

รายงานการวิจัย

เรื่อง

สถานการณ์ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ:

กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

นายธีรศักดิ์ พรหมพันธุ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

## บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชาชน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และมีการเสียชีวิตจากโรคนี้เป็นจำนวนมากในแต่ละปี ในปัจจุบันพบว่า ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งตับหรือส่วนหนึ่งคือมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยยังพบสูงมากในประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนปลิงคิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ทำให้ความชุกของโรคลดลงและสามารถลดปัญหาลงได้ระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งขาดกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อีกทั้งลักษณะของปัญหาที่เป็นเรื่องของพฤติกรรมของคน เชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ทำให้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังคงมีอุบัติการณ์ที่สูงอยู่ถึงปัจจุบัน งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์คือ 1) หาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ทั้งสามด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ 2) วิเคราะห์เชื่อมโยงสถานการณ์โรคกับปัจจัยกำหนด

วิธีการศึกษา เป็นกรณีศึกษาใน 1 ชุมชน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม ความเชื่อ ด้วยแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรอายุ 30 ปีขึ้นไปทุกคน ในชุมชน พิจารณาจากเกณฑ์อายุกลุ่มเสี่ยง นำมาวิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ แล้วใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลเชิงลึก ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การสนทนา และรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการตรวจสอบแบบสามเส้า

ผลการศึกษา: พบว่า สภาพปัญหาในชุมชนเป้าหมาย ยังมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความชุกร้อยละ 32.01 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด พบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ทำให้สุกดีด้วยความร้อน คิดเป็นร้อยละ 62.38 โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การคิดใจในรสชาติ ความเชื่อเรื่องการทำให้อาหารสุกด้วยความเปรี้ยวของน้ำมะนาวหรือมดแดง ความเชื่อว่าเห็ดสามารถฆ่าพยาธิได้ ความไม่ตระหนักต่อปัญหาเนื่องจากเห็นว่ามียารักษา และสามารถหาซื้อยากินเองได้ง่าย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่อยู่ติดบึงน้ำขนาดใหญ่ สามารถหาปลามารับประทานได้ง่าย ทั้งปลาสด และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากปลา อีกทั้งยังมีวัฒนธรรมท้องถิ่นในการบริโภคปลาดิบที่สืบทอดในครอบครัว ค่านิยมการบริโภคปลาดิบในโอกาสพิเศษ นอกจากนั้น ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ยังพบว่า สถานบริการในพื้นที่เสี่ยงยังไม่มีระบบบริการรองรับ การดำเนินตามนโยบายเป็นเพียงการคัดกรองและให้การรักษา ขาดการสร้างความรู้ความตระหนัก

แก่ชุมชน กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง แม้จะมีการพัฒนาบุคลากรด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่มีอุปสรรคด้านภาระงาน และขาดแรงจูงใจ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยง ควรดำเนินการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของกระบวนการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบท 2) สถานบริการควรจัดระบบการบริการรองรับการตรวจรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง 3) หน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการทำความเข้าใจและควบคุมกำกับร้านขายยาหรือคลินิก ในการจำหน่ายยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนให้ถึงระดับปฏิบัติในพื้นที่ และควรมีการสร้างแรงจูงใจต่อการดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่

## คำนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชาชน โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และทำให้มีการเสียชีวิตจากโรคนี้เป็นจำนวนมากในแต่ละปี แม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมา จะมีความพยายามในแก้ไขปัญหา แต่ก็ได้ผลในระดับหนึ่ง ด้วยขาดความต่อเนื่อง ขาดกลไกความร่วมมือจากภาคประชาชน อีกทั้งลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรบริโภค เชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชน จึงทำให้ปัญหานี้ยังคงอยู่

รายงานการวิจัยฉบับนี้ ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการหาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เป็นขั้นตอนแรกในการวิเคราะห์ชุมชนเพื่อหาปัจจัยที่เป็นเหตุของสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพในการมองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหา เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ปัญหา ด้วยวิธีวิจัยแบบผสม ที่ใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ด้วยคาดหวังว่า ข้อค้นพบที่ได้ จะสามารถนำไปใช้ในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างถึงราก และครอบคลุมเหตุปัจจัยอย่างแท้จริง อันจะส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

ผู้วิจัย

กันยายน 2557

## สารบัญ

บทคัดย่อ

กิตติกรรมประกาศ

คำนำ

คณะที่ปรึกษาและคณะผู้วิจัย

สารบัญตาราง

บทที่ 1 บทนำ

1.1 บทนำ	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 ขอบเขตการวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.5 คำจำกัดความ	3

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 พยาธิใบไม้ตับ	5
2.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	6
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	15

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 พื้นที่เป้าหมาย	16
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	16
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	16
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	17
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	17

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ	18
4.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ	18
4.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล	18
4.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	23
4.2.3 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	24
4.3 การวิเคราะห์เชื่อมโยงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ	25

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย อภิปราย	26
ข้อเสนอแนะ	27
เอกสารอ้างอิง	28

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานกลุ่มประชากรที่ศึกษา	18
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด โดยไม่ได้ทำให้สุกด้วยความร้อน จำแนกตามชนิดของอาหาร	20
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมขับถ่ายอุจจาระ จำแนกตามสถานที่ ขับถ่ายอุจจาระ	21
ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ของพฤติกรรมกรรับบริการ จำแนกตามการตรวจ อุจจาระและการรักษา	22
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของความเสี่ยง และความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จำแนกตามประเด็นความเสี่ยงและความเชื่อ	22

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชาชน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และมีการเสียชีวิตจากโรคนี้เป็นจำนวนมากในแต่ละปี ในปี 2550 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 28,000 ราย เฉลี่ยวันละ 76 คน และในปัจจุบันพบว่า ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งตับหรือส่วนหนึ่งคือมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยยังพบสูงมากในประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ<sup>(1)</sup> และการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับสถานการณ์โรคล่าสุดในปี 2552<sup>(4)</sup> พบว่า อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศมีค่าเฉลี่ย 8.7% การกระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่นคือ 16.6% เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุดถึง 85.2% นอกจากนี้ สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553 ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนสาเหตุการตายจากเนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในดับ ทั้งประเทศ 14,008 ราย โดยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7,513 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.6<sup>(3)</sup>

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจัดอันดับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคสำคัญและยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โรคมะเร็งตับหรือส่วนหนึ่งคือมะเร็งท่อน้ำดี<sup>(2)</sup> ชนิดของพยาธิใบไม้ตับที่ก่อโรคในคนในประเทศไทย คือ *Opisthorchis viverrini* พยาธิตัวเต็มวัยขณะมีชีวิตพบอยู่ในทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีของตับของคน พบได้ทุกภาคของประเทศไทย แต่พบในอัตราที่สูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ สาเหตุของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนปรุงดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าดิบ (น้อยกว่า 6 เดือน) หรือส้มตำปลาร้าดิบ เป็นต้น เมื่อคนรวมทั้งแมวหรือสุนัขซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงโรคพยาธิใบไม้ตับที่สำคัญ ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ อีกทั้งพยาธิใบไม้ตับซึ่งมีอายุขัยมากกว่า 10 ปี อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคนและสัตว์เลี้ยงโรคเป็นเวลานานจะทำให้มีพยาธิสะสมจำนวนมากขึ้น มีการอักเสบของท่อน้ำดีมากขึ้น และมีโอกาสพัฒนากลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี<sup>(3)</sup> ผู้ที่เคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและกินยารักษาพยาธิแล้วกลับมาเป็นซ้ำอีกสูงถึงร้อยละ 12 ซึ่งจากการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงต้นเหตุพบว่าประชาชนในพื้นที่ที่พบโรคพยาธิใบไม้ตับสูง ยังคงกินอาหารที่ทำจากเนื้อปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบๆ สุกๆ เป็นประจำเหมือนเดิม ร้อยละ 7 และกินเป็นครั้งคราว ร้อยละ 84 และร้อยละ 38 ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม<sup>(4)</sup>



ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ผ่านมา หลังจากมีการค้นพบพยาธิใบไม้ตับครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2458 และตรวจพบพยาธิในผู้ป่วย ได้มีการศึกษาวิจัยมากมายกระทั่งนำไปสู่การกำหนดนโยบายและดำเนินมาตรการ “อีสานไม่กินปลาดิบ” เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ทำให้ความชุกของโรคลดลงและสามารถลดปัญหาหลังได้ระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งขาดกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อีกทั้งลักษณะของปัญหาที่เป็นเรื่องของพฤติกรรมของคน เชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ทำให้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังคงมีอุบัติการณ์ที่สูงอยู่ถึงปัจจุบัน<sup>(3)</sup>

ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ผ่านมา หลังจากมีการค้นพบพยาธิใบไม้ตับครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2458 และตรวจพบพยาธิในผู้ป่วย ได้มีการศึกษาวิจัยมากมายกระทั่งนำไปสู่การกำหนดนโยบายและดำเนินมาตรการ “อีสานไม่กินปลาดิบ” เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ทำให้ความชุกของโรคลดลงและสามารถลดปัญหาหลังได้ระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งขาดกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อีกทั้งลักษณะของปัญหาที่เป็นเรื่องของพฤติกรรมของคน เชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ทำให้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังคงมีอุบัติการณ์ที่สูงอยู่ถึงปัจจุบัน

ในส่วนของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 9 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาของหลายๆ พื้นที่ หนึ่งในนั้นคือตำบลละหาน อำเภอจักรีสุรินทร์ จังหวัดชัยภูมิ ข้อมูลในปี 2555 พบว่า มีการตรวจพบหนอนพยาธิในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 24.34 และหมู่บ้านที่พบสูงสุดคือ ร้อยละ 36.33 และในจำนวนผู้ที่ตรวจพบนี้พบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 90 จากสภาพปัญหาดังกล่าว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนวิชาการด้านการป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ จึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยมีแนวคิดที่จะนำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน มาเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ภายใต้วางความเชื่อมั่นในศักยภาพของคนในชุมชนว่าสามารถร่วมกันแก้ปัญหา ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นใช้ทุนของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของชุมชน ให้สามารถ “คิดเป็น ทำเป็น” ผ่านกระบวนการศึกษาวิจัย และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยมีทีมวิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในการสนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งท้ายที่สุดจะสามารถยกระดับกระบวนการพัฒนาชุมชน มีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง เกิดความสามัคคีภายในชุมชน สามารถนำประสบการณ์ที่เรียนรู้ไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านอื่น และขยายผลสู่ชุมชนอื่น และจะส่งผลกระทบต่อโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างแท้จริงในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ลดภาระการใช้เวชภัณฑ์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มผลผลิตของประเทศชาติต่อไป

จากสภาพปัญหาและแนวคิดในการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น งานวิจัยนี้จึงต้องการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health

Determinants) ทั้งสามด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ โดยคาดหวังว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในการวิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นกรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ใน 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ
- 2) เพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงสถานการณ์ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับกับปัจจัยกำหนด

## 1.3 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนแห่งหนึ่ง ของตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครแกนนำชุมชน ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

## 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการวิจัยนี้จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงอย่างรอบด้าน อันจะส่งผลต่อการลดโรคและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งยังสามารถเป็นแบบอย่างในการนำไปใช้กับชุมชนอื่นๆ ที่มีสภาพปัญหาและลักษณะชุมชนที่คล้ายคลึงกัน

## 1.5 คำจำกัดความ

- 1) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) หมายถึง ปัจจัยหลัก 3 ด้านที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ
- 2) ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงหรือเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของบุคคลนั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรม

- 3) ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงหรือเป็นเหตุปัจจัยให้เกิดปัญหาการติดเชื้อ โรคพยาธิใบไม้ตับของคนในชุมชน ได้แก่ ด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม
- 4) ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบที่ครอบคลุมทั้ง ระบบบริการบริการทางการแพทย์ ที่เน้นบริการทางการแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุข และระบบสาธารณสุข ที่เป็นระบบการให้บริการในชุมชน การส่งต่อเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นบริการสุขภาพในครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยกำหนดสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในตำบลละหาน อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ มีการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) ความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับ
- 2) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ
- 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 ความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับ

##### วงจรชีวิตของพยาธิ

พยาธิใบไม้ตับตัวแก่อาศัยในท่อน้ำดีเล็กๆ ในตับคนหรือสัตว์ เช่น แมว สุนัข ซึ่งเป็นโฮสต์เฉพาะ พยาธิตัวแก่อาศัยอยู่ในท่อน้ำดี หรือท่อของตับอ่อนได้ ไชจะปนออกมากับท่อน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็กและไชจะออกมาพร้อมกับอุจจาระถ้าถ่ายอุจจาระลงน้ำ หอยพวก *Bithynia species* ซึ่งเป็นโฮสต์กลางที่หนึ่งจะกินไข่พยาธิ ภายในตัวหอยจะฟักตัวเป็นตัวอ่อนมีราซิเดียม (miracidium) แล้วเจริญเป็น Sporocyst, redia และเซอร์คาเรีย (cercaria) ตามลำดับ เซอร์คาเรียจะออกจากหอยว่ายน้ำเข้าสู่ปลา ซึ่งเป็นโฮสต์กลางที่ 2 ที่พบมากคือปลาจำพวก Cyprinoid ซึ่งเป็นปลาเกล็ดขาว ได้แก่ ปลาแม่สะแต้ง ลาดตะเพียน ปลาสร้อยนกเขา ปลาสุตร ปลากระมัง เป็นต้น เซอร์คาเรียนจะไชเข้าไปอยู่ในเนื้อปลาและเจริญเป็นเมตาเซอร์คาเรีย (metacercaria) ซึ่งอยู่ในซิสต์ (cyst) ระยะนี้จะเป็นระยะติดต่อก่อนอกจากนี้ปลาจำพวกปลานิลและปลาไนสามารถติดเชื้อพยาธิได้เหมือนกัน เนื้อปลาที่แช่เย็นที่อุณหภูมิ 4-8 องศาเซลเซียสยังสามารถทำให้เกิดโรคได้ ปลาแช่แข็งที่มีความเข้มข้น 0.9 – 5 เปอร์เซ็นต์ นาน 2-3 วันก็ยังสามารถทำให้เกิดโรคได้เช่นกัน ถ้าเพิ่มความเค็มเป็น 20 เปอร์เซ็นต์ซึ่งเท่ากับความเค็มของปลาร้า เกิน 6 ชั่วโมง พยาธิจึงจะตาย และถ้าเติมกรดน้ำส้ม 4 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเท่ากับความเข้มข้นในก้อยปลานานเกินกว่าครึ่งชั่วโมงพยาธิตัวอ่อนไม่สามารถติดต่อกันได้ เมื่อคนและสัตว์ที่เป็นโฮสต์เฉพาะ กินปลาดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ เข้าไป ผนังซิสต์จะถูกย่อยโดยน้ำย่อย เมตาเซอร์คาเรียจะออกจากซิสต์มาอยู่ในลำไส้ส่วนดูโอดินัมแล้วเดินทางผ่าน ampula of Vater เข้าท่อน้ำดีใหญ่ และเดินทางต่อไปจนกระทั่งถึงท่อน้ำดีเล็กแล้วเจริญเติบโตเป็นตัวแก่ที่นี้ รวมเวลาทั้งหมดของวงจรชีวิตพยาธินี้เป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือน ตัวแก่พยาธิใบไม้ตับสามารถอยู่ในร่างกายของคนเราได้นานถึง 25 ปี<sup>(4)</sup>

##### พยาธิกำเนิดและพยาธิวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาเกิดจากพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากกระคายเคืองต่อผนังท่อน้ำดีและการอุดกั้นท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิมีการเคลื่อนตัวไปมาอยู่ในนั้น และบางตัวก็ไปอุดท่อน้ำดีส่วนปลาย

และอีกส่วนหนึ่งเนื่องจากสารที่พยาธิปล่อยออกมา (excretory secretory products) ทำให้ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบ และเกิดการระคายเคืองต่อผนังของท่อน้ำดีอีกด้วย และยังมีผู้เชื่ออีกด้วยว่าพยาธิกำเนิดจากกลไกพยาธิวิทยามีคุ้มกัน ทำให้มีการอักเสบแบบแกรนูโลมา ซึ่งจะทำให้เกิดพยาธิสภาพในท่อน้ำดีมากขึ้น เซลล์บุท่อน้ำดีจะมี hyperplasia และเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างผิดปกติ ทำให้ผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น ท่อน้ำดีก็ตีบหรือแคบลง และเมื่อเกิดการอุดตันโดยตัวพยาธิ น้ำดีจะคั่งอยู่ภายในท่อน้ำดีส่วนปลาย ทำให้ท่อน้ำดีโป่งพองเป็นแห่ง ๆ บางแห่งกลายเป็นซิสต์และมีท่อน้ำดีเล็กๆ ใหม่ๆ เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ท่อน้ำดีไหลเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ต่อไป<sup>(4)</sup>

#### สาเหตุของการแพร่ระบาด

สาเหตุที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและยังคงมีการติดเชื้อสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากมีปัจจัย 4 ประการ

1. ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อที่เกี่ยวกับอาหารการกิน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (และภาคเหนือ) เกี่ยวกับเตรียมอาหารดิบ หรือดิบๆ สุกๆ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ที่ถือว่าเป็นอาหารประจำที่ต้องทำกินและเลี้ยงกัน ทั้งในการเลี้ยงฉลอง สังสรรค์ และเทศกาลต่างๆ เช่น งานบวช งานบุญ ลงแขกทำนา งานเลี้ยงกันในหมู่เพื่อน โดยทำการปรุงทั้งอาหารปลาดิบชนิดสดเป็นเมนูหลักที่มีรสชาติและหาได้ง่ายในพื้นที่ ซึ่งในเนื้อปลา มีตัวอ่อนพยาธิระยะติดต่อยู่ในเนื้อปลา เมื่อคนกินอาหารที่เป็นปลาปรุงดิบหรือดิบๆ สุกๆ ทำให้คนติดโรคและแพร่โรคได้

2. การแพร่กระจายของโรคยังดำเนินอยู่ตลอดเวลา แม้ว่าทุกครัวเรือนมีส้วมราดน้ำใช้ เมื่อทุกคนถ่ายอุจจาระในส้วมจะป้องกันการแพร่โรคสู่ชุมชน แต่เนื่องจากการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชนบทไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญ เพราะเมื่อประชาชนเหล่านี้ออกไปทำนาทำไร่ มักจะถ่ายอุจจาระนอกส้วม โดยถ่ายอุจจาระบนพื้นดิน หรือถ่ายอุจจาระตามพุ่มไม้ หรือถ่ายลงในน้ำ ดังนั้นเมื่อฝนตกลงมาก็จะชะอุจจาระที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับลงไปในน้ำ ทำให้ไข่พยาธิมีโอกาสพบหอย พบปลาที่เป็นตัวส่งผ่านโรคสู่คนได้

3. ในแหล่งน้ำต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (และภาคเหนือ) มีหอย และปลาอยู่ร่วมกัน ทำให้วัฏจักรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับครบสมบูรณ์ นอกจากนี้ ภูมิอากาศของประเทศไทยเหมาะต่อการเจริญเติบโตของสัตว์จำพวกหอยและปลา มีแหล่งเพาะพันธุ์ของหอยและปลาที่เป็นตัวส่งผ่านโรคให้ครบวงจร<sup>(1)</sup>

## 2.2 สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ในปี พ.ศ.2541 องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามใหม่ของคำว่า “สุขภาพ” ว่า “สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และไม่ใช่ว่าเพียงการปราศจาก

โรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น” ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้นิยามว่า “สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” และให้นิยามของ “ปัญญา” ว่า “ปัญญาหมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ แลความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม และเอื้อเพื่อผู้อื่น” ซึ่งมิติสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ล้วนมีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อกันและกันอย่างเป็นองค์รวม เช่น การเจ็บป่วยทางร่างกาย โดยเฉพาะหากเป็นโรคร้ายหรือร่างกายพิการ ก็มักจะเกิดผลกระทบต่อมิติทางจิต สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) อย่างเป็นลูกโซ่ ในทางตรงกันข้าม การมีสุขภาพทางจิต วิญญาณก็ส่งผลดีต่อมิติสุขภาพอื่นอย่างเป็นลูกโซ่เช่นเดียวกัน และยังกล่าวอีกว่า สุขภาพของคนเรานอกจากมีความเชื่อมโยงระหว่างมิติ 4 ด้านภายในตัวเองแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยหลักอีก 3 ด้านซึ่งเรียกว่า “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)”<sup>(14)</sup>

สุรเกียรติ์ อาชานุกาญ <sup>(14)</sup> ได้กล่าวว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) มีองค์ประกอบที่สำคัญๆ ดังนี้

1) บุคคล ปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

#### 1.1) ปัจจัยด้านชีวภาพ

(1) พันธุกรรม มนุษย์ทุกคนมีสารพันธุกรรม (ดีเอ็นเอ) ที่แฝงตัวอยู่ในโครโมโซมของเซลล์ทุกเซลล์ ซึ่งสืบทอดมาจากบรรพบุรุษทั้ง 2 ฝ่าย เป็นตัวกำหนดรูปร่างหน้าตา สรีระ สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ นิสัยใจคอ บุคลิกภาพ ภูมิคุ้มกัน พฤติกรรม การเกิดโรค

บุคคลที่มีพันธุกรรมที่กำหนดลักษณะใดลักษณะหนึ่งอยู่ในตัว เช่น พันธุกรรมของโรคเบาหวาน ก็จะป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่อมีพฤติกรรมและ/หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมาส่งเสริมหรือหากมีสายพันธุ์ที่แรง ก็อาจเป็นโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกก็ได้

(2) อายุและเพศ ปัจจัยทั้ง 2 นี้ นอกจากเป็นตัวกำหนดพัฒนาการทางร่างกาย และการเกิดโรคแล้ว ยังมีผลต่อการเรียนรู้ ประสบการณ์ชีวิต พฤติกรรม และบทบาทในครอบครัวและสังคม ซึ่งอาจแตกต่างกันไป

ทางการแพทย์ แบ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามเพศ (ชายกับหญิง) และตามกลุ่มอายุ (ได้แก่ ทารก ก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยทำงาน วัยเจริญพันธุ์ และวัยสูงอายุ) ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือต่างกันไป

1.2) ปัจจัยด้านจิตใจ ครอบคลุมในเรื่องของการรับรู้ ทศนคติ เจตคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ และค่านิยมของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลอันจะมีผลต่อการเกิดโรคและสุขภาพของคนคนนั้น ตัวอย่างเช่น

- บุคคลที่มีเจตคติและค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวโสเภณี ก็ย่อมกระทำพฤติกรรมนั้นจนเสพติดหรือเป็นนิสัย ในที่สุด ก็เกิดการเจ็บป่วยที่มีเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ

- บุคคลที่ยึดถือลัทธิวัตถุนิยมและบริโภคนิยม ก็ย่อมดิ้นรนแสวงหาวัตถุเงินทองให้มากที่สุด ไม่มีเวลาดูแลตนเองและครอบครัว จนอาจเกิดปัญหาครอบครัว ความเครียด และการเจ็บป่วยต่างๆ อาจมีความเห็นแก่ตัว แข่งขันชิงดี จนเกิดความขัดแย้ง จนเกิดความขัดแย้งทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น อาจถึงขั้นขายตัวหรือก่ออาชญากรรม มีผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองและครอบครัว และอาจถึงขั้นเป็นหนี้สินพันตัว เกิดทุกข์ภาวะมากมาย

- ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง หากมีการรับรู้เจตคติและแรงจูงใจเชิงบวก ก็ย่อมมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งสามารถควบคุมโรคได้ มีสุขภาพและอายุยืนยาว หากเป็นไปในเชิงลบก็ย่อมได้รับผลตรงกันข้าม

- ประชาชนจำนวนมากที่มีการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างผิดๆ ก็จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ปัญหานี้้นอกจากเกิดจากปัจจัยของตัวบุคคลแล้วยังอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความบกพร่องของระบบการศึกษาและระบบบริการสาธารณสุขในการให้การศึกษาเรื่องนี้แก่ประชาชน การชักนำของครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น

1.3) พฤติกรรม พฤติกรรมของบุคคลย่อมส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนคนนั้น ที่สำคัญได้แก่

(1) การดำเนินชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ตื่นเช้าจนเข้านอน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการกิน อยู่หลับนอน อิริยาบถต่างๆ การเดินทาง เป็นต้น ถ้าขาดสุขนิสัย ขาดสำนึกในความปลอดภัยหรือมีความประมาท ก็อาจเกิดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ หรือตกเป็นเหยื่อของการเกิดอาชญากรรมขึ้นได้

(2) การเรียน หมายถึง การเรียนรู้ของบุคคลทั้งในเรื่องวิชาการ วิชาชีพ และทักษะชีวิต จากแหล่งเรียนรู้ทุกรูปแบบ (ครอบครัว สถาบันการศึกษา สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้รู้ ประสบการณ์ชีวิต เป็นต้น) หากบุคคลสามารถเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนตาย รู้จักวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปปฏิบัติพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ก็ย่อมจะสร้างสุขภาพให้แก่ตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสุขภาพทางจิตวิญญาณ

(3) การงาน หมายถึง การทำงานและการประกอบอาชีพ ลักษณะของอาชีพ และสิ่งแวดล้อมของการทำงานย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล เช่น เกษตรกรอาจเสี่ยงต่อพิษสารเคมี อากาศปวดหลังและการเจ็บป่วยที่เกิดจากแสงแดด คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมอาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โรคจากสารเคมีและมลพิษและการเจ็บป่วยจากอิริยาบถของการทำงาน คนงานก่อสร้างอาจเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ บุคลากรสาธารณสุขอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น การเจ็บป่วยลักษณะนี้ เรียกว่า “โรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational Diseases)” และการส่งเสริมสุขภาพคนทำงาน เรียกว่า “อาชีวอนามัย (Occupational Health)”

นอกจากนี้ อาชีพบางอย่างอาจมีรายได้น้อย ขาดความมั่นคงทางการเงิน มีปัญหาความยากจน และปัญหาการกู้หนี้ยืมสิน เกิดความเครียดสูง ชักนำไปเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดินยาเสพติด เป็นต้น

บรรยากาศในการทำงาน ก็อาจสร้างความเครียดปัญหาความขัดแย้งระหว่างคนทำงานด้วยกัน

บางคนทำงานหนัก ถูกบีบรัดด้วยเรื่องเวลา หรือมุ่งหาเงินจนเกิดความเครียด ไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาดูแลตนเองและครอบครัว ก็อาจกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัวได้

บางคนทำงานในลักษณะอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น ก็จะเกิดความ สุข ความปีติ ลดความเห็นแก่ตัว ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพทุกด้าน

(4) การเล่น หมายถึง การเล่นสนุก การหาความบันเทิง การทำงานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ หากปฏิบัติไม่ถูกต้องก็อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การใช้จ่ายฟุ่มเฟือยเกินตัว (เกิดภาระหนี้สิน) โรคติดเกม อุบัติเหตุ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเอดส์ โรคจากการสูบบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น

หากปฏิบัติถูกต้อง เช่น รู้จักออกกำลังกาย ฟังเพลง เล่นดนตรี วาดรูป ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ชมธรรมชาติ เป็นต้น ก็ย่อมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของบุคคล

(5) การปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีความสัมพันธ์กับบุคคลภายในครอบครัว ที่ทำงาน หน่วยงาน องค์กร ชุมชน และยังหมายถึงความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การปฏิสัมพันธ์อาจมีลักษณะเชิงบวกซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ (เช่น ความเอื้ออาทร การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ) หรือลักษณะเชิงลบซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ (เช่น การทำร้ายกัน การทำลายสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ)

ปัญหาที่พบว่ามี ความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับได้แก่ การหย่าร้าง การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การทอดทิ้งเด็กและผู้สูงอายุ ความขัดแย้งในที่ทำงาน หน่วยงาน องค์กร ความขัดแย้งในสังคม (รวมทั้งการก่อเหตุร้าย การก่อการร้ายและสงคราม) การทำลายธรรมชาติ รวมทั้งการเกิดสภาวะโลกร้อนหรือสภาวะเรือนกระจก (Green House Effect)

(6) พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไป ก็คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือเสพยาเสพติด การขาดการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย การขาดสุขนิสัยที่ดี การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การขับขี้รดด้วยความประมาท

พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพทางจิตและสังคม ก็คือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นเชิงลบดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความเครียดและการทะเลาะเบาะแว้ง รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การก่ออาชญากรรม การทำร้ายร่างกาย การชนฆ่ากัน

พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ ก็คือ การขาดการบริหารจิต (ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติตามแก่นธรรมทางศาสนา) ไม่สามารถลดอดีตและความเห็นแก่ตัว รวมทั้งนำไปสู่การใช้ชีวิตที่



ฟุ้งเฟ้อและประมาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม เช่น ความฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือยอาจนำไปสู่การใช้ยาที่เกินตัว เกิดภาระหนี้สิน การก่ออาชญากรรม การทำงานหนักเกินจนไม่มีเวลาดูแลตนเองและครอบครัว ความประมาทอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

ถ้าหากบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติตรงกันข้ามกับพฤติกรรมเชิงลบดังกล่าว ก็ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวมของคนคนนั้น

(7) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมทั้งการรู้จักแสวงหาบริการที่เหมาะสม เช่น การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ การคลอดที่ปลอดภัย การดูแลบุตรทั้งทางร่างกายและจิตใจตั้งแต่แรกเกิดจนเข้าสู่วัยรุ่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ที่ทำงาน และบนถนน การตรวจกรองโรค (เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง มะเร็งบางชนิด) การรักษาตนเอง รวมทั้งการใช้ยาและแสวงหาบริการที่เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

## 2) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม

### 2.1) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ครอบคลุมสภาพแวดล้อมที่เป็นกายภาพทั้งหมด ที่สำคัญได้แก่

(1) ปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย น้ำ อากาศ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น

(2) การคมนาคม ประกอบด้วยยานพาหนะและถนนหนทางซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร อันเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกๆ ของบ้านเรา

(3) สิ่งเสพติด (บุหรี แอลกอฮอล์ สารเสพติด) และมลพิษ เป็นสาเหตุสำคัญของการทำลายสุขภาพประชาชนจำนวนมาก

(4) สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สวนสาธารณะ สวนสุขภาพ สถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย เวชภัณฑ์ วัคซีน เป็นต้น

### 2.2) สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ หมายถึง สิ่งมีชีวิต ได้แก่

(1) เชื้อโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อและมะเร็งบางชนิด (เช่น มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมไ้เหลือง มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น)

(2) พืช ได้แก่ ต้นไม้ (ที่ให้ออกซิเจน ความร่มเย็น ความเขียวขจี) สมุนไพร ผักผลไม้ที่เป็นอาหารสุขภาพ รวมทั้งพืชบางชนิดที่เป็นพิษต่อสุขภาพ

(3) สัตว์ เป็นทั้งแหล่งสารอาหารที่สำคัญของมนุษย์ และเป็นพิษภัยต่อสุขภาพ (เช่น สุนัขบ้า สัตว์มีพิษ)

(4) มนุษย์ เป็นปัจจัยแวดล้อมของบุคคลที่ทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ขึ้นกับว่าเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือเชิงลบ

### 2.3) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ครอบคลุมปัจจัยย่อยมากมาย ที่สำคัญ ได้แก่

(1) ครอบครัว ถือว่าเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวที่แข็งแรงมีความอบอุ่นย่อมนำพาสมาชิกของครอบครัวไปสู่สุขภาพทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลบุตรอย่างถูกต้อง ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ย่อมมีผลต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาของบุตร หรือผู้เจ็บป่วยโรคต่างๆ หากได้รับแรงสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ก็ย่อมจะช่วยให้หายจากโรค หรือสามารถดูแลตัวเองจนมีสุขภาพทางกายได้

ในปัจจุบันสถาบันครอบครัวมีความอ่อนแอ เนื่องจากผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดความห่างเหินและความแตกแยกในครอบครัว เกิดปัญหาการหย่าร้าง ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาวัยรุ่น การทอดทิ้งเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้เจ็บป่วย เป็นต้น

(2) ชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนย่อมส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของบุคคล ชุมชนที่มีผู้นำและการรวมตัวอย่างเหนียวแน่น ย่อมมีศักยภาพในการดูแลกันเองและพึ่งตนเองได้ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ (การเติบโตของกองทุนชุมชน การลดภาระหนี้สินของครอบครัว) การศึกษา (มีการเรียนรู้และการพัฒนาภูมิปัญญา) วัฒนธรรม (การพัฒนาจิตวิญญาณและประเพณีที่ดี) และสาธารณสุข (มีการรวมตัวกันจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานในชุมชน)

การพัฒนาเศรษฐกิจสังคมในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างมาก ทำให้ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทล่มสลาย ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ กระทบต่อสุขภาพของคนในครอบครัวและบุคคลในทุกๆ ด้าน

(3) ระบบสังคม ประกอบด้วยระบบย่อยมากมาย ที่สำคัญได้แก่ เศรษฐกิจ พาณิชยกรรม การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม สื่อมวลชน สารสนเทศ ค่านิยมทางสังคม กฎหมาย การเมืองการปกครอง ระบบสังคมเกี่ยวข้องกับทิศทางและนโยบายในการพัฒนาประเทศและสังคม การจัดสรรทรัพยากร ทัศนคติ เจตคติ ค่านิยม วิถีชีวิต และพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชาชน

ในปัจจุบันพบว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว แม้ประชากรจะมีอายุขัยเฉลี่ยสูง แต่ก็มีความบกพร่องของสุขภาพบางด้าน เช่น การระบาดของโรคอ้วนอันเป็นผลจากการบริโภคเกิน โรคที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาและการรักษา (Iatrogenic Disease) ปัญหาความรุนแรงทางสังคม (เช่น อาชญากรรม การฆ่าหมู่ การก่อการร้าย การก่อสงครามกับประเทศอื่น) ยาเสพติด เอดส์ ความเครียดทางจิตใจ ชักนำให้เกิดปัญหาการพึ่งพายากล่อมประสาทและแอลกอฮอล์

ปัญหานี้สะท้อนว่าการมุ่งพัฒนาด้านวัตถุอย่างเสียสมดุลกับด้านจิตใจและสังคม ก็ย่อมก่อให้เกิดทุพภาวะทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปัจจุบันสังคมเกือบทั่วโลก รวมทั้งสังคมไทย ได้ยึดถือแนวทางการพัฒนาประเทศตามแบบตะวันตก กลายเป็นสังคมทุนนิยม และเกิดกระแสวัตถุนิยมและบริโภคนิยมขึ้นอย่างกว้างขวาง ระบบการศึกษา ระบบการเมือง สื่อมวลชน ก็มุ่งไปสู่ทิศทางดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนมากมาย ตัวอย่างเช่น

- นโยบายสาธารณะที่มุ่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ เช่น การขยายเขตอุตสาหกรรมโดยขาดกลไกการควบคุมที่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เกิดปัญหามลพิษ ปัญหาอาชีวอนามัย ปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรกรรมสู่ภาคอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและค่านิยมของประชาชน ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการท่องเที่ยวและธุรกิจบันเทิงอย่างขาดการควบคุมย่อมกระทบต่อธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การสร้างค่านิยมฟุ้งเฟ้อ และแสวงหาความบันเทิงที่ไม่เหมาะสม และเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัย เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ซื่อขายบริการทางเพศ การเสพยาเสพติด การทะเลาะวิวาท เป็นต้น การสร้างถนนหนทางเพื่อการคมนาคมที่สะดวกสบาย โดยขาดการสร้างวินัยให้ผู้ใช้รถใช้ถนน รวมทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความคะนอง ประมาท ดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุ ซึ่งกลายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย

- ระบบการเกษตรที่มุ่งผลิตเพื่อขายและการส่งออก โดยการใช้สารเคมีในการเร่งการผลิต ย่อมก่อให้เกิดการทำลายธรรมชาติและพิษภัยต่อเกษตรกรและผู้บริโภค

- ระบบการศึกษาที่มุ่งผลิตนักเทคนิคเพื่อป้อนตลาดแรงงาน โดยละเลยการพัฒนาคนโดยเฉพาะด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่ดีก็ย่อมเป็นการสร้างคนที่เก่ง แต่เห็นแก่ตัว ขาดคุณลักษณะทางอารมณ์ ขาดภูมิคุ้มกันหรือทักษะในการเผชิญปัญหาชีวิต ส่งผลให้คนเหล่านี้ขาดสุขภาพทางจิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายในที่สุด

- ระบบธุรกิจที่มุ่งกำไรสูงสุด ก็ย่อมผลิตและจำหน่ายสินค้าที่ทำกำไรได้มากมาย แม้ว่าจะเป็นสิ่งทำลายสุขภาพ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ธุรกิจบันเทิงและบริการทางเพศ เป็นต้น โดยพยายามใช้การโฆษณาและการตลาด รวมทั้งการเอื้อประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ ในการส่งเสริมให้มีการบริโภคอย่างกว้างขวาง โดยไม่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชน

- สื่อมวลชนและระบบสารสนเทศ (รวมทั้งอินเทอร์เน็ต) ที่มุ่งเป็นธุรกิจค้ากำไร แทนที่จะเป็นเครื่องมือของการศึกษาและพัฒนามนุษย์ ก็กลับกลายเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดและค่านิยมในวัตถุและการบริโภค ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่บ่อนทำลายสุขภาพ รวมทั้งโรคติดเกม คอมพิวเตอร์ โรคติดการพนัน และการก่ออาชญากรรม

(4) หน่วยงาน/องค์กรในสังคม หมายถึงหน่วยงานและองค์กรทั้งในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น ที่ทำหน้าที่ต่างๆ เพื่อให้ระบบสังคมขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

- หน่วยงาน/องค์กรภาครัฐ (Public Sector) ได้แก่ รัฐบาล ศาล กระทรวง ทบวง กรม สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยการปกครองทุกระดับ ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล อบต.) ซึ่งเป็นแกนหลักในการกำหนดทิศทางนโยบาย กฎหมาย การจัดสรรทรัพยากรในการพัฒนาประเทศและชุมชน

- หน่วยงาน/องค์กรภาคธุรกิจเอกชน (Private Sector) หน่วยงานที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนซึ่งมุ่งหวังผลกำไรทางธุรกิจ เช่น บริษัทข้ามชาติ โรงงาน หน่วยงานที่ธุรกิจเอกชน ร้านค้า สถาบันการศึกษาภาคเอกชน เป็นต้น ซึ่งเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ และมีอิทธิพลต่อการเมืองการปกครอง และทิศทางนโยบายของการพัฒนาประเทศและชุมชน จุดแข็งของภาคธุรกิจ คือ ทุน เทคโนโลยี การตลาด และการจัดการ หากสามารถส่งเสริมให้ภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของตนเองและประชาชนทั่วไป ก็ย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพของทุกฝ่ายรวมทั้งเจ้าของหน่วยธุรกิจเอง แต่ถ้ามุ่งกำไรสูงสุดเป็นหลัก โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของประชาชนก็ย่อมผลิตและจำหน่ายสินค้าและบริการที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

- หน่วยงาน/องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไร (Non-profit making Organization) ได้แก่ สภา/สมาคมวิชาชีพ สหภาพแรงงาน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs)

- องค์กรชุมชน เป็นการรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มุ่งทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อพัฒนาสมาชิกภายในกลุ่ม เช่น กลุ่มสหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มเกษตรกรรม กลุ่มช่วยเหลือกันเองหรือมิตรภาพบำบัด (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย กลุ่มศึกษาและปฏิบัติธรรม กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อนำไปสู่สภาวะต่าง ๆ

3) ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบที่ครอบคลุมทั้ง ระบบบริการบริการทางการแพทย์ (ระบบที่เน้นบริการ ทางกายในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข) ระบบสาธารณสุข (คือ นอกจากบริการทางการแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุข ยังรวมถึงระบบการให้บริการในชุมชน การส่งต่อเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นบริการสุขภาพในครอบครัว ชุมชน เป็นต้น ระบบสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ) และระบบอื่นๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

### 3.1) ประเภทการบริการทางสาธารณสุข แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท

(1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การหาทางส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยรวมๆ ไม่ได้มุ่งป้องกันไม่ให้เป็นโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น การพัฒนาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การมีสุขนิสัยที่ดี การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การคลายเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ (เช่น การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ สารเสพติด เป็นต้น) การส่งเสริมสุขภาพมักจะกระทำในรูปแบบของการให้การศึกษาแก่คนปกติทั่วไปที่ยังไม่ได้เจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนัก และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

(2) การป้องกันโรค หมายถึง การหามาตรการหรือปฏิบัติการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคใดโรคหนึ่งเป็นการเฉพาะสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น การฉีดวัคซีนหรือกินยาป้องกันโรคต่างๆ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ การใช้เข็มฉีดยา และหมวกนิรภัย

ป้องกันการบาดเจ็บรุนแรงหากเกิดอุบัติเหตุขณะขับขี่รถ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายป้องกันโรค ไข้เลือดออก การใช้อุปกรณ์ป้องกันมลพิษ เป็นต้น

(3) การรักษาพยาบาล เมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยขึ้นมาจำเป็นต้องหาทาง วินิจฉัยโรคแต่เนิ่นๆ ด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม กรณีที่โรคมีระยะของการไม่แสดง อาการค่อนข้างยาวนาน (เช่น มะเร็ง เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น) ก็จำเป็นต้องทำ การตรวจคัดกรองตั้งแต่ก่อนมีอาการ เมื่อพบว่าเป็นโรคก็จะให้การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และ/หรือวิธีการ อื่นๆ ที่เหมาะสม

(4) การฟื้นฟูสภาพ เมื่อมีโรคแทรกซ้อนหรือความพิการเกิดขึ้น เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต แขนขาพิการ อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ไม่ได้ (เช่น ไตวาย หัวใจวาย) ก็จำเป็นต้องทำการฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีการ ต่างๆ เช่น การทำกายภาพบำบัด การให้ยา การผ่าตัด เป็นต้น

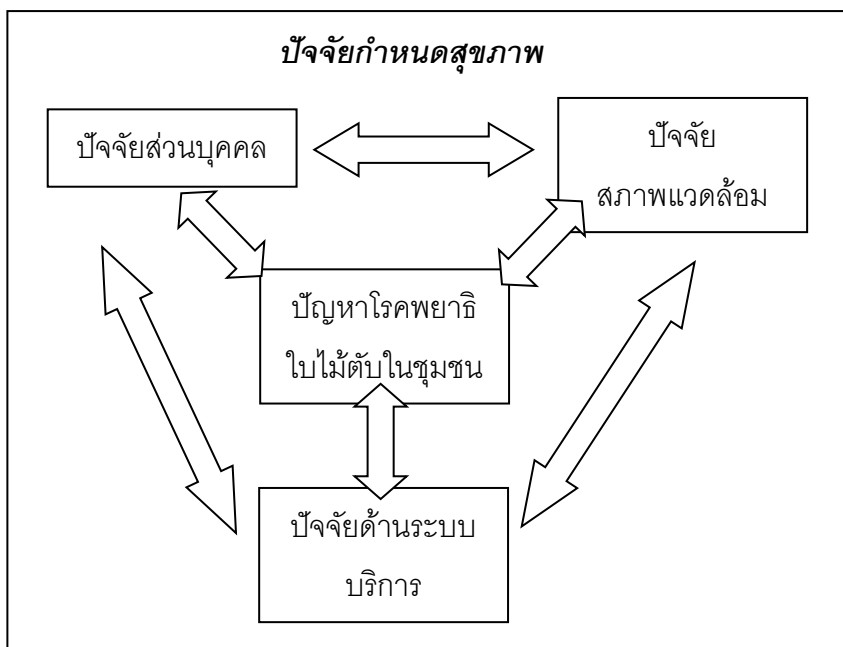
3.2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข และการสร้างเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา มีผลต่อการลดอัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จนโรคติดเชื้อหลายชนิดถูก กำจัดจนสูญสิ้น (เช่น คุดทะราด กาฬโรค ไข้ทรพิษ โปลิโอ) ลดอัตราการตายด้วยโรคที่รักษาได้ด้วยวิธีการ บำบัดรักษาต่างๆ เช่น การผ่าตัด การปลูกถ่ายอวัยวะ การใช้ยาต้านจุลชีพ เคมีบำบัด รังสีบำบัด การให้เลือด เป็นต้น นอกจากนี้สามารถยืดอายุขัยของคนให้ยืนยาวแล้วยังส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีอีกด้วย

### 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Wongba N et al. (2011)<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่ม ศักยภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรค ผลการศึกษาในช่วงแรกพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.8 ยังขาดความตระหนักในเรื่องการบริโภคปลาดิบทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ แม้ว่าจะรู้ว่าทำให้ติดโรค พยาธิใบไม้ตับซึ่งมียารักษาได้ และรับรู้ว่าการบริโภคปลาดิบเป็นวิถีชีวิตที่มีมาตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษ อีกทั้ง คิดใจในรสชาติ แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่ดีขึ้น มีการพูดคุย สื่อสารในครอบครัวและในชุมชน และเกิดความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ใน การสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่าย ในการรณรงค์ไม่บริโภคปลาดิบ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมากำหนดเป็นแผนผังกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



งานวิจัยนี้ต้องการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ทั้งสามด้านได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ทั้งการศึกษาในเชิงปริมาณ และการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยมีการดำเนินการวิจัยตามรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

#### 3.1 พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษา

พื้นที่ศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 1 ชุมชน คือ หมู่ 17 บ้านละหาน ต.ละหาน อ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ เป็นพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สศ.ละหาน ต.ละหาน อ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ อยู่ติดบึงละหาน แหล่งน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่ และข้อจากสำรวจเบื้องต้นพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เป็นพื้นที่ซึ่งประชาชนให้ความร่วมมือในการพัฒนาชุมชน และยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย และในปี 2555 ชุมชนนี้ได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยโรคหนอนพยาธิ พบว่า มีการตรวจพบหนอนพยาธิในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 24.34 และหมู่บ้านที่พบสูงสุดคือร้อยละ 36.33 และในจำนวนผู้ที่ตรวจพบนี้พบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 90

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ สมาชิกชุมชนหมู่บ้านเป้าหมายที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปทุกคนที่อยู่ในชุมชนในช่วงที่เก็บข้อมูลรอบแรก (14-16 มีนาคม 2556) จำนวน 361 คน แกนนำและผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 10 คน

#### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ทั้งที่เป็นข้อมูลปฐมภูมิ และทุติยภูมิ โดยการสังเกต การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ในเชิงลึก การสนทนาแบบไม่เป็นทางการ บันทึกภาคสนาม โดยการบันทึกภาพและเสียง ถ่ายภาพนิ่ง ภาพวิดีโอ การจดบันทึก และการรวบรวม

เอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง กล้อง สมุดบันทึก ปากกา แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และประเด็นในการสนทนากลุ่ม

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรค หนองพยาธิ ของกรมควบคุมโรค และเพิ่มเติมในส่วนของความเชื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่มาจาก การระดมสมองของทีมวิจัยหลักและแกนนำชุมชน เครื่องมือที่ได้นำไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายกับ พื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 ชุม จากนั้นทีมวิจัยและแกนนำชุมชนช่วยกันปรับ เพิ่มเติม ประเด็น ข้อคำถาม ที่ไม่ชัดเจน และเพิ่มเติมประเด็นที่ได้จากการไปทดลองใช้เครื่องมือ เครื่องมือที่ได้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก การมีและใช้ส้วมแบบ รางน้ำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด โดยไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ พฤติกรรมการรับบริการตรวจอุจจาระ เพื่อหาไข่พยาธิ

ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวโรคพยาธิใบไม้ตับ

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์คือ นักวิจัยหลักร่วมกับแกนนำ ชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร โดยกระบวนการชี้แจงทำความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บ ข้อมูล กระทั่งมีความเข้าใจตรงกัน

ระยะที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มแกนนำและผู้นำชุมชน ซึ่งทีม วิจัยหลักเป็นผู้นำการสนทนา และบันทึกข้อมูล โดยสนทนาตามประเด็นที่ได้กำหนดไว้

ระยะที่ 3 เป็นการเก็บข้อมูลทฤษฎี และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ตามแนวทางการสัมภาษณ์ ตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสามระยะ ทีมวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตทั้ง แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ ในทุกระยะ

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยใช้เทคนิคสามเส้า (Triangulation) ทั้งการใช้กลุ่มนักวิจัยแบบสหวิทยาการที่เป็นทีมวิจัยจากภายนอก บุคลากรจากหน่วยงาน หลัก และชาวบ้านที่เป็นทีมวิจัยชุมชน ใช้ความหลากหลายจากแหล่งข้อมูล และความหลากหลายของ เทคนิคการเก็บข้อมูล และใช้การวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหา ตามกรอบแนวคิด ตลอดระยะเวลาในการเก็บ ข้อมูล



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

#### 4.1 สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ

ในปี 2555 รพ.สต. ละหาน ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้สั่งการและสนับสนุนงบประมาณผ่านหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ ในการดำเนินการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ และจ่ายยารักษาในกรณีที่ตรวจพบ โดยบูรณาการกับการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิ ซึ่งมีการดำเนินงานในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายได้จากการประเมินด้วยวาจาตามแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ตามเกณฑ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพบว่า มีการตรวจพบหนอนพยาธิ ในกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ละหาน ร้อยละ 24.34 และหมู่บ้านที่พบสูงสุดคือ บ้านละหาน ม. 17 ตรวจพบร้อยละ 36.33 และในจำนวนผู้ที่ตรวจพบนี้พบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 90

#### 4.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ

##### 4.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยปัจจัยด้านพฤติกรรมและความเชื่อของบุคคล สรุปได้ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	157	43.13
หญิง	207	56.67
<b>อายุ</b>		
30-40	72	19.78
41-50	108	29.67
51-60	105	28.85
61-70	49	13.46
71-80	23	6.32
81-90	7	1.92

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานกลุ่มประชากรที่ศึกษา (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	364	100
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา	9	2.47
ประถมศึกษา (ป.4/ป.6)	304	83.52
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	9.34
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	2.75
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	7	1.92
อาชีพหลัก		
เกษตรกร (ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์)	284	78.02
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	22	6.04
รับจ้าง/ลูกจ้างเอกชน	31	8.51
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	1.10
ประมง	23	6.32

เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 4.1 จากประชากรเป้าหมาย 364 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.67 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.67 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.52 และอาชีพหลัก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 78.02

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด โดยไม่ได้ทำให้สุก ดีด้วยความร้อน จำแนกตามชนิดของอาหาร

ชนิด/ลักษณะของอาหาร	พฤติกรรมกรบริโภค (N=364)				
	ยังกินอยู่			เคยกิน	ไม่เคยกิน/ ไม่รู้จัก
	ประจำ	บางครั้ง	รวม	(แต่เลิกแล้ว)	
	ราย	ราย	ราย	ราย	ราย
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
แจ่วบองปลาร้าดิบ	59 (16.21)	285 (78.30)	<b>344</b> <b>(94.51)</b>	10 (2.75)	10 (2.75)
ปลาร้าดิบๆ	41 (11.26)	303 (83.24)	<b>344</b> <b>(94.51)</b>	4 (1.10)	16 (4.40)
ส้มตำใส่ปลาร้าดิบๆ	74 (20.33)	250 (68.68)	<b>324</b> <b>(89.01)</b>	12 (3.30)	28 (7.69)
ปลาจ่อม	19 (5.22)	262 (71.98)	<b>281</b> <b>(77.20)</b>	13 (3.57)	70 (19.23)
ปลาส้มดิบ	24 (6.59)	252 (69.23)	<b>276</b> <b>(75.82)</b>	18 (4.95)	70 (19.23)
ก้อยปลาดิบ	21 (5.77)	209 (57.42)	<b>230</b> <b>(63.19)</b>	38 (10.44)	96 (26.37)
น้ำพริกปลาร้าสับเครื่องแกงดิบๆ	18 (4.95)	198 (54.40)	<b>216</b> <b>(59.34)</b>	92 (25.27)	56 (15.38)
ลาบปลาดิบ	19 (5.22)	157 (43.13)	<b>176</b> <b>(48.35)</b>	27 (7.42)	161 (44.23)
ปลาแจ่ว	7 (1.92)	142 (39.01)	<b>149</b> <b>(40.93)</b>	15 (4.12)	190 (54.95)
ปลาพริก	10 (2.75)	138 (37.91)	<b>148</b> <b>(40.66)</b>	26 (7.14)	190 (52.19)
หม่าจี้ปลา	4 (1.10)	47 (12.91)	<b>51</b> <b>(14.01)</b>	20 (5.49)	293 (80.50)
เฉลี่ย	26.91 (7.39)	203.91 (56.02)	<b>230.82</b> <b>(63.41)</b>	25 (6.87)	108.18 (29.72)

เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด โดยยังไม่ได้ทำให้รู้สึกดีด้วยความร้อนของกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.41 ยังคงมีการบริโภคอยู่ แบ่งเป็นการบริโภคบางครั้ง ร้อยละ 56.02 และบริโภคประจำ ร้อยละ 7.39 และเมื่อพิจารณาชนิดและลักษณะของอาหารที่มีการบริโภคมากกว่าร้อยละ 50 สูงสุดได้แก่ แจ่วบองปลาร้าดิบ และปลาร้าดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 94.51 ต่อมาได้แก่ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบๆ ปลาจ่อม ปลาต้มดิบ ก้อยปลาดิบ และน้ำพริกปลาร้าสับเครื่องแกงดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 89.01, 77.20, 75.82, 63.19 และ 59.34 ตามลำดับ แต่หากจะพิจารณาตามความถี่ของการบริโภคเป็นชนิดของอาหารที่มีการบริโภคเป็นประจำห้าอันดับแรก สูงสุด ได้แก่ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบๆ คิดเป็นร้อยละ 20.33 ต่อมาได้แก่ แจ่วบองปลาร้าดิบ ปลาร้าดิบๆ ปลาต้มดิบ และก้อยปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 16.21, 11.26, 6.56 และ 5.77 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละ ของพฤติการณ์ขับถ่ายอุจจาระ จำแนกตามสถานที่ขับถ่ายอุจจาระ

สถานที่เมื่อมีการขับถ่าย อุจจาระ	พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ			
	ถ่ายในส้วม ราย (ร้อยละ)	ถ่ายบนพื้นดิน ราย (ร้อยละ)	ถ่ายในหลุมฝังกลบ ราย (ร้อยละ)	ไม่เคย ราย (ร้อยละ)
- การถ่ายอุจจาระเมื่ออยู่ บ้าน	364 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- การถ่ายอุจจาระเมื่อ ออกไปทำงานในสวน ใน ไร่ หรือไปทำนา	30 (8.24)	9 (2.47)	84 (23.08)	241 (66.21)

เมื่อพิจารณาจากตาราง 4.3 จะเห็นได้ว่า ทุกรายจะมีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกต้องลักษณะเมื่ออยู่ที่บ้าน แต่ในกรณีที่ต้องออกไปทำงานในสวน ในไร่ หรือในนา และมีความจำเป็นต้องถ่ายอุจจาระ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.08 จะใช้วิธีถ่ายในหลุมที่ขุดแล้วทำการกลบ รองลงมาคือการถ่ายในส้วม ร้อยละ 8.24 แต่ก็ยังมีบางส่วน ร้อยละ 2.47 ที่ยังมีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระบนพื้นดิน

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของพฤติกรรมกรรมการรับบริการ จำแนกตามการตรวจอุจจาระและการรักษา

การตรวจอุจจาระ และ การได้รับการรักษา	พฤติกรรมกรรมการรับบริการ		
	เลข	ไม่เลข	จำไม่ได้
	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)
การรับการตรวจอุจจาระ	277 (76.10)	82 (22.53)	5 (1.37)
การได้รับยารักษาพยาธิจากสถานบริการ สาธารณสุข	137 (37.64)	202 (55.49)	25 (6.84)

เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 4.4 จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.10 จะเคยได้รับการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ และมีเพียงร้อยละ 37.64 ที่เคยได้รับยารักษาพยาธิจากสถานบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความเสี่ยง และความเชื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำแนกตามประเด็นความเสี่ยงและความเชื่อ

ประเด็น	ใช่	ไม่ใช่
	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)
- ท่านมีประวัติติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ	96 (26.37)	268 (73.63)
- ท่านมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี	85 (23.35)	279 (76.65)
- การกินเหล้าสามารถฆ่าเชื่อพยาธิใบไม้ตับได้	24 (6.59)	340 (93.41)
- ความเปรี้ยวของমনาว หรือมดแดง สามารถฆ่าเชื่อพยาธิใบไม้ตับได้	20 (5.49)	344 (94.51)
- โรคพยาธิใบไม้ตับไม่น่ากลัว เพราะมียารักษา	136 (37.36)	228 (62.64)
- หากสงสัยว่าติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่ยามากินเองได้เลย ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระ	110 (30.22)	254 (69.78)
- ท่านเคยซื้อยารักษาพยาธิใบไม้ตับมากินเอง	105 (28.85)	259 (71.15)
- การกินยารักษาพยาธิใบไม้ตับบ่อยๆ ป้องกันมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีได้	92 (25.27)	272 (74.73)

เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 4.5 จะเห็นได้ว่า ในประเด็นความเล็งเห็นต่อการเป็นมะเร็งมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.63 ไม่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีเพียงร้อยละ 23.35 เป็นผู้ที่มิญาติสายตรง เป็นมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนประเด็นเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ การรักษา และการเป็น มะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ถูกต้อง แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่ยังมีความเชื่อที่อาจส่งผลต่อ พฤติกรรมเล็งเห็นต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ประเด็นที่พบมากที่สุดได้แก่ ความ เชื่อที่ว่า พยาธิใบไม้ตับไม่น่ากลัว เพราะมีการรักษา คิดเป็นร้อยละ 37.36 รองลงมาได้แก่ เชื่อว่าหากสงสัยว่า ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซ้ำยามากินเองได้เลย ไม่ต้องตรวจอุจจาระ คิดเป็นร้อยละ 30.22 และยังพบว่า ร้อย ละ 28.85 เคยซื้อยามาฆ่าพยาธิใบไม้ตับมากินเอง นอกจากนี้ ร้อยละ 25.27 เชื่อว่า กินยารักษาพยาธิใบไม้ตับ บ่อยๆ จะช่วยป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนความเชื่อที่ว่า การกินเหล้าและความเปรี้ยวของ มะนาวหรือมดแดงสามารถฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้นั้น มีเพียง ร้อยละ 6.59 และ ร้อยละ 5.49 ตามลำดับ

## 4.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

### 4.2.2.1 ด้านกายภาพ

บ้านละหาน ม.17 มีพื้นที่ส่วนหนึ่งติดกับบึงละหาน ซึ่งเป็นบึงน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่ เป็นอันดับสี่ของประเทศ บึงละหานเป็นบึงตื้นที่มีขนาดใหญ่ มีเนื้อที่ 18,181 ไร่ ครอบคลุมตำบล ต่างๆ ในอำเภอจตุรัส 4 ตำบล คือ ต.บ้านกอก ต.หนองบัวใหญ่ ต.ละหาน และตำบลหนองบัวบาน อยู่ใน เป็นที่ลุ่มรองรับน้ำจากลำคันฉู โดยมีห้วยต่างๆ เช่น ห้วยกอก ห้วยหลัวเป็นทางน้ำเข้าสู่บึงละหานและไหล ลงสู่แม่น้ำชี ในฤดูแล้งบึงจะแห้งมีเพียงตอนใต้ของบึงที่มีน้ำขังตลอดปี ความลึกที่สุดของบึงประมาณ 1.5 เมตร กลางบึงมีเกาะ ขนาดประมาณ 0.3 ตารางกิโลเมตร (187.5 ไร่) มีป่าละเมาะ พื้นที่โดยรอบบึงละหานจะ มีลักษณะราบเรียบถึงค่อนข้างเรียบลักษณะดินโดยรอบเป็นดินที่เกิดจากการตกตะกอนทับถมของตะกอนลำ น้ำ

### 4.2.2.2 ด้านชีวภาพ

จากการที่มีพื้นที่ติดกับบึงละหาน ทำให้ชุมชนแห่งนี้เป็นที่ที่มีความอุดม สมบูรณ์ และมีความหลากหลายทางชีวภาพทั้งพืชและสัตว์ ในบึงละหานมีปลาและนกเป็ดน้ำชุกชุม พบนก อย่างน้อย 56 ชนิด ได้แก่ นกน้ำและนกชายเลน นกประจำถิ่น ประมาณ นกอพยพแต่มีใช้เพื่อการผสม พันธุ์ นกอพยพผ่านตามฤดูกาล นกอพยพมาเพื่อการผสมพันธุ์ บางชนิดที่อยู่ในสถานภาพใกล้สูญพันธุ์ พบปลาอย่างน้อย 25 ชนิด ทั้งชนิดที่อยู่ในสถานภาพมีแนวโน้มใกล้สูญพันธุ์ ได้แก่ ปลาจุกค้ำ ปลาใน วงศ์ปลาตะเพียน พบ 9 ชนิด ปลาในวงศ์ปลาหมอ พบ 3 ชนิด ปลาเศรษฐกิจ ได้แก่ ปลาสาคร ปลา กระต๊อบ ปลาตะเพียนขาว ปลาสร้อยขาว ปลาสร้อยนกเขา ปลาหมอช้างเหยียบ ปลาช่อน

### 4.2.2.3 ด้านเศรษฐกิจ

ด้วยความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ ทำให้คนชุมชนสามารถใช้ ทรัพยากรเหล่านี้ในการประกอบอาชีพอย่างหลากหลาย ได้แก่ การทำนา ทำไร่มัน สวนพริก ต้มเกลือ เก็บ พืชผักในบึงมาขาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาชีพประมง มีการทำเป็นอาชีพหลักหลายครอบครัว ทำให้ชุมชน

แห่งนี้มีปลาสด ๆ บริโภคไม่เคยขาด จะเห็นได้จากปลาที่นำมาขายในตลาด จะมีแม่ค้าไปรับปลาที่ชาวบ้านไปจับมาขายสดๆ ทั้งตอนเช้าและตอนเย็น นอกจากนี้ในชุมชนยังเป็นแหล่งผลิตผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำจากปลา เช่น ปลาร้า ปลาสาม และที่นิยมบริโภคกันมากชนิดหนึ่งก็คือ ส้มปลาห่อ ที่ทำจากปลาตระกูลปลาขาว ซึ่งมีกระบวนการผลิตที่ใช้เวลาเพียงวันเดียวก็สามารถบริโภคได้ และมักจะบริโภคกับดียบๆ โดยเฉพาะในวงเหล้า

#### 4.2.2.4 ด้านวัฒนธรรม

ชุมชนแห่งนี้ เป็นชุมชนที่ยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีของชนชาวอีสานไว้ได้อย่างเหนียวแน่น ดังจะเห็นได้จากการรักษาประเพณีฮีตสิบสอง ที่เป็นจารีตของคนอีสาน โดยจะมีการจัดกิจกรรมของชุมชนในแต่ละเดือนอย่างต่อเนื่อง และวัฒนธรรมอีสานที่ยังคงสืบทอดกันมาอย่างหนึ่งก็คือ วัฒนธรรมการบริโภคอาหารดียบ หรือสุกๆ ดิบบ โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลา เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาร้า ดียบ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่า เหตุผลของการบริโภคมาจาก การจิตใจในรสชาติของอาหาร ค่านิยมที่มักจะรับประทานกันในวาระพิเศษ เช่น วันรวมญาติ และการสืบทอดพฤติกรรมการกินในครอบครัว

### 4.2.3 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

#### 4.3.1 ระบบบริการทางการแพทย์

ชุมชนแห่งนี้ถือได้ว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ในระบบบริการทางการแพทย์ในสถานบริการยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากยังไม่มีระบบการเฝ้าระวัง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรอง ในระบบปกติ ทั้งในระดับตำบล และในระดับอำเภอ ญาติของผู้ที่เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแล้วไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ แพทย์ไม่ได้นึกถึงโรคที่เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ มีเพียงการจ่ายยาตามอาการ กระทั่งผู้ป่วยอาการหนักจึงไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ และเสียชีวิตในเวลาไม่นาน

อย่างไรก็ตาม ในการเข้าถึงยารักษา ชาวบ้านที่สงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสามารถหาซื้อยา Praziquantel ได้สะดวก ตามคลินิกหรือร้านขายยา ซึ่งส่งผลให้บางรายจะซื้อยากินเป็นประจำ แต่ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคปลาดิบ

#### 4.3.2 ระบบบริการสาธารณสุข

การดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับของ รพ.สต. ในปีที่ผ่านมาเป็นการดำเนินการตามนโยบาย ซึ่งกิจกรรมมีเพียงการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ และจ่ายยาในรายที่ตรวจพบ ซึ่งยาที่นำมาแจกจ่ายให้ผู้ป่วย ก็ต้องรอระยะหนึ่ง เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้มียาสำรองไว้ เนื่องจากในการดำเนินงานปกติจะไม่สำรองยาไว้ เนื่องจากเกรงว่ายาจะหมดอายุ เพราะไม่มีการเบิกจ่าย หลังจากการดำเนินงานตามนโยบายในการคัดกรองแล้ว ก็ไม่ได้มีกิจกรรมต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการสนับสนุนด้านการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ให้มีทักษะในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ในทางปฏิบัติ ด้วยภาระงาน ซึ่ง

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งขาดงบประมาณสนับสนุน ทำให้หน่วยงานไม่สามารถจัดระบบบริการในระบบปกติได้

#### 4.3 การวิเคราะห์เชื่อมโยงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

สภาพปัญหาในชุมชนเป้าหมาย มีการตรวจพบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความชุกร้อยละ 32.01 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด พบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ทำให้สุกด้วยความร้อน คิดเป็นร้อยละ 63.41 แบ่งเป็นบริโภคเป็นบางครั้ง ร้อยละ 56.02 และบริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 7.39 โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การติดเชื้อในรสนชาติ ความเชื่อเรื่องการทำให้อาหารสุกด้วยความเปรี้ยวของน้ำมะนาวหรือมดแดง ความเชื่อว่าเห็บสามารถฆ่าพยาธิได้ ความไม่ตระหนักต่อปัญหาเนื่องจากเห็นว่ามีการรักษา และสามารถหาซื้อยากินเองได้ง่าย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่อยู่ติดบึงน้ำขนาดใหญ่ สามารถหาปลาบริโภคได้ง่าย ทั้งปลาสด และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากปลา อีกทั้งยังมีวัฒนธรรมท้องถิ่นในการบริโภคปลาดิบที่สืบทอดในครอบครัว ค่านิยมการบริโภคปลาดิบในโอกาสพิเศษ นอกจากนั้น ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ยังพบว่า สถานบริการในพื้นที่เสี่ยงยังไม่มีระบบบริการรองรับ การดำเนินตามนโยบายเป็นเพียงการคัดกรองและให้การรักษา ขาดการสร้างความรู้ความตระหนักแก่ชุมชน กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง แม้จะมีการพัฒนาบุคลากรด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่มีอุปสรรคด้านภาระงาน และขาดแรงจูงใจ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชาชน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และมีการเสียชีวิตจากโรคนี้เป็นจำนวนมากในแต่ละปี ในปี 2550 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 28,000 ราย เฉลี่ยวันละ 76 คน และในปัจจุบันพบว่า ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งตับหรือส่วนหนึ่งคือมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยยังพบสูงมากในประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดที่กินดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา หลังจากมีการค้นพบพยาธิใบไม้ตับครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2458 ได้มีการศึกษาวิจัยมากมายกระทั่งนำไปสู่การกำหนดนโยบายและดำเนินมาตรการ “อีสานไม่กินปลาดิบ” เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ทำให้ความชุกของโรคลดลงและสามารถลดปัญหาลงได้ระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งขาดกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อีกทั้งลักษณะของปัญหาที่เป็นเรื่องของพฤติกรรมของคน เชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ทำให้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังคงมีอุบัติการณ์ที่สูงอยู่ถึงปัจจุบัน จากสภาพปัญหาดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงต้องการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนโดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ทั้งสามด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในการวิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นกรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

**วิธีการศึกษา:** เป็นกรณีศึกษาใน 1 ชุมชน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม ความเชื่อ ด้วยแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรอายุ 30 ปีขึ้นไปทุกคน ในชุมชน พิจารณาจากเกณฑ์อายุกลุ่มเสี่ยง นำมาวิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ แล้วใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลเชิงลึก ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การสนทนา และรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการตรวจสอบแบบสามเส้า

**ผลการศึกษา:** พบว่า สภาพปัญหาในชุมชนเป้าหมาย ยังมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความชุกร้อยละ 32.01 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด พบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ทำให้สุกดีด้วยความร้อน คิด

เป็นร้อยละ 63.41 แบ่งเป็นบริโภคเป็นบางครั้ง ร้อยละ 56.02 และบริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 7.39 โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การคิดใจในรสชาติ ความเชื่อเรื่องการทำให้อาหารสุกด้วยความเปรี้ยวของน้ำมะนาวหรือมดแดง ความเชื่อว่าเห็ดสามารถฆ่าพยาธิได้ ความไม่ตระหนักต่อปัญหาเนื่องจากเห็นว่ามีการรักษา และสามารถหาซื้อยากินเองได้ง่าย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่อยู่ติดบึงน้ำขนาดใหญ่ สามารถหาปลาบริโภคได้ง่าย ทั้งปลาสด และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากปลา อีกทั้งยังมีวัฒนธรรมท้องถิ่นในการบริโภคปลาดิบที่สืบทอดในครอบครัว ค่านิยมการบริโภคปลาดิบในโอกาสพิเศษ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ยังพบว่า สถานบริการในพื้นที่เสี่ยงยังไม่มีระบบบริการรองรับ การดำเนินงานตามนโยบายเป็นเพียงการคัดกรองและให้การรักษา ขาดการสร้างความรู้ความตระหนักแก่ชุมชน กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง แม้จะมีการพัฒนาบุคลากรด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่มีอุปสรรคด้านภาระงาน และขาดแรงจูงใจ

### สรุปและข้อเสนอแนะ:

โรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลจากการศึกษาวิจัยที่ต้องการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดปัญหาในพื้นที่เป้าหมายพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมาจากพฤติกรรมบริโภค เชื่อมโยงกับปัจจัยเรื่องความเชื่อ ความตระหนัก และมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรม ที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบกับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่ตอบสนองต่อการแก้ปัญหา ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

- 1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยง ควรดำเนินการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของกระบวนการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบท
- 2) สถานบริการควรจัดระบบการบริการรองรับการตรวจรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง
- 3) หน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการทำความเข้าใจและควบคุมกำกับร้านขายยาหรือคลินิก ในการจำหน่ายยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 4) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนให้ถึงระดับปฏิบัติในพื้นที่ และควรมีการสร้างแรงจูงใจต่อการดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่

### เอกสารอ้างอิง

- 1) ฐิติมา วงศาโรจน์, ประภาศรี จงสุขสันติกุล (บ.ก.). คู่มือกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในชุมชน. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี: 2555.
- 2) IARC, Infection with liver flukes (*Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felinus* and *Clonorchis sinensis*). IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 1997; 61:121
- 3) กระทรวงสาธารณสุข (2555). ยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน”. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- 4) ฐิติมา วงศาโรจน์ และคณะ (2552). รายงานผลการศึกษาศาสนาการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พ.ศ. 2552. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี
- 5) Mitacek EJ, Brunnemann KD, Suttajit M, et al. Exposure to N-nitroso compounds in a population of high liver cancer regions in Thailand: volatile nitrosamine (VNA) levels in Thai food. Food Chem Toxicol 1999; 37:297-305.
- 6) Wongba N, Thaewongiew K, Phathee K, et al (2011). Liver Fluke Prevention and Control in the Northeast of Thailand Through Action Research. Asian Pacific journal of Cancer Prevention. 12,1367-1370.