

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลกฤษณา อำเภوخุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

สุพิทยา โมชะศิริ, สป.¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) จำนวน 1 วนรอบ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 164 คน และผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า สามารถพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชนในชุมชน ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $0.48 \pm SD$ เป็น $0.82 \pm SD$ ทักษะคิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $4.10 \pm SD$ เป็น $4.48 \pm SD$ พฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $3.32 \pm SD$ เป็น $4.12 \pm SD$ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $3.16 \pm SD$ เป็น $3.79 \pm SD$

สรุปได้ว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาความรู้ การปรับพฤติกรรม และการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ หรือ KRISANA–LFP Model รูปแบบมีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค และเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและขยายผลสู่พื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ : โรคพยาธิใบไม้ตับ; การมีส่วนร่วมของชุมชน; รูปแบบการป้องกันโรค; พฤติกรรมการป้องกันโรค

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกฤษณา Email: Supittaya2014@gmail.com

Development of a Participatory Model for Liver Fluke Disease Prevention in Kritsana Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province

Supitaya Mokasiri, B.P.H¹

Abstract

This study was an Action Research aimed at investigating the situation and related factors, developing a participatory model, and evaluating the effectiveness of the developed model. The study applied one cycle of the PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) process and was conducted from August 2025 to March 2026. The quantitative sample consisted of 164 at-risk community members aged 18 years and over, while the qualitative participants included 30 key informants. Research instruments comprised questionnaires assessing knowledge, attitudes, preventive behaviors, and community participation. Quantitative data were collected using structured questionnaires, whereas qualitative data were obtained through in-depth interviews and focus group discussions.

The findings revealed that a participatory liver fluke disease prevention model appropriate to the local context was successfully developed through collaborative participation among community members and relevant stakeholders. After implementation, the participants demonstrated statistically significant improvements in mean knowledge scores from $0.48 \pm \text{SD}$ to $0.82 \pm \text{SD}$, attitude scores from $4.10 \pm \text{SD}$ to $4.48 \pm \text{SD}$, preventive behavior scores from $3.32 \pm \text{SD}$ to $4.12 \pm \text{SD}$, and community participation scores from $3.16 \pm \text{SD}$ to $3.79 \pm \text{SD}$.

In conclusion, the developed participatory liver fluke disease prevention model, namely the KRISANA–LFP Model, consists of four key components: community participation, knowledge enhancement, behavioral modification, and community-based disease surveillance. The model was effective in improving knowledge, promoting positive attitudes, enhancing preventive behaviors, and increasing community participation. It can be applied for liver fluke disease prevention in other communities with similar contextual characteristics.

Keywords: Liver Fluke Disease; Community Participation; Disease Prevention Model; Preventive Behaviors

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Du Sub-district Health Promoting Hospital. Email: Lumpprai209@gmail.com

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) ที่เกิดจากการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์กลุ่มที่ 1 เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนว่าการติดเชื้อเรื้อรังสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีพยากรณ์โรคไม่ดี แม้ว่าประเทศไทยจะดำเนินมาตรการคัดกรอง รักษา และรณรงค์ป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังคงพบการติดเชื้อและพฤติกรรมเสี่ยงในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งยังคงมีวัฒนธรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นผลมาจากความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม และบริบททางสังคมมากกว่าการรับรู้ข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียว แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff รวมถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart อธิบายว่าการเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมและความเป็นเจ้าของปัญหา ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความยั่งยืนมากกว่าการดำเนินงานแบบสั่งการจากภายนอก นอกจากนี้ งานวิจัยหลายฉบับทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศรายงานตรงกันว่า โปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มความรู้ เปลี่ยนทัศนคติ และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งประเมินผลของกิจกรรมรณรงค์หรือโครงการระยะสั้น โดยวัดผลเฉพาะด้านความรู้หรือ

พฤติกรรมหลังการดำเนินงาน ขณะที่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วมที่บูรณาการการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ การเรียนรู้ร่วมของชุมชน และการติดตามปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงทำให้ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างยั่งยืนในพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะ

ตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ที่ยังคงมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของจังหวัด ประชาชนจำนวนมากยังคงมีพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรค แม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขจะดำเนินมาตรการคัดกรอง รณรงค์ และรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นการให้บริการและการรณรงค์เป็นครั้งคราว ยังไม่สามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเฝ้าระวังโรคยังขาดความต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน

ช่องว่างขององค์ความรู้ (Research Gap) ของการศึกษานี้ คือ ยังไม่มีรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายในตำบลกฤษณา โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันโรคในระยะยาว ความใหม่ของงานวิจัย (Novelty) อยู่ที่การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมที่ออกแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของพื้นที่ บูรณาการการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วม และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการ

PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) เนื่องจากเป็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมกับการพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนร่วมวางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตามผล และสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทจริงของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ วัฒนธรรม และบริบทของชุมชนเป็นสำคัญ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนดให้ ความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวแปรสำคัญในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจ ทักษะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ขณะที่การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงคาดว่า การพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการ PAOR จะสามารถยกระดับตัวแปรดังกล่าวและนำไปสู่การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR)
- 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมหลังการดำเนินงาน ในด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการ จำนวน 1 วนรอบ (One Cycle) เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning Phase) ศึกษาบริบท สถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัยเสี่ยง ความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้การทบทวนเอกสาร การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบ Verbal Screening การเก็บข้อมูลก่อนดำเนินงาน (Pre-test) และการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมทั้งการสนทนากลุ่มพร้อมจัดเวที AIC (Appreciation-Influence-Control) เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการดำเนินงานของชุมชน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action Phase) นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดองค์ประกอบ กิจกรรม กลไกการดำเนินงาน และบทบาทของแต่ละภาคส่วน จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 การสังเกตและประเมินผล (Observation Phase) นำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่เป็นเวลา 3 เดือน พร้อมติดตามและประเมินผล โดยเก็บข้อมูลหลังดำเนินงาน (Post-test) ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนดำเนินงาน เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วม ควบคู่กับการสังเกตและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection Phase) จัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่ายและตัวแทนชุมชน เพื่อสรุปบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา

อุปสรรค และข้อเสนอแนะ พร้อมสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปปรับปรุงเป็นรูปแบบการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมฉบับสมบูรณ์**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5,285 คน ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2568 เนื่องจากการ วิจัยมุ่งศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบใน ประชาชนกลุ่ม เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยจึงคัดกรอง ประชาชนด้วยแบบ Verbal Screening ตามเกณฑ์ พฤติกรรมเสี่ยงที่กำหนด จึงได้ประชากรเป้าหมาย (Target Population) จำนวน 285 คน ซึ่งใช้เป็นกรอบ ประชากรสำหรับการสุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ กลุ่มตัวอย่าง เชิงปริมาณ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ กำหนดขนาดตัวอย่าง จากประชากรเป้าหมายจำนวน 285 คน โดยใช้ตาราง ของ Krejcie และ Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 164 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Simple Random Sampling

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1.อายุ 15 ปีขึ้นไป
- 2.ผ่านการคัดกรองเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยง ด้วยแบบ Verbal Screening
- 3.อาศัยอยู่ในตำบลกฤษณาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 4.สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาเขมรถิ่นได้
- 5.สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามใน หนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1.ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย
- 2.ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามแผน
- 3.ถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา
- 4.มีข้อมูลไม่ครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคัดเลือก

แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน โดยเลือกผู้ที่มีบทบาทโดยตรงในการดำเนินงานป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการ ขับเคลื่อนงานสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสะท้อนบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้บริหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 3 คน ผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 11 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) 11 คน ครูอนามัยโรงเรียน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1.ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านการป้องกัน โรคในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2.มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

- 3.ยินยอมให้ข้อมูลในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1.ถอนความยินยอม
- 2.ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์หรือ สนทนากลุ่มได้ครบถ้วน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการ สังเคราะห์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart (1988) ร่วมกับกระบวนการ PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) แนวคิดการมีส่วนร่วม ของชุมชนของ Cohen และ Uphoff (1980) และการ ทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ เป็นกรอบในการศึกษาบริบท การพัฒนารูปแบบ และ การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม

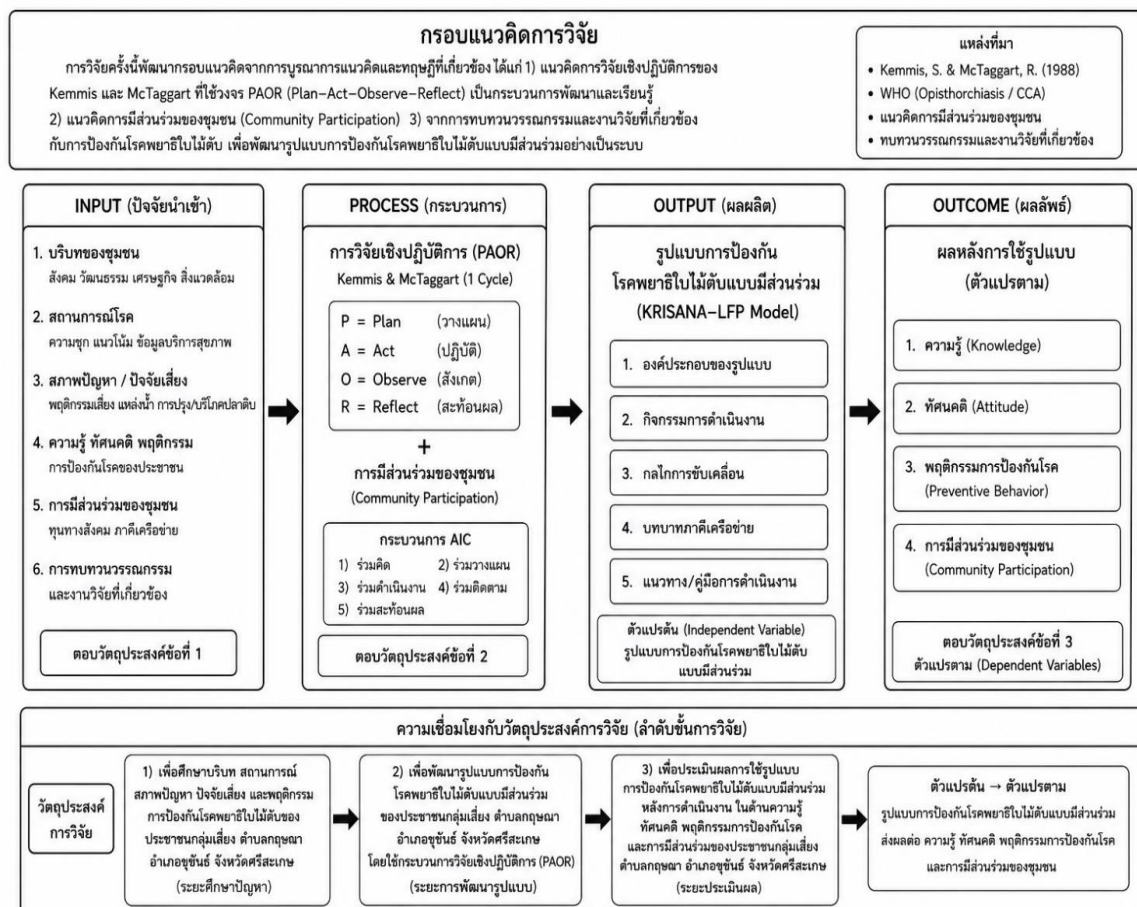
ตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent Variable) รูปแบบ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม (KRISANA-LFP Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร PAOR จำนวน
1 วงรอบ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ความรู้
เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้และการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งดัดแปลงจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลด้านสุขภาพ
2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก-ผิด) ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยแปลผล

ตามเกณฑ์ของ Bloom (1975) ดังนี้ ระดับต่ำ = คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0–11 คะแนน) ระดับปานกลาง = ร้อยละ 60–79 (12–15 คะแนน) ระดับสูง = ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16–20 คะแนน)

3. แบบวัดทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1–5 คะแนน

4. แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน)

5. แบบวัดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การร่วมคิด การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน และการร่วมประเมินผล เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

สำหรับแบบวัดทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วม กำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับมาก 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

6. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้ศึกษาบริบท ปัญหา ปัจจัยเสี่ยง รูปแบบการมีส่วนร่วม และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

7. แบบบันทึกการสังเกตและแบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกกระบวนการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ได้คำนวณความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง

0.67–1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาศัยอยู่นอกพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถามและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่า แบบทดสอบความรู้วิเคราะห์ด้วยสูตร Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.82 แบบวัดทัศนคติมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 แบบวัดพฤติกรรม เท่ากับ 0.87 แบบวัดการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ก่อนดำเนินการ (Pre-intervention) ผู้วิจัยคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบ Verbal Screening เก็บข้อมูลพื้นฐาน และเก็บข้อมูลก่อนดำเนินงาน (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหาของพื้นที่

2) ระหว่างดำเนินการ (Implementation) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น โดยติดตามการดำเนินงานผ่านการสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสะท้อนการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชน

3) หลังดำเนินการ (Post-intervention) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังดำเนินงาน (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนดำเนินงาน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งจัดการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และเวที

สะท้อนผล เพื่อสรุปบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการดำเนินงานด้วย Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธี Content Analysis โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Triangulation) ก่อนนำเสนอผลการวิจัยเชิงพรรณนา

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองการดำเนินงานวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-135 วันที่รับรอง 22 สิงหาคม 2568 วันหมดอายุ 21 สิงหาคม 2569

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สถานการณ์ และสภาพปัญหา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตาบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 164 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 56.92 ปี โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน สำหรับประวัติสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 89.02 เคยตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.54 เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ และร้อยละ 4.27 มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการศึกษาสถานการณ์ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนารูปแบบ

ด้านความรู้ ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.44 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 28.05 และระดับสูง ร้อยละ 19.51 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.56 (SD = 0.48) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 8

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 16.01 – 20.00)	32	19.51
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 12.01 – 16.00)	86	52.44
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0 – 12.00)	46	28.05
รวม	164	100.00

ด้านทัศนคติ ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.10, SD = 0.93) โดยร้อยละ 56.10 มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก และร้อยละ 17.07 อยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 8

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ (ก่อนการพัฒนารูปแบบ) (N = 164 คน)

ระดับทัศนคติ	ช่วงคะแนน เฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมากที่สุด	4.21 – 5.00	28	17.07
ระดับมาก	3.41 – 4.20	92	56.10
ระดับปานกลาง	2.61 – 3.40	32	19.51
ระดับน้อย	1.81 – 2.60	12	7.32
ระดับน้อยที่สุด	1.00 – 1.80	0	0.00
รวม		164	100.00

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.80) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 36.59)

ระดับน้อย (ร้อยละ 15.85) และระดับมากที่สุด (ร้อยละ 9.76) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 (SD = 1.14) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 8

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (ก่อนการพัฒนาแบบ) ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ (N = 164 คน)

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมากที่สุด	4.21 – 5.00	16	9.76
ระดับมาก	3.41 – 4.20	60	36.59
ระดับปานกลาง	2.61 – 3.40	62	37.80
ระดับน้อย	1.81 – 2.60	26	15.85
ระดับน้อยที่สุด	1.00 – 1.80	0	0.00
รวม		164	100.00

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมในตำบลกฤษณา

ผลการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) จำนวน 1 วงรอบ ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชนในชุมชนสามารถนำไปสู่การพัฒนาแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมีผลการดำเนินงานในแต่ละขั้น ดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Plan) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับเวทีประชาคมและการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายสามารถกำหนดปัญหาและความต้องการของพื้นที่ร่วมกัน จนได้ประเด็นสำคัญในการพัฒนาแบบ ได้แก่ ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ยังคงพบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนและ

ภาคีเครือข่ายยังขาดความต่อเนื่อง การดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นการรณรงค์เป็นครั้งคราว ยังไม่มีกลไกการดำเนินงานร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ ผลจากการวิเคราะห์ดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงาน และบทบาทของภาคีเครือข่ายร่วมกัน

2) ขั้นการดำเนินการ (Act) ผลจากการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดกิจกรรมการป้องกันโรคที่ทุกภาคส่วนยอมรับและร่วมดำเนินการประกอบด้วย การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเสี่ยง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน การสื่อสารความเสี่ยงผ่านช่องทางของชุมชน และการส่งเสริมการตรวจคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้เกิดกลไกการดำเนินงานร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่

3) ขั้นการสังเกตผล (Observe) การติดตามผลการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และเกิดการติดตามเฝ้าระวังโรคในระดับชุมชน โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานและชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและสามารถปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้

4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) การถอดบทเรียนร่วมกันของภาคีเครือข่ายและประชาชน ทำให้สามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน บทบาทเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบให้สามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนและขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้

ผลลัพธ์ของการพัฒนาแบบ ผลจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนาแบบ

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลฤๅษณา (KRISANA Model) ดังภาพที่ 2 ซึ่งพัฒนาขึ้นจากปัญหาและความต้องการของชุมชนที่พบในระยะที่ 1 โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่

1.การพัฒนาความรู้และความตระหนักด้านโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคของประชาชน

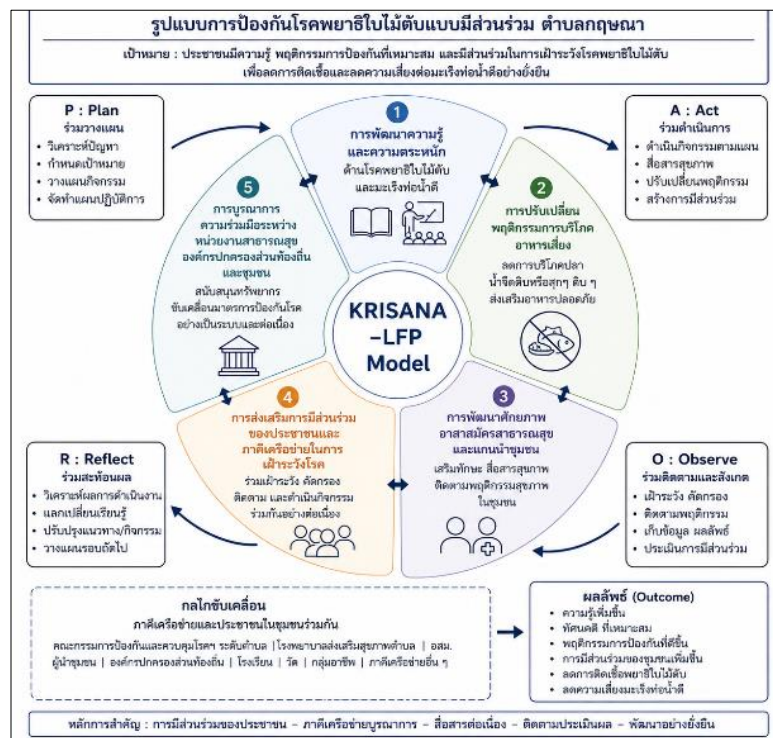
2.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเสี่ยงเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลดการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อ

3.การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน เพื่อเป็นกลไกหลักในการสื่อสารสุขภาพ ถ่ายทอดความรู้ และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

4.การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวัง การติดตาม และการดำเนินกิจกรรมร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน

5.การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน การบริหารจัดการทรัพยากร และการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบทั้ง 5 ด้านมีความเชื่อมโยงกับปัญหาที่พบจากการศึกษาระยะที่ 1 กล่าวคือ ความรู้ของประชาชนที่ยังไม่เพียงพอไปสู่การพัฒนากิจกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงนำไปสู่กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ยังไม่ต่อเนื่องไปสู่การพัฒนากลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและชุมชน



ภาพที่ 2 รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม KRISANA Model แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน และกระบวนการดำเนินงานตามวงจร PAOR

สรุปผลระยะที่ 2 รูปแบบ KRISANA Model ที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชนในชุมชน ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ได้จริง โดยมีความเหมาะสมกับบริบทของตำบลกฤษณา อีกทั้งมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม และติดตาม สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมชุมชน

ภายหลังจากนำรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในพื้นที่ตำบลกฤษณาเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยประเมินผลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 164 คน โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานในด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของประชาชน

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ภายหลังจากดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47.56 ระดับปานกลางร้อยละ 40.24 และระดับต่ำลดลงเหลือร้อยละ 12.20 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หลังการพัฒนารูปแบบ

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 16.01 – 20.00)	78	47.56
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 12.01 – 16.00)	66	40.24
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0 – 12.00)	20	12.20
รวม	164	100.00

ด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ภายหลังจากดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.20 รองลงมา

คือ ระดับมาก ร้อยละ 29.27 และระดับปานกลาง ร้อยละ 8.53 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันโรค หลังการพัฒนารูปแบบ

ระดับทัศนคติ	ช่วงคะแนน เฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมากที่สุด	4.21 – 5.00	102	62.20
ระดับมาก	3.41 – 4.20	48	29.27
ระดับปานกลาง	2.61 – 3.40	14	8.53
ระดับน้อย	1.81 – 2.60	0	0.00
ระดับน้อยที่สุด	1.00 – 1.80	0	0.00
รวม		164	100.00

ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ภายหลังจากดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.12 รองลงมาคือระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.46 และระดับปานกลาง ร้อยละ 13.41 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการพัฒนารูปแบบ

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนน เฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมากที่สุด	4.21 – 5.00	68	41.46
ระดับมาก	3.41 – 4.20	74	45.12
ระดับปานกลาง	2.61 – 3.40	22	13.41
ระดับน้อย	1.81 – 2.60	0	0.00
ระดับน้อยที่สุด	1.00 – 1.80	0	0.00
รวม		164	100.00

ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมทุกด้านหลังดำเนินโครงการสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านการร่วมวางแผนมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด (Mean Diff = 0.85) รองลงมาคือด้านการร่วมแก้ไขปัญหา (Mean Diff = 0.70) และด้านการร่วมคิดและการร่วมพัฒนา (Mean Diff = 0.68) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังดำเนินโครงการ

ด้านการมีส่วนร่วม	ก่อนการ พัฒนา รูปแบบ $\bar{X}$	SD	หลังการ พัฒนา รูปแบบ $\bar{X}$	SD	Mean Diff	t	df	p-value
การร่วมคิด	3.13	1.06	3.81	1.13	+0.68	9.84	163	< .001
การร่วมวางแผน	3.01	1.12	3.86	1.12	+0.85	11.72	163	< .001
การร่วมปฏิบัติ	3.25	1.07	3.78	1.12	+0.53	8.21	163	< .001
การร่วมพัฒนา	3.04	1.11	3.72	1.15	+0.68	9.35	163	< .001
การร่วมแก้ไขปัญหา	3.05	1.12	3.75	1.14	+0.70	9.92	163	< .001
การร่วมรับประโยชน์	3.47	1.00	3.79	1.15	+0.32	5.64	163	< .001
รวมภาพรวม (30 ข้อ)	3.16	1.08	3.79	1.13	+0.63	10.88	163	< .001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินรูปแบบสูงกว่าก่อนดำเนินรูปแบบทุกตัวแปร ได้แก่ ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 0.56 เป็น 0.82 ทศนคติเพิ่มขึ้นจาก 4.10 เป็น 4.48

พฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 3.32 เป็น 4.12 และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 3.16 เป็น 3.79 โดยทุกตัวแปรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 8

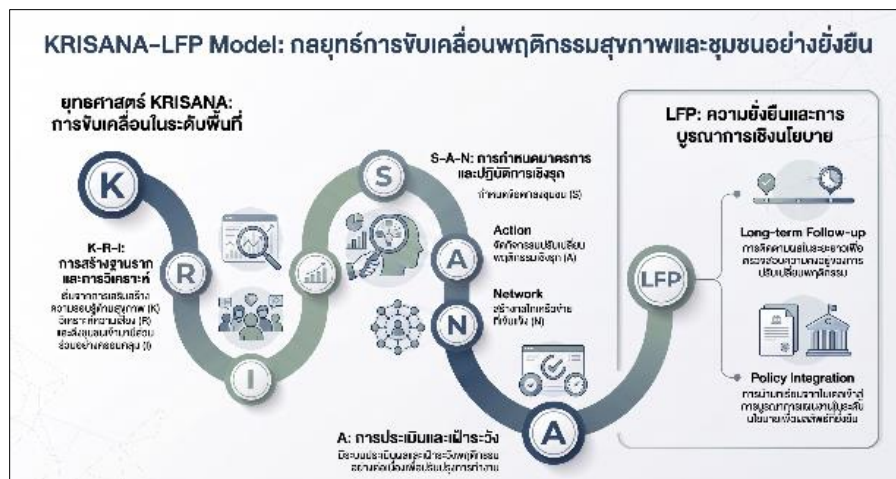
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา รูปแบบ $\bar{X}$	SD	หลังการพัฒนา รูปแบบ $\bar{X}$	SD	Mean Diff	t	df	p-value
ความรู้ (20 ข้อ)	0.56	0.48	0.82	0.32	0.26	9.184	163	< .001
ทัศนคติ (15 ข้อ)	4.10	0.93	4.48	0.57	0.38	6.742	163	< .001
พฤติกรรม (15 ข้อ)	3.32	1.14	4.12	0.68	0.80	11.563	163	< .001
การมีส่วนร่วมโดยรวม (30 ข้อ)	3.16	1.08	3.79	1.13	0.63	9.772	163	< .001

การวิจัยระยะที่ 4 การศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ การสะท้อนผล และสรุปบทเรียน

ผลการวิจัยระยะที่ 4 ได้จากการสะท้อนผลและถอดบทเรียนร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับตำบล บุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยงรวมจำนวน 30 คน เพื่อสังเคราะห์ผลการดำเนินงานปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ ผลการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

นำไปสู่การพัฒนา KRSANA-LFP Model (Krisana Participatory Model for Liver Fluke Prevention) ซึ่งเป็นรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 8 ด้าน ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวิเคราะห์บริบทและพฤติกรรมเสี่ยง การมีส่วนร่วมของชุมชน มาตรการทางสังคม กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างเครือข่าย การประเมินผลและเฝ้าระวังโรค และการติดตามระยะยาวร่วมกับการบูรณาการเชิงนโยบาย ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 KRISANA-LFP Model

KRISANA-LFP Model: Krisana Participatory Model for Liver Fluke Prevention ซึ่งพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุก โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 8 ด้าน ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge & Health Literacy Enhancement: K) 2) การวิเคราะห์บริบทและพฤติกรรมเสี่ยง (Risk Context Analysis: R) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างครอบคลุม (Inclusive Community Participation: I) 4) มาตรการทางสังคมและข้อตกลงของชุมชน (Social Measures & Community Agreement: S) 5) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงรุก (Active Behavior Change Activities: A) 6) การเสริมสร้างเครือข่ายและกลไกการทำงาน (Network Strengthening: N) 7) การประเมินผลและระบบเฝ้าระวัง (Assessment & Surveillance: A) และ 8) การติดตามระยะยาวและการบูรณาการเชิงนโยบาย (Long-term Follow-up & Policy Integration: LFP)

ผลการถอดบทเรียน พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบประกอบด้วย 7 ประการ ได้แก่

- 1.การดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน
- 2.การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

3.การพัฒนาความรู้ควบคู่กับมาตรการทางสังคมของชุมชน

4.บทบาทเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน

5.การใช้ข้อมูลปัญหาจริงของพื้นที่เป็นฐานในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม

6.การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข

การติดตามประเมินผลและการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การถอดบทเรียนยังสะท้อนให้เห็นว่า ภายหลังจากดำเนินงาน ชุมชนมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเกิดต้นแบบการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลกฤษณา

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลกฤษณา อำเภوخุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

1. บริบทของพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของตำบลกฤษณาไม่ได้เกิดจากการขาดความรู้เพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับวิถีชีวิต วัฒนธรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ และบรรทัดฐานของชุมชน ทำให้ประชาชนบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง แม้ว่าจะรับรู้ถึงอันตรายของโรคแล้วก็ตาม ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ หากไม่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ

ผลการศึกษา สอดคล้องกับงานของ Sripa และคณะ (2011) และ Kaewpittoon และคณะ (2012) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรากฐานจากวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของชุมชน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้ช่วยขยายองค์ความรู้เพิ่มเติมว่า แม้ประชาชนจะมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค แต่หากขาดกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน และมาตรการทางสังคม พฤติกรรมเสี่ยงยังคงเกิดขึ้นได้ ดังนั้น การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงจำเป็นต้องจัดการทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนควบคู่กัน

2. KRISANA-LFP Model มีประสิทธิผลเพราะพัฒนาจากปัญหาจริงของพื้นที่และกระบวนการมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยสามารถพัฒนา KRISANA-LFP Model ซึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชนผ่านกระบวนการ PAOR ทำให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และได้รับการยอมรับจากภาคีเครือข่าย จุดเด่นของรูปแบบไม่ได้อยู่ที่จำนวนองค์ประกอบ แต่คือการบูรณาการการพัฒนาความรู้ มาตรการทางสังคม ระบบเฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไว้ในรูปแบบเดียว ทำให้การป้องกันโรคไม่ได้หยุดอยู่เพียงการรณรงค์หรือการให้สุขศึกษา แต่พัฒนาเป็นกลไกการดำเนินงานของชุมชน

ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับแนวคิด Action Research ของ Kemmis และ McTaggart ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนเกิดขึ้นเมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วม

สะท้อนผล งานวิจัยนี้ยังแตกต่างจากงานของ Suwannatrai และคณะ (2013) ซึ่งมุ่งเน้นกิจกรรมสุขศึกษาและการมีส่วนร่วมระดับชุมชนเป็นหลัก เนื่องจาก KRISANA-LFP Model ได้เพิ่มมาตรการทางสังคม ระบบเฝ้าระวังโรค และการเชื่อมโยงบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน ทำให้รูปแบบมีลักษณะเป็น “ระบบการป้องกันโรคโดยชุมชน” มากกว่าชุดกิจกรรมสุขศึกษา

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วม

ผลการประเมิน พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกด้าน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมิได้เกิดจากการให้สุขศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตามผล และสะท้อนผลร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหา ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติและการสะท้อนผลมากกว่าการถ่ายทอดความรู้แบบทางเดียว

ในด้านความรู้และทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิด Health Literacy ของ Nutbeam (2000) ซึ่งเสนอว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการได้รับข้อมูลเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม การที่ประชาชนได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงของพื้นที่

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกำหนดแนวทางป้องกันโรค ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ทัศนคติและพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคดีขึ้นควบคู่กัน ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาของ Stripa และคณะ (2011) และ Kaewpitoon และคณะ (2012) ที่รายงานว่าการพัฒนาความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงสามารถส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาดังกล่าว เนื่องจากไม่ได้มุ่งเน้นการให้ความรู้หรือการณรงค์เพียงอย่างเดียว แต่ใช้กระบวนการ PAOR เป็นกลไกสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนมีบทบาทเป็นผู้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมดำเนินงาน ซึ่งช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

นอกจากนี้ คณะกรรมการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบสามารถเสริมสร้างความร่วมมือของประชาชนและภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1980) ที่อธิบายว่าการพัฒนาชุมชนจะเกิดความยั่งยืนเมื่อประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผล ทั้งนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลัดดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงษ์ใหญ่ (2561) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้ได้ขยายองค์ความรู้เพิ่มเติม โดยแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการการมีส่วนร่วมของประชาชนเข้ากับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนทำให้เกิดระบบการดำเนินงานที่สามารถขับเคลื่อนการป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืนมากกว่าการดำเนินกิจกรรมสุขภาพในรูปแบบเดิม

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญของความสำเร็จ

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการร่วมวางแผนและร่วมแก้ไขปัญหา สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนไม่ได้เป็นเพียงผู้รับบริการ แต่เป็นผู้ร่วมออกแบบและขับเคลื่อนการดำเนินงาน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1980) ที่อธิบายว่าการพัฒนาชุมชนจะเกิดความยั่งยืนเมื่อประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมตัดสินใจร่วมดำเนินงาน ร่วมรับประโยชน์ และร่วมประเมินผล ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานของฉัตรลัดดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงษ์ใหญ่ (2561) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้ขยายองค์ความรู้เพิ่มเติม โดยแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมไม่ได้จำกัดเฉพาะประชาชนเท่านั้น แต่เชื่อมโยงกับ อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสาธารณสุข จนเกิดเครือข่ายการดำเนินงานที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ

5. คุณค่าใหม่ของ KRISANA-LFP Model

คุณค่าใหม่ของงานวิจัยครั้งนี้คือการพัฒนาแบบการจัดการปัญหาโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ มาตรการทางสังคม ระบบเฝ้าระวังโรค และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเข้าด้วยกัน แตกต่างจากแนวทางเดิมที่เน้นการรณรงค์หรือการให้สุศึกษาเป็นช่วงเวลา KRISANA-LFP Model มุ่งสร้างกลไกการดำเนินงานที่ชุมชนสามารถขับเคลื่อนได้ด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลจริงของพื้นที่เป็นฐานในการวางแผน ติดตาม และปรับปรุงการดำเนินงานผ่านวงจร PAOR ส่งผลให้เกิดระบบป้องกันโรคที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และมีศักยภาพต่อความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่ พบว่า KRISANA-LFP Model สามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรค

และการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน

2.เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความเป็นเจ้าของของชุมชน

3.จากผลการวิจัยที่ พบว่า การพัฒนาความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค ควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สื่อและวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

4.ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการมาตรการทางสังคม ร่วมกับ ระบบเฝ้าระวังในชุมชน ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ชุมชนควรพัฒนาข้อตกลงร่วมและระบบติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการดำรงพฤติกรรมป้องกันโรคหลังสิ้นสุดโครงการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาประสิทธิผลของ KRISANA-LFP Model ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสามารถในการประยุกต์ใช้ของรูปแบบในพื้นที่อื่น

2.ควรศึกษาดูตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ด้านการป้องกันโรคหลังสิ้นสุดการดำเนินงาน

3.ควรดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของ KRISANA-LFP Model เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคแบบปกติ

4.ควรศึกษาปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมที่มีผลต่อการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรมและมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

1.การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลกฤษณา ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิต ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นควรพิจารณาความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ร่วมด้วย

2.การประเมินผลใช้แบบสอบถามที่ผู้ตอบประเมินตนเอง จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการตอบตามความจำหรือความคาดหวังทางสังคม

3.การวิจัยใช้กระบวนการ PAOR เพียง 1 วงรอบ และมีระยะเวลาดำเนินการค่อนข้างจำกัด จึงอาจยังไม่สะท้อนความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะยาว

4.การศึกษาครั้งนี้มุ่งประเมินผลด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมเป็นหลัก จึงยังไม่สามารถสรุปผลกระทบต่ออัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรืออัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในระดับประชากรได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2559). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559–2568. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคติดต่อทั่วไป. (2566). รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค.
- กองสุกศึกษา. (2566). คู่มือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทิมา มาตชายเคน, และกรกมลธรรษ ดารุณิกร. (2566). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 12(3), 78–92.
- จุน หน่อแก้ว, นาฏนภา หีบแก้ว, และคณะ. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุกศึกษา, 45(2), 101–112.
- ฉัตรลัดดา ดีพร้อม, และนิวัฒน์ วงษ์ใหญ่. (2561). การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ตำบลทองธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน, 36(2), 45–53.
- ณัด ธุระพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลตูมใต้ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี, 1(2), 55–69.
- ธนากร วรรณพร, ยุติ สารพันธ์, และสุนิศา แสงจันทร์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านชัยถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 16–30.
- วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารควบคุมโรค, 45(3), 213–224.
- หทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสุรีย์ จันทโรมณี. (2564). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดบึงกาฬ. วารสารควบคุมโรค, 47(ฉบับเพิ่มเติม 1), 848–858.
- อภิชาติ ภัทรธรรม. (2557). โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(4), 641–649.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2567. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย. (2567). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Berlin: Springer.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. *World Development*, 8(3), 213–235.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
- Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S. J., Pengsaa, P., & Sripa, B. (2008). *Opisthorchis viverrini: The carcinogenic human liver fluke*. *World Journal of Gastroenterology*, 14(5), 666–674.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies*. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the Health Belief Model*. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Sripa, B., Kaewkes, S., Sithithaworn, P., Mairiang, E., Laha, T., Smout, M., Pairojkul, C., Bhudhisawasdi, V., Tesana, S., Thinkhamrop, B., Bethony, J. M., & Loukas, A. (2011). *Liver fluke induces cholangiocarcinoma*. *PLoS Medicine*, 8(7), e1001116.
- Sithithaworn, P., Andrews, R. H., Nguyen, V. D., Wongsaroj, T., Sinuon, M., Odermatt, P., Nawa, Y., Liang, S., & Sripa, B. (2022). *The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong Basin*. *Parasitology International*, 89, 102593.
- Suwannatrai, A., Suwannatrai, K., Thinkhamrop, B., & Kaewkes, S. (2013). *Community participation and behavioral modification for liver fluke prevention in Northeast Thailand*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(7), 4301–4306.
- World Health Organization. (2016). *Control of foodborne trematode infections*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A framework for monitoring and evaluating progress of the road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A rationale for continued investment in tackling neglected tropical diseases 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Neglected tropical diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Health promotion*. Geneva: World Health Organization.