

## การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กลไกของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ชาญชัย เจริญสุข, สม.\*<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์สูงสุดในโลก ในอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ การคัดกรองประชาชน 5,250 ราย ระหว่างปี พ.ศ.2560-2568 พบความชุกร้อยละ 10.1 สูงกว่าเกณฑ์กว่า 2 เท่า ขณะที่การดำเนินงานเดิมยังเป็นการรณรงค์เฉพาะกิจของหน่วยงานเดียว ขาดการบูรณาการเชิงโครงสร้าง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบผสมผสานวิธีนี้จึงพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ ใช้รูปแบบวัดผลก่อน-หลังในกลุ่มเดียว ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ คณะกรรมการ พชอ. และคณะทำงาน 61 คน ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ส่วนผู้ติดเชื้อ 43 คน ให้ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม (ความเชื่อมั่น 0.71 และ 0.73) วิเคราะห์ด้วย paired t-test, Cohen's d การวิเคราะห์เนื้อหา และการตรวจสอบสามเส้า

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นบูรณาการ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรณรงค์ในชุมชน การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล และมาตรฐานร้านอาหาร คะแนนความรู้เพิ่มจาก 13.67 เป็น 17.41 (95% CI: 3.05, 4.43; Cohen's d = 1.67) โดย  $p < 0.001$  และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มจาก 2.18 เป็น 2.61 (95% CI: 0.37, 0.49; Cohen's d = 2.06) และ  $p < 0.001$  ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก ความครอบคลุมการคัดกรองในพื้นที่เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า (จาก 418 เป็น 1,040 ราย) มีการก่อสร้างสถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลเพิ่ม 3 แห่ง และประเด็นการกำจัดสิ่งปฏิกูลถูกบรรจุในแผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ.2569

กลไก พชอ. ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างประเด็นสุขภาพกับแผนพัฒนาจังหวัดและงบประมาณท้องถิ่น เปลี่ยนการรณรงค์ครั้งคราวให้เป็นนโยบายระดับอำเภอที่มีโครงสร้างและทรัพยากรรองรับ ภายใต้กรอบ EcoHealth/One Health ที่ตัดวงจรการแพร่เชื้อทั้งห่วงโซ่ไปพร้อมกัน รูปแบบนี้สามารถประยุกต์ใช้กับปัญหาสุขภาพอื่นที่ต้องการความร่วมมือหลายภาคส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** พยาธิใบไม้ในตับ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การมีส่วนร่วม

\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

<sup>1</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชาญชัย เจริญสุข, E-mail: chanchan.charoenfarm@gmail.com

## **Developing an operational model for the prevention and control of liver fluke disease using the mechanism of the District Quality of Life Development Committee in Kaset Somboon District, Chaiyaphum Province.**

Chanchai Charoensuk, M.P.H.<sup>\*1</sup>

### **Abstract**

Opisthorchiasis drives cholangiocarcinoma in Northeast Thailand, the region with peak global incidence of this cancer. In Kaset Somboon, Chaiyaphum, 10.1% of 5,250 residents screened during 2017–2025 carried liver fluke eggs-twice the national threshold-yet prior responses were fragmented single-sector campaigns. This mixed-methods action research developed an integrated control model through the District Quality of Life Development Committee (DHB) mechanism and evaluated knowledge and behavior change in infected residents (one-group pre-test/post-test, October 2025–February 2026). Sixty-one DHB and working-group members provided qualitative data via focus groups, interviews, and observation; 43 infected residents completed validated questionnaires (reliability 0.71 and 0.73). Analyses used paired t-test, Cohen’s d, content analysis, and triangulation.

The model integrated five strategies: screening, Health Belief Model-based behavior change, community campaigns, sanitary waste management, and restaurant food-safety standards. Knowledge scores rose from 13.67 to 17.41 (95% CI: 3.05, 4.43;  $p < 0.001$ ; Cohen’s  $d = 1.67$ ) and behavior from 2.18 to 2.61 (95% CI: 0.37, 0.49;  $p < 0.001$ ; Cohen’s  $d = 2.06$ ) both very large effects. Screening coverage rose 2.5-fold (418 to 1,040), three sanitary waste-disposal facilities were built, and waste management was embedded into the 2026 Chaiyaphum Provincial Development Plan.

The DHB mechanism bridged health priorities with provincial planning and local budgets, converting sporadic campaigns into structurally supported district policy. Within an EcoHealth/One Health framework, the model disrupts the entire transmission chain and is transferable to other complex problems requiring multi-sector action.

**Keywords :** Liver fluke disease, District Quality of Life Development Committee, Participation.

---

\* Public Health Officer Professional Lever, Kaset Somboon District Public Health Office

<sup>1</sup>Corresponding author: Chanchai Charoensuk, E-mail: [chanchan.charoenfarm@gmail.com](mailto:chanchan.charoenfarm@gmail.com)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) ซึ่งเกิดจากพยาธิ *Opisthorchis viverrini* ที่ติดต่อสูคน โดยการบริโภคปลาน้ำจืดที่กินดิบหรือปรุงไม่สุก เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห้เมตาดาต้า พบว่าความชุกของการติดเชื้อในประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 18.2 (95%CI: 13.9, 22.5) เป็นรองเพียงสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว<sup>(1)</sup> โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังเป็นพื้นที่ระบาดหลักและเป็นภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก แม้แนวโน้มอัตราป่วยปรับตามอายุช่วงปี พ.ศ. 2555–2564 จะลดลงแต่การะโรคยังคงสูง<sup>(2)</sup> ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในวงกว้าง

ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นวาระแห่งชาติ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (พ.ศ. 2559-2568) ซึ่งใช้ยุทธศาสตร์การป้องกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ร่วมกับการคัดกรองและดูแลรักษาอย่างครบวงจร<sup>(3)</sup> ควบคู่กับการบูรณาการแนวคิด EcoHealth/One Health ตามต้นแบบ Lawa Model ที่มุ่งตัดวงจรการแพร่เชื้อในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน<sup>(4)</sup> สำหรับระดับพื้นที่ มี

การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นเวทีบูรณาการภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน<sup>(5)</sup>

อย่างไรก็ตาม ช่องว่างของการดำเนินงานที่ผ่านมาก็คือกิจกรรมส่วนใหญ่ยังเป็นการรณรงค์เฉพาะกิจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการกำหนดมาตรการร่วม การบูรณาการงบประมาณ และการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ทำให้การลดความชุกของโรคยังไม่ยั่งยืน<sup>(6)</sup> อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นพื้นที่ระบาดซึ่งจากการตรวจคัดกรองประชาชน 5,250 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2568 พบไข้พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 10.1 สูงกว่าเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคกว่า 2 เท่า และการสำรวจโฮสต์กึ่งกลางยังพบตัวอ่อนระยะติดต่อในปลาน้ำจืดที่กินดิบร้อยละ 23.0 สะท้อนว่าวงจรการแพร่เชื้อในพื้นที่ยังดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นฐานในการขับเคลื่อนนโยบายระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วม เพื่อลดความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและป้องกันการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในระยะยาว

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเกษตรสมบูรณ์
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) ที่บูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน โดยใช้การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (One-group pre-test/post-test design) เพื่อประเมินผลการใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามวัตถุประสงค์การวิจัย

กลุ่มแรกคือคณะกรรมการ พชอ. อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จำนวน 21 คน ร่วมกับคณะทำงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอีก 40 คน รวม 61 คน ใช้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิเคราะห์สถานการณ์และร่วมพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ส่วนกลุ่มที่สองคือประชาชนในพื้นที่อำเภอเกษตรสมบูรณ์ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 43 คน ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลของรูปแบบต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ระหว่างการประชุมและการจัดกิจกรรมในพื้นที่

### วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. และคณะทำงาน ดำเนินการวิจัยตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นการวางแผน

(Planning) โดยคณะกรรมการ พชอ. และผู้แทนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ร่วมประชุม วิเคราะห์สถานการณ์ของโรคและกำหนดมาตรการร่วม จากนั้นเข้าสู่ขั้นการปฏิบัติ (Action) ซึ่งเป็นการถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับอำเภอและตำบล โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการดำเนินกิจกรรมตามแผน ในขั้นการสังเกต (Observation) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ กิจกรรม และผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน รวมถึงข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้คิดเชื่อ เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสู่ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งเป็นการประชุมประเมินผลร่วมกัน วิเคราะห์ผลสำเร็จตามเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรคที่พบ และแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

#### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว และประวัติการตรวจรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกัน และการรักษา (ลักษณะคำถามถูก/ผิด) และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ

ส่วนเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยแบบสังเกตการณ์การประชุมและกิจกรรม โครงสร้างการสนทนากลุ่มที่ครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก คือ วิถีชีวิตและความเชื่อ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการกินปลาดิบ แนวทางการป้องกันโรคในพื้นที่ และความต้องการ

การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ครอบคลุมปัจจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในตำบลโนนกกอก ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.71 และ 0.73 ตามลำดับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบใช้สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และเสริมการตีความผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณให้ครอบคลุมและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

## ผลการวิจัย

### สถานการณ์และบริบทของปัญหา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ( $n = 43$ ) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.8 อายุเฉลี่ย 53.9 ปี (S.D. = 9.8) ประกอบอาชีพเกษตรกรมร้อยละ 79.1 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.2 และมีประวัติการบริโภคปลาดิบเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด ร้อยละ 93.0 รองลงมาคือการบริโภคปลามีเกล็ดสดๆ ดิบๆ ร้อยละ 62.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคณะกรรมการ พชอ. คณะทำงาน และกลุ่มผู้ติดเชื้อ สะท้อนประเด็นสำคัญ 3 ประการที่เป็นรากเหง้าของปัญหา ประการแรก การบริโภคปลาดิบเป็นวิถีวัฒนธรรมที่สืบทอดระหว่างรุ่น โดยผู้ใหญ่ในครอบครัวและชุมชนเป็นแบบอย่างการบริโภค ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งว่า

"ตอนเด็กผู้ใหญ่จะหลอกว่ากินของดิบจะเป็นซาง เป็นเป้า เด็ดจะกลัว พอโตมาก็จะเลิกกลัว ก็จะกล้ากินตามแบบผู้ใหญ่"

ประการที่สอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นพยาธิทั่วไปที่สามารถซื้อยาถ่ายพยาธิรับประทานเองได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า

"ถ้ารู้สึกว่ามีพยาธิจะไปซื้อยาถ่ายพยาธิมากิน ร้านค้าในหมู่บ้านก็มีขาย"

และประการที่สาม การขาดความตระหนักถึงมะเร็งท่อน้ำดี โดยคนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคนี้อ และเข้าใจผิดว่าผู้ที่เสียชีวิตจากโรคท่อน้ำดีเป็นมะเร็งตับจากการดื่มสุรา บริบททั้งสามประการชี้ว่าการแก้ปัญหาต้องอาศัยการปรับความเชื่อในระดับครอบครัว การยกระดับความรู้ และการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนกัน ซึ่งเกินขีดความสามารถของหน่วยงานสาธารณสุขเพียงลำพัง

### รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นผ่านกลไก พชอ.

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้น ตอน (Plan-Act-Observe-Reflect) คณะกรรมการ พชอ. เกษตรสมบูรณ์ ร่วมกับคณะทำงานจากทุกภาคส่วน ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่บูรณาการ 5 ยุทธศาสตร์เข้าด้วยกัน ได้แก่ 1) การตรวจคัดกรองและส่งตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 2) การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) 3) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ไม่กินปลาดิบในชุมชนเชิงรุก 4) การจัดทำสถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขาภิบาล และ 5) โครงการ "ร้านอาหารสะอาดปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ" โดยมีคณะกรรมการ พชอ. เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนนโยบาย กำกับติดตาม และสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงใน Figure 1

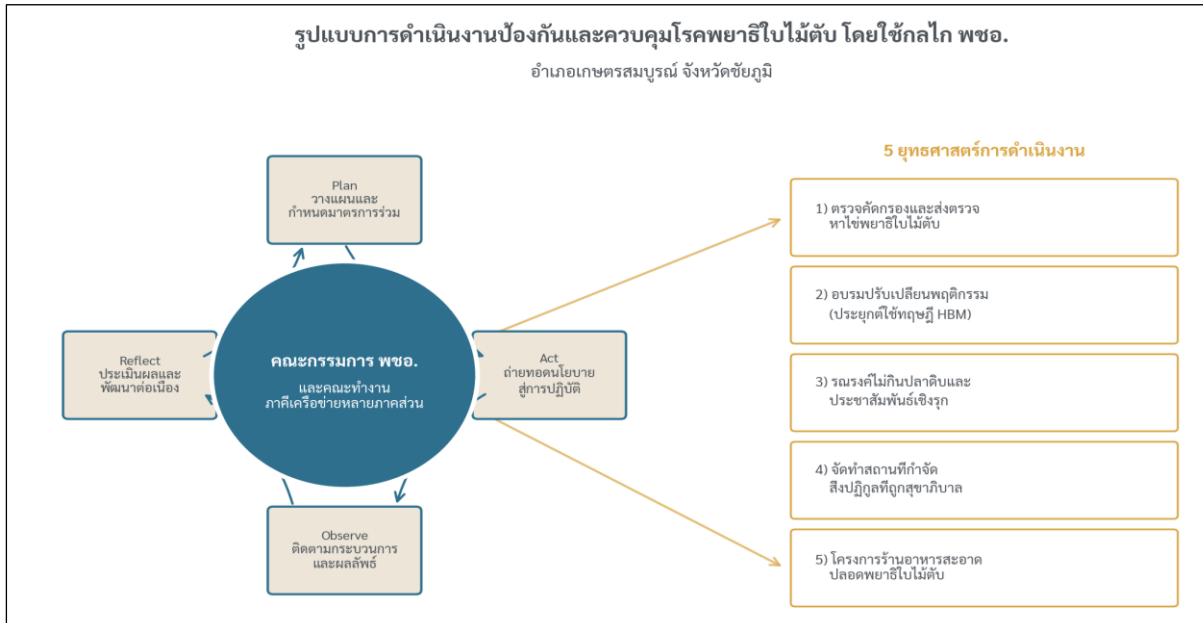


Figure 1: An operational model developed from the action research process

### ผลลัพธ์เชิงกระบวนการในพื้นที่

ภายหลังจากนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ พบการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการที่ชัดเจน 3 ประการ ประการแรก ประเด็นการกำจัดสิ่งปฏิกูลได้ถูกบรรจุในแผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2569 ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเชื่อมโยงลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ประการที่สอง มีการก่อสร้างสถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐานเพิ่มอีก 3 แห่ง โดย

ใช้วิธีหมักในถังปิดอย่างน้อย 28 วันก่อนปล่อยลงลานทรายกรอง ตากตะกอนให้แห้ง เพื่อทำลายไข่พยาธิและเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และประการที่สาม ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่น โดยจำนวนผู้รับการตรวจในปี พ.ศ. 2569 เท่ากับ 1,040 คน เพิ่มขึ้น 2.5 เท่าจากปี พ.ศ. 2568 ที่มีผู้รับการตรวจเพียง 418 คน สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งขึ้นและความตื่นตัวของประชาชนในการเข้าถึงบริการ ดังแสดงใน Figure 2

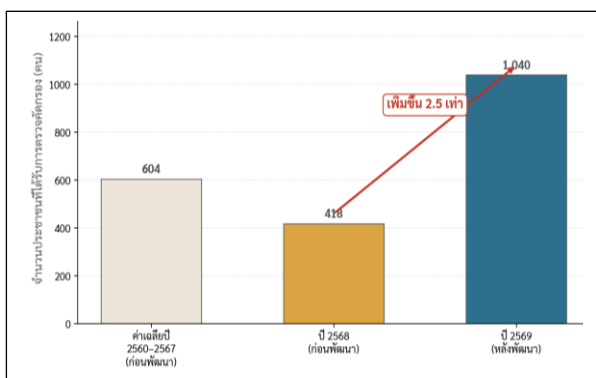


Figure 2: Liver fluke screening coverage before and after model development

### ผลของรูปแบบต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มผู้ติดเชื้อ

การประเมินผลต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ 43 คน ก่อนและหลังการอบรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทั้งด้านความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ด้านความรู้ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 13.67 เป็น 17.41 (ผลต่าง

3.74 คะแนน; 95% CI: 3.05, 4.43;  $p < 0.001$ ) ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ Cohen's  $d = 1.67$  ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงมาก (very large effect) เช่นเดียวกับด้านพฤติกรรม ที่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.18 เป็น 2.61 (ผลต่าง 0.43 คะแนน; 95% CI: 0.37, 0.49;  $p < 0.001$ ; Cohen's  $d = 2.06$ ) โดยขนาดอิทธิพลของด้านพฤติกรรมยิ่งสูงกว่าด้านความรู้ ดังแสดงใน Table 1

**Table 1:** Comparison of mean scores for knowledge and preventive behaviors regarding liver fluke infection, before and after model development (n = 43)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา M (S.D.)	หลังพัฒนา M (S.D.)	ผลต่าง	95% CI	t	p-value	Cohen's d
ความรู้ในการป้องกันโรค	13.67 (0.28)	17.41 (0.26)	<b>3.74</b>	3.05, 4.43	10.92	<b>&lt; 0.001</b>	<b>1.67</b>
พฤติกรรมการป้องกันโรค	2.18 (0.03)	2.61 (0.04)	<b>0.43</b>	0.37, 0.49	13.49	<b>&lt; 0.001</b>	<b>2.06</b>

**Note:** M = Mean; S.D. = Standard Deviation; 95% CI = 95% Confidence Interval for the mean difference; Cohen's d level:  $> 0.8$  = Large effect size,  $> 1.2$  = Very large effect size.

เมื่อพิจารณาการกระจายของระดับความรู้และพฤติกรรม พบว่าก่อนการพัฒนาแบบ มีผู้ที่มีความรู้ระดับมากเพียงร้อยละ 11.6 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.7 ส่วนพฤติกรรมระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 20.9 เป็นร้อยละ 74.4 และจุดเด่นที่น่าสนใจคือ ไม่มีผู้ที่มีพฤติกรรมระดับไม่ดีเหลืออยู่เลย (ลดจากร้อยละ

9.3 ก่อนการพัฒนา เป็นร้อยละ 0 หลังการพัฒนา) ผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในทุกระดับสะท้อนว่าการอบรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี HBM ผสมผสานกับการขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านกลไก พชอ. สามารถยกระดับทั้งความรู้และพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง ดังแสดงใน Figure 3

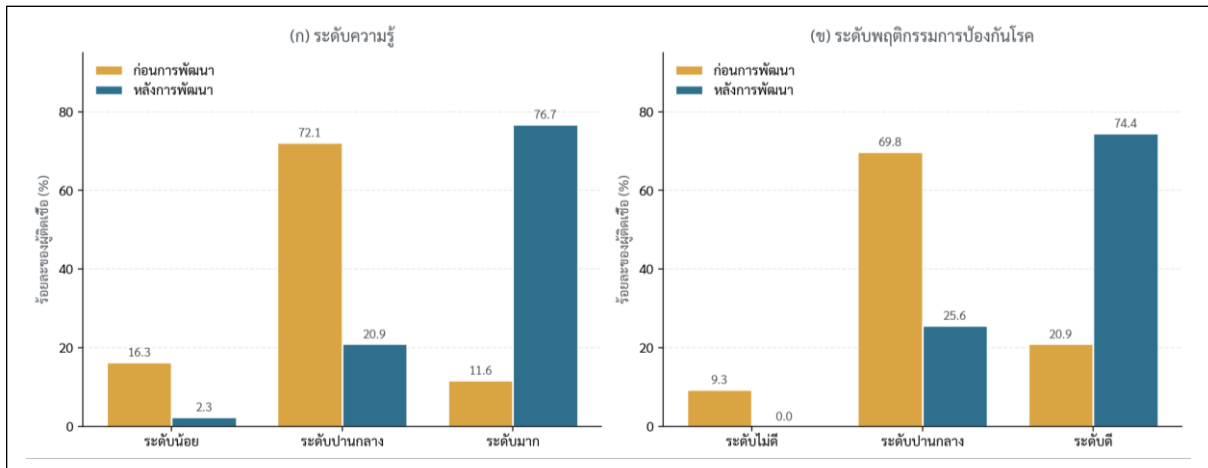


Figure 3: Changes in knowledge levels and preventive behaviors among the infected group

### การเชื่อมโยงระหว่างผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังการพัฒนา รูปแบบ ยืนยันและช่วยอธิบายการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณได้อย่างสอดคล้อง กลุ่มผู้ติดเชื่อสะท้อนว่ากิจกรรมอบรมทำให้เห็นวงจรชีวิตพยาธิและความเชื่อมโยงสู่มะเร็งท่อน้ำดีชัดเจนขึ้น จึงนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และพฤติกรรมในตารางที่ 1 ขณะเดียวกัน กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลการกำจัดสิ่งปฏิกูล ผู้นำชุมชนและ อสม. ที่เฝ้าระวังการทิ้งสิ่งปฏิกูลในไร่อ้อย และร้านอาหารที่ปรับมาใช้ปลาไร่ต้มสุก ทำให้การแก้ปัญหาเกิดขึ้นครบทั้งห่วงโซ่การแพร่เชื้อ ซึ่งช่วยอธิบายการเพิ่มขึ้นของความครอบคลุมการตรวจคัดกรองในภาพที่ 2 ได้อย่างมีเหตุผล อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างคือกลุ่มผู้ที่บริโภคน้ำปลาดิบเป็นประจำและผู้ที่ทำปลาตากินสดในแหล่งน้ำธรรมชาติ

ยังคงปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

"คนที่กินปลาดิบประจำจะไม่อยากตรวจ บอกว่ากินมาตั้งนานแล้วไม่เห็นเป็นอะไร"

ข้อจำกัดดังกล่าวชี้ว่าการยกระดับผลลัพธ์ในระยะถัดไป จำเป็นต้องออกแบบมาตรการเจาะจงเฉพาะกลุ่ม (targeted intervention) ควบคู่กับการสร้างกระแสสังคมและการใช้เด็กนักเรียนเป็นสื่อกลางไปสู่ครอบครัว ตามที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคมีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

### อภิปรายและสรุปผล

ผลการศึกษานี้ ยืนยันว่ารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เกษตรสมบูรณ์ มีประสิทธิผลในทุกระดับของผลลัพธ์ ทั้งในระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับโครงสร้างเชิงนโยบาย โดยมีจุดเด่นสำคัญ 3

ประการที่ทำให้รูปแบบนี้แตกต่างจากการรณรงค์เฉพาะกิจของหน่วยงานสาธารณสุขแบบเดิมได้แก่

### ขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (very large effect size) ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผลการประเมิน พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 13.67 เป็น 17.41 (Cohen's  $d = 1.67$ ) และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 2.18 เป็น 2.61 (Cohen's  $d = 2.06$ ) ซึ่งทั้งสองค่าเป็นขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (very large effect,  $d > 1.2$ ) ตามเกณฑ์ที่ใช้ประเมินผลโปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพ ที่น่าสังเกตคือผลของพฤติกรรมมีขนาดอิทธิพลสูงกว่าผลของความรู้ สะท้อนว่าการอบรมไม่ได้เพียงสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงปัญญา แต่สามารถเชื่อมโยงสู่การปรับเปลี่ยนการกระทำในชีวิตจริงได้อย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อพิจารณาการกระจายของระดับ พบว่าสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.6 เป็นร้อยละ 76.7 และพฤติกรรมระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 20.9 เป็นร้อยละ 74.4 โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับไม่ดีหายไปทั้งหมด (ลดจากร้อยละ 9.3 เป็นร้อยละ 0) ลักษณะการเลื่อนขึ้นของกลุ่มต่ำสุดและการเพิ่มขึ้นของกลุ่มสูงสุดอย่างพร้อมเพรียงนี้สะท้อนว่าโปรแกรมเข้าถึงผู้ติดเชื้อได้ครบทุกระดับ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐรัชิตาและคณะ ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันด้วย Cohen's  $d = 1.34$  และเพิ่มอัตราการมาตรวจคัดกรองเป็นร้อยละ 92.6<sup>(7)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของทวีเลิศ

และคณะ ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปจังหวัดหนองบัวลำภู ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>(8)</sup> ผลที่สอดคล้องกันนี้ยืนยันว่าการประยุกต์ใช้ Health Belief Model โดยเน้นการสร้างการรับรู้ความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมการกินปลาดิบ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี เป็นกลไกหลักที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เด่นชัด

### การฝังประเด็นการกำจัดสิ่งปฏิกูลลงในแผนพัฒนาจังหวัดที่มีงบประมาณรองรับอย่างเป็นระบบ

สิ่งที่ทำให้รูปแบบของการศึกษานี้แตกต่างและมีคุณค่าเชิงนโยบาย คือการขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. ที่ส่งผลให้ประเด็นการกำจัดสิ่งปฏิกูลถูกบรรจุเข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2569 ซึ่งเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ปัญหาเชิงโครงสร้างได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเป็นระบบผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และนำไปสู่การก่อสร้างสถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลเพิ่มอีก 3 แห่ง โดยใช้วิธีหมักในถังปิดอย่างน้อย 28 วัน ก่อนปล่อยลงลานทรายกรองและตากตะกอนให้แห้งตามมาตรฐานการจัดการสิ่งปฏิกูลของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(9)</sup> ซึ่งสามารถทำลายไข่พยาธิและตัดวงจรการแพร่เชื้อในระดับสิ่งแวดล้อม ผลลัพธ์ในลักษณะนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ใน

อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า การขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. ทำให้เกิดการกำหนดนโยบายและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของภาคีเครือข่าย พร้อมการสนับสนุนทรัพยากรและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง<sup>(10)</sup> และสอดคล้องกับการวิเคราะห์ของกานต์ชัชพิสิฐและศิริวิไลซ์ ที่ชี้ว่า กลไก พชอ. มีศักยภาพในการแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน หากสามารถสร้างความเป็นเจ้าของร่วม และการกำหนดวาระร่วมของหลายภาคส่วนได้<sup>(5)</sup> จุดขายสำคัญของรูปแบบนี้คือ พชอ. มิได้ทำหน้าที่เพียงเป็นเวทีการประชุม แต่ทำหน้าที่เป็น “ตัวเชื่อม” ระหว่างประเด็นสุขภาพกับแผนพัฒนาจังหวัดและงบประมาณท้องถิ่น เปลี่ยนการแก้ปัญหาที่เคยเป็นกิจกรรมรณรงค์ครั้งคราวของหน่วยงานสาธารณสุข ให้กลายเป็นนโยบายระดับอำเภอที่มีงบประมาณและโครงสร้างพื้นฐานรองรับ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของความยั่งยืนการทำงานข้ามภาคส่วนเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อทั้งห่วงโซ่

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการ 5 ยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมห่วงโซ่การแพร่เชื้อทั้งระบบ ได้แก่ การคัดกรองและสังตรวจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม HBM การรณรงค์ในชุมชน การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล และมาตรฐานร้านอาหารปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะของรูปแบบนี้สอดคล้องกับแนวคิด EcoHealth/One Health ตามต้นแบบ Lawa Model ที่มุ่งตัดวงจรการแพร่เชื้อในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกัน<sup>(4)</sup> และผลเชิงคุณภาพหลังการพัฒนาแบบยังพบว่าผู้นำชุมชนและ อสม. เข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวังการทิ้งสิ่ง

ปฏิกูลในไร้อ้อย และร้านอาหารปรับมาใช้ปลาร้าต้มสุก สะท้อนว่าการแก้ไขเกิดขึ้นทั้งในระดับพฤติกรรมบุคคลและในระดับสิ่งแวดล้อมพร้อมกัน ความครอบคลุมการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นจาก 418 คน ในปี พ.ศ. 2568 เป็น 1,040 คน ในปี พ.ศ. 2569 (เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า) เป็นเครื่องชี้วัดเชิงรูปธรรมของความตื่นตัวของประชาชนและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ ในตำบลชัยสิทธิ์ อำเภอเมืองชัยภูมิ ที่ใช้กลยุทธ์ “5 ห่วง โซ่ป้องกันโรค” เชื่อมโยงท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา และสาธารณสุข ในการป้องกันโรคไข้หูดับ ซึ่งยืนยันว่ากลยุทธ์เชิงบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแบบอย่างที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคระดับชุมชน<sup>(11)</sup>

### ข้อจำกัดของการศึกษา

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังพบช่องว่างสำคัญที่ต้องพัฒนาต่อ คือกลุ่มผู้บริโภคปลาดิบเป็นประจำและกลุ่มที่หาปลากินสดในแหล่งน้ำธรรมชาติ ยังคงปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรอง สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับการอบรมไม่อาจสรุปขยายผลไปสู่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ถูกระบุตัวได้โดยตรง การรับรู้ที่ว่า “กินมาตั้งนานแล้วไม่เห็นเป็นอะไร” สะท้อนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ยังต่ำในกลุ่มเสี่ยงดั้งเดิม จึงเป็นโจทย์ที่ต้องการมาตรการเจาะจงเฉพาะกลุ่ม (targeted intervention) ที่ลึกกว่ากิจกรรมรณรงค์ทั่วไป รวมถึงการใช้เด็กนักเรียนเป็นสื่อกลางสะท้อนความรู้กลับสู่ครอบครัว เพื่อตัดวงจรสืบทอดวัฒนธรรมการกินปลาดิบระหว่างรุ่น ซึ่งผลการศึกษาเชิง

คุณภาพในการศึกษานี้และของกัลยาณีและคณะ  
ในประชาชนจังหวัดชัยภูมิ ยืนยันตรงกันว่าเป็น  
ปัจจัยทางวัฒนธรรมที่ฝังลึกและเป็นรากเหง้าของ  
ปัญหา<sup>(6)</sup>

ข้อจำกัดของการศึกษาประการสำคัญ คือ  
เป็นการประเมินผลแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง  
(one-group pre-test/post-test) จึงยังไม่สามารถ  
สรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลได้อย่าง  
สมบูรณ์เท่ากับการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ  
นอกจากนี้ระยะเวลาติดตามผลค่อนข้างสั้น (4  
เดือน) จึงยังไม่สามารถยืนยันความยั่งยืนของการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว และยังไม่  
สามารถประเมินผลลัพธ์ปลายทาง คือ การลด  
อุบัติการณ์ของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี  
ในพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาติดตาม  
ระยะยาวต่อไป

### สรุปผล

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน  
และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กลไกของ  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  
(พชอ.) อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ มี  
ประสิทธิผลในระดับสูงมากต่อการเพิ่มความรู้อ  
และพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มผู้ติดเชื้อ  
(Cohen's d เท่ากับ 1.67 และ 2.06 ตามลำดับ)  
พร้อมขยายความครอบคลุมการตรวจคัดกรองใน  
พื้นที่เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และสร้างผลลัพธ์เชิง  
โครงสร้างที่จับต้องได้ คือการบรรจุประเด็นการ  
กำจัดสิ่งปฏิกูลในแผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ การ  
ก่อสร้างสถานที่ยกกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลัก  
สุขาภิบาลเพิ่มอีก 3 แห่ง และการเปลี่ยนแปลง  
ห่วงโซ่การแพร่เชื้อในระดับสิ่งแวดล้อมและ

ร้านอาหารผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่าย  
จุดเด่นที่ทำให้รูปแบบนี้มีคุณค่าและสามารถ  
นำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาสุขภาพอื่นที่ต้องการ  
ความร่วมมือหลายภาคส่วน คือกลไก พชอ. ทำ  
หน้าที่เป็นเครื่องเชื่อมระหว่างประเด็นสุขภาพ  
แผนพัฒนาจังหวัด และงบประมาณท้องถิ่น  
เปลี่ยนการรณรงค์ครั้งคราวให้กลายเป็นนโยบาย  
ที่มีโครงสร้างและทรัพยากรรองรับ ภายใต้กรอบ  
แนวคิด EcoHealth/One Health ที่ตัดวงจรการ  
แพร่เชื้อทั้งห่วงโซ่ไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตาม การ  
ยกระดับผลลัพธ์ในระยะถัดไปยังต้องการ  
มาตรการเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้บริโภคปลาดิบที่ฝัง  
ราก และการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อยืนยัน  
ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงและผลต่อ  
อุบัติการณ์โรคในพื้นที่

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้

1. คณะกรรมการ พชอ. ในพื้นที่ที่ระบาด  
ของโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรใช้รูปแบบ 5  
ยุทธศาสตร์ของการศึกษานี้เป็นต้นแบบ โดยเน้น  
การบรรจุประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูลและการคัด  
กรองโรคไว้ในแผนพัฒนาจังหวัดและท้องถิ่น  
เพื่อให้เกิดงบประมาณและโครงสร้างพื้นฐานที่  
ยั่งยืน มิใช่เพียงกิจกรรมรณรงค์เฉพาะกิจของ  
หน่วยงานสาธารณสุข
2. ควรขยายมาตรการเชิงบังคับใช้  
กฎหมายร่วมกัน ได้แก่ การกำกับดูแลการจัด  
สิ่งปฏิกูลตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข

พ.ศ. 2535 และมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 โดยเฉพาะการกำหนดให้ร้านส้มตำใช้ปลาที่ปรุงสุก เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อในห่วงโซ่อาหารระดับชุมชน

3. ควรพัฒนามาตรการเฉพาะกลุ่ม (targeted intervention) สำหรับกลุ่มผู้บริโภคน้ำดิบเป็นประจำและกลุ่มที่หาปลาในแหล่งน้ำธรรมชาติซึ่งยังปฏิเสธการตรวจคัดกรอง โดยใช้การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก (active case finding) ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยงผ่านบุคคลในครอบครัวและผู้นำที่กลุ่มเสี่ยงให้ความเชื่อถือ เพื่อยกระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. ควรบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในหลักสูตรของโรงเรียนในพื้นที่ระบาด โดยใช้เด็กนักเรียนเป็นสื่อกลางสะท้อนความรู้กลับสู่ครอบครัว เพื่อตัดวงจรการสืบทอดวัฒนธรรมการกินปลาดิบระหว่างรุ่นในระยะยาว

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต**

5. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว 3-5 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประเมินผลต่ออุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ปลายทางที่สำคัญของยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

6. ควรมีการวิจัยเชิงวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ (re-infection) ภายหลังจากการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทล เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันรองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว

7. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ พชอ. กับรูปแบบดั้งเดิมในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (cost-effectiveness analysis) เพื่อสร้างหลักฐานสนับสนุนการขยายผลในระดับเขตสุขภาพและระดับชาติ

### **ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย**

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 65/2569 วันที่รับรอง 22 สิงหาคม 2568

### **เอกสารอ้างอิง**

1. Sota P, Andityas M, Kotepui M, Sripa B. Prevalence estimates of *Opisthorchis viverrini* and *Clonorchis sinensis* infection in the Greater Mekong subregion: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty* 2024;13(1):33. DOI:[10.1186/s40249-024-01201-8](https://doi.org/10.1186/s40249-024-01201-8)

2. Sahat O, Bilheem S, Lim A, Kamsa-Ard S, Suwannatrai AT, Uadrang S, et al. Updated cholangiocarcinoma incidence trends and projections in Thailand by region based on data from four population-based cancer registries. *Lancet Reg Health Southeast Asia* 2025;35:100569. DOI:[10.1016/j.lansea.2025.100569](https://doi.org/10.1016/j.lansea.2025.100569)
3. Khuntikeo N, Titapun A, Loilome W, Yongvanit P, Thinkhamrop B, Chamadol N, et al. Current perspectives on opisthorchiasis control and cholangiocarcinoma detection in Southeast Asia. *Front Med (Lausanne)* 2018;5:117. DOI:[10.3389/fmed.2018.00117](https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00117)
4. Sripa B, Tangkawattana S, Sangnikul T. The Lawa model: a sustainable, integrated opisthorchiasis control program using the EcoHealth approach in the Lawa Lake region of Thailand. *Parasitol Int* 2017;66(4):346-54. DOI:[10.1016/j.parint.2016.11.013](https://doi.org/10.1016/j.parint.2016.11.013)
5. กานต์ซัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ 2564;13(2):275-86. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/253837>
6. กัลยาณี จันธิมา, ชลลดา แนบตู้, วีรพล จันธิมา, ชัชวาล น้อยวังนัง. ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนจังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2568;19(3):1078-88. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/275714>
7. ณัฐฐิธิดา พิมพ์กมลวัตต์, จิรฐา ทนันทชัยบุตร, จันทรา สุวรรณธาร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันและการมาตรวจคัดกรองวันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน. *ชัยภูมิเวชสาร* 2568;45(2):e17199. <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/17199>
8. ทวีเลิศ ชายงาม, ลิขิต เรืองจรัส, ศุมาลิณ ดีจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563;3(2):1-15. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/241398>

9. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการถึง ปฏิบัติอย่างถูกหลักสุขาภิบาลเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561.
10. ปรีชา ปิยะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ.

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2566;21(1):52-68.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/262099>

11. สุภารัตน์ ปราบกะเชนทร์. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หูดับของประชาชน ตำบลซำฮีทอง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2568;45(2):e16794. <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/16794>