

ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชน เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ

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

ภาคภูมิ สายหยุด สุทธิพร มุลศาสตร์* เบนจามาต อยู่ประเสริฐ

Pakpoom Sayyud Sutteeporn Moolsart* Benchamas Youprasert

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้ การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดศรีสะเกษ เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มได้แก่ 1) แกนนำสุขภาพ ถูกเลือกแบบเจาะจงจำนวน 28 คน 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 32 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประยุกต์จากแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคมของ แบรินซ์ 2) แบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ 3) แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบซี ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการตามรูปแบบ แกนนำสุขภาพมีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนดำเนินการและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ ผู้ติดเชื้อมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนดำเนินการและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ แต่สัดส่วนการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ: การขับเคลื่อนชุมชน, โรคพยาธิใบไม้ตับ, แกนนำสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อ

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 Si sa ket Province. This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design. There were 2 groups of samples: 1) 28 health leaders, They were selected by purposive sampling. 2) 32 OV-infected. Research instruments were 1) the community-driven model for liver fluke control based on Brach's social empowerment concept. 2) a questionnaire on the community-driven perception of health leaders; and 3) questionnaires on knowledge, attitude, and behavior of liver fluke control. Data were analyzed by descriptive statistics, a t-test,

Corresponding Author: E-mail: sutteeporn@yahoo.com

วันที่รับ (received) 14 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 ธ.ค. 2565

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 -value $< .05$. 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 -value $< .05$. However, the proportion of the positive finding of *Opisthorchis viverrini* (OV) eggs of infected people in the experimental and comparison groups was not different.

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

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* พบมากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อย่างต่อเนื่อง ประเทศไทย ปี 2562 พบความชุกสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 8.96 รองลงมาภาคเหนือร้อยละ 5.6¹ จังหวัด ศรีสะเกษ ในปี 2560 พบความชุก ร้อยละ 14.3 สูงเป็นอันดับที่ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสูงเป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 10² สูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 5 พยาธิใบไม้ตับจะส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษพบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2562 เท่ากับ 28.4 ต่อแสนประชากร เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดอัตราการตายไม่เกิน 25.3 ต่อแสนประชากร ในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568” กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายหลักในการขับเคลื่อนการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย 29 จังหวัด ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษเป็นหนึ่งในพื้นที่เป้าหมาย³ ในปีงบประมาณ 2564 จังหวัดศรีสะเกษ ได้กำหนดให้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็น 1 ใน 10 ปัญหาที่ต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยปัจจัยด้านสภาพภูมิศาสตร์ที่มีแหล่งน้ำธรรมชาติไหลผ่านหลายสาย ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงน้ำจืด ซึ่งยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืด ปลาดิบ จึงทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังเป็นปัญหาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ถึงแม้ว่ามีการศึกษาโปรแกรมหรือรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชนที่ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้มากมาย เช่น แนวคิดกระบวนการธรรมาภิบาลสุขภาพ⁴ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁵ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม⁶ มีการจัดกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ ชมวิดีโอทัศน์ ระดมความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีการ

รับรู้และเจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น^{7,8} แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับบุคคลและดำเนินการในกลุ่มเสี่ยง บางส่วนเป็นงานวิจัยเป็นระดับชุมชน มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ร่วมกันของประชาชนและชุมชน แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังเป็นปัญหาเรื้อรัง ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจึงควรได้รับการทบทวนในพื้นที่และบูรณาการการแก้ปัญหาพร้อมกันทั้งผู้ติดเชื้อ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน การศึกษานี้ จึงมีจุดประสงค์ที่จะศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการขับเคลื่อนพลังทางสังคมของแบรนซ์⁹ ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ แกนนำสุขภาพ ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อก่อให้เกิดการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของแกนนำสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน ดีกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

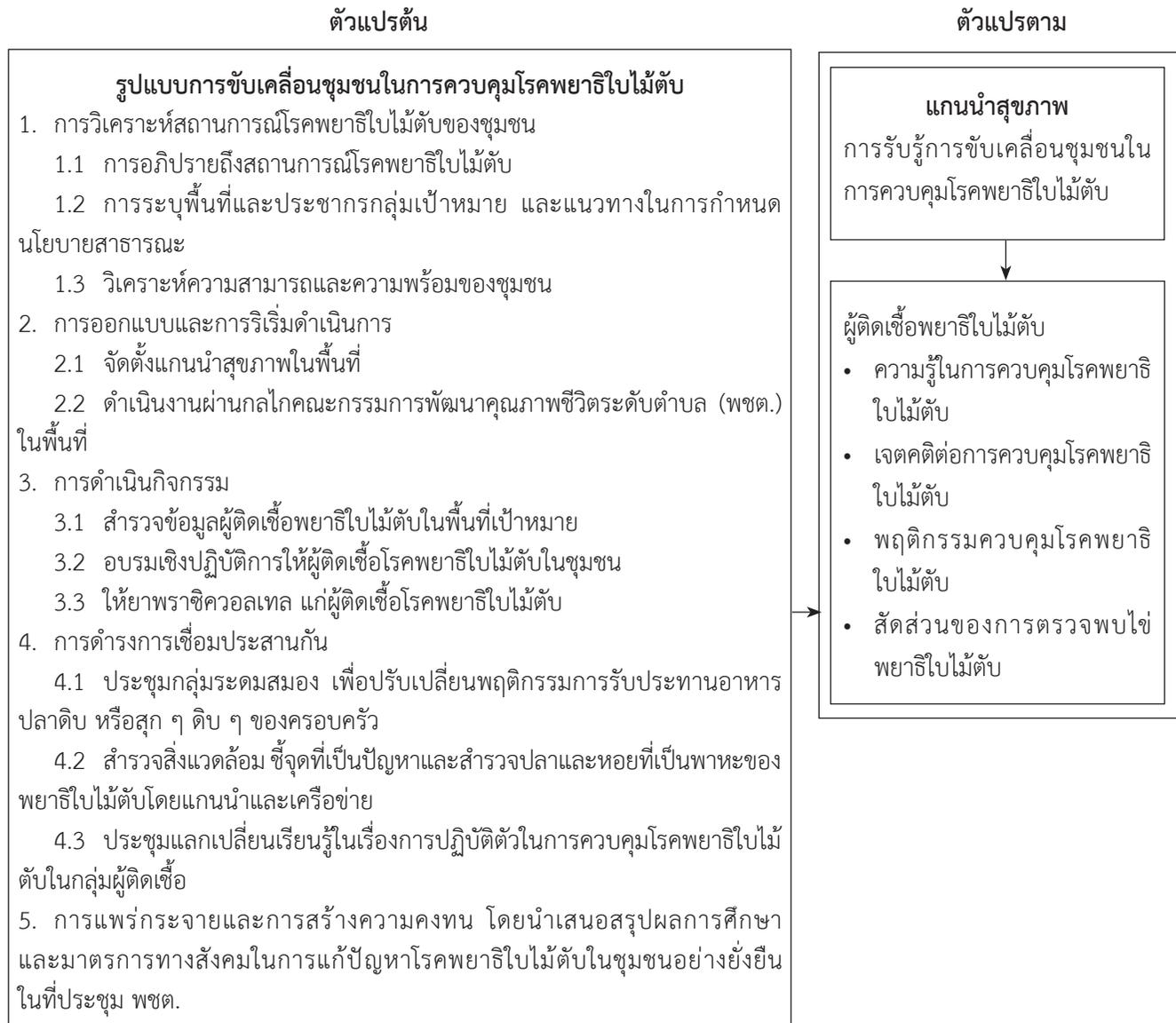
เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ ประชากร ได้แก่ 1) แขนงนำสุขภาพ ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. และ อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 122 คน 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นประชาชน อายุ 15-60 ปีที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ปี 2564 ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 411 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แขนงนำสุขภาพ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เลือกร้อยละเจ็ดตามตำแหน่งบริหาร ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต. และ อสม. ถูกสุ่มแบบง่ายโดยจับสลากตามรายชื่อโดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นแกนนำที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (2) สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้

(3) สมัยครใจและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องหรือขอลถอน หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ถูกจับคู่ตัวแปรอายุและการศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power โดยคำนวณ effect size จากงานวิจัย⁷ ค่าขนาด effect size ได้เท่ากับ 0.96 กำหนดค่าแอลฟาที่ $p\text{-value} < .05$ ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 28 คน 2) ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลากจากรายชื่อผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระในช่วงที่ทำการศึกษา มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) มีอายุตั้งแต่ 15-60 ปี (2) สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ (3) สภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย (4) มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ถูกจับคู่ตัวแปรอายุและการศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ค่าขนาด effect size จากงานวิจัย⁸ ค่าขนาด effect size ได้เท่ากับ 0.99 กำหนดค่าแอลฟาที่ $p\text{-value} < .05$ ใช้ค่าอำนาจทดสอบที่ .95 ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มละ 32 คน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการขับเคลื่อนพลังทางสังคม⁹ มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ 2) การออกแบบและการริเริ่มดำเนินการ 3) การดำเนินกิจกรรม 4) การดำรงการเชื่อมประสานกัน และ 5) การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจากแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคม⁹ ดำเนินการ 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมระดมสมองในกลุ่มแกนนำสุขภาพจำนวน 28 คน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโครงการโดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูซอด แจกคู่มือเฝ้าระวังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “สารคดีความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-10 คน ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ ความพร้อมของชุมชน นโยบายสาธารณะเพื่อใช้เป็นมาตรการในพื้นที่เพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จัดตั้งแกนนำสุขภาพในพื้นที่

และลงปฏิญญา “คนตำบลคูซอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ” โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 สำรวจข้อมูลและจ่ายยารักษาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป้าหมาย สำรวจผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงตำบลคูซอดและตำบลโพธิ์ จากประชาชนตำบลละ 300 คน โดยให้แกนนำสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำตลับเก็บอุจจาระไปแจกให้ประชาชนในพื้นที่ โดยกระจายไปตามคุ้มที่ อสม. แต่ละคนรับผิดชอบ และเก็บตลับอุจจาระเพื่อนำส่งตรวจกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการตรวจ พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในตำบลคูซอดและตำบลโพธิ์ 42 รายและ 54 รายตามลำดับ และผู้วิจัยได้ทำการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่าง

แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าเพื่อให้ได้ครบ จำนวนตำบลละ 32 คน

สัปดาห์ที่ 3 อบรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยร่วมกับแกนนำสุขภาพ แจกคู่มือเฝ้าระวังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ง่ายยาพลาซิควอลเทล เพื่อรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มผู้ติดเชื้อชวิตีทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” บรรยายความรู้ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ และแกนนำสุขภาพ และให้ผู้เข้าอบรมลงปฏิญญา “คนตำบลคูชอดปลอดพยาธิใบไม้ตับ เลิกกินปลาดิบ” โดยมีแกนนำสุขภาพร่วมเป็นสักขีพยาน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 ระดมสมองแลกเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดดิบของครอบครัวผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 32 ครอบครัว โดยมีแกนนำสุขภาพเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10-12 คน ให้แต่ละกลุ่มระดมความคิดเห็นเสนอแนวทางในการกำหนดพฤติกรรม การเลี่ยงการบริโภคอาหารประเภทปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ หรือปรับพฤติกรรมประกอบอาหารในครัวเรือน เพื่อเลี่ยงการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 6 สำรวจสิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ โดยแกนนำสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ทีม ออกสำรวจพื้นที่เสี่ยงและเก็บตัวอย่างปลาที่มีเกล็ดสีขาว หอย เพื่อนำมาตรวจหาพยาธิใบไม้ตับพร้อมทั้งสรุปผลการสำรวจแจ้งให้ทุกคนรับทราบเพื่อตระหนักและหาทางแก้ไขต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 เผยแพร่ผลการวิจัยในที่ประชุม โดยผู้วิจัยร่วมกับแกนนำสุขภาพ สรุปความรู้ และเผยแพร่ผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ทราบและสรุปมาตรการต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อปฏิบัติของประชาชนในตำบลต่อไป กลุ่มเปรียบเทียบ ให้การดูแลตามมาตรฐาน รับคู่มือเฝ้าระวังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี พร้อมชวิตีทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี” ฟังบรรยายความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีวิทยากรคือผู้วิจัยและแกนนำสุขภาพของพื้นที่ทดลอง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนสำหรับแกนนำสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้การขับเคลื่อน

ชุมชน จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคำตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ รับรู้ในระดับมากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) น้อยที่สุด (1.00-1.50)

2.2 แบบสอบถามการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 24 ข้อ คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีการให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคำตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีเจตคติในระดับมากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) และน้อยที่สุด (1.00-1.50) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 18 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มีระดับคำตอบปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมในระดับดีที่สุด (4.51-5.00) ดี (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) และน้อยที่สุด (1.00-1.50)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายใต้มาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด โดยก่อนการวิจัยขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยประสานงานกับแกนนำสุขภาพและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ชี้แจงการดำเนินงานตอบแบบสอบถาม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนดการของรูปแบบฯ 2) กลุ่มเปรียบเทียบนัดหมายเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ และได้รับกิจกรรมตามรูปแบบเมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิ

ไปไม้ดัด จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัด ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัดเท่ากับ .99, .99, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ แบบสอบถามส่วนความรู้มีค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชardt เท่ากับ .84 ส่วนการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .82, .83 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2021-60 วันที่รับรอง 14 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 13 ธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ ความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา การรักษาความลับและการนำเสนอวิจัยจะทำในภาพรวมเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจจะลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที่

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัดของผู้แกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชน	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 1 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มทดลองมีร้อยละระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85.00 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ

และสถิติทดสอบซี โดยทำการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติ ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป 1) แกนนำสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.30 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52.04 ปี (SD 4.40) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.90 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 มีประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ดัดในอุจจาระ ร้อยละ 60.70 โดยร้อยละ 88.23 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ดัด ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความใกล้เคียงกัน 2) ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ดัด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.10 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 50.91ปี (SD 4.99) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.75 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.50 มีประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ดัดในอุจจาระ ร้อยละ 56.25 โดยมี ร้อยละ 88.88 รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิใบไม้ดัด ซึ่งข้อมูลทั่วไปของ 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน

ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัดต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัดของผู้แกนนำสุขภาพ

80.00 หลังการดำเนินการตามรูปแบบพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดัดเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ร้อยละ 90.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิมร้อยละ 95

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ

การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	กลุ่มทดลอง (n = 28)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28)			t	p-value
	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

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนดำเนินการ (n = 28)			หลังดำเนินการ (n = 28)			t	p-value
	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

จากตารางที่ 2 และตารางที่ 3 พบว่าแกนนำสุขภาพ ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<.05 ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่ม	ระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง	มาก	5	20.83	24	100.00
		ปานกลาง	6	25.00	0	0.00
		น้อย	13	54.17	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	มาก	5	20.83	5	20.83
		ปานกลาง	8	33.33	5	20.83
		น้อย	11	45.83	14	58.33
ระดับเจตคติ	กลุ่มทดลอง	มาก	0	0.00	15	75.00
		ปานกลาง	2	10.00	5	25.00
		น้อย	18	90.00	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	มาก	0	0.00	0	0.00
		ปานกลาง	0	0.00	0	0.00
		น้อย	20	100.00	20	100.00
ระดับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	มาก	0	0.00	15	83.33
		ปานกลาง	4	22.22	3	16.67
		น้อย	14	77.78	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	มาก	มาก	0	0.00	0	0.00
		ปานกลาง	2	11.11	0	0.00
		น้อย	16	88.89	18	100.00

ตารางที่ 4 แสดงว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองมีร้อยละระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 54.17, 90, 77.78 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 45.83, 100, 88.89 ตามลำดับ

หลังการดำเนินการตามรูปแบบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100, 75, 83.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับน้อย เช่นเดิม ร้อยละ 58.33, 100, 100 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบฯ

ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้								
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
เจตคติ								
ก่อนดำเนินการ	2.20	.40	น้อย	2.05	.28	น้อย	1.719	.091
หลังดำเนินการ	3.77	.38	ดี	2.03	.25	น้อย	21.477	<.001
พฤติกรรม								
ก่อนดำเนินการ	2.29	.48	น้อย	2.13	.48	น้อย	1.563	.123
หลังดำเนินการ	3.89	.54	มาก	2.07	.37	น้อย	15.619	<.001

จากตารางที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม	ก่อนดำเนินการ (n = 32)			หลังดำเนินการ (n = 32)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้								
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
เจตคติ								
กลุ่มทดลอง	2.20	.40	น้อย	3.77	.38	มาก	16.169	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.05	.28	น้อย	2.03	.25	น้อย	.408	.686
พฤติกรรม								
กลุ่มทดลอง	2.29	.48	น้อย	3.89	.54	มาก	11.741	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	.34	น้อย	2.07	.37	น้อย	1.779	.085

จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่า ก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < .05$

ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ หลังการดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มทดลองทุกคนตรวจไม่พบ ไข่พยาธิใบไม้ตับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังตรวจพบไข่พยาธิ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วน ของการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยสถิติทดสอบซี พบว่าสัดส่วน ของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับมากกว่าก่อนดำเนินการ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายได้ว่า แกนนำสุขภาพที่มี ส่วนร่วมดำเนินการตามรูปแบบฯ ร่วมกับผู้วิจัย ตั้งแต่เริ่ม สัปดาห์ที่ 1-8 มีการรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าแกนนำสุขภาพที่ไม่ได้เข้ามามีส่วน ร่วมกับกิจกรรม ดังที่ว่า การรับรู้การขับเคลื่อนชุมชนของคน ในชุมชนสามารถทำได้โดยการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมของ สมาชิก ซึ่งจะสามารถช่วยสร้างความตระหนักทั้งปัญหาสุขภาพ ในระดับชุมชน ประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความสำคัญ ในการเชื่อมโยงสถาบันและโครงสร้างด้านสุขภาพกับชุมชน⁷ สอดคล้องกับแนวคิดการขับเคลื่อนพลังสังคม⁹ ที่ได้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดขึ้นเพราะการทำกิจกรรม ผ่าน ระบบสังคมโดยการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเสริมสร้างข้อมูลใน ระดับการสื่อสารของผลกระทบด้วยการณรงค์ที่อาศัยชุมชน อย่างแท้จริง และสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่ได้จัดกิจกรรมสร้าง ความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเริ่มตั้งแต่ ระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชนร่วมกันกำหนด มาตรการทางสังคมที่เรียกว่า “พรสำราญ 3 ไม่” (ไม่รับประทาน ปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” ส่งผล ให้ประชาชน “ลด และ เลิก” การบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่ถูก

สุกลักษณะ และกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น

2. ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่ได้รับความรู้ “พยาธิใบไม้ตับ มหันตภัยร้าย” รัศมีมือ “อสม. หมอประจำบ้าน ชมวีดิทัศน์เรื่อง “สารคดี ความหวัง คณะ แพทย์ศาสตร์รามธิบดี” ฟังบรรยายความรู้เรื่องการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามรูปแบบฯ มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่า ผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับความรู้ตามรูปแบบฯ ดังที่ว่า การใช้โปรแกรม การให้สุขศึกษา โดยการบรรยาย สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ มีความเหมาะสมสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง⁵ สอดคล้อง กับการศึกษา¹¹ ที่ได้จัดกิจกรรมโดยการใช้สุขศึกษา ประกอบ ด้วยการให้ความรู้ การสาธิต และการสื่อสารโดย สื่อโปสเตอร์ และแผ่นพับ ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนดำเนินการ 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อน ดำเนินการ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่ได้มีการลงนาม ปฏิญญาคณต่าบลคูซอดปลอดภัยพยาธิใบไม้ตับ เลิกรับประทาน ปลาดิบ และรับมอบใบประกาศนียบัตร โดยมีแกนนำสุขภาพ ร่วมเป็นสักขีพยาน ตามรูปแบบฯ มีเจตคติต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ได้รับกิจกรรม ตามรูปแบบฯ ดังที่ว่า การใช้กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับความเชื่อ ประเพณี ค่านิยมจะส่งผลต่อเจตคติในทางที่ดีขึ้นของบุคคล⁸ สอดคล้องกับการศึกษา¹² ที่ได้จัดกิจกรรมโดยระดมความคิด เพื่อสะท้อนสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมา รวมทั้ง กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่สิ่งที่ต้องการให้เป็นในการปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ได้รับความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น 3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ใน ระดับมาก มากกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบ และมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ ซึ่งอภิปรายได้ว่า ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ร่วม กิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว ฟังและ

เล่าประสบการณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการจัดตั้ง
กลุ่มเล็กบริโภคปลาติบ เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
และครอบครัว มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีพฤติกรรมในการควบคุมโรค
พยาธิใบไม้ตับดีขึ้นมากกว่าผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ได้ร่วม
รูปแบบฯ สอดคล้องกับการศึกษา^{6,10,12} ที่พบว่าพฤติกรรม
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรเริ่มตั้งแต่ ระดับครอบครัว ชุมชน
และเครือข่ายชุมชน เน้นส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน
และการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมด้าน
สุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

**3. ผลของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการ
ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับต่อสัดส่วนของการตรวจพบไข
พยาธิใบไม้ตับ** กลุ่มทดลองทุกคน ตรวจไม่พบไขพยาธิใบไม้ตับ
แต่สัดส่วนของการตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ในการวิจัยได้มีการ
จ่ายยา Praziquantel ให้กับผู้ติดเชื้อทุกรายทั้งกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งผู้ติดเชื้ออาจรับประทานยาไม่ครบ
ตามขนาดที่กำหนด สอดคล้องกับผลสำรวจที่พบว่า ผู้ติดเชื้อ
ร้อยละ 88.88 เท่านั้นที่รับประทานยาครบเมื่อตรวจพบพยาธิ
ใบไม้ตับซึ่งทำให้กลุ่มเปรียบเทียบยังมีการตรวจพบไขพยาธิ
ใบไม้ตับอยู่ในร่างกาย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย จากผลการวิจัย
แสดงให้เห็นว่าการจ่ายยาฟาซิควอลเทลในกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบที่ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ อาจส่งผลต่อ
การวัดผลสัดส่วนการตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลการ
ศึกษาตามรูปแบบฯ มาใช้เพื่อขับเคลื่อนชุมชนในการควบคุม
โรคพยาธิพยาธิชนิดอื่น ๆ ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
และควรมีการติดตาม วัดผลมาตรการทางสังคมที่ได้จากการ
ดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่เผยแพร่กับคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้การดำเนินงานควบคุม
โรคพยาธิใบไม้ตับมีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

References

1. Thaewngiew K, et al. Prevalence of liver fluke disease in people in the upper northeastern region. *Northeastern Cholangiocarcinoma and Liver Fluke Disease Coordination Center*, 2016; 1(1) 9-21 (in Thai)
2. Promtoaw S. The National Health Assembly sets a 10-year goal to eradicate liver fluke and bile duct cancer. *Maharakham: Maharakham Univeristy*; 2019. (in Thai)
3. Department of Disease Control. *Decade Strategic Plan to Eliminate Liver Fluke and Cholangiocarcinoma 2016–2025*. 2nd ed. Bangkok: The printing house of the Veterans Organization under the Royal Patronage of His Majesty the King; 2020.
4. Velu W. Operational model for the control and prevention of liver fluke disease, Ban Yuad Subdistrict, Sangcom District Udon Thani Province. *Maharakham: Maharakham Univeristy*; 2019. (in Thai)
5. Atsalee C. Effects of disease prevention incentive program with social support in behavior modification for liver fluke prevention among people in Mueang District, Si sa ket Province. *Si sa ket : Si sa ket print*; 2019. (in Thai)
6. Wisetsang W. Behavior modification program by family health leaders to reduce the incidence of liver fluke in the working age group in Khayung Sub-district Uthumphon Phisai District Si sa ket Province. *Maharakham: Maharakham Univeristy* ; 2017. (in Thai)
7. Kaewpitool S, Kaewpitool N, and Norkaew J. The SES Model, Community Intervention for Liver Fluke Prevention and Control. *Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology*; 2016. (in Thai)

8. Nukboon S. Prevention and control of liver fluke disease in Nakhon Phanom province. Mahasarakham: Mahasarakham Univerisity; 2017. (in Thai)
9. Bryant J. and Oliver MB. Engage the community Media Effects Advances in Theory and Research, 3rded. Newyork and London. Routhedge Taylor and francis group. 2019.
10. Pakongjai K. Development of a participatory prevention model for liver fluke disease, Pornsamran Sub-district, Khu Mueang District, Buriram Province. Mahasarakham: Mahasarakham Univerisity; 2019. (in Thai)
11. Sangwalee W, Norkaew J and Kujapan J. Efficacy of health education program in prevention of liver fluke disease among migrant workers who come to work in Nakhon Ratchasima Province. Journal of Public Health, Burapha University. 2020; 15(1): 62-71. (in Thai)
12. Kongsila P, Saensa S, and Thanasai J. Effects of the liver fluke prevention awareness program on knowledge and perception of health in at-risk groups. Journal of Public Health, Science Research. 2016; 10(2): 19-28. (in Thai)
13. Ratchadapunnathikul C, Phengsuk S. Health system Management in Border Provinces of Thailand : SuanPhueng Model. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1): 528-35. (in Thai)
14. Pamulira S, Paprom W, Wamaloon C. Life Scenes of Patients with Cholangiocarcinoma : A Case Study of One Proviince in The Northeast of Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 86-97. (in Thai)