

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ  
ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
มิถุนายน 2565  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ  
ในพื้นที่อำเภอคอกคำใต้ จังหวัดพะเยา



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

FACTORS ASSOCIATED WITH OPISTHORCHIS VIVERRINI INFECTION  
IN DOKKHAMTAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE



JUTAPORN TAGEENA

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment  
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

June 2022

Copyright 2022 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง  
เรื่อง  
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ  
ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ของ จุฑาภรณ์ ทาจิณะ

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมชาย จาดศรี)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

<b>เรื่อง:</b>	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
<b>ผู้ศึกษาค้นคว้า:</b>	จุฑาภรณ์ ทาจิณะ, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา:</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แผลมหลัก
<b>คำสำคัญ:</b>	โรคพยาธิใบไม้ตับ, การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ปัจจัยเสี่ยง

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) รูปแบบไม่จับคู่ย้อนหลัง (Unmatched case-control study) วัตถุประสงค์ในการศึกษา 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้าร่วมตรวจสุขภาพตามโครงการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564 แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษา 92 คน กลุ่มควบคุม 184 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Logistic regression ผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะทางประชากร ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เพศหญิง (57.6, 81.0%) อายุ 45-59 ปี (57.6, 60.3%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (73.8, 46.6%) อาชีพเกษตรกร (85.9, 84.2%) ประวัติคนในครอบครัว เคยตรวจสุขภาพแต่ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ (43.5, 67.4%) ไม่มีญาติสายตรงเคยป่วยด้วยโรคมะเร็ง ท่อน้ำดี (93.5, 92.8%) การรับรู้ความรุนแรงปานกลาง (59.8, 64.1%) การรับรู้ความเสี่ยงสูง (51.1, 50.5%) การรับรู้ประโยชน์สูง (82.6, 77.7%) รับรู้อุปสรรคสูง (82.6, 58.2%) ปัจจัยเสี่ยงพบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.67 เท่า (adjusted OR = 2.67, 95% CI: 1.48-5.15) เมื่อเทียบกับเพศหญิง การได้รับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาโอกาสการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 67 (adjusted OR = 0.33, 95% CI: 0.17-0.64) การมี คนในครอบครัวเคยตรวจพบ พยาธิใบไม้ตับ ทำให้มี โอกาส เสี่ยง ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 4.51 เท่า (adjusted OR = 4.51, 95% CI: 2.30-8.86) และการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำช่วยป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ถึงร้อยละ 49 (adjusted OR = 0.51, 95% CI: 0.28-0.91) ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริม การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกะดับในการหาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท ของพื้นที่

**Title:** FACTORS ASSOCIATED WITH OPISTHORCHIS VIVERRINI INFECTION  
IN DOKKHAMTAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

**Author:** Jutaporn Tageena, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

**Advisor:** Assistant Professor Dr. Prachuab Lamluk

**Keywords:** Opisthorchis viverrine, perceive, preventive behavior, Risk factor

#### ABSTRACT

This research quantitative research with unmatched case-control study aimed to study 1) personal characteristics, perceived susceptibility, perceived severity, perceived barriers, perceived benefits and preventive behavior of Opisthorchis viverrini (*O. viverrini*) and 2) factors associated with *O. viverrini* infection. The subjects consisted of participants who were stool examined under Cholangiocarcinoma Screening and Car Program of DokKhamtai district health service network (2021). They were selected by using simple random sampling method and divided into two groups: 92 cases and 184 controls. The data were collected by questionnaire and analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test and Logistic regression. The results revealed that most of cases and controls were female (57.6, 81.0%), aged 45–59 years (57.6, 60.3%), alcohol consumption (46.7, 45.7%) finished secondary school (73.8, 46.6%) farming (85.9, 84.2%), stool examination of family members were negative (43.5, 67.4%), no patient of liver cancer and Cholangiocarcinoma in family (93.5, 92.8%) raw fish consumption (50.0, 51.1%) perceived severity at middle level (59.8, 64.1%), perceived susceptibility at high level (51.1, 50.5%), perceived benefits at high level, (82.6, 77.7%) and perceived barriers at high level, (82.6, 58.2%). The results showed that males were 2.67 times more likely to be infected with *O. viverrini* than females (adjusted OR = 2.67, 95% CI: 1.48–5.15). Early secondary school reduced the likelihood of developing liver fluke by 67% (adjusted OR = 0.33, 95% CI: 0.17–0.64). Having a family member who had a *O. viverrini* test was 4.51 times more likely to be infected (adjusted OR = 4.51, 95% CI: 2.30). Finally, routine *O. viverrini* prevention behaviors prevented 49% of liver fluke infection (adjusted OR = 0.51, 95% CI: 0.28–0.91). Therefore, there should be a campaign for people to change their behavior and promote participation of communities at all levels in finding ways to prevent liver fluke infection that are appropriate for the context of the area.

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาตลอดการศึกษา ค้นคว้า อีกทั้งให้การติดตามแก้ไขงานวิจัยให้มีความถูกต้องสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จากศรี อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชณิตา ประดิษฐ์สุสภาพร อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาสาขาวิชานี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกท่าน ในการอำนวยความสะดวกด้านเอกสารและด้านอื่น ๆ ด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอดอกคำใต้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิน ตลอดจนคณะเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิน และตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปิน และตำบลหนองหล่ม ที่ให้ความร่วมมือในการนัดกลุ่มเป้าหมายเพื่อตอบแบบสอบถามในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มะลิ โพธิพิมพ์ และ ดร.วรารัตน์ สังวะลี คณะกรรมการผู้วิพากษ์ และผู้จัดการประชุมวิชาการระดับชาติของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่จัดเวทีประชุมวิชาการระดับชาติในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษานี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
สมมุติฐานการวิจัย .....	3
ขอบเขตการศึกษา.....	3
นิยามศัพท์การวิจัย .....	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	7
โรคพยาธิใบไม้ตับ .....	7
พฤติกรรมการสุขภาพ .....	22
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ .....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
รูปแบบการวิจัย .....	34

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ .....	41
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล .....	41
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	43
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ .....	45
ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	47
ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	48
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	51
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ .....	53
บทที่ 5 บทสรุป.....	58
สรุปผลการศึกษา.....	58
อภิปรายผล.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	62
บรรณานุกรม .....	64
ภาคผนวก .....	69
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	70
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	77
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาบทความ.....	78
ภาคผนวก ง ตารางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป Epi Info .....	79
ภาคผนวก จ เกียรติบัตรรางวัลดีเด่นการนำเสนอผลงานวิจัย.....	80
ประวัติผู้วิจัย .....	82

## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จำแนก ตามคุณลักษณะ ของประชากร .....	41
ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง เรื่องโรคพยาธิ ใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง .....	43
ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค พยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ .....	45
ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ .....	47
ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรค ในการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ คำถาม .....	48
ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละระดับการรับรู้จำแนกเป็นสองระดับของกลุ่มศึกษาและกลุ่ม ควบคุม .....	50
ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ ของ กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมจำแนกตามรายข้อ .....	51
ตาราง 8 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่ม ควบคุมจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square Test .....	53
ตาราง 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่ม ควบคุม .....	56
ตาราง 10 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่ม ควบคุม .....	57

## สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับชนิด <i>Opisthorchis viverrine</i> .....	9
ภาพ 2 แสดงการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ .....	32
ภาพ 3 แสดงสรุปการสังเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ .....	32
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	33



## บทที่ 1

### บทนำ

การประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่า 45 ล้านคนทั่วโลก มีการศึกษาพบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพท่อน้ำดีรวมไปถึงตับ เช่น ท่อน้ำดีอุดตัน การอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี จนนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Ketpueak, et al., 2021) องค์การอนามัยโลก ได้ให้การยอมรับและจัดให้พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) เป็นสารก่อมะเร็งประเภทที่ 1 สารก่อมะเร็งได้ในคน (Carcinogenic to humans) ในปี 2012 (World Health Organization, 2012) โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของคนไทย และยังมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 1 ของโลก ในแต่ละปีประเทศต้องสูญเสียงบประมาณมากกว่า 4,212,000,000 บาท/ปี (ลลิตีมา วงศาโรจน์ และคณะ, 2552) และในทุกปี ประเทศไทยมีการพบผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเฉลี่ยประมาณปีละ 28,000 คน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีเฉลี่ยวันละ 8 คน (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2559) ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย ช่วงอายุ 40-60 ปี ซึ่งเป็นกำลังหลักของครอบครัว จากข้อมูลด้านระบาดวิทยาพบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับความชุกของพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่าชุมชนที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูง จะมีความหนาแน่นของพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าชุมชนที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่ำกว่า (Sripa, et al., 2007) พยาธิใบไม้ตับที่พบในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลางบางจังหวัด และภาคใต้พบได้น้อยมาก (อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, 2561) การดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จากรายงานผลการศึกษาสถานการณ์ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมของประเทศ พ.ศ. 2544 พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2561 พบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.6, 8.7, 5.1 และ 8.3 ตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยนั้นยังมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐานตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 5 (กรมควบคุมโรค, 2552) การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และถูกบรรจุให้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลฯ ปี พ.ศ. 2559-2568

จังหวัดพะเยามีบึงน้ำจืดขนาดใหญ่ คือ กว๊านพะเยา และมีแม่น้ำอีกหลายสาย ไหลผ่านซึ่งเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของสัตว์น้ำโดยเฉพาะปลา ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม และจับปลาเพื่อมาประกอบอาหาร หรือจำหน่ายในชุมชนเพื่อบริโภค จากข้อมูลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดพะเยา พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 6.31 โดยอำเภอดอกคำใต้ ประกอบไปด้วย เขตการปกครอง 12 ตำบล มีสายน้ำที่สำคัญคือ น้ำร่องน้ำซึ่งเชื่อมต่อกับน้ำอิง และไหลไปบรรจบที่กว๊านพะเยา จากรายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอดอกคำใต้ พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 5.53 แต่หากพิจารณาผลการคัดกรองรายตำบลแล้วพบการติดเชื้อสูงเกินร้อยละ 5 อยู่ที่ตำบลหนองหล่ม และตำบลบ้านปิน ร้อยละ 11.93 และร้อยละ 5.86 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2564)

พยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิที่สามารถติดต่อผ่านทางอาหาร (Food-borne trematode) เมื่อคนกินปลาปรุงไม่สุก โดยเฉพาะอาหารที่ปรุงจากปลาวงศ์ตะเพียน เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ที่มีตัวอ่อนของพยาธิชนิดนี้ ตัวอ่อนจะเจริญเป็นพยาธิตัวเต็มวัย (Adults) อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับในโฮสต์จำเพาะ คือ คน และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่เป็นสัตว์รังโรค เช่น หม่า แมว เมื่อพยาธิออกไข่ ไข่จะออกมาในลำไส้ และปนออกมากับอุจจาระ หากคน หรือสัตว์รังโรคเช่น หม่าหรือ แมว ที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับขับถ่ายลงแหล่งน้ำ หรือใกล้แหล่งน้ำทำให้หอยไซซึ่งเป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่ 1 กินไข่เข้าไป จะเจริญเป็นตัวอ่อน อยู่ในหอย ตัวอ่อนระยะต่อมาจะออกจากหอย ไปเจริญต่อในปลาเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อยุ่ระยะเวลาตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อยุ่ของพยาธิเข้าไปจนเจริญเป็นตัวเต็มวัย และตรวจพบไข่ในอุจจาระใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ (โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, 2556) หลายการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ หรือปลาปรุงดิบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าคนที่ไม่เคยรับประทาน (วิไลพร สาศิริ, 2560) การมีคนในครอบครัวรับประทานปลาปรุงดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ และคนในครอบครัว มีประวัติเคยตรวจพบการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ (วาที สิทธิ, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในแต่ละพื้นที่นั้น มีความสอดคล้องกันในหลายปัจจัย ในแต่ละการศึกษานั้นปัจจัยที่มีความสอดคล้องกับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับจะแตกต่างกัน ตามบริบทของพื้นที่ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนด้านความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการเพื่อวิเคราะห์ปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับที่เป็นไปตามบริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง เพื่อนำเสนอต่อหน่วยงานในพื้นที่ และประชาชนในพื้นที่ ให้เกิดการรับรู้ และใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

### สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

### ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบบ Unmatched case-control study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยประชากรคือ ประชาชนทั้งเพศชาย และเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ที่ได้รับการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato's thick smear ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 ในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564 โดยทำการศึกษาในตำบลที่ผลตรวจพบการติดโรคสูงเกินค่ามาตรฐานของประเทศ

ดังนี้ ตำบลหนองหล่ม และตำบลบ้านปิน จำนวน 1,810 ราย โดยทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2565

### นิยามศัพท์การวิจัย

1. โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการพยาธิใบไม้ตับ ชนิด *O. viverrine* อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับของคน และสัตว์รังโรค ส่งผลทำให้เกิดส่งผลให้ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบเรื้อรัง หรืออุดตันจากไข่ และตัวพยาธิ ผู้ป่วยจึงอาจมีอาการท้องอืด แน่นท้อง หรืออ่อนเพลีย แต่หากอาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอาจตาเหลือง ตัวเหลือง คันตามัว หรือเบื่ออาหารได้

2. การติดโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ตรวจคัดกรองอุจจาระด้วยวิธี คาโต้ ดีคัสเมียร์ (Kato thick smear) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 แล้วพบไข่พยาธิตั้งแต่ 1 ใบขึ้นไป ตามโครงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การปฏิบัติตัวของประชาชน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภท ลาบปลาดิบ ส้าปลา หรือก้อยปลาดิบ ปลาร้าดิบในส้มตำ หรือในน้ำพริก แจ่วบองปลาร้าดิบ ปลาต้มดิบ ไข่ปลาต้มดิบ ซุปปลาต้มดิบ

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของคนในครอบครัว และประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติสายตรง

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความเชื่อ หรือการคาดคะเน ความคิดเห็น ของประชาชนอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ของประชาชนอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ว่าการติดโรคพยาธิใบไม้ตับมีความรุนแรงต่อร่างกาย ก่อให้เกิดการพิการ เสียชีวิต หรือส่งผลกระทบต่อการทำงาน สังคม และเศรษฐกิจ

7. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความเชื่อ หรือความรู้สึกของประชาชนอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ว่าหากปฏิบัติตัว

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จะทำให้ไม่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดความรุนแรง และผลกระทบต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

8. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความเห็นหรือความรู้สึกของประชาชนอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ที่มีต่อการตรวจคัดกรองและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ว่ามีความยุ่งยาก ไม่สะดวก ขัดกับวิถีชีวิต

9. ลาบปลาดิบ หมายถึง อาหารที่ทำจากปลาเกล็ดขาวที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ทำให้สุก เช่น ปลานิล ปลาสล้อย ปลาตะเพียน ปลากระสูบ ฯ โดยตัดหัวปลาออก แล้วเอาแต่เนื้อปลา หรือใช้ทั้งเนื้อปลาลาบให้ละเอียดรวมกับ มะนาว เกลือ พริก น้ำตาล ข่า กระเทียม หอมแดง ข้าวคั่ว

10. ส้าปลา หรือ ก้อยปลาดิบ หมายถึง อาหารที่ทำจากปลาเกล็ดขาวที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ทำให้สุก เช่น ปลานิล ปลาสล้อย ปลาตะเพียน ปลากระสูบ ฯ โดยตัดหัวปลาออก แล้วเอาแต่เนื้อปลานั่นเป็นเนื้อปลาบาง ๆ ขนาดพอดีคำนำไปคลุกเคล้ารวมกับ มะนาว เกลือ พริก น้ำตาล

11. ปลาจ่อมดิบ หมายถึง อาหารที่ทำจากปลาเกล็ดขาวที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ทำให้สุก เช่น ปลาชิว ปลาสล้อย ปลานิล ปลาตะเพียน ฯ โดยนำปลาทั้งตัวหรือหั่นให้เป็นชิ้นเล็กพอดีคำ นำมาคลุกเคล้ากัน กระเทียมสด เกลือ ข้าวเหนียว ผงปรุงรส บรรจุในภาชนะมิดชิดหมักทิ้งไว้ 1-3 วัน

12. ปลาร้าดิบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการหมักปลากับเกลือ เต็มข้าวคั่วที่บดละเอียด ร้าข้าว หรือร้าข้าวคั่วในอัตราส่วนที่เหมาะสม ก่อนหรือหลังการหมักปลากับเกลือ เพื่อให้ได้กลิ่นรสตามธรรมชาติของปลาร้า มีทั้งที่เป็นปลาร้าทั้งตัว ปลาร้าชิ้น และปลาร้าบด

13. แจ่วบองปลาร้าดิบ หมายถึง การนำปลาร้าดิบ มาลาบรวมกับข่า พริกแห้ง หอมแดง ตะไคร้ ปรุงรสด้วยน้ำปลา น้ำตาล น้ำมะขามเปียก ผงปรุงรส

14. ไช้ปลาต้มดิบ หมายถึง อาหารที่ทำจากไช้ปลาเกล็ดขาวที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ทำให้สุก เช่น ปลาชิว ปลาสล้อย ปลานิล ปลาตะเพียน ฯ นำมาล้างทำความสะอาด นำมาคลุกเคล้ากัน กระเทียมสด เกลือ ข้าวเหนียว ผงปรุงรส บรรจุในภาชนะมิดชิดหมักทิ้งไว้ 1-3 วัน

15. ชี้อปลาหม หมายถึง อาหารที่ทำจากปลาเกล็ดขาวที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ทำให้สุก เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลานิล ปลาตะเพียน ฯ โดยนำปลาสดมาล้างทำความสะอาดแล้วใช้วิธีแล่ หรือบีบ ส่วนที่เป็นชี้อปลา โดยอาจจะใช้เนื้อปลาผสม แล้วนำมาปรุงรสด้วยมะนาว หรือมะกอก ให้รสเปรี้ยว เกลือ พริก ผงปรุงรส โดยขยำให้เข้ากัน และนำมาหมักไว้ 1-3 วัน รับประทานแบบดิบ

#### ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย

1. เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดพยาธิใบไม้ตับที่เป็นปัญหาของพื้นที่
2. นำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ในคืนข้อมูลให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงบริบทปัญหา เพื่อเป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหาในลำดับต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### โรคพยาธิใบไม้ตับ

##### ชนิดของโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับพยาธิใบไม้ตับ (Liver flukes) คือ พยาธิใบไม้ตับที่อาศัยในท่อ หรือทางเดินน้ำดีในตับ และถุงน้ำดี ซึ่งโดยปกติแล้วพยาธิใบไม้ตับที่ทำให้เกิดโรคในคนมี 4 ชนิด คือ 1. คลอนอร์คิส ไชเนนสิส (*Clonorchis sinensis*) พบมากใน ตะวันออกกลาง คือ ประเทศจีน ประเทศญี่ปุ่น เกาหลีฮ่องกง เวียดนาม และไต้หวัน 2. โอพิททอร์คิส เฟลิเนียส (*Opisthorchis felineus*) พบมากทางประเทศแถบตะวันออก และตะวันออกเฉียงใต้ของยุโรป 3. โอพิททอร์คิส วิเวอริณี (*Opisthorchis viverrini*) พบมากในประเทศไทย และลาว 4. ฟาสซิโอลา เฮปาติกา (*Fasciola hepatica*) เป็นพยาธิใบไม้ตับของแพะ แกะ วัวควาย พบได้บางครั้งในคน พบในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และแอฟริกา โดยพยาธิโอพิททอร์คิส วิเวอริณี (*O. viverrini*) เป็นพยาธิใบไม้ตับที่พบมากในประเทศไทย ซึ่งการศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีสาเหตุมาจากพยาธิโอพิททอร์คิสวิเวอริณี (*O. viverrini*) เพียงอย่างเดียว

โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่มีสาเหตุมาจากหนอนพยาธิที่มีชื่อเรียกว่า “พยาธิใบไม้ตับ” (*O. viverrini*) มีรูปร่างแบนคล้ายใบไม้ ส่วนหัว และท้ายเรียวมน ขนาดยาว 5-10 มิลลิเมตร กว้าง 0.7-1.5 มิลลิเมตร สีแดงเรื่อคล้ายสีโลหิตจาง ๆ โรคนี้เกิดได้ในคน และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิดเช่น แมว สุนัข เป็นต้น ในประเทศไทยพบมากทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ส่วนภาคอื่น ๆ พบได้บ้างแต่น้อยมาก (กรมควบคุมโรค, 2562)

โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เกิดโรคและอาศัยอยู่ในคน มี 3 สกุล คือ *O. viverrini*, *C. sinensis* และ *O. felineus* ซึ่งเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ และอาศัยในร่างกายมนุษย์ โดยการรับประทานอาหารประเภทปลาวงศ์ตะเพียนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ผ่านการปรุงสุก เช่น ก้อยปลา ลาบปลาดิบ ส้มปลาน้อย ปลาร้าดิบ เป็นต้น (นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2560)

กล่าวโดยสรุป โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากหนอนพยาธิที่อาศัยในท่อน้ำดี ทางเดินน้ำดีในตับ และถุงน้ำดี ที่ก่อให้เกิดโรคในคนมี 4 ชนิด คือ *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis felineus*, *Opisthorchis viverrine*, *Fasciola hepatica* ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ จะกล่าวถึง พยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrine*

ซึ่งพบมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย และประเทศลาว โดยประเทศไทยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรองลงมา คือ ภาคเหนือ ส่วนภาคอื่น ๆ พบได้น้อยมาก

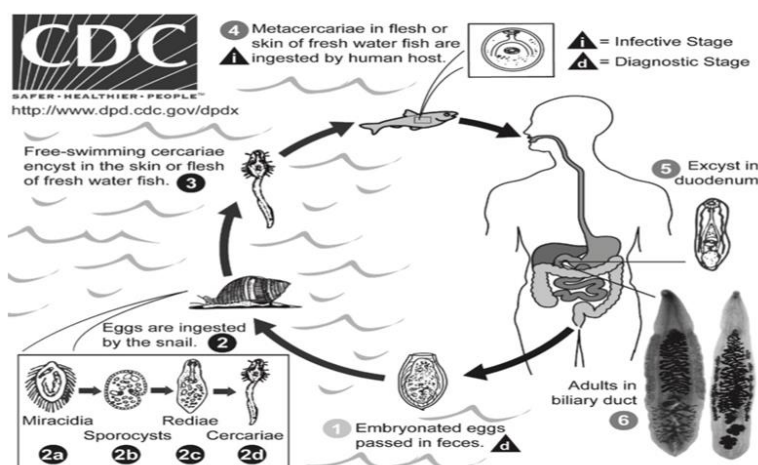
### วงจรชีวิตของพยาธิ

ตัวเต็มวัยของพยาธิใบไม้ตับ (Adults) อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับในโฮสต์จำเพาะคือ คน และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่เป็นแหล่งรังโรค เช่น หม่า แมว เมื่อพยาธิออกไข่ไข่จะออกมาในลำไส้ และปนออกมากับอุจจาระลงแหล่งน้ำ เมื่อหอยไซกินไข่เข้าไปพยาธิจะเจริญเป็นตัวอ่อนอยู่ในหอย ตัวอ่อนระยะต่อมาจะออกจากหอยไปเจริญต่อในปลาเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อกัน เมื่อคนกินปลาที่ปรุงไม่สุก ตัวอ่อนนี้จะเจริญเป็นพยาธิตัวเต็มวัยในท่อน้ำดีของตับ ระยะเวลาตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อกันของพยาธิเข้าไปจนเจริญเป็นตัวเต็มวัย และตรวจพบไข่ในอุจจาระใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ (โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, 2556)

ตัวแก่ของพยาธิใบไม้ตับ *O. viverrini* อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับของโฮสต์เฉพาะเช่น คน สุนัข แมว นอกจากนี้อาจพบตัวแก่ของ *O. viverrini* อาศัยอยู่ในถุงน้ำดี หรือตับอ่อนได้ไข่ของ *O. viverrini* จะปนออกมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็ก และปนออกมากับอุจจาระถ้าไข่ตกลงสู่แหล่งน้ำ หอยน้ำจืดพวก *Bithynia species* ซึ่งเป็นโฮสต์กลางลำดับที่หนึ่งจะกินไข่พยาธิเข้าไปไข่จะฟักตัวออกมาเป็นตัวอ่อนระยะไมราซีเดียม (Miracidium) แล้วเจริญต่อไปเป็นตัวอ่อนระยะเซอร์คาเรีย (Cercaria) แล้วว่ายออกจากหอยเพื่อไปฝังตัวในปลาน้ำจืด ซึ่งโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สอง เช่น ปลาแม่สะแตง ปลาตะเพียนทราย ปลาสร้อยนกเขา ปลาสุตร ปลากะมัง เป็นต้น และเจริญต่อไปเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อกันคือ เมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ฝังตัวในรูปซิสต์ และเมื่อคนหรือสัตว์ที่เป็นโฮสต์เฉพาะกินปลาที่มีตัวอ่อนของ *O. viverrini* ระยะนี้แบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลา ลาบปลาดิบ ๆ ตัวอ่อนระยะเมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) จะแตกออกจากซิสต์มาอยู่ในลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) แล้วเดินทางผ่านเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ ไปสู่ท่อน้ำดีเล็กแล้วฝังตัวและเจริญเป็นตัวแก่ต่อไป ระยะเวลาตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อกันของพยาธิเข้าไปจนเจริญเป็นตัวเต็มวัย และตรวจพบไข่ในอุจจาระใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ (Wykoff, et al., 1965)

กล่าวโดยสรุปตามแผนภาพ ที่ 1 ตัวเต็มวัยของพยาธิใบไม้ตับ (Adults) จะอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับในโฮสต์จำเพาะคือ คน และสัตว์รังโรค เช่น หม่า แมว (หมายเลข 6) และจะออกมาวางไข่ในลำไส้ แล้วไข่จะออกมาในร่างกายโดยปนออกมากับอุจจาระ (หมายเลข 1) หากคน หรือสัตว์รังโรคขับถ่ายใกล้แหล่งน้ำ

หอยน้ำจืดพวก *Bithynia species* ซึ่งเป็นโฮสต์กลางลำดับที่หนึ่ง จะกินไข่พยาธิเข้าไป จากนั้นไข่จะฟักตัวออกมาจากเปลือกไข่เป็นตัวอ่อนไมราซิเดียม (miracidium) เจริญเติบโตในหอยเป็นสปอโรซิสต์ (Sporocysts) และเรเดีย (Rediae) แล้วเจริญต่อไปเป็นเซอร์คาเรีย (Cercaria) โดยระยะนี้จะกินระยะเวลาประมาณ 1 เดือน (หมายเลข 2-3) หลังจากนั้นเซอร์คาเรีย (Cercaria) จะว่ายออกจากหอยไปฝังตัวในปลาน้ำจืดที่เป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สอง (Second intermediate host) คือ ปลาเกล็ดขาว เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาตะเพียน ปลาขาวๆ โดยตัวอ่อนเซอร์คาเรีย (Cercaria) จะไชเข้าไปใต้เกล็ด และฝังตัวเข้าไปในเนื้อปลา ตัวอ่อนในระยะนี้จะสร้างผนังล้อมรอบเป็นถุงซิสต์ แล้วเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนที่เรียกว่า เมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ซึ่งจัดเป็นระยะติดต่อกึ่งกินเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ (หมายเลข 4) เมื่อโฮสต์จำเพาะคือ คน หรือสัตว์รังโรค เช่น หมา หรือแมว รับประทานปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่มีการปนเปื้อนของตัวอ่อนระยะนี้เข้าไป ตัวอ่อนพยาธิจะฟักตัวที่กระเพาะอาหาร และจะไชออกจากถุงซิสต์แล้วเมื่อถึงลำไส้เล็กส่วนต้น และชอนไชไปตามทางเดินน้ำดีจนถึงท่อน้ำดีส่วนปลาย หลังจากนั้นจะเจริญเป็นตัวเต็มวัย และออกไข่ต่อไป เมื่อนับระยะเวลาตั้งแต่ตัวอ่อนถูกกินเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเป็นตัวเต็มวัยพร้อมออกไข่จะใช้เวลาประมาณ 16 สัปดาห์ และมีการศึกษาพบว่าพยาธิใบไม้ตับสามารถมีชีวิตอยู่ในคนได้นาน 15-20 ปี (หมายเลข 5-6)



ภาพ 1 แสดงวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrine*

ที่มา : ดัดแปลงจาก <https://www.dpd.cdc.gov/DPDx/HTML/Opisthorchiasis.htm>

## อนุกรมวิธาน และสัณฐานวิทยาของปลาที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ ตับและพยาธิลำไส้ที่พบในประเทศไทย

1. ปลาที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับ (*O. viverrini*) ในประเทศไทย จะพบปลาที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในชั้น (Class) ปลากระดูกแข็ง (*Actinopterygii*) ชั้นย่อย (Subclass) *Neopterygii*, อันดับ (Order) *Cypriniformes*, วงศ์ (Family) ปลาตะเพียน (*Cyprinidae*) แต่มีสกุล (Genus) และ สปีชีส์ (Species) แตกต่างกันได้แก่

1.1 ปลาตะเพียนขาว หรือ ตะเพียน (*Puntius gonionotus*, *Silver barb*) มีลักษณะลำตัวแบน หลังยกสูงหัวเล็ก ลำตัวสีเงินวาว ความยาวลำตัว 15–35 เซนติเมตร อาหารได้แก่ พืชต่าง ๆ แพลงตอน และแมลง กินอาศัย พบหนองบึง และแม่น้ำ

1.2 ปลาตะเพียนทราย หรือปลาขาวมน (*Puntius leiacanthus*, *Golden little barb*) มีลักษณะคล้ายปลาตะเพียน แต่ลำตัวป้อมกว่า หัวเล็ก เกล็ดกลมมน ลำตัวสีเทาเงิน ในฤดูผสมพันธ์แก้มจะมีแต้มสีส้มอ่อน ความยาวลำตัวเท่ากับ 5–12 เซนติเมตร กินสัตว์หน้าดิน ขนาดเล็ก และแพลงตอนเป็นอาหาร อยู่รวมกันเป็นฝูงเล็ก ๆ ตามแหล่งน้ำนิ่งที่มีพืชน้ำ หนาแน่น พบได้ทั่วไปในแหล่งน้ำไหล และแหล่งน้ำนิ่งตามแม่น้ำลำคลองหนองบึง (อรอนงค์ บุญศรีแก้ว, 2553)

1.3 ปลาไส้ตันตาขาว หรือปลาขาวนา (*Cyclocheilichthys repasson*) ปลาไส้ตันตาขาวมีลักษณะลำตัวแบนข้าง ปากเล็ก ขอบตาด้านบนไม่มีสีแดง และมีหนวดสั้น ๆ 2 คู่ เกล็ดเล็ก ครีบหลังสูง ครีบหางเว้าลึก ลำตัวสีเงินวาว หรือเหลืองอ่อน และมีแถบสีดำพาดยาว 5–6 แถบ ครีบสีเหลืองอ่อน หรือชมพูเรื่อ หรือสีจาง ความยาวลำตัว เท่ากับ 15–20 เซนติเมตร กินสัตว์หน้าดินขนาดเล็กเป็นอาหาร พฤติกรรมชอบอยู่เป็นฝูงเล็ก กินอาศัยหนองบึงแหล่งน้ำหลาก และแม่น้ำ

1.4 ปลาไส้ตันตาแดง (*Cyclocheilichthys apogon*) ในภาษาอีสานเรียกว่า “ปลาแม่ สะแดง” มีรูปร่างคล้ายปลาตะเพียน แต่ลำตัวกว้างกว่า และหัวชันข้างแหลม ปากเล็ก ริมฝีปากบาง ไม่มีหนวด จะงอยปากและหน้าผากมีริ้วบาง ๆ หลายริ้ว ตาเล็ก ครีบหลังยกสูงมีก้านหยักแข็ง 1 อัน ครีบหางเว้าลึก เกล็ดเล็ก ตัวแบนข้าง ลำตัวสีเงินวาว อกน้ำตาลอ่อน ลำตัวด้านบน และแถบด้านข้างมีสีดำ 7–8 แถบ พาดตามแนวยาว ใกล้โคนหาง ที่โคนหางมีแต้มสีดำรูปกลม ขอบตาบนสีแดง เป็นที่มาของชื่อ ครีบสีแดงเรื่อ หรือสีแดงสด ขนาดโดยเฉลี่ยประมาณ 15 เซนติเมตร มักอาศัยอยู่เป็นฝูงเล็ก ๆ ในแม่น้ำ

และแหล่งน้ำทั่วประเทศ ปรับตัวแพร่พันธุ์ได้รวดเร็วในอ่างเก็บน้ำต่าง ๆ เป็นปลาที่พบชุกชุม นำมาแปรรูปเป็นปลาร้าเนื่องจากราคาถูก

1.5 ปลาสวายขาว (*Henicorhynchus siamensis*) ปลาสวายขาวมีลักษณะลำตัวเพรียวยาว หัวโต และกลมมน ปากเล็กอยู่เกือบจะสุดจะงอยปาก กึ่งกลางของริมฝีปากมีปุ่มกระดูก ยื่นออกมา ไม่มีหนวดเกล็ดมีขนาดใหญ่ ลำตัวสีเงินอมเทาเหนือครีบอกมีจุดสีคล้ำ ครีบหลังเล็ก ครีบหางเว้าลึก และมีจุดประสีคล้ำโคนครีบหางมีจุดสีจาง มีขนาดโตเต็มที่ประมาณ 15 เซนติเมตร มีพฤติกรรมอยู่รวมเป็นฝูงใหญ่ และในฤดูฝนจะมีการอพยพย้ายถิ่นขึ้นสู่ต้นน้ำ หรือบริเวณที่น้ำหลากเพื่อวางไข่ และหากิน พบในแหล่งน้ำหลาก หนองบึง และแม่น้ำขนาดใหญ่ในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคอีสานของไทย

1.6 ปลากระมัง (*Puntius proctozysron*) ปลากระมังจะมีรูปร่างเหมือนปลาตะเพียนทั่วไป แต่ลำตัวแบนข้างกว่ามาก มีครีบหลังยกสูง ก้านครีบอันแรกและครีบกันเป็นรอยหยัก เกล็ดเล็กละเอียดสีเงิน ครีบท้อง และครีบอกสีเหลืองอ่อน ครีบหางเว้าลึก ตาโต หัวมนกลม ไม่มีหนวด ขนาดโตเต็มที่ประมาณ 30-45 เซนติเมตร พบในแม่น้ำและแหล่งน้ำต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย นิยมใช้เนื้อบริโภคเหมือนปลาตะเพียนทั่วไป และพบเลี้ยงเป็นปลาสวยงาม ภาคอีสานเรียก “ปลาสะกาง”

1.7 ปลากระสูบจุด (*Hampala dispar*) ปลากระสูบจุดมีลักษณะรูปร่างค่อนข้างยาว ด้านข้างแบนเล็กน้อย หัวยาว ปากกว้างมาก มีหนวดสั้น 1 คู่ที่ริมฝีปาก ครีบหลังค่อนข้างเล็ก ครีบหางเว้าลึก เกล็ดค่อนข้างใหญ่ ตัวมีสีเงิน ด้านหลังคล้ำอมน้ำตาล ด้านท้องสีจาง ด้านข้างลำตัว มีจุดสีคล้ำ ข้างละหนึ่งดวง ครีบบีสีแดงเรื่อ ครีบหางมีสีแดง ไม่มีแถบสีคล้ำ พบทุกภาคของประเทศ มีขนาดประมาณ 25 เซนติเมตร พบใหญ่สุด 35 เซนติเมตร เป็นปลานักล่า กินปลา และสัตว์น้ำขนาดเล็กเป็นอาหารบริโภคโดยปรุงสด และทำปลาร้า ปลาต้ม และนิยมเลี้ยงเป็นปลาสวยงาม

## 2. ปลาที่เป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ลำไส้ (*Haplorchis taichui*)

2.1 กลุ่มที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางร่วมกับพยาธิใบไม้ตับ ปลาตะเพียนขาว หรือตะเพียน ปลาตะเพียนทราย หรือปลาขาวมน ปลาสวายขาว และปลาไส้ตันตาแดง

2.2 ปลาแก้มช้ำ (*Systomus rbrispinnis*, red cheek barb หรือ Javaen barb) อยู่ในวงศ์ปลาตะเพียน (Cyprinidae) มีรูปร่างทั่วไปคล้ายปลาชนิดอื่นในวงศ์นี้ แต่มีรูปร่างป้อมและกลมกว่า ด้านข้างแบน หัวเล็ก ปากค่อนข้างเล็ก และอยู่ปลายสุด มีหนวดสั้นขนาดเล็กจำนวน 4 เส้น มี เกล็ดค่อนข้างใหญ่ สีตามบริเวณลำตัว และหัวจะเป็นสีขาวยเงิน หลังสีน้ำตาลอ่อน ฝาปิดเหงือกมีสีแดง หรือสีส้มเหมือนรอยช้ำ อันเป็นที่มาของชื่อ

บริเวณหลังช่องเปิดเหงือกมีสีแถบดำ ครีบทั้งหมด มีสีแดงครีบทองจะมีสีแถบดำ เมื่อโตเต็มวัย จะมีขนาดประมาณ 25 เซนติเมตร พบกระจายอยู่ทั่วไปทุก ภูมิภาคของไทย โดยอาศัยอยู่รวมเป็นฝูงใหญ่ และบางครั้งอาจปะปนกับปลาตะเพียนชนิดอื่น ๆ เช่น ปลาตะเพียนเงิน (*B. gonionotus*), ปลาตะเพียนทอง (*B. altus*) หรือปลากะแห (*B. schwanenfeldii*) เป็นต้น ซึ่งจะมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปตามแต่ละภูมิภาค เช่น ภาษาใต้เรียก “ปลาลาบก” ภาษาเหนือเรียก “ปลาปกส้ม” ภาษาอีสานเรียก “ปลาสมอมุก” หรือ “ปลาขาวสมอมุก” เป็นต้น เป็นปลาที่นิยมใช้บริโภค เหมือนปลาตะเพียนทั่วไป และนิยมเลี้ยงกันเป็นปลาสวยงาม

2.3 ปลาเข็ม (*Dermogenys pusilla*) เป็นปลาน้ำจืดชนิดหนึ่ง มีรูปร่างเรียวยาว ริมฝีปากล่างคือส่วนที่ยื่นยาวออกมาเหมือนปลายเข็ม อันเป็นที่มาของชื่อ ส่วนริมฝีปากบน มีขนาดเล็ก เป็นรูปสามเหลี่ยมใช้สำหรับจับเหยื่อ และต่อสู้ป้องกันตัวระหว่างปลาพวกเดียวกัน โดยมักจะพุ่งแทงกัน มีครีบออกขนาดใหญ่ และแข็งแรง ทำให้สามารถกระโดดจับแมลงที่อยู่เหนือผิวน้ำเป็นอาหารได้ นอกจากนี้แล้วยังมีสายตาที่แหลมคม สามารถมองเห็นวัตถุที่เหนือน้ำได้ดีกว่าปลาชนิดอื่นนิยมอยู่กันเป็นฝูง ฝูงละประมาณ 8-10 ตัว โดยมีตัวผู้เป็นจ่าฝูง เพียงตัวเดียว ปลาดังกล่าวมีขนาดใหญ่กว่าตัวผู้มองเห็นได้ชัด เป็นปลาที่ออกลูกเป็นตัว ครั้งละไม่เกิน 30 ตัวเป็นปลาขนาดเล็ก ความยาวเต็มที่ประมาณ 8 เซนติเมตร พบได้ตามแหล่งน้ำนิ่ง เช่น ท้องร่องสวนผลไม้ทั่วประเทศไทย

2.4 ปลากะสูบ (*Hampala spp.*) ในบางท้องถิ่นอาจเรียกว่ากระสูบ หรือสูด พบได้ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ไปจนถึงหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จัดอยู่ในวงศ์ปลาตะเพียน (*Cyprinidae*) สกุล *Hampala* มีส่วนหัวใหญ่ ปากกว้าง มุมปากยาวถึงขอบตา มีหนวดที่มุมปากบนหนึ่งคู่ มีฟันที่ลำคอสามแถว ครีบทั้งมีก้านครีบแขนงแปดก้าน เกล็ดเป็นแบบขอบบาง เรียบ บนลำตัวมีจุด หรือเส้นขีดสีดำชัดเจน ซึ่งอาจแปรเปลี่ยนไปตามช่วงวัย และแตกต่างกันไปตามแต่ละชนิด เมื่อโตเต็มที่อาจยาวได้ถึง 60-70 เซนติเมตร กินปลาขนาดเล็กเป็นอาหาร นิยมอยู่เป็นฝูง และออกล่าเหยื่อพร้อมกันจึงเป็นที่นิยมของนักตกปลา

3. อาหารที่นิยมแปรรูปจากไฮสแต็กึ่งตัวกลางของพยาธิใบไม้ดับ และพยาธิลำไส้ ที่พบในประเทศไทย

3.1 ปลาส้ม หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากปลาที่ผ่านกรรมวิธีการหมัก ด้วยเกลือ ข้าวเจ้าสุก หรือข้าวเหนียวหนึ่ง อาจเติมส่วนผสมอื่น เช่น กระเทียม พริกไทย จนมีรสเปรี้ยวเป็นผลิตภัณฑ์พื้นเมืองที่นิยมบริโภคกันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง เกิดจากภูมิปัญญาท้องถิ่นในการถนอมอาหาร ซึ่งการผลิตส่วนใหญ่

เป็นแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือน อาศัยเทคนิคที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมาตั้งแต่อดีต ทำให้รสชาติและคุณภาพของปลาสดแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสูตรการผลิต ปลาสด จัดเป็นผลิตภัณฑ์ปลาหมักที่ได้จากการแปรรูปปลาน้ำจืด หรือในบางท้องถิ่นอาจใช้ปลาทะเล ปลาที่นิยมนำมาทำปลาสดคือ ปลาตะเพียน และปลานวลจันทร์ ส่วนปลาน้ำจืดชนิดอื่นที่พบบ้างแต่มีจำนวนน้อย คือ ปลานิล และปลาสวาย (สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, 2557) ปลาสดแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ปลาสดเป็นตัวเป็นปลาสดที่ทำจากปลาทั้งตัวที่ผ่าท้อง ควักไส้ออกแล้ว อาจตัดหัวปลา ปลาสดชิ้น เป็นปลาสดที่ทำจากปลาที่หันเป็นชิ้น ,ปลาสดเส้น เป็นปลาสดที่ทำจากเนื้อปลาล้วนที่หันเป็นเส้น เดิมแหล่งผลิตปลาสด ที่สำคัญอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กระจายอยู่ตามแหล่งน้ำ ลุ่มแม่น้ำ เขตน้ำท่วมขัง หรือน้ำหลากตามฤดูกาล เช่น เขตลุ่มแม่น้ำมูลในจังหวัดอุบลราชธานี เขตลุ่มแม่น้ำชีในจังหวัดยโสธร เขตลุ่มแม่น้ำสงคราม ในจังหวัดสกลนคร โดยเฉพาะลุ่มน้ำสงคราม มีความยาวทั้งสิ้น 420 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่เกือบทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ปัจจุบันแหล่งผลิตปลาสดมีการกระจายไปยังพื้นที่อื่น ๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทย เนื่องจากปริมาณปลาจากแหล่งน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่นิยมนำมาทำปลาสด มีปริมาณลดลง อีกทั้ง การคมนาคมมีความสะดวกมากขึ้น จึงมีการนำปลาตะเพียนของภาคกลางมาทำแทน เช่น จังหวัดสุพรรณบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี และพิษณุโลก จังหวัดพะเยา ปลาสดเป็นการถนอมอาหารรูปแบบหนึ่งของชาวพะเยา โดยเฉพาะในชุมชนรอบกว๊านพะเยาด้านตะวันตก ชาวบ้านสันเวียงใหม่ หมู่ 3 และ 4 ตำบลบ้านสาง อำเภอเมือง จังหวัด พะเยา สองหมู่บ้านนี้ได้ชื่อว่า หมู่บ้านแห่งภูมิปัญญา ปลาสด ที่ได้รับรางวัลระดับประเทศมาแล้วมากมาย ได้รับการสืบทอดภูมิปัญญา และเคล็ดลับการทำปลาสดกันมาอย่างยาวนาน ปัจจุบันผู้สืบทอดได้กระจายออกไปมากมาย จากสถานศึกษาผู้มาดูงานที่เข้ามาขอความรู้จากทั่วประเทศ ทำให้ปลาในกว๊านพะเยาไม่เพียงพอที่จะหล่อเลี้ยงผู้บริโภคปลาสด จึงได้นำปลาจากจังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐม ทั้งปลาจีน ปลาตะเพียน และปลาช่อน ในหนึ่งวันปลาสดที่หมักได้จากชุมชนริมกว๊านพะเยา นี้มีไม่ต่ำกว่า 5 ตัน (กรมวิทยาศาสตร์บริการ, 2558)

3.2 ปลาร้า หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการหมักปลากับเกลือ เดิมข้าวคั่วที่บดละเอียด ร้าข้าวหรือร้าข้าวคั่วในอัตราส่วนที่เหมาะสม ก่อนหรือหลังการหมักปลากับเกลือ เพื่อให้ได้กลิ่นรสตามธรรมชาติของปลาร้า มีทั้งที่เป็นปลาร้าทั้งตัว ปลาร้าชิ้น และปลาร้าบด ควรทำให้อ่อนบริโภค (สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, 2557)

### ระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับ

พยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrine* พบได้มากในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ลาว กัมพูชา เวียดนาม และในประเทศไทย โดยในประเทศไทย พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลางบางจังหวัด และภาคใต้พบน้อยมาก (อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, 2561) เป็นพยาธิที่สามารถติดต่อผ่านทางอาหาร (Food borne trematode) โดยเฉพาะอาหารที่ปรุงจากปลาวงศ์ตะเพียน เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม เป็นต้น โดยการได้รับพยาธิ เมื่อคน หรือสัตว์ กินปลาดิบที่ไม่ได้ทำให้สุกด้วยความร้อน ปรุงโดยใช้น้ำส้ม หรือบีบมะนาวทำให้เนื้อปลาอยู่ในสภาพคล้ายสุก แต่ไม่สามารถทำลายตัวอ่อนระยะติดต่อได้ทั้งหมด ทำให้ตัวอ่อนระยะติดต่อจะเข้าสู่กระเพาะ ไปที่ถุงน้ำดี ท่อน้ำดีได้ใน 5 ชั่วโมง ต่อมาจะพัฒนาเป็นตัวเต็มวัยที่ท่อน้ำดี หลังจากพยาธิสร้างไข่ และขับออกมาพร้อมอุจจาระเมื่อใช้พยาธิลงสู่แหล่งน้ำ (แมนสรวง วุฒิอุดมเลิศ, 2557) ปลาจะติดเชื้อมากหลังเริ่มฤดูฝน เนื่องจากน้ำฝนจะชะล้างอุจจาระที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับ ลงไปในห้วย หนอง คลอง บึง อัตราการติดเชื้อมีสูงมากในปลาจะสูงมากขึ้นหลังฤดูฝน มีรายงานที่กล่าวถึงความหนาแน่นของตัวอ่อนของ *O. viverrine* ระยะเมตาเซอร์คาเรีย ขึ้นอยู่กับฤดูกาล พบการติดเชื้อมีพยาธิในปลาสูงช่วงฤดูหนาวในเดือนกันยายน ถึง เดือนกุมภาพันธ์โดยสูงสุดเดือนตุลาคม และต่ำสุดในเดือนพฤษภาคม (Phyo Myint, et al., 2020) จากรายงานผลการศึกษาศาสนสถานการณ์ ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2544 ปี พ.ศ. 2552 ปี พ.ศ. 2557 และ ปี พ.ศ. 2561 พบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.6, 8.7, 5.1 และ 8.3 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2552) ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าตัวชี้วัดความสำเร็จของโรคหนอนพยาธิซึ่งกำหนดค่าความชุกไม่เกินร้อยละ 5

### ปัจจัยของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. จากนิสัยการกินของประชาชนท้องถิ่นที่นิยมกินอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกิดดิบแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่เรียกว่า “ก้อยปลา” ส่วนมากจะได้ปลามากในช่วงปลายฤดูฝน ต้นฤดูหนาว ซึ่งปลามีตัวอ่อนพยาธิระยะติดต่อ “เมตาเซอร์คาเรีย” ในเนื้อปลามากกว่าฤดูอื่น
2. การแพร่กระจายของโรคยังดำเนินอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากสุขาภิบาลในชนบทยังพัฒนาไปไม่ถึงทั่วถึง วิธีชีวิตที่ทำอะไรทำนา ยังถ่ายอุจจาระลงแม่น้ำ หรือตามพุ่มไม้ เมื่อฝนตกจะชะอุจจาระลงแม่น้ำ หรือบนพื้นดินทำให้หอยปีโทเนีย (*Bithynia species*) มีโอกาสกินไข่พยาธิ และเจริญเติบโตในหอยได้

3. จากแหล่งน้ำต่าง ๆ มีหอยบีโทเนีย (*Bithynia species*) หรือหอยไซ (โฮสต์กึ่งตัวกลางตัวที่ 1) และมีปลาน้ำจืดเกล็ดขาว (โฮสต์กึ่งตัวกลางตัวที่ 2) อยู่ร่วมกันทำให้วัฏจักรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับครบวงจรสมบูรณ์

4. รัฐบาลสนับสนุนการเกษตรโดยสร้างแหล่งน้ำเป็นการเพิ่มแหล่งเพาะพันธุ์ของหอยและปลาซึ่งเป็นโฮสต์กึ่งตัวกลางส่งผ่านต่อโรค ดังนั้นการปรุงสุกด้วยความร้อนในการกินปลาจึงจะปลอดภัยจากการกินตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ

### อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อน

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการ และจะไม่ทราบว่า เป็นโรคนี้จนกว่าจะตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ หรือจนกว่าจะมีอาการของระบบทางเดินน้ำดีอักเสบ หรืออุดตัน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะเกิดอาการการแบ่งกลุ่มอาการของผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกได้ 4 กลุ่ม (อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, 2561) ดังนี้

1. ไม่มีอาการ มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายน้อยผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจอุจจาระอาจพบไข่พยาธิใบไม้ตับแต่ก็เป็นจำนวนน้อยกว่า 1,000 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม

2. อาการอย่างอ่อน ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเพ้ออยู่เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร บางครั้งรู้สึกร้อน ๆ บริเวณใต้ชายโครงขวา หรือบริเวณลิ้นปี่ คลำตับไม่พบตับโต ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณตับ ไม่เคยมีอาการเหลือง อาการเหล่านี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในจำนวนพอสมควร คือ ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 1,000–9,999 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม ในระยะนี้ ถ้าได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาจะได้ผลดีมากผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ

3. อาการปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการให้เห็นชัดเจน เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมากค่อนข้างมาก ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 10,000–30,000 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเพ้ออยู่เป็นประจำรวมทั้งมีอาการอาหารไม่ย่อย เจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ และชายโครงขวา หรือชายโครงทั้ง 2 ข้าง มีอาการร้อนบริเวณหน้าท้อง ปวดหลัง อ่อนเพลีย อาการเหล่านี้ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาการขั้นต่อไปคือ อาการของทางเดินน้ำดีอักเสบ ได้แก่ มีอาการดีซ่าน มีไข้ต่ำ ๆ เจ็บบริเวณตับ ตับโต มักเป็น ๆ หาย ๆ ถ้าอาการค่อนข้างรุนแรงจะเบื่ออาหารพอม และมีอาการบวมร่วมด้วย

4. อาการรุนแรง มักพบอาการเมื่อผู้ป่วยมักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว เนื่องจากได้รับพยาธิใบไม้ตับเข้าร่างกายซ้ำ ๆ กันเป็นเวลานานนับสิบปีขึ้นไป

มีจำนวนพยาธิใบไม้ในตับมากมาย จะมีอาการเบื่ออาหาร ชูบซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ชาบวม เส้นเลือดดำหน้าท้องเห็นชัด ท่อน้ำดีถูกอุดตันตัวเหลืองมาก ตับโต อุจจาระสีซีด ตับโตมากขึ้น อาจเป็นซีสต์ (Cyst) ของตับ ตรวจคลำพบถุงน้ำดีโป่งพองผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ หรือจากการทำงานของตับ และไตล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคที่มักพบร่วมกับพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับชนิด มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลง และเสียชีวิตในที่สุด ระยะแรกมักจะไม่มีอาการ เมื่อมีพยาธิสะสมมาก ๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการ เช่น ท้องอืด แน่นท้อง เจ็บบริเวณชายโครงขวา อกร้อนบริเวณหน้าท้อง ถ้าปล่อยไว้นาน ๆ จะมีอาการอักเสบของท่อน้ำดี ตัวเหลือง ตาเหลือง ตับโต มีไข้ บางรายอาจกลายเป็นมะเร็ง ท่อน้ำดีตับ และอาจถึงตายได้ (โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, 2556)

อาการของโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถจำแนกออกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มไม่มีอาการผู้ป่วยจะไม่มีอาการใด ๆ ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับปะปนในอุจจาระมีจำนวนน้อย กลุ่มที่ 2 กลุ่มเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้องท้องเฟ้อ หลังรับประทานอาหาร บางครั้งรู้สึกร้อน ๆ บริเวณใต้ชายโครงขวา หรือบริเวณลิ้นปี่ คลำตับไม่พบตับโต กดบริเวณตับไม่เจ็บ ระยะนี้ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ กลุ่มที่ 3 กลุ่มอาการปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างเด่นชัด เช่น มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย เป็นประจำ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ และชายโครงขวา มีอาการร้อน บริเวณหน้าท้อง ปวดหลัง ถ้าอาการค่อนข้างรุนแรงจะเบื่ออาหาร ผอม และมีอาการบวมร่วมด้วย เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมากค่อนข้างมาก และกลุ่มที่ 4 กลุ่มอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยจะมีอาการ ชูบซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ชาบวม เส้นเลือดดำหน้าท้องเห็นชัด ท่อน้ำดีถูกอุดตัน ตัวเหลืองมาก ตับโต อุจจาระสีซีด ตับโตมาก ตรวจคลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในร่างกายจำนวนมากเป็นเวลานาน (กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์ และคณะ, 2557)

### การตรวจวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. การตรวจทางปรสิตวิทยา การตรวจอุจจาระ เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อหนอนพยาธิ ชนิดต่าง ๆ ที่อยู่ในร่างกายคน จะอาศัยอยู่ในอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแตกต่างกันไป ตามชนิดของหนอนพยาธิ (Helminths) เช่น ลำไส้ ตับ ปอด เลือดและกล้ามเนื้อ หนอนพยาธิ ส่วนใหญ่อยู่ในลำไส้ จึงตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่ หรือตัวอ่อนหนอนพยาธิ วิธีการตรวจวินิจฉัย

มีมากมายหลายวิธี ในการศึกษานี้จะกล่าวเฉพาะวิธีที่ใช้สำหรับการอบรมหลักสูตรพนักงาน จุฬาศูนย์กร หลักสูตรของกรมควบคุมโรคเน้นหนักในทางปฏิบัติพื้นที่ภาคสนาม และ ห้องปฏิบัติการเล็ก ๆ เท่านั้น การตรวจอุจจาระทางห้องปฏิบัติการ ต้องอาศัยประสบการณ์ และการฝึกฝนการตรวจอุจจาระ มี 2 วิธีใหญ่ คือ ตรวจด้วยตาเปล่า และการตรวจด้วย กล้องจุลทรรศน์ (อคอุยค์ศักดิ์ วิจิตร, 2561)

1.1 การตรวจด้วยตาเปล่าตรวจดูลักษณะทั่ว ๆ ไปของอุจจาระก่อนที่จะตรวจ ด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งบางครั้งสามารถบอกการติดเชื้อหนองพยาธิได้เพราะมองเห็น หนองพยาธิปนมากับอุจจาระ เช่น ปล้องสุกของพยาธิตัวดีด หรือตัวเต็มวัยของพยาธิเข็มหมุด และพยาธิไส้เดือน

1.2 การตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ แบ่งตามวัตถุประสงค์ได้ 2 กลุ่ม

1.2.1 การตรวจแบบปริมาณเพื่อนับจำนวนไข่พยาธิ (Quantitative)

1) วิธีคาโต้ แคทซ์ (Kato-Katz technique)

2) วิธีสตอลล์ (Stoll dilution count)

1.2.2 การตรวจแบบวิเคราะห์คุณภาพ (Qualitative)

1) การตรวจแบบเข้มข้น (Concentration) ได้แก่ วิธีลอยตัว (Floatation technique) และวิธีการตกตะกอน (Sedimentation technique)

2) การตรวจแบบไม่เข้มข้น (Un concentration)

2.1) วิธีตรวจโดยตรงอย่างง่าย หรือ วิธีอย่างง่าย หรือวิธีธรรมดา (Simple direct smear หรือ Direct smear หรือ direct fecal smear) วิธีการกวบ หรือละเลง หรือสเมียร์ (Smear) อุจจาระโดยตรง มีวัสดุอุปกรณ์ และสารเคมี คือ น้ำเกลือ (0.85 % NaCl) สไลด์แก้วหรือกระจกสไลด์ (Slide) กระจกปิดสไลด์ (Cover slide หรือ Cover glass) ไม้เขี่ยอุจจาระ (ไม้จิ้มฟัน) น้ำยาไอโอดีน 1% (1% Iodine) และ กล้องจุลทรรศน์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.1) วางกระจกบนสไลด์บนพื้นราบ หยดน้ำเกลือลงบนสไลด์ ประมาณ 1-2 หยด กรณีนี้นำยาไอโอดีน 1% ให้หยดน้ำเกลือ 0.85% จำนวน 1 หยด และนำยาไอโอดีน 1 หยด

2.2.2) ใช้เขี่ยอุจจาระ (ไม้จิ้มฟัน) จิ้มอุจจาระหลาย ๆ ตำแหน่ง 2-3 จุด แล้วเขี่ยอุจจาระประมาณเท่าหัวไม้ขีดไฟ (2 มิลลิกรัม) นำมากวบ หรือละเลง ในน้ำเกลือบนสไลด์ ทำซ้ำโดยกวบนำยาไอโอดีน

2.2.3) ปิดทับด้วยกระจกปิดสไลด์ พยายามอย่าให้มีฟองอากาศ ใต้กระจกปิดสไลด์แล้วนำสไลด์ไปตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ใช้เลนส์วัตถุกำลังขยาย 10x หากพบวัตถุที่สงสัยเป็นปรสิต ให้ปรับไปดูที่หัวกำลังขยาย 40X เพื่อดูรายละเอียดโครงสร้าง ภายในจะช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง การเปลี่ยน หรือลดกำลังขยาย ควรปรับเลนส์รวมแสง ของกล้องจุลทรรศน์ให้ต่ำหรือสูงตามเหมาะสม จะทำให้เห็นไข่ และซิสต์ให้มีความชัดเจน และคมชัดยิ่งขึ้น ข้อดีคือ สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา และยังเหมาะสำหรับการตรวจหาโทรโฟซอइटของโปรโตซัวซึ่งไม่ทำให้รูปร่างของไข่พยาธิ หรือตัวอ่อนผิดเพี้ยน บิดเบี้ยว หรือเสียรูป ได้ผลดีในผู้ที่ติดเชื้ออย่างมาก อย่างหนัก หรือรุนแรง (Heavy infection) ข้อเสียคือ การตรวจไข่และตัวอ่อนหนอนพยาธิมีความไวต่ำกว่าวิธีคาโต้ วิธีคาโต้-แคทซ์ หรือวิธีเข้มข้น ฟอर्मาลินอีเทอร์ 2-5 เท่า วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันมานาน และใช้ในงานประจำทั่วไป เนื่องจากง่าย สะดวก ประหยัด ไม่ต้องมีเครื่องมือพิเศษ และสามารถเห็นไข่หนอนพยาธิ ได้ชัดเจนสามารถเห็นตัวอ่อนของพยาธิสตรองจิลอยดิส พยาธิปากขอ เคลื่อนไหวไปมา และสามารถดูโปรโตซัวระยะเคลื่อนไหว และระยะซิสต์ได้ ใช้จุจจาระเพียงน้อยนิด ประมาณ 1-2 มิลลิกรัม / เสมียร์ แต่ด้วยเหตุที่ปริมาณอุจจาระที่ตรวจมีปริมาณน้อย จึงอาจทำให้ตรวจไม่พบได้ แต่ก็แก้ปัญหาโดยการเตรียมตัวอย่างที่ถูกต้อง เช่น ใช้ไม้ป้าย หรือจิ้มอย่างน้อย 2-3 จุดมาตรวจ หรือในรายที่ไม่พบไข่ อาจจะต้องตรวจซ้ำ 2-3 เสมียร์ / ตัวอย่าง หรือ 3 วันติดต่อกัน ทำให้มีโอกาสพบพยาธิได้มากขึ้นเกือบเท่าตัว

2.2) วิธีคาโต้ ธิค เสมียร์ (Kato's thick smear) คิดค้นโดย Kato และ Miura เป็นวิธีที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในการตรวจค้นหาหนอนพยาธิ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ในทางระบาดวิทยา มุ่งหมายเพื่อการควบคุมโรคหนอนพยาธิ เป็นวิธีที่ใช้ปริมาณอุจจาระค่อนข้างมาก โดยใช้อุจจาระมากกว่าวิธีธรรมดา 20-30 เท่า สไลด์หนึ่งใช้ประมาณ 60 มิลลิกรัม หลักการ คือ ทำให้อุจจาระชุ่มด้วยน้ำยากลิเซอริน แล้วตั้งทิ้งไว้ 10-20 นาที สำหรับอุณหภูมิตั้งไว้ที่ 60 นาที อุณหภูมิ 25 องศา และความชื้นสัมพัทธ์ 75% ทำให้ไข่เปลี่ยนรูปร่างได้ ทำให้อุจจาระใสขึ้น มองเห็นไข่ หรือตัวอ่อนหนอนพยาธิได้ง่าย วิธีนี้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัด และมีประสิทธิภาพดีมาก ใช้ได้ดีกับไข่หนอนพยาธิทุกชนิด ยกเว้น ตัวอ่อนของพยาธิ อาจจะได้พบได้น้อยกว่าวิธีธรรมดา และข้อเสียคือ ไม่สามารถใช้ตรวจวินิจฉัยโปรโตซัวทั่วไปได้ ยกเว้นซาร์โคซิสติส และไอโซสปอรา ซึ่งสามารถเห็นได้ ส่วนไข่พยาธิปากขอมิเปลือกไข่บาง อาจตรวจไม่พบหากทิ้งสไลด์ไว้นานเกิน 20 นาที ช่วงฤดูร้อน เพราะไข่ใสเกินไป อีกประการ มีความยากในการจำแนกระหว่างไข่พยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก

เนื่องจากทั้งขนาด รูปร่างที่คล้ายคลึงกันมาก สำหรับประเทศไทยพบการติดเชื้อทั้งพยาธิใบไม้ตับ และลำไส้ขนาดเล็ก เนื่องจากการติดโรคเกิดการกินปลาเกล็ดขาวดิบ เช่น ลาบ ก้อย ปลาต้ม หรือปลาร้าดิบจึงอนุโลมการรายงานการพบไข่พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็กเป็นพยาธิใบไม้ตับ เพื่อผลการควบคุมโรค อีกทั้งพยาธิทั้งสองการรักษาที่ใช้ยาชนิดเดียวกัน แต่หากจำเป็นในการแยกชนิดในเชิงวิชาการของแต่ละพื้นที่ ควรใช้วิธีตรวจอื่น เช่น วิธีอย่างง่าย หรือวิธีเข้มข้นจึงจะสามารถยืนยันแยกชนิดได้ อีกนัยหนึ่งที่เป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้รายงานการพบไข่เป็น ไข่คล้ายพยาธิใบไม้ตับ ดีกว่าเจาะจงเป็นชนิดใดชนิดหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นกับดุลยพินิจของแต่ละพื้นที่ วิธีคาโต้ยังเป็นวิธีที่ทำการตรวจได้อย่างรวดเร็วสามารถตรวจได้หลายตัวอย่างขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพ ความสามารถของแต่ละบุคคล (อาจตรวจได้ 60 ตัวอย่างในหนึ่งชั่วโมง) ผู้ที่มีประสิทธิภาพควรสามารถตรวจได้ 100-200 สไลด์ต่อวัน

### การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในปัจจุบันโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าเป็นระยะแรก และการรักษาจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการน้อย หรือปานกลางถ้าเป็นนาน ๆ จนมีภาวะแทรกซ้อนของตับ และท่อน้ำดีแล้ว การให้ยารักษาเพื่อฆ่าพยาธิเท่านั้น ส่วนอาการของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแล้วนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น (อคุศลศักดิ์ วิจิตร, 2561) รูปแบบการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ มีอยู่ 2 รูปแบบ คือ

1. การใช้ยารักษาการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ *O. viverrini* ได้มีความพยายามในการใช้ยาหลายชนิด เช่น Chloroquine, Entobex, Dehydroemetine, Hetol (Eloxy), Amopyroquin, Mebendazole และ Albendazole เป็นต้น แต่ก็ยังพบว่ายาบางชนิดมีประสิทธิภาพดีแต่ฤทธิ์ข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์รุนแรงอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยา บริษัทผู้ผลิต จึงได้หยุดผลิตไป และบางชนิดมีประสิทธิภาพต่ำเกินไป ในปัจจุบันนี้ยาที่ใช้รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่แนะนำให้ใช้ได้แก่

- 1.1 Praziquantel เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับสูง โดยใช้น้ำ 25 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) ต่อครั้ง วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเป็นเวลา 1-2 วัน พบว่าอัตราการหายร้อยละ 100 กรณีที่ใช้รักษาผู้ป่วยจำนวนมาก (Mass treatment) ขนาดยาที่ใช้ คือ 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ให้เพียงครั้งเดียวหลังอาหารพบว่ามีอัตราการหายร้อยละ 90.9 สำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออย่างหนักใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพโดยให้ 50 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

เป็นยาที่มีความปลอดภัย และมีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ ปวดมวนในท้องซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการคลื่นไส้ท้องเดิน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ง่วงนอน มีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง ลักษณะคล้ายผื่นโรคหัด อาการดังกล่าวจะหายไปภายใน 1-2 วัน ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้ดี ดังนั้น Praziquantel จึงได้รับการพิจารณาว่าเป็นยาที่เหมาะสมในการใช้รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2 Mebendazole ยา นี้ ใช้ สำหรับ รักษา โรค พยาธิ ลำไส้ ต่าง ๆ สำหรับโรคพยาธิใบไม้ตับต้องใช้ยาขนาดสูง และเป็นเวลานาน คือ 10 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน โดยแบ่งให้ 3 เวลาหลังอาหาร 13 ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ อัตราหายจากโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 94 Mebendazole เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง อาการข้างเคียงที่พบได้ เช่น ไข้ ผื่นที่ผิวหนังหรือคัน เจ็บคอ เหนื่อย และอ่อนแรงผิดปกติ ปวดท้อง หรือไม่สบายท้อง ท้องร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการดังกล่าวจะหายไปภายใน 1-2 วัน

1.3 Albendazole ได้มีการทดลองใช้ยานี้รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยขนาด 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เช้า-เย็น เป็นเวลา 3 วัน หรือ 7 วัน ติดต่อกัน พบอัตราการหายร้อยละ 40 และ 63 ตามลำดับ อาการข้างเคียงขณะให้ยา คือ บางรายมีอาการท้องเดิน หรือปวดศีรษะเล็กน้อย อาการนี้เกิดขึ้นภายหลังรับประทานยา ถึงแม้จะยังคงกินยาต่อไปในขนาดเดิมก็ไม่มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นต่อไปจึงยากที่จะตัดสินใจลงไปได้ว่า อาการเหล่านี้เกิดจากฤทธิ์ของยา หรือเกิดจากสารพิษจากตัวพยาธิตายพร้อมกันจำนวนมาก ๆ

2. การรักษาทางศัลยกรรม ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ต้องรักษาแบบศัลยกรรม คือ ผู้ที่พบว่า มีโรคแทรก หรือเมื่อพยาธิสภาพในตับดำเนินมานานจนไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ แม้ว่าตัวพยาธิจะได้รับการบำบัดไปแล้ว เช่น เมื่อมีสถานะถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรังแล้ว ศัลยแพทย์มักจะพิจารณาตัดถุงน้ำดีออก หรือเมื่อมีนิ่วร่วม มีอาการทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร ก็จะผ่าตัดเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะดีซ่านจากการอุดตันของทางเดินน้ำดีจะเห็นได้ว่าการรักษา ดังกล่าวข้างต้น เป็นการรักษาที่ปลายเหตุ และหากเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับระยะที่เป็นรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อน จะไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันและควบคุมโรค จึงเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดโรคและเกิดการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง สิ่งที่คุณควรรู้จำ และเข้าใจ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ สาเหตุของโรค วงจรชีวิต การติดต่อและแพร่ระบาดของโรค อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรคการรักษาการป้องกัน และการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

## การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนจะพยายามรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งของท่อน้ำดี แต่จำนวนผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งผู้ป่วยที่โรคพัฒนาต่อไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ก็ยังเป็นตัวเลขที่สูงอยู่ การควบคุม และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถปฏิบัติได้ โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคปลาดิบ ให้หันมารับประทานปลาที่ปรุงสุกแทน แต่ในทางปฏิบัติทำได้ยากเพราะเป็นวัฒนธรรมการบริโภคที่มีมาตั้งแต่บรรพบุรุษ (กรัณทาร์ตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ, 2557) ดังนั้นการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุด คือ

1. ให้สุศึกษาทราบถึงอันตรายที่พยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุทำให้เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ให้เกิดการปรับเปลี่ยน
  2. ปรับพฤติกรรมของประชาชนในเรื่องการรับประทานอาหาร ดังนี้
    - 2.1 เลิกรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด แบบดิบหรือปรุงไม่สุก
    - 2.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง ได้แก่ อาหารที่มีราขึ้น อาหารที่ใส่ดินประสิว และไนโตรซามีน เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม แหนม ไส้กรอก รวมถึงอาหารประเภทหมักดอง
    - 2.3 รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่ครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
    - 2.4 เลิกดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ซึ่งในบุหรี่มีสารก่อมะเร็งมากถึง 43 ชนิด
3. ส่งเสริมให้ประชาชนซบถ่ายในส้วมให้ถูกสุขลักษณะ เพราะถ้าซบถ่ายไม่ถูกที่ของเสียที่ลงสู่น้ำลำคลอง ก็จะทำให้ไข่ของพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสแพร่กระจายเข้าสู่หอยน้ำจืดซึ่งเป็นพาหะที่ 1 ของพยาธิใบไม้ตับได้
4. ให้การรักษาสัตว์รังโรคที่เป็นแหล่งแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับ คือ สุนัข แมว ฯลฯ เพื่อกำจัดตัวอ่อน พยาธิใบไม้ในโฮสต์กึ่งกลาง
5. สำหรับผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับควรได้เข้ารับการรักษาทุกคน หลังรักษาหายแล้วควรตรวจจุงจุงจะเป็นครั้งคราวตามคำแนะนำจากแพทย์ เพื่อป้องกันกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้งจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุหลักจากการบริโภคพยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ร่างกายดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคจึงเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ เพื่อนำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) สภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชนอาจเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหาร และการมีอาหารบริโภคซึ่งได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ แหล่งน้ำ ระบบชลประทาน และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวย เนื่องจากประชาชนที่อาศัยอยู่อาศัยใกล้แหล่งน้ำมีโอกาสรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวได้บ่อยกว่าประชาชนที่อยู่ห่างไกลแม่น้ำ จากการศึกษาของ วิไลพร สาศิริ (2560) พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำระยะทางน้อยกว่า 10 กิโลเมตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.81 เท่า (adjusted OR = 1.81, 95% CI : 1.0–3.20)

2. ประสบการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจุบันโรคพยาธิใบไม้ตับมียารักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถซื้อยามารับประทานป้องกันโรคได้โดยไม่จำเป็นต้องป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับทำให้ประชาชนยังคงรับประทานปลาดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ อย่างต่อเนื่องโดยคนที่เคยรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.62 เท่าของคนที่ไม่เคยรับประทานยาฆ่าพยาธิ (วิไลพร สาศิริ, 2560)

3 ครอบครัว (The family) ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรมการบริโภค เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ ให้กับเด็ก แม้ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมประเพณีเดียวกันแต่ถ้าครอบครัวถ่ายทอดความรู้ให้ในลักษณะที่แตกต่างกัน เด็กซึ่งได้รับทั้งความมีเหตุผล และการแสดงออกซึ่งอารมณ์ที่ต่างกัน ก็ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติ และความชอบของอาหารนั้น ๆ ต่างกัน จากการศึกษาของ Wichaiyo, et al., (2019) ได้ทำการศึกษาประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน ในพื้นที่ตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการรับประทานอาหารจากปลาปรุงดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่ปรุงจากคนในครอบครัวเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 4.74 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาธิ ลิทธิ (2561) ซึ่งศึกษาในประชาชนที่ได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับจำนวน 218 คน พบว่าการมีคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าคนที่ไม่มีคนในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับถึง 3.68 เท่า

### พฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองของสิ่งเร้า พฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1 พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เป็นการกระทำที่แสดงออกมาสามารถสังเกตเห็นได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) เป็นการกระทำ หรือกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความคิด ความรู้สึก

2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการให้คำจำกัดความโดย เดวิด เอส ก๊อชแมน (2556) ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นลักษณะประจำของบุคคล หรือคุณสมบัติของบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ (Beliefs) ความคาดหวัง (Expectation) แรงจูงใจ (Motive) ค่านิยม (Values) การรับรู้ (Perception) และส่วนประกอบอื่น ๆ เกี่ยวกับความรู้ความคิด (Cognitive) บุคลิกลักษณะ (Personality characteristics) ต่าง ๆ รวมทั้งภาวะด้านอารมณ์ (Emotion) ความพอใจ (Affective) และลักษณะประจำที่ฝังลึก (Trait) และแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนเห็นได้ชัดมีการกระทำ และทำเป็นนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (Maintenance) การซ่อมแซมสุขภาพ (Restoration) และการส่งเสริมสุขภาพ (Improvement)

อาจสรุปให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและ / หรือบุคคลอื่นมีทั้งส่วนที่เป็นพฤติกรรมแสดงออกสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน และเป็นส่วนภายในจิตใจที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมสุขภาพยังขยายขอบเขตไปถึงพฤติกรรมรวมหมู่เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันเป็นครอบครัวชุมชน และสังคม โดยได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive and protective behavior) เป็นการกระทำต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพื่อคงสุขภาพที่ดีเป็นการกระทำตามคำแนะนำของแพทย์ของบุคคลที่มีจิตสำนึกว่าจะช่วยให้สุขภาพของตนเองดีโดยมีแนวโน้มเพื่อป้องกันโรคหรือความทุกข์ทรมาน หรือเพื่อตรวจหาโรค (Detect disease) ตามนิยามนี้มุ่งไปที่บุคคลที่ยังไม่เจ็บป่วยพฤติกรรมป้องกันโรครวมถึงกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ได้แก่ ช่วงเวลาการนอนนิสัยการรับประทานอาหาร (ความสม่ำเสมอและปริมาณ) การควบคุมน้ำหนักกิจกรรมเพื่อสันถนาการการออกกำลังกายการพักผ่อนในวันหยุด พฤติกรรมการสวมหมวกกันน็อค การคาดเข็มขัดนิรภัย การเคารพกฎจราจร และกฎหมายความปลอดภัยในการปฏิบัติงานรวมทั้ง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2.2 พฤติกรรมเมื่อเกิดความไม่สบาย (Illness behavior) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการที่บุคคลแสวงหาการดูแล (Care-seeking) หรือการช่วยเหลือ (Help-seeking) เพราะไม่แน่ใจว่าตัวเองสุขภาพปกติ หรือไม่หรือเพราะมีความรู้สึก หรือเชื่อว่าตนเองมีอาการ

และอาการแสดงของความเจ็บป่วยจึงต้องการหาความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และตรวจสอบว่าอาการเหล่านั้นปกติหรือไม่

2.3. พฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเมื่อป่วย (Sick role behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยแล้วเป็นการวินิจฉัยจากตัวเอง หรือบุคคลอื่น เพื่อรับใบสั่งยาการกลับไปตรวจตามนัดการ จำกัด กิจกรรมรวมถึง พฤติกรรมในด้านความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม พฤติกรรมสุขภาพในด้าน การฟื้นฟูสภาพ และการแสวงหาผู้บำบัด หรือผู้เยียวยาที่เป็นทางเลือกอื่น ๆ (Alternative practitioner or healer) การอธิษฐาน หรือสวดมนต์ (Prayer) คนที่ใช้การบำบัดด้วยอำนาจพิเศษจากพระเจ้า (Shrine)

2.4 พฤติกรรมสุขภาพของสังคม (Social health behavior) เป็นสิ่งที่สังคมทำด้านสุขภาพเพื่อคนหมู่มาก (Collectivity) ด้วยความรับผิดชอบ และให้การบริการอย่างทั่วถึง เป็นธรรม ซึ่งแตกต่างไปจากที่บุคคลกระทำเพื่อตัวเอง เป็นการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะการออกกฎหมาย

กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง (2557) หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตน ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่แสดงออก มองเห็น วัดได้ และพฤติกรรมภายในที่มองไม่เห็น วัดไม่ได้ พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นส่วนที่สำคัญ ที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลใดมีพฤติกรรมสุขภาพดี จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วย ในทางตรงกันข้ามบุคคลใดมีพฤติกรรมสุขภาพเลว หรือมีพฤติกรรมไม่ดี บุคคลนั้นมีโอกาสสูงที่จะเจ็บป่วย หรือมีภาวะสุขภาพไม่ดี

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่แสดงออก มองเห็น วัดได้ และพฤติกรรมภายในที่มองไม่เห็น วัดไม่ได้ มีทั้งพฤติกรรมเชิงบวก และพฤติกรรมเชิงลบ ซึ่งเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตนที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และพฤติกรรมเชิงลบซึ่งเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติตนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ

2.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน ประเภทของอาหารที่รับประทาน และอุปกรณ์ที่ใช้รวมทั้งสุขนิสัยก่อน และขณะที่รับประทานเป็นประจำ

อินทรา เทียมแสน (2551) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ การประกอบอาหาร และชนิดของอาหารที่บริโภค

กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง (2557) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ การประกอบอาหาร และชนิด หรือประเภทของอาหารที่บริโภค พฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ชนิดของอาหาร หรือวิธีการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทปลาดิบ หรือปลาสุก ๆ ดิบ ๆ หรือการประกอบอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะมีการปนเปื้อนของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำที่เคยชินเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ การประกอบอาหาร ชนิด หรือประเภทอาหาร ที่รับประทาน รวมทั้งสุขนิสัยก่อน และขณะรับประทานอาหาร

### แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงโดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลด-เลิกบุหรี่ การใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งพฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behavior) เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Compliance with recommended medical regimens) ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัย หรือตรวจพบโรค (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556)

โดย เบคเกอร์ เอ็ม เอช และไมแมน แอล เอ (2556) ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคอาจจะมี หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ ความเชื่อจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การผ่าตัด หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตน เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ จะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคล ดังนั้น ในการศึกษา พฤติกรรมบุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจ หรือการรับรู้นั้นในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์มากขึ้น

เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษา ทำความเข้าใจ และทำการควบคุมโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพ จึงได้รับความสนใจศึกษากันมากในช่วงปี ค.ศ.1950-1960 ถือเป็นช่วงแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นด้านการป้องกันโรคมมากกว่าการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุ และสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เออร์วิน เอ็ม โรเซนสตีล (2556) ได้อธิบายแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าความเชื่อเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ จะประกอบไปด้วยความเชื่อที่ว่า การมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล การเกิดโรคอาจจะมีความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ปานกลาง หรือมากก็ได้ การปฏิบัติที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่าง ๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่าองค์ประกอบด้านความเชื่อ หรือการรับรู้ ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

### 1. องค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ตามองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถสรุป ดังนี้

#### 1.1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเกิดโรค แต่แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรดดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และรับรู้ว่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ๆ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้จะแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เบคเกอร์ เอ็ม เอช และไมแมน แอล เอ (2556) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และทราบผลวินิจฉัยของตนเองแล้วความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไปเช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรค และภาวะแทรกซ้อนผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

1.2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่าง ๆ มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หรือไม่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวได้ว่า แม้บุคคลจะมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายจิตใจและสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้ เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

1.3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง หรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วจึงรวมไปจนถึง ทำให้เกิดการเสียเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกัน หรือการรักษาโรค แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่เป็นโรครุนแรง หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และการรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

1.4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barrier) การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย แพง ความอาย เป็นต้น ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำ หรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์หรือโทษ ซึ่งเกิดการตัดสินใจเลือกกระทำแล้วว่าดีกว่าวิธีอื่นทำให้บุคคลนั้น ตัดสินใจดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ

1.5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เพื่อให้แบบแผน ความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วยของโรค ส่วนสิ่งชักนำภายนอก หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รัก นั้บถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

1.6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ และการปฏิบัติ ได้แก่

1.6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

1.6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์ เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

1.7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับ ความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติ และค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง (2557) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำพู พบว่า พฤติกรรม การรับประทาน ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (adjusted OR = 24.60, 95% CI: 7.54–80.19) และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ในเชิงป้องกัน (adjust OR = 0.36, 95% CI: 0.22–0.59) ส่วนปัจจัยด้านความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากการรณรงค์ให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่มาก่อน

เกษร แต่วหนองแก้ว และคณะ (2559) อุบัติการณ์ และการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย พบว่าการอยู่อาศัยในพื้นที่ ที่มีความชุกของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

เนื่องจากพื้นที่ที่อยู่อาศัยสามารถบ่งบอกถึงวัฒนธรรมการรับประทานปลาดิบ สถาปณาศาสตร์ที่เอื้อต่อการบริโภคปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) คือ การบริโภคอาหารที่ประกอบจากปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ และพบว่าผู้ที่มีประวัติเคยได้รับยาพาราซิควอนเทลมีโอกาสติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าคนที่ไม่เคยได้รับยาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ )

ธนเดช สัจจวัฒนา และวิวัฒน์ สังฆะบุตร (2559) ได้ทำการศึกษาการระบาดของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 21 พบว่าโรงเรียนในสังกัดยังพบการติดเชื้อหนอนพยาธิมีค่าสูงเกินมาตรฐานร้อยละ 5 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทปลาปรุงดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ จากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวซึ่งยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนกินอาหารประเภทปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ กับคนในครอบครัวเพื่อนสนิท และคนในชุมชน

ศรวิภา ช่วงไชยยะ และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาความชุกของหนอนพยาธิใบไม้ตับในตำบลเชียงเคี่ยน อำเภอมะนัง จังหวัดสงขลา เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนจำนวน 244 คน โดยทำการศึกษา คุณลักษณะทางประชากร ความรู้ละทัศนคติ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ การบริโภคน้ำ การสวมรองเท้า การถ่ายอุจจาระลงในส้วม การล้างมือ การทำความสะอาด การสัมผัสกับสัตว์เลี้ยง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิ ได้แก่ การเลี้ยงสุนัข และการรับประทานปลาดิบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิไลพร สาศิริ (2560) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า คนที่เคยรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.62 เท่า (adjusted OR = 2.62, 95% CI: 1.51–4.58) คนที่เคยรับประทานปลาดิบเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.14 เท่า (adjusted OR = 2.14, 95% CI: 1.08–4.24) และผู้ที่อาศัยใกล้แม่น้ำมูลระยะทาง 10 กิโลเมตรเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.81 เท่าของผู้อาศัยห่างจากแม่น้ำมูลมากกว่า 10 กิโลเมตร (adjusted OR = 1.81, 95% CI: 1.02–3.20)

ฉัตรชัย คำดอกกรับ (2561) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40ปีขึ้นไป อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น พบว่าระดับการศึกษา

โดยระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา หรือสูงกว่าเป็นปัจจัยป้องกันต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คือ กลุ่มที่จบชั้นมัธยมศึกษา หรือสูงกว่ามีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับน้อยกว่า 0.44 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จบชั้นประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ (adjusted OR = 0.44, 95% CI: 0.26–0.72,  $p < 0.05$ ) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในพื้นที่น้อยกว่า 20 ปี ถึง 2.53 เท่า (adjusted OR = 2.53, 95% CI: 1.07–6.00,  $p < 0.05$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำทำให้มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูงถึง 2.05 เท่า (adjusted OR = 2.05, 95% CI: 1.17–3.61,  $p < 0.05$ ) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ปฏิบัติบางครั้ง มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ 1.61 เท่า (adjusted OR = 1.61, 95% CI: 1.05–2.49,  $p < 0.05$ )

วรวิภา นามวงศ์, นพรัตน์ ส่งเสริม และอรอนงค์ บุรีเลิศ (2562) ได้ทำการศึกษา ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดยโสธร พบว่า ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 10.5 การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับพบว่า เพศ อายุ ภูมิสำเนา และการเคยรับการตรวจหาไข่พยาธิมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และพฤติกรรมการขับ พฤติการณ์กินปลาดิบบางชนิด เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้มดิบ และปลาจ่อม มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วาณี สิทธิ (2561) ได้ทำการศึกษาความรู้ ทักษะ การยอมรับปฏิบัติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย พบว่าความรู้ ทักษะ และการยอมรับปฏิบัติ ไม่แตกต่างกันคนที่ติดโรคกับคนที่ไม่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับตัวก่อโรคที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แหล่งที่อยู่ของพยาธิใบไม้ตับตัวเต็มวัยของพยาธิใบไม้ตับ ในร่างกายคน อันตรายของพยาธิใบไม้ตับ ทักษะเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติที่พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดมักจะสัมพันธ์กับความรู้ที่มีอยู่ การยอมรับการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี แต่ในการศึกษาดังกล่าวไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว การศึกษาดังนี้พบว่าการมีคนในครอบครัวที่อยู่อาศัยอยู่ด้วยกันติดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับถึง 3.68 เท่า (95% CI: 2.20–6.71)

และการมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ หรือท่อน้ำดี มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับถึง 4.65 เท่า (adjusted OR = 4.65, 95%CI: 1.61–13.44)

Araki, et al., (2018) ทำการศึกษาสถานการณ์ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการบริโภคอาหารประเภทปลาปรุงดิบในมารดา และปัจจัยกำหนดสถานการณ์ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในเด็ก ในสาธารณชนประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยทำการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 284 คน ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คือ เด็กที่มีมารดานิยมบริโภคอาหารที่ประกอบจากปลาปรุงดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าเด็กที่มารดาไม่นิยมบริโภคอาหารดังกล่าวถึง 2.47 เท่า (adjusted OR = 2.4, 95% CI : 1.07–5.69) และในเด็กที่มีมารดาติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าเด็กที่มารดาไม่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับถึง 10.45 เท่า (adjusted OR = 10.45, 95% CI : 3.13–34.86)

Nakbun, Thongkrajai and Nithikathkul, (2018) ทำการศึกษาความรู้ ความเข้าใจทัศนคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และสำรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 134 คน พบว่า มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 56 และยังพบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยพบว่าอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 6.36 (95% CI : 1.28–31.66) พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบมีโอกาเสี่ยงเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ 28.73 (95% CI : 3.59–230.24) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ร้อยละ 85 (95% CI : 0.03–0.74)

Pengput and Schwartz, (2020) ได้ทำการศึกษาในรูปแบบ Systematic review โดยทำการทบทวนอย่างเป็นระบบจากผลงานวิจัย จำนวน 24 งานวิจัย โดยผลงานส่วนใหญ่ทำการศึกษาในประเทศไทยร้อยละ 75 สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ร้อยละ 20.8 และในเวียดนามร้อยละ 4.2 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ภูมิศาสตร์ ประวัติการได้รับการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทล และประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 13 งานวิจัย ประกอบไปด้วย การศึกษารูปแบบ Case-control จำนวน 4 งานวิจัย Cross-sectional study จำนวน 8 งานวิจัย และ Systematic review จำนวน 1 งานวิจัย โดยมีองค์ประกอบด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้

สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อม ตามรูปภาพที่ 2 ซึ่งสามารถสรุปเป็นองค์ประกอบของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ตามรูปที่ 3 ดังนี้

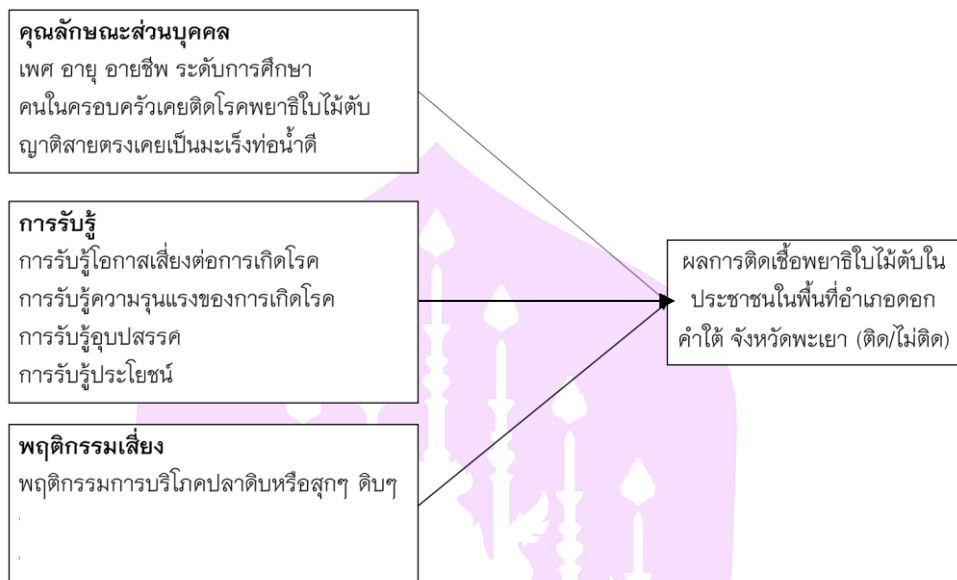
ที่	ชื่อผู้ศึกษา, ปี	รูปแบบ	คุณลักษณะส่วนบุคคล										พฤติกรรมเสี่ยง		การรับรู้				
			เพศ	อายุ	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้	สุรา	บุหรี่	คนในครอบครัวติด OV	ญาติสายตรงเป็น CCA	Part use of praziquantel	คนในชุมชน	กินปลาดิบ	การถ่ายอุจจาระไม่ต่อเนื่อง	โอกาสเสี่ยง	ความรู้ความเข้าใจ	ประโยชน์
1	กิตติพงษ์ พรหมทองเมือง, 2014	case-control	/	/	/	/	/							/		/	/	/	/
2	วิวัฒน์ วิริยะกิจจา, 2014	cross-sectional study	/											/	/				
3	เกสร แฉวงในมิ่ง, โทบูลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, นิตยา ชูโคโธและ วรลักษณ์ ตั้งตะนงกุล, 2016	retrospective cohort	/	/		/	/						/	/					
4	ธนเดช สังข์วัฒนา, วิวัฒน์ สังข์บุตร, 2016	(Cross-sectional study)												/					
5	ศุภวิภา ช่างไชยยะ, นงลักษณ์ เหลาพรหม, ศศิวรรณ ทัดเยี่ยม, ธนกร พรหมในภาส, การณิการ์ ประชาชนอก, วิชชุภา เมตต์จ้อง, ไชยดีมา นาคสิทธิ์และ อนุสรณ์ พรหมวงศา, 2016	cross-sectional study	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
6	วิไลพร สาศิริ และพรมมา ศุภวงษ์ศิริ, 2017	case-control 1:2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
7	ณัฏฐชัย คำทองกับและ เวทีกุลเสจจาร์, 2018	case-control	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/
8	วรวิณี นามวงค์, นพรัตน์ ส่งเสริม, อรอนงค์ บุรีเส็ด, 2019	a cross-sectional analytic study	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/
9	วาที สิทธิ, 2020	Quantitative research matched case-control study				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
10	Khamphanavah Saiyachak, Sutthiporn Tongsoisang, Thitima Saenruang, Malcolm A Moore, Supanee Promthet, 2016	a cross-sectional analytic study	/	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
11	Araki, 2018	cross-sectional study				/				/	/	/	/	/					
12	Nakbun, 2018	cross-sectional survey	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			/	/	/
13	Anuwat Pengsuti Diane G. Schwartz, 2020	a systematic Review	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
รวม จำนวนที่มีการศึกษา			1	9	6	10	9	4	4	3	4	1	4	13	5	2	2	2	2

ภาพ 2 แสดงการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	เพศ
	อายุ
	ประวัติการศึกษา
	อาชีพ
	คนในครอบครัวเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
การรับรู้	ญาติสายตรงเคยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี
	โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
	ความรู้ความเข้าใจของการเกิดโรค
	อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค
พฤติกรรมเสี่ยง	ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค
	การบริโภคอาหารประเภทปลาดิบ

ภาพ 3 แสดงสรุปการสังเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบบ Unmatched case-control study

#### ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ที่ได้รับการตรวจจุจากระด้วยวิธี Kato's thick smear ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564 โดยทำการศึกษาในตำบลที่ผลตรวจพบการติดเชื้อสูงเกินค่าตัวชี้วัดของประเทศที่กำหนดให้มีค่าความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ 5 คือ ตำบลหนองหล่ม ตำบลบ้านปิน จำนวน 1,810 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1.1. กลุ่มศึกษา (Case) คือ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ที่ได้รับการตรวจจุจากระด้วยวิธี Kato's thick smear ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564 ในตำบลหนองหล่ม และตำบลบ้านปิน ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ 1 ใบขึ้นไป จำนวน 153 คน

1.2. กลุ่มควบคุม (Control) คือ ประชาชนทั้งเพศชาย และเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ที่ได้รับการตรวจจุจากระด้วยวิธี Kato's thick smear ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564 ในตำบลหนองหล่ม และตำบลบ้านปิน ที่ตรวจไม่พบพยาธิใบไม้ตับ 1,757 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Epi Info Version 6.0 โดยกำหนดให้ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) 95%, อำนาจการทดสอบ ( $1-\beta$ ) 80%

สัดส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:2, Percent of Control Exposure 53.92 % และ Odds Ratio เท่ากับ 2.14 จากการศึกษาที่ผ่านมาของคุณ วิไลพร สาศิริ (2560) แทนค่าที่กำหนดลงในโปรแกรมสำเร็จรูปรายละเอียดตามภาคผนวก ค ได้ขนาดของกลุ่มศึกษาจำนวน 92 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 184 คน รวม 276 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

#### 2.1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

2.1.1 เป็นประชาชนทั้งเพศชาย และเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ที่ได้รับการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato's thick smear ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหล่ม และตำบลบ้านปิน

2.1.2 สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

2.1.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

2.1.4 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### 2.2 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria)

2.2.1 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

2.2.2 แบบสอบถามมีข้อมูลไม่ครบถ้วน

#### 2.3 เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่าง ออกจากโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

2.3.1 เมื่อเข้าร่วมงานวิจัย แล้วไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือเกิดความเครียดจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

2.3.2 ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้

2.3.3 มีความประสงค์ออกจากโครงการระหว่างการศึกษาครั้งนี้

2.3.4 เสียชีวิต

#### 2.4 เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยทั้งหมด (Terminal criteria)

2.4.1 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 10 ของถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

**3. วิธีการสุ่มตัวอย่าง** สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ที่ได้รับการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato's thick smear ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ

มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ เครื่องช่วยบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564  
ในตำบลหนองหล่ม และตำบลบ้านป็น ในการศึกษาครั้งนี้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา  
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์  
ของการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ การดื่มสุรา  
ระดับการศึกษา ประสบการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการตรวจพยาธิใบไม้ตับ  
ของคนในครอบครัว ประวัติครอบครัวการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ  
ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมข้อความในช่องว่าง  
จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ  
จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ  
จำนวน 9 ข้อ

โดยส่วนที่ 2-5 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)  
5 ระดับ ตามหลักของลิเคิร์ต ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	1
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน	3	3
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน	2	4
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	5

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามหลักของลิเคร์ท ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2	2
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	1	3

## 2. การแปรผลเครื่องมือ

2.1 พิจารณาโดยแบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best (1977) ผู้ศึกษาจึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{Max} - \text{Min}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

### 2.1.1 ส่วนที่ 2-5 มีการแปรผลตามช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง

1) พิจารณาแบ่งเกณฑ์เป็น 2 ระดับ โดยอ้างอิงการศึกษาของกุลนิตา สายนุ้ย (2553) คือ ระดับสูง และระดับต่ำ ดังนี้ โดยใช้ค่าเฉลี่ย เป็นตัวกำหนด

1.1) คะแนนการรับรู้เท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

1.2) คะแนนการรับรู้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ

### 2.1.2 ส่วนที่ 6 มีการแปรผลตามช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 1.00–1.33 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรค  
การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 1.34–2.67 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรค  
การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2.68–3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกัน  
โรคการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง

1) พิจารณาแบ่งเกณฑ์เป็น 2 ระดับ โดยอ้างอิงการศึกษา  
ของกุลนิศา สายนุ้ย (2553) คือ ระดับสูง และระดับต่ำ ดังนี้ โดยใช้ค่าเฉลี่ย  
เป็นตัวกำหนด

1.1) คะแนนการรับรู้เท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง  
กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

1.2) คะแนนการรับรู้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง  
มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ

### 3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน  
คือ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 2 ท่าน และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 1 ท่าน  
ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้เหมาะสมกับการนำไปใช้งาน  
โดยใช้เกณฑ์การเห็นพ้องต้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 ของแต่ละข้อคำถาม  
มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทุกข้อคำถามมากกว่า 0.5

3.2 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรในตำบลคือเวียง  
อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน จากนั้นนำไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์  
อัลฟาครอนบาค โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.71 ถึง 1.00 ดังนี้

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ  
(Cronbach's alpha coefficient = 0.73)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ  
(Cronbach's alpha coefficient = 0.72)

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ  
จำนวน 7 ข้อ (Cronbach's alpha coefficient = 0.81)

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 9 ข้อ (Cronbach's alpha coefficient = 0.82)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 9 ข้อ (Cronbach's Alpha Coefficient = 0.70)

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2565 โดยกำหนดขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลไว้ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่

4.2 เมื่อได้รับหนังสือแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอกคำใต้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหล่ม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิน อำเภอดอกคำใต้ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยกับประชาชนกลุ่มศึกษา และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

4.3 ผู้วิจัยติดต่อ และประสานงานประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้าน พร้อมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เพื่อนัดหมายการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และรูปแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4 ผู้วิจัยนัดหมายการพบกลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการส่งจดหมายเชิญผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมทั้งขอเก็บข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ของกลุ่มอย่าง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันละ 15 คน พร้อมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นขอความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

4.5 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการวิจัยตอบ ด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 45 นาที

4.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง พร้อมกับตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

4.7 ทำการลงรหัสและจัดระบบข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐาน และรายงานผลการวิจัยต่อไป

4.8 เมื่อได้ผลการวิจัยแล้ว นำผลการวิจัยที่ได้ไปสรุปรวบรวมปัญหา

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสถิติที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

5.2 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล, การรับรู้ความเสี่ยงของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.3 สถิติ Chi-square test ในการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (Uni-variable analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05

5.4 สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วย Binary Logistic regression โดยใช้วิธี Forward stepwise: likelihood ratio หรือ Forward LR นำเสนอค่า Odds Ratio และ 95% CI โดยแยกวิเคราะห์ปัจจัยตามสมมติฐาน ได้แก่

5.4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.4.2 การรับรู้ความเสี่ยงของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

บทที่ 4  
ผลการวิเคราะห์

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะของประชากร

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา (n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 184) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	53 (57.6)	149 (81.0)
ชาย	39 (42.4)	35 (19.0)
อายุ		
ต่ำกว่า 45 ปี	3 (3.3)	32 (17.4)
45-59 ปี	53 (57.6)	111 (60.3)
60 ปีขึ้นไป	36 (39.1)	41 (22.3)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5 (5.4)	1 (0.5)
ประถมศึกษา	67 (72.8)	85 (46.3)
มัธยมศึกษา/ปวช.	19 (20.7)	86 (46.7)
ปวส./อนุปริญญาขึ้นไป	1 (1.1)	2 (1.1)
ปริญญาตรีขึ้นไป	0 (0.0)	10 (5.4)
อาชีพหลักของท่าน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (5.4)	4 (2.2)
เกษตรกร	79 (85.9)	155 (84.2)
ค้าขาย	6 (6.5)	9 (4.9)
อื่น ๆ	2 (2.2)	16 (8.7)

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
	(n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 184) จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการตรวจพยาธิใบไม้ตับคนในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	6 (6.5)	13 (7.1)
เคยตรวจและพบโรคพยาธิใบไม้ตับ	35 (38.0)	21 (11.4)
เคยตรวจแต่ไม่พบโรคพยาธิใบไม้ตับ	40 (43.5)	124 (67.4)
ไม่เคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ	11 (12.0)	26 (14.1)
ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี ของคนในครอบครัว		
มี	6 (6.5)	14 (7.6)
ไม่มี	86 (93.5)	170 (92.4)

ลักษณะทางประชากร ผลการศึกษาในกลุ่มศึกษาจำนวนเพศชาย และเพศหญิง  
ใกล้เคียงกัน เพศหญิงร้อยละ 57.6 เพศชายร้อยละ 42.4 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่  
เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.4 เพศชายร้อยละ 19.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 45-60 ปี  
ร้อยละ 58.30 และ 60.83 ในด้านระดับการศึกษา กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา  
ในระดับชั้นประถมร้อยละ 78.30 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา  
และระดับมัธยมศึกษาสูงร้อยละ 46.6 และ 46.6 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่  
ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 73.8 และ 84.7 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็ง  
ท่อน้ำดี หรือมะเร็งตับในทั้งสองกลุ่ม ในด้านของประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ  
ของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่เคยตรวจ และไม่พบพยาธิใบไม้ตับ รองลงมาในกลุ่มศึกษา  
คือ มีประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของคนในครอบครัวร้อยละ 38.0 ส่วนในกลุ่มควบคุม  
รองลงมา คือ คนในครอบครัวไม่เคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

## ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง  
เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	กลุ่มศึกษา (n = 92)			กลุ่มควบคุม (n = 184)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การกินปลาร้าดิบในส้มตำเพียงครั้งเดียว ไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.29	1.38	ปาน กลาง	3.08	1.40	ปาน กลาง
2. คนที่กินปลาน้ำจืดดิบมีโอกาสติดโรค พยาธิใบไม้ตับทุกคน	3.73	1.04	สูง	3.66	1.07	ปาน กลาง
3. คนที่กินปลาดิบนาน ๆ ครั้งไม่ทำให้เกิด โรคพยาธิใบไม้ตับ	3.12	1.32	ปาน กลาง	3.18	1.23	ปาน กลาง
4. เราสามารถป้องกันการติดพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการไม่กินปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ	4.14	1.04	สูง	4.25	1.00	สูง
5. ท่านคิดว่าคนทุกคนสามารถติดพยาธิ ใบไม้ตับได้ถ้ารับประทานปลาส้มดิบ	3.79	0.97	สูง	3.73	0.95	สูง
6. คนที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ขับถ่าย ในส้วมอาจทำให้พยาธิใบไม้ตับแพร่ระบาด	3.53	1.30	ปาน กลาง	3.76	1.22	สูง
7. การติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่จะทำให้เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี	4.03	0.87	สูง	4.03	0.94	สูง
8. คนที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเวลานาน มีโอกาสทำให้เป็นโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี	4.17	0.76	สูง	4.17	0.84	สูง
9. หากเรากินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำ จะป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้	2.73	1.37	ปาน กลาง	2.55	1.34	ปาน กลาง
10. ยาถ่ายทุกชนิดสามารถฆ่าพยาธิ ใบไม้ตับ	3.90	1.27	สูง	3.64	1.24	ปาน กลาง

ตาราง 2 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	กลุ่มศึกษา (n = 92)			กลุ่มควบคุม (n = 184)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11. การบีบมะนาวราดลงไปในปลาดิบ ทำให้พยาธิใบไม้ตับตายป้องกันการติด พยาธิใบไม้ตับได้*	4.22	1.12	สูง	4.20	1.08	สูง
12. วิธีการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ทำได้โดยการตรวจจากอุจจาระ	4.61	0.55	สูง	4.58	0.76	สูง

ผลการศึกษการรับรู้ความเสี่ยงจากตาราง 2 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) สูงสุดอยู่ในข้อ 12 “วิธีการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับทำได้โดยการตรวจจากอุจจาระ” ( $\bar{X} = 4.61$ , S.D. = 0.55) และ ( $\bar{X} = 4.58$ , S.D. = 0.76) และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำสุดอยู่ในข้อที่ 9 “หากเรากินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำ จะป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้” ( $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 1.37) และ ( $\bar{X} = 2.55$ , S.D. = 1.34) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม มีความเชื่อว่าการรับประทานยาถ่ายพยาธิเป็นประจำจะป้องกันการติดพยาธิได้ ซึ่งอาจมีผลทำให้ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิได้

### ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	กลุ่มศึกษา (n = 92)			กลุ่มควบคุม (n = 184)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ภาคเหนือมีคนติดโรคพยาธิใบไม้ตับมากเป็นอันดับ 2 รองจากภาคอีสาน	3.87	0.82	สูง	3.90	.82	สูง
2. พยาธิใบไม้ตับสามารถทำให้ท่อน้ำดีอุดตันและอักเสบนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี	4.03	0.81	สูง	4.04	0.81	สูง
3. โรคมะเร็งท่อน้ำดีหากพบในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายได้	3.53	0.95	ปานกลาง	3.48	0.95	สูง
4. โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายของคนไทยเป็นอันดับแรกๆ	3.04	1.14	ปานกลาง	3.02	1.14	ปานกลาง
5. การติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ไม่มีโอกาสทำให้เสียชีวิต	3.64	0.99	ปานกลาง	3.60	0.99	ปานกลาง
6. อาการอึดแน่นท้อง ชูบพอม คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการหนึ่งของพยาธิใบไม้ตับ	3.88	0.89	สูง	3.90	0.89	ปานกลาง
7. หากมีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายจำนวนมากจะทำให้ตับโต อุจจาระสีซีด ตรวจจบลำพบถุงน้ำดีโป่งพองผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ หรือจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว*	3.05	1.25	ปานกลาง	3.15	1.25	สูง
8. หากมีพยาธิใบไม้ตับจำนวนมากในร่างกาย อาจทำให้ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด	4.11	1.07	สูง	3.91	1.07	ปานกลาง

ตาราง 3 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	กลุ่มศึกษา (n = 92)			กลุ่มควบคุม (n = 184)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
9. ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับเป็นยาถ่ายพยาธิที่มีผลข้างเคียงรุนแรง และต้องได้รับการจ่ายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	3.79	1.26	ปานกลาง	3.34	1.27	สูง
10. ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับไม่เป็นอันตราย สามารถซื้อหากินได้ เพื่อป้องกัน หรือรักษาพยาธิได้	4.21	1.16	สูง	4.04	1.16	สูง
11. เราสามารถกินปลาดิบได้โดยไม่ต้องกลัวติดโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากสามารถซื้อยาถ่ายพยาธิกินเองได้	4.23	1.13	สูง	4.02	1.13	สูง
12. โรคพยาธิใบไม้ตับอาจทำให้เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี และเสียชีวิตได้ ส้าปลาดิบ ปลาสดดิบเป็นต้น	3.87	0.82	สูง	3.90	0.82	สูง

ผลการศึกษการรับรู้ความรุนแรงจากตาราง 3 ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ในกลุ่มศึกษาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) สูงสุดอยู่ในข้อ 11 “เราสามารถกินปลาดิบได้โดยไม่ต้องกลัวติดโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากสามารถซื้อยาถ่ายพยาธิกินเองได้” ( $\bar{X}$  = 4.23, S.D. = 1.13) ส่วนในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) สูงสุดอยู่ในข้อ 2 “พยาธิใบไม้ตับสามารถทำให้ท่อน้ำดีอุดตัน และอักเสบ จนนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้” และข้อ 10 “ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับไม่เป็นอันตรายสามารถซื้อหากินได้ เพื่อป้องกันหรือรักษาพยาธิได้” ( $\bar{X}$  = 4.04, S.D. = 1.16) และ ( $\bar{X}$  = 4.04, S.D. = 1.16) และพบว่าทั้งในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงต่ำสุดในข้อ 4 “โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ๆ” ( $\bar{X}$  = 3.04, S.D. = 1.14) และ ( $\bar{X}$  = 3.02, S.D. = 1.14)

#### ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มศึกษา (n = 92)			กลุ่มควบคุม (n = 184)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	1. ทานคิดว่าการขับถ่ายอุจจาระในส้วมช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับ	4.24	0.92	สูง	3.96	1.24
2. การเก็บอุจจาระมาส่งตรวจเพื่อหาไข่พยาธิเป็นวิธีที่ดี และง่ายกว่าการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากยามีอาการข้างเคียงที่รุนแรง	4.13	0.84	สูง	4.04	1.00	สูง
3. ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับสามารถทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อย่างรุนแรงได้ไม่ควรซื้อทานเอง	3.59	1.27	ปานกลาง	3.59	1.11	ปานกลาง
4. หลังจากที่ได้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับต้องกินยาฆ่าพยาธิตามที่หมอให้อย่างเคร่งครัด	4.46	0.64	สูง	4.47	0.66	สูง
5. การกินปลาปลาสุกช่วยป้องกันการเกิดพยาธิใบไม้ตับ	4.29	0.99	สูง	4.44	0.90	สูง
6. ทานยอมเสียเวลาในการปรุงอาหารประเภทปลาให้สุกก่อนกิน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	4.52	0.60	สูง	4.53	0.68	สูง
7. การล้างมือ เชียงหรืออุปกรณ์ชำแหละปลาดิบทุกครั้ง เป็นการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ	4.11	1.00	สูง	4.03	1.19	สูง

ผลการศึกษารับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามตาราง 4 พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในข้อ 6 “ท่านยอมเสียเวลาในการปรุงอาหารประเภทปลาให้สุกก่อนกิน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ” ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 4.52$ , S.D. = 0.60) และ ( $\bar{X} = 4.53$ , S.D. = 0.68) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ข้อ 3 “ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ สามารถทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรงได้ไม่ควรซื้อทานเอง” ทั้งในกลุ่มศึกษาและในกลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 3.59$ , S.D. = 1.27) และ ( $\bar{X} = 3.59$ , S.D. = 1.11)

### ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมจำแนกรายข้อคำถาม

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มศึกษา (n = 92)			กลุ่มควบคุม (n = 184)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านคิดว่าการนำอุจจาระไปตรวจ เป็นเรื่องเสียเวลา ยุ่งยาก น่ารังเกียจ	4.66	0.86	สูง	4.59	0.91	สูง
2. ท่านไม่อยากตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ ใบไม้ตับ เนื่องจากอาจหากตรวจพบว่าติด โรคพยาธิใบไม้ตับ	4.42	1.11	สูง	4.41	1.10	สูง
3. ท่านคิดว่าการทำลาบปลาสุก ทำให้ เสียเวลาและเสียรสชาติ	4.51	0.90	สูง	4.52	0.92	สูง
4. ท่านคิดว่าการทำส้าปลาดิบรวดเร็ว สะดวก กว่าการทำส้าปลาสุก	4.38	.99	สูง	4.53	0.87	สูง
5. ท่านคิดว่าการกินปลาสดดิบอร่อย สะดวกและไม่ต้องเสียเวลาปรุงให้สุก*	4.33	1.04	สูง	4.50	.87	สูง
6. ท่านคิดว่าร้านส้มตำในหมู่บ้านใช้ปลาร้า ดิบในการปรุงส้มตำ สดใหม่ รสชาติดี*	3.90	1.16	สูง	3.98	1.08	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มศึกษา (n = 92)			กลุ่มควบคุม (n = 184)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
7. ท่านคิดว่าถ้าตรวจอุจจาระแล้วไม่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับก็สามารถกิน ลาบปลาดิบ ส้าปลาดิบได้อย่างปลอดภัย	4.47	.93	สูง	4.39	.91	สูง
8. ท่านเลือกคั่วลาบปลาให้สุกก่อน แม่เพื่อนหรือผู้อื่นจะไม่เห็นด้วย เนื่องจากป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.72	1.44	สูง	3.97	1.31	สูง
9. เมื่อท่านไปทำงานหรือสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน อาหารประเภทปลาปรุงดิบ เช่น ลาบปลาดิบ ส้าปลาดิบ เป็นที่ชื่นชอบของทุกคน	3.96	1.19	สูง	3.98	1.19	สูง

ผลการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามตาราง 5 พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในข้อ 1 “ท่านคิดว่าถ้าการนำอุจจาระไปตรวจเป็นเรื่องเสียเวลา ยุ่งยาก น่ารังเกียจ” ทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 4.66, S.D. = 0.86) และ ( $\bar{X}$  = 4.59, S.D. = 0.91) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ข้อ 8 “ท่านคิดว่าร้านส้มตำในหมู่บ้านใช้ปลาร้าดิบในการปรุงส้มตำ สดใหม่ รสชาติดี” ทั้งในกลุ่มศึกษาและในกลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 3.90, S.D. = 1.16) และ ( $\bar{X}$  = 3.98, S.D. = 1.08)

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละระดับการรับรู้จำแนกเป็นสองระดับของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

ภาพรวมระดับการรับรู้	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
	(n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 184) จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง		
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง	40 (43.5)	95 (51.1)
ระดับสูง	52 (56.5)	90 (48.9)
ระดับการรับรู้ความรุนแรง		
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง	45 (49.8)	93. (50.5)
ระดับสูง	47 (51.1)	91 (49.5)
ระดับการรับรู้ประโยชน์		
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง	16 (17.4)	41 (22.3)
ระดับสูง	76(82.6)	143 (77.7)
ระดับการรับรู้อุปสรรค		
ระดับต่ำ	0 (0.0)	1 (0.5)
ระดับปานกลาง	16 (17.4)	16 (8.7)
ระดับสูง	76(82.6)	155 (84.2)

จากตาราง 6 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ระดับการรับรู้ความรุนแรง ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และระดับการรับรู้อุปสรรค ในกลุ่มศึกษาพบว่าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.5, 51.1, 82.6 และ 82.6 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และระดับการรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 และ 50.5 ส่วนระดับการรับรู้ประโยชน์ และระดับการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.7 และ 84.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ  
ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมจำแนกตามรายชื่อ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
	(n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 184) จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ระดับต่ำ (1.00–1.66)	1 (1.1)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง (1.67–2.33)	52 (56.5)	68 (37.0)
ระดับสูง (2.34–3.00)	39 (42.4)	116 (63.0)
1. ลาบปลาดิบ		
กินประจำ	4 (4.4)	0 (0.0)
บางครั้ง	76 (82.6)	127 (69.0)
ไม่เคยกินเลย	12 (13.0)	57 (31.0)
2. ส้าปลาดิบ หรือก้อยปลาดิบ		
กินประจำ	4 (4.3)	0 (0.0)
บางครั้ง	49 (53.3)	73 (39.7)
ไม่เคยกินเลย	39 (42.4)	111 (60.3)
3. ปลาจ่อมดิบ		
กินประจำ	3 (3.3)	1 (0.5)
บางครั้ง	81 (88.0)	136 (73.9)
ไม่เคยกินเลย	8 (8.7)	47 (25.5)
4. ปลาร้าดิบในส้มตำ หรือปลาร้าสับดิบในน้ำพริก		
กินประจำ	1 (1.1)	15 (8.2)
บางครั้ง	85 (92.4)	134 (72.8)
ไม่เคยกินเลย	6 (6.5)	35 (19.0)

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
	(n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 184) จำนวน (ร้อยละ)
5. แฉวบองปลาร้าดิบ		
กินประจำ	0 (0.0)	2 (1.1)
บางครั้ง	51 (55.4)	93 (50.5)
ไม่เคยกินเลย	41 (44.6)	89 (48.4)
6. ปลาสดดิบ		
กินประจำ	4 (4.3)	2 (1.1)
บางครั้ง	78 (84.8)	128 (69.6)
ไม่เคยกินเลย	10 (10.9)	54 (29.3)
7. ไข่ปลาสดดิบ		
กินประจำ	1 (1.1)	1 (0.5)
บางครั้ง	59 (64.1)	97 (52.7)
ไม่เคยกินเลย	32 (34.8)	86 (46.7)
8. ไข่ปลาหมดดิบ		
กินประจำ	1 (1.1)	1 (0.5)
บางครั้ง	78 (84.8)	115 (62.5)
ไม่เคยกินเลย	13 (14.1)	68 (37.0)

จากตาราง 7 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.5 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 63.0 หากพิจารณารายข้อคำถาม กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกิน ลาบปลาดิบ ส้าปลา หรือก้อยปลาดิบ ปลาจ่อมดิบ ปลาร้าดิบในส้มตำ หรือปลาร้าดิบในน้ำพริก แฉวบองปลาร้าดิบ ปลาสดดิบ ไข่ปลาสดดิบ และไข่ปลาหมดดิบ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 82.6, 53.3, 88.0, 92.4, 55.4, 84.8, 64.1 และ 84.8

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 8 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square Test

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 184) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			
หญิง	53 (57.6)	149 (81.0)	<0.01*
ชาย	39 (42.4)	35 (19.0)	
อายุ			
ต่ำกว่า 45 ปี	3 (3.3)	32 (17.4)	<0.01*
45-59 ปี	53 (57.6)	111 (60.3)	
60 ปีขึ้นไป	36 (39.1)	41 (22.3)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	72 (70.2)	86 (46.7)	<0.01*
ตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษา	20 (22.8)	98 (53.3)	
อาชีพหลักของท่าน			
เกษตรกร	84 (91.3)	159 (86.4)	0.11
ค้าขาย	6 (6.5)	9 (4.9)	
รับจ้างรายวัน/ลูกจ้าง	2 (2.2)	16 (8.7)	
ประวัติการตรวจพยาธิใบไม้ตับ			
คนในครอบครัว			
ไม่เคยตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับ	57 (62.0)	163 (88.6)	<0.01*
เคยตรวจแต่ไม่พบโรคพยาธิใบไม้ตับ	35 (38.5)	21 (11.4)	

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 184) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งตับหรือ มะเร็งท่อน้ำดีของคนในครอบครัว			
มี	53 (57.6)	149 (81.0)	<0.01*
ไม่มี	39 (42.4)	35 (19.0)	
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรค			
ปานกลาง	40 (40.43)	94 (51.1)	0.28
สูง	52 (56.5)	90 (48.9)	
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค			
ปานกลาง	45 (49.8)	93 (50.5)	0.79
สูง	47 (51.1)	91 (49.5)	
ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ			
ปานกลาง	16 (17.4)	41 (22.3)	0.34
สูง	76 (82.6)	143 (77.7)	
ระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ			
ปานกลาง	16 (17.4)	29 (15.8)	0.72
สูง	76 (82.6)	155 (84.2)	
ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ			
ปานกลาง	53 (56.6)	68 (37.0)	<0.01
สูง	39 (42.4)	116 (63.0)	

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 184) จำนวน (ร้อยละ)	
ลาบปลาดิบ			
เคยกิน	80 (87.0)	127 (69.0)	<0.01
ไม่เคยกิน	12 (13.0)	57 (31.0)	
ส้าปลาดิบ หรือก้อยปลาดิบ			
เคยกิน	53 (57.6)	73 (39.7)	<0.01
ไม่เคยกิน	39 (42.4)	111 (60.3)	
ปลาร้าดิบในส้มตำ หรือน้ำพริก			
เคยกิน	86 (93.5)	149 (81.0)	<0.01
ไม่เคยกิน	6 (6.5)	35 (19.0)	
แจ่วบองปลาร้าดิบ			
เคยกิน	51 (55.4)	95 (51.6)	0.55
ไม่เคยกิน	52 (56.5)	40 (48.9)	
ปลาต้มดิบ			
เคยกิน	82 (89.1)	130 (71.0)	<0.01
ไม่เคยกิน	10 (10.9)	54 (29.3)	
ไข่ปลาต้มดิบ			
เคยกิน	60 (65.2)	98 (53.3)	0.59
ไม่เคยกิน	32 (34.8)	86 (46.7)	
ซี่ปลาหมดดิบ			
เคยกิน	79 (85.9)	116 (63.0)	<0.01
ไม่เคยกิน	13 (14.1)	68 (37.0)	

การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงกลุ่มเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้สถิติ Chi-square Test จากตาราง 8 พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คือ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา และประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงนำพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์รายข้อคำถามเพื่อหาความสัมพันธ์กับการกินอาหารประเภทปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ พบว่า การกินลาบปลาดิบ ส้าปลา หรือก้อยปลาดิบ ปลาจ่อมดิบ ปลาร้าดิบในส้มตำ หรือในน้ำพริก ปลาสดดิบ และซี่ปลาสดดิบ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนการกินแจ่วบองปลาร้าดิบ และไข่ปลาสดดิบ ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในการศึกษาครั้งนี้

ตาราง 9 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
	(n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 184) จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
หญิง	53 (57.6)	149 (81.0)	3.12	2.76	<0.01
ชาย	39 (42.4)	35 (19.0)	(1.79–5.46)	(1.48–5.15)	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	72 (78.3)	86 (46.7)	0.24	0.26	<0.01
มัธยมศึกษาขึ้นไป	20 (21.7)	98 (53.3)	(0.14–0.43)	(0.14–0.48)	
ประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ของคนในครอบครัว					
ไม่เคยพบพยาธิใบไม้ตับ	57 (62.0)	163 (88.6)	4.56	4.51	<0.01
เคยพบพยาธิใบไม้ตับ	35 (38.0)	21 (11.4)	(2.33–8.67)	(2.30–8.86)	
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ					
ปานกลาง	53 (57.6)	68 (37.0)	0.42	0.51	<0.01
สูง	39 (42.4)	116 (63.0)	(0.25–0.71)	(0.28–0.91)	

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายปัจจัย (Multivariate analysis) ด้วยสถิติ Binary logistic regression โดยใช้วิธี Forward stepwise โดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จากตาราง 8 พบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 2.67 เท่า (adjusted OR = 2.67, 95% CI: 1.4–5.15) เมื่อเทียบกับเพศหญิง การได้รับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาลดโอกาสการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 67 (adjusted OR = 0.33, 95% CI: 0.17–0.64) การมีคนในครอบครัวเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 4.51 เท่า (adjusted OR = 4.51, 95% CI: 2.30–8.86) และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการไม่กินอาหารประเภทปลาปรุงดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ช่วยป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถึงร้อยละ 49 (adjusted OR = 0.51, 95% CI: 0.28–0.91)

ตาราง 10 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	Crude OR* (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
	(n = 92) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 184) จำนวน (ร้อยละ)			
<b>ปลาสดดิบ</b>					
เคยกิน	60 (65.2)	98 (53.3)	3.39	2.34	<0.05
ไม่เคยกิน	32 (34.8)	86 (46.7)	(1.68–7.37)	(1.08–5.08)	
<b>ซีป์ปลาหมดดิบ</b>					
เคยกิน	79 (85.9)	116 (63.0)	3.57	2.73	<0.05
ไม่เคยกิน	13 (14.1)	68 (37.0)	(1.87–7.09)	(1.37–5.47)	

จากตาราง 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายปัจจัย (Multivariate analysis) ด้วยสถิติ Binary logistic regression โดยใช้วิธี Forward stepwise โดยนำตัวแปรพฤติกรรม การป้องกันพยาธิใบไม้ตับที่ที่มีความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square (P-value<0.05) พบว่าอาหารที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในการศึกษาครั้งนี้ คือ ปลาสดดิบ (adjusted OR = 2.34, 95% CI: 1.08–5.08) และซีป์ปลาหมดดิบ (adjusted OR = 2.73, 95% CI: 1.37–5.47)

## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดพยาธิใบไม้ตับ โดยศึกษา ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรโดยครอบคลุมไปถึงประสบการณ์ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรค และการรับโรคอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และปัจจัย ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ซึ่งรูปแบบการศึกษาเป็นศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบบ บ ไม่ จับ คู่ ย ่อ น ห ลั ง (Unmatched case-control study) โดยศึกษาในกลุ่มประชาชนทั้งเพศชาย และเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ ที่ได้รับการตรวจจูงจาะด้วยวิธี Kato's thick smear ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 ในโครงการแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ ปี 2564 โดยกลุ่มศึกษา คือ ประชาชน ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ 1 ใบขึ้นไป จำนวน 92 คน และกลุ่มควบคุมคือ ประชาชน ที่ได้รับการตรวจจูงจาะในโครงการดังกล่าวแต่ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 184 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย

### สรุปผลการศึกษา

#### คุณลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะทางประชากร ผลการศึกษาในกลุ่มศึกษาจำนวนเพศชาย และเพศหญิง มีจำนวนใกล้เคียงกัน เพศหญิง ร้อยละ 57.6 เพศชาย ร้อยละ 42.4 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.4 เพศชาย ร้อยละ 19.0 กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 57.6 และ 60.3 ในด้านระดับการศึกษา กลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถม ร้อยละ 78.30 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาสูง ร้อยละ 46.6 และ 46.6 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 73.8 และ 84.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือมะเร็งตับ

ในด้านของประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่เคยตรวจและไม่พบพยาธิใบไม้ตับทั้งกลุ่มศึกษาร้อยละ 43.5 และ 67.4 ตามลำดับ รองลงมาในกลุ่มศึกษา คือ มีประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของคนในครอบครัว ร้อยละ 38.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นรองลงมา คือ คนในครอบครัวไม่เคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

**ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ระดับการรับรู้ความรุนแรง ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และระดับการรับรู้อุปสรรค**

**ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง** ในภาพรวมของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง โดยมีจำนวนใกล้เคียงกันในทั้ง 2 กลุ่ม ในรายข้อคำถามนั้น กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย สูงสุดของการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในข้อ 12 “วิธีการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับทำได้โดยการตรวจจากอุจจาระ” ( $\bar{X} = 4.61$ , S.D. = 0.55) และ ( $\bar{X} = 4.58$ , S.D. = 0.76) และมีค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำสุดอยู่ในข้อที่ 9 “หากเรากินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำจะป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้” ( $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 1.37) และ ( $\bar{X} = 2.55$ , S.D. = 1.34) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตติพงษ์ พลเมือง (2557) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่าการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการรับประทานยาถ่ายพยาธิเป็นประจำ จะป้องกันการติดเชื้อพยาธิได้ อาจมีผลทำให้ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิได้

**ระดับการรับรู้ความรุนแรง** ในภาพรวมของกลุ่มศึกษามีระดับการรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.8 ส่วนกลุ่มควบคุมนั้น มีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 49.5 ในรายข้อคำถามนั้นพบว่าทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมนั้น มีค่าเฉลี่ย ต่ำสุดในข้อ 4 “โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของคนไทย”

**ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ** ทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.6 และ 77.7 ตามลำดับ ในรายข้อคำถามพบว่า มีค่าเฉลี่ย ต่ำสุดอยู่ที่ข้อ 3 “ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับสามารถทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรงได้ไม่ควรซื้อทานเอง”

**ระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ** ในภาพรวมพบว่า ทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.6 และ 84.2

ในรายชื่อบุคคลที่มีค่าเฉลี่ย ต่ำสุดอยู่ที่ข้อที่ 8 “ท่านคิดว่าร้านส้มตำในหมู่บ้านใช้ปลาร้าดิบ ในการปรุงส้มตำสดใหม่รสชาติดี” ทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

### พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ โดยในการศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษา พฤติกรรมเกี่ยวกับการกินอาหารประเภทปลาปรุงดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ พบว่า ในกลุ่มศึกษา มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับระดับสูง และน้อยสุด คือ ระดับต่ำ ในกลุ่มควบคุมนั้น พฤติกรรมในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูงคิดเป็น ร้อยละ 63.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.0 และไม่มีระดับต่ำ

พิจารณารายชื่อบุคคลที่มีค่าเฉลี่ยว่า ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีการกินอาหารประเภท ปลา ปลาดิบ ส้าปลา หรือก้อยปลาดิบ ปลาส้มดิบ ปลาจ่อมดิบ ปลาร้าดิบในส้มตำ หรือในน้ำพริก แจ่วบองปลาร้าดิบ ปลาส้มดิบ ไช้ปลาส้มดิบ และซี่ปลาหมักดิบเป็นบางครั้ง ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการกิน ปลาปลาดิบ ปลาจ่อมดิบ ปลาร้าดิบในส้มตำ ปลาส้มดิบ และซี่ปลาหมักดิบ เป็นบางครั้ง ส่วนส้าปลาดิบในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่นิยมกิน

### อภิปรายผล

#### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยง ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 2.67 เท่า (adjusted OR = 2.67, 95% CI: 1.46-5.20) การได้รับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไปลดโอกาสการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 67 (adjusted OR = 0.33, 95% CI: 0.17-0.64) การมีคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่าคนที่คนในครอบครัวเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเสี่ยง ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าคนที่คนในครอบครัวไม่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 4.51 เท่า ซึ่งการรับประทานอาหารประเภทปลาปรุงดิบ ส่วนใหญ่มีการรับประทานกับเพื่อนสนิท คนในชุมชน และคนในครอบครัว (ธนเดช สัจจวัฒนา และวิวัฒน์ สังฆะบุตร, 2559) เด็กที่มี มารดาเคยรับประทานอาหารที่ประกอบจากปลาปรุงดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีความเสี่ยงต่อการ ติดโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าเด็กที่มารดาไม่รับประทานอาหารดังกล่าวถึง 2.47 เท่า (Araki, et al., 2018)

การศึกษาด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในครั้งนี ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยใช้สถิติ Chi-square Test แต่จากการวิเคราะห์ Binary logistic regression พบว่าเป็นตัวแปรที่ถูกตัดออกจากสมการถดถอย และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในครั้งนี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิทย์ นามวงศ์, นพรัตน์ ส่งเสริม และอรอนงค์ บุรีเลิศ (2562) ที่พบว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์ กับ เพศ อายุ และภูมิลำเนา ทั้งนี้เนื่องจาก ในด้านประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติสายตรง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาทิ สิทธิ (2563) ที่พบว่าการมีญาติสายตรงป่วยโรคมะเร็งตับ หรือมะเร็งท่อน้ำดี มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทั้งนี้เนื่องจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Sripa, et al., 2007)

ปัจจัยทางด้านการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ พลเมือง (2557) และฉัตรชัย คำดอกกรับ (2561) ที่ได้ศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในเชิงบ่งชี้ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากพื้นที่ที่ทำการศึกษามีการรณรงค์ให้ความรู้และสร้างการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนหลังการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการไม่รับประทานอาหารประเภทปลาดิบ หรือปลาปรุงดิบเป็นปัจจัยในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถึงร้อยละ 49 (adjusted OR = 0.51, 95% CI: 0.28–0.91) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร แต้หนองแก้ว และคณะ (2559) การบริโภคอาหารที่ประกอบจากปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบ หรือปลาปรุงดิบมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (เกษร แต้หนองแก้ว และคณะ, 2559) ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การรับประทานเมนูปลาสดมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าคนที่ไม่รับประทานถึง 2.34 เท่า (adjusted OR = 2.34, 95% CI: 1.08–5.08) และการรับประทานซีปลาหมึกมีโอกาสเสี่ยงกว่าคนที่ไม่รับประทาน 2.73 เท่า (adjusted OR = 2.73, 95% CI: 1.37–5.47)

จากการศึกษาการรับประทานอาหารประเภท ลาบปลาดิบ ส้าปลาดิบ หรือ ก้อยปลาดิบ ปลาร้าดิบในส้มตำ หรือในน้ำพริก พบว่าเป็นตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยใช้สถิติ Chi-square Test แต่จากการวิเคราะห์ Binary logistic regression พบว่าเป็นตัวแปรที่ถูกตัดออก

จากสมการถดถอย และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในครั้งนี้ ทั้งนี้เนื่องจากการรับประทานอาหารประเภทดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับประทานที่มาจากแหล่งเดียวกัน ซึ่งปลาเป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่ 2 ที่นำมาปรุงอาหารหากไม่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ถึงแม้จะรับประทานอาหารประเภทดังกล่าว จึงไม่ติดพยาธิใบไม้ตับ อย่างไรก็ตามยังพบอีกว่าการรับประทานแจ่วบองปลาร้าดิบไม่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ พรหมเมือง (2557) ที่พบว่า การรับประทานแจ่วบองปลาร้าดิบทำให้มีโอกาสติดโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าคนที่ไม่รับประทานถึง 4.01 เท่า (adjusted OR = 4.01, 95% CI: 1.65–9.73) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก แจ่วบองปลาร้าดิบเป็นอาหารที่นิยมรับประทานอย่างมากในภาคอีสาน ซึ่งในภาคเหนือยังมีการรับประทานในปริมาณ

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 หน่วยงาน หรือองค์กรในชุมชน ควรมีการรณรงค์ สร้างการรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2 นำผลการศึกษานี้ใช้เป็นต้นข้อมูลให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงบริบทของปัญหา เพื่อเป็นการวางแผนการแก้ไขปัญหาในลำดับต่อไป

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาวิจัยพบว่า การเก็บข้อมูลข้อมูลย้อนหลัง อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางด้านความจำ ควรมีการทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าก่อนมีการทำการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

2.2 จากผลการศึกษาควรเน้นสร้างโปรแกรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และส่งเสริมให้โรงเรียนมีการให้ความรู้ เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อการป้องกันโรคในระยะยาว



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2552). รายงานผลการศึกษาศาสนสถานการณโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พ.ศ.2552. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2564, จาก <http://www.thaicd.ddc.moph.go.th/knowledges/download/34>
- กรมควบคุมโรค. (2562). คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมวิทยาศาสตร์บริการ. (2558). การพัฒนาผลิตภัณฑ์พลาสติก. สำนักหอสมุดและศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564, จาก <http://otop.dss.go.th/index.php/en/knowledge/informationrepack/>
- กรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสรีน ศุกลบัณฑิ และนารมย์รัตน์สัมฤทธิ์. (2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2564). สรุปผลการดำเนินงานโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา จังหวัดพะเยา ปี 2564. สรุปผลการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดพะเยา. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา 1: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- กิตติพงษ์ พรหมพลเมือง. (2557). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. รายงานการศึกษาระยะ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กุลนิศา สายนุ้ย. (2553). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- เกษร แต้วน่องแก้ว, พิบูล สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชุตไธสง และ วราลักษณ์ ตั้งคณากุล. (2559). อุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 25(3), 370-379.
- ฉัตรชัย คำคอกอรับ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**, 21(5), 75-83.
- จิตติมา วงศาโรจน์, ดวงเดือน ไกรลาศ, พงศ์ราม รามสุต, วิชิต โรจน์กิตติคุณ, วรยุทธ นาคอ้าย และนันทวัน แก้วพูลศรี. (2552). **รายงานผลการศึกษาศาสนาการณโรคหนอนพยาธิ และโปรโตซัวของประเทศไทย พ.ศ. 2552**. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564, จาก <http://dcd.ddc.moph.go.th/2016/knowledges/view/133>.
- เดวิด เอส ก็อชแมน. (2556). **แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 58-59). (ประกาย จิโรจน์กุล, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส. (ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ค.ศ. 1997).
- ธนเดช สัจจวัฒนา และวิวัฒน์ สังฆะบุตร. (2559). การระบาด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 21. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 10(4), 394-401.
- นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. (2560). **ผลของโปรแกรมให้สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา**. รายงานการศึกษาระยะ พย.ม., มหาวิทยาลัยพายัพ, เชียงใหม่.
- เบคเกอร์ เอ็ม เอช และไมแมน แอล เอ. (2556). **แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 64-65). (ประกาย จิโรจน์กุล, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส. (ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ค.ศ. 1975).
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). **แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 63-64). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (30 พฤษภาคม 2559). **สธ.เดินทางทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ-มะเร็งท่อน้ำดี ตั้งเป้าลดอัตราตายลง 50%**. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12347>

- แม่นสรวง วุฒิอุดมเลิศ. (2557). **พยาธิใบไม้และปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับ**. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564, จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/205>
- โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. (2556). **โรคพยาธิใบไม้ตับ**. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.tn.mahidol.ac.th/hospital/hospital-p-opisthorchis-th.php>
- วรวิภา นามวงศ์, นพรัตน์ สงเสริม และอรอนงค์ บุรีเลิศ. (2562). ความชุก และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ. **วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**, 8(2), 13-20.
- วาที สิทธิ. (2561). ความรู้ ทัศนคติ การยอมรับปฏิบัติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย. **วารสารกรมควบคุมโรค**, 47(1), 39-47.
- วิไลพร สาศิริ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. **วารสารวิชาการ สคร. 9**, 1(23), 41-51.
- ศรีวิภา ช่างไชยยะ, นงลักษณ์ เหลลาพรม, ศศิวรรณ ทัศนเยี่ยม, ธนกร พรหมโนภาส, กรรณิการ์ ประชานอก, วิชชุดา แมตจอง และคณะ. (2559). ความชุกของหนอนพยาธิใบไม้ตับในตำบลเชียงเคี่ยน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร**, 8(3), 301-308.
- สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (Producer). (2557). **มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน มข.37/2557**. กรุงเทพฯ: สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม.
- อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร. (2561). **คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิเพื่อหาไข่พยาธิและตัวอ่อนในอุจจาระคนภายใต้กล้องจุลทรรศน์ โดยวิธีคาโต้ ติค เสมิเยร์หรือคาโต้แคทซ์** (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: จรัสธุรกิจการพิมพ์ เชียงใหม่.
- อรอนงค์ บุญศรีแก้ว. (2553). **การสำรวจความชุกของพยาธิใบไม้ตับ (OPISTHORCHIS VIVERRINI) ระยะติดต่อในปลาตะเพียนขาว (PUNTIUS GONIONOTUS), ปลาขาวมณี (PUNTIUS LEIACANTHUS) และปลาขาวนา (CYCLOCHEILICHTHYS APOGON) ในห้วยพระคือ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อินทรา เทียมแสน. (2551). **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่**. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- เออร์วิน เอ็ม โรเซนสตัดด์. (2556). **แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 64-65). (ประกาย จิโรจน์กุล, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส. (ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ค.ศ. 1974).
- Araki, H., Ong, K. I. C., Lorphachan, L., Soundala, P., Iwagami, M., Shibamura, A., et al. (2018). Mothers' *Opisthorchis viverrini* infection status and raw fish dish consumption in Lao People's Democratic Republic: determinants of child infection status. **Tropical Medicine and Health**, 46(1), 29.
- Best, J. W. (1977). **Research in education**. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Pengput, A. and Schwartz, D. G. (2020). Risk Factors for *Opisthorchis Viverrini* Infection: A Systematic Review. **J Infect Public Health**, 13(9), 1265–1273.
- Phyo Myint, E. E., Sereemasapun, A., Rocklöv, J. and Nithikathkul, C. (2020). Discovery of Carcinogenic Liver Fluke Metacercariae in Second Intermediate Hosts and Surveillance on Fish-Borne Trematode Metacercariae Infections in Mekong Region of Myanmar. **Int J Environ Res Public Health**, 17(11).
- Nakbun, S., Thongkrajai, P. and Nithikathkul, C. (2018). Risk factors for *Opisthorchis viverrini* infection in Nakhon Phanom, Thailand, where the infection is highly endemic. **Asian Biomedicine**, 12(1), 45–51.
- Sripa, B., Kaewkes, S., Sithithaworn, P., Mairiang, E., Laha, T., Smout, M., et al. (2007). Liver Fluke Induces Cholangiocarcinoma. **PLoS Med.**, 4(7), 1148–1155. .
- Ketpueak, T., Thiennimitr, P., Apaijai, N., Chattipakorn, S. C. and Chattipakorn, N. (2021). Association of Chronic *Opisthorchis* Infestation and Microbiota Alteration on Tumorigenesis in Cholangiocarcinoma. **Clinical and Translational Gastroenterology**, 12(1), 1–14
- Wichaiyo, W., Parnsila, W., Chaveepojnkamjorn, W. and Sripa, B. (2019). Predictive risk factors towards liver fluke infection among the people in Kamalasai District, Kalasin Province, Thailand. **SAGE Open Med**, 7(1), 1–6
- World Health Organization. (2012). **Biological agents IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans volume 100B (3<sup>rd</sup> ed.)**. France: International Agency for Research on Cancer.

Wykoff, D. E., Harinasuta, C., Juttijudata, P. and Winn, M. M. (1965). OPISTHORCHIS VIVERRINI IN THAILAND--THE LIFE CYCLE AND COMPARISON WITH O. FELINEUS. *J Parasitol*, 51, 207-214.





ภาคผนวก

**แบบสอบถาม**

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ อำเภอดอกคำใต้**

**จังหวัดพะเยา**

**ของนางสาวจุฑาภรณ์ ทาจิณะ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา รหัสนิต 63056572**

**คำชี้แจง**

- แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่
- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
  - ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
  - ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
  - ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
  - ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล**

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ ( ) ชาย(1) ( ) หญิง(2)	Sex [ ]
2. อายุ.....ปี	Age [ ]
3. ระดับการศึกษา ( ) 1.ไม่ได้ศึกษา จบการศึกษาระดับ ( ) 2.ประถมศึกษา ( ) 3.มัธยมศึกษา/ปวส. ( ) 4.ปวช./อนุปริญญา ( ) 5.ปริญญาตรีขึ้นไป ( ) 6.อื่น ๆ ระบุ.....	Education [ ]
4. อาชีพหลักของท่าน ( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. เกษตรกร ( ) 3. ค้าขาย ( ) 4. รับจ้างรายวัน ( ) 5. ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ( ) 6. ลูกจ้างหน่วยงานรัฐบาลหรือพนักงานเอกชน ( ) 7. อื่น ๆ	Occupation [ ]

(ระบุ).....	
5. ท่านมีใครในครอบครัวเคยตรวจโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ ( ) 1. อยู่คนเดียว ( ) 2. มีคนในครอบครัวเคยตรวจและพบโรคพยาธิใบไม้ตับ ( ) 3. คนในครอบครัวเคยตรวจแต่ไม่พบโรคพยาธิใบไม้ตับ ( ) 4. คนในครอบครัวไม่เคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ	S [ ]
6. ท่านมีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่ ( ) 1. มี ( ) 2. ไม่มี	S10 [ ]

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ท่านเห็นด้วยว่าการกินปลาราดิบในส้มตำหรือการกินลาบปลาดิบเพียงครั้งเดียว ไม่ทำให้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ					
2. คนที่กินปลาน้ำจืดดิบมีโอกาสติดโรคพยาธิใบไม้ตับทุกคน					
3. คนที่กินปลาดิบนาน ๆ ครั้งไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ					
4. เราสามารถป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการไม่กินปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ					
5. ท่านคิดว่าคนทุกคนสามารถติดพยาธิใบไม้ตับได้ถ้ารับประทานปลาส้มดิบ					
6. หากคนที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ขับถ่ายในส้วมอาจทำให้พยาธิใบไม้ตับแพร่ระบาดได้					
7. การติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะทำให้เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี					

8. คนที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเวลานาน มีโอกาสทำให้เป็นโรคมะเร็งตับ และท่อน้ำดีได้					
9. หากเรากินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำ จะป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้					
10. ยาถ่ายทุกชนิดสามารถฆ่าพยาธิใบไม้ตับ					
11. การบีบมะนาวราดลงไป ปลาดิบ ทำให้พยาธิใบไม้ตับตายป้องกันการติดพยาธิใบไม้ตับได้*					
12. วิธีการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ทำได้โดยการตรวจจากอุจจาระ					

### ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ภาคเหนือมีคนติดโรคพยาธิใบไม้ตับ มากเป็นอันดับ 2 รองจากภาคอีสาน					
2. พยาธิใบไม้ตับสามารถทำให้ท่อน้ำดีอุดตัน และอักเสบ จนนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี					
3. โรคมะเร็งท่อน้ำดีหากพบในระยะเริ่มต้น สามารถรักษาให้หายได้					
4. โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายของคนไทยเป็นอันดับแรก ๆ					
5. การติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ไม่มีโอกาสทำให้เสียชีวิต					
6. อาการอืดแน่นท้อง ชูบพอม คลื่นไส้อาเจียน					

เป็นอาการหนึ่งของโรคพยาธิใบไม้ตับ					
7. หากมีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายจำนวนมาก จะทำให้ตับโต อุดจากระสีซีด ตรวจคลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ หรือจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว*					
8. หากมีพยาธิใบไม้ตับจำนวนมากในร่างกาย อาจทำให้ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด					
9. ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับเป็นยาถ่ายพยาธิที่มีผลข้างเคียงรุนแรง และต้องได้รับการจ่ายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น					
10. ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับไม่เป็นอันตราย สามารถซื้อหากินได้ เพื่อป้องกัน หรือรักษาพยาธิได้					
11. เราสามารถกินปลาดิบได้โดยไม่ต้องกลัวติดพยาธิใบไม้ตับ เพราะสามารถซื้อยาถ่ายพยาธิกินเองได้					
12. โรคพยาธิใบไม้ตับอาจทำให้เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี และเสียชีวิตได้ ท่านจึงไม่รับประทานอาหารประเภทปลาปรุงดิบ เช่น ลาบปลาดิบ ส้าปลาดิบ ปลาต้มดิบ เป็นต้น					

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ  
คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ท่านคิดว่าการขับถ่ายอุจจาระในส้วมช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับ					
2. การเก็บอุจจาระมาส่งตรวจเพื่อหาไข่พยาธิเป็นวิธีที่ดี และง่ายกว่าการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากยามีอาการข้างเคียงที่รุนแรง					
3. ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับสามารถทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรงได้ไม่ควรซื้อทานเอง					
4. หลังจากที่ได้รับพบพยาธิใบไม้ตับต้องกินยาฆ่าพยาธิตามที่หมอให้อย่างเคร่งครัด					
5. การกินปลาปลาสุกช่วยป้องกันการเกิดพยาธิใบไม้ตับ					
6. ท่านยอมเสียเวลาในการปรุงอาหารประเภทปลาให้สุกก่อนกิน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
7. การล้างมีด เขียง หรืออุปกรณ์ชำแหละปลาดีทุกครั้ง เป็นการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ					

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ  
คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ท่านคิดว่าการนำอุจจาระไปตรวจ เป็นเรื่องเสียเวลา ยุ่งยาก น่ารังเกียจ					
2. ท่านไม่อยากตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่ พยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากอาจหากตรวจพบว่า ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ					
3. ท่านคิดว่าการทำลาบปลาสุก ทำให้เสียเวลา และเสียรสชาติ					
4. ท่านคิดว่าการทำสาปปลาดิบรวดเร็ว สะดวก กว่าการทำสาปปลาสุก					
5. ท่านคิดว่าการกินปลาสดิบอร่อย สะดวก และไม่ต้องเสียเวลาปรุงให้สุก*					
6. ท่านคิดวารานสดำในหม้อบ้านใช้ปลาร้า ดิบในการปรุงสดำ สดใหม่ รสชาติดี*					
7. ท่านคิดว่าถ้าตรวจอุจจาระแล้วไม่ติดโรค พยาธิใบไม้ตับก็สามารถกิน ลาบปลาดิบ ส้า ปลาดิบได้อย่างปลอดภัย					
8. ท่านเลือกคั่วลาบปลาให้สุกก่อน แม่เพื่อน หรือผู้อื่น จะไม่เห็นด้วย เนื่องจากป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ					
9. เมื่อท่านไปทำงาน หรือสังสรรค์กับเพื่อน อาหารประเภทปลาปรุงดิบ เช่น ลาบปลาดิบ ส้าปลาดิบ เป็นที่ชื่นชอบของทุกคน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ  
 คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง  
 เป็นประจำ หมายถึง ทุกครั้งที่มีเมนูดังกล่าวจะกินทุกครั้ง  
 บางครั้ง หมายถึง หากมีเมนูดังกล่าวจะทานเป็นบางครั้ง หรือนาน ๆ ครั้ง  
 หรือเคยกินแต่เลิกกินแล้ว  
 ไม่เคยกินเลย หมายถึง ไม่เคยกินอาหารประเภทดังกล่าวแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ

ทานกินอาหารประเภทปลาดิบ หรือปลาปรุงดิบ หรือปลาสุก ๆ ดิบ ๆ หรือไม่	กินเป็นประจำ	บางครั้ง/เคยเลิกกินแล้ว	ไม่เคยกิน
1. ลาบปลาดิบ			
2. ส้าปลาดิบ หรือก้อยปลาดิบ			
3. ปลาจ่อมดิบ			
4. ปลาร้าดิบในสมตำ หรือปลาร้าสับดิบในน้ำพริก			
5. แจ่วของปลาร้าดิบ			
6. ปลาสมดิบ			
7. ไช้ปลาสมดิบ			
8. ชี้ปลาขมดิบ			

ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



## บันทึกข้อความ

หน่วยงาน กองบริหารงานวิจัย งานมาตรฐานการวิจัยและสารสนเทศ โทร. ๑๐๔๔๙

ที่ อว ๗/๓๐๔/ว ๒๔๑๒ วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งเลขที่โครงการและผลการพิจารณาโครงการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นางสาวจุฑาภรณ์ ทาจีนะ (นิสิตปริญญาโท ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์)

ตามที่ ท่านได้ส่งเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา" (Factors associated with Opisthorchis viverrini infection in Dokkhamtai district, Phayao province) นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้พิจารณาและมีมติ รับรอง และได้ส่งเอกสารรับรองโครงการพร้อมทั้งขอแจ้งเลขที่โครงการของท่าน คือ UP-HEC ๑.๒/๐๕๑/๖๔ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการค้นหาข้อมูลและติดตามโครงการของท่าน ขอให้ท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งเลขที่โครงการทุกครั้ง ที่มีการติดตามและสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการดังกล่าว
๒. กรณีมีการส่งเอกสารใด ๆ เกี่ยวกับโครงการนี้ กรุณาระบุเลขที่โครงการดังกล่าวทุกครั้ง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ใ้ขอความร่วมมือท่านปฏิบัติตามข้อ ๑ และข้อ ๒ ไม่เช่นนั้นทางคณะกรรมการจริยธรรมฯ จะต้องใช้เวลาานพอสมควรในการสืบค้นหาต้นฉบับหรือรายละเอียดโครงการของท่านและอาจทำให้โครงการของท่านล่าช้าได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ชันจรานนท์ คงใจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา

## ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาบทความ



ที่ สธ๑.๐๖๓/๒๕๖๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
๘๔ ม.๔ ถ.มิตรภาพหนองคาย  
อ.เมือง จ.นครราชสีมา ๓๐๐๐๐

๘ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ผลการพิจารณาบทความ

เรียน คุณจุฑาภรณ์ ทาจินะ

ตามที่ท่านได้ส่งผลงานเพื่อนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๕ “การสร้างสุขภาวะชุมชนวิถีใหม่” คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ในหัวข้อเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา” แล้วนั้น

บัดนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาผลงานของท่านแล้ว และขอเรียนให้ท่านทราบว่า ผลงานของท่านได้ผ่านการพิจารณาให้นำเสนอภาคบรรยาย (Oral Presentation) ผ่านโปรแกรม Zoom ในวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ ในการนี้มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้ให้ความสนใจส่งผลงานเข้าร่วมนำเสนอ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสนับสนุนจากท่านอีกในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ ผศ.ดร.มะลิ โพธิทิพย์ โทรศัพท์ ๐๘ ๑๕๔๗๕๐๕๑ email: nchri2022@gmail.com

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.วิทย์ เพชรเลียบ)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

# ภาคผนวก ง ตารางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป Epi Info

StatCalc - Sample Size and Power

Unmatched Case-Control Study (Comparison of ILL and NOT ILL)

Two-sided confidence level: 95%

Power: 80%

Ratio of controls to cases: 0.5

Percent of controls exposed: 53.92%

Odds ratio: 2.14

Percent of cases with exposure: 71.5%

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Cases	173	175	192
Controls	87	88	96
Total	260	263	288



ภาคผนวก จ เกียรติบัตรรางวัลดีเด่นการนำเสนอผลงานวิจัย





ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยพะเยา  
UNIVERSITY OF PHAYAO

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	จุฑาภรณ์ ทาจินะ
วัน เดือน ปี เกิด	16 มีนาคม 2529
สถานที่เกิด	พะเยา
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2550 ประกาศนียบัตรสาขารัฐศาสตร (บัณฑิตสาขารัฐศาสตร), วิทยาลัยการสาขารัฐศาสตรสิรินธร, พิษณุโลก พ.ศ. 2553 ส.บ. (สาขารัฐศาสตรบัณฑิต), มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	30 หมู่ 9 ตำบลคือเวียง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
ผลงานตีพิมพ์	จุฑาภรณ์ ทาจินะ. (ผู้บรรยาย). (16 มีนาคม 2564). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ “สร้างสุขภาวะชุมชน วิถีใหม่” คณะสาขารัฐศาสตร มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ครั้งที่ 2 (หน้า 187). นครราชศรีมา: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.
รางวัลที่ได้รับ	รางวัลดีเด่นการนำเสนอภาคบรรยาย ในการประชุมวิชาการระดับชาติ “สร้างสุขภาวะชุมชนวิถีใหม่” คณะสาขารัฐศาสตร มหาวิทยาลัย วงษ์ชวลิตกุล ครั้งที่ 2