

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามุนาม อำเภอขามุนาม จังหวัดอำนาจเจริญ

บวรพิพัฒน์ กระแสเสน<sup>(1)</sup>, จุฬารัตน์ โสตะ<sup>(2)\*</sup>

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 27 มีนาคม 2562

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 17 ตุลาคม 2562

**\* ผู้รับผิดชอบบทความ**

- (1) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- (2) สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริม  
สุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามุนาม อำเภอขามุนาม จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 69 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มแกนนำในชุมชน จำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ครู 3 คน และตัวแทนภาคประชาชน 10 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 39 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ประกอบด้วย 1) การสร้างแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 2) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำสุขภาพประจำชุมชน 3) การตรวจจูงจาะเพื่อหาไข่พยาธิในกุ่มเสี่ยงและจ่ายยารักษาในผู้ที่พบไข่พยาธิ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเยี่ยมติดตาม กระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ โดยแกนนำสุขภาพชุมชน 5) มีมาตรการทางสังคม ได้แก่ งานบุญปลอดปลาไร่ดิบ ร้านส้มตำปลอดปลาไร่ดิบ และการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูวิธี 6) การประเมินผลร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ “บ้านขามุนามหมู่บ้านปลอดพยาธิ ประชาชนสุขภาพดี ภาคีมีส่วนร่วม” ส่วนผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มแกนนำในชุมชนหลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มเสี่ยงพบว่า ภายหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการใช้สื่อการสอนได้แก่ ภาพพลิกเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ วิดีโอเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเล่าประสบการณ์จากตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้ชุมชนมีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบและชัดเจนขึ้น ซึ่งควรมีการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคพยาธิใบไม้ตับ, รูปแบบการป้องกันโรค

## Original Article

## The Development of Opisthorchiasis Prevention Model in Chanuman Subdistrict, Chanuman District, Amnatcharoen Province

*Borwornpipat Karsaesen<sup>(1)</sup>, Chulaporn Sota<sup>(2)\*</sup>*

Received Date: March 27, 2019

Accepted Date: October 17, 2019

**Abstract**

This action research aimed to develop a model for liver fluke disease prevention in Chanuman Subdistrict, Chanuman District, Amnat Charoen Province. By applying the participatory planning concepts used as guideline to develop a model for liver fluke disease prevention in community. Participants were 69 volunteers, purposive sampling by selected from two groups such as leader group 30 cases included 1 headman village, 2 assistants headmen village, 2 sub-district administrative organization members, 10 village health volunteers, 2 public health officers, 3 teachers and 10 village residents. And another group were 39 cases who had risk to liver fluke disease. Quantitative and qualitative data were collected by questionnaire and interview, qualitative data were analyzed by content analysis, and quantitative data were analyzed by descriptive statistics. Inferential statistics paired-t test were applied to testing the difference of mean, knowledge scores and participation before and after the model development.

The study show that, the community flukes disease prevention model included 1) establishing community health leaders 2) screening risk groups by community health leaders 3) fecal examination for parasitic eggs in risk groups and medication treatment. 4) Behavioral modification on risk groups to participate in activities to change behavior for liver fluke disease prevention, public relations campaign, home visit, motivate, give an advice by community health leaders. 5) Apply social regulations on papaya salad without raw pickled fish, and good sanitation practice. 6) Joint evaluation with the goal of "Ban Chanuman non-parasitic village, healthy people and social participation." The results found that after the model development, the leader group in the community had significantly mean score on knowledge and participation higher than before applied the model. In the risk group found, after the training had significantly higher mean score of knowledge than before the training that affected by activities on liver fluke disease prevention program including flip picture of liver fluke disease, picture of liver fluke patients, video about liver fluke disease and told the experience from patients with liver fluke disease to sharing and discussing. Thus, the sample has more knowledge and understanding about liver fluke disease.

This study found, to giving an opportunities for people in the community to participate in the participatory planning process to solve liver fluke disease effects the community to obtain an obviously systematic operational model that should be implement the developed model and apply to other areas in the future.

**Keywords:** *Opisthorchiasis, Prevention Model***\* Corresponding author**

(1) Master of Public Health Student  
in Health Education and Health  
Promotion, Faculty of Public Health,  
Khon Kaen University

(2) Department of Public Health  
Administration, Health Promotion, and  
Nutrition, Faculty of Public Health,  
Khon Kaen University

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่สำคัญและยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็ง ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* เป็นหนอนพยาธิที่มีความสำคัญทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย จากการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในประเทศไทย ในปี 2557 ของกลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค พบอัตราการความชุกของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลก และมีความชุกสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 9.2 รองลงมาคือภาคเหนือร้อยละ 5.2 จึงส่งผลต่ออัตราการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2555 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับสูงถึง 14,000 ราย โดยประมาณ ซึ่งสูงกว่าข้อมูลเมื่อ 10 ปีที่แล้วที่มีผู้เสียชีวิตประมาณ 11,000 ราย โดยพบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.5 เท่า และจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2556

จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ยังมีสถานการณ์โรคหนอนพยาธิที่สูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัด สาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนจังหวัดอำนาจเจริญ ปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามะเร็งตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 คิดเป็นอัตราตาย 65.33, 69.00 และ 61.11 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งจำนวนประมาณ 200 คน/ปี ซึ่งสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อาจเกิดจากพยาธิใบไม้ตับฝังตัวอยู่ในร่างกายถึงแม้ว่ากินยาฆ่าพยาธิแล้วแต่พยาธิใบไม้ตับจะตายและอีกเสบเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการก่อมะเร็งอย่างช้าๆ เวลาประมาณ 20-30 ปี และอีกสาเหตุที่สำคัญคือ การรับประทานสารไนโตรซามีนที่สะสมจากการหมักดอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, 2560)

อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ มีการดำเนินงานตรวจคัดกรองค้นหาพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไป ซึ่งในปีงบประมาณ 2559

มีประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 98.83 และในปีงบประมาณ 2560 เป้าหมายการคัดกรอง คือ ประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตตำบลขามเฒ่า (รพ.สต.โนนสูงและโรงพยาบาลขามเฒ่า) จำนวน 1,200 ราย ได้ดำเนินการตรวจและค้นหาพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มอายุดังกล่าว โดยได้การตรวจอุจจาระ (Stool examination หรือ Stool test) จำนวน 1,200 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผลการดำเนินงานตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิในบ้านขามเฒ่า หมู่ที่ 1 พบอัตราการความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.12 ซึ่งมีค่าสูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากเป็นพื้นที่ติดกับแม่น้ำโขง เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่า, 2560) จากการลงพื้นที่สอบถามข้อมูลและเก็บข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ประชาชนในพื้นที่ยังคงมีการบริโภคปลาน้ำจืดแบบสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 45.00 ซึ่งพบการบริโภคปลาร้าดิบมากที่สุด ร้อยละ 55.55 รองลงมาบริโภคปลาปลาดิบ ก้อยปลาดิบ และส้มปลาดิบ ร้อยละ 46.67 31.11 และ 26.67 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาศถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย ปี 2552 ของกลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค พบว่า การบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ไม่สุกหรือสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ พรหมผลเมือง (2557) ได้ทำการ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือการบริโภคแบบสุกๆ ดิบๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งมีแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมากมายหลายแนวคิด ทฤษฎี พบว่า มีการนำแนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) มาประยุกต์

ใช้ในการดำเนินงานสร้างรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า สามารถส่งเสริมกระบวนการ การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหา การร่วมกันคิด วิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหา และร่วมกันสร้าง รูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสามารถนำไปใช้ดำเนินงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ เนื่องจากพบว่า มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่ สูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และสูงกว่า หมู่บ้านอื่น ๆ ในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน และประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในขั้นการวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชน ในการลดอัตราการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี และให้ชุมชนชานุมานเป็นชุมชนที่ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการดำเนินงานในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### 1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

### 2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทชุมชนบ้านชานุมาน ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านชานุมาน ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการอบรม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) มาใช้เป็นแนวทางการสร้างรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน

### ● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบ้านชานุมาน หมู่ที่ 1 ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 954 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มแกนนำในชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ครู 3 คน ตัวแทนภาคประชาชน 10 คน (หัวหน้าคุ้ม) ที่อาศัยอยู่ในบ้านชานุมาน หมู่ที่ 1 ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ทั้งสิ้น 30 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ ไม่ยินยอมตอบแบบสอบถามได้ครบจนเสร็จ และขอออกจากการวิจัยในทุกกรณี

### 2.2 กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ

1) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ คือ

1.1) ท่านเป็นคนอีสานโดยกำเนิด

1.2) อายุ 40 ปีขึ้นไป

1.3) กินหรือมีประวัติการกินปลา  
น้ำจืดดิบ

1.4) มีญาติสายตรงเป็นมะเร็ง  
ท่อน้ำดี

ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งตับ  
โรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นผู้ได้รับการ  
คัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยวาจาแล้วตอบว่าใช่ตั้งแต่  
2 ข้อขึ้นไป

2) สามารถอ่านออกเขียนได้

3) มีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมกิจกรรม  
และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของการวิจัย  
ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่ม  
ตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ  
ไม่ยินยอมตอบแบบสอบถามได้ครบจนเสร็จ และขอออก  
จากการวิจัยในทุกกรณี

จากการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal  
Screening) จำนวน 145 คน พบกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง  
ตับจำนวน 68 คน และมีกลุ่มเสี่ยงที่ความสมัครใจ  
ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอด  
ระยะเวลาของการวิจัย จำนวน 39 คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือก  
ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)  
โดยคัดเลือกจากผู้ที่ผ่านมาเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด จำนวน  
39 คน

#### ● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน  
คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการ  
จัดกิจกรรมการสร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรค  
พยาธิใบไม้ตับ คู่มือเรื่องโรคมะเร็งตับ แผ่นพับ ภาพ  
พลิกเรื่องโรคมะเร็งตับ และวิดีโอเรื่องโรคมะเร็ง  
ตับ

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.1.1 ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็ง  
ตับจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบลักษณะ  
ของคำถามเป็นแบบเลือกตอบสามารถเลือกตอบได้เพียง  
1 ข้อ การแปลความหมาย โดยกำหนดค่าคะแนนความรู้  
ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์  
ของ Bloom (1971) ดังนี้โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้  
ระดับสูง (มีคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ความรู้ระดับ

ปานกลาง (มีคะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79) และ  
ความรู้ระดับต่ำ (มีคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60)

2.1.2 การมีส่วนร่วม จำนวน 20 ข้อ  
ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)  
ตามแบบ Likert Scale การแปลผลคะแนน ใช้การ  
พิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์  
จากหลักเกณฑ์ของ Best (1981) โดยการหาช่วงคะแนน  
ในชั้น โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และ  
นำมาหารด้วยระดับชั้นที่ต้องการวัด 4 ระดับ ดังนี้ระดับ  
การมีส่วนร่วมมากที่สุด (3.26-4.00 คะแนน) ระดับการมี  
ส่วนร่วมมาก (2.51-3.25 คะแนน) ระดับการมีส่วนร่วม  
น้อย (1.76-2.50 คะแนน) และระดับการมีส่วนร่วมน้อย  
ที่สุด (1.00-1.75 คะแนน)

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือเชิงคุณภาพ  
ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม  
และการบันทึกการปฏิบัติงาน

#### ● ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บ รวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล  
ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 3 ระยะ

1. ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ได้แก่ การศึกษา  
บริบทของพื้นที่ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน  
และประเด็นปัญหาวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์  
สาเหตุปัญหาการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งตับ  
เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย ประสานงานกับผู้นำชุมชน  
และผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย  
รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการ  
ดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการ  
เก็บข้อมูลก่อนการวิจัย

#### 2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิค  
กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มีขั้นตอน  
ดังนี้

2.1.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้  
(Appreciation: A) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้ และ  
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้  
ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหา  
ข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย  
ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การ วาดรูป  
เป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

คือ ขั้นตอน A-1 เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริง (reality) และขั้นตอน A-2 สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต (ideal vision หรือ scenario) หลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอน A-2 ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

2.1.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ขั้นตอน I-1 คิดหาทริค (solution design) และขั้นตอน I-2 จัดความสำคัญจำแนกกิจกรรม (priority)

2.1.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) คือยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย ขั้นตอน C-1 วางแผน หาผู้รับผิดชอบ (responsibility) และขั้นตอน C-2 จัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ (Action plan)

## 2.2 การดำเนินงานตามรูปแบบการ

### ดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชน

2.2.1 การสร้างแกนนำสุขภาพประจำชุมชน ประกอบด้วย 1) อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำชุมชน (ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนภาคประชาชน) และ 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อเฝ้าติดตามกลุ่มเสี่ยง มีการเฝ้าติดตามกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยง และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชน

2.2.2 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 1) คัดกรองกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป ทุก 1 ปี 2) จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง และ 3) ทำทะเบียนกลุ่มป่วยโรคพยาธิ

2.2.3 การตรวจอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงกรณีที่ตรวจพบไข่พยาธิจะได้รับการรักษา และติดตามตรวจอุจจาระซ้ำหลังจากกินยารักษาแล้ว 6 เดือน และ 1 ปี และเข้าอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่

ตรวจไม่พบไข่พยาธิจะได้รับการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย 1) อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) อบรมให้ความรู้เรื่องเมนูปลาสุก สาธิตเมนูปลาสุก การล้างมือที่ถูกวิธี และ 3) การปฏิญาณตนเอง การทำพันธะสัญญาไม่กินปลาดิบ

2.2.5 การออกมาตรการทางสังคม  
1) ประชาคมร่วมกันออกกฎระเบียบของหมู่บ้าน กำหนดให้งานบุญปลอดปลาดิบ และปลาร้าดิบ ร้านส้มตำปลอดปลาร้าดิบ และครัวเรือนปลอดปลาร้าดิบและปลอดปลาดิบ 2) การออกกฎระเบียบ ข้อบังคับของเทศบาลเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ถูกวิธี

### ● การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ การวิจัยในครั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบสมมติฐานได้แบ่งการวิเคราะห์ทางสถิติออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวิเคราะห์ตัวแปรระดับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และตัวแปรระดับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติอนุมาน (Inferential statistics) สำหรับการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และด้านการมีส่วนร่วม ภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการสร้างรูปแบบ ด้วยสถิติ Paired sample t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

### ● จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE612012 วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2561

## ผลการวิจัย

## 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มแกนนำในชุมชน

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มแกนนำในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปี และ 45-54 ปี เท่ากัน ร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ย 47.27 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.24) ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.33 มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.33 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,043.33 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9619.57) ด้านผลการตรวจสุขภาพเพื่อหาไข้พยาธิในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เคยตรวจหาไข้พยาธิ ร้อยละ 86.67 และพบไข้พยาธิใบไม้ดับ ร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยมะเร็งตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 86.67 และ ร้อยละ 90.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบกลุ่มแกนนำในชุมชนส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 26.70 และระดับต่ำ ร้อยละ 23.30 ส่วนภายหลังการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.70

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบกลุ่มแกนนำในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับ 8.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 คะแนน ภายหลังการพัฒนาารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 10.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 คะแนน เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับ ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนาารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) โดยภายหลังการพัฒนาารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.77 คะแนน (95%CI: 1.35 ถึง 2.18)

จากตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำในชุมชน

ด้านการระบุประสบการณ์ พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 53.30 รองลงมาอยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ

26.70 ภายหลังการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.70 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 43.30

ด้านการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 36.70 ภายหลังการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 26.70

ด้านการวางแผน พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 46.70 รองลงมาอยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 36.70 ภายหลังการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.00

ด้านการปฏิบัติ พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 43.30 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.00 ภายหลังการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 56.70 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.70

ด้านการมีส่วนร่วมโดยรวม พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 46.70 รองลงมาอยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 40.00 ภายหลังการพัฒนาารูปแบบส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.30 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 26.70

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

ด้านการระบุประสบการณ์ พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนาารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) โดยภายหลังการพัฒนาารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.16 คะแนน (95% CI: 0.97 ถึง 1.35)

ด้านการวิเคราะห์ พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนาารูปแบบตัวอย่างมี

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value $<0.001$ ) โดยภายหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.20 คะแนน (95% CI: 0.98 ถึง 1.42)

ด้านการวางแผน พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value $<0.001$ ) โดยภายหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.37 คะแนน (95% CI: 1.11 ถึง 1.62)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.001$ ) โดยภายหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.09 คะแนน (95%CI: 0.81 ถึง 1.36)

ด้านการมีส่วนร่วมโดยรวม พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่า ภายหลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value $<0.001$ ) โดยภายหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.20 คะแนน (95% CI: 1.07 ถึง 1.34)

## 2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.36 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 53.85 มีอายุเฉลี่ย 50.33 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.10 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.59 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 48.72 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 5,000 บาท และ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 43.59 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 8,041.03 บาท ส่วนใหญ่เคยตรวจพยาธิ ร้อยละ 71.79 ส่วนใหญ่ผลตรวจไม่พบไข่พยาธิ มีเพียง ร้อยละ 7.14 ที่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ และมีสมาชิกในครัวเรือนป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 10.26 และ 7.69

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้

เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.28 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 28.21 และระดับสูง ร้อยละ 20.51 ส่วนภายหลังการอบรมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.46

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 8.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.55 คะแนน ภายหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 10.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 คะแนน เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ภายหลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value $<0.001$ ) โดยภายหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.85 คะแนน (95% CI: 1.23 ถึง 2.46)

## บทสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า มีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ จนสามารถพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนขึ้นมาได้ นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลการด้านความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมก่อนและหลังการพัฒนาแบบ ซึ่งผลการดำเนินงานตามกระบวนการต่างๆ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า มีรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ P-A-O-R โดยการประยุกต์ใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชนร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการ



พัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการให้ผูมีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผน และการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งในกระบวนการนี้จะได้แผนปฏิบัติการของชุมชน และมีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ มีการสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) และมีการสรุปผลการดำเนินงานและร่วมกันถอดบทเรียน ได้เป็นรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการบริหารจัดการพร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) มาดำเนินการศึกษา จากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิศรผานคำ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC) มาใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น โดยมีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินประสบความสำเร็จซึ่งเกิดจากการสร้างความเข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกัน และการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชน

## 2. การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีการประเมินผลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มแกนนำชุมชนทำการประเมินผลการและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยแบ่งการ

ประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการประเมินผลการศึกษาการมีส่วนร่วม ส่วนในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับประเมินผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการอบรม ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

### 2.1 ผลการศึกษาในกลุ่มแกนนำในชุมชน

#### 2.1.1 ผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในกลุ่มแกนนำในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผลการศึกษาภายหลังการอบรม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเนื้อหาที่อบรมประกอบด้วย สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค การป้องกันและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการใช้สื่อการสอนได้แก่ ภาพพลิกเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ วิดีโอเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเล่าประสบการณ์จากตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล วิเศษสังข์ (2560) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงานตำบลชะยุ่ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง โดยจัดกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และภาพพลิก มีการทำกิจกรรมกลุ่มระดมความคิด และอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่มคอยให้คำแนะนำในระหว่างทำกิจกรรมกลุ่ม และมีผู้วิจัยเป็น

ผู้สรุปผลการจัดกิจกรรม จากการจัดกิจกรรมดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**2.1.2 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ** ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมดังกล่าว เกิดขึ้นเนื่องจากการนำกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการระบุประสบการณ์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับที่แต่ละคนได้รับรู้มา และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่กระบวนการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวางแผนและการตัดสินใจในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสาริณี สีทะโน (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีการนำเอาแนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มาประยุกต์ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ อ้นนอก (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เขตพื้นที่ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อหาแนวทางการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC) จนได้แผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อแก้ไขปัญหา

โรคไข้เลือดออก ซึ่งปัจจัยความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำในชุมชน เกิดพลังในชุมชน ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผลจากการจัดกิจกรรมดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

## 2.2 ผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ

**2.2.1 ผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการอบรม** ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากสร้างรูปแบบกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเนื้อหาที่อบรมประกอบด้วย สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค การป้องกันและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการใช้สื่อการสอนได้แก่ ภาพพลิกเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ วิดีโอเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเล่าประสบการณ์จากตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีกลุ่มแกนนำในชุมชนเป็นผู้เสี่ยง ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ฮามสมพันธ์ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีแจกคู่มือโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีการใช้สื่อวิดีโอ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากการจัดกิจกรรมดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

## ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพราะการสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกลไกสำคัญที่

ช่วยให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของปัญหา การร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานในชุมชนได้รับความร่วมมือ และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การสร้างภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชน ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของรับทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน ซึ่งช่วยให้การติดต่อประสานงาน และการขอรับการสนับสนุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การส่งเสริมกระบวนการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การชี้แจงสถานการณ์ และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน แก่กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้น ซึ่งช่วยให้การดำเนินงานตาม

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เป็นไปได้ง่ายขึ้น

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษากระบวนการวิจัยรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในวงรอบต่อไปเพิ่มอีกเพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างยั่งยืน

2.2 ควรศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มอื่นต่อการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.3 ควรมีการติดตามผลในระยะยาว ภายหลังจากใช้รูปแบบวิจัยนี้ผ่านไป 1-2 ปี เพื่อดูผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นหรือไม่

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2552). รายงานผลการศึกษาศถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย ปี 2552. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ฮามสมพันธ์. (2558). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือนตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กิตติพงษ์ พรหมผลเมือง. (2557). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(1), 53-62.
- จิราภรณ์ อ้นนอก. (2557). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เขตพื้นที่ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นันทพร ศรีนอก. (2556). รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิศร ผานคำ. (2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีระพล วิเศษสังข์, รติกร ขาดิชนะยีนยง, & ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล. (2560). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงานตำบลชะยุ่ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(3), 61-74.
- สาริณี สีทะโน. (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. (2560). ผลการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2560. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่า (2560). ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิ ปี 2560. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- Best, B. S. (1981). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning. New York: David Mackay.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T. & Madaus, G. F. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มแกนนำในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

ระดับคะแนนความรู้เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับ (n=30)	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ		หลังการพัฒนาารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	8	26.70	19	63.30
ระดับปานกลาง	15	50.00	11	36.700
ระดับต่ำ	7	23.30	0	0.00
	Mean=8.50, SD.=1.41, Min=6, Max=11		Mean=10.27, SD.=1.23, Min=8, Max=12	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

ความรู้	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95 %CI	t	p-value
ก่อนพัฒนาารูปแบบ	30	8.50	1.41	1.77	1.35 ถึง 2.18	8.72	<0.001
หลังพัฒนาารูปแบบ		10.27	1.23				

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ				หลังการพัฒนาารูปแบบ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการระบุประสบการณ์	1 (3.30)	5 (16.70)	16 (53.30)	8 (26.70)	13 (43.30)	14 (46.70)	0 (0.00)	0 (0.00)
ด้านการวิเคราะห์	1 (3.30)	3 (10.00)	11 (36.70)	15 (50.00)	8 (26.70)	15 (50.00)	7 (23.30)	0 (0.00)
ด้านการวางแผน	1 (3.30)	4 (13.30)	14 (46.70)	11 (36.70)	15 (50.00)	12 (40.00)	3 (10.00)	0 (0.00)
ด้านการปฏิบัติ	2 (6.70)	9 (30.00)	13 (43.30)	6 (20.00)	15 (50.00)	12 (40.00)	3 (10.00)	0 (0.00)
ด้านการมีส่วนร่วมโดยรวม	1 (3.30)	3 (10.00)	14 (46.70)	12 (40.00)	17 (56.70)	11 (36.70)	2 (6.70)	0 (0.00)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

การมีส่วนร่วม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95 %CI	t	p-value
ด้านการระบุประสบการณ์	30	2.05	0.65	1.16	0.97 ถึง 1.35	12.72	<0.001
ก่อนพัฒนาารูปแบบ		3.21	0.61				
ด้านการวิเคราะห์	30	1.78	0.64	1.20	0.98 ถึง 1.42	11.33	<0.001
ก่อนพัฒนาารูปแบบ		2.98	0.56				
ด้านการวางแผน	30	1.88	0.66	1.37	1.11 ถึง 1.62	10.93	<0.001
ก่อนพัฒนาารูปแบบ		3.25	0.50				
ด้านการปฏิบัติ	30	2.17	0.63	1.09	0.81 ถึง 1.36	8.00	<0.001
ก่อนพัฒนาารูปแบบ		3.25	0.52				
ด้านการมีส่วนร่วมโดยรวม	30	1.97	0.52	1.20	1.07 ถึง 1.34	17.97	<0.001
ก่อนพัฒนาารูปแบบ		3.17	0.34				

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการอบรม

ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิ ใบไม้ตับ (n=39)	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	8	20.51	24	61.54
ระดับปานกลาง	20	51.28	15	38.46
ระดับต่ำ	11	28.21	0	0.00
	Mean=8.33, SD.=1.55, Min=5, Max=12		Mean=10.18, SD.=12.3, Min=7, Max=12	

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการอบรม

ความรู้	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการอบรม	39	8.33	1.55	1.85	1.23 ถึง 2.46	6.07	<0.001
หลังการอบรม		10.18	1.23				