

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

Development of a prevention model for liver fluke disease with the participation of
the community, Thap Yai Subdistrict, Rattanakburi District Surin Province.

(Received: April 27,2026 ; Revised: April 29,2026 ; Accepted: April 30,2026)

ประสพสุข ผจญกล้า¹ สุภัตสร สิมออด¹ ณัฐนรี รุ่งแสง¹

Prasopsook Phajonkla¹ Supassorn Simoot¹ Natnaree Roongsaeng¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และ (2) พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแบบแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจำนวน 15 คน สำหรับการพัฒนาแบบแผน และ (2) ประชาชนจำนวน 148 คน สำหรับทดลองใช้แบบแผน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม กระบวนการ AIC แบบบันทึกการดำเนินงาน และแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนบูรณาการเชิงระบบบนฐานแนวคิดนิเวศสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า (2) การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (3) การขับเคลื่อนสังคมด้วยการมีส่วนร่วม (4) การสร้างวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย และ (5) การบูรณาการเชิงนโยบายและสิ่งแวดล้อม ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ จากการติดตามผลหลังดำเนินการ 6 เดือน โดยการตรวจอุจจาระในประชาชนจำนวน 350 คน ไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: พยาธิใบไม้ตับ, การใช้มีส่วนร่วมของชุมชน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study employed a Participatory Action Research (PAR) approach based on the PAOR cycle proposed by Kemmis and McTaggart. The objectives were to: (1) investigate the problem situation, risk behaviors, and factors associated with *Opisthorchis viverrini* infection; and (2) develop and evaluate the effectiveness of a community-based prevention model in Thap Yai Subdistrict, Rattanakburi District, Surin Province. The study sample consisted of: (1) 15 community stakeholders involved in model development, and (2) 148 community members who participated in the implementation phase. Research instruments included focus group discussion guidelines, the AIC (Appreciation–Influence–Control) process, implementation record forms, and structured interviews assessing health literacy, awareness, and preventive behaviors. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the developed model was a comprehensive, system-based approach grounded in the ecological health concept and community participation. It comprised five key components: (1) targeted active screening, (2) enhancement of health literacy, (3) community engagement and social mobilization, (4) promotion of safe food consumption culture, and (5) integration of policy and environmental management. After implementation, participants showed statistically significant

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

improvements in health literacy, health awareness, and preventive behaviors ($p < 0.001$). Furthermore, a 6-month follow-up stool examination among 350 individuals revealed no evidence of liver fluke infection.

Keywords: Opisthorchiasis, Community participation, Health literacy, Health behavior, Participatory action research

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับจากการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* (OV) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งถือเป็นพื้นที่เฉพาะถิ่น (Endemic area) ปัจจุบันสำคัญที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรค ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่สืบทอดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ประกอบกับการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรชีวิตของพยาธิ และการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การติดเชื้อยังคงพบอย่างต่อเนื่องในชุมชน^(1, 2) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นมะเร็งที่มีอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้ OV เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์กลุ่มที่ 1 (Group 1 carcinogen)⁽³⁾ และการศึกษาทางระบาดวิทยาระดับนานาชาติพบว่าผู้ที่ติดเชื้อ OV มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อประมาณ 4.4 เท่า⁽⁴⁾ สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหา แม้จะมีแนวโน้มลดลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2552 พบความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 8.7 และสูงถึงร้อยละ 18.6 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁵⁾ และข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2557–2562 พบว่าความชุกลดลงจากร้อยละ 5.1 เหลือร้อยละ 2.2 อย่างไรก็ตาม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีความชุกสูงที่สุด⁽⁶⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มคนไทยเชื้อสายเขมรที่พบว่ายังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงจากการบริโภคอาหารพื้นถิ่น เช่น ปลาจ่อม หรือปลาน้อยดิบ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญคืออัตราการติดเชื้อซ้ำ (Re-infection rate) ที่ยังพบสูงถึงร้อยละ 5.3 ภายหลังการรักษาด้วยยาเพียง 1 ปี สะท้อนว่าการ

รักษาด้วยยาไม่สามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุของพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน⁽⁸⁾ เพื่อลดภาระโรคดังกล่าว ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (พ.ศ. 2566–2570) โดยมีเป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อในคนและปลาให้ต่ำกว่าร้อยละ 1^(6, 9)

อย่างไรก็ตาม ในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการคัดกรอง โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ พบความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2559–2560 และ พ.ศ. 2566 โดยพบความชุกจากการตรวจด้วยวิธี Modified Kato-Katz เท่ากับร้อยละ 24.95, 10.90, 1.64, 1.36 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี พบว่าความชุกของการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2566 และมีบางหมู่บ้านที่มีความชุกสูงมาก (5–70%) ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างของปัญหาในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็น "จุดระบาดเฉพาะจุด" (Hotspot) ที่ต้องการรูปแบบการจัดการที่จำเพาะต่อบริบท⁽¹¹⁾ ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้การระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับพื้นที่ คือ พฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนดิบและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยให้สัตว์เลี้ยงรับประทานเศษปลาดิบซึ่งเป็นการรักษาตัวกลางของโรคในชุมชน ผนวกกับความเชื่อที่ขาดข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ว่าการใช้ความเปรี้ยวจากมะนาวหรือแอลกอฮอล์สามารถกำจัดตัวอ่อนพยาธิได้^(2, 12) ด้วยเหตุนี้ การแก้ไขปัญหาลงไปผ่านสู่การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่มุ่งเน้นการดึงเอาศักยภาพของคนในชุมชนมาเป็นฐานในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง⁽¹³⁾ ผลการศึกษาเชิงประจักษ์ในหลายพื้นที่ยืนยันว่า การสร้างกติกาชุมชน เพื่อ

ควบคุมจุดเสี่ยงร่วมกับการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านกลไกโรงเรียนและพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

แม้ว่าที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่จะมีการดำเนินงานควบคุมโรคตามแนวทางนโยบายอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดสำคัญในการลดอัตราความชุกของการติดเชื้อให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากรูปแบบการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นการสั่งการจากบนลงล่าง ที่ขาดความยืดหยุ่นและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตรวมถึงบริบททางวัฒนธรรมการบริโภคที่ฝังรากลึกในพื้นที่^(10, 11) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลทับใหญ่ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากความเข้าใจและฉันทามติของกลุ่มเป้าหมายเอง ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษาครั้งนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังสามารถยกระดับเป็นโมเดลต้นแบบในการบริหารจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

2.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มเป้าหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของ Kemmis & McTaggart 4 ขั้นตอนหรือวงจร PAOR⁽¹³⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3,071 คน จาก 1,414 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิก อบต. 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล 2 คน นักพัฒนาชุมชนจาก อบต.ทับใหญ่ จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 1 คน ตัวแทนสตรี 1 คน ตัวแทนประชาชนที่ตรวจเจอจระเข้พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 คน ครูผู้ดูแลศูนย์เด็ก จำนวน 1 คน และผู้บริหารสถานศึกษา 1 คน

2) กลุ่มทดลองใช้รูปแบบ คำนวณจากการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการจากการวิจัยที่ผ่านมา⁽¹⁸⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 148 คน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ หัวหนา ครัวเรือนหรือสมาชิกในแต่ละครัวเรือนที่มีอายุ ≥ 15 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ ≥ 1 ปี สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ จะต้องไม่มีโรคร่วม

ทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ถอนตัว หรือย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่มจำนวน 10 ข้อ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงของชุมชน ร่วมกับการบันทึกข้อมูล เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล นอกจากนี้ ใช้แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เพื่อร่วมพัฒนารูปแบบและแผนปฏิบัติการในชุมชน ควบคู่กับแบบบันทึกการดำเนินงานและการติดตามผล เพื่อประเมินความก้าวหน้าและการมีส่วนร่วมในแต่ละระยะของวงจร PAOR และแนวทางการจัดเวทีสะท้อนผลและถอดบทเรียนเพื่อสังเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและยั่งยืน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากระบบประเมินความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Literacy and Health Behavior Assessment) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁹⁾ ซึ่งใช้ประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป (8 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาททางสังคม ประวัติการตรวจอุจจาระ ผลการตรวจ และประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ **ส่วนที่ 2** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (8 ข้อ) ประเมินความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรค

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (มีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน และแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (<60%) พอใช้ (60-79%) ดี (80-99%) และดีมาก (100%) **ส่วนที่ 3** ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health Awareness) (8 ข้อ) ประเมินการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวม 8-40 คะแนน และแปลผลเป็น 4 ระดับเช่นเดียวกับส่วนความรู้ด้านสุขภาพ และ **ส่วนที่ 4** พฤติกรรมการป้องกันโรค (11 ข้อ) ประเมินพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร อนามัยส่วนบุคคล และอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติ (ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่เคยปฏิบัติ) โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (มีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงลบ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน และแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (<60%) พอใช้ (60-79%) ดี (80-99%) และดีมาก (100%)

3. คุณภาพของเครื่องมือ

(1) ในการพัฒนาแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมถึงแนวคิดการป้องกันโรค เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด โครงสร้าง และเนื้อหาให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

(2) แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากระบบประเมินความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการพัฒนา

และตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวทอง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568) ในระยะนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากเอกสาร และฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่และโรงพยาบาลรัตนบุรี ร่วมกับการสังเกตและการสัมภาษณ์บุคลากรและประชาชน พร้อมกันนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนเป้าหมาย สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน ประสานงานกับผู้นำท้องถิ่น เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1: ภาคีเครือข่าย) จัดเตรียมทรัพยากรและเครื่องมือวิจัย ตลอดจนสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจบทบาทและกระบวนการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล (มีนาคม – ธันวาคม 2568) ดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบ โดยจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus group) และการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย (กลุ่มตัวอย่างที่ 1) โดยประยุกต์ใช้

กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เพื่อสร้างความตระหนัก วิเคราะห์ปัญหา และร่วมกำหนดมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน จากนั้นจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและควบคุมโรค เพื่อให้รูปแบบมีความเหมาะสม เป็นไปได้ และสอดคล้องกับหลักวิชาการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการพัฒนา รูปแบบ (Model development) ที่สอดคล้องกับบริบทและความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน เช่น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรับปรุงรูปแบบร่วมกับชุมชน พร้อมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์ พัฒนาระบบข้อมูล ระบบติดตาม และระบบประเมินผล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบครอบคลุม 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น และระดับสถานบริการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ 2) โดยมีการติดตาม ให้คำแนะนำ และรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผ่านการสังเกต การบันทึกข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานผ่านเครือข่ายชุมชน เช่น การสื่อสารในกลุ่มไลน์ การรายงานกิจกรรม และการนิเทศติดตามในพื้นที่ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน จากนั้นคืนข้อมูลให้แก่

ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อร่วมกันพิจารณาจุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุง และวางแผนพัฒนารูปแบบในระยะถัดไป รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการขยายผลในชุมชนอื่นอย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย Paired-T test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

เค้าโครงวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.41/2568 วันที่ 14 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. บริบทพื้นที่ สถานการณ์ปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตำบลทับใหญ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่ราบลุ่มริมแม่น้ำมูล มีแหล่งน้ำธรรมชาติ (“กุด”) กระจายทั่วพื้นที่ ส่งเสริมทั้งวิถีเกษตรกรรมและประมงพื้นบ้านของประชากร 6,095 คน (ร้อยละ 90) ซึ่งเฝ้าระวังชีวิตของพยาธิใบไม้ตับผ่านหอยและปลาวงศ์ตะเพียนที่เป็นตัวกลาง แม้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่จะเข้มแข็ง แต่ยังมีเผชิญความท้าทายจากโครงสร้างประชากรวัยทำงานที่มีสัดส่วนสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงสะสม ข้อมูลระบาดวิทยาพบการดำรงอยู่ของโรคอย่างต่อเนื่องร่วมกับการกระจายแบบเฉพาะจุด (endemic persistence with focal amplification) โดยความชุกเพิ่มจากร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2566 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และมีความแตกต่างระดับหมู่บ้านอย่างชัดเจน เช่น บ้านจาน (หมู่ 6) ร้อยละ 40 และหมู่ 9 ร้อยละ 20 สะท้อนข้อจำกัดของมาตรการควบคุมแบบภาพรวม การวิเคราะห์เชิงคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายพบปัจจัยเชิงซ้อน 3 มิติ ได้แก่ (1) พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบในเมนู

วัฒนธรรมและการติดเชื้อ (2) สิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เฝ้าระวังชีวิตพยาธิ รวมถึงการปนเปื้อนไข่พยาธิในแหล่งน้ำ และ (3) ปัจจัยทางสังคมที่การบริโภคปลาดิบเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ขณะที่ระบบสุขภาพยังมีข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว

โดยสรุป ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์เชิงระบบนิเวศของโรค (disease ecology) ระหว่างพฤติกรรมมนุษย์ สิ่งแวดล้อม ตัวเชื้อ และบริบททางสังคมวัฒนธรรม โดยมีช่องว่างระหว่างความรู้กับพฤติกรรมเป็นปัจจัยหลัก ส่งผลให้มาตรการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ และจำเป็นต้องใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยความร่วมมือของชุมชนตำบลทับใหญ่

2.1 ขั้นเตรียมการและการกำหนดทิศทางร่วมกัน ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างกลไกการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยดำเนินการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การคืนข้อมูลสถานการณ์โรค โดยนำเสนอความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2566 ที่ร้อยละ 13 และชี้ให้เห็นจุดระบาดเฉพาะพื้นที่ (Hotspot) เช่น บ้านจาน (หมู่ 6) ร้อยละ 40 เพื่อกระตุ้นการตระหนักรู้และวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึก (2) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ผ่านเวทีฝึกทักษะการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบแก่เครือข่ายทั้งภาคสาธารณสุขและภาคส่วนชุมชน และ (3) การกำหนดผลลัพธ์และกิจกรรมร่วมกันใน 3 ระดับ ครอบคลุมมิติบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ **ระดับที่ 1** ระดับชุมชน มุ่งพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยคัดเลือก “บุคคลต้นแบบ” หมู่บ้านละ 1 คน เพื่อทำหน้าที่สื่อสารโน้มน้าวใจ และใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น

“หมอคนที่ 1” ในการให้ความรู้รายครัวเรือน ควบคู่กับการส่งเสริมการบริโภคอาหารปลอดภัย เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์ “น้ำพริกปลาร้าสุก” และ “ร้านส้มตำต้นแบบ” เพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ **ระดับที่ 2** ระดับท้องถิ่น เป็นการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยผลักดันให้องค์การบริหารส่วนตำบลบรรจุโครงการในแผนพัฒนาท้องถิ่น และสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งพัฒนาระบบจัดการสิ่งปฏิกูล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการสุบส้วม และการวางแผนจัดสร้างบ่อบำบัด เพื่อควบคุมการปนเปื้อนในแหล่งน้ำ **ระดับที่ 3** ระดับเครือข่ายบริการ พัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยใช้การสื่อสารความเสี่ยงร่วมกับการตรวจอุจจาระแบบครอบคลุม และมีระบบติดตามรายบุคคล เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ พร้อมเชื่อมต่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

2.2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2.1 ขึ้นวางแผน (P) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเชิงระบบ และออกแบบแผนงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ภายใต้รูปแบบ “ห้าใหญ่โมเดล” ซึ่งเป็นรูปแบบบูรณาการเชิงนิเวศสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประกอบด้วย 5 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า ดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงสูงโดยใช้ อสม. เข้าถึงครัวเรือน ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยงรายบุคคล และระบบติดตามรายกรณี เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และเชื่อมต่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 2) การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงประจักษ์ เช่น ฐาน “ส่องกล้องดูพยาธิ” และสื่อ Infographic เพื่อให้ประชาชนเชื่อมโยงพฤติกรรมกับความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน 3) การขับเคลื่อนสังคม ด้วยการมีส่วนร่วม โดยบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน พัฒนา “บุคคลต้นแบบ” และ “หมอคนที่ 1” (อสม.) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และ

ส่งเสริมการเรียนรู้ในโรงเรียน 4) การสร้างวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย ส่งเสริมทางเลือกที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เช่น “น้ำพริกปลาร้าสุก” และ “ร้านส้มตำต้นแบบ” เพื่อลดการบริโภคปลาดิบและสร้างบรรทัดฐานใหม่ และ 5) การบูรณาการเชิงนโยบายและสิ่งแวดล้อม โดยบรรจุในแผนพัฒนาตำบล สนับสนุนงบประมาณ และพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น การจัดการสิ่งปฏิกูล เพื่อตัดวงจรชีวิตพยาธิ

2.2.2 ขั้นตอนปฏิบัติการ (A) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้นำแผนงานที่ออกแบบร่วมกันไปสู่การลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ตำบลทับใหญ่ โดยบูรณาการการทำงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทับใหญ่ (กปท.) ครอบคลุม 5 มาตรการหลัก ดังนี้

1) การปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า ดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงรายหมู่บ้าน โดยให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกกับพื้นที่จุดระบาดเฉพาะจุดผ่านกลไก อสม. “หมอคนที่ 1” ที่ลงพื้นที่เคาะประตูบ้านเพื่อเก็บตัวอย่างอุจจาระและสื่อสารความเสี่ยงรายบุคคล พร้อมจัดระบบจัดการรายกรณี เพื่อติดตามผู้ที่ตรวจพบเชื้อให้เข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทล และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ณ โรงพยาบาลรัตนบุรีอย่างเป็นระบบ

2) การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเชิงประจักษ์ จัดตั้งฐานเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ ณ รพ.สต.ทับใหญ่ ในกิจกรรม “ส่องกล้องดูพยาธิ” เพื่อให้ประชาชนได้เห็นตัวอ่อนพยาธิจากตัวอย่างจริง ซึ่งช่วยกระตุ้นความตระหนักและการรับรู้ความเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับการผลิตสื่อ Infographic และการณรงค์ผ่านหอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน โดยเน้นเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนจากความเชื่อเดิมที่ผิดไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้อง

3) การสร้างการมีส่วนร่วมและผู้นำการเปลี่ยนแปลง พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายทุกภาค

ส่วน โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชนและแกนนำ อสม. ให้ทำหน้าที่เป็น "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" (Change Agents) ในหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังบูรณาการความร่วมมือกับสถานศึกษา เช่น โรงเรียนบ้านทับโพธิ์วิทยา ในการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนและบรรจุเนื้อหาโรคพยาธิใบไม้ตับเข้าสู่การเรียนการสอนวิชาสุขศึกษา โดยมีครูแกนนำเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่วัยเยาว์

4) การขับเคลื่อนวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย ดำเนินการสร้างทางเลือกใหม่ในการบริโภคที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม โดยสนับสนุนกลุ่มสตรีในชุมชนผลิต “น้ำพริกปลาร้าผัดสุก” เพื่อทดแทนการกินปลาร้าดิบ พร้อมทั้งดำเนินกิจกรรม “ร้านนี้ส้มตำปลาร้าสุก” โดยมีการประเมินและมอบป้ายรับรองร้านส้มตำต้นแบบในพื้นที่ เพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ในการเลือกบริโภคอาหารที่ปรุงสุกและปลอดภัย

5) การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและนโยบายสาธารณะ องค์การบริหารส่วนตำบลทับใหญ่ดำเนินการสำรวจและจัดทำทะเบียนผู้ประกอบการสุบ่สิ่งปฏิกูลในพื้นที่เพื่อเข้าสู่ระบบควบคุมสุขาภิบาล พร้อมทั้งเริ่มดำเนินการตามแผนการจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายของไข่พยาธิลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางกายภาพอย่างยั่งยืน

2.2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (O) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) การกำกับ

ติดตามเชิงกระบวนการ ติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมอย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ “ตำบลต้นแบบ OV ทับใหญ่” เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและนิเทศการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น วัด ตลาด และเวทีชุมชน ผลการติดตามพบว่าทุกมาตรการดำเนินการได้ตามแผน โดยกิจกรรม “ส่องกล้องดูพยาธิ” และ “ร้านส้มตำต้นแบบ” ได้รับความสนใจจากประชาชนอย่างมาก และมีผู้ประกอบการสุบ่สิ่งปฏิกูลเพิ่มขึ้นทะเบียนแล้ว 2 ราย และ 2) การประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ ประเมินในกลุ่มตัวอย่าง 148 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 50–59 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพรับจ้างทั่วไป ผลการดำเนินงานพบว่ากลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการตรวจอุจจาระร้อยละ 50.68 และตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 4.05 โดยผู้ติดเชื้อทุกรายได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่องครบถ้วน นอกจากนี้ การขยายผลคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง 350 คน ไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มเติม (พบเพียงพยาธิปากขอ 5 ราย) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม การเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ: ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในมิติต่าง ๆ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนี้ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.80 คะแนน (95% CI: 6.53 – 7.07) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.92 คะแนน (95% CI: 5.67 – 6.16) พฤติกรรมการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.75 คะแนน (95% CI: 4.35 – 5.15) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปรที่ประเมิน	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	27.72	3.49	5.92	5.67 – 6.16	0.001
หลังดำเนินการ	33.64	3.61			
ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ					
ก่อนดำเนินการ	29.21	3.44	6.80	6.53 – 7.07	<0.001
หลังดำเนินการ	36.01	3.22			
พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ					
ก่อนดำเนินการ	48.07	4.98	4.75	4.35 – 5.15	<0.001
หลังดำเนินการ	52.83	3.73			

2.2.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (R) ภายหลังการดำเนินงาน ผู้วิจัยจัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและข้อจำกัด พบว่า ความสำเร็จของ “ทัพใหญ่โมเดล” เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง การเสริมพลัง อสม. เป็น “หมอคนที่ 1” และการใช้บุคคลต้นแบบ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับครัวเรือนอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะกิจกรรม “ส่องกล้องดูพยาธิ” ที่ช่วยกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังพบพฤติกรรมการบริโภคดิบในบางกลุ่ม โดยเฉพาะวัยทำงานและแรงงานย้ายถิ่น รวมถึงความครอบคลุมการคัดกรองที่ยังต้องเพิ่ม แนวทางพัฒนาต่อเน้น 2 มิติ ได้แก่ (1) การยกระดับเป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชนปลอดพยาธิ ควบคุมการสร้างรายได้จากอาหารปลอดภัย และ (2) การเร่งพัฒนาระบบสิ่งแวดล้อม เช่น บ่อบำบัดและระบบบำบัดน้ำเสีย สิ่งปลูกสรุได้ว่า “ความเป็นเจ้าของร่วม” ของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการควบคุมโรคในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ การศึกษาในระยะแรกสะท้อนว่า ปัญหาในตำบลทับใหญ่มี

ลักษณะเป็น “ระบบนิเวศของโรค” ที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะในพื้นที่ Hotspot ซึ่งสอดคล้องกับ Wongsaroj et al.⁽⁵⁾ ที่ระบุว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงเป็นแหล่งระบาดสำคัญของประเทศเนื่องจากมีแหล่งน้ำธรรมชาติที่เอื้อต่อวงจรชีวิตพยาธิ นอกจากนี้ พฤติกรรมบริโภคปลาดิบที่ฝังรากลึกยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของปริวัฒน์ กอสุระ และคณะ⁽⁷⁾ ที่ว่าวิถีวัฒนธรรมและชาติพันธุ์เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งลำพังเพียงการให้ความรู้ นั้นไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับ สุริยนต์ หล้าคำ⁽²⁰⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) และทัศนคติที่คลาดเคลื่อนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำตามข้ออธิบายของ เกษร แถวโนนจัว⁽⁸⁾ กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคผ่านวงจร PAOR การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในตำบลทับใหญ่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้ ขั้นวางแผน (P) และปฏิบัติ (A) การที่ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายร่วมกันออกแบบ 5 มาตรการหลัก ได้แก่ การปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุกแบบมุ่งเป้า การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเชิงประจักษ์ การสร้างการมีส่วนร่วมและผู้นำการเปลี่ยนแปลง การขับเคลื่อนวัฒนธรรมอาหารปลอดภัย และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและ

นโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (ToP) สอดคล้องกับแนวทางของ วรกร วิชัยโย⁽²⁾ ที่ระบุว่าการดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนช่วยให้แผนงานสอดคล้องกับบริบทจริงและเกิดความยั่งยืน ขึ้นสังเกตการณ์ ผลการติดตามพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ความตระหนักรู้ (HBM) และพฤติกรรม (HB) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อภิปรายได้ว่าการใช้สื่อเชิงประจักษ์ เช่น ฐานเรียนรู้สองกล่องดูพยาธิ ช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรมได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้จากการเห็นของจริงช่วยยกระดับทักษะการตัดสินใจในชุมชนได้ดีกว่าการสอนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว ขึ้นสะท้อนผล (R) การถอดบทเรียนร่วมกับชุมชนนำไปสู่การกำหนด "มาตรการชุมชน" เช่น ร้านส้มตำปลอดภัย และกลุ่มน้ำพริกปลาร้าผัดสุก ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบของ วชรินทร์ นาทุ่งหมื่น⁽¹²⁾ ที่เน้นการสร้างข้อตกลงร่วมกันเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับฐานราก ด้านประสิทธิผลของรูปแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ มีปัจจัยสำคัญจากการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในฐานะ "หมอคนที่ 1" และการใช้ "บุคคลต้นแบบ" เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(15, 17) ที่เน้นย้ำว่าบุคลากรเหล่านี้มีอิทธิพลทางสังคมสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานการบริโภคในระดับครัวเรือน ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากการประเมินหลังเสร็จสิ้นวงจรปฏิบัติการ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ "ทับใหญ่

โมเดล" แตกต่างจากการดำเนินงานทั่วไปคือการจัดการสิ่งแวดล้อมและนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการที่ อบต.ทับใหญ่ บรรจุโครงการจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลไว้ในแผนพัฒนาตำบล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ เกษร แถวโนนจิว⁽⁸⁾ ที่ว่าการแก้ไขปัญหายาธิปไตยไม่จำเป็นต้องจัดการที่ "ต้นน้ำ" คือการจัดการสิ่งปฏิกูลควบคู่ไปกับพฤติกรรม อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดของ สุริยนต์ หล้าคำ⁽²⁰⁾ เรื่องบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และท้องถิ่นในการขับเคลื่อนมาตรการทางสังคมและกฎหมาย การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ สอดคล้องกับข้อสรุปของ อดิษฐ์ ธุระพันธ์⁽¹⁸⁾ และ ณัฐกร แสงสินวล⁽¹⁶⁾ ว่าความร่วมมือจากทุกภาคส่วนคือกลไกหลักที่นำไปสู่ "นิเวศวัฒนธรรมสุขภาพใหม่" ที่จะป้องกันการกลับมาแพร่ระบาดซ้ำได้อย่างถาวร

ข้อเสนอแนะ

1. ควรดำเนินการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความชุกสูงอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับระบบติดตามรายกรณี เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อได้รวดเร็ว ลดการติดเชื้อซ้ำ และเชื่อมต่อการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ
2. ควรใช้กระบวนการสื่อสารสุขภาพที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทชุมชน เช่น ฐานเรียนรู้ สื่อภาพ และการสื่อสารผ่านผู้นำชุมชน/อสม. ควบคู่กับการสร้างทางเลือกอาหารปลอดภัย (เช่น อาหารปรุงสุก/ร้านต้นแบบ) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างยั่งยืนและสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. เสนาะศักดิ์ เขตจอหอ, สมัย ลาประวัตติ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองสาธิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1):100-14.
2. วรกร วิชัยโย. รูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลลัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
3. International Agency for Research on Cancer. Biological Agents. IARC Monographs on the Evaluation of

- Carcinogenic Risks to Humans, No. 100B. Lyon (FR): IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; 2012.
4. Sripa B, Kaewkes S, Sithithaworn P, Mairiang E, Laha T, Smout M, et al. Liver fluke induces cholangiocarcinoma. *PLoS Med.* 2007;4(7):e201.
 5. Wongsaroj T, Nithikathkul C, Rojkitikul W, Nakai W, Royal L, Rammasut P. National survey of helminthiasis in Thailand. *J Asian Biomedicine.* 2014;8(6):779-83.
 6. กรมควบคุมโรค. แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (2566-2570). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
 7. ปรีวัฒน์ กอสุระ, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรภร เจริญบุตร, พุทธิไกร ประมวล. พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ: การประเมินสถานการณ์ตามบริบทชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.* 2563;9(1):133-41.
 8. เกษร แถวโนนจิว, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชุตไธสง, วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล. อุบัติการณ์ และการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข.* 2559;25(3):370-9.
 9. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แนวทางทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็น พระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในทศวรรษ 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหา พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
 10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สรุปผลการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. สุรินทร์: งาน ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2566.
 11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่. ผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจาก โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับใหญ่ สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี; 2566.
 12. วชิรพร นาทุ่งหมื่น. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตามัว อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
 13. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The Sage handbook of qualitative research.* 3rd ed. Washington DC: Sage Publications Ltd; 2005.
 14. Patchasuwan NH, Banchonhattakit P, Rattanapitoon NK, Nilnate N, Srithumsuk W, Heebkaew S, et al. Development of a School-Based Health Literacy Model for Liver Fluke Prevention and Control Using Participatory Action Research. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP.* 2022;23(4):1177-83.
 15. กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุมัทนา กลางคาร, สมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2564;7(4):87-100.
 16. ณัฐกร แซงสินวล, กิตติภูมิ ภิญโย. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลลูกดก วัง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ ประสงค์.* 2565;6(3):32-43.
 17. มนัสนันท์ ลิ้มปัทยากุล, นรินดา ไชยพาน, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานีสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสรีน ศุกลปักษ์. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ บริษัทแดนเนกซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2558.
 18. ถนัด ฐระพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตูมใต้ อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2566 [cited 2566. เข้าถึงได้จาก : <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=Mjlx>.

19. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
20. สุริยนต์ หล้าคำ, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, ธวัชชัย เต็มใจ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรารักษ์ภู จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(1):516-30.