



๑ ก.ค. ๒๕๓๖

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความแตกต่างด้านบริโภคนิสัย
ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของจังหวัดอุดรธานี

A STUDY OF FACTOR INFLUENCING THE EATING
HABIT BETWEEN THE CURED AND THE REINFECTED
OPISTHORCHIASIS PATIENTS IN UDORNTHANI PROVINCE

อภิธาน์นทาการ

จาก

“*พิพิธภัณฑ์ศิลปวัฒนธรรม*”

เอกวิศิษฐ์ คนยัง

๑

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิทยาการระบาด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. ๒๕๓๖

Copyright by Mahidol University

32471

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความแตกต่าง
ด้านบริเวณอาศัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
จังหวัดอุดรธานี


.....


เอกวิชษฐ์ คนยัง

ผู้วิจัย


.....

สมชาย สุตัญวณิช, พ.บ., ส.ม., M.P.H. & T.M.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

อมรรัตน์ ไพธิพรรค, วท.บ., วท.ม. (ชีวสถิติ),

Ph.D. (Epidemiology)

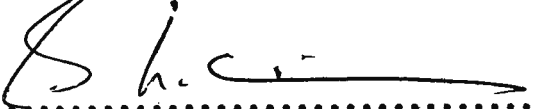
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

วชิระ สิงหะเชนทร์, ศศ.บ. (สถิติ), น.บ.,

สค.ม. (ประชากรศาสตร์)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

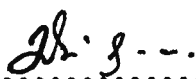
ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ, พ.บ., M.P.H.

ประธานคณะกรรมการประจําหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล


.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความแตกต่าง
ด้านบริเวณค้ำยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
จังหวัดอุดรธานี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด
วันที่ 10 พฤษภาคม 2537


.....

เอกวิชฐ์ คณยัง

ผู้วิจัย


.....

สมชาย สุตพันธุ์วณิช, พ.บ., ส.ม., M.P.H. & T.M.

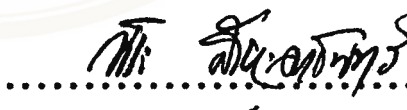
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

อมรรัตน์ ไชยพรรค, วท.บ., วท.ม. (ชีวสถิติ),

Ph.D. (Epidemiology)


กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

วชิระ สิงหะคเชนทร์, ศศ.บ. (สถิติ), น.บ.,

สค.ม. (ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

อรุณ เพ้าสวัสดิ์ พ.บ., Dr.Med., F.R.C.S.T.,

Facharzt fur Chirurgic

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นายเอกวิศิษฐ์ คนยัง
วัน เดือน ปีเกิด 2 มิถุนายน พ.ศ. 2505
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2528
วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2535-2536:
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2528-ปัจจุบัน : โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
กองสาธารณสุขภูมิภาค
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 6

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องนี้สำเร็จเรียบร้อยเป็นอย่างดี ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย สุนทรวิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ โพธิ์พรรค และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วชิระ สิงหะเชนทร์ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ เสนอแนะ ข้อคิดเห็น ช่วยแก้ปัญหา ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องในงานวิจัยที่มีความถูกต้อง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สันต์ศิริ ศรีมณี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ที่ได้ให้แนวทางและข้อเสนอแนะในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว อาจารย์ยัง เดือน บันดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ รองศาสตราจารย์นายแพทย์สารรัตน์ ยงใจยุทธ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาตรวจสอบโครงร่างวิจัย

ขอขอบพระคุณ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ท่านหัวหน้าฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพ็ญ คุณชัยณรงค์ จันทราภรณ์ โรงพยาบาลเพ็ญ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของอำเภอเพ็ญ คือตำบลเพ็ญ โคกกลาง, สมเส้า, เต่าไห, นาบัว, สร้างแป้น ที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมชุมชน และติดตามกลุ่มเป้าหมาย

ขอขอบพระคุณ Dr. David B. Elkins, Dr. Haswell-Elkins A Collaboration between the Faculty of Medicine, Khon Kaen University and Tropical Health Program, Queensland Institute of Medical Research Australia ที่ได้กรุณา แนะนำ แนวคิด การวิจัย และสนับสนุนข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การกำลังใจและให้การช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีตลอดมา รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่มีได้กล่าวชื่อนามในที่นี้

เอกวิศิษฐ์ คนยัง

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความแตกต่าง
ด้านบริโภคนิสัยของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายกับผู้ป่วย
ที่กลับเป็นซ้ำ จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัย เอกวิศิษฐ์ คนยัง

ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
สมชาย สุพันธุ์วิเศษ, พ.บ., ส.ม., M.P.H. & T.M.
อมรรัตน์ โพธิ์พรรค, วท.บ., วท.ม. (ชีวสถิติ),
Ph.D. (Epidemiology)
วชิระ สิงหะคเชนทร์, ศศ.บ. (สถิติ), น.บ.,
สค.ม. (ประชากรศาสตร์)

วันที่สำเร็จการศึกษา 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2537

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อแตกต่างของปัจจัยในการเกิดพฤติกรรมบริโภคปลาดิบในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยที่หายจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 336 คน ที่เป็นผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยที่หายจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 168 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ SPSS/PC+ โดยใช้สถิติที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่หายจากโรคพยาธิใบไม้ตับมีความแตกต่างในลักษณะที่ดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสาธารณสุข เช่น ความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพพาราซิควอนเทล, ความสนใจต่อการเข้ารับบริการตรวจจุงจาะด้วยตนเอง, การเรียนรู้การทำบัตร ตรวจจุงจาะที่ถูกต้อง, ความสนใจต่อการเข้ารับฟังความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคคลอื่น และการเลิกพฤติกรรมบริโภคปลาดิบหลังมีประสบการณ์, ปัจจัยเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนบริโภคปลาดิบ, การเลิกมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบภายหลังได้รับการรักษาด้วยยา และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ความคิดกลัวต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการรับรู้สื่อต่าง ๆ, การที่มีบุคคลที่ไม่บริโภคปลาดิบในครอบครัว สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่มคือ ความรู้เรื่องโรคพยาธิ

ใบไม้ดับ, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การเป็นตัวอย่างของบุคคลที่ไม่บริโภคปลาดิบในครอบครัว, ความสนใจเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคมะเร็งตับต่อครอบครัวและเพื่อนบ้าน, การมีพฤติกรรมด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดต่อของโรคมะเร็งตับ เช่น การกำจัดเศษปลาดิบ, การมีส้วมราดน้ำ, การมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำ

จากผลวิจัยดังกล่าว จะนำไปใช้แก้ปัญหาในการกำหนดแนวทางวางแผนในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคปลาดิบในจังหวัดอุดรธานีให้ตรงประเด็นมากขึ้น โดยการปรับปรุงรูปแบบการให้สุขศึกษา, วิถีปฏิบัติในการควบคุมโรคให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ทำให้สามารถลดผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำลงได้ อันนำไปสู่การประหยัคทรัพยากรในด้านการรักษาเช่น งบประมาณ และ ป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ



Thesis Title **A study of Factor Influencing the Eating
Habit between the Cured and the Reinfected
Opisthorchiasis Patients in Udonthani
Province**

Name **Eagvisit Konyoung**

Degree **Master of Science (Epidemiology)**

Thesis Supervisory Committee

- Somchai Supanvanich, M.D.,M.P.H.,M.P.H. & T.M.**
- Amornrath Podhipak, B.Sc.(Marine Science)**
M.S.(Bios.),Ph.D.(Epid.)
- Vajira Singhakajen, B.A.(Stat), LL.B.,**
M.A.(Demog.)

Date of Graduation **10 May B.E. 2537 (1994)**

Abstract

The purpose of this study was to compare factors influencing the eating habit between the cured and the reinfected opisthorchiasis patients in Udonthani Province. Samples consisted of cured and reinfected Opisthorchiasis patients 168 each. Data collection was done through interview using structured questionnaire. SPSS/PC+ program was used in data analysis by some selected appropriate statistics.

The results showed that the cured group had higher of persons with proper behavior than the reinfected group with regard to the utilization of health services (i.e. the belief in effectiveness of praziquantel, their interest in seeking more knowledge on liver-fluke infection). They also had higher percentage of persons with the following behaviors: the experiences to the disease occurring in the family, the termination of eating raw fish after having seen other

people died from the disease, as well as the higher percentages of persons who comply with the health officer's recommendations (such as having knowledge on liver-fluke disease, the habit of eating raw fish, the termination of the habit of eating raw fish after completely cured, the perception of threat of the disease and having some family members who do not eat raw fish).

The factors which were not significantly different between the two groups were the knowledge about the disease, beliefs in health aspects, the role of being the example of person who eat only cooked food in the family, the role in disseminating the knowledge on the disease to family members and neighbours, the behaviors that promote the existence of the agent in their environment such as disposal of raw fish waste, the use of sanitary latrine and the disposal of human waste into natural water resources.

From the results of this study, the health officer can develop more appropriate tactical strategy in changing the behavior of villagers. This can be done by improving the models in health education, the methods for disease control which correspond to the local situation, so that the percentages of reinfected persons will be reduced.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
สมมติฐานของการวิจัย	9
นิยามศัพท์	10
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย สาเหตุของโรค	12
การระบาดและการรักษาโรค	19
การควบคุม และป้องกันโรค	21
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	22
กรอบแนวคิดในการวิจัย	40
3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
รูปแบบการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
คุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา	49
เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค	54
เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ	55
เปรียบเทียบพฤติกรรมการเข้ารับบริการสาธารณสุข	56
เปรียบเทียบการมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ	65
เปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	70
เปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในครัวเรือน	82
เปรียบเทียบเกี่ยวกับบริโภคนิสัย	99
สรุปผลการทดสอบทางสถิติ	104
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	109
สรุปผลการวิจัย	109
อภิปรายผลการวิจัย	112
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	119
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก ก. การทดสอบเครื่องมือและสถิติที่ใช้วิจัย	130
ภาคผนวก ข. การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง	136
ภาคผนวก ค. ตัวอย่างแบบสอบถามและข้อมูลความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุดรธานี ปี 2535	139

สารบัญตาราง

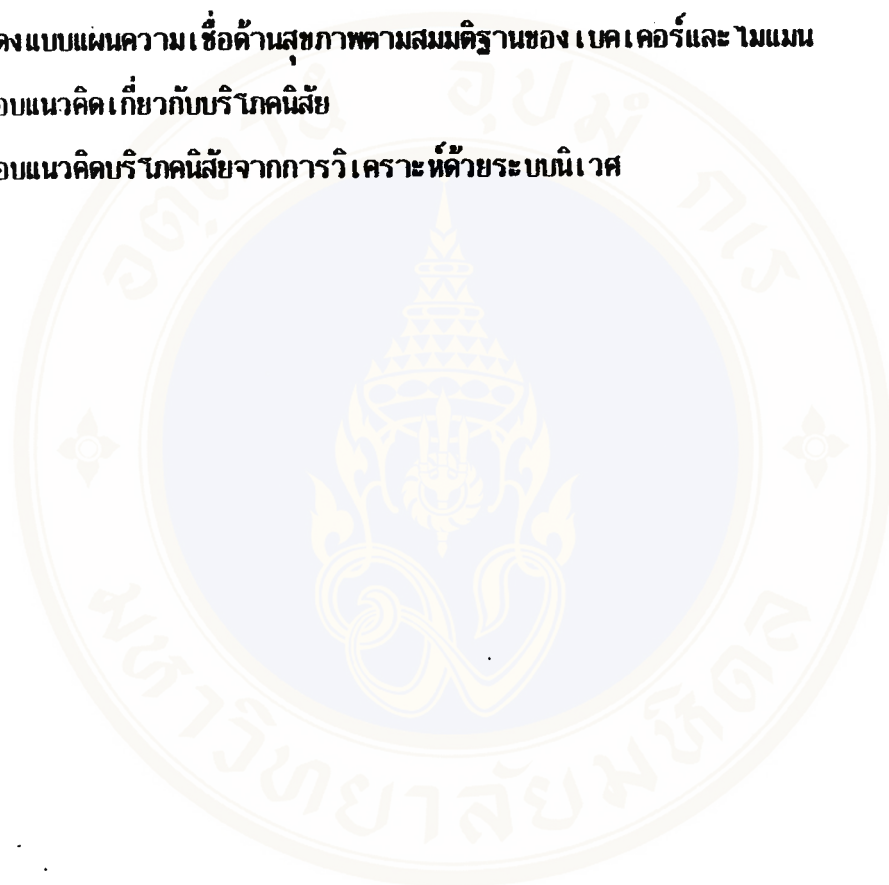
ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมจำแนกตามกลุ่มการรักษา	49
2	เปรียบเทียบจำนวนและค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรค	54
3	เปรียบเทียบจำนวนและค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ	55
4	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการเข้ารับบริการสาธารณสุข	56
5	เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการรับรู้ต่อบริการสาธารณสุข	58
6	เปรียบเทียบความเชื่อเรื่องประสิทธิภาพการรักษาของยาพาราซีควอนเทล	61
7	เปรียบเทียบความสนใจต่อการไปรับบริการตรวจจุงจาระ เพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ	62
8	เปรียบเทียบความถูกต้องต่อการทำบัตรตรวจจุงจาระ	63
9	เปรียบเทียบความสนใจรับฟังความรู้เรื่องโรค	64
10	จำนวนและร้อยละการมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคคลอื่น	65
11	เปรียบเทียบความความแตกต่างของการมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ	66
12	เปรียบเทียบการมีประสบการณ์ตรงต่อการเห็นบุคคลที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และมีประวัติชอบรับประทานปลาดิบ	68
13	เปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคปลาดิบหลังมีประสบการณ์แล้ว	69
14	จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	70
15	เปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	72
16	เปรียบเทียบความรู้ต่อโรคก่อนการบริโภคปลาดิบ	76
17	เปรียบเทียบความรู้สึกล้าหลังได้รับข่าวสาร	77
18	เปรียบเทียบการเป็นตัวอย่างต่อการเลิกรับประทานปลาดิบของบุคคลในครอบครัว	78
19	เปรียบเทียบความสนใจในการนำไปสนทนากับเพื่อนบ้าน	79
20	เปรียบเทียบความสนใจในการนำไปสนทนากับครอบครัว	80
21	เปรียบเทียบการบริโภคปลาดิบภายหลังการรักษาด้วยยา	81
22	จำนวนและร้อยละด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
23	เปรียบเทียบสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน	83
24	เปรียบเทียบการกำจัดเศษปลาที่ถูกต้อง	85
25	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมราดน้ำ	86
26	เปรียบเทียบการมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำ	87
27	ร้อยละของความเชื่อและ เหตุผลในเรื่องยาพาราซิควอนเทล	88
28	ร้อยละของ เหตุผลการบริโภคปลาดิบ	90
29	ร้อยละของสาเหตุการเลิกบริโภคปลาดิบและ เหตุผล	91
30	ร้อยละของ เหตุผลการกลับไปรับประทานปลาดิบภายหลังการรักษา	93
31	ร้อยละของบุคคลในครอบครัวที่ไม่รับประทานปลาดิบ	94
32	ร้อยละของบุคคลในครอบครัวที่รับประทานปลาดิบ	95
33	ร้อยละของการรับรู้ เรื่อง โรคจากสื่อ	96
34	ร้อยละของ เนื้อหาการสนทนา เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับในครอบครัว	97
35	ร้อยละของ เนื้อหาการสนทนา เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับในเพื่อนบ้าน	98
36	ร้อยละของบริโภคนิสัย	99

สารบัญแนกมึ

แนกมึที่	หน้า
1 แสดงแนบแนกความเชือด้านสุขภาพตามสมมตฐานของ เบคเคอร์และไมแมน	25
2 กรอบแนกคึคึเกี่ยวกับบริโภคนิสัย	35
3 กรอบแนกคึบริโภคนิสัยจากการวิเคราะห์ด้วยระบบนิเวศ	37



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) จัดได้ว่าเป็นโรคจากหนอนพยาธิที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ทั้งนี้จากการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคนี้ ได้มีการค้นพบโรคพยาธิใบไม้ตับในศพคนตายที่เชียงใหม่ปี พ.ศ.2454 Leiper (1) ต่อมาได้มีรายงานทางการแพทย์ว่าพบพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดต่าง ๆ มากขึ้นโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ รวมถึงในประเทศลาว Kere (2), Promas (3) สำหรับในประเทศไทยทางกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักเห็นความสำคัญว่าโรคนี้ น่าที่จะต้องรีบดำเนินการควบคุมและกำจัดให้หมดโดยเร็ว จึงได้มีการวางแผนงานสำรวจความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2495-2498 ทั่วประเทศโดยกองควบคุมโรคติดต่อกรมอนามัย พบว่า ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 6.3 ภาคกลาง ร้อยละ 0.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.4 ภาคใต้ ร้อยละ 0 โรคนี้พบมากในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างชัดเจน (4) ต่อมาในปี พ.ศ. 2500 ได้มีการสำรวจอีกครั้ง พบความชุกของโรคนี้คือ ภาคเหนือพบร้อยละ 10.6 ภาคกลาง ร้อยละ 0.3ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 29.8 ภาคใต้ ร้อยละ 0 โดย สุวัชร วัชรเสถียร และคณะ (5) ความสำคัญของปัญหายังคงอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีภาคเหนือมีความชุกเพิ่มมากขึ้น และในปีพ.ศ. 2524 โดยฝ่ายหนอนพยาธิ กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้ดำเนินการสำรวจอีกครั้ง ปรากฏผลคือ พบความชุกโรคนี้ในภาคเหนือ ร้อยละ 5.58 ภาคกลาง ร้อยละ 6.34 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 34.5ภาคใต้ ร้อยละ 0.01 สมพร พกขราช และคณะ (6) ในครั้งนี้พบว่า ภาคที่มีปัญหายังคงเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือแต่ภาคเหนือมีความชุกของโรคลดลง และที่น่าสังเกตคือภาคกลาง มีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมาก และเริ่มมีปรากฏในภาคใต้อีกด้วย แนวโน้มในข้อมูลในส่วนนี้ น่าจะมาจากการที่มีเส้นทางคมนาคมสะดวกจึงทำให้การอพยพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เข้าไปหารายได้ในภาคกลางภาคใต้มากขึ้น จึงนำพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบติดตามมาด้วย จึงทำให้ตรวจพบผู้ป่วยมากขึ้น

ในครั้งล่าสุด ปี 2534 ฝ่ายโรคหนองพยาธิ กองควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการสำรวจความชุกของโรคอีกครั้ง พบแนวโน้มของโรคทางระบาดวิทยา คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 22.82 ภาคกลาง ร้อยละ 7.32 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 24.01 ภาคใต้ ร้อยละ 0.32 (7) หากวิเคราะห์จะเห็นว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีความชุกสูงกว่าทุกภาค แต่มีจำนวนลดลงกว่าร้อยละ 10 จากการสำรวจในปี 2523-24 ทั้งนี้เพราะในช่วง พ.ศ. 2532-34 ได้มีโครงการรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ โดยในเนื้อหาของโครงการได้เน้นการให้ความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเฝ้าระวังโรคโดยการตรวจอูจจาระหาไข่พยาธิ การรักษาด้วยยา รวมถึงการเน้นให้ประชาชนเลิกบริโภคปลาดิบ ทำให้ประชาชนตื่นตัวเห็นความสำคัญปัญหา แต่ในภาคเหนือกลับเพิ่มความชุกของโรคอย่างมากมาย รวมถึงภาคกลางและใต้ ก็มีปัญหามากขึ้นเกี่ยวกับโรคนี้ ซึ่งก็คงมีผลจากการอพยพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไปทำงานในภาคกลางและใต้

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดทั้งประเทศจากการสำรวจในปี 2534 คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยทำงาน พบร้อยละ 41.71 โดยมีความรุนแรงของโรค คือ ตรวจพบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับในอูจจาระน้อยกว่า 1000 ใบ ต่ออูจจาระ 1 กรัม มีกว่าร้อยละ 86.6 ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งประเทศ ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบประชาชนที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับในอูจจาระน้อยกว่า 1000 ใบ คิดเป็นร้อยละ 89.0 และพบตั้งแต่ 1000-9990 ใบ ร้อยละ 11.3 (7)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มอายุที่พบความชุกมากที่สุด 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.16 และพบในจำนวนร้อยละใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-30) ตั้งแต่อายุ 15-60 ปี พบความชุกน้อยที่สุดในช่วงอายุ 0-4 ปี เท่ากับร้อยละ 1.18 จังหวัดที่พบมากคือจังหวัดสกลนคร (ร้อยละ 29.17) เลย (ร้อยละ 27.35) ชัยภูมิ (ร้อยละ 26.58), อุดรธานี (ร้อยละ 22.64) (7)

จากข้อมูลการสำรวจอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งการสำรวจในปี 2534 โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลทราบถึงปัญหาและแนวโน้มของโรคพยาธิใบไม้ตับที่

เริ่มมีการกระจายออกไปทุกภาคของประเทศมีประชากรที่เป็นโรคนี้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องแม้ในภาพรวมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภาคที่เป็นปัญหาตลอดจะมีจำนวนร้อยละของผู้ป่วยลดลงแต่โรคนี้กลับกระจายสู่ภาคอื่น ๆ และมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาที่รุนแรงขึ้น รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนงานรองควบคุมโรคหนองพยาธิ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 งานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักไว้ว่า ให้ลดอัตราความชุกชุมของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉลี่ยทั่วประเทศให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 โดยมีเป้าหมายเป็นรายภาค ดังนี้

- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดเหลือไม่เกิน ร้อยละ 20
- ภาคเหนือ, ภาคกลาง, ภาคตะวันออก ลดเหลือไม่เกิน ร้อยละ 5
- ภาคใต้จะต้องไม่พบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ (ยกเว้นรายที่มาจากภาคอื่น)

ทั้งนี้ให้ดำเนินการตรวจอูจจาระค้นหาผู้ป่วย ร้อยละ 30 ของประชากรต่อปี (ยกเว้นจังหวัดลพบุรี, สระบุรี, ปราจีนบุรี, นครนายก ตรวจอูจจาระ ร้อยละ 10 ของประชากรต่อปี) รักษาผู้ป่วยทุกรายที่พบใช้พยาธิในอูจจาระ และที่เป็นวัตถุประสงค์สอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนั้นคือ ให้ลดการกินอาหารปลาดิบในพื้นที่เป้าหมายให้เหลือไม่เกินร้อยละ 20 ของประชากรทุกกลุ่มอายุ (8)

โรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัญหาสาธารณสุขในภาคนี้มีปัจจัยที่ประกอบหลายประการโดยเฉพาะการที่ประชากรในภาคนี้มีรายได้เฉลี่ยไม่สูงมาก การมีลักษณะภูมิศาสตร์ทางสภาพดินที่ไม่สามารถเก็บน้ำไว้ใช้ในการเกษตรซึ่งเป็นอาชีพหลักได้นานพอ รัฐบาลจึงได้มีการสร้างแหล่งเก็บน้ำขนาดต่าง ๆ ขึ้นมาอย่างมากเช่น เขื่อนอุบลรัตน์, เขื่อนจุฬาภรณ์, ผาย, อ่างเก็บน้ำ และหนองน้ำขนาดใหญ่ที่อยู่ในธรรมชาติอยู่แล้ว เช่น หนองหาน ที่สกลนครและอุดรธานี

การที่มีแหล่งน้ำเพิ่มมากขึ้นนี้มีผลกระทบตามมาก็คือการแพร่กระจายพันธุ์ของหอยที่เป็นตัวกลางของวงจรพยาธิใบไม้ตับ ประกอบกับการจับปลาน้ำจืดจากแหล่งน้ำดังกล่าวของประชาชนมาบริโภค ทั้งนี้เพราะฐานะ เศรษฐกิจของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีระดับรายได้ที่ไม่สูง การจัดหาอาหารจากแหล่งที่มีอยู่ในธรรมชาติเป็นวิธีที่จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้อย่างมาก ซึ่งแหล่งโปรตีนราคาถูกที่หาได้ง่ายก็มาจากปลาน้ำจืดทุกชนิดที่อยู่ในแหล่งน้ำต่าง ๆ นั้นเอง อาทิเช่น

จาก เชื้อน, ผาย, อ่างเก็บน้ำหรือหนองน้ำขนาดใหญ่ที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ซึ่งปลาที่ถูกจับมาบริโภค
 นี้บางชนิดก็คือตัวกลางของโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเมื่อปลาจำนวนหนึ่งถูกนำไปบริโภคโดยประชาชน
 ที่ทำอาชีพประมงน้ำจืด ส่วนที่เหลือจากการบริโภคจะถูกนำไปจำหน่ายเป็นสินค้าต่อไป ไม่ว่าจะ
 เป็นในรูปปลาน้ำจืดโดยตรงหรือในรูปที่ได้ตัดแปลงเป็นปลาร้า, ปลาส้ม, ปลาหย่าง, ก้อยปลา,
 ลาบปลา เป็นต้น ซึ่งจะพบว่าคนอีสานนั้นมีพฤติกรรมชอบการบริโภคปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ โดย
 กระทำในรูปปลาร้าที่หมักไม่นานพอ, ส้มปลา, ก้อยปลาที่ไม่ปรุงให้สุกเพียงพอ แม้จะมีการเผยแพร่
 ความรู้ในความเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับหากบริโภคปลาดิบ ทางสื่อต่าง ๆ ของรัฐก็ตาม จาก
 การสำรวจตัวอย่างหมู่บ้าน 241 แห่ง ใน 17 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ช่วงเดือน
 กรกฎาคมถึงสิงหาคม 2533 ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา 6,117 ราย, ผู้ใหญ่ 6,662 ราย พบ
 ว่าอาหารที่เด็กนำไปโรงเรียนเพื่อเป็นอาหารกลางวัน เป็นอาหารที่อาจเป็นสาเหตุโรคนี้ร้อยละ
 8.9 คิดเฉลี่ย 1.4 ครั้ง/ราย/สัปดาห์ ที่บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ
 จังหวัดที่พบนักเรียนบริโภคอาหารที่เสี่ยงเป็นจำนวนมากคือจังหวัดศรีสะเกษ คือร้อยละ 27
 นครพนม ร้อยละ 19 แต่พบอัตราความถี่สูงสุดคือมหาสารคาม 2.1 ครั้ง/ราย อาหารที่นักเรียน
 เหล่านี้นำไปบริโภคคือปลาร้า ร้อยละ 47.7 ลาบปลา ร้อยละ 18 ส้มปลา ร้อยละ 15.7, ก้อย
 ปลา ร้อยละ 12.2 ปลาจ่อม ร้อยละ 6.5

สำหรับจังหวัดอุดรธานี จากการสุ่มในครัวเดียวกันจากเด็กนักเรียน 19 โรงเรียน
 18 หมู่บ้าน เป็นเด็กนักเรียน 363 คน ผู้ใหญ่ 432 คน พบว่า เด็กมีความถี่ในการรับประทาน
 อาหารที่เสี่ยง 1.1 ครั้ง/ราย/สัปดาห์ แม้พบว่าความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในเกณฑ์เข้า
 ได้คือ 6.3 คะแนน จาก 10 คะแนน (เฉลี่ยทั้งภาค 6.6คะแนน) และทัศนคติค่อนข้างดีคือ 9.5
 คะแนน จาก 12 คะแนน (เฉลี่ยทั้งภาค 10.3 คะแนน) ประภาศรี จงสุขสันติกุล และคณะ (9)
 ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีการรณรงค์ให้มีการสร้างส้วมราดน้ำในทูลหังคาเรือน โดย
 มีปริมาณทูลหังคาเรือนที่มีส้วมราดน้ำเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและมีหลายจังหวัดที่มีส้วมครบ 100% ตาม
 เกณฑ์ของกรมอนามัย เช่น ชัยนาท เลย สิงห์บุรีมุกดาหาร อุบลราชธานี หนองคายยโสธร ยะลา
 นครปฐม แต่ก็มีข้อประเด็นหลักที่จะทำให้มีการลดลงของโรคนี้ ทั้งนี้การมีส้วมครบทุกหลังคาเรือน
 มิได้หมายความว่ามีการใช้ส้วมทุกครั้ง ซึ่งความเป็นจริงในขณะนี้ยังปรากฏอยู่ว่าส้วมไม่ได้ถูกใช้ถ่าย
 ทุกครั้ง และทุกคน การเชื่อมต่อของวงจรกิจยจึงยังคงมีอย่างต่อเนื่องต่อไปนอกจากนี้ยังมีแหล่ง

โรคในธรรมชาติคือสุนัข และแมวที่เลี้ยงไว้ตามชุมชนเป็นรังโรคที่ดีของพยาธิในการถ่ายทอดโรคให้คนบางจร

แม้ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยาพาราซิควอนเทล ซึ่งได้มีการทดลองนำไปใช้รักษาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน โดยแยกการรักษาเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน แบ่งตามลักษณะจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระหนึ่งกรัม พบว่าได้มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยทั้งหมดขนาด $3 \times 25 \text{ mg/kg}$ น้ำหนักตัววัน 1 วัน แล้วนำมาตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ หลังให้ยารักษา 1 เดือน พบว่ามีประสิทธิภาพการรักษา 98.3% มีเพียงผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มมีไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุดเพียง 1 คน ที่ยังพบว่ามีไข่พยาธิอยู่ แต่จำนวนไข่พยาธิลดลงจาก 47,396 เป็น 1,776 ไข่ต่อจำนวนอุจจาระหนึ่งกรัม และเมื่อตรวจอุจจาระติดตามผลในระยะ 2,4,6,12 เดือน ก็พบว่าให้ผลการรักษา 100.0% จึงถือว่ายาพาราซิควอนเทลให้ผลการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงมาก Supanvanich, S. (10), Bunnag, D. (11)

จากการศึกษาด้านพยาธิสภาพของโรค พบว่าพยาธิใบไม้ตับที่เข้าไปอาศัยในท่อน้ำดี จะทำให้เกิดการระคายเคือง การอักเสบเรื้อรัง และการอุดตันของท่อน้ำดี มีผลต่อระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด เจ็บบริเวณตับ และลิ้นปี่ ตับโต ตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ที่มีความพยาธิอยู่ในร่างกายจำนวนมากในระดับรุนแรง อาจเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับได้ (18), (19)

แม้จะมีการจัดทำโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมาก เช่น โครงการรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ หรือการออกหน่วยเคลื่อนที่ให้การบำบัดรักษา จากการสำรวจพบว่าประชาชนมีความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น มีทัศนคติต่อโรคดีขึ้น แต่พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบยังคงเหมือนเดิม ถึงรายได้จะแตกต่างกัน แต่ก็ยังมีการบริโภคปลาดิบเหมือนกัน จากการศึกษาฐานะเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มหรือลดการเป็นโรคนี้ แต่ฐานะมีผลต่อการจัดหาส่วนรวมน้ำอุปนิสัยการกินปลาดิบ ๆ สุก ๆ ในอายุ 15-25 ปี จะมีการบริโภคถึงร้อยละ 50 และสูงขึ้นเรื่อยๆ

ในกลุ่มอายุสูงขึ้นไป จนถึง ร้อยละ 86.96 ในช่วงอายุท้าย ๆ ไพบูลย์ สิทธิถาวร และคณะ (12) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการควบคุมโรคนี้ในปัจจุบันมิได้อยู่ที่การค้นหาผู้ป่วยใหม่แล้ว แต่อยู่ที่การควบคุมมิให้เกิดผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ได้มีการทดลองในประชากร 3 หมู่บ้าน ในเขตชลประทานหนองหวาย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น พบอัตราการเป็นซ้ำเฉลี่ยร้อยละ 2.1 ต่อเดือน ในรายที่ได้รับการรักษาและได้รับการสอนสุขศึกษา ปรับปรุงสุขาภิบาลส่วนในกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว พบอัตรากลับเป็นซ้ำร้อยละ 5.4 ต่อเดือน พบเพศชายมีอัตราเป็นโรคสูงกว่าเพศหญิงผู้มีรายได้น้อยมากเป็นโรคมามากกว่าผู้มีรายได้น้อย และผู้มีประวัติกินปลาดิบ ๆ สุก ๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 10 เท่าของผู้ไม่มีประวัติ (13)

จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ภายใต้โครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ การบริการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในทุกอำเภอ ทั้งในรูปการให้บริการในสถานพยาบาลและออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในหมู่บ้าน โดยให้การบำบัดรักษาทุกรายที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ดังเช่นในปี 2534 ได้บริการตรวจอุจจาระทั้งสิ้น 375,155 ราย จากประชากร 1,835,196 คน คิดเป็นร้อยละ 20.4 ของประชากร จำนวนผู้พบพยาธิใบไม้ตับ 47,535 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.6 และในปี 2535 ตรวจอุจจาระทั้งสิ้น 392,055 ราย พบพยาธิใบไม้ตับ 32,845 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.51 โดยพบอำเภอที่มีพยาธิใบไม้ตับสูงสุดถึงร้อยละ 20.52 และต่ำสุด ร้อยละ 2.63 (14) ต่อมาในปี 2536 ได้มีการสำรวจความชุกโดยการตรวจอุจจาระเพื่อหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ TROPICAL HEALTH PROGRAM, QUEENSLAND INSTITUTE OF MEDICAL RESEARCH โดยการสนับสนุนทุนการสำรวจจากองค์การอนามัยโลกเพื่อร่วมกันพัฒนา (PLAN International) ได้ส่งตัวอย่างจากทุกอำเภอ 22 แห่ง จำนวน 5,007 ราย พบจำนวนผู้เป็นพยาธิใบไม้ตับ 1,996 ราย คิดเป็น ร้อยละ 39.9 โดยพบว่าอำเภอบ้านดุง มีจำนวนผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับสูงสุดถึงร้อยละ 65 และต่ำสุดคืออำเภอกุดจับ ร้อยละ 27.5 โดยพบความหนาแน่นเฉลี่ยของไข่พยาธิในอุจจาระ 1 กรัม เท่ากับ 160.14 ใบ พบความหนาแน่นสูงสุดคือ อำเภอเพ็ญ เท่ากับ 453 และต่ำสุดคือ อำเภอวังสามหมอ เท่ากับ 28 โดยพบเพศหญิง ตั้งแต่อายุ 25-60+ ปี มากกว่าเพศชาย ตั้งแต่ช่วงอายุ 15-24 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงส่วนค่าเฉลี่ยของจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ 1 กรัม พบค่าเฉลี่ยในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในช่วงอายุ 15-29 ปี ต่อจากนั้นเพศชายสูงกว่าและสูงสุดในเพศชายที่ช่วงอายุ 55-59 ปี

เช่นเดียวกับเพศหญิง โดย Dr. Elkins จะเห็นว่าค่าความชุกของโรคนี้ยังคงกลับสูงขึ้นมาอีก ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ที่เคยได้รับการรักษาไปแล้ว

ดังนั้นปัญหาในการป้องกันโรคนี้คือการค้นหาสาเหตุที่จะนำมาโน้มน้าวให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคปลาให้ได้ เพราะจากการสำรวจหลายครั้งพบว่า ระดับความรู้ และทัศนคติในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำไม่แตกต่างกันเลย มีสิ่งเดียวที่ต่างกันคือบริโภคนิสัย พรณทิพา แก้วมาตย์ (15) แต่การที่จะไปบังคับชาวบ้านให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำได้ยาก เพราะเป็นความเคยชินที่ปฏิบัติต่อเนื่องกันมานาน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้ควรเริ่มต้นจากความเข้าใจถึงความเชื่อ การรับรู้ และมูลฐานแห่งพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของกลุ่มประชากรเป้าหมายเสียก่อน โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมไปถึงการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตาม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) แรงจูงใจ (Motivation) เป็นต้น นอกจากนี้ความเชื่อในเรื่องบริโภคนิสัย ควรวิเคราะห์ว่า ทำไมบุคคลเหล่านี้จึงไม่สามารถลดเล็กรับประทานปลาได้ เป็นเพราะรสชาติอร่อยอย่างเดียวหรือเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในชุมชนด้วยและเกี่ยวข้องกับลักษณะใด เพราะสังคมชาวอีสานมักถือว่าก้อยปลาเป็นอาหารพิเศษเมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์ การลงแขก หรือต้อนรับบุคคลพิเศษ ทำให้การรับประทานก้อยปลาทำได้กระทำแต่ในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีรับประทานเป็นหมู่คณะในสังคมนอกด้วย เพื่อกระชับความสัมพันธ์ และการแสดงออกต่อไมตรีจิตซึ่งเป็นการแสดงออกถึงลักษณะในสังคมนิยมประเพณีที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร ไพรูรี่ มิกุศล (16) ความเชื่อที่ว่าอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด ก็สามารถฆ่าพยาธิได้แล้วเป็นความเชื่อที่ฝังลึกอยู่ในแนวคิดคนอีสาน ดังนั้นการปรุงอาหารให้สุกจึงไม่จำเป็นมากนัก แม้นิสัยการบริโภคจะเป็นเรื่องเปลี่ยนแปลงได้ยาก แต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างช้า ๆ เพราะมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัย ด้านสังคม, เศรษฐกิจ, อารมณ์, สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

จะเห็นว่า แม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้ดำเนินการควบคุมโรคนี้มานาน แต่ความชุกของโรคมิได้ลดลงตามเป้าหมายเลย ไม่ว่าจะใช้วิธีการเช่นไร เช่นการตรวจจุงจาระให้ครอบคลุมมากที่สุด, การคิดค้นยารักษาโรคที่ได้ประสิทธิภาพในการรักษาสูงมาก การรณรงค์สร้างส่วม

ราดน้ำ, การนำสื่อสุขศึกษาในทุกรูปแบบนำเสนอแก่ประชาชน การทุ่มเทเจ้าหน้าที่และ เวลาการปฏิบัติงานให้กับงานดังกล่าว สิ่งเหล่านี้ให้ผลทางรูปธรรมที่ชัดเจนในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และทัศนคติต่อโรคนี้อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ แต่ปัจจุบันในเรื่องการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นยังไม่เป็นตามที่คาดหวัง และเห็นผลชัดเจนขึ้นเมื่อมีผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางคนหรือบางกลุ่มที่พบใช้พยาธิใบไม้ตับซ้ำซากหลังการรักษาด้วยยาแล้วก็ตาม ซึ่งหากไม่มีมาตรการใดออกมาแก้ไขจุดนี้แล้วการทำงานอย่างหนักที่ผ่านมาหลายปีย่อมสูญเปล่า เกิดความท้อแท้ต่อผู้ปฏิบัติงานซึ่งจะมีผลต่อระบบงานส่วนรวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ซึ่งได้มีการรณรงค์ในเรื่องการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมาโดยตลอดนั้น ยังไม่สามารถแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเด็ดขาดได้จำนวนผู้ป่วยยังคงไม่ลดลง ดังนั้นการศึกษาถึงจำนวนที่ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำมีอย่างน้อยเพียงใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมบริโภคปลาดิบของบุคคลเหล่านี้ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้คำแนะนำและหากวิธีที่จะสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปที่ปลอดพยาธิใบไม้ตับอันจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบการควบคุมโรคนี้ในอนาคตต่อไป โอกาสที่โรคพยาธิใบไม้ตับจะถูกกำจัดไปได้โดยเร็วย่อมมีมากขึ้น ดังนั้นปัจจัยที่ชี้ขาดต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบันก็คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนิสัยของประชาชนโดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานียังไม่เคยมีการศึกษาในลักษณะของการหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนิสัยที่แตกต่างกันมาก่อน จึงเป็นเรื่องที่น่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบข้อแตกต่างของปัจจัยในการเกิดพฤติกรรมบริโภคปลาดิบในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยที่หายขาดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ
2. เพื่อศึกษาหาเหตุผลที่มีผลต่อการเลิกพฤติกรรมบริโภคปลาดิบในกลุ่มผู้ป่วยที่หายขาดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. เพื่อศึกษาหาเหตุผลต่อการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วย

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหายมีความรู้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ
2. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหายมีความเชื่อในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ
3. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหาย มีพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสาธารณสุขดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ
4. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหายมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ
5. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหายมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ
6. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหายมีสภาพแวดล้อมของครัวเรือนดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ

ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่ม	ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม
กลับเป็นซ้ำ	- ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ	บริโภคนิสัย
	- ความเชื่อเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ	บริโภคนิสัย
	- ประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ	"
รักษาหายขาด	- การรับรู้ต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	"
	- การยอมรับต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	"
	- สภาพแวดล้อมในครัวเรือน	"

นิยามตัวแปร

1. **ความรู้เรื่องโรค** หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ สาเหตุของโรค อาการของโรค ความรุนแรง การระบาดของโรค การเสี่ยงต่อโรค การป้องกัน การรักษา

2. **ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ความเชื่อเกี่ยวกับ อาหาร ความเชื่อต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกัน, รักษาโรค อุปสรรคในการปฏิบัติตน

3. **ประสบการณ์ตรงต่อโรค** หมายถึง การที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับรู้โดยการได้ยิน, ได้ เห็น ได้สัมผัสหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง เกี่ยวกับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือเสียชีวิต อันมี สาเหตุเกี่ยวเนื่องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยบุคคลผู้นั้น อาจเป็นบุคคลในครอบครัว, ในชุมชน เดียวกัน (เช่น เพื่อนบ้าน, คนในหมู่บ้าน) หรือมีสายสัมพันธ์กันทางสายโลหิต (เช่น บิดา, มารดา, น้อง), บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น ญาติฝ่ายสามี, ภรรยา ซึ่งอาจอยู่ในชุมชนเดียวกัน หรือ ไม่ก็ได้ โดยยังมีผลต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ว่ายังสามารถระลึกจำเหตุการณ์ดังกล่าวได้โดยอาจพบเหตุการณ์ ลักษณะนี้มากกว่า 1 ครั้งก็ได้

4. **การมีพฤติกรรมต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ** หมายถึง การที่บุคคลผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถรับรู้ต่อข่าวสารการให้บริการในการตรวจโรครักษาโรค พยาธิใบไม้ตับ สามารถรู้แหล่งที่ทำให้การตรวจ-รักษา, ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการเข้ารับ การบริการเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น การรับบริการตรวจจําเาะทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี, การ รับการรักษาด้วยยาครบตามขนาด, การเข้ารับการตรวจจําเาะตามเวลาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กำหนด และถูกหลักเกณฑ์การเข้ารับบริการ

5. **การปฏิบัติตามคำแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** หมายถึง การยอมรับและมีการ ปฏิบัติต่อคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น การไม่บริโภค ปลาดิบ, การตรวจจําเาะหาไข่พยาธิอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

6. **การรู้วิธีทันตรวจจําเาะที่ถูกต้อง** คือ การที่บุคคลนั้นทราบความหมายถึงการ บันทึกน้ำหนักของสิ่งที่ต้องการตรวจจําเาะว่าได้สัมพันธ์กับการให้ยาในการรักษาแก่ผู้ตรวจพบว่า เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและสามารถทักท้วงได้ เมื่อมีการผิดพลาดเกิดขึ้น

7. บริโภคนิสัยในคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหารได้แก่ชนิดของอาหารที่รับประทาน, การรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร, รับประทานอย่างไร, จำนวนมื้อที่รับประทานและอุปกรณ์ที่ใช้รวมทั้งสุขนิสัย ก่อนรับประทานอาหาร และขณะรับประทานอาหาร (52)

8. การกำจัดเศษปลาที่ถูกต้อง หมายถึง การนำเศษชิ้นส่วนปลาดิบที่เหลือจากการปรุงอาหารแล้วนำไปต้มให้สุกก่อนในสันทน์, แฉว หรือการผัด, เผา เพื่อทำลายโดยไม่นำไปให้สุนัข, แมวในขณะที่ยังดิบอยู่

9. ความสนใจนำอาจารย์ไปตรวจด้วยตนเอง คือ ความสนใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ในวันที่จะนำอาจารย์ไปรับการตรวจหาพยาธิด้วยตนเองที่หน่วยบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะหาให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ, ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านสื่อต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ได้

10. ปลาดิบ หมายถึง ปลาชนิดดิบที่ทำมาจากปลาชนิดที่มีเกล็ดที่เป็นปลาน้ำจืด พวกปลาตะเพียน, ปลาลูก, ปลาสเตอร์, ปลาชิวเล็ก, ปลาชิวใหญ่ โดยมีขบวนการปรุงอาหาร ถ้าเป็นปลาเล็ก เช่น ปลาชิว จะปรุงสด ๆ กับพริกขี้หนูคั่ว มะนาว, รังมดแดง เคล้าให้เข้ากันกินได้เลย ถ้าเป็นปลาใหญ่จะนำมาสับให้ละเอียดโขลกให้เข้ากับข้าวคั่ว, พริกบ่น, น้ำปลาร้า และกินได้เลย นอกจากนี้พวกสับปลา หมายถึงปลาชนิดต่าง ๆ เช่นปลาตะเพียน นำมาทำส้มเป็นตัว ๆ นอกจากนี้ยังมีส้มไข่ปลา ส้มปลาน้อย เป็นต้น ส่วนลาบปลาใช้วิธีลวกปลาที่สับแล้วแต่ไม่สุกเพียงแต่สุก ๆ ดิบ ๆ เท่านั้นนำมาทำลาบกินได้เลย และปลาร้าปกติเป็นอาหารประจำวันอยู่แล้วที่คนภาคอีสานกินดิบ ๆ อยู่ทุกวัน (22)

11. สภาพแวดล้อมในครัวเรือน หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิต เช่น บุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน สัตว์เลี้ยงประเภทสุนัข, แมว, รูปแบบการรับประทานอาหาร ลักษณะอิทธิพลและความสัมพันธ์ที่มีครอบครัว และสิ่งไม่มีชีวิต เช่น การมีหลุมหรือถังกำจัดขยะ ที่ตั้งของบ้านใกล้แหล่งน้ำหรือไม่

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย สาเหตุและพยาธิสภาพของโรค

ส่วนที่ 2 การระบาดของโรค และการรักษาโรค

ส่วนที่ 3 การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ลักษณะทางสังคม ประเพณี ค่านิยมในการบริโภคอาหารของคนไทยใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ส่วนที่ 6 บริโชนิสัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 1 โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย สาเหตุ และการระบาดของโรค

วงการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย ได้รับทราบเป็นครั้งแรกที่พบพยาธิใบไม้ตับในผู้ป่วยรายหนึ่งที่เชียงใหม่ ต่อมาก็มีการพบผู้ป่วยกระจายออกไปทั่วประเทศโดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะพบว่ามียอดการป่วยสูงที่สุดกว่าทุกภาค ในปี 2500 คณะเวชศาสตร์เขตร้อนได้สำรวจพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 29.8 พบในจังหวัดกาฬสินธุ์มากที่สุดร้อยละ 87.7 จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 79.8 และจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 72 ในภาคเหนือพบร้อยละ 10.3 โดยพบที่จังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด ร้อยละ 20.5 และจังหวัดน่าน ร้อยละ 19.9 (5) ในระหว่างปี 2523-2524 ฝ่ายหนอนพยาธิ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้สำรวจหาความชุกของพยาธิใบไม้ตับผู้ถือครั้งแรก ได้ตรวจจุงจาระประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 จังหวัด 14,582 คน พบพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดที่จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 69.87 ชัยภูมิ ร้อยละ 62.75 มหาสารคาม ร้อยละ 40.95 เลย ร้อยละ 21.9 สุรินทร์ ร้อยละ 11.5 อุบลราชธานี ร้อยละ 8.94 และนครราชสีมา ร้อยละ 8.01 สมพร พกษราช และคณะ (6)

หากจะนำข้อมูลที่พบอัตราการป่วยเป็นพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดอุดรธานี มามองในภาพรวมที่ผ่านมา จังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีโครงการรณรงค์การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งนี้ เนื่องจากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสูงมาก ซึ่งจากรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการพบพยาธิใบไม้ตับลดลงจากการสำรวจโดยเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล Harinasuta and Vajrosthira (18) พบร้อยละ 80.9 ของผู้มารับการตรวจอุจจาระในจังหวัดอุดรธานี และจากข้อมูลการตรวจอุจจาระในปี 2532-2533 จำนวน 310,870 คน พบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.52 ในปี 2534 จำนวนผู้มารับบริการตรวจอุจจาระ 461,652 คน พบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 11.76 และในปี 2535 มีผู้มารับบริการตรวจอุจจาระ 392,055 คน พบพยาธิใบไม้ตับ 8.51 ซึ่งการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับได้กระทำในทุกอำเภอ แม้จะพบผู้เป็นพยาธิใบไม้ตับน้อยลง แต่ตัวเลขดังกล่าวเราไม่ทราบว่าเป็นประชากรกลุ่มเดิม ที่เคยมารับบริการทุกครั้งหรือไม่ หากเป็นกลุ่มเดิมโอกาสที่จะพบไข่พยาธิใบไม้ตับอีกก็น้อย เพราะเคยได้รับยากำจัดพยาธิใบแล้ว และกลุ่มที่ไม่เคยมาก็ยังคงไม่มาตรวจ ทำให้อัตราการลดลงของผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับอย่างรวดเร็ว และพฤติกรรมของประชาชนในการบริโภคปลาดิบ ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงมาก เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาและมูลเหตุจูงใจหลายประการ ดังนั้น การมองปัญหาที่ประเด็นการมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบในปัจจุบันของจังหวัดอุดรธานีมีน้อยเพียงใด และมูลเหตุจูงใจอยู่ที่จุดใด ก็จะทำให้เกิดผลในการควบคุมโรคอย่างแท้จริงมากขึ้นแทนที่จะมองเฉพาะอัตราการป่วยอย่างเดียว

นอกจากนี้สาเหตุที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือประเทศไทย อาชีพ เกษตรกรรม เป็นอาชีพหลัก ซึ่งจะต้องมีการขยายและปรับปรุงพื้นที่ เพื่อเพิ่มผลผลิตให้มากขึ้น ซึ่งกลวิธีหนึ่งที่รัฐบาลได้กระทำคือการพัฒนาแหล่งน้ำ โดยสร้างแหล่งน้ำทั้งขนาดใหญ่ และ เล็ก กระจายอยู่ทั่วไป ซึ่งเกิดปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายของ แหล่งที่อยู่ของหอย และปลาน้ำจืด ซึ่งเป็นพาหะนำโรคพยาธิใบไม้ตับให้ครบวงจร ได้มีการศึกษาผลกระทบของโครงการ ลักษณะนี้โดยศึกษาโครงการพัฒนาแหล่งน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การพัฒนาแหล่งน้ำทำให้มีแหล่ง เพาะพันธุ์หอยและปลา มากขึ้น เป็นผลให้ประชาชนรอบแหล่งน้ำเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้นด้วย ซึ่งได้ศึกษาโดยคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และยังพบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณที่ได้รับน้ำจากชลประทานหนองหวายของโครงการน้ำพองนานกว่า 5 ปี มีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าประชาชนที่อยู่ในเขตน้อยกว่า 5 ปี (21)

สาเหตุของโรค

โรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากพยาธิใบไม้ตับซึ่งอาศัยอยู่ในท่อหรือทางเดินน้ำดีในตับ และถุงน้ำดี บกติเราพบพยาธิใบไม้ตับที่ทำให้เกิดโรคในคน พบได้ทั่วโลก 4 ชนิด

1. *Clonorchis sinensis* พบมากในตะวันออกไกล คือ จีนแผ่นดินใหญ่ ญี่ปุ่น เกาหลี
2. *Opisthorchis felinus* พบมากทางประเทศแถบตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ของยุโรป
3. *Opisthorchis viverrini* พบมากในไทย ลาว
4. *Fasciola hepatica* พบในแพะ แกะ วัว ควาย พบได้บางครั้งในคนที่ สหรัฐอเมริกา อเมริกาใต้ ยุโรป

สำหรับในประเทศไทย พบชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งทำให้เกิดโรคในคนที่เรียกว่า Opisthorchiasis พบมากในประชาชนทุกจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และบางจังหวัดในภาคเหนือ และภาคกลาง ส่วนภาคใต้พบส่วนน้อย พบในประชาชนที่ชอบรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยปลาในตระกูล cyprinoid ดิบๆ ประชาชนที่เป็นในภาคกลางและภาคใต้ส่วนมากมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ายังมีแมว และสุนัข เป็น reservoir host (23) อีกด้วย พยาธิใบไม้ตับมีการจำแนกได้ดังนี้

Phylum	Platyhelminthes
Class	Trematoda
Order	Prosostomata
Suborder	Distomata
Superfamily	Opisthorchioidae
Family	Opisthorchiidae
Genus	Opisthorchis Y
Species	Viverrini (24)

ตัวแก่ของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ขณะมีชีวิตอยู่จะมีสีแดงแกมน้ำตาล มีรูปร่างเรียวยาวแบนพญ้า หรือใบหอก อาศัยอยู่ในท่อทางเดินของน้ำดีในตับ ในไทย

พบมากในถ้ำน้ำตึก ในรายที่พบมาก ๆ จะพบในถ้ำน้ำตึก ตัวแก่มีขนาดยาว 5.5-9.5 มม. (เฉลี่ย 7.4 มม.) และกว้าง 0.7-1.6 มม. (เฉลี่ย 1.4 มม.) ลักษณะสำคัญคือรูปร่างเรียวยาวเล็ก และอัณฑะ (Testis) มีลักษณะเป็น พู (lobe) 4 พูติดกัน ไข่มุกรูปร่างรีออกสู่ภายนอกไฮสตร โดยออกมาทางเดินท่อน้ำดีสู่ลำไส้ และออกสู่ภายนอกพร้อมมอจุจาระ ไข่มุกรูปร่างพิเศษคือมีรูปร่างคล้ายหลอดไฟ หรือหม้อหนึ่งข้างเหนียว ทางภาคอีสาน มีฝาปิด (operculum) และด้านล่างของไข่มุกรูปร่าง (knob) ยื่นออกมา ไข่มุกรูปร่าง 26 x 13 ไมครอน ภายในไข่มุกรูปร่าง เรียกว่า ไมราซีเดียม (Miracidium) เรียบร้อยแล้ว เมื่อออกมาพร้อมมอจุจาระ ไข่มุกรูปร่างจะต้องลงสู่พื้นน้ำมิฉะนั้นจะไม่เจริญต่อไป (23) โดยไข่มุกรูปร่าง 3,160 ใบต่อวัน จะถูกผลิตออกมาจากพยาธิตัวแก่ 1 ตัว แต่ถ้าในตัวมีพยาธิมากไข่มุกรูปร่างก็จะลดลงได้ (25), (26) เมื่อไข่มุกรูปร่างจะถูกหอยน้ำจืดชนิดหนึ่งกินเข้าไปโดยหอยที่เป็นพาหะนำโรคคือ หอย *Bithynia Sp.* มี 3 ชนิดคือ

1. *B. goniomphalus*
2. *B. levis*
3. *B. funiculata* (27)

โดยหอยชนิดนี้อาศัยตามนาข้าว, คลอง, ริมฝั่งน้ำที่เก็บกักน้ำ ที่เป็นดินทรายปนโคลน อุณหภูมิ 25-28° (ระดับน้ำลึกไม่เกิน 50 ซม. น้ำไหลช้า) พืชที่อาศัยของหอยเช่น หญ้า เหลือง, ผักตบชวา, จอกหูหนู, สาหร่าย, แพงพวยน้ำ โดยมีตัวแก่ของหอยมีอายุยาวเป็นพิเศษถึงสองปี สามารถพบได้ตลอดปี ตัวอ่อนจะพบในช่วงกลางฤดูฝน จนถึงปลายฤดูหนาว (มิ.ย.-ก.พ.) เพิ่มพันธุ์แบบหนึ่งออกไข่มุกรูปร่างเดียว (one breeding peak) หลังจากพักเป็นตัวแล้วตัวอ่อนจะเจริญอย่างรวดเร็ว ภายใน 6 เดือนก็เป็นตัวแก่สภาพน้ำธรรมชาติที่หอยชนิดนี้อยู่ในน้ำ PH 6.9 - 7.1 ความกระด้างไม่น้อยกว่า 150 mg/l ของ CaCO₃ มีองค์ประกอบของ Ca:Mg = 1:1.9-1:3.5 อัตราการเจริญในท้องนา 2 มม. ต่อ 2 สัปดาห์ ในอุณหภูมิ 90 c หอยตายใน 5 นาที ถ้า 35 c หอยอยู่ได้เกิน 30 นาที ความเข้มข้น 5% NaCl หอยตายใน 120 ซม. ใน 30% NaCl หอยตายใน 18 ซม. PH ต่ำกว่า 4 หรือ เกิน 10 อัตราตายเพิ่มขึ้น PH 2 หรือ PH 12 หอยตายหมดใน 3 ซม. ศัตรูธรรมชาติ หนูและเป็ด อาหารที่ชอบกินคือ ไดอะตอม ชนิด Navicular SP* ไผ่ศาล อิมแพนธ์ และคณะ (28)

เมื่อตัวอ่อนระยะแรก *Miracidium* ออกจากไข่จะไประบบทางเดินอาหารของหอย และไชผ่านเข้าไปใน *Hemplymph Sporocyst* และ *Rediae* ตามลำดับ เมื่อเจริญถึงระยะที่ 4 คือ *Cercariae* ซึ่งต่อมาจะไชผ่านหอยออกมา รวมระยะเวลาอยู่ในหอย 1 เดือน (29)

ระยะ *Cercariae*

Cercariae ของ *O. viverrini* จัดอยู่พวก *Occulate Pleurocercous* ลำตัวเฉลี่ย $154 * 75$ ไมครอนมี Spine เล็ก ๆ ทั่วตัว มี Sensory Hairs ข้างละ 10 เส้น มีตา 1 คู่ อยู่ใต้ Oral Sucker ทางขวา เฉลี่ย 392 ไมครอน มีครีบยาวตลอดปลายหางปกติ ว่ายน้ำว่องไวมากขณะพัก *Cercariae* จะรูปร่างคล้ายกล้องยาสูบ และแขนตัวเองบนผิวน้ำ และห้อยหัวลง มี flame cell pattern $2 (3+3)+(3+3+3)$ Wykoff (29)

ตัวกลางระยะสองคือ ปลาเกล็ดขนาดเล็ก (Cyprinoid fish) เช่น ปลาแม่สะแต้ง ปลาขาว ปลาดตะเพียน ปลาสวาย โดย *cercariae* จะไชผ่านผิวของปลาบริเวณใต้เกล็ดเข้าไปในกล้ามเนื้อใช้เวลา 21 วัน ก็เกิดตัวอ่อนระยะที่ 5 คือ *metacercariae* โดยใช้เวลา 21 วัน เป็นระยะติดต่อ(29) จากการวิจัยพบว่ามี *metacercariae* มากที่สุดที่บริเวณกล้ามเนื้อลำตัว แต่ถ้าใช้ย่อยด้วย pepsin A และกรองด้วยตะแกรงปั่นแยกออกมาพบว่า บริเวณที่มีการกระจายของ *metacercariae* มากที่สุดของปลา 4 ชนิดคือ ปลานิล 37.22 % ปลาน้อย 32.50 % ปลากระสูบ 41.18 % ปลาแก้มช้ำ 21.71 % แต่ถ้าเทียบโดยน้ำหนัก 1 กรัม ความหนาแน่นที่พบมากที่สุดที่ส่วนหางและกล้ามเนื้อหาง คือ ปลานิล 3.27 ± 2.08 ตัว ปลาน้อย 16.50 ± 5.24 ตัว ปลากระสูบ 1.87 ± 0.96 ตัวปลาแก้มช้ำ 1.13 ± 0.5 ตัว ที่ส่วนหางของปลา จะเป็นส่วนที่ปลาใช้พักผ่อนในการทรงตัวและว่ายน้ำ และส่วนหางจะมีการสูบน้ำผ่านเหงือกเพื่อการหายใจอยู่ตลอดเวลาทำให้เกิดกระแสน้ำ ซึ่งกระตุ้นให้ *cercariae* ว่ายน้ำเข้าไปหา และเกาะไชและสลัดหางออกเข้าไป encyst เป็น *metacercariae* ในบริเวณนั้น (SMYTH, 1966) ฉะนั้นจึงพบ *metacercariae* จากบริเวณดังกล่าว (30) จากการนำปลาท้องถิ่นต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาตรวจ พบว่าปลาจาก อุดรธานี สกลนคร นครพนม กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ขอนแก่น มีอัตราการติดเชื้อพยาธิตามธรรมชาติ เฉลี่ย 35.7 % ปลาแต่ละตัวมีจำนวน *metacercariae* เฉลี่ย 8.7 cyste ปลาที่พบมีอัตราการติดเชื้อพยาธิค่อนข้างสูง คือ

ปลาแม่สะแดง (Cyclocheilichthys' apason) และปลาตะเพียนทราย (Puntirs leiacanthus) (31).

Metacercariae

Metacercariae เป็นตัวอ่อนระยะที่ 5 พยาธิขดอยู่ใน cyst รูปร่างขนาด 200×167 ไมครอน โดยอยู่ในรูปตัว c และเคลื่อนไหวตลอดเวลาถ้าอยู่ในอุณหภูมิห้อง cyst มีผนังสองชั้น ด้านนอกหนา 3-8 ไมครอน ผนังด้านในบางมากสังเกตเห็นยากจนกว่าจะออกมาจาก cyst ลักษณะสำคัญคือ มี granules สีน้ำตาลปนเหลืองกระจายอยู่ทั่วไป เมื่อดูด้วยกล้อง Dissecting microscope จะเห็น excretory bladder เป็นรูปไข่สีค่อนข้างดำ ชัดเจน flame cell pattern $2(3+3)+(3+3+3)$ (32).

Metacercaria ที่อยู่ใน cyst ในเนื้อปลาเก็บที่ $4-8^{\circ}\text{C}$ นาน 7 วัน เมื่อแกะออกจากเนื้อปลาแล้ว สามารถมีชีวิตอยู่ในอุณหภูมิห้องได้นาน 14 วัน (33) สามารถทนน้ำเกลือเข้มข้นได้ ขนาด 6.8 % นาน 48 ชม. ถึงแม้ยังไม่ตาย แต่สามารถติดต่อดีอีก (33) ในน้ำเกลือปกติ 5 % อยู่ได้นาน 10 วัน น้ำส้มสายชูอยู่ได้ 1 ชม. (33) เมื่อคนหรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมได้รับเชื้อโดยกิน metacercariae ในปลาไม่สุกซึ่ง cyst จะถูกปล่อยในกระเพาะอาหาร ตัวอ่อนจะคลานจาก cyst เข้าไปที่เปิดของน้ำดีโดยใช้ Sucker เคลื่อนที่ด้านการไหลของน้ำดี เข้าตับและเคลื่อนไปจนถึงส่วนปลายสุดของท่อน้ำดีและอาศัยอยู่ที่นั่น (28)

จากการศึกษาของ จิตรา ไวคกุล พบว่า เมตาเซอร์คาเรีย ของพยาธิใบไม้ตับ สามารถมีชีวิตอยู่ในน้ำมะนาวร้อยละ 4 เป็นเวลา $1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง และอยู่ในอุณหภูมิ 70 ช และ 80 ช เป็นเวลา 30 นาที และ 15 นาที ตามลำดับ แต่ถ้าเก็บไว้ในอุณหภูมิห้องคือ 25-30 ช จะอยู่ได้นาน 14 วัน และถ้าเก็บที่ -11°C อยู่ได้นาน 2 ชั่วโมง พบว่าน้ำมะนาวและน้ำปลามีอิทธิพลในการลดจำนวนตัวแก่พยาธิใบไม้ตับและระยะพักตัวของพยาธิใบไม้ตับจะสั้นกว่าเครื่องปรุงอื่น ๆ (พริกป่นและบีบมะนาว) น้ำปลาจะมีผลทำให้เกิดการติดโรคพยาธิใบไม้ตับน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับพริกป่นและมะนาวในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงและน้ำปลามีผลทำให้ เมตาเซอร์คาเรีย เจริญเป็นตัวแก่เร็วขึ้นคือใช้เวลาในการเจริญสั้นลง (34)

อาการของโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผู้ที่พยาธิชนิดนี้ไม่มากส่วนใหญ่จะไม่มีอาการของโรคชัดเจน อาการที่พบบ่อยคือ มีไข้ เป็นประจำ อุจจาระร่วง บวม ตัวเหลือง (25) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีพยาธิ และไม่มีพยาธิ ไม่แตกต่างด้านอาการทั่ว ๆ ไป และการตรวจเลือดทางชีวเคมีเพื่อการทำงานของตับ Harinasuta and Vajrasthira (35) และ Asvanich (36) แบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. Symptomless carrier พวกนี้มีพยาธิในร่างกายน้อย มีไข่พยาธิปนออกมามัน อุจจาระต่ำกว่า 1,000 ใบต่อ 1 ml ของอุจจาระที่แข็งมักไม่มีอาการเจ็บป่วยให้เห็น แต่สามารถแพร่โรคได้

2. Mild to moderate case พวกนี้มีพยาธิอยู่ในตับปานกลาง มีไข่พยาธิออกมามัน อุจจาระ 1,000 ถึง 30,000 ใบต่อ 1 ml อาการคือ อุจจาระร่วง ท้องอืด เจ็บบริเวณตับ ตัวเหลือง มีไข้ประจำ

3. Severe หรือ Advance case พวกนี้มีไข่พยาธิมากกว่า 30,000 ใบต่อ อุจจาระ 1 ml มีอาการเกิดการอุดตันท่อน้ำดี ตัวเหลืองมาก ตับโต ถุงน้ำดีขยายใหญ่จนคลำได้ ทดสอบทางชีวเคมีของตับจะพบว่าผิดปกติ

การที่พยาธิอุดตันท่อน้ำดีจะเกิดอาการผิดปกติ เช่น น้ำดีคั่ง ท่อน้ำดีขยายตัวเซลล์ของ ท่อน้ำดีจะหลั่ง mucin มากขึ้น แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลง adenomatous tissue หรือ connective tissue หรือ ติดเชื้อทำให้ท่อน้ำดีอักเสบ Punyagupta (37) นอกจากนี้การอุดตันอาจเกิดน้ำดี wiled (38) retention cyst ของตับและ hydrop of gall bladder Ujgin (39), Viranuvatti (40), Evabs (41), Dhiansiri (42) ในที่สุดเกิดเป็นมะเร็ง ท่อน้ำดีได้

การศึกษาสภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย พบว่าประสิทธิภาพการดูดซึมของวิตามิน B₁₂ ของ ล่าไส้ลดลงกว่าปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาคุมกำเนิดชนิดกินหรือฉีดจะไม่มีผลทางพยาธิสภาพ Chulacharit (43), Grossman (44), (45)

ส่วนที่ 2 การระบาดของโรคและการรักษาโรค

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรค

โรคพยาธิใบไม้ตับพบมีอัตราการเป็นโรคสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากองค์ประกอบบางอย่างซึ่งเอื้อต่อการเกิดโรคได้แก่

1. นิสัยชอบถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดิน

ประชาชนชนบทในภาคพื้นเอเชีย ทั้งจีน ญี่ปุ่น ลาว ไทย มีนิสัยชอบถ่ายอุจจาระลงบนพื้นดิน ไม่นิยมใช้ส้วม นอกจากนี้คนจีนและญี่ปุ่นยังนิยมกองอุจจาระไว้เพื่อใช้เป็นปุ๋ยอีกด้วย การกระทำเช่นนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับดำเนินต่อไปได้ เพราะไข่พยาธิจะมีชีวิตอยู่ได้นาน 3-5 สัปดาห์ ในอุณหภูมิธรรมดา เมื่อฝนตกไข่พยาธิจะถูกชะลงน้ำ หอยน้ำจืดจะกินเข้าไปทำให้วงจรชีวิตดำเนินต่อไป ปรากฏกรณีเช่นนี้พบได้ในเขตลุ่มน้ำ เช่นในทางตั้ง ประชาชนเมื่ออาชีพปลูกต้นหอมอ่อน เลียงไหม รอบ ๆ บ้านของประชาชนเหล่านี้มีคูล้อมรอบ เพื่อใช้น้ำในครูดต้นหอมอ่อนและใช้อุจจาระทำปุ๋ย ในคูมีหอยน้ำจืด และปลาน้ำจืดชุกชุม เมื่อใช้น้ำในครูดต้นหอมอ่อน หรือเมื่อฝนตกน้ำจะชะเอาไข่พยาธิ ลงไปในคู ไข่จะถูกหอยกินเข้าไปและเจริญเป็นระยะต่างๆ จนเป็นเชอร์คาเรีย แล้วออกจากหอยไซเข้าไปในปลา เจริญต่อไปจนเป็นเมตาเชอร์คาเรีย เมื่อคนจับปลาไปรับประทานโดยไม่ได้ทำให้พยาธิตายก่อนก็จะ เป็นโรคและทำให้วงจรชีวิตของพยาธิดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยก็เช่นเดียวกัน ชาวชนบทจำนวนมากไม่นิยมถ่ายอุจจาระตามใจชอบ ถึงแม้ว่าในบ้านจะมีส้วมก็ไม่ได้ถ่ายลงส้วมเสมอไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเคยชินในการถ่ายอุจจาระตามใจชอบ หรือความจำเป็นตามสถานการณ์ เช่น ถ่ายในพุ่มไม้ หรือชายป่า ข้างบ้าน หรือตามริมหนองน้ำ ทำให้รู้สึกเย็นสบายและสะดวกดีก็เลยทำตามที่เคยปฏิบัติซึ่งผลที่ตามมาจะทำให้พยาธิมีโอกาสแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้

2. สภาพแวดล้อมในแหล่งที่เป็นโรคมีหนองน้ำ ซึ่งเป็นที่อาศัยของตัวกลางนำโรค เช่น หอย และปลาชนิดต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้พยาธิใบไม้ตับสามารถเจริญเติบโต เพิ่มจำนวนและมีวงจรชีวิตสมบูรณ์ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อม เช่นการสร้างเขื่อน ฝายน้ำ เพื่อผลิต

ทางการเกษตร อาจทำให้อัตราการเป็นโรคงูขี้เหืองหรือเพิ่มได้ ทั้งนี้เพราะเป็นการเพิ่มแหล่งน้ำทำให้เหมาะแก่การเจริญ และแพร่พันธุ์ของตัวกลางนำโรค (หอยและปลา) โดยเฉพาะในแหล่งที่มีโรคนี้

3. สถานภาพทางสังคมและ เศรษฐกิจ

ประชากรส่วนมากที่อยู่ในแหล่งที่มีโรคชุกชุม ประกอบอาชีพการเกษตร ใช้แรงงานธรรมดาผลิตผลต่ำ ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ และถ้าดินฟ้าอากาศไม่เอื้ออำนวยผลผลิตยิ่งลดน้อยลง ทำให้สภาพทาง เศรษฐกิจตกต่ำ เศรษฐกิจเพื่อยังชีพ ตลอดจนความยากจนเป็นเงื่อนไข กำหนดบริโภคนิสัยของคนอีสาน การเลือกอาหารที่หาง่าย ไม่ต้องซื้อหรือราคาไม่แพง กรรมวิธีการปรุงแบบง่าย ๆ แต่ได้รสชาติ อีกทั้งเก็บรักษาได้นาน เหล่านี้เป็นแบบแผนการกินที่สอดคล้องกับภาวะวิสัยการดำรงชีวิต อาหารที่ปรุงรสจัด ช่วยให้กินข้าวได้มาก กินกับข้าวแต่น้อยเพียงจิ้มแต่น้อย ๆ เช่นนี้ทำให้ช่วยประหยัดสอดคล้องกับสภาพความยากจนของครอบครัว ที่ไม่สามารถหาอาหารดี ๆ มากินได้ต้องจับปลาในแหล่งน้ำตามธรรมชาติมากิน ปลาตัวใหญ่จับได้ชาวบ้านจะเอาไปขายที่ตลาด ปลาตัวเล็กเอาเก็บไว้กิน ปลาตัวเล็กเป็นปลาที่มีพยาธิใบไม้ตับมาก ประกอบกับความเคยชินในการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก จึงทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับกันมาก ซึ่งเป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่ชาวบ้านอีสานไม่มีทางเลือกมากนัก นอกจากนี้ประชาชนอาจจะขาดความรู้เรื่องอันตรายของโรคหรือมีความรู้แต่ไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรคที่จะมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตในอนาคต จึงทำให้ไม่ได้ป้องกันโรค และเมื่อเป็นแล้วก็ไม่ได้รับการรักษา ทำให้เกิดโรคอยู่เรื่อยไป

4. มีสัตว์กักตุนโรค

สัตว์ที่พบว่าเป็นตัวกักตุนโรคพยาธิใบไม้ตับ คือสุนัข แมว และสัตว์ต่าง ๆ ที่อยู่ในตระกูลเดียวกับแมวและสุนัข เช่น เสือ เสือปลา สุนัขจิ้งจอก เป็นต้น ในหมู่บ้านบริเวณลุ่มน้ำอนกา แมว และสุนัขเป็นโรคนี้ถึงร้อยละ 11.8 และ 7.7 ตามลำดับ ในเงินทางตอนเหนือบริเวณโขง อัตราการพบโรคในสุนัขสูงถึงร้อยละ 25 และในแมวสูงถึงร้อยละ 37 แต่อัตราการพบโรคในคนน้อยมากเพียงร้อยละ 0.38 ตรงกันข้ามกับที่เมืองกวางตุ้ง อัตราการพบโรคในแมวและสุนัขต่ำแต่ในหมู่พลเมืองกลับพบว่าสูง และในการศึกษาของไวคอฟและคณะพบว่าสุนัขและแมวมีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับใกล้เคียงกับคน Wykoff (25) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจรายงานว่าได้ตรวจพบพยาธิชนิดนี้ในสุนัขร้อยละ 50 และในแมวร้อยละ 30 เกือบทุกบ้านใน

ท้องถิ่นชนบทจะเลี้ยงสุนัขไว้ และเมื่อชาวบ้านนำปลาสดมาทำเป็นอาหาร ส่วนที่เป็นเกล็ด หัวปลา และก้างจะโยนทิ้งให้สุนัขและแมวกิน ดังนั้นสัตว์ดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนเป็นรังเกิดโรคเพื่อแพร่กระจายมาสู่คน (46)

5. จำนวนไข่พยาธิที่ขับออกมาจำนวนมาก

จากการศึกษา พบว่าพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ตัวหนึ่งสามารถวางไข่ได้ 2,000-4,000 ฟองต่อวัน ดังนั้นถ้าในพื้ที่ๆ มีคนหรือมีสุนัขและแมว ซึ่งมีพยาธิและมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะทำให้พยาธิใบไม้ตับแพร่กระจายได้สูง

การรักษา

จากการศึกษาของ สันต์ศิริ ศรีมณี ที่เขตชลประทานหนองหวาย จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2524-2525 โดยการให้ยาพาราซิควอนเทล ขนาด 40 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพียงครั้งเดียวแก่ประชาชนที่ตรวจจําจําโรคพบไข่พยาธิใบไม้ตับและกระตุ้นให้ประชาชนมีความรู้สึกอยากจะพัฒนาหมู่บ้านตนเอง โดยเน้นการปรับปรุงสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม โดยการสร้างส้วมและร่องเก็บน้ำฝนราคาถูกลง นอกจากนี้ยังให้สุศึกษาแก่ประชาชนโดยผ่านกรรมการหมู่บ้านและกลุ่มแม่บ้านเป็นระยะๆ ผลการวิจัยในระยะ เวลา 1 ปี พบว่า หมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนามีประชาชน 942 คน ก่อนการพัฒนามีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 61.2 หลังจากให้การรักษาแล้ว 1 เดือน พบว่าอัตราการหายขาดร้อยละ 99.1 สำหรับหมู่บ้านเปรียบเทียบซึ่งให้ยาเพียงอย่างเดียวแต่ไม่ได้รับการพัฒนามีประชาชน 442 พบอัตราการเป็นพยาธิใบไม้ตับก่อนให้ยาร้อยละ 57.4 มีอัตราการหายขาด ร้อยละ 98.1 อาการแทรกซ้อนของยามีน้อยมาก และสามารถจะลดอาการดังกล่าวได้โดยให้รับประทานยานัก่อนนอน สันต์ศิริ ศรีมณี และคณะ (13)

ส่วนที่ 3 การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในหลักการควบคุมโรคพยาธิตัว ๆ ไป นั้นจำเป็นต้องมีปัจจัยที่ดีคือ ยาที่รักษาโรคได้ผลดี ราคาถูกลง การปรับปรุงสุขาภิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อม เน้นหนักในเรื่องการใช้ส้วม การให้สุศึกษา ถึงปัญหาและความรุนแรงของโรค รู้ถึงวิธีป้องกันมิให้กลับมาเป็นโรคอีก โดยเฉพาะในปัจจุบันมี

ยาที่รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ผลสูง จึงทำให้การควบคุมโรคนี้มีความเป็นไปได้สูง โดยเฉพาะพบว่า หากนำหลักการของให้มีการใช้ยารักษาทุกคนปีละครั้ง พร้อมกับการปรับปรุงด้านสุขาภิบาล เช่น การจัดสร้างส้วมราดน้ำ พร้อมมรดงค์ให้ใช้ส้วม มีการให้สุขศึกษาโดยกระตุ้นให้ประชาชนร่วมกันทำ จากกลุ่มผู้นำหมู่บ้านกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มนักเรียน ประสานมือกัน จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารดิบให้หมดไปได้ ซึ่งจะมีผลต่อการลดอัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้เป็นอย่างดี เพราะลาพังการใช้ยาอย่างเดียว ไม่สามารถลดอัตราการเกิดโรคได้ โดยเฉพาะหากปราศจากความร่วมมือของประชาชน แล้วยากยิ่งที่จะเกิดความสำเร็จ หรือสำเร็จก็เฉพาะตอนเจ้าหน้าที่เข้มงวดเท่านั้น แต่การสอนให้ประชาชนทราบดีว่าโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาของเขาเองมิใช่ของผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่ ถ้าเขาไม่ทราบความจริงแล้วก็ยากที่จะควบคุมโรคได้

สรุปในหลักการของการควบคุมป้องกันโรค แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. ด้านประชาชน จะต้องตระหนักถึงปัญหานี้ว่าเป็นปัญหาของตัวเอง อันจะนำไปสู่การกระตุ้นที่จะค้นคว้าหาความรู้ในเรื่อง โรคพยาธิพยาธิใบไม้ตับ เปลี่ยนแปลงความเชื่อ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การจัดหาส้วมและใช้ส้วม การเลิกพฤติกรรมรับประทานปลาดิบ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม และมีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านรัฐบาล ควรประสานในเรื่องการให้บริการตรวจจุงจาระ , การจ่ายยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และสนับสนุนอุปกรณ์ และให้คำแนะนำในกิจกรรมสุขศึกษา หาก 2 ส่วนนี้ประสานกันได้ดีแล้ว อัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนนั้นๆ น่าจะลดน้อยลงหรือหมดไปในที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้มีมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคล โดยอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับคุณค่าและความคาดหวังของบุคคล นอกจากนี้ยังอธิบายถึงพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง ภาวะที่ไม่มีความแน่ใจ สิ่งที่บุคคลคาดหวังจากกระทำจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น กล่าวคือ บุคคลจะคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้สิ่งนั้น

ออกมา เบคเคอร์ และไมแมน เชื่อว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ด้านตัวบุคคล บุคลิกภาพ โครงสร้าง และสังคมของบุคคล จะมีผลต่อแรงจูงใจและการรับรู้ของบุคคลด้วย โดยองค์ประกอบเหล่านี้มีผล โดยอ้อมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 6 ประการ คือ

ปัจจัยที่ 1 แรงจูงใจ ในที่นี้หมายถึง การกระตุ้นเร้าอารมณ์ของบุคคลด้วยสิ่งเร้าที่มีลักษณะต่าง ๆ โดยเน้นในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น ถ้าบุคคลมีความปรารถนาที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บปวด และความรุนแรงของโรคแล้ว ความปรารถนานั้นเป็นเสมือนแรงดึงผู้ป่วยให้กระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น และแรงจูงใจนี้ถือว่าเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจอาจวัดได้หลาย ๆ แบบ แต่ส่วนใหญ่จะวัดในรูปของความปรารถนาหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

ปัจจัยที่ 2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ทราบการวินิจฉัยโรคของตนเองแล้ว จะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงแตกต่างไปจากผู้ที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยโรค และผู้ที่มีสุขภาพดีทั่ว ๆ ไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกมาในแง่ของทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีกหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ ปัจจัยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย หรือเกิดโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง และสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอีกด้วย

ปัจจัยที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคและความเจ็บป่วย มากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ๆ บุคคลแม้จะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อโรคมามากเพียงไรก็ตาม พฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยจะยังไม่แสดงออกจนกว่าเขาจะมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยนั้น ๆ ก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะของร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของเขา เขาจึงจะตัดสินใจว่าควรปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพหรือไม่

ปัจจัยที่ 4 และ ปัจจัยที่ 5 การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

หรือไม่นั้นยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นสามารถลดการคุกคามของโรคต่อสุขภาพของเขาได้จริง และเชื่อว่าเขาสามารถจะจัดการขั้นตอนความลำบากในการปฏิบัติต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายของการรักษา ความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และคนที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น

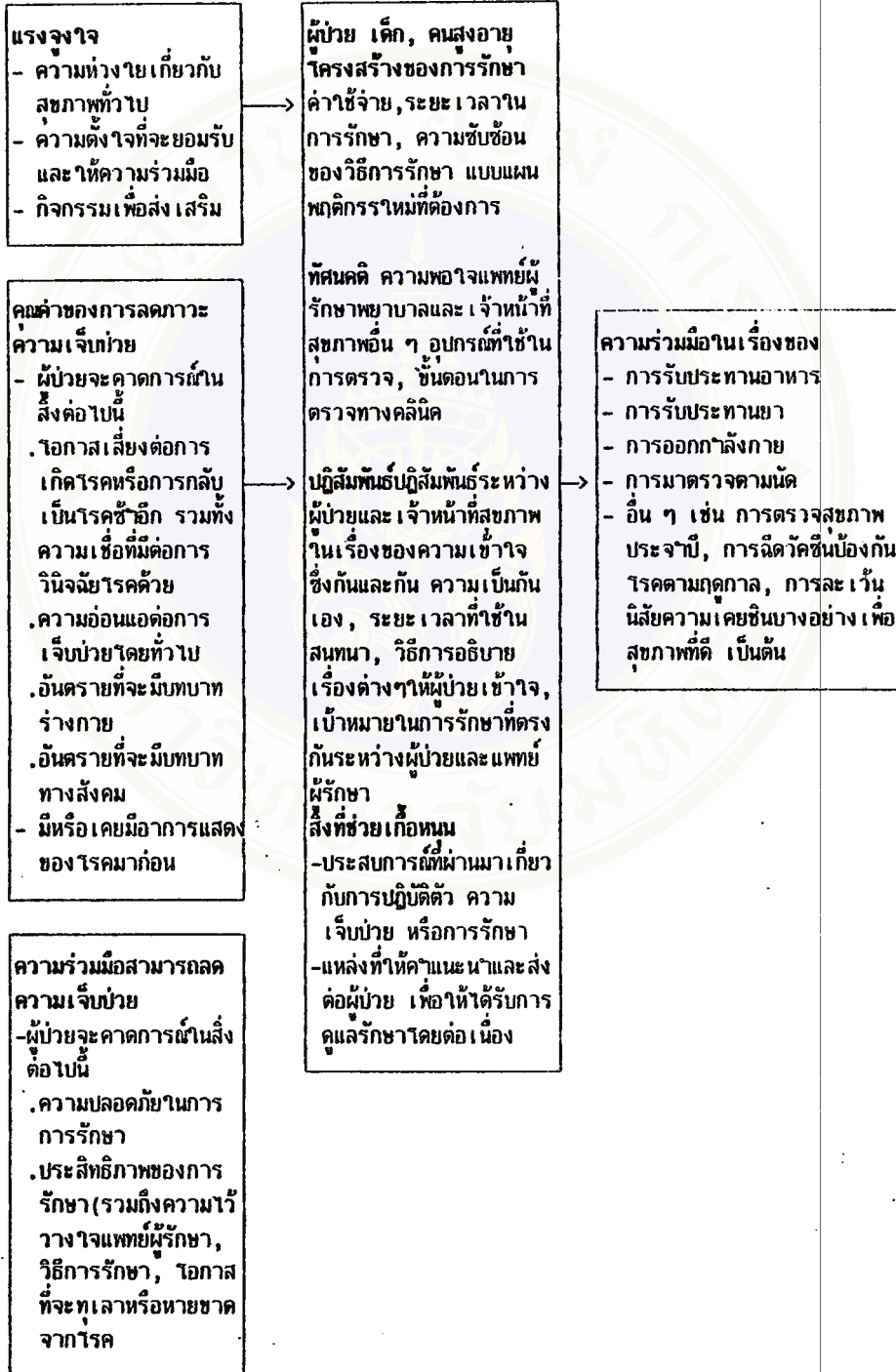
ปัจจัยที่ 6 ปัจจัยร่วมต่าง ๆ นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวแล้วข้างต้น จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำารักษามากน้อยเพียงใดแล้ว ปัจจัยในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน และภูมิหลังของผู้ป่วย เช่น เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรค เป็นต้น ก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาเช่นเดียวกัน

เบคเคอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman) ได้สรุปความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 6 ดังกล่าวไว้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ดังนี้

ความพร้อมที่จะยอมรับ
คำแนะนำและความร่วมมือ
ปฏิบัติตาม (Readiness
to Undertake recom-
mended compliance
behaviors)

ปัจจัยร่วม
(odifying factors)

พฤติกรรมความร่วมมือ
(Compliance behaviors)



แผนภูมิที่ 1 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามสมมติฐานของเบคเคอร์ และ ไมแมน (Becker and Maiman) เพื่อใช้ทำนายและใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick-Role Behavior)

ในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง เกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลไปใช้นั้น สามารถดัดแปลงให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยและโรคของผู้ป่วยได้ โดยที่ปัจจัยทั้ง 6 ประการอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และมีความสำคัญต่อบุคคลไม่เท่ากัน บางปัจจัยที่มีความสำคัญมากจะเป็นเหตุให้เกิดการปฏิบัติขึ้น ในขณะที่บางปัจจัยที่มีความสำคัญน้อย ไม่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมปัจจัยทั้ง 6 ประการเข้าด้วยกันแล้ว ก็จะมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นเมื่อสำรวจการรับรู้ของผู้ป่วยตามปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้วพยาบาลจะสามารถวางแผนการสอนหรือคำแนะนำเพื่อสนองตอบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและสามารถคาดการณ์สนองตอบของผู้ป่วยต่อสถานการณ์บางอย่างได้ โดยสรุปแล้วพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพบนพื้นฐานระบบความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคนได้ (48)

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น แรงจูงใจทั่วไปและแรงจูงใจเฉพาะโรค ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่างๆ

แรงจูงใจทั่วไปและ เฉพาะ โรค

การศึกษาแรงจูงใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึงสภาพของอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น และสิ่งที่มากระตุ้นคือ เรื่องของสุขภาพอนามัย เช่นเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามการรักษา การศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจจะเป็นในรูปของการตั้งใจที่จะหายจากโรค โดยให้ความร่วมมือในการรักษา ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และพยายามแก้ไขพฤติกรรมความเชื่อต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย รวมทั้ง

การมาพบแพทย์เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และความวิตกกังวลถึงสุขภาพโดยทั่วไป จะเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (48) จากการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ทำให้ความร่วมมือในการรักษาดีจะมาพบแพทย์เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และกลุ่มที่มีความวิตกกังวลถึงสุขภาพโดยทั่วไปของตน ก็จะมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง แรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคนั้น รับรู้ถึงประโยชน์การรักษาหรือป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร

แบบแผนในการรับประทานอาหารของคนในแต่ละสังคมถูกจำกัดอยู่ในกรอบของการเลือกอาหาร (dietary regime) ด้วยปัจจัยต่าง ๆ หลายประการด้วยกัน นับตั้งแต่สภาพทางภูมิศาสตร์ ความสามารถในการผลิต การกระจายอาหาร สภาพทางเศรษฐกิจ ตลอดจนปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึงความเชื่อ บริโภคนิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานซึ่งสมาชิกในกลุ่มสังคมได้รับการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด โดยการถ่ายทอดจากบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่และคนอื่น ๆ ในลักษณะของขนบธรรมเนียมประเพณีที่สืบทอดกันต่อ ๆ มาหลายชั่วอายุคนจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ สมาชิกในกลุ่มสังคมนั้นก็ได้ยอมรับโดยปริยายว่า ความประพฤติ การปฏิบัติ หรือความเชื่อเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

จากการศึกษาเรื่องอาหารและการบริโภคในหลาย ๆ แห่ง ได้พบว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้าไปมีบทบาทอย่างมากในพฤติกรรมการ "บริโภค" ของคน นับตั้งแต่การเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร จนกระทั่งจำกัดว่าบุคคลใด ในภาวะได้รับประทานอะไรบ้าง และอาหารอะไรบ้างที่รับประทานไม่ได้

บริโภคนิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณีในการบริโภคอาหารในแต่ละสังคมจะมีข้อกำหนดไว้ว่าอะไรถือเป็นอาหาร อาหารสามารถแยกประเภทออกได้ดังต่อไปนี้ เบญจมา ยอดคณาเนิน (49)

1. อาหารหลักตามประเพณี (Cultural super-food) เช่นข้าวเป็นอาหารหลักตามประเพณีของแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อาหารหลักนั้น นอกจากจะมีความสำคัญในแง่

โภชนาการแล้ว ยังมีความสำคัญในแง่กิจกรรมประเพณีต่าง ๆ เช่น ประเพณีทำขวัญข้าว บวงสรวง เจ้าแม่โพสพ ฯลฯ

2. อาหารแห่งเกียรติยศ (Prestice food or status food) ในทุกสังคมและวัฒนธรรมจะมีอาหารประเภทที่ถือว่าเป็นอาหารคนชั้นสูง หรือมีหน้ามีตา หรือเป็นอาหารเฉพาะพิธีการสำคัญ ๆ เท่านั้น ไม่ได้รับประทานเป็นอาหารประจำวัน เช่น ไก่กวาง จะมีการรับประทานเฉพาะวันขอบุญพระ เจ้าหรือในเทศกาลหรือคริสต์มาส ในบางสังคมเวลาจัดงานจะมีอาหารประเภทนี้มาก เช่น ในสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาหารประเภทเนื้อสัตว์เป็นอาหารที่ใช้ในโอกาสพิเศษ เช่น เลี้ยงรับรองแขกพิเศษ เทศกาลสำคัญ ๆ ต่าง ๆ หรือจัดงานเลี้ยงเช่น เวลาลงแขก (เกี่ยวข้าว, ตานา) เจ้าของบ้านจะเลี้ยงอาหารผู้มาช่วยงานโดยจะทาลาบ ก้อน เช่น ทาลาบเนื้อ ก้อยเนื้อ ลาบปลา เป็นต้น เหตุผลที่ทาลาบ ก้อย เพราะชอบและอร่อยถูกปาก นอกจากนี้ ลาบ ก้อยเป็นอาหารที่แสดงถึงศักดิ์ศรี หรือฐานะของเจ้าของบ้าน เพราะอาหารประเภทเนื้อโดยเฉพาะ เนื้อวัว เนื้อควาย เป็นอาหารที่มีราคาแพงและหายาก เกือบทุกคนครัวจะซื้อเนื้อ หรือ ข่าแหละในหมู่บ้านเฉพาะโอกาสพิเศษเท่านั้น (50) อาหารประเภทก้อยปลานอกจากจะเป็นอาหารประจำวันในฤดูกาลที่หาปลาได้ง่ายแล้ว ยังเป็นอาหารที่จัดปรุงขึ้นในโอกาสพิเศษต่าง ๆ อีกด้วย เช่น ครูเลี้ยงต้อนรับเพื่อนครู วิทยุเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อนๆ การลงแขก เป็นต้น ในโอกาสเช่นนี้แม้จะจับปลาไม่ได้เองก็ต้องไปหาซื้อมาปรุงให้ได้ อุดม ศรีทิพย์ (51) และเช่นเดียวกับ วัลย์ทิพย์ สาชลวิจารณ์ กล่าวว่า "คนอีสานต้องกินอาหารที่อ้มท้องและอ้มใจ" คือ รับประทานแล้วต้องแข็งแรง รสอร่อย รับประทานก้อยปลาจะทำให้รับประทานข้าวได้มาก อ้มมีแรงมีศักดิ์ศรีสูง คือคนอีสานไม่ได้รับประทานก้อยปลาทุกวัน ก้อยปลาไม่มีขายในท้องตลาด ต้องมีโอกาสพิเศษ พวกเขาจึงจะทำกันเช่น การใช้แรงงานร่วมกัน งานประเพณีต่าง ๆ วัลย์ทิพย์ สาชลวิจารณ์ (52) อาหารจึงชี้ให้เห็นถึงสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของเจ้าภาพ เพราะฉะนั้นอาหารประเภทก้อยปลาและก้อยเนื้อจึง เป็นอาหารที่ดี และมีราคาสูงกว่าอาหารที่รับประทานเป็นประจำ

3. อาหารที่แบ่งตามแนวความคิดเกี่ยวกับร่างกาย (Body image foods) ในแต่ละสังคมจะมีแนวความคิด ความเชื่อพื้นบ้านเกี่ยวกับร่างกายของคน ซึ่งแตกต่างจากแนวความคิดด้านการแพทย์สมัยใหม่โดยสิ้นเชิง เช่นในร่างกายของคนเรามีส่วนประกอบอะไรบ้าง ส่วนประกอบเหล่านี้มีหน้าที่อย่างไร เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ แนวความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของ

ร่างกายนี้มีผลเชื่อมโยงไปถึงความเชื่อพื้นบ้านในเรื่องสุขภาพ และโรคร้ายไข้เจ็บ (Native Theory and Concepts of Health and Disease) อีกด้วย อย่างเช่นในประเทศไทยเชื่อกันว่าร่างกายของคนประกอบด้วย ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ความไม่สมดุลกันของธาตุทั้งสี่ ทำให้ร่างกายเจ็บป่วยได้

ความเชื่อพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และโรคร้ายไข้เจ็บมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการรับประทานอาหารของประชาชนในท้องถิ่นอย่างมาก ตามความเชื่อที่ว่าร่างกายของคนเราประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และการเจ็บป่วยเป็นผลเนื่องมาจากธาตุใดธาตุหนึ่งหย่อนไป อาหารเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะให้ธาตุทั้ง 4 อยู่ในระดับเสมอกัน อาหารยังถูกแบ่งออกตามคุณสมบัติภายใน 2 ประเภท คือ "ร้อน" กับ "เย็น" ในการรับประทานอาหารต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและธาตุในร่างกายเป็นหลัก อาหารชนิดใดที่มีคุณลักษณะไม่สมดุลกับสภาวะร่างกายในขณะนั้นก็จำเป็นต้องงดเพื่อป้องกันการแก้ไขภาวะการเจ็บป่วย เช่น ในระยะที่ป่วยหรือเป็นไข้ ห้ามรับประทานอาหารประเภท "เย็น" เช่น ผักตบชวา เนื่องจากจะทำให้เป็นเห็บชวา ในทางตรงกันข้ามผักตบชวาหรือใบบัวบก เอามาตำแล้ววางไว้ที่ศีรษะจะช่วยลดความร้อนได้

4. อาหารที่แบ่งตามสภาวะร่างกายและสังคม (Physiological group foods) อาหารบางชนิดถูกจำกัดให้สำหรับบุคคลบางกลุ่มเท่านั้น อาหารบางชนิดก็ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานในเฉพาะบางกลุ่ม เช่น ในสังคมชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มน้ำมะพร้าว เชื่อว่าน้ำมะพร้าวจะทำให้เด็กสะอาดไม่มีไขมันตามตัวของทารกในครรภ์ สำหรับความเชื่อและการปฏิบัติเรื่องให้ดื่มน้ำมะพร้าวพบว่ามีร้อยละ 73.1, 89.1 และ 53.3 ของจำนวนกลุ่มที่ทำการศึกษทั้งสิ้น 78, 56 และ 45 คน ในหมู่บ้านในเขตชลประทาน บ้านใกล้เมืองและบ้านไกลเมืองตามลำดับ (50) และในกรณีหญิงหลังคลอดสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่ปรุงสุก ๆ เช่น บั๊ง ย่าง รับประทานแล้วจะทำให้หมดลูกแห้งเร็ว เข้าอู่เร็ว ถ้ารับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ จะทำให้หมดลูกเบี่ยง หมดลูกลอยไม่เข้าอู่ ซึ่งจะทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงได้ และมีความเชื่อว่าจะทำให้มีลูกถัดอีกด้วย เครือวัลย์ หุตานุวัตร (53)

ที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงหน้าที่ บทบาททางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค และสุขภาพอนามัยของบุคคลในสังคมโดยตรง ปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นเรื่องที่มีได้เกี่ยวพันกับการรับประทานอาหาร เพื่อประทังความหิวและยังชีพเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องเกี่ยวกับสังคม วัฒนธรรมย่อยๆ ของคนกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาให้ประสบผลตามความมุ่งหมายต้องทำความเข้าใจกับวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ แนวความคิดของกลุ่มคนดังกล่าวด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัย

1. ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environme) สภาพแวดล้อมของชุมชนอันเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ อากาศ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน ระบบชลประทาน อุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุด ของปี ทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตอาหาร ตลอดจนทางคมนาคมติดต่อกับโลกภายนอก

2. สุขภาพและสรีระสภาพ (Health and Physiological condition) โดยปกติบริโภคนิสัยที่ดีและสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักจะไปด้วยกัน แต่ในบางชุมชนมีผลการศึกษาด้านบริโภคนิสัยแสดงว่ามีบริโภคนิสัยดี แต่กลับมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เช่น ภาวะโลหิตจาง ก็ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมการติดเชื้อจากโรคพยาธิ เป็นต้น

3. ภาวะเศรษฐกิจ (Economical status) รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้อ (หรือไม่ซื้อ) อาหารชนิดต่าง ๆ ที่มีขายในชุมชนมาบริโภค แต่การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้น ๆ จะมีบริโภคนิสัยที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ทางโภชนาการ ค่านิยม และความเชื่อด้านอาหารด้วย

4. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural factor) วัฒนธรรมในที่นี้หมายถึงวัฒนธรรมอาหาร (Food Culture) เป็นส่วนใหญ่ว่าอธิบายง่าย ๆ ของคำว่า วัฒนธรรมอาหารก็คือ การที่คนในแต่ละชาติ แต่ละภาษา แต่ละวัฒนธรรม ถือว่าอะไรเป็นหรือไม่เป็นอาหารที่ควรบริโภค ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีทรัพยากรอาหารจำกัดในธรรมชาติแวดล้อมระดับหนึ่ง อาจค้นพบจากประสบการณ์ว่า พืช สัตว์ แม้แต่หนอนและแมลงนั้นกินได้ ในขณะที่คนในอีกสังคมหนึ่งไม่ถือว่าเป็นอาหาร วัฒนธรรมในที่นี้มีความหมายเลยไปถึงสถาบันทางวัฒนธรรมที่ เข้ามามีบทบาทในการกำหนดค่านิยมให้บริโภคหรืองดเว้นบริโภคอาหารบางชนิดด้วย เช่น สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา เป็นต้น

5. ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (Social factor) ปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัยนั้น เป็นกฎเกณฑ์ที่ไม่ปรากฏเป็นกฎหมายบังคับแต่ก็รู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมย่อย ๆ แต่ละสังคมซึ่งอาจจะมีอาหารประจำสังคมหรือประจำชาติของคน แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนในสังคม จะมีโอกาสหรือมีสิทธิที่จะบริโภคอาหารที่มีอยู่ในสังคมของตนได้เสมอกันหมด เพราะแต่ละสังคมมักกำหนดสถานะภาพของแต่ละบุคคลไว้ต่างกัน ตามเพศ วัย ฐานะ ศักดิ์ศรี และความสำคัญของแต่ละบุคคล เมื่อสังคมกำหนด ตามประเภทของบุคคลต่าง ๆ ไว้แล้วเช่นนี้ มักมีกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกันไว้ด้วย

6. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factor) คนไทยนิยมกินข้าวที่ขาวสะอาด ซึ่งหุงจากข้าวสารที่ขัดสีคราบราออกจนหมดสิ้น ทั้ง ๆ ที่ความรู้ทางด้านโภชนาการนั้น บอกว่าข้าวขาวนั้นเม็ดรำทางอาหารไม่เท่ากับข้าวซ้อมมือ เพราะข้าวชนิดหลังมีวิตามิน มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่ทั้ง ๆ ที่ยังรู้จักนิยมกินข้าวขาว เพราะถือว่า "ข้าวแดงเป็นข้าวของคนคุณ" (52)

เฟลค (Fleck) ได้เสนอปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบริโภคนิสัยเพิ่มเติมนอกเหนือที่กล่าวมาแล้วคือ

7. กลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลต่อเด็กมาก และมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่ด้วยเช่นกัน เช่น นักกีฬาหรือดารานิยมชมชอบอาหารประเภทใด เด็ก ๆ ก็พยายามเลียนแบบ เป็นต้น

8. ครอบครัว มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยมากโดยเฉพาะ เด็ก เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ ให้แก่เด็กรวมทั้งการปฏิบัติในการรับประทานอาหารแอนซารี (Ansari) กล่าวว่า "ครอบครัวจะถ่ายทอดหรือสื่อสารเรื่องราวต่าง ๆ ในขอบเขตจำกัด ในสิ่งที่เขาเชื่อ สิ่งที่เขารู้ สิ่งที่เขากระทำ และสิ่งที่เขารู้สึก" เพราะฉะนั้นแต่ละครอบครัวจะถ่ายทอดหรือให้ความรู้ในลักษณะที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสังคมขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมเดียวกันก็ตาม การถ่ายทอดเป็นสิ่งสำคัญเพราะ เด็กจะได้รับทั้งความมีเหตุผล และการแสดงออกซึ่งอารมณ์ ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติในการยอมรับหรือปฏิเสธ และความชอบหรือไม่ชอบอาหารนั้น

9. ความสามารถในการรับสัมผัสความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่น เบรียหวาน เฝ็ม และขม จะกระตุ้นปุ่มรสสัมผัส (Taste buds) ของลิ้นซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุอีกด้วย กล่าวคือเด็กจะมีปุ่มรสสัมผัสประมาณ 9,000 และจะน้อยลงตามลำดับ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีปุ่มรสสัมผัสประมาณ 3,000 เพราะฉะนั้นเด็กจะรับรสได้ไวกว่าผู้ใหญ่ ด้วยเหตุนี้ความนิยมอาหารของเด็ก และผู้ใหญ่จึงแตกต่างกัน

10. สื่อสารมวลชน มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้า โดยเฉพาะ เด็ก จะนิยมซื้อสินค้าตาม
ที่โฆษณาทางโทรทัศน์ นอกจากนี้สื่อสารมวลชนยังมีผลอย่างมากต่อบริโภคนิสัยอีกด้วย

11. อิทธิพลของการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาก็จะมีความรู้ในเรื่องอาหารโดยรู้ว่าสิ่งใด
มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ ควรละเว้นเสีย หรือถ้าเป็นผู้มีการศึกษาดี ความรู้ในเรื่องคุณค่า
อาหารดังกล่าวอาจเป็นเหตุผลสำคัญในเรื่องอาหารบางประเภทได้ด้วย โดยเฉพาะการศึกษาของ
แม่บ้านจะมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของครอบครัวมาก เพราะเธอเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องอาหารภายในบ้านทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาเลย์ (Haley) ที่กล่าวว่า "บิดามารดาที่มีการ
ศึกษาสูงมากขึ้นเท่าใดบุตรก็จะบริโภคนิสัยที่ดีมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

12. ศาสนา ความเคร่งในศาสนา มักจะมีความสำคัญต่อบริโภคนิสัยของมนุษย์ เป็นจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ผู้นับถือศาสนาอิสลาม จะไม่บริโภคเนื้อหมู ชาวฮินดูไม่บริโภคเนื้อวัว ฮินดู
ส่วนใหญ่นับถือเนื้อสัตว์ นอกจากนมหรืออาหารที่ประกอบจากนม เนื่องจากยึดถือข้อห้ามอย่าง
เคร่งครัด ชราคริสเตียนบางกลุ่มก็ไม่บริโภคเนื้อสัตว์ (54)

โรบินสัน และเวจเลย์ (Robinson and Weigley) ได้เสนอเพิ่มเติมนอกเหนือจาก
ที่กล่าวมาแล้วคือ

13. ค่านิยมของสังคม ในบางสังคมเพศชายจะรับประทานอาหารก่อนสมาชิกอื่นภายใน
บ้าน ส่วนที่เหลือจากสำหรับชายจึงจะไปถึง เด็ก และสตรี อาหารที่ดีที่สุดมีไว้สำหรับแขกผู้มาเยือน
หรือเพศชายในแต่ละครอบครัว เพราะฉะนั้นปริมาณและคุณค่าอาหารที่สมาชิกในครอบครัวได้รับจึง
ลดหลั่นกันลงมา ตามความสำคัญของสมาชิกของแต่ละคน เด็กซึ่งกำลังเจริญเติบโตและหญิงมีครรภ์
ในสังคมดังกล่าวก็จะได้รับคุณค่าอาหารน้อยกว่าที่ควร นอกจากนั้นสังคมยังมีผลสำคัญต่อชีวิต
ประจำวันมาก นับตั้งแต่วันฉลองวันเกิด วันขึ้นปีใหม่ ฯลฯ ประเพณีการเลี้ยงอาหารไม่เพียงแต่
ระงับความหิว แต่เพื่อให้เกิดความพอใจเสริมสร้างความผูกพันร่วมกัน ความภักดีต่อกัน ระหว่าง
สมาชิกในกลุ่มและกระชับฐานะและบทบาททางสังคมของคนในระดับต่าง ๆ ที่มาร่วมรับประทาน
อาหาร นอกจากนี้คือการถือศักดิ์ศรีก็เป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญต่อบริโภคนิสัย (55)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนพฤติกรรมกรรมการบริโภคหรือการยอมรับอาหารของแต่ละบุคคล ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของบุคคลทั้งสิ้น ดังนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่ฝังรากหยั่งลึกลงพร้อม ๆ กับพัฒนาการของชีวิตและเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายเลย



บริโภคนิสัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

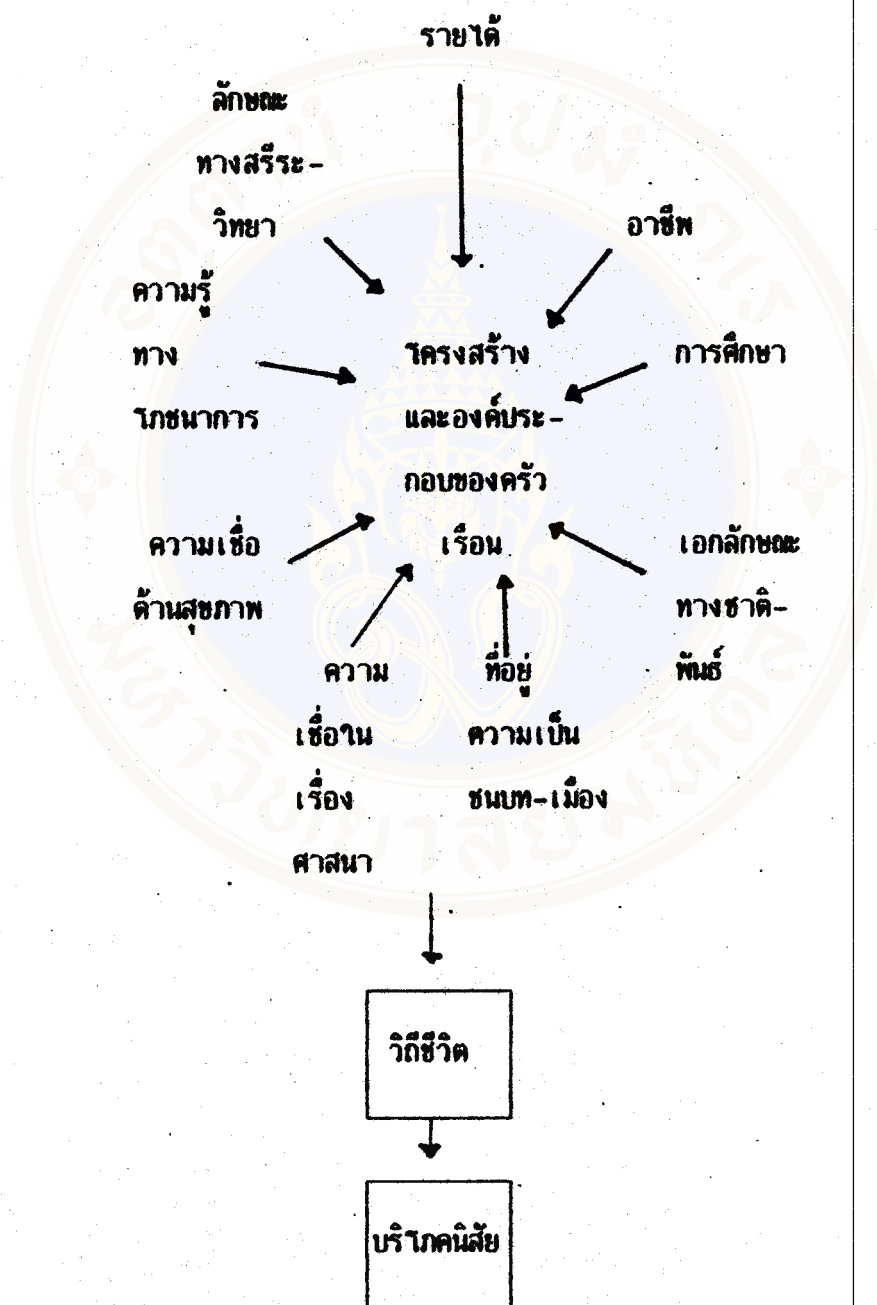
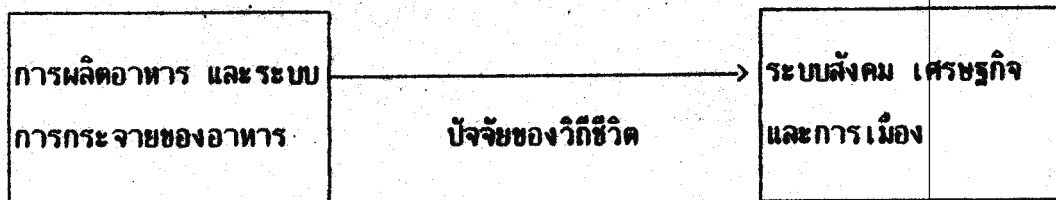
ถึงแม้ปัจจุบันจะพยายามที่สามารถรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างได้ผล แต่อัตราป่วยด้วยโรคนี้จากกล่าวได้ว่าแทบจะไม่ลดลงเลย นอกจากนั้นจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนหายขาดไปแล้วก็ยังกลับเป็นใหม่อีกเพราะไม่เลิกรับประทานอาหารก้อยปลา ลาบปลา ปลาสามัคคี ฯ สุก ๆ ทั้ง ๆ ที่ได้มีการให้ความรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับและอันตรายต่อสุขภาพร่างกายแล้ว เหตุการณ์และพฤติกรรมดังกล่าวยืนยันได้ว่าประชาชนที่ไม่ปฏิบัติตามความรู้ด้านโภชนาการและสุขอนามัย ก็ไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่มีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ เสมอไป จะเห็นได้ว่าความเคยชินในการรับประทานอาหารที่ได้สะสมมาเป็นเวลานานทำให้บุคคลไม่สามารถนำเหตุผลที่เหมาะสม หรือความรู้ที่มีมาใช้ในการเลือกรับประทานอาหารได้ทุกกรณีอย่างไรก็ตาม ควรพยายามเปลี่ยนนิสัยที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายต่อสุขภาพเสีย บริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องของแต่ละคน ควรมีการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้การแก้ไขและปลูกฝังให้มีบริโภคนิสัยที่ดีนั้นต้องใช้เวลาจนถึงชั่วอายุคนก็ตาม ดังนั้นจึงควรสร้างบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเสียตั้งแต่เยาว์วัย

จากการศึกษาและวิจัยของหน่วยงานต่างๆ พบว่าพยาธิใบไม้ตับพบได้ทั่วไปในปลาน้ำจืดหลายชนิดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย แต่อัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในแถบอีสานเหนือสูงกว่าอีสานใต้ และภาคเหนือ เมื่อวิเคราะห์ดูก็พบว่า นอกจากพฤติกรรมการบริโภคที่ชอบรับประทานก้อยปลา ปลาสามัคคี จ่อมปลา และปลาร้าดิบแล้ว เชื้อชาติประเพณีนิยม ตลอดจนวิธีการในการรับประทานอาหารก็มีส่วนเอื้ออำนวยอย่างมากต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว กล่าวคือ คนเชื้อสายไทย-ลาว มีอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าคนเชื้อชาติอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะชนชาติดังกล่าวรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ รวมทั้งปลาดิบหรือปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ รวมทั้งน้ำปลาร้าดิบ แบบแผนการรับประทานอาหารชนิดติดกันในรสอาหารตามคากกล่าวที่ว่า "ปลาร้าใหญ่ต้องกินสด เพราะรสมันหวาน" "ปลาร้า-ก้อยปลาที่ทาสุกแล้วนั้นไม่อร่อย" นอกจากนี้สังคมอีสานมีลักษณะ เอื้อ เพื่อ เพื่อแผนกันและกันในการกินลักษณะ เช่นนี้ สะท้อนออกมาในรูปการแบ่งปันการกินในลักษณะ "สูกันกิน" และกินร่วมกันเป็นหมู่ เมื่อวัฒนธรรมการกินมีลักษณะเป็นกลุ่มแรงชักจูงทางสังคมในด้านพฤติกรรมการกิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีโอกาสพิเศษ จึงมีมากซึ่งยากต่อการขัดขวาง กล่าวได้ว่าแบบแผนและพิธีการกินอาหาร โดยเฉพาะการกินอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นสัญลักษณ์ของการรวมกลุ่มและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (56) การที่จะชี้ให้ชาวอีสานเห็นโทษของการบริโภคปลาดิบ หรือการรับประทานเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ นั้นเป็น

เรื่องไม่ง่ายเพราะตราบิดที่ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ชาวอีสานจะบอกว่าตนเองนั้นไม่ได้เจ็บป่วย เรื่องของพยาธิตามความเข้าใจของชาวอีสานคือต้องถ่ายอุจจาระแล้วมองเห็นตัว พยาธิใบไม้ตับเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นด้วยตา จึงทำให้ค่านิยมของการบริโภคอาหารรสอร่อยสูงกว่าสุขภาพรชาติจึง เป็นแรงจูงใจที่สำคัญกว่าการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อรักษาสุขภาพ นอกจากนี้แบบแผนการบริโภคอาหารในแต่ละสังคมยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสถานภาพของบุคคลในสังคมนั้น ๆ ในภาคอีสานคนแต่ละวัยจะรับประทานอาหารเช้าไม่เหมือนกัน ผู้อาวุโสจะรับประทานอาหารเช้าก่อนเด็กและผู้ใหญ่รับประทานอาหารเช้าได้ทุกชนิดจึงพบว่าผู้ใหญ่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าเด็ก การที่คนอีสานซึ่งสูงอายุเป็นที่เคารพนับถือยังคงรับประทานอาหารเช้า ๆ ดิบ ๆ ทำให้คนรุ่นหลังมีความเชื่อว่าจะไม่มียุขยอะไร เพราะถ้ามีพิษภัยก็คงตายไปนานแล้ว จึงทำให้รับประทานกันต่อไป เพราะเห็นตัวอย่างจากผู้อาวุโส วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (52)

กรอบความคิดเกี่ยวกับการศึกษาบริโภคนิสัย

เนื่องจากบริโภคนิสัยเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมหลาย ๆ ประการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และแต่ละปัจจัยต่างก็ประกอบขึ้นเป็น "ตัวแปรร่วม" ซึ่งกันและกันในการหล่อหลอมขึ้นเป็นบริโภคนิสัย เพราะแต่ละปัจจัยต่างก็มีส่วนร่วมเป็นพลังในการตัดสินใจ (decision making power) และแสดงออกมาเป็นรูปแบบของพฤติกรรม ดังนั้นจึงอาจแสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาบริโภคนิสัยได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับบริบทนิเวศ

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับบริโภคนิสัยนี้ ได้พื้นฐานมาจากการประมวลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบริโภคนิสัย ทำให้ได้ข้อสรุปออกมาว่า

ก. การผลิตอาหารบริโภคและการกระจายอาหารในแต่ละพื้นที่รวมทั้งการนำเข้าและส่งออก ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อการทำหมีหรือไม่มีอาหารบริโภคในแต่ละท้องถิ่น เป็นผลจากระบบสังคมเศรษฐกิจ การเมือง

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

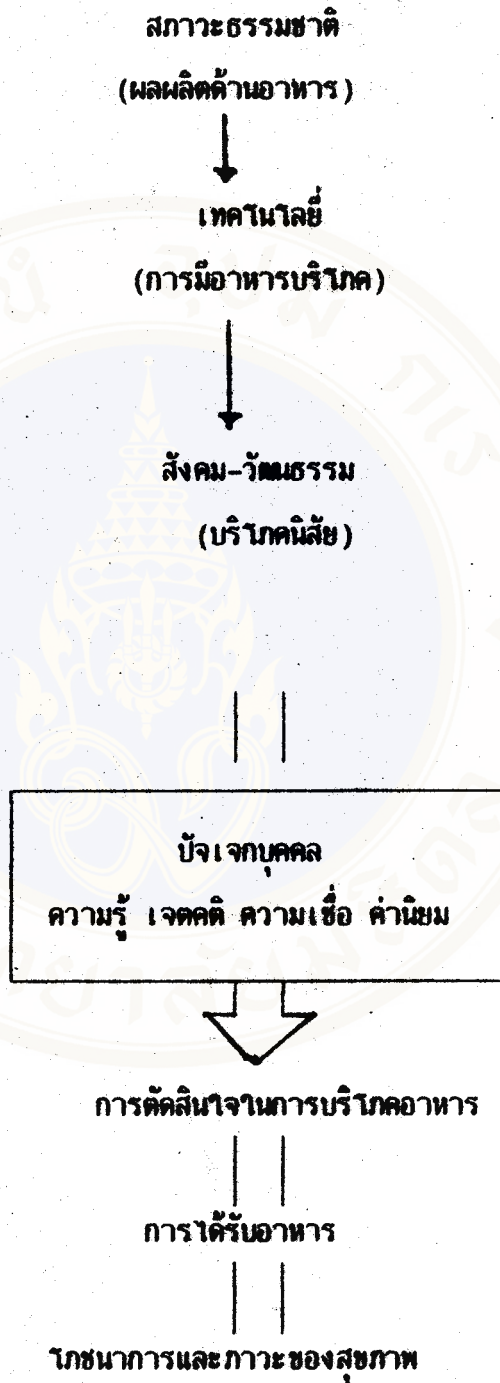
ค. ตัวแปรด้านสังคม และชีวภาพนั้นมีผลเกี่ยวเนื่องกัน

ง. ทุก ๆ ตัวแปรล้วนมีผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอันส่งผลต่อบริโภคนิสัยบุคคล (57)

ถ้ามองบริโภคนิสัยจากการวิเคราะห์ด้วยระบบนิเวศ ว่าบริโภคนิสัยเป็นผลรวมของปัจจัยแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ก็จะได้กรอบความคิดในอีกรูปแบบหนึ่งกล่าวคือ

สิ่งแวดล้อมภายนอก

สิ่งแวดล้อมภายใน



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดบริโภคน้อยจากการวิเคราะห์ด้วยระบบนิเวศ (59)

การเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัย (Modifying food habits)

บริโภคนิสัยเป็นสิ่งที่ยากแก่การเปลี่ยนแปลง เพราะมีจุดกำเนิดที่ซับซ้อน และได้ผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน แต่บริโภคนิสัยก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในการปรับปรุงบริโภคนิสัยนั้นจะต้องมีสิ่งจูงใจ 3 ประการได้แก่ Bennis (58)

1. ค่านิยม ค่านิยมของแต่ละบุคคลมักจะแตกต่างกัน และอาจเกิดจากสาเหตุเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างก็ได้ เช่น

1.1 ค่านิยมเรื่องเงิน ถ้าอาหารมีราคาแพงขึ้น คนอาจจะเลิกซื้ออาหารชนิดนั้น

1.2 ค่านิยมเรื่องสุขภาพ คนจะรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น มารดาต้องการให้บุตรแข็งแรง ก็จะทำให้เด็กดื่มนมทุกวัน

1.3 ค่านิยมด้านศาสนา เป็นค่านิยมที่ทำให้ผลกระทบที่รุนแรงมาก โดยเฉพาะอาหารทางศาสนา เช่น อาหารของอิสลาม อาหารมังสวิรัต

เงินและสุขภาพเป็นค่านิยมที่มีความสำคัญมากกว่าค่านิยมอื่น บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีค่านิยมในเรื่องเงินน้อยกว่าบุคคลที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ ผู้มีรายได้สูงจะมีค่านิยมในเรื่องของสุขภาพสูงกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

2. ความต้องการและความพอใจของบุคคล บุคคลจะรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงเมื่อรู้สึกอึด หรือการที่บุคคลรับประทานอาหารชนิดใดเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ความอยากอาหารชนิดนั้นลง สิ่งเหล่านี้จะทาลายแรงจูงใจในการปรับปรุงบริโภคนิสัย

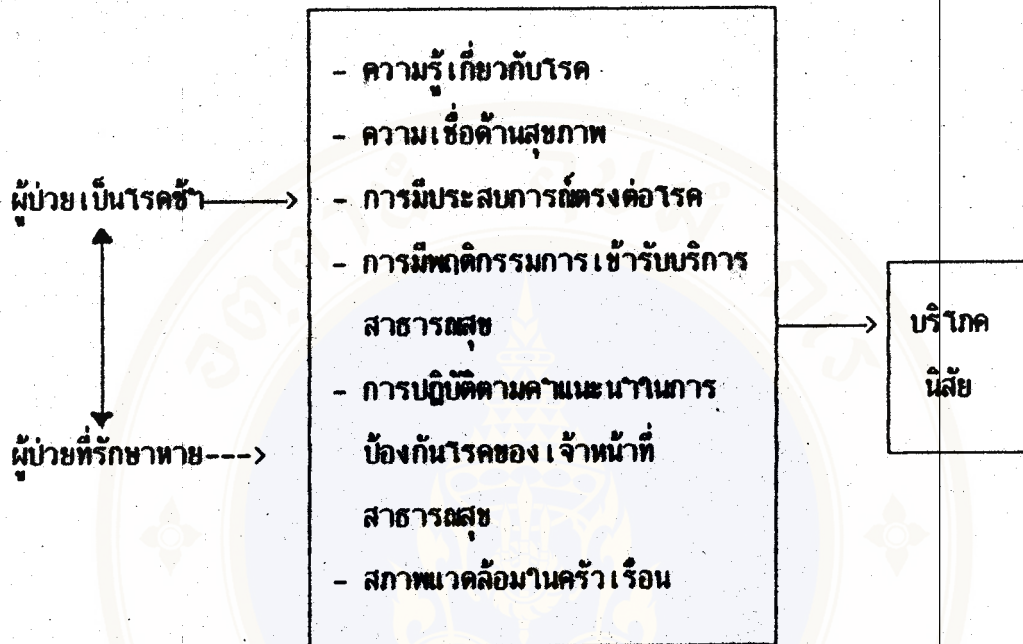
3. การเอาชนะอุปสรรค เช่น การกระจายของอาหาร การขาดคนช่วยเหลือภายในบ้าน เวลาสำหรับการเตรียมอาหาร หรืออาหารที่มีราคาแพง ฯลฯ การที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ จะต้องอาศัยการวางแผนในลักษณะที่เป็นไปได้มากที่สุด (58)

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย

วงการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย ได้รับทราบเป็นครั้งแรกว่ามีคนไทยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพบพยาธิใบไม้ตับรายหนึ่งที่เชียงใหม่ Leiper (1) หลังจากนั้นได้มีรายงานทางด้านการศึกษาพบว่าพยาธิใบไม้ตับในคนตามที่ต่าง ๆ มากขึ้นในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และในประเทศลาว ได้สรุปผลการสำรวจความชุกชุมของพยาธิใบไม้ตับ

พบว่า ร้อยละ 25 ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการสำรวจในหมู่บ้านแห่งหนึ่งระหว่างทางจังหวัดอุดรธานีและหนองคาย พบว่า ทุกคนมีพยาธินี้ การตรวจพบพยาธิเพิ่มขึ้นตามอายุ อายุ 0-4 ปีพบร้อยละ 29 อายุ 5-9 ปี พบร้อยละ 38 อายุ 10-14 ปี พบร้อยละ 36 อายุ 15-29 ปีพบร้อยละ 85 ในภาคเหนือพบประมาณร้อยละ 4 ส่วนในภาคกลางและภาคใต้ไม่ปรากฏว่าตรวจพบพยาธิใบไม้ตับนี้ (3), (60), (61), (62) ในปี พ.ศ. 2500 คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ได้ทำการสำรวจพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 29.8 พบในจังหวัดกาฬสินธุ์มากที่สุดคือ ร้อยละ 87.7 จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 79.8 และจังหวัดสกลนครร้อยละ 72 (63) และจากการสำรวจความชุกในจังหวัดอุดรธานีในปี 2535 พบว่า มีผู้มารับบริการตรวจอุจจาระ จำนวน 392,055 คน พบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ 32,845 คน คิดเป็นร้อยละ 8.51 โดยพบในอำเภอบ้านดุงมากที่สุด ร้อยละ 20.5 รองลงมาคือ อำเภอศรีธาตุ ร้อยละ 14.9 โดยพบในอำเภอกุดจับน้อยที่สุด ร้อยละ 2.6 ส่วนในอำเภอเพ็ญ ซึ่งเป็นอำเภอเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 10.2 (20)

กรอบการทวิวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Study) แบบ Case-control โดยการสำรวจ (Survey)

พื้นที่และประชากรเป้าหมาย

1. พื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ อำเภอ ในจังหวัดอุดรธานี จับสลากเลือก 1 อำเภอ คือ อำเภอเพ็ญ มีความชุกของโรคในปี 2535 เท่ากับ ร้อยละ 10.2 ของผู้รับบริการตรวจอุจจาระ มีความหนาแน่นของพยาธิใบไม้ตับต่ออุจจาระ 1 กรัม เท่ากับ 1046 (ความหนาแน่นเฉลี่ยสูงสุดของอุดรธานี)

2. ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนในเขตอำเภอเพ็ญตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการนำรายชื่อผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และผู้ที่ไม่เป็นโรค จากการตรวจอุจจาระในปี 2535 ในตำบลเป้าหมาย 6 ตำบล ได้รายชื่อผู้ที่ไม่พบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ 6574 ราย และผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับ 976 ราย นำมาแยกทำสลากรายตำบล จับสลากให้ได้กลุ่มละ 168 ราย โดยให้น้ำหนักแต่ละตำบล ตามจำนวนผู้รับบริการตรวจอุจจาระที่พบและไม่พบพยาธิใบไม้ตับ

วิธีการเลือกตัวอย่าง

1. การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในระดับจังหวัดคือ อุดรธานี และสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากในระดับอำเภอ

2. การเลือกตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์โดยใช้ข้อมูลรายชื่อผู้รับบริการตรวจอุจจาระ และทราบผลการตรวจแล้วในปี 2535 ของอำเภอเพ็ญ โดยมีเงื่อนไขว่า

กลุ่มแรก เป็นบุคคลที่ตรวจไม่พบไข้พยาธิใบไม้ดับปีในการตรวจจุงจาระ โดย (รักษาหาย) เจ้าหน้าที่ครั้งสุดท้าย และก่อนหน้านั้น พบไข้พยาธิใบไม้ดับอย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป ทั้งนี้ต้องได้รับการรักษาจนหายแล้ว และการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับก่อนการตรวจพบครั้งสุดท้ายห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน ทราบโดยการสอบถามจากรายชื่อจากข้อ 2 เป็นรายบุคคล กลุ่มนี้มีจำนวน 168 ราย

กลุ่มที่สอง เป็นบุคคลที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับจากการตรวจจุงจาระ โดย (กลับเป็นซ้ำ) เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป โดยอาจพบติดต่อกัน หรือไม่ติดต่อกัน แต่ครั้งสุดท้ายของการตรวจจุงจาระต้องพบไข้พยาธิใบไม้ดับด้วย ทั้งนี้เห็นเป็นการพบไข้พยาธิใบไม้ดับครั้งสุดท้ายเข้าในจำนวน 3 ครั้งที่ตรวจพบด้วย โดยทุกครั้งที่ตรวจพบต้องได้รับการรักษา ทราบข้อมูลโดยการสอบถามจากรายชื่อในข้อ 2 โดยนำไปถามกับบุคคลผู้นั้น กลุ่มนี้มีจำนวน 168 ราย

3. นำรายชื่อประชากรทั้งสองกลุ่ม เลือกตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่ในแต่ละกลุ่ม เพื่อนำมา เป็นบุคคลที่ถูกลักษณะต่อไป

ขั้นตอนการ เลือกตัวอย่าง สัมภาษณ์

ระดับจังหวัด	อุดรธานี	เลือกแบบเจาะจง
ระดับอำเภอ	เพ็ญ	เลือกแบบสุ่มจับฉลากจาก 22 อำเภอ
ระดับตำบล	6 ตำบล	สุ่มจับสลากแบบไม่คืนที่ จาก 11 ตำบล
ระดับหมู่บ้าน	ทุกหมู่บ้าน	
บุคคลถูกลักษณะ	336 ตัวอย่าง	จับสลากแบบไม่คืนที่

เงื่อนไข หากในครัวเรือนหนึ่งมีบุคคลถูกคัดเลือกให้ถูกสัมภาษณ์ 2 คนขึ้นไป ให้นำจำนวนบุคคลที่ถูกเลือกในครัวเรือนนั้นจับสลากเลือกใหม่โดยคัดเลือกจำนวน 1 คน เพื่อถูกสัมภาษณ์ เพื่อให้การได้รับข้อมูลมีการกระจายแต่ละครัวเรือนให้มากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ เพศ, อายุ, ลักษณะครอบครัว, การศึกษา ไม่นำมาคิดคะแนนแต่ใช้ประกอบการอภิปรายให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริโภคนิสัย
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนศึกษาจากตำราเอกสาร, บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามในลักษณะให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด จาก 3 ตัวเลือกที่กำหนดให้

ตอบถูกตรงกับค่าเฉลี่ย ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ไม่ตรงกับค่าเฉลี่ย ได้ 0 คะแนน

การหาความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามนี้ให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจะได้นำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามไปใช้ทดสอบสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอใกล้เคียงกับอำเภอเป้าหมายคืออำเภอเมือง (ตำบลนาข่า ซึ่งเป็นตำบลที่ติดกับอำเภอเพ็ญ) จำนวน 40 ราย แล้วนำผลการตอบแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตร มูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson หรือ K-R 20) ให้ค่าความเชื่อมั่น = 0.85

3. แบบสอบถามความเชื่อเรื่องโรคมะเร็งตับ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วน โดยใช้หลักเกณฑ์เครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพของไมแมน และคณะ (Maiman, et al. 1977: 216) โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ (Becker 1977: 205-216) โดยข้อความที่เป็นบวก และข้อความที่เป็นลบ คือ

ข้อความที่เป็นบวก ประกอบด้วย ข้อ 2,4,7,12

ข้อความที่เป็นลบ ประกอบด้วย ข้อ 1,3,5,6,8,9,10,11,13,14,15

ลักษณะคำตอบเป็นการจัดลำดับคุณภาพ 5 อันดับตัวเลือก คือ

1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเลย
2. ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ
3. ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ
4. เห็นด้วย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ป่วย
5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง

ผู้ตอบแบบสอบถามนี้จะ เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ถูก ลงในช่องที่กำหนดให้ โดยการให้คะแนนพิจารณาคำตอบผู้ป่วยคือ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน

เมื่อได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงตามคำแนะนำแล้วนำไปทดสอบกับ
กลุ่มตัวอย่างที่ออกแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค จำนวน 40 ราย หาความเชื่อมั่น โดยใช้
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.90

4. แบบสอบถามการรับรู้ในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ผู้วิจัยสร้างจากตำรา
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา มีคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ เน้นคำถาม
ชนิดปลายเปิด 1 ข้อ และปลายปิด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ใช้ประกอบในการอภิปรายผลคือข้อที่ 1,2,3,6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขมี 9 ข้อ
ผู้วิจัยกำหนดให้คะแนนคือข้อที่ 4,5,7,8,9 โดยพิจารณาคำตอบดังนี้

ตอบถูกต้องกับเฉลย ได้ 1 คะแนน

ตอบผิดไม่ตรงกับค่าเฉลย ได้ 0 คะแนน

5. แบบสอบถามการมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

ข้อมูลเป็นแบบคำถามปลายปิด จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 1 ถึง 3 และข้อ 1 นำมา
อภิปรายผลคำแนะนำด้วย ผู้วิจัยกำหนดการให้คะแนนจากคำตอบดังนี้

เคยมีประสบการณ์และปฏิบัติในทางบวก ได้ 1 คะแนน

ไม่เคยมีประสบการณ์และปฏิบัติในทางลบ ได้ 0 คะแนน

6. แบบสอบถามการยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ข้อมูลมีทั้งสิ้น 19 ข้อ เป็นข้อมูลคำถามแบบปลายปิด 10 ข้อ คำถามปลายเปิด มี 9 ข้อ แบ่ง
แบบสัมภาษณ์เป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากคำถามที่ไม่นำมาคิดคะแนน แต่ใช้ในการอภิปรายผลคำแนะนำ
คือข้อที่ 1,5,6,9,11,13,16,17,18,19

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากคำถามที่นำมาคิดคะแนนมีทั้งสิ้น 12 ข้อ คือข้อที่ 2,3,4,7,8
10,12,14,15 ผู้วิจัยกำหนดการให้คะแนนจากคำตอบดังนี้

ตอบถูกต้องตรงกับค่าเฉลยได้ 1 คะแนน

ตอบผิดไม่ตรงกับค่าเฉลยได้ 0 คะแนน

7. แบบสอบถามการมีสภาพแวดล้อมในครัวเรือนที่เอื้ออำนวยต่อการมีบริโภคนิสัยกิน-ไม่กินปลาดิบ อันนำไปสู่การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ

ข้อมูลเป็นคำถามทั้งสิ้น 4 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายปิด 4 ข้อ

โดยกำหนดการให้คะแนนจากคำตอบดังนี้

ตอบถูกต้องตรงตามค่าเฉลยได้ 1 คะแนน

ตอบไม่ถูกต้องตรงค่าเฉลยได้ 0 คะแนน

วิธีการเก็บข้อมูล

1. เมื่อผู้วิจัยออกแบบสอบถามเสร็จจึงนำไปทดสอบใช้ในพื้นที่ข้างเคียงกับกลุ่มพื้นที่เป้าหมาย เพื่อหาจุดบกพร่องและนำมาปรับปรุงโดยขอรับคำปรึกษาจากผู้รู้
2. ผู้วิจัยดำเนินการออกเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ตามรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาได้
3. ประสานงานโดยการส่งหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลไปถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 1 ฉบับ ถึงนายอำเภอของพื้นที่วิจัย 1 ฉบับ เพื่อขอความร่วมมือโดยระบุใน เวลา สถานที่เก็บข้อมูล
4. ประสานงานหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่คือโรงพยาบาลชุมชนเพ็ญ สาธารณสุขอำเภอเพ็ญ และสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอเพ็ญ เพื่อขอข้อมูลหมู่บ้าน รายชื่อผู้มารับบริการตรวจอุจจาระในปี 2535 ของทุกหมู่บ้าน ในตำบลที่สุ่มตัวอย่างได้ คือ ตำบลเพ็ญ, โคกกลาง, สุ่มเส้า, เต่าไท, นาบัว, สร้างแป้น
5. ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เก็บข้อมูล โดยใช้เวลาการเก็บตัวอย่างสัมภาษณ์ 3 เดือน
6. ผู้วิจัยสรุปรายงานเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขวางแผนดำเนินงานต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. แจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean or \bar{X}) ค่ามัธยฐาน (Median or Med) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation or SD) และอัตราส่วนร้อยละ (Percentage) ในข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

2. คำนวณค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เรื่องโรค ความเชื่อ ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่ม

3. เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ การทดสอบแบบ t-test

4. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ คือ ปัจจัยการรับรู้ในการ เข้ารับบริการสาธารณสุข, การมีประสบการณ์ตรงกับโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคคลอื่น, การ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการ มีพฤติกรรมทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้การทดสอบแบบ t-test (Proportional t-test), odds Ratio (OR) และ 95% confidence Interval ของ OR, Chi-square test, การทดสอบทางสถิติ ใช้ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05

ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อแตกต่างของปัจจัยในการเกิดพฤติกรรมบริโภคปลาดีในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นโรคซ้ำ กับกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาแล้วหายจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมบริโภคปลาดีในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ และหาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกพฤติกรรมบริโภคปลาดีในกลุ่มผู้ป่วยที่หายขาด ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานในอนาคตที่จะกระทำให้มีการเลิกบริโภคปลาดีอย่างถาวร โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่กลับเป็นซ้ำ 168 ราย และผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่หายขาดจำนวน 168 ราย ของจังหวัดอุดรธานีได้นำแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์และผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่ง เป็น 7 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม
- ตอนที่ 2 ข้อมูลและการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพ
- ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสาธารณสุข
- ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ตอนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในครัวเรือน
- ตอนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับบริโภคนิสัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม จำแนกตามกลุ่มการรักษา

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	75	44.6	66	39.3
หญิง	93	55.4	102	60.7
อายุ				
< 20 ปี	4	2.4	3	1.8
20 - 29 ปี	29	17.3	27	16.2
30 - 39 ปี	38	22.6	48	28.5
40 - 49 ปี	49	29.2	47	28.0
50 - 59 ปี	35	20.8	32	20.0
≥ 60 ปี	13	7.7	11	6.5
ค่าเฉลี่ย (ปี) (SD)	42.1	(12.5)	41.7	(12.2)
อายุสูงสุด (ปี)	79		82	
อายุน้อยสุด (ปี)	15		15	
สถานภาพสมรส				
คู่	145	86.3	145	86.3
เดี่ยว (โสด, หม้าย, หย่า, แยก)	23	13.7	23	13.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
ไม่มีรายได้	5	3.0	2	1.2
1 - 2,000	112	66.6	106	63.7
2,001 - 4,000	28	16.6	25	14.8
4,001 - 6,000	8	4.8	18	10.7
6,001 - 8,000	4	2.4	7	4.2
8,001 -10,000	1	0.6	2	1.2
> 10,000	10	6.0	8	4.8
ค่า median (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	<2000(100-40,000)		<2000(50-14,000)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.2	-	-
ประถมศึกษา	159	94.6	158	9.4
มัธยมศึกษา	7	4.2	8	4.8
ปริญญาตรี	-	-	2	1.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1 - 2 คน	9	5.4	9	5.4
3 - 4 คน	67	39.9	70	41.7
5 - 6 คน	60	35.7	55	32.7
7 - 8 คน	27	16.0	28	16.7
9 - 10คน	5	3.0	3	1.8
<10 คน	-	-	3	1.8
ค่า median (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	5 (1-10)		5 (1-14)	
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ (นักเรียน, ผู้สูงอายุ)	7	4.2	5	3.0
มีอาชีพ	161	95.8	163	97.0
เกษตรกร	145	90.1	146	89.6
งานส่วนตัว (ค้าขาย)	9	5.6	11	6.7
รับราชการ	5	3.1	5	3.1
บริษัทเอกชน	2	1.2	1	0.6

1.1 เพศ

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีเพศชาย ร้อยละ 44.6 และเพศหญิงร้อยละ 55.4 ส่วนกลุ่มที่รักษาหายมีเพศชายร้อยละ 39.3 และเพศหญิงร้อยละ 60.7

1.2 อายุ

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 73 โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 42.1 ± 12.5 ปี

กลุ่มที่รักษาหาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 76.5 โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 41.7 ± 12.2 ปี

1.3 สถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างที่กลับเป็นซ้ำ และที่รักษาหาย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 86.3 เท่ากันของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

1.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 83.2 โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาทต่อเดือน มีร้อยละ 16.8

กลุ่มที่รักษาหาย ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 78.5 โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาทต่อเดือน มีร้อยละ 21.5

1.5 ระดับการศึกษา

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.6 และมีความรู้สูงสุดในระดับมัธยมศึกษา มีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 1.2

กลุ่มที่รักษาหาย ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94 และมีความรู้สูงสุดในระดับปริญญาตรี และไม่มีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัว

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัวอยู่ระหว่าง 3-6 คน ร้อยละ 75.6 โดยมีสมาชิกครอบครัวสูงสุด 10 คน

กลุ่มที่รักษาหาย ส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัวอยู่ระหว่าง 3-6 คน ร้อยละ 74.9 โดยมีสมาชิกครอบครัวสูงสุด 14 คน

1.7 อาชีพ

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 90.1 รองลงมาเป็นอาชีพงานส่วนตัว เช่น ค้าขาย ร้อยละ 5.6 และน้อยที่สุดคืออาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 1.2

กลุ่มที่รักษาหาย ส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 89.6 รองลงมาเป็นอาชีพงานส่วนตัวเช่น ค้าขาย ร้อยละ 6.7 และน้อยที่สุดคือ อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 0.6

ตอนที่ 2 ข้อมูลและการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรควงศาธิใบไม้ดับ ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนของความรู้เรื่องโรคในกลุ่มที่รักษาหายกับกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	คะแนน	\bar{X}	S D	t-value	df	P-value
กลุ่มที่รักษาหาย	15	7.85	2.64	-0.83	334	0.407
กลุ่มที่เป็นซ้ำ	15	7.61	2.62			

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความรู้เรื่องโรควงศาธิใบไม้ดับทั้งสองกลุ่ม มีระดับความรู้ใกล้เคียงกัน กลุ่มที่รักษาหายมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเล็กน้อย คือมีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.85, 7.61 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.407$) และผลการศึกษานี้ ประเด็นนี้ พบว่า ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า "ผู้ป่วยโรควงศาธิใบไม้ดับที่รักษาหายมีความรู้เรื่องโรควงศาธิใบไม้ดับดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ" แต่เป็นที่สังเกตได้ว่าระดับความรู้เรื่องโรคของกลุ่มทั้งสองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่รักษาหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ตัวแปร	\bar{X}	S D	t-value	df	P-value
กลุ่มที่รักษาหาย	54.89	6.97			
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	55.22	7.21	0.43	334	0.667

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่มมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพใกล้เคียงกัน กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหายเล็กน้อย คือมีค่าคะแนนเฉลี่ย 55.22, 54.89 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.667$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า "ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ" แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับความเชื่อเรื่องโรคของกลุ่มทั้งสองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 4 พฤติกรรมในการเข้ารับบริการสาธารณสุข จำแนกตามกลุ่มการรักษา

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการมารับบริการ				
ตรวจจักษุโรคทางพยาธิใบไม้ตับ (ครั้ง)				
≤ 2	3	1.8	1	0.6
3 - 4	148	88.1	139	82.7
5 - 6	16	9.5	26	15.5
7 - 8	1	0.6	1	0.6
≥ 9	-	-	1	0.6
ค่า median (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	3	(2-7)	3	(2-9)
ความคิดต่อประสิทธิภาพการรักษา				
โรคพยาธิใบไม้ตับด้วยยาพาราซิควอนเทล				
รักษาหาย	84	50.0	115	68.5
รักษาไม่หาย	84	50.0	53	31.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่มีบทบาทมากที่สุดในการแจ้ง ข่าวสารในเรื่องการให้บริการเกี่ยวกับ โรงพยาบาลไม้ตัดใบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	121	72.0	129	76.5
กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน	42	25.0	27	16.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4	2.4	11	6.5
เจ้าหน้าที่รัฐอื่น ๆ (ครู)	-	-	1	0.6
บุคคลอื่น ๆ (ญาติ)	1	0.6	-	-
ความสนใจในการเข้ารับบริการตรวจ อุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตัด				
ไปด้วยตนเอง	142	84.6	153	91.1
ฝากบุคคลอื่น	26	15.5	15	8.9
ความรู้และความเข้าใจในการทาบัตร ตรวจอุจจาระ				
ทำถูกต้อง	90	53.6	122	72.6
ทำไม่ถูกต้อง	78	46.4	46	27.4
ความสนใจเคยเข้ารับฟังความรู้เรื่อง โรงพยาบาลไม้ตัดใบจากหน่วยบริการ ตรวจอุจจาระของเจ้าหน้าที่				
เคย	48	28.6	88	52.4
ไม่เคย	120	79.6	80	47.6

ตารางที่ 5 การรับรู้ต่อบริการสาธารณสุข

ปัจจัย	กลุ่มกลับเป็นซ้ำ	กลุ่มรักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value*
ความคิดต่อประสิทธิภาพ					
การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ด้วยยาพาราซิควอนเทล					
ไม่หาย	83	51	2.20	1.37-3.53	< 0.001
หาย	85	115	1.00		
ความสนใจต่อการไปรับ					
บริการตรวจอุจจาระหาไข่					
พยาธิใบไม้ตับ					
ฝากบุคคลอื่น	26	15	1.87	0.91-3.95	0.067
ไปด้วยตนเอง	142	153	1.00		
ความถูกต้องต่อการทาบิตร					
ก่อนเข้ารับบริการตรวจ					
อุจจาระ					
ไม่ถูกต้อง	78	46	2.30	1.42-3.72	< 0.001
ถูกต้อง	90	122	1.00		
ความสนใจเข้ารับฟังความรู้					
เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ					
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
ไม่เคยสนใจเข้าฟัง	120	80	2.75	1.71-4.43	< 0.001
เคยสนใจเข้าฟัง	90	122	1.00		

* จาก t-test

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า จำนวนครั้งของการมารับบริการตรวจจุกจาะหาไข้
 พยาธิใบไม้ดับ ในกลุ่มผู้ที่กลับเป็นซ้ำ มีค่าระหว่าง 3-4 ครั้ง ร้อยละ 88.1 รองลงมาเป็น 5-6
 ครั้ง ร้อยละ 9.5 และน้อยที่สุดคือตรวจ 7-8 ครั้ง ร้อยละ 0.6 โดยมีค่าจำนวนครั้งการรับบริการ
 ตรวจสูงสุด 7 ครั้ง ในกลุ่มผู้ที่รักษาหาย มีค่าจำนวนครั้งมารับบริการ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-4
 ครั้ง ร้อยละ 82.7 รองลงมาเป็น 5-6 ครั้ง ร้อยละ 15.5 และน้อยที่สุดคือ จำนวน 2 ครั้ง,
 7-8 ครั้ง, และมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ครั้ง มีร้อยละ เท่ากันคือ 0.6 โดยมีค่าจำนวนครั้งการ
 ตรวจสูงสุดคือ 9 ครั้ง

ความคิดต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคพยาธิใบไม้ดับด้วยยาพาราซิควอนเทล ในกลุ่มที่
 รักษาหาย เชื่อว่ายามีประสิทธิภาพการรักษาโรคได้ดี ร้อยละ 68.5 โดยมีเพียงร้อยละ 31.5 ที่
 ไม่เชื่อว่ายาจะรักษาโรคได้หายขาด ขณะที่กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ เชื่อเรื่องการรักษาด้วยยา ร้อยละ
 50 เท่ากัน ว่ารักษาได้หาย-ไม่หายขาด โดยในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำคิดว่ายารักษาไม่หายเป็น 2.20
 เท่า ของกลุ่มที่หายขาด โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.001$) ค่าความ
 เชื่อมั่น 95%

บุคคลที่มีบทบาทมากที่สุดในการแจ้งข่าวสารในเรื่องการให้บริการเกี่ยวกับโรคพยาธิใบ
 ไม้ดับโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ในกลุ่มผู้ที่กลับเป็นซ้ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 มีบทบาทมากที่สุด ร้อยละ 2.4 ขณะที่กลุ่มที่รักษาหาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี
 บทบาทมากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 76.8 รองลงมาคือ กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 16.1, เจ้าหน้าที่
 สาธารณสุข ร้อยละ 6.5 และมีครู เป็นผู้แจ้งข่าว ร้อยละ 0.6

ความสนใจในการเข้ารับบริการตรวจจุกจาะหาไข้พยาธิใบไม้ดับ พบว่าในกลุ่มที่กลับ
 เป็นซ้ำได้ไปรับบริการตรวจด้วยตนเอง ร้อยละ 84.5 ผากบุคคลอื่นไปตรวจหรือร้อยละ 15.5
 ส่วนในกลุ่มที่รักษาหายไปรับบริการตรวจด้วยตนเองร้อยละ 91.1 และฝากผู้อื่นไปตรวจเพียง
 ร้อยละ 8.9 เท่านั้น โดยในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำนิยมการฝากบุคคลอื่นไปตรวจมากกว่ากลุ่มที่หายขาด
 เล็กน้อย โดยมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้และความเข้าใจในการทาบัตตรตรวจจุงจาระ พบว่าในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ สามารถทาบัตตรได้ถูกต้องและเข้าใจ ร้อยละ 53.6 ขณะที่อีกร้อยละ 46.4 ทำไม่ถูกต้องและไม่เข้าใจในรายละเอียด ส่วนในกลุ่มที่รักษาหาย สามารถทำได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 72.6 ส่วนที่ทำไม่ถูกต้องมีเพียงร้อยละ 27.4 โดยในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำไม่ทราบวิธีทาบัตตรที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่หายขาดคิดเป็น 2.30 เท่า โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.001$)

ความสนใจเคยเข้ารับฟังความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากหน่วยบริการตรวจจุงจาระ ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้พบว่าในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ เคยเข้ารับฟังเพียงร้อยละ 28.6 เท่านั้น ส่วนอีกร้อยละ 79.6 ไม่เคยสนใจเข้ารับฟังเลย ในขณะที่กลุ่มที่รักษาหาย สนใจเข้ารับฟังความรู้ ร้อยละ 52.4 และไม่เคยเข้ารับฟังร้อยละ 47.6 โดยในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ไม่เคยสนใจเข้ารับฟังความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มที่หายขาด คิดเป็น 2.75 เท่า โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.001$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพการรักษาของยาพาราซีควอนเทล ที่มีต่อการหายจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มที่รักษาหายและกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนผู้ที่คิดว่า		t-value	df	P-value
		ยารักษาหาย	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่เป็นซ้ำ	168	84	0.50	-3.54	332	<0.001
กลุ่มที่รักษาหาย	168	115	0.69			

จากตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพการรักษาของยาพาราซีควอนเทลที่มีต่อการหายจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งสองกลุ่มมีอัตราความเชื่อแตกต่างกัน กลุ่มที่รักษาหายมีอัตราความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ คือ มีค่า 0.69, 0.30 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพการรักษาด้วยยา ในกลุ่มที่รักษาหายสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผลการศึกษานี้พบข้อขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีพฤติกรรมในเรื่องการรับบริการสาธารณสุขดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความสนใจต่อการไปรับบริการตรวจจักษุ เพื่อหาไข่มุมตาในผู้ป่วยโรคต้อกระจกกับหน่วยบริการสาธารณสุขของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

กลุ่มตัวอย่าง	n	สนใจไป		t-value	df	P-value
		ตรวจด้วยตนเอง	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่เป็นซ้ำ	168	142	0.85	-1.84	317	0.0667
กลุ่มที่รักษาหาย	168	153	0.91			

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความสนใจต่อการไปรับบริการตรวจจักษุ เพื่อหาไข่มุมตาในผู้ป่วยโรคต้อกระจกกับหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งสองกลุ่มมีอัตราความสนใจใกล้เคียงกัน กลุ่มที่รักษาหายมีความสนใจที่จะรับบริการสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเล็กน้อยคือมีอัตราเท่ากับ 0.91, 0.85 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0667$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่รักษาหายมีพฤติกรรมในเรื่องการรับบริการสาธารณสุขดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความถูกต้องต่อการทำบัตรเข้ารับบริการตรวจ อูจจาระ เพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	การทำบัตร		t-value	df	P-value
		ได้ถูกต้อง	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่เป็นซ้ำ	168	90	0.54	-3.68	334	<0.001
กลุ่มที่รักษาหาย	168	122	0.73			

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความถูกต้องต่อการทำบัตรเข้ารับบริการตรวจ อูจจาระ เพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับทั้งสองกลุ่มมีอัตราความถูกต้องในการทำบัตรแตกต่างกัน กลุ่มที่รักษาหายมีอัตราความถูกต้องในการทำบัตรสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำคือมีค่า 0.73, 0.54 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติอัตราความถูกต้องในการทำบัตรเข้ารับบริการตรวจ อูจจาระ เพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ กลุ่มที่รักษาหายสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้ พบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีพฤติกรรมในการเข้ารับบริการดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความสนใจรับฟังความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะเข้ารับบริการตรวจจุงาระ ของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ และกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนคนที่		t-value	df	P-value
		เคยสนใจฟัง	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่เป็นซ้ำ	168	48	0.29	-4.57	334	<0.001
กลุ่มที่รักษาหาย	168	88	0.52			

จากตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความสนใจรับฟังความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขณะเข้ารับบริการตรวจจุงาระ ทั้งสองกลุ่ม มีอัตราความสนใจเข้ารับฟังที่แตกต่างกัน กลุ่มที่รักษาหายมีอัตราความสนใจเข้ารับฟังสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ คือมีค่า 0.52, 0.29 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ อัตราความสนใจเข้ารับฟังกลุ่มที่รักษาหายสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีพฤติกรรมการรับบริการสาธารณสุขดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคคลอื่น

ตารางที่ 10 การมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคคลอื่น

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเคยมีประสบการณ์ต่อบุคคลที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และ เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ โดยมีประวัติชอบกินปลาดิบ				
ไม่เคย	35	20.8	21	12.5
เคย	133	79.2	147	87.5
- เพื่อนบ้าน	46	34.6	53	36.0
- สามี่, ภรรยา, ลูก	5	3.8	7	4.8
- บิดา, มารดา	26	19.5	32	21.7
- ญาติ(ลุง, ป้า, น้า, อา, ปู่, ย่า, ตา, ยาย)	38	28.6	33	22.5
- พี่ชาย, พี่สาว, น้องชาย, น้องสาว	4	3.0	7	4.8
- อื่น ๆ (พี่เขย พี่สะใภ้)	14	10.5	15	10.2
ความคิดจากประสบการณ์ที่ได้พบ				
ไม่กลัว โรคมะเร็งตับ	13	7.8	7	4.2
กลัว โรคมะเร็งตับ	120	71.4	140	83.3
ไม่ทราบคำตอบ	35	20.8	21	12.5
พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ				
ภายหลังจากประสบเหตุการณ์แล้ว				
บริโภคปลาดิบเหมือนเดิม	130	77.4	57	33.9
ไม่บริโภคปลาดิบอีกเลย	3	1.8	90	53.6
ไม่ทราบคำตอบ	35	20.8	21	12.6

ตารางที่ 11 การมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

ปัจจัย	กลุ่มกลับเป็นซ้ำ	กลุ่มรักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value
การเคยมีประสบการณ์ตรง					
ต่อเหตุการณ์ที่เห็นบุคคล					
เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ					
โดยมีประวัติชอบบริโภค					
ปลาดิบ					
ไม่เคย	35	21	1.84	0.99-3.50	0.744
เคย	133	147	1.00		
ปัจจัย					
กลุ่มกลับเป็นซ้ำ					
กลุ่มรักษาหาย					
OR					
95% C.I.					
P-value*					
การมีพฤติกรรมบริโภค					
ปลาดิบหลังมีประสบการณ์					
รับประทานเหมือนเดิม	130	57	66.90	20.46-339.08	<0.001
เลิกรับประทานโดยเด็ดขาด	3	88	1.00		

* จาก t-test

จากตารางที่ 10-11 การมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคคลอื่น จากการสัมภาษณ์พบว่า ในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ เคยมีประสบการณ์ได้เห็นบุคคลที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ต่อมาป่วยและ เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ โดยพบว่าบุคคลนี้มีประวัติพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปรุง จากปลาดิบมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 79.2 โดยแยกลักษณะของบุคคลดังกล่าว ประกอบด้วย เพื่อน บ้าน ร้อยละ 34.6 ซึ่งพบมากที่สุด รองลงมาเป็นญาติซึ่งประกอบด้วย ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งถือว่าไม่ใช่บุคคลใกล้ชิดมากนัก คิดเป็นร้อยละ 28.6 อันดับสามคือบิดา มารดา ของผู้ถูก สัมภาษณ์ ซึ่งถือว่าใกล้ชิดมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 19.5 อันดับสี่ คือ สามี, ภรรยา, ลูกของผู้ถูก สัมภาษณ์ ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สุด ร้อยละ 3.8 อันดับห้าคือ บุคคลที่มีฐานะ เป็นพี่หรือน้อง ทางสายโลหิต คิดเป็นร้อยละ 3.0 และอื่น ๆ คือบุคคลที่ไม่ใกล้ชิดทางสายโลหิต เช่น พี่เขย พี่สะใภ้ บิดา มารดาของสามี หรือภรรยาตนเอง ร้อยละ 10.5 จากเหตุการณ์ที่พบทำให้เกิด ความกลัวต่อการเป็นโรคมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และไม่กลัว ร้อยละ 7.8 แต่ในด้าน พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ หลังจากเหตุการณ์นี้แล้ว มีร้อยละ 77.4 กลับไปบริโภคปลาดิบ เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง มีเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้นที่เลิกได้เด็ดขาด โดยในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ และกลุ่มที่หายขาด ไม่เคยมีประสบการณ์แตกต่างกัน 1.84 เท่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

ในกลุ่มที่รักษาหาย มีบุคคลที่มีประสบการณ์คือ ร้อยละ 87.5 โดยบุคคลที่เคยพบเหตุการณ์ นั้นประกอบด้วย กลุ่มเพื่อนบ้าน ร้อยละ 36.0 เป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มของญาติ คิดเป็นร้อยละ 22.5 อันดับสามเป็น บิดา มารดา ร้อยละ 21.7 กลุ่มของญาติของทางสามีภรรยา คิดเป็นร้อยละ 10.2 น้อยที่สุดคือกลุ่มของสามี, ภรรยา, ลูก กับกลุ่มของพี่หรือน้องของผู้ถูก สัมภาษณ์คิดเป็นร้อยละ 83.3 และไม่กลัวเพียงร้อยละ 12.5 ส่วนในด้านพฤติกรรมการบริโภค ปลาดิบ มีร้อยละ 53.6 ไม่กลับไปบริโภคปลาดิบอีกเลย มีเพียงร้อยละ 33.9 เท่านั้นที่ยังคง บริโภคต่อไป โดยในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมกลับไปบริโภคปลาดิบเช่นเดิม หลังจากมีประสบ การณ์ต่อโรคมากกว่ากลุ่มที่หายขาดคิดเป็น 66.90 เท่า โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P < 0.001$)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบการมีประสบการณ์ตรงต่อเหตุการณ์เห็นบุคคลที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และมีประวัติชอบรับประทานอาหารพวกปลาดิบของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ และกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนคนที่		χ^2	df	P-value
		มีประสบการณ์	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่เป็นซ้ำ	168	133	0.79	0.111	321	0.744
กลุ่มที่รักษาหาย	168	147	0.88			

จากตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบการมีประสบการณ์ตรงต่อเหตุการณ์เห็นบุคคลที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และมีประวัติชอบรับประทานอาหารพวกปลาดิบ ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการมีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน กลุ่มที่รักษาหายมีอัตราการมีประสบการณ์สูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเล็กน้อย คือมีค่า 0.88, 0.79 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับไม่ดับที่รักษาหายมีประสบการณ์ตรงต่อโรคมะเร็งตับไม่ดับดีกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบการมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ หลังมีประสบการณ์แล้วของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ และกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนที่กลับไป		t-value	df	P-value
		บริโภคปลาดิบ	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	133	130	0.98	-13.70	173	<0.001
กลุ่มที่รักษาหาย	147	57	0.39			

จากตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบการมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบหลังมีประสบการณ์ ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการกลับไปบริโภคปลาดิบแตกต่างกัน กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีอัตราการกลับไปบริโภคปลาดิบสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหายคือมีค่า 0.98, 0.39 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติอัตราการมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบหลังมีประสบการณ์ กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผลการศึกษานี้ประเด็น พบว่า สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในบุคคลอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 14 การปฏิบัติต่อคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามกลุ่มการรักษา

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การนำคำแนะนำ เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสนทนา ในครอบครัว			
มีการสนทนา	118	70.2	122	72.6
ไม่มีการสนทนา	50	29.8	46	27.4
การนำคำแนะนำ เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสนทนากับ เพื่อนบ้าน				
มีการสนทนา	102	60.7	105	62.5
ไม่มีการสนทนา	66	39.3	63	37.5
การเคยได้รับความรู้เรื่องโรค พยาธิใบไม้ตับจากสื่อต่าง ๆ				
เคย	148	88.1	154	91.7
ไม่เคย	20	11.9	14	8.3
การมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ ของพยาธิใบไม้ตับก่อนมา รับประทานปลาดิบ				
รู้มาก่อน แต่ก็รับประทาน	84	50	48	28.6
ไม่รู้มาก่อน	84	50	120	71.4

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความคิดหลังจากได้รับรู้เกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับจากสื่อต่างๆ แล้ว				
กลัว เป็นโรค	100	59.5	138	82.2
ไม่กลัว เป็นโรค	48	28.6	16	9.5
ไม่ทราบคำตอบ	20	11.9	14	8.3
บุคคลในครอบครัวที่ไม่มีพฤติกรรมชอบ รับประทานปลาดิบ เป็นตัวอย่างแก่ท่าน ได้หรือไม่				
ไม่ได้	163	97.0	162	96.4
ได้	5	3.0	6	3.6
ลักษณะการรับประทานอาหาร ในครอบครัว				
รับประทานแบบรวม	164	97.6	168	100
รับประทานแบบแยก	4	2.4	-	-
การปฏิบัติตนในเรื่องการบริโภคปลาดิบ หลังจากการรักษาด้วยยาในครั้งสุดท้าย				
เลิกรับประทานปลาดิบโดยเด็ดขาด	105	62.5	148	88.1
กลับไปรับประทานปลาดิบอีก	63	37.5	20	11.9

ตารางที่ 15 การปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	กลุ่มที่รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value*
การมีความรู้ต่อการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการบริโภคปลาดิบ					
รู้มาก่อน	84	48	2.50	1.55-4.03	< 0.001
ไม่รู้มาก่อน	84	120	1.00		
ความรู้สึกกลัวภายหลังจากได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ไม่กลัวเป็นโรค	49	16	4.18	2.18-8.32	< 0.001
กลัวเป็นโรค	101	138	1.00		
การเป็นตัวอย่างของบุคคลในครอบครัวไม่บริโภคปลาดิบต่อผู้ถูกสัมภาษณ์					
เป็นตัวอย่างไม่ได้	163	162	1.21	0.30-5.10	0.759
เป็นตัวอย่างได้	5	6	1.00		

* จาก t-test

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	กลุ่มที่รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value*
การนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สนทนาเผยแพร่ในครอบครัว					
ไม่เคยสนทนา	50	46	1.12	0.68-1.83	0.629
เคยสนทนา	118	122	1.00		
การนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ					
สนทนาเผยแพร่ต่อเพื่อนบ้าน					
ไม่เคยสนทนา	66	63	1.08	0.68-1.71	0.737
เคยสนทนา	102	105	1.00		
การบริโภคปลาดิบหลังจาก					
รักษาด้วยยาในครั้งสุดท้าย					
ยังบริโภคเหมือนเดิม	63	20	4.44	2.46-8.21	<0.001
เลิกบริโภคเด็ดขาด	105	148	1.00		

* จาก t-test

จากตารางที่ 14 แสดงถึงการยอมรับและปฏิบัติต่อคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มของผู้ที่กลับเป็นซ้ำ ในเรื่องการนำคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ไปสนทนาคือในครอบครัว มีร้อยละ 70.2 ส่วนอีกร้อยละ 29.8 ไม่เคยสนทนากันเลย ในกลุ่มเพื่อนบ้านได้นำไปสนทนากัน ร้อยละ 60.7 ส่วนอีกร้อยละ 39.3 ไม่เคยนำไปสนทนากันเลย, ด้านการสนใจรับฟังความรู้เรื่องโรคจากสื่อมวลชนต่าง ๆ เคยได้รับฟังจากสิ่งเหล่านั้น ร้อยละ 88.1 มีเพียงร้อยละ 11.9 ไม่เคยได้ยินเลย, การมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนที่จะมารับประทานปลาดิบ ร้อยละ 50 รู้มาก่อน อีกร้อยละ 50 ไม่รู้มาก่อน, ความคิดหลังจากได้รับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากสื่อแล้ว ร้อยละ 59.5 กลัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนร้อยละ 28.6 ไม่กลัวเป็นโรค ที่เหลือร้อยละ 11.9 ไม่ยอมตอบคำถาม, การที่มีบุคคลในครอบครัวไม่บริโภคปลาดิบคิดว่าจะ เป็นตัวอย่างให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลิกบริโภคปลาดิบได้หรือไม่ ร้อยละ 97.0 ตอบว่าเป็นตัวอย่างไม่ได้ มีเพียงร้อยละ 3.0 ที่ถือว่าเป็นตัวอย่างให้เลียนแบบได้, ลักษณะการรับประทานอาหารในครอบครัว ร้อยละ 97.6 รับประทานแบบรวมกัน มีเพียงร้อยละ 2.4 ที่แยกกันรับประทาน, หลังการรักษาครั้งสุดท้ายได้กลับไปบริโภคปลาดิบอีกร้อยละ 37.5 และเลิกบริโภคร้อยละ 62.5

ในกลุ่มที่รักษาหาย มีการนำคำแนะนำที่ให้ความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสนทนาคือในครอบครัว ร้อยละ 72.6 ไม่มีการสนทนา ร้อยละ 27.4, ในกลุ่มเพื่อนบ้านมีการสนทนากันร้อยละ 62.5 ไม่เคยสนทนากันเลยร้อยละ 37.5, การเคยได้ยินหรือได้เห็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากสิ่งต่าง ๆ เคยได้ยินร้อยละ 91.7 ที่จะบริโภคปลาดิบ ร้อยละ 28.6 รู้มาก่อน ส่วนที่ไม่รู้มาก่อนมีถึงร้อยละ 71.4, ความคิดหลังจากฟังสื่อที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 82.2 กลัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มีเพียงร้อยละ 9.5 ไม่กลัวเป็นโรค, บุคคลในครอบครัวเป็นตัวอย่างในเรื่องการไม่บริโภคปลาดิบได้หรือไม่ ร้อยละ 96.4 เป็นตัวอย่างไม่ได้ มีเพียงร้อยละ 3.6 หลังจากการรักษาด้วยยาครั้งสุดท้าย ได้กลับไปบริโภคปลาดิบอีกร้อยละ 11.9 และเลิกบริโภคปลาดิบโดยเด็ดขาดถึงร้อยละ 88.1

จากตารางที่ 15 แสดงถึง กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมาก่อนที่จะบริโภคปลาดิบมากกว่ากลุ่มที่หายขาด คิดเป็น 2.50 เท่า โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ความรู้ที่กลับต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำไม่มีความรู้ที่กลับหลังจากได้รับรู้จากสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มที่หายขาด คิดเป็น 4.18 เท่า โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

กลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ และกลุ่มที่หายขาดคิดว่าบุคคลที่ไม่บริโภคปลาดิบในครอบครัวไม่สามารถเป็นตัวอย่างต่อการเลิกบริโภคปลาดิบของผู้คนสัมภาษณ์ได้ในค่าที่ใกล้เคียงกัน โดยมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่หายขาด ไม่เคยมีการนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับไปสนทนากับครอบครัวตนเอง มีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่หายขาด ไม่เคยมีการนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับไปสนทนากับเพื่อนบ้านของตนเองมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำยังคงบริโภคปลาดิบเช่นเดิมภายหลังจากการรักษาด้วยยาในครั้งสุดท้ายแล้วคิดเป็น 4.44 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่หายขาดโดยไม่ค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความรู้ต่อการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีก่อนการบริโภคอาหารพวกปลาดิบ ของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนที่รู้		t-value	df	P-value
		มาก่อน	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	168	84	0.50	4.11	334	<0.001
กลุ่มที่รักษาหาย	168	48	0.29			

จากตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความรู้ต่อการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีก่อนการบริโภคอาหารพวกปลาดิบ ในทั้งสองกลุ่มมีอัตราการมีความรู้เรื่องโรคก่อนการบริโภคปลาดิบที่แตกต่างกัน กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีความรู้เรื่องโรคมาก่อนสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหาย คือมีค่า 0.50, 0.29 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ อัตราการมีความรู้เรื่องโรคก่อนบริโภคปลาดิบกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้ พบว่า สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหาย มีการปฏิบัติต่อคำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ เป็นที่สังเกตว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วยังบริโภคปลาดิบอีก ในขณะที่กลุ่มรักษาหายไม่ทราบเกี่ยวกับโรคนี้มาก่อนที่จะบริโภคปลาดิบเลย แสดงว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความรู้สึกกลัวหลังจากได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ และกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	ความวิตกกังวล		t-value	df	P-value
		ต่อโรค	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	150	100	0.67	-4.88	255	<0.001
กลุ่มที่รักษาหาย	154	138	0.90			

จากตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความรู้สึกกลัวภายหลังจากได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเกิดความกลัวที่แตกต่างกัน กลุ่มที่รักษาหายมีอัตราความกลัวสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ คือมีค่า 0.90, 0.67 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ อัตราความรู้สึกกลัวหลังจากได้รับข่าวสารกลุ่มรักษาหายสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผลการศึกษานี้พบที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหาย มีการปฏิบัติต่อคำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดีกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบการเป็นตัวอย่างต่อการเลือกรับประทานปลาดีของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อผู้สัมภาษณ์ ของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	การเป็น		t-value	df	P-value
		ตัวอย่างได้	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มกลับเป็นซ้ำ	168	5	0.03	-0.31	334	0.760
กลุ่มที่รักษาหาย	168	6	0.04			

จากตารางที่ 18 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องการเป็นตัวอย่างต่อการเลือกรับประทานปลาดีของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อผู้สัมภาษณ์ทั้งสองกลุ่ม มีอัตราการเป็นตัวอย่างของบุคคลในครอบครัวใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มที่รักษาหายมีอัตราการเป็นตัวอย่างของบุคคลในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเล็กน้อยคือ มีค่า 0.04, 0.03 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.760$) และผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความสนใจต่อคำแนะนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการนำไป
สนทนากับเพื่อนบ้านของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำกับกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนตัวอย่างที่มีการ		ค่าสัดส่วน	t-value	df	P-value
		สนทนากับเพื่อนบ้าน	ค่าสัดส่วน				
กลุ่มกลับเป็นซ้ำ	168	102	0.61				
					-0.34	334	0.737
กลุ่มที่รักษาหาย	168	105	0.63				

จากตารางที่ 19 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความสนใจต่อคำแนะนำเรื่องโรคพยาธิ
ใบไม้ตับโดยการนำไปสนทนากับเพื่อนบ้านทั้งสองกลุ่มมีอัตราการนำไปสนทนากับเพื่อนบ้านใกล้
เคียงกัน โดยกลุ่มที่รักษาหายมีอัตราการนำไปสนทนากับเพื่อนบ้านสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเล็กน้อย
คือมีค่า 0.63, 0.61 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.737$) และผลการศึกษานี้พบว่ ไม่สอดคล้องกับ
สมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหาย มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกัน
โรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความสนใจต่อคำแนะนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการนำ
 สันทนาในครอบครัว ของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำกับ กลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนที่มีการ		ค่าสัดส่วน	t-value	df	P-value
		สันทนาในครอบครัว	ค่าสัดส่วน				
กลุ่มกลับเป็นซ้ำ	168	118	0.70				
กลุ่มที่รักษาหาย	168	112	0.73				
					-0.48	334	0.630

จากตารางที่ 20 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องความสนใจต่อคำแนะนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการนำไปสันทนาในครอบครัว ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการนำไปสันทนาในครอบครัวใกล้เคียงกัน กลุ่มที่รักษาหายมีอัตราการนำไปสันทนาสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเพียงเล็กน้อยคือมีค่า 0.73, 0.70 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.630$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบการปฏิบัติต่อการบริโภคปลาดิบ หลังจากรักษาด้วยยาใน
ครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ และกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่เลิก			t-value	df	P-value
	n	กินปลาดิบ	ค่าสัดส่วน			
กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	168	105	0.63	-5.43	327	<0.001
กลุ่มที่รักษาหาย	168	148	0.88			

จากตารางที่ 21 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องการปฏิบัติต่อการบริโภคปลาดิบ หลังจากรักษาด้วยยาในครั้งสุดท้าย ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเลิกบริโภคปลาดิบแตกต่างกันโดยกลุ่มที่รักษาหายมีอัตราการเลิกปลาดิบสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ คือมีค่า 0.88, 0.63 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ อัตราการเลิกบริโภคปลาดิบภายหลังการรักษาด้วยยากกลุ่มที่รักษาหายสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตอนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในครัวเรือน

ตารางที่ 22 การมีพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มการรักษา

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (n = 168)		กลุ่มที่รักษาหาย (n = 168)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการกำจัดเศษปลาดิบ				
ภายหลังการปรุงอาหาร				
กำจัดไม่ถูกวิธี	141	83.9	144	85.7
กำจัดถูกวิธี	27	16.1	24	14.3
การมีส้วมราดน้ำ				
ไม่มี	13	7.7	15	8.9
มี	155	92.3	153	91.1
การเคยมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง				
โดยการถ่ายอุจจาระลงแหล่งน้ำ				
ไม่เคย	36	21.4	37	22.0
เคย	132	78.6	131	78.0

ตารางที่ 23 สภานอนามัยสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	กลุ่มที่รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value
การกำจัดเศษปลาที่ถูกต้อง					
ภายหลังการรับประทานเป็น					
อาหาร					
ไม่ถูกต้อง	27	24	1.15	0.61-2.19	0.649
ไม่รุ่มาก่อน	141	144	1.00		
การมีส้วมราดน้ำ					
มี	155	153	1.17	0.50-2.77	0.693
ไม่มี	13	15	1.00		
การมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง					
ถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำ					
เคยกระทำ	132	131	1.04	0.60-1.82	0.894
ไม่เคยกระทำ	36	37	1.00		

ตารางที่ 22-23 แสดงถึงจำนวนร้อยละของการมีพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ในกลุ่มของผู้ที่กลับเป็นซ้ำ มีวิธีการกำจัดเศษปลาดิบที่เหลือจากการปรุงอาหารแล้วไม่ถูกวิธี ร้อยละ 83.9 คือนำไปเป็นอาหารแก่สุนัข, แมว มีเพียงร้อยละ 16.1 เท่านั้น ที่กำจัดถูกวิธีโดยการ ผึ่ง, เผา, ต้มให้สุก ก่อนทิ้งให้เป็นอาหารแก่สัตว์เลี้ยง, ในเรื่องส้วมราดน้ำ มีส้วมราดน้ำ ร้อยละ 92.3 ไม่มีส้วม ราดน้ำวิธีถ่ายในป่า, ทุ่งนา ร้อยละ 7.7 และการเคยมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำที่ใช้บริโภคหรือพื้นที่ใกล้แหล่งน้ำที่ฝนสามารถชะล้างอุจจาระลงแหล่งน้ำได้มี ร้อยละ 78.6 มีเพียงร้อยละ 21.4 ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมดังกล่าว

ในกลุ่มของผู้ที่รักษาหาย มีวิธีการกำจัดเศษปลาดิบที่ถูกวิธีร้อยละ 14.3 เท่านั้น ส่วนอีกร้อยละ 85.7กำจัดไม่ถูกวิธี, การมีส้วมราดน้ำ มีร้อยละ 91.1 มีเพียงร้อยละ 8.9 ที่ยังขาดส้วมราดน้ำ, การมีพฤติกรรมก่อนอุจจาระลงแหล่งน้ำหรือพื้นที่ใกล้แหล่งน้ำมีร้อยละ 78.0 และมีเพียงร้อยละ 22.0 ที่ไม่เคยประพฤติดเลย

กลุ่มของผู้ที่รักษาหาย และกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีวิธีการกำจัดเศษปลาดิบที่เหลือจากการปรุงอาหารไม่ถูกต้อง, ความแตกต่างในการมีส้วมราดน้ำ และการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องโดยเคยถ่ายอุจจาระลงแหล่งน้ำ ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบการกำจัดเศษปลาที่ถูกต้อง หลังการนำมาจัดทำเป็นอาหาร
ของกุ่มที่กลับเป็นซ้ำ และกุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนราย		ค่าสัดส่วน	t-value	df	P-value
		ที่กำจัดถูกต้อง	ค่าสัดส่วน				
กุ่มกลับเป็นซ้ำ	168	27	0.16		0.45	334	0.649
กุ่มที่รักษาหาย	168	24	0.14				

จากตารางที่ 24 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องการกำจัดเศษปลาที่ถูกต้อง หลังการนำมาจัดทำเป็นอาหาร ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการกำจัดเศษปลาที่ถูกต้องใกล้เคียงกัน กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีอัตราการกำจัดที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหายเล็กน้อย คือมีค่า 0.16, 0.14 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.649$) และผลการศึกษาในประเด็นนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหาย มีสภาพแวดล้อมครัวเรือนดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมราดน้ำของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนร่วม	ค่าสัดส่วน	t-value	df	P-value
กลุ่มกลับเป็นซ้ำ	168	155	0.92	0.39	334	0.694
กลุ่มที่รักษาหาย	168	153	0.91			

จากตารางที่ 25 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมราดน้ำ ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการมีส่วนร่วมราดน้ำใกล้เคียงกันโดยกลุ่มที่กลับซ้ำ อัตราการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหายเล็กน้อยคือมีค่า 0.92, 0.91 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.694$) และผลการศึกษานี้ประ เด็นนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีสภาพแวดล้อมครัวเรือนดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบการมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ
และกลุ่มที่รักษาหาย

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนรายที่		ค่าสัดส่วน	t-value	df	P-value
		เคยมีพฤติกรรม	ค่าสัดส่วน				
กลุ่มกลับเป็นซ้ำ	168	132	0.79				
กลุ่มที่รักษาหาย	168	131	0.78	-0.13	334	0.895	

จากตารางที่ 26 ผลการเปรียบเทียบในเรื่องการมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำ ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเคยถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำใกล้เคียงกัน กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีอัตราการเคยถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำสูงกว่ากลุ่มที่รักษาหายเพียงเล็กน้อย คือมีค่า 0.79, 0.78 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.895$) และผลการศึกษานี้พบว่าไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีสภาพแวดล้อมของครัวเรือนดีกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 27 ร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและ เหตุผลในเรื่องการรักษา
ของยาพาราซีควอนเทลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=168) ร้อยละ	กลุ่มที่รักษาหาย (N = 168) ร้อยละ
กลุ่มที่คิดว่ารักษาหาย	50.0	68.5
กลุ่มที่คิดว่ารักษาไม่หาย	50.0	31.5
เหตุผลของกลุ่มที่คิดว่ารักษาหาย		
- รู้สึกสบายท้อง เมื่อรับประทานยาแล้ว	46.4	- รับประทานยาหลายครั้งน่าจะหาย 40.9
- เชื่อตามเจ้าหน้าที่บอกว่าหาย	35.6	- รู้สึกสบายท้อง เมื่อรับประทานยา 36.5
- ไม่กลับไปรับประทานปลาดิบอีก	6.0	- ตรวจไม่พบว่าเป็นโรคอีก 15.7
- รู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น	3.6	- รู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น 1.7
- รับประทานยาหลายครั้งน่าจะหาย	3.6	- มีอาการเมื่อยา 1.7
- เห็นพยาธิออกมาเวลาถ่ายอุจจาระ	2.4	- ไม่รับประทานปลาดิบอีก 0.9
- ตรวจไม่พบว่าเป็นโรคอีก	1.2	- เห็นตัวพยาธิออกมาเวลาถ่าย 0.9
- ไม่สามารถบอกเหตุผลได้	1.2	- ไม่สามารถบอกเหตุผลได้ 1.7
เหตุผลของกลุ่มที่คิดว่ารักษาไม่หาย		
- ท้องไม่ปกติ, แน่นท้อง	59.5	- ท้องไม่ปกติ, แน่นท้อง 43.4
- อยากรับประทานหลายครั้ง	14.3	- อยากรับประทานยาหลายครั้ง 41.5
- ไม่เห็นตัวพยาธิเวลาถ่าย	8.3	- คิดว่ายายาไม่หมด 5.6
- ไม่มีอาการเมื่อยา	7.1	- ตรวจพบว่าเป็นโรคอีก 3.8
- ตรวจพบว่าเป็นโรคอีก	3.6	- ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายในท้อง 3.8
- คิดว่ายายาฆ่าพยาธิไม่หมด	3.6	- ไม่เห็นตัวพยาธิออกมา 1.9
- ไม่ทราบเหตุผล	3.6	เวลาถ่าย

จากตารางที่ 27 พบว่าจำนวนร้อยละของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมีจำนวนร้อยละ 50 เท่ากัน ที่คิดว่ายาพาราซิควอนเทลรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับหาย-ไม่หาย โดยกลุ่มที่คิดว่ารักษาหายนั้นมี ร้อยละ 46.4 ที่ให้เหตุผลว่า เพราะรู้สึกสบายท้องเมื่อรับประทานยา รองลงมาร้อยละ 35.6 ให้เหตุผลว่าเชื่อตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บอกว่ารับประทานยาแล้วจะหายขาด ในขณะที่กลุ่มที่คิดว่ายารักษาไม่หายนั้นร้อยละ 59.5 ให้เหตุผลว่ารับประทานยาแล้วยังแน่นท้อง เช่นเดิม และร้อยละ 14.3 ให้เหตุผลว่าอยากรับประทานยาหลาย ๆ ครั้งติดกัน รับประทานครั้งเดียวไม่หายขาด

ในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายขาด ได้แบ่งความคิดเป็น 2 กลุ่มเช่นกันคือ กลุ่มที่คิดว่ายา รักษาหายจากโรคมีร้อยละ 68.5 และกลุ่มที่คิดว่ายารักษาไม่หายจากโรค มีร้อยละ 31.5 โดยกลุ่มที่คิดว่ายารักษาหายมีร้อยละ 40.9 ให้เหตุผลว่า รับประทานยาหลายครั้งน่าจะหายได้ และเหตุผลรองลงมาร้อยละ 36.5 บอกว่า รู้สึกสบายท้องเมื่อรับประทานยา ส่วนกลุ่มที่คิดว่ายา รักษาไม่หาย มีร้อยละ 43.4 ที่ให้เหตุผลว่ารับประทานยาแล้วท้องไม่ปกติยังแน่นท้อง เช่นเดิม และเหตุผลรองลงมาร้อยละ 41.5 ให้เหตุผลว่าอยากรับประทานยาหลาย ๆ ครั้ง จึงจะมั่นใจว่าหายจากโรค

ตารางที่ 28 ร้อยละของ เหตุผลที่บริโภคปลาดิบก่อนการตรวจพบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ
จำแนกตามกลุ่มการรักษา

	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N = 168) ร้อยละ	กลุ่มที่รักษาหาย (N = 168) ร้อยละ
ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคปลาดิบ ก่อนการตรวจพบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ		
- คิดใจสขาด	73.8	35.2
- ไม่รู้ว่าพยาธิใบไม้ตับในปลาดิบ	49.4	45.2
- เพื่อนชักชวน	46.4	35.7
- บิดา-มารดาให้รับประทานมานาน จนเคยชิน	30.9	29.8
- ดื่มน้ำทำให้ไม่กล้าเป็นโรค	19.0	14.9
- ไม่มีเวลาเตรียมอาหารในช่วงทานา	3.0	5.4
- เพื่อการยอมรับในสังคม	1.8	1.2
- อื่น ๆ (สามีพารับประทาน, คิดว่ามียารักษาแล้ว, อิ่มนาน หมอมাত্রาตรวจบ่อย, รักษาทันทีทำให้ แข็งแรง)	8.3	6.0

ตารางที่ 28 พบว่าในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ เหตุผลของการบริโภคปลาดิบก่อนการตรวจพบว่าเป็นโรคมามากที่สุดคือ คิดใจสขาด คิดเป็นร้อยละ 73.8 และรองลงมาคือไม่รู้ว่าพยาธิใบไม้ตับในปลาดิบร้อยละ 49.4

ในกลุ่มที่รักษาหาย ให้เหตุผลการบริโภคปลาดิบก่อนการตรวจพบว่าเป็นโรค มากที่สุดคือ คิดใจสขาดเช่นกันร้อยละ 73.8 รองลงมา คือไม่รู้ว่าพยาธิใบไม้ตับในปลาดิบ ร้อยละ 45.2

ตารางที่ 29 ร้อยละของสาเหตุที่เลิกรับประทานปลาดิบ และ เหตุผลของการเลิก

	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N = 168) ร้อยละ	กลุ่มที่รักษาหาย (N = 168) ร้อยละ
การมีเหตุการณ์รับประทานปลาดิบหลังจากการรักษา		
ด้วยยานในการตรวจพบว่าเป็นโรคนั้นครั้งสุดท้าย		
กลับรับประทานปลาดิบเหมือนเดิม	37.5	11.9
เลิกรับประทานโดยเด็ดขาด		
- เลิกด้วยตนเอง	56.5	73.2
- เห็นตัวอย่างจากบุคคลอื่น ที่ไม่รับประทานปลาดิบ	3.6	13.1
- ถูกชักชวนให้เลิก	2.4	1.8
เหตุผลของการเลิกรับประทานปลาดิบ		
- ตรวจพบว่าตนเอง เป็นโรคอีกเลยกลัว	48.8	58.3
- ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่เลยกลัว เป็นอีก	4.2	15.5
- เห็นบุคคลอื่นรับประทานปลาดิบแล้ว เป็นมะเร็งระดับเสียชีวิต	4.2	9.5
- รับประทานปลาดิบแล้วเจ็บท้อง	2.4	3.0
- บุคคลในครอบครัวเลิกรับประทาน ปลาดิบจึง เลียนแบบ	1.8	3.0
- รับประทานแบบสุกรสชาติดีกว่า	0.6	4.8
- เห็นเพื่อนบ้านเป็นโรคมามากกลัว เป็นเหมือนเพื่อนบ้านอีก	0.6	4.8
- คนในครอบครัวตักเตือนให้กลัว	-	0.6

ตารางที่ 29 สาเหตุของการเลิกรับประทานปลาดีในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำนั้นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.3 สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง แต่มีร้อยละ 37.5 ที่ไม่สามารถเลิกได้ยังกลับไปบริโภคเช่นเดิม โดยให้เหตุผลของการเลิกบริโภคปลาดีคือ กลัวเป็นโรคอีก คิดเป็นร้อยละ 48.8 ซึ่งมากที่สุด ส่วนในกลุ่มที่รักษาหาย สาเหตุของการเลิกรับประทานปลาดี ร้อยละ 73.2 สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง รองลงมาคือเห็นตัวอย่างจากบุคคลอื่นที่ไม่รับประทานปลาดีร้อยละ 13.1 โดยมีเพียงร้อยละ 11.9 ที่คิดจะกลับไปบริโภคปลาดีอีก ส่วนเหตุผลที่เลิกบริโภคปลาดีคือ กลัวการเป็นโรคอีก คิดเป็นร้อยละ 58.3

สรุปสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลิกรับประทานปลาดีนั้นอยู่ที่การเลิกด้วยตนเอง เป็นส่วนใหญ่โดยเหตุผลหลักที่มีผลต่อการเลิก คือ ความกลัวที่จะเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี จงสุขสันติกุล (9)

ตารางที่ 30 จำนวนร้อยละของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามเหตุผลหลังจากที่รักษาด้วยยาแล้ว กลับไปรับประทานปลาดีอีก

ตัวแปร/ข้อมูล	ร้อยละ (N = 168)
ติดเชื้อรสขาด	31.6
ไม่รู้ว่่าอาหารเหล่านี้ทำให้เป็นโรคได้	21.2
เพื่อนชักชวน	19.8
บิดา-มารดา พารับประทานจนเกิดความเคยชิน	13.5
ดื่มสุราแล้วไม่กลัว เป็นโรค	8.2
ไม่มีเวลาเตรียมอาหารในช่วงทำงาน	1.3
เพื่อการยอมรับในสังคม	0.8
อื่น ๆ (คิดว่ามียาแล้ว, ทำงานไม่เหนื่อยเร็ว, ความเค็มความเผ็ด ในอาหาร จะฆ่าเชื้อได้, ชาวบ้านทำมาให้อันเพราะ เป็นพระ, คนอื่น กินดิบมากกว่านี้ ยังไม่ตาย, เลือกไม่ได้นายจ้างจัดหาอาหาร ให้)	3.6

ตารางที่ 30 แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยที่ถือว่าเป็นส่วนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคปลาดีอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง ซึ่งปัจจัยที่พบมากที่สุดที่ทำให้เลิกบริโภคปลาดีไม่ได้ คือ ติดใจเรื่องรสชาติของอาหารคิดเป็นร้อยละ 31.6 รองลงมาคือ ไม่รู้มาก่อนว่่าอาหารเหล่านี้ทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 21.2, เพื่อนชักชวนให้มีการสังสรรค์ ซึ่งส่วนหนึ่งมีสุราประกอบด้วยคิดเป็นร้อยละ 19.8, การมีบิดา-มารดามีพฤติกรรมสอนให้บริโภคปลาดีเป็นประจำจึงเกิดติดเป็นนิสัยเคยชิน ร้อยละ 13.5, ดื่มสุราทำให้ขาดสติความยังคิดกลัวต่อโรค ร้อยละ 8.2, ช่วงทำงานไม่มีเวลาหาซื้อเพลิงมาทำให้สุกได้และไม่สะดวกต่อการเตรียมอุปกรณ์หุงต้ม เนื่องจากนากับบ้านไกลกันคิดเป็นร้อยละ 1.3, เพื่อการยอมรับในสังคมเช่นในงานบุญประเพณี คิดเป็นร้อยละ 0.8 และประเด็นปลีกย่อยอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 3.6

ตารางที่ 31 ร้อยละของบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีพฤติกรรมรับประทานปลาดิบ

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=168)	กลุ่มที่รักษาหาย (N=168)
	ร้อยละ	ร้อยละ
ประเภทบุคคล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุตร	48.8	46.4
ภรรยา	12.5	17.3
สามี	3.6	7.7
ญาติ (พี่, น้อง)	3.0	2.4
บิดา, มารดา	1.2	1.2
ไม่มีบุคคลที่ไม่รับประทานปลาดิบ	47.6	49.4

จากตารางที่ 31 แสดงร้อยละของบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีพฤติกรรมชอบบริโภคปลาดิบในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ร้อยละ 48.8 บุคคลที่เป็นบุตรของผู้ตอบไม่บริโภคปลาดิบเลย รองลงมาเป็นภรรยา ร้อยละ 12.5 และน้อยที่สุดคือ บิดา, มารดา ของผู้ตอบ ร้อยละ 1.2

ในกลุ่มที่รักษาหาย พบว่าร้อยละ 46.4 เป็นบุคคลที่เป็นบุตรของผู้ตอบเช่นกัน รองลงมาคือภรรยา ร้อยละ 17.3, น้อยที่สุดคือ บิดา-มารดา ของผู้ตอบ ร้อยละ 1.2

ตารางที่ 32 ร้อยละของบุคคลในครอบครัวที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาดิบ

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=168)	กลุ่มที่รักษาหาย (N=168)
	ร้อยละ	ร้อยละ
ประเภทบุคคล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุตร	47.6	48.8
สามี	42.3	41.1
ภรรยา	29.8	21.4
บิดา มารดา	3.0	3.0
ญาติ (พี่, น้อง)	2.4	4.2
ไม่มีบุคคลที่รับประทานปลาดิบ	22.6	28.6

จากตารางที่ 32 แสดงร้อยละของบุคคลของผู้ตอบสัมภาษณ์ที่มีพฤติกรรมชอบบริโภคปลาดิบเป็นประจำ ในกลุ่มของผู้ที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า บุตร มีร้อยละ 47.6 รองลงมาเป็นสามีร้อยละ 42.3 น้อยที่สุดเป็นญาติ (พี่, น้อง) มีร้อยละ 2.4

ในกลุ่มที่รักษาหาย พบว่าร้อยละ 48.8 เป็นบุตรที่ผู้ตอบชอบบริโภคปลาดิบ รองลงมาคือ สามี ร้อยละ 41.1 โดยมี บิดา มารดา พบน้อยที่สุด ร้อยละ 3.0

ตารางที่ 33 จำนวนร้อยละของการรับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกตามประเภทของสื่อ

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=168)	กลุ่มที่รักษาหาย (N=168)
	ร้อยละ	ร้อยละ
ประเภทของสื่อความรู้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
วิทยุ	48.8	52.4
โทรทัศน์	45.2	55.4
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	11.3	6.5
โบสเตอร์ แผ่นพับ ใบปลิว	8.3	7.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5.4	5.9
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	0.6	1.8
ไม่เคยฟังจากที่ใด	11.9	8.3

จากตารางที่ 33 แสดงร้อยละของสื่อที่ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้ตอบได้เห็นได้ยินมาก่อน ในกลุ่มผู้ที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า สื่อที่ได้ยินมากที่สุดคือ วิทยุ และโทรทัศน์ มีค่าร้อยละ 48.8, 45.2 ตามลำดับ ได้ยินจากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ร้อยละ 11.3 จากโบสเตอร์, แผ่นพับ, ใบปลิวของทางราชการ ร้อยละ 8.3, จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโฆษณา ร้อยละ 5.4 จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 0.6

ในกลุ่มที่รักษาหาย พบว่า สื่อที่ได้ยินมากที่สุดคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 55.4 วิทยุ ร้อยละ 52.4 ได้เห็นจากโบสเตอร์, แผ่นพับ, ใบปลิว ร้อยละ 7.7 จากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ร้อยละ 6.5 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโฆษณา ร้อยละ 5.9 และจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านร้อยละ 1.8

ตารางที่ 34 แสดงร้อยละ เนื้อหาการสนทนาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในครอบครัว

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=168)	กลุ่มที่รักษาหาย (N=168)
	ร้อยละ	ร้อยละ
- บุคคลในครอบครัวชักชวนให้เลิกบริโภคปลาดิบ	54.2	21.3
- กลัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอีก	38.1	68.1
- ผู้ตอบสัมภาษณ์ชักชวนบุคคลในครอบครัวไม่รับประทานปลาดิบอีก	5.1	4.1
- ไม่กลัวเป็นโรคเพราะมียารักษาแล้ว	1.7	0.8
- ทางราชการแจ้งให้เลิกบริโภคปลาดิบ	0.8	4.9
- ชักชวนบุคคลในครอบครัวตรวจจุงูจระเข้ประจำ	-	0.8

จากตารางที่ 34 แสดงจำนวนร้อยละของ เนื้อหาการสนทนาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในครอบครัว ในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า การสนทนาในลักษณะของบุคคลในครอบครัวชักชวนให้เลิกบริโภคปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาคือ การกลัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ อีกคิดเป็นร้อยละ 38.1 ทั้งสองหัวข้อรวมกันคิดเป็นร้อยละ 92.3 ของหัวข้อสนทนาทั้งหมดในกลุ่มนี้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวข้อหลักในการสนทนา

ในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว พบว่าการสนทนาในลักษณะกลัวการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอีกครั้งมีร้อยละ 68.0 ถือว่ามากที่สุด รองลงมาคือการที่บุคคลในครอบครัวชักชวนให้เลิกบริโภคปลาดิบร้อยละ 21.3 ซึ่งทั้งสองหัวข้อนี้รวมกันคิดเป็นร้อยละ 89.3 ของหัวข้อสนทนาทั้งหมดในกลุ่มนี้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวข้อหลักในการสนทนา

ตารางที่ 35 แสดงร้อยละ เนื้อหาการสนทนาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับกับเพื่อนบ้าน

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=168)	กลุ่มที่รักษาหาย (N=168)
	ร้อยละ	ร้อยละ
- ตนเองชักชวนเพื่อนบ้านเลิกบริโภคปลาดิบ	72.5	65.7
- กลัวกลับเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอีก	11.8	27.6
- เพื่อนบ้านไม่กลัวเป็นโรคเพราะนาน ๆ รับประทานปลาดิบและรสชาติอร่อย	10.8	4.8
- เพื่อนบ้านคิดว่าสุราฆ่าเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้	2.9	1.0
- พ่อแม่ชวนรับประทานจนชินไม่รู้สึกลัว	1.0	-
- รสเค็มของน้ำปลาฆ่าเชื้อพยาธิได้ไม่กลัว	1.0	1.0

จากตารางที่ 35 แสดงจำนวนร้อยละของเนื้อหาการสนทนาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับกับเพื่อนบ้าน พบว่าในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ มีการสนทนาในลักษณะชักชวนให้เพื่อนบ้านเลิกบริโภคปลาดิบมากที่สุดร้อยละ 72.5 รองลงมาคือการกลัวกลับไปเป็นโรคอีกร้อยละ 11.8 และไม่กลัวเป็นโรคเพราะนาน ๆ รับประทานปลาดิบร้อยละ 10.8 โดยทั้งสามหัวข้อสนทณารวมกันคิดเป็นร้อยละ 95.1 ของหัวข้อสนทนาทั้งหมด แสดงว่าทั้งสามข้อนี้เป็นหัวข้อหลักในการสนทนาของกลุ่มนี้

ในกลุ่มที่รักษาหาย มีการสนทนาเรื่องการชักชวนให้เพื่อนบ้านเลิกบริโภคปลาดิบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65.7 รองลงมาคือ กลัวกลับไปเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอีกร้อยละ 27.6 ทั้งสองหัวข้อรวมกันคิดเป็นร้อยละ 93.3 ของหัวข้อสนทนาทั้งหมด แสดงว่าทั้งสองหัวข้อถือเป็นหัวข้อหลักในการสนทนาของกลุ่มนี้

ตอนที่ 7

ตารางที่ 36

ข้อมูลบริโภคนิสัย จำแนกตามร้อยละของชนิดอาหาร การจัดหา ประเภทอาหาร และสถานที่รับประทาน

ตัวแปร	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	กลุ่มที่รักษาหาย
	(n = 168)	(n = 168)
	ร้อยละ	ร้อยละ
ชนิดของอาหารที่พบมาก่อนให้เกิดโรค		
พยาธิใบไม้ตับได้		
ปลาร้าดิบ		
ชนิดของปลาที่นำมาทำเป็นอาหาร		
ขาว	89.3	90.5
หมอ	18.5	20.2
ชีว	8.3	9.5
สร้อย	0.6	-
อื่น ๆ (นิล, คราว ตะเพียน)	0.6	2.4
ไม่รับประทาน	3.0	0.6
การจัดหา		
ทำเอง	95.2	96.5
จัดซื้อ	3.0	6.0
ไม่รับประทาน	3.0	0.6
ประเภทอาหาร		
แจ่วดิบ	78.0	68.5
ฉีกกินเป็นชิ้นดิบ ๆ	60.1	63.1
ใส่รวมกับส้มตำแบบดิบ	44.6	47.0
ไม่รับประทาน	3.0	0.6
สถานที่รับประทาน		
ในครอบครัวตนเอง	90.5	84.5
รับประทานร่วมกับเพื่อนบ้าน	10.0	17.8
ไม่รับประทาน	3.0	0.6

จากตารางที่ 36 แสดงร้อยละของข้อมูลบริเวณนี้

ชนิดของอาหาร ปลาไร่คิบ

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ปลาที่นำมาทำเป็นปลาไร่คิบชนิดที่พบมากที่สุดคือ ปลาขาว คิดเป็นร้อยละ 89.3 รองลงมาคือปลาหมอ ร้อยละ 18.5 น้อยที่สุดปลาสร้อย ร้อยละ 0.6, โดยการได้มาของอาหารมาจากการทำเองไว้บริโภค ร้อยละ 95.2, จัดซื้อจากตลาด ร้อยละ 3.0, การปรุงเป็นอาหารกระทำในรูปของแฉ่คิบ ร้อยละ 78.0 การรับประทานโดยฉีกเนื้อปลาเป็นชิ้นเล็ก ๆ แบบคิบ ๆ ร้อยละ 60.1 และน้อยที่สุดคือการใส่รวมกับส้มตำ ร้อยละ 44.6, โดยส่วนใหญ่มีการรับประทานในครอบครัวตนเอง ร้อยละ 95.8 และร่วมรับประทานกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 10.1

กลุ่มที่รักษาหาย ปลาที่นำมาทำเป็นปลาไร่คือปลาขาว คิดเป็นร้อยละ 90.5 รองลงมาคือปลาหมอ ร้อยละ 20.2, ปลาชิว ร้อยละ 9.5, การจัดทำมาเป็นอาหารโดยการจัดทำเองร้อยละ 96.5 โดยทำเป็นอาหารประเภทแฉ่คิบ ร้อยละ 68.5 การฉีกเป็นชิ้นรับประทาน ร้อยละ 63.1 การใส่รวมกับส้มตำร้อยละ 47.0 การรับประทานจะกระทำในครอบครัวตนเอง ร้อยละ 89.3 และอีกร้อยละ 17.8 รับประทานกับเพื่อนบ้าน

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ(N=168) ร้อยละ	กลุ่มที่รักษาหาย(N=168) ร้อยละ
ก้อยปลาดิบ		
ชนิดของปลาที่นำมาเป็นอาหาร		
ขาว	73.2	65.5
ชีว	43.5	35.7
นิล	3.0	1.8
หมอ	0.6	0.6
สร้อย	0.6	1.8
สูตร	-	0.6
อื่น ๆ (ตะเพียน, ยี่สก, คร่ำ, โด)	4.8	1.2
ไม่รับประทาน	4.8	14.3
การจัดหา		
ทำเอง	92.9	82.1
ซื้อ	2.4	8.3
ไม่รับประทาน	4.8	14.3
สถานที่รับประทาน		
ในครอบครัวตนเอง	73.8	54.2
รับประทานร่วมกับเพื่อนบ้าน	52.9	45.2
ไม่รับประทาน	4.8	14.3

ชนิดของอาหาร ก้อยปลาดิบ

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ปลาที่นำมาทำมากที่สุดคือ ปลาขาว ร้อยละ 73.2 รองลงมาคือ ปลาชีว ร้อยละ 43.5 น้อยที่สุดคือปลาหมอ, สร้อย ร้อยละ 0.6, มีการจัดทำเอง ร้อยละ 92.9 โดยนำมาบริโภคในครอบครัวร้อยละ 73.8 และบริโภคร่วมกับเพื่อนบ้านร้อยละ 52.9

กลุ่มที่รักษาหาย ปลาที่นำมาทำมากที่สุดคือปลาขาว คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือปลาชีว ร้อยละ 35.7 น้อยที่สุดคือ ปลาสูตร, หมอ ร้อยละ 0.6, มีการจัดทำเองร้อยละ 82.1 โดยจะบริโภคร่วมกับครอบครัวร้อยละ 54.2 รับประทานกับเพื่อนบ้านร้อยละ 45.2

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ(N=168) ร้อยละ	กลุ่มที่รักษาหาย(N=168) ร้อยละ
ส้มปลาดิบ		
ชนิดของปลาที่นำมาเป็นอาหาร		
ขาว	85.1	81.5
ชีว	7.1	8.3
ตะเพียน	0.6	0.6
สร้อย	0.6	-
สูตร	-	1.8
หมอ	-	0.6
อื่น ๆ (โศด,ช่อน,ดุก,ยี่สก,นิล)	4.2	1.2
ไม่รับประทาน	7.1	10.7
การจัดหา		
ทำเอง	44.6	50.6
ซื้อ	56.5	45.2
ไม่รับประทาน	7.1	10.7
สถานที่รับประทาน		
ในครอบครัวตนเอง	90.5	75.0
รับประทานร่วมกับเพื่อนบ้าน	10.1	24.4
ไม่รับประทาน	7.1	10.7

ชนิดของอาหาร ส้มปลาดิบ

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ปลาที่นำมาทำเป็นอาหารมากที่สุดคือ ปลาขาว ร้อยละ 85.1 รองลงมาคือปลาชีว ร้อยละ 7.1 น้อยที่สุดปลาสร้อย ร้อยละ 0.6, มีการจัดทำเองร้อยละ 44.6 โดยส่วนใหญ่จะจัดซื้อจากตลาดร้อยละ 56.5 โดยรับประทานในครอบครัว ร้อยละ 90.5 มีเพียงร้อยละ 10.1 ที่รับประทานกับเพื่อนบ้าน

กลุ่มที่รักษาหาย ปลาที่นำมาทำเป็นอาหารมากที่สุดคือปลาขาว ร้อยละ 81.5 รองลงมาคือปลาชีว ร้อยละ 8.3, มีการจัดทำเองเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 50.6 และซื้อจากตลาดร้อยละ 45.2, โดยรับประทานในครอบครัวร้อยละ 75 และรับประทานกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 24.4

ข้อมูล	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ (N=168) ร้อยละ	กลุ่มที่รักษาหาย (N=168) ร้อยละ
ลาบปลาดิบ		
ชนิดของปลาที่นำมาเป็นอาหาร		
ขาว	67.9	59.5
ชีว	13.9	18.4
นิล	3.6	0.6
ตะเพียน	1.2	1.8
หมอ	0.6	1.2
สร้อย	-	1.8
อื่น ๆ (ยี่สก, คร่าว, ตุก เป็นต้น)	11.9	7.7
ไม่รับประทาน	19.0	28.0
การจัดทำ		
ทำเอง	76.8	66.7
ซื้อ	6.6	6.0
ไม่รับประทาน	19.0	28.0
สถานที่รับประทาน		
ในครอบครัวตนเอง	64.3	47.0
รับประทานร่วมกับเพื่อนบ้าน	41.7	36.9
ไม่รับประทาน	19.0	28.0

ชนิดของอาหาร ลาบปลาดิบ

กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ปลาที่นำมาทำเป็นอาหารมากที่สุดคือ ปลาขาว ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือปลาชีว ร้อยละ 13.7 น้อยที่สุดคือปลาหมอ ร้อยละ 0.6, การจัดทำเองเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 76.8 และจัดซื้อเพียงร้อยละ 6.6, โดยรับประทานในครอบครัวร้อยละ 64.3 และรับประทานกับเพื่อนบ้านร้อยละ 41.7

กลุ่มที่รักษาหาย ปลาที่นำมาทำเป็นอาหารมากที่สุดคือปลาขาว คิดเป็นร้อยละ 59.5 รองลงมาคือปลาชีว ร้อยละ 18.4 และปลาตะเพียน ร้อยละ 1.8, มีการจัดทำเองเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 และจัดซื้อเพียงร้อยละ 6.0 มีการรับประทานในครอบครัวร้อยละ 47.0 และรับประทานกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 36.9

สรุปการทดสอบทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่าง	t-value	df	P-value
- ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.83	334	0.407
- ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.43	334	0.667

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ	กลุ่มที่รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value*
การรับรู้ต่อการบริการสาธารณสุข					
- ความคิดต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยยาพาราซิควอลเทล					
	ไม่หาย	83	51	2.20	1.37-3.53 < 0.001
	หาย	85	115	1.00	
- ความสนใจต่อการไปรับบริการตรวจจุงหาระบาดพยาธิใบไม้ตับ					
	ฝาก	26	15	1.87	0.91-3.95 0.067
	ไปเอง	142	153	1.00	

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับ เป็นซ้ำ	กลุ่มที่ รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value*
- ความถูกต้องต่อการทำบัตร ก่อนเข้ารับบริการตรวจ อุจจาระ					
ไม่ถูกต้อง	78	46	2.30	1.42-3.72	<0.001
ถูกต้อง	90	122	1.00		
- ความสนใจเข้ารับฟัง ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ปากมัตถ์จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
ไม่เคย	120	80	2.75	1.71-4.43	<0.001
เคย	48	88	1.00		
การมีประสบการณ์ต่อโรคมะเร็ง ปากมัตถ์					
- การเคยมีประสบการณ์พบ เห็นบุคคลที่เสียชีวิตด้วยโรคมะ เร็งเรื้องรังโดยมีประวัติชอบ บริโภคปลาเค็ม					
ไม่เคย	35	21	1.84	0.99-3.50	0.011
เคย	135	147	1.00		

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับ เป็นซ้ำ	กลุ่มที่ รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value*
- การมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ หลังมีประสบการณ์					
รับประทานเหมือนเดิม	130	57	66.90	20.46-339.08	<0.001
เลิกรับประทานโดยเด็ดขาด	3	88	1.00		
การยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
- การมีความรู้ต่อการติดต่อของ โรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการ บริโภคปลาดิบ					
รู้มาก่อน	84	48	2.50	1.55-4.03	<0.001
ไม่รู้มาก่อน	84	120	1.00		
- ความรู้สึกกลัวหลังจาก ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค พยาธิใบไม้ตับ					
ไม่กลัวเป็นโรค	49	16	4.18	2.81-8.32	<0.001
กลัวเป็นโรค	101	138	1.00		

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับ เป็นซ้ำ	กลุ่มที่ รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value
- การเป็นตัวอย่างของบุคคลใน ครอบครัวไม่บริโภคปลาดิบ ต่อผู้กักสัมภาระ เป็นตัวอย่างไม่ได้	163	162	1.21	0.30-5.10	0.760
เคย	5	6	1.00		
- การนำเรื่องโรคมะเร็งไบบีมาติดต่อ สนทนาเผยแพร่ในครอบครัว ไม่เคยสนทนา	50	46	1.12	0.68-1.86	0.630
เคยสนทนา	118	122	1.00		
- การนำเรื่องโรคมะเร็งไบบีมาติดต่อ สนทนาเผยแพร่ต่อเพื่อนบ้าน ไม่เคยสนทนา	66	63	1.08	0.68-1.71	0.737
เคยสนทนา	102	105	1.00		
- การบริโภคปลาดิบหลังจาก รักษาด้วยยาในครั้งสุดท้าย ยังบริโภคเหมือนเดิม	63	20	4.44	2.46-8.21	<0.001
เลิกเด็ดขาด	105	148	1.00		

ปัจจัย	กลุ่มที่กลับ เป็นซ้ำ	กลุ่มที่ รักษาหาย	OR	95% C.I.	P-value*
สภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมครัวเรือน					
- การกำจัดเศษปลาที่ถูกต้อง					
ภายหลังการนำมาทำเป็นอาหาร					
ไม่ถูกต้อง	27	24	1.15	0.61-2.19	0.649
ถูกต้อง	141	144	1.00		
- การมีส้วมราดน้ำ					
มี	155	153	1.17	0.50-2.77	0.694
ไม่มี	13	15	1.00		
- การมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง					
ถ่ายอุจจาระลงแหล่งน้ำ					
เคยกระทำ	132	131	1.04	0.60-1.80	0.895
ไม่เคยกระทำ	36	37	1.00		

* จาก t-test

สรุปผลวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในผู้ป่วยที่รักษาหายขาด และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อแตกต่างของปัจจัยในการเกิดพฤติกรรมบริโภคปลาดิบในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นซ้ำกับผู้ป่วยที่หายขาดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมบริโภคปลาดิบในกลุ่มผู้ป่วยที่พบว่าเป็นโรคซ้ำ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบริโภคปลาดิบในกลุ่มผู้ป่วยที่หายขาดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

ประชากรในการศึกษา คือ ประชากรชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพราะมีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าประชากรภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ประชากรในเขตอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจับสลากแบบไม่คืนที่ จำนวน 336 ราย ในผู้มารับบริการตรวจจักษาระเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับ ในปี พ.ศ. 2536 แบ่งออกเป็นผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 168 ราย เป็นชาย 75 ราย เป็นหญิง 93 ราย และผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหาย จำนวน 168 ราย ชาย 66 ราย เป็นหญิง 102 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีทั้งหมด 4 ฉบับ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามเรื่องความรู้เรื่องโรค แบบสอบถามทัศนคติด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับอำเภอเพ็ญ จำนวน 40 ราย เป็นผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 20 ราย ผู้ป่วยที่รักษาหายขาด 20 ราย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 ส่วนความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรค ทดสอบโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ และควบคุมการสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประมาณ 3 เดือน

การทดสอบสมมติฐาน

1) ลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม

ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ จำนวน 168 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.4 เป็นเพศหญิง โดยมีตำแหน่ง เป็นภรรยาหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 70 อายุทั้งกลุ่มเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 73 สถานภาพสมรสเป็นคู่ร้อยละ 86.3 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 94.6 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.6 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 3-4 คน ร้อยละ 39.9 โดยมีสมาชิกสูงสุด 10 คน อาชีพหลักคือ ทานา ร้อยละ 90.1

กลุ่มที่รักษาหายขาด จำนวน 168 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 เป็นเพศหญิง โดยมีตำแหน่ง เป็นภรรยาหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 71 อายุทั้งกลุ่มเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 28.5 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 86.3 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 94.0 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน ร้อยละ 63.7 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 5-6 คน ร้อยละ 33.3 โดยมีสมาชิกสูงสุด 14 คน อาชีพหลักคือ ทานา ร้อยละ 89.6

สรุปทดสอบสมมติฐาน

- 1) จากสมมติฐานข้อที่หนึ่ง ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีความรู้ดีกว่าผู้ที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ปัจจัยความรู้เรื่องโรคไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
- 2) จากสมมติฐานข้อที่สองที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายมีความเชื่อในเรื่องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่กลับเป็นซ้ำพบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
- 3) จากสมมติฐานข้อที่สามที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหาย มีพฤติกรรมการเข้ารับบริการสาธารณสุขดีกว่าผู้ที่ยังกลับเป็นซ้ำ พบว่า ปัจจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานทุกประเด็น คือ

- ความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพยาพาราซิควอนเทล ที่ใช้รักษา
- ความสนใจต่อการเข้ารับบริการตรวจจาะด้วยตนเอง

- การรู้วิธีทำบัตรเข้ารับบริการตรวจจําจําละ ไดถูกต้อง
- ความสนใจต่อการเข้ารับฟัง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งไ้บ้ดับจากหน่วยที่ให้บริการ

4) จากสมมติฐานข้อที่สี่ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งไ้บ้ดับที่รักษาหายมีประสพการณ์ตรงต่อโรคมะเร็งไ้บ้ดับในบุคคลอื่นมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ พบว่ามีปัจจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานคือ

- การมีพฤติกรรมกลับไปบริโภคปลาดีภายหลัง เหตุการณ์และไม่สอดคล้องคือ
- การเคยมีประสพการณ์ต่อการพบเห็นบุคคลที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งระดับ และเคยเป็นโรคมะเร็งไ้บ้ดับ

5) จากสมมติฐานข้อที่ห้า ผู้ป่วยโรคมะเร็งไ้บ้ดับที่รักษาหายมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ พบว่ามีปัจจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานคือ

- ความรู้ต่อโรคมะเร็งไ้บ้ดับที่มีก่อนการบริโภคปลาดี
- การปฏิบัติตนเลิกบริโภคปลาดีภายหลัง ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ความคิดกลัวต่อโรคมะเร็งไ้บ้ดับหลังได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ
- การมีบุคคลที่มีพฤติกรรมบริโภคปลาดีในครอบครัวและไม่สอดคล้องคือ
- การเป็นตัวอย่งต่อการเลิกบริโภคปลาดีของคนในครอบครัว
- ความสนใจเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคมะเร็งไ้บ้ดับต่อครอบครัวและเพื่อนบ้าน

6) จากสมมติฐานข้อที่หกที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งไ้บ้ดับที่รักษาหายมีสภาพแวดล้อมครัวเรือนดีกว่าผู้ที่กลับเป็นซ้ำ พบว่ามีปัจจัยที่สอดคล้องกับสมมติฐานในทุกประเด็นคือ

- การกำจัดเศษปลาดี ที่ถูกต้อง
- การมีส้วมราดน้ำ
- การมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำ

อภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความแตกต่างในด้าน
บริโภคนิสัยของผู้ป่วยที่รักษาหายและผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ ซึ่งอภิปรายผลจากการทดสอบสมมติฐานดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค
พยาธิใบไม้ตับ มีความรู้ไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคในทั้งสองกลุ่ม
อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างต่ำ และความแตกต่างของคะแนนในเรื่องความรู้เรื่องโรคในกลุ่มที่รักษาหาย
ขาดสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่างที่ศึกษา
ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา
จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอาชีพ จากลักษณะของคะแนนความรู้ที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนหนึ่ง
เพราะประชากรในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองอยู่ในพื้นที่สิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกัน การรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่
เข้ามาทำได้พร้อม ๆ กันจากแหล่งเดียวกัน โดยมีองค์กรของรัฐคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งวิทย์ มาศงามเมือง (64), พรรณิภา แก้วมาตย์ (15),
กัญจนา ตีวีเศษ (65), วงเดือน บันดี (66)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้เรื่องโรค ประกอบด้วย

1. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ลักษณะของโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นมีลักษณะอาการของโรคที่
ไม่ปรากฏในทันทีที่รับประทานปลาดิบ อาการในระยะเริ่มแรกก็ไม่รุนแรง ไม่ทำให้เสียชีวิตทันที
และการกระจายของโรคมิได้ปรากฏในวงกว้างในทันทีเหมือนโรคอุจจาระร่วง หรือไข้เลือดออก
สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการยอมรับหรือให้ความสำคัญในการที่บุคคลที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจะรับศึกษาหา
ความรู้ในการป้องกันโรคนี้ ทำให้ระดับคะแนนความรู้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำทั้งสองกลุ่ม

2. ปัจจัยจากภายนอก การที่บุคคลใดจะได้รับความรู้นั้น จะต้องมีการเกี่ยวข้องกับ
ปัจจัย 3 อย่าง คือ

- บุคคลที่นำความรู้ไปเผยแพร่ ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับ
อำเภอ และตำบล รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่รัฐ ว่าได้นำความรู้ข่าวสารใน
เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับไปเผยแพร่ได้ครบถ้วนเพียงใด

- วิธีการนำเสนอ ความรู้ มีลักษณะ เช่นใด ก่อให้เกิดความสนใจและยอมรับว่า โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาต่อสุขภาพเพียงใด หรือวิธีการนำเสนอแรงเร้าให้เกิดการป้องกันตนเองมิให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ๆ ได้อย่างไร

- อุปกรณ์การนำเสนอ เช่น เอกสาร การให้ความรู้ วิทยุ, โทรทัศน์, วิดีโอ, อุปกรณ์จำลองต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความครอบคลุมในเนื้อหาและน่าสนใจต่อการจดจำเรียนรู้เพียงใด

ดังนั้นการแนะนำให้ประชาชนเกิดความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับให้มากที่สุดและครอบคลุมจะเป็นขั้นแรกของการเปลี่ยนแปลง เข้าสู่ขั้นที่สองคือเรื่องการเปลี่ยนค่านิยม, ความเชื่อ, ทศนคติ ต่อไปได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ จากการศึกษาผู้บวชทั้งสองกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอาชีพใกล้เคียงกัน พบว่า ในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับไม่มีความแตกต่างกัน และทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง เกินกึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม แสดงว่ามีทัศนคติต่อโรคนี้ค่อนข้างถูกต้อง แสดงว่าแม้ทัศนคติความเชื่อที่มีต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนในทางที่ถูกต้อง แต่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนในเรื่องการบริโภคปลาดิบเลย (64), (15)

การรับรู้ต่อการบริการสาธารณสุขในด้านโรคพยาธิใบไม้ตับจากผู้ถูกสัมภาษณ์ พบว่า มีความแตกต่างกันชัดเจนในทั้งสองกลุ่มในเรื่องของความติดต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยยาพาราซิควอนเทล พบว่า ในกลุ่มที่รักษาหายมีความเชื่อว่ายานี้รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้หายขาด จึงมีความสนใจที่จะเข้ารับการรักษาด้วยยาและไม่กลับไปรับประทานปลาดิบอีก เพราะยารักษาหายขาดแล้ว จึงไม่ต้องการเป็นโรคซ้ำมีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ 2.20 เท่าโดยในกลุ่มที่เป็นซ้ำคิดว่าการรักษาด้วยยาไม่ทำให้หายขาดจากโรคได้จึงพอใจที่จะรับประทานปลาดิบต่อไป เพราะอย่างไรก็เป็นโรคนี้อยู่แล้ว ดังนั้นการให้ความรู้ในเรื่องประสิทธิภาพยาว่าสามารถรักษาได้หายขาด จะมีผลนำไปสู่การระมัดระวังในเรื่องการรับประทานปลาดิบมากยิ่งขึ้น โดยมีความแตกต่างกันชัดเจน ($P < 0.001$) ในทั้งสองกลุ่มศึกษา

เรื่องของความถูกต้องต่อการทำบัตรตรวจจุกจาระ กลุ่มที่รักษาหายสามารถเข้าใจมีความสนใจในรายละเอียดที่ต้องกรอกลงในใบตรวจจุกจาระ เช่น สามารถตอบได้ว่าน้ำหนักที่กรอกลงไป กระทำเพื่อการรับยาตามจำนวนน้ำหนัก หากคราวต่อไปได้รับการตรวจ และพบว่า เป็นโรค แต่ได้จำนวนเม็ดยาลดลงหรือเปลี่ยนแปลงก็สามารถซักถามเหตุผลจากเจ้าหน้าที่ได้แสดงถึงความสนใจต่อบริการที่ตนจะพึงได้รับ ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ที่ไม่ทราบเลยว่ารายละเอียดต่างๆ ที่กรอกลงไปเพื่ออะไร น้ำหนักชั่งเพื่ออะไร แสดงถึงความไม่เอาใจใส่ในเรื่องบริการที่ตนพึงจะได้รับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ($P < 0.001$)

ความสนใจต่อการเข้ารับฟังความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มารับบริการตรวจจุกจาระ ในกลุ่มที่รักษาหาย นอกจากสนใจเข้ารับบริการตรวจจุกจาระแล้วยังสนใจที่จะรับความรู้ในเรื่องพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่มากกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำถึง 2.75 เท่า โดยกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำนอกจากไปตรวจจุกจาระแล้วไม่สนใจกิจกรรมการให้ความรู้แต่อย่างใด ซึ่งทำให้ขาดความเข้าใจในเรื่องวงจรการติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ อันส่งผลถึงการไม่ระมัดระวังเรื่องการรับประทานปลาดิบอีกครั้ง โดยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ($P < 0.001$)

ความสนใจต่อการไปรับบริการตรวจจุกจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในประเด็นต่อไปนี้ไม่มี ความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่มคือมีความสนใจไปตรวจจุกจาระใกล้เคียงกัน โดยจะไปด้วยตนเอง เป็นส่วนใหญ่ สาเหตุที่ไม่มี ความแตกต่างกันส่วนหนึ่งมาจากการออกหน่วยตรวจจุกจาระนั้น เจ้าหน้าที่จะตรวจหาพยาธิทุกชนิดมิได้เน้นที่การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับเพียงอย่างเดียว ดังนั้นกลุ่มประชาชนที่มาตรวจอาจต้องการที่จะรู้ว่าตนมีพยาธิชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่พยาธิใบไม้ตับก็ได้ เช่น พยาธิตัวดี ซึ่งชาวบ้านคุ้นเคย เพราะพยาธิชนิดนี้มองเห็นตัวชัดเจนหรือการหาซื้อยาถ่ายพยาธิตัวดีก็กระทำได้ง่ายตามร้านค้าทั่วไป ทำให้ชาวบ้านบางครั้งเข้าใจว่าตนเองจะมีพยาธิตัวดีเพราะเคยเห็นตัวในจุกจาระที่ตรึงถ่าย แต่ไม่ทราบว่า การตรวจหากระทำได้อย่างไรเมื่อมีหน่วยบริการตรวจจุกจาระหาพยาธิชนิดต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการจึงต้องการย้ำเพื่อความแน่ใจว่าตนเองจะเป็นพยาธิชนิดตัวดีหรือไม่จึงมาตรวจและรับการรักษา การมารับบริการตรวจจุกจาระจึงมีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม

ดังนั้นในเรื่องการรับบริการสาธารณสุข จึงพอสรุปได้ว่า ความสนใจที่ชาวบ้านมารับบริการตรวจจุกจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ มีค่าใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมาจากชาวบ้าน

ต้องการตรวจจําจาะหาไข้พยาธิชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช้พยาธิใบไม้ตับเพียงอย่างเดียว แต่มีข้อแตกต่างชัดเจนเมื่อกลุ่มรักษาหาย มีความเชื่ออย่างจริงจังว่าตนต้องการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ ต้องการได้รับการรักษาด้วยยา เพราะยารักษาได้หายขาดไม่ยากเป็นอีก สนาใจที่เรียนรู้อายละเอียดและเหตุผลของเนื้อหาในการทําบัตรตรวจและสนาใจเข้ารับฟัง เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างจริงจัง จึงน่าจะแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในเรื่องการรับรู้ต่อบริการสาธารณสุขในกลุ่มที่รักษาหายแตกต่างกันกับกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำอย่างชัดเจน อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการมีบริเวณนิสัยที่แตกต่างกันด้วย

การมีประสบการณ์ตรง เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการศึกษาในประเด็นนี้ต้องการทราบว่า การที่บุคคลหนึ่งได้มีการพบเห็นบุคคลอื่น เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ และเสียชีวิตโดยบุคคลผู้นั้นมีประวัติว่าชอบรับประทานปลาดิบ และเคยตรวจพบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับมาก่อนนั้นจะมีผลต่อการเป็นบทเรียนที่จะโน้มน้าวให้ผู้นั้นหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคปลาดิบได้หรือไม่เพียงใด พบว่า

กลุ่มที่รักษาหายมีจำนวนของผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์ดังกล่าวมาแล้วมากกว่ากลุ่ม โดยที่กลับเป็นซ้ำ โดยมากกว่า 1.84 เท่า ($P < 0.05$) โดยทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์เคยเห็นเพื่อนบ้าน,ญาติ มีลักษณะตามเงื่อนไขดังกล่าว แต่จากเหตุการณ์ดังกล่าวแล้วในกลุ่มที่รักษาหายนำตัวอย่างจากประเด็นเหตุการณ์นั้นเป็นบทเรียนต่อการเลิกบริโภคปลาดิบอย่างชัดเจนถึง 66.90 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ แม้จะเคยประสบเหตุการณ์ดังกล่าวก็ตามแต่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคปลาดิบเลย

ดังนั้นการได้รับประสบการณ์ตรงต่อกลุ่มที่หายขาดในเรื่องการเห็นบุคคลอื่นเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และมีประวัติชอบรับประทานปลาดิบมาก่อนมีผลต่อการมีพฤติกรรมเลิกรับประทานปลาดิบของผู้ก้สัมผัสได้ เนื่องจากเกรงว่าหากตนเองยังคงเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการรับประทานปลาดิบต่อไป และเป็นโรคซ้ำหลายครั้งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยเหมือนเช่นกรณีของตนเองได้ ประสบเห็นจากบุคคลอื่นจึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่กลุ่มที่เป็นซ้ำไม่มีโอกาสได้พบเหตุการณ์ดังกล่าวจึงไม่เกิดความกลัวต่อการเป็นโรคหรือเคยพบเหตุการณ์ที่ไม่มีอิทธิพลเพียงพอ ที่จะ

ใหม่ เน้นว่าให้เลิกบริโภคปลาดิบได้อย่างเด็ดขาด ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลมากกว่าประกอบอยู่ก็เป็นได้

การยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้เรื่องการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการบริโภคปลาดิบ มีผลต่อการเก็บเป็นซ้ำ ชัดเจนโดยในกลุ่มที่รักษาหายไม่เคยทราบมาก่อนว่าอาหารที่ตนเองรับประทานพวกปลาดิบจะนำโรคพยาธิใบไม้ตับได้ แต่ในขณะที่กลุ่มกลับเป็นซ้ำรู้มาก่อนว่าปลาดิบ นำโรคพยาธิใบไม้ตับได้ก็ยังคงบริโภคต่อไป แต่กลุ่มที่รักษาหายเมื่อทราบการติดต่อของโรคแล้วเลิกรับประทานปลาดิบทันที พบว่า การติดต่อของโรคแล้วเลิกรับประทานปลาดิบทันที พบว่า กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำรู้งจรการติดต่อของโรคมาก่อนที่จะมาบริโภคปลาดิบ เป็น 2.50 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาหาย และรู้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับติดต่อทางปลาดิบ โดยมีความแตกต่างกันชัดเจน ($P < 0.001$) แสดงถึงการยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มที่รักษาหายชาติมีสูงกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ

การรู้สึกลัวต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับภายหลังได้รับทราบจากสื่อต่าง ๆ แล้วในกลุ่มที่รักษาหายมีความกลัวต่อโรคมากกว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ถึง 4.18 เท่า โดยในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ แม้จะได้รับการรณรงค์ให้ความรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วก็ตาม ก็ยังไม่สามารถสร้างความกลัวที่ต่อโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ในขณะที่กลุ่มที่รักษาหายมีความกลัวต่อโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่า และนำไปสู่การเลิกบริโภคปลาดิบต่อไป

การกลับไปบริโภคปลาดิบอีกหลังจากรักษาด้วยยาในการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับครั้งสุดท้ายในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ยังคงบริโภคปลาดิบเช่นเดิมมากกว่ากลุ่มที่รักษาหายถึง 4.44 เท่า โดยมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ($P < 0.001$)

ดังนั้นในประเด็นทั้งสามจึงพบว่ากลุ่มที่รักษาหายนั้นไม่มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมาก่อนที่จะบริโภคปลาดิบ แต่เมื่อรู้แล้วจากสื่อต่าง ๆ ก็เกิดความกลัวต่อโรคอย่างชัดเจน และนำไปสู่การยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการที่จะเข้ารับการตรวจจักษระ

รับการรักษาด้วยยา และไม่กลับไปบริโภคปลาอีกเลย แตกต่างกับกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ แม้จะทราบมาก่อนว่าบริโภคปลาทำให้เกิดโรคมะเร็งไบริบิตก็ไม่มีรู้สึกกลัวแต่อย่างใด แม้จะเข้ารับการตรวจจุจจาระ และรับการรักษาด้วยยาก็ยังคงมีพฤติกรรมบริโภคปลาอีกเช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลของกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่ยังคงไม่กลัวต่อการเป็นโรครีอีก เพราะตัดสินใจในรสชาติอาหาร ในขณะที่กลุ่มที่รักษาหาย ประเด็นที่มีผลมากคือความกลัวต่อโรคที่จะเป็นโรครีอีกครั้ง มากกว่าตัดสินใจในรสชาติ ดังนั้นการสร้างความรู้สึกกลัวต่อโรคจึงเป็นประเด็นที่น่าจะนำไปใช้ในการณรงค์ให้ประชาชนเกิดความกลัวต่อโรค มากกว่าการตัดสินใจในรสชาติของอาหาร โดยนำเสนอในลักษณะของอาการป่วยที่เกิดรุนแรงจากพยาธิใบไม้ตับในตัวบุคคลจนทำให้เสียชีวิตได้ และการติดต่อของโรคที่กระทำได้ง่ายให้ประชาชนได้ทราบ จึงนับว่าประเด็นที่ศึกษาดังกล่าวมีผลต่อความแตกต่างในเรื่องบริโภคนิสัยด้วยเช่นกัน

ส่วนในประเด็นที่ไม่พบความแตกต่างคือในเรื่องการเป็นตัวอย่างของบุคคลในครอบครัวที่ไม่บริโภคปลา มีผลต่อผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างไร พบว่าไม่มีความแตกต่างในทั้งสองกลุ่ม คือไม่สามารถเป็นตัวอย่างได้ในการโน้มน้าวให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลิกพฤติกรรมการบริโภคปลา จากรายละเอียดพบว่ากลุ่มบุคคลที่เป็นบุตร คือกลุ่มที่ไม่บริโภคปลาที่สุดในครอบครัว ดังนั้นระบบอาวุโส เป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง เพราะผู้ที่ไม่บริโภคปลาที่มีอาวุโสอ่อนกว่าผู้บริโภคปลาจึงทำให้หน้าที่ของความเชื่อถือสลดลงไป โดยเฉพาะมีฐานะ เป็นบุตรด้วยแล้ว ทำให้บุคคลที่เป็นบิดามารดา ซึ่งบริโภคปลาไม่รู้สึกเกรงใจแต่อย่างใด เพราะประเพณีอันสืบมาถือว่าผู้ที่มีอาวุโสกว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งสอดคล้องกับเหตุผลของการเลิกบริโภคปลาพบว่า เป็นการเลิกด้วยตนเอง เป็นส่วนมากโดยบุคคลอื่น ๆ ไม่มีส่วนในการตัดสินใจชักชวนให้เลิก

การนำเรื่องโรคมะเร็งไบริบิตไปสนทนากับครอบครัว ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม ได้มีการกระทำในจำนวนที่ไม่แตกต่างกัน โดยมีการสนทนาในเรื่องโรคมะเร็งไบริบิตอยู่เสมอ เพียงแต่ในประเด็นการสนทนาในกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำมักจะพูดคุยในเรื่องที่ผู้ถูกสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวชักชวนให้เลิกบริโภคปลา แต่ในกลุ่มที่รักษาหายมักพูดคุยในเรื่อง การกลัวที่จะเป็นโรคมะเร็งไบริบิตอีก จะเห็นว่า มีความแตกต่างกันในประเด็นที่พูดคุยโดยในกลุ่มที่รักษาหายมีการสนทนาในลักษณะที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค แต่ในขณะที่กลุ่มที่เป็นซ้ำ บุคคลที่ถูกสัมภาษณ์

แนวโน้มที่จะบริโภคปลาติดต่อกันไปจนกระทั่งบุคคลในครอบครัวต้องชักชวนหรือห้ามปราม แต่ในภาพรวมก็ถือว่าได้มีความสนใจในปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในทั้งสองกลุ่ม

การนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับไปสนทนากับเพื่อนบ้านทั้งสองกลุ่มได้มีการนำไปสนทนากันกับเพื่อนบ้านเสมอโดยไม่มี ความแตกต่างกัน โดยหัวข้อที่นำไปสนทนาส่วนใหญ่เหมือนกันคือการชักชวนให้เพื่อนบ้านเลิกบริโภคปลาติด ซึ่งส่วนใหญ่เพื่อนบ้านมักจะ ไม่เชื่อฟังเท่าใดนัก แต่ในกลุ่มที่รักษาหายอีกหัวข้อที่มีการสนทนาในลักษณะกลัว เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอีกก็ยังมีจำนวนร้อยละที่สูงอยู่เช่นกัน

ดังนั้นในประเด็นของการยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในส่วนของการเป็นตัวอย่างของบุคคลในครอบครัวจะ ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการยอมรับที่ชัดเจน แต่ในส่วนของการนำหัวข้อเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับไปสนทนาในครอบครัว, เพื่อนบ้าน ในภาพรวมทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มในทางที่ดีที่ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหานี้จนนำไปสนทนาพูดคุยกัน อันจะทำให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแพร่กระจายไปสู่บุคคลต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ถึงแม้จะ ไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในทั้งสองกลุ่มก็ตามโดยคาดหวังว่า การได้รับความรู้จากการสนทนาจะนำไปสู่การซึมซับเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และในอนาคตก็จะมีอิทธิพลเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลนั้น ๆ ได้ต่อไป

สภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เน้นศึกษาที่การตัดวงจรของพยาธิใบไม้ตับ โดยมีจุดสนใจที่พฤติกรรมสุขอนามัยของบุคคลผู้ถูกสัมภาษณ์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในประเด็นที่ศึกษา เช่น การกำจัดเศษปลาที่เหลือจากการทำอาหารให้ถูกต้อง พบว่า ทั้งสองกลุ่มยังคงมีการกำจัดโดยนำไปเสีย แมว, สุนัข ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มวงจรการติดต่อของพยาธิใบไม้ตับด้วยอีกทางหนึ่งในประเด็นของการมีส่วนร่วมราดน้ำ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีส่วนร่วมราดน้ำไว้ใช้เป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะ ไม่ได้ใช้ทุกครั้ง เช่น การเกิดปวดถ่ายอุจจาระในท่งน้ำไม่สามารถมาสามได้ทุกครั้งก็ตาม แต่ก็ถือว่าเป็นการลดความถี่ของการถ่ายอุจจาระนอกสามไปได้ระดับหนึ่งมีผลต่อการลดการแพร่กระจายของโรคได้ และในอนาคตหากประชาชนได้ใช้สามทุกครั้ง และมีสามทุกหลังคาเรือนก็จะป้องกันโรคมิให้แพร่กระจายได้เกือบเด็ดขาด ในประเด็นของการเคยมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำทั้งสองกลุ่มเคยประพาดทั้งสิ้น มีส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่เคยประพาดซึ่งมักเป็นบุคคลที่อายุไม่มากนัก ได้พบ

เห็นการใช้ส้วมตั้งแต่เกิดมาจึง เคยชิน ดังนั้นจึงสอดคล้องที่ว่า การแพร่กระจายของโรคในช่วงอดีต รุนแรงมาก เพราะชาวบ้านนิยมถ่ายลงน้ำ และยังไม่มียาส้วมทิ้ง ๆ ที่เขารู้ว่าการถ่ายลงน้ำจะทำให้ แหล่งน้ำสกปรกแพร่เชื้อโรคได้

ดังนั้นปัจจัยในด้านสภาพแวดล้อมในครัวเรือนจึงไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะมีผลต่อการกลับเป็น ช้ำ หรือการหายขาดจากโรคได้ เพราะไม่มีความแตกต่างและในทั้งสองกลุ่มที่ทำการศึกษา และ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในเรื่องบริโภคนิสัยด้วยเช่นกัน

ข้อมูลบริโภคนิสัย

ปลาธาดิบ ในทั้งสองกลุ่มพบว่า ปลาที่นำมาทำเป็นอาหาร เป็นจำพวกปลาชุกชุมมากที่สุด โดยมีการทำเองไว้บริโภคในครอบครัวเป็นส่วนมาก ส่วนใหญ่ทำเป็น แจ่ว ดิบ เพราะพกพาได้ สะดวกไว้บริโภคในตอนไปทำงาน และส่วนหนึ่งได้รับประทานโดยการฉักเป็นชิ้น ๆ โดยไม่ทำให้สุก ซึ่งเป็นการรับเอาตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับได้โดยตรง และสถานที่รับประทานมักเป็นบ้านตนเอง

ก้อยปลาธาดิบ ในทั้งสองกลุ่มพบว่า ปลาที่นำมาเป็นอาหารคือปลาชุกชุม เป็นส่วนใหญ่ โดยการจัดทำปรุงอาหารเอง มีร้อยละของสถานที่บริโภคใกล้เคียงกันระหว่างรับประทานกับครอบครัวตนเอง และกับเพื่อนบ้านจึงถือว่าเป็นอาหารชนิดหนึ่งที่มีการรับประทานร่วมกันในการสังสรรค์ กับเพื่อนบ้าน

ส้มปลาธาดิบ ในทั้งสองกลุ่มพบว่า ปลาที่นำมาทำเป็นอาหารคือ ปลาชุกชุม เป็นส่วนใหญ่ แต่การจัดทำนั้นในกลุ่มที่กลับเป็นช้ำ จะใช้วิธีจัดซื้อมารับประทานในครอบครัว ส่วนในกลุ่มที่หายขาด จะใช้วิธีทำเอง และบริโภคในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ลาบปลาธาดิบ ในทั้งสองกลุ่มพบว่าปลาที่นำมา ทำเป็นอาหารคือปลาชุกชุม เป็นส่วนใหญ่โดยการจัดทำขึ้นเอง และใช้บริโภคในครอบครัวของตนเอง

ข้อ เสนอแนะ

1. การให้สุขศึกษา ควรเป็นในเรื่องอาการของโรคที่จะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้บริโภค ปลาธาดิบ ซึ่งเป็นเรื่องให้เห็นใกล้ตัวที่เช่นการเป็นช้ำหลาย ๆ ครั้ง มีผลต่อความเสี่ยงที่จะเกิดโรค

มะเร็งตับได้ เพื่อสร้างให้เกิดความกลัวต่อโรค หรือการเป็นในเรื่องประสิทธิภาพของยาที่รักษา เพื่อให้เกิดกำลังใจต่อการที่จะรักษาโรคแก่ชาวบ้านไม่เน้นแต่เรื่อง ไม่บริโภคน้ำมันเพียงอย่างเดียว เพราะ ไม่มีพลังเพียงพอที่จะทำให้ชาวบ้านกลัวต่อโรคพยาธิใบไม้ตับได้

2. การให้สุขศึกษาต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ และครอบคลุมให้มากที่สุดเพราะจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่กลับเป็นซ้ำ ไม่สนใจหรือหลีกเลี่ยงในการเข้ารับความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงควรกระทำทั้งในแนวกว้างคือพูดคุยกลุ่มใหญ่ผ่านสื่อต่าง ๆ และการพบปะพูดคุยบุคคลต่อบุคคล

3. การให้สุขศึกษาต้องมีลักษณะการสื่อสารที่เข้าใจง่าย และสร้างความประทับใจที่ชาวบ้านจะจดจำได้ เพราะถึงชาวบ้านจะสนใจเข้ารับฟังการให้สุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่ แต่ก็ไม่สามารถจดจำได้ จะเห็นจากการวัดความรู้เรื่องโรครยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำในทั้งสองกลุ่ม ทั้งที่กลุ่มที่รักษาหายมีความสนใจที่จะรับฟังความรู้มากกว่ากลุ่มที่เป็นซ้ำ

4. การนำเรื่องราวของบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันกับชาวบ้านมายกประกอบตัวอย่างในเรื่องของการบริโภคน้ำมันและ เป็นมะเร็งตับเสียชีวิต เป็นอีกจุดหนึ่งที่จะสร้างความกลัวต่อโรคพยาธิใบไม้ตับได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำกัดด้านเวลา งบประมาณ บุคลากร การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายเวลาศึกษาให้มากขึ้น กระจายกลุ่มตัวอย่างให้ได้พื้นที่มากขึ้น เช่น การกระทำทั้งจังหวัดหรือเขตจังหวัดใกล้เคียงเพื่อเปรียบเทียบลักษณะของปัจจัยต่าง ๆ

2. การศึกษาในครั้งนี้ ควรมีผลต่อการนำไปวิจัยในแนวลึกมากขึ้นในเรื่องวิธีการที่จะนำมาซึ่งการยอมรับต่อคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อันจะส่งผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ผลการศึกษาครั้งนี้ควรนำไปประยุกต์ให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ที่มีอยู่เดิม ให้มีการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับปัญหาที่ยังมีขึ้น เช่น การศึกษาถึงการจัดทำสื่อการสอนที่จะทำให้ประชาชนเกิดความกลัวต่อโรค หรือการยอมรับต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่สุกว่าเป็นสิ่งที่สร้างความปลอดภัยในเรื่องสุขภาพแก่ตนเอง

บรรณานุกรม

1. Leiper, R.T. Notes of the occurrence of parasites presumably rare in man. Journal of London. School of Tropical Medicine 1911; 1: 16-19.
2. Prommar, C. Report of a case of opisthorchis felimeur in Siam. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 1927;21:9-10.
3. Harinasuta, C. Opisthorchiasis in Thailand : A review. Proceeding of the 4th. southeast Asian Seminar on Parasitology and Tropical Medicine, Schistosomiaiss and other snail transmitted Helminthiasis. Manila, 24-27 Feb 1969: 253.
4. สมพร พงกษราช. บริโภคนิสสัย: แนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ : มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ แนวคิดในการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ 19 กุมภาพันธ์ 2529; 29.
5. Harinasuta, C. and Vajrasthira, S. Opisthorchiasis in Thailand. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 1960; 54: 100-105.
6. สมพร พงกษราช, เขวลิตร จีระดิษฐ์, เอนก สติชัยไทย, ทวีศักดิ์ ศรีดลรัศมี, สุมิตร กิจวรรณี. การศึกษาหาความชุกชุมและความรุนแรงของโรคหนอนพยาธิลาไส้ในชนบท ประเทศไทย พ.ศ. 2523-2524 วารสารโรคติดต่อ 2525: 8: 245-268.
7. ประภาศรี จงสุขสันติกุล, วิน เขยชมศรี, พรเพ็ญ เตชะมนตรีกุล, ภาควณี จีระดิษฐ์, ประสิทธิ์ สุรัตนวิช. การศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคหนอนพยาธิลาไส้ และพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย: ฝ่ายโรคหนอนพยาธิ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

8. ธีระ งามสูตร. แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2534 ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
9. ประภาณี จงสุขสันติกุล. กวาระประเมินผลโครงการรณรงค์อีสานไม้กินปลาดิบ ด้านความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม. วารสารโรคติดต่อ 2534; 17(1): 57-59.
10. Supanvanich, S, et al. Field Trial of Praziquantel in human. Opisthorchiasis in Thailand. Southeast Asian J of Trop. Med & Pub Health 1981; 12(4): 598-602.
11. Bunnag, D. Harinasuta, T. Study on the chemotherapy of human Opisthorchiasis in Thailand : I. Clinical Trial of Praziquantel. The southeast Asian J of Trop Med & Pub Health 1981; 11: 528.
12. ไพบลีย์ สิทธิถาวร และคณะ. การศึกษาเบื้องต้น เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจ. การสุขาภิบาล อุบนิสัยในการกินอาหารและความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ ต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของบ้านโนนม่วง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมปาสตีวิทยาและอายุรศาสตร์เขตร้อนแห่งประเทศไทย 2526; 6(2): 71-81.
13. Sornmani S. Improvement of community Health through the control of Liver fluke infection. Faculty of Tropical Medicine. Mahidol University, October, 1988.
14. ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ. แบบสรุปผลการตรวจและรักษาโรคหนอนพยาธิประจำเดือนโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (พ.ค.3) ตุลาคม 2533 - กันยายน 2534. ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2534.

15. พรรณิทธิพา แก้วมาตย์. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพบริเวณ
นีสัย ระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
16. ไพฑูรย์ มีกุล ประเพณีชาวอีสาน รวมบทความทางวิชาการเกี่ยวกับอีสานศึกษา
มหาสารคาม: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,
มหาสารคาม 2528, 88-109.
17. Thamavit, W., et al. Effects of limethylnitrosamine on induction
of cholangiocarcinoma in opisthorchis viverrini infected
syrian golden hamsters. *Cancer Res*; 4634-4639.
18. Harinasuta, C. and Vajrasthira, S. Study on Opisthorchiasis in
Thailand I. The incidence of Opisthorchiasis in patients
of association of Thailand 1959;42: 5858-597.
19. ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ. แบบสรุปผลการตรวจและรักษาโรคหนอนพยาธิประจำเดือนโครงการ
โรคพยาธิใบไม้ตับ (พ.ต.3) ตุลาคม 2532 - กันยายน 2533. ฝ่ายควบคุม
โรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2533.
20. ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ. แบบสรุปผลการตรวจและรักษาโรคหนอนพยาธิประจำเดือน โดย
การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (พ.ต.3) ตุลาคม 2534-กันยายน 2535.
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2535.
21. Harinasuta, C., Sornmani, S., Migasena, P., Vivatanasesth, P.,
Pongpaew, P., Intarakoo, C. and Vudhivai, N. Socioeconomic,
Health and Nutritional status of the Villagers in the Nong
Wai irrigation area, Khon Kaen, Northeast Thailand.
Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Hlth 1976.7: 601-602.

22. สุขสมบัติ อุค้ำพันธ์. การสำรวจแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยในการกินปลาดิบของประชากรในเขตตำบลท่าสะอาดอำเภอเซกา จังหวัดหนองคาย. กองการแพทย์ ฝ่ายการแพทย์และอนามัย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย กุมภาพันธ์ 2528.
23. ธงชัย ปัทสราทร และคณะ. บาราสิต สาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2525; 179-180.
24. อัมพวัน เหลืองภิรมย์. การศึกษาหาความชุกชุมของบาราสิตในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนวัดสระแก้ว ตำบลท่าเสด็จ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง และการเปรียบเทียบประสิทธิภาพยาอัลเบนดาโซล และยามี่เบนดาโซลต่อหนอนพยาธิติดต่อด้านดิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโรคติดต่อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
25. Wykoff, D.E. and Ariyaprakai, K. *Opisthorchis viverrini* in Thailand-egg production in man and laboratory animals. *Journal of Parasitology*. 1966;52:631.
26. Vichasri, S, Upatham, E.S. Viyanant, V. *Opisthorchis viverrini*: Egg excretion patterns in relation to worm burden in golden hamsters. *J. Parasit. Trop.Med.Ass.Thailand*. 7(1): 3-6.
27. วิฑูรย์ ไวยนันท์. โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารสมาคมบาราสิตแห่งประเทศไทย ธันวาคม 2524; 4(2): 91.
28. ไพศาล อัมพวัน, สันต์ศิริ ศรีมณี, พงศ์สิทธิ์ สัตบุตร์. การศึกษานิวเคลียสวิทยาของหอย *Bithynia* ซึ่งเป็นพาหะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ. รายงานประจำปี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน; 2519-2522: 78.
29. Wykoff, D.E. Clinical Manifestation of Opisthorchiasis Annual Progress report. SEATO Med. Res. Lab: 1965.

30. Tesana, S., Kaewker, S., Srisawangwonk, T., Phinlaor, S.
Distribution and density of opisthorchis viverrini
metacercariae in cyprinoid fish from Khon Kaen Province.
J. Parasit. Trop.Med. Ass.Thailand. 8(2); 1985: 36-39.
31. Harinasuta, C., Vajrasthira, S. and Jetanasen, S. Metacercaria
of opisthorchis viverrini in fisher of the northeast
Thailand. J. Med. Ass. Thailand 1961; 44: 612-625.
32. Vajrasthira, S., Harinasuta, C. and Komiya. Y. The morphology
of the metacercariae of Opisthorchis viverrini, with
special reference to the excretory system. Annals of
Tropical Medicine and Parasitology 1961; 55: 413-418.
33. Waikagui, J., Vajrasthira, S., Chiamatana, B., and Yamput, S.
The effect of some physical and chemical factors on the
infective metacercariae of Opisthorchis viverrini การ
สัมมนาของมหาวิทยาลัยมหิดลเรื่องพยาธิใบไม้ในคนในประเทศไทย (abst.);
1977.
34. สุวัชร วัชรเสถียร, จิตรา ไวกกุล, สนั่น แยมพูน, บุญส่ง เจียมรัตน์. การศึกษา
ทางชีววิทยาของพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini. รายงาน
ประจำปี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน; 2515-2522: 78.
35. Harinasuta, C. and Vajrasthira, s. Opisthorchiasis in Thailand.
Annals of Tropical Medicine and Parasitology 1960; 54:
100-105.
36. Asvanich, C. Opisthorchiasis. สารศิริราช ธันวาคม 2520; 29(12) :
1804-1807.

37. Punyagupta, S. and Bodhidatta, P. Biliary system in Opisthorchiasis "report of 3 cases" วิทยาศาสตร์เสนารักษ์ 1959; 12: 265-270.
38. Wiled, H. Biliary calculus Associated with opisthorchiasis. The American Journal of Trop.Med. and Hyg. 1973;22(6): 819-820.
39. Ujgin, P. Retention cyst of liver and Hydrop of Gall bladder due to Opisthorchiasis. จดหมายเหตุทางการแพทย์ มกราคม-ธันวาคม 2504;44: 151-159.
40. Viranuvatti, V., Plengvanit, V., Kalayasiri, C., Hitanant, S., Suwanik, R. and Suwanasuthi, R. Percutaneous transhepatic. Cholangiography in Opisthorchiasis. Recent advances in Gastroenterology 1966; 4: 258-260.
41. Evans, H., Curtis H. Bourgeois, dHiras. Comer Niyom Keschamras 1971; 20(5): 667-671.
42. Dhiensiri T., Eva-Anata, J., Seenavat, P. and Puapairoj, S. Cholangiography in Opisthorchiasis. การสัมมนาของมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง พยาธิใบไม้ในคนในประเทศไทย 1977 (abst.)
43. Chulacharit, E., Petchakit, V. and Rosenfield, A.G. Oral Contraception and liver fluke disease. Journal of obstetries and Gynaecology of the British Commonwealth 1972; 79: 657-660.
44. Grossman, R.A., Assawasena, V., Chalpoti, S. and Toewtong, D. Effect of the injectable contraceptive depot medroxy-gesterone acetate in Thai women with liver fluke infestation: Results after six months. Bulletin of World Health Organization 1977; 55: 67-68.

45. Grossman, R.A. Asawasena, W., Chulpati, S., Taewtong, D. and Tovanabutra, S. Effects of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate in Thai women with liver fluke infestation: Final result. Bulletin of world Health Organization 1979;57: 829-837.
46. สุวัชร วัชรเสถียร และคณะ. การศึกษาทางชีววิทยาของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini*. รายงานประจำปีการศึกษา 2516-2522 (อ.1) คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล : 15.
47. Becker, M.H. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. The Health Belief Model and Personal Health Behavior 1974; 2(4): 328-508.
48. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การป้องกันโรค และการรักษาในองค์ประกอบด้านผู้ป่วยใน : พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523: 65-103.
49. เบญจมา ยอดคำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล. ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยาชุมชน วิทยาการแพทย์ 2525. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
50. มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการกินของชาวชนบทอีสานตอนบน. ขอนแก่น. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2529.
51. อุดม ศรีทิพย์. ผลการวิจัยการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ : การผสมผสานการให้สุขศึกษา กับสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528: 11.

52. วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์. บริโภคนิสัยกับโรคพยาธิใบไม้ตับ. แนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษาเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อนเขตร้อน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ 19 กุมภาพันธ์ 2529; 12-32.
53. เครือวัลย์ หุตานวัตร และวิไลวัจน์ กฤษณะภูติ. บริโภคนิสัยของชาวชนบทอีสาน: ศึกษาเฉพาะกรณีบ้านพันลาด ตำบลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. สายงานสังคมศาสตร์ โครงการวิจัยระบบการทำฟาร์ม มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2528.
54. Fleck, H. Introduction to Nutrition. 4th ed. New York: Macmillan Publishing Co., 1981.
55. Robinson, C.H. and Weigley, B.S. Fundamentals of Normal Nutrition. 3rd ed. New York : Macnullan Company, 1978.
56. ไพฑูรย์ มีกุล. ประเพณีชาวอีสาน. รวมบทความทางวิชาการเกี่ยวกับอีสานศึกษา. มหาสารคาม. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มหาสารคาม 2528; 88-109.
57. Pelto, G.H. Anthropological. Contribution to Nutrition Education Research. Journal of Nutrition Education 1981; 13: 54.
58. Bennis, W.G. A Typology of Change Processer. The Planning of change. New York : Holt, Rinchart and Winoton 1961.
59. Sim,L.S. Further. Thoughts on Research Perpectives in Nutrition. Education. Journal of Nutrition. Education 1981; 13: 54.

60. Kerr, A.F.G. Intestinal parasites in northern Siam. *Trnasaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* a January 1916: 82-89.
61. Pramr, C. Report of case of *opisthorchis felinus* in Siam. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* April 1927 21: 9-10.
62. Sadun, E.H. Studies on *Opisthorchis viverrini* in Thailand. *American Journal of Hygiene* 1955; 62: 81-115.
63. Vijrasthira, S. Harinasuta, C. Study on helminthic infections in Thailand. I. Incidence. distribution and epidemiology of helminths. *Journal of Medical and Association of Thailand* 1957; 40: 309.
64. รุ่งวิทย์ มาศงามเมือง. ความรู้ ประสบการณ์ พฤติกรรมอนามัย ความเชื่อกับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
65. กัญจนา ดีวิเศษ. การศึกษาทางระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอวัฒนานคร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาโรคติดต่อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
66. วงเดือน ปันดี. ระบาดวิทยาและพฤติกรรมอนามัยกับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านดอนบม ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาโรคติดต่อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.



การทดสอบเครื่องมือและสถิติที่ใช้วิจัย

การประเมินผลเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย

ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงตัวภายใน (coefficient of internal consistency)

1.1 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' alpha coefficient) สูตรนี้ใช้หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ให้คะแนนต่างจาก 0 และ 1 ได้ด้วย จึงเหมาะใช้หาความเที่ยงแบบคงที่ ภายในของเครื่องมือที่แบบประเมินค่าหรือแต่ละข้อคะแนนมากกว่า 1

สูตร

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{S^2_i}{S^2_t} \right]$$

r_{tt} = ค่าความเชื่อมั่น

S^2_i = ผลรวมของความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ

S^2_t = ความแปรปรวนของแบบวัดทั้งหมด

K = จำนวนข้อในแบบวัด

1.2 ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Formula) ใช้หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ให้คะแนน ถ้ามอบถ้าถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0

สูตร KR-20

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

r_{tt} = ค่าความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

p = สัดส่วนระหว่างจำนวนคนตอบถูกกับจำนวนคนตอบทั้งหมด

q = สัดส่วนระหว่างจำนวนคนตอบผิดกับจำนวนคนตอบทั้งหมด

s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนการสอบของกลุ่มตัวอย่าง

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และความยากง่าย (Difficulty) แบบสอบถามในเรื่องความรู้เรื่องโรค นามาทาค่าอำนาจจำแนกและค่าความยากง่าย แต่ละคำถามโดยใช้สูตร

$$\text{ค่าอำนาจจำแนก } (r) = \frac{P_H - P_L}{n}$$

P_H = จำนวนคนตอบถูกในกลุ่มคนที่คะแนนสูง

P_L = จำนวนคนตอบถูกในกลุ่มคนที่คะแนนต่ำ

n = จำนวนคนตอบทั้งหมดในแต่ละกลุ่ม

$$\text{ค่าความยากง่าย } (P) = \frac{P_H + P_L}{2n}$$

P_H = จำนวนคนตอบถูกในกลุ่มคนที่คะแนนสูง

P_L = จำนวนคนตอบถูกในกลุ่มคนที่คะแนนต่ำ

n = จำนวนคนตอบทั้งหมดในแต่ละกลุ่ม

สถิติที่ใช้วิจัย

3. การทดสอบค่าเฉลี่ยด้วย t-test

ใช้ในกรณีที่มีข้อมูลที่ต้องการจะศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และเราต้องการทดสอบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างข้อมูล 2 กลุ่มแตกต่างกันหรือไม่

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สุ่มมาจากประชากร 2 กลุ่ม ซึ่งต่างก็มีการกระจายเป็นปกติ
2. กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เป็นอิสระจากกัน (Independent samples)

สมมติฐาน

ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มเท่ากับ 0 (หรือค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มเท่ากัน) คือ

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2$$

$$H_A = \mu_1 \neq \mu_2$$

3.1 ในกรณีไม่ทราบค่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อพิสูจน์ F-test แล้ว ปรากฏความแปรปรวนเท่ากัน ต้องใช้ความแปรปรวนรวม ในการคำนวณค่า Standard error และใช้สูตร Pooled Variance

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{S^2_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}, \quad df = n_1 + n_2 - 2$$

$$S^2_p = \frac{(n_1 - 1)S^2_1 + (n_2 - 1)S^2_2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$\begin{aligned} \bar{x}_1 &= \text{ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดที่ 1} \\ \bar{x}_2 &= \text{ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดที่ 2} \\ S^2_1 &= \text{ความแปรปรวนของข้อมูลชุดที่ 1} \\ S^2_2 &= \text{ความแปรปรวนของข้อมูลชุดที่ 2} \\ n_1 &= \text{จำนวนของข้อมูลชุดที่ 1} \\ n_2 &= \text{จำนวนของข้อมูลชุดที่ 2} \end{aligned}$$

2.2 ในกรณีไม่ทราบค่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อพิสูจน์ F-test แล้วปรากฏว่า ความแปรปรวนไม่เท่ากัน ต้องใช้สูตร Separated Variance

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2} - 2$$

$$\begin{aligned} \bar{X}_1 &= \text{ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดที่ 1} \\ \bar{X}_2 &= \text{ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดที่ 2} \\ S^2_1 &= \text{ความแปรปรวนของข้อมูลชุดที่ 1} \\ S^2_2 &= \text{ความแปรปรวนของข้อมูลชุดที่ 2} \\ n_1 &= \text{จำนวนของข้อมูลชุดที่ 1} \\ n_2 &= \text{จำนวนของข้อมูลชุดที่ 2} \end{aligned}$$

หมายเหตุ F-test มีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$F = \frac{S^2_1}{S^2_2}, \quad df = (n_1-1), (n_2-1)$$

ถ้าค่า F ออกมาแล้ว ยอมรับ null Hypothesis ให้อ้างอิง t-pooled

ถ้าค่า F ออกมาแล้ว ปฏิเสธ Null Hypothesis ให้อ้างอิง t-separated

การกระจายทางสถิติ เป็นแบบ t-distribution

ลักษณะการทดสอบ ใช้แบบสองทาง

ระดับนัยสำคัญ = 0.05 (ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.0)

การตัดสินใจ ไม่ยอมรับสมมติฐาน H_0 ถ้าค่า t ที่คำนวณได้สูงกว่า t จากตาราง ตามระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้



สูตรคำนวณหาจำนวนตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยอาศัยข้อมูลการพบตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืด คิดเป็น 75% ของปลาน้ำจืด ที่นำโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{[Z_{\alpha} 2pq + Z_{\beta} p_1q_1 + p_0q_0]^2}{(P_1 - P_0)^2}$$

$$P_1 = \frac{PoR}{1+Po(R-1)} = \frac{(0.56)3}{1 + (0.56)(3-1)} = 0.79$$

$$P_0 = \text{บุคคลที่รับประทานปลาดิบ แต่ไม่เป็นโรคซ้ำ} = 0.56$$

$$P_1 = \text{บุคคลที่รับประทานปลาดิบ และเป็นโรคซ้ำ} = 0.79$$

$$q_0 = \text{บุคคลที่ไม่รับประทานปลาดิบและไม่เป็นโรคซ้ำ} = 0.44$$

$$q_1 = \text{บุคคลที่ไม่รับประทานปลาดิบแต่เป็นโรคซ้ำ} = 0.21$$

$$R = \text{โอกาสเสี่ยงที่จับปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดมาบริโภคจะได้รับตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ} = 3 \text{ เท่า}$$

$$\bar{p} = 0.68 \quad \bar{q} = 0.33$$

$$Z_{\alpha} = 2.57 \quad (\alpha = 0.01)$$

$$Z_{\beta} = 1.96 \quad (\beta = 0.05)$$

$$N_0 = \frac{[2.57^2(0.68)(0.33) + 1.96^2(0.79)(0.21) + (0.56)(0.44)]^2}{(0.79 - 0.56)^2}$$

$$= \frac{(1.72 + 1.25)^2}{0.529}$$

$$= \frac{8.8209}{0.0529}$$

จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ศึกษา	=	168	คน
จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่เปรียบเทียบ	=	168	คน
รวมจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา	=	336	คน



แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ นามสกุล
2. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัดอุดรธานี
วันที่ เดือน พ.ศ. 2536
3. เพศ หญิง ชาย
4. อายุ (เต็ม) ปี
สถานภาพสมรส คู่ หม้าย หย่า แยก โสด
5. สถานภาพในครอบครัว (ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว)
 หัวหน้าครอบครัว คู่สมรสของหัวหน้าครอบครัว
 ลูก ลูกเขยหรือลูกสะใภ้
 หลาน อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ระดับการศึกษา อ่านและเขียนไม่ได้
(จบชั้น) ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อุดมศึกษา
7. อาชีพหลัก (หมายถึงอาชีพที่ต้องใช้เวลากับอาชีพนั้น ๆ มากที่สุด)
 เกษตรกรรม ระบุ
- ค้าขาย ระบุ
- รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ ระบุ
- รับจ้าง ระบุ
- อื่น ๆ ระบุ
8. รายได้อาชีพหลักต่อเดือน บาท (ของผู้ให้สัมภาษณ์)
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน สมาชิกในครัวเรือน คน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. พยาธิใบไม้ตับเข้าสู่คนโดยวิธีใด
 - 1) โดยคนกินเนื้อปลาที่มีเกสิด
 - 2) โดยคนกินเนื้อปลาที่ไม่มีเกสิด
 - 3) โดยคนกินเนื้อของหอยน้ำจืด
2. ไข่พยาธิใบไม้ตับเมื่อลงสู่น้ำจะเข้าไปอยู่ในสัตว์ชนิดใดเป็นอันดับแรก
 - 1) ปลา
 - 2) หอย
 - 3) กุ้ง
3. อาการอย่างไรน่าจะสงสัยว่าจะเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - 1) รู้สึกเจ็บและออกร้อนบริเวณชายโครงด้านขวา
 - 2) เจ็บบริเวณกระเพาะอาหาร
 - 3) ปวดบริเวณเอวทั้งสองข้าง
4. ตัวแก่ของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่บริเวณใดของคน
 - 1) ท่อน้ำดี
 - 2) กระเพาะอาหาร
 - 3) ลำไส้เล็ก
5. สัตว์ชนิดใดที่สามารถแพร่ไข่โรคพยาธิใบไม้ตับได้เหมือนคน
 - 1) วัว
 - 2) หมู
 - 3) สุนัข
6. ไข่พยาธิใบไม้ตับเมื่ออยู่บนพื้นดินตัวอ่อนใช้เวลาจนเท่าใดจึงฟักออกจากไข่ได้
 - 1) 7 วัน
 - 2) 10 วัน
 - 3) ไม่ได้เลย
7. รูปร่างพยาธิใบไม้ตับเป็นแบบใด
 - 1) คล้ายใบหอก
 - 2) ลำตัวเป็นปล้องแขน
 - 3) ตัวกลมคล้ายไส้เดือน
8. คนที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับขั้นรุนแรงเป็นอย่างไร
 - 1) เจ็บกระเพาะอาหาร, ปวดหัว
 - 2) ตัวเหลือง, ตับโต
 - 3) เจ็บลำไส้, ท้องร่วง, เป็นประจํา
9. พยาธิใบไม้ตับอาศัยในมนุษย์ได้กี่ปีจึงจะตายไปเอง
 - 1) 1-4 ปี
 - 2) 10-15 ปี
 - 3) 20-25 ปี
10. ตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับออกจากหอยไปสู่ปลาได้อย่างไร
 - 1) ว่ายน้ำไปเอง
 - 2) ปลามากินเนื้อหอย
 - 3) หอยตายตัวอ่อนถูกปล่อยลงน้ำและถูกปลากิน

11. เราพบตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับบริเวณใดของปลา
 - 1) เนื้อปลา
 - 2) ลำไส้ปลา
 - 3) กระเพาะของปลา
12. ถ้าเรากินตัวอ่อนเข้าไปนานเท่าใดจะพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ
 - 1) 1 เดือน
 - 2) 2 เดือน
 - 3) 3 เดือน
13. พยาธิใบไม้ตับผสมพันธุ์โดยวิธีใด
 - 1) ผสมภายในตัวเอง เพราะมีสองเพศในตัว
 - 2) ตัวผู้หนึ่งตัวผสมกับตัวเมียได้หลายตัว
 - 3) ตัวเมียสามารถผสมตัวผู้เป็นคู่ ๆ เท่านั้น
14. หมู่บ้านลักษณะใดที่เอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดี
 - 1) หมู่บ้านที่อยู่ในที่สูง เช่นบนภูเขาใกล้ภูเขา
 - 2) หมู่บ้านที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำขนาดใหญ่ เช่น เขื่อน
 - 3) หมู่บ้านที่มีประชากรอยู่หนาแน่น เช่น สลัม
15. ยารักษาพยาธิใบไม้ตับกินโดยวิธีใด
 - 1) กลืนทั้งเม็ด
 - 2) เคี้ยวให้ละเอียด
 - 3) ละลายน้ำดื่ม

ส่วนที่ 3 ความเชื่อต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1) ผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงก็มีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับน้อยกว่าผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอหรือชรา					
2) โรคพยาธิใบไม้ตับแม้รักษาหายแล้ว ถ้ากินอาหารไม่ถูกต้อง สามารถเป็นได้อีก					
3) การถ่ายอุจจาระลงน้ำทุกครั้ง สามารถกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับได้โดยเด็ดขาด					
4) การกินปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้					
5) ถ้านาน ๆ ครั้ง เราได้กินปลาดิบก็จะไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ					
6) การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับทำให้สิ้นเปลืองเงินและเวลามาก					
7) โรคพยาธิใบไม้ตับหากเป็นมานาน และเป็นมากจะทำให้เสียชีวิตได้					
8) ถ้าบีบมะนาวใส่ถ้วยปลาดิบจะทำให้พยาธิใบไม้ตับตายได้					

	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9) การดื่มเหล้าพร้อมกับกินปลาดีมีส่วนช่วย ฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้อีกทางหนึ่ง					
10) การทำถ้อยปลาดิบต้อนรับแขกมาเยี่ยมบ้าน ถือว่าเป็นการทำให้เกิดติดต่อผู้มาเยี่ยมเป็น อย่างมาก					
11) ปัจจุบันเราไม่ต้องระวัง เรื่องกินปลาดี อีกแล้ว เพราะมีหน่วยตรวจรักษาโรคพยาธิ ใบไม้ตับ เข้ามาให้บริการถึงหมู่บ้านบ่อย ๆ					
12) การตรวจจุงจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ อย่างน้อยปีละครั้ง เป็นการป้องกันโรคนี้ได้					
13) ถ้าเรากินอาหารพวกปลาดีจะช่วยบำรุง ร่างกายให้แข็งแรงขึ้นทำงานได้นานขึ้น					
14) อาหารพวกปลาดีมีการกินมาตั้งแต่ บรรพบุรุษดังนั้นจึงไม่น่าจะ เกิดอันตราย แก่ร่างกายได้					
15) อาหารพวกปลาดีหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มี รสชาติดีกว่าอร่อยกว่าปลาที่ปรุงให้สุกแล้ว					

ส่วนที่ 4 การรับรู้ในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข .

- 1) ท่านเคยได้รับการตรวจจักษุเพื่อหาไข้วัยาธิ จำนวน.....ครั้ง พบไข้วัยาธิใบไม้ดับ ครั้ง ได้รับการรักษา..... ครั้ง (โดยเริ่มคิดจากปี 2533) โดยมีลำดับผลการตรวจคือ
- 2) เมื่อตรวจพบว่าท่านเป็นโรควัยาธิใบไม้ดับ ท่านได้รับประทานยารักษาทุกครั้งหรือไม่
 ทุกครั้ง ไม่ทุกครั้ง (เพราะ)
- 3) ท่านได้ทราบข่าวการให้บริการตรวจจักษุของหน่วยบำบัดโรควัยาธิใบไม้ดับเคลื่อนที่ ก่อนเข้ามาในหมู่บ้านจากบุคคลใดมากที่สุด
 ตอบ
- 4) เมื่อทราบแล้วท่านได้นำจักษุไปตรวจด้วยตนเองหรือไม่
 ไปด้วยตนเอง ผากบุคคลอื่น ๆ
- 5) การนำจักษุไปตรวจครั้งสุดท้ายท่านสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขที่อย่างถูกต้อง าชหรือไม่
 าช ไม่าช
- 6) ในการตรวจจักษุครั้งล่าสุด เมื่อพบไข้วัยาธิใบไม้ดับท่านได้รับประทานยาหรือไม่
 รับประทานครบทุกเม็ด รับประทาน แต่ไม่ครบทุกเม็ด เพราะ
 ไม่รับประทาน เพราะ
- 7) ท่านคิดว่าเมื่อรับประทานยาแล้วท่านจะหายจากโรควัยาธิใบไม้ดับหรือไม่
 หายแน่นอน เพราะ
 ไม่หาย เพราะ
 (ข้ามไปข้อ 10)
- 8) เมื่อท่านทราบว่ายาสามารถรักษาโรคนีได้อย่างเด็ดขาด ท่านจะกลับไปรับประทานอาหารพวกปลาดีบีกหรือไม่
 ไม่ เพราะ กลับไปบีก เพราะ

- 9) เมื่อมีหน่วยตรวจจําจําจะ เข้ามาในหมู่บ้านท่านเคยศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค
 พยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่ หรืออ่านจากสื่อสุขภาพที่หน่วยงานมาหรือไม่
 เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 5 การมีประสบการณ์ตรงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

- 1) ท่านเคยมีประสบการณ์พบเห็นบุคคลที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ โดยมีประวัติชอบ
 รับประทานอาหารดิบ และ เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมาก่อนหรือไม่ที่เกิดในหมู่บ้าน
 ของท่าน
 เคย ระบุ (จำนวน 1 ราย).....
 ไม่เคย
- 2) ความคิดจากประสบการณ์ที่ได้พบจากข้อ 1
 ไม่กลัวโรคมะเร็งตับ กลัวโรคมะเร็งตับ ไม่ทราบ
- 3) พฤติกรรมควรบริโภคปลาดิบหลังจากเหตุการณ์จากข้อ 1 แล้ว
 บริโภคปลาดิบเหมือนเดิม ไม่บริโภคปลาดิบอีกเลย ไม่ทราบ
 เคยมี ไม่เคย

ส่วนที่ 6 การยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1) ท่านเคยได้ยินหรือเห็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากที่ใดบ้าง (ตอบได้ไม่เกิน 3 อย่าง)

- ตอบ 1.
2.
3.

2) ท่านคิดอย่างไรหลังจากรับทราบจากสื่อในข้อ 1 แล้ว

- กลัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่กลัวเป็นโรค

3) ท่านต้องการเลิกรับประทานปลาดิบหรือไม่ หลังจากรับทราบเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากสื่อในข้อ 1 แล้ว

- ต้องการเลิก ไม่ต้องการเลิก

4) ครอบครัวของท่านมักรับประทานอาหารในลักษณะใด

- แบบรวม แบบแยก

5) บุคคลใดบ้างที่ในครอบครัวที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาดิบ (ตอบได้มากกว่านี้ปัจจุบันก็ยังรับประทานอยู่ 1 ข้อ)

ตอบ

6) บุคคลใดบ้างที่ไม่รับประทานปลาดิบเลยในครอบครัวของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ตอบ

7) ท่านคิดว่าบุคคลที่ไม่รับประทานปลาดิบเลยในครอบครัวของท่านจะสามารถเป็นตัวอย่างแก่ท่านในการเลิกรับประทานปลาดิบได้หรือไม่

- เป็นตัวอย่างได้ เป็นตัวอย่างไม่ได้

8) ในครอบครัวของท่านเคยมีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่

- เคย ไม่เคย (ข้ามไปตามข้อ 10)

9) เนื้อหาการสนทนาเป็นลักษณะใด

ตอบ

10) ในกลุ่มเพื่อนบ้านของท่าน เคยมีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างท่านกับเพื่อนบ้านหรือไม่

- เคย ไม่เคย (ข้ามไปตามข้อ 12)

11) เนื้อหาสนทนาลักษณะใด

ตอบ

12) ก่อนที่ท่านจะรับประทานอาหารพวกปลาดิบ ท่านทราบมาก่อนหรือไม่ว่า อาหารเหล่านี้จะนำโรคมะเร็งมาสู่ท่านได้

ทราบมาก่อน ไม่ทราบ

13) หากท่านทราบ เพราะเหตุใดจึงยังคงรับประทานปลาดิบ (ตอบเหตุผลได้ไม่เกิน 3 ข้อ)

ตอบ 1.

2.

3.

14) ท่านได้รับการรักษาด้วยยาพาราซิควอลเทลในการตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งสุดท้าย

ได้ ไม่ได้

15) หากท่านได้รับการรักษาแล้วท่านจะยังกลับไปรับประทานปลาดิบอีกหรือไม่

ยังรับประทานเหมือนเดิม เลิกโดยเด็ดขาด

16) เพราะเหตุใดจึงยังคงรับประทานปลาดิบอีก ตอบเหตุผลไม่เกิน 3 ข้อ (เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นชาย)

ตอบ 1.

2.

3.

17) เพราะเหตุใดท่านจึง เลิกรับประทานปลาดิบหลังจากการตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งสุดท้าย (ตอบได้ไม่เกิน 3 ข้อ (เฉพาะผู้ป่วยที่รักษาหาย)

ตอบ 1.

2.

3.

18) ก่อนที่ท่านจะตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งมาสู่ท่านได้ เพราะเหตุใดจึงรับประทานปลาดิบ (เฉพาะผู้ป่วยที่รักษาหาย)

ตอบ 1.

2.

3.

19) ท่านคิดว่าควรที่ท่านเลิกรับประทานปลาดิบโดยเด็ดขาดนั้น ท่านจัดอยู่ในประเภทใดของการเลิกรับประทานปลาดิบ

เลิกด้วยตนเอง บุคคลอื่นชักชวน เห็นตัวอย่างจากบุคคล

ส่วนที่ 7. การมีพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน

- 1) บ้านของท่านเลี้ยงสัตว์จำพวก สุนัข, แมว หรือไม่
 เลี้ยง ระบุ..... ไม่เลี้ยง
- 2) ในบ้านของท่าน กิจจัดโดยวิธีใด เศษปลาดิบที่เหลือจากการปรุงอาหาร
 ทิ้งให้สุนัข, แมวที่ท่านเลี้ยง นำไป ผึ่ง, เผา ทิ้งที่
 ในลักษณะที่ยังดิบอยู่
 อื่น ๆ ระบุ.....
- 3) บ้านของท่านมีส้วมราดน้ำหรือไม่
 มี ไม่มี
- 4) ท่านเคยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องโดยถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำ หรือบริเวณที่ใกล้แหล่งน้ำที่
 อุจจาระสามารถไหลลงแหล่งน้ำนั้นได้หรือไม่
 เคย ไม่เคย

ส่วนที่ 8 บริโภคนิสัย ลักษณะของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภค

ชนิดอาหาร

ปลาร้าดิบ

- 1) ท่านเคยรับประทานปลาร้าดิบ หรือไม่
 เคย ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 6)
- 2) ชนิดของปลาที่นำมาทำปลาร้าดิบ
 ตอบ
- 3) การจัดหากระทำอย่างไร
 ทำเอง ซื้อจากตลาด
- 4) ประเภทอาหารที่ท่านรับประทาน
 ทำเป็นแจ่วดิบ จักกินเป็นชิ้นดิบ
 ใส่รวมกับส้มตำ อื่น ๆ
- 5) สถานที่รับประทานประจำ
 ในครอบครัวตนเอง ร่วมกับเพื่อนบ้าน

ก้อยปลาดิบ

- 6) ท่านเคยรับประทานก้อยปลาดิบ หรือไม่
 เคย ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 10)
- 7) ชนิดของปลาที่นำมาทำก้อยปลาดิบ
 ตอบ
- 8) การจัดหากระทู้อย่างไร
 ทำเอง ซื้อจากตลาด
- 9) สถานที่รับประทานประจำ
 ในครอบครัวตนเอง ร่วมกับเพื่อนบ้าน

ส้มปลาดิบ

- 10) ท่านเคยรับประทานส้มปลาดิบหรือไม่
 เคย ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 14)
- 11) ชนิดของปลาที่นำมาทำส้มปลาดิบ
 ตอบ
- 12) การจัดหากระทู้อย่างไร
 ทำเอง ซื้อจากตลาด
- 13) สถานที่รับประทานประจำ
 ในครอบครัวตนเอง ร่วมกับเพื่อนบ้าน

ลาบปลาดิบ

- 14) ท่านเคยรับประทานลาบปลาดิบหรือไม่
 เคย ไม่เคย
- 15) ชนิดของปลาที่นำมาทำลาบปลาดิบ
 ตอบ
- 16) การจัดหากระทู้อย่างไร
 ทำเอง ซื้อจากตลาด
- 17) สถานที่รับประทานประจำ
 ในครอบครัวตนเอง ร่วมกับเพื่อนบ้าน



ร้อยละและอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ
ของจังหวัดนครราชสีมา ปี 2535

อำเภอ	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนที่พบโรค	ความชุกของโรค
กุดจับ	69	19	27.5
เพ็ญ	60	26	43.3
หนองแสง	77	30	39.0
กุ่มกาวาปี	139	40	28.8
สร้างคอบ	111	47	42.3
หนองวัวซอ	176	52	29.5
วังสามหมอ	224	54	24.1
โนนสัง	88	57	64.8
บ้านฝ่อ	153	63	41.2
นากลาง	188	66	35.2
หนองบัว	231	68	29.4
ศรีธาตุ	187	75	40.1
ศรีบุญเรือง	164	81	49.4
นายูง	249	90	36.1
โนนสะอาด	221	100	45.2
น้ำโสม	335	117	34.9
สุวรรณภูมิ	366	129	35.2
หนองทาน	425	137	32.2
ไชยวาน	346	149	43.1
ทุ่งฝน	367	152	41.4
บ้านดุง	283	184	65.0
เมือง	548	260	47.4
รวม	5007	1996	39.9