

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

พรรณวณีย์ บุญปัญญา, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยในครั้งนี้เป็น รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด ร่วมกับการนำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับ ระยะที่ 2 การวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Research and Development) ระยะที่ 3 การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ได้กำหนดการทำงานร่วมกันใน 3 ภาคส่วน ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน โดยใช้เครื่องมือ เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบเก็บเก็บข้อมูล Focus group นำข้อมูลในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาสร้างเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินโปรแกรม จำนวน 85 คน ประเมินผลก่อน - หลัง การทดลอง 16 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม

ผลการวิจัยพบว่า ผลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับ ปี 2565 – 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 5.06, 4.97, และ 2.64 พฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้า และการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการให้ประชาชนที่ตรวจพบ ให้ยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และให้สุขศึกษากลุ่ม และสุขศึกษาเดี่ยว แก่กลุ่มที่ตรวจพบ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ HUG DU model ดังนี้ Health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) Understanding (การสร้างความรู้เข้าใจร่วมกันข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด) Guide (การแนะนำ แนวทาง วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ) Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) Unity Team (การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม) ผลการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 16 สัปดาห์ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d}$ = 3.72, t = 9.67) สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ไปใช้เป็นต้นแบบ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ : โปรแกรม, โรคพยาธิใบไม้ในตับ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การมีส่วนร่วม

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: pan_omm@hotmail.com

Developing a health behavior modification program through Community Participation for the liver flukes risk group in Du Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province

Pannavanee Bunpanya, *M.P.H.*¹

Abstracts

The research on Developing a health behavior modification program through Community Participation for the liver flukes risk group in Du Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province. aims to Developing a health behavior modification program through Community Participation for the liver flukes risk group in Du Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province. This research is an action research model based on the concept of Kemmis and McTaggart, along with the application of Health belief model to design activities through the quality development process according to the DEMMING CYCLE (PDCA). Each cycle consists of 4 steps as follows: Planning, Action, Observation, and Reflection. It is divided into 3 phases: Phase 1: Study of the context and assessment of the operational situation of solving related problems to lead to problem management in caring for the risk group of liver fluke patients. Phase 2: Research and Development: Development of behavior modification programs. Phase 3: Quasi-Experimental Research to compare the effectiveness of behavior modification programs in preventing and controlling liver fluke disease. Samples The sample group for this participatory action research has determined collaboration in 3 sectors based on the concept of the triangle that moves mountains. There is a total sample population of 50 people. The tools used are an interview form and a data collection form, the Fogus group. The data from phase 1 and phase 2 were used to create a health behavior modification program for groups at risk for liver fluke disease with community participation. The sample group used to evaluate the program was 85 people. The results were evaluated before and after the 16-week experiment using a questionnaire.

The research results found that the results of the liver fluke screening in 2022-2024 were as follows: 5.06 percent, 4.97 percent, and 2.64 percent. People's health behaviors tend to eat food made from undercooked fish, such as koi pla, pla som, pla jom, and pla ra, and improper waste disposal. The control and prevention of liver fluke disease by the sub-district health promotion nurses used the method of giving people who were found to be given Praziquantel and providing group health education and individual health education to the found group. The health behavior modification program for the liver fluke risk group with community participation is the HUG DU model, as follows: Health belief model (health behavior modification program) Understanding (building mutual understanding of agreements on measures and guidelines for liver fluke prevention by the community) Guide (recommendations, guidance, and methods of cooking cooked fish dishes to prevent parasitic diseases) Do (implementing behavior modification) Unity Team (community participation, social support) The results of the program trial found that the experimental group after receiving the liver fluke risk group health behavior modification program With 16 weeks of community participation, there was a statistically significant difference in the behavior of preventing liver fluke disease at the .05 level ($\bar{d} = 3.72$, $t = 9.67$) This health behavior modification program can be used as a model to create public participation in preventing liver fluke disease in other areas.

Keywords: Program, liver fluke disease, behavior modification, participation

¹Public Health Technical Officer, Prang Ku District Public Health Offer, Sisaket Province E-mail: pan_omm@hotmail.com

บทนำ

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกมีการประมาณว่ามีคนติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วโลกถึง 17 ล้านคน โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ระบาดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ บริเวณพื้นที่ตอนใต้ของ โซแปเรียและทวีปยุโรป ตะวันออก (World Health Organization: WHO, 1997) และ คาดว่ามีผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2561) ปัจจุบันอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เมื่อมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตับและท่อน้ำดี 2 ด้าน ใหญ่ ๆ คือมีการทำลายเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำดีจากนั้นก็มีการสร้างเซลล์เยื่อบุผิวขึ้นมาทดแทนใหม่และส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการกระตุ้นจากสารคัดหลั่งจากพยาธิโดยตรง และในขณะเดียวกัน การติดเชื้อพยาธิก็ทำให้เกิดการอักเสบมากขึ้นรอบ ๆ ท่อน้ำดี เซลล์อักเสบเหล่านี้สามารถสร้างสารเคมีต่าง ๆ และสามารถทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์ได้โดยตรง หรือ เป็นสารตั้งต้นในการสร้างสารก่อมะเร็ง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมและพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด สาเหตุของมะเร็งชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบ ๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (*Metacercaria of Opisthorchis viverrini*) ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี ปัจจุบันที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิชนิดนี้คือ การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อย ปลา และรับประทานอาหารหมักดองของชาวอีสานเช่นปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม (Songserm et al., 2012)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559 – 2568” ตามมติคณะรัฐมนตรีเป็นโครงการถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปี 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ซึ่งในปี 2567 จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน จำนวน 9 อำเภอ 25 ตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Liver Flukes) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีการแพร่ระบาดในประชาชนทุกกลุ่มอายุและอาชีพในเกือบทุกพื้นที่ภาคกลาง

ภาคเหนือโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อพิจารณาแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงของโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทยในปี 2524, 2534, 2539 และ 2544 มีอัตราความชุกร้อยละ 14.7, 15.2, 11.8 และ 9.4 ตามลำดับ (ประกาศิ์ จงสุขสันติกุล, 2544) ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้มีนโยบายในการ ป้องกันและควบคุมโรคมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527 ก็ตาม แต่จากการสำรวจอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงสุด คือ ร้อยละ 16.6 หรือ ประมาณ 8.7 ล้านคน (กองควบคุมโรคติดต่อ, 2552) โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากการทบทวนสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าในปี 2559 ถึง 2561 มีอัตราความชุกทั่วประเทศเฉลี่ยร้อยละ 6.13, 5.51 และ 5.03 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย พบว่ามีสถิติการเสียชีวิตของมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี 2558 ที่ผ่านมามีผู้เสียชีวิตประมาณ 28,000 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ 70 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 ราย ในปี 2554 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 14,314 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งหรือประมาณ 7,157 ราย เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดศรีสะเกษในปี 2559 ถึง 2565 พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 11.88, 6.43, 7.15, 5.54, 3.26, 2.32 และ 1.95 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2561 ถึง 2564 พบว่ามีสถิติการเสียชีวิตของมะเร็งท่อน้ำดี มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี 27.58, 25.61, 29.42 และ 28.79 ต่อแสนประชากรหรือเสียชีวิตจำนวน 406, 377, 420 และ 348 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

อำเภอปรังคู้ ในปี 2561 ถึง 2565 พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 25.27, 11.19, 9.95, 8.52 และ 3.45 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2565 จากการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 40 ขึ้นไปจำนวน 4,268 คน ตรวจพบกลุ่มเสี่ยงที่มีความผิดปกติจำนวน 250 คนคิดเป็นร้อยละ 5.86 พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินซึ่งประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลกู่, ตำบลหนองเชียงทูน, ตำบลสมอ, ตำบลตู และตำบลพินายเหนือ โดยมีเป้าหมายให้อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในคนและในปลา ไม่เกินร้อยละ 3 และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงสองในสามภายในปี 2567

จากภาวะคนปรังก์สุขภาพดี ปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรังก์จึงได้มีการดำเนินการรณรงค์ตรวจคัดกรองตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2565 – 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 5.06, 4.97, และ 2.64 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:2567) ซึ่งจะต้องเร่งรัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลคู แม้ตำบลคูจะไม่มีแหล่งน้ำหลักไหลผ่าน แต่ประชาชนมีการขุดสระ หนอง ให้สามารถเก็บกักน้ำและเลี้ยงปลาได้ และด้วยสภาพอำเภอปรังก์มีสภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำไหลผ่าน 2 สาย คือ ลำห้วยสำราญและห้วยทับทัน ชาวบ้านนั้นมีความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย แต่ละครอบครัวส่วนมากจะประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์ ในการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้า และการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง

ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นภัยคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลียเบื่ออาหาร ตับโต ตาเหลือง ตัวเหลือง มีไข้ และคันตามร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาการเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจผู้ป่วย ทำให้มีความรู้สึกวิตกกังวล กลัวตาย เครียด เสียใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งสาเหตุมาจากการทำบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ที่หารายได้หลัก ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลง เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ปกติจากอาการคุกคามของโรค ในขณะที่ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าครองชีพในระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวต้องออกจากงาน บุตรต้องลางานหรือลาออกจากโรงเรียนเพื่อดูแลผู้ป่วย ตลอดจนส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ ประเทศชาติประชากรที่มีคุณภาพและศักยภาพในการทำงาน สะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยจากภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม อันจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงอยากพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

เพื่อลดอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีแบบยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.3 เพื่อประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด ร่วมกับการนำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

ศึกษานโยบาย แนวทางและมาตรการในการจัดการประเด็นปัญหาโรคดังกล่าว ใน 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจ การเข้าใจ การรับรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Research and Development) ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยนำเอาบริบทของการดำเนินงานในพื้นที่ ประเด็นปัญหาคุณภาพการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มาออกแบบพัฒนาเพื่อให้ได้โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม อบรมเชิงปฏิบัติการ และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อได้มาซึ่งโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่มีประสิทธิภาพต่อไปโดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เกี่ยวข้องเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลตู๋ ตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 50 คน การดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ที่เป็นวงสปริง (Spiral of steps) ดังนี้ (Zuber-Skerrit, 1995 อ้างถึงใน ศุภวัธย์ พลายน้อย, 2547)

1) การวางแผน (PLAN) พัฒนาแผนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการตรวจสอบ และตกลงแนวการทำงานร่วมกันกับผู้ร่วมงาน

2) การปฏิบัติ (ACT) ดำเนินการตามแผน หากเป็นการดำเนินการในวงรอบที่สอง จะต้องนำผลการวิจัยในรอบที่ 1 มาปรับปรุงการดำเนินงาน

3) การสังเกต (OBSERVED) เก็บรวบรวมข้อมูล

(1) การดำเนินการจะรวบรวมผ่านการประเมิน

(2) การสังเกต (รวบรวมข้อมูล) จะได้รับการวางแผนล่วงหน้า

(3) การบันทึกที่ต้องตอบสนองต่อเป้าหมาย

(4) การรวบรวมข้อมูล กระบวนการและผลภายใต้บริบทจริง

(5) ระดับการรวบรวมข้อมูลดำเนินการทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและกลุ่ม

4) การสะท้อนการปฏิบัติ (REFLECTION) เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความกระจ่างชัดในความหมายของ

ประสบการณ์ (ปัจจุบันและอดีต) ความหมายของตนเอง (Self) และความหมายที่สัมพันธ์กับภายนอก

(1) ข้อมูลที่รวบรวม/สังเกตจะนำมาอภิปรายในกลุ่มเพื่อหาทางออกในการวางแผนต่อไป

(2) การสะท้อนกลับรวมถึงการสะท้อนเกี่ยวกับตนเองโดยผู้ร่วมงาน

(3) ขึ้นใคร่ครวญ คิดให้เป็นระบบและชัดเจน สิ่งที่สำคัญ กล่าวคือ กระบวนทัศน์ที่ต้องมีแนวคิด critical theory (เรียนรู้เชิงวิพากษ์ต่อสรรพสิ่งนำทฤษฎีและการปฏิบัติมาเป็นกระบวนการเชิงวิพากษ์)

ระยะที่ 3 การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะดำเนินการตามโปรแกรมที่ได้พัฒนา จากการระดมสมอง มาในระยะที่ 2 ในประเด็นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ของการวิจัย ดังนี้

1) ประชากรศึกษา (Reference population) ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาที่ตำบลตู๋ อำเภอปราสาท จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องด้วยจากการคัดกรองตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับในเขตพื้นที่ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่ามีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Selection) และผู้มีส่วนร่วมด้วย ความสมัครใจ กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทตำบล ตั้งแต่สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประวัติความเป็นมาของตำบล สภาพความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง กลุ่มองค์กรต่างๆในตำบลที่เอื้อต่อกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลได้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงได้แก่ ภาคราชการหรือกลุ่มผู้นำตำบล และกลุ่มของผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับดูแลสุขภาพของประชาชนตำบล ส่วนภาคประชาชนได้เลือก กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน

ผู้ประกอบการร้านส้มตำ ผู้ประกอบอาชีพหาสัตว์น้ำ หรือ ประมง

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ได้กำหนดการทำงานร่วมกันใน 3 ภาคส่วน ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ประกอบด้วย

2.1) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการจำนวน 14 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่

2.2) กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 36 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคู กลุ่มแม่บ้าน ผู้ประกอบการร้านส้มตำ ผู้ประกอบอาชีพหาสัตว์น้ำหรือประมง จำนวน 36 คน

3) กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินโปรแกรม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ปลาจืดเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ในตับจากการสอบถามเบื้องต้น พ.ศ. 2567 ตำบลคู อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษโดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวัดกุล, 2557) (simple random sampling) จำนวน 85 คน

4) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) โดยให้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างการจับฉลากขึ้นแบบมาแบบไม่ใส่คืน (Sample Random Sampling Without Replacement) และคัดตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

5) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประชาชนอาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู 6 เดือนขึ้นไป ที่ได้รับการสำรวจเบื้องต้นในการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยปลาดิบ สุกๆ ดิบๆ ปลาจืด ปลาต้มดิบ ทั้งเพศชายและหญิง, ยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย, อายุระหว่าง 15 – 65 ปี ขึ้นไป

6) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเมเร็งตับหรือเมเร็งท่อน้ำดี มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถสื่อสารกันเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่น

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1.การสร้างเครื่องมือ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ปลาจืด จากการสอบถามเบื้องต้นตั้งแต่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2567 ตำบลคู อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 85 คน วัดก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ที่สร้างขึ้นจากระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบสอบถามวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 8 แบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 14 ข้อ

1.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และ แบบสังเกต เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาโปรแกรม จำนวน 50 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3 แบบสัมภาษณ์ เจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มภาคสังคม 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มภาคภาครัฐ

1.4 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะสังเกต (Observe) เพื่อประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

โดยมี อุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

1.5 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาร่วมกันระหว่าง นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบาย และแผนองค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ถึงภาวะสุขภาพและสถานการณ์สุขภาพปัจจุบันของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

1.6 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปของตำบลทางด้านกายภาพ หลังจากนั้นใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลลักษณะการ ดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมในตำบล

1.7 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบล เสนอภาวะสุขภาพ ปัจจุบันที่เป็นจริงของประชาชนในตำบลแก่กลุ่มต่างๆ ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาสาเหตุ วาง แนวทางการป้องกัน และแก้ไข ที่สอดคล้องกับกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ เพื่อตอบคำถามตามความมุ่งหมายโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นั้นมีความถูกต้องหรือไม่ โดยทำการตรวจสอบจากแหล่งที่มาของข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลให้ครบทั้ง 3 ด้าน เพื่อเป็นการยืนยัน (บุญธรรม จิตอนันต์, 2540) ดังต่อไปนี้

2.2.1 แหล่งเวลา โดยการนำข้อมูลที่สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัย ในเวลาที่แตกต่างกันมาตรวจสอบและเปรียบเทียบผลว่าข้อมูลแต่ละส่วนที่ได้รับจากการรวบรวม จะมีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2.2.2 แหล่งสถานที่ นำข้อมูลที่ได้รับจากการรวบรวม ณ สถานที่ที่ต่างกันมาทำการตรวจสอบและเปรียบเทียบผลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2.2.3 แหล่งบุคคล โดยการนำข้อมูลที่ได้รับมาจากการรวบรวมมาทำการศึกษาเปรียบเทียบดูว่าเมื่อนำ

ข้อมูลดังกล่าวไปทำการรวบรวมโดยการเปลี่ยนผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลอื่นไม่ซ้ำกัน ข้อมูลที่ได้จะเป็นอย่างไร

ผลจากการตรวจสอบข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมวิเคราะห์ และสรุปผลของข้อมูลการวิจัยได้ชัดเจนและสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย

2.2 การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย โดยรายละเอียดดังนี้

1) การปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อดูความเหมาะสมและความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2) การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริงการตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับในอำเภออุษันธุ์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .81 การหาความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนามโดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีการดังนี้

1.1 การคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของชุมชน

1.2 การสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกขั้นตอนในระยะเวลาของการวิจัย ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม

1.3 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน

1.4 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการในระบะการวางแผน (Planning)

1.5 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกกิจกรรมการบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกต ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระบะการปฏิบัติการ (Action) และระบะสังเกตการณ์ (Observe)

1.6 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ ประชากร และการ บันทึกกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มในระบะสะท้อนผล (Reflect)

1.7 รวบรวมตรวจสอบแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

2. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ในการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 8 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครพยาลิใบไม้ดับ แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรครพยาลิใบไม้ดับ แบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การเกิดโรครพยาลิใบไม้ดับ แบบสอบถามวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรครพยาลิใบไม้ดับ แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรครพยาลิใบไม้ดับ แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรครพยาลิใบไม้ดับ แบบสอบถามวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรครพยาลิใบไม้ดับ แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรครพยาลิใบไม้ดับ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่จะทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิใบไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2) เตรียมกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการทดลองใช้โปรแกรม โดยการสร้างความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพชี้แจงความมุ่งหมายในการทำวิจัย อธิบายถึงวิธีการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

3) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิใบไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) เตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามก่อน - หลัง การทดลองตามโปรแกรม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ตัวแปรต้น เป็นตัวแปรปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิใบไม้ดับในตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิใบไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรครพยาลิใบไม้ดับ

สถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลองใช้ เปรียบเทียบผลของการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิใบไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significance .05)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ข้อมูล

ได้จากการจัดกระบวนการคุณภาพ 4 ขั้นตอน ส่วนเกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) นำมาจัดทำเป็นแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา การเปรียบเทียบกิจกรรม ที่นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างคำอธิบาย การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้า และร่วมกันออกแบบกิจกรรม จนเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ตามขั้นตอนดังนี้

1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

2) บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละส่วน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ผลตรวจหาไข่พยาธิ ครอบครัวยุติด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคมาเรียมะเร็งท่อน้ำดี วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ วัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อคำถามด้านละ 10 ข้อ แต่ละด้านคะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน,

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน คำถามเชิงลบ (-) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 1 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 3 คะแนน คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนน พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 10-30 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 6.67 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ ระดับคะแนน 10.00 - 16.67 หมายถึง มีความคิดเห็นต่ำ ระดับคะแนน 16.68 - 23.35 หมายถึง มีความคิดเห็นปานกลาง ระดับคะแนน 23.36 - 30.00 หมายถึง มีความคิดเห็นสูง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ข้อคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 36 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เชื้อมั่น ไม่แน่ใจ และไม่เชื่อกัน โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน คำถามเชิงลบ (-) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 1 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 3 คะแนน คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนน พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 12-36 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 8.00 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ ระดับคะแนน 12.00 - 20.00 หมายถึง มีระดับความเชื่อมั่นต่ำ ระดับคะแนน 20.01 - 28.01 หมายถึง มีระดับความเชื่อมั่นปานกลาง ระดับคะแนน 28.02 - 36.00 หมายถึง มีระดับความเชื่อมั่นสูง พฤติกรรม

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการรับประทาน ข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ กินประจำ หมายถึง การรับประทาน มากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 เดือน ให้คะแนน 1 กินบางครั้ง หมายถึง การรับประทาน 1-2 ครั้งใน 1 เดือน ให้คะแนน 2 ไม่เคย หมายถึง ไม่รับประทานเลย (ในรอบ 1 เดือน) ไม่รู้จัก หมายถึง ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้เลย ให้คะแนน 3 และพฤติกรรมการปฏิบัติ 6 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน คำถามเชิงลบ (-) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 1 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 3 คะแนน รวม 51 คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนน พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 14-51 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 12.33 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ ระดับคะแนน 14.00 - 26.33 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมต่ำ ระดับคะแนน 26.34 - 38.67 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง

ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหาสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ตาบอด อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2565 – 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 5.06, 4.97, และ 2.64 สภาพอำเภอบางแก้วมีสภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำไหลผ่าน 2 สาย คือ ลำห้วยสำราญและห้วยทับทัน ชาวบ้านนั้นมีความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย แต่ละครอบครัวส่วนมากจะประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์ ในการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม

ปลาจ่อม ปลาร้า และการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการประชุมในชุมชน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ มีความเชื่อที่ผิด ๆ ในการปรุงอาหารประเภทปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น การปรุงอาหารด้วยรสเปรี้ยวจะช่วยฆ่าพยาธิได้ การดื่มสุราสามารถฆ่าพยาธิได้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการให้ประชาชนที่ตรวจพบ ให้ยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และให้สุขศึกษากลุ่ม และสุขศึกษาเดี่ยว แก่กลุ่มที่ตรวจพบ

2. คุณลักษณะทั่วไป

2.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 62.00 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41.02-48.02 ปี ร้อยละ 30.00 อายุ น้อยที่สุด (Minimum) 27 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 63 ปี อายุเฉลี่ย (Mean) 45.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 8.86 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.00 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 40.00 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่าง 1.00-10.00 ปี ร้อยละ 82.00 ระยะเวลา น้อยที่สุด (Minimum) 1 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 63 ปี อายุเฉลี่ย (Mean) 8.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 6.63

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดลองโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 83.53 กลุ่มอายุ 49.83-56.43 ปี ร้อยละ 37.65 อายุ น้อยที่สุด (Minimum) 30 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 63 ปี อายุเฉลี่ย (Mean) 57.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 6.57 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.88 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 43.53 เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) ร้อยละ 98.82 รายได้ ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 2,000.00-11,600 บาท ร้อยละ 90.59 รายได้น้อยที่สุด (Minimum) 2,000 ปี รายได้มากที่สุด (Maximum) 50,000 ปี รายได้เฉลี่ย (Mean) 6,045.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 6,897.27 เคยตรวจอุจจาระหาไข่ หนองพยาธิ ร้อยละ 91.76 พบไข่หนองพยาธิ ร้อยละ 25.88 ครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 17.65 เป็น บิดา 9 ราย สามี 3 ราย มารดา 3 ราย บุตร 1 ราย พี่สาว/พี่ชาย 1 ราย ครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ

20.00 เป็น บิดา 11 ราย พี่สาว/พี่ชาย 4 ราย มารดา 1 ราย
บุตร 1 ราย สามี 1 ราย

3. ผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลตู อำเภوبرางค์กู จังหวัดศรีสะเกษ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน (HUG DU model)

สัปดาห์ที่ 1 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 2 ด้าน

กิจกรรมที่ 1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค - กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ - กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ (1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค)

กิจกรรมที่ 2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค - กิจกรรมการนำเสนอสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ในตับ และวิเคราะห์สถานการณ์ ความรุนแรง - กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับการถ่ายทอดจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ - กิจกรรมวิเคราะห์/สรุปปัญหาความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ

สัปดาห์ที่ 2 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 2 ด้าน

กิจกรรมที่ 3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ - กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ - กิจกรรม “อะไรเอ่ย”

กิจกรรมที่ 4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ - กิจกรรม “เรารู้ไหม..อาหารอะไรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ”

สัปดาห์ที่ 3 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 1 ด้าน

กิจกรรมที่ 5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง - กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ - กิจกรรม “มาสร้างเมนูอาหารปลอดโรคพยาธิใบไม้ในตับ”

สัปดาห์ที่ 4 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 1 ด้าน

กิจกรรมที่ 6. ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ - กิจกรรม “ใครกันนะ...” ให้ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามา

มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมที่ชักนำไปสู่การปฏิบัติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

สัปดาห์ที่ 5 สร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ

กิจกรรมที่ 7 “พลังความคิดพิชิตโรคพยาธิใบไม้ในตับ” ให้ดูวิดีโอ เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังควบคุมชีวิต พยาธิใบไม้ในตับ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ในตับ เรื่อง พยาธิใบไม้ในตับ ภัยร้ายใกล้ตัวเรา ให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ในตับ พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง แนวทางที่ตนเองสามารถป้องกันโรคได้

สัปดาห์ที่ 6 สร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรม 5 ส. ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี -ดูหนังสั้น ยายบุญมี และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ 5 ส. 1. สุก : กินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ต้องปรุงให้สุก ด้วยความร้อนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ในตับ 2. สะอาด : ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด ก่อนปรุงอาหาร ก่อนกินอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ 3. สวม/สิ่งปกคลุม : ถ่ายอุจจาระลงในส้วม และทิ้งสิ่งปกคลุมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันไข่พยาธิแพร่กระจายลงสู่สิ่งแวดล้อม 4. สังเกต : สังเกตอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิและตรวจอัลตราซาวด์ ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างน้อยปีละครั้ง 5. สาธารณสุข : กินยารักษาเมื่อตรวจพบว่ามีโรคพยาธิ แล้วเลิกกินปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ -ให้กลุ่มเป้าหมายจดบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ว่ามีอาหารประเภทใดบ้าง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ นำเสนอในสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 7 สร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ Guide (การแนะนำ แนะนำ วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)

กิจกรรม 8 อาหารของเราปลอดภัยหรือยัง - ให้นำข้อมูลที่จดบันทึกอาหารที่รับประทานมานำเสนอในกลุ่ม และให้บอกว่าอาหารใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นรายคน นำเสนอ ครั้งละ 10 คน แล้วสรุป (รวมจำนวน 30 คน)

สัปดาห์ที่ 8 สร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ Guide (การแนะนำ แนะนำ วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ) (ต่อ)

กิจกรรม 8 อาหารของเราปลอดภัยหรือยัง - ให้นำข้อมูลที่จดบันทึกอาหารที่รับประทานมานำเสนอในกลุ่ม และให้บอกว่าอาหารใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นรายคน นำเสนอ ครั้งละ 10 คน แล้วสรุป (รวมจำนวน 30 คน)

สัปดาห์ที่ 9 สร้างพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ **Guide (การแนะนำ แนวโน้ม วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)** (ต่อ)

กิจกรรม 8 อาหารของเราปลอดภัยหรือยัง - ให้นำข้อมูลที่จัดบันทึอาหารที่รับประทานมานำเสนอในกลุ่ม และให้บอกว่าอาหารใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นรายคน นำเสนอ จำนวน 25 คน

สัปดาห์ที่ 10 สร้างพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ **Guide (การแนะนำ แนวโน้ม วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)** (ต่อ)

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรม “ลองทำดูใหม่” แบ่งกลุ่มเป็น 8 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มจัดทำเมนูอาหารเสี่ยง (อาหารดิบ) ให้เป็นอาหารสุก 8 เมนู ดังนี้ 1. ลาบเหี่ยวปลาดิบ 2. ก้อยปลาดิบ 3. ส้มตำปลาสดดิบ 4. ส้มไขปลาดิบ 5. หม่าซี้ปลาดิบ 6. แจ่วบองปลาสดดิบ 7. ปลาจ่อมดิบ 8. ปลาต้มดิบ แลกเปลี่ยนกันรับประทาน แล้วให้บอกว่า เมนูที่ทำสุก อร่อยหรือไม่ มีกระบวนการทำอย่างไร บันทึกเป็นเมนูอาหารเสี่ยง (อาหารดิบ) ให้เป็นอาหารสุก

สัปดาห์ที่ 11 สร้างชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน **Understanding (การสร้างความเข้าใจร่วมกัน ข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด)**

กิจกรรมที่ 10 กิจกรรมประชาคมสร้างความร่วมมือ โดย กลุ่มเป้าหมาย ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้ประกอบการ ในชุมชน - สรุปมติการประชุม ที่ชุมชนสามารถปฏิบัติร่วมกันได้

สัปดาห์ที่ 12 สร้างมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

กิจกรรมที่ 11 กิจกรรมลงนาม “สัญญาใจ” ตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน

สัปดาห์ที่ 13 สร้างกระแส การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ **Unity Team (การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม)**

กิจกรรมที่ 12 กิจกรรม สร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ เผื่อระวังในชุมชน โดยกลุ่มอสม. เผื่อระวัง โดยนักเรียน กิจกรรม สายลับจับปลาดิบ

สัปดาห์ที่ 14 การสนับสนุนทางสังคม Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

กิจกรรมที่ 13 แคล้งมือทำก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ติดตามเมนูอาหารที่รับประทาน นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำใบประกาศ และมอบของขวัญ ในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 15 การสนับสนุนทางสังคม Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) (ต่อ)

กิจกรรมที่ 13 แคล้งมือทำก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ติดตามเมนูอาหารที่รับประทาน นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำใบประกาศ และมอบของขวัญ ในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 16 สรุปและติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 14 กิจกรรมประเมินและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ - กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่กลุ่มเป้าหมายได้ร่วมโครงการ - ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ ร่วมกิจกรรม มอบใบประกาศและมอบของขวัญ “คนทำดีต้องมีชื่อ” - เก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้โปรแกรม

4. ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 16 สัปดาห์ ตามเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถาม พบว่า หลังการทดลอง ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 100.00 ส่วนก่อนการทดลอง พบว่า ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 81.18 และระดับคะแนน 26.34 - 38.67 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 18.82

5. ผลการประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า พฤติกรรมของประชากรกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม จำนวน 16 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 3.72$, $t = 9.67$)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนพฤติกรรมประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน-หลัง

ก่อน-หลัง	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการทดลอง	85	27	48	42.18	4.94	3.72	2.95-4.48	9.67	84	.000*
หลังการทดลอง	85	39	48	45.89	1.92					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า

1.สถานการณ์ปัญหา การดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้า สอดคล้องกับการศึกษา ของ ถนัด ธุระพันธ์ (2566) พบว่า พฤติกรรมกินปลาดิบพบว่าทุกคนมีพฤติกรรมกินปลาดิบ อาหารประเภทปลาดิบที่มีคนกินมากที่สุด คือแจ่วบองปลาร้าดิบ มีคนกินร้อยละ 88.1 รองลงมา คือ ส้มตำปลาร้าดิบมีคนกินร้อยละ 82.4 และปลาร้าดิบร้อยละ 54.6 สำหรับอาหารประเภทปลาดิบที่กินเป็นประจำมากที่สุด คือส้มตำปลาร้าดิบ รองลงมาคือ แจ่วบองปลาร้าดิบ และปลาร้าดิบและการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการประชุมในชุมชน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ มีความเชื่อที่ผิด ๆ ในการปรุงอาหารประเภทปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น การปรุงอาหารด้วยรสเปรี้ยวจะช่วยฆ่าพยาธิได้ การดื่มสุราสามารถฆ่าพยาธิได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลดา ดีพร้อม (2562) พบว่า ประชาชนยังคงมีการบริโภคปลาดิบ สุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากประกอบอาชีพหาปลาเพื่อค้าขาย และบริโภครวมทั้งวัฒนธรรมการกินปลาดิบที่สืบทอดกันมาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การดำเนินการควบคุมและป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ในตับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการให้ประชาชนที่ตรวจพบ ให้ยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และให้สุขศึกษากลุ่ม และสุขศึกษาเดี่ยว แก่กลุ่มที่ตรวจพบ

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน (HUG DU model) พบว่า ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องเข้าร่วมอย่างน้อย 16 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมถาวรได้ หากมีการกระตุ้นจากปัจจัย โดย โปรแกรมที่ได้ในครั้งนี้ ได้มีการนำปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ปัจจัยตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังได้ปัจจัยด้านทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการลงมือปฏิบัติจริง สร้างเมนูที่สามารถจัดทำได้จริง เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปรุงให้สุก ปรุงเมนูอาหารเสี่ยง (อาหารดิบ) ให้เป็นอาหารสุก การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม การสร้างความเข้าใจร่วมกันข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด การประชาสัมพันธ์ ธรรมนูญฯ ทั้งในหมู่บ้าน และโรงเรียน มีการติดตามประเมินผล และการ

สร้างขวัญและกำลังใจแก่กลุ่มเสี่ยงที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสรุปได้เป็นรายละเอียด ดังนี้ ตาม HUG DU model ดังนี้

Health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ)

Understanding (การสร้างความเข้าใจร่วมกัน ข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด)

Guide (การแนะนำ แนะนำ แนวทางการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)

Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

Unity Team (การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม)

3. ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 16 สัปดาห์ ตามเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถาม พบว่า หลังการทดลอง ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 100.00 ส่วนก่อนการทดลอง พบว่า ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 81.18 และระดับคะแนน 26.34 - 38.67 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 18.82 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ฮามสมพันธ์ (2559) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือนตำบลฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

4. ผลการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า พฤติกรรมของประชากรกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม จำนวน 16 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 3.72$, $t = 9.67$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวชัย ทองนาเมือง

ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นำ HUG DU model ไปทดลองใช้กับพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่น เพื่อประเมินผลโปรแกรม ว่าสามารถนำไปใช้กับพื้นที่ที่เป็นปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับได้หรือไม่
2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จะต้องมีการเริ่มตั้งแต่ การทราบถึงสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ และได้ร่วม คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมวางแผนดำเนินการ ร่วมทำกิจกรรม ร่วมสนับสนุนทั้งงบประมาณ การบริหารจัดการกำลังคนในชุมชน และวัสดุอุปกรณ์ จะสามารถกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้
3. การแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากจะแก้ไขที่พฤติกรรมของประชาชน แล้ว ความสำคัญจะต้อง มีการปรับปรุงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกัน คือ ต้นน้ำ คือการทิ้งสิ่งปฏิกูล จากระบบสุขาภิบาล กลางน้ำ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกลยุทธ์ HUG DU model และปลายน้ำ โดยการตรวจสุขภาพประชาชน มีการประเมินรักษาให้ทันทั่วถึง โดยสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. ในการวิจัยครั้งต่อไป ให้มีการเลือกใช้กลุ่มผู้ประกอบการ ผู้ปรุงอาหาร ในงานต่างๆ ในชุมชน เช่นงานบุญ งานศพ หรือแม่ครัววัด แม่ครัวร้านอาหาร เพื่อสร้างความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้สามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้

เอกสารอ้างอิง

- เกสร แก้วโนนจิว, อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทรมหา. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดเลย ปี 2556. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561) แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ; 24-26 กรกฎาคม 2561 ; โรงแรมพหลแมน ขอนแก่น ราชวอคิด. ขอนแก่น. Cascap Khon Kaen university.
- ประกาศรี จงสุขสันติกุล, ดัชนี มานะตระกูล, ฐิติมา วงศาโรจน์, ปัทมาวดี กฤษณามระ, ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, สุกัญญา วงศาโรจน์. (2544). การประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8. วารสารอายุรเวชศาสตร์เขตร้อนและปราราสิตวิทยา 2003.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (2567). ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ. ฐานข้อมูล JHCIS.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). เอกสารประกอบการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ระหว่างวันที่ 6-8 พฤศจิกายน 2566.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). โรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภวัตร พลายน้อย. (2547). เอกสารเผยแพร่ในโครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ - ท้องถิ่นน้อย “จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) สู่...การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community Action Research : CAR).
- Songserm, N., Charoenbut, P., Bureelard, O., Pintakham, K., Woradet, S., & Vanhnivongkham, P.(2019). Behavior-related risk factors for opisthorchiasis-associated cholangiocarcinoma among rural people living along the Mekong river in five in five greater Mekong subregion countries. Acta Trop, 201, 105221.
- World health Organization: WHO. (1997). Foodborne parasitic infections: Fascioliasis (Liver fluke). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S138357691100119X> (วันที่สืบค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2567).
- ศุภวัตร พลายน้อย. (2547). จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) สู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community Action Research – CAR). กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2546). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น. พิมพ์ครั้งที่ 8.
- ณัด ฐะพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตูมใต้ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=Mjlx>. (วันที่สืบค้นข้อมูล 15 มีนาคม 2568).
- ฉัตรลดา ดีพร้อม. (2562). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบึงงาม อำเภอกู่แก้ว จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2562.
- กาญจนา ฮามสมพันธ์ และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือนตำบลวาง อำเภอกะชังร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559.
- ศิวัชญ์ ทองนาเมือง. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอยะผา จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). บทความย่อ.