# การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง

# Development of an Active Surveillance and Screening System for High-Risk Groups of Liver Fluke Infection Using Rapid Diagnostic Test (OV-ATK) through the Participation of Primary Health Care Networks at Ban Song Hong Health Promoting Hospital

**มณีวรรณ สายรัตน์***

**Msaneewan Sairat**

Corresponding author: Email: maneevan121212@gmail.com

(Received: September 26, 2026; Revised: October 3, 2026; Accepted: October 31, 2026)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์การวิจัย :** เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบท พัฒนาระบบ ประเมินผล และถอดบทเรียนระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบ่งเป็น 3 กลุ่ม รวม 23 คน ได้แก่ ภาคประชาสังคม ภาควิชาการและภาคการเมือง ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 131 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยชุดตรวจปัสสาวะชนิดเร็ว (OV-ATK / OV-ATK), เครื่องอัลตร้าซาวด์, แบบสัมภาษณ์, แบบบันทึกการสังเกต และแบบสอบถาม 6 ส่วน ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2568 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าทีแบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired Samples t-test)

**ผลการวิจัย :** (1) สถานการณ์ บริบท และช่องว่างการวิจัย พบว่า ตำบลโคกสูงเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงที่มีประชากรบริโภคปลาดิบ และเผชิญปัญหาการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง (ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 5 ราย ในปี พ.ศ. 2568) ผลจากการวิเคราะห์พบช่องว่างวิจัย 3 ประการ คือ ขาดรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุข (Service Model) ในระดับปฐมภูมิที่สอดรับกับการใช้นวัตกรรมชุดตรวจ OV-ATK ขาดระบบบูรณาการบทบาทภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม และขาดแนวทางเชื่อมโยงการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับเข้ากับการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (2) ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุก: ได้พัฒนารูปแบบการบริการ “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” ผ่าน 5 มาตรการสำคัญ ได้แก่ การจัดทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU), การพัฒนาศักยภาพแกนนำและการคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจ OV-ATK และอัลตร้าซาวด์, การขับเคลื่อนชุมชนผ่านหอกระจายข่าวและการเคาะประตูบ้าน, การติดตามและส่งต่อรักษาอย่างรวดเร็ว, และการถอดบทเรียนเพื่อผลักดันเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น และ (3) ผลการประเมินการดำเนินงานหลังการพัฒนา พบว่า อสม.มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและคัดกรอง

เชิงรุกกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น (p<.001) ด้านผลการตรวจคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองรวมทั้งสิ้น 775 คน ผลตรวจเป็นบวก (Positive) จำนวน 498 คน คิดเป็นร้อยละ 64.62 และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรขยายผลรูปแบบบริการ “ครอบครัวต้นแบบ” อย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) สนับสนุนงบประมาณตรวจคัดกรองด้วย OV-ATK และอัลตร้าซาวด์ซ้ำ พร้อมทั้งพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับเข้ากับการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงส่งเสริมบทบาท อสม. ให้ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้านในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

**คำสำคัญ :** การเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุก; โรคพยาธิใบไม้ตับ; ชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK); เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

## Abstract

**Purposes :** To study the situation and context, develop a system, evaluate, and draw lessons learned regarding the active surveillance and screening system for liver fluke risk groups using rapid diagnostic tests (OV-ATK) through the participation of the primary health care network at Ban Song Hong Health Promoting Hospital.

**Study design :** This study employed an Action Research design based on Kemmis and McTaggart's framework, consisting of four stages: Planning, Action, Observation, and Reflection.

**Materials and Methods :** The key informants comprised 3 groups totaling 23 individuals, including civil society, academic sectors, and political sectors, selected via purposive sampling, alongside a sample of 131 Village Health Volunteers (VHVs). The research instruments included rapid urine test kits (OV-ATK/OV-ATK), ultrasonography equipment, interview forms, observation records, and a 6-part questionnaire, all of which were verified for content validity by experts and tested for reliability. Data were collected from February to August 2025. Statistics used for data analysis included percentages, means, standard deviations, and Paired Samples t-tests.

**Main findings :** (1) Situation, context, and research gaps: Khok Sung sub-district was identified as a high-risk area with a population practicing raw fish consumption and facing continuous mortality from cholangiocarcinoma (an increase of 5 fatalities in 2025). Three major research gaps were identified: a lack of a primary healthcare service model compatible with OV-ATK innovation, a lack of an integrated and concrete community network role, and a lack of a framework linking liver fluke screening with Non-Communicable Diseases (NCDs) care. (2) Active surveillance and screening system: A service model named "Model Families Free of Liver Fluke and Reduced Risk of Cholangiocarcinoma" was developed through 5 key measures: establishing a Memorandum of Understanding (MOU), capacity building for leaders and active screening using OV-ATK and ultrasound, community mobilization via public broadcasting towers and house-to-house visits, rapid monitoring and referral for treatment, and lessons learned to integrate into local development plans. (3) Evaluation results: Post-development, VHVs demonstrated significantly increased mean scores in knowledge, roles, participation, and active surveillance/screening behaviors ($p < 0.001$). Regarding the proactive screening results, a total of 775 individuals at risk underwent screening, with 498 testing positive, accounting for 64.62%. Overall satisfaction with the implementation was at the highest level.

**Conclusion and recommendations:** Relevant agencies should continuously expand the "Model Families" service model by utilizing the local health insurance fund (LHIF) mechanism to support budgetary funding for re-screening using OV-ATK and ultrasound. Additionally, they should develop a digital health database system to link liver fluke infection data with the care of non-communicable diseases (NCDs), as well as promote the role of Village Health Volunteers (VHVs) to act as home-visiting family doctors, provide nutritional advice, and regularly campaign for the modification of raw food consumption behaviors.

**Keywords :** Active surveillance and screening; Liver fluke disease; Rapid diagnostic test (OV-ATK); Primary health care network; Village health volunteers.

* Professional Nurse, Senior Level, Ban Song Hong Health Promoting Hospital, Phon Thong District, Roi Et Province.

## บทนำ

สถานการณ์ในระดับโลกและประเทศไทย ในระดับโลกพบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับถูกจัดเป็นโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected Tropical Diseases: NTDs) โดยเฉพาะกลุ่มโรคพยาธิใบไม้ที่มีอาหารเป็นสื่อ (Foodborne trematodiases: FBTs) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรหลายสิบล้านคนทั่วโลก[1] ข้อมูลระบุว่าประเทศไทยเป็น 1 ใน 4 ประเทศหลักร่วมกับจีน เกาหลีใต้ และเวียดนาม ที่มีจำนวนผู้ป่วยพยาธิใบไม้ที่มีอาหารเป็นสื่อรวมกันสูงถึงร้อยละ 84.74 ของผู้ป่วยทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย พยาธิชนิด Opisthorchis viverrini เป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี[2] แม้อัตราความชุกภาพรวมของประเทศจะลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ความสูญเสียยังคงสูงมาก โดยแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีเฉลี่ยสูงถึง 15,900 รายต่อปี หรือประมาณวันละ 70 คน ซึ่งเป็นภาระโรคที่สูงกว่าโรคติดต่ออื่นๆ หลายชนิด[3] สำหรับการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอโพนทอง เขตสุขภาพที่ 7 เป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับต้นๆ จนถูกเปรียบเทียบว่าเป็น “เมืองหลวง” ของโรคนี้[4] จากผลการตรวจคัดกรองในปีงบประมาณ 2566 พบอัตราความชุกภาพรวมในเขตร้อยละ 2.12 แต่เมื่อใช้นวัตกรรมการตรวจปัสสาวะชนิดเร็ว (OV-ATK) ในกลุ่มเสี่ยง กลับพบอัตราการติดเชื้อซ่อนเร้นเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 37.00 สะท้อนให้เห็นว่าการตรวจอุจจาระแบบเดิมอาจไม่สะท้อนจำนวนผู้ติดเชื้อที่แท้จริงในชุมชน[5]

เช่นเดียวกับในระดับพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ยังถูกจัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงเนื่องจากประชากรมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบอย่างเหนียวแน่น[1] โดยเฉพาะในอำเภอโพนทองที่พบความชุกของการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 8.20 ซึ่งยังเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5.00 อย่างไรก็ตามอำเภอโพนทองมีความโดดเด่นในด้านการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเชิงรุกตามโครงการ CASCAP ซึ่งช่วยให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ[6] และยังเป็นพื้นที่เป้าหมายสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “ประเทศไทยไร้พยาธิใบไม้ตับ” เพื่อลดความชุกในคนให้ต่ำกว่าร้อยละ 1.00 ภายในปี พ.ศ.2568[1] นอกจากนั้น อำเภอโพนทองจากข้อมูลทางสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2568 พบว่ามีชาวตำบลโคกสูงเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ.2564 มีผู้เสียชีวิต 4 ราย จากนั้นในปี พ.ศ. 2565 พบ 4 ราย ปี พ.ศ. 2566 พบ 2 ราย ปี พ.ศ. 2567 พบ 4 ราย และในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้เสียชีวิตขยับสูงขึ้นถึง 5 ราย[7] ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภัยคุกคามจากโรคนี้ยังไม่ลดระดับความรุนแรงลง และจำเป็นต้องมีกระบวนการแก้ไขปัญหาเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ได้นำมาสู่การค้นพบช่องว่างการวิจัย (Research Gap) ที่สำคัญในเชิงระบบและกลไกการทำงาน 3 ประการ โดยประการแรกคือช่องว่างด้านนวัตกรรมเครื่องมือคัดกรองในระดับปฐมภูมิ เนื่องจากวิธีดั้งเดิมมีข้อจำกัดและใช้เวลานาน การนำนวัตกรรมชุดตรวจสำเร็จรูป OV-ATK เข้ามาปรับใช้จึงเป็นสิ่งใหม่ที่ยังขาดรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุข (Service Model) ที่สอดรับกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ประการที่สองคือช่องว่างด้านกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เนื่องจากแผนงานส่วนใหญ่ยังขับเคลื่อนโดยใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแกนหลัก จึงขาดการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการบูรณาการบทบาทร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[7] และประการสุดท้ายคือช่องว่างด้านการจัดการระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเชิงซ้อนที่ยังขาดแนวทางการเชื่อมโยงการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกับการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในชุมชนเข้าด้วยกัน

แนวทางแก้ไขปัญหาในชุมชนข้างต้น กล่าวได้ว่ายุทธศาสตร์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับเน้นการคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจปัสสาวะ (OV-ATK) และการนำระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาช่วยวินิจฉัยเพื่อเพิ่มความแม่นยำ[8] ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านบทบาทของ อสม. หมอประจำบ้านที่เฝ้าระวังพฤติกรรมการกินถึงระดับครัวเรือน[3] มาตรการสำคัญที่ต้องเร่งผลักดัน

คือ การจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะในทุกพื้นที่เพื่อตัดวงจรชีวิตพยาธิไม่ให้ปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำ[1] และส่งเสริมการบริโภคปลาสุกหรือปลาที่ผ่านการแช่แข็งที่ -20 องศาเซลเซียส อย่างน้อย 3 วัน เพื่อทำลายตัวอ่อนพยาธิ[2] โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ ลดความชุกในคนให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ภายในปี พ.ศ. 2568[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยนวัตกรรม OV-ATK โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง จึงถือเป็นการปิดช่องว่างการวิจัยที่ตรงจุด ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยเชิงพัฒนานี้ ไม่เพียงแต่จะช่วยให้เกิดแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการตรวจคัดกรองที่รวดเร็วและแม่นยำด้วยนวัตกรรมใหม่เท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างกลไกภาคีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง[7] ซึ่งจะช่วยลดทอนอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อทางเดินน้ำดีของประชาชนในตำบลโคกสูงได้อย่างยั่งยืนในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบท พัฒนาระบบ ประเมินผล และถอดบทเรียนระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart[9] ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการตั้งเดือนกุมภาพันธ์-เดือนสิงหาคม 2568 จำนวน 7 เดือน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

**ประชากรศึกษา และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ**

**ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** ผู้วิจัยได้ศึกษากำหนดขอบเขตด้านประชากรตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตำบลโคกสูง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3 กลุ่ม จำนวน 23 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามแนวทางการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสอดคล้อง Patton[10] ซึ่งระบุว่า พลังและตรรกะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงอยู่ที่การมุ่งเน้นความเข้าใจเชิงลึกจากผู้ที่กำข้อมูลสำคัญและตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย สอดรับกับแนวคิดของ Creswell &Poth[11] และ Bernard[12] ที่เน้นย้ำว่า ผู้วิจัยเชิงคุณภาพจำเป็นต้องเลือกผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ศึกษาแบบเจาะจง เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถเข้าใจปัญหาการวิจัยและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจึงเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่มีความเหมาะสมและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนให้งานวิจัยชิ้นนี้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)** ได้แก่ (1) เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนา มีชื่อในทะเบียนบ้าน หรือปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลโคกสูง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) เป็นผู้มีบทบาทหน้าที่ หรือมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นการดำเนินงานด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ หรือการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และ (3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพ เจ็บป่วยรุนแรง หรือมีข้อจำกัดทางด้านการสื่อสารที่ไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้ และ (2) ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

**ภาคประชาสังคม** ได้แก่ ประชาชนผู้ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, กลุ่มสตรีแม่บ้านบ้าน, พระภิกษุ, ปราชญ์ชาวบ้าน และสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านโคกสูง

รวมทั้งหมด 14 คน

**ภาควิชาการ** ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนทอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา ครูประจำศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย รวมทั้งหมด 4 คน

**ภาคการเมือง** ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะผู้บริหาร สมาชิกสภาเทศบาลตำบลโคกสูง (สท.)และปลัดเทศบาล อบต. อบต. รวมทั้งหมด 5 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบฯ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลโคกสูงใช้ในกลุ่มเป้าหมายผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย และ 2) แบบบันทึกการสังเกต พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการวางแผนเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลโคกสูง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เครื่องใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและพัฒนาจากคู่มือการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชน กรมควบคุมโรค[13] ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยตัวแปรอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส การประกอบอาชีพ และรายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก หรือผิด เพียงคำตอบเดียวจำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 บทบาทในการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตนสำหรับการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลาดิบและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ และ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อดำเนินงานการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 22 ข้อ

2) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อคำถาม ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 หลังจากนั้นจากนั้นจึงตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาทั้ง 6 ฉบับ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น KR-20 (Kuder-Richardson ได้เท่ากับ 0.75 และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78, 0.74, 0.73 และ 0.76 ตามลำดับ

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย**

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

**1. เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย** โดย 1) ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา และแนวคิดทฎีที่เกี่ยวข้อง และ 2) เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับชุมชนประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น

พร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

**2. การดำเนินการเนินการวิจัย** ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงานเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แฟ้มประวัติครอบครัวสถิติการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และศึกษาบริบทชุมชน เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยดังนี้

**ระยะที่ 1 วางแผน (Planning) (เดือนกุมภาพันธ์ 2568)**

1) จัดเวทีประชาคมเพื่อวิเคราะห์บริบทพื้นที่และสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับโดยวิเคราะห์ประเด็นที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบหรือสุกๆดิบๆ และด้านความเชื่อสุขภาพ

2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล โดยร่วมกำหนดประเด็นปัญหาในการวางแผนประชุม วางรูปแบบการดำเนินงานและร่วมกำหนดเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ภาคส่วน ตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วยภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, กลุ่มสตรีแม่บ้าน, พระภิกษุ, ปราชญ์ชาวบ้าน, สภาเด็กและเยาวชนตำบล ภาควิชาการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล, ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา, ครูประจำศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบล และภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนันตำบลโคสูง, ผู้ใหญ่บ้าน, นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูง, ปลัดเทศบาลตำบลโคกสูง และสมาชิกสภาเทศบาลตำบล และภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนันตำบลโคกสูง, ผู้ใหญ่บ้าน, นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูง, ปลัดเทศบาลตำบลโคกสูงและสมาชิกสภาเทศบาลตำบล

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนสร้างสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคต ซึ่งกำหนดจัดทำแผนงาน/โครงการหรือ“Active model”ประกอบด้วย 5 มาตรการเชิงรุกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Intervention)” ได้แก่ โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง ประกอบด้วย

**1. ขั้นเตรียมการและสร้างข้อตกลง** (Preparation & Partnership) เป็นขั้นตอนการระดมสมองและสร้างพันธสัญญาเพื่อขับเคลื่อนร่วมกันในชุมชน (A; Alliance & Agreement)

1) การสร้างภาคีเครือข่าย: ประสานความร่วมมือระหว่าง 5 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ เทศบาลตำบลโคกสูง, รพ.สต.บ้านสองห้อง, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ประชาชน และผู้ประกอบการร้านค้า

2) การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU): ร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” เพื่อเป็นสัญญาร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบาย

**2. ขั้นพัฒนาศักยภาพและคัดกรองเชิงรุก** เน้นการให้ความรู้และค้นหาผู้ติดเชื้อในชุมชนอย่างรวดเร็ว (C; Capacity & Screening)

1) การพัฒนาองค์ความรู้: จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันตนเองให้แก่แกนนำและกลุ่มเป้าหมาย

2) การคัดกรองเชิงรุก: ดำเนินการคัดกรอง

กลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้ออย่างรวดเร็ว

**3. ขั้นขับการเคลื่อนชุมชนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** กลยุทธ์การสื่อสารและการรณรงค์แบบเข้าถึงหน้าบ้านเพื่อลดความเสี่ยง (T; Transformation of Behavior)

1) การสื่อสารมวลชนในชุมชน: ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและการป้องกันโรคผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2) การรณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน: ทีมหมอครอบครัวและ อสม. ลงพื้นที่เชิงรุกตามบ้านเรือนเพื่อสร้างความตระหนักรู้แบบตัวต่อตัว

3) การสร้างกระแสสังคม: จัดกิจกรรมคาราวาน “คนโคกสูงสุขภาพดี ชีวีปลอดพยาธิใบไม้ตับ” เพื่อปลุกจิตสำนึกคนในชุมชน ผลักดันและเชิดชู “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” เพื่อเป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**4. ขั้นติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อรักษา** การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มที่ตรวจพบผลบวกเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ โดย 1) ระบบติดตามรายบุคคล (Individual Tracking) : ดำเนินการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระอย่างใกล้ชิด โดยทีมหมอครอบครัวและ อสม. 2) ระบบส่งต่อภาคีเครือข่าย (Referral System): พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) จากชุมชน/รพ.สต.บ้านสองห้อง ไปยังโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาและจ่ายยาถ่ายพยาธิ (Praziquantel) ตามมาตรฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วและปลอดภัย (I; Individual Tracking และ V; Vital Referral System)

**5. ขั้นถอดบทเรียนและขับเคลื่อนความยั่งยืน** การประเมินผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบายระดับท้องถิ่น โดย 1) การถอดบทเรียนร่วมกัน (After Action Review: AAR): จัดเวทีคืนข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย (เทศบาลตำบลโคกสูง, ผู้นำชุมชน, อสม., และผู้ประกอบการ) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors) และอุปสรรคในการดำเนินงาน 2) การพัฒนาสู่นโยบายสาธารณะ (Policy Integration): นำผลการถอดบทเรียนและนวัตกรรม “ครอบครัวต้นแบบ” เสนอต่อเทศบาลตำบลโคกสูงเพื่อบรรจุเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) เพื่อให้เกิดงบประมาณสนับสนุนในการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (E; Evaluation & Local Policy)

**ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) (เดือนมีนาคม -พฤษภาคม 2568)** โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้องจัดอบรมในเดือนเมษายน 2568 จัดทำขึ้นเพื่อสร้างแกนนำในการช่วยขยายผลและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมอบรมตามโครงการประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านๆ จำนวน 131 คน ซึ่งมาตรการเชิงรุกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Intervention) ตามโครงการประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ, การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว, การรณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน และคาราวาน “คนโคกสูงสุขภาพดี ชีวีปลอดพยาธิใบไม้ตับ”

**ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) (เดือนมิถุนายน 2568)**

1) การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน และผลจากการใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

2) ประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา (Post-test) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

**ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) (เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2568)**

1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) ถอดบทเรียนเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ บทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**ขั้นเตรียมการ**

1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้องไปยังนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลโคกสูงและผู้นำชุมชน เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการ

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

**ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล**

โดยใช้ 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิไปไม้กับ ใช้วิธีการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล 2) แบบสอบถามบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใช้แบบประเมินบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) ใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล หลังการเข้าร่วมกิจกรรม

**การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ**

เครื่องมือดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่

1) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกตาม ประเด็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาและบริบทในพื้นที่ตำบลโคกสูง (60 นาที)

2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อกำหนด Action Plan โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการมีส่วนร่วม (120 นาที)

3) การสรุปถอดบทเรียน โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้องโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกสรุปผลการถอดบทเรียน (60 นาที) และทบทวนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานทุกๆ 1 เดือน ตลอดจนสิ้นสุดปฏิบัติการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## การพิทักสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ตระหนักถึงความสำคัญและสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดจากการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใบรับรองเลขที่ COE2112567 รับรองเมื่อวันที่ 27 เดือนธันวาคม พ.ศ.2567

## ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหา ช่องว่างการวิจัย (Research Gap) และสาเหตุของการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ มีรายละเอียดดังนี้ โรคพยาธิใบไม้ตับถือเป็นปัญหาสอบด้านสาธารณสุข

ที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทย โดยจัดเป็นโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (NTDs) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศหลักที่มีผู้ป่วยกลุ่มนี้สูง และพยาธิชนิด Opisthorchis viverrini ยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี แม้ภาพรวมของประเทศจะมีอัตราความชุกลดลง แต่ความสูญเสียยังคงรุนแรง โดยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึง 15,900 รายต่อปี ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอโพนทอง ยังคงเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงหรือเปรียบเสมือน “เมืองหลวง” ของโรคนี้ เนื่องจากประชากรมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ โดยเฉพาะในตำบลโคกสูง ที่พบสถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่องทุกปี และมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 5 ราย ในปี พ.ศ.2568

นอกจากนี้อัตราความชุกในอำเภอโพนทองยังสูงถึงร้อยละ 8.20 ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 5.00 อีกทั้งเมื่อมีการนำนวัตกรรมการตรวจปัสสาวะชนิดเร็ว (OV-ATK) มาใช้คัดกรองในกลุ่มเสี่ยง กลับพบอัตราการติดเชื้อซ่อนเร้นสูงถึงร้อยละ 37.00 ซึ่งสะท้อนว่าการตรวจอุจจาระแบบเดิมไม่สามารถสะท้อนจำนวนผู้ติดเชื้อที่แท้จริงได้ จากสถานการณ์ดังกล่าว นำไปสู่การค้นพบ ช่องว่างการวิจัย (Research Gap) สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) ช่องว่างด้านนวัตกรรมเครื่องมือคัดกรองในระดับปฐมภูมิ: การนำชุดตรวจสำเร็จรูป (OV-ATK / OV-ATK) มาปรับใช้ยังเป็นสิ่งใหม่ที่ขาดรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุข (Service Model) ที่สอดรับกับวิถีชีวิตคนในพื้นที่ (2) ช่องว่างด้านกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังขับเคลื่อนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ขาดรูปแบบการบูรณาการบทบาทร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างผู้นำชุมชน อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (3) ช่องว่างด้านการจัดการระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเชิงซ้อน: ยังขาดแนวทางเชื่อมโยงการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับเข้ากับการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประชากรวัยผู้ใหญ่

สำหรับสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหา สรุปได้ว่ามาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ของประชาชน ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมและระบบสุขาภิบาลที่ยังเอื้อต่อการแพร่ระบาด เช่น การจัดการสิ่งปฏิกูลที่อาจปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำ รวมถึงปัจจัยด้านความเชื่อและค่านิยมดั้งเดิมในการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขผ่านระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

2. ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง นำเสนอในรูปแบบตาราง Input-Process-Output (IPO) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK)

| ปัจจัยนำเข้า (Input) | กระบวนการดำเนินงาน (Process) | ผลลัพธ์ (Output) |
|---|---|---|
| **1. นวัตกรรมและเครื่องมือ**<br>-ชุดตรวจปัสสาวะชนิดเร็ว (OV- ATK)<br>-เครื่องอัลตร้าซาวด์ (Nurse Sono) จากโรงพยาบาลโพนทอง<br>**2. งบประมาณและนโยบาย**<br>งบสนับสนุนจากเทศบาลตำบล | **ระยะที่ 1 วางแผน (Planning)**<br>-จัดเวทีประชาคมวิเคราะห์บริบทและปัญหา (สภาพแวดล้อม พฤติกรรมบริโภคปลาดิบความเชื่อ)<br>-จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทำข้อตกลง (MOU) “ครอบครัวต้นแบบปลอดพยาธิใบไม้ตับ | **1. ผลลัพธ์ด้านแกนนำและชุมชน**<br>-อสม. (131 คน) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรม<br>-ความพึงพอใจของ อสม. ต่อการดำเนินงาน |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ปัจจัยนำเข้า (Input) | กระบวนการดำเนินงาน **(Process)** | ผลลัพธ์ (Output) |
|---|---|---|
| โคกสูง (กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข)<br>**3. บุคลากรและภาคีเครือข่าย**<br>-เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (รพ.สต. บ้านสองห้อง, สสอ.โพนทอง)<br>**4. ข้อมูลและกลุ่มเป้าหมาย**<br>ข้อมูลสถิติผู้ป่วย/เสียชีวิตและประชากรกลุ่มเสี่ยงในตำบลโคกสูง | ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี”<br>**ระยะที่ 2** ปฏิบัติตามแผน (Action)<br>-Capacity Building: อบรมพัฒนาความรู้แก่ อสม. และแกนนำ<br>-Active Screening: คัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจ OV-ATK และตรวจอัลตร้าซาวด์ตามแผนปฏิบัติการระดับหมู่บ้าน (13 หมู่บ้าน)<br>-Community Mobilization: รณรงค์เคาะประตูบ้าน หอกระจายข่าว และจัดคาราวานสุขภาพ<br>**ระยะที่ 3** สังเกตการณ์ (Observation)<br>-นิเทศติดตามผลและประเมินความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม พฤติกรรม และความพึงพอใจ<br>**ระยะที่ 4** สะท้อนผล (Reflection)<br>-จัดเวที AAR (After Action Review) ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค | **2. ผลลัพธ์การคัดกรองโรค**<br>**3. ระบบและนโยบายสาธารณะ**<br>-เกิดรูปแบบบริการสาธารณสุข (Service Model) และแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการตรวจคัดกรองด้วย OV-ATK แบบมีส่วนร่วม<br>-การผลักดันนโยบาย „ครอบครัวต้นแบบ” เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพเทศบาลตำบลโคกสูงเพื่อความยั่งยืน |

3. ผลการประเมินและถอดบทเรียน พบว่า

1) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 131 คน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทุกตัวแปรมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 ทุกรายการ โดยในด้านความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.45 ±2.10 เป็น 17.80 ±1.65 (Mean diff. = 5.35, 95%CI: 4.92, 5.78, Cohen’s d = 2.85) ด้านบทบาทหน้าที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.50 ± 2.30 เป็น 16.90 ± 1.80 (Mean diff. = 5.40, 95%CI: 4.90, 5.90, Cohen’s d = 2.62) ด้านการมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.80 ± 2.45 เป็น 16.20 ±1.95 (Mean diff. = 5.40, 95%CI: 4.88, 5.92, Cohen’s d = 2.49) และด้านพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค มีคะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้นจาก 11.20 ± 2.20 เป็น 17.10 ± 1.70 (Mean diff. = 5.90, 95%CI:5.42, 6.38, Cohen's d = 2.99) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายด้าน (n =131)

| ตัวแปร | n | Mean±SD. | Mean diff.(95%CI) | p | Cohen's *d* |
|---|---|---|---|---|---|
| **ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค** | | | | | |
| ก่อนการพัฒนา | 131 | 12.45±2.10 | 5.35(4.92, 5.78) | <.001 | 2.85 |
| หลังการพัฒนา | 131 | 17.80±1.65 | | | |
| **บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค** | | | | | |
| ก่อนการพัฒนา | 131 | 11.50±2.30 | 5.40(4.90, 5.90) | <.001 | 2.62 |
| หลังการพัฒนา | 131 | 16.90±1.80 | | | |
| **การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค** | | | | | |
| ก่อนการพัฒนา | 131 | 10.80±2.45 | 5.40(4.88, 5.92 | <.001 | 2.49 |
| หลังการพัฒนา | 131 | 16.20±1.95 | | | |
| **พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค** | | | | | |
| ก่อนการพัฒนา | 131 | 11.20±2.20 | 5.90(5.42, 6.38) | <.001 | 2.99 |
| หลังการพัฒนา | 131 | 17.10±1.70 | | | |

2) จากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้องพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองรวมทั้งสิ้น 775 คน ในจำนวนนี้มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) จำนวน 498 คน คิดเป็นอัตราผลบวกรวมร้อยละ 64.62 เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายหมู่บ้าน พบว่าพื้นที่ที่มีอัตราการตรวจพบผลบวกสูงสุดคือ บ้านหนองตออยู่ที่ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ บ้านสองห้อง (จุดที่ 1) และบ้านศรีวิไล ซึ่งมีอัตราผลบวกร้อยละ 78.85 และ 78.33 ตามลำดับ ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราผลบวกต่ำที่สุด (ไม่รวมกลุ่มอื่นๆ) คือ บ้านโคกสูง ซึ่งมีอัตราผลบวกร้อยละ 44.26 ตามด้วย บ้านหนองดง (จุดที่ 1) ที่ร้อยละ 48.53 ทั้งนี้ผลการคัดกรองดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เครือข่าย ซึ่งยังคงต้องอาศัยมาตรการเฝ้าระวัง การควบคุมโรค และการสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (OV-ATK) ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง (n=775)

| หมู่บ้าน | ผู้เข้ารับการตรวจคัดกรอง (คน) | ผลบวก (Positive) (คน) | อัตราผลบวก (%) |
|---|---|---|---|
| 1. บ้านศรีวิไล | 60 | 47 | 78.33 |
| 2. บ้านหนองดง | 68 | 33 | 48.53 |
| 3. บ้านหนองหิน | 66 | 40 | 60.61 |
| 4. บ้านแฝกคำพัฒนา | 67 | 45 | 67.16 |
| 5. บ้านหนองตอ | 65 | 52 | 80.00 |
| 6. บ้านแฝก | 57 | 44 | 77.19 |
| 7. บ้านหนองดง | 50 | 26 | 52.00 |
| 8. บ้านสองห้อง | 52 | 41 | 78.85 |
| 9. บ้านโคกสูง | 61 | 27 | 44.26 |
| 10. บ้านหนองสิม | 60 | 31 | 51.67 |
| 11. บ้านแฝกนคร | 56 | 36 | 64.29 |
| 12. บ้านแฝกคำพัฒนา 2 | 52 | 38 | 73.08 |
| 13. บ้านสองห้อง | 59 | 38 | 64.41 |
| 14. อื่นๆ | 2 | 0 | 0.00 |
| **รวม** | **775** | **498** | **64.62** |

3) ความพึงพอใจต่อดำเนินงานการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการประเมินการดำเนินงานการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean±SD. = 4.53± 0.34)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการควบคุมและป้องกันโรคและด้านการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean±SD. = 4.56± 0.54 และ 0.47 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ด้านการเตรียมความพร้อมและการเฝ้าระวังโรค (Mean±SD. = 4.52± 0.41) และด้านการส่งต่อการรักษาและการติดตามดูแลต่อเนื่อง (Mean±SD. = 4.48±0.36) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับดำเนินงานการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายด้านและโดยรวม (n=131)

| รายการประเมิน | Mean±SD. | ระดับความพึงพอใจ |
|---|---|---|
| ด้านการเตรียมความพร้อมและการเฝ้าระวังโรค | 4.52±0.41 | มากที่สุด |
| ด้านการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย | 4.56±0.47 | มากที่สุด |
| ด้านการควบคุมและป้องกันโรค | 4.56±0.54 | มากที่สุด |
| ด้านการส่งต่อการรักษา และการติดตามดูแลต่อเนื่อง | 4.48±0.36 | มาก |
| **เฉลี่ยโดยรวม** | **4.53±0.34** | **มากที่สุด** |

## วิจารณ์

1) การวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์และบริบทของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่นตำบลโคกสูง พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคนี้ หนึ่งในปัจจัยหลักคือการบริโภคปลาดิบที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งท่อน้ำดี[14-15] เช่นเดียวกับการวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า มีความชุกของความผิดปกติทางตับและท่อน้ำดีสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี[16-17] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการใช้นวัตกรรม เช่น ชุดตรวจ OV-ATK เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและรักษาโรค[14] การวิจัยยังพบว่ามีความจำเป็นในการบูรณาการบทบาทของภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค[18] และการศึกษายังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับเข้ากับการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม และยั่งยืน[15] การวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในการวิจัยและการปฏิบัติที่ยังคงมีอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อปรับปรุงสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงในประเทศไทย

2) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกเพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ตับและลดความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยได้พัฒนารูปแบบการบริการที่เรียกว่า “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” โดยใช้มาตรการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การจัดทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ การพัฒนาศักยภาพแกนนำและการคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจ OV-ATK และอัลตร้าซาวด์ ซึ่ง OV-ATK ได้รับการพิสูจน์ว่ามีความไวสูงในการตรวจจับพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ในชุมชน[19-20] การขับเคลื่อนชุมชนผ่านหอกระจายข่าวและการเคาะประตูบ้านเพื่อสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน การติดตามและส่งต่อรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา และการถอดบทเรียนเพื่อผลักดันเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น[21-22] การใช้มาตรการเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อและความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย[20-23] การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้มาตรการที่ครอบคลุมและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยลดภาระของพยาธิใบไม้ตับและลดความเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ[22-23]

3) ข้อค้นพบครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนา อสม.มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งพบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยที่สนับสนุนผลลัพธ์นี้ดังงานวิจัยที่พัฒนาโมเดล NAMKHUN เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (VHVs) ในการป้องกันโรค COVID-19 สำหรับในประเทศไทย พบว่า หลังการพัฒนาโมเดลนี้ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

ในการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[24] งานวิจัยในจังหวัดชัยภูมิที่พัฒนาโมเดล SMART VHV Plus เพื่อเสริมสร้างความสามารถของ VHVs ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ พบว่าความสามารถโดยรวมของ VHVs ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการพัฒนาโมเดล[25] นอกจากนี้งานวิจัยที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในจังหวัดสิงห์บุรี พบว่าการใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[26] งานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมการสร้างศักยภาพสำหรับ VHVs เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าความรู้และการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการพัฒนาโปรแกรม[27]

ผลการวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่กล่าวถึงในคำถามวิจัย

## จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นอยู่ที่การประยุกต์ใช้นวัตกรรมการตรวจปัสสาวะชนิดเร็ว (OV-ATK) ร่วมกับการตรวจอัลตร้าซาวด์เชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ซึ่งช่วยแก้ปัญหาความล่าช้าและข้อจำกัดของการตรวจอุจจาระแบบดั้งเดิม ทำให้สามารถค้นพบผู้ติดเชื้อซ่อนเร้นและความผิดปกติของตับและท่อน้ำดีในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการค้นพบภาวะไขมันพอกตับและโรคทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ ในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ การออกแบบรูปแบบบริการ “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” ผ่านมาตรการ 5 ด้าน ยังสะท้อนถึงการดึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้ามาร่วมขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ แต่ก็มีข้อจำกัดของการวิจัยถึงแม้ว่าจะมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างครอบคลุม แต่บริบทของการดำเนินงานยังจำกัดอยู่ในพื้นที่เฉพาะคือ ตำบลโคกสูง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้การนำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นจำเป็นต้องคำนึงถึงความพร้อมของทรัพยากรบริบททางสังคม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่อาจมีความแตกต่างกัน รวมถึงข้อจำกัดในด้านการติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดช่วงเวลาการวิจัย

## ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัย

ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นจากปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญหลายประการ เริ่มตั้งแต่ การสร้างความร่วมมือเชิงนโยบายและการทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ระหว่างภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วนหลัก (ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคการเมือง) ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งทำให้ทุกฝ่ายมีเป้าหมายและทิศทางในการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 131 คน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติงานเชิงรุก รวมถึงการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวและการเคาะประตูบ้าน ก็เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) และการสนับสนุนเครื่องมือจากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งช่วยให้การขับเคลื่อนกิจกรรมดำเนินไปอย่างราบรื่นและยั่งยืน

### สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการวิจัยครั้งนี้

จากการดำเนินงานวิจัยดังกล่าว ทำให้เกิดบทเรียนสำคัญว่าปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตของชุมชน ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการปฏิบัติงานเพียงลำพังของบุคลากรสาธารณสุข แต่ต้องอาศัย การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตั้งแต่ระดับรากหญ้า ผ่านการใช้เครื่องมือและนวัตกรรมที่เข้าถึงง่ายและให้ผลลัพธ์รวดเร็ว

นอกจากนี้ การถอดบทเรียนสะท้อนให้เห็นว่า การเชื่อมโยงงานเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพระดับตำบล จะช่วยสร้างความมั่นคงและความต่อเนื่องในการดำเนินงานเชิงป้องกัน พร้อมทั้งเปลี่ยนผ่านจากการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไปสู่การสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่พึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

**1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ในครั้งนี้** คือ หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำรูปแบบบริการ “ครอบครัวต้นแบบปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” ไปขยายผลและขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องในระดับตำบล โดยอาศัยกลไกของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) ในการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจ OV-ATK และการตรวจอัลตร้าซาวด์ซ้ำในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัลในระดับปฐมภูมิ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเข้ากับการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงการส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้านในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ของประชาชนอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ

**2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป** ควรมีการต่อยอดรูปแบบการศึกษาในหลายมิติ เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์และประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาในวงกว้าง ประการแรก ควรขยายขอบเขตการศึกษาวิจัยไปยังพื้นที่ระบาดวิทยาอื่นๆ หรือยกระดับเป็นการศึกษาแบบพหุพื้นที่ (Multi-site Study) เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าและความเหมาะสมของรูปแบบบริการภายใต้บริบททางสังคมที่แตกต่างกัน ประการที่สอง ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economic Evaluation) ของการใช้นวัตกรรมชุดตรวจ OV-ATK เปรียบเทียบกับการตรวจอุจจาระแบบดั้งเดิม เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับประเทศ ประการที่สาม ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน เช่น ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในครัวเรือน เพื่อตัดวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับอย่างยั่งยืน และประการสุดท้าย ควรมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว (Long-term Follow-up) เพื่อประเมินอัตราการกลับมาติดเชื้อซ้ำ (Re-infection) และอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ลดลงอย่างแท้จริงภายหลังการดำเนินโครงการ

## เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจความชุกตัวอ่อนระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ส่งผ่านโรคสู่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. จุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน, อรนาถ วัฒนวงษ์, ทองรู้ กอผจญ. รายงานการสำรวจความชุกตัวอ่อนระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ส่งผ่านโรคสู่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. วัฒนศักดิ์ โสสุด, เกษราวดี คนหาญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. วาทินี จันทร์เจริญ. 'พยาธิใบไม้ตับ-มะเร็งท่อน้ำดี' ภัยร้ายที่มี 'อีสาน' เป็น 'เมืองหลวง'. Health Station; 2565.
5. สุมาลี จันทลักษณ์, รุจิรา สมภาร, วนิดา อินทรสังขาร์. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ OV-ATK (OV-Rapid Diagnosis Test) เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2568;32(2):132-45.
6. นฤมล อาชวชาลี. ประสิทธิภาพของการค้นหามะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงในพื้นที่เขตอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ตามโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(2):58-66.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสองห้อง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสร์สาธารณสุข พ.ศ.2568. ร้อยเอ็ด; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านหนองสองห้อง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด; 2568.

8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press; 1988.
10. Patton M Q. Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice. SAGE Publications; 2015.
11. Creswell J W, Poth C N. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. SAGE Publications; 2018.
12. Bernard H R. Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative Approaches. Rowman & Littlefield; 2027.
13. วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, และคณะ. รายงานการดำเนินงานหรือการศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
14. Lee Y T, Ziegler A D. Unpacking the black box: I. Knowledge production and public health narratives on liver fluke infection and cholangiocarcinoma in Northeast Thailand. South East Asia Research. 2025;133-159. doi: 10.1080/0967828x.2025.2530096
15. Tanthanapanyakorn P, Maoon K. Factors Associated with Risky Dietary Behaviors for Cholangiocarcinoma among Residents of an Endemic Area in Northern Thailand: A Cross-Sectional Study. Natural and Life Sciences Communications. 2026;25(4).1-16. doi:10.12982/nlsc.2026.080
16. Thinkhamrop K, Suwannatrai A, Chamadol N, Khuntikeo N, Thinkhamrop B, Sarakarn P, et al. Spatial analysis of hepatobiliary abnormalities in a population at high-risk of cholangiocarcinoma in Thailand. Scientific Reports. 2020;10(1):16855. doi: 10.1038/S41598-020-73771-0
17. Jaikaew J, Songserm N, Charoenbut P, Thongchai C, Chada W. Environmental Management for Opisthorchis viverrini and Cholangiocarcinoma Prevention in a High-Risk Area of Thailand: The KALMeFS Model. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2024;25(12):4305–11. doi: 10.31557/apjcp.2024.25.12.4305
18. Nguyễn T K D, Trần B T, Nguyễn Đ C, Nguyễn T Q, Lê T B L, Arporn W, Paiboon S, et al. SO SÁNH GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN NHIỄM SÁN LÁ GAN Opisthorchis viverrini CỦA TEST NHANH OV ANTIGEN VỚI XÉT NGHIỆM TẬP TRUNG FORMALIN-ETHYL ACETATE TẠI HUYỆN ĐĂK GLEI, KON TUM, NĂM 2025. Tạp Chí Y Học Cộng Đồng (Journal of Community Medicine); 2026. doi: org/10.52163/yhc.v67icd4.4779
19. Buisson Y. Control of Opisthorchis viverrini infection for cholangiocarcinoma prevention. Bulletin De La Societe De Pathologie Exotique. 2017;110(1):61–67. doi: 10.1007/S13149-017-0544-8.
20. Kaewpitoon S J, Rujirakul R, Loyd R A, Panpimanmas S, Matrakool L, Tongtawee T, et al. Surveillance of Populations at Risk of Cholangiocarcinoma Development in Rural Communities of Thailand Using the Korat-CCA Verbal Screening Test. Asian Pac J Cancer Prev. 2016;17(4):2205-9. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.4.2205.
21. Khuntikeo N, Andrews R H, Petney T, Khan S A. Introduction; 2023. doi: 10.1007/978-3-031-35166-2_1.
22. Kamber L, Bürli C, Harbrecht H, Odermatt P,

Sayasone S, Chitnis N. Modeling the persistence of Opisthorchis viverrini worm burden after mass-drug administration and education campaigns with systematic adherence. PLOS Neglected Tropical Diseases. 2024;18. doi: 10.1371/journal.pntd.0011362.

23. de Martel C, Plummer M. Opisthorchis viverrini , Clonorchis sinensis and Cholangiocarcinoma; 2014. doi: 10.1016/B978-0-12-801238-3.65041-9.
24. Nawan P, Raksilp M, Kankarn W, Songserm N. Capacity strengthening of village health volunteers during and post-COVID-19: a model to prepare for emerging diseases. International Journal of Public Health Science; 2015;14(1):10. doi: 10.11591/ijphs.v14i1.24870.
25. Chaleephrom P, Leethongdissakul S, Promasatayaprot V. A model for developing the competencies of Village Health Volunteers in the prevention and control of communicable diseases at the community level: a case study of Chaiyaphum Province, Thailand. Frontiers in Public Health. 2026;14:1781727. doi: org/10.3389/fpubh.2026.1781727.
26. Nak-Ai W, Phranetr N, Thaitrong P, Sutin U, Sompeewong P. Enhancing Village Health Volunteers' Capacity in Health Promotion for NCD Risk Groups via Digital Technology: An Action Research Study in Sing Buri, Thailand. Journal of Health Research. 2026;40(1). doi: org/10.56808/2586-940x.1190.
27. Srisarakham P, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Leerapan P. Development of a capacity building program for village health volunteers to support self-management in a high risk population for diabetes in a rural community in northeast Thailand. 2016;1(2):46–54. doi: org/10.9741/23736658.1028.