

ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
จังหวัดศรีสะเกษ

นายภาคภูมิ สายหยุด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ.2564

The Effectiveness of the Community-driven Model
for Liver Fluke Control in Si sa ket Province

Mr.Pakpoom Saiyud

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2021

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ

ชื่อและนามสกุล นายภาคภูมิ สายหยุด

แขนงวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2565

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ไพฑูริย์ เกตุมาศ

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ เกตุมาศ)

สุทธิพร มุลศาสตร์

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์)

เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ)

เทพศักดิ์ บุญรัตน์

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทพศักดิ์ บุญรัตน์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ
ผู้วิจัย นายภาคภูมิ สายหยุด **รหัสนักศึกษา** 2625100660 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล
 เวชปฏิบัติชุมชน) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.
 เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ **ปีการศึกษา** 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ และต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดศรีสะเกษ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่
 1) แกนนำสุขภาพ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถูกเลือกแบบเจาะจง จำนวน 28 คน 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นประชาชนอายุ 15-60 ปีที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับใน อูจาระ จำนวน 32 คน ในอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย
 1) รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคมของแบรนซ์ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน (2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ (3) การดำเนินการ (4) การดำรงการเชื่อมประสานกัน ประชุมกลุ่มระดมสมอง และสำรวจสิ่งแวดล้อม (5) การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน
 2) แบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ 3) แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามชุดที่ 2 และชุดที่ 3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .99 และ .99-1.00 ตามลำดับ แบบสอบถามส่วนความรู้มีค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาดสันเท่ากับ .84 ส่วนการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บราวน์ เท่ากับ .82 .83 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบซี

ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการตามรูปแบบ แกนนำสุขภาพมีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ติดเชื้อมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่สัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ การขับเคลื่อนชุมชน โรคพยาธิใบไม้ตับ แกนนำสุขภาพ ผู้ติดเชื้อ

Thesis Title: The Effectiveness of the Community-driven Model for Liver Fluke Control in Si sa ket Province

Researcher: Mr. Phakpoom Saiyud; **ID:** 2625100660; **Degree:** Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner); **Thesis advisors:** (1) Dr. Sutteeporn Moolsart, Associate Professor; (2) Dr. Benjamas Youprasert, Associate Professor; **Academic Year:** 2021

Abstract

This research aimed to study the effects of the community-driven model for liver fluke control on the community-driven perception of health leaders, as well as knowledge, attitude, and behavior toward liver fluke control, and the proportion of the positive finding of *Opisthorchis viverrini* (OV) eggs of infected people in Sisaket Province.

This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design. There were 2 groups of samples: 1) 28 health leaders, composed of the president of the subdistrict administrative organization, the permanent secretary of the subdistrict administrative organization, members of the village committee, members of the subdistrict administrative organization, and village health volunteers (VHVs). They were selected by purposive sampling. 2) 32 OV-infected people aged 15–60 years old who had a positive finding of OV eggs in feces, living in Mueang Sisaket District, Sisaket Province. Research instruments were 1) the community-driven model for liver fluke control based on Brach's social empowerment concept. The 8-week activities consisted of (1) liver fluke situation analysis, (2) design and implementation initiation, (3) implementation, (4) coordination, brainstorming group meeting, and environmental survey, and (5) diffusion and persistence; 2) a questionnaire on the community-driven perception of health leaders; and 3) questionnaires on knowledge, attitude, and behavior of liver fluke control. The content validity indexes of the questionnaires were .99 and .99–1.00, respectively. Kuder-Richardson-20 of the knowledge questionnaire was .84. Cronbach's alpha coefficient of the questionnaires on community-driven perception, attitude, and behavior were .82, .83, and .83, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, a t-test, and a Z-test.

The results showed that after model implementation, health leaders had a perception of community-driven liver fluke control that was significantly better than before model implementation, and better than the comparison group, at $p\text{-value} < .01$. The knowledge, attitudes, and behavior toward liver fluke control of infected people were better than before model implementation and better than the comparison group at $p\text{-value} < .01$. However, the proportion of the positive finding of *Opisthorchis viverrini* (OV) eggs of infected people in the experimental and comparison groups was not significantly different at a $p\text{-value} < .01$.

Keywords: Community-driven, Liver fluke, Health Leader, Infected people

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและรองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าในการถ่ายทอดความรู้และกรุณาให้คำแนะนำ ติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณประธานคณบดีรองศาสตราจารย์ ดร.พัชรพพร เกิดมงคล ที่กรุณาให้แนวคิดต่าง ๆ และข้อเสนอแนะหลายประการทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ให้คำแนะนำและปรับปรุงแบบสอบถามสำหรับงานวิทยานิพนธ์ให้มีความเที่ยงและความตรงเชิงเนื้อหา ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่อนุญาติและออกเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เพื่อใช้ในการดำเนินการการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ บุคลากรสาธารณสุขและคณะอส.ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง ที่กรุณาอนุญาตและอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งแกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

สุขท่ายคุณค่างานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี และครอบครัวสายหยุด อันเป็นที่รัก และคอยให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้มาโดยตลอด ขอมอบแด่คณาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอน ชี้แนะให้ความรู้และแนวทางที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้จริงในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อประโยชน์อันสูงสุด และกับประชาชน พร้อมทั้งเป็นกำลังใจและให้คำปรึกษาด้วยดีมาโดยตลอด

นายภาคภูมิ สายหยุด

กุมภาพันธ์ 2565

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	15
ความรู้ทั่วไปของโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	16
แนวความคิดขับเคลื่อนชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	28
การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	79
ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	88
ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	91
ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อ การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	94
ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรม ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	97
ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของ การตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ.....	100
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	101
สรุปการวิจัย.....	101
อภิปรายผล.....	104
ข้อเสนอแนะ.....	111
บรรณานุกรม.....	112
ภาคผนวก.....	117
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	122
ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน.....	131
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	133
จ แผนการสอนในรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ.....	156
ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยรายข้อ.....	185
ประวัติผู้วิจัย.....	207

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การคำนวณเม็ดยาที่ต้องได้รับตามน้ำหนักตัว.....	24
ตารางที่ 3.1 ผลการตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม.....	68
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	80
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำแนกตามข้อมูล ทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	84
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้แกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการ ดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ.....	88
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนใน การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ ฯ.....	89
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนใน การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลัง ดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ.....	90
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนและร้อยละระดับความรู้ ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลัง การดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ.....	91
ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการ ตามรูปแบบการขับเคลื่อน ชุมชนฯ.....	92
ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการ ตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.9	การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนและร้อยละระดับเจตคติต่อการควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ.....	94
ตารางที่ 4.10	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ.....	95
ตารางที่ 4.11	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	96
ตารางที่ 4.12	การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการ ตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ.....	97
ตารางที่ 4.13	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ.....	98
ตารางที่ 4.14	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	99
ตารางที่ 4.15	การเปรียบเทียบสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ.....	100

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 อัตราป่วยต่อแสนประชากรและจำนวนผู้ป่วยจังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็นรายอำเภอ.....	2
ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2.1 วงจรการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	18
ภาพที่ 2.2 แผนที่แสดงอาณาเขตของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ.....	45
ภาพที่ 2.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งตามช่วงอายุ ปี 2563.....	48
ภาพที่ 2.4 จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับต่อแสนประชากรใน จังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ.....	49
ภาพที่ 2.5 แสดงอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีสาเหตุจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ.....	49
ภาพที่ 2.6 สถานการณ์ อัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับต่อแสนประชากร ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ ปี 2556-2562.....	50
ภาพที่ 2.7 ร้อยละการตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระแยกรายตำบลของอำเภอเมือง ศรีสะเกษ ปี 2563.....	51
ภาพที่ 2.8 แสดงข้อมูลร้อยละการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับแยกตามเพศ และช่วงอายุ ตำบลคูซอดศรีสะเกษ.....	51
ภาพที่ 2.9 แสดงข้อมูลร้อยละการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับย้อนหลัง 5 ปี ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559-2563.....	52
ภาพที่ 2.10 แสดงข้อมูลร้อยละการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับซ้ำ ของประชาชนตำบล คูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559-2563.....	52
ภาพที่ 2.11 แสดงข้อมูลร้อยละประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงรับประทานปลาดิบ ของ ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559-2563.....	53
ภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย.....	55
ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการทดลอง.....	76

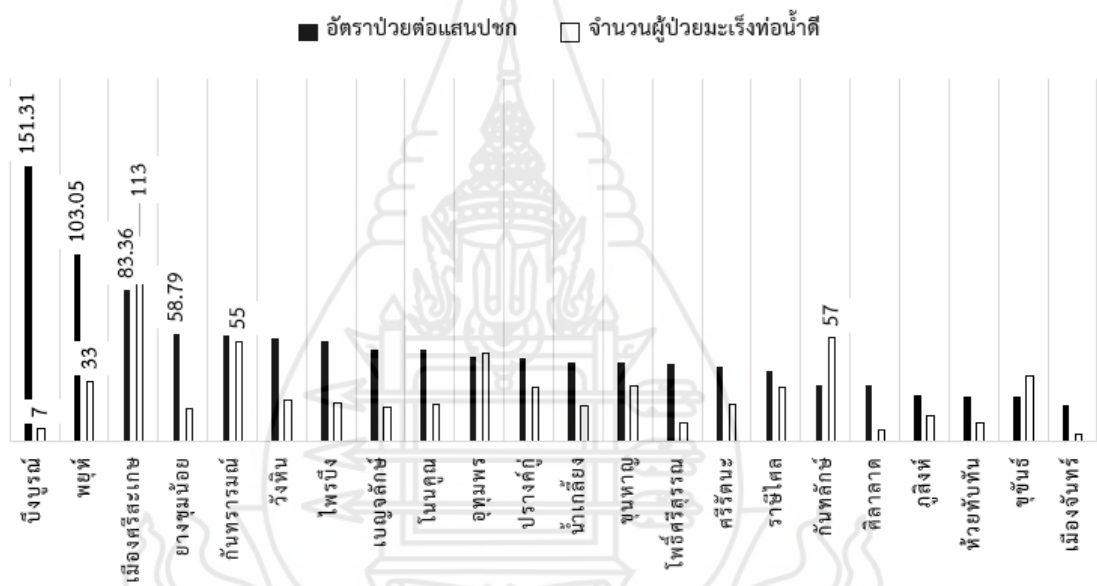
บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการติดเชื้อพยาธิ *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felineus* และ *Clonorchis sinensis* ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* พบระบาดมากในประเทศไทย ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็งในคนกลุ่ม 1 (World Health Organization, 2020) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาอย่างยาวนาน ในปี 2562 พบความชุกในประเทศไทยร้อยละ 10 ของประชากร (โกศล รุ่งเรืองชัย, 2562) พบความชุกสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 8.96 รองลงมาภาคเหนือร้อยละ 5.6 (ศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2562) ในปี 2557-2563 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 22.7 (เกษร แถวโนนจิว; และคณะ, 2557) ร้อยละ 19.4 (โภคมล เลารักษ์วงศ์, 2561) ร้อยละ 17.02 (ปรีวัฒน์ กอสุระ; นพรัตน์ ส่งเสริม; ภัทรภร เจริญบุตร; และพุทธิไกร ประมวล, 2563) และมีการติดเชื้อซ้ำร้อยละ 16.20 (วรวิมล นามวงศ์; นพรัตน์ ส่งเสริม; และอรอนงค์ บุรีเลิศ, 2562) โดยพบอัตราส่วนหญิงต่อชาย = 1:1.2 กลุ่มอายุที่มีความชุกสูงสุดคืออายุ 40-49 ปี ทุกกลุ่มอายุมีความชุกมากกว่าร้อยละ 20 (เกษร แถวโนนจิว และคณะ, 2557) ในจังหวัด ศรีสะเกษ ปี 2560 พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 14.3 (สมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ, 2559) สูงเป็นอันดับที่ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและสูงเป็นอันดับที่ 1 ของเขตตรวจ สุขภาพที่ 10 ซึ่งเกินเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้คือไม่เกินร้อยละ 5 ในปี 2562 จังหวัด ศรีสะเกษมีอำเภอที่พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับเกินเกณฑ์ระดับประเทศ อยู่ 9 อำเภอจากทั้งหมด 22 อำเภอ อำเภอเมืองศรีสะเกษเป็นอำเภอที่พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด โดยพบในปี 2562 และปี 2563 ร้อยละ 12.65, 13.79 ตามลำดับ และผลการสุ่มตรวจความชุกพยาธิใบไม้ตับของ ประชาชน อำเภอเมืองศรีสะเกษพบตำบลที่มีความชุกเกินเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ จำนวน 5 ตำบล ดังนี้ตำบลคูซอด ตำบลโพธิ์ ตำบลน้ำคำ ตำบลโพนเขวาและตำบลห่ม โดยพบร้อยละ 6.59, 6.29, 5.50, 5.39, และ 5.28 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ, 2562) ตำบล คูซอด พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับเกินเกณฑ์ทุกปี โดยในปี 2562 และ 2563 ร้อยละ 6.29 และ 6.17 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด, 2563)

ความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยอัตราการเกิดโรคคิดเป็นสัดส่วน 5 คนต่อประชากรทุก ๆ 100,000 คน พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 3 เท่า ผู้ชายจะพบ 135 คนต่อประชากร 100,000 คน และ ในผู้หญิง 48 คนต่อประชากร 100,000 คน (นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ, 2560) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าช่วงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดคือช่วงอายุ 51-60 ปี โดยพบถึงร้อยละ 74 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี พบร้อยละ 16 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอำเภอเมืองศรีสะเกษ ปี 2563 พบมากเป็นอันดับ 3 ของจังหวัด สูงถึง 83.3 ต่อแสนประชากร ตำบลคูซอดพบอัตราป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดีต่อแสนประชากร ปี 2561, 2562 พบ 82.68, 82.64 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด, 2563)



ภาพที่ 1.1 จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อแสนประชากรในจังหวัดศรีสะเกษ จำแนกเป็นรายอำเภอ

ที่มา: โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2564, 20 กรกฎาคม). ข้อมูล Himpro.

ภาพที่ 1.1 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอำเภอเมืองศรีสะเกษ พบมากที่สุดคือ 113 ราย รองลงมาเป็นอำเภอกันทรลักษ์ อำเภอกันทรารมณ์ จำนวน 57 55 รายตามลำดับ

อัตราการตายโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรไทย โดยมีอุบัติการณ์มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย อุตการณ์ของมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรไทยพบมากกว่า 9 ล้านคน จังหวัดศรีสะเกษพบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2561 และ 2562 เท่ากับ 29.6 และ 28.4 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) อำเภอเมืองศรีสะเกษพบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2561 และ 2562 เท่ากับ 34.3 และ 32.8 ต่อแสนประชากร ในตำบลคูซอดพบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2561 และ 2562 พบสูงมากกว่าระดับจังหวัดและสูงกว่าระดับประเทศ ถึง 40.98, 60.53 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด, 2562) ซึ่งเกินเกณฑ์ระดับประเทศที่กำหนดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2563 ไม่เกิน 25.3 ต่อแสนประชากร หรือไม่เกิน 372 คน ซึ่งในปี 2578 ได้ตั้งเป้าหมายไว้ไม่เกิน 16.85 ต่อแสนประชากร หรือไม่เกิน 248 คน ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจึงช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ท่อน้ำดีในระยะยาว

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568” ได้ดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program: CASCAP) ซึ่งเริ่มพัฒนามาตั้งแต่พ.ศ. 2556 และได้รับรองให้เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในพ.ศ. 2559 จึงได้กำหนดให้เป็นนโยบายหลักในการขับเคลื่อนโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย 29 จังหวัด ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษเป็นหนึ่งในพื้นที่เป้าหมาย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในปีงบประมาณ 2564 จังหวัดศรีสะเกษจึงได้กำหนดให้โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เป็น 1 ใน 10 ของวาระจังหวัดศรีสะเกษ มีเป้าหมายลดความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ให้เกินร้อยละ 5 อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ไม่เกิน 25.3 ต่อแสนประชากร (ไม่เกิน 372 คน)

ด้วยปัจจัยด้านสภาพภูมิศาสตร์มีแหล่งน้ำธรรมชาติไหลผ่านหลายสาย เช่น แม่น้ำมูล แม่น้ำชี ห้วยสำราญ และประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงน้ำจืด จึงยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืด ปลาดิบและปลาร้าหมัก ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ *Opisthorchis viverrini* ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อายุมากกว่า 50 ปี 3) ความใกล้ชิดและระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ และ 4) การรับประทานปลาดิบและ/หรือปลาร้า (เกษร แก้วโนนจิวและคณะ, 2557 อินทรา เทียมแสน, 2559) และพบว่าการรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ศิวาพร พิมพ์เรือง, 2557) การทำเมนูปลาดิบให้รับประทานภายในครอบครัวส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.89 เท่า ตลอดจน

การซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชนส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.54 เท่าและพบอีกว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับซึ่งในทางกลับกันกับส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ .55เท่า (วรกร วิชัยโย, 2563) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา (ประถมศึกษา) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน (สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย, 2558) ปี 2562 มีการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลคูซอด จำนวน 100 คน พบว่าประชาชนร้อยละ 24.7 มีการรับรู้ที่ผิดว่าเมื่อรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แล้ว รับประทานยาฆ่าพยาธิในภายหลังจะช่วยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ และร้อยละ 74 ระบุว่ารับประทานอาหารที่ทำจากปลาดิบเป็นบางครั้งจะไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 25.6 มีพฤติกรรมรับประทานลาบปลาดิบ ก้อยปลาดิบ และร้อยละ 23.3 รับประทานหรือใส่พริกสด หรือ ใส่เม็ดแดงในอาหารปลาดิบเพื่อให้พยาธิตายก่อนรับประทาน (จตุรภรณ์ อัจฉาสาลี, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนในตำบลคูซอดยังมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ถูกต้อง ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะยาว อย่างไรก็ตาม แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมา ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการรับเชื้อพยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ร่างกาย และการป้องกันไข่พยาธิใบไม้ตับที่ปนกับอุจจาระออกสู่สิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจะมุ่งเน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้วางแนวทางและออกมาตรการให้ประชาชนปฏิบัติตาม โดยไม่ได้มาจากความตระหนักในการป้องกันและดูแลตนเองของประชาชนเอง เป็นเหตุให้ยังคงพบความชุกของโรคที่สูงขึ้นและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างยั่งยืนจึงควรทำการขับเคลื่อนชุมชนควบคู่ไปกับการดำเนินงานของภาครัฐ ซึ่งการขับเคลื่อนชุมชนเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนระบุความต้องการของตนเอง การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนช่วยสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมการเข้าถึงและความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งเสริมการตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องที่ที่เฉพาะเจาะจงซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนของการพัฒนา (WHO, 2016)

โปรแกรมหรือรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่ามีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ (เพ็ญนภา คงศิลา, 2558 จตุรภรณ์ อัจฉาสาลี, 2562) และ 12 สัปดาห์ (วิระพล วิเศษสังข์, 2560 วรารัตน์ สังวะลี; จุน หน่อแก้วและจิรวุฒิ กุจะพันธ์, 2563) และ 24 สัปดาห์ (นิภาพร ปัญญาทิพย์; อักษรา ทองประชุม และกรรณิกา ณ ลำปาง, 2563) โดยได้ประยุกต์ต่าง ๆ แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้เช่นแนวคิดกระบวนการธรรมาภิบาลสุขภาพ (วรลักษณ์ เวฬุ; เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ จมาภรณ์ ใจภักดี, 2562) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เพ็ญญา คงศิลา, 2558 และจวีร์ภรณ์ อาจสาตี, 2562) และประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มและความเชื่อทางศาสนา (สมบุรณ์ วงศ์เครือสร, 2560) มีกิจกรรมการให้ สุขศึกษา สร้างสัมพันธภาพ การบรรยาย ให้ความรู้ ดูวิดีโอ การสื่อสารโดยสื่อโปสเตอร์ การสาธิต ระดมความคิด สะท้อนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมาและสิ่งที่ต้องการให้เป็น แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การตรวจพยาธิในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำ โดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการสรุปบทเรียนจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และเจตคติ ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น (เพ็ญญา คงศิลา, 2558 วีระพล วิเศษสังข์, 2560 และสมบุรณ์ วงศ์เครือสร, 2560 นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ และ ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, 2563 วรารัตน์ สัจวะลี; จุน หน่อแก้ว และจิรวุฒิ กุจะพันธ์, 2563) และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยการอบรม แกนนำชุมชน อบรมผู้ปรุงอาหาร แกนนำชุมชนและผู้ปรุงอาหาร วางแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับด้วยกระบวนการ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การประชุมครอบครัวผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การให้รางวัล ส่งผลให้มีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนลดลง (รุจิรา ดวงสงค์, 2563) มีกิจกรรมให้ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ ดูวีดีทัศน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และกิจกรรมสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ (นิภาพร ปัญญาทิพย์; อักษราทองประชุม และภรรณิกา ณ ลำปาง, 2563)

โปรแกรมหรือรูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับระดับชุมชน พบว่าพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรเริ่มตั้งแต่ ระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชนร่วมกัน กำหนดมาตรการทางสังคมที่ร่วมกับการปรับเปลี่ยนสัญญาประชาคมหมู่บ้านมีผู้นำที่เข้มแข็ง มีคณะกรรมการดำเนินงานรับผิดชอบชัดเจน การประชาสัมพันธ์และการกระจายข่าวสาร การมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย (นันทพร ศรีนอก, 2560 และกิตติศักดิ์ ประคองใจ, 2562) รูปแบบการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วางแผน 2) ลงมือปฏิบัติการ 3) สังเกต 4) สะท้อนผล ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนสมาชิก อบต. กลุ่มสตรี กลุ่ม อสม.ใน การดำเนินโปรแกรม (นิศร ผานคำ, 2559) การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับของชุมชน มีกระบวนการพัฒนา 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของ พื้นที่ 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) การให้ความรู้และณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านสื่อ บทเพลง 4) การกำหนดมาตรการชุมชน 5) การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย 6) การติดตามนิเทศ สนับสนุนกิจกรรม 7) การประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ทักษิณี พัสตุ, 2561) การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้าง แกนนำสุขภาพประจำชุมชน 2) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 3) การตรวจ

อุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยงและจ่ายยารักษาในผู้ที่พบไข่พยาธิ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพชุมชน 5) มีมาตรการทางสังคม 6) ประเมินผลร่วมกัน (บวรพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารัตน์ โสตะ, 2562) ดำเนินการผ่าน 4 กิจกรรม 1) M : Management ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการจัดการดำรงชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีไม่มีพยาธิ 2) A : Awareness มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนักถึงอันตรายจากการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ 3) J : Join ส่งเสริมสุขภาพไม่บริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ป้องกันโรค 4) I : Integrity เกิดความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ในการเลิกบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ (อัจฉราพรรณ ชัยยนต์ และชัยธัช จันทร์สมุด, 2563) โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต้องประกอบด้วยบุคคลจาก อบต. ผู้นำชุมชน ผู้ปรุงอาหารในครัวเรือน เพื่อน บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มโดยมีผู้วิจัยคอยสรุปประเด็น ปัญหาที่สำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม (พลอยไพลิน ทับทิม, 2559) และในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยเชสโมเดล คือการผสมผสานดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์สรุปรวมเป็นแนวคิดการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมาสร้างพลังและการขับเคลื่อนทางสังคมในการสร้างนโยบายสาธารณะ พบว่าสามารถทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืนได้ (สรญา แก้วพิบูลย์; ณีฎฐวุฒิ แก้วพิบูลย์; และจุน หน่อแก้ว, 2559)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีมากมาอย่างยาวนาน ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับบุคคลและเป็นการดำเนินการในกลุ่มเสี่ยง เป็นการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนการรับรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมป้องกันโรค และงานวิจัยในระดับชุมชนมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาาร่วมกันของประชาชนและชุมชน อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนชุมชนให้ช่วยกันพัฒนารูปแบบในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและดำเนินการด้วยชุมชนเอง ยังมีการศึกษาไม่มากนัก ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษมีภูมิประเทศใกล้แหล่งน้ำและประชาชนยังมีพฤติกรรมในการรับประทานปลาดิบ ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ และมีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมีจุดประสงค์ในการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการขับเคลื่อนพลังทางสังคมของแบรนต์ (Bracht, 2001) ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ แกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

รูปแบบเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาแบบยั่งยืน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การวิเคราะห์ชุมชน (Conduct a community analysis) การประเมินศักยภาพของชุมชนและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง 2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ เน้นการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (Coalition) ขององค์กรชุมชน เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การดำเนินกิจกรรม (Implementation) กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน การกำหนดทิศทางและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างกว้างขวางขึ้น 4) การรักษาการเชื่อมประสานกัน (Consolidate program maintenance) โดยเน้นการส่งเสริมรักษาจำนวน รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ แขนงนำสุขภาพ อาสาสมัคร สมาชิก และสนับสนุนการเชื่อมโยงกิจกรรมให้เข้ากับเครือข่ายชุมชน 5) การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน (Dissemination and durability) การเผยแพร่ผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความยั่งยืน ประเมินปรับปรุงแผนเพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนของการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ

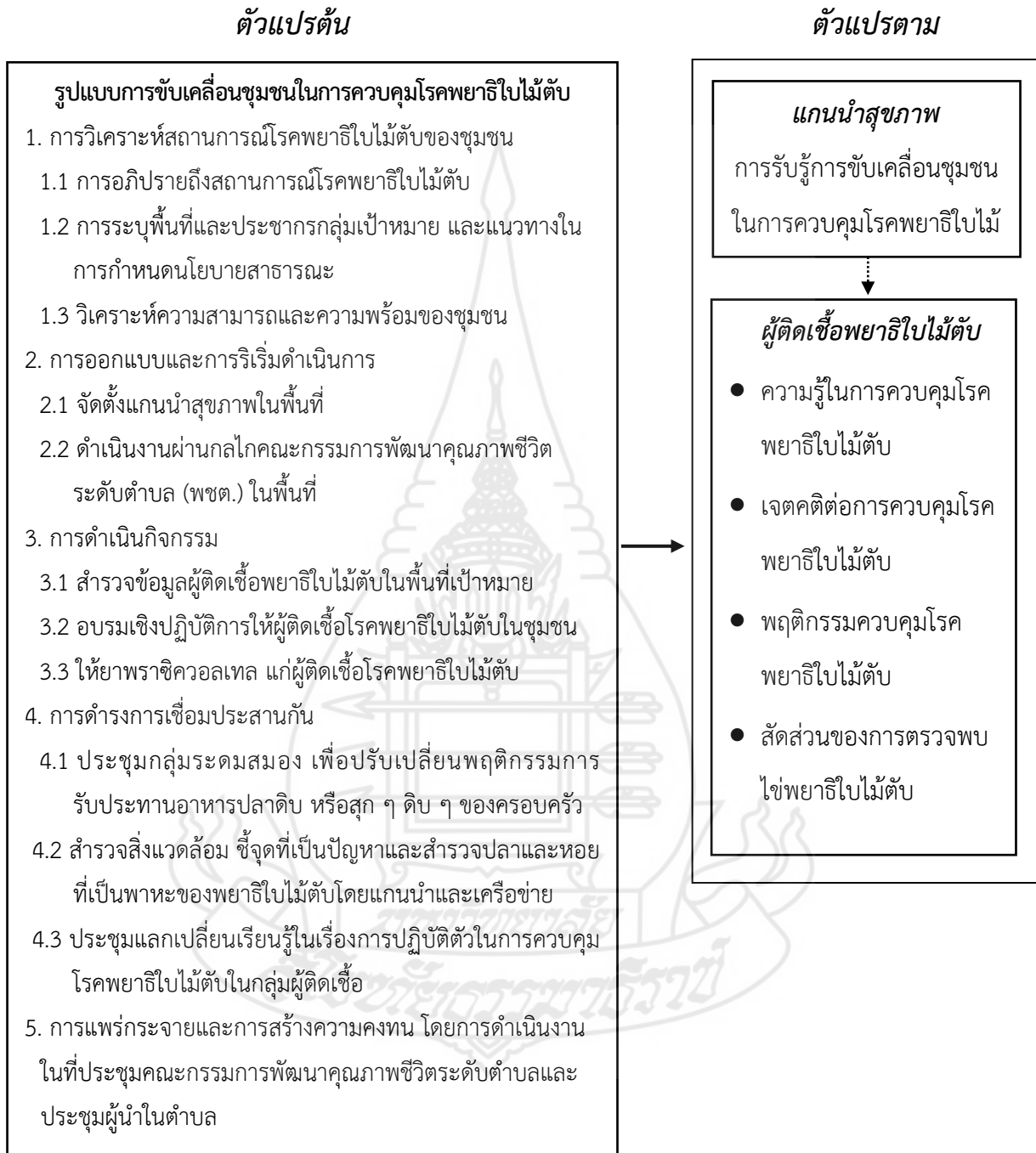
2.2 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.4 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.5 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 หลังใช้รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง มีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน ดีวก่อนใช้รูปแบบฯ และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4.2 หลังใช้รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง มีความรู้ดีวก่อนใช้รูปแบบฯ และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4.3 หลังใช้รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง มีเจตคติดีวก่อนใช้รูปแบบฯ และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4.4 หลังใช้รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีวก่อนใช้รูปแบบฯ และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4.5 หลังใช้รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดลงวก่อนใช้รูปแบบฯ และลดลงวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design)

5.1 ขอบเขตด้านประชากร

5.1.1 ประชากร ในการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) แขนงนำสุขภาพ

(1) *กลุ่มทดลอง* เป็นแกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 122 คน

(2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* เป็นแกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 84 คน

2) ผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ

(1) *กลุ่มทดลอง* เป็นประชาชนอายุ 15-60 ปีที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 48 คน ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

(2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* เป็นประชาชนอายุ 15-60 ปีที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 41 คน ในพื้นที่ตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) *แกนนำสุขภาพ* กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28คน โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ถูกจับคู่ด้านปัจจัย อายุ และการศึกษา ดังนี้

(1) *กลุ่มทดลอง* ได้แก่ แกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังนี้ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

(2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* ได้แก่ แกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังนี้ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

2) *ผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ* กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบถูกสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple sampling random) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถูกจับคู่ด้านปัจจัย อายุ และการศึกษา ดังนี้

(1) *กลุ่มทดลอง* ได้แก่ ประชาชนอายุ 15-60 ปี ในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในช่วงที่ศึกษา

(2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* ได้แก่ ประชาชนอายุ 15-60 ปี ในตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในช่วงที่ศึกษา

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

5.2.1 *ตัวแปรต้น* ได้แก่ รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.2.2 *ตัวแปรตาม* ได้แก่

1) การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำ

สุขภาพ

2) ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

5.3 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อตัวแปรตาม มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ.2564 ถึง วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึงชุดกิจกรรมการดำเนินงานและกลวิธีในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนโดยแกนนำสุขภาพซึ่งดำเนินการตามแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคมของบรานซ์ (Bracht, 2001) มาใช้ในการกำหนดกิจกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้

6.1.1 การวิเคราะห์ชุมชน (Conduct a community analysis) หมายถึง การทำความเข้าใจ คุณลักษณะต่าง ๆ ของชุมชน เช่น แนวปฏิบัติ แนวการจัดองค์กรชุมชน รวมถึงการระบุทรัพยากรและประวัติของชุมชน การกำหนดชุมชนตามเขตอำนาจทางภูมิศาสตร์ ประชากร และการเมือง ผ่านกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประเมินศักยภาพของชุมชนและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) การอธิบายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ 2) การระบุพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะ 3) วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน

6.1.2 การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ (Design and initiation) หมายถึง การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (coalition) ขององค์กรชุมชน เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และเกิดความรักศรัทธาในองค์กร และการพัฒนาแผนการกิจกรรมแทรกแซงเบื้องต้น การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่ 2) การดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในพื้นที่

6.1.3 การดำเนินกิจกรรม (Implementation) หมายถึง การชี้แจงบทบาท และความรับผิดชอบของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนให้ชัดเจนขึ้นโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน การกำหนดทิศทางและการฝึกอบรมแก่ประชาชนและอาสาสมัคร ปรับปรุงแผนการแทรกแซงเพื่อปรับปรุงบริบทท้องถิ่น และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างกว้างขวางขึ้น การศึกษานี้

ประยุกต์แนวคิดมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) สํารวจข้อมูลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย 2) อบรมเชิงปฏิบัติการ และ 3) ให้อาพราศิควอลเทท แก่ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

6.1.4 การรักษาการเชื่อมประสานกัน (Consolidate program maintenance) หมายถึง การส่งเสริมรักษาจำนวนแกนนำสุขภาพ อาสาสมัคร สมาชิก และ การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และสนับสนุนการเชื่อมโยงกิจกรรมการแทรกแซงให้เข้ากับเครือข่ายชุมชน การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) ประชุมกลุ่มระดมสมองในเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2) สํารวจสิ่งแวดล้อม ชี้จุดที่เป็นปัญหาและสํารวจปลาและหอยที่เป็นพาหะของพยาธิใบไม้ตับโดยแกนนำและเครือข่าย 3) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

6.1.5 การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน (Dissemination and durability) หมายถึง การเผยแพร่ผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความยั่งยืนของโครงการ รวมถึงการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับโครงการการทบทวนกิจกรรมและผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การปรับแผนการทำงานและการปรับปรุงข้อมูล การวิเคราะห์ชุมชนในเชิงภาพรวม เพื่อ ก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ และแสวงหาแนวทางในการร่วมมือกับพันธมิตรในทุกระดับอย่างมี ยุทธศาสตร์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดกิจกรรมสนับสนุนที่หลากหลายและกระตุ้นให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รับรู้เกี่ยวกับการเพิ่มพลังต่าง ๆ ในการควบคุมและจัดการสถานะแวดล้อมโดยตรง การศึกษานี้ ประยุกต์แนวคิดมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยการแจ้งสรุปผลการดำเนินงานในที่ประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและเวทีประชุมผู้นำในตำบล

6.2 ประสิทธิภาพ หมายถึง การบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่พึงปรารถนาหรือ เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ พิจารณาจากการนำผลของการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ เปรียบเทียบกับ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.2.1 การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ประสิทธิภาพในการตีความข้อมูลที่ได้รับจากการใช้กระบวนการจัดทำแผนชุมชนเป็นเครื่องมือดำเนิน กิจกรรมพัฒนาให้เป็นที่ไปตามความต้องการของประชาชน มีทั้งบูรณาการด้านบุคลากร กระบวนการ และเครื่องมือ แผนงานและงบประมาณในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า โดยอาศัยประสบการณ์ทั้งอดีตและปัจจุบันของแต่ละบุคคล ในการศึกษาประเมินรับรู้การขับเคลื่อน ชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้แบบสอบถามที่มีเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตร ประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

อย่างยิ่ง โดยผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้ประเมิน คะแนนถูกแปลผลเป็น 5 ระดับ (นพพร ธนะชัยพันธ์, 2555) ดังนี้ รับรู้มากที่สุด รับรู้มาก รับรู้ปานกลาง รับรู้น้อย รับรู้น้อยที่สุด

6.2.2 ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความจำและความเข้าใจ โดยสังมจากการเรียนรู้ การค้นคว้า ประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยง ความรู้อื่น ๆ และผสมผสานกับความรู้และประสบการณ์เดิมจนเกิดเป็นความเข้าใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค วงจรชีวิต การติดต่อเริ่มแพร่กระจายของโรคพื้นที่ระบาดของโรค อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนหรืออันตราย จากโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา การป้องกันและการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบถูก (1 คะแนน) และผิด (0 คะแนน) และมีการ แปลผลเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี

6.2.3 เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มี ต่อสิ่งใด ๆ ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในลักษณะชอบ ไม่ชอบ อาจเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย พอใจ ไม่พอใจ ต่อสิ่งใด ๆ ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของทัศนคติที่มีอยู่ และจะเป็นตัวกำหนดแนวทาง ของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินเจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้แบบสอบถาม มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีมากที่สุด ดีปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

6.2.4 พฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การกระทำ หรือกิริยา อาการที่แสดงออกเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือพฤติกรรมการปฏิบัติตนของบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยคำนึงถึงมาตรการการกำจัดแหล่งโรค ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้แบบสอบถาม ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบ ทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีมากที่สุด ดี ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

6.2.5 สัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ หมายถึง จำนวนของผู้ที่ตรวจ พบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยการตรวจอุจจาระเพื่อหา ไข่พยาธิด้วยวิธีการตรวจชนิดธรรมดา (simple smear หรือ direct fecal smear) ส่งตรวจดูด้วย กล้องจุลทรรศน์

6.3 แกนนำสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ไปสู่การมีสุขภาพวะที่ดี และสามารถกระตุ้นผลักดันและขับเคลื่อนชุมชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทั้ง 4 ด้าน คือเป็นผู้สื่อสารและถ่ายทอดความรู้ สร้างความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในชุมชน สร้างเครือข่ายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรม ประสานสนับสนุนติดตาม การดำเนินงานในชุมชนและพัฒนาไปสู่เป้าหมายร่วมกับชุมชนได้ ซึ่งในการศึกษานี้หมายถึง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

6.4 ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง บุคคลที่ตรวจจู่จภาวะพบไข่พยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ 1 ใบขึ้นไป โดยการตรวจจู่จภาวะเพื่อหาไข่พยาธิด้วยวิธีการตรวจชนิดธรรมดา (simple smear หรือ direct fecal smear) โดยส่องตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ที่อาศัยอยู่ที่ตำบลคูซอด และตำบลโพธิ์ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

6.5 กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง บุคคลที่ตรวจจู่จภาวะพบไข่พยาธิใบไม้ตับตั้งแต่ 1 ใบ ขึ้นไป โดยการตรวจจู่จภาวะเพื่อหาไข่พยาธิด้วยวิธีการตรวจชนิดธรรมดา (simple smear หรือ direct fecal smear) โดยส่องตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ที่อาศัยอยู่ที่ในตำบลโพธิ์ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลคูซอด นำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดศรีสะเกษได้

7.2 บุคลากรทางสุขภาพ หรือผู้ที่สนใจสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดความเจ็บป่วย และความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากโรคพยาธิใบไม้ตับที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่มีอันตราย และมีความรุนแรงที่ทำให้เสียชีวิตได้

7.3 ชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมและนำภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมและกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบลคูซอด (พชต.) ในชุมชนได้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้ารวบรวมข้อมูลแนวคิดและทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

- 1.1 สถานการณ์และวงจรชีวิตของโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 1.2 พยาธิวิทยาและลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับและการคัดกรองโรค
- 1.4 การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 1.5 การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. แนวคิดการขับเคลื่อนชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

- 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของการขับเคลื่อนชุมชน
- 2.2 แนวคิดในการขับเคลื่อนชุมชน
- 2.3 รูปแบบของการขับเคลื่อนชุมชนในป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

4. การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษา
- 4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารในพื้นที่ศึกษา
- 4.3 ยุทธศาสตร์ กลวิธี และตัวชี้วัดในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในพื้นที่ศึกษา

- 4.4 ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1 สถานการณ์และวงจรชีวิตของโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1.1 สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิ *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felineus* และ *Clonorchis sinensis* เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียตะวันออก ยุโรปตอนกลางและตะวันออก โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบระบาดมากในประเทศไทย และถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็งในคนกลุ่ม 1 (World Health Organization, 2020)

ในประเทศไทย พยาธิใบไม้ตับพบได้ในทุกอายุตั้งแต่ในเด็กเล็กไปจนถึงผู้สูงอายุ โดยช่วงอายุที่พบโรคได้สูงสุดคือช่วง 55-64 ปี ในช่วงอายุ 0-4 ปี พบได้ 0.64 ราย ต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนช่วงอายุ 55-64 ปี พบได้ 1.81 รายต่อประชากร 1 แสนคน พบในผู้หญิงและผู้ชายใกล้เคียงกัน เกิดจากพยาธิใบไม้ตับชนิดเดียว คือ *Opisthorchis viverrini* โดยผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงไปคือภาคเหนือ พบความชุกในคนอยู่ในระดับเสี่ยงสูงมีถึง 20 จังหวัดที่ต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเร่งด่วน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งรวมถึงจังหวัดศรีสะเกษที่พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 10.2 ในปี 2562 จังหวัดศรีสะเกษดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับทางอุจจาระ จำนวน 51,045 ราย มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3,880 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.60 ของผู้ที่ตรวจทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) มีอำเภอที่พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับเกินเกณฑ์ 9 อำเภอ ดังนี้ อำเภอกันทรารมย์ อำเภอน้ำเกลี้ยง อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอศรีรัตนะ อำเภอขุนหาญ อำเภอขุขันธ์ อำเภอวังหิน อำเภอพยุห์ และอำเภอเมืองศรีสะเกษ โดยอำเภอเมืองศรีสะเกษ มีการตรวจคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5,008 ราย พบความชุกร้อยละ 12.65, 13.79 ในปี 2562 และปี 2563 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์ของจังหวัดที่กำหนดไว้ไม่ให้เกินร้อยละ 5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) เกิดจากปัจจัยส่งเสริมทางด้านสภาพภูมิศาสตร์ คือแหล่งน้ำธรรมชาติไหลผ่านที่หลายสาย เช่น แม่น้ำ มูล แม่น้ำชี ห้วยสำราญ ห้วยตึกชู เป็นต้น ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงน้ำจืด ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ ปลาจืด ผลการสุ่มตรวจความชุกพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนอำเภอเมืองศรีสะเกษ พบเกินเกณฑ์มาตรฐานของจังหวัด 4 ตำบล ดังนี้ ตำบลคูซอด ตำบลโพธิ์ ตำบลโพนเขวา และตำบลท่ม ทั้ง 4 ตำบลดังกล่าวเป็นตำบลที่มีแม่น้ำมูลและห้วยสำราญไหลผ่าน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงและพบพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบอยู่ในพื้นที่ ตำบลคูซอดพบความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 10.12 และ 9.72 ในปี 2562 และปี 2563 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์จังหวัด

(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด, 2563)ซึ่งนับว่ามีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง เนื่องจากบริบทชุมชนมีแม่น้ำมูล แม่น้ำห้วยสำราญไหลผ่าน และประชาชนในพื้นที่เมื่อว่างจากอาชีพหลักคือทำนาจะประกอบอาชีพประมงน้ำจืด และนิยมบริโภคปลาน้ำจืด จากการสำรวจพฤติกรรมบริโภคโดยศึกษาจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 100 คน ของประชาชนในตำบลคูซอด ในปี 2562 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้ที่ผิดว่าการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แล้วรับประทานยาฆ่าพยาธิในภายหลัง ช่วยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้สูงถึงร้อยละ 24.7 และมีการรับรู้ที่ผิดว่ารับประทานอาหารที่ทำจากปลาดิบเป็นบางครั้งจะไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 74 ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมรับประทานลาบปลาดิบ ก้อยปลาดิบ สูงถึงร้อยละ 25.6 เพราะเชื่อว่าปีบมะนาวหรือใส่พริกสดหรือ ใส่เม็ดแดงในอาหารปลาดิบเพื่อทำให้พยาธิตายก่อนรับประทานสูงร้อยละ 23.3 (จรีภรณ์ อาจสาถิ, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังขาดข้อมูลและการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการบริโภคปลาที่มีเกรดที่ไม่สุก

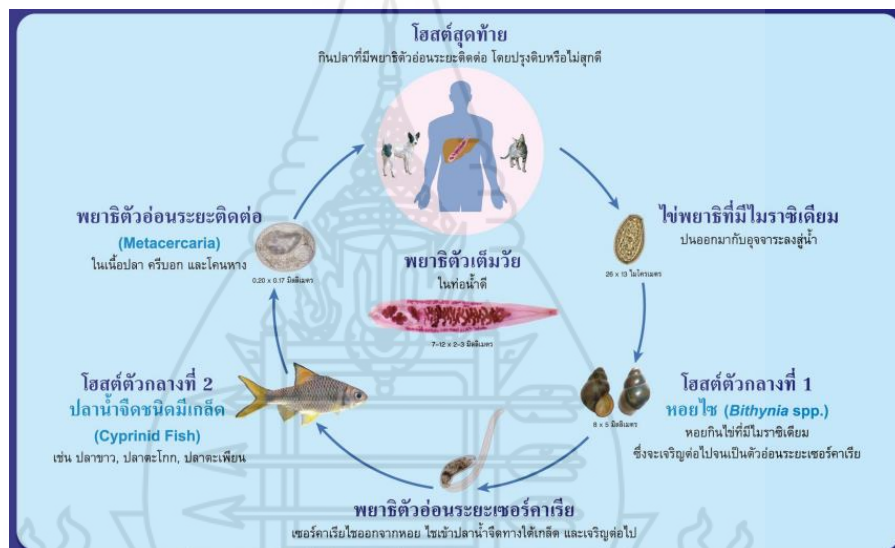
1.1.2 วงจรชีวิตของโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากตับติดเชื้อพยาธิ/ปรสิต (Parasite) ชื่อ “พยาธิใบไม้ตับ (Liver fluke)” พบในท่อน้ำดี อาจพบได้ในท่อน้ำดีที่อยู่นอกตับ และในถุงน้ำดี โดยพยาธิใบไม้ตับที่พบในคนมี 5 ชนิด มีวงจรชีวิตและสามารถก่อโรคได้คล้ายคลึงกัน ดังนี้

- 1) *Asiola hepatica* และ *Fasiola gigantica* (พบในทวีปอเมริกา ยุโรป เอเชีย แถบตะวันตกของแปซิฟิก/Western Pacific และแอฟริกาเหนือ)
- 2) *Opisthorchis viverrini* (พบใน ไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม)
- 3) *Opisthorchis felinus* (พบในรัสเซียไซบีเรียยูเครน และคาซัคสถาน)
- 4) *Clonorchis sinensis* (พบใน จีน เกาหลี ญี่ปุ่น บางส่วนของรัสเซีย)

พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* (*O.viverrini*) มีรูปร่างแบนราบคล้ายใบไม้ หัวท้ายแหลม กว้างประมาณ 0.7-1.9 มิลลิเมตร ยาวประมาณ 5-10.2 มิลลิเมตร มีสีคล้ายเลือดจาง ๆ ภายในตัวมีระบบสืบพันธุ์ทั้งเพศผู้และเพศเมีย ตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีเล็ก (secondary bile ducts) ในตับของคน สุนัข และแมว ซึ่งเป็นโฮสต์เฉพาะ อาจพบพยาธิในท่อน้ำดีใหญ่ ถุงน้ำดี หรือท่อตับอ่อน เมื่อตัวเต็มวัยออกไข่จะปนออกมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็กและออกมาพร้อมกับอุจจาระ ถ้าถ่ายอุจจาระลงในน้ำพวกหอยซึ่งเป็นโฮสต์กลางที่หนึ่ง (first intermediate host) จะรับประทานไข่พยาธิภายในตัวหอยไข่จะฟักตัวเป็นตัวอ่อน miracidium ซึ่งจะเจริญอีกหลายขั้นตอน (sporocysts, rediae, cercariae) ตามลำดับ Cercariae จะออกจากหอย และเข้าสู่ปลาน้ำจืด ได้แก่ ปลาช่อน ปลาตะเพียน ปลากระสูบจุด ปลาแก้มขี้ เป็นต้น พัฒนาเป็น metacercariae เป็นระยะ

ติดต่อ (infective stage) พบได้ทุกส่วนของปลา การเจริญเติบโตในหอยและปลา จนได้ระยะติดต่อใช้เวลาประมาณ 3 เดือน เมื่อคน สุนัข หรือแมวรับประทานปลาดิบ หรือปลาดิบ ๆ สุก ๆ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาจ่อม ที่มี metacercariae เข้าไปผนังซีสต์จะถูกย่อยด้วยน้ำย่อยและแตกตัวอ่อนออกจากผนังหุ้มที่ลำไส้เล็กส่วนต้น แล้วคืบคลานเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ เข้าสู่ท่อน้ำดีเล็ก เจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัย ใช้เวลาประมาณ 28 วัน ก็สามารถตรวจพบไข่ในอุจจาระครบวงจรชีวิต ใช้เวลาประมาณ 4 เดือน พยาธิตัวเต็มวัยออกไข่ประมาณ 3,160 ฟอง/ตัว/วัน พยาธิมีชีวิตอยู่ในคนได้ประมาณ 15-20 ปี เชื้อระยะติดต่อจะติดต่อสู่คนและสัตว์ได้ดี คือเชื้อต้องมีอายุอยู่ในปลาอย่างน้อย 5 สัปดาห์ และเมื่อเชื้ออายุได้ 16 สัปดาห์จะติดดีที่สุด หลังจากนั้นการติดเชื้อจะค่อย ๆ ลดลง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)



ภาพที่ 2.1 วงจรการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ

ที่มา: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564, 20 กรกฎาคม). วงจรการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ. สืบค้นจาก <https://www.tn.mahidol.ac.th/th/tropical-medicine-knowledge/poster-opisthorchis-viverrini.pdf>

1.2 พยาธิสรีรภาพและลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2.1 พยาธิสรีรภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเคลื่อนไหวของพยาธิ สารพิษที่ออกมาจากตัวพยาธิ การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของโฮสต์ รวมทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพในทางเดินน้ำดีของโฮสต์ พบว่าพยาธิสภาพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิและระยะเวลาที่พยาธิอยู่ในร่างกาย ในการผ่าศพตรวจบางรายอาจพบพยาธิมากถึง 20,000 ตัว การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาอาจมีเพียงเล็กน้อยเช่นมีการหลั่ง mucin เพิ่มขึ้น มี desquamation และ adenomatous hyperplasia ของ epithelial duct ของทางเดินน้ำดีเมื่อพยาธิสภาพรุนแรงขึ้นก็จะพบ glandular proliferation เข้าสู่ท่อ น้ำดี พบน้ำดีคั่งมี periductal infiltration พบ Eosinophil, round cells, fibrous และ necrosis รอบ hepatic cells การอุดตันของท่อ น้ำดีทำให้เกิด intrahepatic bile duct dilatation อาจพบเป็น clubbing หรือซีดของท่อ น้ำดีในบริเวณนี้ ผนังน้ำดีมักไม่ทำงานโดยพบเป็น white bile หรือ muddy bile ผนังน้ำดีอาจขยายโตได้มาก ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพบตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) cholangitis และ cholangio carcinoma ได้

1.2.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แอนติเจนของพยาธิใบไม้ตับ จะไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการตอบสนองเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานการอักเสบของเซลล์ ในขณะที่เดียวกันเซลล์เหล่านี้ก็ได้ถูกกระตุ้นให้สร้างสารอนุมูลอิสระจำนวนมากขึ้นมา โดยสารอนุมูลอิสระเหล่านี้มีหน้าที่ที่จะไปทำลายพยาธิ ใบไม้ตับ นอกจากนั้นมันยังไปเปลี่ยนแปลงหรือทำลายสารชีวโมเลกุล อันได้แก่ ดีเอ็นเอ โปรตีน ไขมันของเซลล์ร่างกายด้วย โดยเฉพาะที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอที่นำไปสู่การก่อมะเร็ง โดยการเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น oxidation nitration หรือทำลายโครงสร้างของดีเอ็นเอ เป็นต้น ซึ่งปกติแล้วดีเอ็นเอเมื่อถูกทำลายด้วยอนุมูลอิสระ จะเกิดการซ่อมแซมของดีเอ็นเอขึ้นเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติ แต่หากดีเอ็นเอถูกทำลายมากจนไม่สามารถซ่อมแซมได้ ก็จะส่งผลให้เกิดการผ่าเหล่าของยีนได้ในทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการก่อมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็ง คือ การเกิดการระคายเคืองเยื่อที่ผิวผนังภายในท่อน้ำดีที่มีพยาธิไปอาศัยอยู่ ซึ่งพยาธิเหล่านี้มีการเคลื่อนที่ไปมาจนทำให้เกิดการระคายเคือง ผลที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายต้องสร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทนหรือซ่อมแซมเซลล์ในส่วนที่ตาย ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการแบ่งตัวเพื่อสร้างเซลล์เยื่อบุใหม่ขึ้นมาทดแทน นอกจากนี้แล้วสารคัดหลั่งที่เกิดจากพยาธิ ยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีได้ด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับ nitrosamines เข้าสู่ร่างกายร่วมกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งนี้ nitrosamines จะพบได้มากในอาหาร เกิดจาก

กระบวนการหมัก เช่น ปลาร้า ปลาซ้มนั้น เป็นต้น อาหารเหล่านี้เป็นอาหารท้องถิ่นที่นิยมรับประทานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้น nitrosamines จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี

1.2.3 ลักษณะทางคลินิกของโรคมะเร็งตับ

โรคมะเร็งตับจะมีอาการมากหรือน้อย ขึ้นกับจำนวนพยาธิตัวแก่ที่มีอยู่ในตับของคนนั้น และระยะเวลาการป่วยโรคมะเร็งตับ อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งตับส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการ และจะไม่ทราบว่าเป็นโรคนี้น จนกว่าจะตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ในอุจจาระ หรือจนกว่าจะมีอาการของระบบทางเดินน้ำดีอักเสบหรืออุดตัน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะเกิดอาการ ส่วนใหญ่อาการเริ่มปรากฏเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน กลุ่มอาการของผู้เป็นโรคมะเร็งตับแบ่งออกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

1) *ไม่มีอาการ* พวกนี้มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายน้อยประมาณ 100–200 ตัว ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจอุจจาระอาจจะพบไขพยาธิใบไม้ตับ แต่ก็ยังเป็นจำนวนน้อยกว่า 1,000 ใบต่ออุจจาระ 1 กรัม

2) *อาการอย่างอ่อน* ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อยู่เป็นครั้งคราว หลังรับประทานอาหาร บางครั้งรู้สึกร้อน ๆ บริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณลิ้นปี่ คลำตับไม่พบตับโต ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณตับ ไม่เคยมีอาการเหลือง อาการเหล่านี้ พบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในจำนวนพอสมควร คือ ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 1,000-9,999 ใบต่ออุจจาระ 1 กรัม ในระยะนี้ ถ้าได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาจะได้ผลดีมาก ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ

3) *อาการปานกลาง* ผู้ป่วยจะมีอาการชัดเจน เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมากข้างมากตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 10,000-30,000 ใบต่ออุจจาระ 1 กรัม มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ เป็นประจำ มีอาการอาหารไม่ย่อย เจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่และชายโครงขวา หรือชายโครงทั้ง 2 ข้าง มีอาการร้อนบริเวณหน้าท้อง ปวดหลัง อ่อนเพลียอาการเหล่านี้ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาการขั้นต่อไปคืออาการของทางเดินน้ำดีอักเสบ ดังนี้ มีอาการดีซ่าน มีไข้ต่ำ ๆ เจ็บบริเวณตับ ตับโต มักเป็น ๆ หาย ๆ ถ้าอาการค่อนข้างรุนแรงจะเบื่ออาหาร ผอม และมีอาการบวมร่วมด้วย

4) *อาการรุนแรง* ผู้ป่วยมักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว เนื่องจากได้รับพยาธิใบไม้ตับเข้าร่างกายซ้ำ ๆ กันเป็นเวลานานนับสิบปีขึ้นไป มีจำนวนพยาธิใบไม้ตับมาก มีอาการเบื่ออาหาร ซุปซืด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ขาบวม เส้นเลือดดำหน้าท้องเห็นชัด ถ้าท่อน้ำดีถูก อุดตันมีอาการตัวเหลืองมาก ตับโต อุจจาระสีซีด อาจเป็นซิสต์ (cyst) ของตับ คลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษหรือจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่มักพบร่วมกับพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับชนิด มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเสียชีวิต

1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับและการคัดกรองโรค

1.3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับ (สงกรณต์ นั๊กบุญ, 2560)

1) ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (*Physical Environment*) สิ่งแวดล้อมของชุมชนอาจเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ แหล่งน้ำ ระบบชลประทาน

2) สภาพาสุขภาพ (*Health condition*) โดยปกติพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีและสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักจะไปด้วยกัน แต่ในชุมชนบางแห่งมีผลการศึกษาว่ามีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีแต่ยังเกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เช่น การติดเชื้อจากโรคพยาธิ

3) ภาวะเศรษฐกิจ (*Economic status*) รายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการตัดสินใจเลือกซื้อหรือไม่ซื้ออาหารชนิดต่าง แต่การมีฐานะที่ดีก็ไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีเสมอไป ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับความรู้ทางด้านโภชนาการ ค่านิยม และความเชื่อด้านอาหารด้วย ซึ่งพิศาล ประทิต (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคพยาธิ ใบไม้ตับในประชาชนจังหวัดน่าน พบว่าอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด ในลักษณะดิบ ๆ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร

4) ปัจจัยทางวัฒนธรรม (*Cultural factor*) ประกอบด้วยความเชื่อ ค่านิยม รวมถึงขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถ่ายทอดกันมา กฎบังคับ หรือบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อให้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมถูกต้อง

5) ครอบครัว (*The family*) ถือว่ามีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ ให้กับเด็ก จากการศึกษาของกนกภรณ์ เกตุพรหม (2559) พบว่าครอบครัวมักปรุงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แล้วรับประทานกันทั้งครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงรับประทานจนเกิดความเคยชิน และติดใจในรสชาติ ซึ่งการที่บิดา มารดา รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และส่งเสริมให้บุตรรับประทานอาหารดังกล่าว ตลอดจนสั่งสอนให้เด็กเข้าใจว่า ถ้ารับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้เป็นคนเก่งจึงทำให้เด็กติดเป็นนิสัยมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้

1.3.2 การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีวิธีดังนี้

แนวทางการตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อพยาธิดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร "พนักงานจุลทัศน์กรควบคุมโรคพยาธิ" ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง และครูพยาบาลของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนดำเนินการตรวจค้นหาไข่พยาธิด้วยเทคนิควิธี Modified Kato's thick smear และตรวจนับไข่พยาธิ ด้วยวิธี

Modified Kato Katz ซึ่งเป็นเทคนิคมาตรฐานที่กรมควบคุมโรครับรองและแนะนำให้ เป็นเทคนิคมาตรฐานในการตรวจค้นหาและตรวจหาความรุนแรงของโรคพยาธิในภาคสนามโดยกรมควบคุมโรค สนับสนุนวัสดุวิทยาศาสตร์ และสารเคมีสำหรับการตรวจค้นหา และ ให้ยารักษาอย่างต่อเนื่องทุกปี ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายของแต่ละพื้นที่ สนับสนุนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อกระจายวัสดุ อุปกรณ์ และชุดรีฟิลส์ตรวจหาและตรวจนับไข่พยาธิ ให้กับหน่วยงานในระดับปฏิบัติการผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยให้มีการตรวจอุจจาระค้นหาโรคพยาธิในนักเรียน เยาวชน และ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกคน และให้การรักษาโรคพยาธิ

1.4 การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.4.1 การวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้หลายวิธี (กรมควบคุมโรค (2561), CASCAP (2561)) ดังนี้

1) การตรวจทางปรสิตวิทยา การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ยังถือ ว่าเป็นการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดในปัจจุบัน และเชื่อถือได้มากที่สุดความไว ขึ้นกับเทคนิคที่เลือกใช้ และผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระก็ยิ่งขึ้นอยู่กับจำนวนไข่พยาธิ ในอุจจาระ ซึ่งจะแปรผันโดยตรงกับจำนวนพยาธิที่อยู่ในตับของแต่ละคน ปริมาณการติดเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับจำแนกตามจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ ดังนี้

- ปริมาณการติดเชื้อเล็กน้อยไม่รุนแรง (Light) มีไข่พยาธิ 1-999 ใบ
ในอุจจาระ 1 กรัม
- ปริมาณการติดเชื้อปานกลาง (Medium) มีไข่พยาธิ 1,000-9,999 ใบ
ในอุจจาระ 1 กรัม
- ปริมาณการติดเชื้อมาก (Heavy) มีไข่พยาธิ 10,000-29,999 ใบ
ในอุจจาระ 1 กรัม
- ปริมาณการติดเชื้อรุนแรงมาก (Very heavy) มีไข่พยาธิ 30,000 ใบ
ขึ้นไป ในอุจจาระ 1 กรัม

(1) การตรวจหาตัวพยาธิในอุจจาระ ตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่หนอนพยาธิ (อโนซา ซึ่นงามและคณะ, 2563) Direct smear (เป็นการตรวจแบบง่าย) การตรวจด้วยวิธีนี้รู้ผลเร็ว ตรวจง่าย แต่อัตราการตรวจพบพยาธิต่ำ ใช้อุจจาระน้อยผลในการตรวจไม่แม่นยำ

ก) Kato's thick smear การตรวจด้วยวิธีนี้ต้องใช้ความชำนาญ เป็นวิธีที่นิยมใช้อยู่ในปัจจุบันใช้แผ่นเซลโลเฟนแทน cover glass เพื่อความสะดวก ใช้ปริมาณ อุจจาระประมาณ 30 - 60 มิลลิกรัม ให้ผลการตรวจที่แม่นยำเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงแต่ไข่พยาธิ อาจเปลี่ยนรูปร่างไปบ้าง

ข) *Modified kato-Katz* เป็นการตรวจที่คล้ายกับวิธี Kato's thick smear แต่มีเพียงการกรองและการตวงปริมาณอุจจาระ ซึ่งวิธีนี้จะใช้เพื่อสำรวจความชุกของความรุนแรงการติดเชื้อเพราะจะมีการนับไข่พยาธิที่พบ

ค) *Concentration technique* การตรวจด้วยวิธีนี้เป็นการตรวจโดยการแยกกากอาหารและไข่พยาธิออกจากกัน วิธีนี้ต้องตรวจในห้องปฏิบัติการ เป็นวิธีที่น่าเชื่อถือ ใช้แยกชนิดของพยาธิได้อย่างแม่นยำ สามารถเห็นพยาธิได้ทุกระยะ

อย่างไรก็ตามวิธีการตรวจที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานในชุมชนแนะนำให้ใช้วิธี Kato's thick smear

(2) *การตรวจหาไข่และตัวพยาธิในน้ำดี* เนื่องจากตัวเต็มวัยพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในน้ำดี จึงสามารถตรวจพบไข่และตัวพยาธิในน้ำดีได้ซึ่งอาจจะตรวจจากน้ำย่อยบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้นหรือตรวจจากตับและถุงน้ำดีขณะผ่าตัดหรือตรวจศพ

2) *การตรวจทางอิมมูโนวิทยา* เป็นการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อทางน้ำเหลืองวิทยาเป็นการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันเฉพาะ (specific antibody) ในซีรัมผู้ป่วยโดยวิธีต่าง ๆ ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาพยาธิในอุจจาระได้เพราะสภาพของโรคเรื้อรังมีทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร การตรวจด้วยวิธีนี้ มักจะให้ผลบวกเป็นกลุ่มของพยาธิใบไม้ กล่าวคือให้ผลบวกปลอมในระหว่างพยาธิใบไม้ด้วยกันเอง เช่น พยาธิใบไม้ปอด พยาธิใบไม้ลำไส้ พยาธิใบไม้เลือด ในอัตราที่ค่อนข้างสูง และพบว่าการตรวจชนิดนี้ ไม่สามารถแยกการติดเชื้อในอดีตและปัจจุบัน (CASCAP, 2561)

3) *การตรวจแอนติเจนพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะ* เนื่องจากพยาธิใบไม้ตับระยะตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี และสามารถปลดปล่อยสารคัดหลั่งหรือแอนติเจนออกมาในกระแสเลือดได้ จากนั้นแอนติเจนที่อยู่ในกระแสเลือดจะถูกดูดซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งไต ซึ่งแอนติเจนจะถูกกรองออกมากับปัสสาวะ จึงสามารถนำมาตรวจวัดโดยใช้เทคนิคพิเศษคือไลซ่า แต่จำเป็นต้องใช้โมโนโคลนัลแอนติบอดีที่มีความเฉพาะเจาะจงกับแอนติเจนของพยาธิใบไม้ตับที่สามารถผลิตได้จากห้องแล็บปฏิบัติการ CASCAP ในการตรวจเท่านั้น (นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ; ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, 2563 CASCAP, 2561)

1.4.2 การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ มีวิธีในการรักษา ดังนี้

1) *การรักษาทั่วไป* หากผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ก็รักษาตามอาการและให้กลับบ้านพักผ่อน รับประทานเฉพาะที่มีอาการรุนแรง และให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีไขมันน้อย และหากมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ก็ให้ยาช่วยย่อย ยาขับลม ตามอาการ หากมีอาการของท่อน้ำดีอักเสบก็ให้ยาปฏิชีวนะทำลายการติดเชื้อแบคทีเรีย

2) *การรักษาภาวะแทรกซ้อน* ภาวะเหลืองที่เกิดจากการอุดตันทางเดินน้ำดี หากจะทำให้มีอาการเหลืองทุเลาลง อาจต้องใช้การศัลยกรรมเพื่อเชื่อมต่อทางเดินน้ำดีใหม่

3) การรักษาเฉพาะ

(1) การรักษาด้วยยา

ก. ยาPraziquantel (CASCAP, 2561) ยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ วิธีการใช้ยาให้รับประทานยาตามน้ำหนักตัวขนาด 40 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม รับประทานครั้งเดียวหลังอาหารทันทีอาการ อัตรหายร้อยละ 91-97 โดยยา praziquantel ที่รับประทานเข้าไปจะทำให้กล้ามเนื้อของพยาธิหดตัว ผิวหนังของพยาธิถูกทำลาย เกิดการแตกตัว การดูดซึมเกลือแร่ธาตุผ่านผิวของพยาธิเสียสมดุลและตายในที่สุด จากการถูกทำลายของผิวหนังจนถึงการแตกตัวของพยาธิทำให้ไข่พยาธิหลุดออกจากตัวพยาธิแล้วออกมากับอุจจาระ หลังจากรับประทานยาแล้ว2-3วัน จะพบไข่พยาธิจากออกมากับอุจจาระจำนวนมาก และจะลดลงจนไม่พบหลังจากรับประทานยา 1 สัปดาห์ สามารถประเมินประสิทธิภาพของยาได้โดยการตรวจอุจจาระ 15-30 วันหลังรับประทานยา และอัตราการกำจัดยาจะกลับเข้าสู่ปกติภายหลังให้ยากำจัดพยาธิแล้ว 60 วัน อาการข้างเคียงของยาเป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อย คือปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดท้องและปวดกล้ามเนื้อแต่ไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้รับประทานยาทุกรายและอาการจะหายภายใน 48 ชั่วโมง ข้อห้ามการใช้ยา หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีและผู้ที่มีแพ้หรือไวต่อยาและส่วนประกอบของยา ห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงรับประทานยารักษาโรค

น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	จำนวนเม็ดยาที่ให้ใน 1 ครั้ง
15-20	1
21-26	1 เม็ดครึ่ง
27-34	2
35-41	2 เม็ดครึ่ง
42-50	3
51-56	3 เม็ดครึ่ง
57-64	4
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)ตามนี้ให้แบ่งยาให้ 2 ครั้ง	จำนวนเม็ดยาทั้งหมดและการบริหารยา
65-70	4 เม็ดครึ่ง
71-80	5 โดยแบ่งให้เที่ยง 2 เม็ดครึ่งและ เย็น 2 เม็ดครึ่ง
≥81	5 - 5 เม็ดครึ่ง โดยแบ่งให้เที่ยง 2 เม็ดครึ่ง และ เย็น 2 เม็ดครึ่ง

ตารางที่ 2.1 การคำนวณเม็ดยาที่ต้องได้รับในช่วงน้ำหนักตัวต่าง ๆ

ข. ยา *Mebendazole* เป็นยาในกลุ่ม Benzimidazole มีฤทธิ์กำจัดพยาธิได้กว้างขวางมีประสิทธิภาพดีสำหรับใช้รักษาโรคพยาธิลำไส้ตัวกลมทุกชนิด ขนาดที่ใช้รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับคือ 20 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม รับประทานติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ อัตราหายขาดร้อยละ 70 แต่ถ้าเพิ่มขนาดเป็น 30 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม รับประทานติดต่อกันนาน 3-4 สัปดาห์ อัตราหายขาดร้อยละ 89-94

4) *การรักษาด้วยการผ่าตัด* วิธีนี้จะใช้ในกรณีที่มีอาการรุนแรงแล้วโดยเฉพาะการเกิดท่อน้ำดีอุดตันถาวรแก้ไขด้วยยากำจัดพยาธิอย่างเดียวไม่ได้ผล การผ่าตัดจะช่วยทำให้น้ำดีไหลลงสู่ทางเดินอาหารได้ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วจากการผ่าตัดจะพบว่าท่อน้ำดีอุดตันนั้นจะเกิดจากมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่า ดังนั้นวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดนอกจากจะช่วยทำให้น้ำดีไหลลงสู่ทางเดินอาหารได้แล้ว จึงเป็นการผ่าตัดเอาเนื้องอกมะเร็งออกอีกด้วย

1.5 การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลักการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อลดอัตราความชุกของโรคให้อยู่ในระดับที่คาดว่าจะไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขได้นั้นจะต้องมี องค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ (ประภาศรี จงสุขสันติกาล และคณะ, 2559) ดังนี้ 1) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการตรวจอุจจาระและการรักษาพยาธิจนหาย 2) ผู้ที่ได้รับการรักษาจนหายขาดจากโรคแล้ว ไม่มีการติดโรคซ้ำอีก 3) ผู้ที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมาก่อนไม่มีการติดต่อโรคเพิ่มขึ้น 4) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แพร่โรคให้กับชุมชน ดังนั้น มาตรการสำคัญที่จะทำให้เกิดองค์ประกอบของการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีศักยภาพสูง

1.5.1 มาตรการในการกำจัดแหล่งแพร่โรค คือการดำเนินงานเพื่อให้มีการตรวจอุจจาระและการรักษาพยาธิให้มีความครอบคลุมสูง และมีความถี่หรือความต่อเนื่องสูงพอที่จะทำให้ประชากรเป้าหมายป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดน้อยลง

1.5.2 มาตรการในการหยุดยั้งการติดโรค คือ การดำเนินงานเพื่อให้มีการบริโภคอาหารปลาดิบ หรืออาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับให้น้อยที่สุด

1.5.3 มาตรการในการหยุดยั้งการแพร่โรค คือการดำเนินงานเพื่อลดการแพร่กระจายของอุจจาระมิให้ลงสู่แหล่งน้ำ การรณรงค์สร้างสุขนิสัยการถ่ายในส้วม

1.5.4 มาตรการในการพึ่งตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีการพึ่งตนเองในการตรวจรักษาพยาธิและชุมชนมีส่วนร่วมในการตรวจอุจจาระและการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้มากที่สุด

สรุป พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* คือพยาธิที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คนติดเชื้อพยาธิโดยรับประทานปลาที่มีระยะติดต่อ เช่น ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาจ่อมผู้ป่วยระยะแรก ๆ มักจะไม่มีอาการ เมื่อพยาธิใบไม้ตับมีการสะสมมาก ๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการท้องอืด

ท้องเพื่อ อาหารไม่ย่อย มักจะปรากฏเป็นประจำเป็น ๆ หาย ๆ ในรายที่เป็นค่อนข้างรุนแรง อาจเบื่ออาหารผอมลง และมีอาการขาดอาหารผสมด้วย อาจมีบวมผสมด้วย ถ้าปล่อยไว้นาน ๆ จะมีอาการอักเสบของท่อน้ำดี ตับโต มีไข้ และเกิดเนื้อร้ายในตับและท่อน้ำดี ปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาอยู่ 2 ชนิดคือ พราซิควอนเทล (praziquantel) และยาอัลเบนดาโซล (albendazole) แต่จะใช้ได้ดี ในการเป็นโรคระยะแรก ๆ เท่านั้น โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีการให้ความรู้แก่ประชาชนได้รับทราบถึงอันตราย วิธีการติดต่อ การควบคุมป้องกัน ตลอดจน การไปรับการตรวจรักษา การรับประทานยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ การปรับปรุงในด้านสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม การ งดเว้นการรับประทานปลาดิบหรือปลาที่ได้รับการปรุงอย่างสุก ๆ ดิบ ๆ และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานปลาที่ปรุงสุก เพื่อป้องกันการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้

2. แนวคิดการขับเคลื่อนชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.1 ความหมายและองค์ประกอบของการขับเคลื่อนชุมชน

การขับเคลื่อนชุมชน

การขับเคลื่อนชุมชน หมายถึง กระบวนการสร้างขีดความสามารถโดยที่บุคคล กลุ่ม หรือองค์กรในชุมชนวางแผน ดำเนินการ และประเมินกิจกรรมบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อปรับปรุงสุขภาพและความต้องการอื่น ๆ ของพวกเขา ไม่ว่าจะด้วยความคิดริเริ่มของตนเอง หรือ ถูกกระตุ้นโดยผู้อื่น ชุมชนเป็นผู้นำหรือมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบ (National LGBT portal of Ukraine, 2020)

การขับเคลื่อนชุมชน เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนระบุความต้องการของตนเอง การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนสามารถช่วยสร้างความตระหนักทั้งปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน และประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความสำคัญในการเชื่อมโยงสถาบันและโครงสร้างด้านสุขภาพ กับชุมชน ส่งเสริมการเข้าถึงและความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น การขับเคลื่อนชุมชน ส่งเสริมการพิจารณาตามความต้องการของประชากรและท้องที่ที่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรที่ด้อยโอกาส สามารถเข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านการขับเคลื่อนชุมชน การขับเคลื่อนชุมชนยังนำไปสู่ความยั่งยืนที่มากขึ้น เนื่องจากชุมชนได้รับอำนาจและสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ผลการศึกษาจำนวนหนึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกเป็นเจ้าของเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความยั่งยืน การขับเคลื่อนชุมชนเป็นกระบวนการของการรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ได้มากที่สุดเพื่อเพิ่มความตระหนักและความต้องการของผู้คน เพื่อช่วยในการส่งมอบ ทรัพยากรและบริการ และเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อความยั่งยืนและการพึ่งพาตนเอง สามารถประสบความสำเร็จได้มากมายเมื่อผู้คนจากส่วนต่าง ๆ ของชุมชนมีเป้าหมายร่วมกัน

และมีส่วนร่วมในการระบุความต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหา การขับเคลื่อนชุมชนช่วยส่งเสริมชุมชนและช่วยให้พวกเขาสามารถเริ่มต้นและควบคุมการพัฒนาของตนเองได้ (WHO, 2016)

ทิวอี้ (Tily, 2019) ให้ความหมายว่าการขับเคลื่อนสังคมคือชุดปฏิบัติการรณรงค์ที่มีความต่อเนื่องกัน โดยเกิดจากพฤติกรรมรวมกลุ่มของประชาชน

บอสติก (Bostic, 2019) ให้นิยามว่าการขับเคลื่อนสังคม (social movement) ประกอบขึ้นด้วยองค์กรประชาชนที่มาร่วมมือกันในการปฏิบัติการบางอย่างเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยทั่วไปมักมีเป้าหมายที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทั้งนี้การขับเคลื่อนสังคมมีระดับความเป็นองค์กรและความคงอยู่ที่ยาวนานกว่าพฤติกรรมรวมหมู่ (Collective Behavior) โดยทั่วไป

2.2 แนวคิดในการขับเคลื่อนชุมชน (Social mobilization)

การเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นปฏิบัติการของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ต้องการเปลี่ยนแปลงสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ในประเด็นต่าง ๆ เช่น การเมือง สิ่งแวดล้อม เชื้อชาติ เป็นต้น การเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นพื้นฐานของแนวทางที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบายและโครงการด้านการกระจายอำนาจเพื่อเสริมสร้างการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสถาบันในระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในท้องถิ่นให้ดีขึ้น การเข้าถึงบริการทางสังคม การผลิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Bracht, 2001, p. 305) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดขึ้นเพราะการทำกิจกรรมผ่านระบบสังคมโดยการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเสริมสร้างข้อมูลในระดับการสื่อสารของผลกระทบด้วยการรณรงค์ที่อาศัยชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อแทรกแซงหลาย ๆ ด้านเชิงบวกในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กำหนด การออกแบบและการดำเนินงานหนึ่งในแรงจูงใจหลักบนพื้นฐานการสื่อสารคือการเพิ่มอำนาจให้กับแกนนำสุขภาพ ผ่านการเริ่มต้นและกิจกรรมในท้องถิ่นด้วยตัวของเขาเอง โดยเน้นความสมดุลที่จำเป็นระหว่างทรัพยากรภายนอกและชุมชน ความเชี่ยวชาญ ความยั่งยืนบนพื้นฐานของวัตถุประสงค์

ขั้นตอนหลักในการขับเคลื่อนพลังสังคม (Step in social movement) การขับเคลื่อนพลังสังคม (Step in social movement) ในทางปฏิบัติ แบรินซ์ (Bracht, 2001 อ้างใน Jennings Bryant & Mary Beth Oliver, 2009, p. 455) กล่าวว่า การขับเคลื่อนพลังทางสังคมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์ชุมชน (Conduct a community analysis) คือ การทำความเข้าใจ คุณลักษณะต่าง ๆ ของชุมชน เช่น แนวปฏิบัติ แนวการจัดองค์กรชุมชน รวมถึงการระบุทรัพยากรและประวัติของชุมชน การกำหนดชุมชนตามเขตอำนาจทางภูมิศาสตร์ ประชากร และการเมือง ผ่านกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประเมินศักยภาพของชุมชนและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ (Design and Initiation) เน้นการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (coalition) ขององค์กรชุมชน เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและเกิดความรักความศรัทธาในองค์กร และการพัฒนาแผนการกิจกรรมแทรกแซงเบื้องต้น

3) การดำเนินกิจกรรม (Implementation) รวมถึงการชี้แจงบทบาทและความรับผิดชอบของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนให้ชัดเจนขึ้นโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน การกำหนดทิศทางและการฝึกอบรมแก่ประชาชนและอาสาสมัคร ปรับปรุงแผนการแทรกแซงเพื่อปรับปรุงบริบทท้องถิ่น และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างกว้างขวางขึ้น

4) การรักษาการเชื่อมประสานกัน (Consolidate program maintenance) โดยเน้นการส่งเสริมรักษาจำนวนแกนนำสุขภาพ อาสาสมัคร สมาชิกและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และสนับสนุนการเชื่อมโยงกิจกรรมการแทรกแซงให้เข้ากับเครือข่ายชุมชน

5) การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน (Dissemination and durability) การเผยแพร่ผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความยั่งยืนของโครงการ รวมถึงการประเมิน ปรับปรุงแผนเพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ (สรญา แก้วพิบูลย์, ญัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ และจุน หน่อแก้ว, 2559, น. 20-21) กล่าวว่าข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ การทบทวนกิจกรรมและผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การปรับแผนการทำงานและการปรับปรุงข้อมูล การวิเคราะห์ชุมชนในเชิงภาพรวม เป็นการแสวงหาแนวทางในการร่วมมือกับพันธมิตรในทุกระดับอย่างมียุทธศาสตร์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดกิจกรรมสนับสนุนที่หลากหลายและเพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับรู้เกี่ยวกับการเพิ่มพลังต่าง ๆ ในการควบคุมและจัดการสภาวะแวดล้อมโดยตรง การขับเคลื่อนทางสังคมยังมีจุดร่วมที่ใกล้เคียงกับการชี้แนะประเด็นผ่านสื่อต่าง ๆ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

3.1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ

เกษร แถวโนนจิว และคณะ (2557) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย 3,916คนอายุ15ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของ opisthorchiasis เท่ากับร้อยละ 22.7 จังหวัดที่มีความชุกสูงสุดคือจังหวัดนครพนม (ร้อยละ 40.9 อัตราส่วนหญิงต่อชาย = 1:1.2) กลุ่มอายุที่มีความชุกสูงสุดคืออายุ 40-49 ปี ทุกกลุ่มอายุมีความชุกมากกว่าร้อยละ 20 สี่ในเจ็ดจังหวัดมีความชุกมากกว่าร้อยละ 20

ชัยพุทธานท์ พร้อมเทพ (2561) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ในเขตเมืองของจังหวัดมหาสารคาม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้แทนครัวเรือน 254 คนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ ที่มีลักษณะเป็นเมืองมากที่สุดในจังหวัดมหาสารคาม พบว่าความชุกโดยรวมของการติดเชื้อ OV คือ ร้อยละ 15.0 ในขณะที่การรับประทานปลาที่เตรียมอย่างไม่ปลอดภัย และความรู้เกี่ยวกับ OV ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานะการติดเชื้อ

โกศล เลารักษ์วงศ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาความชุกของการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ในชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทยและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน พบว่าความชุกของการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* เท่ากับ ร้อยละ 19.4 (95% CI 15.6 ถึง 23.7)

วรวิมล นามวงศ์ นพรัตน์ ส่งเสริม และอรอนงค์ บุรีเลิศ (2562) ได้ศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ เก็บข้อมูลของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวช้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 68 คน โดยทุกคนเคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิแบบ Kato's Thick Smear พบว่ามีการติดเชื้อซ้ำร้อยละ 16.20 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.60 มีพฤติกรรมการรับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ รับประทานแจ่วบองปลาร้าดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ

ปรีวัฒน์ กอสุระ, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรภร เจริญบุตร, และพุทธิไกร ประมวล (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ : การประเมินสถานการณ์ตามบริบทชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามบริบทของชุมชนคนไทยเชื้อสายเขมร เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำร่องในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ อายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ชอบรับประทานปลาจ่อม/ปลาน้อยดิบ ก้อยปลาดิบ ให้สุนัข/แมวกินปลาหรือเศษปลาดิบ รับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ และมีคนในครอบครัวที่ยังถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา ผลการสำรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 17.02 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่ให้เกิดร้อยละ 5

สรุปความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าในปี 2557-2561 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับร้อยละ 22.7 (เกษร แถวโนนจิว, และคณะ, 2557) เท่ากับ ร้อยละ 19.4 (โกศล เลารักษ์วงศ์, และคณะ, 2561) เท่ากับร้อยละ 17.02 (ปรีวัฒน์ กอสุระ, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรภร เจริญบุตร, และพุทธิไกร ประมวล, 2563) มีการติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ

16.20 (วรุฒิ นามวงศ์ นพรัตน์ ส่งเสริม และอรอนงค์ บุรีเลิศ, 2562) โดยพบอัตราส่วนหญิงต่อชาย 1:1.2 กลุ่มอายุที่มีความชุกสูงสุดคืออายุ 40-49 ปี ทุกกลุ่มอายุมีความชุกมากกว่า ร้อยละ 20 (เกษร แถวโนนังว และคณะ, 2557) และพบว่ามีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.60 คือมีพฤติกรรมรับประทานสัมผัสปลาสด รับประทานแจ่วบองปลาร้าดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ (วรุฒิ นามวงศ์, นพรัตน์ ส่งเสริม, และอรอนงค์ บุรีเลิศ, 2562) ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ชอบรับประทานปลาจ่อม/ปลาน้อยดิบก้อยปลาดิบ ให้สุนัข/แมวกินปลาหรือเศษปลาดิบ รับประทานสัมผัสปลาสด และมีคนในครอบครัวที่ยังถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา (ปวีวัฒน์ กอสุระ, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรภร เจริญบุตร, และพุทธิไกร ประมวล, 2563)

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

เกษร แถวโนนังว และคณะ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย กลุ่มเป้าหมายคือชาวไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3,916 คน ซึ่งมีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ opisthorchiasis ได้แก่ (ก) เพศ (ข) อายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง > 50 (ค) ความใกล้ชิดและระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ และ(ง) การรับประทานปลาดิบและ/หรือปลาร้า เพื่อลดความชุกของ opisthorchiasis ควรมุ่งเน้นในประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทยให้เปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานของพวกเขาตามความเหมาะสมกับประเพณีและบริบท

ศิวาพร พิมพ์เรือง (2557) ได้ศึกษาการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) การรับรู้ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ถูกต้อง 2) ความเชื่อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ถูกต้อง

สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย (2558) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในตำบลหนองกัญศุนย์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ในประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองกัญศุนย์อำเภอเมือง จังหวัด

หนองบัวลำภู จำนวน 3,211 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา (ประถมศึกษา) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ($p < .01$) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ($p < .01$)

อินทรา เทียมแสน (2559) ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ พบว่าปัจจัยด้านการศึกษาคือการรับประทานปลาดิบ หรือ ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สวนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเมื่อออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

เกษม อาจกมล (2560) ได้ศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและศักยภาพในการควบคุมและป้องกันพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลโพหนอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มที่ตรวจพบไชพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระและในกลุ่มที่ตรวจไม่พบไชพยาธิในอุจจาระ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

วรกร วิชัยโย (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาในประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 411 คน พบว่าการเลี้ยงแมวในครัวเรือน มีความเสี่ยงต่อโรค ถึง 7.22 เท่าของครัวเรือนที่ไม่ได้เลี้ยงแมว และการเลี้ยงสุนัข มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 4.56 เท่า การทำเมนูปลาดิบให้รับประทานภายในครอบครัวส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.89 เท่า การซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชนส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.54 เท่าและพบอีกว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับซึ่งในทางกลับกันกับส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.55 เท่า

สรุปปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ *opisthorchiasis viverini* ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อายุมากกว่า 50 ปี 3) ความใกล้ชิดและระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ 4) การรับประทานปลาดิบและ/หรือปลาร้า (เกษร แถวโนนงิ้ว, และคณะ, 2557) และพบว่าการรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ศิวาพร พิมพ์เรือง, 2557) และพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ (ประถมนศิริ แก่นทราย, 2558) และพบว่าการรับประทานปลาดิบ หรือ

ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (วรกร วิชัยโย, 2563 อินทรา เทียมแสน , 2559) การทำเมนูปลาดิบให้รับประทานภายในครอบครัวส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.89 เท่า การซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชนส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.54 เท่าและประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูง.55เท่า (วรกร วิชัยโย, 2563)

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม/รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

3.3.1 ระดับประชาชน/กลุ่มเสี่ยง

เพ็ญญา คงศิลา (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 74 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 37 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ โดยการให้ความรู้ คู่มือ โฉนดประชาสัมพันธ์ มีขั้นตอนการระดมความคิดเพื่อสะท้อนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมาและสิ่งที่ต้องการให้เป็น รวมทั้งแนวทางการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อบังคับผู้เสี่ยงที่ต้องการให้เป็นในการปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสรุปผลสำเร็จจากการดำเนินงานตามโปรแกรมครั้งนี้ มีปัจจัยสำคัญ คือ การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย โดยใช้วัสดุหาง่ายในพื้นที่ คือ ใบไม้และมีวิธีการเข้าถึงโดยใช้หมอลำพื้นบ้านเป็นสื่อกลางส่งผลให้เกิดความรู้ และการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างยั่งยืน

วีระพล วิเศษสังข์ (2560) ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มวัยแรงงานตำบลขยุง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 20 คน จากตัวแทนสมาชิกในครัวเรือน โดยได้รับกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มทดลอง ในระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร

กลุ่มวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปีโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน ทั้งนี้จัดให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ ก่อนการทดลอง การอบรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตาม ให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ จากนั้นดำเนินการติดตามตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิซ้ำอีกครั้งหลังการทดลองครบ 4 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มทดลองในระยะที่ 2 ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 ปีจัดแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี้ เป็นผลมาจากการเสริมสร้างศักยภาพให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีระบบกำกับติดตามในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

สมบุรณ์ วงศ์เครือสร (2560) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มและความเชื่อทางศาสนา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลหูลุบล อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าก่อนทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ จึงได้จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบรรยาย การตรวจพยาธิในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สรุบทเรียน การดูวีซีดีเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แจกเอกสารและการถอดบทเรียนเป็นผลให้หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นิภาพร ปัญญาทิพย์ อักษรา ทองประชุม และกรรณิกา ณ ลำปาง (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประชาชนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และผ่านการวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในพื้นที่ตำบลท่าวังพร้าว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 42 คน ใช้เวลาในการทำโปรแกรม จำนวน 24 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-8 เป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สัปดาห์ที่ 9-19 กิจกรรมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ดูวีดีทัศน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคมะเร็งท่อน้ำดี สัปดาห์ที่ 16-24 กิจกรรมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนความรู้ ทักษะ และ

พฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สามารถเพิ่มความรู้อัตนคติ และพฤติกรรม การดูแลตนเองให้แก่ผู้ที่ได้รับโปรแกรมนี้ได้

วรลักษณ์ เวฬุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และจมาภรณ์ ใจภักดี (2562) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน พบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนครั้งนี้ ประยุกต์แนวคิดกระบวนการธรรมาภิบาล สุขภาพ ทำให้เกิดกระบวนการ 11 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ยกร่างธรรมาภิบาลสุขภาพ 4) เวทีพิจารณาร่างธรรมาภิบาลสุขภาพ 5) ปรับปรุงร่างธรรมาภิบาลและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น 6) ประกาศใช้ธรรมาภิบาลสุขภาพ 7) ดำเนินโครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ 8) นิเทศและติดตาม 9) ประเมินผล 10) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลตามกระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตน และด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และยังส่งผลให้เกิดรูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนคือ PROTECT Model และปัจจัยความสำเร็จเป็นผลมาจากหลัก 3 ประการคือ Development หมายถึงการพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมและยอมรับกันของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน Harmony: H หมายถึงความสามัคคีและสอดคล้องกันขององค์ประกอบต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ Best behavior :B หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ดีและถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง PROTECT Model :P: People-Centered วิเคราะห์ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง R: Responsibility การแต่งตั้งคณะกรรมการ และกำหนดบทบาทหน้าที่ O: Originality การมุ่งหวังให้เกิดสิ่งใหม่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ T: Technical การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม E: Empowerment การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลรอบข้าง C: Community การกำหนดมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด T: Teamwork การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการ

จวีรภรณ์ อาจสาลี (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองคือสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับอายุ 15-60 ปี จำนวน 40 คน โดยให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าหลังให้โปรแกรม กลุ่มทดลองตรวจไม่พบไข้พยาธิ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ดับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ และชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง (2563) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับต่อความรู้และพฤติกรรมของประชาชนตำบลสบง อำเภอกุขช้าง จังหวัดพะเยารูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว จำนวน 42 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .01$) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ เหมาะสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลสบง อำเภอกุขช้าง จังหวัดพะเยา

วรรัตน์ สัจวะลี, จุน หน่อแก้ว, และจิรวุฒิ กุจะพันธ์ (2563) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ของแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 45 คน ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการให้สุขศึกษา ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิต และการสื่อสารโดยสื่อโปสเตอร์ และแผ่นพับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับอย่างชัดเจน ดังนั้น การให้สุขศึกษาในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นเพื่อลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อปรสิต

สรุปโปรแกรม/รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ ระดับประชาชน/กลุ่มเสี่ยง พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับในกลุ่มเสี่ยง มีการใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ (จรีภรณ์ อาจสาลี, 2562) เพ็ญญา คงศิลา, 2558) และใช้เวลา 12 สัปดาห์ (วีระพล วิเศษสังข์, 2560) วรรัตน์ สัจวะลี, จุน หน่อแก้ว, และจิรวุฒิ กุจะพันธ์, 2563) และ 24 สัปดาห์ (นิภาพร ปัญญาทิพย์, อักษราทองประชุม และกรรณิกา ณ ลำปาง, 2563) โดยได้ประยุกต์ต่าง ๆ แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ เช่น แนวคิดกระบวนการธรรมนุญสุขภาพ (วรลักษณ์ เวฬุ, เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์, และจมาภรณ์ ใจภักดี, 2562) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เพ็ญญา คงศิลา, 2558) และจรีภรณ์ อาจสาลี, 2562) และประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มและความเชื่อทางศาสนา

(สมบุรณ์ วงศ์เครือศรี, 2560) ซึ่งมีกิจกรรมการให้สุศึกษา สร้างสัมพันธ์ภาพ การบรรยาย ให้ความรู้ คู่มือ การสื่อสารโดยสื่อโปสเตอร์ การสาธิต ระดมความคิด สะท้อนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ผ่านมาและสิ่งที่ต้องการให้เป็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตรวจพยาธิในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสรูปทเรียน (นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ และชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, 2563 เพ็ญญา คงศิลา, 2558 วีระพล วิเศษสังข์, 2560 วรารัตน์ สังวะลี, จุน หน่อแก้ว, และจิรวุฒิ กุจะพันธ์, 2563 สมบุรณ์ วงศ์เครือศรี, 2560) มีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมสร้างทัศนคติ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ คู่มือทัศนคติ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคมะเร็งท่อน้ำดี และกิจกรรมสร้าง พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (นิภาพร ปัญญาทิพย์, อักษรา ทองประชุม และกรรณิกา ณ ลำปาง, 2563)

3.3.2 ระดับชุมชน

นิศร ผานคำ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการปกครองในระดับ ชุมชนตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมี 4 ขั้นตอนคือ 1 วางแผน 2 ลงมือปฏิบัติการ 3 สังเกต 4 สะท้อนผล โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนเป็นผู้นำชุมชนสมาชิกอบต กลุ่มสตรี กลุ่มอสม กระบวนการพัฒนาการ ปฏิบัติงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมี 8 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ชุมชน โดยใช้ Mind Map 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผนโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC (Appreciation-Influence-Control) 3) ประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4) อนุมัติ แผนปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโครงการ 6) ประเมินผลการดำเนินงาน 7) สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรูปทเรียนการดำเนินงาน 8) สรูป ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือการสร้างความเข้าใจปัญหา และการสร้างเป้าหมายร่วมกันการมีพื้นที่ปฏิบัติการและมีกระบวนการติดตามถนนรวมทั้งเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชนจะส่งผลสำเร็จในที่สุด

พลอยไพลิน ทับทิม (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งตำบลมหาชัย อำเภอบลาปาก จังหวัดนครพนม โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม จากอบต. ผู้นำชุมชน ผู้ปรุงอาหารในครัวเรือน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย ซึ่งได้ใช้กลวิธีทางสุศึกษาและ การส่งเสริมสุขภาพการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้วยการบรรยายและโปสเตอร์ที่ สามารถถ่ายทอดความรู้ ได้มากในเวลาจำกัดการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มร่วมกัน มีการเปิดโอกาสให้มีการ สนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย การอภิปรายกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัย คอยสรูปประเด็นปัญหาที่สำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งแจกเอกสาร และคู่มือเรื่องการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับ จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลง ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยผลต่างของความรู้ที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรญา แก้วพิบูลย์, ญัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ และจุน หน่อแก้ว, (2559) ได้ศึกษาการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยเชสโมเดล โดยทำการศึกษาทดลองในชุมชน (community trial) เพื่อพัฒนากระบวนการศึกษาผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ การสร้างพลังและการขับเคลื่อนทางสังคม ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ในประชาชนที่มีอายุ 18- 60 ปี ตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 5 อันดับจำนวน 80 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ กิจกรรมเชสโมเดล วัดผลการทดลองเป็น 5 ระยะ คือระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับการสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งภายหลังจากทดลองกับกลุ่มแกนนำที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการเชส โมเดล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คือในชุมชนได้มีการจัดระบบที่ดี ($p < .01$) ประชาชนในชุมชนมีการสร้างเสริมพลังอำนาจมีส่วนร่วมในการดำเนินแก้ไขปัญหาดังกล่าวในทุกภาคส่วน ($p < .01$) โดยขับเคลื่อนนโยบายที่ได้จากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ($p < .01$) ทำให้การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลง แต่ในทางตรงกันข้ามยังมีกลุ่มเปรียบเทียบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 7.5 รวมไปถึงประชาชนแกนนำได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เจตคติที่ดีและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับทำให้สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืนได้

นันทพร ศรีนอก (2560) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดนครพนม พบว่าปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน คือการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การออกกฎเกณฑ์การยอมรับและการปฏิบัติตามข้อบังคับ สัญญาประชาคมหมู่บ้าน มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีคณะกรรมการดำเนินงานรับผิดชอบชัดเจน การประชาสัมพันธ์และการกระจายข่าวสาร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดนครพนม พบว่าหลังการดำเนินงานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สงกรานต์ นักบุญ (2560) ศึกษาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดนครพนม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับใน จังหวัดนครพนม ได้เริ่มจากการสะท้อนข้อมูลสถานการณ์ของชุมชนเพื่อให้รับรู้ถึงปัญหาจากอันตรายและความรุนแรงของโรค จนนำมาสู่การพัฒนาารูปแบบตามแนวทางแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้ความเสี่ยง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยความรู้น่ากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารประเภทปลาดิบเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) มีพฤติกรรมการขับถ่ายในส้วมถูกต้องเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับอัตราความชุกของโรคพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราความชุกของโรคลดลงจากร้อยละ 55.97 เหลือร้อยละ 7.03 กลุ่มควบคุมมีอัตราความชุกของโรคลดลงจากร้อยละ 46.27 เหลือร้อยละ 22.83 โดยกลุ่มทดลองมีอัตราความชุกของโรคลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมีอัตราความชุกของโรคต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ทักษนัย พัสตุ (2561) ศึกษาการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และสถานการณ์ 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) การให้ความรู้และณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านสื่อบทเพลง 4) การกำหนดมาตรการชุมชน 5) การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรม 7) การประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการพัฒนาเมื่อประเมินภายหลังการดำเนินงาน พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีระดับค่าเฉลี่ยด้านบทบาทหน้าที่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อบุคคลอื่นทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ HLC ประกอบด้วย H: Harmony (ความสามัคคีของคนในชุมชน) L: Leadership (ความเป็นผู้นำ) และ C: Connection (การเชื่อมต่อกันระหว่างภาคีเครือข่าย) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาตรการป้องกันโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค้นพบนวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคในพื้นที่และแนวทางเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยได้รูปแบบการพัฒนาเบื้องต้นที่เรียกว่า SKILLS โดยจุดเด่นของกระบวนการนี้ คือ การที่ชุมชนมีการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (Information: I) เป็นการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการสื่อสาร บอกต่อแก่บุคคลอื่นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิตติศักดิ์ ประคองใจ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ตระหนักว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องร่วมกันแก้ไขและป้องกัน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรเริ่มตั้งแต่ "ต้นน้ำ" ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชนร่วมกัน กำหนดมาตรการทางสังคมที่เรียกว่า "พรสำราญ 3 ไม่" (ไม่รับประทานปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ "เคาะบ้าน" ส่งผลให้ประชาชน "ลด และ เลิก" การบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่ถูกสุขลักษณะเพิ่มมากขึ้น และไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องสิ่งปฏิกูลในชุมชน ภายหลังจากดำเนินงานกลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากประชาชนและทุกหน่วยงานในพื้นที่ตระหนักถึงปัญหาร่วมกันและมีส่วนร่วมแก้ปัญหาแบบ "การเข้าถึงชุมชน" โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นที่เล็งสนับสนุนและชี้แนะทางวิชาการ โดยสรุปรูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนควรใช้เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมโดยวิธีที่หลากหลายและมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากชุมชนในทุกขั้นตอน

บวรพิพัฒน์ กระแสเสนและจุฬารภรณ์ โสตะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานุมานอำเภอชานุมานจังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน พบว่ารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนประกอบด้วย 1) การสร้างแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 2) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 3) การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยงและจ่ายยารักษาในผู้ที่พบไข่พยาธิ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเยี่ยมติดตาม กระตุ้นเตือนให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพชุมชน 5) มีมาตรการทางสังคม ดังนี้ งานบุญปลอดปลาสด ปลาสด ปลาสด ปลาสด และการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกรื้อ 6) การประเมินผลร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ "บ้านชานุมานหมู่บ้านปลอดพยาธิ ประชาชนสุขภาพดี ภาคีมีส่วนร่วม การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในกลุ่มแกนนำในชุมชนหลังการพัฒนาารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มเสี่ยงพบว่า ภายหลังจากอบรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับโดยมีการใช้สื่อการสอน คือภาพพลิกเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ วิดีโอเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเล่าประสบการณ์จากตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และ

ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นในการศึกษารั้งนี้ พบว่าการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้ชุมชนมีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบและชัดเจนขึ้น ซึ่งควรมีการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นและนำไปประยุกต์ใช้ ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

รุจิรา ดวงสงค์ (2563) ศึกษาการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน บ้านห้วยชัน หมู่ ตำบลทุ่งชมพู อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกิจกรรมประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาชุมชนการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับข้อมูลข่าวสาร สำรวจสื่อที่ประชาชนสนใจ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 2 ดำเนินการ อบรมแกนนำชุมชน อบรมผู้ปรุงอาหาร แกนนำชุมชนและผู้ปรุงอาหาร วางแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การประชุมครอบครัวผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ การรณรงค์ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การให้รางวัล ฯลฯ พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ของมีการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ กลุ่มเปรียบเทียบมีการติดเชื่อลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองไม่มีการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการติดเชื่อซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$

อัจฉราพรรณ ชัยยนต์ และชัยธัช จันทร์สมุด (2563) ได้ศึกษาการส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาในประชาชนที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ ที่ผ่านการคัดกรองและตรวจพบเชื่อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 85 คน โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการผ่าน 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 (M : Management) เป็นกิจกรรมการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการจัดการดำรงชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีไม่มีพยาธิ กิจกรรมที่ 2 (A : Awareness) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เกิดความตระหนักถึงอันตรายจากการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ และสามารถบอกถึงการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ กิจกรรมที่ 3 (J : Join) เป็นกิจกรรมรวมใจร่วมกันส่งเสริมสุขภาพไม่บริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ป้องกันโรค กิจกรรมที่ 4 (I : Integrity) เป็นกิจกรรมการเกิดความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการเลิกบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ กลุ่ม

ทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) กลุ่มทดลองมีความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3) กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 4) กลุ่มทดลอง มีความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .05$

สรุปโปรแกรม/รูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับระดับชุมชน พบว่าการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรเริ่มตั้งแต่ ระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชนร่วมกัน กำหนดมาตรการทางสังคมที่ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การออกกฎเกณฑ์ การยอมรับและการปฏิบัติตามข้อบังคับ สัญญาประชาคมหมู่บ้าน มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีคณะกรรมการดำเนินงานรับผิดชอบชัดเจน การประชาสัมพันธ์ และการกระจายข่าวสาร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (กิตติศักดิ์ ประคองใจ, 2562 นันทพร ศรีนอก, 2560) มีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมี 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) วางแผน 2) ลงมือปฏิบัติการ 3) สังเกต 4) สะท้อนผล ใช้กลุ่มกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนสมาชิก อบต. กลุ่มสตรี อสม. ในการดำเนินโปรแกรม (นิศร ผานคำ, 2559) การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน พบว่ามี กระบวนการพัฒนามี 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และสถานการณ์ 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) การให้ความรู้และณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านสื่อบทเพลง 4) การกำหนดมาตรการชุมชน 5) การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรม 7) การประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ทักษิณ พัสตุ, 2561) ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้างแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 2) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 3) การตรวจจู่จาะเพื่อหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยงและจ่ายยารักษาในผู้ที่พบไข่พยาธิ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเยี่ยมติดตาม กระตุ้นเตือนให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพชุมชน 5) มีมาตรการทางสังคม 6) การประเมินผล (บวรพิพัฒน์ กระแสแสนและจุฬารักษ์ โสตะ, 2562) ดำเนินการผ่าน 4 กิจกรรม 1) M : Management เป็นกิจกรรมการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการจัดการดำรงชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีไม่มีพยาธิ 2) A : Awareness เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เกิดความตระหนักถึงอันตรายจาก การบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ และสามารถบอกถึงการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ 3) Join เป็นกิจกรรมรวมใจร่วมกันส่งเสริมสุขภาพไม่บริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ป้องกันโรค 4) I : Integrity เป็นกิจกรรมการเกิดความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการเลิกบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ (อัจฉราพรรณ ชัยยนต์ และชัยธัช จันทร์สมุด, 2563) โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

และการสนับสนุนทางสังคมต้องประกอบด้วยบุคคลจาก อบต. ผู้นำชุมชน ผู้ปรุงอาหารในครัวเรือน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มร่วมกัน การอภิปรายกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยสรุปประเด็น ปัญหาและให้ข้อมูลเพิ่มเติม (พลอยไพลิน ทับทิม 2559) และในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยเซสมิเดิลเซส โมเดิล คือการผสมผสานดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์สรุปรวม เป็นแนวคิดการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมาสร้างพลังและการขับเคลื่อนทางสังคมในการสร้าง นโยบายสาธารณะ สามารถทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับนำไปสู่การแก้ปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืนได้ (สรุณา แก้วพิบูลย์, ณัฐฐาณี แก้วพิบูลย์ และจุน หน่อแก้ว, 2559)

4. การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา

4.1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษา

4.1.1 จังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ภูมิประเทศ ทางตอนใต้เป็นที่สูง และค่อย ๆ ลาดต่ำไปทางเหนือลงสู่ลุ่มแม่น้ำมูล มีเนื้อที่ 8,840 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วยอำเภอ 22 อำเภอมีประชากรราว 1.47 ล้านคน ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลาย พุทธศาสนาถิ่นต่าง ๆ เช่น ภาษาลาว (สำเนียงลาวใต้) ภาษากูย, ภาษาเยอ และภาษาเขมร ส่วนใหญ่เป็น พุทธศาสนิกชนและนับถือผีมาแต่เดิม

(1) *อาณาเขต* ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดยโสธร และ จังหวัดร้อยเอ็ดทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดอุบลราชธานี ทิศใต้ ติดต่อกับประเทศกัมพูชา ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดร้อยเอ็ด

(2) *ภูมิประเทศ* จังหวัดศรีสะเกษทางตอนใต้มีทิวเขาพนมดงรักซึ่งทอดตัว ในแนวตะวันออก-ตะวันตกเป็นเส้นแบ่งเขตแดนระหว่างไทยกับกัมพูชา ยาว 127 กิโลเมตร ยอดเขา สูงสุดในจังหวัดชื่อ "พนมตาเมื่อน" สูง 673 เมตรจากระดับน้ำทะเลปานกลาง โดยตั้งอยู่ในเขตอำเภอ กันทรลักษณ์จากเขาพนมตาเมื่อนนี้พื้นที่ค่อย ๆ ลาดต่ำ ลงไปทางเหนือเข้าสู่ที่ราบลุ่มแม่น้ำมูล ภูมิประเทศส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ทางตอนกลางและตอนเหนือของจังหวัดมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มลอนลาด มีระดับความสูงระหว่าง 150-200 เมตรจากระดับน้ำทะเลปานกลาง มีลำน้ำหลายสายไหลผ่านพื้นที่ ราบนี้ลงไปยังแม่น้ำมูล ลำน้ำสายสำคัญได้แก่ ห้วยทับทัน ห้วยสำราญ และห้วยชะยุง

(3) *สภาพทางสังคม* จังหวัดศรีสะเกษ มีชุมชนหลายกลุ่มตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่ร่วมกัน ดังนี้ ชาวลาว ชาวเขมร ชาวกูย (หรือส่วยหรือกวย) และเยอ

ก. *กลุ่มชาติพันธุ์ลาว* มีภาษาในการสื่อสารเป็นของตนเองทั้งภาษาพูดและภาษาเขียนได้แก่อักษรไทยน้อยและอักษรธรรมอีสาน ซึ่งมีพื้นฐานและตัวอักษรใกล้เคียงกับอักษรลาว สำเนียงภาษาพูดของกลุ่มชาติพันธุ์ชาวลาวจัดอยู่ในตระกูลภาษาไท(หรือไต) กะไตในจังหวัดศรีสะเกษ มีความแตกต่างจากสำเนียงของกลุ่มชาติพันธุ์ลาวในจังหวัดทางตอนบน ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากพื้นฐานการพัฒนาและถิ่นฐานเดิมที่แตกต่างกัน ซึ่งมีทั้งชาวลาวที่เคลื่อนย้ายมาจากทางตอนเหนือและตอนใต้ของประเทศลาวปัจจุบัน ทั้งนี้ ภาษาลาวอีสานมีการพูดทั่วไปในทุกอำเภอของจังหวัด

ข. *กลุ่มชาติพันธุ์กูย (หรือส่วย หรือกวย)* มีเพียงภาษาพูด สำเนียงและคำศัพท์ร่วมหลายคำคล้ายภาษาข่า แสก โส้ จัดล้วนจัดอยู่ในตระกูลภาษามอญ-เขมร(หรือขแมร์) ช่วยให้สามารถสื่อสารกันได้ ภาษากวยยังเป็นภาษาพิเศษที่ใช้ในการประกอบพิธีกรรมของหมอควาญช้าง สำหรับการบวงสรวงผีก่อนการออกจับช้างป่า มีกลุ่มชาติพันธุ์กูยตั้งถิ่นฐานอยู่ในบางส่วนของอำเภอเมืองจันทร์ อำเภอห้วยทับทัน อำเภออุทุมพรพิสัย อำเภอปราสาท อำเภอเมืองศรีสะเกษ อำเภอน้ำเกลี้ยง อำเภอศรีรัตนะ อำเภอไพรบึง อำเภอขุนหาญและอำเภอกันทรลักษ์

ค. *กลุ่มชาติพันธุ์เยอ* มีเพียงภาษาพูด ซึ่งมีคำศัพท์ส่วนใหญ่คล้ายกับภาษากวยแต่มีสำเนียงที่แตกต่างและเพี้ยนไปจากภาษากวยตามสภาพแวดล้อม นักภาษาศาสตร์ให้ความเห็นว่าภาษาเยอคือภาษากวยที่มีความใกล้ชิดกับภาษาลาว ส่วนภาษากวยคือภาษาเยอที่ใกล้ชิดกับภาษาเขมร อย่างไรก็ตาม ภาษาเยอจัดเป็นภาษาในตระกูลมอญ-เขมร โดยพบว่ามีการพูดภาษาดังกล่าวนี้นในบางพื้นที่ของอำเภอไพรบึง อำเภอพยุห์ อำเภอศรีรัตนะ และอำเภอน้ำเกลี้ยง

ง. *กลุ่มชาติพันธุ์เขมร* มีภาษาพูดที่จัดเป็นภาษาเขมรถิ่นไทย หรือเขมรสูง (ขแมร์เลอ) เนื่องจากมีสำเนียงและคำศัพท์หลายคำแตกต่างไปจากภาษาพูดของชาวเขมรในเขตประเทศกัมพูชาซึ่งจัดเป็นชาวเขมรลุ่มหรือเขมรด่า (ขแมร์กรอม) อย่างไรก็ตาม ภาษาเขมรสูงหรือเขมรถิ่นไทยในจังหวัดศรีสะเกษสามารถใช้พูดสื่อสารกับชาวเขมรในเขตประเทศกัมพูชาได้ ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษมีกลุ่มชาติพันธุ์ชาวเขมรอาศัยอยู่หนาแน่นในอำเภอภูสิงห์ อำเภอขุขันธ์ อำเภอขุนหาญ อำเภอกันทรลักษ์ รวมทั้งบางส่วนของอำเภอศรีรัตนะอำเภอไพรบึง อำเภอปราสาทและอำเภอห้วยทับทัน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งจังหวัด

(4) *แหล่งน้ำที่สำคัญและมีผลต่อกิจกรรมการเกษตร* การประมง ดังนี้

ก. *แม่น้ำมูล* ต้นน้ำเกิดจากเทือกเขาตงพญาเย็นในท้องที่อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดนครราชสีมาไหลเข้าสู่จังหวัดศรีสะเกษ บริเวณอำเภอราศีไศล ไหลผ่านอำเภอยางชุมน้อย อำเภอเมืองศรีสะเกษ และอำเภอกันทรารมย์ แล้วไหลไปบรรจบแม่น้ำชี ที่จังหวัด

อุบลราชธานี เป็นระยะทางยาวประมาณ 120 กิโลเมตร พื้นที่ทางทิศเหนือของแม่น้ำมูลลักษณะ เป็น ที่ราบลุ่มมีสภาวะน้ำท่วมขังในฤดูฝน โดยถือเป็นแหล่งอุดมสมบูรณ์ที่สุดของจังหวัด เนื่องจาก เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำขนาดใหญ่อันอยู่สูงจากระดับทะเลปานกลางประมาณ 115-130 เมตร

ข. *ห้วยทับทัน* ไหลมาจากอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ เป็นเส้น แบ่งเขตระหว่างจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดศรีสะเกษในเขตอำเภอกุทุมพรพิสัย ไหลลงไปบรรจบแม่น้ำ มูลบริเวณอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

ค. *ห้วยสำราญ* ไหลมาจากอำเภอบางแก้ว ผ่านอำเภอเมืองศรีสะเกษ ไหลลงแม่น้ำมูล ที่เขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ

ง. *ห้วยศาลา* เป็นแหล่งน้ำธรรมชาติที่ดัดแปลงทำเป็นเขื่อนเก็บน้ำ ที่ไหลมาจากห้วยสำราญ มีต้นน้ำจากห้วยพนมดงรัก บรรจุน้ำได้สูงสุด 52.5 ล้านลูกบาศก์เมตร มีพื้นที่ทำการชลประทาน จำนวน 20,400 ไร่ มีน้ำตลอดปี

จ. *เขื่อนราษีไศล* เป็นเขื่อนคอนกรีต มีบานประตูระบายน้ำ 7 บาน กันแม่น้ำมูลที่บ้านห้วย-บ้านดอน ตั้งอยู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ เปิดใช้งานใน พ.ศ. 2536

4.1.2 อำเภอเมืองศรีสะเกษ เป็นอำเภอที่เป็นศูนย์กลางการเมืองการปกครอง ของจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 18 ตำบล 165 หมู่บ้านมีประชากรราว 136,054 คน ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ อาทิ ภาษาลาว, ภาษากูย, ภาษาเยอ, และเขมรถิ่นไทย ส่วนใหญ่เป็น พุทธศาสนิกชน

(1) *อาณาเขต* ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ทิศตะวันออกติดกับอำเภอกันทรารมณีส ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอยุพหุ น้ำเกลี้ยง และ อำเภอวังหิน ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอกุทุมพรพิสัย

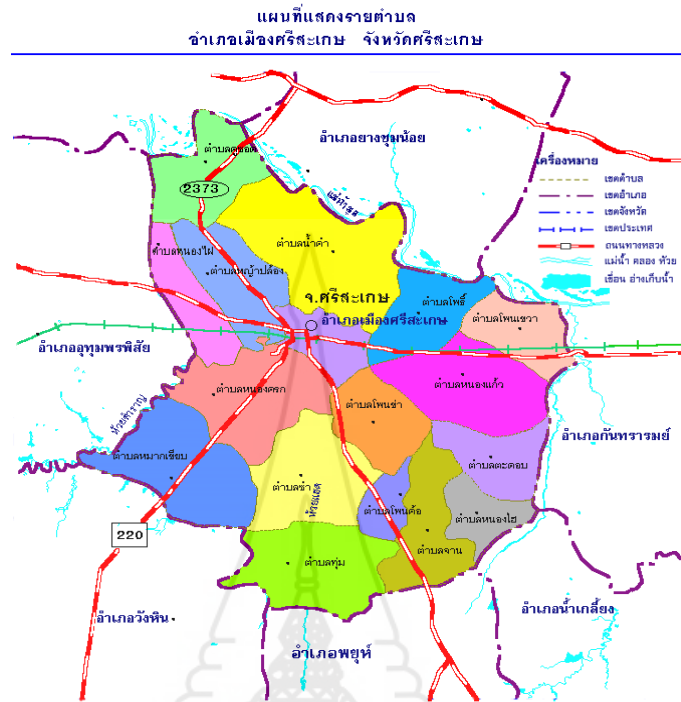
(2) *ภูมิประเทศ* มีระดับความสูงระหว่าง 150-200 เมตร ภูมิประเทศ เป็นที่ราบสูงสลับทุ่งนา ลักษณะเป็นดินร่วนปนทรายที่มีการระบายน้ำดีแต่มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ

(3) *สภาพทางสังคม* จังหวัดศรีสะเกษ มีชุมชนหลายกลุ่มตั้งถิ่นฐานอาศัย อยู่ร่วมกัน ดังนี้ ชาวลาว ชาวเขมร ชาวกูย (หรือส่วยหรือกวย) และเยอ

(4) *แหล่งน้ำที่สำคัญและมีผลต่อกิจกรรมการเกษตร* การประมง ดังนี้

ก. *แม่น้ำมูล* ไหลผ่านอำเภอเมืองศรีสะเกษ จำนวน 4 ตำบล ดังนี้ ตำบล คูซอด ตำบลน้ำคำ ตำบลโพธิ์ และตำบลโพนเขวา โดยถือเป็นแหล่งอุดมสมบูรณ์ที่สุด ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ เนื่องจากเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำขนาดใหญ่

ข. *ห้วยสำราญ* ไหลผ่านอำเภอเมืองศรีสะเกษ จำนวน 6 ตำบล ดังนี้ ตำบลทุ่ง ตำบลหนองครก ตำบลเมืองเหนือ ตำบลหญ้าปล้อง ตำบลหนองไผ่และตำบลคูซอด แล้วไหลลงแม่น้ำมูล



ภาพที่ 2.2 แผนที่แสดงอาณาเขตของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
ที่มา: จังหวัดศรีสะเกษ. (2564, 20 กรกฎาคม). แผนที่อำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ สืบค้นจาก
<http://www.sisaket.go.th/amphur/mungsisaket.html>

4.1.3 ตำบลคูชอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของอำเภอเมืองศรีสะเกษ มีจำนวน 10 หมู่บ้าน 1,120 หลังคาเรือน ประชากร 5,063 คน

1) **อาณาเขต** ทิศเหนือติดต่อกับตำบลหญ้าปล้อง ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ทิศตะวันออกติดต่อกับตำบลน้ำคำ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ทิศตะวันตกติดต่อกับตำบลรังแร้ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2) **การปกครอง** แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 10 หมู่บ้าน (อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูชอด)

3) **สภาพภูมิอากาศ** ลักษณะภูมิอากาศโดยทั่วไปของจังหวัดศรีสะเกษ มีอากาศร้อนจัดในฤดูร้อนและค่อนข้างหนาวจัดในฤดูหนาว ส่วนฤดูฝนจะมีฝนตกหนักในเดือนกันยายน โดยมักจะตกหนักในพื้นที่ตอนกลางและตอนใต้ของจังหวัด โดยเฉลี่ยในปีหนึ่ง ๆ จะมีฝนตก 100 วัน ปริมาณฝนเฉลี่ย 1,200-1,400 มิลลิเมตรต่อปี อุณหภูมิต่ำสุดประมาณ 10 องศาเซลเซียส สูงสุดประมาณ 40 องศาเซลเซียส เฉลี่ยประมาณ 26-28 องศาเซลเซียส

4) *สภาพทางสังคม* เป็นชุมชนอีสาน ภาษาที่ใช้เป็นภาษาไทยพื้นเมืองอีสาน และสามารถใช้ภาษาไทยกลางได้เป็นอย่างดี ประชาชน ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ วัฒนธรรมประเพณี ยังมีวัฒนธรรมของท้องถิ่นดั้งเดิม ที่ยังอนุรักษ์ไว้ เช่น การอ้อสรภัญญะ

5) *สภาพทางเศรษฐกิจ* ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 81.73 พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว พริก

6) *แหล่งน้ำที่สำคัญและมีผลต่อกิจกรรมการเกษตรและการประมง* แม่น้ำมูล เป็นแม่น้ำสายหลักไหลผ่านตำบลคูซอด จำนวน 4 หมู่บ้าน คือบ้านแดง หมู่ 3, บ้านเวาะ หมู่ 5, บ้านดงเปือย หมู่ 4, และบ้านเปือย หมู่ 6 ประชาชนในหมู่บ้านดังกล่าวมีอาชีพประมง โดยการหาปลาจำหน่ายในพื้นที่ตำบลคูซอดและตำบลข้างเคียง

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารในพื้นที่ศึกษา

4.2.1 ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน มีบทบาทในการกำหนดประเภทของอาหารสำหรับบริโภคในชุมชน ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพพื้นดินปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ แหล่งน้ำ ระบบชลประทาน

4.2.2 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคมมีบทบาทที่เป็นตัวกำหนด พฤติกรรมการบริโภค โดยเฉพาะการอยู่ร่วมกันในสังคม หรือบรรทัดฐานทางสังคมที่ยึดถือปฏิบัติ ในขณะที่วัฒนธรรมซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อ ค่านิยมรวมถึงขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถ่ายทอดกันมา โดยสิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดผลดีหรือไม่ดีต่อสุขภาพก็ได้ เช่น การร่วมงานเลี้ยงผู้ชายต้องดื่มเหล้า โดยเฉพาะในสังคมกลุ่มเพื่อนที่ชักชวนกันดื่ม ซึ่งในบางครั้งก็ไม่อาจจะปฏิเสธได้ หรือในกรณีเกี่ยวกับการรับประทานปลาดิบซึ่งเป็นค่านิยมทางสังคมเพราะถือว่าเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางสังคมที่แสดงถึงการให้เกียรติ ดังนั้นในโอกาสหรือเทศกาลพิเศษต่าง ๆ เช่น งานบุญ งานมงคล จึงต้องมีอาหารเหล่านี้ไว้สำหรับต้อนรับแขกหรือที่มาร่วมงาน

4.2.3 ครอบครัว ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรมการบริโภค เพราะครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่จะถ่ายทอด ปลุกฝังสิ่งต่าง ๆ ให้กับคนในครอบครัวโดยเฉพาะเด็ก การที่คนในครอบครัวมีการบริโภคอาหารชนิดใด หรือมีลักษณะอย่างไรก็จะเป็นการปลุกฝังอาหารชนิดนั้นให้กับเด็ก แล้วนำมาประกอบเพื่อรับประทานเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

4.2.4 รสชาติของอาหาร เป็นค่านิยมการรับประทานส่วนบุคคล ที่เป็นการคุ้นเคยกับรสชาติที่เคยได้สัมผัส โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและตามวัย เชื่อชาติและวัฒนธรรม เช่น ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะนิยมอาหารที่ปรุงรสด้วยเครื่องปรุงที่มีรสชาติเผ็ดร้อน ทำให้อร่อยและรสชาติถูกปาก

4.2.5 ความรู้เรื่องโภชนาการ ซึ่งเป็นตัวกำหนดการเลือกประเภทอาหารสำหรับบริโภคโดยจะเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่ให้โทษ ส่วนใหญ่แล้ว ผู้ที่มีระดับการศึกษาดีจะมีความรู้เรื่องโภชนาการดี และเลือกรับประทานที่มีประโยชน์

4.2.6 สื่อมวลชน ที่อิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้าเพื่อบริโภค โดยเฉพาะการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ที่มีกลยุทธ์ในการโน้มน้าว ชักชวน ให้ซื้อสินค้านั้น ๆ

4.3 ยุทธศาสตร์ กลวิธี และตัวชี้วัดในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา

จังหวัดศรีสะเกษได้กำหนดให้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็น 1 ใน 10 ของวาระของจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีเป้าหมาย ให้ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับไม่รับประทานร้อยละ 5 อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ไม่รับประทาน 25.3 ต่อแสนประชากร หรือไม่รับประทาน 372 คนในปี 2564 และไม่รับประทาน 16.85 ต่อแสนประชากร หรือไม่รับประทาน 248 คนในปี 2578 ร้านส้มตำจำหน่ายส้มตำปลาร้าสุก ร้อยละ 80 ภายใต้ภารกิจหลักในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 5 ภารกิจ คือ

4.3.1 การพัฒนาอาหารปลอดภัย การรณรงค์ร้านส้มตำปลาร้าสุก การรณรงค์งานบุญปลาร้าสุก การตรวจประเมินให้สถานประกอบการปลาร้า-ปลาส้ม ผ่านมาตรฐาน GMP รณรงค์ครัวเรือนปรุงอาหารด้วยปลาร้าสุก

4.3.2 การตัดวงจรชีวิตพยาธิใบไม้ตับ กำหนดให้อปท.จัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลจากรถสูบส้วม เพื่อกำจัดอุจจาระอย่างถูกต้องโดยออกเทศบัญญัติในการกำจัดสิ่งปฏิกูล ทุกอปท.

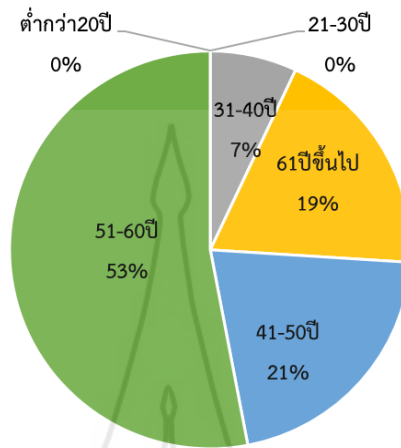
4.3.3 การลดความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยตรวจอุจจาระและบำบัดรักษาผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับและพยาธิทุกชนิดและรับการรักษาด้วยยา สร้างความรอบรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ทุกกลุ่มวัย

4.3.4 การบำบัดรักษามะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรกเริ่มด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อนำผู้ป่วยระยะแรกเริ่มเข้าสู่กระบวนการผ่าตัดและรักษา การสร้างความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี

4.3.5 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยทีมหมอครอบครัว

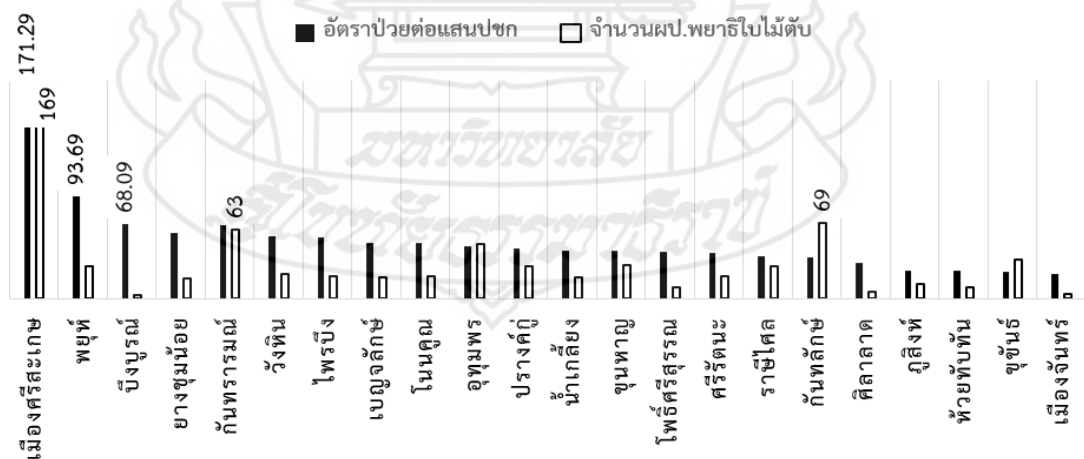
4.4 ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา

4.4.1 สถานการณ์ในพื้นที่



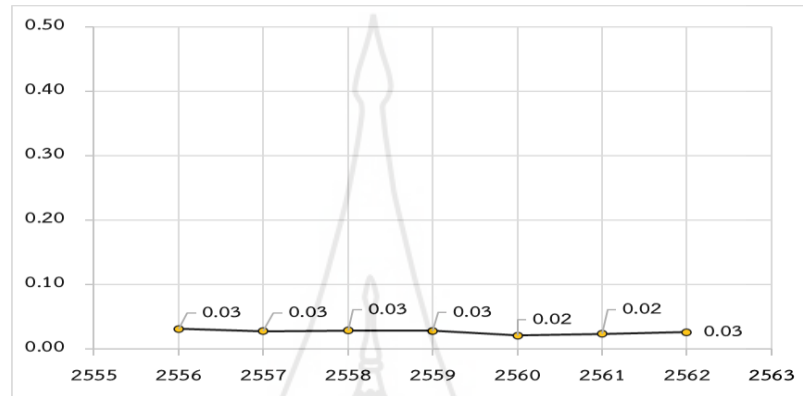
ภาพที่ 2.3 ร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษแบ่งตามช่วงอายุ ปี พ.ศ.2563 ที่มา: โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2564, 20 กรกฎาคม). ข้อมูล Himpro.

จากภาพ 2.3 ช่วงอายุที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 53 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี และช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21 และร้อยละ 19 ตามลำดับ ส่วนช่วงอายุที่มีการป่วยน้อยที่สุดคือช่วงอายุที่ต่ำกว่า 30 ปี ไม่มีผู้ป่วยเลย



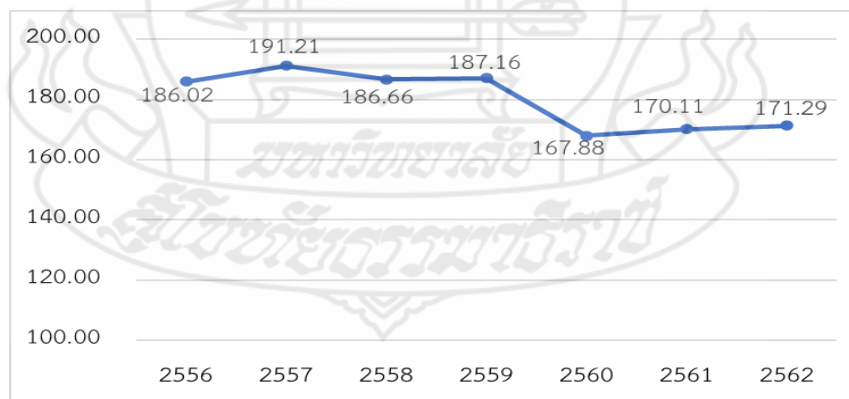
ภาพที่ 2.4 จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับต่อแสนประชากรในจังหวัดศรีสะเกษ จำแนกรายอำเภอ ที่มา: โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2564, 20 กรกฎาคม). ข้อมูล Himpro.

จากภาพ 2.4 อำเภอที่มีอัตราป่วยมากที่สุดคืออำเภอเมืองศรีสะเกษ คิดเป็น 171.29 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นอำเภอยุทธ์ อำเภอบึงบูรพ์ คิดเป็น 93.69, 68.09 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ อำเภอเมืองศรีสะเกษ พบจำนวน 169 ราย รองลงมาเป็นอำเภอกันทรลักษณ์ และอำเภอกันทรารมณี จำนวน 69, 63 รายตามลำดับ



ภาพที่ 2.5 แสดงอัตราตายด้วยโรคมาลาเรียที่มียุงเป็นสาเหตุจากโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2563, น.8)

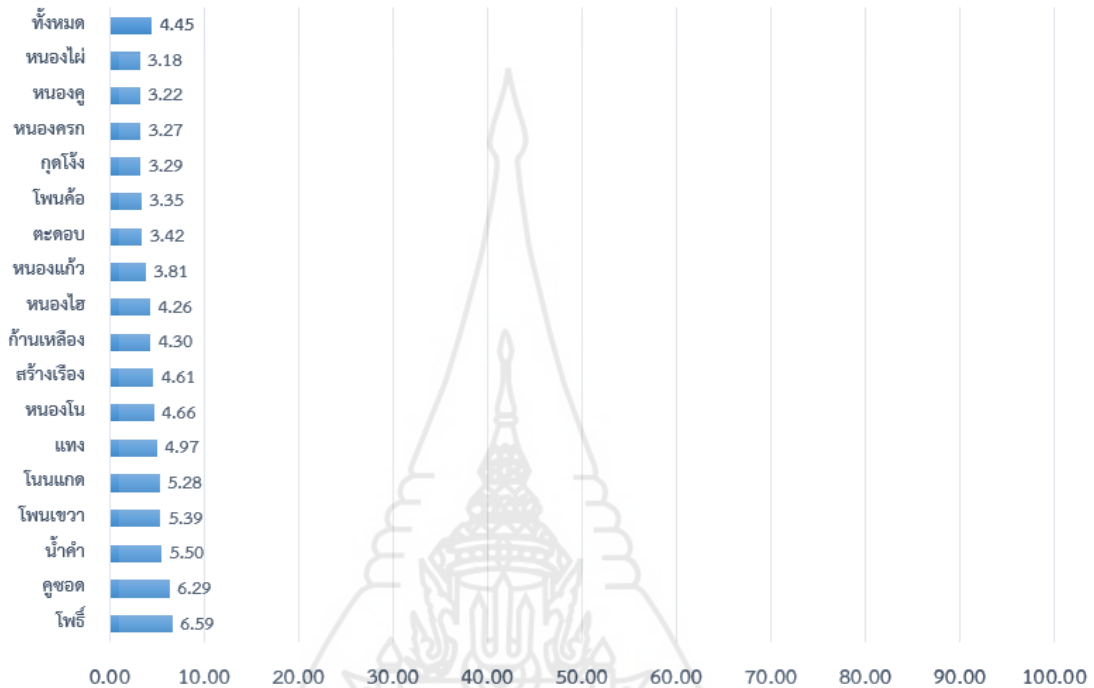
จากภาพที่ 2.5 อัตราตายด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับในช่วง 7 ปีย้อนหลัง มีอัตราตายอยู่ที่ร้อยละ 0.02 – 0.03



ภาพที่ 2.6 สถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับต่อแสนประชากร ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ ปี 2556-2562

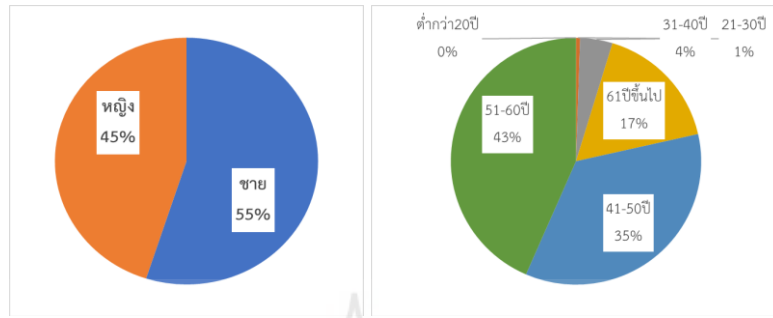
ที่มา: กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ (2563, น.6)

จากภาพที่ 2.6 ปีที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือปีพ.ศ. 2556 จำนวน 83.36 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นปี 2558, 2557 จำนวน 84.73, 75.20 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และปีที่มีน้อยที่สุดคือปี 2561 จำนวน 67.07 ต่อแสนประชากร



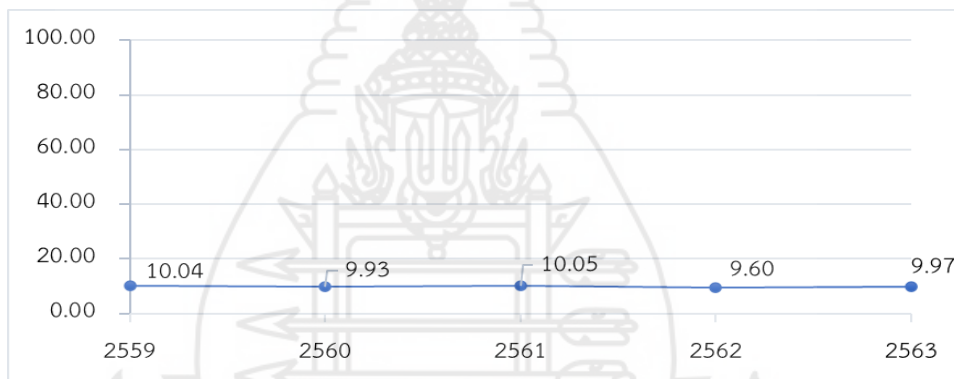
ภาพที่ 2.7 ร้อยละการตรวจพบไข้พยาธิในอุจจาระแยกรายตำบลของอำเภอเมืองศรีสะเกษ ปี 2563 ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ (2563, น.34-35)

จากภาพที่ 2.7 ร้อยละการตรวจพบไข้พยาธิในอุจจาระแยกรายตำบล พบมากที่สุดคือตำบลโพธิ์ รองลงมาเป็นตำบลคูซอด ร้อยละ 5.82 5.79 ตามลำดับ และตำบลที่พบน้อยที่สุดคือตำบลหนองไผ่ ร้อยละ 3.18



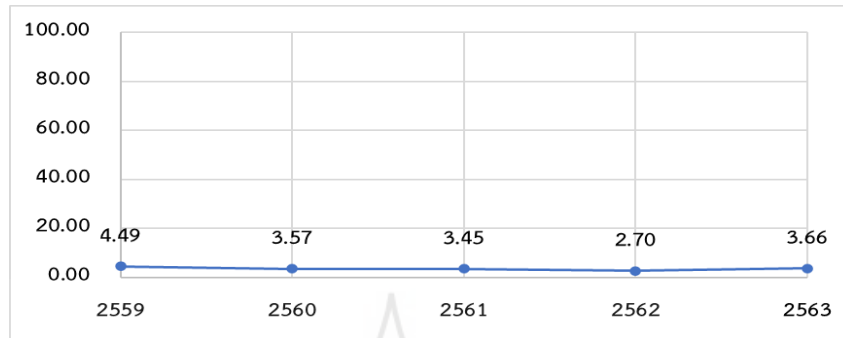
ภาพที่ 2.8 แสดงข้อมูลร้อยละการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับแยกตามเพศและช่วงอายุ ตำบลคูซอด
 ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด (2563, น.18-20)

จากภาพที่ 2.8 ร้อยละการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ พบในเพศชาย ร้อยละ 55 และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 51-60ปี รองลงมาเป็นช่วงอายุ 41-50ปี



ภาพที่ 2.9 แสดงข้อมูลร้อยละการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับย้อนหลัง 5 ปี ตำบลคูซอด อำเภอเมือง
 ศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559-2563
 ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด (2563, น.21)

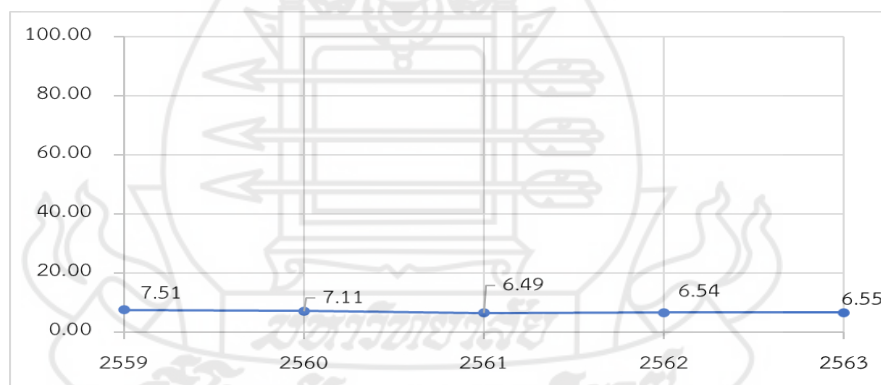
จากภาพที่ 2.9 ร้อยละการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับย้อนหลัง 5 ปี ตำบลคูซอด ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือปี พ.ศ. 2561 รองลงมาเป็นปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 10.05 10.04 ตามลำดับ และปีที่พบน้อยที่สุด คือปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 9.60



ภาพที่ 2.10 ร้อยละการตรวจพบไข่วัยผู้ใหญ่ไม่ต้งซ้ำ ของตำบลคูซอด อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559-2563

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด (2563, น.24)

จากภาพที่ 2.10 ร้อยละการตรวจพบไข่วัยผู้ใหญ่ไม่ต้งซ้ำ ของประชาชนตำบลคูซอด พบการตรวจพบไข่วัยผู้ใหญ่ไม่ต้งซ้ำ มากที่สุดในปี พ.ศ. 2559 รองลงมาเป็นปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.49 3.66 ตามลำดับ และปีที่ตรวจพบไข่วัยผู้ใหญ่ไม่ต้งซ้ำ น้อยที่สุดคือปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 2.70



ภาพที่ 2.11 แสดงข้อมูลร้อยละประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงรับประทานปลาดีบของตำบลคูซอด อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559-2563

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด (2563, น.26)

จากภาพที่ 2.11 ร้อยละประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงรับประทานปลาดีบของตำบลคูซอด สูงที่สุดคือปี พ.ศ.2559 รองลงมาปี พ.ศ.2560 ร้อยละ 7.51 7.11 ตามลำดับ และปีที่มีร้อยละประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงรับประทานปลาดีบน้อยที่สุดคือปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 6.49

4.4.2 ปัญหาที่พบจากพื้นที่ศึกษา

1) ด้านสิ่งแวดล้อม ของชุมชนที่อยู่แม่น้ำขนาดใหญ่ สามารถหาปลา มาบริโภคได้ง่าย ทั้งปลาสด และผลิตภัณฑ์ที่ทำจากปลา อีกทั้งยังมีวัฒนธรรมท้องถิ่นในการบริโภค ปลาดิบที่สับทอดในครอบครัว ค่านิยมการบริโภคปลาดิบในโอกาสพิเศษนอกจากนั้น

2) ปัญหาในเชิงระบบบริการสาธารณสุข ยังพบว่าสถานบริการในพื้นที่เสี่ยง ยังไม่มีระบบบริการรองรับ การดำเนินการตามนโยบายเป็นเพียงการคัดกรองและให้การรักษา ขาดการสร้างความรู้ ความตระหนัก

3) ปัญหาในเชิงการจัดบริการสุขภาพ

(1) ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) สภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชน อาจเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ แหล่งน้ำ ระบบชลประทาน และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวยจากการศึกษาของคณะเวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชลประทานมีอัตรา การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าบริเวณอื่น และบริเวณที่ได้รับน้ำจากการชลประทานนานกว่าจะมีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่าด้วย

(2) ภาวะเศรษฐกิจ (Economic status) รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้อหรือไม่ซื้ออาหารชนิดต่าง แต่การมีฐานะที่ดีก็ไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับความรู้ทางด้านโภชนาการ ค่านิยมและความเชื่อ ด้านอาหารด้วย

(3) ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural factor) วัฒนธรรมประกอบด้วย ความเชื่อ ค่านิยม รวมถึงขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถ่ายทอดกันมา กว้างคับ หรือบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อให้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมถูกต้อง ดังเช่นการศึกษาของพบว่างานปอยในเทศกาลต่าง ๆ ของคนในภาคเหนือจะมีการทำอาหารที่นิยมคือ ลาบปลาดิบ ทำให้คนในภาคเหนือมีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ

(4) ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (Social factor) ปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนด หรือบริโภคนิสัยนั้น เป็นการที่รู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีไม่ใช่กฎหมายบังคับ เพราะแต่ละสังคมอาจมีอาหารประจำสังคม หรือประจำชาติของตน และแต่ละสังคมมักมีการกำหนดสถานะภาพของแต่ละคนไว้ต่างกัน ตามเพศ ฐานะ ศักดิ์ศรีและความสำคัญของแต่ละบุคคล ดังนั้นเมื่อสังคมนั้นกำหนดตามประเภทของบุคคลไว้แล้ว มักมีกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกันไว้ด้วย

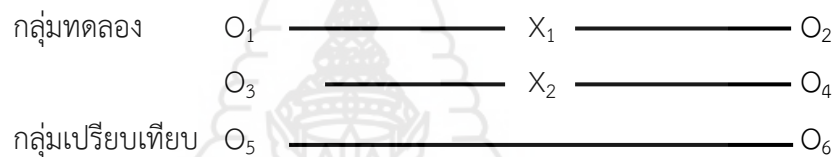
(5) ครอบครัว (The family) ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรมการบริโภคเพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ ให้กับเด็กแม้ว่าจะอยู่ในสังคม

วัฒนธรรมประเพณี เดียวกันแต่ถ้าครอบครัวถ่ายทอดความรู้ให้ในลักษณะที่แตกต่างกัน เด็กซึ่งได้รับทั้งความมีเหตุผล และ การแสดงออกซึ่งอารมณ์ที่ต่างกันก็ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติ และความชอบของ อาหารนั้น ๆ ต่างกัน จากการศึกษาของ กนกภรณ์ เกตุพรหม (2559) พบว่าครอบครัวมักปรุงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แล้วรับประทานกันทั้งครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงรับประทานจนเกิดความเคยชิน และติดใจในรสชาติ ซึ่งการที่บิดา มารดา รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และส่งเสริมให้บุตรรับประทานอาหารดังกล่าว ตลอดจนสั่งสอนให้เด็กเข้าใจว่า ถ้ารับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้เป็นคนเก่ง จึงทำให้เด็กติดเป็นนิสัย มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

เมื่อกำหนดให้

- X₁ หมายถึง รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับแกนนำสุขภาพ (8 สัปดาห์)
- X₂ หมายถึง รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับผู้ติดเชื้อ (7 สัปดาห์)
- O₁ หมายถึง ประเมินการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองแกนนำสุขภาพก่อนดำเนินการตามรูปแบบ ฯ
- O₂ หมายถึง ประเมินการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองแกนนำสุขภาพหลังดำเนินการตามรูปแบบ ฯ
- O₃ หมายถึง ประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ

- O₄ หมายถึง ประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และ การตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หลังดำเนินการตามรูปแบบ (สัปดาห์ที่ 8)
- O₅ หมายถึง ประเมินการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในกลุ่มเปรียบเทียบแกนนำสุขภาพ และประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และ การตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่ม เปรียบเทียบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ
- O₆ หมายถึง ประเมินการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในกลุ่มเปรียบเทียบแกนนำสุขภาพ และประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และ การตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่ม เปรียบเทียบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหลังดำเนินการตามรูปแบบ (สัปดาห์ที่ 8)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

1.1.1 แกนนำสุขภาพ

1) *กลุ่มทดลอง* เป็นแกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหาร ส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมดทุกคน จำนวน 122 คน

2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* เป็นแกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหาร ส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมดทุกคน จำนวน 84 คน

1.1.2 ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

1) *กลุ่มทดลอง* เป็นประชาชนอายุ 15-60 ปีที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ในอุจจาระทั้งหมดทุกคน จำนวน 48 คน ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* เป็นประชาชนอายุ 15-60 ปีที่ตรวจพบไข้วัยไ้ไม่ดับ ในอุจจาระทั้งหมดทุกคน จำนวน 41 คน ในพื้นที่ตำบลโพธิ์ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 แคนนำสุภาพ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ statistical test แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของสรญา แก้วพิฑุทธ์, ฦฎฐฐฐฐฐฐ แก้วพิฑุทธ์, และจุน หน่อแก้ว (2559) ได้ศึกษาการแก้ไขปัญหโรคพยาธิไ้ไม่ดับด้วยเซสโมเดล ในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 4.64 (SD = 0.54) และ 3.80 (SD = 1.11) ตามลำดับ ค่าขนาด effect size ได้เท่ากับ 0.96 และค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 25 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 50 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของการเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบเนื่องจากประชากรส่วนมากเป็นกรรมการหมู่บ้าน มีอาชีพเกษตรกร และประมงน้ำจืด ซึ่งอาจมีการเดินทางปฏิบัติการกิจอื่นในพื้นที่และไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่ศึกษา จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเพิ่มเป็นจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 28 คน ดังนี้

1) *กลุ่มทดลอง* ได้แก่ แคนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหโรคพยาธิไ้ไม่ดับในชุมชน ดังนั้นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* ได้แก่ แคนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหโรคพยาธิไ้ไม่ดับในชุมชน ดังนั้น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลโพธิ์ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ถูกจับคู่ด้านปัจจัย อายุ และการศึกษา

1.1.2) *ผู้ติดเชื้อพยาธิไ้ไม่ดับ* กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ statistical test แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของ สงกรานต์ นกบุญ (2560) ที่ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิไ้ไม่

ดับของจังหวัดนครพนม โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 8.55 (SD = 3.05) และ 6.40 (SD = 0.22) ตามลำดับ ค่าขนาด effect size ได้เท่ากับ 0.99 และค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้ กลุ่มละ 23 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 46 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และความไม่ครบถ้วนของการเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบ เนื่องจากประชากรส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร ไร่จ้าง และประมงน้ำจืด ซึ่งมีการเดินทางเข้าออกนอกพื้นที่ศึกษาเป็นประจำ นอกจากนั้นเพื่อป้องกันการกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 40 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเพิ่มเป็นจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน ดังนี้

- 1) *กลุ่มทดลอง* ได้แก่ ประชาชนอายุ 15-60 ปี ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับในอุจจาระในช่วงที่ศึกษา
- 2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* ได้แก่ ประชาชนอายุ 15-60 ปี ในพื้นที่ตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับในอุจจาระในช่วงที่ศึกษา

โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบถูกสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple sampling random) กลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ถูกจับคู่ด้านปัจจัย อายุ และการศึกษา

1.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.3.1 พื้นที่ที่ศึกษาถูกคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นตำบลที่มีประชาชนที่จำนวนใกล้เคียงกัน มีวิถีการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน สภาพทางภูมิศาสตร์ที่ติดริมแม่น้ำมูล มีระยะห่างระหว่าง 2 ตำบล เป็นระยะทาง 10 กิโลเมตร จึงป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ และประชาชนมีผลการตรวจไข้พยาธิใบไม้ดับแล้วพบว่ามีไข้พยาธิ จำนวน 2 ตำบล ดังนี้ กลุ่มทดลอง ทำการทดลองในพื้นที่ตำบลคูซอด กลุ่มเปรียบเทียบใช้พื้นที่ตำบลโพธิ์

1.3.2 แขนงนำสุขภาพ

1) *กลุ่มทดลอง* ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง สำหรับนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจงเนื่องจากมีตำแหน่งเดียวคนเดียว ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกสุ่มแบบง่าย โดยวิธีจับสลากตามรายชื่อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์คัดเลือกเพื่อให้ได้ครบ จำนวน 28 คน โดยมี

(1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ก. เป็นแกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไข
ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหาร
ส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต.และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ข. สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้
- ค. ร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย
- ง. มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

(2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (*Exclusion criteria*) คือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

(3) เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย
(*Withdrawal or termination criteria*) คือผู้วิจัยที่เข้าร่วมโครงการแล้วมีความประสงค์จะยุติ
โครงการ หรือไม่พึงพอใจ

กลุ่มทดลองใช้การเลือกแบบเจาะจงและจับสลากเมื่อจับได้แล้วนำไป
เปรียบเทียบกับเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยนำไปจับคู่กับกลุ่มเปรียบเทียบในวัยแปรอายุและการศึกษา

2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* ประกอบด้วยนายกองค้การบริหารส่วนตำบล
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์ตำบล
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง สำหรับนายกองค้การ
บริหารส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจงเนื่องจากมีตำแหน่ง
เดียวคนเดียว ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็น กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกสุ่มแบบง่าย โดยวิธีจับสลากตามรายชื่อ
แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าเพื่อให้ได้ครบ จำนวน 28 คน โดยมี

(1) *เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)*

- ก. เป็นแกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไข
ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหาร
ส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต.และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ข. สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้
- ค. ร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย
- ง. มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

(2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (*Exclusion criteria*) คือ
ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

(3) เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (*Withdrawal or termination criteria*) คือผู้วิจัยที่เข้าร่วมโครงการแล้วมีความประสงค์จะยุติโครงการ หรือไม่พึงพอใจ

1.3.3 ผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ

1) *กลุ่มทดลอง* ผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ ได้จากการสำรวจประชาชนในพื้นที่ตำบลคูซอดทั้ง 10 หมู่บ้าน โดยการประชุมของแกนนำสุขภาพได้ตกลงให้สำรวจจำนวนเฉลี่ยเท่า ๆ กันทุกหมู่บ้าน ๆ ละ 30 คน รวมเป็น 300 คน โดยให้สมาชิกของแกนนำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้น ๆ นำตลับเก็บอุจจาระไปแจกให้ประชาชนในหมู่บ้าน โดยกระจายไปตามคุ่มที่ อสม.แต่ละคนรับผิดชอบ และนัดหมายในวันถัดมา เพื่อ อสม. และแกนนำสุขภาพนำตลับที่เก็บอุจจาระจากประชาชน นำส่งให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอดที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำสุขภาพรอรับ เพื่อทำการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ผ่านการอบรมการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยในการสำรวจพบผู้ที่ ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับในตำบลคูซอด จำนวน 42 คน (ร้อยละ 14) ผู้วิจัยจึงได้ทำการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลาก เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าเพื่อให้ได้ครบ จำนวน 32 คน โดยมี

(1) เกณฑ์การคัดเลือก(*Inclusion criteria*) ดังนี้

- ก. มีอายุตั้งแต่ 15-60 ปี
- ข. สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้
- ค. สภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย
- ง. มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

(2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (*Exclusion criteria*) คือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

(3) เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (*Withdrawal or termination criteria*) คือผู้วิจัยที่เข้าร่วมโครงการแล้วมีความประสงค์จะยุติโครงการ หรือไม่พึงพอใจ

เมื่อจับสลากได้แล้วหลังจากนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์คัดเข้า แล้วนำไปจับคู่กับกลุ่มเปรียบเทียบในตัวแปรอายุและการศึกษา

2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* ผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับได้จากการสำรวจประชาชนพื้นที่ตำบลโพธิ์ ทั้ง 6 หมู่บ้าน โดยการประชุมของแกนนำสุขภาพได้ตกลงให้สำรวจจำนวนเฉลี่ยเท่า ๆ กันทุกหมู่บ้าน ๆ ละ 50 คน รวมเป็น 300 คน โดยให้สมาชิกของแกนนำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้น ๆ นำตลับเก็บอุจจาระไปแจกให้ประชาชนในหมู่บ้าน โดยกระจายไปตามคุ่มที่ อสม.แต่ละคนรับผิดชอบ และนัดหมายในวันถัดมา เพื่อให้ อสม.

และแกนนำสุขภาพนำตลับที่เก็บอุจจาระจากประชาชน นำส่งให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพลีที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำสุขภาพรอรับ ทำการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ผ่านการอบรมการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยในการสำรวจพบผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในตำบลโพลี พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 18) ผู้วิจัยจึงได้ทำการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลากเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าเพื่อให้ได้ครบ จำนวน 32คน

(1) เกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion criteria) ดังนี้

- ก. มีอายุตั้งแต่ 15-60 ปี
- ข. สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้
- ค. สภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย
- ง. มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

(2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) คือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

(3) เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria) คือผู้วิจัยที่เข้าร่วมโครงการแล้วมีความประสงค์จะยุติโครงการ หรือไม่พึงพอใจ

1.4 การสอบถามความสมัครใจ โดยผู้วิจัยออกหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างมาประชุมชี้แจง โดยนัดหมายสถานที่ประชุมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.4.1 แกนนำสุขภาพ

1) กลุ่มทดลอง

(1) นัดหมายสถานที่ประชุมในตำบล ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด ตำบลคูซอด มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 28 คน กลุ่ม

(2) นัดหมายให้เข้าร่วมดำเนินการตามรูปแบบ ตามตารางนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามและประชุมชี้แจงกระบวนการ ขั้นตอนการวิจัยการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 และร่วมกิจกรรมในการอบรมกลุ่มผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทุกครั้ง ร่วมสำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ ชี้จุดที่เป็นปัญหา สำรวจปลา หอยไซ ที่เป็นพาหนะของเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังแสดงในภาคผนวก จ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในคูซอดได้รับการชี้แจงการดำเนินการวิจัย และคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย พบว่ามีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์ และยินดีเข้าร่วมวิจัยทุกคน

2) กลุ่มเปรียบเทียบ

(1) นิตหมายสถานที่ ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 28 คน

(2) นิตหมายให้เข้าร่วมดำเนินการตามรูปแบบตามตารางนิตหมายเพื่อตอบแบบสอบถามและประชุมชี้แจงกระบวนการ ครั้งที่ 1 และหลังการตรวจครั้งแรก 8 สัปดาห์ ขอนัดประชุมเพื่อตอบแบบสอบถามและอบรมเชิงปฏิบัติการ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในตำบลโพธิ์ได้รับการชี้แจงการดำเนินการวิจัย และคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย พบว่ามีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมวิจัยทุกคน

1.4.2 ผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ

1) กลุ่มทดลอง มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 32 คน

(1) นิตหมายสถานที่ประชุมในตำบล ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด ตำบลคูซอด

(2) นิตหมายให้เข้าร่วมรูปแบบ ขตามตารางนิตหมายเพื่อตอบแบบสอบถามและประชุมชี้แจงกระบวนการขั้นตอนการวิจัยก่อนการอบรม ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 และดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบ ในภาคผนวก จ และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองได้ตอบแบบสอบถามและเก็บอุจจาระส่งตรวจ รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในคูซอดทุกคนได้รับการชี้แจงการดำเนินการวิจัย และคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย มีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมวิจัยทุกคน

2) กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 32 คน

(1) นิตหมายสถานที่ประชุมในตำบล ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์

(2) นิตหมายเพื่อตอบแบบสอบถามและประชุมชี้แจงกระบวนการขั้นตอนการวิจัย ครั้งที่ 1 และหลังจากนิตหมายครั้งแรกนาน 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยออกหนังสือเชิญประชุมตามกำหนดการ และให้กลุ่มเปรียบเทียบได้ตอบแบบสอบถามและเก็บอุจจาระส่งตรวจ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในโพธิ์ทุกคนได้รับการชี้แจงการดำเนินการวิจัย และคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย มีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมวิจัยทุกคน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย

2.1.1 รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคม แบรินซ์ (Bracht, 2001) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ชุมชน 2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ 3) การดำเนินกิจกรรม 4) การรักษาการเชื่อมประสานกัน 5) การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน โดยมีระยะดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมแสดงในแผนการสอนที่แสดงในภาคผนวก ข สรุปได้ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม (1) การอภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ (2) การระบุพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และ (3) วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน

2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ ประกอบด้วยกิจกรรม (1) จัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่ และ (2) ดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในพื้นที่

3) การดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม (1) สสำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย (2) อบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (3) ให้ยาพราซิควอลเทล แก่ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

4) การดำรงการเชื่อมประสานกัน ประกอบด้วยกิจกรรม (1) ประชุมกลุ่มระดมสมอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัว (2) สสำรวจสิ่งแวดล้อม ชี้จุดที่เป็นปัญหาและสำรวจปลาและหอยที่เป็นพาหะของพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำและเครือข่าย และ (3) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

5) การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน โดยการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและประชุมผู้นำในตำบล

2.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนสำหรับแกนนำสุขภาพ แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยค้นคว้าจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยอื่น ๆ ประกอบเพิ่มเติมและ

ได้ใช้การศึกษาของสรณญา แก้วพิบูลย์, ญัฐวุฒิ แก้วพิศุทธิ์ และจุน หน่อแก้ว (2559) เป็นแนวทาง และปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ตำแหน่งหรือ บทบาทในชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของการตรวจพบการติดเชื้อโรคพยาธิ ไบไม้ตับ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิไบไม้ตับสำหรับ *แกนนำสุขภาพ* จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแปลผล คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน คิดคะแนนการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิไบไม้ตับโดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนรวมยิ่งมากแสดงว่ามีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิไบไม้ตับมาก คะแนนถูกแปลผลเป็น 5 ระดับ (นพพร ธนะชัยพันธ์, 2555) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	แปลความหมายว่า	มีการรับรู้มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	แปลความหมายว่า	มีการรับรู้มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	แปลความหมายว่า	มีการรับรู้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	แปลความหมายว่า	มีการรับรู้น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	แปลความหมายว่า	มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด

2.2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิไบไม้
ตับ สำหรับผู้ติดเชื้อ แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยอื่น ๆ ประกอบเพิ่มเติมและได้ใช้การศึกษาของสรณญา แก้วพิบูลย์, ญัฐวุฒิ แก้วพิศุทธิ์ และจุน หน่อแก้ว (2559) เป็นแนวทางและปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอ

ของรายได้ ตำแหน่งหรือบทบาทในชุมชน และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนครั้งของการตรวจพบการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 24 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีการเกณฑ์การแปลผลคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และมีการแปลผลแบบสอบถามทุกส่วนของความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนน	ระดับความรู้
ร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (19.20 คะแนนขึ้นไป)	ดี
ร้อยละ 60-79.99 ของคะแนนเต็ม (14.40-19.19 คะแนน)	ปานกลาง
น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม (น้อยกว่า 14.40 คะแนน)	น้อย

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ข้อความนั้นท่านรู้สึกไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

การให้คะแนนการประเมินระบบ

การให้คะแนน

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลคะแนน คิดคะแนนเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนรวมยิ่งมากแสดงว่ามีเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมาก คะแนนถูกแปลผลเป็น 5 ระดับ (นพพร ธนะชัยพันธ์, 2555) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 แปลความหมายว่า มีเจตคติดีมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 แปลความหมายว่า มีเจตคติดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 แปลความหมายว่า มีเจตคติดปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 แปลความหมายว่า มีเจตคติน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 แปลความหมายว่า มีเจตคติน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 18 ข้อ มีเป็นลักษณะ ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงหนึ่งตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

ความถี่การปฏิบัติ	พฤติกรรมด้านบวก	พฤติกรรมด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน คิดคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนรวมยิ่งมากแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง คะแนนถูกแปลผลเป็น 5 ระดับ (นพพร ธนะชัยพันธ์, 2555) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับมากที่สุด

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

2.3.1 การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัย

นำแบบสอบถามที่พัฒนาโดยประยุกต์และปรับปรุงแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ และแก้ไขแล้วนำแบบสอบถามที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพยาบาล และการวัดผล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็น เป็น 4 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ (Burns & Grove, 2009)

- 1 หมายถึง คำถามข้อนั้นไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรเรื่องนั้นเลย
- 2 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นเล็กน้อยต้องปรับปรุงอีกมาก
- 3 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นมากต้องปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย
- 4 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นมากไม่ต้องปรับปรุงอะไรอีก

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) จากค่าระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย} = \frac{\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 การขับเคลื่อนชุมชนและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) และดัชนีความตรง

ตามเนื้อหาเฉลี่ย (S-CVI) ดังตารางที่ 3.1 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำค่าดัชนีความตรงตามเนื้อ (CVI) และข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2.2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับแกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในตำบลน้ำคำ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยการหาค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) ในส่วนของความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อ ผลดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ผลการวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	จำนวน (ข้อ)	ค่าดัชนีความ ตรงตาม เนื้อหารายข้อ (I-CVI)	ค่าดัชนีความ ตรงตาม เนื้อหาเฉลี่ย (S-CVI)	ค่าความเที่ยง เมื่อนำไป ทดลองใช้ (Tryout)	ค่าความ เที่ยงก่อน ทดลอง (Pre-test)
1. การรับรู้การขับเคลื่อน ชุมชนในการควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับ	20	.80-1.00	.99	.82	.88
2. ความรู้ในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	24	.80-1.00	.99	.84	.86
3. เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	20	.80-1.00	1.00	.83	.89
4. พฤติกรรมควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับ	18	.80-1.00	1.00	.83	.85

ตารางที่ 3.1 แสดงว่า แบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับแกนนำสุขภาพ แบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าดัชนีความตรงและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตามเกณฑ์มาตรฐาน คือมีค่า

มากกว่า .80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แบบสอบถามในส่วนดังกล่าวของการศึกษานี้ มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง

3.1.1 เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

3.1.2 ขออนุญาตขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลการวิจัย จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.1.3 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ไปยังสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.4 ประสานงานกับแกนนำสุขภาพกลุ่มทดลอง: ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด เพื่อขออนุญาตเชิญกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มแกนนำสุขภาพ จำนวน 28 คน ที่ได้คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยมาเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมครบตามหนังสือที่เชิญ ผู้วิจัยได้ชี้แจงการดำเนินการตามรูปแบบหลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยแจกหนังสือการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

3.1.5 ประสานงานกับแกนนำสุขภาพกลุ่มเปรียบเทียบ: ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ เพื่อขออนุญาตเชิญกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มแกนนำสุขภาพ จำนวน 28 คน ที่ได้คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยมาเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมครบตามหนังสือที่เชิญ ผู้วิจัยได้ชี้แจงการดำเนินการตามรูปแบบหลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยแจกหนังสือการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

3.1.6 ประสานงานเพื่อสำรวจหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ทดลองและพื้นที่เปรียบเทียบ: ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ เพื่อขอเข้าสำรวจ และตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับของประชาชนอายุ 15-60 ปี ในพื้นที่ดังกล่าว จำนวนพื้นที่ ละ 300 คน เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้วนำมาเข้าร่วมวิจัย

3.1.7 ประสานงานกับผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลอง: ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด เพื่อขอหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อ จำนวน 32 คน ที่ได้คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มทดลอง เข้าร่วมการวิจัยมาเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมครบตามหนังสือที่เชิญ ผู้วิจัยได้ชี้แจงการดำเนินการตามรูปแบบหลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยแจกหนังสือการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

3.1.8 ประสานงานกับผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกลุ่มเปรียบเทียบ: ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ เพื่อขอหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อ จำนวน 32 คน ที่ได้คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มทดลอง เข้าร่วมการวิจัยมาเข้าร่วมประชุมที่ห้องประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมครบตามหนังสือที่เชิญ ผู้วิจัยได้ชี้แจงการดำเนินการตามรูปแบบหลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยแจกหนังสือการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

3.1.9 นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนดการที่บันทึกไว้ในตารางแผนการสอน (ภาคผนวก จ)
- 2) กลุ่มเปรียบเทียบนัดหมายสรุปบทเรียนหลังสิ้นสุดการดำเนินการตามรูปแบบในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

3.1.10 เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

- 1) ผู้ช่วยวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ 1 คน ให้เป็นผู้ช่วยวิจัย โดยทำหน้าที่ในการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ ชี้แจงการตอบแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูล และช่วยในการดำเนินการตามรูปแบบตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์
- 2) ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ขอความร่วมมือจากผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพนักงานงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 คน โดยให้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถามกับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม การลงบันทึก ข้อมูลวิจัย ตลอดจนการเก็บข้อมูลผลการตรวจพยาธิในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.2 ขั้นตอนการทดลอง

3.2.1 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังขั้นตอนต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมระดมสมองในกลุ่มแกนนำสุขภาพ ดำเนินการระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 5 มกราคม 2565 ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้กลุ่มตัวอย่างเห็นดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) แกนนำสุขภาพตอบแบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

3) พิธีเปิดรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูซอด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอดกล่าวรายงานความเป็นมาของโครงการ

4) แจกคู่มือเฝ้าระวังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

5) กิจกรรมนันทนาการเพื่อทำความรู้จักและเชื่อมความสัมพันธ์

6) ชมวิดีโอที่สนใจเรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทย์ศาสตร์รามธิบดี”

7) แกนนำสุขภาพ อภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ โดย

(1) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน เป็น 2 กลุ่ม และ 8 คน อีก 1 กลุ่ม แจกกระดาษ Flip chart และปากกาเคมี ให้แต่ละกลุ่ม

(2) ดำเนินการเลือกประธานกลุ่มและเลขาธิการกลุ่มและตั้งชื่อกลุ่ม

(3) วิเคราะห์ประเด็นสำคัญในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิ

ใบไม้ ดังนี้

ก. สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่

ข. ระบุพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน

ค. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ง. วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน

จ. นโยบายสาธารณะเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในพื้นที่เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

(4) แกนนำสุขภาพร่วมกันวิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชนในพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย

(5) แกนนำสุขภาพร่วมกันเสนอแนวทางในการจัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่เพื่อร่วมดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในพื้นที่

(6) แกนนำสุขภาพลงปฏิญญา “คนตำบลคูชอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ” การลงปฏิญญา “คนตำบลคูชอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ” ของแกนนำสุขภาพ โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูชอดและกำนันตำบลคูชอด เป็นประธานในพิธีลงปฏิญญา ซึ่งในขั้นตอนการลงปฏิญญา ผู้วิจัยจะให้แกนนำสุขภาพทุกท่านสวมมนต์และกล่าวพันธะสัญญาสั้น ๆ ว่า “ข้าพเจ้า.....(ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย).....จะถือสัจจะวาจาว่า จะเลิกรับประทานปลาดิบ ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ เพื่อตัวข้าพเจ้าและครอบครัวต่อไป” หลังจากนั้นให้แต่ละคนจะเดินขึ้นไปบนเวที โค้งคำนับพระบรมฉายาลักษณ์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 และเดินไปที่โต๊ะเพื่อลงนามในสมุดลงนามที่วางไว้หน้าพระพุทธรูป

สัปดาห์ที่ 2 สัมภาษณ์ข้อมูลและจ่ายยารักษาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการระหว่างวันที่ 6-12 มกราคม 2565 กิจกรรมมีดังนี้

1) สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงตำบลคูชอดและตำบลโพธิ์ โดยผู้วิจัยได้สำรวจจากประชาชนในพื้นที่ตำบลคูชอด (กลุ่มทดลอง) และตำบลโพธิ์ (กลุ่มเปรียบเทียบ) ตำบลละ 10 หมู่บ้าน โดยเฉลี่ยให้เท่า ๆ กันทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 30 คน รวมเป็นสำรวจตำบลละ 300 คน โดยให้แกนนำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำตลับเก็บอุจจาระไปแจกให้ประชาชนในพื้นที่ โดยกระจายไปตามคุ้มที่อสม. แต่ละคนรับผิดชอบและนัดหมายในวันถัดมา อสม. และแกนนำสุขภาพนำตลับที่เก็บอุจจาระ จากประชาชนส่งให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำสุขภาพ รอรับเพื่อทำการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ผ่านการอบรมการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยในการตรวจครั้งนี้พบผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ของตำบลคูชอดและ ตำบลโพธิ์ 42 ราย และ 54 รายตามลำดับ และผู้วิจัยได้ทำการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าเพื่อให้ได้ครบ จำนวนตำบลละ 32 คน

2) แจ้งผลการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้ตรวจอุจจาระไปทั้ง 300 คน ในแต่ละพื้นที่

สัปดาห์ที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ดำเนินการระหว่างวันที่ 13-19 มกราคม พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยร่วมกับแกนนำสุขภาพดำเนินกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ กิจกรรมมีดังนี้

- 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการเข้าร่วมรูปแบบ และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นตบิยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับตอบแบบสอบถามประเมินความรู้ เจตคติและพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ฯ
- 3) พิธีเปิดรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูซอด เป็นประธาน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด กล่าวรายงานความเป็นมาของโครงการ
- 4) แจกคู่มือเฝ้าระวัง ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 5) จำยยา พลาซิควอลเทล เพื่อรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำยยาให้ตามน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อพร้อมแนะนำอาการข้างเคียง
- 6) กิจกรรมนันทนาการเพื่อทำความรู้จักและเชื่อมความสัมพันธ์
- 7) ชมวิดีโอเรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี”
- 8) บรรยายความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เลียงการบริโภคอาหารจากปลาดิบ ปลา ร้าดิบ สไลด์ภาพ โดยมีวิทยากรคือผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและแกนนำสุขภาพ
- 9) สถานการณ์ความรุนแรงและความจำเป็นในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างจริงจังในตำบลคูซอด โดยมีวิทยากรคือ ผู้วิจัย และทีมผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพ
- 10) ลงปฏิญญา “คนตำบลคูซอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ” โดยมีแกนนำสุขภาพร่วมเป็นสักขีพยานและช่วยในการจัดสถานที่ในการลงปฏิญญา ตลอดจนช่วยลำดับพิธีการเพื่อให้ดูเป็นพิธีการที่น่าเชื่อถือ โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูซอดและกำนันตำบลคูซอดเป็นประธานในพิธีลงปฏิญญา ซึ่งในขั้นตอนการลงปฏิญญา แกนนำสุขภาพจะให้ทุกท่านสวดมนต์และกล่าวพันธะสัญญาสั้น ๆ ว่า “ข้าพเจ้า.....(ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย).....จะถือสัจจะวาจาว่า จะเลิกรับประทานปลาดิบ ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ เพื่อตัวข้าพเจ้าและครอบครัวต่อไป” หลังจากนั้นให้แต่ละคนจะเดินขึ้นไปบนเวที ไค้งคำนับพระบรมฉายาลักษณ์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 และเดินไปที่โต๊ะเพื่อลงนามในสมุดลงนามที่วางไว้หน้าพระพุทธรูป

สัปดาห์ที่ 4 ระดมสมองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืด ดิบของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการ ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ) โดยมีแกนนำสุขภาพเข้าร่วมในการดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม วันที่ 20-26 มกราคม พ.ศ. 2565 ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการระดมสมองตามใบกิจกรรม
- 2) แบ่งกลุ่มย่อย ให้แต่ละกลุ่ม ดำเนินการดังนี้
 - (1) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน เป็น 2 กลุ่ม และ 12 คน อีก1กลุ่ม แจกพร้อมกระดาษ Flip chart และปากกาเคมี ให้แต่ละกลุ่ม ดำเนินการดังนี้
 - (2) ร่วมกันอภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ การระบุถึง สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - (3) ระดมความคิดเห็นเสนอแนวทางในการกำหนดพฤติกรรม การเปลี่ยน การบริโภคอาหารประเภทปลาดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ หรือปรับพฤติกรรมประกอบอาหาร ในครัวเรือนเพื่อเลี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - (4) สรุปผลการระดมสมอง และอภิปรายเนื้อหาจากการระดมสมอง
 - (5) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา

สัปดาห์ที่ 6 สัมภาษณ์เชิงลึกและระบบสุขภาพ ในวันที่ 3-9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กิจกรรมมีดังนี้

- 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการระดมสมองตามใบกิจกรรม
- 2) แกนนำและเครือข่าย แบ่งเป็น 3 ทีม แกนนำสุขภาพ นำทีมโดย ท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ออกสำรวจพื้นที่เสี่ยงและเก็บตัวอย่าง ปลาที่มีเกล็ดสีขาว หอย เพื่อนำมาตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ
- 3) แกนนำสุขภาพ นำทีมโดยท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบล นำเสนอผลการสำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพที่เป็นแหล่งรังโรคของพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และแหล่งน้ำตลอดจนข้อเสนอในการจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพที่เป็นปัญหาและเื้อต่อการ เป็นแหล่งรังโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหาผู้วิจัยสรุป พร้อมให้ข้อเสนอแนะ

สัปดาห์ที่ 8 เผยแพร่ผลการวิจัยในที่ประชุมสรุปผลการวิจัย วันที่ 17-23 กุมภาพันธ์ 2565 กิจกรรมมีดังนี้

1) ผู้วิจัยร่วมกับแกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร่วมประชุมสรุปความรู้ กลวิธี ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้จากการดำเนินการวิจัย และผลการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

2) ผู้วิจัยร่วมกับแกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร่วมกันประเมินผล สรุปสิ่งที่ได้จากการวิจัยตลอดจนข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

3) เผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษาให้ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.คูซอด) โดยการร่วมนำเสนอสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะมาตรการต่าง ๆ เพื่อเป็นมติและข้อปฏิบัติในสู่การปฏิบัติจริงของประชาชนในตำบลต่อไป

3.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบได้ตอบแบบสอบถามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ครั้งที่ 1 ในวันที่ 29 ธันวาคม 2564 และในวันที่ 29 ธันวาคม 2564 ถึง 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มเปรียบเทียบถูกนัดหมายมาที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ อำเภอมืองศรีสะเกษ เพื่อทำกิจกรรม ดังนี้

1) พิธีเปิดการประชุมรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ เป็นประธานและมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ กล่าวรายงานความเป็นมาของโครงการ

2) แจกคู่มือเฝ้าระวัง ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยผู้ช่วยผู้วิจัยแจกให้กับผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนพร้อมอธิบายเนื้อหาในคู่มือ

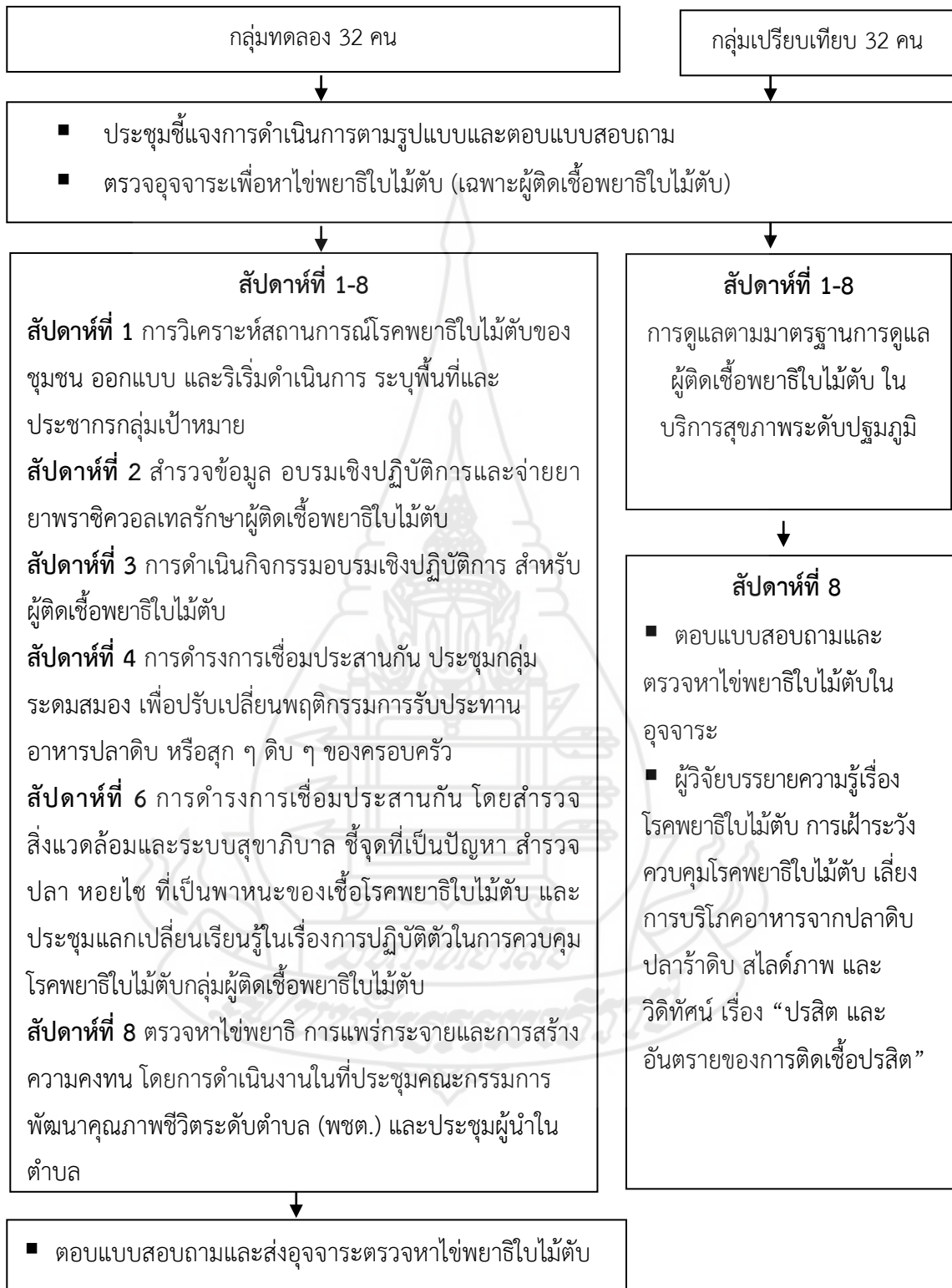
3) กิจกรรมนันทนาการเพื่อทำความรู้จักและเชื่อมความสัมพันธ์

4) ชมวิดีโอที่สั้นเรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี”

5) บรรยายความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เลี่ยงการบริโภคอาหารจากปลาดิบ ปลาจืด ปลา สไลด์ภาพ โดยมีวิทยากรคือผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและแกนนำสุขภาพ

6) สถานการณ์ความรุนแรงและความจำเป็นในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างจริงจังในตำบลโพธิ์ โดยมีวิทยากรคือ ผู้วิจัย และทีมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพ

ขั้นตอนการทดลองรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังภาพที่ 3.2



ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการทดลอง

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2021-60 วันที่รับรอง 14 ธันวาคม 2564 ถึง วันที่ 13 ธันวาคม 2565

4.2 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักความเคารพในบุคคล (Respect for persons) คือ ให้เกียรติและเคารพการตัดสินใจของผู้เป็นอาสาสมัคร จะต้องมีความยินยอมโดยสมัครใจที่จะให้ข้อมูล หลักผลประโยชน์ (Benefit) หรือไม่ก่ออันตราย (Non-maleficence do not harm) พยายามให้เกิดประโยชน์สูงสุดและผู้ให้ข้อมูลมั่นใจว่าไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเอง หลักยุติธรรม (Justice) จะปฏิบัติต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักศีลธรรม ให้แต่ละคนได้รับในสิ่งที่พึงได้รับ และปฏิบัติกับทุกคนเสมอภาคกัน โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย

4.3 คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การรายงานผลการศึกษานำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่เป็นข้อมูลภาพรวมและนำข้อมูลมาใช้เฉพาะการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น

4.4 ในระหว่างการเก็บข้อมูลหรือดำเนินการตามรูปแบบถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล หรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

4.5 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง สามารถเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นติบิยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.6 ผู้วิจัยนำรูปแบบ ๆ ไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดการดำเนินการตามรูปแบบ สัปดาห์ที่ 8 เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้นำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic)

5.1.1 อายุ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

5.1.2 เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

5.2 วิเคราะห์ข้อมูล รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .01

5.2.1 การพรรณนาตัวแปร ได้แก่ การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

5.2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที (independent t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบที ซึ่งพบว่าข้อมูลก่อนทดลองของตัวแปรการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) ได้

5.2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ ได้แก่ การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบฯ ด้วยด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test) โดยมีการทดสอบ การกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบที ซึ่งพบว่าข้อมูลก่อนทดลองของตัวแปรการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการกระจายแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) ได้

5.2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการเปรียบเทียบสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยสถิติทดสอบซี (Z-test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำสุขภาพ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน และผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน การวิเคราะห์ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ

ตอนที่ 3 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 4 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 5 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 6 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ แกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำสุขภาพ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 28 คน และผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 32 คน ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	35.7	8	28.6
หญิง	18	64.3	20	71.4
อายุ	M = 52.04 SD = 4.40 Min = 42, Max = 60		M = 51.75, SD = 5.21 Min = 35, Max = 60	
31-40 ปี	0	0	1	3.6
41-50 ปี	6	21.4	5	17.9
51-60 ปี	22	78.6	22	78.6
สถานภาพสมรส				
โสด	5	17.9	5	17.9
คู่	19	67.9	20	71.3
หม้าย	3	10.7	3	10.7
หย่า / แยกทางกัน	1	3.6	0	0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0.00	1	3.6
ประถมศึกษา	3	10.7	5	17.9
มัธยมศึกษา	21	75.0	18	64.3
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	4	14.3	4	14.3
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.6	2	7.1
เกษตรกร	21	75.0	18	64.3
ค้าขาย	5	17.9	7	25.0
แม่บ้าน	1	3.6	1	3.6

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน				
นายก/ผู้บริหาร อบต.	2	7.1	1	3.6
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	7	25.0	7	25.0
ปลัดอบต./ข้าราชการประจำท้องถิ่น	3	10.7	1	3.6
สมาชิก อบต.	5	11.9	7	25.0
อสม.	8	28.6	7	25.0
กรรมการหมู่บ้าน	3	10.7	5	17.9
การเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ				
ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง	11	39.30	14	50.00
ตรวจบางครั้ง	14	50.00	11	39.30
ตรวจทุกครั้ง	3	10.70	3	10.70
การเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ*				
ไม่เคยตรวจ	11	39.30	14	50.00
เคยตรวจพบ	17	60.70	14	50.00
จำนวนครั้งที่ตรวจพบ				
1 ครั้ง	8	47.05	6	42.85
2 ครั้ง	3	17.64	5	35.71
3 ครั้ง	6	35.29	3	21.42
การรับประทานยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ*				
ไม่ครบ	2	11.76	1	7.14
ครบ	15	88.23	13	92.85
อาหารที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ				
เนื้อปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ	11	39.30	18	64.30
ปลาร้าดิบ แฉ่วบอง ดิบ	4	14.30	3	10.70
ปลาต้มดิบ ปลาจ่อมดิบ	13	46.40	7	25.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิ ใบไม้ตັบ	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตັบ				
ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง	13	46.40	11	39.30
ตรวจบางครั้ง	9	32.10	13	46.40
ตรวจทุกครั้ง	6	21.40	4	14.30
ครอบครัวเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตັบในอุจจาระ*				
ไม่เคยตรวจพบ	22	78.57	19	67.85
เคยตรวจพบ	6	21.42	9	32.14
จำนวนครั้งที่ตรวจพบ				
1 ครั้ง	1	16.66	5	47.05
2 ครั้ง	5	83.33	2	17.64
3 ครั้ง	-	-	2	35.29
ครอบครัวรับประทานยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตັบ*				
ไม่ครบ	1	16.66	2	22.22
ครบ	5	83.33	7	77.77
แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตັบ				
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/อสม/ แกนนำสุขภาพ	4	14.30	6	21.40
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8	28.60	11	39.30
วิทยุ/โทรทัศน์/หอกระจาย ข่าว	8	28.60	8	28.60
หนังสือพิมพ์/วารสาร	4	14.30	1	3.60
ป้ายประชาสัมพันธ์	4	14.3	8	7.10

*จำนวนกลุ่มตัวอย่าง/สมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีผลตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตັบเป็นบวกทุกคน

ตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

กลุ่มทดลอง 1) เพศ ร้อยละ 64.30 เป็นเพศหญิง 2) อายุ มีอายุเฉลี่ย 52.04 ปี (SD = 4.40) อายุต่ำสุด 42 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ร้อยละ 78.60 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี 3) สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.90

มีสถานภาพสมรสคู่ 4) การศึกษา ร้อยละ 75.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 5) อาชีพ ร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 6) บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน ร้อยละ 28.60 เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 7) การเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 50.00 เป็นตรวจบางครั้ง 8) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 60.70 มีประวัติเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 9) จำนวนครั้งที่ตรวจพบ ร้อยละ 47.05 มีประวัติการตรวจพบ จำนวน 1 ครั้ง 10) การรับประทานยา ร้อยละ 88.23 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 11) อาหารที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 46.40 39.30 คิดว่าสาเหตุมาจากปลาต้ม ปลาจ่อมดิบ 12) สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 46.40 ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง 13) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 78.57 มีประวัติไม่เคยตรวจพบ 14) จำนวนครั้งที่ตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 83.33 มีประวัติการตรวจพบจำนวน 2 ครั้ง 15) สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 83.33 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 16) แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในที่ได้รับมากที่สุด ร้อยละ 28.60 ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และวิทยุ/โทรทัศน์/หอกระจายข่าว

กลุ่มเปรียบเทียบ 1) เพศ ร้อยละ 71.40 เป็นเพศหญิง 2) อายุ มีอายุเฉลี่ย 51.75 ปี (SD = 5.21) อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 78.60 3) สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.30 สถานภาพสมรสคู่ 4) การศึกษา ร้อยละ 64.30 จบการศึกษามัธยมศึกษา 5) อาชีพ ร้อยละ 64.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 6) บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน ร้อยละ 25.00 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิก อบต.จำนวนเท่ากัน 7) การเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ พบว่ากลุ่มร้อยละ 50 ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง 8) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 50.00 มีประวัติเคยตรวจพบ 9) จำนวนครั้งที่ตรวจพบ ร้อยละ 42.85, 35.75 21.42 มีประวัติการตรวจพบ จำนวน 1 ครั้ง 2 ครั้งและ 3 ครั้ง ตามลำดับ 10) การรับประทานยารักษาโรคจนครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ พบว่าร้อยละ 92.85 รับประทานยาครบ 11) อาหารที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 64.30 และ 25.00 คิดว่าสาเหตุมาจากปลาเนื้อปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ 12) สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 46.40 ตรวจบางครั้ง 13) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 67.85 มีประวัติไม่เคยตรวจพบ 14) จำนวนครั้งที่ตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 55.55 มีประวัติการตรวจพบ จำนวน 1 ครั้ง 15) สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 77.77 รับประทานยาครบตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 16) แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในที่ได้รับมากที่สุด ร้อยละ 39.30 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	17	53.10	19	59.40
หญิง	15	46.90	13	40.60
อายุ	M = 50.91, SD = 5.145 Min=37, Max=60		M = 51.91, SD = 4.999 Min=43, Max=59	
31-40 ปี	1	3.10	0	0.00
41-50 ปี	15	46.90	13	40.60
51-60 ปี	16	50.00	19	59.40
สถานภาพสมรส				
โสด	2	6.30	5	15.60
คู่	25	78.10	23	71.90
หม้าย	5	15.60	4	12.50
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.10	2	6.30
ประถมศึกษา	22	68.75	21	65.60
มัธยมศึกษา	7	21.90	7	21.90
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1	3.10	1	3.10
ปริญญาตรี	1	3.10	1	3.10
อาชีพ				
เกษตรกรกรรม	20	62.50	17	53.10
ค้าขาย	5	15.60	2	6.30
รับจ้าง	4	12.50	5	15.60
แม่บ้าน	3	9.40	8	25.00

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน				
ไม่มีบทบาท/ตำแหน่งในชุมชน	26	81.30	25	78.10
ชุมชน				
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2	6.30	2	6.30
สมาชิก อบต.	2	6.30	2	6.30
อสม.	2	6.30	3	9.40
การเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ				
ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง	13	40.60	15	46.90
ตรวจบางครั้ง	17	53.10	15	46.90
ตรวจทุกครั้ง	2	6.30	2	6.30
เคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับใน อุจจาระ*				
ไม่เคยตรวจพบ	14	43.75	15	46.87
เคยตรวจพบ	18	56.25	17	53.12
จำนวนครั้งที่ตรวจพบ				
1 ครั้ง	11	61.11	9	52.94
2 ครั้ง	5	27.77	6	35.29
3 ครั้ง	2	11.11	3	17.64
การรับประทานยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ*				
ไม่ครบ	2	11.11	3	17.64
ครบ	16	88.88	15	88.23
อาหารที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ				
เนื้อปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ	19	59.40	14	43.80
ปลาร้าดิบ แจ่วบองดิบ	11	34.40	15	46.90
ปลาต้มดิบ ปลาจ่อมดิบ	2	6.30	3	9.40

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ				
ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง	10	31.30	12	37.50
ตรวจบางครั้ง	14	43.80	14	43.80
ตรวจทุกครั้ง	8	25.00	6	18.80
ครอบครัวเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ*				
ไม่เคยตรวจพบ	16	72.72	16	80.00
เคยตรวจพบ	6	28.01	4	20
จำนวนครั้งที่ตรวจพบ				
1 ครั้ง	0	0.00	2	50.00
2 ครั้ง	5	83.33	1	25.00
3 ครั้ง	1	16.66	1	25.00
ครอบครัวรับประทานยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ*				
ไม่ครบ	1	16.66	1	25.00
ครบ	5	83.33	3	75.00
แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ				
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/อสม/ แกนนำสุขภาพ	8	25.00	6	18.80
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	17	53.10	17	53.10
วิทยุ/โทรทัศน์/ หอกระจายข่าว	4	12.50	4	12.50
หนังสือพิมพ์/วารสาร	1	3.10	2	6.30
ป้ายประชาสัมพันธ์	2	6.30	1	3.1
ประชุม	0	0.00	2	6.3

*จำนวนกลุ่มตัวอย่าง/สมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีผลตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบไข่พยาธิทุกคน

ตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคลดังนี้

กลุ่มทดลอง 1) เพศ ร้อยละ 53.10 เป็นเพศชาย 2) อายุ มีอายุเฉลี่ย 50.91 ปี (SD = 5.145) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 60 ปี มีช่วงอายุร้อยละ 50.00 อยู่ระหว่าง 51-60 ปี 3) สถานภาพสมรส

ร้อยละ 78.10 มีสถานภาพสมรสคู่ 4) การศึกษา ร้อยละ 68.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 5) อาชีพ ร้อยละ 62.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 6) บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน ร้อยละ 81.30 ไม่มีบทบาท/ตำแหน่งในสังคม 7) การเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 53.10 ตรวจบางครั้ง 8) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 56.25 มีประวัติเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 9) จำนวนครั้งที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 61.11 มีประวัติการตรวจพบจำนวน 1 ครั้ง 10) การรับประทานยารักษาโรคจนครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.88 รับประทานยาครบ 11) อาหารที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.40 คิดว่าสาเหตุมาจากปลาเนื้อปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ 12) สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.80 ตรวจบางครั้ง 13) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.72 ไม่เคยตรวจพบ 14) จำนวนครั้งที่ตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.33 มีประวัติการตรวจพบ จำนวน 2 ครั้ง 15) สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 83.33 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 16) แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับมากที่สุด ร้อยละ 53.10 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มเปรียบเทียบ 1) เพศ ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.40 เป็นเพศชาย 2) อายุ มีอายุเฉลี่ย 51.91 ปี (SD = 4.99) อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 59 ปี มีช่วงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.40 อยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี 3) สถานภาพสมรส ร้อยละร้อยละ 71.90 สถานภาพสมรสคู่ 4) การศึกษา ร้อยละ 65.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 5) อาชีพ ร้อยละ 53.10 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 6) บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน ร้อยละ 78.10 ไม่มีบทบาท/ตำแหน่งในสังคม 7) การเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 46.90 มีพฤติกรรมไม่ได้ตรวจทุกครั้งและตรวจบางครั้ง 8) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 53.12 มีประวัติตรวจพบ 9) จำนวนครั้งที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 52.94 มีประวัติการตรวจพบ จำนวน 1 ครั้ง 10) การรับประทานยารักษาโรคจนครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.23 รับประทานยาครบ 11) อาหารที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 46.90 คิดว่าสาเหตุมาจากปลาร้าดิบ แจ่วบองดิบ 12) สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 43.80 ตรวจบางครั้ง 13) ประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 80.00 ไม่เคยตรวจพบ 14) จำนวนครั้งที่ตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 50.00 มีประวัติการตรวจพบ จำนวน 1 ครั้ง 15) สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 75.00 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 16) แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับมากที่สุด ร้อยละ 53.10 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตอนที่ 2 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบแสดงดังตารางที่ 4.3 4.4 และ 4.5

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้แกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	มากที่สุด	0	0.00	1	5.00
	มาก	0	0.00	18	90.00
	ปานกลาง	2	10.00	0	0.00
	น้อย	17	85.00	1	5.00
	น้อยที่สุด	1	5.00	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	ปานกลาง	1	5.00	0	0.00
	น้อย	16	80.00	19	95.00
	น้อยที่สุด	3	15.00	1	5.00

ตารางที่ 4.3 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีร้อยละระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.00 อยู่ในระดับน้อย กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 อยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินการตามรูปแบบพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 มีระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิม

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

การรับรู้การขับเคลื่อน ชุมชนในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 28)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนดำเนินการ	2.16	.29	น้อย	2.04	.20	น้อย	1.667	.101
หลังดำเนินการ	4.21	.32	มาก	2.02	.20	น้อย	30.293	<.001*

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.4 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ ค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของกลุ่มทดลองอยู่ระดับน้อย ($M = 2.16$, $SD = .29$) เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ระดับน้อย ($M = 2.04$, $SD = .20$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หลังการดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก ($M = 4.21$, $SD = .32$) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ระดับน้อยเท่าเดิม ($M = 2.02$, $SD = .20$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังร่วมรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้การขับเคลื่อน ชุมชนในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 28)			(n = 28)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.16	.29	น้อย	4.21	.32	มาก	-26.783	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.04	.20	น้อย	2.02	.20	น้อย	.825	.417

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.5 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อยู่ในระดับน้อย (M = 2.16, SD = .29) หลังดำเนินการตามรูปแบบ เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (M = 4.21, SD = .32) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอยู่ในอยู่ระดับน้อย (M = 2.04, SD = .20) ส่วนหลังดำเนินการตามรูปแบบค่าเฉลี่ยยังอยู่ระดับน้อยเท่าเดิม (M = 2.02, SD = .20) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 3 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ แสดงดัง ตารางที่ 4.6 4.7 และ 4.8

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับความรู้ในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	มาก	5	20.83	24	100.00
	ปานกลาง	6	25.00	0	0.00
	น้อย	13	54.17	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	5	20.83	5	20.83
	ปานกลาง	8	33.33	5	20.83
	น้อย	11	45.83	14	58.33

ตารางที่ 4.6 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีร้อยละระดับความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.17 อยู่ในระดับน้อย กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.83 อยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 100.00 มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ร้อยละ 58.33 ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิม

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนดำเนินการ	12.75	2.47	น้อย	13.00	2.88	น้อย	.372	.711
หลังดำเนินการ	21.75	2.72	ดี	11.59	2.79	น้อย	14.728	<.001*

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.7 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมอยู่ระดับน้อย ($M = 12.75$, $SD = 2.47$) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ระดับน้อย ($M = 13.00$, $SD = 2.88$) แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หลังการดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับดี ($M = 21.75$, $SD = 2.72$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ระดับน้อยเท่าเดิม ($M = 11.59$, $SD = 2.79$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังร่วมรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	12.75	2.47	น้อย	21.75	2.72	ดี	-15.557	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.00	2.88	น้อย	11.59	2.79	น้อย	19.47	.061

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.8 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับน้อย ($M = 12.75$, $SD = 2.47$) ส่วนหลังดำเนินการตามรูปแบบ เพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($M = 21.75$, $SD = 2.72$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที่ (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมก่อนดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอยู่ในอยู่ระดับน้อย ($M = 13.00$, $SD = 2.88$) หลังดำเนินการตามรูปแบบ ค่าเฉลี่ยยังอยู่ระดับน้อยเท่าเดิม ($M = 11.59$, $SD = 2.59$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ ด้วยสถิติทดสอบที่ (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างกับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 4 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติ ต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของเจตคติต่อการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ แสดงดังตารางที่ 4.9 4.10 และ 4.11

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับเจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	มาก	0	0.00	15	75.00
	ปานกลาง	2	10.00	5	25.00
	น้อย	18	90.00	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	0	0.00	0	0.00
	ปานกลาง	0	0.00	0	0.00
	น้อย	20	100.00	20	100.00

ตารางที่ 4.9 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีร้อยละระดับเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.00 อยู่ในระดับน้อย กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ร้อยละ 100.00 อยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินการตามรูปแบบ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.00 มีระดับเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 100.00 ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิม

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนดำเนินการ	2.20	.40	น้อย	2.05	.28	น้อย	1.719	.091
หลังดำเนินการ	3.77	.38	ดี	2.03	.25	น้อย	21.477	<.001*

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.10 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ ค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ระดับน้อย ($M = 2.20$, $SD = .40$) เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ระดับน้อย ($M = 2.05$, $SD = .28$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หลังการดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับดี ($M = 3.77$, $SD = .38$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ระดับน้อยเท่าเดิม ($M = 2.03$, $SD = .25$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังร่วมรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.20	.40	น้อย	3.77	.38	มาก	16.169	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.05	.28	น้อย	2.03	.25	น้อย	.408	.686

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.11 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนดำเนินการตามรูปแบบอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.20$, $SD = .40$) ส่วนหลังดำเนินการตามรูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($M = 3.77$, $SD = .38$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อยู่ในอยู่ระดับน้อย ($M = 2.05$, $SD = .28$) หลังดำเนินการตามรูปแบบ ค่าเฉลี่ยยังอยู่ระดับน้อยเท่าเดิม ($M = 2.03$, $SD = .25$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวม ก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมไม่แตกต่างกับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 5 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ แสดงดังตารางที่ 4.12 4.13 และ 4.14

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	มาก	0	0.00	15	83.33
	ปานกลาง	4	22.22	3	16.67
	น้อย	14	77.78	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	0	0.00	0	0.00
	ปานกลาง	2	11.11		0.00
	น้อย	16	88.89	18	100.00

ตารางที่ 4.12 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีร้อยละระดับระดับพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ร้อยละ 77.78 อยู่ในระดับน้อย กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.89 อยู่ในระดับน้อย หลังการดำเนินการตามรูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 มีระดับระดับพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ร้อยละ 100.00 ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิม

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

พฤติกรรมควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนดำเนินการ	2.29	.48	น้อย	2.13	.48	น้อย	1.563	.123
หลังดำเนินการ	3.89	.54	มาก	2.07	.37	น้อย	15.619	<.001*

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.13 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.29$, $SD = .48$) เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ระดับน้อย ($M = 2.13$, $SD = .48$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หลังการดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก ($M = 3.89$, $SD = .54$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ระดับน้อยเท่าเดิม ($M = 2.07$, $SD = .37$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังดำเนินการตามรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.29	.48	น้อย	3.89	.54	มาก	11.741	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.34	น้อย	2.07	.37	น้อย	1.779	.085

* *p-value* < .01

ตารางที่ 4.14 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับน้อย ($M = 2.29$ $SD = .48$) ส่วนหลังดำเนินการตามรูปแบบ เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($M = 3.89$, $SD = .54$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อยู่ในอยู่ระดับน้อย ($M = 2.13$, $SD = .34$) หลังดำเนินการตามรูปแบบ ค่าเฉลี่ยยังอยู่ระดับน้อยเท่าเดิม ($M = 2.07$, $SD = .37$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมไม่แตกต่างกับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 6 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วน การตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงหลังการดำเนินการตามรูปแบบ แสดงดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 การเปรียบเทียบสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

การตรวจพบ ไข่พยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)		z	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนดำเนินการ	32	100.00	32	100.00	-	-
หลังดำเนินการ	0	0.00	2	6.25	.232	>.01

ตารางที่ 4.15 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ จำนวนของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีเท่ากันคือพบทุกคน ร้อยละ 100 แต่หลังการดำเนินการตามรูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคน ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำหรือยังคงมีไข่พยาธิใบไม้ตับในร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยสถิติทดสอบซี (z-test) พบว่าสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยกึ่งทดลองเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ มีรายละเอียดสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ

1.1.2 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1.4 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1.5 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

1) แกนนำสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนองค์ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 28 คน กลุ่มตัวอย่างสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบถูกจับคู่ด้านปัจจัยอายุและการศึกษา

2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15-60 ปี ในพื้นที่ ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในช่วง ที่ศึกษา จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน สุ่มด้วยวิธีการ สุ่มแบบง่าย (simple sampling random) ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถูกจับคู่ด้านปัจจัยอายุและการศึกษา

1.2.2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคมของแบรนซ์ (Bracht, 2001) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม การอภิปรายสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ การระบุพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และ วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน 2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการจัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่ดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคูซอด (พขต.) 3) การดำเนินกิจกรรม โดยสำรวจข้อมูล ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อบรมเชิงปฏิบัติการและให้ยาพาราซิควอลเทล แก่ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) การดำรงการเชื่อมประสานกัน โดยประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัวสำรวจสิ่งแวดลอมชี้จุดที่เป็นปัญหาและสำรวจปลาและหอยที่เป็นพาหะของพยาธิใบไม้ตับโดยแกนนำ และเครือข่าย และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ 5) การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน โดยนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย แบ่งออกเป็นแบบสอบถาม สำหรับแกนนำสุขภาพ และแบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามผ่านการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ, ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ, เจตคติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ .99, .99, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับและมีค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาดสัน ความรู้ เท่ากับ .84 ส่วนการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชน เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .82 .83 และ .83 ตามลำดับ

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีและสถิติทดสอบซี

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ข้อมูลทั่วไป

1) *แกนนำสุขภาพ* 1) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.30 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52.04 ปี (SD = 4.40) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.90 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75.00 บทบาทส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 28.60 เข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับเป็นบางครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.70 มีประวัติเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ โดยร้อยละ 47.05 มีประวัติการตรวจพบ จำนวน 1 ครั้ง โดยมีร้อยละ 88.23 เท่านั้นที่รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ และคิดว่าสาเหตุการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการรับประทานปลาสดและปลาจ่อมดิบ ร้อยละ 46.40, 39.30 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความใกล้เคียงกัน

2) *ผู้ติดเชื้อ* ส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.10 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 50.91 ปี (SD = 4.99) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.10 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.75 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 62.50 ไม่มีบทบาท/ตำแหน่งในสังคม ร้อยละ 81.30 ส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับเป็นบางครั้งเมื่อมีการรณรงค์ ร้อยละ 53.10 มีประวัติการเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 56.25 โดยมีประวัติการตรวจพบ จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 61.11 โดยมีร้อยละ 88.88 เท่านั้นที่รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ และคิดว่าสาเหตุการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการรับประทานปลาเนื้อปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 59.40 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 53.10 ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความใกล้เคียงกัน

1.3.2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) *ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ* กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นจากรับรู้น้อยเป็นรับรู้มาก และหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

2) *ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อ* กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจากรู้น้อยเป็นความรู้ดี และพบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

3) ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจากเจตคติน้อยเป็นเจตคติดีและพบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

4) ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ต่อพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก และพบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐาน

5) ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ก่อนดำเนินการตามรูปแบบ จำนวนของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีเท่ากัน คือพบร้อยละ 100 แต่หลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคน ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 ที่ยังคงตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยสถิติทดสอบซี พบว่าสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ มีรายละเอียดอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.1 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ

หลังการดำเนินการตามรูปแบบพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ พบว่าหลังดำเนินการกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชน เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีกิจกรรมบรรยายและลงพื้นที่ ดังนี้ 1) ประชุมกลุ่มระดมสมองในกลุ่มแกนนำสุขภาพ 2) การวิเคราะห์ชุมชน โดยการอภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ และแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะ วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน 3) จัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่ 4) สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย 5) ประชุมกลุ่มระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและครอบครัว 6) แกนนำสุขภาพและเครือข่ายสำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ ชี้จุดที่เป็นปัญหา สัมภาษณ์ หอยไซ ที่เป็นพาหะของโรคพยาธิใบไม้ตับ 7) สรุปกลวิธีเฝ้าระวังและเผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา

ให้ที่ประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคูซอด (พชต.คูซอด) ตามแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคมของบรานซ์ (Bracht, 2001) ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดขึ้นเพราะการทำกิจกรรม ผ่านระบบสังคมโดยการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเสริมสร้างข้อมูลในระดับการสื่อสารของผลกระทบ ด้วยการรณรงค์ที่อาศัยชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อแทรกแซงหลาย ๆ ด้านเชิงบวกในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของสรญา แก้วพิบูลย์, ณัฐธรรุณี แก้วพิศุทธิ์, และจุน หน่อแก้ว (2559) ได้ศึกษาแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยเซสโมเดล โดยบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ สร้างพลังและการขับเคลื่อนทางสังคม ในการสร้างนโยบายสาธารณะทดลองเป็น 5 ระยะ เสร็จสิ้นการทดลอง 12 สัปดาห์ ซึ่งพบว่ากลุ่มแกนนำที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการเซสโมเดลสูงกว่าก่อนทดลอง คือในชุมชนได้มีการจัดระบบที่ดี ประชาชนในชุมชนมีการสร้างเสริมพลังอำนาจมีส่วนร่วมในการดำเนินแก้ไขปัญหาด้วยกันในทุกภาคส่วนโดยขับเคลื่อนนโยบายที่ได้จากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง รวมไปถึงประชาชนแกนนำได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เจตคติที่ดีและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนทดลอง ทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับ นำไปสู่การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืนได้ และสอดคล้องกับกิตติศักดิ์ ประคองใจ (2562) ได้จัดกิจกรรมสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชนร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมที่เรียกว่า "พรสำราญ 3 ไม่" (ไม่รับประทานปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ "เคาะบ้าน" ส่งผลให้ประชาชน "ลด และ เลิก" การบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่ถูกสุขลักษณะเพิ่มมากขึ้น และกลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้น สอดคล้องกับ นิศรผานคำ (2559) ได้จัดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 4 ขั้นตอนคือ 1 วางแผน 2 ลงมือปฏิบัติการ 3 สังเกต 4 สะท้อนผล โดยใช้กลุ่มผู้นำชุมชน สมาชิกอบต กลุ่มสตรีกลุ่มอสม.ผ่านกิจกรรมกระบวนการ 8 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ชุมชน 2) ประชุม

เชิงปฏิบัติการทำแผนโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) ประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4) อนุมัติแผนปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโครงการ 6) ประเมินผลการดำเนินงาน 7) สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปบทเรียนการดำเนินงาน 8) สรุปปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชนประสบผลสำเร็จในที่สุด และสอดคล้องกับนันทพร ศรีนอก (2560) พบว่าปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน คือการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การออกกฎเกณฑ์ การยอมรับและการปฏิบัติตามข้อบังคับ สัญญาประชาคมหมู่บ้าน มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีคณะกรรมการดำเนินงานรับผิดชอบชัดเจน การประชาสัมพันธ์และการกระจายข่าวสาร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหัวข้อชุมชนมีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายเพื่อดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ระดับมากแต่คะแนนพบว่าต่ำกว่าหัวข้ออื่น ๆ กว่าหัวข้ออื่น ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยต้องส่งเสริมให้คนในชุมชนและภาคีเครือข่ายมีการรวมกลุ่มและเข้ามาทำงาน มีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ให้มากขึ้น เพื่อให้เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป งานวิจัยนี้ยังพบข้อที่มีระดับการรับรู้ที่ดีอยู่ในระดับที่มากในเรื่องชุมชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ค่าเฉลี่ยภาพรวมรายข้อยังอยู่ในระดับการรับรู้มากแสดงว่างานวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่ได้แต่ต้องพัฒนาความเข้มข้นและระยะเวลาในการดำเนินการให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มการติดตามมาตรการชุมชนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ยั่งยืน

2.2 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังการดำเนินการตามรูปแบบพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ในการพัฒนาความรู้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง “พยาธิใบไม้ตับ มหันตภัยร้าย” โดยแจกคู่มือ “อสม.หมอประจำบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ชมวีดิทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” บรรยายความรู้เรื่อง การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้หลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ สอดคล้องการศึกษาของ วรารัตน์ สังวะลี, จุน หน่อแก้ว และจิรฐิติ กุจะพันธ์ (2563) ที่ได้จัดกิจกรรมโดยการเรียนรู้ การประกอบด้วยการให้ความรู้ การสาธิต และการสื่อสารโดย สื่อโปสเตอร์ และแผ่นพับ ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับ เพ็ญภา คงศิลา (2558), สมบูรณ์ วงศ์เครือศรี (2560), นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง (2563) ได้จัดกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ ตูวิดีโอ การระดมความคิดเพื่อสะท้อนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ สรุบบทเรียน มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และ สอดคล้องกับนิภาพร ปัญญาทิพย์ อักษรา ทองประชุม และภรณ์ภา ณ ลำปาง (2563) ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ ทักษะคิดและสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยคู่มือที่ค้น เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคมะเร็งท่อน้ำดี ใช้เวลาในการทำโปรแกรม จำนวน 24 สัปดาห์ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยความรู้ของคำถามที่ถามว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานมากยิ่งขึ้นเมื่อตรวจพบในระยะใด พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งน่าจะเกิดจากการกลุ่มทดลองสับสนระหว่างการเรียนรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในช่วงโมงเดียวกัน และงานวิจัยนี้ ยังพบว่ามิชชั่นที่มีการความรู้ในระดับที่มาก จำนวน 2 ข้อดังนี้ คือ การมีความรู้ถึงประเภทของอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและวิธีการป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับไปยังผู้อื่น

2.3 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังการดำเนินการตามรูปแบบพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ในการพัฒนาเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องพยาธิใบไม้ตับ มหันตภัยร้าย โดยแจกคู่มือ “อสม.หมอบประจำบ้าน ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ชมวีดิทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” และมีการลงนามปฏิญญาคนตำบลคูชอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิก

รับประทานปลาดิบ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีสิ่งยึดเหนี่ยว กระตุ้นเตือนห้ามไม่ให้มีพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดดิบหรือ สุกๆ ดิบๆ หรืออาหารที่มีโอกาสทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมอบใบประกาศนียบัตรรับรองการลงชื่อในสมุดลงปฏิญญาคนตำบลอุซอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้หลังดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อยู่ในระดับน้อย เพิ่มขึ้นเป็นระดับดี และค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา คงศิลา (2558) ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ ดูวิดีโอ เล่าประสบการณ์ มีขั้นตอนการระดมความคิดเพื่อสะท้อนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมาและสิ่งที่ต้องการให้เป็น รวมทั้งแนวทางการกำหนดแนวปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่สิ่งที่ต้องการให้เป็นในการปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองยังมีความเชื่อที่ผิดว่าการบิบนะนาว ใส่พริกสด หรือใส่เม็ดแดงในปลาดิบ สามารถทำให้พยาธิใบไม้ตับตายก่อนรับประทานได้ โดยมีค่าเฉลี่ยเจตคติ อยู่ในระดับปานกลาง ต่ำกว่าหัวข้ออื่น ๆ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากพฤติกรรมความเคยชินในการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยต้องเร่งแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ต่อไป และยังพบว่าหัวข้อที่มีเจตคติอยู่ในระดับที่ดีคือ ปลาสดทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย กระบวนการนำปลาสดมาปรุงอาหารให้ปลอดภัยจึงควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมซึ่งถือว่าเป็นข้อดีของประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากปลาร้า เป็นอาหารที่ประชาชนในพื้นที่รับประทานเป็นประจำเกือบทุกวัน โดยภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี จึงต้องเร่งส่งเสริมเพื่อให้ประชาชนมีทัศนคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้สูงขึ้นอยู่ในระดับที่ดีที่สุดเพื่อการพัฒนาและเร่งรัดการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับให้หมดไป

2.4 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังดำเนินการตามรูปแบบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ในการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้จัดกิจกรรมสำหรับผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิ

ใบไม้ดับ ฟังและเล่าประสบการณ์จากผู้ที่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ จัดตั้งกลุ่มประชาชนเลิกบริโภคปลาดิบเพื่อส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มกันอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายแห่งการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคปลาดิบอย่างยั่งยืน สำหรับครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีการระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ การระบุถึงสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบอาหารในครัวเรือน กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้หลังดำเนินการตามรูปแบบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังดำเนินการตามรูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับกิตติศักดิ์ ประคองใจ (2562) และนันทพร ศรีนोक (2560) พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรเริ่มตั้งแต่ ระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชนร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมที่ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” เน้นส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การออกกฎเกณฑ์ การยอมรับและการปฏิบัติตามข้อบังคับ สัญญาประชาคมหมู่บ้าน มีผู้นำที่เข้มแข็งมีคณะกรรมการดำเนินงานรับผิดชอบชัดเจน การประชาสัมพันธ์และการกระจายข่าวสาร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและสอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล วิเศษสังข์ (2560) ที่จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการตรวจจูงจูงจระ เพื่อหาไข่พยาธิ การอบรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว พบว่ามีผลต่อการรับรู้ความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร ปัญญาทิพย์; อักษรา ทองประชุม และกรรณิกา ณ ลำปาง (2563) ที่ได้ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการผ่าน 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการจัดการดำรงชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีไม่มีพยาธิ 2) กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เกิดความตระหนักถึงอันตรายจากการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ และสามารถบอกถึงการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ 3) กิจกรรมรวมใจร่วมกันส่งเสริมสุขภาพไม่บริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ป้องกันโรค 4) กิจกรรมการเกิดความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการเลิกบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมี มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหัวข้อรับประทานห่อหุ้มปลา เครื่องในปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีค่าเฉลี่ยการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลางต่ำกว่าหัวข้ออื่น ๆ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากพฤติกรรมความเคยชินและการเข้าถึงอาหารประเภท

หม่าซึปลา เครื่องในปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ได้ง่าย ซึ่งผู้วิจัยต้องเร่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ถูกต้องของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนเน้นในเรื่องของมาตรการชุมชน เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารประเภทหม่าซึปลา เครื่องในปลาดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ ในผู้เสี่ยงสูงและผู้ที่ทำกับข้าวให้สมาชิกในครอบครัวรับประทาน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.5 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ พบว่าก่อนดำเนินการตาม รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ จำนวนของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีเท่ากัน คือพบทุกคน ร้อยละ 100 แต่หลังการดำเนินการตามรูปแบบ การขับเคลื่อนชุมชนฯ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ส่วนกลุ่ม เปรียบเทียบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 ยังตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในร่างกาย เมื่อเปรียบเทียบ สัดส่วนของการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยสถิติทดสอบซิกซ์พบว่าสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ในดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือไม่ให้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ได้มี การจ่ายยา Praziquantel ให้กับผู้ติดเชื้อทุกรายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการลง ปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดภัยพยาธิใบไม้ตับ เลิกรับประทานปลาดิบ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีสิ่งยึด เหนี่ยวกระตุ้นเตือนห้ามไม่ให้มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ มอบใบ ประกาศนียบัตรรับรองการลงชื่อในสมุดลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดภัยพยาธิใบไม้ตับ ฟังการเล่า ประสบการณ์จากผู้ที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี นำคู่มือและครอบครัวมาร่วม ประชุมเพื่อระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ภายในครอบครัว ตลอดจนระดมความคิดเห็นเสนอแนวทางกำหนดพฤติกรรมการเล่นการบริโภคอาหาร ประเภทปลาดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบอาหารในครัวเรือนเพื่อเสี่ยงการ เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้หลังการดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองตรวจไม่ พบไข่พยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ดวงสงค์ (2563) ที่ได้ประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วม ของชุมชน โดยกิจกรรมประกอบด้วย ระยะเวลาที่ 1 ศึกษาชุมชนการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ ตับ การรับข้อมูลข่าวสาร สำรวจสื่อที่ประชาชนสนใจ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาที่ 2 ดำเนินการอบรมแกนนำชุมชน อบรมผู้ปรุงอาหาร วางแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย กระบวนการ AIC การประชุมครอบครัวผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ การให้รางวัล ฯลฯ พบว่ากลุ่มทดลอง มีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 กลุ่มทดลองไม่มีการติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับซ้ำ

อย่างไรก็ตาม ในการจ่ายยาPraziquantel ให้กับผู้ติดเชื้อทุกราย ผู้วิจัยควรมีระบบ กำกับติดตามการรับประทานยาให้ครบตามขนาดทุกคน เพื่อป้องกันการรับประทานยาไม่ครบ ไม่ถูกต้อง ซึ่งดูจากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ติดเชื้อเพียงร้อยละ 88.8 เท่านั้นที่รับประทานยาครบเมื่อ ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับซึ่งทำให้กลุ่มเปรียบเทียบยังมีการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในร่างกายและใน กิจกรรมการจัดตั้งกลุ่มประชาชนเลกบริโภคปลาติบเพื่อส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มกันให้เป็นรูปธรรมใน การกระตุ้นเตือนกันและกันในกลุ่มไม่ให้มีพฤติกรรมมารับประทานปลาติบ สุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่ ก่อให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการติดตามและกระตุ้นให้กลุ่มมีกิจกรรมเชิง รุกระณรงค์เลิกรับประทานปลาติบ สุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ยัง กลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มแม่บ้าน เพื่อสร้างการรับรู้ในชุมชนต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

3.1.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถนำไปใช้กับในพื้นที่ศึกษาหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันแต่ควรมีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อจากการซักประวัติ และประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เช่น พฤติกรรม การรับประทานอาหารปลาติบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ก่อนทำการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างได้ตรงเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ประหยัดเวลาและงบประมาณ

3.1.2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถประยุกต์ใช้ในการในการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิชนิดอื่น ๆ เช่น พยาธิตัวแบน และตัวกลมต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระยะยาว ควรมีการติดตามข้อบังคับหรือมาตรการทางสังคมที่ได้ร่วมทำและเผยแพร่กับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คูชอด เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างยั่งยืนต่อไป

3.2.2 ควรมีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมและนำภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามา มีส่วนร่วมกับกิจกรรมและแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้เห็นเป็นรูปธรรม จะทำให้การดำเนินงานควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนสำเร็จได้

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กิตติศักดิ์ ประคองใจ. (2562). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- เกสร แฉวนอนงิ้ว และคณะ. (2558). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง*. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6), 2-13.
- เกสร แฉวนอนงิ้ว. (2559). *ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน*. ศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 1(1) น.9
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ประจำปี2563*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ผลิตหอนพยาธิทางการแพทย์ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 – 2568*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *วงจรรายการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ*. สืบค้นจาก <https://www.tm.mahidol.ac.th/th/tropical-medicine-knowledge/poster-opisthorchis-viverrini.pdf>
- จूरินทร์ อาจสาลี. (2562). *ผลของโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอำเภอเมืองศรีสะเกษ*. จังหวัดศรีสะเกษ: ศรีสะเกษพิมพ์
- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัทธราศรีวิธินาคร และเกษม เวชสุทธานนท์. (2561). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- ทักษ์ชัย พัสตุ. (2561). *ศึกษาการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- นิศร ผานคำ. (2559). *เรื่องการพัฒนารูปแบบการปกครองในระดับชุมชนตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- พลอยไพลิน ทับทิม. (2559). *ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2564). *ยุทธศาสตร์“ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน”*. สืบค้นจาก:<http://pher.dpc7.net/sites/default/files/1>
- วรารัตน์ สัจวะลี, จุน หน่อแก้วและจิรวุฒิ กุจะพันธ์. (2563). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในจังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 15(1), 62-71.
- วีระพล วิเศษสังข์. (2560). *โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มวัยแรงงานตำบลขยุง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- วรลักษณ์ เวฬุ. (2562). *รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด. (2562). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปี*. ศรีสะเกษ: ศรีสะเกษการพิมพ์
- สงกรานต์ นักบุญ. (2560). *รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่จังหวัดนครพนม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2564). *ความเป็นมาของโครงการ CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program)*. สืบค้นจาก <https://cascap.kku.ac.th/>
- สรญา แก้วพิบูลย์, ณีรัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์, และจุน หน่อแก้ว. (2559). *การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล*. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, นครราชสีมา.

- สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย. (2558). *ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลหนองภัยศูนย์ อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่2. 2(2), 113-121*
- สุรพงษ์ พรหมเท้า. (2562). *สมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งเป้า10ปีขจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. สืบค้นจาก <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/175>*
- สมบุญ วงศ์เครือศรี. (2560). *ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มและความเชื่อทางศาสนา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลหุบเขา อำเภอกู่พาน จังหวัดสกลนคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.*
- อินทรา เทียมแสน. (2559). *ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลน้ำรัศ อำเภอนองมวงไข จังหวัดแพร่. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่*
- World health organization. (2016). *Community Mobilization: Improving Reproductive Health Outcomes. Retrieved from <https://www.who.int/management/community/overall/CommunityMobilization2pgs.pdf>*
- Bryant J. and Oliver MB. (2019,17 Jul). Engage the community. *Media Effects Advances in Theory and Research. p455. Retrieved from https://books.google.co.th/books?id=2BeOAgAAQBAJ&pg=PA455&dq=Bracht,+2001,+socail+mobilization+stage&hl=th&sa=X&ved=2ahUKEwiB0eH0tcjzAhUWILcAHfLAA_kQ6AF6BAgJEAl#v=onepage&q&f=false*
- Centers for disease control and prevention. (2018). *Laboratory Identification of Parasites as a Public Health Problem. Retrieved from <https://www.cdc.gov/dpdx/opisthorchiasis/index.html>*
- Global communities partners for good . (2018). *Five Steps to Successful Community Engagement and Mobilization. Retrieved from <https://www.globalcommunities.org/node/38087>*
- Hitatorn S, Klomjit S, Naaglor T, et al. (2019). *A follow-up study of Opisthorchis viverrini infection after the implementation of control program in a rural community. central Thailand. Parasites Vectors, 6(1), 88-101*

- Howard-Grabman L. and Snetro G. (2013). *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. US: Agency for International Development
- Laoraksawong P, Sanpool O, Rodpai R, Thanchomnang T, Kanarkard W, Maleewong W, et al. (2018), *Current high prevalences of Strongyloides tercoralis and Opisthorchis viverrini infections in rural communities in northeast Thailand and associated risk factors*. BMC Public Health.18(940), 2-11
- Mercycorps. (2016). *Visualizing our community mobilization approach*. Retrieved from. https://www.mercycorps.org/sites/default/files/2020-01/CommunityMobilizationSectorApproach_0.pdf
- National LGBT-PORTAL of Ukraine. (2020). *Community mobilization*. Retrieved from https://www.lgbt.org.ua/en/materials/show_388/
- Thaewnongiew K, Singthong S; Kutchamar S; Tangsawad S, Promthet S, Sailugkum S, et al. (2018). *Prevalence and Risk Factors for Opisthorchis viverrini in upper Northeast Thailand*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 5(1), 54-71



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภาพร เกิดมงคล | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์ พญ.ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์ | สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 3. ดร.ประเชิญ ศิลาวรรณ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ |
| 4. ดร.พุทธิไกร ประมวล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ |
| 5. นางสาวจรีภรณ์ อัจจาสาลี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ |



ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖๔๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร เกิดมงคล

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมือง
ศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างยิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๒๔๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สรญา แก้วพิบูลย์

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมือง
ศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างยิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๒๔๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าบุคลากรของท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตให้ ดร.พทธิไกร ประมวล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖๕/ร

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน ดร.พุทธิไกร ประมวล

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหินไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๒๕๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมือง
ศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าบุคลากรของท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ใน
เรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตให้ นางสาวจรีภรณ์ อาจสาลี ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโพธิ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๒๔๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางสาวจรัสรัตน์ อาจสาลี

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๗๔๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมือง
ศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าบุคลากรของท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ใน
เรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตให้ ดร.ประเชิญ ศิลาวรรณ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการ
ทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖๕๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน ดร.ประเชิญ ศิลาวรรณ

ด้วย นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับในตำบลคูซอด อำเภอเมือง
ศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
และอยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างยิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๙๒-๙๑๖-๙๒๙๘ (นายภาคภูมิ สายหยุด)

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

เอกสารรับรองเลขที่	SPPH 2021-60
ชื่อโครงการ :	ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ (Effectiveness of a community-driven model for liver fluke control.Sisaket Province)
รหัสโครงการ :	-
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	นายภาคภูมิ สายหยุด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานที่สังกัด :	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย 4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง :	14 ธันวาคม 2564
วันที่หมดอายุ :	13 ธันวาคม 2565

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
 เสนอขงก จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

(นายสุรเดชช ชวะเดช)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เรียน กลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

เนื่องด้วยนายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ ” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ และความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นแกนนำสุขภาพในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย 1) การตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที 2) การเข้าร่วมรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีกิจกรรมได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน (2) การอภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ (3) การระบุพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะ(4) วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน โดยการนัดหมายจะเป็นไปตามวันเวลาที่ท่านสะดวก ทั้งการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม เป็นไปตามความสมัครใจของท่านและท่านสามารถถอนตัวออกจากการดำเนินงานตามเข้าร่วมรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบังคับ ให้โทษหรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

การเข้าร่วมกิจกรรม ของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการนำรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษไปใช้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 089-8589250 หรือหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขโทรศัพท์ 045616040-6 ต่อ 312

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณที่กรุณาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ



(นายภาคภูมิ สายหยุด)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่..... ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับฟัง
 คำอธิบายจากนายภาคภูมิ สายหยุด เกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในงานวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของ
 รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ” แล้ว โดยคำอธิบายมีเนื้อหา
 และรายละเอียดครอบคลุมหัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์ กิจกรรมของรูปแบบ และระยะเวลาที่เข้าร่วม
 โปรแกรมฯ (2) ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม และ (3) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบและตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วม
 ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากกิจกรรมได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียเปล่าประโยชน์ หรือไม่เสียสิทธิ์
 ใด ๆ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ยินยอมให้บันทึกภาพและเสียงขณะทำกิจกรรม เพื่อประโยชน์ในการวิจัย โดยข้อมูล
 ส่วนตัวของข้าพเจ้าจะต้องถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภาพ หรือเสียงในการรายงาน
 ผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงาน
 วิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ ”
 ด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง.....
 (นายภาคภูมิ สายหยุด)

ลงลายมือชื่อพยาน.....
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม

เรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ

เนื่องด้วยนายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตแขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ และความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือแกนนำสุขภาพในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ ซึ่งการตอบแบบสอบถามจะกระทำ 2 ครั้ง คือก่อนการดำเนินการตามรูปแบบ และหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการของรูปแบบ ซึ่งการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบังคับ ให้โทษหรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น การตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	14	ข้อ
ส่วนที่ 2 การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน	จำนวน	20	ข้อ
รวมทั้งหมด	จำนวน	34	ข้อ

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 092-89169298 หรือหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขโทรศัพท์ 045616040-6 ต่อ 312

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ



(นายภาคภูมิ สายหยุด)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบสอบถาม

ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม () หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์

- 1) เพศ 1. ชาย 2. หญิง
- 2) ปัจจุบันท่านอายุปี (ตอบจำนวนปีเต็ม ตัดเดือนทิ้ง)
- 3) สถานภาพสมรส
1. โสด 2. คู่
3. หม้าย 4. หย่าร้าง/ แยกทางกัน
- 4) ระดับการศึกษาสูงสุด
1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- 5) อาชีพปัจจุบัน
1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. เกษตรกรรม
3. ค้าขาย 4. รับจ้าง
5. รับราชการ 6. แม่บ้าน
7. รัฐวิสาหกิจ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 6) บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน
0. ไม่มีตำแหน่ง/บทบาทในชุมชน
1. นายขอบต./ผู้บริหารอบต. 2. ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
3. ปลัดอบต./ข้าราชการประจำท้องถิ่น 4. สมาชิก อบต.
5. อสม. 6. กรรมการหมู่บ้าน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

- 1) ท่านเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์
1. ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง 2. ตรวจบางครั้ง 3. ตรวจทุกครั้ง
- 2) ท่านเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ
1. ไม่เคยพบ (ข้ามไปข้อ 5) 2. เคยพบ จำนวนครั้ง..... ครั้งล่าสุด เมื่อ พ.ศ.....

- 3) เมื่อท่านตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้ว ท่านรับประทานยารักษาโรคจนครบ
1. ไม่ครบ 2. ครบ
- 4) จากข้อ 2 ท่านคิดว่าท่านติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการรับประทานอาหารชนิดใด
1. เนื้อปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ 2. ปลาจืดดิบ แจ่วบองดิบ
3. ปลาต้มดิบ ปลาจ่อมดิบ 4. อื่น ๆ.....
- 5) สมาชิกในครอบครัวของท่านเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์
1. ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง 2. ตรวจบางครั้ง 3. ตรวจทุกครั้ง
- 6) สมาชิกในครอบครัวของท่านเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ
1. ไม่เคยพบ (ข้ามไปข้อ 8) 2. เคยพบ จำนวนครั้ง..... ครั้งล่าสุด เมื่อ พ.ศ.....
- 7) สมาชิกในครอบครัวของท่าน เมื่อตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้ว ท่านรับประทานยารักษาโรคจนครบ
1. ไม่ครบ 2. ครบ
- 8) ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับจากแหล่งใดมากที่สุด
1. ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/อสม/แกนนำสุขภาพ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. วิทยุ/โทรทัศน์/หอกระจายข่าว 4. หนังสือพิมพ์/วารสาร
5. ป้ายประชาสัมพันธ์ 6. ประชุม สัมมนา
7. อื่น ๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าในชุมชนของท่านมีการดำเนินกิจกรรมตามข้อความในแต่ละข้อหรือไม่ ในการตอบคำถามขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบที่ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านคิดว่าชุมชนของท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อความนั้นเลย
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านคิดว่าชุมชนของท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อความนั้นในบางส่วน
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าชุมชนของท่านดำเนินการตามข้อความนั้นหรือไม่
- เห็นด้วย หมายถึง ท่านคิดว่าชุมชนของท่านดำเนินการตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านคิดว่าชุมชนของท่านดำเนินการตามข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อความ	ระดับ				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ชุมชนมีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายเพื่อดำเนินงาน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
2. แกนนำสุขภาพมีการประชุมวิเคราะห์ปัญหา การดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
3. แกนนำสุขภาพมีการวางแผนทรัพยากร เงิน คน วัสดุสิ่งของ เพื่อใช้ดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับ					
4. แกนนำสุขภาพมีกระบวนการดำเนินงานที่ ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับ					
5. แกนนำสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะ หรือกติกา ข้อตกลง เพื่อดำเนินงานควบคุม หรือแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ					
6. แกนนำสุขภาพมีการประชาสัมพันธ์และ นำเสนอสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้ประชาชนในชุมชน ได้รับทราบ					
7. แกนนำสุขภาพมีการเสริมสร้างศักยภาพของ แกนนำภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างพลังแนวร่วมใน การดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
8. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนมีการดำเนินงาน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง					
9. ชุมชนมีการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค พยาธิใบไม้ตับ					
10. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการคัดกรอง โรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นระบบ					

ข้อความ	ระดับ				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจ อุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ					
12. ชุมชนมีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยว่า ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ					
13. ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรอง การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง					
14. ชุมชนมีการสำรวจความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชน					
15. ชุมชนมีการจัดทำสื่อหรือเอกสารให้ความรู้ เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง เช่น ป้าย ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น					
16. ชุมชนมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิ ใบไม้ตับ โดยมีการส่งเสริมการนำความรู้ใหม่ มาประยุกต์ใช้ในชุมชน					
17. ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของครอบครัว เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำ จืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ					
18. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการกำจัดสิ่ง ปฏิกูลจากอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะ เพื่อ กำจัดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ					
19. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งต่อ เพื่อ การรักษา ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ					
20. ชุมชนมีการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ ตับ โดยการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อ ชุมชนอย่างหลากหลาย					

เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เรียน กลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

เนื่องด้วยนายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ ” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ และความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือเป็นแกนนำสุขภาพในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการดำเนินการ ซึ่งกิจกรรมของรูปแบบประกอบด้วย 1) การตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที 2) การเข้าร่วมรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีกิจกรรมได้แก่ (1) สสำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย (2) ตรวจอุจจาระเพื่อตรวจหาไข่หนอนพยาธิก่อน (3) อบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (4) ให้ยาฟาซิโคลเทล แก่ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ (5) ติดตามผลการรักษาโดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระซ้ำในผู้ติดเชื้อ หลังรับประทานยาและให้ความรู้ 1 เดือน (6) จัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมหาแนวทางข้อปฏิบัติของผู้ติดเชื้อและครอบครัวเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับและให้ผลตรวจในสัปดาห์ที่ 8 ไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยการนัดหมายจะเป็นไปตามวันเวลาที่ท่านสะดวก ทั้งการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการดำเนินงานตามเข้าร่วมรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบังคับ ให้โทษหรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

การเข้าร่วมกิจกรรม ของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการนำรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษไปใช้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 089-8589250 หรือหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขโทรศัพท์ 045616040-6 ต่อ 312

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่..... ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับฟัง
 คำอธิบายจากนายภาคภูมิ สายหยุด เกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในงานวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผล
 ของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ” แล้ว โดยคำอธิบาย
 มีเนื้อหาและรายละเอียดครอบคลุมหัวข้อดังนี้ (1) วัตถุประสงค์ กิจกรรมของรูปแบบ และระยะเวลา
 ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ (2) ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม และ (3) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบและตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถเข้า
 ร่วม ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากกิจกรรมได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียเปล่าประโยชน์
 หรือไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ยินยอมให้บันทึกภาพและเสียงขณะทำกิจกรรม เพื่อประโยชน์ใน
 การวิจัย โดยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะต้องถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภาพ
 หรือเสียงในการรายงานผลการวิจัยหรือเอกสารตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใน
 งาน วิจัยเรื่อง“ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรี
 สะเกษ ” ด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง

ลงลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....
 (.....)

ลงลายมือชื่อผู้วิจัยหรือผู้ที่ชี้แจง.....
 (นายภาคภูมิ สายหยุด)

ลงลายมือชื่อพยาน.....
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม

เรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ

เนื่องด้วยนายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตแขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ในพื้นที่ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ ซึ่งการตอบแบบสอบถามจะกระทำ 2 ครั้ง คือ ก่อนการดำเนินการตามรูปแบบ และหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการของรูปแบบ ซึ่งการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบังคับ ให้โทษหรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น การตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	14	ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	24	ข้อ
ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	18	ข้อ
รวมทั้งหมด	จำนวน	76	ข้อ

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 092-89169298 หรือหากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรดสอบถามได้ที่ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขโทรศัพท์ 045616040-6 ต่อ 312

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

แบบสอบถาม

ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม () หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์

- 1) เพศ 1. ชาย 2. หญิง
- 2) ปัจจุบันท่านอายุปี
- 3) สถานภาพสมรส
1. โสด 2. คู่
3. หม้าย 4. หย่าร้าง/ แยกทางกัน
- 4) ระดับการศึกษาสูงสุด
1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- 5) อาชีพปัจจุบัน
1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. เกษตรกรรม
3. ค้าขาย 4. รับจ้าง
5. รับราชการ 6. แม่บ้าน
7. รัฐวิสาหกิจ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 6) บทบาท/ตำแหน่งในชุมชน
0. ไม่มีตำแหน่ง/บทบาทในชุมชน
1. นายขอบต./ผู้บริหารอบต. 2. ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
3. ปลัดอบต./ข้าราชการประจำท้องถิ่น 4. สมาชิก อบต.
5. อสม. 6. กรรมการหมู่บ้าน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

1) ท่านเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์

1. ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง 2. ตรวจบางครั้ง 3. ตรวจทุกครั้ง

- 2) ท่านเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ
1. ไม่เคยพบ (ข้ามไปข้อ 5) 2. เคยพบ จำนวนครั้ง..... ครั้งล่าสุด เมื่อ พ.ศ.....
- 3) เมื่อท่านตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้ว ท่านรับประทานยารักษาโรคจนครบ
1. ไม่ครบ 2. ครบ
- 4) จากข้อ 2 ท่านคิดว่าท่านติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการรับประทานอาหารชนิดใด
1. เนื้อปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ 2. ปลาจืดดิบ แจ่วบองดิบ
3. ปลาต้มดิบ ปลาจ่อมดิบ 4. อื่น ๆ.....
- 5) สมาชิกในครอบครัวของท่านเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองพยาธิใบไม้ตับทุกครั้งเมื่อมีการรณรงค์
1. ไม่ได้ตรวจทุกครั้ง 2. ตรวจบางครั้ง 3. ตรวจทุกครั้ง
- 6) สมาชิกในครอบครัวของท่านเคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ
1. ไม่เคยพบ (ข้ามไปข้อ 8) 2. เคยพบ จำนวนครั้ง..... ครั้งล่าสุด เมื่อ พ.ศ.....
- 7) สมาชิกในครอบครัวของท่าน เมื่อตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้ว ท่านรับประทานยารักษาโรคจนครบ
1. ไม่ครบ 2. ครบ
- 8) ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับจากแหล่งใดมากที่สุด
1. ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/อสม/แกนนำสุขภาพ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. วิทยุ/โทรทัศน์/หอกระจายข่าว 4. หนังสือพิมพ์/วารสาร
5. ป้ายประชาสัมพันธ์ 6. ประชุม สัมมนา
7. อื่น ๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าข้อความดังกล่าวถูกต้องหรือไม่ ในการตอบคำถามขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่อง ก ข ค ง ที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

1. โรคพยาธิใบไม้ตับพบมากในภาคใดของประเทศไทย

- ก. ภาคใต้
- ข. ภาคกลาง
- ค. ภาคตะวันออก
- ง. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. การรับประทานอาหารในข้อใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด
- กุ้งสด
 - ผักดิบหรือผักสด
 - เนื้อดิบหรือปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ
 - เนื้อปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ
3. สัตว์ชนิดใดที่เป็นแหล่งรังโรคของพยาธิใบไม้ตับ
- สุนัข
 - แมว
 - หนู
 - ข้อ ก และ ข ถูก
4. ปลาในข้อใดเป็นปลาที่มีเกล็ดขาวและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ปลาชิว ปลานิล ปลาช่อน ปลาไหล ปลาดุก ปลาเยี่ยง
 - ปลาบึก ปลาแซลมอน ปลาเค็มขาว ปลาสวาย ปลาเทโพ ปลาจิ้น
 - ปลาหมอ ปลากระพง ปลาสลิด ปลากระดี่ ปลาชะโด ปลาหับทิม
 - ปลาชิว ปลากระสูบ ปลาดตะเพียน ปลาสร้อยขาว ปลาแก้มขี้ ปลาขาวนา
5. อาหารในข้อใดเป็นแหล่งแพร่เชื้อพยาธิใบไม้ตับ
- ปลาร้า แจ่วบอง
 - ปลาต้ม ปลาจ่อม
 - ก้อยปลา ลาบปลาดิบ
 - ถูกทุกข้อ
6. ข้อใดเป็นพาหะตัวกลางที่มีพยาธิอาศัยอยู่ในช่วงเวลาหนึ่งของวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ
- กุ้ง
 - หอย
 - กบ
 - ปู
7. บุคคลใดทำให้เกิดโอกาสของการแพร่กระจายเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด
- นายบอยชุดสระสีก 2 เมตร ขอบลาดชัน
 - นางแพนเค็ก ขับถ่ายอุจจาระที่ไรสวนที่มีป่าบังมิดชิดคนมองไม่เห็น

- ค. นางแอนไม่ได้เข้าร่วมโครงการรณรงค์หมู่บ้านปลอดพยาธิเนื่องจากติดธุระ
 ง. นายพีทนำอุจจาระที่หมักไว้ 1 ปี ไปตากแห้ง 1 สัปดาห์ แล้วนำไปใช้เป็นปุ๋ย
8. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคใด
- ก. มะเร็งตับ
 ข. มะเร็งลำไส้
 ค. มะเร็งท่อน้ำดี
 ง. มะเร็งกระเพาะอาหาร
9. โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิที่สามารถติดต่อได้ทางใด
- ก. การดื่มน้ำ
 ข. การหายใจ
 ค. การสัมผัสทางผิวหนัง
 ง. การรับประทานอาหาร
10. ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจในข้อใด
- ก. เลือด
 ข. ปัสสาวะ
 ค. อุจจาระ
 ง. ถูกทุกข้อ
11. สิ่งส่งตรวจในข้อใดที่ชุมชนสามารถดำเนินการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับได้ในชุมชน
- ก. เลือด
 ข. ปัสสาวะ
 ค. อุจจาระ
 ง. ถูกทุกข้อ
12. อาการและความรุนแรงของพยาธิใบไม้ตับขึ้นอยู่กับอะไร
- ก. การมีโรคแทรกซ้อน
 ข. จำนวนพยาธิที่มีอยู่ในร่างกาย
 ค. ระยะเวลาที่พยาธิอยู่ในร่างกาย
 ง. การดื่มเหล้าร่วมกับการรับประทานปลาดิบ

13. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

- ก. ไม่ต้องรักษาก็หายเองได้
- ข. เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
- ค. รับประทานยาถ่ายพยาธิบ่อย ๆ เป็นการรักษาที่ดีที่สุด
- ง. รักษาให้หายได้ แต่ต้องไม่กลับมารับประทานปลาดิบอีก

14. พฤติกรรมบริโภคอาหารของใครที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

- ก. นายอ่วมรับประทานก้อยไข่มดแดง
- ข. นายทศพลรับประทานแหนมปลาทอด
- ค. นางคำแก้วรับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ
- ง. นางลำเจียกรับประทานลาบปลาตะเพียนปรุงสุก

15. ข้อใดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับไปยังผู้อื่น

- ก. การไม่ใช่ของร่วมกัน
- ข. การไม่ไอหรือจามรดกัน
- ค. การไม่รับประทานอาหารร่วมกัน
- ง. การถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง

16. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในข้อใดถูกต้องมากที่สุด

- ก. การซื้อยาถ่ายพยาธิมารับประทานหลังรับประทานปลาดิบ
- ข. บุคคลที่ไม่เคยรับประทานลาบปลาดิบไม่จำเป็นต้องตรวจหาไข่หนอนพยาธิ
- ค. ถ่ายอุจจาระตามไร่ สวน นา แล้วควรฝังกลบด้วยดินสั๊กเล็กน้อยเพื่อป้องกันคนเหยียบ
- ง. อาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวต้องปรุงให้สุกด้วยความร้อนให้ทั่วถึงก่อน

รับประทาน

17. วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือข้อใด

- ก. รับประทานหมูสุก
- ข. รับประทานเนื้อสุก
- ค. รับประทานปลาสุก
- ง. รับประทานยาป้องกัน

18. ข้อใดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับไปยังผู้อื่น
- การให้เศษอาหารจำพวกปลาดิบแก่สุนัขและแมว
 - การทิ้งเศษอาหารจำพวกปลาดิบลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด
 - การถ่ายอุจจาระตามทางสาธารณะ พงหญ้าที่ไม่มีคนเดินผ่าน
 - การนำอุจจาระของคนและสัตว์ใส่ลงในบ่อเลี้ยงปลาหรือนำไปรดผัก
19. การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้ได้ผลดีที่สุดเป็นหน้าที่ของบุคคลใด
- ผู้นำหมู่บ้าน
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันร่วมกัน
20. การทำปลาร้าที่ปลอดภัยต้องใช้ระยะเวลาในการหมักอย่างน้อยนานเท่าใด
- 7 วัน
 - 14 วัน
 - 30 วัน
 - 60 วัน
21. การทำปลาสามหรือแหนมปลาที่ปลอดภัย หลังจากล้างปลาให้สะอาดแล้วควรทำปลาอย่างไรจะไม่ทำให้เสียรสชาติไปจากเดิม
- ตากแดดก่อนค่อยมาทำ
 - นำไปลวกน้ำร้อน 30 วินาที ค่อยมาทำ
 - แช่ในเหล้าขาวหรือน้ำมะนาวก่อนแล้วค่อยมาทำ
 - แช่ไว้ในช่องแช่แข็งของตู้เย็นอย่างน้อย 7 วัน ค่อยมาทำ
22. ถ้ามีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำหลายครั้งจะทำให้เกิดโรคมะเร็งถุงน้ำดีซึ่งมีอาการในข้อใด .
- ปวดจุกลิ้นปี่ ปวดที่ชายโครงขวา
 - ตัวเหลืองตาเหลือง ค้นตามผิวหนัง
 - ปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืด อุจจาระมีไขมัน
 - ถูกทุกข้อ

23. โรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานมากยิ่งขึ้นเมื่อตรวจพบในระยะใด

- ก. ระยะที่ 1
- ข. ระยะที่ 2
- ค. ระยะที่ 3
- ง. ระยะที่ 4

24. การตรวจคัดกรองหาความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ระยะแรกมีวิธีการตรวจอย่างไร

- ก. ตรวจเลือด
- ข. ตรวจอุจจาระ
- ค. ตรวจอัลตราซาวด์
- ง. ตรวจคลำช่องท้อง

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าข้อความดังกล่าวถูกต้องตรงตามความรู้สึกของท่านหรือไม่ ในการตอบคำถามขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบที่ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ให้เลือกดังนี้

- | | | |
|----------------------|---------|---|
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ |
| ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านหรือไม่ |
| เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเกือบทั้งหมด |

ข้อความ	เจตคติ				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. อาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ รสชาติอร่อยกว่า อาหารสุก					
2. ปลาร้าผ่านการหมักมานาน จึงทำให้ไข่ของ พยาธิฝ่อและตายหมดแล้ว จึงไม่มีพยาธิใบไม้ตับ					
3. การรับประทานอาหารจำพวกปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด ขาวแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้ร่างกายได้ วิตามินและโปรตีนครบถ้วน					
4. การรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก ใหม่ ทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ					
5. ส้มตำที่ปรุงด้วยปลาร้าดิบมีรสชาติอร่อยกว่า ส้มตำที่ปรุงด้วยปลาร้าสุก					
6. การถ่ายอุจจาระลงส้วมซึมและราดน้ำ ทำให้โรค พยาธิใบไม้ตับไม่แพร่กระจาย					
7. การชิมปลาดิบเพียงเล็กน้อย ไม่ทำให้ติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับ					
8. การนำปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวมาปรุงแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้รับรสหวานอร่อยของ เนื้อปลาที่สดได้ และใช้เวลาในการประกอบ อาหารไม่นานมาก					
9. การใช้ยาถ่ายพยาธิ ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้อง ป้องกันหรือควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
10. การนำปลามาหมักทำเป็นปลาร้า ต้องใช้เวลา ในการหมักอย่างน้อย 3 เดือน และต้มให้สุก ถือว่าปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ					
11. การรับประทานปลาที่มีเกล็ดขาวปรุงสุก เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาตะเพียน ช่วยป้องกัน การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้					

ข้อความ	เจตคติ				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
12. ปลาไร้ดิบบำทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย กระบวนการนำปลาไร้ดิบบำปรุงอาหารให้ ปลอดภัยจึงควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม					
13. การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกี่ยวข้องกับการ รับประทานปลาดิบ					
14. คนที่รับประทานปลาดิบมีหลายคนที่มีสุขภาพ แข็งแรง ไม่เห็นเจ็บป่วยหรือเป็นมะเร็งท่อน้ำดี					
15. การรับประทานก๊วยปลาน้ำจืดดิบหรือลาบ ปลาดิบ ทำให้ร่างกายได้วิตามินครบถ้วน แข็งแรงมีกำลังวังชา					
16. การป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดีกว่าการเป็นโรคแล้วจึงค่อยมารักษา					
17. การเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหาร สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นเรื่องที่ไม่เปลี่ยนแปลงได้ไม่ยาก					
18. การรับประทานปลาไร้ดิบบำ ปลาสามดิบบำ แหนม ปลาดิบไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือมะเร็งตับ					
19. หลังจากจับปลาน้ำจืดจากแม่น้ำ ควรรีบ รับประทานทันที ซึ่งดีกว่าการปรุงให้สุกใน ภายหลัง					
20. การบีบมะนาว ใส่พริกสด หรือใส่เม็ดแดงใน ปลาดิบ สามารถทำให้พยาธิใบไม้ตับตายก่อน รับประทานได้					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ และพิจารณาว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้ปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวบ่อยครั้งเพียงใด ในการตอบข้อความให้ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ให้เลือกดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ เลย
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น 7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1. ท่านรับประทานปลาสดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ					
2. ท่านรับประทานปลาบั้งสุก ๆ ดิบ ๆ หรือปลาบั้งที่มีหนังเกรียม แต่เนื้อปลายังมีน้ำสีแดง ๆ อยู่					
3. ท่านรับประทานปลาร้าดิบหรือแจ่วบอง					
4. ท่านรับประทานลาบปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ					
5. ท่านรับประทานก้อยปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ					
6. ท่านรับประทานหม่าซึ่ปลา เครื่องในปลา ดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ					
7. ท่านรับประทานส้มตำที่ปรุงรสด้วยปลาร้าดิบ					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
8. ท่านถ่ายอุจจาระตามป่า ทุ่งหญ้าหรือตาม ทุ่งนา					
9. หลังจากปรุงอาหารหรือรับประทาน อาหารเสร็จแล้ว ท่านนำเศษพลาสติกหรือ เศษอาหารที่เหลือจากการรับประทานไป ทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด					
10. เมื่อท่านปรุงอาหารจากพลาสติก ท่านโยน เศษพลาสติกที่ท่านไม่ใช้ให้หมาหรือแมว รับประทาน					
11. หลังจากใช้เชียงและมีดหั่น สับ ซอย ปลาที่มีเกล็ดสด ๆ เช่น ปลาชอว์นา ปลา ตะเพียน ปลาชิว ท่านจะล้างเชียงและมีด ก่อน แล้วจึงนำไปประกอบอาหารอื่น					
12. ท่านดูแลให้สุนัขและแมวที่ท่านเลี้ยง ได้รับยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำ					
13. ท่านได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ เป็นประจำทุกปีหรืออย่างน้อย 1 ครั้ง					
14. หลังการตรวจอุจจาระพบการติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับ ท่านรับประทานหรือจะ รับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับที่ บุคลากรสาธารณสุขแจกให้					
15. ท่านไปตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูการ ทำงานของตับและท่อน้ำดี (ถ้าแพทย์สั่ง)					
16. ท่านเข้าร่วมโครงการปลอดพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลหรือ ในชุมชน					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
17. ท่านถ่ายอุจจาระลงส้วมและล้างมือให้ สะอาดด้วยสบู่หลังถ่ายอุจจาระ					
18. ท่านล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ก่อน รับประทานอาหาร					

ความคิดเห็นอื่น

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณมากสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก จ

แผนการสอนในรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ



แผนการสอน

ในรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มเป้าหมาย

- 1) แกนนำสุขภาพ ตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 28 คน
- 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ เป็นผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิจากอุจจาระ ในตำบลคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 32 คน

วัตถุประสงค์การสอน

- 1) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ
- 2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ

เนื้อหา

- 1) สถานการณ์และความสำคัญในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2) ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) บทบาทแกนนำสุขภาพในการดำเนินงานในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 4) ลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ

วิธีการสอน

1) แกนนำสุขภาพ

- (1) ประชุมกลุ่มระดมความคิด
- (2) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน
- (3) การอภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ
- (4) การระบุพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางในการกำหนดนโยบาย

สาระณะ

- (5) วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
- (6) สำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ ชี้จุดที่เป็นปัญหาและสำรวจปลาและหอยที่เป็นพาหะของพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำสุขภาพและเครือข่าย

2) ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้

- (1) ส่งตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิใบไม้ตับและให้ยาฟลาซิควอลเทล แก่ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

- (2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ
- (3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ความรู้และฝึกทักษะในกลุ่มย่อย
- (4) ประชุมกลุ่มระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
- (5) สำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพที่จุดที่เป็นปัญหาและสำรวจปลาและหอยที่เป็นพาหะของพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับแกนนำสุขภาพ

สื่อการสอน

- 1) คู่มือ “อสม.หมอบริการบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ”
- 2) วิดีทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี”
- 3) PowerPoint
- 4) วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ กระดาษ Flip chart ปากกาเคมี

ระยะเวลา 8 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565)

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมกลุ่มระดมสมองในกลุ่มแกนนำสุขภาพ ตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 และประเมินการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนก่อนร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ชุมชน โดยการอภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ การระบุพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะ และวิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ โดยการจัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่ และดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ในพื้นที่

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรม โดยการสำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรม โดยอบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และให้ยาพลาซิควอลเทล แก่ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ประเมินการความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 การรักษาการเชื่อมประสานกัน โดยประชุมกลุ่มระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 การรักษาการเชื่อมประสานกัน โดย

- สํารวจสิ่งแวดลอมและระบบสุขภาพบาลชี้จุดที่เป็นปัญหาและสํารวจปลาและหอยที่เป็นพาหะของพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำสุขภาพและเครือข่าย

- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 5 การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน โดย

- สรุปรูปร่างเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับและประเมินผล

- สรุปลวิธีเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับให้แกนนำสุขภาพ และประเมินผล

- เผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษาให้ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคูซอด (พชต.คูซอด)

สถานที่

ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด อำเภอเมืองศรีสะเกษ

ผู้สอนหลัก

- 1) นายภาคภูมิ สายหยุด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- 2) นางสาวพิมพ์ชนก บุญเรือน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

- 3) นางสาวจรีภรณ์ อาจารย์สาธาณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้ช่วยกิจกรรมกลุ่มย่อย

- 1) นางอภิญญา เครือพงษ์ศักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

- 2) นางสาวพิมพ์ชนก บุญเรือน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

- 3) นางสาวจรีภรณ์ อาจารย์สาธาณี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้นำสํารวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพในชุมชน

- 1) นางสาวพิมพ์ชนก บุญเรือน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

การประเมินผล :

- 1) สังเกตจากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและการทำกิจกรรมกลุ่มในการอบรมเชิงปฏิบัติการ

- 2) แบบสอบถามสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ

- 3) แบบสอบถาม ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

- 4) แบบสํารวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ

กำหนดการ

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมระดมสมองในกลุ่มแกนนำสุขภาพ (วันที่ 29 ธันวาคม 2564)	
09.00-09.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> ■ ลงทะเบียน ■ ตอบแบบสอบถามประเมินการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนก่อนร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัด ศรีสะเกษ ■ แจก คู่มือ “ อสม.หมอประจำบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ”
09.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> ■ พิธีเปิดการประชุมระดมสมองตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ■ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการดำเนินการและให้กลุ่มตัวอย่างเห็นดีไยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ■ กิจกรรมนันทนาการเพื่อทำความรู้จักและเชื่อมความสัมพันธ์ ■ นำเสนอสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับของพื้นที่ตำบลคูซอด ■ ชมวีดิทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี”
11.00-12.00 น.	ประชุมระดมสมองกลุ่มแกนนำ (ใบกิจกรรมที่1)
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	ประชุมระดมสมองกลุ่มแกนนำ (ใบกิจกรรมที่1)
14.20-15.00 น.	จัดตั้งกลุ่มแกนนำสุขภาพในพื้นที่ที่จะทำงานร่วมกับ พชต. (ใบกิจกรรมที่ 2)
15.00-15.40 น.	ลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ (ใบกิจกรรมที่ 3)
15.40-16.30 น.	ซักถามปัญหา ถาม-ตอบ
สัปดาห์ที่ 2 สสำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย (วันที่ 11 มกราคม 2565)	
08.-30-16.30 น.	สำรวจข้อมูลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย (ใบกิจกรรมที่ 4)

กำหนดการ (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 3 (อบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับผู้ติดเชื้อ)	
วันที่ 15 มกราคม 2565	
09.00-09.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> ■ ลงทะเบียน ■ ตอบแบบสอบถามประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนร่วมกิจกรรม ■ แจก คู่มือ “ อสม.หมอประจำบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ” ■ จ่ายยาพลาซิควอลเทิลให้กับผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
09.30-09.50 น.	<ul style="list-style-type: none"> ■ พิธีเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ■ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการเข้าร่วมรูปแบบและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นตีไบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย
09.50-12.00 น.	พยาธิใบไม้ตับ มหันตภัยร้าย (ใบกิจกรรมที่ 5)
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.30 น.	จัดตั้งกลุ่มประชาชนเล็กบริเวณโคกปลาติบ (ใบกิจกรรมที่ 6)
14.35-15.30 น.	ลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาติบ (ใบกิจกรรมที่ 3)
15.30-16.00 น.	ซักถามปัญหา ถาม-ตอบ
สัปดาห์ที่ 4 ระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ	
วันที่ 25 มกราคม 2565	
09.30-12.30 น.	ระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ใบกิจกรรมที่ 7)
13.30-15.30 น.	ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ (ใบกิจกรรมที่ 8)
15.30-16.00 น.	สรุปผลการระดมสมอง และซักถามปัญหา ถาม-ตอบ

กำหนดการ (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 6 สํารวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ ชีจุดที่เป็นปัญหา สํารวจปลา หอยไซ ที่เป็นพาหนะของเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำและเครือข่าย	
วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565	
08.30-11.00 น.	สํารวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ ชีจุดที่เป็นปัญหา สํารวจปลา หอย ไซ ที่เป็นพาหนะของเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำและ เครือข่าย (ใบกิจกรรมที่ 9)
สัปดาห์ที่ 8 สรุปความรู้ กลวิธีและเผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	
วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565	
09.00-09.30 น.	สรุปความรู้ กลวิธีเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ เผยแพร่ผลการ ดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (ใบกิจกรรมที่ 10) <ul style="list-style-type: none"> ▪ สรุปความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับและประเมินผล ▪ สรุปกลวิธีเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับให้แกนนำสุขภาพ และประเมินผล ▪ เผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษา ให้ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต. คูซอด)

เนื้อหาความรู้เรื่อง “โรคพยาธิใบไม้ตับและอาหารสำหรับโรคพยาธิใบไม้ตับ”

1. สถานการณ์และวงจรชีวิตของโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1 สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิ *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felinus* และ *Clonorchis sinensis* เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียตะวันออก ยุโรปตอนกลางและตะวันออก โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบระบาดมากในประเทศไทยและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็ง (Group 1, carcinogenic to human) โรคพยาธิใบไม้ตับ (Liver fluke) พบได้บ่อยในบางภูมิภาคทั่วโลก ทั้งนี้ทั่วโลกมีรายงานโรคที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis sinensis* หรืออีกชื่อคือ *Clonorchis sinensis* หรือ ที่เรียกว่า Chinese liver fluke ประมาณมากกว่า 35 ล้านคน (เป็นโรคประจำถิ่นใน จีน ไต้หวัน เกาหลี ญี่ปุ่น และเวียดนาม) ที่เกิดจากชนิด *Opisthorchis viverrini* (โรคประจำถิ่นในประเทศไทย กัมพูชา ลาว และเวียดนาม) ประมาณมากกว่า 23 ล้านคน และชนิด *Opisthorchis felinus* (โรคประจำถิ่นในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ ยุโรปกลาง และยุโรปตะวันออก) ประมาณมากกว่า 16 ล้านคน

ในประเทศไทย พยาธิใบไม้ตับพบได้ในทุกอายุตั้งแต่ในเด็กเล็กไปจนถึงในผู้สูงอายุ โดยอายุที่พบโรคได้สูงสุดคือ ช่วง 55-64 ปี พบในผู้หญิงและผู้ชายใกล้เคียงกัน ในประเทศไทย พบโรคได้จากพยาธิใบไม้ตับชนิด เดียว คือ *Opisthorchis viverrini* โดยในช่วงอายุ 0-4 ปีพบได้ 0.64 รายต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนช่วงอายุ 55-64 ปีพบได้ 1.81 รายต่อประชากร 1 แสนคน โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงไปคือภาคเหนือ และพบได้บ้างในภาคกลาง แต่พบได้น้อยในภาคใต้ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในคน อยู่ในระดับเสี่ยงสูง ถึง 20 จังหวัด ที่ต้องเร่งแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งรวมถึงจังหวัดศรีสะเกษที่ พบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึง ร้อยละ 10.2 และพบความชุกของการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืด สูงถึงร้อยละ 28.6 (สมชาย ปิ่นล่อ, 2558) ในปี 2562 จังหวัดศรีสะเกษ มีการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจหาไข่พยาธิทางอุจจาระ จำนวน 51,045 ราย และพบว่าติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับจำนวน 3,880 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.60 ของผู้ที่ตรวจทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) พบความชุก 15 % ในหน้าแล้ง และ 64 % ในหน้าน้ำ ซึ่งมีอำเภอที่พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับอยู่ 9 อำเภอ ดังนี้ อำเภอกันทรารมย์ อำเภอน้ำเกลี้ยง อำเภอกันทราลักษ์ อำเภอศรีรัตนะ อำเภอขุนหาญ อำเภอขุขันธ์ อำเภอวังหิน อำเภอพยุห์ และอำเภอเมืองศรีสะเกษ โดยอำเภอเมืองศรีสะเกษ มีการตรวจคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 5,008 ราย พบความชุก ร้อยละ

12.65, 13.79 ในปี 2562 และปี 2563 ตามลำดับ ซึ่งได้รับประทานเกณฑ์ของจังหวัดที่กำหนดไว้ไม่ให้รับประทาน ร้อยละ 5 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ, 2562) เกิดจากปัจจัยส่งเสริมทางด้านสภาพภูมิศาสตร์คือแหล่งน้ำธรรมชาติไหลผ่านที่หลากหลายนหลายสาย เช่นแม่น้ำ มูล แม่น้ำชี ห้วยสำราญ ห้วยตึกชู ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงน้ำจืด ประกอบกับพฤติกรรมที่ยังมีการบริโภคปลาดิบ ปลาจืด ในชุมชน สอดคล้องกับผลการสุ่มตรวจความชุกพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในอำเภอเมืองศรีสะเกษ โดยพบรับประทานเกณฑ์มาตรฐานของจังหวัด ๔ ตำบล ดังนี้ ตำบลห่ม ตำบลโพธิ์ ตำบลโพนเขวาและตำบลคูซอด พบว่าทั้ง ๔ ตำบลดังกล่าว เป็นตำบลที่มีแม่น้ำ มูลและห้วยสำราญ ไหลผ่านประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงและพบพฤติกรรมที่มีการบริโภคปลาดิบอยู่ในพื้นที่ ตำบลคูซอด พบความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 10.12 และ 9.72 ในปี 2562 และปี 2563 ตามลำดับ ซึ่งได้รับประทานเกณฑ์ของจังหวัดเช่นกัน (กลุ่มงานควบคุมโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูซอด, 2563) ซึ่งนับว่ามีความชุกสูงอันเนื่องมาจากบริบทชุมชนเป็นพื้นที่แหล่งน้ำจืด มีแม่น้ำไหลผ่าน และประชาชนในพื้นที่เมื่อว่างจากอาชีพหลักคือทำนา ทำสวนแล้วยังมีอาชีพประมงน้ำจืด และนิยมบริโภคปลาน้ำจืด จากการศึกษาสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโดยศึกษาจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 100 คน ของประชาชนในตำบลคูซอด ในปี 2562 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้ที่ผิดว่าการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แล้วรับประทานยาฆ่าพยาธิในภายหลังช่วยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ สูงถึงร้อยละ 24.7 และมีการรับรู้ที่ผิดว่ารับประทานที่ทำจากปลาดิบเป็นบางครั้งจะไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงถึงร้อยละ 74 (จรีภรณ์ อาจสาธิต, 2562) ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมรับประทานปลาดิบ ก้อยปลาดิบสูงถึงร้อยละ 25.6 เพราะเชื่อว่าปีบมะนาวหรือใส่พริกสดหรือใส่เม็ดแดงในอาหารปลาดิบเพื่อทำให้พยาธิตายก่อนรับประทาน สูงร้อยละ 23.3 (จรีภรณ์ อาจสาธิต, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังขาดข้อมูล และการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการบริโภคปลาที่มีเกรดที่ไม่สุก

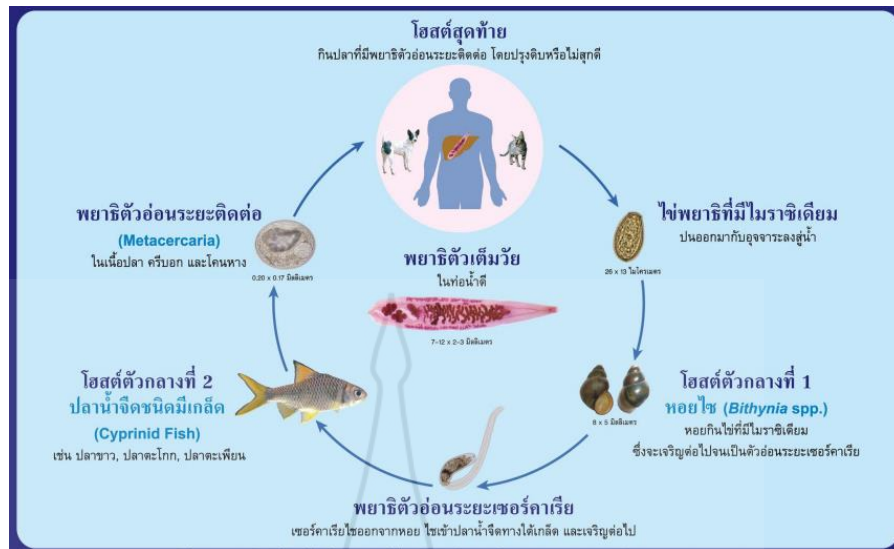
1.2 วงจรชีวิตของโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากตับติดเชื้อพยาธิ/ปรสิต (Parasite) ชื่อ “พยาธิใบไม้ตับ (Liver fluke)” โดยเป็นพยาธิตัวแบน (Flatworm) พยาธิใบไม้ตับ เป็นพยาธิที่พบในท่อน้ำดีของตับ และอาจพบได้ในท่อน้ำดีที่อยู่นอกตับ และในถุงน้ำดี ทั้งนี้มีคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม (เช่น สุนัข แมว แกะ) เป็นรังโรค (Host หรือ Reservoir) พยาธิใบไม้ตับที่พบในคนมี 5 ชนิด ซึ่งทั้ง 5 ชนิด มีวงจรชีวิตและสามารถก่อโรคได้คล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. asiola hepatica และ Fasciola gigantica (พบในทวีปอเมริกา ยุโรป เอเชีย แถบตะวันตกของแปซิฟิก/Western Pacific และแอฟริกาเหนือ)

2. *Opisthorchis viverrini* (พบใน ไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม)
3. *Opisthorchis felinus* (พบในรัสเซียไซบีเรียยูเครน และคาซัคสถาน)
4. *Clonorchis sinensis* (พบใน จีน เกาหลี ญี่ปุ่น ไต้หวัน และบางส่วนของรัสเซีย)

พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* (*O.viverrini*) มีรูปร่างแบนราบคล้ายใบไม้ หัวท้ายแหลม กว้างประมาณ 0.7-1.9 มิลลิเมตร ยาวประมาณ 5-10.2 มิลลิเมตร มีสีคล้ายเลือดจาง ๆ ภายในตัวมีระบบสืบพันธุ์ทั้งเพศผู้และเพศเมีย ตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีเล็ก (secondary bile ducts) ในตับของคน สุนัข และแมว ซึ่งเป็นโฮสต์เฉพาะ อาจพบพยาธิในท่อน้ำดีใหญ่ ถุงน้ำดี หรือท่อน้ำดีอ่อน เมื่อตัวเต็มวัยออกไข่จะปนออกมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็กและออกมาพร้อมกับอุจจาระ ถ้าถ่ายอุจจาระลงในน้ำพวกหอยซึ่งเป็นโฮสต์กลางที่หนึ่ง (first intermediate host) จะรับประทานไข่พยาธิภายในตัวหอยไข่จะฟักตัวเป็นตัวอ่อน miracidium ซึ่งจะเจริญอีกหลายขั้นตอน (sporocysts , rediae , cercariae) ตามลำดับ Cercariae จะออกจากหอย และเข้าสู่ปลาน้ำจืด ได้แก่ ปลาช่อน ปลาช่อนน้อย ปลาตะเพียน ปลากระสูบจุด ปลาแก้มขี้ไก่ เป็นต้น พัฒนาเป็น metacercariae เป็นระยะติดต่อ (infective stage) พบได้ทุกส่วนของปลา การเจริญเติบโตในหอยและปลา จนได้ระยะติดต่อใช้เวลาประมาณ 3 เดือน เมื่อคน สุนัข หรือแมว รับประทานปลาดิบหรือปลาดิบๆสุกๆ เช่น ก้อยปลา ส้มปลา ปลาจ่อม ที่มี metacercariae เข้าไป ผนังซีสต์จะถูกย่อยด้วยน้ำย่อยและแตก ตัวอ่อนออกจากผนังหุ้มที่ลำไส้เล็กส่วนต้น แล้วคืบคลานเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ เข้าสู่ท่อน้ำดีเล็ก เจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัย ใช้เวลาประมาณ 28 วัน ก็สามารถตรวจพบไข่ในอุจจาระ ครบวงจรชีวิตใช้เวลาประมาณ 4 เดือน พยาธิตัวเต็มวัยออกไข่ประมาณ 3,160 ฟอง/ ตัว/ วัน พยาธิมีชีวิตรอยู่ในคนได้ถึงประมาณ 15-20 ปี ระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยพบในทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และบางจังหวัดภาคเหนือ และภาคกลาง เป็นพยาธิของคน และสัตว์ที่เลี้ยงลูกด้วยนม ที่รับประทานปลาเป็นอาหาร พบในเนื้อปลาน้ำจืด เช่น ปลาแม่สะแตง ปลาสุด ปลาตะเพียนทราย เป็นต้น โดยมีเมตาเซอร์คาเรีย เป็นระยะติดต่อ ซึ่งการติดเชื้อจะเกิดตอนปลายฤดูฝน และตอนเข้าสู่หน้าร้อน เชื้อระยะติดต่อ จะติดต่อสู่คนและสัตว์ได้ดี คือเชื้อต้องมีอายุอยู่ในปลาอย่างน้อย 5 อาทิตย์ และเมื่อเชื้ออายุได้ 16 อาทิตย์จะติดดีที่สุด หลังจากนั้นการติดเชื้อจะค่อย ๆ ลดลง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2560)



ภาพที่ 1.1 วงจรการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ

ที่มา: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). วงจรการติดต่อของโรคพยาธิใบไม้ตับ.

สืบค้นจาก <https://www.tm.mahidol.ac.th/th/tropical-medicine-knowledge/poster-opisthorchis-viverrini.pdf>

1.3 พยาธิสรีรภาพและลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับ

พยาธิสรีรภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเคลื่อนไหวของพยาธิ สารพิษที่ออกมาจากตัวพยาธิ การตอบสนองทางอิมมูโนวิทยาของโฮสต์ รวมทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพในทางเดินน้ำดีของโฮสต์ โดยพบว่าพยาธิสภาพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิและระยะเวลาที่พยาธิอยู่ในร่างกาย ในการผ่าศพตรวจบางรายอาจพบพยาธิมากถึง 20,000 ตัว การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาอาจมีเพียงเล็กน้อย เช่น มีการหลั่ง mucin เพิ่มขึ้น มี desquamation และ adenomatous hyperlasia ของ epithelial duct ของทางเดินน้ำดี เมื่อพยาธิสภาพรุนแรงขึ้นก็จะพบ glandular proliferation เข้าสู่ท่อน้ำดี น้ำดีดั่ง มี periductal infiltration พบ Eosinophil, round cells, fibrous และ necrosis รอบ hepatic cells การอุดตันของท่อน้ำดีทำให้เกิด intrahepatic bile duct dilatation อาจพบเป็น clubbing หรือซิสต์ของท่อน้ำดีในบริเวณนี้ ภูงน้ำดีมักไม่ทำงานโดยพบเป็น white bile หรือ muddy bile ภูงน้ำดีอาจขยายโตได้มาก ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพบตับแข็ง (cirrhosis) obstructive jaundice ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) cholangitis และ cholangiocarcinoma ได้

กลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเมื่อเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แอนติเจนของพยาธิใบไม้ตับ จะไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้เกิดการตอบสนองเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานการอักเสบของเซลล์ ในขณะที่เดียวกันเซลล์เหล่านี้ก็ได้ถูกกระตุ้นให้สร้างสารอนุมูลอิสระจำนวนมากขึ้นมา โดยสารอนุมูลอิสระเหล่านี้มีหน้าที่ที่จะไปทำลายพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนั้นมันยังไปเปลี่ยนแปลงหรือทำลายสารชีวโมเลกุล อันได้แก่ ดีเอ็นเอ โปรตีน ไขมันของเซลล์ร่างกายด้วย โดยเฉพาะที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ ที่นำไปสู่การก่อมะเร็ง โดยการเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ เช่น oxidation nitration หรือทำลายโครงสร้างของดีเอ็นเอ เป็นต้น ซึ่งโดยปกติแล้วดีเอ็นเอเมื่อถูกทำลายด้วยอนุมูลอิสระ จะเกิดการซ่อมแซมของดีเอ็นเอขึ้นเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติ แต่หากดีเอ็นเอ ถูกทำลายมากจนรับภาระงานปกติจนไม่สามารถซ่อมแซมได้ ก็จะส่งผลให้เกิดการผ่าเหล่าของยีนได้ในทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการก่อมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็ง คือ การเกิดการระคายเคืองเยื่อที่ผิวหนังภายในท่อน้ำดีที่มีพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ ซึ่งพยาธิเหล่านี้มีการเคลื่อนที่ไปมาจนทำให้เกิดการระคายเคือง ผลที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายต้องสร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทนหรือซ่อมแซมเซลล์ในส่วนที่ตาย ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการแบ่งตัว เพื่อสร้างเซลล์เยื่อใหม่ขึ้นมาทดแทน นอกจากนี้แล้วสารคัดหลั่งที่เกิดจากพยาธิ ยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อท่อน้ำดีได้ด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับ nitrosamines เข้าสู่ร่างกายร่วมกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี จะเห็นได้จากผลการศึกษาในห้องปฏิบัติการที่ศึกษาหนู Hamsters ที่มีพยาธิใบไม้ตับร่วมกับการได้รับสาร nitrosamines ส่งผลให้หนูเหล่านั้นเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งนี้ nitrosamines จะพบได้มากในอาหารเกิดจากกระบวนการหมัก เช่น ปลาร้า ปลาซึ่ม เป็นต้น อาหารเหล่านี้เป็นอาหารท้องถิ่นที่นิยมรับประทานกันมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่จะทำให้ได้รับ nitrosamines เข้าสู่ร่างกายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น nitrosamines จึงเป็นปัจจัย ที่สำคัญ ที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้มากขึ้น

ลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับจะมีอาการมากหรือน้อย ขึ้นกับจำนวนพยาธิตัวแก่ ที่มีอยู่ในตับของคนนั้น และระยะเวลาการป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการ และจะไม่ทราบว่าเป็นโรคนี้น จนกว่าจะตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระหรือจนกว่าจะมีอาการของระบบทางเดินน้ำดีอักเสบหรืออุดตัน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะเกิดอาการ ส่วนใหญ่อาการเริ่มปรากฏเมื่อเข้าสู่วัย กลางคน การแบ่งกลุ่มอาการของผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

1) ไม่มีอาการ พวกนี้มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายน้อย ประมาณ 100-200 ตัว ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจอุจจาระอาจจะพบไข่พยาธิใบไม้ตับแต่ก็เป็นจำนวนน้อยกว่า 1,000 ใบต่ออุจจาระ 1 กรัม

2) อาการอย่างอ่อน ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อยู่เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร บางครั้งรู้สึกร้อน ๆ บริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณลิ้นปี่ คลำตับ ไม่พบตับโต ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณตับ ไม่เคยมีอาการเหลือง อาการเหล่านี้ พบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิ ใบไม้ตับอยู่ในจำนวนพอสมควร คือ ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 1,000-9,999 ใบ ต่ออุจจาระ 1 กรัม ในระยะนี้ ถ้าได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา จะได้ผลดีมาก ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ

3) อาการปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการให้เห็นชัดเจน เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมากค่อนข้างมาก ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 10,000-30,000 ใบต่ออุจจาระ 1 กรัมมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อยู่เป็นประจำ รวมทั้งมีอาการอาหารไม่ย่อย เจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ และชายโครงขวา หรือชายโครงทั้ง 2 ข้าง มีอาการร้อนบริเวณหน้าท้อง ปวดหลังอ่อนเพลียอาการ เหล่านี้ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาการขั้นต่อไปคืออาการของทางเดินน้ำดีอักเสบ ดังนี้ มีอาการดีซ่าน มีไข้ต่ำ ๆ เจ็บบริเวณตับ ตับโต มักเป็น ๆ หาย ๆ ถ้าอาการค่อนข้างรุนแรงจะเบื่ออาหาร ผอมและมีอาการ บวมร่วมด้วย

4) อาการรุนแรง ผู้ป่วยมักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว เนื่องจากได้รับพยาธิใบไม้ ตับเข้าร่างกายซ้ำ ๆ กัน เป็นเวลานานนับสิบปีขึ้นไป มีจำนวนพยาธิใบไม้ตับมากมาย จะมีอาการเบื่ออาหาร ชูบซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ชาบวม เส้นเลือดดำหน้าท้องเห็นชัด ท่อน ถ้าตีถูกจุด ต้นตัวเหลือง มาก ตับโต อุจจาระสีซีด ตับโตมากขึ้น อาจเป็นซิสต์ (cyst) ของตับ ตรวจคลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ หรือจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว นอกจากนี้ ยังมี ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่มักพบร่วมกับพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับชนิด มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตในที่สุด

1.4 การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

1) การวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ

การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้หลายวิธี (กรมควบคุมโรค (2561), CASCAP (2561)) ดังนี้

(1) การตรวจทางปรสิตวิทยา การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ยังถือว่าเป็นการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดในปัจจุบัน และเชื่อถือได้มากที่สุดความไว

ขึ้นกับเทคนิคที่เลือกใช้ ได้แก่ การตรวจชนิดธรรมดา (simple smear หรือ direct fecal smear) วิธีของ คาโต (Kato's thick smear), วิธีตกตะกอนด้วยน้ำยาฟอร์มาลินและอีเทอร์ (quantitative modified formalin-ether sedimentation method) การตรวจด้วยสองวิธีหลังเป็นการตรวจแบบเข้มข้นทำให้สามารถตรวจพบไข่พยาธิที่มีจำนวนน้อยในอุจจาระได้ โดยมีวิธีการตรวจดังนี้ คือ ตักอุจจาระประมาณ 60-70 มิลลิกรัม ใส่ลงบนกระจกสไลด์แล้วปิดด้วยแผ่นกระดาษแก้วเซลโลเฟนที่แช่อยู่ในน้ำยาเกลือซีโรน-มาลาโคท์กรีน อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนใช้ หลังจากนั้นใช้จุกยางกดลงบนกระดาษเซลโลเฟน ตรงบริเวณที่มีอุจจาระอยู่ เพื่อให้อุจจาระกระจายสม่ำเสมอและบางพอที่จะสามารถตรวจได้ ทิ้งไว้ที่ อุณหภูมิห้องประมาณ 1 ชั่วโมง (อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส) หรือที่อุณหภูมิ 34-40 องศาเซลเซียส ประมาณ 20-30 นาที แล้วส่องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (ฐิติมา วงศาโรจน์ และไพศาล อิมพันธ์, 2559) แต่ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระก็ยังขึ้นอยู่กับจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ ซึ่งจะแปรผันโดยตรงกับจำนวนพยาธิที่อยู่ในตับของแต่ละคน ปริมาณการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำแนกตามจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ ดังนี้

- ก. ปริมาณการติดเชื้อเล็กน้อย ไม่รุนแรง (light) มีจำนวนไข่พยาธิ 1- 999 ใบ ในอุจจาระ 1 กรัม
- ข. ปริมาณการติดเชื้อปานกลาง (medium) มีจำนวนไข่พยาธิ 1,000 - 9,999 ใบ ในอุจจาระ 1 กรัม
- ค. ปริมาณการติดเชื้อมาก (heavy) มีจำนวนไข่พยาธิ 10,000-29,999 ใบ ในอุจจาระ 1 กรัม
- ง. ปริมาณการติดเชื้อรุนแรงมาก (very heavy) มีจำนวนไข่พยาธิ 30,000 ใบ ขึ้นไป ในอุจจาระ 1 กรัม

(2) การตรวจหาตัวพยาธิในอุจจาระ ตัวพยาธิใบไม้ตับจะตรวจพบในอุจจาระหลังรับประทานยาถ่ายพยาธิ และให้ยาระบายเพื่อขับพยาธิออกมา หลังจากนั้นเก็บอุจจาระภายใน 24 ชั่วโมงมาตรวจโดยวิธีตกตะกอน (sedimentation) ในน้ำเกลือ เป็นการวินิจฉัยที่แน่นอนและบอกชนิดของพยาธิได้

(3) การตรวจหาไข่และตัวพยาธิในน้ำดี เนื่องจากตัวเต็มวัยของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในน้ำดี จึงสามารถตรวจพบไข่และตัวพยาธิในน้ำดีได้ซึ่งอาจจะตรวจจากน้ำย่อยบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น หรือตรวจจากตับและถุงน้ำดีขณะผ่าตัดหรือตรวจศพ

2) การตรวจทางอิมมูโนวิทยา เป็นการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อทางน้ำเหลืองวิทยาเป็นการตรวจหาระดับ ภูมิคุ้มกันเฉพาะ (specific antibody) ในซีรัมผู้ป่วยโดยวิธีต่าง ๆ ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาพยาธิใน อุจจาระได้เพราะสภาพของโรคเรื้อรังมีทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร การตรวจด้วยวิธีนี้ มักจะให้ผลบวกเป็น กลุ่มของพยาธิใบไม้ กล่าวคือ ให้ผลบวกปลอมในระหว่างพยาธิใบไม้

ด้วยตนเอง เช่น พยาธิใบไม้ปอด พยาธิใบไม้ลำไส้ พยาธิใบไม้เลือด ในอัตราที่ค่อนข้างสูงและยังพบว่าการตรวจชนิดนี้ ไม่สามารถแยก การติดเชื้อในอดีตและปัจจุบัน (สรญา แก้วพิบูลย์ 2560; CASCAP, 2561)

3) การตรวจแอนติเจนพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะเนื่องจากพยาธิใบไม้ตับระยะตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี จะสามารถปลดปล่อยสารคัดหลั่งหรือแอนติเจนออกมาในกระแสเลือดได้ จากนั้นแอนติเจนที่อยู่ในกระแสเลือดจะถูกดูดซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งไต ซึ่งแอนติเจนจะถูกกรองออกมากับปัสสาวะ จึงสามารถนำมาตรวจวัดโดยใช้เทคนิคพิเศษคือไลซ่า แต่จำเป็นต้องใช้โมโนโคลนัลแอนติบอดีที่มีความเฉพาะเจาะจงกับแอนติเจนของพยาธิใบไม้ตับที่สามารถผลิตได้จากห้องแล็บปฏิบัติการ CASCAP ในการตรวจเท่านั้น (CASCAP (2561), นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ และชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง (2563)

2) การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรักษา ในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นมีวิธีในการรักษา ดังนี้

(1) การรักษาทั่วไป หากผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ก็รักษาตามอาการและให้กลับบ้านพักผ่อน รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม และให้ผู้ป่วยรับประทานยาขับลม ตามอาการ หากมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ก็ให้ยาช่วยย่อย ยาขับลม ตามอาการ หากมีอาการของท่อน้ำดีอักเสบก็ให้ยาปฏิชีวนะทำลายการติดเชื้อแบคทีเรีย

(2) การรักษาภาวะแทรกซ้อน ภาวะเหลืองที่เกิดจากการอุดตันทางเดินน้ำดี หากจะทำให้อาการเหลืองทุเลาลง อาจต้องใช้การศัลยกรรมเพื่อเชื่อมต่อทางเดินน้ำดีใหม่

(3) การรักษาเฉพาะ

ก. การรักษาด้วยยา

ก) ยา Praziquantel (CASCAP, 2561) ยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ พยาธิใบไม้ลำไส้ พยาธิตัวดี วิธีการใช้ยาให้รับประทานยาตามน้ำหนักตัวขนาด 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมรับประทานครั้งเดียวหลังอาหารทันทีอาการ อัตราหายร้อยละ 91-97 โดยยา praziquantel (ที่รับประทานเข้าไปจะไปทำให้กล้ามเนื้อของพยาธิหดตัว ผิวหนังของพยาธิถูกทำลายเกิดการแตกตัว การดูดซึมเกลือแร่ธาตุ ผ่านผิวของพยาธิเสียสมดุลและตายในที่สุด จากการถูกทำลายของผิวหนังจนถึงการแตกตัวของพยาธิทำให้ไข่พยาธิหลุดออกจากตัวพยาธิแล้วออกมากับอุจจาระ ดังนั้นหลังจากการรับประทานยาแล้ว 2-3 วัน จะพบไข่พยาธิจากอุจจาระออกมาจำนวนมาก หลังจากนั้นไข่พยาธิจะมีจำนวนลดลงจนไม่พบอีก หลังจากรับประทานยา 1 สัปดาห์ สามารถประเมินประสิทธิภาพของยาได้โดยการตรวจอุจจาระ 15-30 วันหลังรับประทานยาและอัตราการกำจัดการกลับเข้าสู่ปกติภายหลังให้ยากำจัดพยาธิแล้ว 60 วัน อาการข้างเคียงของยา เป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยอาการที่พบได้หลังรับประทานคือปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ ปวดท้อง และปวดกล้ามเนื้อ แต่ไม่ได้

เกิดขึ้นกับผู้รับประทานยาทุกรายและอาการจะหายภายใน 48 ชั่วโมง ข้อห้ามการใช้ยา ห้ามใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร (ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์) เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และผู้ที่แพ้หรือไวต่อยาและส่วนประกอบของยา ห้ามดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงรับประทานยารักษาโรค

น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	จำนวนเม็ดยาที่ให้ใน1 ครั้ง
15-20	1
21-26	1 _{1/2}
27-34	2
35-41	2 _{1/2}
42-50	3
51-56	3 _{1/2}
57-64	4
65-70	4 _{1/2}
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	จำนวนเม็ดยาที่ให้ใน1 ครั้ง
น้ำหนักตัว(กิโลกรัม) ตามนี้ให้แบ่งยาให้2ครั้ง	จำนวนเม็ดยาทั้งหมดและการบริหารยา
71-80	5 โดยแบ่งให้เพียง2 _{1/2} และ เย็น2 _{1/2}
≥81	5-5 _{1/2} โดยแบ่งให้เพียง2 _{1/2} และ เย็น2 _{1/2}

ตารางที่ 2.1 การคำนวณเม็ดยาที่ต้องได้รับในช่วงน้ำหนักตัวต่าง ๆ

ข) ยา Mebendazole เป็นยาในกลุ่ม Benzimidazole มีฤทธิ์กำจัดพยาธิได้กว้างขวางมีประสิทธิภาพดีสำหรับใช้รักษาโรคพยาธิลำไส้ตัวกลมทุกชนิด ขนาดที่ใช้รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับคือ 20 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม รับประทานติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ อัตราหายขาดร้อยละ 70 แต่ถ้าเพิ่มขนาดเป็น 30 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม รับประทานติดต่อกันนาน 3-4 สัปดาห์ อัตราหายขาดร้อยละ 89-94

(4) การรักษาด้วยการผ่าตัด วิธีนี้จะใช้ในกรณีที่มีอาการรุนแรงแล้วโดยเฉพาะการเกิดท่อน้ำดีอุดตันถาวรแก้ไขด้วยยากำจัดพยาธิอย่างเฉียดไม่ได้ผล การผ่าตัดจะช่วยทำให้น้ำดีไหลลงสู่ทางเดินอาหารได้ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วจากการผ่าตัดจะพบว่าท่อน้ำดีอุดตันนั้นจะเกิดจากมะเร็ง ท่อน้ำดีมากกว่าดังนั้นวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดนอกจากจะช่วยทำให้น้ำดีไหลลงสู่ทางเดินอาหารได้แล้ว จึงเป็นการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกอีกด้วย

1.5 การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ประกาศรี จงสุขสันติกล และคณะ (2559) ได้ให้หลักการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับเพื่อลดอัตราความชุกของโรคให้อยู่ในระดับที่คาดว่าจะไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขได้นั้น จะต้องมี องค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการด้วยกัน ดังนี้ ประการที่หนึ่ง ผู้ที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการตรวจอุจจาระและการรักษาพยาธิจนหาย ประการที่สอง ผู้ที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ได้รับการรักษาจนหายขาดจากโรคแล้ว ไม่มีการติดโรคซ้ำอีก ประการที่สาม ผู้ที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมาก่อนไม่มีการติดต่อโรคเพิ่มขึ้น ประการที่สี่ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แพร่โรคให้กับชุมชน ดังนั้น มาตรการสำคัญที่จะทำให้เกิดองค์ประกอบของการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีศักยภาพสูง

1) มาตรการในการกำจัดแหล่งแพร่โรค คือการดำเนินงานเพื่อให้มีการตรวจอุจจาระและการรักษาพยาธิให้มีความครอบคลุมสูง และมีความถี่หรือความต่อเนื่องสูงพอที่จะทำให้ประชากรเป้าหมายป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดน้อยลง

2) มาตรการในการหยุดยั้งการติดโรค คือ การดำเนินงานเพื่อให้มีการบริโภคอาหารปลาดิบ หรืออาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับให้น้อยที่สุด

3) มาตรการในการหยุดยั้งการแพร่โรค คือการดำเนินงานเพื่อลดการ แพร่กระจายของอุจจาระมิให้ลงสู่แหล่งน้ำหรือให้เหลือน้อยที่สุดโดยการรณรงค์สร้างส้วมและสร้าง สุชนิสัยการถ่ายในส้วม

4) มาตรการในการพึ่งตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีการพึ่งตนเองในการตรวจรักษาพยาธิและชุมชนมีส่วนร่วม ในการตรวจอุจจาระและการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้มากที่สุด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับและการคัดกรองโรค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับและการคัดกรองโรค สงกรานต์ นักบุญ (2560) มีดังนี้

1) ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) สภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชน อาจเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ แหล่งน้ำ ระบบชลประทาน และทรัพยากรอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวยจากการศึกษาของคณะเวชศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชลประทานมีอัตรา การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าบริเวณอื่น และบริเวณที่ได้รับน้ำจากการชลประทานนานกว่า จะมีอัตราการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่าด้วย

2) *สภาวะสุขภาพ (Health condition)* โดยปกติพฤติกรรมการบริโภคที่ดี และสุขภาพ ร่างกายที่แข็งแรงมักจะไปด้วยกัน แต่ในชุมชนบางแห่งมีผลการศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี แต่ยังเกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เช่น การติดเชื้อจากโรคพยาธิ ดังนั้น ก็ต้องพิจารณา ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย เช่น ด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3) *ภาวะเศรษฐกิจ (Economic status)* รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้อหรือไม่ซื้ออาหารชนิดต่าง แต่การมีฐานะที่ดีก็ไม่จำเป็นว่า บุคคลนั้นจะมี พฤติกรรมการบริโภคที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับความรู้ทางด้านโภชนาการ ค่านิยม และความเชื่อ ด้านอาหารด้วย ซึ่งพิศาล ประทีป (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคพยาธิ ไบไม้ตับในประชาชนจังหวัดน่านพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด ในลักษณะดิบ ๆ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร

4) *ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural factor)* ประกอบด้วยความเชื่อ ค่านิยม รวมถึงขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถ่ายทอดกันมา กฎบังคับ หรือบรรทัดฐานทางสังคม เพื่อให้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมถูกต้อง ดังเช่นการศึกษาของพบว่างานปอยในเทศกาลต่าง ๆ ของคนในภาคเหนือจะมีการทำอาหารที่นิยมคือ ลาบปลาดิบ ทำให้คนในภาคเหนือมีการบริโภค อาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นพยาธิไบไม้ตับ

5) *ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (Social factor)* ปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนด หรือบริโณคนิสนั้น เป็นการที่รู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีไม่ใช่กฎหมายบังคับ เพราะแต่ละสังคมอาจ มีอาหารประจำสังคม หรือประจำชาติของตน และแต่ละสังคมมักมีการกำหนดสถานะภาพของแต่ละคนไว้ต่างกัน ตามเพศ ฐานะ ศักดิ์ศรีและความสำคัญของแต่ละบุคคล ดังนั้น เมื่อสังคมนั้นกำหนดตามประเภทของบุคคลไว้แล้ว มักมีกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกันไว้ด้วย

6) *ครอบครัว (The family)* ซึ่งถือว่ามีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรมการบริโภค เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ ให้กับเด็ก แม้ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมประเพณี เดียวกันแต่ถ้าครอบครัวถ่ายทอดความรู้ให้ในลักษณะที่แตกต่างกัน เด็กซึ่งได้รับ ทั้งความมีเหตุผล และ การแสดงออกซึ่งอารมณ์ที่ต่างกันก็ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติ และความชอบของ อาหารนั้น ๆ ต่างกัน จากการศึกษาของ กนกภรณ์ เกตุพรหม (2559) พบว่า ครอบครัวมักปรุงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แล้วรับประทานกันทั้งครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึง รับประทานจนเกิดความเคยชิน และติดใจในรสชาติ ซึ่งการที่บิดา มารดา รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และส่งเสริมให้บุตรรับประทานอาหารดังกล่าว ตลอดจนสั่งสอนให้เด็กเข้าใจว่า ถ้ารับประทาน อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้เป็นคนเก่ง จึงทำให้เด็กติดเป็นนิสัย มีโอกาสติดเชื้อพยาธิไบไม้ตับได้

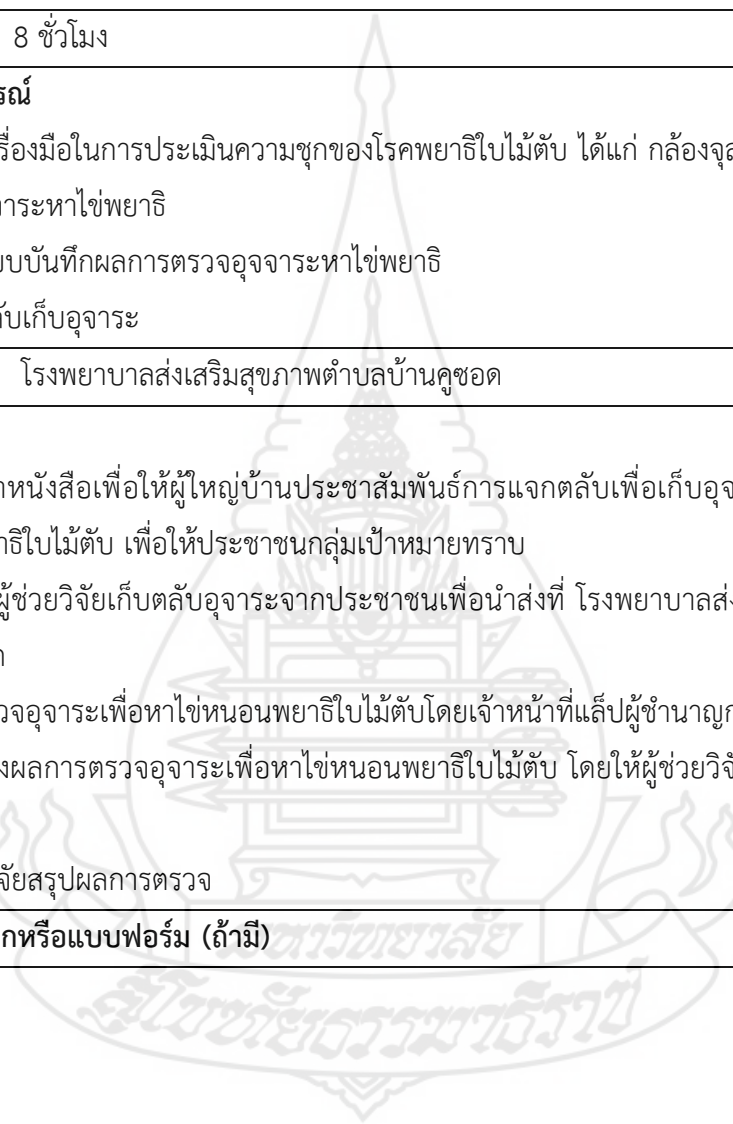
7) ค่านิยมของสังคม ในบางสังคมเพศชายต้องได้รับประทานอาหารก่อนสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในบ้าน อาหารที่ดีที่สุดมีไว้สำหรับแขกผู้มาเยือน หรือเพศชายในแต่ละครอบครัว ดังนั้น ปริมาณอาหารและคุณค่าของอาหารจึงได้รับไม่เท่ากัน ตามความจำเป็นของสมาชิกแต่ละคน นอกจากนี้สังคมยังมีส่วนสำคัญต่อชีวิตประจำวัน เช่น การฉลองงานวันเกิด งานขึ้นปี ใหม่ ฯลฯ ประเพณี การเลี้ยงอาหารไม่เพียงแต่ระงับความหิว แต่เพื่อความพอใจ และสร้างความผูกพันร่วมกัน ระหว่าง สมาชิกกลุ่มและสังคม จากการศึกษาของ บุญจันทร์ (2559) พบว่าผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ก็คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปไม่ค่อยดี ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมักจะเป็นลักษณะเฉพาะของเพศชาย ส่วนใหญ่มักจะมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ หรือปรุงไม่สุก กับเพื่อนหรือญาติในครอบครัว เป็นผลให้สมาชิก ในครัวเรือนติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับไปด้วย

สรุป พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* คือ พยาธิที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คนติดเชื้อพยาธิโดยรับประทานปลาที่มีระยะติดต่อ เช่น ก้อยปลา ปลาสาม ปลาจ่อม ผู้ป่วยระยะแรกๆ มักจะไม่มีอาการ เมื่อพยาธิใบไม้ตับมีการสะสมมาก ๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการท้องขึ้น ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย มักจะปรากฏเป็นประจำ เป็นๆ หายๆ มีอาการเจ็บตื้อและรู้สึกร้อน บริเวณตับ กดเจ็บบริเวณชายโครงขวา บางครั้งมีไข้ต่ำ ๆ ตัวอาจคลำพบและเจ็บบ้าง บางรายถ่ายอุจจาระบ่อย ๆ วันละหลายครั้ง สลับกับท้องผูก บางครั้งก็มีอาการตัวเหลืองเกิดขึ้น อาการเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วหายไป แล้วก็เกิดขึ้นมาใหม่อีก ในรายที่เป็นค่อนข้างรุนแรงอาจเบื่ออาหารผอมลง และมีอาการขาดอาหารผสมด้วย อาจมีบวมผสมด้วย ถ้าปล่อยไว้นาน ๆ จะมีอาการอักเสบของท่อน้ำดี ตับโต มีไข้ และเกิดเนื้อร้ายในตับและท่อน้ำดี ปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาอยู่ 2 ชนิด คือ ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) และยาอัลเบนดาโซล (Albendazole) แต่จะใช้ได้ดีในการเป็นโรครยะแรก ๆ เท่านั้น ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการรณรงค์การงดรับประทานอาหารดิบๆ สุกๆ ควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย และหยุดยั้งการแพร่โรคพยาธิใบไม้ตับและลดการแพร่กระจายอุจจาระให้ลงสู่แหล่งน้ำ โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบถึงอันตราย วิธีการติดต่อ การควบคุมป้องกัน ตลอดจนการไปรับการตรวจรักษา การรับประทานยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ การปรับปรุงในด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การงดเว้นการรับประทานปลาดิบหรือปลาที่ได้รับการปรุงอย่างสุก ๆ ดิบ ๆ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาที่ปรุงสุก เพื่อป้องกันการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้

ใบกิจกรรมที่ 1 ระดมสมอง	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจสถานการณ์ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ 2) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจและเห็นความสำคัญของเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึงศักยภาพและความสามารถของชุมชนในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ระดมสมองเสนอแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อใช้ปฏิบัติในชุมชน
เวลาที่ใช้	1 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1) PowerPoint 2) กระดาษ Flip chart 3) ปากกาเคมี
สถานที่	ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการระดมสมอง ตามใบกิจกรรม 2) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน เป็น 2 กลุ่ม และ 8 คน อีก 1 กลุ่ม แจกกระดาษ Flip chart และปากกาเคมี ให้แต่ละกลุ่ม ดำเนินการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> (1) ให้แต่ละกลุ่มเลือกประธานกลุ่ม และเลขานุการกลุ่มและตั้งชื่อกลุ่ม (2) ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ ประเด็นสำคัญในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ ▪ ระบุพื้นที่และประชากร ▪ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ▪ วิเคราะห์ความสามารถและความพร้อมของชุมชน ▪ นโยบายสาธารณะเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในพื้นที่เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (3) ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอและอภิปรายเนื้อหาจากการระดมสมองตามประเด็นดังกล่าว (4) รวบรวมประเด็นข้อเสนอ เพื่อนำเข้าและกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะของชุมชน (5) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา (6) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

ใบกิจกรรมที่ 2 จัดตั้งกลุ่มแกนนำสุขภาพในพื้นที่	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) เพื่อจัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่เพื่อร่วมดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)ในพื้นที่
เวลาที่ใช้	1 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์	<p>สื่อที่ใช้ในการอบรมและการให้สุขศึกษาได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) PowerPoint 2) กระดาษ Flip chart 3) ปากกาเคมี
สถานที่	ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมจัดตั้งกลุ่มแกนนำสุขภาพในพื้นที่ ตามใบกิจกรรม 2) ผู้วิจัยอธิบายถึงการทำงานและบทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและบทบาทร่วมกับแกนนำสุขภาพ 3) ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการอบรม เสนอชื่อผู้เข้ารับการอบรม เพื่อคัดเลือกเป็นกรรมการกลุ่มแกนนำและให้ผู้เข้ารับการอบรมยกมือคัดเลือก ซึ่งประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ▪ ประธาน 1 คน ▪ รองประธาน 1 คน ▪ เลขานุการ 1 คน ▪ เภรัญญิก 1 คน 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา 5) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

ใบกิจกรรมที่ 3 ลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดภัยไปไม้ดับ เลิกกินปลาดิบ
วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีสิ่งยึดเหนี่ยว กระตุ้นเตือนห้ามไม่ให้มีพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ หรือ อาหารที่มีโอกาสทำให้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ดับ
เวลาที่ใช้ 40 นาที
วัตถุประสงค์ 1) แบบลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดภัยไปไม้ดับ เลิกกินปลาดิบ 2) ใบประกาศนียบัตรคนตำบลคูซอดปลอดภัยไปไม้ดับ เลิกกินปลาดิบ 3) ปากกา
สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดภัยไปไม้ดับ เลิกกินปลาดิบ 2) ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการอบรมที่มีความสนใจและตั้งใจจริงที่จะเลิกรับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ หรือ อาหารที่มีโอกาสทำให้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ดับ ลงปฏิญญา “คนตำบลคูซอดปลอดภัยไปไม้ดับ เลิกกินปลาดิบ” โดยมีแกนนำสุขภาพร่วมเป็นสักขีพยานและช่วยในการจัดสถานที่ในการลงปฏิญญา ตลอดจนช่วยลำดับพิธีการเพื่อให้ดูเป็นพิธีการที่น่าเชื่อถือ โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูซอดและกำนันตำบลคูซอด เป็นประธานในพิธีลงปฏิญญา ซึ่งในขั้นตอนการลงปฏิญญา แกนนำสุขภาพจะให้ทุกท่านสวดมนต์และกล่าวพันธะสัญญาสั้น ๆ ว่า “ข้าพเจ้า.....(ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย).....จะถือสัจจะวาจาว่า จะเลิกรับประทานปลาดิบ ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ และส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ เพื่อตัวข้าพเจ้าและครอบครัวต่อไป” หลังจากนั้นให้แต่ละคนจะเดินขึ้นไปบนเวที ไ้โค้งคำนับพระบรมฉายาลักษณ์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 และเดินไปที่โต๊ะเพื่อลงนามในสมุดลงนามที่วางไว้หน้าพระพุทธรูป 3) ผู้วิจัยมอบใบประกาศนียบัตรรับรองการลงชื่อในสมุดลงปฏิญญาคนตำบลคูซอดปลอดภัยไปไม้ดับ ให้ผู้เข้ารับการอบรมที่ลงนาม 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา 4) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)

ใบกิจกรรมที่ 4 สํารวจข้อมูลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ 2) เพื่อให้ทราบสถานการณ์การติดเชื้อ ความชุกของพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่
เวลาที่ใช้	8 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เครื่องมือในการประเมินความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ กล้องจุลทรรศน์อุปกรณ์การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ 2) แบบบันทึกผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ 3) ตลับเก็บอุจจาระ
สถานที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน	<ol style="list-style-type: none"> 1) ทำหนังสือเพื่อให้ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์การแจกตลับเพื่อเก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่หนอนพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทราบ 2) ให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บตลับอุจจาระจากประชาชนเพื่อนำส่งที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด 3) ตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่หนอนพยาธิใบไม้ตับโดยเจ้าหน้าที่แล็บผู้ชำนาญการ 4) แจ้งผลการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่หนอนพยาธิใบไม้ตับ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยแจ้งผลโดยตรงกับผู้ติดเชื้อ 5) ผู้วิจัยสรุปผลการตรวจ
แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)	<div style="text-align: right;">  </div>

ใบกิจกรรมที่ 5 หัวข้อ “พยาธิใบไม้ตับ มหันตภัยร้าย”	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจสถานการณ์ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ 2) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจและเห็นความสำคัญของเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึงศักยภาพและความสามารถของชุมชนในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
เวลาที่ใช้	8 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1) สื่อที่ใช้ในการอบรมและการให้สุศึกษาได้แก่Power Point 2) วิดีทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” 3) คู่มือ “อสม.หมอบระจําบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ”
สถานที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการระดมสมอง ตามใบกิจกรรม 2) แจก คู่มือ “ อสม.หมอบระจําบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ” 3) ถ่ายยาพลาซีควอลเทลให้กับผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 4) ชมวีทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” 5) บรรยายความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 7) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)	

ใบกิจกรรมที่ 6 จัดตั้งกลุ่มประชาชนเล็กบริโศคปลาติบ	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการอบรมที่มีภาวะสุขภาพเหมือนกัน มีการรวมกลุ่มกันอย่างเป็นรูปธรรม 2) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโศคปลาติบ อย่างยั่งยืน
เวลาที่ใช้	1 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1) สื่อที่ใช้ในการอบรมและการให้สุขศึกษาได้แก่Power Point 2) กระดาษ Flip chart 3) ปากกาเคมี
สถานที่	ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมจัดตั้งกลุ่มประชาชนเล็กบริโศคปลาติบ ในพื้นที่ตามใบกิจกรรม 2) ผู้วิจัยอธิบายถึงการทำงานและบทบาทหน้าที่และประโยชน์ของการรวมกลุ่มของประชาชนเล็กกินปลาติบ 3) ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการอบรม เสนอชื่อผู้เข้ารับการอบรม เพื่อคัดเลือกเป็นกรรมการกลุ่มเล็กบริโศคปลาติบ และให้ผู้เข้ารับการอบรมยกมือคัดเลือก ซึ่งประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ▪ ประธาน 1 คน ▪ รองประธาน 1 คน ▪ เลขานุการ 1 คน ▪ เหนรัญญิก 1คน 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา 5) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)	

ใบกิจกรรมที่ 7 ระดมสมองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
วัตถุประสงค์ <ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจสถานการณ์ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ 2) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจและเห็นความสำคัญของเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมหาแนวทางข้อปฏิบัติเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ระดมสมองเสนอแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เวลาที่ใช้ 1 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์ <ol style="list-style-type: none"> 1) PowerPoint 2) กระดาษ Flip chart 3) ปากกาเคมี
สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการระดมสมอง ตามใบกิจกรรม 2) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน เป็น 2 กลุ่ม และ 12 คน อีก1กลุ่ม แจกพร้อมกระดาษ Flip chart และปากกาเคมี ให้แต่ละกลุ่ม ดำเนินการดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ร่วมกันการอภิปรายถึงสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ การระบุถึงสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ▪ ระดมความคิดเห็นเสนอแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมความเสี่ยงการบริโภคอาหารประเภทปลาดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบอาหารในครัวเรือนเพื่อเสี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ▪ สรุปผลการระดมสมอง และอภิปรายเนื้อหาจากการระดมสมองตามประเด็นดังกล่าว 3) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา 4) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)

ใบกิจกรรมที่ 8 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ
วัตถุประสงค์ <ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียของภาวะสุขภาพตนเองในการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจและเห็นความสำคัญของควบคุมและการกำจัดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับออกจากร่างกาย 3) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ระดมสมองเสนอแนวทางในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อใช้ปฏิบัติตัวในชุมชน
เวลาที่ใช้ 2 ชั่วโมง
วัสดุอุปกรณ์ <ol style="list-style-type: none"> 1) PowerPoint 2) กระดาษ Flip chart 3) ปากกาเคมี
สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด
ขั้นตอน <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการระดมสมอง ตามใบกิจกรรม 2) ให้ผู้เข้ารับการอบรม ฟังบรรยายและเล่าประสบการณ์จากผู้ที่เป็นด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน เป็น 2 กลุ่ม และ 12 คน อีก1กลุ่ม แจกพร้อมกระดาษ Flip chart และปากกาเคมี ให้แต่ละกลุ่ม ดำเนินการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> (1) ให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การเป็นพยาธิใบไม้ตับและ (2) ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ ประเด็นสำคัญในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ (3) ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอและอภิปรายเนื้อหาจากการเรียนรู้ประเด็นดังกล่าว (4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา 4) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)

<p>ใบกิจกรรมที่ 9 สำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ ชีจุดที่เป็นปัญหา สำรวจปลา หอยไซ ที่เป็นพาหะของเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแกนนำและเครือข่าย</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้แกนนำสุขภาพและเครือข่ายได้เห็นสภาพแวดล้อมจริงที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) เพื่อให้แกนนำสุขภาพและเครือข่ายเห็นความสำคัญความสำคัญของการจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) เพื่อให้แกนนำสุขภาพและเครือข่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมหาแนวทางในการจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ
<p>เวลาที่ใช้ 5 ชั่วโมง</p>
<p>วัสดุอุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อุปกรณ์ในการจับสัตว์ตัวอย่างเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 2) แบบสำรวจและบันทึกอนามัยสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพที่ถูกสุขลักษณะ 3) กระดาษ Flip chart 4) ปากกาเคมี
<p>สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด ,พื้นที่แหล่งน้ำในตำบล</p>
<p>ขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการระดมสมอง ตามใบกิจกรรม 2) แกนนำและเครือข่าย แบ่งเป็น 3 ทีม เพื่อออกสำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพที่เป็นแหล่งรังโรคของพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและแหล่งน้ำ 3) นำเสนอผลการสำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพที่เป็นแหล่งรังโรคของพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและแหล่งน้ำตลอดจนข้อเสนอในการจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพที่เป็นปัญหาและเอื้อต่อการเป็นแหล่งรังโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา 5) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
<p>แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)</p>

<p style="text-align: center;">ใบกิจกรรมที่ 10 สรุปความรู้ กลวิธีเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ เผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้แกนนำสุขภาพและเครือข่ายได้สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) เพื่อให้แกนนำสุขภาพและเครือข่าย ได้ทราบถึงกลวิธีเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ 3) เพื่อเผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษาให้ที่ประชุม <p>1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคูซอด (พชต.คูซอด)</p>
<p>เวลาที่ใช้ 5 ชั่วโมง</p>
<p>วัสดุอุปกรณ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อุปกรณ์ในการจับสัตว์ตัวอย่างเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 2) แบบสำรวจและบันทึกอนามัยสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพเฝ้าระวังที่ถูกละเลย 3) กระดาษ Flip chart 4) ปากกาเคมี
<p>สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด ,พื้นที่แหล่งน้ำในตำบล</p>
<p>ขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ กิจกรรมการสรุปความรู้ กลวิธีเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ เผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามใบกิจกรรม 2) แกนนำและเครือข่าย สรุปถอดบทเรียนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้ผู้ติดตามพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับและประเมินผล 3) แกนนำและเครือข่าย สรุปกลวิธีเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับให้แกนนำสุขภาพและประเมินผล 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามปัญหา 5) ผู้วิจัยสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ <p>1) 6. ผู้วิจัยนำเข้าข้อมูลและเผยแพร่ผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษาให้ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.คูซอด) รับทราบ</p>
<p>แบบบันทึกหรือแบบฟอร์ม (ถ้ามี)</p>



ภาคผนวก ฉ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยรายข้อ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้การ ขับเคลื่อนชุมชนใน การควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ (n = 28)			หลังดำเนินการ (n = 28)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. ชุมชนมีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายเพื่อดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.00	.81	น้อย	2.00	1.20	มาก	-7.120	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.07	.66	น้อย	1.96	.83	น้อย	.902	.375
2. แกนนำสุขภาพมีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.29	.71	น้อย	4.07	.86	มาก	-8.333	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.50	.50	น้อย	2.29	.71	น้อย	1.996	.056
3. แกนนำสุขภาพมีการวางแผนทรัพยากร เงิน คน วัสดุสิ่งของ เพื่อใช้ดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.46	.79	น้อย	4.39	.95	มาก	-10.856	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.07	.60	น้อย	1.93	.71	น้อย	2.121	.043
4. แกนนำสุขภาพมีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.11	.95	น้อย	3.96	1.31	มาก	-6.042	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.25	.92	น้อย	2.07	.90	น้อย	1.095	.283
5. แกนนำสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือกติกา ข้อตกลง เพื่อดำเนินงานควบคุมหรือแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	1.71	.89	น้อย	3.96	1.26	มาก	-7.329	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.71	.85	น้อย	1.75	.84	น้อย	-.225	.823
6. แกนนำสุขภาพมีการประชาสัมพันธ์และนำเสนอสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบ								
กลุ่มทดลอง	2.07	.94	น้อย	3.61	1.22	มาก	-5.499	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.36 ^a	.78	น้อย	2.36 ^a	.78	น้อย	0	0

การรับรู้การ ขับเคลื่อนชุมชนใน การควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 28)			(n = 28)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
7. แกนนำสุขภาพมีการเสริมสร้างศักยภาพของแกนนำภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างพลังแนวร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	1.89	.83	น้อย	4.18	1.02	มาก	-8.575	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.07	.60	น้อย	2.14	.59	น้อย	-.812	.424
8. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนมีการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง								
กลุ่มทดลอง	2.00	.86	น้อย	4.43	.83	มาก	-9.755	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.07	.81	น้อย	2.11	.68	น้อย	-.372	.713
9. ชุมชนมีการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	1.93	.85	น้อย	4.50	.92	มาก	-9.546	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.18 ^a	.54	น้อย	2.18 ^a	.54	น้อย	0	0
10. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นระบบ								
กลุ่มทดลอง	1.54	.83	น้อย	4.43	.69	มาก	-14.853	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.46	.69	น้อยที่สุด	1.68	.81	น้อย	-1.185	.246
11. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	1.50	.79	น้อย	4.50	.63	มาก	-14.582	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.29	.53	น้อยที่สุด	1.43	.69	น้อยที่สุด	-1.00	.326
12. ชุมชนมีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.39	.73	น้อย	4.21	.91	มาก	-9.127	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.32 ^a	.77	น้อย	2.32 ^a	.77	น้อย	0	0
13. ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรองการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง								
กลุ่มทดลอง	2.36	.91	น้อย	4.11	.994	มาก	-6.359	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.54	.57	ปานกลาง	2.25	2.79	ปานกลาง	2.295	.030
14. ชุมชนมีการสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชน								
กลุ่มทดลอง	2.29	.89	น้อย	3.93	1.01	มาก	-6.361	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.64	.73	น้อย	1.54	.637	น้อย	1.362	.184

การรับรู้การ ขับเคลื่อนชุมชนใน การควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 28)			(n = 28)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
15. ชุมชนมีการจัดทำสื่อหรือเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง เช่น ป้าย ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น								
กลุ่มทดลอง	2.68	.54	ปานกลาง	4.46	.83	มาก	-8.584	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.21	.49	น้อย	1.96	.50	น้อย	2.049	.050
16. ชุมชนมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการส่งเสริมการนำความรู้ใหม่มา ประยุกต์ใช้ในชุมชน								
กลุ่มทดลอง	2.43	.83	น้อย	4.39	.87	มาก	-8.240	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.07	.46	น้อย	2.00	.54	น้อย	.812	.424
17. ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด แบบดิบหรือ สุก ๆ ดิบ ๆ								
กลุ่มทดลอง	2.25	.79	น้อย	4.61	.56	มากที่สุด	-15.097	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.96	.50	น้อย	2.07	.60	น้อย	-1.140	.264
18. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลจากอูจระอย่างถูกสุขลักษณะ เพื่อกำจัดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.32	.77	น้อย	4.25	.70	มาก	-11.342	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.07	.60	น้อย	2.21	.68	น้อย	-1.072	.293
19. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งต่อ เพื่อการรักษา ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.32	.81	น้อย	4.29	.71	มาก	-9.134	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.75	.64	น้อย	1.93	.71	น้อย	-1.411	.170
20. ชุมชนมีการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน อย่างหลากหลาย								
กลุ่มทดลอง	2.68	.61	ปานกลาง	4.14	.84	มาก	-6.290	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.36	.73	น้อย	2.25	1.04	น้อย	.593	.558

* p-value < .01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรค
พยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อน
และหลังดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชน*

การรับรู้การขับเคลื่อน ชุมชนในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 28)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. ชุมชนมีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายเพื่อดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.00	.81	น้อย	2.07	.663	น้อย	-.359	.721
หลังดำเนินการ	2.00	1.20	มาก	1.96	.83	น้อย	6.811	<.001*
2. แกนนำสุขภาพมีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.29	.71	น้อย	2.50	.50	น้อย	-1.295	.201
หลังดำเนินการ	4.07	.86	มาก	2.29	.71	น้อย	8.474	<.001*
3. แกนนำสุขภาพมีการวางแผนทรัพยากร เงิน คน วัสดุสิ่งของ เพื่อใช้ดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.46	.79	น้อย	2.07	.604	น้อย	2.086	.042
หลังดำเนินการ	4.39	.95	มาก	1.93	.71	น้อย	10.915	<.001*
4. แกนนำสุขภาพมีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.11	.95	น้อย	2.25	.92	น้อย	-.567	.573
หลังดำเนินการ	3.96	1.31	มาก	2.07	.90	น้อย	6.274	<.001*
5. แกนนำสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือกติกา ข้อตกลง เพื่อดำเนินงานควบคุมหรือ แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	1.71	.89	น้อย	1.71	.85	น้อย	.000	1.000
หลังดำเนินการ	3.96	1.26	มาก	1.75	.84	น้อย	7.719	<.001*
6. แกนนำสุขภาพมีการประชาสัมพันธ์และนำเสนอสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิใบไม้ตับให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบ								
ก่อนดำเนินการ	2.07	.94	น้อย	2.36	.78	น้อย	-1.238	.221
หลังดำเนินการ	3.61	1.22	มาก	2.36	.78	น้อย	4.548	<.001*

การรับรู้การขับเคลื่อน ชุมชนในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 28)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
7. แขนงนำสุขภาพมีการเสริมสร้างศักยภาพของแกนนำภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างพลังแนวร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	1.89	.83	น้อย	2.07	.60	น้อย	-.919	.362
หลังดำเนินการ	4.18	1.02	มาก	2.14	.59	น้อย	9.136	<.001*
8. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนมีการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง								
ก่อนดำเนินการ	2.00	.86	น้อย	2.07	.81	น้อย	-.319	.751
หลังดำเนินการ	4.43	.83	มาก	2.11	.68	น้อย	11.366	<.001*
9. ชุมชนมีการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	1.93	.85	น้อย	2.18	.54	น้อย	-1.300	.199
หลังดำเนินการ	4.50	.92	มาก	2.18	.54	น้อย	11.444	<.001*
10. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นระบบ								
ก่อนดำเนินการ	1.54	.83	น้อย	1.46	.69	น้อย	.348	.730
หลังดำเนินการ	4.43	.69	มาก	1.68	.81	น้อย	13.588	<.001*
11. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	1.50	.79	น้อย	1.29	.53	น้อย	1.185	.242
หลังดำเนินการ	4.50	.63	มาก	1.43	.69	น้อย	17.290	<.001*
12. ชุมชนมีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.39	.73	น้อย	2.32	.77	น้อย	.354	.725
หลังดำเนินการ	4.21	.91	มาก	2.32	.77	น้อย	8.353	<.001*
13. ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรองการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง								
ก่อนดำเนินการ	2.36	.91	น้อย	2.54	.57	น้อย	-.876	.385
หลังดำเนินการ	4.11	.99	มาก	2.25	.75	น้อย	7.886	<.001*
14. ชุมชนมีการสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมมารับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชน								
ก่อนดำเนินการ	2.29	.89	น้อย	1.64	.73	น้อย	2.940	.005
หลังดำเนินการ	3.93	1.01	มาก	1.54	.63	น้อย	10.559	<.001*

การรับรู้การขับเคลื่อน ชุมชนในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 28)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
15. ชุมชนมีการจัดทำสื่อหรือเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง เช่น ป้าย ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น								
ก่อนดำเนินการ	2.68	.54	น้อย	2.21	.49	น้อย	3.316	.002
หลังดำเนินการ	4.46	.83	มาก	1.96	.50	น้อย	13.499	<.001*
16. ชุมชนมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการส่งเสริมการนำความรู้ใหม่มา ประยุกต์ใช้ในชุมชน								
ก่อนดำเนินการ	2.43	.83	น้อย	2.07	.46	น้อย	1.975	.055
หลังดำเนินการ	4.39	.87	มาก	2.0	.54	น้อย	12.286	<.001*
17. ชุมชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำ จืดแบบดิบหรือ สุก ๆ ดิบ ๆ								
ก่อนดำเนินการ	2.25	.79	น้อย	1.96	.50	น้อย	1.596	.117
หลังดำเนินการ	4.61	.56	มากที่สุด	2.07	.60	น้อย	16.194	<.001*
18. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลจากอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะ เพื่อกำจัด เชื้อพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.32	.77	น้อย	2.07	.60	น้อย	1.349	.250
หลังดำเนินการ	4.25	.70	มาก	2.21	.68	น้อย	10.985	<.001*
19. ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งต่อ เพื่อการรักษา ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.32	.81	น้อย	1.75	.64	น้อย	2.900	.571
หลังดำเนินการ	4.29	.71	มาก	1.93	.71	น้อย	12.343	<.001*
20. ชุมชนมีการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน อย่างหลากหลาย								
ก่อนดำเนินการ	2.68	.61	ปานกลาง	2.36	.73	น้อย	1.784	.321
หลังดำเนินการ	4.14	.84	มาก	2.25	1.04	น้อย	7.460	<.001*

* p-value < .01

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)		ระดับ	(n = 32)		ระดับ		
	M	SD		M	SD			
1. โรคพยาธิใบไม้ตับพบมากในภาคใดของประเทศไทย								
กลุ่มทดลอง	.72	.457	ปานกลาง	.88	.336	มาก	-1.717	.096
กลุ่มเปรียบเทียบ	.84	.369	มาก	.53	.507	น้อย	3.304	.002
2. การรับประทานอาหารในข้อใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด								
กลุ่มทดลอง	.25	.440	น้อย	1.00	.000	มาก	-9.644	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.19	.397	น้อย	.94	.246	มาก	-9.644	<.001*
3. สัตว์ชนิดใดที่เป็นแหล่งรังโรคของพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	.81	.397	มาก	.88	.336	มาก	-.701	.488
กลุ่มเปรียบเทียบ	.81	.397	มาก	.19	.397	น้อย	6.387	<.001*
4. ปลาในข้อใดเป็นปลาที่มีเกล็ดขาวและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	.69	.471	ปานกลาง	.81	.397	มาก	-1.438	.161
กลุ่มเปรียบเทียบ	.81	.397	มาก	.72	.457	ปานกลาง	1.000	.325
5. อาหารในข้อใดเป็นแหล่งแพร่เชื้อพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	.28	.457	น้อย	.91	.296	มาก	-5.805	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.38	.492	น้อย	.28	.457	น้อย	.770	.447
6. ข้อใดเป็นพาหะตัวกลางที่มีพยาธิอาศัยอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งของวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	.81	.397	มาก	.94	.246	มาก	-1.438	.161
กลุ่มเปรียบเทียบ	.69	.471	ปานกลาง	.84	.369	มาก	-1.408	.169
7. บุคคลใดทำให้เกิดโอกาสของการแพร่กระจายเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด								
กลุ่มทดลอง	.22	.420	น้อย	.94	.246	มาก	-7.779	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.22	.420	น้อย	.09	.296	น้อย	1.277	.211
8. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคใด								
กลุ่มทดลอง	.72	.457	ปานกลาง	.91	.296	มาก	-1.791	.083
กลุ่มเปรียบเทียบ	.84	.369	มาก	.81	.397	มาก	.329	.745

ความรู้ในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
9. โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิที่สามารถติดต่อได้ทางใด								
กลุ่มทดลอง	.25	.440	น้อย	.88	.336	มาก	-5.805	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.19	.397	น้อย	.13	.336	น้อย	.626	.536
10. ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจในข้อใด								
กลุ่มทดลอง	.72	.457	ปานกลาง	.94	.246	มาก	-2.521	.017
กลุ่มเปรียบเทียบ	.72	.457	ปานกลาง	.66	.483	ปานกลาง	.528	.601
11. สิ่งส่งตรวจในข้อใดที่ชุมชนสามารถดำเนินการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับได้ในชุมชน								
กลุ่มทดลอง	.25	.440	น้อย	.94	.246	มาก	-8.258	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.19	.397	น้อย	.16	.369	น้อย	.329	.745
12. อาการและความรุนแรงของพยาธิใบไม้ตับขึ้นอยู่กับอะไร								
กลุ่มทดลอง	.69	.471	น้อย	.94	.246	มาก	-2.490	.018
กลุ่มเปรียบเทียบ	.69	.471	ปานกลาง	.53	.507	น้อย	1.305	.201
13. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	.56	.504	น้อย	.97	.177	มาก	-4.104	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.69	.471	ปานกลาง	.56	.504	น้อย	1.072	.292
14. พฤติกรรมบริโภคอาหารของใครที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	.25	.440	น้อย	.94	.246	มาก	-8.258	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.72	.457	ปานกลาง	.66	.483	ปานกลาง	.528	.601
15. ข้อใดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับไปยังผู้อื่น								
กลุ่มทดลอง	.81	.397	ม	1.00	.000	มาก	-2.675	.012
กลุ่มเปรียบเทียบ	.72	.457	ปานกลาง	.84	.369	มาก	-1.161	.255
16. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในข้อใดถูกต้องมากที่สุด								
กลุ่มทดลอง	.19	.397	น้อย	.88	.336	มาก	-8.258	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.38	.492	น้อย	.16	.369	น้อย	2.034	.051
17. วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือข้อใด								
กลุ่มทดลอง	.50	1.016	น้อย	.81	.397	มาก	8.524	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.16	.677	น้อย	.66	.483	ปานกลาง	10.564	<.001*

ความรู้ในการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
18. ข้อใดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับไปยังผู้อื่น								
กลุ่มทดลอง	.47	.507	น้อย	.88	.336	มาก	-4.104	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.31	.471	น้อย	.19	.397	น้อย	1.000	.325
19. การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้ได้ผลดีที่สุดเป็นหน้าที่ของบุคคลใด								
กลุ่มทดลอง	.66	.483	ปานกลาง	.94	.246	มาก	-2.738	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.66	.483	ปานกลาง	.16	.369	น้อย	5.568	<.001*
20. การทำปลาร้าที่ปลอดภัยต้องใช้ระยะเวลาในการหมักอย่างน้อยนานเท่าใด								
กลุ่มทดลอง	.25	.440	น้อย	.94	.246	มาก	-8.258	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.47	.507	น้อย	.13	.336	น้อย	4.030	<.001*
21. การทำปลาต้มหรือแหนมปลาที่ปลอดภัย หลังจากล้างปลาให้สะอาดแล้วควรทำปลาอย่างไร จะไม่ทำให้เสีย								
กลุ่มทดลอง	.91	.296	มาก	.91	.296	มาก	.000	1.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	.69	.471	ปานกลาง	.16	.369	น้อย	4.836	<.001*
22. ถ้ามีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำหลายครั้งจะทำให้เกิดโรคมะเร็งถุงน้ำดีซึ่งมีอาการในข้อใด .								
กลุ่มทดลอง	.25	.440	น้อย	.91	.296	มาก	-7.693	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	.31	.471	น้อย	.78	.420	ปานกลาง	-4.267	<.001*
23. โรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานมากยิ่งขึ้นเมื่อตรวจพบในระยะใด								
กลุ่มทดลอง	.88	.336	มาก	.78	.420	มาก	.902	.374
กลุ่มเปรียบเทียบ	.81	.397	มาก	.31	.471	น้อย	4.546	<.001*
24. การตรวจคัดกรองหาความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ระยะแรกมีวิธีการตรวจ อย่างไร								
กลุ่มทดลอง	.31	.471	น้อย	.94	.246	มาก	-6.387	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.25	.440	น้อย	.84	.369	มาก	-5.049	<.001*

* p-value < .01

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ

ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. โรคพยาธิใบไม้ตับพบมากในภาคใดของประเทศไทย								
ก่อนดำเนินการ	0.72	0.457	ปานกลาง	0.84	0.369	มาก	-1.204	0.233
หลังดำเนินการ	0.88	0.336	มาก	0.53	0.507	น้อย	3.197	0.002
2. การรับประทานอาหารในข้อใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด								
ก่อนดำเนินการ	0.25	0.44	น้อย	0.19	0.397	น้อย	0.597	0.553
หลังดำเนินการ	1	0	มาก	0.94	0.246	มาก	1.438	0.156
3. สัตว์ชนิดใดที่เป็นแหล่งรังโรคของพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	0.81	0.397	มาก	0.81	0.397	มาก	0	1
หลังดำเนินการ	0.88	0.336	มาก	0.19	0.397	น้อย	7.482	0
4. ปลาในข้อใดเป็นปลาที่มีเกล็ดขาวและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	0.69	0.471	ปานกลาง	0.81	0.397	มาก	-1.149	0.255
หลังดำเนินการ	0.81	0.397	มาก	0.72	0.457	ปานกลาง	0.877	0.384
5. อาหารในข้อใดเป็นแหล่งแพร่เชื่อพยาธิใบไม้ตับ .								
ก่อนดำเนินการ	0.28	0.457	น้อย	0.38	0.492	น้อย	-0.79	0.433
หลังดำเนินการ	0.91	0.296	มาก	0.28	0.457	น้อย	6.494	0
6. ข้อใดเป็นพาหะตัวกลางที่มีพยาธิอาศัยอยู่ในช่วงเวลาหนึ่งของวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	0.81	0.397	มาก	0.69	0.471	ปานกลาง	1.149	0.255
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	มาก	0.84	0.369	มาก	1.196	0.236
7. บุคคลใดทำให้เกิดโอกาสของการแพร่กระจายเชื่อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด								
ก่อนดำเนินการ	0.22	0.42	น้อย	0.22	0.42	น้อย	0	1
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	มาก	0.09	0.296	น้อย	12.399	0
8. การติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคใด								
ก่อนดำเนินการ	0.72	0.457	มาก	0.84	0.369	มาก	-1.204	0.233
หลังดำเนินการ	0.91	0.296	มาก	0.81	0.397	มาก	1.072	0.288

ความรู้ในการ ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
9. โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิที่สามารถติดต่อได้ทางใด								
ก่อนดำเนินการ	0.25	0.44	น้อย	0.19	0.397	น้อย	0.597	0.553
หลังดำเนินการ	0.88	0.336	มาก	0.13	0.336	น้อย	8.928	0
10. ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจในข้อใด								
ก่อนดำเนินการ	0.72	0.457	ปานกลาง	0.72	0.457	ปานกลาง	0	1
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	มาก	0.66	0.483	ปานกลาง	2.937	0.005
11. สิ่งส่งตรวจในข้อใดที่ชุมชนสามารถดำเนินการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับได้ในชุมชน								
ก่อนดำเนินการ	0.25	0.44	น้อย	0.19	0.397	น้อย	0.597	0.553
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	ปานกลาง	0.16	0.369	น้อย	9.968	0
12. อาการและความรุนแรงของพยาธิใบไม้ตับขึ้นอยู่กับอะไร								
ก่อนดำเนินการ	0.69	0.471	ปานกลาง	0.69	0.471	ปานกลาง	0	1
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	มาก	0.53	0.507	ปานกลาง	4.078	0
13. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	0.56	0.504	น้อย	0.69	0.471	ปานกลาง	-1.025	0.309
หลังดำเนินการ	0.97	0.177	มาก	0.56	0.504	น้อย	4.303	0
14. พฤติกรรมบริโภคอาหารของใครที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	0.47	0.507	น้อย	0.59	0.499	น้อย	-0.994	0.324
หลังดำเนินการ	0.88	0.336	มาก	0.94	0.246	มาก	-0.849	0.399
15. ข้อใดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับไปยังผู้อื่น								
ก่อนดำเนินการ	0.81	0.397	มาก	0.72	0.457	ปานกลาง	0.877	0.384
หลังดำเนินการ	1	0	มาก	0.84	0.369	มาก	2.396	0.02
16. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในข้อใดถูกต้องมากที่สุด								
ก่อนดำเนินการ	0.19	0.397	น้อย	0.38	0.492	น้อย	-1.679	0.098
หลังดำเนินการ	0.88	0.336	มาก	0.16	0.369	น้อย	8.148	0
17. วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือข้อใด								
ก่อนดำเนินการ	0.59	0.499	น้อย	0.56	0.504	น้อย	0.249	0.804
หลังดำเนินการ	0.81	0.397	มาก	0.66	0.483	ปานกลาง	1.415	0.162

ความรู้ในการ ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
18. ข้อใดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับไปยังผู้อื่น								
ก่อนดำเนินการ	0.47	0.507	น้อย	0.31	0.471	น้อย	1.277	0.206
หลังดำเนินการ	0.88	0.336	มาก	0.19	0.397	น้อย	7.482	0
19. การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้ได้ผลดีที่สุดเป็นหน้าที่ของบุคคลใด								
ก่อนดำเนินการ	0.66	0.483	ปานกลาง	0.66	0.483	ปานกลาง	0	1
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	มาก	0.16	0.369	น้อย	9.968	0
20. การทำปลาร้าที่ปลอดภัยต้องใช้ระยะเวลาในการหมักอย่างน้อยนานเท่าใด								
ก่อนดำเนินการ	0.25	0.44	น้อย	0.47	0.507	น้อย	-1.843	0.07
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	มาก	0.13	0.336	น้อย	11.038	0
21. การทำปลาต้มหรือหมนปลาที่ปลอดภัย หลังจากล้างปลาให้สะอาดแล้วควรทำปลาอย่างไรจะไม่ทำให้เสีย								
ก่อนดำเนินการ	0.91	0.296	มาก	0.69	0.471	ปานกลาง	2.224	0.03
หลังดำเนินการ	0.91	0.296	มาก	0.16	0.369	น้อย	8.968	0
22. ถ้ามีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำหลายครั้งจะทำให้เกิดโรคมะเร็งถุงน้ำดีซึ่งมีอาการในข้อใด .								
ก่อนดำเนินการ	0.25	0.44	น้อย	0.31	0.471	น้อย	-0.549	0.585
หลังดำเนินการ	0.91	0.296	มาก	0.78	0.42	ปานกลาง	1.376	0.174
23. โรคมะเร็งท่อน้ำดีสามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานมากยิ่งขึ้นเมื่อตรวจพบในระยะใด								
ก่อนดำเนินการ	0.88	0.336	มาก	0.81	0.397	มาก	0.68	0.499
หลังดำเนินการ	0.78	0.42	ปานกลาง	0.31	0.471	น้อย	4.202	0
24. การตรวจคัดกรองหาความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ระยะแรกมีวิธีการตรวจอย่างไร								
ก่อนดำเนินการ	0.31	0.471	น้อย	0.25	0.44	น้อย	0.549	0.585
หลังดำเนินการ	0.94	0.246	มาก	0.84	0.369	มาก	1.196	0.236

* p-value < .01

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. อาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ รสชาติอร่อยกว่าอาหารสุก								
กลุ่มทดลอง	2.13	1.040	น้อย	3.84	1.221	มาก	-6.191	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.19	.693	น้อย	2.31	.738	น้อย	-.725	.474
2. ปลาร้าผ่านการหมักมานาน จึงทำให้ไข่ของพยาธิฝ่อและตายหมดแล้ว จึงไม่มีพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.34	.937	น้อย	4.28	.888	มาก	-7.100	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.25	.803	น้อย	2.38	.833	น้อย	-.611	.546
3. การรับประทานอาหารจำพวกปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้ร่างกายได้วิตามินและโปรตีนครบถ้วน								
กลุ่มทดลอง	2.06	.948	น้อย	3.56	1.216	มาก	-5.217	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.25	.762	น้อย	2.28	.813	น้อย	-.154	.879
4. การรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกใหม่ ทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.69	1.256	ปานกลาง	3.91	1.228	มาก	-3.455	.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.91	.689	น้อย	1.81	.644	น้อย	.649	.521
5. ส้มตำที่ปรุงด้วยปลาร้าดิบมีรสชาติอร่อยกว่าส้มตำที่ปรุงด้วยปลาร้าสุก								
กลุ่มทดลอง	2.16	1.394	น้อย	3.22	1.211	ปานกลาง	-3.454	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.06	.619	น้อย	1.94	.619	น้อย	.751	.458
6. การถ่ายอุจจาระลงส้วมซึมและรดน้ำ ทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับไม่แพร่กระจาย								
กลุ่มทดลอง	2.72	1.085	ปานกลาง	4.06	.878	มาก	-6.033	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.609	น้อย	1.91	.530	น้อย	1.648	.109
7. การชิมปลาดิบเพียงเล็กน้อย ไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.38	.871	น้อย	4.22	1.008	มาก	-7.136	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.97	.695	น้อย	2.00	.622	น้อย	-.183	.856

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
8. การนำปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวมาปรุงแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้รับรสหวานอร่อยของเนื้อปลาที่สดได้ และใช้เวลาในการประกอบอาหารไม่นานมาก								
กลุ่มทดลอง	2.28	.851	น้อย	3.75	1.244	มาก	-5.307	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.00	.568	น้อย	1.84	.574	น้อย	1.153	.258
9. การใช้ยาถ่ายพยาธิ ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องป้องกันหรือควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.31	.998	น้อย	4.19	.965	มาก	-6.796	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.91	.689	น้อย	1.94	.619	น้อย	-.205	.839
10. การนำปลาหมักทำเป็นปลาร้า ต้องใช้เวลาในการหมักอย่างน้อย 3 เดือน และต้มให้สุก ถือว่าปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ								
กลุ่มทดลอง	2.09	1.254	น้อย	3.81	1.148	มาก	-5.961	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.00	.718	น้อย	1.75	.622	น้อย	1.679	.103
11. การรับประทานปลาที่มีเกล็ดขาวปรุงสุก เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาตะเพียน ช่วยป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้								
กลุ่มทดลอง	1.75	.984	น้อย	3.38	.942	ปานกลาง	-7.426	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.09	.530	น้อย	1.91	.530	น้อย	1.646	.110
12. ปลาร้าดิบทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย กระบวนการนำปลาร้าดิบมาปรุงอาหารให้ปลอดภัยจึงควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม								
กลุ่มทดลอง	2.41	.911	น้อย	4.41	.911	มาก	-8.735	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.97	.647	น้อย	1.84	.628	น้อย	.751	.458
13. การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาดิบ								
กลุ่มทดลอง	2.25	.842	น้อย	4.25	1.078	มาก	-7.874	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.00	.508	น้อย	1.94	.716	น้อย	.373	.712
14. คนที่รับประทานปลาดิบมีหลายคนที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เห็นเจ็บป่วยหรือเป็นมะเร็งท่อน้ำดี								
กลุ่มทดลอง	1.66	.827	น้อย	4.09	1.058	มาก	-10.871	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.81	.693	น้อย	1.84	.515	น้อย	-.215	.831

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
15. การรับประทานก๋วยเตี๋ยวปลาน้ำจืดดิบหรือลาบปลาดิบ ทำให้ร่างกายได้วิตามินครบถ้วน แข็งแรงมีกำลังวังชา								
กลุ่มทดลอง	2.06	.716	น้อย	4.09	.995	มาก	-9.142	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	.695	น้อย	1.84	.628	น้อย	1.235	.226
16. การป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับนั้นดีกว่าการเป็นโรคแล้วจึงค่อยมารักษา								
กลุ่มทดลอง	2.31	.738	น้อย	3.16	1.273	ปานกลาง	-3.425	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.97	.695	น้อย	2.13	.492	น้อย	-1.000	.325
17. การเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้ไม่ยาก								
กลุ่มทดลอง	2.50	1.016	น้อย	3.06	1.105	ปานกลาง	-2.290	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.16	.677	น้อย	2.31	.693	น้อย	-.926	.361
18. การรับประทานปลาร้าดิบ ปลาสด ปลาหมัก ปลาดิบ ไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือมะเร็งตับ								
กลุ่มทดลอง	2.09	.777	น้อย	3.22	1.224	ปานกลาง	-6.870	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.25	.622	น้อย	2.31	.693	น้อย	-.442	.662
19. หลังจากจับปลาน้ำจืดจากแม่น้ำ ควรรับประทานทันที ซึ่งดีกว่าการปรุงให้สุกในภายหลัง								
กลุ่มทดลอง	1.81	.859	น้อย	3.84	1.273	มาก	-7.389	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.00	.803	น้อย	2.00	.672	น้อย	.000	1.000
20. การบีบมะนาว ใส่พริกสด หรือใส่เม็ดแดงในปลาดิบ สามารถทำให้พยาธิใบไม้ตับตายก่อนรับประทานได้								
กลุ่มทดลอง	2.03	.782	น้อย	2.63	1.100	ปานกลาง	-2.240	.032
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.751	น้อย	2.31	.644	น้อย	-1.099	.280

* p-value < .01

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ ของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. อาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ รสชาติอร่อยกว่าอาหารสุก								
ก่อนดำเนินการ	2.13	1.04	น้อย	2.19	0.693	น้อย	-0.283	0.778
หลังดำเนินการ	3.84	1.221	มาก	2.31	0.738	น้อย	6.072	0
2. ปลาร้าผ่านการหมักมานาน จึงทำให้ไข่ของพยาธิฝ่อและตายหมดแล้ว จึงไม่มีพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.34	0.937	น้อย	2.25	0.803	น้อย	0.43	0.669
หลังดำเนินการ	4.28	0.888	มาก	2.38	0.833	น้อย	8.855	0
3. การรับประทานอาหารจำพวกปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้ร่างกายได้วิตามินและโปรตีนครบถ้วน								
ก่อนดำเนินการ	2.06	0.948	น้อย	2.25	0.762	น้อย	-0.872	0.387
หลังดำเนินการ	3.56	1.216	มาก	2.28	0.813	น้อย	4.954	0
4. การรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกใหม่ ทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.69	1.256	ปานกลาง	1.91	0.689	น้อย	3.086	0.003
หลังดำเนินการ	3.91	1.228	มาก	1.81	0.644	น้อย	8.542	0
5. ส้มตำที่ปรุงด้วยปลาร้าดิบมีรสชาติอร่อยกว่าส้มตำที่ปรุงด้วยปลาร้าสุก								
ก่อนดำเนินการ	2.16	1.394	น้อย	2.06	0.619	น้อย	0.348	0.729
หลังดำเนินการ	3.22	1.211	ปานกลาง	1.94	0.619	น้อย	5.329	0
6. การถ่ายอุจจาระลงส้วมซึมและรดน้ำ ทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับไม่แพร่กระจาย								
ก่อนดำเนินการ	2.72	1.085	ปานกลาง	2.13	0.609	น้อย	2.7	0.009
หลังดำเนินการ	4.06	0.878	มาก	1.91	0.53	น้อย	11.896	0
7. การชิมปลาดิบเพียงเล็กน้อย ไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.38	0.871	น้อย	1.97	0.695	น้อย	2.063	0.043
หลังดำเนินการ	4.22	1.008	มาก	2	0.622	น้อย	10.599	0

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
8. การนำปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวมาปรุงแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ทำให้รับรสหวานอร่อยของเนื้อปลาที่ สดได้ และใช้เวลาในการประกอบอาหารไม่นานมาก								
ก่อนดำเนินการ	2.28	0.851	น้อย	2	0.568	น้อย	1.555	0.125
หลังดำเนินการ	3.75	1.244	มาก	1.84	0.574	น้อย	7.869	0
9. การใช้จ่ายยาพยาธิ ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องป้องกันหรือควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.31	0.998	น้อย	1.91	0.689	น้อย	1.895	0.063
หลังดำเนินการ	4.19	0.965	มาก	1.94	0.619	น้อย	11.101	0
10. การนำปลาหมักทำเป็นปลาร้า ต้องใช้เวลาในการหมักอย่างน้อย 3 เดือน และต้มให้สุก ถือว่า ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.09	1.254	น้อย	2	0.718	น้อย	0.367	0.715
หลังดำเนินการ	3.81	1.148	มาก	1.75	0.622	น้อย	8.934	0
11. การรับประทานปลาที่มีเกล็ดขาวปรุงสุก เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาตะเพียน ช่วยป้องกันการเกิด โรคพยาธิใบไม้ตับได้								
ก่อนดำเนินการ	1.75	0.984	น้อย	2.09	0.53	น้อย	-1.74	0.087
หลังดำเนินการ	3.38	0.942	ปานกลาง	1.91	0.53	น้อย	7.687	0
12. ปลาร้าดิบทำให้อาหารมีรสชาติอร่อย กระบวนการนำปลาร้าดิบมาปรุงอาหารให้ปลอดภัยจึงควร ได้รับการศึกษาเพิ่มเติม								
ก่อนดำเนินการ	2.41	0.911	น้อย	1.97	0.647	น้อย	2.215	0.03
หลังดำเนินการ	4.41	0.911	มาก	1.84	0.628	น้อย	13.103	0
13. การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาดิบ								
ก่อนดำเนินการ	2.25	0.842	น้อย	2	0.508	น้อย	1.438	0.156
หลังดำเนินการ	4.25	1.078	มาก	1.94	0.716	น้อย	10.112	0
14. คนที่รับประทานปลาดิบมีหลายคนที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เห็นเจ็บป่วยหรือเป็นมะเร็งท่อน้ำดี								
ก่อนดำเนินการ	1.66	0.827	น้อย	1.81	0.693	น้อย	-0.819	0.416
หลังดำเนินการ	4.09	1.058	มาก	1.84	0.515	น้อย	10.815	0

เจตคติต่อการควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
15. การรับประทานก๋วยเตี๋ยวปลาน้ำจืดดิบหรือลาบปลาดิบ ทำให้ร่างกายได้วิตามินครบถ้วน แข็งแรงมีกำลังวังชา								
ก่อนดำเนินการ	2.06	0.716	น้อย	2.03	0.695	น้อย	0.177	0.86
หลังดำเนินการ	4.09	0.995	มาก	1.84	0.628	น้อย	10.815	0
16. การป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับนั้นดีกว่าการเป็นโรคแล้วจึงค่อยมารักษา								
ก่อนดำเนินการ	2.31	0.738	น้อย	1.97	0.695	น้อย	1.919	0.06
หลังดำเนินการ	3.16	1.273	ปานกลาง	2.13	0.492	น้อย	4.275	0
17. การเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงได้ไม่ยาก								
ก่อนดำเนินการ	2.5	1.016	น้อย	2.16	0.677	น้อย	1.593	0.116
หลังดำเนินการ	3.06	1.105	ปานกลาง	2.31	0.693	น้อย	3.252	0.002
18. การรับประทานปลาร้าดิบ ปลาสดดิบ แหนมปลาดิบไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือมะเร็งตับ								
ก่อนดำเนินการ	2.09	0.777	น้อย	2.25	0.622	น้อย	-0.888	0.378
หลังดำเนินการ	3.72	1.224	มาก	2.31	0.693	น้อย	5.655	0
19. หลังจากจับปลาน้ำจืดจากแม่น้ำ ควรรับประทานทันที ซึ่งดีกว่าการปรุงให้สุกในภายหลัง								
ก่อนดำเนินการ	1.81	0.859	น้อย	2	0.803	น้อย	-0.902	0.371
หลังดำเนินการ	3.84	1.273	มาก	2	0.672	น้อย	7.246	0
20. การบีบมะนาว ใส่พริกสด หรือใส่เม็ดแดงในปลาดิบ สามารถทำให้พยาธิใบไม้ตับตายก่อนรับประทานได้								
ก่อนดำเนินการ	2.03	0.782	น้อย	2.13	0.751	น้อย	-0.489	0.627
หลังดำเนินการ	2.63	1.1	ปานกลาง	2.31	0.644	น้อย	1.387	0.17

* p-value < .01

พฤติกรรมควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	1.97	1.062	น้อย	4.22	1.008	มาก	-8.594	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.06	.669	น้อย	1.84	.574	น้อย	2.775	.009
9. หลังจากปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารเสร็จแล้ว ท่านนำเศษพลาสติกหรือเศษอาหารที่เหลือจากการรับประทานไปทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด								
กลุ่มทดลอง	2.72	1.250	ปานกลาง	3.75	1.244	มาก	-3.140	.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.609	น้อย	1.78	.659	น้อย	.000	1.000
10. เมื่อท่านปรุงอาหารจากปลาดิบ ท่านโยนเศษปลาดิบที่ท่านไม่ใช้ให้หมาหรือแมวรับประทาน								
กลุ่มทดลอง	2.50	1.191	น้อย	4.19	.965	มาก	-5.769	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.793	น้อย	2.13	1.070	น้อย	1.877	.070
11. หลังจากใช้เชียงและมีดหั่น สับ ซอย ปลาที่มีเกล็ดสด ๆ เช่น ปลาชอว์นา ปลาตะเพียน ปลาชิว ท่านจะล้างเชียงและมีดก่อน แล้วจึงนำไปประกอบอาหารอื่น								
กลุ่มทดลอง	2.78	1.313	ปานกลาง	3.25	.880	ปานกลาง	-1.906	.066
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.19	.821	น้อย	1.97	.897	น้อย	-1.000	.325
12. ท่านดูแลให้สุนัขและแมวที่ท่านเลี้ยงได้รับยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำ								
กลุ่มทดลอง	2.19	1.030	น้อย	3.25	.984	ปานกลาง	-3.744	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.793	น้อย	2.19	.780	น้อย	-.626	.536
13. ท่านได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นประจำทุกปีหรืออย่างน้อย 1 ครั้ง								
กลุ่มทดลอง	2.06	1.294	น้อย	4.25	1.016	มาก	-7.858	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	.595	น้อย	2.09	.734	น้อย	-1.359	.184
14. หลังการตรวจอุจจาระพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ท่านรับประทานหรือจะรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับที่บุคลากรสาธารณสุขแจกให้								
กลุ่มทดลอง	2.41	1.073	น้อย	3.75	1.244	มาก	-4.431	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.609	น้อย	2.22	.706	น้อย	.770	.447
15. ท่านไปตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูการทำงานของตับและท่อน้ำดี (ถ้าแพทย์สั่ง)								
กลุ่มทดลอง	1.97	.967	น้อย	4.19	.965	มาก	-8.153	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.25	.762	น้อย	2.16	.920	น้อย	-1.438	.161

พฤติกรรมควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
16. ท่านเข้าร่วมโครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลหรือในชุมชน								
กลุ่มทดลอง	2.22	1.157	น้อย	4.19	1.030	มาก	-7.577	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.78	.659	น้อย	2.03	.933	น้อย	-1.359	.184
17. ท่านถ่ายอุจจาระลงส้วมและล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หลังถ่ายอุจจาระ								
กลุ่มทดลอง	2.81	1.148	ปานกลาง	3.75	1.244	มาก	-2.925	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	.740	น้อย	2.22	.870	น้อย	-2.058	.048
18. ท่านล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร								
กลุ่มทดลอง	3.22	1.184	มาก	4.19	.965	มาก	-3.099	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.75	.762	น้อย	2.06	1.014	น้อย	-1.438	.161

* *p-value* < .01

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนฯ

พฤติกรรมควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
	1. ท่านรับประทานปลาสดหรือสุก ๆ ดิบ ๆ							
ก่อนดำเนินการ	2	0.984	น้อย	1.91	0.641	น้อย	0.452	0.653
หลังดำเนินการ	4.13	1.157	มาก	1.75	0.622	น้อย	10.227	0
2. ท่านรับประทานปลาปิ้งสุก ๆ ดิบ ๆ หรือปลาปิ้งที่มีหนังเกรียม แต่เนื้อปลายังมีน้ำสีแดง ๆ อยู่								
ก่อนดำเนินการ	1.59	0.875	น้อย	2.03	0.538	น้อย	-2.41	0.019
หลังดำเนินการ	3.84	1.221	มาก	1.94	0.564	น้อย	8.016	0
3. ท่านรับประทานปลาร้าดิบหรือแจ่วบอง								
ก่อนดำเนินการ	2.16	1.221	น้อย	2.53	0.567		-1.576	0.12
หลังดำเนินการ	4.28	0.888	มาก	2.41	0.665	น้อย	9.556	0
4. ท่านรับประทานลาบปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ								

พฤติกรรมควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนดำเนินการ	2	0.842	น้อย	2.19	0.644	น้อย	-1	0.321
หลังดำเนินการ	3.56	1.216	มาก	2.16	0.677	น้อย	5.714	0
5. ท่านรับประทานก้อยปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ								
ก่อนดำเนินการ	2	1.078	น้อย	2.66	0.545	ปานกลาง	-3.074	0.003
หลังดำเนินการ	3.91	1.228	มาก	2.22	0.87	น้อย	6.344	0
6. ท่านรับประทานหม่ำซี่ปลา เครื่องในปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ								
ก่อนดำเนินการ	2.28	0.683	น้อย	2.03	0.74	น้อย	1.404	0.165
หลังดำเนินการ	3.22	1.211	ปานกลาง	2.03	0.74	น้อย	4.733	0
7. ท่านรับประทานส้มตำที่ปรุงรสด้วยปลาร้าดิบ								
ก่อนดำเนินการ	2.34	0.865	น้อย	2.31	0.644	น้อย	0.164	0.87
หลังดำเนินการ	4.06	0.878	มาก	2	0.672	น้อย	10.555	0
8. ท่านถ่ายอุจจาระตามป่า ทุ่งหญ้าหรือตามทุ่งนา								
ก่อนดำเนินการ	1.97	1.062	น้อย	2.06	0.669	น้อย	-0.422	0.674
หลังดำเนินการ	4.22	1.008	มาก	1.84	0.574	น้อย	11.586	0
9. หลังจากปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารเสร็จแล้ว ท่านนำเศษพลาสติกหรือเศษอาหารที่เหลือจากการรับประทานไปทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด								
ก่อนดำเนินการ	2.72	1.25	ปานกลาง	2.13	0.609	น้อย	2.415	0.019
หลังดำเนินการ	3.75	1.244	มาก	1.78	0.659	น้อย	7.909	0
10. เมื่อท่านปรุงอาหารจากปลาดิบ ท่านโยนเศษปลาดิบที่ท่านไม่ใช้ให้หมาหรือแมวรับประทาน								
ก่อนดำเนินการ	2.5	1.191	น้อย	2.13	0.793	น้อย	1.482	0.143
หลังดำเนินการ	4.19	0.965	มาก	2.13	1.07	น้อย	8.096	0
11. หลังจากใช้เชียงและมิดหัน สับ ซอย ปลาที่มีเกล็ดสด ๆ เช่น ปลาช่อน ปลาตะเพียน ปลาชิว ท่านจะล้างเชียงและมิดก่อน แล้วจึงนำไปประกอบอาหารอื่น								
ก่อนดำเนินการ	2.78	1.313	ปานกลาง	2.19	0.821	น้อย	2.169	0.034
หลังดำเนินการ	3.25	0.88	ปานกลาง	1.97	0.897	น้อย	5.767	0

พฤติกรรมควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p
	(n = 32)			(n = 32)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
12. ท่านดูแลให้สุนัขและแมวที่ท่านเลี้ยงได้รับยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำ								
ก่อนดำเนินการ	2.19	1.03	น้อย	2.13	0.793	น้อย	0.272	0.787
หลังดำเนินการ	3.25	0.984	ปานกลาง	2.19	0.78	น้อย	4.787	0
13. ท่านได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นประจำทุกปีหรืออย่างน้อย 1 ครั้ง								
ก่อนดำเนินการ	2.06	1.294	น้อย	2.03	0.595	น้อย	0.124	0.902
หลังดำเนินการ	4.25	1.016	มาก	2.09	0.734	น้อย	9.73	0
14. หลังการตรวจอุจจาระพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ท่านรับประทานหรือจะรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับที่บุคลากรสาธารณสุขแจกให้								
ก่อนดำเนินการ	2.41	1.073	น้อย	2.13	0.609	น้อย	1.289	0.202
หลังดำเนินการ	3.75	1.244	มาก	2.22	0.706	น้อย	6.054	0
15. ท่านไปตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูการทำงานของตับและท่อน้ำดี (ถ้าแพทย์สั่ง)								
ก่อนดำเนินการ	1.97	0.967	น้อย	2.25	0.762	น้อย	-1.293	0.201
หลังดำเนินการ	4.19	0.965	มาก	2.16	0.92	น้อย	8.619	0
16. ท่านเข้าร่วมโครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลหรือในชุมชน								
ก่อนดำเนินการ	2.22	1.157	น้อย	1.78	0.659	น้อย	1.859	0.068
หลังดำเนินการ	4.19	1.03	มาก	2.03	0.933	น้อย	8.779	0
17. ท่านถ่ายอุจจาระลงส้วมและล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หลังถ่ายอุจจาระ								
ก่อนดำเนินการ	2.81	1.148	ปานกลาง	2.03	0.74	น้อย	3.235	0.002
หลังดำเนินการ	3.75	1.244	มาก	2.22	0.87	น้อย	5.705	0
18. ท่านล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร								
ก่อนดำเนินการ	3.22	1.184	ปานกลาง	1.75	0.762	น้อย	5.9	0
หลังดำเนินการ	4.19	0.965	มาก	2.06	1.014	น้อย	8.587	0

* p-value < .01

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายภาคภูมิ สายหยุด
วัน เดือน ปีเกิด	11 มิถุนายน 2522
สถานที่เกิด	อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื พ.ศ.2545
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
ตำแหน่ง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูซอด

