The Development of Opisthorchiasis Prevention Model with community participation in Sri Khot Subdistrict, Chaturaphak Phiman District, Roi Et Province

Pennapa Muangnua[1], Jaruwan Viroj[2], Phatcha Hirunwatthanakul[3]

1 Graduate student, Master Degree of Public Health, Mahasarakham University
2 Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University
3 Lecturer Dr , Faculty of Public Health, Mahasarakham University
Corresponding author: e-mail : pennapa.muang@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

OPEN ACCESS

Citation:
Muangnua, P., Viroj, J., & Hirunwatthanakul , P. The Development of Opisthorchiasis Prevention Model with community participation in Sri Khot Subdistrict, Chaturaphak Phiman District, Roi Et Province. Journal of Health Policy, Law and Administration, 12(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/290903

Received: 16 July 2026
Revised: 29 July 2026
Accepted: 14 July 2026

Abstract

This study employed Participatory Action Research (PAR). The objectives were to develop Opisthorchiasis prevention model with community participation in Sri Khot Subdistrict, Chaturaphak Phiman District. Roi Et Province.

The study sample consisted of 48 members of the Si Khot Subdistrict Health Assembly and 283 residents aged 15 years and above. The research process was conducted in four stages of the PAOR cycle (Planning, Action, Observation, Reflection) over a period of four months. Data was collected through in-depth interviews, focus group discussions and questionnaires. Data analysis was performed using descriptive statistics, inferential statistics (Wilcoxon Signed Rank Test), and content analysis.

The results showed that the developed Opisthorchiasis prevention model comprised 6 activities: (1) educational training, (2) developing health leaders, (3) raising community awareness, (4) behavior monitoring and follow-up, (5) fostering collaboration among network partners, and (6) establishing social measures for the prevention of Opisthorchiasis within the community. After implementation, the sample group showed statistically significant increases in mean scores for knowledge, health literacy, behavior, and participation in Opisthorchiasis prevention (p-value < 0.001).

The success factors included (1) active participation of network partners, (2) Leaders and core members helped drive the initiative to success, and (3) clear risk communication that enabled residents to adopt appropriate Opisthorchiasis prevention behaviors.

Keywords: model development; Opisthorchiasis; health literacy; community participation

e290903

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

เพ็ญนภา เมืองเหนือ[1] จารุวรรณ วิโรจน์[2] พัดชา หิรัญวัฒนกุล[3]

1 นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3 อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อีเมลติดต่อ pennapa.muang@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 16 กรกฎาคม 2569
วันแก้ไข 29 กรกฎาคม 2569
วันตอบรับ 14 กรกฎาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบลศรีโคตร จำนวน 48 คน และกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 283 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR (วางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผล) ระยะเวลา 4 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน (Wilcoxon Signed Rank Test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้น มี 6กิจกรรม ได้แก่ (1) อบรมให้ความรู้ (2) สร้างแกนนำสุขภาพ (3) สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน (4) สังเกตติดตามพฤติกรรม (5) สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย (6) มีมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน มีผู้นำและแกนนำขับเคลื่อนงานที่เข้มแข็ง และมีการสื่อสารความเสี่ยงที่ชัดเจนทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; โรคพยาธิใบไม้ตับ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเกิดจากพยาธิ Opisthorchis viverrini เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ เนื่องจากพยาธิตัวแก่ที่อาศัยอยู่ในท่อน้ำดี ก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและนำไปสู่มะเร็งท่อน้ำดีในระยะยาว องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีการพบโรคนี้ในกว่า 70 ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยังประมาณการว่าโรคพยาธิใบไม้กลุ่มนี้ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยประมาณ 200,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่า 7,000 รายในแต่ละปี สะท้อนให้เห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2021) โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาอย่างยาวนานโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประชาชนยังคงมีวิถีวัฒนธรรมการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลา ลาบปลา และส้มตำใส่ปลาร้าดิบ สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน ทำให้ยังคงมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ความรุนแรงของโรคนี้ไม่ได้อยู่ที่ตัวพยาธิอย่างเดียวแต่การติดเชื้อซ้ำต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ซึ่งเป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงสูงและพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากถึง 6,500 ราย ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึงประมาณ 13,500 ล้านบาทต่อปี ทั้งที่โรคนี้สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ หากประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2567) ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่มุ่งเน้นการวางรากฐานในการตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ เน้นการบูรณาการงานหลายภาคส่วน ด้วยแนวคิด One Health (สุขภาพหนึ่งเดียว) เนื่องจากปัญหา พยาธิใบไม้ตับไม่สามารถแก้ได้ด้วยทางการสาธารณสุขเพียงด้านเดียว แต่ต้องอาศัยการเชื่อมโยง 3 ส่วน ได้แก่ 1) อาหารปลอดภัย โดยส่งเสริมการบริโภคปลาปรุงสุกและปลอดพยาธิ 2) สุขาภิบาล โดยการจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล และการจัดการให้รถดูดส้วมนำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งให้ถูกที่ ซึ่งจะป้องกันพยาธิไม่ให้ไหลลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติและกลับมาติดในปลาอีกครั้ง และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้วยการสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่เด็ก เยาวชนในสถานศึกษา และประชาชน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2569)

การดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยง ของเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ คัดกรองอุจจาระหาไข่พยาธิพบอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของเขต ปี 2560-2564 มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการติดเชื้อซ้ำกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2565) ส่วนในจังหวัดร้อยเอ็ดพบอัตราความการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในคนมีแนวโน้มลดลง แต่พบอัตราการติดเชื้อซ้ำมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2566) ซึ่งผู้ติดพยาธิใบไม้ตับทุกรายให้การรักษาด้วยยา Praziquantel และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากผลการตรวจพบการติดเชื้อซ้ำแสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ หรือยังมีพฤติกรรมสุขอนามัยไม่ดีอยู่ (กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2566) และในปี 2565 มีการคัดกรองหาสารแอนติเจนของพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะโดยใช้ชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว (OV-Rapid Diagnosis Test – OV-RDT) เป็นการคัดกรองเบื้องต้นก่อนยืนยันโดยการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ผลการคัดกรองเบื้องต้นพบว่า ในเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 41.87 จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 41.10 และในอำเภอจตุรพักตรพิมาน มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 46.86 (สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2565)

พื้นที่ตำบลศรีโคตรยังคงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยในปี 2561-2564 จากการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ พบอัตราความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีแนวโน้มจะลดลง แต่ยังพบอัตราการติดเชื้อซ้ำมีแนวโน้มสูงขึ้น และในปี 2565 จากการตรวจคัด

กรองปัสสาวะหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับเบื้องต้น ด้วยวิธี OV-RDT ในตำบลศรีโคตร พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 32.90 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักรพิมาน, 2566) ในปี 2568 สำรวจประชาชนในตำบลศรีโคตรจำนวน 80 คน พบว่า กลุ่มอายุที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปี ร้อยละ 43.85 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 50-54 ปี ร้อยละ 35.00 ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่จะรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.25 โดยอาหารที่ส่วนใหญ่ชอบรับประทานเป็นประจำ คือส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ร้อยละ 51.25 รองลงมา คือ ปลาร้าดิบ ๆ ร้อยละ 27.0 ด้านพฤติกรรมการใช้ส้วม พบว่า มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระนอกส้วม โดยถ่ายอุจจาระบนพื้นดินเมื่ออยู่ที่ทุ่งนา ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 31.25 รองลงมาไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 18.75 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านอีโคตร, 2568)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน โดยเน้นทักษะด้านการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนความรู้ และการตัดสินใจ เพื่อเป็นการสร้างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง (อรณิชา โชติกาวานิชกุล, 2564) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง โดย บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่าง ๆ ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมและการงานได้อย่างเข้มแข็งไม่ถูกหลอกและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงการมีความรู้ แต่เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้การออกแบบกิจกรรมป้องกันโรคไม่จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์แบบทางเดียวดังที่ผ่านมา แต่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวมในทุกระดับ ตั้งแต่การส่งเสริมให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การฝึกทักษะการสื่อสารและปรับพฤติกรรมร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ไปจนถึงการสร้างความสามารถในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน ตัวอย่างความสำเร็จของการดำเนินงานเชิงระบบในพื้นที่ใกล้เคียง เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดมหาสารคาม ที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับ ส่งผลให้อัตราความชุกของโรคลดลงจากร้อยละ 5.90 เหลือร้อยละ 1.90 ภายในระยะเวลาประมาณหนึ่งปี (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดำเนินงานที่ได้รับการออกแบบอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สามารถลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างเป็นรูปธรรมและเห็นผลในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น การส่งเสริมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นแนวทางที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการลดความกลัวเกี่ยวกับโรคระบาด และโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และเป็นการสร้างประชาชนให้พร้อมด้วยสุขภาพ และพลานามัยที่สมบูรณ์และแข็งแรง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในครั้งนี้ จึงเลือกใช้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นระเบียบวิธีหลัก ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่อย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง (Kemmis, S., & McTaggart, 1988) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนกลุ่มเป้าหมายตลอดทุกขั้นตอนของการวิจัยนี้ ซึ่งจะช่วยสร้างความเป็นเจ้าของและเสริมพลัง ให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังเปิดโอกาส

ให้ผู้วิจัยปรับปรุงกิจกรรมในแต่ละรอบของวงจรตามผลการสังเกตจากพื้นที่จริง จนได้รูปแบบที่ผ่านการกลั่นกรองและมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

จากสภาพปัญหาและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนของชุมชน ตำบลศรีโคตรอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นกระบวนการวิจัยในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาในระดับพื้นที่ โดยภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกันศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ร่วมวางแผนและปฏิบัติการตามกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดและเกิดการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดพลังในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นรากฐานการพัฒนาที่มั่นคงและเป็นฐานการดำรงชีวิตของชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน สภาพปัญหาและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3) เพื่อศึกษาการประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาดำเนินการ เดือนธันวาคม 2568 – มีนาคม 2569 ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1

วิธีการศึกษา

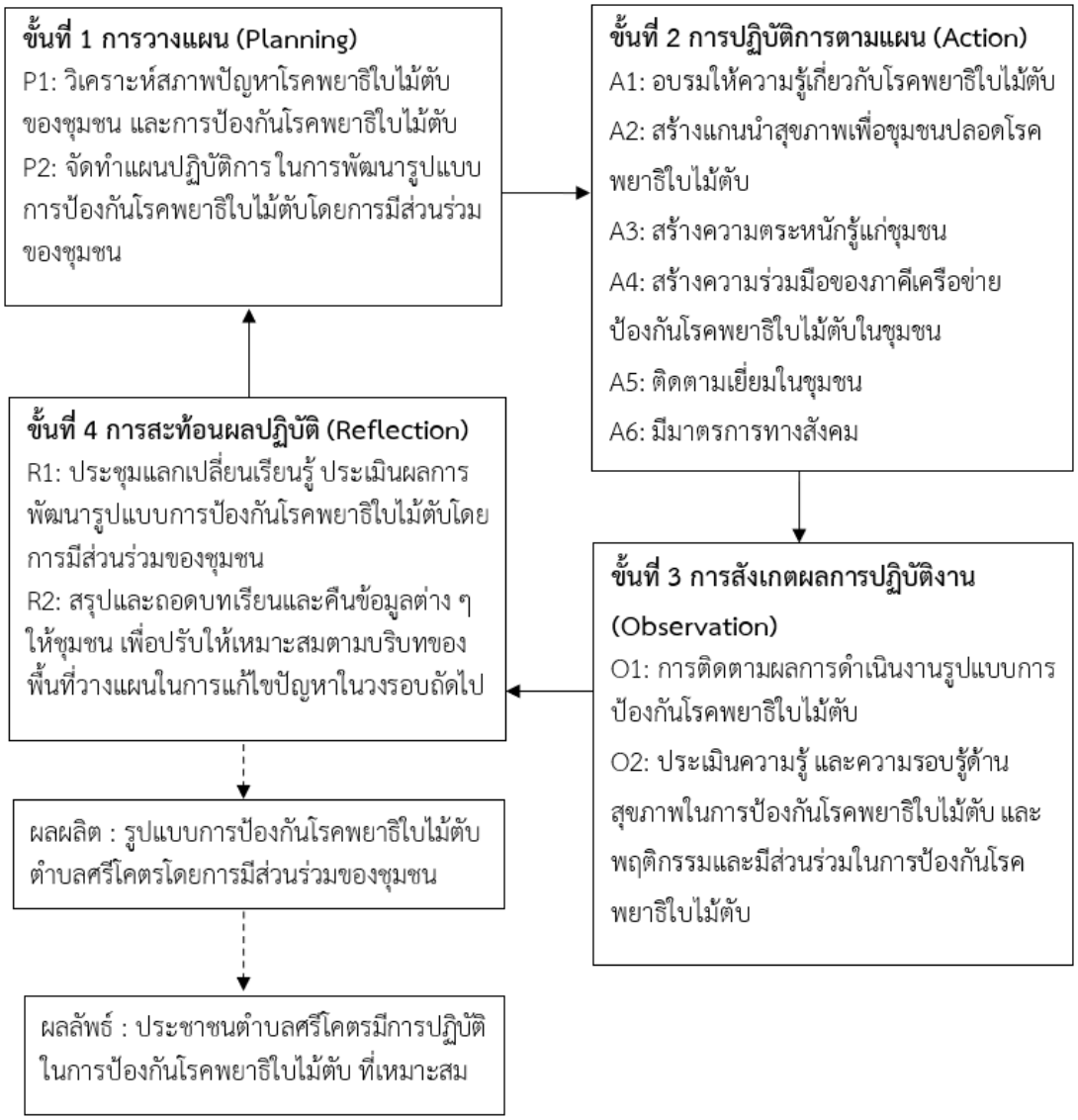
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน (Kemmis, S., & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เตรียมความพร้อม การประชุมสนทนากลุ่ม ศึกษาบริบทสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) มี 6 กิจกรรม ได้แก่ อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ , สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ, กิจกรรมสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน ได้แก่ มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ติดป้ายกระตุ้นเตือน, สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย, ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ, มีมาตรการทางสังคม เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ (Observation) การติดตามผลระหว่างดำเนินการ และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย โดยการสังเกต บันทึกกิจกรรม และแบบสอบถามประเมินความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการสรุปผลของการดำเนินงาน วิเคราะห์บทเรียนกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น และประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นวงรอบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มแกนนำการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยสมัชชาสุขภาพตำบลศรีโคตร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 48 คน จำแนกตามหลักสมัชชาสุขภาพเป็น 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคการเมือง จำนวน 19 คน (ผู้บริหารเทศมนตรีตำบลศรีโคตร พร้อมด้วยกำนันผู้ใหญ่บ้านและตัวแทนสมาชิกสภาเทศบาล) ภาควิชาการ จำนวน 7 คน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอีโคตร พร้อมด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อ ผู้บริหารสถานศึกษาและผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบลศรีโคตร)และภาคประชาชน จำนวน 22 คน (ประธานชมรม อสม.ตำบลศรีโคตร พร้อมด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนร้านค้า/ร้านอาหาร และประชาชนที่เคยตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ)

2) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Cochran,W.G. (1977) ในกรณีทราบจำนวนประชากร จากประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด 2,362 คน และใช้ค่าความแปรปรวน (variance) ของประชากร จากผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลศรีโคตร ปี 2566 ความแปรปรวน เท่ากับ 0.35 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย โดยพิจารณาจากเกณฑ์การ คัดเข้า

(Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified random sampling) ตามจำนวนประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน จำแนกประชากรออกเป็นชั้นภูมิของแต่ละหมู่บ้านโดยการแบ่งตามช่วงอายุ แล้วสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม เพื่อเป็นสมาชิกของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาตามสัดส่วน แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มตามประเด็น ได้แก่ สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการเกิดพยาธิใบไม้ตับและแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสังเกตการณ์การสนทนากลุ่ม เพื่อรวบรวมประเด็นที่สังเกตได้จากกระบวนการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกสรุปการถอดบทเรียน

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแบบสอบถามการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วัดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบที่จะพัฒนาขึ้น โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 ค่า คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 ข้อ ทั้งหมด 6 ด้าน ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบได้ข้อเดียว ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีจำนวน 16 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีลักษณะข้อคำถามที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ เลือกตอบได้ข้อเดียว และส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า และเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวคำถามการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ เป็นที่ยอบรับได้ เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม นำทดสอบ (Try out) กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน คือในพื้นที่ตำบลอีง่อง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคของแอลฟา (Coefficient Alpha) โดย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วยคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR20) มีค่าเท่ากับ 0.76 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.77, 0.76 และ 0.80 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในที่ดีและสามารถนำไปใช้จริงได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่ตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาดำเนินการ เดือน ธันวาคม 2568 – มีนาคม 2569 ตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 283 คน (Pre-test) และนำข้อมูลคืนแก่กลุ่มภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก กับกลุ่มภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 48 คน เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยการเกิดโรคและการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูล

บริบทของการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลศรีโคตร ปัญหา อุปสรรคและรูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบัน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสังเกตการณ์การสนทนากลุ่มและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2568

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ในชุมชน เพื่อติดตามกระบวนการ จำนวน 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน สร้างแกนนำสุขภาพ ติดตามเยี่ยมสังเกต และให้คำแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน มีมาตรการทางสังคม และสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ โดยกิจกรรมนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลศรีโคตร ระยะเวลาดำเนินการในเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2569

3) ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation) ติดตามและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานในชุมชน โดยใช้แบบสังเกตการณ์และแบบบันทึกการสัมภาษณ์ และ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณหลังการดำเนินงานโดยใช้แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กับกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 283 คน (Post-test)

4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมถอดบทเรียนกับกลุ่มภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและตัวแทนกลุ่มประชาชน โดยให้ผู้มีส่วนร่วมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถอดบทเรียน และสะท้อนมุมมองต่อการดำเนินงานที่เกิดขึ้น เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบบันทึกสรุปผลการถอดบทเรียน ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2569

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยสมัครใจ ข้อมูลถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 823-679/2568 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดำเนินการแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุม สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยแนวทางอุปนัย (Inductive Approach) เพื่ออธิบาย ตีความ และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ซึ่งช่วยสะท้อนประสบการณ์จริงและปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้อย่างเป็นระบบ ส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรและตัวแปรพื้นฐาน และเนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติอนุมานแบบ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. บริบทของชุมชน สภาพปัญหาและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด มีทั้งหมด 9 หมู่บ้าน มีจำนวน 1,261 ครัวเรือน ประชากรในปี 2568 มีทั้งหมด 4,309 คน มีเพศชาย ร้อยละ 49.01 และเพศหญิง ร้อยละ 50.99 เป็นพื้นที่ที่มีลำน้ำไหลผ่าน ในฤดูฝนมีปริมาณน้ำจำนวนมาก มีแหล่งน้ำธรรมชาติ ได้แก่ ลำน้ำเสียว แยกออกเป็นลำน้ำเสียวน้อยหลายสาย บึง,หนองและอื่น ๆ 18 แห่ง แหล่งน้ำที่สร้างขึ้น ได้แก่ ฝายกั้นน้ำ 12 แห่ง บ่อน้ำตื้น 58 แห่ง บ่อโยก 8 แห่ง และประปาหมู่บ้าน 3 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์และค้าขายเป็นอาชีพเสริม ร้านค้า/ร้านชำ จำนวน 30 ร้าน ,ร้านอาหาร 7 ร้าน ในตำบลศรีโคตรไม่มีรถสูบสิ่งปฏิกูล ประชาชนใช้บริการรถสูบสิ่งปฏิกูลจากพื้นที่ตำบลข้างเคียง

สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ตำบลศรีโคตรเนื่องจากยังคงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อ

ของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูง โดยในปี 2561-2564 จากการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ พบอัตราความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีแนวโน้มจะลดลง คือ ร้อยละ 13.33, 15.00, 14.17 15.83 และ 14.68 ตามลำดับ และพบอัตราการติดเชื้อซ้ำมีแนวโน้มสูงขึ้น คือร้อยละ 8.96, 3.18, 5.93, 8.64 และ 10.62 ตามลำดับ และ ปี 2565 ผลการตรวจคัดกรองปัสสาวะหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับเบื้องต้น ด้วยวิธี OV-RDT ในตำบลศรีโคตร พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 32.65

ผลการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ที่มีแหล่งน้ำจำนวนมาก ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น และจากพฤติกรรมในการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ ๆ เมนูก้อยปลาดิบ แจ่วบอง และปลาร้าดิบโดยนำมาปรุงในอาหารเช่น เมนูส้มตำ ที่เป็นเมนูประจำของคนในพื้นที่ และเป็นค่านิยมที่บอกต่อ ๆ กันมารุ่นสู่รุ่น อาจสรุปได้ว่าบริบทพื้นที่และค่านิยมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมการกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบ ทำให้ตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนในพื้นที่ได้ ในหลายปีที่ผ่านมา มีการรณรงค์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจอุจจาระและปัสสาวะ โดยเมื่อตรวจพบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะได้รับยาถ่ายพยาธิทันที สำหรับรูปแบบการป้องกันโรคที่ใช้อยู่เดิมในพื้นที่ประกอบด้วยการคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา การจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และการส่งตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระหรือปัสสาวะเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงได้ทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ อุปกรณ์และชุดตรวจที่มีไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่มีอยู่จำนวนมาก ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันโรคและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง และตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นมา ประชาชนในตำบลศรีโคตรได้รับบริการเพียงการคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจาเท่านั้น โดยไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีอื่นเพิ่มเติมอีกเลย ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับประชาชนยังขาดความตระหนักและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรค อีกทั้งการดำเนินงานในพื้นที่ยังขาดความต่อเนื่อง และขาดความเข้มแข็งอย่างจริงจัง ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในครั้งนี้ จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนารูปแบบร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลศรีโคตรที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงอย่างยั่งยืน

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การดำเนินการในขั้นตอนการวางแผน เป็นกระบวนการเริ่มต้นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการสนทนากลุ่มร่วมกับกลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบลศรีโคตร เกี่ยวกับประเด็นการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับ และศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยการเกิดโรค เกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลบริบทของการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลศรีโคตร ปัญหา อุปสรรค และรูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 2 ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินโครงการ ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา นำไปสู่การกำหนดสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเปลี่ยนแปลง ออกแบบกิจกรรมที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2.2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้มีการกำหนดขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชนมากขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบถึง สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา การป้องกัน โดยใช้การบรรยายในหัวข้อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และใช้สื่อวีดีทัศน์หนังสั้นเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ รณรงค์การไม่กินปลาดิบ ชื่อเรื่อง “ส้มปาก” ซึ่งเป็นหนังสั้นที่สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดีมหาวิทยาลัยขอนแก่นจัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการจัดอบรมให้ความรู้ออกเป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 94 , 93 และ 96 คน เพื่อให้การอบรมให้ความรู้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

กิจกรรมที่ 2 สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ

การสร้างแกนนำสุขภาพเพื่อชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กลไก “อสม. หมอคนที่ 1” คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นแกนนำด้านสาธารณสุขอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน ให้ผ่านการอบรมเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากการเข้าโรงเรียน อสม. ประจำทุกเดือน ในครั้งนี้อบรม 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวมเป็น 6 ชั่วโมงเพื่อให้ อสม. ทุกคนมีความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อที่จะสามารถไปถ่ายทอดความรู้และการคัดกรองเบื้องต้นแก่ประชาชนในเขตที่ตนเองรับผิดชอบได้

กิจกรรมที่ 3 สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน

การสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมประชาสัมพันธ์ โดยมีประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โดยมอบหมายให้ผู้นำชุมชนทำหน้าที่ในการเปิดสื่อในการประชาสัมพันธ์ก่อนที่จะมีการประกาศข่าวของหมู่บ้าน โดยเปิดคลิปเสียง “โรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยจะประชาสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ รอบเช้าเวลา 07.00 น. หรือรอบเย็นเวลา 17.00 น. มีการติดป้ายประกาศประชาสัมพันธ์ลด ละ เลิก กินปลาดิบ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในจุดที่ประชาชนสัญจรไปมาพบเห็นได้ชัด ในทุกหมู่บ้าน และมีประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก เพจ “รพ.สต.บ้านอีโคตรสังกัด อบจ.ร้อยเอ็ด” เพื่อให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

2) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการเดินรณรงค์ ลดละเลิกไม่กินปลาน้ำจืดดิบ ในชุมชน โดยจะขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการลงพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย เดินรณรงค์การป้องกันโรคพยาธิใบตับสร้างความตระหนักเพื่อไม่ให้กินปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ

3) สร้างค่านิยมไม่กินปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ และส่งเสริมให้ทำเมนูจากปลาน้ำจืดสุก โดยการจัด เช่น ก้อยปลาสุก ลาบปลาสุก เป็นต้น ประยุกต์ให้เข้ากับงานมหกรรมของอำเภอจตุรพักตรพิมาน และงานมหกรรมในตำบลศรีโคตร เพื่อสร้างค่านิยมการไม่บริโภคปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ โดยมีตัวแทนจากทุกหมู่บ้านเข้าร่วม เป็นการสร้างความตระหนักและสร้างค่านิยมให้ประชาชนไม่กินปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ

กิจกรรมที่ 4 ติดตามเยี่ยม สังเกตและให้คำแนะนำ

การติดตามเยี่ยม สังเกตและให้คำแนะนำ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นแกนนำสุขภาพ ลงพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง อสม.1 คน รับผิดชอบ 5 - 10 หลังคาเรือน ทำให้กิจกรรมติดตามเยี่ยมได้อย่างทั่วถึง ซึ่งสามารถติดตามเยี่ยม สังเกต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมาย ให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสม โดยกิจกรรมนี้ อสม. จะออกติดตามเยี่ยมสังเกตพร้อมให้คำแนะนำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ รวมเป็น 12 ครั้ง

กิจกรรมที่ 5 สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ในการประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยผู้เข้าร่วมประชุมคือ กลุ่มสมัชชาสุขภาพตำบลศรีโคตร ผลการจัดกิจกรรมในครั้งนี้พบว่าภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลศรีโคตร ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านสาธารณสุข หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับแกนนำสุขภาพร่วมคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลศรีโคตร คัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจาในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยคำถามเกี่ยวกับประวัติการ

ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประวัติเคยรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ หรือประวัติรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ หากมีประวัติอย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยง ทำให้ทราบจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและมีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านอีโคตร ได้ตรวจอุจจาระหรือปัสสาวะคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที เป็นข้อมูลในการป้องกันและพัฒนางานต่อไป นอกจากนี้หน่วยงานสาธารณสุขจะดำเนินการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นผู้ประสานงานหลักในงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) ด้านการศึกษา ตำบลศรีโคตรประกอบด้วยโรงเรียน จำนวน 3 แห่ง ได้ขอความร่วมมือบุคลากรทางการศึกษาในการจัดทำการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่นักเรียน เพื่อเป็นการให้ความรู้ของโรคพยาธิใบไม้ตับและปลูกฝังค่านิยมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมที่ถูกต้องตั้งแต่วัยเด็กเพื่อเป็นการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระยะยาว

3) ด้านปกครองท้องที่และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำนันผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำหมู่บ้านมีบทบาทด้านการประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนรับทราบและเป็นผู้นำในการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และเทศบาลตำบลศรีโคตร มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ กำหนดเป็นมาตรการ เพื่อดำเนินโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่

กิจกรรมที่ 6 มีมาตรการทางสังคม

มีมาตรการทางสังคมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนซึ่งกิจกรรมนี้จะเป็นการดำเนินงานในการร่วมประชาคมเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน จากนั้นก็นำมาตรการที่ได้มาเข้าที่ประชุมเพื่อร่วมประกาศเป็นมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ “มาตรการ 3 ต้อง 2 ไม่ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ” รายละเอียดดังนี้

มาตรการ : 3 ต้อง ได้แก่

1) ต้องบริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดปรุงสุก เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้มาบริโภคอาหารที่ปรุงสุก รวมถึงปลาร้าต้มสุก และอาหารที่ปลอดจากพยาธิใบไม้ตับ มีมาตรการร้านอาหารร้านส้มตำปลอดปลาร้าดิบ เพื่อเป็นการสร้างกระแสในชุมชน ในการลด ละ เลิก การกินปลาร้าดิบ สร้างความตื่นตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันออกตรวจร้านส้มตำและร้านค้าอาหารสดว่าใช้ปลาร้าดิบในส้มตำหรือร้านค้ามีจำหน่ายหรือไม่ และมีการมอบป้าย “ร้านนี้ ใช้ปลาร้าปรุงสุก” แก่ร้านอาหาร และร้านส้มตำที่ใช้ปลาร้าสุกปรุงอาหาร รวมถึงร้านค้า ร้านชำที่จำหน่ายปลาร้าสุก และให้ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์เพื่อประกาศชื่อร้านที่ใช้ปลาร้าสุกให้แก่ประชาชาชนได้รับทราบโดยทั่วกัน

2) ต้องถ่ายอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะและล้างมือให้สะอาด ถ่ายในส้วมที่มิดชิด โดยกำหนดให้ประชาชนขับถ่ายของเสียให้ถูกสุขลักษณะ ถ่ายลงส้วมที่มิดชิด ไม่ถ่ายลงสู่พื้นดินหรือแหล่งน้ำ รวมถึงการกำจัดสิ่งปฏิกูล ควรกำจัดให้ถูกที่ เพื่อไม่เป็นการแพร่กระจายของโรค มีมาตรการการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ชุมชนเกิดเครือข่ายการดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสิ่งแวดล้อม ไม่ทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่สาธารณะ เนื่องจากในเขตเทศบาลตำบลศรีโคตรไม่มีรถสูบสิ่งปฏิกูล ประชาชนใช้บริการจากรถสูบสิ่งปฏิกูลจากพื้นที่ตำบลข้างเคียง จึงมีการสอดส่องเฝ้าระวังในการไม่ให้ทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่สาธารณะ จากการดำเนินการเกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนได้ร่วมกันในการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อกำหนดเป็นข้อบัญญัติของเทศบาลตำบลต่อไป

3) ต้องตรวจคัดกรอง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคนต้องได้รับการคัดกรองเบื้องต้น โดยคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา(Verbal Screening) คนที่มีความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองหาพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจอุจจาระหรือปัสสาวะ และรักษาด้วยการกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อพบเชื้อ และไม่กลับไปบริโภคปลาน้ำจืดแบบดิบ ๆ อีก

มาตรการ : 2 ไม่ ได้แก่

(1) ไม่บริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดดิบทุกประเภททุกเมนูอาหารให้ทำให้สุกก่อนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

(2) ไม่ทิ้งเศษปลาดิบให้สัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข และแมว โดยก่อนจะนำเศษปลาให้สัตว์เลี้ยงต้องทำให้สุกก่อน เพื่อป้องกันไม่ให้สัตว์เลี้ยงติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และเพื่อเป็นการตัดวงจรการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากขั้นตอนกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถนำไปสู่การพัฒนาเพื่อทำให้เกิดเป็นรูปแบบในการพัฒนาชุมชนต่อไป เพื่อให้มีหลักการปฏิบัติที่จดจำง่าย รูปแบบที่ได้ คือ **ACTION Model** โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) A (Awareness) สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน

2) C (Community Rules) มีมาตรการทางสังคม หรือกติกาชุมชน คือ “มาตรการ 3 ต้อง 2 ไม่ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ”

3) T (Training) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

4) I (Initiator) สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ

5) O (Observation) แกนนำสุขภาพติดตามเยี่ยมสังเกต และให้คำแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6) N (Network) สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือโดยการบูรณาการและเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation) มีการสังเกตการณ์ และบันทึกผลการจัดกิจกรรม ทั้ง 6 กิจกรรม

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ประชุมการถอดบทเรียน ผลการดำเนินงาน ทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามแผนที่วางไว้ แต่ยังพบข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนกลุ่มเป้าหมายในการทำกิจกรรมมีจำนวนมาก แต่พื้นที่ในการจัดกิจกรรมไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดกิจกรรมบางกิจกรรม เช่น การอบรมให้ความรู้ และเวลาในการจัดกิจกรรมค่อนข้างจำกัด

3. การประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการศึกษา ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นในระดับมาก ร้อยละ 97.20 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 2.80 (Mean = 18.68, SD = 1.40) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < 0.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=283)

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		Z	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับมาก	227	80.20	275	97.20	- 11.70	<0.001
ระดับปานกลาง	56	19.80	8	2.80		
	Mean (SD) = 17.28 (2.09) Median (Min-Max) = 15 (12-20)		Mean (SD) = 18.68 (1.40) Median (Min-Max) = 18 (14-20)			

3.2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 2.95 (SD=0.51) และหลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 3.79 (SD=0.41) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ก่อนและหลัง

พัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < 0.001 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายด้าน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 3.02 (SD=0.67) รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 2.95 (SD=0.74) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 2.94 (SD=0.71) และหลังพัฒนารูปแบบ ด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.72 (SD=0.54) รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 3.71 (SD=0.59) และด้านการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.66 (SD=0.56) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายด้านทุกด้าน พบว่า ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < 0.001 ดังตารางที่ 2

3.3) พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด เรื่อง (Mean =4.51, SD=0.64) หลังพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายด้านอยู่ระดับปานกลาง คือด้านการบริโภคอาหาร (Mean =3.60, SD=0.61) , และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Mean =3.42, SD=0.62) ดังตารางที่ 3

ผลการศึกษา ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.53 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.47 (Mean = 58.50, SD = 6.51) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value < 0.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายด้านก่อนและหลังพัฒนารูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง (n=283)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		Z	Mean Diff	*p*-value
	Mean	SD	Mean	SD			
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.02	0.67	3.71	0.59	-11.585	0.69	< 0.001
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	2.95	0.74	3.72	0.54	-12.094	0.77	< 0.001
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ	2.29	0.47	3.29	0.47	-14.148	1.00	< 0.001
4. ด้านการจัดการตนเอง	2.87	0.69	3.66	0.56	-12.298	0.79	< 0.001
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	2.54	0.56	3.31	0.47	-12.669	0.77	< 0.001
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	2.94	0.71	3.62	0.58	-11.686	0.68	< 0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	**2.95**	**0.51**	**3.79**	**0.41**	**-15.427**	**0.84**	**< 0.001**

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง (n=283)

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	3.21	0.57	ปานกลาง	3.60	0.61	ปานกลาง
ด้านอนามัยส่วนบุคคล	3.78	0.65	มาก	4.02	0.78	มาก
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.14	0.76	ปานกลาง	3.49	0.62	ปานกลาง
พฤติกรรมโดยรวม	**3.36**	**0.62**	**ปานกลาง**	**3.70**	**0.64**	**มาก**

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังพัฒนารูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง (n=283)

ระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		Z	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับมาก	69	24.38	140	49.47	-13.542	<0.001
ระดับปานกลาง	212	74.91	143	50.53		
ระดับน้อย	2	0.72	0	0		
	Mean (SD) =54.88 (7.21) Median (Min-Max) = 51 (36-74)		Mean (SD) =58.50 (6.51) Median (Min-Max) =57 (42-78)			

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังพัฒนารูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง (n=283)

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		Z	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับมาก	9	3.18	48	16.96	-13.915	<0.001
ระดับปานกลาง	263	92.93	235	83.04		
ระดับน้อย	11	3.89	0	0		
	Mean (SD) =18.19 (2.24) Median (Min-Max) =19 (13-27)		Mean (SD) =20.81 (3.13) Median (Min-Max) =22 (17-30)			

3.4) การมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง ร้อยละ 83.04 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 16.96 (Mean = 20.81, SD = 3.13) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนพัฒนารูปแบบและเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ดังตารางที่ 5

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลศรีโคตร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลศรีโคตร อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการประชุมถอดบทเรียนพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน คือ ACTION Model ซึ่งมี 6 กิจกรรมหลักในการดำเนินการ สิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้นั้นคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและประชาชน เข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วมในการร่วมแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ความร่วมมือของประชาชนในการทำกิจกรรม โดยมีการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำกิจกรรม และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและช่วยพัฒนาให้ชุมชนเกิดการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป จึงทำสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) มีผู้นำและแกนนำขับเคลื่อนงานที่เข้มแข็ง ได้แก่ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ กลไกขับเคลื่อนที่อยู่ใกล้ชิดชาวบ้านมากที่สุดเป็นต้นแบบ และเป็นผู้ให้คำแนะนำที่ถูกต้องกลุ่มเป้าหมาย มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์จะสามารถนำเรื่องการป้องกันโรคเข้าสู่วาระของชุมชน จะสร้างแรงจูงใจให้ชาวบ้านทำตามได้จริงรวมถึงการผลักดันนโยบายต่าง ๆ

2) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับให้สัมพันธ์กับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ซึ่งพลังการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนบูรณาการทุกระดับ คนในพื้นที่ร่วมกันวางแผนและแก้ไขปัญหาตามบริบทชุมชนของตนเอง จะเกิดความยั่งยืน ซึ่งการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายให้ทำงานร่วมกันอย่างมีพลังร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

3) การสื่อสารที่ชัดเจนนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยความสำเร็จในการป้องกันโรคเริ่มต้นจากการสื่อสารที่ชัดเจน เข้าถึงง่าย และตรงประเด็น โดยเน้น การสื่อสารความเสี่ยง มากกว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักและยอมรับที่จะปรับเปลี่ยนนิสัยที่เสี่ยงต่อชีวิต ผ่านการใช้สื่อที่เข้าใจง่ายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารสุก เห็นความสำคัญของการเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยการถ่ายในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการตัดวงจรชีวิตของพยาธิและหยุดยั้งการติดเชื้อรายใหม่ได้อย่างเด็ดขาด

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล ซึ่งผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย สมัชชาสุขภาพตำบลศรีโคตร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่ได้คือ ACTION Model ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน 2) มีมาตรการทางสังคมหรือกติกาชุมชน คือ “มาตรการ 3 ต้อง 2 ไม่ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ” 3) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ 5) แกนนำสุขภาพ ติดตามเยี่ยมสังเกต และให้คำแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 6) สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือโดยการบูรณาการและเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้มีกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจและสร้างกระแสสังคมให้ประชาชนตื่นตัวในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องและกิจกรรมของ ACTION Model เป็นการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร

4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ ในการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จะส่งผลให้ประชาชนลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคพยาธิบไม้ตับได้ พบว่า ผลระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรานนท์ โกสีย์รัตนาภิบาล และ กิตติยา ไกรยราช (2568) ศึกษาสภาพปัญหาการป้องกันโรค พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคและประเมินผลการใช้รูปแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรารัตน์ สิงทองทัศน์ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคลอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการป้องกันโรคที่ถูกต้องได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้แก่บุคคลใกล้ชิดครอบครัว และชุมชนได้

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรลักษณ์ เวฬุ (2562) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนครั้งนี้ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตน และด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และยังส่งผลให้เกิดรูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้มีประสิทธิผล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง

การมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า หลังพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้น และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทักษนัย พัสดุ และคณะ (2562) ศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้น กล่าวคือ การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมค้นหาปัญหา การร่วมวางแผน และร่วมดำเนินงานตามแผน ทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ การมีส่วนร่วมจึงส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดความสำเร็จได้

อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ระยะเวลาในการติดตามผลในการวิจัยยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืน การติดตามและประเมินผลจึงควรมีการติดตามพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างด้วยความต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและป้องกันการกลับมามีพฤติกรรมเสี่ยงซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ในพื้นที่ควรมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาสื่อและช่องทางการสื่อสารให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถขับเคลื่อนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างยั่งยืน

2) ด้านการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ของอำเภอ ควรนำรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับใช้กับบริบทของชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าสามารถพัฒนาความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปลอดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ระยะเวลาในการติดตามผลในการวิจัยครั้งนี้ อาจไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืน การติดตามและประเมินผล ควรมีการติดตามพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่าง อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6–12 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและป้องกันการกลับมามีพฤติกรรมเสี่ยงซ้ำ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) ควรมีการศึกษากระบวนการวิจัย รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในวงรอบต่อไปเพิ่มอีก และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพัฒนาชุมชนในระยะยาว

2) การวิจัยในอนาคตควรติดตามผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิหรือตรวจพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญในทางระบาดวิทยา

3) การวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ดังนั้นออกแบบการวิจัยในอนาคตควรพัฒนารูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม หรืออย่างน้อยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย รวมถึงคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนทุนวิจัย

ขอขอบพระคุณบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานราชการในพื้นที่ ภาคีเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Ban I- Khot Health Promoting Hospital. (2025). *Liver fluke disease situation at Ban I- Khot Health Promoting Hospital 2025*. Ban I Khot Health Promoting Hospital.

Chaturaphak Phiman District Health Office. (2023). *Summary report of liver fluke disease screening results, fiscal year 2023*. Chaturaphak Phiman District Health Office.

Cholangiocarcinoma Research Institute, Khon Kaen University. (2022). *Annual report 2022, Cholangiocarcinoma Research Institute*. Khon Kaen University.

Chotikawanichkul, O. (2020). *Health literacy and liver fluke disease prevention behaviors among econdary school students in schools under the Secondary Educational Service Area Office 9*.

Cochran, W.G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). Wiley.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2026). *Action plan for liver fluke and cholangiocarcinoma elimination, Phase 2 (2026–2032).*

Health Systems Research Institute. (2024). *HSRI mobilizes networks to advance the action plan for a liver fluke and cholangiocarcinoma-free Thailand, targeting reduced morbidity and mortality while improving survival rates*. https://www.hsri.or.th/news/1/4396

Kaewdamkeung, K., & Treepetchsri-urai, N. (2011). *Health literacy.* Niwthamada Printing.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.

Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072–2078.

Office of Disease Prevention and Control Region 7, Khon Kaen. (2023). *Summary of liver fluke and cholangiocarcinoma operations report 2023*. Office of Disease Prevention and Control Region 7 Khon Kaen.

Phatsadu, T., Phromarak, T., & Pattanachot, N. (2019). *Community health literacy development process for liver fluke disease prevention in Yot Kaeng Subdistrict, Namon District, Kalasin Province.* Faculty of Public Health, Mahasarakham University and Roi Et Hospital.

Public Health Strategy Development Division, Mahasarakham Provincial Health Office. (2024). *Operational model for liver fluke disease control and prevention in Mahasarakham Province*. Journal of Medical and Health Environmental Education.

Roi Et Provincial Health Office. (2023). *Liver fluke disease situation, Roi Et Provincial Health Office 2023*. Roi Et Provincial Health Office.

Singthongthat, C. (2021). *Effects of a health literacy promotion program for liver fluke disease prevention in Lao Mi Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province* [Master's thesis, Mahasarakham University].

Welu, W. (2019). *Operational model for control and prevention of liver fluke disease in Ban Yuad Subdistrict, Sang Khom District, Udon Thani Province*. Community Public Health Academic Journal, 5(2).

World Health Organization. (2021). *Foodborne trematode infections* [Fact sheet]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/foodborne-trematode-infections