. ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย

กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ในกลุ่ม เพศ อายุ รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และ ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ๖ ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ทั้ง ๒ กลุ่ม มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและเฉพาะโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๕. บริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ ในกลุ่ม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีบริโภคนิสัยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ข้อเสนอแนะ

๑. สำหรับผู้บริหารงานสาธารณสุข

๑.๑ ผู้บริหารควรวางแผนป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการปรับปรุงวิธีการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การสอนควรจะเน้นให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดการเป็นโรคให้ชัดเจน เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนกวดการเป็นโรค จะได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเสีย การวางแผนการสอนจะต้องพิจารณาจากพื้นฐานเดิมในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับบริโภคนิสัย ตลอดจนสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นควรตระหนักถึงปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว เป็นต้น เพื่อที่จะพัฒนาแผนการสอนให้ทันสมัย และเหมาะสมกับสภาพของประชาชนในแต่ละชุมชน ในปัจจุบันตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจัดให้มีหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับขึ้น ๔ แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งนอกจากจะให้การรักษาแล้ว ยังมีการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน และผู้ป่วยที่มาใช้บริการโดยการให้ดูวิดีโอ เทป ซึ่งเป็นบทภาพยนตร์ที่สะท้อนชีวิตของชาวชนบท เกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งทำให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับความรู้กว้างขวางยิ่งขึ้น นอกเหนือจากที่ได้รับความรู้จากวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ ดังนั้นควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้จากวิดีโอ เทปเหล่านี้ไปตามหมู่บ้านต่างๆ ให้ทั่วถึง โดยจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่ไปตรวจและรักษา พร้อมทั้งให้ลูกศึกษาไปด้วย ซึ่งจะทำให้ประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารที่ไม่สามารถมารับการรักษาในเมือง ได้รับความรู้และการบำบัดรักษาไปด้วย การเผยแพร่ความรู้ในลักษณะนี้จะสามารถทำให้ประชาชนได้รับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดจากโรคและวิธีการป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงซึ่งจะสามารถช่วยลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้อีกเป็นจำนวนมากสำหรับในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรจัดให้มีบริการการตรวจและรักษา ด้วยยาราคาถูก และจัดให้มีการสอนสุขศึกษาโดยให้ดูวิดีโอ เทปที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ หรืออาจจะพลงไปดูผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคนี้นี้ เมื่อประชาชนมีประสบการณ์ตรงได้เห็นสภาพของผู้ป่วยจริงๆ จะทำให้เกิดความกลัว และตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากโรคนี้นี้ได้ นอกจากนี้อาจจะสอดแทรกไปทางสื่อมวลชนต่างๆ ในด้านศิลปะพื้นบ้าน เช่น หมอลำ

เพลงลูกทุ่ง เป็นต้น เพราะการใช้สื่อเหล่านี้ก่อให้เกิดพลังที่จะผลักดันให้ประชาชนตื่นตัว เข้าใจถึงปัญหา หรือแม้กระทั่งเกิดความกลัวอันตรายจากการเป็นโรค หรือจนทำให้เขา เหล่านั้นต้องคล้อยตาม หรือเห็นเป็นแพ้นั้นที่จะฉลิกพฤติกรรมการบริโภคปลาที่ไม่สุก นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรจะประสานงานไปพร้อมๆ กัน ทั้ง ๔ กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตร เพื่อจะได้พัฒนาสังคมชนบทอีสานไปพร้อมๆ กัน ไม่เกิดการซ้ำซ้อนและเป็นไปตามลำดับขั้นตอน จะทำให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งแก่ประชาชน คือ มีความเป็นอยู่ดีขึ้น มีงานทำ มีความรู้ ทำให้ประชาชนมีเวลาที่จะเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากขึ้น และจะทำให้ลด การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

๑.๒ ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ ควรจัดอบรม เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทุกระดับ รวมทั้งบทบาทของ ผสส. อสม. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ เน้นให้ความสำคัญของความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ โดย เปลี่ยนบทบาทของตนเองจากผู้ให้เพียงฝ่ายเดียว มาเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับตลอดจนเป็นผู้ช่วย อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและประชาชนในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีทรัพยากรอยู่ หลายอย่างที่จะช่วยเหลือชุมชนได้ โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อเรียนรู้ปัญหาต่างๆ ด้านของผู้รับบริการ และหา ทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประชาชนจะอยู่ในฐานะผู้ให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพอนามัย ด้วยการอธิบายสิ่งที่เป็นเหตุหรือผลตามความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติของเขา วิธีแสวง หากการรักษาพยาบาลตนเองยามเจ็บป่วยและการรับรู้ปัญหาสุขภาพอนามัยของตนเอง ส่วน เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ประชาชนยังขาดหรือเข้าใจคลาดเคลื่อน ซึ่ง อาจเป็นเรื่องความรู้ ความเชื่อ ทั้งนี้เพื่อช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนคิดและ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตัวของเขาเอง การแลกเปลี่ยนดังกล่าวต้องเป็นกระบวนการค่อย เป็นค่อยไป เจ้าหน้าที่ไม่ควรรีบร้อน เพราะประชาชนเคยชินกับการได้รับมาตลอด การใช้เวลาและจังหวะที่เหมาะสม เท่านั้นที่จะช่วยทำให้ประชาชนมีความมั่นใจที่จะพัฒนาตนเอง จนพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของเขาได้

๑.๓ ควรส่งเสริมบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง โดยเริ่มไปพร้อมๆ กันที่โรงเรียน และในชุมชนทั่วไป โดยสอดแทรกในวิชาสุขศึกษา โดยเน้นให้นักเรียนเห็นความสำคัญในการบริโภคอาหารที่ปรุงสุก เพื่อความปลอดภัยจากโรคต่างๆ ปลุกฝังทัศนคติที่ดีให้เด็ก โดยเน้นการปฏิบัติมากกว่าการสอนให้ท่องจำ เช่น ร่วมกับหน่วยอาหารกลางวันในโรงเรียน โดยเริ่มสาธิตการปรุงอาหารประเภทปลาให้สุก ห้ามนำอาหารปรุงดิบๆ สุกๆ มาขายในบริเวณโรงเรียน และครูจะต้องไม่บริโภคอาหารเหล่านั้นด้วย เมื่อเด็กเกิดการเรียนรู้จากครู ก็จะไปช่วยกระตุ้นให้บิดา-มารดา ปรุงอาหารที่สุกด้วย นอกจากนี้ควรจัดให้มีโครงการอบรมแม่บ้านเกี่ยวกับการปรุงอาหารปลาจะทำให้แม่บ้านได้ทราบถึงวิธีการปรุงอาหารที่สามารถป้องกันโรคได้ ซึ่งจะทำให้การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงได้

๑.๔ ควรแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของชาวอีสาน โดยเฉพาะความเชื่อที่ให้โทษ เช่น เอกลักษณะความเป็นชาย ต้องบริโภคอาหารดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ อาหารประเภทลาบปลา ก้อยปลา เป็นอาหารแห่งเกียรติยศ ที่จะต้องจัดเลี้ยงในโอกาสพิเศษ เป็นต้น ซึ่งควรแก้ไขอย่างรีบด่วน ส่วนความเชื่อที่ถูกต้องควรส่งเสริมให้เชื่อมากยิ่งขึ้น โดยวิธีต่อไปนี้ (สวัสดี วีระเดช ๒๕๑๘:๑๓)

- ให้ความรู้และเผยแพร่เรื่องอาหารการกินที่ถูกวิธี และเหมาะสมกับผู้รับและควรให้ซ้ำๆ และบ่อยครั้งด้วย
- ผู้สอนต้องปฏิบัติให้เป็นตัวอย่าง หรือมีตัวอย่างที่ดีแสดงให้เห็นด้วย โดยเฉพาะครู บุคลากรทางสาธารณสุข
- แสดงให้เห็นโทษต่างๆ ที่เนื่องมาจากความเชื่อผิดๆ เหล่านั้น เพื่อให้เกิดความกลัว
- ให้ความช่วยเหลือหรือแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันไม่ให้เกิดความกลัวในทางที่ไม่เหมาะสม
- ไม่ควรใช้วิธีบังคับให้ปฏิบัติตาม แต่ควรหาทางให้ค่อยๆ เปลี่ยนความเชื่อที่ผิดๆ นั้นด้วยใจสมัครเอง

๑.๕ ควรมีการติดตามและประเมินผลโครงการป้องกัน และควบคุมโรคนี้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะเป็นสิ่งจำเป็นมากที่จะสะท้อนให้เห็นสิ่งที่ต้องแก้ไขปรับปรุง

๒. สำหรับพยาบาลฝ่ายปฏิบัติการ

พยาบาลทั้งที่อยู่ในชุมชน และในโรงพยาบาล จะต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ตนมีบทบาทสำคัญในการสอนผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย ให้มีความรู้และกระตุ้นให้มีความเชื่อที่ถูกต้อง โดยการเน้นให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงอันตรายของการเป็นโรคนี้นี้เมื่อผู้ป่วยเข้ามารักษาอยู่ในโรงพยาบาล เป็นโอกาสที่ดีที่พยาบาลจะได้สอน และแสดงให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคนี้นี้ ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมาน จะทำให้ผู้ป่วยและประชาชนได้เผชิญกับความเป็นจริง และตระหนักถึงอันตรายของโรคนี้นี้มากขึ้น จนกลัวการเป็นโรค ทั้งนี้พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการประเมินความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และวางแผนการสอนโดยมุ่งเปลี่ยนความรู้ ความเชื่อทัศนสุขภาพ และบริโภคนิสัยที่ผิดให้ถูกต้อง เพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง

๓. สำหรับคณาธิการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลที่ออกไปสู่ชุมชน นอกจากจะเน้นในเรื่องความรู้เรื่องโรคที่ถูกต้องแล้ว ควรจะเน้นให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจอย่างมากเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนสาเหตุที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนั้น ได้แก่ สังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยมต่างๆ เป็นต้น *เพื่อวิเคราะห์หาเงื่อนไข หรือมูลเหตุที่แท้จริงในการกำหนดแนวทางการปรับหรือเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นควรเน้นให้นักศึกษาฝึกหัดรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ เพื่อวางแผนการสอนได้อย่างเหมาะสมกับประชาชนแต่ละคน หรือในแต่ละชุมชน และสิ่งที่พึงระลึกเสมอในการสอน คือการแสดงให้เห็นผู้ป่วยและประชาชนได้ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดจากการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและประชาชนได้เห็นถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่สามารถป้องกันโรคได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ในการทำวิจัยเรื่องนี้ครั้งต่อไป ควรศึกษาในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง จะทำให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำมากขึ้น
๒. ควรมีการศึกษาติดตามในกลุ่มผู้ป่วยที่รับการรักษาแล้วหายต่อไปอีก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๑ ปี เพื่อดูว่าจะกลับเป็นโรซ้ำอีกหรือไม่
๓. ควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับบริโภคนิสัยของ ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

บรรณานุกรม

- การสัมมนาของมหาวิทยาลัยมหิดล. "เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย".
กรุงเทพมหานคร : กองบริการการศึกษา, ๒๕๒๐. (อัครสำเนา)
- กาญจนา สุพันธุ์วิชัย, สมชาย สุพันธุ์วิชัย และ อนันต์ เมนะรุจิ. "การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยยาพาราซิควอนเทล". วารสารสาธาธารณสุขศาสตร์. ๑๒ (พฤษภาคม ๒๕๒๕) : ๑๒๗-๑๓๓.
- คณะเวชศาสตร์เขตร้อน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับการควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์พัฒนาบริโภคนิสัยเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ. กรุงเทพมหานคร : คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, ๒๕๒๔.
- เครือวัลย์ หุตานุวัตร และ วิไลวรรณ กฤษณะภูติ บริโภคนิสัยของชาวชนบทอีสาน : ศึกษาเฉพาะกรณีบ้านหินลาด ตำบลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. สายงานสังคมศาสตร์ โครงการวิจัยระบบการทำฟาร์ม, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๒๔.
- จรรยา สุวรรณพิต. ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู (หน่วยที่ ๔-๑๕) สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, ๒๕๒๗.
- จรรยา สุวรรณพิต. ลาดทองใบ ภูภิรมย์ และภัทรา สุคนธ์ทรัพย์. "อิทธิพลของสังคมต่อพัฒนาการของเด็ก". วารสารสุขศึกษา. ๗ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๒๕) : ๗๒-๘๐.
- จริยาวัตร คมพัยคัมย์ และคนอื่นๆ. "สภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของเด็กก่อนวัยเรียน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร". โภชนาการสาร. ๑๗ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๒๖) : ๑๓-๔๖.
- จรัญ จันทลักขณา และ อนันต์ชัย เชื้อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๓.

- จรัญ พรหมอยู่. สังคมและวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร:กรุงสยาม-
การพิมพ์, ๒๕๒๒.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. มิติที่ ๓-นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษา. ภาควิชาโสต-
ทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๒๐.
- ถวัลย์ลา พิษิต. วัฒนธรรมและสังคมในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. กรุงเทพมหานคร
: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๒๐.
- ดุชนิ สุทธิปริยาศรี และคนอื่นๆ. "อิทธิพลของโภชนาการศึกษาในผู้ปกครองของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาต่อพฤติกรรมทางการบริโภคอาหารในเด็ก." โภชนาการสาร.
๑๕(กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๒๔) : ๑๔๘-๑๖๗.
- ถนอม มากะจันทร์. ทฤษฎีทางการศึกษาและการพัฒนาหลักสูตร. พระนคร : ไทย-
วัฒนาพานิช, ๒๕๑๔.
- ไทยรัฐ. (๑๔ พฤษภาคม ๒๕๓๐) : ๒.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์ จันทมาศ ปรีชยานุช และ อรทัย ชื่นมณูชัย. จิตวิทยาพัฒนาการ.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๒๐.
- นิภา จรุงเวศม์ และคนอื่นๆ. โรคเขตร้อน. กรุงเทพมหานคร : อักษรพันธ์, ๒๕๒๐.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๔.
- นิตยา อังกาบอรณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา
คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๒๗.
- บุญเยี่ยม เกียรติวุฒิ, องุ่น เกียรติวุฒิ, และศุภกิจ อังศุภากร. โรคติดต่อระหว่างสัตว์
และคน. กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตการพิมพ์, ๒๕๒๗.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. นวัตกรรม การดำเนินงานสุขศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ.
โรคพยาธิใบไม้ตับ บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมและสุขศึกษา.
กรุงเทพมหานคร : กองบริการการศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๔.

เบญจา ยอดคำเนิน, จรรยา เศรษฐบุร และ กฤตยา อาชวนิจกุล. ทฤษฎีและ
การศึกษาทางสังคมวิทยาสาธารณสุขวิทยาการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรง-
พิมพ์ศรีอนันต์, ๒๕๒๓.

ปณต มีคะเสน : พฤติกรรมการกินอาหารของคนภาคอีสานต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
และมะเร็งตับ. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการพฤติกรรมการกินของคนไทย
ระหว่างวันที่ ๑๗-๑๙ ธันวาคม ๒๕๒๗. กรุงเทพมหานคร : บริษัทประยูรวงศ์-
จำกัด ๒๕๒๗.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพ-
มหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๐.

ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พระพิชานา, ๒๕๒๖.

ปรีชา พิณทอง. ไขภาศิตโบราณอีสาน. อุบลราชธานี : โรงพิมพ์ศิริธรรม, ๒๕๒๔.

พรรณวดี ดันดีศรีรินทร์. การคงรอดชีวิตของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ (*opisthorchis*
viverrini) ระยะเมตาเซอร์คาเรียในก้อยปลาและเครื่องปรุง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดต่อ/ปรสิตวิทยา บัณฑิต-
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๖.

พวงพยอม การภิญโญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความ
ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๖.

ไพฑูริย์ มีกุล. ประเพณีชาวอีสาน. รวมบทความทางวิชาการเกี่ยวกับอีสานศึกษา.

มหาสารคาม : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, มหาสารคาม,
๒๕๒๔, ๘๘-๑๐๔.

. "ลักษณะทางสังคมและขนบธรรมเนียมประเพณีในการบริโภคอาหารของ
คนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ". ใน โรคพยาธิใบไม้ตับ บริโภคนิสัยกับ
แนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา, หน้า ๒๗-๓๗. กรุงเทพ-
มหานคร : กองบริการการศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๔.

- ไพศาล หวังพานิช. การวัดผลการศึกษา : กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๖.
มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการกินของ
ชาวชนบทอีสานตอนบน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๒๔.
- แมรี โจเวน. การสำรวจหมู่บ้านคอกแป้น ต.บ้านค้อ อ.เมือง จ.ขอนแก่น. แปลและ
เรียบเรียงโดย ประศิมพร สมมาแข่ง และ ศาสตรี เสาวคนธ์. ขอนแก่น
: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๒๗.
- ยุวดี ฤชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยวาลักษณ์ เล่าหะจินดา, วิไล ลิสุวรรณ,
พรรณวดี พุทธิฉนะ, และรุจิเรศ ธนุรักษ์. คู่มือวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพ-
มหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, ๒๕๒๖.
- เยวาลักษณ์ บรรจงปรุ. ปัญหาโภชนาการในประเทศไทย. ชลบุรี : ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒบางแสน, ๒๕๒๒.
- รุ่งวิทย์ มาศงามเมือง และ วิจิตร พุ่งลัดดา. "พฤติกรรมการบริโภคที่มีความสัมพันธ์
กับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ : กรณีศึกษาบ้านหัวดง จังหวัดขอนแก่น."
โภชนาการสาร. ๒๑(เมษายน-มิถุนายน ๒๕๓๐) : ๑๑๔-๑๒๔.
- ลลิต หงส์พานิช. The prevalence of opisthorchiasis in the northern
part of Thailand during the past twenty year." ใน
การสัมมนาของมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องพยาธิใบไม้ตับในคน ในประเทศไทย.
หน้า ๔. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๐.
- วารุณี ตีรณวัฒนากุล. การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยมีแอสทีเนียกราวีส หลัง
จากได้รับการสอนและการพยาบาลในคลินิกประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามมา-
ธิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) ภาควิชา-
พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามมาธิบัติ, ๒๕๒๖.
- วรรษชา โขติธนานันท์. บริโภคนิสัยในระยะตั้งครรภ์ของมารดาในภาคเหนือของประเศ-
ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา.
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๒๕.
- วรารกร วรธศวาปติ และคนอื่นๆ. โครงการโภชนาการเพื่อสุขภาพในชนบท. โครง-
การวิจัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมหาสารคาม ร่วมกับมูลนิธิเอเซีย,
มหาสารคาม, ๒๕๒๐.

- วัลย์ทิพย์ สาขลวิจารณ์. บริโภคนิสัยกับโรคพยาธิใบไม้ตับ. โรคพยาธิใบไม้ตับ บริโภค-
นิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร
: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๘, ๑๒-๒๓.
- วัลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับ
กับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทาง
ด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อน
เรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
๒๕๒๗..
- วัลลา ดันตโยทัย. การศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรคและภาวะควบคุมโรคของผู้ป่วย
เบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้หลังจากได้รับการสอนและติดตามช่วยเหลือ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๕.
- วิเชียร ทวีลาภ. นิเทศการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม,
๒๕๒๒:๒๐.
- วิลเบอร์ แซรมป์ และคนอื่นๆ. สื่อมวลชนใหม่ๆ : รายงานสำหรับนิท่างแผนการศึกษา.
แปลโดย ศรีน้อย โทวาทอง. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงศึกษาธิการ,
๒๕๑๔.
- ศศิมา ศรีธาวงศ์สกุล และคนอื่นๆ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อและได้รับสารพิษ.
กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๗.
- ศรีวัฒนา ชิดช่วง. Medical Helminthology. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บำรุง-
นุกุลกิจ ๒๕๒๑.
- สมาน เทศนา. ศศิธร แก้วเกตุ, และเดือนใจ ศรีสว่างวงศ์, ความหนาแน่นของ
Opisthorchis viverrini metacercaria ในส่วนต่างๆของปลาตระกูล
ปลาตะเพียนในจังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการด้านปาราสิตวิทยา มหา-
วิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๖.
- สวัสดิ์ วีระเดช. คู่มือวิทยาการ : อาหารของเรา-โภชนาการ. กรุงเทพมหานคร
: ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๑๔.

- สมชาย สักขณานุรักษ์. ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกาโรค
ที่ถูกต้องในนักเรียน นักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขา-
สังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๗.
- สมชาย สุพันธ์ และ กาญจนา สุพันธ์วิชัย. การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อ.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามมิตร, ๒๕๒๑.
- สมพร พฤกษราช. "บริโภคนิสัย : แนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา
เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ" ในการสัมมนาเรื่อง แนวคิดในการแก้ปัญหา
โรคพยาธิใบไม้ตับ การพัฒนาบริโภคนิสัย. หน้า ๒๔. กรุงเทพมหานคร :
มหาวิทยาลัยมหิดล และกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๒๔.
- สมพร พฤกษราช และคนอื่นๆ. "การศึกษาความชุกชุมและความรุนแรงของโรคหนอง
พยาธิลำไส้ในประเทศไทย." วารสารกรมควบคุมโรคติดต่อ. ๘(กรกฎาคม
-กันยายน ๒๕๒๔) : ๒๔๔-๒๖๔.
- สาธารณสุข, กระทรวง. "โครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ
๒๕๒๗-๒๕๒๘" สกลนคร : กองควบคุมโรคติดต่อทั่วไป, ม.ป.ป.
(อัดสำเนา),
- สุชาติ โสภประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๐.
- สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือใน
การรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๘.
- สุภาพ วาดเขียน. เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิด และวิธีหาคุณภาพ.
กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๒๕.
- สุรพร กมลวัฒนาคุณ, ชุติมา ชัดภากรโกวิท และ จีรพันธ์ ทรงธนศักดิ์. "การศึกษา
เปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้เด็กเล็กได้รับภูมิคุ้มกันครบและไม่ครบ ในเขต ต.ศิริราช
และ ต.ช่างหล่อ อ.บางกอกน้อย กรุงเทพฯ". ในรายงานวิจัย ภาควิชาพยาบาล
สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า ๗๓.
กรุงเทพมหานคร, มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๒.

- สันต์ศิริ ธรรมณี. "แนวความคิดและการดำเนินงานเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ" ใน โรคพยาธิใบไม้ตับ บริโภคนิสัยกับแนวความคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขภาพ, หน้า ๑๐๔-๑๑๗. กรุงเทพมหานคร : กองบริการการศึกษา, ๒๕๒๘.
- อารี วัลยะเสวี. โรคโภชนาการ. กรุงเทพฯ : บริษัทประชาช่าง จำกัด, ๒๕๒๐.
- อรุณ เผ่าสวัสดิ์. การประชุมฟื้นฟูวิชาการประจำปี ๒๕๒๘ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช-พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๘.
- อุดม ศรีทิพย์. ผลการวิจัยการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ : การผสมผสานการให้สุขภาพกับสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๕.
- อุไรวรรณ ศรีปรัชญาอนันต์. การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวต่อโรคหุน้ำหนวกเรื้อรังของผู้ปกครองเด็กระดับประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๒๘.
- Andreoli, Kathleen G. "Self Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients". Nursing Research. 30 (November-December 1981) : 327-334.
- Angoon Keittivute, Boonyiam Keittivute and Tantisirinth. "The viability of *Opisthorchis viverrini* metacercaria in Koi-Pla and its various ingredients I. Infection rate and infectivity in experimental hamster." Journal Thai Veterinary Medical Association. 34 (February 1983) : 209-225.
- Anusits Rajatasilpin, et al. "Food Habits and Urbanization" Journal Medical Association of Thailand. (April 1973) : 225.

- Austin, Martin E. Nutrition in Action. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1963.
- Barrett Nancy and Schwartz, Marc. D. "What Patients Really Want to know. American Journal of Nursing. 81(September 1981) : 1642.
- Becker, M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. thorofare : Charles E. Slach, 1974.
- Becker, M.H. "The health belief model and sick role behavior". Health Education Monograph. 2(Winter 1974) : 409-419).
- Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirscht, J.P. "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Population." American Journal of Public Health. 64(March 1974) : 205-216.
- Becker, M.H. and Maiman, L.A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations." Medical Care. 13(January 1975): 17-18.
- Becker, M.H. et al. "Selected Psychosocial Model and Correlation of Individual Health Related Behaviors." Medical care. 15 (May 1977) : 27-46.
- Bennis, W.G. A Typology of Change Processes. The Planning of Change. New Youk : Holt, Rinehart and Winoton, 1961.
- Birch, L.L. "A call for the explicit recognition of effect in models of human eating behavior" Journal of Nutrition Education. 13(December 1982):541-553.
- Blackwell, B. "Drug Therapy Patient Compliance." The New England Journal of Medicine. 289 (August 1973):249
- Bloom, Kenneth L. "Age and the Self Concept." American Journal of Psychiatry. 118(December 1961):534-538.

- Boonyiam Keittivute, Angoon Keittivute and O' Rourke, T. "A comprehensive Schistosomiasis Control Programme for Kao-I-Dang Refugee Holding Center. Report submitted to The United Nations High Commissioner For Refugees (UNHCR), 1982.
- Brandt, R.A.M. The non-marine aquatic mollusca of Thailand Arch. molluskenk, 1974.
- Cerkoney, Bloom Kathy A and Hart, Laura K. "The Relationship Between the health Belief Model and Compliance of Person with Diabetes Millitus". Diabetes Care. 3(September-October 1980):594-598.
- Chalerm Prommas. "Report of case of Opisthorchis felineus in Siam". Annals of Tropical Medicine and Parasitology. 21(April 1927) : 9-10.
- Chamlong Harinasuta. Opisthorchiasis in Thailand : A review Processing of the 4th. Southeast Asian Seminar on Parasitology and Tropical Medicine, Schistosomiasis and other snail transmitted Helminthiasis, Manila, 1969.
- Chamlong Harinasuta and Suvajra Vajrasthira. Study on opisthorchiasis in Thailand : Survey of the incidence of opisthorchiasis in patients of fifteen hospitals in the northeast. Proceedings of the ninth pacific science congress. Bangkok, Thailand, 1969.
- Chamlong Harinasuta, et al. "Socioeconomic Health and Nutritional status of the villagers in the Nong Wai irrigation area, Khon Kaen, Northeast, Thailand". The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health. 7(December 1976): 607-621.

- Clayton, T.E. Teaching and learning a physiological perspective.
New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1963.
- Cockerham, W.C. Medical sociology. 2nd.ed. New Jersey Englewood
Cliffs : Prentice-Hall Inc., 1982.
- Day, F.A. and Boonlert Leoprapai. The Effect of location on
Family Planning and Health Facility Use, Pattern of Health
Utilization in Upcountry Thailand. Institute Population
and Social Research Mahidol University, 1977.
- Danaï Bunnag and Tranakchit Harinasuta. "Study on the chemotherapy
of human opisthorchiasis in Thailand I. Clinical trial
of praziquantel. The Southeast Asian Journal Tropical
Medical and Public Health. 11(December 1980):528.
- Danaï Bunnag and Tranakchit Harinasuta. "Studies of the chemo-
therapy of human Opisthorchiasis : III. Minimum effective
dose of praziquantel." The Southeast Asian Journal Tro-
pical Medicine and Public Health. 12 (September 1981) :
413-417.
- Davis, M.S. "Variations in Patients' Compliance with Doctors
Advice : An Empirical Analysis of Patterns of Communica-
tion". American Journal of Public Health. 58, (February,
1968) : 274-288.
- Davis, M.S. and Eichhorn, R.L. "Compliance with Medical Regimens
: Panel Study." Journal of Health and Human Behavior.
4(Winter 1963) : 240-249.
- Deom, J. The role of the World Health Organization. In : Man
Made Lakes and Human Health. Stanley, N.F. and Alpers,
M.P. (Eds.). London : Academic Press, 1975.

- Donabedian, A. and Rosenfeld, I.S. Follow-up Study of Chronically Ill Patients Discharged from Hospital. Journal of Chronic Disease. 17(September 1967) : 847-862.
- Dunean M.J., Benson, R.C. & Bobak, I.M. Maternity Care : The Nurse and The Family. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1977.
- Etzweiler, Donall D. and Robb, Jean R. "Evaluation of Programmed Education among Juvenile Diabetes and Their Families" Diabetes. 21(September 1972) : 967-971.
- Francis, V., Korsch, E.M., Gozzi, E.K. "Gaps in Doctor-Patient Communication : I Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction." Pediatrics. 42(November 1968): 855-871.
- Francis, V., Korsch, E.M. and Morris, M.J. "Gaps in doctor-patient communication : Patients response to medical advice." The New England Journal of Medicine. 280(August 1969) 335-540.
- Flavell, D.J. "Liver Fluke Infection As an Aetiological Factor in Bile-Duct carcinoma of man." Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 75(June 1981) : 814-821.
- Flavell, D.J. & Lucas, S.B. "Potentiation by the human liver fluke, *Opisthorchis viverrini* of the carcinogenic action of N-nitrosodimethylomine upon the biliary epithelium of the hamster." British Journal of Cancer. 46(December 1982): 985.
- Fleck, H. Introduction to Nutrition. 4th ed. New York : Macmillan Publishing Co., 1981.

- Glasser, M.D. "Study of the Public's Acceptance of the Salk Vaccine Program". American Journal of Public Health. 48(February 1958):141-146.
- Gochman, D.S. "Some Correlates of Children's Health Beliefs and Potential Health Behavior". Journal of Health Social Behavior. 85(November 1971):286.
- Gordis, L., & Markowitz, M., & Lilienfeld, A. "Why Patients Don't Follow Medical Advice : A Study of Children on Long-Term Antistreptococcal Prophylaxis". Journal of Pediatrics. 75 (July 1969) : 205-216.
- Gordon Allport. Attitude in C Murchison (Ed) Handbook of Social Psychology. Worcester : Mass, Clark University Press, 1935.
- Good, C.V. Dictionary of Education. 2nd ed. New York : McGraw Hill Book Company, 1973.
- Graig, C.F. and Faust, E.C. Clinical Parasitology. 8th ed. Philadelphia : Lea + Febiger, 1970.
- Guthe, C.E., & Mead. M. Manual for the Study of Food Habits, Bulletin No 111, (Washing D.C. : National Academy of Science National Research Council, 1945, cited by Henrietta Fleck, Introduction to Nutrition, 4th ed. New York : Macmillan Publishing Company, 1981.
- Haefner, Don. P. and Kirscht, John, P. "Motivation and Behavioral Effects of Modifying Health Beliefs." Public Health Reports. 85(June 1970):478-483.
- Hellenbrand, Diane. "An Analysis of Compliance Behavior : A Response to Powerlessness. "Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness. edited by Judith Fitzgerald Miller. Philadelphia : F.A. Davis Co., 1983.

- Hershey, John. C, et al. "Patient Compliance with Antihypertensive Medication." American Journal of Public Health. 70, (October 1980): 1081-1089.
- Hochbaum, G.M. "Strategies and their rationale for changing people's eating habits." Journal of Nutrition Education. 13(March 1981):559-565.
- Hover, Julie and Juelsgaard, Nancy. "The Sick Role Reconceptualized", Nursing Forum. XVII(1978):406-414.
- Hou, P.C. "The relationship between primary carcinoma of the liver and infestation with *Clonorchis sinensis*". Journal of Pathology and Bacteriology. 72(March 1956):239-246.
- Hou, P.C. "Hepatic Clonorchiasis and carcinoma of the bile duct in a dog." Journal of Pathology and Bacteriology. 89(February 1965) : 365-367.
- Hunt, Mauria. P. Teaching high School Social Studies. New York : Harper and Brother, 1955.
- Jay, S.R. "Identification and Analysis of Misconceptions in Health and Nutrition Held by Selected College Student in New England." A Dissertation Abstracts International, 46(February 1981): 3516-A.
- Jitra Waikagul. The study on the infectivity of *opisthorchis viverrini* : *Metacercaria*. A Thesis : master of Science (Tropical Medicine). Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, 1974.
- Kanchana Supanvanich, Somchai Supanvanich and Anun Menaruchi. "Treatment of opisthorchiasis with Praziquantel". Journal Public Health in Thailand. 2(February 1982) : 112-114.

- Kasl, S.V. and Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior". Archives Environment Health. 12 (February 1966) : 250-257.
- Kerr, A.F.G. "Intestinal parasitism in northern Siam." Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. (January 1916): 82-89.
- Keyes, Charles. F. "Kim Groups in a Thai-Laos Village". In Change and Persistence in Thai Society Homage to Lanris-ton Sharp. Edited by G.W. Skinner and A.T. Kirsch. New York : Convell, 1975.
- King, J. "The health belief Model". Nursing Times. 24(October 1984) : 53-55.
- King Maurice H. et al., Nutrition For Developing Countries. Oxford : Oxford University Press, 1972.
- Klausmier, Herbert J. and Ripple, Richard E. Learning and Human Abilities. New York : Harper and Row, 1971.
- Kozeir, Barbara and Erb, Glenora L. Fundamentals of Nursing Concepts and Procedures. California : Addison-Wesley Publishing Co., 1979.
- Leiper, R.T. "Notes of the occurrences of parasites presumably rare in man." Journal London School Tropical Medicine. 1 (January 1977) : 16-19.
- Maiman, L.A. et al., "Scales for Measuring Health Belief Model Dimensions : A Test of Predictive Value, Internal Consistency and Relationships Among Beliefs". Health Education Monograph. 5(Fall 1977):276.
- Machanic, D. Medical Sociology. by the Free Press A Division of Mac. Publishing Copyright, 1979.

- Mahoney, M.J. and Cagginal, A.V. "Applying Behavioral Methods to Nutritional Counseling". Journal of the American Dietetic Association. 72(April 1978) : 372-377.
- Malcolm, Knowles. The Adult Learner : A Neglected Species. 2nd ed. Houston Texas : Gulf Publishing Co., 1981
- Maleeya Krutrachue, et al. "Effects of physio-chemical factors on the infection of hamsters by metacercariae of *Opisthorchis viverrini*." The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health. 13(December 1982) : 614-617.
- Markland, R.E. and Durand, D.E. "An Investigation of Socio-Psychological Factors Affecting Infant Immunization." American Journal of Public Health. 66(February 1976) : 168-169.
- Martin, E.A. Nutrition in Action. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1963.
- Matthews, Dary and Hingson, Raph. "Improving Patient Compliance." Medical Clinics of North American. 61(July 1979) : 879-889.
- Miller, S.P. et al. "Indicators of medical regimen adherence for myocardial infarction patients." Nursing Research. 34(September/October 1984):268-272.
- Mizuno, Koishi. Social System of Don Daeng Village : A community Study in Northeast Thailand Kyota, Japan. Kyoto University: Center for Southeast Asian Studies, 1971:91-92.
- Nelson, Nora. "Learning as a function of Relevance and Age." Disseratative Abstracts International. 40(August 1979) :610.

- Pelto, Gretel. H. "Anthropological Contributions to Nutrition Education Research." Journal of Nutrition Education. 13(March 1981): 54.
- Phathamavong, O. "The Prevalence of parasitic disease in Laos". Yousei report on Tropical Medicine. 4(January 1973) : 142.
- Phipps, W.J. Long, B.C. and Wood, N.F. Medical-Surgical Nursing. 2nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1983.
- Prapit Vivatanasesth, et al. "Mass Treatment of Opisthorchiasis in Northeast Thailand". The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health. 13(December 1982) : 609-613.
- Prasert Setasuban and Chamlong Harinasuta. The prevalence of Liver Fluke, *Opisthorchis viverrini* in northeast, Thailand (abst). Seminar on Trematode Infection in man in Thailand. Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand, June 1977:248.
- Ritch, J.A.S. Learning Better Nutrition. Rome : Food and Agriculture Organization of the United Nation, 1967.
- Robinson, C.H. & Weigley, E.S. Fundamentals of Normal Nutrition. 3rd ed. New York : Macnullan Company, 1978.
- Rosenstock, Irwin M., Derryberry, M., and Carringer, B.K. "Why People Fall to Seek Poliomyelitis Vaccination". Public Health Reports. 7(Febury 1959):98-103.
- Rosenstock, IM.M "Why People use Health Service." Milbank Memorial Fund Quartiry. 44(July 1966):94-127.
- Rosenstock, Irwin M. "Historical Origin of the Health Belief Model". Health Educational Monography. 2(winter 1977) :329-335.

- Rosenstock, IM.M "The health belief model and preventive health behavior". Health Education Monograph. 2(Winter 1974) :354-386.
- Sacco, Lynda, J. "Self-Care and the Nursing Process." Nursing Clinics of North America. 15(March 1980): 112-143.
- Santisiri Sornmani, et al. "A study on the pattern of Socioeconomic and health status in relation to parasitic disease in the inhabitants around Ubolratana dam in Northeast Thailand". The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health. 4(September 1973):421-424.
- Santisiri Sornmani, et al. "A Study of the pattern of socioeconomic and health status in relation to parasitic diseases in the inhabitants around Ubolratana dam in northeast Thailand". The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health. 4(September 1981) : 421-434.
- Santisiri Sornmani, et al. "Infection and reinfection Rates of Opisthorchiasis in the Water Resource Development Area of Nam Pong Project, Khon Kaen Province, northeast Thailand." Annals of Tropical Medicine and Parasitology. 78(September 1984):640-656.
- Scheibe, Karl E. Belief and Values. Holt : Rinehart and 'wistons, Inc. USA, 1970.
- Schlueter, L.A. "Knowledge and belief about breast cancer and breast self examination among athletic and nonathletic women." Nursing Research. 31(November/December 1982) :348-353.

- Scoloveno, M.A. Nutrition in Pregnancy. In Maternal and child Nutrition : Assessment and Counseling. New York :
Appleton Centery Crofts, 1979.
- Shiller, B.R. The Economics of Poverty and Discrimination. 2nd,ed.
New Jersey : Prentice-Hall, 1973.
- Sim, L.S. "Further Thoughts on Research Perspectives in Nutrition
Education." Journal of Nutrition Education. 13(March
1981): S 70-S 75.
- Smarn Tesana, Satithorn Kaewkes and Somchai Phinlaor. "Infectivity
and survivorship of *Opisthorchis viverrini* metacercariae
in fermented fish." The Journal of Parasitology and
Tropical Medicine Association of Thailand. 9(Janury 1986)
: 21-29.
- Somchai Supanvanich, Kanchana Supanvanich and Paichit Pawabut.
"Field trial of Praziquanted in human *Opisthorchiasis* in
Thailand." The Southeast Asian Journal of Tropical
Medicine and Public Health. 12(December 1981) : 598.
- Somporn Prenksaraj, et al. "Studies on Prevalence and Intensity
Helminthic Infection in Rural Population of Thailand
1980-1981." Journal of Community Disease. 8(February
1982): 245-268.
- Stillman, M.J. "Womans Health Beliefs about Breast Cancer and
Breast Self-Examination." Nursing Research. 25(March
-April 1977):121-127.
- Sudan, E.H. "Studies on *Opisthorchiasis viverrini* in Thailand."
American Journal of Hygiene. 62(January 1955):81-115.

- Suksiri Vichasri, et al. "Opisthorchis viverrini : Intensity and Rates of infection in cyprinoid fish from an endemic focus in Northeast Thailand." The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health. 13(March 1982) : 138-141.
- Suvajra Vijrasthira. Opisthorchis viverrini : Parasitology and Epidemiology, (abst). Seminar on Trematode Infection in Man in Thailand. Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand. June, 1977:15.
- Suvajra Vijrasthira and Chamlong Harinasuta. "Study on helminthic infections in Thailand. I. incidence. distribution and epidemiology of helminths." Journal of Medical and Association of Thailand. 40(1957):309.
- Suvajara Vijarasthira and Chamlong Harinasuta. Study on opisthorchiasis in Thailand I. Survey on the incidence of the infection in patient of epidemic areas in the northeast. Proceeding of the 9th Pacific Science Congress Bangkok, Bangkok, Thailand, 1957:304.
- Tambiah, Stanley J. Buddhism and the Spirit Cults in North-East Thailand. Cambridge : Cambridge University Press, 1970.
- Watkins, J.D, et al. "A Study of Diabetic Patients at home". American Journal of Public health. 57(March 1967): 452-459.
- Wilson, R.M. The Sociology of Health An Introduction. New York : Random House, 1970.
- Witaya Thamavit, et al. "Effects of dimethylnitrosamine on induction of cholangiocarcinoma in opisthorchis viverrini infected Syrian golden hamsters." Cancer Reserch. 38(December 1978):4634.

- Wray, J.D. and Aquirre A." Protein-Caloric Malnutrition in Candelaria Columbia." The Journal of Tropical Pediatrics. (September 1960):85-92.
- Wunchai Phatihatakorn, et al. "Epidemiological study on Opisthorchiasis in Nam Pong Water Resource development Project." Journal of Parasitology Tropical Medical Association of Thailand. 6(January 1983):94-104.
- Wykoff, D.E. and Watcharin Ariyaprakai. "Opisthorchis viverrini Thailand, Egg production in man and Laboratory animals." Journal of Parasitology. 52(December 1966):631.
- Wykoff, D.E. et al. "Opisthorchis viverrini in Thailand : The Life Cycle and Comparison with O. filineus:." Journal of Parasitology. 51(April 1965):207-214.
- Zimbado, Phillip, Ebberson, Ebbe B. and Maslash, Christiva. Influenzing Attitude and Changing Behavior. London : Adison Wesley Publishing Company, 1977.



ภาคผนวก ก
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตัวอย่างแบบสอบถามความ เชื่อด้านสุขภาพ

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....ที่อยู่.....เลขที่ทั่วไป ().....
๒. อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....
๓. น้ำหนักตัว.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
๔. เพศ () หญิง () ชาย
๕. ระดับการศึกษา () อ่านและเขียนไม่ได้ () อ่านออกเขียนได้
 () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () อุดมศึกษา
 () อุดมศึกษาหรือสูงกว่า
๖. อาชีพ () แม่บ้าน () เกษตรกร
 () ค้าขาย () รับราชการ
 () รับจ้าง () อื่นๆ (โปรดระบุ)...

๗. ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ครอบครัวของท่านมีรายได้รวมของทุกคนจากอาชีพต่อไปนี้เท่าใด.

อาชีพ	จำนวนของผลผลิต	ราคาขาย/หน่วย	รายได้รวม
ทำนา	-----	-----	-----
ทำไร่	-----	-----	-----
ทำสวน	-----	-----	-----
รับจ้างทุกประเภท	-----	-----	-----
ค้าขายทุกประเภท	-----	-----	-----
รายได้จากการขายสัตว์เลี้ยง	-----	-----	-----
(เช่น หมู, ไก่, เป็ด, วัว, ควายน)	-----	-----	-----
อุตสาหกรรมในครอบครัว	-----	-----	-----
(เช่น ทอผ้า, ปั่นหม้อ, เลี้ยงไหม)	-----	-----	-----

	จำนวนของผลผลิต	ราคาขาย/หน่วย	รายได้รวม
รับราชการ รวมทั้งบำเหน็จ- บำนาญ	-----	-----	-----
รายได้ที่ญาติส่งมาให้	-----	-----	-----
รวมรายได้ทั้งหมด	-----	-----	-----

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (ผู้สัมภาษณ์สรุป)

- () ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท () ๑,๐๐๑-๒,๐๐๐ บาท
 () ๒,๐๐๑-๓,๐๐๐ บาท () ๓,๐๐๑-๔,๐๐๐ บาท
 () ๔,๐๐๑-๕,๐๐๐ บาท () สูงกว่า ๕,๐๐๐ บาท

ลักษณะของครอบครัว

- () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย

ลักษณะอนามัยสิ่งแวดลอม

๔.๑ บ้านของท่านมีส้วมหรือไม่

- () มี () ไม่มี

๔.๒ ท่านได้ใช้ใช้ส้วมหรือไม่ เพราะเหตุใด

- () ใช้ () ไม่ใช้ เพราะ

๔.๓ ในกรณีที่ท่านไม่มีส้วม ท่านถ่ายอุจจาระที่ใด

- () ขุดหลุมฝัง () ตามทุ่งไม้ใกล้บ้าน
 () ชายป่า () แถวๆ แม่น้ำลำคลอง
 () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๑๐. ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

๑๐.๑ ท่านเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่

- () เคย () ไม่เคย
 () ไม่ทราบ

๑๐.๒ ท่านเคยนำอุจจาระไปขอรับตรวจโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่

- () เคย () ไม่เคย

- ๑๐.๓ ถ้าเคย ท่านเคยตรวจโรคครั้งสุดท้ายที่ไหน
- () โรงพยาบาลชุมชน () โรงพยาบาลจังหวัด
- () คลินิกเอกชน () หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ๑๐.๔ ผลการตรวจครั้งนั้นเป็นอย่างไร
- () เป็นโรค () ไม่เป็นโรค
- ๑๐.๕ ในกรณีที่ เป็นโรค ท่านเคยกินยารักษาโรคหรือไม่
- () เคย () ไม่เคย
- ๑๐.๖ หลังจากกินยารักษาโรคแล้ว ท่านเคยไปรับการตรวจซ้ำอีกหรือไม่
- () เคย () ไม่เคย
- ๑๐.๗ หลังจากรักษาโรคหายแล้ว ท่านเคยกลับเป็นโรคซ้ำอีกหรือไม่ จำนวน
กี่ครั้ง
- () ไม่เคย () เคย....ครั้ง
- ๑๐.๘ บุคคลในครอบครัวของท่าน เคยไปตรวจโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่
- () เคย () ไม่เคย
- () ไม่ทราบ
- ๑๐.๙ ในกรณีที่เคยไปตรวจ เคยไปตรวจที่คน
- () ทุกคนในครอบครัว () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๑๑. แบบบันทึกการมาตรวจตามนัด

วัน เดือน ปี	การมาตรวจตามนัด		การตรวจไขพยาธิ		หมายเหตุ
	มา	ไม่มา	พบ	ไม่พบ	

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ

คำชี้แจงในการตอบ

ในแบบทดสอบนี้จะมีข้อคำถามทั้งหมด ๒๐ ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วพิจารณาตอบคำถาม โดยเลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว ด้วยการเขียนเครื่องหมาย / ให้ตรงช่องคำตอบในแต่ละข้อจนครบทุกข้อ คำตอบที่ได้จากท่าน จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนร่วม ขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด

ขอขอบคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือครั้งนี้

ตัวอย่าง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
๑. โรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นโรคที่ติดต่อกันจากปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด		
๒. ปลารูปร่างใหม่ ปล่าจ่อมดืบ ก้อยปลาดิบไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ		
๓. คนที่มีพยาธิใบไม้ในตับจำนวนมาก จะทำให้มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ เบื่ออาหาร ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องมาน		
๔. การตรวจจูกจากระ จะทำให้ทราบว่า เป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ		
๕. โรคพยาธิใบไม้ในตับ กินยาครั้งเดียวก็รักษาหายขาดได้		

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

การศึกษาริวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทราบถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การป้องกันโรค และการรักษา ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ท่านอ่านหรือพิจารณาถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวตามความเป็นจริง ดังนั้นทุกคำตอบจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านให้มากที่สุด คำตอบที่ได้จากท่านจะสรุปออกมาเป็นส่วนรวม จึงไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อผู้ตอบแต่อย่างใดเลย นอกจากนี้จะเป็นวิทยาทาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนเพื่อรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

ขอขอบคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้ววงกลมรอบตัว เลขในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และโปรดตอบทุกข้อ

การเลือกตอบถือ เกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
๑. โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้					
๒. ปลาดิบที่มีเกล็ด ถ้านำมาใส่พริก บิบมะนาวจะช่วยให้เนื้อปลาสุกได้					
๓. อากาศตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องมาน เป็นระยะสุดท้ายของมะเร็งตับที่ไม่สามารถรักษาได้					
๔. พยาธิใบไม้ตับจะตายไปได้เองโดยไม่ต้องใช้ยาฆ่าพยาธิ					
๕. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปฏิบัติได้ยากมากเพราะมันต้องเปลี่ยนความเคยชิน					

แบบสัมภาษณ์บริโภคกิจของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)

ตัวอย่าง

ส่วนที่ ๑

๑. ฤดูใดที่ท่านบริโภคอาหารประเภทปลามากที่สุด

- เริ่มหน้าร้อน
- ปลายฤดูฝน
- ฤดูหนาว
- ตลอดปี
- อื่นๆ

๒. สาเหตุที่ท่านไม่สามารถงดอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ได้เพราะเหตุใด

- รสชาติอร่อย
- ราคาถูก ง่าย
- สามารถหาได้ด้วยตัวเอง
- เป็นอาหารที่บำรุงร่างกาย
- ง่ายต่อการปรุง สะดวกรวดเร็ว
- ไม่สามารถหาอาหารชนิดอื่นมาทดแทนได้
- ในครอบครัวปรุงอาหารประเภทนี้ทุกวัน
- เคยชินกับการรับประทานมาตั้งแต่เด็ก
- คนในหมู่บ้านนิยมรับประทาน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงงานสังคมได้
- อื่นๆ

๓. เหตุใด ท่านจึงรับประทานอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ได้

- หมอห้ามรับประทาน
- ทราบว่าทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- เพราะเป็นสาเหตุให้คนในครอบครัวป่วย
- กลัวเป็นโรค เพราะเคยเห็นคนป่วยและตายด้วยโรคนี้อีกแล้ว
- อ่านข่าวจาก นสพ. ฟังวิทยุ และจากคำบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน
- เคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้รับการรักษาหายแล้ว ไม่ต้องการเป็นโรคนี้อีก

ส่วนที่ ๒

ส่วนที่ ๒

๑. ในช่วงระยะ ๓ เดือน ที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานอาหารปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ
ต่อไปนี้หรือไม่

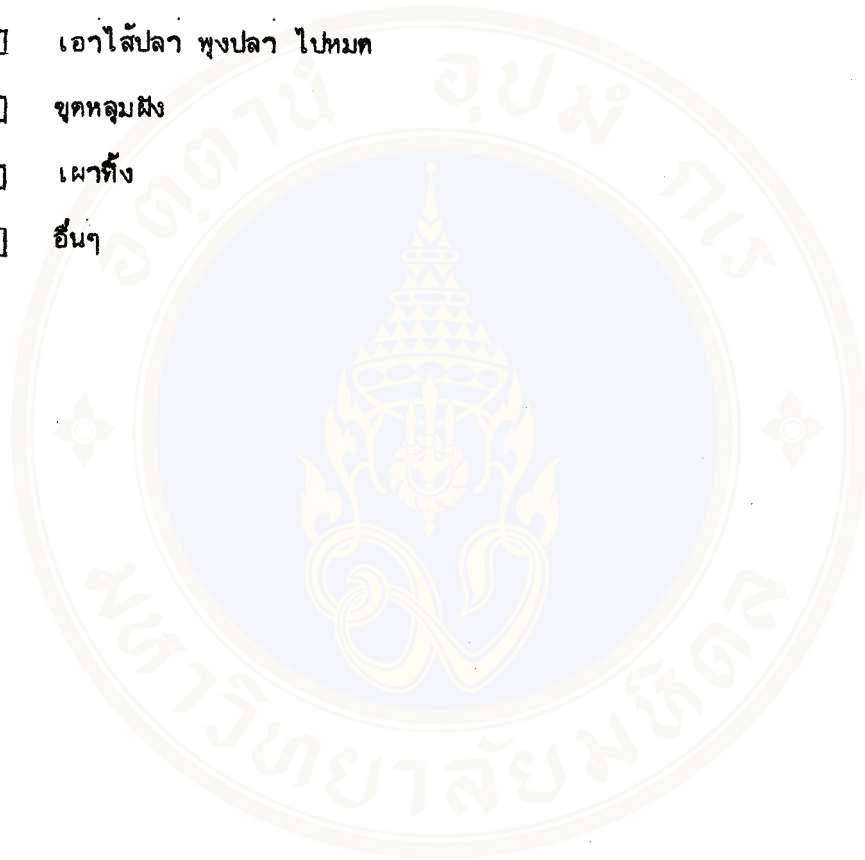
	ไม่เคย	เคย
ก้อยปลาดิบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลาบปลาดิบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปลาต้มดิบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หม่าปลาดิบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปลาร้าใหม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปลาบั้งสุกๆ ดิบๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปลาดิบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

๒. ปัจจุบันท่านปรุงก้อยปลาอย่างไร

- นำเนื้อปลาดิบๆ มาปรุงกับพริก มะนาว ข้าวคั่ว ใบหอม แล้วนำมารับประทานทันที
- นำเนื้อปลามาคั่วจนสุก ปรุงให้รสจัด โดยใส่พริก และมะนาวมากๆ จะทำให้รสชาติดีขึ้น
- อื่นๆ

๓. ท่านจัดการกับหัวปลา ไล่ปลา พุงปลา เกล็ดปลา ครีบปลา และหางปลา ที่เหลือจากการปรุงอาหารอย่างไร

- ให้แมว สุนัขกิน
- เอาหัวปลาไปต้มยำ
- เอาไล่ปลา พุงปลา ไปหมก
- ขุดหลุมฝัง
- เผาทิ้ง
- อื่นๆ





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค

๑. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร. ศาสตรี เสาวคนธ์
สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๒. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สว่างใจ พึ่งพิภพ
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์
ภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปณิตดา ปรียทฤษฎ์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๖. คุณศรีสุรางค์ ดันตระกูล
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

๑. ศาสตราจารย์ ดร. จรรยา สุวรรณทัต
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร. ศาสตรี เสาวคนธ์
สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๓. รองศาสตราจารย์ ดร. พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ
ภาควิชาพยาบาลศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงส์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์
ภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์บริโกคนิสัย

๑. ศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณพิต
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
๒. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ศาสตร์ เสาวคนธ์
สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์
ภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ มีกุล
คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมา ยอดคำเนิน - แอ๊ดติจ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์
ภาควิชาโภชนวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เครือวัลย์ หุตานุวัตร
ภาควิชาโภชนวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปณิตดา ปรียทฤษฎ
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล