

## ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน และความคุ้มครองพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ

ศุภกานต์ กันสูง<sup>1</sup>, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและความคุ้มครองพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณกลุ่มละ 70 คน โดยกลุ่มทดลองได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูง อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการคัดกรองและดูแลสุขภาพตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตามระบบปกติของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกันยายน – เดือนพฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันและความคุ้มครองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและความคุ้มครองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพการป้องกันและความคุ้มครองโรค, มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การมีส่วนร่วมของชุมชน  
แรงสนับสนุนทางสังคม

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ; E-mail: [Noonyangchum@gmail.com](mailto:Noonyangchum@gmail.com)

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

## The effect of building participation and social support in changing behavior in preventing and controlling liver fluke disease and Cholangio carcinoma of the people of Nong Ngu Luam Sub-district, Benchalak District Sisaket Province

Supakan Kansung<sup>1</sup>, Sukhontip Buadang<sup>2</sup>

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the results of creating participation and social support in changing behavior in the prevention and control of liver fluke disease and bile duct cancer among people. In Nong Ngu Lueam Subdistrict Benchalak District Sisaket Province, the sample group was divided into 2 groups: an experimental group and a comparison group obtained from calculations, with each group having 70 people. The experimental group includes Village health volunteers working and living at Nong Ngu Lueam Sub-district Health Promoting Hospital. Benchalak District, Sisaket Province. The comparison group was village health volunteers working and living at Nong Hang Subdistrict Health Promoting Hospital, Benchalak District. Sisaket Province The experimental group received a workshop program created by the researcher. The comparison group received the regular screening and health care program of the Ministry of Public Health. The experimental group received a program for participation in changing health behaviors for 10 weeks, while the comparison group received a regular public health care program. Data were collected using questionnaires twice before and after the experiment. Between September and November 2023. Data were analyzed using descriptive statistics presented by percentage, mean, standard deviation, and median, comparing the differences in mean scores between groups using an independent t-test; significance was set at 0.05.

The results of this study revealed a difference in mean scores of knowledge, attitude, and perception of risk opportunities. perception of disease severity social support Intentions towards disease prevention and control the perception of self-efficacy in disease prevention and control and disease prevention and control behavior of the experimental group were significantly higher than the comparison group at the 0.05 level. The results of the experiment show that the developed program can encourage participation in changing health behaviors. For preventing and controlling liver cancer and bile duct cancer, results were achieved as intended.

**KEYWORDS:** Effectiveness of Prevention and control, Liver fluke disease and Cholangio carcinoma, Community Participation, social support

---

<sup>1</sup>Public Health Technical Officer, Nong Ngu Luam Health Promoting Hospital; Email: Noonyangchum@gmail.com

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province.

### บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Andrew.et.al,2008) เนื่องจาก

พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ที่มีความรุนแรง (IARC, 2011) ส่งผลให้มีอัตราการป่วยตายของประชากรสูงขึ้น (WHO, 2011) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2540 พบรายงานความชุกของโรคพยาธิ

ใบไม้ดิบในประชากรทั่วประเทศร้อยละ 15.2 โดยพบสถิติสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 24 ซึ่งในขณะนั้นได้มีการตื่นตัวในการป้องกันและกำจัดโรคโดยใช้มาตรการต่างๆ ทั้งการณรงค์ให้ประชาชนไม่รับประทานปลาดิบอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรค การให้สุขศึกษา ควบคุมการบำบัดด้วยยา Praziquantel พบว่าได้ผลดีในระดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ.2544 สามารถลดความชุกของผู้ป่วยทั่วประเทศเป็นร้อยละ 9.6 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหลือความชุกของโรคร้อยละ 15.7 (Jongsuksuntigul .et.al, 2008) จนกระทั่งในปี พ.ศ.2552 พบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ดิบทั่วประเทศลดลงจนเป็นร้อยละ 8.7 แต่พบว่าความชุกของโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.6(กระทรวงสาธารณสุข ,2552) และคาดว่าจะมีผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 7 ล้านคน [Buntitov V.et.al., 2011) จากรายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยยังเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคพยาธิใบไม้ดิบ และมีแนวโน้มที่จะตรวจพบอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมีความเป็นไปได้สูงที่จะก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีตามมา จึงนับว่าเป็นพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ไขปัญหายอย่างเร่งด่วนก่อนที่อุบัติการณ์และความชุกของโรคจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเกิดโรคที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นวงกว้างจนยากที่จะแก้ไข โรคพยาธิใบไม้ดิบส่งผลในหลายๆด้านทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติโดยส่วนร่วม แม้ในระยะแรกผู้ที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน แต่เมื่อมีพยาธิสภาพสะสมเป็นเวลานานจะทำให้มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ท้องอืด แน่นท้อง เจ็บบริเวณชายโครง และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็จะส่งผลให้มีอาการอักเสบของท่อน้ำดีตามมา เกิดภาวะติชาน ดับโต มีไข้ จนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยจะผอมซีด บวม มีน้ำในช่องท้องหรือท้องมาน หรืออาจกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุดซึ่งเป็นระยะที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของโรค ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเสียชีวิต

ในเวลาต่อมา(Wongsaroj T.et.al., 2011) ซึ่งในปี พ.ศ.2547 มีการเสียชีวิตจากมะเร็งตับประมาณ 28,000 ราย โดยร้อยละ 48.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิตเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี (WHO, 2011) นับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรอย่างสูงโดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังที่จะสร้างความเจริญให้แก่ประเทศชาติ เนื่องจาก ร้อยละ 79.86 ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ดิบอยู่ในวัยแรงงาน คือมีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2552) และถ้าการสูญเสียนี้เกิดขึ้นกับผู้นำของครอบครัวนอกจากจะทำให้ต้องเสียรายได้หลักของครอบครัวแล้ว ยังทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิตจากการเสียเสาหลักของครอบครัวอีกด้วย นอกจากนั้นโรคพยาธิใบไม้ดิบยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งจากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการสูญเสียรายได้จากการไม่ประกอบอาชีพระหว่างการรักษาเจ็บป่วย ซึ่งจากรายงานการศึกษามูลค่าการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและโรคพยาธิใบไม้ดิบ ปี พ.ศ.2534 คิดเป็นจำนวนเงิน 2,115 ล้านบาทต่อปี (WHO, 2011) และปี พ.ศ. 2545 คิดเป็นจำนวนเงิน 120 ล้านบาทหรือสูญเสียรัฐหรือประมาณ 3,840 ล้านบาทต่อปี (Andrew RH,Sithithaworn P, Petney TN, 2008: ประสิทธิ์ วัฒนาภา,2545) นับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างยิ่ง ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดิบโดยการค้นหาและกำจัดสาเหตุของการเกิดโรคจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยขจัดปัญหาดังกล่าว ตลอดจนช่วยป้องกันผลกระทบที่มีความรุนแรงต่างๆที่จะตามมา ไม่ว่าจะเป็นการทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วย และการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการเสียชีวิต ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ไม่สามารถที่จะประเมินคุณค่าของการสูญเสียได้ โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (IARC, 2011.; Muller R.et.al., 2002 )

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2559-2561 ตามมติคณะรัฐมนตรีผ่านโครงการถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขจากการสำรวจเฝ้าระวังโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2524, 2534, 2539, 2544, 2552, 2557 และ 2560 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 54.7, 41.7, 35.0, 22.5, 8.7, 5.1 และ 7.8 โดยพบการติดเชื้อโรคหนองพยาธิมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26 และพบอัตราติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 20.8 โดยมีอัตราความชุกสูงแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 10.4 - 41.9 มีจำนวนถึง 13 จังหวัด จังหวัดนครพนมมีความชุกสูงที่สุดคือ ร้อยละ 41.9 รองลงมาได้แก่ศรีสะเกษร้อยละ 39.7 อำนาจเจริญร้อยละ 38.2 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 30 มุกดาหาร ร้อยละ 28.2 บุรีรัมย์ ร้อยละ 24.2 สุรินทร์ ร้อยละ 23.0 ร้อยเอ็ด ร้อยละ 21.9 ยโสธร ร้อยละ 21.6 หนองบัวลำภู ร้อยละ 20.6 สกลนคร ร้อยละ 20.4 อุบลราชธานี ร้อยละ 19.8 และจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 19.4 จากการวิเคราะห์พื้นที่พบบางหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงมาก จากการประมาณการพบว่า คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า 20 ล้านคนติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกว่า 6 ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาคสอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี 2548 เมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาประมาณ 25,000 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ 70 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 ราย ในปี 2554 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวน 14,314 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือประมาณ 7,539 ราย รองลงมาคือภาคเหนือจำนวน 2,638 ราย ผลการดำเนินงานปี 2559 พบว่าประชาชนติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 6,966 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1 และในปี 2560 พบว่าประชาชนติดโรค

พยาธิใบไม้ตับ 6,757 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.80 (Kaewpitoon N.et.al., 2012)

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังเป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งตามสภาพทางภูมิศาสตร์มีแม่น้ำชีและแม่น้ำมูลไหลผ่านภายในจังหวัดประกอบกับปริมาณน้ำฝนที่ตกชุกทำให้จังหวัดชัยภูมิอุดมสมบูรณ์ไปด้วยสัตว์น้ำ โดยเฉพาะปลาน้ำจืด จึงมีการบริโภคปลาดิบตามวิถีของคนทางภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งทางจังหวัดศรีสะเกษได้ดำเนินงานตามโครงการ “การกำจัดพยาธิ ใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่ทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะต้องเร่งดำเนินการ สถานการณ์จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2559, 2560, 2561, 2562, 2563 เท่ากับร้อยละ 18.1, 16.2, 15.3, 17.5 และ 15.6 ตามลำดับ พบผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 123.3, 128.2, 129.5, 155 ตามลำดับ (ข้อมูล สน., 2564) จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับร้อยละ 2.42, 1.42, 2.38, 6.03 และ 2.65 จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองงูเห่า อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับร้อยละ 1.49, 0.38, 0.75, 1.72 และ 0.96 อำเภอเบญจลักษณ์ พบจำนวนและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 23 (93.64), 22 (93.52), 14 (60.83), 11 (47.61) และ 15 (63.49) ตามลำดับ ตำบลหนองงูเห่าพบจำนวนและอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 4 (66.66), 3 (60.00), 2 (40.00), 2 (60.00), 3 (75.00) ถึงแม้ว่าอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับลดลง แต่

พบว่ามะเร็งท่อน้ำดียังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ (ข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์, 2565) ซึ่งการดำเนินงานตามนโยบายในระดับจังหวัดได้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “คนอีสาน ไม่กินปลาดิบ” อย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังไม่ประสบผลเท่าที่ควร และจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าในอดีตที่ผ่านมาการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นเจ้าหน้าที่จะมีการดำเนินการลงไปในพื้นที่ทำการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิ ผู้ที่พบไข่พยาธิจะถูกบำบัดรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิโดยมีการดำเนินงานทุกๆปี แต่ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมานโยบายการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิจะต้องพบแพทย์เพื่อทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งเป็น กระบวนการที่มีความยุ่งยากสำหรับประชาชนทำให้ขาดการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ สำหรับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ก็จะมีการจ่ายยาถ่ายพยาธิและการให้สุขศึกษาเป็นครั้งคราวไปหรือบางพื้นที่มีการจัดทำโครงการสุขภาพจากงบกองทุนประกันสุขภาพเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการเป็นกิจกรรมที่เน้นการตรวจอุจจาระและให้สุขศึกษา ซึ่งให้เห็นว่าการเฝ้าระวังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในแต่ละพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน กิจกรรมโดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ตั้งรับมากกว่าเชิงรุกซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดจากภาครัฐเป็นผู้กำหนด ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างยั่งยืน ซึ่งถ้าแนวทางดำเนินงานดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน สังคม เศรษฐกิจตามมา และในการแก้ไขปัญหาด้านโรคพยาธิใบไม้ตับในหลายๆพื้นที่ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ามาสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนที่จะดูแลสุขภาพตนเองนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างยั่งยืน

ซึ่งแนวทางดังกล่าวเป็นกระบวนการมีการดำเนินการเพื่อที่จะให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลที่จะได้รับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (ชูศักดิ์, 2543 ; สุคนธ์ทิพย์, 2564) และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนให้เป็นระบบโดยภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจะเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคให้เป็นระบบและเกิดความยั่งยืน ลดป่วย ลดตายด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อมอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนตำบลหนองสูงเหลื่อมอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษและผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของ

คะแนนของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง  
การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม  
ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรม  
การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็ง

ท่อน้ำดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน  
และหลังการทดลอง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ  
โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูงเหลื่อม อำเภอบึงฉลือ  
จังหวัดศรีสะเกษ

ครั้งที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ การรับรู้ ปรับทัศนคติ โดยใช้  
กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบต้นเหตุ  
การสร้างเสริมคุณค่าในตัวเองให้มีสุขภาพดี (Social & Value)

ครั้งที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และแนวการป้องกันและควบคุมโรค  
พยาธิใบไม้ตับในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (Social value)

ครั้งที่ 3 ประชุมขับเคลื่อนระดับชุมชน กำหนดเป้าหมาย ตำบล หมู่บ้าน และ  
อำเภอ จนถึงประกาศเป็นยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ (ODOP)  
(Structure & Policy)

ครั้งที่ 4 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังการตัดสินใจเข้ารับการรักษา  
ให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา (social support)

ครั้งที่ 5 กิจกรรมทำแผนการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ การเข้ารับการรักษา  
เมื่อเจ็บป่วย การจัดการบริการไร้รอยต่อทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สนับสนุนยารักษา  
สื่อออนไลน์ให้ความรู้ที่ถูกต้อง (Service System)

ครั้งที่ 6 รมรณรงค์การปรุงอาหารสุก ล้างมือ การบริโภคปลาร้าสุก ร้านส้มตำ  
ปลาร้าสุก ร่วมกับพัฒนาชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ (social support)

ครั้งที่ 7 กิจกรรมการให้ความรู้ กระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน โดยทีม  
เครือข่ายแกนนำด้านสุขภาพร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Service System)

ครั้งที่ 8-9 กิจกรรม 5 ส ชุมชนทุกวันศุกร์ ลดน้ำขัง กำจัดขยะถูกวิธี และ  
ผลักดันให้ อบต.จัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค  
พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Sanitation)

ครั้งที่ 10 จัดกิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูคนต้นแบบ  
มอบรางวัลหมู่บ้าน ตำบลต้นแบบปลอดพยาธิ (Sustainable )

### ตัวแปรตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ  
ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้  
ตับของประชาชนตำบลหนอง  
สูงเหลื่อม อำเภอบึงฉลือ  
จังหวัดศรีสะเกษ

- 1.ด้านความรู้
- 2.ด้านทัศนคติ
- 3.การรับรู้โอกาสเสี่ยง
- 4.การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 5.แรงสนับสนุนทางสังคม
- 6.ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว
- 7.การรับรู้ความสามารถของตน
- 8.พฤติกรรมในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ  
โรคมะเร็งท่อน้ำดี

## วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่ง  
ทดลอง (Quasi-Experimental Research) ประชากร  
ที่ศึกษา 2 กลุ่ม แบบ Two Group Pretest-Posttest

Design กำหนดกลุ่มทดลองเป็นอาสาสมัครที่ปฏิบัติ  
งานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสูงเหลื่อม  
อำเภอบึงฉลือ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ  
และได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 70 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮาง อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการดูแลของระบบกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 70 คน

**2 ขอบเขตการวิจัย** ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างได้แก่อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 70 คน คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรักษา โรคประจำตัว (2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันโรคได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะและทักษะของอสม. โดยการเล่าประสบการณ์เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยให้ผู้ร่วมโครงการได้เข้าถึงความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเสี่ยงที่เคยปฏิบัติในการเสี่ยงต่อการติดโรค ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดกับคนใกล้ตัว ความทุกข์ยากที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของครอบครัวและชุมชน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชนโดยจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้ความรู้และสร้างการรับรู้ในระดับบุคคล ชุมชนระยะเวลา 1 วัน เพื่อให้เกิดการรับรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับบุคคล ชุมชน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมประชุมขับเคลื่อนระดับชุมชน กำหนดเป้าหมาย ตำบล หมู่บ้าน และอำเภोजนถึงประกาศเป็นยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบล อำเภ (ODOP)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการจัดหาและขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมถึงการออกแบบช่องทางการบริการด้านสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ของหน่วยบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการตัดสินใจต่อการเข้ารับการรักษาของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมทำแผนการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มตัวอย่างและประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตตำบลหนองเหล็ก ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยออกแบบให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงกระบวนการและปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข แนวทางการสนับสนุนทรัพยากร การใช้สื่อออนไลน์ให้ความรู้ที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 6 รมรณรงค์การปรุงอาหารสุก ล้างมือ การบริโภคปลาร้าสุก ร้านส้มตำปลาร้าสุกร่วมกับพัฒนาชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ (social support)

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการให้ความรู้ กระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน โดยทีมเครือข่ายแกนนำด้านสุขภาพร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Service System) โดยจัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย ค้นหาปัญหาและรวมกลุ่มใหญ่เพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางร่วมระหว่างกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านของแกนนำสุขภาพ และจัดพิธีผูกเสี่ยวอภังในการร่วมดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ 9 กิจกรรม 5 ส ชุมชน ทุกวันศุกร์ ลดน้ำซัง กำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกวิธี และผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีแผนในการจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูคนต้นแบบ มอบรางวัลครอบครัว หมู่บ้าน ตำบลต้นแบบสัมตำปาร้าสุกและตำบลปลอดพยาธิ (Sustainable) โดยมีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือ ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา และวัตถุประสงคืได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้น นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อาเภอกันทรลักษ์ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้านทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ด้านการรับรู้ความรู้แรง ของโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ด้านความตั้งใจ ในการปฏิบัติตัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

#### สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่ม โดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-146 วันที่ 29 กันยายน 2566

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.7 อายุเฉลี่ย 52.80 (SD= 10.44) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 45.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.1 รายได้เฉลี่ย 3688.57 บาท (SD=3577.29) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.6 รองลงมาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.3 ได้รับการตรวจหาพยาธิในอุจจาระร้อยละ 100 และตรวจพบพยาธิตัวตืดร้อยละ 15.7 และตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 18.6 ได้รับการรักษาหลังตรวจพบ ร้อยละ 100 รักษาโรคด้วยยาถ่ายพยาธิร้อยละ 45.8 และรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิและอัลตราซาวด์ร่วมด้วย ร้อยละ 54.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 อายุเฉลี่ย 48.97 (SD= 14.55) การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70 รายได้เฉลี่ย 3684.06 บาท (SD =3623.09) ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 รองลงมาป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 22.9 ตรวจหาพยาธิในอุจจาระร้อยละ 100 และตรวจพบพยาธิตัวตืดร้อยละ 20 และตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ



20 ได้รับการรักษาหลังตรวจพบร้อยละ 100 รักษาโรคด้วยยาถ่ายพยาธิร้อยละ 50 และได้รับการรักษาด้วยยาถ่ายพยาธิและอัลตราซาวด์ร่วมด้วย ร้อยละ 50

2. การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 คะแนน (95% CI = 2.89-3.48 ) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

| ความรู้เกี่ยวกับโรค | Mean | SD   | Mean Diff | 95%CI       | t      | p-value |
|---------------------|------|------|-----------|-------------|--------|---------|
| ก่อนการทดลอง        |      |      |           |             |        |         |
| กลุ่มทดลอง          | 5.87 | 1.07 | -0.14     | -0.485-0.19 | -0.825 | 0.411   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ    | 6.01 | 0.97 |           |             |        |         |
| หลังการทดลอง        |      |      |           |             |        |         |
| กลุ่มทดลอง          | 9.30 | 0.87 | 3.19      | 2.89-3.48   | 21.526 | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ    | 6.11 | 0.88 |           |             |        |         |

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ย

ของทัศนคติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.41คะแนน (95% CI = 13.02 -15.80 ) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

| ทัศนคติเกี่ยวกับโรค | Mean  | SD   | Mean Diff | 95%CI       | t      | p-value |
|---------------------|-------|------|-----------|-------------|--------|---------|
| ก่อนการทดลอง        |       |      |           |             |        |         |
| กลุ่มทดลอง          | 27.87 | 6.06 | 1.79      | 0.05-3.52   | 2.036  | 0.051   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ    | 26.08 | 4.14 |           |             |        |         |
| หลังการทดลอง        |       |      |           |             |        |         |
| กลุ่มทดลอง          | 40.86 | 4.36 | 14.41     | 13.02-15.80 | 15.804 | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ    | 26.44 | 3.95 |           |             |        |         |

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.30 คะแนน (95% CI= 11.96 -14.35) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 3

| การรับรู้โอกาสเสี่ยง | Mean  | SD   | Mean Diff | 95%CI       | t      | p-value |
|----------------------|-------|------|-----------|-------------|--------|---------|
| ก่อนการทดลอง         |       |      |           |             |        |         |
| กลุ่มทดลอง           | 32.08 | 4.72 | 0.26      | -1.16- 1.68 | 0.0358 | 0.720   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ     | 31.83 | 3.71 |           |             |        |         |
| หลังการทดลอง         |       |      |           |             |        |         |
| กลุ่มทดลอง           | 45.24 | 2.24 | 13.30     | 12.32-14.28 | 26.720 | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ     | 31.94 | 3.51 |           |             |        |         |

2.4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.51 คะแนน (95% CI=7.16-9.24) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 4

| การรับรู้ความรุนแรงของโรค | Mean  | SD   | Mean Diff | 95%CI      | t       | p-value |
|---------------------------|-------|------|-----------|------------|---------|---------|
| ก่อนการทดลอง              |       |      |           |            |         |         |
| กลุ่มทดลอง                | 31.84 | 3.87 | -0.37     | -1.78-1.04 | -0.5208 | 0.603   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ          | 32.21 | 4.54 |           |            |         |         |
| หลังการทดลอง              |       |      |           |            |         |         |
| กลุ่มทดลอง                | 40.73 | 3.78 | 8.51      | 7.12-9.90  | 12.1098 | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ          | 32.21 | 4.51 |           |            |         |         |

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ 9.94 คะแนน (95% CI=8.97-10.91 ) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 5  
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม  
เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

| แรงสนับสนุนทางสังคม | Mean  | SD   | Mean Diff | 95%CI      | t         | p-value |
|---------------------|-------|------|-----------|------------|-----------|---------|
| ก่อนการทดลอง        |       |      |           |            |           |         |
| กลุ่มทดลอง          | 34.37 | 3.85 | 1.64      | -1.90-1.72 | 0.55-2.73 | 0.003   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ    | 32.73 | 2.55 |           |            |           |         |
| หลังการทดลอง        |       |      |           |            |           |         |
| กลุ่มทดลอง          | 42.71 | 3.15 | 9.94      | 8.98-10.91 | 20.3890   | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ    | 32.77 | 2.59 |           |            |           |         |

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.66 คะแนน (95% CI=6.31-9.00)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัวภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

| ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว | Mean  | SD   | Mean Diff | 95%CI     | t       | p-value |
|---------------------------|-------|------|-----------|-----------|---------|---------|
| ก่อนการทดลอง              |       |      |           |           |         |         |
| กลุ่มทดลอง                | 39.21 | 3.52 | 1.69      | 0.26-3.11 | 2.336   | 0.021   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ          | 37.53 | 4.90 |           |           |         |         |
| หลังการทดลอง              |       |      |           |           |         |         |
| กลุ่มทดลอง                | 45.24 | 2.86 | 7.66      | 6.31-9.00 | 11.2192 | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ          | 37.59 | 4.94 |           |           |         |         |

2.7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.33 คะแนน (95% CI=4.49-6.16 )รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัวภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

| การรับรู้ความสามารถของตน | Mean  | SD   | Mean Diff | 95%CI      | t       | p-value |
|--------------------------|-------|------|-----------|------------|---------|---------|
| ก่อนการทดลอง             |       |      |           |            |         |         |
| กลุ่มทดลอง               | 39.96 | 3.00 | -1.03     | -1.98-0.07 | -2.1285 | 0.351   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ         | 40.98 | 2.69 |           |            |         |         |
| หลังการทดลอง             |       |      |           |            |         |         |
| กลุ่มทดลอง               | 46.36 | 2.23 | 5.33      | 4.49-6.16  | 12.6279 | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ         | 41.03 | 2.73 |           |            |         |         |

2.8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.84 คะแนน (95% CI=5.36-6.32 ) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 8

| พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค | Mean  | SD   | Mean Diff | 95%CI      | t       | p-value |
|--------------------------------|-------|------|-----------|------------|---------|---------|
| ก่อนการทดลอง                   |       |      |           |            |         |         |
| กลุ่มทดลอง                     | 22.24 | 1.56 | 0.47      | -0.09-1.03 | 0.5604  | 0.099   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ               | 22.77 | 1.79 |           |            |         |         |
| หลังการทดลอง                   |       |      |           |            |         |         |
| กลุ่มทดลอง                     | 27.64 | 1.05 | 5.84      | 5.36-6.32  | 24.2123 | <0.001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ               | 21.80 | 1.72 |           |            |         |         |

### สรุปและอภิปรายผล

จากการใช้รูปแบบสร้างการมีส่วนร่วมและ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลหนองสูง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.19 คะแนน (95%CI = 2.89 -3.48 ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.41 คะแนน (95% CI = 13.02 -15.80 ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.30 คะแนน (95% CI=12.32 -14.28) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.51 คะแนน (95% CI=7.12-9.90) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.94 คะแนน

(95% CI=7.51-9.17) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.66 คะแนน (95% CI=4.49-6.16) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.32 คะแนน (95% CI=4.49-6.16) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.84 คะแนน (95% CI=5.37-6.32)

### อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมออกเป็น 10 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างความรู้ ทักษะและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้แก่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้และปรับและปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการประชุมเน้นการมีส่วนร่วมในการสะท้อนมุมมอง แนวความคิดของผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมกันค้นหาความหาจุดเด่นในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองที่มี และกิจกรรมกลุ่มร่วมกันออกแบบในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมติดต่อกันจำนวน 2 ครั้งในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมโดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายด้านป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมในการสะท้อนคิด และร่วมกันจัดทำแผนของชุมชนในการกำหนดนโยบายและข้อตกลงของชุมชนเพื่อสนับสนุนการลดการบริโภคปลาดิบ และเชิญชวนให้ประชาชน 15 ปีขึ้นไปและมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบได้ตรวจคัดกรองหาพยาธิ เข้ารับการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมติดตามเยี่ยมบ้านของชุมชนและทีม BUDDY ครวเรือนในกิจกรรมตามโปรแกรมในระหว่างอาทิตย์ที่ 3, 4 และ 5 หลัง ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นเตือนโดยการณรงค์การใช้ปลาสุกทุกครัวเรือนและขอความร่วมมือทุกร้านอาหารได้ปรุงอาหารโดยใช้ปลาสุกและ

ร้านส้มตำทุกร้านในชุมชนให้ใช้ปลาสุก สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันออกสำรวจร้านอาหารและร้านส้มตำในชุมชน พร้อมมอบป้ายประกาศในร้านอาหารที่ปฏิบัติได้ ส่วนร้านอาหารที่ไม่ปฏิบัติตามทีมผู้วิจัยได้ลงเยี่ยมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ รวมถึงการทำข้อตกลงของชุมชนในการไม่ซื้อและไม่ใช้บริการ สัปดาห์ที่ 8-9 กิจกรรมรณรงค์สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์โรคและเสนอแผนการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลแก่งองค์การบริหารส่วนตำบลในงบประมาณ 2567 สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองงูเห่าได้จัดกิจกรรมถอดบทเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์และมอบรางวัลให้แก่ครอบครัวร้านอาหารที่มีการดำเนินตามข้อกำหนดของตำบล ซึ่งหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างครบทุกขั้นตอนตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้ระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการตรวจไขพยาธิในกลุ่มทดลองพบอัตราการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 18.6 เป็นร้อยละ 6.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวีเลิศชายงามและคณะ (2563) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากคนเรารับรู้ว่

สามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ สอนอาจ (2562) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจและทักษะการสื่อสาร ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในทางที่ดีขึ้น ซึ่งนอกเหนือจากที่ต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของตัวบุคคลแล้วการที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำเป็นต้องมีปัจจัยหรือองค์ประกอบด้านอื่นๆมาช่วยสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบกระบวนการในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวของบุคคลและการสร้างกฎกติกาข้อตกลงของสังคมรวมถึงการกำหนดนโยบายในการเอื้อและสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมได้สะดวกและง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556)พบว่าการทำงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภูโดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการบริหารจัดการพร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC) ส่งผลให้เกิดแผนปฏิบัติการของชุมชนที่สามารถควบคุมและป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการวิจัย เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานที่เข้มแข็ง รวมถึงการยอมรับ กฎเกณฑ์ข้อบังคับและสัญญาประชาคมของชุมชน ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างต่อเนื่องและยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิสร ผานคำ (2557) ซึ่งใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ของชุมชน การสร้างความเข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกันรวมถึงการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชน การแบ่งปันทรัพยากรของชุมชนเพื่อสนับสนุนการ

ดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการบริโภคปลาดิบได้อย่างถาวร ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากคนเรารับรู้ความสามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน ดังนั้น การที่นำเอาผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมย่อมจะส่งผลให้มีสุขภาพดีมากขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ย่อมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นตามลำดับ

### ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษา เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น
- 2.ควรมีการขยายการดำเนินงานสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง เพื่อขยายผลการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.(2562).รายงานผลการศึกษาสถานการณ์ โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย ปี 2552.นนทบุรี:กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2552.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค(2552). รายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค.(2565).กระทรวงสาธารณสุข. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://ddcmoph.go.th/index.php>. มกราคม 2565.
- ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล (2543).พยาธิใบไม้ตับ. วารสารโรคติดต่อ. 2543; 26 [3].
- ทวีเลิศ ขายงามและคณะ.(2563). ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี น้ำดีของ  
ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่  
อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสมาคม  
สาธารณสุขชุมชน 2563;3(2), 1-15.
- วรฤดี นามวงศ์. (2562) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ  
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการ  
กลุ่มเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในประชาชน  
จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุข  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี; 2562.
- เบญจวรรณ สอนอาจ. (2564). แนวทางการสร้างความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ  
ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร  
และปริมณฑล[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อวันที่ 2  
ตุลาคม 2564].ได้ จาก: [http://thesis.su.ac.th/  
dspace/bitstream/123456789/2756/1/61260304.pdf](http://thesis.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2756/1/61260304.pdf).
- นันทพร ศรีนอก.(2556)รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรค  
พยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม.
- นิสร ผานคำ.(2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบการ  
ดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับ  
ชุมชนตำบลตู่โน้ย อำเภอจตุรพักตรพิมาน  
จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชา  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุคนธ์ทิพย์ นรสาร.(2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและ  
ควบคุมโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2563). แนว  
ทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค  
หนอนพยาธิ ปี 2563.ศรีสะเกษ:สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์.(2565). ข้อมูลการบริหาร  
จัดการการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี  
สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเบญจลักษ์. [http://dc.ssko.  
moph.go.th/kpi65/index2.php?amp=3319](http://dc.ssko.moph.go.th/kpi65/index2.php?amp=3319).
- WHO(2011). Report of the WHO Expert  
Consultation on foodborne Trematode  
Infections and  
Taeniasis / Cysticercosis. Geneva; 2011.
- IARC(2011). IARC Monographs on the  
Evaluation of Carcinogenic Risks to  
Humans Part B: Biological  
Agents VOLUME 100A Review of  
Human Carcinogens. Geneva: WHO  
Press; 2011.
- Jongsuksuntigul P, Imsomboon T(2003).  
Opisthorchiasis control in Thailand.  
Acta Trop. 2003;88 [3]: 229-32.
- Muller R(2002). Worms and Human Disease.  
CABI publishing: 2002. Cited by  
Andrews RH, Sithithaworn P,  
Pentney TN. Opisthorchis viverrini: an  
underestimated parasite in world  
health. Trends in Parasitology. 2008;  
24[11]: 497-501.
- Kaewpitoon N,Kaewpitoon SJ, Ueng-Arpon  
N,Rujirakul R, Churproong S,Matrakool  
L, et al.( 2012).Carcinogenic human  
liver fluke: Current status of  
Opisthorchis viverrini metacercariae in  
Nakhon Ratchasima, Thailand. Asian  
Pac J Cancer Prev. 2012; 13 [4]: 1235- 40.
- Wongsaroj T, Nithikathkul C, Rojkitikul W, Nakai  
w, Royal L, Ramasut P. National survey  
of Helminthiasis in Thailand. Asian  
Biomedicine. 2014