



## รายงานวิจัย

การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล

The SES Model, Community Intervention for Liver Fluke

Prevention and Control

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจาก  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าโครงการวิจัยเพียงผู้เดียว



## รายงานวิจัย

การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล

The SES Model, Community Intervention for Liver Fluke  
Prevention and Control

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง สรญา แก้วพิบูลย์

สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน

สำนักวิชาแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ร่วมโครงการ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.ณัฐรุดี แก้วพิบูลย์

2. อาจารย์จุน หน่อแก้ว

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ผลงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าโครงการวิจัยแต่เพียงผู้เดียว

## บทคัดย่อ

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวินิจฉัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quazi-experimental research) โดยทำการศึกษาทดลองในชุมชน (community trial) เพื่อพัฒนากระบวนการศึกษาผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ การสร้างพลังและการขับเคลื่อนทางสังคม ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุ 18- 60 ปีและในเขตตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้จากการสุ่มแบบ simple random sampling จากพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 5 อันดับ จำนวน 80 คน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านในกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ กิจกรรมเชสโมเดล แบบสัมภาษณ์การจัดระบบ การสร้างพลังและการขับเคลื่อนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตน การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการวัดผลการทดลองเป็น 5 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ t-test และ One-way repeated measure ANOVA ผลการทดลอง พบว่า การจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ การสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งภายหลังการทดลองกับกลุ่มแกนนำที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการ เชส โมเดล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) คือ ในชุมชนได้มีการจัดระบบที่ดี ( $p$ -value 0.001, 95% CI: 0.10-0.19) ประชาชนในชุมชนมีการสร้างเสริมพลังอำนาจมีส่วนร่วมในการดำเนินแก้ไขปัญหาด้วยกันในทุกภาคส่วน ( $p$ -value 0.001, 95% CI: 0.71-2.09) โดยขับเคลื่อนนโยบายที่ได้จากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ( $p$ -value  $< 0.001$ , 95% CI: 0.71-1.4) ทำให้การติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการ เชสโมเดล นั้นลดลง แต่ในทางตรงกันข้ามยังมีกลุ่มเปรียบเทียบติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 7.5 รวมไปถึงประชาชนแกนนำได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เจตคติที่ดีและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลองกับกลุ่มแกนนำที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการ เชส โมเดล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) เช่นกัน ซึ่งทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับทำให้สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืนได้

## Abstract

This study was a quasi-experimental research conducted by community tail research to develop a method for studying the effects of the hepatopancreas process in concepts and theories related fields. Social Mobilization and Empowerment is used to create and promote System approach to the policy for prevention and protection of Liver Fluke in the Bua Yai district, Nakhon Ratchasima called SES Model. The population of this study focused on 18-60 years old in Khun Thong subdistrict, Bua Yai district, Nakhon Ratchasima. The simple random sampling from top 5 areas that have the high prevalence in Liver Fluke is 80 people. The samples are selected 40 people in the experimental group and another 40 people from the comparison group. The tools used in this study to collect the data including SES Model activity, interview in Social Mobilization Empowerment and System Approach and questionnaire in Attitude and Practice on Prevention and Protection of Liver Fluke. The experimental was separated into 5 phases: pre-phase first-month second-month third-month and final-phase after 12 weeks. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test and one-way repeated measure ANOVA. The results showed that the SES Model is prevented and protected. The process model was significantly higher than before ( $p < 0.01$ ), the  $p$ -value 0.001, 95% CI: 0.10-0.19. Meant the community are empowered to participate in problem-solving in all sectors ( $p$ -value is 0.001, 95% CI: 0.71-2.09), continuing the community-driven policy ( $p$ -value  $< 0.001$ , 95% CI: 0.71-1.4) caused resulted in infection of Liver Fluke in the experimental group. But in contrast to the comparison group infected with Liver Fluke to 7.5%, as well as the leading people got the knowledge, good attitude and best practice. After the experiment, the lead samples were significantly higher ( $p < 0.01$ ) than those before. The importance of SES Model can lead to a sustainable solution for Liver Fluke prevention and protection in the community.

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยการสนับสนุนของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการทำวิจัย ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรามานาง สถานวิจัยสำนักวิชาแพทยศาสตร์ และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งที่ได้เห็นความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณท่านคณบดีและผู้บริหารสำนักวิชาสำนักแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ได้ให้คำปรึกษาและชี้แนะการทำวิจัย และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ บุคลากร นักวิจัยศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือดำเนินโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ และท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณคุณครู อาจารย์ ที่อบรมสั่งสอน และบุคลากรที่ให้การสนับสนุนการศึกษามาโดยตลอด



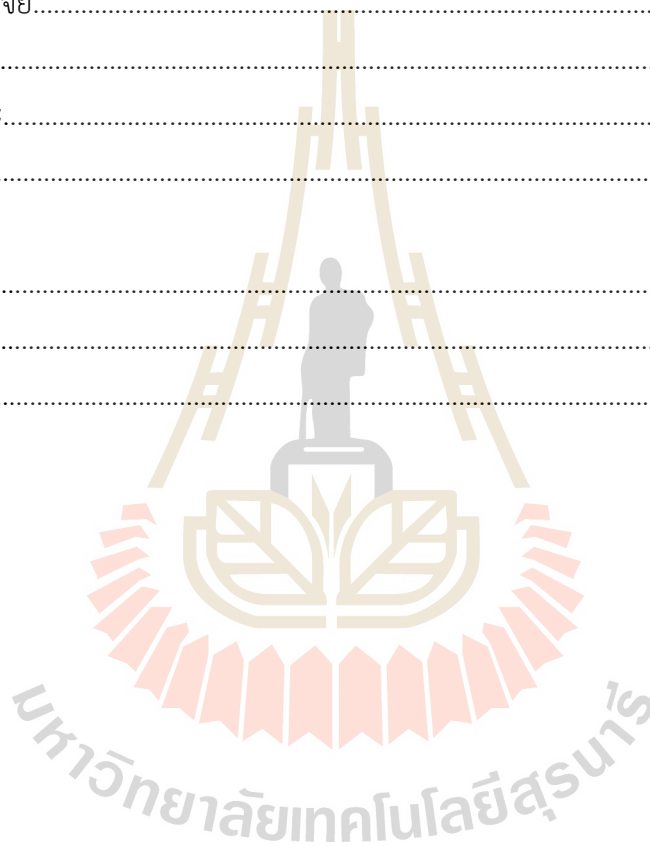
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี.....	5
แนวคิดการเชิงระบบ (System approach).....	7
แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model).....	12
แนวคิดการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization).....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย.....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
แหล่งข้อมูล.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	31
การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	38
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลลักษณะทางประชากร.....	40
ผลการวิเคราะห์การจัดการระบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	43
ผลการวิเคราะห์กระบวนการสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	45

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลวิเคราะห์การสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ...	45
ผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงาน	
ควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	46
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการ	
ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	62
อภิปรายผล .....	69
ข้อเสนอแนะ.....	74
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.....	82
ภาคผนวก ข.....	110
ประวัติผู้วิจัย.....	125



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลัง การจัดโปรแกรมเซส โมเดล.....	41
ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดโปรแกรม.....	43
ตารางที่ 2.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินการ จัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล.....	44
ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและ ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง การจัดโปรแกรมเซส โมเดล.....	45
ตารางที่ 3.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจ ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม เซส โมเดล.....	46
ตารางที่ 4.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการขับเคลื่อนทางสังคมและ นโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล.....	47
ตารางที่ 4.2 ผลการประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะใน การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง การจัดโปรแกรมเซส โมเดล.....	50
ตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคม และนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล.....	54
ตารางที่ 5.1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อ การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม เซส โมเดล.....	54
ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	56



สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรม เซส โมเดล ภายในกลุ่มทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA.....	57
ตารางที่ 6. 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม เซส โมเดล ระหว่าง กลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA.....	58
ตารางที่ 6.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม SES MODEL ของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA.....	58



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ.....	6
ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย.....	27
ภาพที่ 4.1 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ย เซส โมเดล (SES MODEL) ก่อนทดลอง (SES ครั้งที่ 1) เดือนที่ 1 (SES ครั้งที่ 2) เดือนที่ 2 (SES ครั้งที่ 3) เดือนที่ 3 (SES ครั้งที่ 4) และหลังการทดลอง (SES ครั้งที่ 5) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	59
ภาพที่ 4.2 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ (KAP) ก่อนทดลอง (KAP ครั้งที่ 1) เดือนที่ 1 (KAP ครั้งที่ 2) เดือนที่ 2 (KAP ครั้งที่ 3) เดือนที่ 3 (KAP ครั้งที่ 4) และหลังการทดลอง (KAP ครั้งที่ 5) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	60



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

การแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการการผสมผสาน ดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์

พยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีรายงานความชุกสูงที่สุดของประเทศไทยโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยที่เป็นปัญหาสำคัญเกิดจากพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* (Sripa และคณะ, 2010) จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขยังพบว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยพบผู้ป่วยประมาณ 28,000 คนต่อปี เสียชีวิตเฉลี่ย 8 คนต่อวัน สาเหตุจากพยาธิใบไม้ตับ มีสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรคสำคัญคือ หอย ปลา สุนัข แมว พบปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดขาวมีพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 60-70 คนกินปลาแบบดิบๆ ทำให้คนป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับปีละ 6 ล้านคน ส่งผลให้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีปีละ 14,000 คน ร้อยละ 90 เสียชีวิตภายใน 1 ปี อัตราการเสียชีวิต 20 ต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้ชายวัยทำงาน อายุ 40 50 60 ปี ซึ่งเป็นกำลังหลักของครอบครัว (กรมควบคุมโรค, 2557) มีการคาดประมาณการว่าทั้งประเทศมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับประมาณ 6 ล้านคน (Jongsuksuntigul, Imsomboon, 2003, Sithithaworn และคณะ 2012) อาหารที่มีการปนเปื้อนของระยะติดต่อ metacercaria ของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ปลาน้ำจืดจัดเป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สองได้แก่ปลาแม่สะเต็ง ปลาตะเพียนทรายปลาสร้อยนกเขา ปลาสูตร ปลากระมัง ซึ่งฝังตัวในรูปของซิสต์ประชาชนนิยมนำมาปรุงหรือทำอาหารเช่นก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ้ำ และ แจ่วบอง ซึ่งเป็นอาหารที่นิยมรับประทานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของไทย (Kaewpitoon, 2010) ผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิชนิดนี้เกิดจากการรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุกหรือสุกๆ ดิบๆ ที่ทำมาจากปลาเกล็ดขาวกลุ่มปลาวงศ์ตะเพียนซึ่งนิยมรับประทานกันมากตามชุมชนชนบททางภาคอีสานและภาคเหนือ (Sadun 1995; Wykoff และคณะ, 1966; Vichasri และคณะ, 1982, Sithithaworn และคณะ, 1997)

ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของมะเร็งตับยังพบอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสอดคล้องกับการระบาดของพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยพบว่าชุมชนที่มีอุบัติการณ์มะเร็งสูงจะมีความ

หนาแน่นของพยาธิสูงกว่าชุมชนที่มีอุบัติการณ์มะเร็งต่ำกว่า (Vatanasaptและคณะ, 1990; Sripaและคณะ, 2008) จากการศึกษาในสัตว์ทดลองและข้อมูลทางการระบาดวิทยาเป็นหลักฐานที่ค่อนข้างชัดเจนแล้วว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Thamavit และคณะ, 1978 ; IARC 1994; Sripaและคณะ, 2007) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตับและท่อน้ำดี 2 ด้านคือมีการทำลายเซลล์เยื่อบุผนังท่อน้ำดีจากนั้นจะมีการสร้างเซลล์เยื่อบุขึ้นมาทดแทนใหม่ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการกระตุ้นจากสารคัดหลั่งจากพยาธิโดยตรงในขณะเดียวกันการติดเชื้อพยาธิทำให้เกิดการอักเสบรอบๆ ท่อน้ำดีเซลล์อักเสบเหล่านี้สามารถสร้างสารเคมีต่างๆ และสามารถทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์ได้โดยตรงหรือเป็นสารตั้งต้นในการสร้างสารก่อมะเร็งสารก่อมะเร็งจะสามารถทำให้เกิด DNA Adduct ในเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีที่กำลังมีการแบ่งเซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมและพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (Sripa และคณะ, 2005)

จากการสำรวจและรายงานสถานการณ์อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในทุก 5 ปี จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคมานเป็นระยะเวลายาวนานมากกว่า 20 ปี แล้วทำไมปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับจึงยังไม่หมดไปเป็นโรคของคนยากจนที่ถูกกละเลย เป็นโรคที่ป้องกันได้ หากได้รับความร่วมมือกันอย่างจริงจัง เป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้เป็นปัจจัยหลักที่ก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการสร้างพลังในแกนนำชุมชนร่วมกับการขับเคลื่อนทางสังคมการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการการผสมผสาน ดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งแนวคิดนี้ผู้วิจัยคิดว่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดนวัตกรรมรูปแบบโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและในประเทศไทยต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์หลักของโครงการวิจัย

1.2.1 เพื่อพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบ การสร้างพลังและการขับเคลื่อนทางสังคม ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2.2 เพื่อศึกษาผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีบูรณาการ เศส โมเดล ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

## 1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้บรรลุความมุ่งหมายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quazi-experimental research) โดยทำการศึกษาทดลองในชุมชน (community trial) ใช้การแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เศส โมเดล โดยเป็นการผสมผสานดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ สรุปรวมเป็นแนวคิดการแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย SES model

1.3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษานี้มุ่งศึกษาในพื้นที่ที่ติดกับบึงสะพานนาในเขตอำเภอบัวใหญ่ของจังหวัดนครราชสีมา

1.3.3 ขอบเขตด้านระยะเวลาการดำเนินโครงการตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2560

## 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เช่น ด้านวิชาการ ด้านนโยบายด้านสังคมและชุมชน รวมถึงการเผยแพร่ในวารสาร ฯลฯ และหน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.4.1.1 ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล

1.4.1.2 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันและความคุ้มครองการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

1.4.1.3 กระบวนการการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่

1.4.1.4 สำหรับเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษา ค้นคว้าพัฒนางานวิจัยในครั้งต่อไป

1.4.2 แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมาย

1.4.2.1 จัดส่งข้อมูลรายงานฉบับสมบูรณ์ให้ สำนักงานควบคุมป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในงานวิจัย และส่งสรุปผลการวิจัยสำหรับผู้บริหารเป็นเอกสารนำเข้าการประชุมของหน่วยงานระดับจังหวัด

1.4.2.2 นำผลงานที่ได้ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือนักวิจัย นักวิชาการที่ทำงานด้านปรสิตวิทยา และโรคเขตร้อน และนักวิชาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยในแต่ละปีมีผู้สนใจทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก

1.4.2.3 นำผลงานที่ได้ไปเผยแพร่ในวารสารระดับนานาชาติ อย่างน้อย 1 เรื่อง

1.4.2.4 จัดส่งข้อมูลรายงานฉบับสมบูรณ์ให้สถานวิจัยสำหรับเผยแพร่ตามระบบฐานข้อมูลวิจัย

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

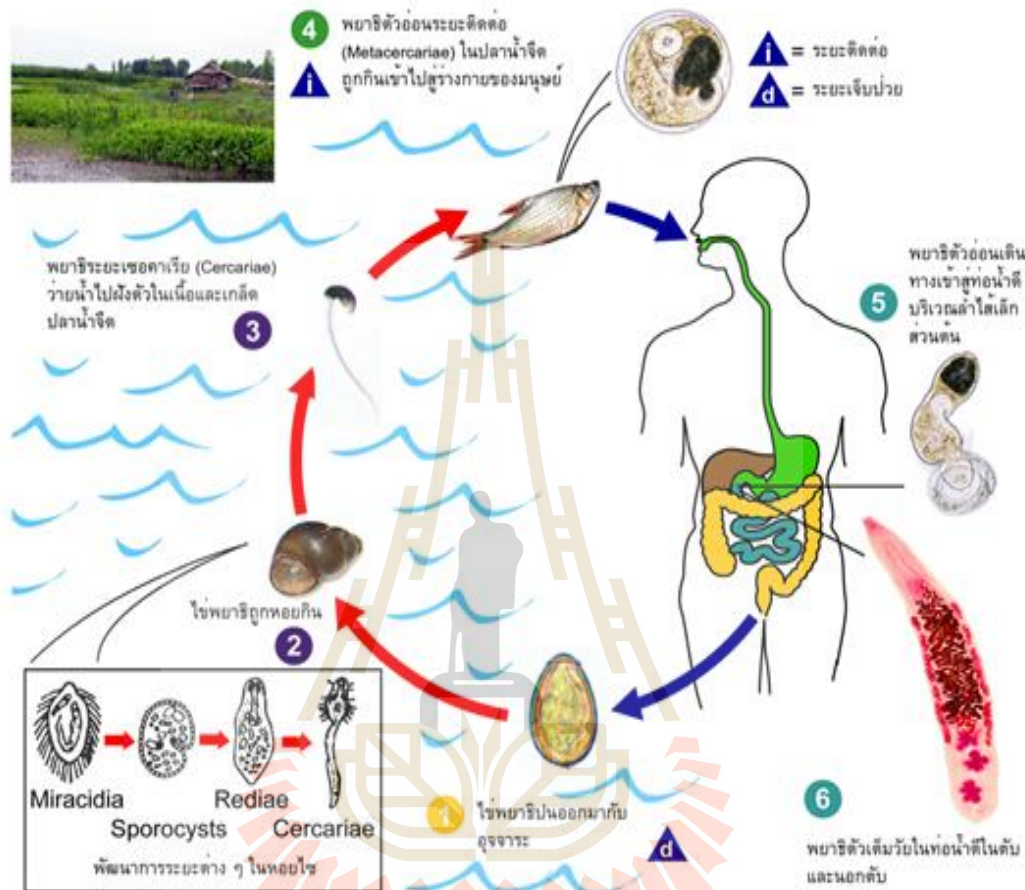
- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2.2 แนวคิดการจัดระบบ (System approach)
- 2.3 แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model)
- 2.4 แนวคิดการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization)
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย

### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง พยาธิที่ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ชนิดของพยาธิที่สำคัญ คือ *Opisthorchis viverrini* คนติดเชื้อพยาธิชนิดนี้มาจากการกินปลาดิบตระกูลปลาวงศ์ตะเพียนที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิ ตัวอ่อนจะเคลื่อนเข้าสู่ท่อน้ำดี กลายเป็นตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี ไช้พยาธิออกมาพร้อมกับอุจจาระและลงสู่แหล่งน้ำ ไช้จะเข้าไปสู่หอยน้ำจืดผาเดียว เจริญในลำไส้หอยเป็นตัวอ่อน หลังจากนั้นจะออกจากหอยและไชเข้าไปในเนื้อปลา เมื่อคนกินปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ ก็เกิดเป็นวงจรชีวิตโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป (Kaewkes, 2003 อ้างถึงใน ธรรมนูญ แก้วพิบูลย์, สรญาแก้วพิบูลย์, 2553) สาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย เกิดจากพยาธิใบไม้ตับ *O. viverrini* ซึ่งมีรูปร่างลักษณะคล้ายใบไม้ ลำตัวแบนยาว ปัจจุบันนี้ มีรายงานการศึกษาวิจัยด้านการระบาดวิทยา พยาธิ ชีววิทยา ชีวโมเลกุลเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีข้อมูลที่สามารถสนับสนุนและสรุปได้ว่าเป็น สาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี วงจรชีวิตของพยาธิ ตัวแก่ *O. viverrini* อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับของโฮสต์เฉพาะเช่นคน สุนัขแมว นอกจากนี้ ยังอาจอาศัยอยู่ในงูน้ำดี ไช้จะปนออกมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็กและปนออกมากับอุจจาระตกลงสู่แหล่งน้ำ หอยน้ำจืดซึ่งเป็นโฮสต์กลางลำดับหนึ่งจะกินไช้พยาธิเข้าไป ไช้จะฟักตัวออกมาเป็น miracidium แล้วเจริญต่อไปเป็น cercaria ไปฝังตัวในปลาน้ำจืดโฮสต์ตัวกลางลำดับสอง เช่น ปลาแม่สะแต้ง ปลาตะเพียนทราย ปลาสวาย ปลาสร้อยนกเขา ปลาสุตร ปลากะมัง พยาธิจะเจริญต่อไปเป็นระยะ metacercaria ฝังตัวในรูปซีสต์ เมื่อคนและสัตว์กินปลาที่มีระยะนี้ แบบสุกๆดิบๆ เมตาเซอร์คาเรียจะแตกออกจากซีสต์มาอยู่ในลำไส้แล้วเดินทางผ่านเข้าสู่ท่อน้ำดี แล้วฝังตัวเจริญเป็นตัวแก่ต่อไป ระยะเวลา



ตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิเข้าไปจนเจริญเป็นตัวเต็มวัย และตรวจพบไข่ใน อุจจาระใช้ เวลาประมาณ 4 - 8 สัปดาห์



ภาพที่ 1.1 วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ  
ที่มา: พิศาล ไม้เรียง, บรรจบ ศรีภา (2557)

การแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากปัจจัย คือ รับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดดิบ อาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการและจะไม่ทราบว่า เป็นโรคนี้ จนกว่าจะตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ หรือจนกว่าจะมีอาการของระบบ ทางเดินน้ำดีอักเสบ หรืออุดตัน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะเกิดอาการ ส่วนใหญ่อาการเริ่มปรากฏเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน จาก การศึกษา พบว่าผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมดังกล่าวมักจะเป็นลักษณะเฉพาะของเพศชาย มักจะมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ หรือปรุงไม่สุก กลวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จะต้อง มุ่งให้ประชาชนเกิดการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 3 ประเด็น คือ (1) การไม่รับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ (2) การขับถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูก



สุขลักษณะ (3) การล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร ก่อนการประกอบอาหาร และการล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ ไชพยาธิใบไม้ตับปะปนมากับอุจจาระลงสู่แหล่งน้ำจืด จากนั้นไชพยาธิเข้าสู่หอย โดยถูกหอยกินและฟักตัวในหอย หลังจากนั้นพยาธิจะว่ายน้ำออกจากหอยไปอยู่ในเนื้อปลา ใต้เกร็ดและครีบปลาน้ำจืดเกร็ดขาว เมื่อคนหรือสัตว์กินปลาที่มีพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเข้าไปก็จะพัฒนาเป็นตัวแก่อาศัยอยู่ในท่อน้ำดี และออกไข่เป็นวัฏจักรต่อไป ดังภาพที่ 1 (พิศาล ไม้เรียง, 2554)

## 2.2 แนวคิดการเชิงระบบ (System approach)

### 2.2.1 ความเป็นมาของวิธีการเชิงระบบ

กลุ่มนักคิดค้น นักทฤษฎีรวมทั้งนักปฏิบัติที่สนใจแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสร้างเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับองค์การและการบริหารต่างมีความเชื่อมั่นว่าจะส่งผลให้องค์การตามแนวทางแห่งองค์ความรู้ในมิติใหม่สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสม่ำเสมอ แม้สภาพแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลง

Scot (1967: 122) เป็นผู้นำแนวคิดและทฤษฎีระบบเข้ามามีบทบาทกำหนดแนวคิดทฤษฎี หลักการและเทคนิคต่างๆ เกี่ยวกับองค์การและการบริหารในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 ได้เน้นให้มืองค์การในสภาพที่เป็นระบบ

Chester Barnard ผู้เขียนหนังสือด้านการบริหารงาน โดยใช้วิธีการเชิงระบบ ขณะเดียวกัน Herbert simon ผู้ซึ่งมององค์การ ในสภาพที่เป็นระบบที่มีการตัดสินใจต่างๆ ความสับสน ความซับซ้อนภายใน เขาพยายามศึกษาค้นคว้า หาแนวทางนำความรู้ใหม่ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้เป็นรากฐานกำหนดทฤษฎีองค์การ ความรู้ใหม่ที่เขาสนใจคือ วิธีการเชิงระบบนั่นเอง สำหรับ Churchman และคณะ สนใจและสนับสนุนให้ใช้วิธีการเชิงระบบในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล แก้ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงาน (อ้างใน Kast and Rosensweig , 1985: 109) เขาเป็นคนแรก ที่นำการวิจัยดำเนินงานในระยะแรก เขาได้ใช้วิธีทางคณิตศาสตร์มาวิเคราะห์องค์การทาง การทหารในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็เริ่มใช้ในการปัญหาการดำเนินงาน ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการใช้แนวทางวิธีการเชิงระบบนั่นเอง (Bowditch ,1973 : 16-17)

### 2.2.2 ความหมายของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบหรือเทคนิคเชิงระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการนำเอาความรู้เรื่องระบบเข้ามาเป็น กรอบช่วยในการค้นหาปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและใช้แนวทางการคิดเชิงระบบช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529)

Henry Lenman (อ้างถึงใน สุรพันธ์ ยันต์ทอง, 2533) ได้ให้อธิบายความหมายของวิธีการเชิงระบบไว้ดังนี้

1. เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่นำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้
2. เป็นวิธีการพัฒนาการแก้ปัญหา ที่กระทำอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน
3. เป็นการที่ขจัดความลำเอียง โดยไม่ยึดถือเอาความคิดของคนใดคนหนึ่งมาตัดสิน โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ
4. เป็นวิธีการแก้ปัญหาเป็นขั้นๆ อย่างมีเหตุผล
5. เป็นการดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคลไม่ใช่คนใดคนหนึ่งแต่เพียงผู้เดียว
6. มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนการดำเนินแก้ไขทุกครั้งว่าจะดำเนินการที่ละขั้นอย่างไร และเมื่อกำหนดแล้วจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขภายหลัง หรือไม่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้เป็นอันขาด นอกจากเป็นเหตุสุดวิสัย
7. ระหว่างการดำเนินงาน ถ้าต้องมีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบ ต้องแก้ไขทันทีที่เสร็จแล้วจึงดำเนินงานขั้นต่อไป แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในแผนที่กำหนดด้วย
8. ไม่มีการบอกยกเลิก ยกเว้นข้ามขั้นหรือหยุดกลางคัน แล้วนำผลที่ยังไม่ได้ดำเนินการไป ถึงจุดสุดท้ายเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาใช้เท่านั้น

ก่อ สวัสดิพานิช (อัตสำเนา :16) ได้ให้ความหมายของทฤษฎีเชิงระบบว่า เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งซึ่งใช้ในการวิเคราะห์ การออกแบบและการจัดการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้ อย่างสัมฤทธิ์ผลและมีประสิทธิภาพ

โชเดอร์เบคและคณะ (Schoderbek and Othors, 1990) เสนอว่าการแก้ปัญหาในปัจจุบันจำเป็นต้องมองที่ระบบ มากกว่าพิจารณารายละเอียดของแต่ละปัญหา ตัวอย่างการใช้ Systems Approach ในการแก้ไขปัญหานั้น ได้แก่ ระบบการขนส่ง ต้องมีการออกแบบระบบทาง สัญจรที่ดี ซึ่งจะช่วยลดการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิงได้ หรือการออกแบบเครื่องบินที่สามารถบรรจุผู้โดยสารจำนวนมาก แต่สนามบินขาดสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมองปัญหา โดยรวมหรือที่เรียกว่า Systems view or Systems Approach นอกจากนี้เขายังได้ขยายความว่า วิธีการเชิงระบบ มีความแตกต่างกับวิธีการเชิงวิเคราะห์ (Analytical approach) ตรงที่วิธีการเชิงระบบเป็นกระบวนการแยกแยะจากส่วนรวมทั้งหมด ออกเป็นส่วนๆที่เล็กกว่า เพื่อให้เข้าใจการ ทำหน้าที่ของส่วนรวม วิธีการเชิงระบบอยู่บนพื้นฐานของ ทฤษฎีระบบทั่วไป ซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรวมเอาแนวทางปฏิบัติต่างๆ ได้แก่

การวิจัยดำเนินงาน การวิเคราะห์ระบบ การควบคุมระบบ และวิศวกรรมระบบ มารวมกันเข้าเพื่อการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

จากความหมายของนักการศึกษาหลายท่าน จึงอาจสรุป ได้ว่า วิธีการเชิงระบบ ( Systems approach ) หมายถึง วิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบ ซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวม ทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์สังเคราะห์ และวางรูปแบบการดำเนินการ โดยต้องเกี่ยวพันกับรูปแบบปฏิบัติทั้ง ภายในและภายนอก โดยใช้ระบบเปิดเป็นพื้นฐานความคิด

### 2.2.3 ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบ

ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบสามารถสรุปได้ 4 ประการ

1. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นวิธีคิดที่สามารถจัดการกับปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือส่งเสริมวิธีคิดของบุคคลทั่วไป
3. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาแขนงต่างๆ ทั้งวิทยาศาสตร์
4. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงานในองค์กรหรือหน่วยงานด้านการวางแผน นโยบายและอื่นๆ

### 2.2.4 ขั้นตอนของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบมีขั้นตอนที่สำคัญเพื่อในการศึกษาวิเคราะห์ เกี่ยวกับการบริหารและการแก้ปัญหา จึงขอนำขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษา 3 ท่านที่น่าสนใจคือ โอเบียน และอุทัย บุญประเสริฐ และ เฮนรี เลมาน ซึ่งมีขั้นตอนวิธีการเชิงระบบกล่าวคือ โอเบียน จากมหาวิทยาลัยอีสเทอร์นวอชิงตัน ได้ระบุไว้ในหนังสือว่า Management Information Systems: A managerial and user perspective ถึงวิธีการเชิงระบบกับการแก้ปัญหาโดยทั่วไปว่า วิธีการเชิงระบบคือการปรับ (Modify) วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (the scientific method) ซึ่งเน้นที่การแก้ปัญหาโดยวิธีการเชิงระบบนี้มีกิจกรรมสำคัญ 7 สำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับการแก้ปัญหา ทั่วไป โดยเปรียบเทียบให้เห็น ขั้นตอนทั้งสองส่วนคือ

วิธีการเชิงระบบ	การแก้ไขปัญหา
1. ทำความเข้าใจปัญหา	1. ระบุปัญหา/โอกาสในเชิงบริบทของระบบ
2. พัฒนาทางเลือก	2. รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายปัญหาและโอกาส
	3. ระบุทางเลือก/ทางเลือกในการแก้ปัญหา
	4. ประเมินในแต่ละทางเลือก
	5. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด
3.ปฏิบัติการแก้ปัญหา	6 .ปฏิบัติการตามทางเลือกที่เลือกไว้
	7. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติ

อุทัย บุญประเสริฐ (2529: 14-15) กล่าวถึงวิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบว่า เป็นการทำงาน จากสภาพที่เป็นอยู่ไปสู่สภาพที่ต้องการของงานนั้นทั้งระบบ โดยขั้นตอนที่สำคัญๆในเทคนิคเชิง ระบบ ได้แก่

1. กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและความต้องการในการพัฒนาของระบบให้ชัดเจน
2. การกำหนดวัตถุประสงค์ย่อยที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการในการพัฒนา และสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของระบบใหญ่ทั้งระบบเพื่อสร้างกรอบหรือขอบเขตในการทำงาน (สิ่งที่ต้องการ)
3. ศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมหรือข้อจำกัดในการทำงานของระบบและทรัพยากรที่หามาได้
4. สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการพัฒนา
5. ตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสม ด้วยวิธีการที่มีเหตุเป็นระบบเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ
6. ทดลองปฏิบัติทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้
7. ประเมินผลการทดลองหรือผลการทดสอบ
8. เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
9. ดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของระบบปกติ

จากแนวคิดจากการนำเสนอขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษาหลายๆท่านที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พอจะสรุปเป็นขั้นตอนหลักๆได้ 5 ขั้นตอนคือ

1. ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
2. ระบุทางเลือกหรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา
3. เลือกทางเลือก

4. ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้
5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง

#### 2.2.5 การประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบ

การประยุกต์ใช้ในวิธีการเชิงระบบ อูทัย บุญประเสริฐ ได้สรุปขั้นตอนสำคัญๆไว้ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. จะต้องทราบปัญหาที่จะต้องแก้ไขให้แจ้งชัด ว่าเป็นปัญหาของระบบนั้นที่แท้จริง (Need Identification and Objective setting)
2. คิดหาวิธีการหรือแนวทางเลือก (Alternative) ในการแก้ไขเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ ระบบและทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของระบบ ตลอดจนข้อจำกัดต่างๆที่มีต่อการทำงานของระบบ
3. เลือกวิธีการใดวิธีหนึ่งทีพิจารณาว่าเหมาะสมที่สุดดีที่สุด และนำออกปฏิบัติ (Desiging and implementing)
4. ประเมินผลการปฏิบัติ (Evaluation) เพื่อทราบผลเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ
5. รับข้อมูลป้อนกลับและปรับระบบต่อไป (Feedback and Modification)

บทสรุป แนวคิดการเชิงระบบ (System approach)

การศึกษาวิธีการเชิงระบบ เป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการบริหารงาน ในองค์การประเภทต่างๆ โดยที่พิจารณาการบริหารในลักษณะองค์รวมที่มีเป้าหมาย กระบวนการ ระบบย่อย และองค์ประกอบต่างๆที่มีปฏิสัมพันธ์กัน มีการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนข่าวสาร เพื่อบรรลุเป้าหมายทางการบริหาร ประโยชน์จากการใช้วิธีการเชิงระบบคือ วิธีการนี้ จะเป็นการประกันว่า การดำเนินงานจะดำเนินต่อไปตามขั้นตอนที่วางไว้ โดย ช่วยให้การทำงานบรรลุตามเป้าหมาย โดยใช้เวลาดำเนินการและบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า มากที่สุด แบบจำลองระบบจะช่วยป้องกัน การลงทุนที่ไม่จำเป็นได้มาก แนวคิดวิธีการเชิงระบบ เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ที่จะมีบทบาทในการสร้างสรรค์ และแก้ไขปัญหาในองค์การได้เป็นอย่างดี และมีการพัฒนาวิธีการคิดนี้ในการแก้ปัญหาที่หลากหลายแต่ ละขั้นตอนหลักๆจะไม่แตกต่างกันมากนัก

## 2.3 แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model)

แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง (Active participation) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียนให้ผู้เรียนระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความ เป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณการมองเห็นภาพสังคมที่ควรจะเป็นและการพัฒนาทวิทัศน์ที่จะแก้ไข อุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการซึ่งการจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าวนอกจากจะช่วย ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น และทำให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคลแล้วยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มในสังคม อีกด้วย (Arlinsky, 1971 ; Freire, 1970,1973; Rothman, 1971)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) แนวคิดหลักของการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้มาจากงานของArlinsky (1971), Freire (1970,1973), และ Rothman 1971 นักคิดทั้งสามคนได้ร้อย เรียงประเด็นสำคัญที่กลายมาเป็นทฤษฎีของการสร้างเสริมพลังอำนาจ นั่นคือ กระบวนการหลักของการ สร้างเสริมพลังอำนาจต้องมีการพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล การมีส่วนร่วม การกระตุ้นให้เกิดสำนึก และ การทำงานด้านการปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงสังคม

### 2.3.1 ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ

คำว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) มาจากภาษาละตินว่า “potere” ที่แปลว่า มีความสามารถ em เป็นคำนำหน้าที่แปลว่า เป็นสาเหตุให้ หรือ ทำให้เกิดด้วย ซึ่งตาม ความหมายของ em เป็นการสะท้อนความหมายของ “กระบวนการ” คำต่อท้าย “ment” หมายถึง “ผลลัพธ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สิ่งของ หรือ การกระทำที่เกิดขึ้น” ดังนั้น Empowerment นำหมายถึง กระบวนการที่สะท้อนให้เห็นความสามารถของบุคคลในการที่จะดึงสิ่งที่มีอยู่ภายในตัวเองในการควบคุม จัดการสร้างอิทธิพลกับตนเอง และ สังคมรอบข้างอันจะส่งผลเป็นรูปธรรมต่อชีวิตตนเอง ในสาขา จิตวิทยาสังคม Rappaport ได้นิยามการสร้างเสริมพลังอำนาจ ไว้ว่า คือการมุ่งที่สร้างเสริมความเป็นไป ได้ของบุคคลในการที่จะควบคุมชีวิตตนเอง อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการทำนาย ควบคุม และมี ส่วนร่วมกับสังคมแวดล้อมแล้วทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมขึ้น ดังนั้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เอื้อให้บุคคล และ ชุมชนมีอำนาจที่จะนำเอาอำนาจไปดำเนินการต่อเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อม

การทำงานในเรื่องของอำนาจ อาจแบ่งได้หลายแบบ เช่น การมีอำนาจเหนือ การมี อำนาจโดยการมอบหมาย และการมีอำนาจโดยการกระทำ ดังนั้นในการทำงานสาธารณสุข เราน่าที่จะ



ทำงานร่วมกันแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) มากกว่า การใช้อำนาจเหนือกว่าหรือแบบมอบหมาย เพราะทั้งสองวิธีขาดการส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบและการเรียนรู้ในศักยภาพตนเอง ในปี 1985 Rappaport ได้ชี้ประเด็นว่า การนิยาม Empowerment ว่าเป็นผลลัพธ์หรือเป็นการทำงานที่ส่งผลในทางบวกนั้นเป็นไปได้ยาก เพราะ การสร้างเสริมพลังอำนาจมีความเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและการเมือง ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปได้แบบไร้รูปแบบ แต่เราสามารถบอกได้ว่าในบุคคลหรือชุมชนนั้นๆมีพลังอำนาจหรือไม่ เมื่อเราเห็นหรืออยู่ในสถานการณ์ ทั้งนี้เพราะพลังอำนาจจะปรากฏให้เห็นได้แตกต่างกัน ขึ้นกับบุคคลและสถานการณ์หรือบริบท นอกจากนี้ภาวะที่ไม่มีพลังอำนาจ เช่น การไม่มีอำนาจ การท้อแท้สิ้นหวัง การแปลกแยก การรู้สึกสูญเสียอำนาจ การกำหนดวิถีชีวิตตนเองเป็นเรื่องที่มองเห็นได้ง่าย และชัดเจน

Rappaport ได้เสนอแนวคิดเรื่องพลังอำนาจทางจิตวิทยาว่าเป็นการมองความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถ ศักยภาพของตนเอง และ ต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในเชิงการเข้าไปร่วมควบคุม จัดการสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในชุมชน องค์ประกอบที่ต้องมีในจิตวิทยาของการเสริมพลังอำนาจคือ การมองหรือดำรงชีวิตเชิงรุก (Proactive approach to life) ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถและการควบคุมตนเอง การเชื่อในตนเองและการเมือง การรับรู้ศักยภาพตนเอง การเชื่อในศูนย์อำนาจความเชื่อ (Locus of control) และการยกย่องตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคมและการเมือง

ดังนั้น Rappaport เสนอว่า นิยามของการสร้างเสริมพลังอำนาจ น่าจะหมายถึง คนที่สามารถมองสังคมและตนเองอย่างวิเคราะห์ วิวิจารณ์และเป็นคนที่มองเห็นทางเลือกอื่น และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆได้แม้จะเป็นกิจกรรมที่มีข้อขัดแย้ง การเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา อาจมองเห็นได้จาก ความรู้สึกว่ามีอำนาจในการควบคุมจัดการ มุมมองที่เป็นการวิเคราะห์วิจารณ์และเลือกที่จะเผชิญปัญหาหรือเลี่ยงปัญหาได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้การสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา ยังได้ครอบคลุมประเด็นการสร้างพลังอำนาจจากภายในบุคคล ภายในกลุ่ม เราไม่สามารถสร้างจากภายนอกได้ บทบาทของนักสุขศึกษาหรือเจ้าหน้าที่ คือผู้สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ (Facilitator)

ดังนั้น ในความคิดของ Rappaport การเสริมพลังอำนาจมีหน้าที่ 2 อย่าง คือ

1. ช่วยให้คนกำหนดชีวิตตนเองได้
2. เป็นวิธีกระตุ้นให้สังคมมีส่วนร่วมแบบในการอยู่ร่วมกันในชุมชนโดยการจัดสนับสนุนทางโครงสร้างสังคม

ปี 1987 Swift และ Lewin ได้ชี้ประเด็นว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา กับ การปรับโครงสร้างในความเป็นจริงแตกต่างกัน ดังนั้น Zimmerman และ Rappaport ได้พัฒนา แนวคิดการสร้างพลังอำนาจในระดับต่างๆที่จะประยุกต์เข้าสู่ชุมชน องค์กรและนโยบายสังคม นอกจากนี้ยังเน้นว่า การตรวจสอบควรทำโดยใช้กระบวนการวิจัย ส่วนการสร้างเสริมพลังอำนาจทาง จิตวิทยาเป็นการทำงานระดับบุคคลที่ควรเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่น ในตนเอง ความเข้าใจในระบบของสังคม ความสามารถในการวางแผน การรักษาสีทธิของตนเองและการ ตัดสินใจ ความตั้งใจในการดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องระหว่างตนเองและสังคมหรือชุมชน

แม้ว่าแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา เป็นการทำงานระดับบุคคล แต่ ไม่ได้เพิกเฉยต่อบริบทของสังคม วัฒนธรรม ยังจำเป็นต้องมองบุคคลตามที่เกี่ยวข้องกับสังคมในภาพของ การมีส่วนร่วมของกลุ่ม การเข้าใจวัฒนธรรมชุมชนและการอยู่ร่วมกับคนอื่น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การ สร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยาได้ครอบคลุมมุมมองทางนิเวศวิทยา ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสร้างเสริมสุขภาพไว้ด้วย

ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ระดับบุคคลเท่านั้น แต่ต้องเชื่อม ต่อไปยังบริบทของสังคมด้วย จึงควรมีการวัดการเปลี่ยนแปลงทั้งสองระดับ (Wallerstein,1992)

ในส่วนของการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน (Israel,1994) ได้ให้นิยามไว้ว่าเป็น กระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการเปลี่ยนแปลงระดับต่างๆ ทั้งปัจเจกบุคคล องค์กรและชุมชน เป็นการ ดูความสัมพันธ์ของระดับต่างๆกับรูปแบบการเกิดความเครียด เช่น Stress การเกิดโรคหรือปัญหา สุขภาพ ตามแนวคิดของ Israel การสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการชีวิตของตนเอง โดยใช้มุมมองเชิงวิเคราะห์ วิวิจารณ์ กระแสสังคมการเมืองและความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับศักยภาพของตนเองและกลุ่มในสังคมของตนในการที่จะดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยคนนั้น ต้องมี

1. ความคาดหวังในความสามารถและศักยภาพของตนเอง
2. ความรู้สึกในการควบคุมจัดการเรื่องนั้น
3. กระบวนการมีส่วนร่วมที่จะตัดสินใจในองค์กรหรือกลุ่มคน

พลังอำนาจระดับบุคคลเชื่อมต่อกับระดับชุมชนที่การพัฒนาความสามารถที่จะจัดการ ให้เกิดการกระทำ การสนับสนุนทางสังคม การอยู่ร่วมกับคนอื่นและทักษะการแสดงออกทางการเมือง ชุมชนที่มีพลังอำนาจ คือ ชุมชนที่ทั้งบุคคลและองค์กรได้มีการใช้ทักษะและทรัพยากรของตนเองและ กลุ่มเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม มีความสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและทำให้เกิด



ความเปลี่ยนแปลงในระดับกว้าง ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงทรัพยากร มีการระบุประเด็นปัญหาและหนทางแก้ไขเอง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน มีความรู้สึกของการเป็นชุมชน บุคคลและการเมืองที่ชัดเจนจนเกิดเป็นระบบการช่วยเหลือกันอย่างเป็นธรรมชาติจนมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่อเนื่องและยั่งยืน

Rissel (1994) ได้นิยามชุมชนที่มีพลังอำนาจว่าเป็นชุมชนที่มีการยกระดับพลังอำนาจทางจิตวิทยาของบุคคลในกลุ่มสมาชิก มีการร่วมกิจกรรมทางการเมืองของบุคคลในกลุ่มและบรรลุการกระจายทรัพยากร หรือการตัดสินใจที่เหมาะสมเกิดประโยชน์ต่อชุมชน  
ทฤษฎีกระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน

Keiffer ได้สะท้อนการสร้างกระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน จากผลการทดลองสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลของเขา และสรุปไว้ว่าต้องทำงานเป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมที่ขับเคลื่อนให้บุคคลเข้าสู่การเปลี่ยนแปลง 4 ระยะ

1. ระยะการเข้าถึงตนเองและสังคม (Era of entry) คือการรู้จักตนเอง บุคลิกภาพ ความสามารถและรู้จักสิ่งแวดล้อม สังคม
2. ระยะความก้าวหน้า (Era of advancement) คือเริ่มมีและเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสังคมในเชิงวิเคราะห์
3. ระยะการเชื่อมต่อ (Era of incorporate) คือ เริ่มมีกลยุทธ์ กลวิธีในการอยู่ร่วมกับสังคม
4. ระยะความมุ่งมั่น (Era of commitment) คือ เริ่มมีการผสมผสานวิถีชีวิตตนเองเข้ากับสังคมอย่างมีจุดมุ่งหมาย

Keiffer ได้อธิบายว่ามีสาระสำคัญอยู่ 2 ประการในการเคลื่อนตัวใน 4 ระยะข้างต้น คือ

1. การเกิดการสนทนาที่เป็นรูปธรรมสร้างสรรค์ วิเคราะห์ วิจัย
2. การเกิดความขัดแย้งและมองเห็นแนวทางการพัฒนาให้ก้าวหน้าได้ต้องมี

กิจกรรมหลักที่เกิดขึ้นแบบสัมพันธ์เชื่อมต่อกัน คือ

1. การพัฒนามุมมองที่มีต่อตนเองในทางบวก
2. การพัฒนามุมมองเชิงวิเคราะห์วิจัยต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว
3. การเชื่อมโยงทรัพยากรและศักยภาพของบุคคลและสังคมเข้าด้วยกันในกิจกรรมทางสังคมการเมือง

Swift และ Levin (1987) ได้แยกแยะ สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นในแต่ละระดับของกิจกรรมหลักคือ

ระดับที่ 1 คือ การรับรู้และวิเคราะห์ภาวะไร้อำนาจของตนเองอย่างจริงจัง

ระดับที่ 2 คือ การรับรู้ภาวะของการไม่เสมอภาคในสังคม โดยการสร้างสรรค์กับคนในสังคมและรู้จักคนที่มีมุมมองคล้ายกัน

ระดับที่ 3 คือ การที่กลุ่มคนที่มีความรู้สึกคล้ายกัน มาทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมจนเป็นการลดความไม่เท่าเทียมในสังคมลงได้

Jackson et. al, (1989) ได้นำเสนอประเด็นที่สำคัญว่า การขาดพลังอำนาจเริ่มจากการที่บุคคลรู้สึกขาดอำนาจใจตัวเอง หรือชุมชนขาดความสนใจในปัญหาในชุมชนเอง แม้ว่าในความเป็นจริงทั้งบุคคลและชุมชนจะมีศักยภาพก็ตาม ดังนั้นจึงขอเสนอรูปแบบ 5 ขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ Rissel, 1994 เห็นชอบด้วยรูปแบบนั้น คือ

1. การพัฒนาตนเอง
2. การสนับสนุนซึ่งกันและกัน
3. การสรุปประเด็นรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อรณรงค์
4. การมีส่วนร่วมผนึกกำลังเป็นกลุ่มผลักดันประเด็น
5. การสร้างพลังทางการเมืองและสังคม

เพื่อรณรงค์การสร้างเสริมส่วนขาดของการสร้างเสริมพลังอำนาจพลังอำนาจทางจิตใจในชุมชน รูปแบบ 5 ขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจ (Rissel, 1994 และ Jackson et. al., 1989) การวัดและประเมินผลการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

Zimmermann และ Rapparport (1988) กล่าวว่า Empowerment เป็นตัวแปรที่ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ คือ ความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ศักยภาพ ระบบช่วยเหลือที่มีอยู่ในธรรมชาติ และบุคลิกภาพ แบบรุกหน้า (Proactive) ในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นกระบวนการที่ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต และการเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างจริงจัง โดยมี

1. Psychological empowerment คือการแสดงออกระดับบุคคลโดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ความเชื่อในศักยภาพตนเอง การยกย่องตนเอง การรับรู้สาเหตุและปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากจุดเน้นของ Rapparport เป็นเรื่องของการสร้างพลังอำนาจต้องสร้างด้วยตัวเขาเอง ดังนั้น Gruber and Trickette (1987) ได้เน้นว่าการวัดพลังอำนาจ ควรดูที่ ความเชื่อในอำนาจควบคุม

(Locus of Control) โดยไม่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมหรือบริบทเลย ซึ่งน่าจะพิจารณาให้คำถามมีความครอบคลุมหรือถามถึงบริบทในเชิงมุมมองหรือความเชื่อจากตัวเขาด้วย

2. Community empowerment หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองและสังคม การรับรู้ศักยภาพและความต้องการที่จะควบคุมของคนในองค์กรและในสังคม ที่จะจัดการให้เกิดความเสมอภาค การกระจายทรัพยากร แล้วส่งผลดีต่อสังคม ดังนั้นเครื่องมือในการวัดการสร้างเสริมพลังอำนาจในปัจจุบัน จึงควรครอบคลุมทั้ง 2 ระดับในเรื่อง

2.1 บุคลิกภาพ เช่น การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง การยกย่องตนเอง ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ด้วยตนเอง การควบคุมความบังเอิญ ความเชื่อในพลังอำนาจของผู้อื่น ความเชื่อว่าตนเองสามารถมีอิทธิพลต่อระบบสังคมการเมือง ความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นไปในลักษณะวุฒิภาวะ การรู้จักตนเอง การเข้าใจตนเองและผู้อื่น การเข้าใจความหมายของชีวิตและความอึดเต็มของชีวิต

2.2 พหุธิปัญญา เช่น การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและการเมือง ได้แก่ ความรู้สึกในการจัดการ การรับรู้ศักยภาพ ความคาดหวังในความสามารถของระบบสังคม การเมือง ความรู้สึกต่อความสามารถของระบบการเมือง

3. แรงจูงใจ เช่น ความต้องการที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม หน้าที่พลเมือง ความรู้สึกต่อสาเหตุที่มีความสำคัญและเป้าหมาย การเรียนรู้ ความหวัง

4. บริบท เช่น การเข้าไปเกี่ยวข้องในการรวมกลุ่ม การตระหนักถึงวัฒนธรรม และการกระตุ้นสิทธิ การเข้าใจความหมายของวัตถุประสงค์ของโครงการ

### 2.3.2 วิธีการวัดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

Israel et. al., (1994) ได้ทบทวนวิธีการวัดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ใช้กันอยู่และเสนอแนะไว้ว่า การประเมินควรใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่ต้องสอดคล้องไปกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจที่แต่ละโครงการได้ออกแบบและตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล องค์กร หรือชุมชนก็ตาม นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะในการวิจัยประเมินผลการสร้างพลังอำนาจ โดยนักวิจัยที่หลากหลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (พนารัตน์ เจนจบ และ คณะ, 2542, สมหญิงและคณะ, 2002 Gollup, 2543) ได้นำเสนอการวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบสามเส้า (Triangulative research) และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยมีการวัดตัวแปรของการสร้างพลังอำนาจที่เน้นการรับรู้ในอำนาจการควบคุมของตนเอง การ

รักและยอมรับตนเอง การรับรู้ความรับผิดชอบของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองและการเห็นคุณค่าการกระทำที่มีประโยชน์ในสังคม เป็นต้น

### 2.3.3 การประยุกต์ใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจ

การประยุกต์ใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจในระบบบริการสาธารณสุขการสร้างเสริมพลังอำนาจได้ถูกนำไปใช้ในระบบบริการสาธารณสุข โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า คนจะมีสุขภาพดีถ้าคนๆ นั้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เฉพาะแต่ระดับตนเอง แต่เป็นระดับสังคม สิ่งแวดล้อมและองค์กรด้วย เมื่อพิจารณาในระบบบริการสุขภาพ วัฒนธรรมการให้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติ ขาดพลังอำนาจและรับรู้ที่ต้องทำตามคำแนะนำแพทย์ แม้ในบางกรณี ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามได้ ดังนั้น เราจึงพบเสมอว่าปัญหาการให้บริการของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งคือการทำที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามแผนการรักษาได้ ดังนั้น หากมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและสร้างบรรยากาศของโรงพยาบาลที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ ยอมรับและเรียนรู้เรื่องต่างๆ ที่แพทย์ต้องการให้ทำ หรือเสนอแนะให้ทำ การเรียนรู้และความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติได้มากกว่าที่เป็นอยู่

ปรัชญาการทำงานเสริมสร้างพลังอำนาจกับคนไข้ที่เสนอโดย Gibson (1991) คือ

1. คนไข้ควรต้องรับผิดชอบในการตัดสินใจเรื่องรักษาพยาบาลของตนเอง
  2. คนไข้ควรเป็นคนสำคัญสุดท้ายที่จะตัดสินใจ ในการรับการรักษาพยาบาล
- เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ที่จะเตรียมผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลเข้าใจถึงผลที่จะตามมา การที่เจ้าหน้าที่จะกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของผู้ป่วยได้จำเป็นต้องได้ข้อมูลบางส่วนจากผู้ป่วยด้วย การขอข้อมูลจากผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดพลังอำนาจทางจิตวิทยาในผู้ป่วย เริ่มรู้จักตัวเอง รู้จักความรู้สึกตนเองต่อการเจ็บป่วยและการรักษาและรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมจัดการที่จะตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ตามแนวคิดของ Gibson การสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายในบุคคล เช่น ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม บรรยากาศรอบๆ ที่เอื้อให้เกิดความรู้สึกยอมรับการช่วยเหลือ ดังนั้น กระบวนการสร้างพลังอำนาจ จึงมีอยู่ 4 ขั้นตอน

1. การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง

2. การสะท้อนคิดวิเคราะห์ วิจัย และเป็นเหตุเป็นผล
3. การตัดสินใจทางออกหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
4. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

ดังนั้นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจจิตวิทยา เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้ เรื่องการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนเรื่องค่านิยมและความรู้สึกที่มีต่อการรักษาและวิธีการรักษาที่ได้รับ อันจะนำไปสู่การหาทางเลือกและรับผิดชอบในทางเลือกที่ตัดสินใจแล้ว

#### 2.3.4 การสร้างพลังอำนาจในชุมชน

การประยุกต์การสร้างพลังอำนาจในชุมชน มักทำคู่ไปกับการกระตุ้นการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยมีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ การมีความรู้สึกถึงความเป็นชุมชน โดยใช้กิจกรรมหลักคือ 1) การมีส่วนร่วม 2) การเรียนรู้ร่วมกัน 3) การสะท้อนความรู้สึก บทเรียนในเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ด้วยเหตุด้วยผล 4) การทำกิจกรรมกระบวนการสร้างพลังอำนาจให้เกิดให้เกิดในระดับจิตวิทยาบุคคล องค์กรและกลุ่มหรือชุมชน (Israel 1994)

จากประสบการณ์การทำงานในประเทศ Scotland ได้สรุปบทเรียน ในเว็บไซต์ <http://www.scotland.gov.uk> ว่า การสร้างพลังอำนาจชุมชนเป็นไปได้ทั้งแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการ แบบเป็นทางการคือการที่ชุมชนมีบทบาทและมีอำนาจตัดสินใจที่เป็นที่ยอมรับจากภาครัฐ แบบไม่เป็นทางการคือการที่ชุมชนมีศักยภาพในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระจากระบบหรือกระบวนการของภาครัฐ

ในการทำงานทั้งสองรูปแบบ พอสรุปได้ว่า ระดับการมีพลังอำนาจของชุมชนสามารถเรียงจากน้อยไปมาก โดยดูลักษณะกิจกรรมของชุมชนได้ดังนี้

1. การมีข้อมูลข่าวสาร ชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่มีการตัดสินใจไปแล้ว
2. การปรึกษาหารือ ชุมชนได้รับเชิญให้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ความเห็นของชุมชน อาจจะมีหรือไม่มีผลต่อการตัดสินใจก็ได้
3. การมีส่วนร่วมแบบเป็นทางการ ชุมชนได้มีการระบุหรือส่งตัวแทนให้เข้าไปมีบทบาทในการตัดสินใจ
4. การมีอำนาจตัดสินใจ ชุมชนมีสิทธิที่จะตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีวิธีการที่จะดำเนินการตามที่ตัดสินใจ

การมีพลังอำนาจในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจะเกิดขึ้นได้ขึ้นกับความสามารถในการรวมกลุ่มของชุมชนเองจึงมักเรียกกันว่า ต้นทุนทางสังคม (Social capital) ชุมชนจะไม่สามารถมีอำนาจแบบเป็นทางการ ถ้าชุมชนไม่สามารถชี้ประเด็นที่สนใจ หรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่นได้ ในขณะเดียวกันชุมชนก็จะไม่สามารถดำเนินการใดๆได้ถ้าสมาชิกในชุมชนไม่มีทักษะในการรวมกลุ่มและการสื่อสาร ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมการรวมกลุ่ม การฝึกทักษะการเรียนรู้และการสื่อสาร นั่นเอง

### บทสรุป แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model)

การสร้างพลังอำนาจ ได้มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจนพอสรุปเป็นแนวเดียวกันได้ว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการไม่ใช่กิจกรรมอย่างที่ใช้กันอยู่ แนวคิดนี้มีความทันสมัยของแนวคิดในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ อยู่ที่การมองการเปลี่ยนแปลงในสองระดับ คือ บุคคล และ องค์กรหรือสังคม นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การวัดและการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ไม่ว่าจะนำไปใช้ในระบอบใด การวัดการเปลี่ยนแปลงควรทำทั้งสองระดับ ดังนั้นในการนำไปใช้ไม่ว่าจะเป็นบริบท ของชุมชน องค์กร โรงเรียน โรงพยาบาล ผู้ใช้ควรที่จะออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับทฤษฎีที่มีความเป็นกระบวนการ และควรออกแบบเครื่องมือวัดและ กิจกรรมการวัดและประเมินผลให้สอดคล้องกับกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ที่กล่าวมาแล้วด้วย

บันทึกนี้เขียนที่ GotoKnow โดย นาย วิชัย ชูจิต ใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วทุ่ง

## 2.4 แนวคิดการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization)

### 2.4.1 ขั้นตอนหลักในการขับเคลื่อนพลังสังคม (Step in social movement)

การขับเคลื่อนพลังสังคม (Step in social movement) ในทางปฏิบัติ Bracht (2001, pp. 90-95) กล่าวว่า การขับเคลื่อนพลังทางสังคม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ การวิเคราะห์ชุมชน การออกแบบและการริเริ่มกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม การรักษาการเชื่อมประสานกัน และการแพร่กระจายและการสร้างความคงทน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ชุมชน (Community analysis) คือ การทำความเข้าใจ คุณลักษณะต่างๆของชุมชน เช่น แนวปฏิบัติ แนวการจัดองค์กรชุมชน การดำเนินการดังกล่าว เริ่มตั้งแต่การพิจารณาชุมชนในเชิงสัมพันธ์ภาพทางจิตวิทยา และเชิงภูมิศาสตร์ซึ่งข้อมูลดังกล่าว จะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ในชุมชน พื้นที่ และความผูกพันของสมาชิกในชุมชน หลังจากนั้นมีการเก็บข้อมูล



ต่างเพื่อประเมินความพร้อมของชุมชนในการร่วมมือด้านกิจกรรมเชิงการ เปลี่ยนแปลง เช่น การพิจารณาเกี่ยวกับกิจกรรมร่วมมือในอดีต ความสนใจในการร่วมมือของกลุ่ม ผู้มีอิทธิพลในชุมชน และสมาชิกในชุมชน เป็นต้น

2. การออกแบบและการริเริ่มกิจกรรม (Design and Initiation) เน้นการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (coalition) ขององค์กรชุมชนเพื่อทำหน้าที่ประสานความร่วมมือของ พลเมือง และการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆโดยเครือข่ายความร่วมมือที่ตีพิมพ์ประกอบไปด้วยคนที่ เป็นตัวแทนจาก องค์กรที่มีความหลากหลายและเห็นพ้องต้องกันในการร่วมมือการทำงาน (Bracht, 2001) นอกจากนี้ กิจกรรมดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับการวางแผนกิจกรรมและการแสวงหา แนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน

3. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) เน้นการร่วมมือของชุมชนในการนำแผน กิจกรรมต่างๆไปสู่การปฏิบัติซึ่งในการดำเนินการนี้จำเป็นต้องใช้บทบาทและความ รับผิดชอบของ พันธมิตรในกลุ่มต่างๆให้ชัดเจน การชี้แนะแนวทางและอบรม การปรับปรุงแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในท้องถิ่นและการขยายการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนให้กว้างขึ้น

4. การรักษาการเชื่อมประสานกัน (Maintenance Consolidation) โดยเน้นการรักษาจำนวนอาสาสมัครสมาชิกและการดำเนินกิจกรรมต่างๆและการพยายามผสมผสาน กิจกรรมต่างๆ ให้ผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในเครือข่ายเดิมของชุมชน

5. การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน (Dissemination and Durability) โดยการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการการทบทวนกิจกรรมและผลต่างๆที่เกิดขึ้นการปรับ แผนการทำงาน และการปรับปรุงข้อมูลด้านการวิเคราะห์ชุมชน ในเชิงภาพรวมแล้วการขับเคลื่อนทางสังคมเป็นการ แสวงหาแนวทางในการร่วมมือกับพันธมิตรในทุกระดับอย่างมียุทธศาสตร์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัด กิจกรรมสนับสนุนที่ หลากหลาย และเพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับรู้เกี่ยวกับการเพิ่มพลังต่างๆในการ ควบคุมและ จัดการสถานะแวดล้อมโดยตรง

การขับเคลื่อนทางสังคมยังมีจุดร่วมที่ใกล้เคียงกับการชี้แนะประเด็นฝ่ายสื่อต่างๆ (ปารีชาติ สถาปตานนท์และคณะ, 2551, น. 31-37) กล่าวคือ การระดมพลังทางสังคมเน้น การพัฒนา สัมพันธภาพกับกลุ่มสื่อมวลชนในฐานะพันธมิตรกลุ่มหนึ่ง การร่วมมือของสื่อมวลชนใน การนำเสนอ วาระทางสื่อมวลชน (media agenda) ช่วยเติมแต่งพลังของกลุ่มต่างๆในการดำเนินกิจกรรมต่างๆของ การเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างไรก็ตามการระดมพลังต่างจากการชี้แนะ ประเด็นสาธารณะผ่านสื่อต่างๆ กล่าวคือ การชี้แนะประเด็นผ่านสื่อต่างๆมุ่งเน้นความร่วมมือกับ นักสื่อสารมวลชนในการสร้างกระแส

กตสันผู้กำหนดนโยบายต่างๆในขณะที่การขับเคลื่อนทางสังคมให้ความสำคัญในการร่วมมือกับพันธมิตรที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงพันธมิตรที่เป็นองค์กร ภาครัฐ องค์กรภาคธุรกิจองค์กรพัฒนาเอกชนในการร่วมมือกันผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างแท้จริงในสังคม

#### 2.4.2 หลักการสำคัญในการขับเคลื่อนทางสังคม (Key Concept of Social Movement)

การขับเคลื่อนทางสังคมดำเนินการบนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า การมีส่วนร่วมของพลเมือง (Citizen participation) เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดำรงชีวิต และวิถีปฏิบัติของ สังคมประชาธิปไตย ดังนั้นพลเมืองจึงจำเป็นต้องรวมกลุ่มกันเข้ามามีบทบาทในกิจกรรมด้านการพัฒนาสังคม การเมือง และวัฒนธรรม (Bracht, 2001, pp. 62-80) การระดมพลังทางสังคมในการขับเคลื่อนประเด็นให้เป็นเรื่องของสาธารณะ จึงให้ความสำคัญกับการประสานความร่วมมือ กับกลุ่มพันธมิตรจากทุกภาคส่วนในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนในการรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะเป็นเสมือน การร่วมมือกันยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน สนับสนุนการถ่ายโอนทรัพยากรและบริการ ต่างๆให้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสมาชิกในชุมชน ตลอดจนการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางพื้นฐานของชุมชนอย่างความยั่งยืนและการพึ่งตนเอง

#### 2.4.3 การขับเคลื่อนทางสังคมในยุคล่าสุด (The newest Social Movement) ค.ศ.1990s

เป็นขบวนการเคลื่อนไหวตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 ถึงศตวรรษที่ 21 เป็นต้นมา ได้รับการสนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมให้อยู่ในระดับโลกมากขึ้นแต่อาจจะประเมินไม่ได้ถึง เหตุการณ์หรือกรณีที่น่าไปสู่การสนับสนุนได้อย่างตายตัว เป็นกระบวนการที่เหมือนจะมีแต่ไม่มี (วิริยะสว่างโชติ, 2549) อาจจะมีหรือไม่มีแกนนำในการขับเคลื่อนเป็นการเคลื่อนไหวที่เป็นในเชิง สัญลักษณ์ ไม่ใช่การโค่นล้มอำนาจในสังคมเหมือนกับการขับเคลื่อนในยุคแรกๆแต่เป็นการสร้างแรงบันดาลใจให้กับคนอื่น ๆ ในสังคมให้เกิดความรู้สึกและเข้ามามีส่วนร่วมโดยการใช้สื่อในการ สื่อสารออกไปสู่ผู้คนที่หรือมีสื่อของตนเอง (Indy network) สิ่งสำคัญคือ เป็นการสร้างเครือข่ายที่ไม่ใช่การจัดตั้ง บางครั้งจะเรียกว่า กระบวนการต่อต้านโลกาภิวัตน์ (Anti Globalization)

กล่าวโดยสรุปว่าการเกิดขึ้นของการขับเคลื่อนทางสังคมเกิดจากความตระหนักใน สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาคของประชาชนอีกทั้งความเป็นชุมชนเมือง (Urbanization) ทำให้เกิดการรวมกลุ่มเรียกร้องหรือแสดงตัวตนและต้องการแสดงอัตลักษณ์ให้ปรากฏ รวมถึงความเจริญเติบโตของ



ภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจ ทำให้คนจำนวนหนึ่งไม่ได้รับความเป็นธรรมในการจ้างงาน การกดขี่ การเอารัดเอาเปรียบ (Cohen, 1992, pp. 78) การขับเคลื่อนทางสังคมมีหลายประเด็นและหลายแง่มุม รูปแบบของการขับเคลื่อน ประเด็นทางสังคมสามารถจะขับเคลื่อนได้จากส่วนบนลงสู่ด้านล่างหรือขับเคลื่อนจากส่วนล่าง ไปด้านบนหรือเป็นการขับเคลื่อนในลักษณะเครือข่ายร่วมกัน ทั้งนี้นายแพทย์ ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโส (ประเวศ วะสี, 2548, น.6-11) ยังได้กล่าวถึงรูปแบบการขับเคลื่อนทางสังคมแบบ สามเหลี่ยม ที่ใช้ในการขับเคลื่อนประเด็นทางสุขภาวะเนื่องจากการจะบรรลุจุดหมายภายใต้สภาวะสังคมที่ซับซ้อน เป็นเรื่องยากเปรียบเสมือนการเขยื้อนภูเขาตั้งนั้นแนวคิดสามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา จึงเป็นแนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะ โดยการบูรณาการ ทำงานร่วมกันของ องค์ประกอบในสังคมที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบภาควิชา การองค์ประกอบภาคประชาสังคม องค์ประกอบภาครัฐและการเมืองที่มีส่วนสนับสนุนและ สามารถผลักดันสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังเช่น การปฏิรูประบบ สุขภาพที่ทำให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพและมีหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในการเข้าถึงสิทธิ การรักษาพยาบาล

### สรุปเชส โมเดล (SES model)

เชส โมเดล (SES model) หมายถึง การผสมผสานตั้งเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ สรุปรวมเป็นแนวคิดการแก้ไขปัญหาโรคร้ายไข้ไม่ดับและส่งผลต่อการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี

### 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กุนนที พุ่มสงวน (2557) การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นการสร้างเสริม พลังใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของสุขภาพ หันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่การ ป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลัง ให้

เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง โดยที่พยาบาลคอยช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นที่จะ ดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ (2558) การวิจัยกระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณวาสครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงของชุมชนวัดปุณณวาส ผลการวิจัยพบว่าคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างหลังกระบวนการเสริมพลังเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนกระบวนการเสริมพลัง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเสริมพลังก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับบุคคล ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณวาส

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ (2560) แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ผลการวิจัยพบว่าแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี มีองค์ประกอบ 3 ส่วนได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย คณะทำงานและการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน 2) กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ประกอบด้วย ขั้นตอนแผน ขั้นตอนมือปฏิบัติ ขั้นตอนสังเกตผล และขั้นตอนสะท้อนกลับเพื่อการจัดการความรู้ และ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ และ (2) คณะทำงานมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมากขึ้นเนื่องจากมีเป้าหมายที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาทำให้ทุกภาคส่วนในอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเขตบริการสุขภาพควรสนับสนุนด้านองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอและเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลให้ครอบคลุมทั้งด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ และด้านกระบวนการในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

รัชณี มิตกิตติ (2559) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชนให้ก้าว ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างยั่งยืน โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ทางเลือกไปสู่การสร้างนโยบายของชุมชนบนฐานข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยผ่านเวทีประชาคมให้ตัดสินใจร่วมกันนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมีปฏิทินการทำงานและติดตามประเมินผลร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่มาร่วมกันลงความคิดเห็นสร้างข้อตกลงกำหนดมาตรการให้คนในชุมชนทราบและยอมรับนำไปสู่ปฏิบัติร่วมกัน

กาญจนา ฮามสมพันธ์ และคณะ (2559) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝางอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้การสร้างพลังอำนาจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ทัศนคติมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้คือ การที่หัวหน้าครัวเรือนได้รับองค์ความรู้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้หัวหน้าครัวเรือนมีความมั่นใจ กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการ

เยี่ยมติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้หัวหน้าครัวเรือนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดีขึ้น

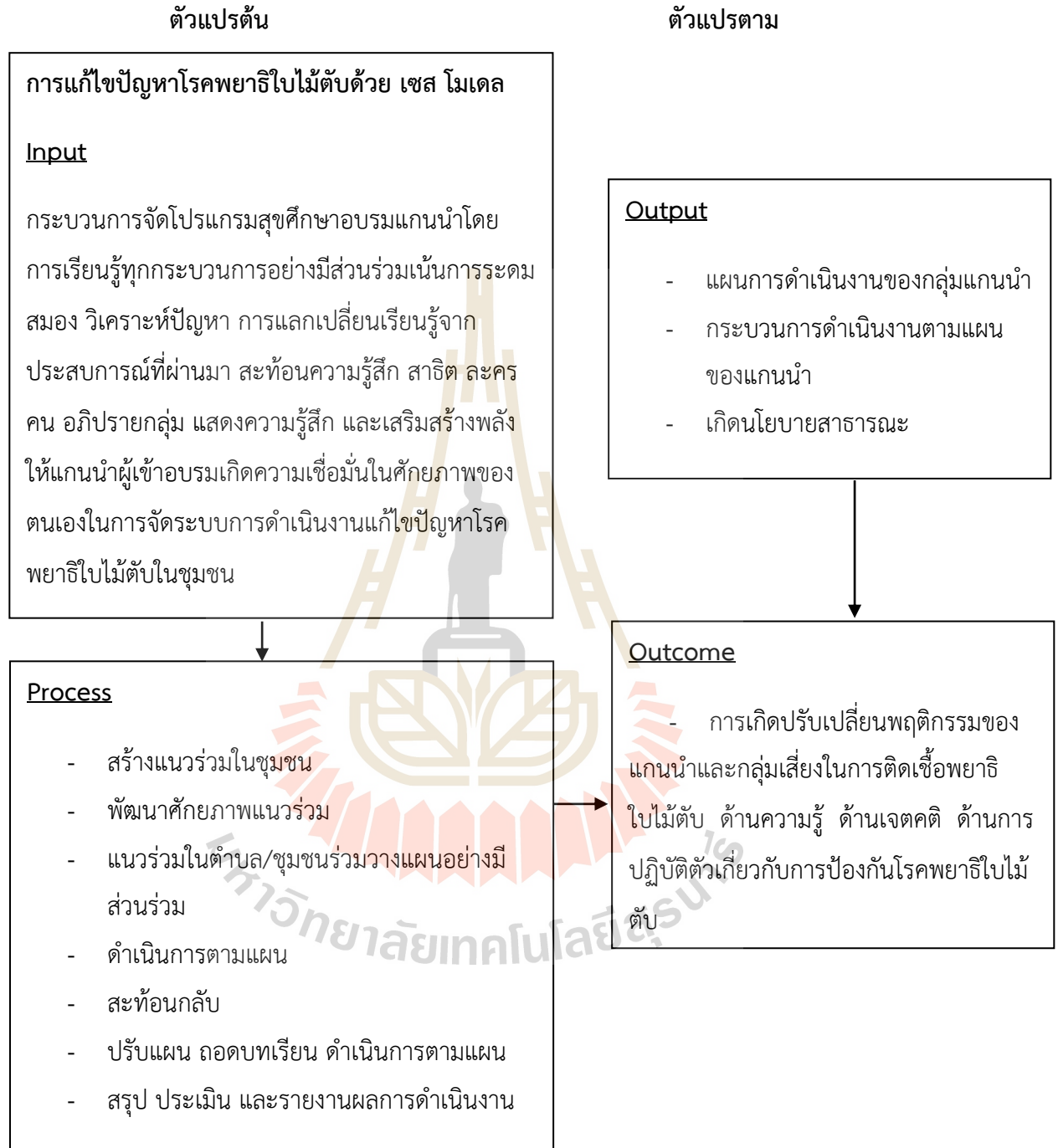
สิงขร ศรีสงคราม (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ บ้านคอนสวรรค์ หมู่ที่ 15 ตำบลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่มีความยินดีและสมัครใจ จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45 หลังการพัฒนาศักยภาพมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.001$ , 95%CI = -4.37 ถึง -2.82) ผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยเทคนิคกระบวนการ AIC ได้โครงการ จำนวน 4 โครงการ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถพัฒนาศักยภาพของประชาชนในเรื่องความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้สูงขึ้นและชุมชนเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับทำให้สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้

Sveson (2002) ได้ศึกษาการขับเคลื่อนทางสังคมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนในประเทศสวีเดน พบว่า การมีส่วนร่วมของเยาวชน องค์กรชุมชนในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการตั้งแต่ การร่วมกำหนดปัญหาและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน การออกแบบโครงการและการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการเป็นการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ทั้งนี้โครงการยังดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในชุมชน แม้ว่าองค์กรที่สนับสนุนจากภายนอกจะหมดหน้าที่แล้ว

Sarkar (2010) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนในการป้องกันโรค ภูมิภาคเอเชีย พบว่า โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มเป้าหมายการมีส่วนร่วมและผลักดันจากทุกภาคส่วนในสังคม นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการอย่างยั่งยืน

Obregon & Waisbord (2010) ได้ศึกษาถึงการขับเคลื่อนของชุมชนในการรณรงค์วัคซีนโปลิโอ ทั้งในรูปแบบนโยบายจากบนลงล่าง และการผลักดันจากชุมชนขึ้นไปเพื่อกำหนดนโยบาย พบว่า การดำเนินโครงการโดยขาดส่วนร่วมจากชุมชน หรือ องค์กรภาคประชาชนโดยเฉพาะไม่มีแกนนำ สื่อ หรือ องค์กรเครือข่ายในชุมชน เกี่ยวข้องกับโครงการอันเป็นผลให้ประชาชนไม่สนใจโครงการ และทำให้โครงการไม่มีความต่อเนื่อง

## 2.6 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 3.1 แหล่งข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quazi-experimental research) โดยทำการศึกษาทดลองในชุมชน (community trial) เพื่อศึกษาการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

โดยมีแหล่งข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์การศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ประเมินการจัดการระบบ ประเมินพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรค การประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มเลือกพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาวิจัยตามความต้องการของชุมชนที่สนใจในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในเขตตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้จากการสุ่มแบบ simple random sampling จากพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 5 อันดับ และมีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

##### 3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรที่มีอายุ 18- 60 ปีและอาศัยอยู่ในเขตตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง การหาขนาดตัวอย่างเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้ (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2548)



$$n = \frac{\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

โดยกำหนดให้

$n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$Z_\alpha$  = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่  $\alpha = 0.05$  (1.64)

$Z_\beta$  = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type II Error ที่  $\beta = 0.10$  (1.282)

$\sigma$  = ผลต่างความแปรปรวนของตัวอย่างกลุ่มที่สัมพันธ์กันหรือกลุ่มหนึ่งวัดซ้ำ

$\mu_d$  = ผลต่างค่าเฉลี่ยของ ของตัวอย่างกลุ่มที่สัมพันธ์กันหรือกลุ่มหนึ่งวัดซ้ำ

กำหนดระดับนัยสำคัญ  $< 0.05 = -3.96$

จากการศึกษาของ พัทธิกา ศรีบุญมาก (2548) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีกลุ่มตัวอย่างการทดลองจำนวน 28 คน ผลการทดลองเรื่องความรู้การป้องกันไขมันสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ย 13.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.10 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันไขมันสูง ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.47

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเนื่องจากงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกันในการคำนวณหาตัวอย่างเพื่อใช้ในการงานวิจัย (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2548: 302)

การหาค่าความแปรปรวน

$$\begin{aligned} S_p^2 &= \frac{(n-1)sd_1^2 + (n-1)sd_2^2}{n+n-2} \\ &= \frac{(28-1) 2.47^2 + (28-1) 2.47^2}{28+28-2} \\ &= 7.855 \end{aligned}$$

ผลต่างของผล (Effect size)  $\mu_0 - \mu_1$  คือ  $13.04 - 17.00 = -3.96$  ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้มี ความแตกต่างกันที่ 3.96 คะแนนแทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times \sigma_d^2}{\sigma_d^2}$$

$$= \frac{7.855^2 (1.64+1.28)^2}{3.96^2}$$

$$= 33.54$$

ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 34 คน แต่เพื่อป้องกันผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Dropout) จึงได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 โดยกำหนดให้

R = ค่าที่คาดว่าจะสูญหาย กำหนดไว้ที่ร้อยละ 10

$$n_{ads} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

แทนค่าในสูตร

$$= \frac{34}{(1.00 - 0.10)^2}$$

$$= 41.9$$

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านในกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน และทั้งสองกลุ่มจะต้องมีความคล้ายคลึงกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

กลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนากระบวนการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กลุ่มเปรียบเทียบ ในพื้นที่ใกล้เคียงกันที่มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่

### 3.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (Inclusion criteria)

1. เกณฑ์การคัดเลือก ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แม่บ้าน พระสงฆ์ นักพัฒนาชุมชน ปศุสัตว์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ปราชญ์ชาวบ้าน ประชาชน กลุ่มเสี่ยงที่เคยมีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ โดยมี เกณฑ์การคัดเลือก

- 1.1 มีอายุตั้งแต่ 18- 60 ปี เป็นผู้อ่านออกเขียนหนังสือได้
- 1.2 สภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย
- 1.3 มีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

### 3.2.3 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

3.2.4 เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria) ผู้วิจัยที่เข้าร่วมโครงการแล้วมีความประสงค์จะยุติโครงการ หรือไม่พึงพอใจ

### 3.2.5 การจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่ม (Subject allocation)

กลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนากระบวนการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กลุ่มเปรียบเทียบ ในพื้นที่ใกล้เคียงกันที่มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ ตั้ตามนโยบายปกติของพื้นที่

## 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามการศึกษารูปแบบ การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ประเมินการจัดการระบบ (2) ประเมินพลังอำนาจในการป้องกันและ ควบคุมโรค (3) การประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (5) เจตคติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (6) และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร เป็นแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ ตำแหน่ง หรือบทบาทหน้าที่ในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการระบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน ด้าน

กระบวนการดำเนินงาน และด้านผลผลิต ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ

การประเมินระบบ	การให้คะแนน	
	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1	5

การวิเคราะห์ระดับของคะแนนเฉลี่ย โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ likert scale (1976) มีเกณฑ์ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 แปลความหมายว่า มีการจัดการระบบมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 แปลความหมายว่า มีการจัดการระบบมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 แปลความหมายว่า มีการจัดการระบบปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 แปลความหมายว่า มีการจัดการระบบน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 แปลความหมายว่า มีการจัดการระบบน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกระบวนการสร้างพลังในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ

ประเมินการสร้างพลัง	การให้คะแนน	
	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3

ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1	5

การวิเคราะห์ระดับของคะแนนเฉลี่ย โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ likert scale (1976) มีเกณฑ์รายข้อดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00	แปลความหมายว่า	มีการสร้างพลังอำนาจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20	แปลความหมายว่า	มีการสร้างพลังอำนาจมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40	แปลความหมายว่า	มีการสร้างพลังอำนาจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60	แปลความหมายว่า	มีการสร้างพลังอำนาจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80	แปลความหมายว่า	มีการสร้างพลังอำนาจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มาก (ทำกิจกรรมบ่อยครั้งสม่ำเสมอ) ปานกลาง (ทำกิจกรรมบ้างเป็นบางครั้ง) น้อย (แทบจะไม่มีเลย) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ

ประเมินการขับเคลื่อนทางสังคม	การให้คะแนน	
	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มาก (ทำกิจกรรมบ่อยครั้งสม่ำเสมอ)	3	1
ปานกลาง (ทำกิจกรรมบ้างเป็นบางครั้ง)	2	2
น้อย (แทบจะไม่มีเลย)	1	3

การวิเคราะห์ระดับของคะแนน โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) มีเกณฑ์รายด้านดังนี้

ระดับการปฏิบัติสูง	มีคะแนนมากกว่า	$\bar{X} + SD$
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm SD$
ระดับการปฏิบัติต่ำ	มีคะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - SD$

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ ตอบถูกให้ = 1 คะแนน ตอบผิดให้ = 0 คะแนน และมีเกณฑ์การแปรผลดังนี้

#### เกณฑ์การแปลผล

ความรู้ระดับสูง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ

เจตคติ	การให้คะแนน	
	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การวิเคราะห์ระดับของคะแนน โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) มีเกณฑ์รายด้านดังนี้

ระดับการปฏิบัติสูง	มีคะแนนมากกว่า	$\bar{X} + SD$
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm SD$
ระดับการปฏิบัติต่ำ	มีคะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - SD$

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ

ระดับการปฏิบัติ	การแปลความหมาย	การให้คะแนน	
		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ (5 -7 ครั้งต่อสัปดาห์)	3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค	2	2

	บางครั้ง (1- 4 ครั้งต่อสัปดาห์)		
ไม่เคยปฏิบัติ	ไม่เคยมีการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคเลยใน 1 สัปดาห์	1	3

การวิเคราะห์ระดับของคะแนน โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัด ประเมินของ Best (1981) มีเกณฑ์รายด้านดังนี้

ระดับการปฏิบัติสูง	มีคะแนนมากกว่า	$\bar{X} + SD$
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm SD$
ระดับการปฏิบัติต่ำ	มีคะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - SD$

### 3.3.2 เครื่องมือ อุปกรณ์และสารเคมี ที่ใช้สำหรับการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ดังนี้

การตรวจหาไข่พยาธิ ด้วยวิธีเข้มข้น mini parasep sf faecal concentrator technique (MPFC) การเตรียมตัวอย่างและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี MPFC เป็นวิธีที่ปราศจากการใช้สาร Ether หรือ Ethyl-Acetate สำหรับช่วยทำให้สามารถเห็นไข่และตัวอ่อนพยาธิ ซีสของโปรโตซัวได้อย่างชัดเจนและมีปริมาณมากเพียงพอ ชุดทดสอบนี้มีคุณสมบัติด้านความปลอดภัยและสุขอนามัยผู้ปฏิบัติงานเป็นกระบวนการทดสอบที่เป็นระบบปิดทั้งหมด ไม่จำเป็นต้องใช้สารตัวทำลายที่อันตราย มีวิธีการดังนี้

- 1) การเตรียมสิ่งส่งตรวจโดยหมุนฝาเกลียวออกแล้วเติมฟอร์มาลีน 10% จำนวน 3.3 ml. และ Triton X อีก 1 หยดแล้วผสมให้เข้ากัน แล้วตัดอุจจาระด้วยปลายช้อนที่ติดอยู่กับไส้กรองใส่ลงในสารละลายที่เตรียมไว้
- 2) ผสมให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน โดยหมุนฝาเกลียวปิดให้แน่นแล้วเขย่าหรือใช้ Vortex Mixer ให้ส่วนไส้กรองอยู่ด้านล่างและกรวยอยู่ด้านบน (ถ้าไม่ได้ตรวจทันทีที่ตั้งทิ้งไว้ 24 ชั่วโมงก็ได้)
- 3) การปั่นตกตะกอน โดยกลับส่วนกรวยลงล่างและส่วนสารละลายขึ้นด้านบน นำไปปั่นตกตะกอนด้วย เครื่อง Centrifuge ที่ 200 g นาน 2 นาที Mini Parasep SF สามารถใส่ในหัวปั่นหลอดขนาด 15 ml. ได้
- 4) การตรวจหาไข่พยาธิ วิธี Direct Method โดยหมุนฝาเกลียวออกทิ้ง ไปพร้อมไส้กรอง เทสารละลายส่วนบนทิ้งไป แล้วหยดน้ำเกลือลงบนสไลด์ 1 หยด และหยดตะกอนจากนั้นหลอดอีก 1 หยด ผสมเข้ากับน้ำเกลือแล้วปิดด้วย Coverslip นำไปส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ต่อไป แล้วนำไปหาความชุกและความหนาแน่นของการติดเชื้อ

### 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การศึกษารูปแบบการแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับประเมินการจัดการระบบ ประเมินพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรค การประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ท่านประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ พญ.สรณัฐ แก้วพิบูลย์ และอาจารย์จุน หน่อแก้ว ประเมิน และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยค่าดัชนี ความสอดคล้องมีค่าเท่ากับ 0.60–1.00 แสดงว่าข้อความนั้นใช้ได้

3.4.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้ผ่านการ Try out และวิเคราะห์หาค่า KR-20 ผลการวิเคราะห์ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.80

3.4.3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ผ่านการ Try out และ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ เท่ากับ 0.79

3.4.4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quazi-experimental research) โดย ทำการศึกษาทดลองในชุมชน (community trial) มีการวัดผลการทดลองเป็น 5 ระยะ คือ ระยะ ก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยมีการ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 O1 — S1 — E2 — S3 — O3

กลุ่มทดลองที่ 2 O1 — X1 — X1 — X1 — O3

O1 = การวัดก่อนการทดลอง (Pretest)

X1 = การดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่

S1 = การให้โปรแกรม SES MODEL ครั้งที่ 1

E2 = การให้โปรแกรม SES MODEL ครั้งที่ 2

S3 = การให้โปรแกรม SES MODEL ครั้งที่ 3



O3= การวัดหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 12 สัปดาห์ (Posttest)

### 3.5.2 การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีวิธีการดำเนินงานตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.5.2.1 ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ เพื่อดำเนินการขอเข้าพื้นที่ในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งอยู่เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขุนทอง

3.5.2.2 ติดต่อประสานงานกับในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนคนทา จำนวน 2 พื้นที่ ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและเดอบแบบสัมภาษณ์ และทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เป็นลายลักษณ์อักษรต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.5.2.3 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาแก่ แกนนำ อาสามัคร และส่งหนังสือชี้แจงอาสามัครแก่แกนนำ เพื่อลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

3.5.2.4 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างความเข้าใจในการดำเนินโครงการวิจัยกับทีมวิจัยที่จะลงพื้นที่ ดำเนินกิจกรรม เซส โมเดล และเก็บตัวอย่างอุจจาระและทำการวิเคราะห์ผล

3.5.2.5 ชี้แจงกระบวนการดำเนินงาน เซส โมเดล การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล โดยเป็นการผสมผสานดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดยมีกระบวนการดังนี้

#### 1. การจัดระบบ (System approach) ดำเนินการดังนี้

- 1.1 ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
- 1.2 ระบุทางเลือกหรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา
- 1.3 เลือกทางเลือก
- 1.4 ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้
- 1.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง

#### 2. การสร้างพลัง (Empowerment) ดำเนินการดังนี้

- 2.1 การพัฒนาตนเองหรือการพัฒนาบุคคล
- 2.2 การสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- 2.3 การสรุปประเด็นรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อรณรงค์
- 2.4 การมีส่วนร่วมฝึกกำลังเป็นกลุ่มผลักดันประเด็น
- 2.5 การสร้างพลังทางการเมืองและสังคม

### 3. การขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ดำเนินการดังนี้

- 3.1 การวิเคราะห์ชุมชน
- 3.2 การออกแบบและการริเริ่มกิจกรรม
- 3.3 การดำเนินกิจกรรม
- 3.4 การรักษาการเชื่อมประสานกัน
- 3.5 การสร้างความมั่นคง

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

#### 3.6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะประชากร ดังนี้

1) สำหรับข้อมูลแจกแจงได้แก่ ข้อมูลเพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก ตำแหน่ง หรือบทบาทหน้าที่ในชุมชน นำเสนอด้วยค่าความถี่และร้อยละ

2) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ รายได้ นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ความชุกของการติดเชื้อพยาธิ (Prevalence of Parasites) โดยคำนวณได้ดังนี้

$$\% \text{ prevalence} = \frac{\text{Number of stool positive} \times 100}{\text{Total number of stool examined}}$$

3.6.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบเกี่ยวกับความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ทดสอบการกระจายข้อมูลแล้วเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ t-test มีการแจกแจงปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t – test และ Independent t – test และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง กรณีการวัดซ้ำเกินกว่า 2 ครั้ง จะใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ One-way repeated measure ANOVA (Time series design)

### 3.7 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ KHE 2018-040 เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย โดยผู้วิจัยได้ตระหนัก และให้ความสำคัญถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อย่างสูงยิ่ง และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเชิงลบ และกระทบกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางในการศึกษาด้านจริยธรรมในการวิจัยดังนี้

3.6.1 หลักความเคารพในบุคคล (Respect for persons) คือ เคารพในการตัดสินใจของผู้ที่จะ มาเป็นอาสาสมัคร จะต้องมีความยินยอมโดยสมัครใจที่จะให้ข้อมูล

3.6.2 หลักผลประโยชน์ (Benefit) หรือไม่ก่ออันตราย (Non-maleficence do not harm) พยายามให้เกิดประโยชน์สูงสุด ระวังป้องกันอันตรายหรือความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น และผู้ให้ข้อมูลมั่นใจว่าไม่มีผลกระทบใดๆต่อตนเอง

3.6.3 หลักยุติธรรม (Justice) จะปฏิบัติต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักศีลธรรมให้แต่ละคนได้รับในสิ่งที่พึงได้รับ และปฏิบัติกับทุกคนเสมอภาคกัน

3.6.4 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบ (Design) เป็นอย่างดี วิธีการศึกษา (Methodology) ที่เหมาะสมสามารถตอบคำถามการวิจัยหรือวัตถุประสงค์การวิจัยได้

3.6.5 ผู้วิจัยจะดำเนินการใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเมื่อผ่านอนุมัติจริยธรรม

3.6.6 ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

3.6.7 ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับไม่เปิดเผยไม่คัดลอกชื่อไม่ส่งผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quazi-experimental research) โดยทำการศึกษาดทดลองในชุมชน (community trial) เพื่อพัฒนากระบวนการและศึกษาผลของกระบวนการการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ในการศึกษาการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล โดยมีการนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ตอน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การจัดการระบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์กระบวนการสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 4 ผลวิเคราะห์การขับเคลื่อนทางสังคมในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิด

โรคพยาธิใบไม้ตับ และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน การวัดซ้ำก่อนและหลังให้ Intervention

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

##### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 80 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 เพศชายร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่อายุ 31 – 39 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 44.6 ปี จบการศึกษาระดับมัธยม/ปวช ร้อยละ 40.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 35.0 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 52.5 รายได้เฉลี่ย 18,316.5 บาทบาทหน้าที่ในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 17.5และเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำเยาวชน และกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 12.5

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 เพศชาย ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่อายุ 31 – 39 ปี ร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ย 45.1 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 47.5 สถานภาพสมรสร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.5 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 52.5 รายได้เฉลี่ย 19,283 ตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 25.0 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 17.5 ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลังการการปรับโปรแกรมเชส โมเดล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>				
ชาย	19	47.5	14	35.0
หญิง	21	52.5	26	65.0
<b>2. อายุ</b>				
≤30 ปี	4	10.0	10	25.0
31 – 39 ปี	20	50.0	13	32.5
40 – 49 ปี	13	32.5	10	25.0
50 ปีขึ้นไป	3	7.5	7	17.5
$\bar{X}$ = 44.6 Max= 59 Min= 27 SD= 1.9 กลุ่มทดลอง (n=40)				
$\bar{X}$ = 45.1 Max= 61 Min= 29 SD= 2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)				
<b>3. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
ประถมศึกษา	7	17.5	12	30.0
มัธยม/ปวช	16	40.0	3	7.5
อนุปริญญา/ปวส	6	15.0	6	15.0
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	11	27.5	19	47.5
<b>4. สถานภาพ</b>				
สมรส	21	52.5	20	50.0
โสด	16	40.0	19	47.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	7.5	1	2.5

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลังการการจัดโปรแกรมเซส โมเดล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ				
รับจ้าง	10	25.0	7	17.5
เกษตรกรกรรม	6	15.0	15	37.5
ค้าขาย	4	10.0	4	10.0
แม่บ้าน	4	10.0	0	0.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	35.0	13	32.5
นักเรียนนักศึกษา	2	5.0	1	2.5
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย				
≤ 10,000 บาท	14	35.0	10	25.0
10,001 – 20,000 บาท	21	52.5	21	52.5
20,001 – 30,000 บาท	2	5.0	7	17.5
40,000 บาทขึ้นไป	3	7.5	2	5.0
$\bar{X}$ = 18316.5 Max= 50,000 Min= 3,000 SD= 24.0 กลุ่มทดลอง (n=40)				
$\bar{X}$ = 19,283.2 Max= 52,000 Min= 3,000 SD= 26.1 กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)				
7. ตำแหน่งบทบาทหน้าที่ในชุมชน				
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน อสม.	2	5.0	10	25.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	12.5	7	17.5
ครู	3	7.5	1	2.5
ปลัดหรือเจ้าหน้าที่ อบต.	2	5.0	0	0.0
สมาชิก อบต.	2	5.0	1	2.5
นักเรียน/นักศึกษา	2	5.0	3	7.5
นายกอบต./รองนายก	1	2.5	1	2.5
แกนนำเยาวชน	5	12.5	4	10.0
ผู้นำกลุ่มสตรี	4	10.0	1	2.5
กรรมการหมู่บ้าน	5	12.5	1	2.5
ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน				
ประชาชนในหมู่บ้าน	7	17.5	10	25.0



## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

ประเด็นพิจารณา	ระดับความเหมาะสมก่อน			ระดับความเหมาะสมหลัง		
	$\bar{X}$	SD	การแปลผล	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
การประเมินด้านบริบท หรือสภาวะแวดล้อม	3.49	1.04	มาก	4.34	1.08	มากที่สุด
การประเมินปัจจัยเบื้องต้น หรือปัจจัยป้อน	3.00	0.69	ปานกลาง	4.17	0.49	มาก
ด้านกระบวนการดำเนินงาน	3.13	1.61	มาก	4.79	1.31	มากที่สุด
ด้านผลผลิต	2.64	0.88	ปานกลาง	4.64	0.54	มากที่สุด
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ</b>						
การประเมินด้านบริบท หรือสภาวะแวดล้อม	3.96	0.98	มาก	3.83	1.02	มาก
การประเมินปัจจัยเบื้องต้น หรือปัจจัยป้อน	2.29	1.09	น้อย	3.43	1.21	มาก
ด้านกระบวนการดำเนินงาน	3.65	1.09	มาก	3.90	1.04	มาก
ด้านผลผลิต	3.30	1.11	น้อย	3.80	1.11	มาก

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการจัดระบบ การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด ( $\bar{X}= 4.34, SD=1.08$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน มีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 4.17, SD=0.49$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนด้านกระบวนการดำเนินงาน มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด ( $\bar{X}= 4.79, SD=1.31$ ) และด้านผลผลิตมีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 4.64, SD=0.54$ )

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการจัดระบบการประเมินด้านบริบทหรือสถานะแวดล้อม มีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 3.83, SD=1.02$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน มีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 3.83, SD=1.02$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนด้านกระบวนการดำเนินงาน มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด ( $\bar{X}= 3.90, SD=1.04$ ) และด้านผลผลิตมีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 3.80, SD=1.11$ ) ซึ่งจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ จะพบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองหลังการจัดโปรแกรมเซสมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ ดังตารางที่ 2.1

**ตารางที่ 2.2** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบประเมินการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล

การประเมินระบบ	N	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	95%CI	T	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการอบรม	40	12.73	1.15	0.14	0.10-0.19	5.80	0.000*
หลังการอบรม	40	14.87	1.11				
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ</b>							
ก่อนการอบรม	40	11.75	1.22	0.04	-0.10-0.02	1.48	0.143
หลังการอบรม	40	12.79	1.21				

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการระบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001, 95% CI: 0.10-0.19) ส่วนหลังการทดลอง

พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p$ -value < 0.143, 95% CI: 0.10-0.02) ดังตารางที่ 2.2

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์สร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ  
ตารางที่ 3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิ  
ใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล

ประเด็นพิจารณา	ระดับพลังอำนาจก่อน			ระดับพลังอำนาจหลัง		
	$\bar{X}$	SD	การแปลผล	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ความภาคภูมิใจในตนเอง	3.94	1.06	ปานกลาง	4.44	0.86	มากที่สุด
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	3.24	1.15	ปานกลาง	4.14	0.87	มาก
ความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน	3.43	1.35	ปานกลาง	4.34	0.92	มากที่สุด
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ</b>						
ความภาคภูมิใจในตนเอง	3.19	1.12	ปานกลาง	3.49	0.73	มาก
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	3.92	1.22	มาก	3.93	0.91	มาก
ความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน	2.99	1.22	น้อย	4.05	0.94	มาก

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.44, SD=0.86) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อน การสร้างพลังอำนาจด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.14, SD=0.87) และการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.34, SD=0.92)

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.49, SD=0.76) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อน การสร้างพลังอำนาจด้าน

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 3.93$ ,  $SD=0.91$ ) และการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 4.05$ ,  $SD=0.94$ ) ซึ่งจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล มีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ ดังตารางที่ 3.1

**ตารางที่ 3.2** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม เชส โมเดล

การประเมินพลังอำนาจ	n	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	95%CI	T	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการอบรม	40	19.23	1.13	1.40	0.71-2.09	4.03	0.000*
หลังการอบรม	40	17.83	2.68				
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ</b>							
ก่อนการอบรม	40	18.17	1.19	0.74	-0.15-0.63	1.66	0.100
หลังการอบรม	40	17.43	3.55				

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}0.001$ ,  $95\% \text{ CI: } 0.71\text{-}2.09$ ) ส่วนหลังการทดลองพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} < 0.100$ ,  $95\% \text{ CI: } 0.15\text{-}0.63$ ) ดังตารางที่ 3.2

#### ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิเคราะห์ในกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ

ได้ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.73, SD=0.56$ ) รองลงมาคือ มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.31, SD=1.00$ ) และในชุมชนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่คนในครอบครัวทำอาหารหรือชอบ เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.19, SD=1.12$ ) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.86, SD=0.43$ ) รองลงมาคือในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัยปลอดพยาธิ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.63, SD=0.62$ ) ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับ และในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.60, SD=0.67$ ) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังตารางที่ 4.1

**ตารางที่ 4.1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

กิจกรรมในชุมชนของกลุ่มทดลอง	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. มีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.29	1.04	ปานกลาง	4.41	1.00	สูง
2. มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	2.51	1.55	ปานกลาง	3.73	1.26	สูง
3. มีการวางแผนจัดหาทรัพยากร เงิน คน วัสดุ สิ่งของเพื่อใช้ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.63	1.24	ปานกลาง	4.26	0.81	สูง
4. มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	4.31	1.00	สูง	4.22	0.95	สูง
5. มีการประชาสัมพันธ์นำเสนอข้อมูล	3.60	1.50	ปานกลาง	4.26	0.99	สูง

**ตารางที่ 4.1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

กิจกรรมในชุมชนของกลุ่มทดลอง	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
สถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้คนในชุมชนทราบ						
6. มีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างพลังแกนนำภาคีเครือข่ายและสร้างแนวร่วมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.91	1.16	สูง	4.49	0.88	สูง
7. มีการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือกติกาข้อตกลง เพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.46	0.90	ปานกลาง	4.10	1.14	สูง
8. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	3.56	0.62	ปานกลาง	4.86	0.43	สูง
9. ในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัยปลาปลอดภัย	3.47	0.85	ปานกลาง	4.63	0.62	สูง
10. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับคัดกรองและกำจัดพยาธิใบไม้ตับในสุนัขและแมวที่เป็นแหล่งรังโรค พยาธิใบไม้ตับ	3.49	0.76	ปานกลาง	4.24	0.91	สูง
11. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และอุจจาระ ได้	4.73	0.56	สูง	4.56	0.81	สูง
12. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบสุขภาพตำบลเพื่อจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	3.46	0.81	ปานกลาง	4.48	0.80	สูง
13. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับ	3.14	1.22	ปานกลาง	4.60	0.67	สูง



**ตารางที่ 4.1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

กิจกรรมในชุมชนของกลุ่มทดลอง	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
14. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับเพื่อสอนเด็กนักเรียนในโรงเรียนและประชาชนในชุมชน	3.66	1.25	ปานกลาง	4.33	0.88	สูง
15. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ	3.83	1.29	ปานกลาง	4.53	0.79	สูง
16. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	4.09	1.24	สูง	4.60	0.67	สูง
17. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับโดยมีการส่งเสริมการวิจัยในชุมชน	3.00	1.62	ปานกลาง	3.94	1.28	สูง
18. ในชุมชนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละคน เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	4.10	1.02	สูง	4.37	1.07	สูง
19. ในชุมชนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ คนในครอบครัวทำอาหารหรือชอบ เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	4.19	1.12	สูง	4.59	0.73	สูง
20. ภาศึเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมีการร่วมมือกันดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง	3.92	1.22	ปานกลาง	4.39	0.91	สูง

จากการวิเคราะห์ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ ได้ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.31, SD=0.99$ ) รองลงมาคือ มีการประชาสัมพันธ์ นำเสนอข้อมูล สถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้คนในชุมชนทราบ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.10, SD=0.90$ ) และในชุมชนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละคน เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.96, SD=1.08$ ) และกลุ่มทดลองหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการประชาสัมพันธ์นำเสนอข้อมูล สถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้คนในชุมชนทราบ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.30, SD=0.69$ ) รองลงมาคือ ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ ได้ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.31, SD=0.99$ ) และในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัยปลาปลอดภัย ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}= 3.93, SD=1.21$ ) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองในการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังตารางที่ 4.2

**ตารางที่ 4.2** ผลการประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

กิจกรรมในชุมชนของกลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. มีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.79	1.31	สูง	3.69	1.48	สูง
2. มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.31	1.50	ปานกลาง	3.30	1.27	ปานกลาง

ตารางที่ 4.2 ผลการประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

กิจกรรมในชุมชนของกลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
3. มีการวางแผนจัดหาทรัพยากร เงิน คน วัสดุ สิ่งของเพื่อใช้ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.17	1.12	ปานกลาง	3.66	1.14	ปานกลาง
4. มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.66	1.12	ปานกลาง	3.64	1.20	ปานกลาง
5. มีการประชาสัมพันธ์นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้คนในชุมชนทราบ	4.10	0.90	สูง	4.30	0.69	สูง
6. มีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างพลังแกนนำภาคีเครือข่ายและสร้างแนวร่วมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.54	1.13	ปานกลาง	3.61	1.07	ปานกลาง
7. มีการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือกติกาข้อตกลง เพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.16	1.29	ปานกลาง	3.53	1.30	ปานกลาง
8. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	3.34	1.01	ปานกลาง	3.46	1.76	ปานกลาง
9. ในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัยปลาปลอดภัย	3.93	1.21	ปานกลาง	3.90	0.99	ปานกลาง
10. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับคัดกรองและกำจัดพยาธิใบไม้ตับในสุนัขและแมวที่เป็นแหล่งรังโรค พยาธิใบไม้ตับ	3.65	1.00	ปานกลาง	3.66	1.01	ปานกลาง
11. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และอุจจาระ ได้	4.31	0.99	สูง	4.17	0.95	สูง

ตารางที่ 4.2 ผลการประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

กิจกรรมในชุมชนของกลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
12. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบสุขภาพิบาลเพื่อกำจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	3.18	1.01	ปานกลาง	3.18	1.01	ปานกลาง
13. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับ	3.13	1.14	ปานกลาง	3.77	1.41	สูง
14. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับเพื่อสอนเด็กนักเรียนในโรงเรียนและประชาชนในชุมชน	3.19	1.00	ปานกลาง	3.64	1.27	ปานกลาง
15. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ	3.43	1.22	ปานกลาง	3.50	1.26	ปานกลาง
16. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	3.60	1.11	ปานกลาง	3.71	1.16	สูง
17. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับโดยมีการส่งเสริมการวิจัยในชุมชน	3.21	1.49	ปานกลาง	3.04	1.24	ปานกลาง
18. ในชุมชนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละคน เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.96	1.08	ดี	3.93	1.30	ดี
19. ในชุมชนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ คนในครอบครัวทำอาหารหรือชอบ เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลทำให้สมาชิก	3.66	1.17	ปานกลาง	3.80	1.29	ดี

ตารางที่ 4.2 ผลการประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

กิจกรรมในชุมชนของกลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ในครอบครัวมีโอกาสเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ						
20. ภาศึเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมีการร่วมมือกันดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง	3.71	1.27	ดี	3.62	1.25	ปานกลาง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001, 95% CI: 0.71-1.4) ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value 0.363, 95% CI: -0.47-1.27) ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล

การประเมินการขับเคลื่อนทางสังคม	N	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	95%CI	T	p-value
กลุ่มทดลอง							

ก่อนการอบรม	40	18.17	1.18	.06	0.71-1.4	6.03	0.000*
หลังการอบรม	40	19.23	1.13				
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ</b>							
ก่อนการอบรม	40	17.43	3.45	0.40	-0.47-1.27	0.92	0.363
หลังการอบรม	40	17.83	2.68				

**ตอนที่ 5** ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

**ตารางที่ 5.1** การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม เซส โมเดล (N=80)

ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			$\bar{d}$	Mean different	df	T	P- value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ					
<b>ความรู้</b>											
กลุ่ม ทดลอง	12	0.13	ปาน กลาง	18	0.05	สูง	0.32	0.30	58	15.90	.010
กลุ่ม เปรียบเทียบ	12	0.13	ปาน กลาง	12	0.10	ปาน กลาง	0.19				
<b>เจตคติ</b>											
กลุ่ม ทดลอง	2.07	0.22	ปาน กลาง	2.95	0.05	สูง	0.89	0.81	59	19.84	.000
กลุ่ม ทดลอง	2.00	0.17	ปาน กลาง	2.07	0.19	ปาน กลาง	0.05				



ตารางที่ 5.1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม เซส โมเดล (N=80)

ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			$\bar{d}$	Mean different	df	T	P- value	
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD						ระดับ
การปฏิบัติ											
กลุ่มทดลอง	2.08	0.18	ปานกลาง	2.83	0.07	สูง	0.78				
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.10	0.21	ปานกลาง	2.21	0.19	สูง	0.08	0.70	58	21.06	.000

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

คะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 0.32 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 0.19 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 15.90, df = 58, p < .01$ )

คะแนนเจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ เท่ากับ 0.89 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 0.05 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนเจตคติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 19.84, df = 59, p < .01$ )

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 0.78 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.08 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 21.06, df = 58, p < .01$ ) ดังตารางที่ 5.1

**ตารางที่ 5.2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ติดเชื้อ		ไม่ติดเชื้อ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	0.0	0.0	40	100.0	40	100.0
กลุ่มเปรียบเทียบ	3	7.5	40	92.5	40	100.0

ผลการตรวจการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ ด้วยเทคนิค Mini parasep พบว่า มีกลุ่มเปรียบเทียบติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ดังตารางที่ 5.2

**ตอนที่ 6** ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน การวัดซ้ำก่อนและหลังให้ Intervention ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ One-way repeated measure ANOVA

**ตารางที่ 6.1** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรม เซส โมเดล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
<b>กลุ่มทดลอง (n=40)</b>					
เวลา	29.20	2.67	11.12	48.81	0.001

ความคลาดเคลื่อน	13.66	47.99	0.23		
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)</b>					
เวลา	14.32	1.98	6.78	13.49	0.001
ความคลาดเคลื่อน	18.16	32.16	0.70		

\*p < .01 SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรม เซส โมเดล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมรับโปรแกรมเซส โมเดล มีคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 13.49 และ 48.81 p < .01) ดังตารางที่ 6.1

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม เซส โมเดล ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 19.99, p < .01) นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (Time Group Interaction) ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (F = 30.67, p < .01) ดังตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6. 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม เซส โมเดล ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ภายในกลุ่ม (Time)	63.34	2.33	27.45	119.35	.001
ความคลาดเคลื่อน	33.61	123.23	0.45		
ระหว่างกลุ่ม (Group)	63.33	2.10	33.3	19.99	.001
ความคลาดเคลื่อน	63.63	57.0			
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม	36.11	4.60	8.73	30.67	.001

(Time\*Group)

ความคลาดเคลื่อน	33.61	133.41	0.25
-----------------	-------	--------	------

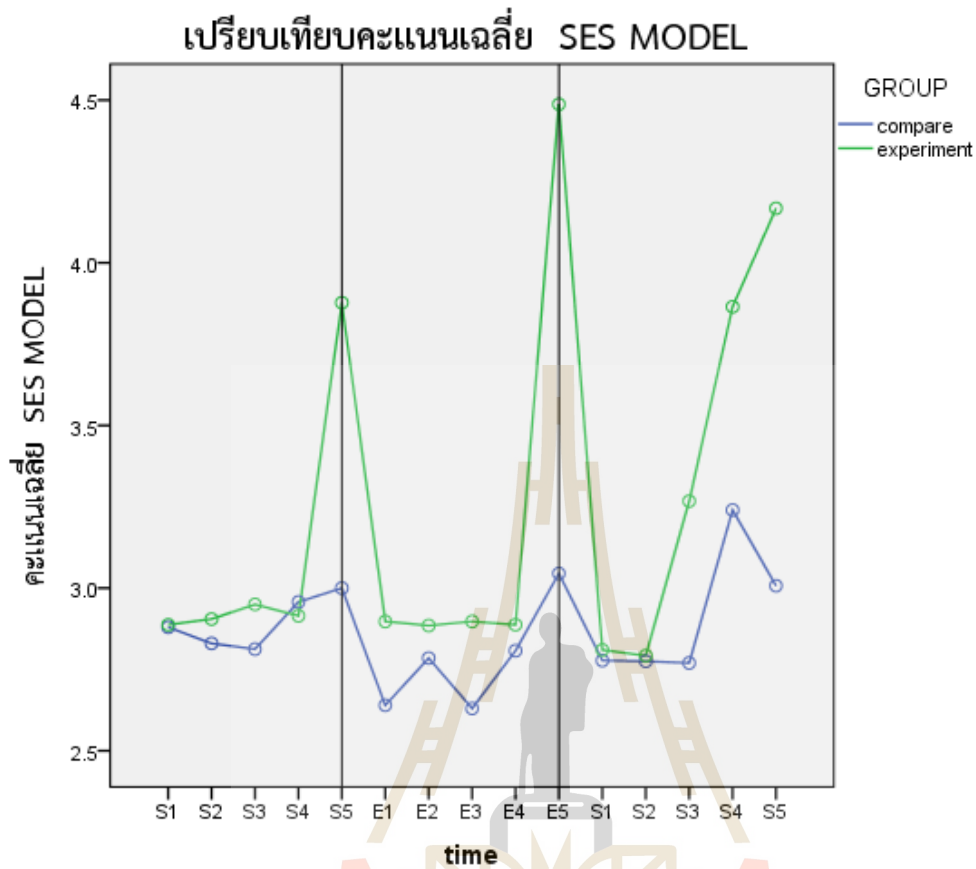
\*p &lt; .01 SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในก่อนการได้รับโปรแกรม เซส โมเดล เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง ดังตารางที่ 6.3

**ตารางที่ 6.3** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม SES MODEL ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

โปรแกรม SES MODEL	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=40)		F
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ก่อนทดลอง (Prepost)	5.99	0.66	4.97	0.83	0.18
เดือนที่ 1 (S1)	5.21	0.71	4.90	0.68	1.00
เดือนที่ 2 (E2)	5.88	0.98	4.22	0.66	23.11
เดือนที่ 3 (S3)	5.49	0.58	3.83	0.60	43.30
หลังการทดลอง (Posttest)	4.99	0.77	3.00	0.44	62.63

\*p &lt; .01



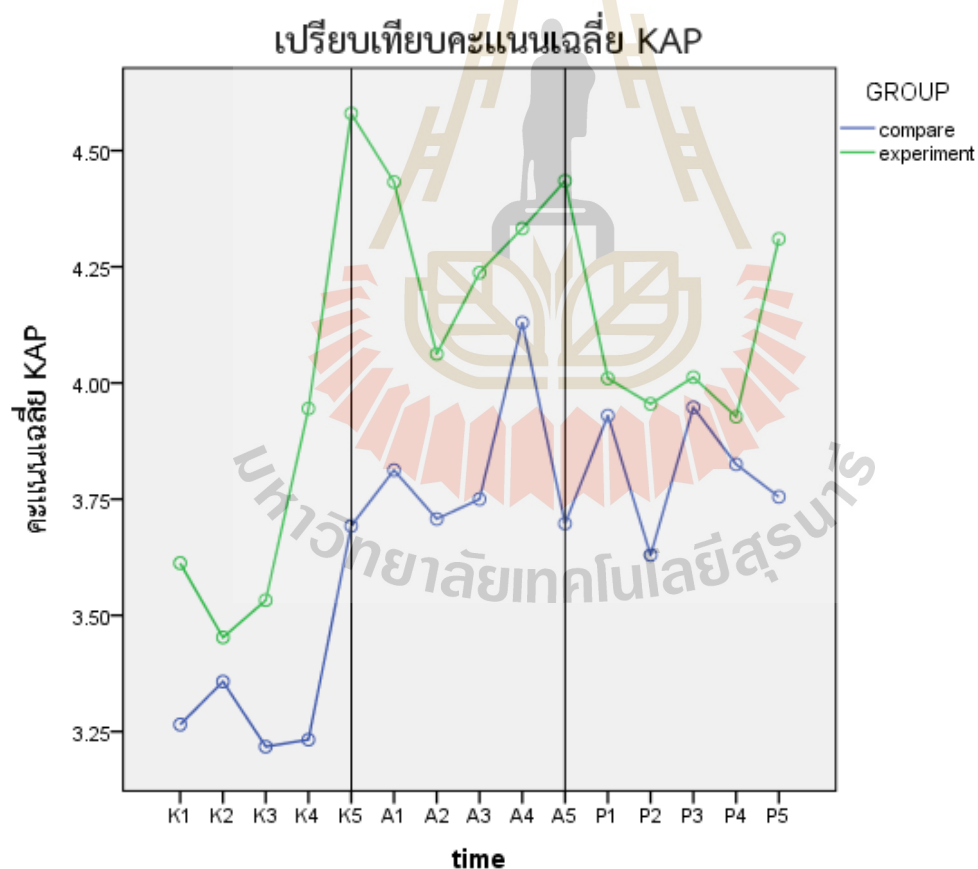
**ภาพที่ 4.1** กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ย เซส โมเดล (SES MODEL) ก่อนทดลอง (SES ครั้งที่ 1) เดือนที่ 1 (SES ครั้งที่ 2) เดือนที่ 2 (SES ครั้งที่ 3) เดือนที่ 3 (SES ครั้งที่ 4) และหลังการทดลอง (SES ครั้งที่ 5) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากภาพที่ 4.1 พบว่า การจัดการระบบ (system approach) ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ใกล้เคียงกัน ในครั้งที่ 2 การจัดการระบบที่ต่ำลง และครั้งที่ 3 และ 4 มีการจัดการระบบที่ใกล้เคียงกัน แต่ในระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการจัดการระบบโดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการระบบที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (Empowerment) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 มีการสร้างพลังที่ระดับใกล้เคียงกัน แต่ในระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Social mobilization) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีการขับเคลื่อนทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน แต่ใน ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อกระบวนการเซส โมเดล SES MODEL จึงทำให้คะแนนกระบวนการ เซส โมเดล SES MODEL ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยสูงขึ้น และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่นั้นมีแนวโน้มที่ลดลง ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.2 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัว ในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ (KAP) ก่อนทดลอง (KAP ครั้งที่ 1) เดือนที่ 1 (KAP ครั้งที่ 2 ) เดือนที่ 2

(KAP ครั้งที่ 3) เดือนที่ 3 (KAP ครั้งที่ 4) และหลังการทดลอง (KAP ครั้งที่ 5) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

จากภาพที่ 4.2 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (Knowledge) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจา้ระบบที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (Attitude) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ในครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีแนวโน้มลดลงในด้านเจตคติ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้ และเกิดการตระหนักต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ (practice) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับที่ใกล้เคียงกัน แต่ใน ครั้งที่ 2 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้คะแนนในกรดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยสูงขึ้น และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่นั้นมีแนวโน้มที่ลดลง ดังภาพที่ 4.1



## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quazi-experimental research) โดยทำการศึกษทดลองในชุมชน (Community trial) เพื่อพัฒนาระบบการและศึกษาผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ในการศึกษาการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 80 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 เพศชายร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่อายุ 31 – 39 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 44.6 ปี จบการศึกษาระดับมัธยม/ปวช ร้อยละ 40.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 35.0 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 52.5 รายได้เฉลี่ย 18,316.5 บาทบาทหน้าที่ในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 17.5และเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำเยาวชน และกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 12.5

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 เพศชาย ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่อายุ 31 – 39 ปี ร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ย 45.1 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 47.5 สถานภาพสมสร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.5 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 52.5 รายได้เฉลี่ย 19,283 ตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 25.0 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 17.5

##### 5.1.2 ผลการวิเคราะห์การจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้

ดับของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการจัดระบบการประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด ( $\bar{X}= 4.34$ ,  $SD=1.08$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน มีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 4.17$ ,  $SD=0.49$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนด้านกระบวนการดำเนินงาน มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด ( $\bar{X}= 4.79$ ,  $SD=1.31$ ) และด้านผลผลิตมีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 4.64$ ,  $SD=0.54$ )

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการจัดระบบการประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม มีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 3.83$ ,  $SD=1.02$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน มีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 3.83$ ,  $SD=1.02$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนด้านกระบวนการดำเนินงาน มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด ( $\bar{X}= 3.90$ ,  $SD=1.04$ ) และด้านผลผลิตมีระดับความเหมาะสมมาก ( $\bar{X}= 3.80$ ,  $SD=1.11$ ) ซึ่งจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ จะพบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองหลังการจัดโปรแกรมเซสมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการระบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value 0.001, 95% CI: 0.10-0.19) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p$ -value < 0.143, 95% CI: 0.10-0.02)

### 5.1.3 ผลการวิเคราะห์พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเซส โมเดล พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.44$ ,  $SD=0.86$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อน การสร้างพลังอำนาจด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อยู่ใน

ระดับมาก ( $\bar{X}= 4.14, SD=0.87$ ) และการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.34, SD=0.92$ )

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 3.49, SD=0.76$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อน การสร้างพลังอำนาจด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 3.93, SD=0.91$ ) และการสร้างพลังอำนาจด้านความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 4.05, SD=0.94$ ) ซึ่งจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเชส โมเดล มีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001, 95\% \text{ CI: } 0.71\text{-}2.09$ ) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} < 0.100, 95\% \text{ CI: } 0.15\text{-}0.63$ )

#### 5.1.4 ผลการวิเคราะห์การขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิเคราะห์ในกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระได้ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.73, SD=0.56$ ) รองลงมาคือ มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.31, SD=1.00$ ) และในชุมชนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่คนในครอบครัวทำอาหารหรือชอบ เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับสูง ( $\bar{X}= 4.19, SD=1.12$ ) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการ

ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.86, SD=0.43) รองลงมาคือในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัยปลอดพยาธิ ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.63, SD=0.62) ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับ และในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.60, SD=0.67) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิเคราะห์ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ ได้ ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.31, SD=0.99) รองลงมาคือ มีการประชาสัมพันธ์นำเสนอข้อมูล สถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้คนในชุมชนทราบ ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.10, SD=0.90) และในชุมชนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละคน เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.96, SD=1.08) และกลุ่มทดลองหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการประชาสัมพันธ์นำเสนอข้อมูล สถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้คนในชุมชนทราบ ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.30, SD=0.69) รองลงมาคือ ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ ได้ ในระดับสูง ( $\bar{X}$ = 4.31, SD=0.99) และในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัยปลอดพยาธิ ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ = 3.93, SD=1.21) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองในการดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญ ( $p$ -value  $< 0.001$ , 95% CI: 0.71-1.4) ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p$ -value 0.363, 95% CI: -0.47-1.27)

#### 5.1.5 ผลการวิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 0.32 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 0.19 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 15.90$ ,  $df = 58$ ,  $p < .01$ )

คะแนนเจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยเจตคติเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับ ปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ เท่ากับ 0.89 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 0.05 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนเจตคติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 19.84$ ,  $df = 59$ ,  $p < .01$ )

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 0.78 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.08 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 21.06$ ,  $df = 58$ ,  $p < .01$ ) และผลการตรวจการติดเชื้อโรคพยาธิ



ใบไม้ดับ โดยการเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ ด้วยเทคนิค Mini parasep พบว่า มีกลุ่มผู้ปกครองติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ดับ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5

### 5.1.6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน การวัดซ้ำก่อนและหลังให้ Intervention ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ One-way repeated measure ANOVA

5.1.6.1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรม เซส โมเดล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับตามนโยบายปกติของพื้นที่ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมรับโปรแกรมเซส โมเดล มีคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $F = 13.38$  และ  $48.81$   $p < .01$ )

5.1.6.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม เซส โมเดล ระหว่าง กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 18.99$ ,  $p < .01$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (Time Group Interaction) ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ( $F = 30.67$ ,  $p < .01$ )

5.6.1.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในก่อนการได้รับรับโปรแกรม เซส โมเดล เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง

การจัดระบบ (System approach) ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ใกล้เคียงกัน ในครั้งที่ 2 การจัดระบบที่ต่ำลง และครั้งที่ 3 และ 4 มีการจัดระบบที่ใกล้เคียงกัน แต่ในระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการจัดระบบโดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดระบบที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ (Empowerment) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 มีการสร้างพลังที่ระดับใกล้เคียงกัน แต่ในระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Social mobilization) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีการขับเคลื่อนทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน แต่ใน ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อกระบวนการ เซส โมเดล SES MODEL จึงทำให้คะแนนกระบวนการ เซส โมเดล SES MODEL ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยสูงขึ้น และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่นั้นมีแนวโน้มที่ลดลง

5.6.1.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในก่อนการได้รับรับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 และหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (Knowledge) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจากระบบที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (Attitude) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ในครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีแนวโน้มลดลงในด้านเจตคติ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้ และเกิดการตระหนักต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

การปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ (Practice) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับที่ใกล้เคียงกัน แต่ใน ครั้งที่ 2 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 มีการ



เปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้คะแนนในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยสูงขึ้น และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่นั้นมีแนวโน้มที่ลดลง

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาและผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ การสร้างพลัง และการขับเคลื่อนทางสังคม ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

### 1. การจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

เมื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการระบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value 0.01) ส่วนหลังการทดลอง พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน และการจัดระบบ (System approach) ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และในระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการจัดระบบโดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดระบบที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายได้ดังนี้ การจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้วิจัยให้ในกลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยได้ทำตามแผนการจัดการระบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดการจัดการระบบ System Approach ของ โอเปียน และ อุทัย บุญประเสริฐ, 2529 และ Henry Lenman (อ้างถึงใน สุรพันธ์ ยันต์ทอง, 2533) ที่กล่าวถึงวิธีการเชิงระบบกับการแก้ปัญหาไว้ดังนี้ 1.ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2. ระบุทางแก้หรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา 3. เลือกทางแก้ไข 4.ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้ 5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่ง

ในกระบวนการเชส โมเดล เพื่อให้ผู้รับหรือกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงการจัดระบบสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดี

## 2. การสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value 0.01) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, 2558) การวิจัยกระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงของชุมชนวัดบูรณาวาส ผลการวิจัยพบว่าคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างหลังกระบวนการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนกระบวนการเสริมพลัง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กระบวนการเสริมพลังก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับบุคคล ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส และการสร้างเสริมพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (Empowerment) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 และในระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ การสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยให้ในกลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยได้ทำตามแผนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ (Israel, 1994) และ (Jackson et al, 1989) ที่กล่าวถึงวิธีการสร้างเสริมพลังอำนาจไว้ดังนี้ 1. การพัฒนาตนเอง 2. การสนับสนุนซึ่งกันและกัน 3. การสรุปประเด็นรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อรณรงค์ 4. การมีส่วนร่วมฝึกกำลังเป็นกลุ่มผลักดันประเด็น และ 5. การสร้างพลังทางการเมืองและสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการเชส โมเดล เพื่อให้ผู้รับหรือกลุ่มเป้าหมายมีการสร้างเสริมพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่มากขึ้นในชุมชน

## 3. การขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน การขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Social mobilization) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีการขับเคลื่อนทางสังคมที่ใกล้เคียงกัน แต่ใน ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อกระบวนการเชส โมเดล SES MODEL จึงทำให้คะแนนกระบวนการ เชส โมเดล SES MODEL ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยสูงขึ้น และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่นั้นมีแนวโน้มที่ลดลง ซึ่งผู้วิจัยให้กระบวนการการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ในกลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยได้ทำตามแผนการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการขับเคลื่อนทางสังคม ของBracht (2001, pp. 90-95) ได้กล่าวว่า การขับเคลื่อนพลังทางสังคม ประกอบด้วย การวิเคราะห์ชุมชน การออกแบบและการริเริ่มกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม การรักษาการเชื่อมประสานกัน และการแพร่กระจายและการสร้างความคงทน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการเชส โมเดล เพื่อให้ผู้รับหรือกลุ่มเป้าหมายมีกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัชณี มิติกิตติ (2559) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชน พบว่า มีกระบวนการวิเคราะห์ทางเลือกไปสู่การสร้างนโยบายของชุมชนบนฐานข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยผ่านเวทีประชาคมให้ตัดสินใจร่วมกันนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมีปฏิทินการทำงานและติดตามประเมินผลร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่มาร่วมกันลงความคิดเห็นสร้างข้อตกลงกำหนดมาตรการให้คนในชุมชนทราบและยอมรับนำไปสู่ปฏิบัติร่วมกันจากการศึกษาของ sveson (2002) ที่ศึกษาการขับเคลื่อนทางสังคมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนในประเทศสวีเดน พบว่า การมีส่วนร่วมของเยาวชน องค์กรชุมชนในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการตั้งแต่ การร่วมกำหนดปัญหาและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน การออกแบบโครงการและการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการเป็นการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ทั้งนี้โครงการยังดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในชุมชน

แม้ว่าองค์กรที่สนับสนุนจากภายนอกจะหมดหน้าที่แล้ว ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ sarkar (2010) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนในการป้องกันโรค ภูมิภาคเอเชีย พบว่า โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มเป้าหมายการมีส่วนร่วมและผลักดันจากทุกภาคส่วนในสังคม นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ Obregon & Waisbord (2010) ได้ศึกษาถึงการขับเคลื่อนของชุมชนในการรณรงค์วัคซีนโปลิโอ ทั้งในรูปแบบนโยบายจากบนลงล่าง และการผลักดันจากชุมชนขึ้นไปเพื่อกำหนดนโยบาย พบว่า การดำเนินโครงการโดยขาดส่วนร่วมจากชุมชน หรือ องค์กรภาคประชาชนโดยเฉพาะไม่มีแกนนำ สื่อ หรือ องค์กรเครือข่ายในชุมชน เกี่ยวข้องกับโครงการอันเป็นผลให้ประชาชนไม่สนใจโครงการ และทำให้โครงการไม่มีความต่อเนื่อง

#### 4. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่รู้เพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง มีเจตคติที่ดี และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในระดับสูง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในก่อนการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และระยะสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม เซส โมเดล มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้คะแนนในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยสูงขึ้น และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่นั้นมีแนวโน้มที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงาน กาญจนา ฮามสมพันธ์ และคณะ (2559) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอกษัตริย์ศึก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภายหลังจากทดลอง หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ทิศนคติมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value <0.001) และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และยังสอดคล้องสังขร ศรีสงคราม (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ บ้านคอนสวรรค์ หมู่ที่ 15 ตำบลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45 หลังการพัฒนาศักยภาพมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001, 95%CI = -4.37 ถึง -2.82) ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า กระบวนการเชส โมเดล ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่ผสมผสานเพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับในชุมชน คือ การจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ การสร้างเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งภายหลังจากทดลองกับกลุ่มแกนนำที่ได้รับโปรแกรม กระบวนการ เชส โมเดล แล้วนั้นภายในชุมชนได้การจัดระบบที่ดี ประชาชนในชุมชนมีการสร้างเสริมพลังอำนาจมีส่วนร่วมในการดำเนินแก้ไขปัญหาด้วยกันในทุกภาคส่วน โดยขับเคลื่อนนโยบายที่ได้จากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้การติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระบวนการ เชสโมเดล นั้นลดลง แต่ในทางตรงกันข้ามยังมีกลุ่มเปรียบเทียบติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 7.5 รวมไปถึงประชาชนแกนนำได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้สูงขึ้น และชุมชนเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับทำให้สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ทำให้เห็นถึงกระบวนการ เชส โมเดล ที่ประกอบด้วยการจัดระบบ (system approach) การสร้างพลังในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (Empowerment) การขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Social mobilization) ซึ่งหลังจากการให้โปรแกรม เชส โมเดลแล้วทำให้อาสาสมัครแกนนำมีการจัดระบบมีการสร้างเสริมพลังด้านสุขภาพการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในทิศทางที่ดีขึ้น และมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับที่สูง เพื่อให้



เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ควรเน้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ ในการจัดโปรแกรม เซส โมเดล ที่สามารถก่อให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำได้ดีที่สุด ควรจัดกิจกรรมที่มีหลากหลาย และแปลกใหม่ ควรเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองได้ลงมือปฏิบัติ ทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด จะทำให้ทราบสภาพปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของชุมชน สามารถที่จะวางแผนหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานอื่นหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่มีลักษณะคล้ายกันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มอื่นๆ ต่อไปได้

### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

5.3.2.1 เพื่อเป็นการต่อยอดงานวิจัยควรมีการศึกษา ถึงปัญหา และอุปสรรคที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มเป้าหมายรวมถึงการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและวางแผนดำเนินงานครั้งต่อไปเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

5.3.2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึง ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความเชื่อ อารมณ์แห่งตน ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพครอบครัว ชุมชนและที่อยู่อาศัยว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.3.2.3 ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบในเรื่องลักษณะเดียวกันในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยที่เกิดขึ้น และศึกษาถึงบทบาทของกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ความเข้มแข็งของกลุ่มที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน และการพึ่งตนเองของกลุ่มดังกล่าวมีมากน้อยอย่างไร หรือการวัดผลการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนว่าประสบความสำเร็จ

### บรรณานุกรม

- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการดำเนินงานโครงการประเมินผลงานควบคุมโรค  
 หนองพยาธิของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 8  
 พศ. 2544. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.
- กาญจนา ฮามสมพันธ์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้  
 ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝางอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2  
 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 9.
- ก่อ สวัสดิพานิชย์ แนวคิดและทฤษฎีเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารการศึกษา. กรุงเทพมหานคร:สำนักงาน  
 ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, ม.ป.ป. ( อัดสำเนา ).
- กุนนที พุ่มสงวน และคณะ. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของ  
 พยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2557.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ.(2560). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วย  
 เบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอที่พัทธัน จังหวัดอุทัยธานี.  
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2560.
- ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการ มอช. 2553; 12(1):49-63.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ. (2554). กระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
 ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 21.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์,สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และประทีป ปัญญา. (2554). การพัฒนารูปแบบ การ  
 ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส. กรุงเทพฯ: คณะ  
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.
- บรรจบ ศรีภาและคณะ. สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี: ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้  
 ตับ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2548 ; 20(3):122-134.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และ ชัยวัฒน์ ธิระพันธ์. (2551). การสื่อสารกับสังคมเครือข่าย” เอกสาร  
 ประกอบการ ศึกษาอบรมหลักสูตร 3 การสร้างเครือข่ายที่มีพลัง: สถาบันการ เรียนรู้และ  
 พัฒนาประชาสังคม, (อัดสำเนา) น. 31-37).



### บรรณานุกรม (ต่อ)

- ประเวศ วะสี. (2548). การจัดการความรู้ : กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- รัชณี มิตกิตติ. (2560) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชน. ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม สิงหาคม 2560 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.
- วิริยะ สว่างโชติ. (2549). ดนตรีบนหนทางของวัฒนธรรมศึกษา. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์.
- สิงขร ศรีสงคราม. (2557). ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ บ้านคอนสวรรค์ หมู่ที่ 15 ตำบลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทัย บุญประเสริฐ. วิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบและแนวทางในการบริหารโรงเรียน. ในรายงานการสัมมนาหลักและแนวทางในการบริหารโรงเรียนอย่างเป็นระบบ, หน้า 1-33, 20 สิงหาคม 2539 จังหวัดสมุทรปราการ.
- Alinsky Saul. (1971). Rules for Radicals: A Practical Primer for Realistic Radicals (New York: Vintage, 1989). Orig. publ.
- Bowditch, Jame L. Behavior in Organization: A systems approach to managing. 2nd.ed., Addison Wesley publishing company, 1973.
- Bracht, N., (2001). Communication partnership strategies in health communication. In R. E. Rice and C.K. Atkin (eds.), Public communication campaigns. 3rd ed. Thousand Oaks: Sageg. New York: McGraw-Hill.
- Bloom, Benjamin S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.
- Best, J. W. (1981). Research in education (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis for the behavioral science. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Barnard, Chester I. (1972). The Functions of the Excutives. Boston: Harvard Universit press.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Chavengkun W, Komporn P, Norkaew J, Kujapun J, Pothipim M, Ponphimai S, Kaewpitoon SJ, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Raw Fish Consuming Behavior Related to Liver Fluke Infection among Populations at Risk of Cholangiocarcinoma in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(6): 2761-5.
- Erazo Á. A systems approach to understanding and improving health systems. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 Sep;38 (3): 248-53. PubMed PMID: 26758004.
- Gallup GH. (2543) A survey of public attitudes toward epilepsy in 1979 with an indication of trends over the past thirty years. *Epilepsia* 1980; 21: 509-18.
- Gibson C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Groen WG, Kuijpers W, Oldenburg HS, Wouters MW, Aaronson NK, van Harten WH. Empowerment of Cancer Survivors through Information Technology: An Integrative Review. *J Med Internet Res*. 2015 Nov 27; 17 (11):e270. doi: 10.2196/jmir.4818. Review.
- Gruber (1987). The role of common ontology in achieving sharable, reusable knowledge bases. In Fikes, R. and Sandewall, E., editors, *Proceedings of Knowledge Representation and Reasoning (KR&R-91)*. Morgan Kaufmann Publishers: San Mateo, CA. Henry lenman (อ้างอิงใน สุรพันธ์ ยนต์ทอง, 2533 ). การบริหารโรงเรียน: นวัตกรรม เทคนิค ประสบการณ์. หน้า 133.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (2010). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Ingested nitrate and nitrite, and cyanobacterial peptide toxins. *IARC Monograph the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans 94*: 1-412.
- Israel, B.A., lichtenstein, R., lantz, P., Mcgranaghan, R., allen, A., guzman, J.R., softley, D. & maciak, B. (2001). The Detroit Community ± Academic Urban Research Center: lessons learned in the development, implementation and evaluation of a community-based participatory research partnership. *Journal of Public Health Management and Policy*, September

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Jongsuksuntigul, P., Imsomboon, T. (2003). Opisthorchiasis control in Thailand. *Acta Tropica* 88: 229-232.
- Jackson, Terri. On the Limitations of Health Promotion. *Community Health Stud* 1985; IX (1): 2
- Kast, Fromont E. and Rosensweig, James F. Organization and Management: A systems and contingency approach. 4th ed., McGraw-Hill Book company, 1975.
- Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Wakuwattapong P, Benjaoran F, Norkaew J, Kujapun J, Ponphimai S, Chavenkun W, Komporn P, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Development of a Health Education Modification Program Regarding Liver Flukes and Cholangiocarcinoma in High Risk Areas of Nakhon Ratchasima Province Using Self-Efficacy and Motivation Theory. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17 (6): 2947-51.
- Levin. (1987). อ้างถึงใน สุจินดา คุจาวิวัฒน์. บรรณาธิการ. 2537. การวิจัยเชิงคุณภาพ: พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา. หน้า 71.
- Obregon, R., and Waisbord, S. (2010). The complexity of social mobilization in health communication: Top down and bottom up experiences in polio eradication. *Journal of health communication*, 15, 22-47.
- Romiszowski, A. J. A systems Approach to education and training .Stanley L. Hunt Publishers, 1970.
- Rothman, John. (1974). Index, Indexer, Indexing. In Encyclopedia of Library and Information Science. (Vol. 11, pp. 286-299). New York: Marcel Dekker.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, 16 (2), 15-21.
- Rappaport, J. (1986). Collaborating for empowerment: Creating the language of mutual help. In H. Boyte, & F. Reissman, (Eds.). The new populism: The politics of empowerment. Philadelphia: Temple University Press.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Sadun, E. H., Chamnarikit, C., Chetanasen, S. (1995). Studies on the treatment of *Opisthorchis viverrini* in human infections with quinacrine hydrochloride and chloroquine phosphate. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 4:1080-1.
- sarkar (2010). การมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนในการป้องกันโรค ภูมิภาคเอเชีย
- sveson (2002). การขับเคลื่อนทางสังคมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนในประเทศไทยสวีเดน
- Sithithaworn, P., Andrews, R.H., Nguyen, V.D., Wongsaroj, T., Sinuon, M., Odermatt, P., Nawa, Y., Liang, S., Brindley, P.J, Sripa, B. (2012). The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong Basin. *Parasitology Internal* 61: 10-16.
- implications for parasite control and food safety. *Bulletin World Health Organization* 75:125-131.
- Sithithaworn, P., Pipitgool, V., Srisawangwong, T. (1997). Seasonal variation of *Opisthorchis viverrini* infection in cyprinoid fish in north-east Thailand: Scott, William G. Organization Theory. Illinois: Richard D. Irwin, Inc., 1967.
- Schoderbek, Peter P. and Others. Management System: Conceptual Consideration. 4<sup>th</sup> .ed. ,Richard D. Irwin, Inc., 1990.
- Sithithaworn, P., Tesana, S., Pipitgool, V., Kaewkes, S., Thaiklar, K, Pairojkul, C., Sripa B, Paupairoj A, Sanpitak P, Aranyanat C. (1991). Quantitative post-mortem study of *Opisthorchis viverrini* in man in north-east Thailand. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 85: 765-768.
- Sripa B. (2008). Concerted action is needed to tackle liver fluke infections in Asia. *PLoS Neglected Tropical Disease* 2:e232.
- Sripa B, Pairojkul C. Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. *Curr Opin Gastroenterol*, 2008; 24: 349-56.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- Thamavit, W., Bhamarapravati, N., Sahaphong, S. (1978). Effects of dimethylnitrosamine on induction of cholangiocarcinoma in *Opisthorchis viverrini*-infected Syrian golden hamsters. *Cancer Research*, 38:4634-4639.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6 (3), 197-205.
- Wykoff, D.E., Harinasuta, C., Juttijudata, P., Winn, M.M. (1965). *Opisthorchis viverrini* in Thailand-The like cycle and comparison with *O. felineus*. *Journal of Parasitology* 51: 207-214.
- Zimmerman, B. J. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology*, 81, 329-339. Zimmerman, B. J., & Manuel, M. P. (2004). Pursuing academic self-regulation: A 20-year methodological quest. In Jessie Ee, Agnes Chang and Oon-Seng Tan. *Thinking about Thinking, What Educators Need to Know*. Singapore: Mc Graw Hill.



ภาคผนวก







# คู่มือ SES Model

โครงการวิจัยแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

พ.ศ. 2561

## คำนำ

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการ SES Model เพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในการสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยมีทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรของแกนนำชุมชน ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ศึกษาลักษณะทางประชากรของกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และศึกษากระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมในการสร้างนโยบายสาธารณสุขในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทนำ	1
แนวคิดการจัดระบบ (System approach)	3
แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment)	12
แนวคิดการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization)	27
สรุป	30
กิจกรรมกระบวนการ เซส โมเดล	31



## เชส โมเดล “SES model”

### บทนำ

การแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการการผสมผสาน ดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์

พยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีรายงานความชุกสูงที่สุดของประเทศไทยโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยที่เป็นปัญหาสำคัญเกิดจากพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* (Sripa และคณะ, 2010) จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขยังพบว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยพบผู้ป่วยประมาณ 28,000 คนต่อปี เสียชีวิตเฉลี่ย 8 คนต่อวัน สาเหตุจากพยาธิใบไม้ตับ มีสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรคสำคัญคือ หอย ปลา สุนัข แมว พบปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดมีพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 60-70 คนกินปลาแบบดิบๆ ทำให้คนป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับปีละ 6 ล้านคน ส่งผลให้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีปีละ 14,000 คน ร้อยละ 90 เสียชีวิตภายใน 1 ปี อัตราการเสียชีวิต 20 ต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้ชายวัยทำงาน อายุ 40 50 60 ปี ซึ่งเป็นกำลังหลักของครอบครัว (กรมควบคุมโรค, 2557) มีการคาดประมาณการว่าทั้งประเทศมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับประมาณ 6 ล้านคน (Jongsuksuntigul; Imsomboon, 2003 ; Sithithaworn และคณะ 2012) อาหารที่มีการปนเปื้อนของระยะติดต่อ metacercaria ของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ปลาน้ำจืดจัดเป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สองได้แก่ปลาแม่สะเต็ง ปลาตะเพียนทรายปลาสร้อยนกเขา ปลาสุตร ปลากระมัง ซึ่งฝังตัวในรูปของซีสต์ประชาชนนิยมนำมาปรุงหรือทำอาหารเช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาร้า และ แจ่วบอง เป็นอาหารที่นิยมรับประทานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของไทย (Kaewpitoon, 2010) ผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิชนิดนี้เกิดจากการรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุกหรือสุกๆดิบๆที่ทำมาจากปลาเกล็ดขาวกลุ่มปลาวงศ์ตะเพียนซึ่งนิยมรับประทานกันมากตามชุมชนชนบททางภาคอีสานและภาคเหนือ (Sadun 1995 ; Wykoff และคณะ, 1966 ; Vichasriและคณะ, 1982 ; Sithithaworn และคณะ, 1997)

ในการศึกษาโรคพยาธิใบไม้ตับจะนำแนวคิดการสร้างพลังในแกนนำชุมชนร่วมกับการขับเคลื่อนทางสังคมการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการการผสมผสาน ดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่า

จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและในประเทศไทยต่อไป

## ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### เซส โมเดล (SES model)

เซส โมเดล (SES model) หมายถึง การผสมผสานดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ สรุปรวมเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและส่งผลต่อการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี

### 1. แนวคิดการเชิงระบบ (System approach)

#### 1.1 ความเป็นมาของวิธีการเชิงระบบ

กลุ่มนักคิดค้น นักทฤษฎีรวมทั้งนักปฏิบัติที่สนใจแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามามีบทบาท ในการพัฒนาสร้างเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับองค์การและการบริหารต่างมีความเชื่อมั่นว่าจะส่งผลให้ องค์การตามแนวทางแห่งองค์ความรู้ในมิติใหม่สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสม่ำเสมอ แม้สภาพแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลง

Scot (1967: 122 ) เป็นผู้นำแนวคิดและทฤษฎีระบบเข้ามามีบทบาทกำหนดแนวคิด ทฤษฎี หลักการและเทคนิคต่างๆ เกี่ยวกับองค์การและการบริหารในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 ได้เน้น ให้มีองค์การในสภาพที่เป็นระบบ

Chester Barnard ผู้เขียนหนังสือด้านการบริหารงาน โดยใช้วิธีการเชิงระบบ ขณะเดียวกัน Herbert simon ผู้ซึ่งมององค์การ ในสภาพที่เป็นระบบที่มีการตัดสินใจต่างๆ ความสับสน ความซับซ้อนภายใน เขาพยายามศึกษาค้นคว้า หาแนวทางนำความรู้ใหม่ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้เป็น รากฐานกำหนดทฤษฎีองค์การ ความรู้ใหม่ที่เขาสนใจคือ วิธีการเชิงระบบนั่นเอง สำหรับ Churchman และคณะ สนใจและสนับสนุนให้ใช้วิธีการเชิงระบบในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล แก้ปัญหาเกี่ยวกับการ ดำเนินงาน ( อ้างใน Kast and Rosensweig , 1985 : 109 ) เขาเป็นคนแรก ที่นำการวิจัยดำเนินงาน ในระยะแรก เขาได้ใช้วิธีทางคณิตศาสตร์มาวิเคราะห์องค์การทาง การทหารในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็เริ่มใช้ในการปัญหาการดำเนินงาน ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการใช้แนวทาง วิธีการเชิงระบบนั่นเอง (Bowditch ,1973 : 16-17)

## 1.2 ความหมายของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบหรือเทคนิคเชิงระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการนำเอาความรู้เรื่องระบบเข้ามาเป็น กรอบช่วยในการค้นหาปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและใช้แนวทางการคิดเชิงระบบช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529)

Henry Lenman (อ้างถึงใน สุรพันธ์ ยนต์ทอง, 2533) ได้ให้อธิบายความหมายของวิธีการเชิงระบบไว้ดังนี้

1. เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่นำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้
  2. เป็นวิธีการพัฒนาการแก้ปัญหา ที่กระทำอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน
  3. เป็นการที่ขจัดความลำเอียง โดยไม่ยึดถือเอาความคิดของคนใดคนหนึ่งมาตัดสิน โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ
  4. เป็นวิธีการแก้ปัญหาเป็นขั้นๆ อย่างมีเหตุผล
  5. เป็นการดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคลไม่ใช่คนใดคนหนึ่งแต่เพียงผู้เดียว
  6. มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนการดำเนินแก้ไขทุกครั้งว่าจะดำเนินการที่ละขั้น อย่างไร และเมื่อกำหนดแล้วจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงแก้ไขภายหลัง หรือไม่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้เป็นอันขาด นอกจากเป็นเหตุสุดวิสัย
  7. ระหว่างการดำเนินงาน ถ้าต้องมีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบ ต้องแก้ไขทันทีให้เสร็จแล้วจึงดำเนินงานขั้นต่อไป แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในแผนที่กำหนดด้วย
  8. ไม่มีการบอกยกเลิก ยกเว้นข้ามขั้นหรือหยุดกลางคัน แล้วนำผลที่ยังไม่ได้ดำเนินการไป ถึงจุดสุดท้ายเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาใช้เท่านั้น
- ก่อน สวัสดิพานิช ( อัดสำเนา :16 ) ได้ให้ความหมายของทฤษฎีเชิงระบบว่า เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งซึ่งใช้ในการวิเคราะห์ การออกแบบและการจัดการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้ อย่างสัมฤทธิ์ผลและมีประสิทธิภาพ

โชเดอร์เบคและคณะ (Schoderbek and Othors ,1990) เสนอว่าการแก้ปัญหาในปัจจุบันจำเป็นต้องมองที่ระบบ มากกว่าพิจารณารายละเอียดของแต่ละปัญหา ตัวอย่างการใช้ Systems Approach ในการแก้ไขปัญหาก็ได้แก่ ระบบการขนส่ง ต้องมีการออกแบบระบบทาง สัญจรที่ดี ซึ่งจะช่วยลดการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิงได้ หรือการออกแบบเครื่องบินที่สามารถบรรจุผู้โดยสารจำนวนมาก แต่สนามบินขาดสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมองปัญหา โดยรวมหรือที่เรียกว่า Systems view or Systems Approach นอกจากนี้เขายังได้ขยายความว่า วิธีการเชิงระบบ มีความแตกต่างกับวิธีการเชิงวิเคราะห์ (Analytical approach) ตรงที่วิธีการเชิงระบบเป็นกระบวนการแยกแยะจากส่วนรวมทั้งหมด ออกเป็นส่วนๆที่เล็กกว่า เพื่อให้เข้าใจการ ทำหน้าที่ของส่วนร่วม วิธีการเชิงระบบ อยู่

บนพื้นฐานของ ทฤษฎีระบบทั่วไป ซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรวมเอาแนวทางปฏิบัติต่างๆ ได้แก่ การวิจัยดำเนินงาน การวิเคราะห์ระบบ การควบคุมระบบ และวิศวกรรมระบบ มารวมกันเข้าเพื่อการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

จากความหมายของนักการศึกษาหลายท่าน จึงอาจสรุป ได้ว่า วิธีการเชิงระบบ (Systems approach) หมายถึง วิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบ ซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวม ทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และวางรูปแบบการดำเนินการ โดยต้องเกี่ยวข้องกับรูปแบบปฏิบัติทั้ง ภายในและภายนอกโดยใช้ระบบเปิดเป็นพื้นฐานความคิด

### 1.3 ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบ

ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบสามารถสรุปได้ 4 ประการ

1. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นวิธีคิดที่สามารถจัดการกับปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือส่งเสริมวิธีคิดของบุคคลทั่วไป
3. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาแขนงต่างๆ ทั้งวิทยาศาสตร์
4. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงานในองค์กรหรือหน่วยงานด้านการวางแผน นโยบายและอื่นๆ

### 1.4 ขั้นตอนของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบมีขั้นตอนที่สำคัญเพื่อในการศึกษาวิเคราะห์ เกี่ยวกับการบริหารและการแก้ปัญหา จึงขอแนะนำขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษา 3 ท่านที่น่าสนใจคือ โอเบียน และ อูห์ย บัญประเสริฐ และ เฮนรี เลมาน ซึ่งมีขั้นตอนวิธีการเชิงระบบกล่าวคือ โอเบียน จากมหาวิทยาลัยอีสเทอร์นอวอิงตัน ไดรระบุไว้ในหนังสือว่า Management Information Systems: A managerial and user perspective ถึงวิธีการเชิงระบบกับการแก้ปัญหาโดยทั่วไปว่า วิธีการเชิงระบบคือการปรับ (Modify) วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (The scientific method) ซึ่งเน้นที่การแก้ปัญหาโดยวิธีการเชิงระบบนี้มีกิจกรรมสำคัญ 7 สำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับการแก้ปัญหา ทั่วไป โดยเปรียบเทียบให้เห็น ขั้นตอนทั้งสองส่วนคือ



## วิธีการเชิงระบบ

## การแก้ไขปัญหา

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 1. ทำความเข้าใจปัญหา  | 1. ระบุปัญหา/โอกาสในเชิงบริบทของระบบ    |
| 2. พัฒนาทางเลือก      | 2. รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายปัญหาและโอกาส |
| 3. ปฏิบัติการแก้ปัญหา | 3. ระบุทางแก้/ทางเลือกในการแก้ปัญหา     |
|                       | 4. ประเมินในแต่ละทางเลือก               |
|                       | 5. เลือกทางแก้ที่ดีที่สุด               |
|                       | 6. ปฏิบัติการตามทางแก้ที่เลือกไว้       |
|                       | 7. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติ       |

อุทัย บุญประเสริฐ ( 2529 : 14-15 ) กล่าวถึงวิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบว่า เป็นการทำงานจากสภาพที่เป็นอยู่ไปสู่สภาพที่ต้องการของงานนั้นทั้งระบบ โดยขั้นตอนที่สำคัญในเทคนิคเชิงระบบ ได้แก่

1. กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและความต้องการในการพัฒนาของระบบให้ชัดเจน
  2. การกำหนดวัตถุประสงค์ย่อยที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาและสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของระบบใหญ่ทั้งระบบเพื่อสร้างกรอบหรือขอบเขตในการทำงาน (สิ่งที่ต้องการ)
  3. ศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมหรือข้อจำกัดในการทำงานของระบบและทรัพยากรที่หามาได้
  4. สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการพัฒนา
  5. ตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสม ด้วยวิธีการที่มีเหตุเป็นระบบเบนไปตามกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม
- คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ
6. ทดลองปฏิบัติทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้
  7. ประเมินผลการทดลองหรือผลการทดสอบ
  8. เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
  9. ดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของระบบปกติ

จากแนวคิดจากการนำเสนอขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษาหลายๆท่านที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พอจะสรุปเป็นขั้นตอนหลักๆได้ 5 ขั้นตอนคือ

1. ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
2. ระบุทางแก้หรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา
3. เลือกทางแก้ไข
4. ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้

## 5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง

### 1.5 การประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบ

การประยุกต์ใช้ในวิธีการเชิงระบบ อุทัย บุญประเสริฐ ได้สรุปขั้นตอนสำคัญๆไว้ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. จะต้องทราบปัญหาที่จะต้องแก้ไขให้แน่ชัด ว่าเป็นปัญหาของระบบนั้นที่แท้จริง (Need Identification and Objective setting)
2. คิดหาวิธีการหรือแนวทางเลือก (Alternative) ในการแก้ไขเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ระบบและทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของระบบ ตลอดจนข้อจำกัดต่างๆที่มีต่อการทำงานของระบบ
3. เลือกวิธีการใดวิธีหนึ่ง ที่พิจารณาว่าเหมาะสมที่สุดดีที่สุดในปัจจุบัน และนำออกปฏิบัติ (Designing and implementing)
4. ประเมินผลการปฏิบัติ (Evaluation) เพื่อทราบผลเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ
5. รับข้อมูลป้อนกลับและปรับระบบต่อไป (Feedback and Modification)

### บทสรุป

#### 1. แนวคิดการเชิงระบบ (System approach)

การศึกษาวิธีการเชิงระบบ เป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการบริหารงานในองค์กรประเภทต่างๆ โดยที่พิจารณาการบริหารในลักษณะองค์รวมที่มีเป้าหมาย กระบวนการระบบย่อย และองค์ประกอบต่างๆที่มีปฏิสัมพันธ์กัน มีการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนข่าวสาร เพื่อบรรลุเป้าหมายทางการบริหาร ประโยชน์จากการใช้วิธีการเชิงระบบคือ วิธีการนี้ จะเป็นการประกันว่า การดำเนินงานจะดำเนินต่อไปตามขั้นตอนที่วางไว้ โดย ช่วยให้การทำงานบรรลุตามเป้าหมาย โดยใช้เวลาดำเนินงานและบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า มากที่สุด แบบจำลองระบบจะช่วยป้องกัน การลงทุนที่ไม่จำเป็นได้มาก แนวคิดวิธีการเชิงระบบ เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ที่จะมึบทบาทในการสร้างสรรค์ และแก้ไขปัญหาในองค์กรได้เป็นอย่างดี และมีการพัฒนาวิธีการคิดนี้ในการแก้ปัญหาที่หลากหลายแต่ ละขั้นตอนหลักๆจะไม่แตกต่างกันมากนัก

#### 2. แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model)

แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง (Active participation) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยน ความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียนให้ผู้เรียนระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความ

เป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณการมองเห็นภาพสังคมที่ควรจะเป็นและการพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการซึ่งการจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าวนอกจากจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น และทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคลแล้วยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มในสังคมอีกด้วย (Arlinsky, 1971 ; Freire, 1970,1973 ; Rothman, 1971)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ(Empowerment) แนวคิดหลักของการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้มาจากงานของArlinsky (1971),Freire(1970,1973),และ Rothman 1971 นักคิดทั้งสามคนได้ร้อยเรียงประเด็นสำคัญที่กลายมาเป็นทฤษฎีของการสร้างเสริมพลังอำนาจ นั่นคือ กระบวนการหลักของการสร้างเสริมพลังอำนาจต้องมีการพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล การมีส่วนร่วม การกระตุ้นให้เกิดสำนึก และการทำงานด้านการปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงสังคม

## 2.1 ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ

คำว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ(Empowerment) มาจากภาษาลาตินว่า “potere” ที่แปลว่ามีความสามารถ em เป็นคำนำหน้าที่แปลว่า เป็นสาเหตุให้ หรือ ทำให้เกิดด้วย ซึ่งตามความหมายของ em เป็นการสะท้อนความหมายของ “กระบวนการ” คำต่อท้าย “ment” หมายถึง “ผลลัพธ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สิ่งของ หรือ การกระทำที่เกิดขึ้น” ดังนั้น Empowerment นำหมายถึง กระบวนการที่สะท้อนให้เห็นความสามารถของบุคคลในการที่จะดึงสิ่งที่มีอยู่ในตัวเองในการควบคุม จัดการสร้างอิทธิพลกับตนเอง และ สังคมรอบข้างอันจะส่งผลเป็นรูปธรรมต่อชีวิตตนเอง ในสาขาจิตวิทยาสังคม Rappaport ได้นิยามการสร้างเสริมพลังอำนาจ ไว้ว่า คือการมุ่งที่สร้างเสริมความเป็นไปได้ของบุคคลในการที่จะควบคุมชีวิตตนเอง อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการทำนาย ควบคุม และมีส่วนร่วมกับสังคมแวดล้อมแล้วทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมขึ้น ดังนั้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เอื้อให้บุคคล และ ชุมชนมีอำนาจที่จะนำเอาอำนาจไปดำเนินการต่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อม

การทำงานในเรื่องของอำนาจ อาจแบ่งได้หลายแบบ เช่น การมีอำนาจเหนือ การมีอำนาจโดยการมอบหมาย และการมีอำนาจโดยการกระทำ ดังนั้นในการทำงานสาธารณสุข เราน่าที่จะทำงานร่วมกันแบบเป็นหุ้นส่วน(Partnership) มากกว่า การใช้อำนาจเหนือกว่าหรือแบบมอบหมายเพราะทั้งสองวิธีขาดการส่งเสริมความรู้สึกการเป็นอิสระและการเรียนรู้ในศักยภาพตนเอง ในปี 1985 Rappaport ได้ชี้ประเด็นว่า การนิยาม Empowerment ว่าเป็นผลลัพธ์หรือเป็นการทำงานที่ส่งผลในทางบวกนั้นเป็นไปได้ยาก เพราะ การสร้างเสริมพลังอำนาจมีความเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและการเมืองความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปแบบไร้รูปแบบ แต่เราสามารถบอกได้ว่าในบุคคลหรือชุมชนนั้นมีพลัง

อำนาจหรือไม่ เมื่อเราเห็นหรืออยู่ในสถานการณ์ ทั้งนี้เพราะพลังอำนาจจะปรากฏให้เห็นได้แตกต่างกัน ขึ้นกับบุคคลและสถานการณ์หรือบริบท นอกจากนี้ภาวะที่ไม่มีพลังอำนาจ เช่น การไม่มีอำนาจ การท้อแท้สิ้นหวัง การแปลกแยก การรู้สึกสูญเสียอำนาจ การกำหนดวิถีชีวิตตนเองเป็นเรื่องที่มองเห็นได้ง่าย และชัดเจน

Rappaport ได้เสนอแนวคิดเรื่องพลังอำนาจทางจิตวิทยาว่าเป็นการมองความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถ ศักยภาพของตนเอง และ ต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในเชิงการเข้าไปร่วมควบคุม จัดการสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในชุมชน องค์ประกอบที่ต้องมีในจิตวิทยาของการเสริมพลังอำนาจคือ การมองหรือดำรงชีวิตเชิงรุก (Proactive approach to life) ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถและการควบคุมตนเอง การเชื่อในตนเองและการเมือง การรับรู้ศักยภาพตนเอง การเชื่อในศูนย์อำนาจความเชื่อ (Locus of control) และการยกย่องตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคมและการเมือง

ดังนั้น Rappaport เสนอว่า นิยามของการสร้างเสริมพลังอำนาจ น่าจะหมายถึง คนที่สามารถมองสังคมและตนเองอย่างวิเคราะห์ วิจัยและเป็นคนที่มีมองเห็นทางเลือกอื่น และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆได้แม้จะเป็นกิจกรรมที่มีข้อขัดแย้ง การเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา อาจมองเห็นได้จาก ความรู้สึกว่ามีอำนาจในการควบคุมจัดการ มุมมองที่เป็นการวิเคราะห์วิจารณ์และเลือกที่จะเผชิญปัญหาหรือเลี่ยงปัญหาได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้การเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา ยังได้ครอบคลุมประเด็นการสร้างพลังอำนาจจากภายในบุคคล ภายในกลุ่ม เราไม่สามารถสร้างจากภายนอกได้ บทบาทของนักสุศึกษาหรือเจ้าหน้าที่คือผู้สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ (Facilitator)

ดังนั้น ในความคิดของ Rappaport การเสริมพลังอำนาจมีหน้าที่ 2 อย่าง คือ

1. ช่วยให้คนกำหนดชีวิตตนเองได้
2. เป็นวิธีกระตุ้นให้สังคมมีส่วนร่วมแบบในการอยู่ร่วมกันในชุมชนโดยการจัดสนับสนุนทาง

โครงสร้างสังคม

ปี 1987 Swift และ Lewin ได้ชี้ประเด็นว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา กับการปรับโครงสร้างในความเป็นจริงแตกต่างกัน ดังนั้น Zimmerman และ Rappaport ได้พัฒนาแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในระดับต่างๆที่จะประยุกต์เข้าสู่ชุมชน องค์กรและนโยบายสังคม นอกจากนี้ยังเน้นว่าการตรวจสอบควรทำโดยใช้กระบวนการวิจัย ส่วนการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยาเป็นการทำงานระดับบุคคลที่ควรเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความเข้าใจในระบบของสังคม ความสามารถในการวางแผน การรักษาสีทธิของตนเองและการตัดสินใจ ความตั้งใจในการดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องระหว่างตนเองและสังคมหรือชุมชน แม้ว่าแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา เป็นการทำงานระดับบุคคล แต่ไม่ได้เพิกเฉยต่อบริบทของสังคม วัฒนธรรม ยัง

จำเป็นต้องมองบุคคลตามที่เกี่ยวข้องกับสังคมในภาพของการมีส่วนร่วมของกลุ่ม การเข้าใจวัฒนธรรม ชุมชนและการอยู่ร่วมกับคนอื่น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยาได้ครอบคลุม มุมมองทางนิเวศวิทยา ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพไว้ด้วย

ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ระดับบุคคลเท่านั้น แต่ต้องเชื่อมโยงไปยังบริบทของสังคมด้วย จึงควรมีการวัดการเปลี่ยนแปลงทั้งสองระดับ(Wallerstein,1992)

ในส่วนของการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน (Israel,1994)ได้ให้นิยามไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ ครอบคลุมไปถึงการเปลี่ยนแปลงระดับต่างๆ ทั้งปัจเจกบุคคล องค์กรและชุมชน เป็นการดูความสัมพันธ์ ของระดับต่างๆกับรูปแบบการเกิดความเครียด เช่น Stress การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ตามแนวคิด ของ Israel การสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตวิทยา หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการชีวิตของ ตนเอง โดยใช้มุมมองเชิงวิเคราะห์ วิจารณ์ กระแสสังคมการเมืองและความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับศักยภาพ ของตนเองและกลุ่มในสังคมของตนในการที่จะดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยคนนั้นต้องมี

1. ความคาดหวังในความสามารถและศักยภาพของตนเอง
2. ความรู้สึกในการควบคุมจัดการเรื่องนั้น
3. กระบวนการมีส่วนร่วมที่จะตัดสินใจในองค์กรหรือกลุ่มคน

พลังอำนาจระดับบุคคลเชื่อมต่อกับระดับชุมชนที่การพัฒนาความสามารถที่จะจัดการให้เกิด การกระทำ การสนับสนุนทางสังคม การอยู่ร่วมกับคนอื่นและทักษะการแสดงออกทางการเมืองชุมชนที่ มีพลังอำนาจ คือ ชุมชนที่ทั้งบุคคลและองค์กรได้มีการใช้ทักษะและทรัพยากรของตนเองและกลุ่มเพื่อ ตอบสนองความต้องการของสังคม มีความสามารถที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและทำให้เกิดความ เปลี่ยนแปลงในระดับกว้าง ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงทรัพยากร มีการระบุประเด็นปัญหา และหนทางแก้ไขเอง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน มีความรู้สึกของการเป็นชุมชน บุคคลและ การเมืองที่ชัดเจนจนเกิดเป็นระบบการช่วยเหลือกันอย่างเป็นธรรมชาติจนมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ต่อเนื่องและยั่งยืน

Rissel (1994) ได้นิยามชุมชนที่มีพลังอำนาจว่าเป็นชุมชนที่มีการยกระดับพลังอำนาจทาง จิตวิทยาของบุคคลในกลุ่มสมาชิก มีการร่วมกิจกรรมทางการเมืองของบุคคลในกลุ่มและบรรลุการ กระจายทรัพยากร หรือการตัดสินใจที่เหมาะสมเกิดประโยชน์ต่อชุมชน ทฤษฎีกระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน

Keiffer ได้สะท้อนการสร้างกระบวนการเสริมพลังอำนาจชุมชน จากผลการทดลองสร้างพลัง อำนาจในระดับบุคคลของเขา และสรุปไว้ว่าต้องทำงานเป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมที่ขับเคลื่อนให้ บุคคลเข้าสู่การเปลี่ยนแปลง 4 ระยะ

1. ระยะเวลาเข้าถึงตนเองและสังคม (Era of entry) คือการรู้จักตนเอง บุคลิกภาพ ความสามารถและรู้จักสิ่งแวดล้อม สังคม
2. ระยะเวลาก้าวหน้า (Era of advancement) คือเริ่มมีและเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสังคมในเชิงวิเคราะห์
3. ระยะเวลาเชื่อมต่อ (Era of incorporate) คือ เริ่มมีกลยุทธ์ กลวิธีในการอยู่ร่วมกับสังคม
4. ระยะเวลามุ่งมั่น (Era of commitment) คือ เริ่มมีการผสมผสานวิถีชีวิตตนเองเข้ากับสังคมอย่างมีจุดมุ่งหมาย

Keiffer ได้อธิบายว่ามีสาระสำคัญอยู่ 2 ประการในการเคลื่อนตัวใน 4 ระยะข้างต้น คือ

1. การเกิดการสนทนาที่เป็นรูปธรรมสร้างสรรค์ วิเคราะห์ วิจัย
2. การเกิดความขัดแย้งและมองเห็นแนวทางการพัฒนาให้ก้าวหน้าได้ต้องมี

กิจกรรมหลักที่เกิดขึ้นแบบสัมพันธ์เชื่อมต่อกัน คือ

1. การพัฒนามุมมองที่มีต่อตนเองในทางบวก
2. การพัฒนามุมมองเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว
3. การเชื่อมโยงทรัพยากรและศักยภาพของบุคคลและสังคมเข้าด้วยกันในกิจกรรมทางสังคม

การเมือง

Swift และ Levin (1987) ได้แยกแยะ สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นในแต่ละระดับของกิจกรรมหลักคือ

ระดับที่ 1 คือ การรับรู้และวิเคราะห์ภาวะไร้อำนาจของตนเองอย่างจริงจัง

ระดับที่ 2 คือ การรับรู้ภาวะของการไม่เสมอภาคในสังคม โดยการสร้างสรรค์กับคนในสังคมและรู้จักคนที่มีมุมมองคล้ายกัน

ระดับที่ 3 คือ การที่กลุ่มคนที่มีความรู้สึกคล้ายกัน มาทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมจนเป็นการลดความไม่เท่าเทียมในสังคมลงได้

Jackson et al (1989) ได้นำเสนอประเด็นที่สำคัญว่า การขาดพลังอำนาจเริ่มจากการที่บุคคลรู้สึกขาดอำนาจใจตัวเอง หรือชุมชนขาดความสนใจในปัญหาในชุมชนเอง แม้ว่าในความเป็นจริงทั้งบุคคลและชุมชนจะมีศักยภาพก็ตาม ดังนั้นจึงขอเสนอรูปแบบ 5 ขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ Rissel, 1994 เห็นชอบด้วยรูปแบบนั้น คือ

1. การพัฒนาตนเอง
2. การสนับสนุนซึ่งกันและกัน
3. การสรุปประเด็นรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อรณรงค์
4. การมีส่วนร่วมผนึกกำลังเป็นกลุ่มผลักดันประเด็น
5. การสร้างพลังทางการเมืองและสังคม



เพื่อรณรงค์การสร้างเสริมส่วนชาของการสร้างเสริมพลังอำนาจทางจิตใจในชุมชนรูปแบบ 5 ขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจ (Rissel,1994 และ Jackson et. Al, 1989) การวัดและประเมินผลการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

Zimmermann และ Rappaport (1988) กล่าวว่า Empowerment เป็นตัวแปรที่ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ คือ ความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ศักยภาพ ระบบช่วยเหลือที่มีอยู่ในธรรมชาติ และบุคลิกภาพ แบบรุกหน้า (Proactive) ในส่วนที่เกี่ยวกับการเมือง นโยบายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นกระบวนการที่ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต และการเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างจริงจัง โดยมี

1. Psychological empowerment คือการแสดงออกระดับบุคคลโดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ความเชื่อในศักยภาพตนเอง การยกย่องตนเอง การรับรู้สาเหตุและปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากจุดเน้นของ Rappaport เป็นเรื่องของการสร้างพลังอำนาจต้องสร้างด้วยตัวเอง ดังนั้น Gruber and Trickette (1987) ได้เน้นว่าการวัดพลังอำนาจ ควรดูที่ ความเชื่อในอำนาจควบคุม (Locus of Control) โดยไม่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมหรือบริบทเลย ซึ่งน่าจะพิจารณาให้คำถามมีความครอบคลุมหรือถามถึงบริบทในเชิงมุมมองหรือความเชื่อจากตัวเขาด้วย

2. Community empowerment หมายถึง ความเชื่อในความสามารถ ของตนเอง และสังคม การรับรู้ศักยภาพและความต้องการที่จะควบคุมของคนในองค์กรและในสังคม ที่จะจัดการให้เกิดความเสมอภาค การกระจายทรัพยากร แล้วส่งผลดีต่อสังคม ดังนั้นเครื่องมือในการวัดการสร้างเสริมพลังอำนาจในปัจจุบัน จึงควรครอบคลุมทั้ง 2 ระดับในเรื่อง

2.1 บุคลิกภาพ เช่น การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง การยกย่องตนเอง ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ด้วยตนเอง การควบคุมความบังเอิญ ความเชื่อในพลังอำนาจของผู้อื่น ความเชื่อว่าตนเองสามารถมีอิทธิพลต่อระบบสังคมการเมือง ความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นไปในลักษณะวุฒิภาวะ การรู้จักตนเอง การเข้าใจตนเองและผู้อื่น การเข้าใจความหมายของชีวิตและความอึดเต็มของชีวิต

2.2 พุทธิปัญญา เช่น การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองและการเมือง ได้แก่ ความรู้สึกในการจัดการ การรับรู้ศักยภาพ ความคาดหวังในความสามารถของระบบสังคม การเมือง ความรู้สึกต่อความสามารถของระบบการเมือง

2.3 แรงจูงใจ เช่น ความต้องการที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม หน้าที่พลเมือง ความรู้สึกต่อสาเหตุที่มีความสำคัญและเป้าหมาย การเรียนรู้ ความหวัง



2.4. บริบท เช่น การเข้าไปเกี่ยวข้องในการรวมกลุ่ม การตระหนักถึง  
วัฒนธรรมและการกระตุ้นสิทธิ การเข้าใจความหมายของวัตถุประสงค์ของโครงการ

## 2.2 วิธีการวัดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

Israel et. Al, (1994) ได้ทบทวนวิธีการวัดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ใช้กัน  
อยู่และเสนอแนะไว้ว่า การประเมินควรใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action  
research) ที่ต้องสอดคล้องไปกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจที่แต่ละโครงการได้ออกแบบและตั้ง  
วัตถุประสงค์ไว้ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล องค์กร หรือชุมชนก็ตาม นอกจากนี้ ยังมี  
ข้อเสนอแนะในการวิจัยประเมินผลการสร้างพลังอำนาจ โดยนักวิจัยที่หลากหลายทั้งในประเทศไทยและ  
ต่างประเทศ (พนารัตน์ เจนจบ และ คณะ, 2542, สมหญิงและ คณะ, 2002 Gollup, 2543) ได้นำเสนอ  
การวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบสามเส้า (Triangulative research) และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิง  
คุณภาพ โดยมีการวัดตัวแปรของการสร้างพลังอำนาจที่เน้นการรับรู้ในอำนาจการควบคุมของตนเอง  
การรักและยอมรับตนเอง การรับรู้ความรับผิดชอบของตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองและ  
การเห็นคุณค่าการกระทำที่มีประโยชน์ในสังคม เป็นต้น

## 2.3 การประยุกต์ใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจ

การประยุกต์ใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจในระบบบริการสาธารณสุขการสร้างเสริม  
พลังอำนาจได้ถูกนำไปใช้ในระบบบริการสาธารณสุข โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า คนจะมีสุขภาพดีถ้าคนๆ  
นั้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เฉพาะแต่ระดับตนเอง แต่เป็นระดับสังคม สิ่งแวดล้อมและ  
องค์กรด้วย เมื่อพิจารณาในระบบบริการสุขภาพ วัฒนธรรมการให้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติ ขาด  
พลังอำนาจและรับรู้ที่ต้องทำตามคำแนะนำแพทย์ แม้ในบางกรณี ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามได้  
ดังนั้น เราจึงพบเสมอว่าปัญหาการให้บริการของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งคือการทำที่ผู้ป่วยและญาติไม่  
สามารถทำตามแผนการรักษาได้ ดังนั้น หากมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและสร้างบรรยากาศของ  
โรงพยาบาลที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ ยอมรับและเรียนรู้เรื่องต่างๆที่แพทย์  
ต้องการให้ทำ หรือเสนอแนะให้ทำ การเรียนรู้และความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การตัดสินใจและการ  
ปฏิบัติได้มากกว่าที่เป็นอยู่

ปรัชญาการทำงานเสริมสร้างพลังอำนาจกับคนไข้ที่เสนอโดย Gibson (1991) คือ

1. คนไข้ควรต้องรับผิดชอบในการตัดสินใจเรื่องรักษาพยาบาลของตนเอง
2. คนไข้ควรเป็นคนสำคัญสุดท้ายที่จะตัดสินใจ ในการรับการรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ที่จะ  
เตรียมผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลเข้าใจถึงผลที่จะตามมา การที่เจ้าหน้าที่จะกระตุ้นการมีส่วนร่วม  
ร่วมและการตัดสินใจของผู้ป่วยได้จำเป็นต้องได้ข้อมูลบางส่วนจากผู้ป่วยด้วย การขอข้อมูลจากผู้ป่วยจะ

ช่วยให้เกิดพลังอำนาจทางจิตวิทยาในผู้ป่วย เริ่มรู้จักตัวเอง รู้จักความรู้สึกตนเองต่อการเจ็บป่วยและการรักษาและรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมจัดการที่จะตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ตามแนวคิดของ Gibson การสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายในบุคคล เช่น ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม บรรยากาศรอบๆที่เอื้อให้เกิดความรู้สึกยอมรับการช่วยเหลือ ดังนั้น กระบวนการสร้างพลังอำนาจ จึงมีอยู่ 4 ขั้นตอน

1. การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง
2. การสะท้อนคิดวิเคราะห์ วิจาร์ณ และเป็นเหตุเป็นผล
3. การตัดสินใจเลือกทางออกหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
4. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

ดังนั้นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจจิตวิทยา เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้ เรื่องการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนเรื่องค่านิยมและความรู้สึกที่มีต่อการรักษาและวิธีการรักษาที่ได้รับ อันจะนำไปสู่การหาทางเลือกและรับผิดชอบในทางเลือกที่ตัดสินใจแล้ว

#### 2.4 การสร้างพลังอำนาจในชุมชน

การประยุกต์การสร้างพลังอำนาจในชุมชน มักทำคู่ไปกับการกระตุ้นการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยมีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้ การมีความรู้สึกถึงความเป็นชุมชน โดยใช้กิจกรรมหลัก คือ 1) การมีส่วนร่วม 2) การเรียนรู้ร่วมกัน 3) การสะท้อนความรู้สึก บทเรียนในเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ด้วยเหตุด้วยผล 4) การทำกิจกรรมกระบวนการสร้างพลังอำนาจให้เกิดให้เกิดในระดับจิตวิทยาบุคคล องค์กรและกลุ่มหรือชุมชน (Israel 1994)

จากประสบการณ์การทำงานในประเทศ Scotland ได้สรุปบทเรียน ในเว็บไซต์ <http://www.scotland.gov.uk> ว่า การสร้างพลังอำนาจชุมชนเป็นไปได้ทั้งแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการ แบบเป็นทางการคือการที่ชุมชนมีบทบาทและมีอำนาจการตัดสินใจที่เป็นที่ยอมรับจากภาครัฐ แบบไม่เป็นทางการคือการที่ชุมชนมีศักยภาพในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระจากระบบหรือกระบวนการของภาครัฐ

ในทำงานทั้งสองรูปแบบ พอสรุปได้ว่า ระดับการมีพลังอำนาจของชุมชนสามารถเรียงจากน้อยไปมาก โดยดูลักษณะกิจกรรมของชุมชนได้ดังนี้

1. การมีข้อมูลข่าวสาร ชุมชนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่มีการตัดสินใจไปแล้ว

2. การปรึกษาหารือ ชุมชนได้รับเชิญให้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ความเห็นของชุมชน อาจจะมีหรือไม่มีผลต่อการตัดสินใจก็ได้
3. การมีส่วนร่วมแบบเป็นทางการ ชุมชนได้มีการระบุหรือส่งตัวแทนให้เข้าไปมีบทบาทในการตัดสินใจ
4. การมีอำนาจตัดสินใจ ชุมชนมีสิทธิที่จะตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีวิธีการที่จะดำเนินการตามที่ตัดสินใจ

การมีพลังอำนาจในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจะเกิดขึ้นได้ขึ้นกับความสามารถในการรวมกลุ่มของชุมชนเองจึงมักเรียกกันว่า ต้นทุนทางสังคม (Social capital) ชุมชนจะไม่สามารถมีอำนาจแบบเป็นทางการ ถ้าชุมชนไม่สามารถชี้ประเด็นที่สนใจ หรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่นได้ ในขณะเดียวกันชุมชนก็จะไม่สามารถดำเนินการใดๆได้ถ้าสมาชิกในชุมชนไม่มีทักษะในการรวมกลุ่มและการสื่อสาร ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมการรวมกลุ่ม การฝึกทักษะการเรียนรู้และการสื่อสาร นั่นเอง

### บทสรุป แนวคิดการสร้างพลัง (Empowerment Model)

การสร้างพลังอำนาจ ได้มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจนพอสรุปเป็นแนวเดียวกันได้ว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการไม่ใช่กิจกรรมอย่างที่ใช้กันอยู่ แนวคิดนี้มีความทันสมัยของแนวคิดในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ อยู่ที่การมองการเปลี่ยนแปลงในสองระดับ คือ บุคคล และ องค์กรหรือสังคม นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การวัดและการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ไม่ว่าจะนำไปใช้ในระบอบใด การวัดการเปลี่ยนแปลงควรทำทั้งสองระดับ ดังนั้นในการนำไปใช้ไม่ว่าจะเป็นบริษัท ของชุมชน องค์กร โรงเรียน โรงพยาบาล ผู้ใช้ควรที่จะออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับทฤษฎีที่มีความเป็นกระบวนการ และควรออกแบบเครื่องมือวัดและกิจกรรมการวัดและประเมินผลให้สอดคล้องกับกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ที่กล่าวมาแล้วด้วย

บันทึกนี้เขียนที่ GotoKnow โดย นาย วิชัย ชูจิต ใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วทุ่ง

### 3. แนวคิดการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization)

#### 3.1 ขั้นตอนหลักในการขับเคลื่อนพลังสังคม (Step in social movement)

การขับเคลื่อนพลังสังคม (Step in social movement) ในทางปฏิบัติ Bracht (2001, pp. 90-95) กล่าวว่า การขับเคลื่อนพลังทางสังคม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ การวิเคราะห์ชุมชน การออกแบบและการริเริ่มกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม การรักษาการเชื่อมประสานกัน และการแพร่กระจายและการสร้างความคงทน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ชุมชน (Community analysis) คือ การทำความเข้าใจ คุณลักษณะต่างๆของชุมชน เช่น แนวปฏิบัติ แนวการจัดองค์กรชุมชน การดำเนินการดังกล่าว เริ่มตั้งแต่การพิจารณาชุมชนในเชิงสัมพันธภาพทางจิตวิทยา และเชิงภูมิศาสตร์ซึ่งข้อมูลดังกล่าว จะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ในชุมชน พื้นที่ และความผูกพันของสมาชิกในชุมชน หลังจากนั้นมีการเก็บข้อมูลต่างเพื่อประเมินความพร้อมของชุมชนในการร่วมมือด้านกิจกรรมเชิงการ เปลี่ยนแปลง เช่น การพิจารณาเกี่ยวกับกิจกรรมร่วมมือในอดีต ความสนใจในการร่วมมือของกลุ่ม ผู้มีอิทธิพลในชุมชน และสมาชิกในชุมชนเป็นต้น

2. การออกแบบและการริเริ่มกิจกรรม (Design and Initiation) เน้นการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (Coalition) ขององค์กรชุมชนเพื่อทำหน้าที่ประสานความร่วมมือของ พลเมือง และการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆโดยเครือข่ายความร่วมที่ตีมีประกอบไปด้วยคนที่ เป็นตัวแทนจากองค์กรที่มีความหลากหลายและเห็นพ้องต้องกันในการร่วมมือการทำงาน (Bracht, 2001) นอกจากนั้น กิจกรรมดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับการวางแผนกิจกรรมและการแสวงหา แนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน

3. การดำเนินกิจกรรม (Implementation) เน้นการร่วมมือของชุมชนในการนำแผนกิจกรรมต่างๆไปสู่การปฏิบัติซึ่งในการดำเนินกรนี้จำเป็นต้องใช้บทบาทและความ รับผิดชอบของพันธมิตรในกลุ่มต่างๆให้ชัดเจน การชี้แนะแนวทางและอบรม การปรับปรุงแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในท้องถิ่นและการขยายการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนให้กว้างขึ้น

4. การรักษาการเชื่อมประสานกัน (Maintenance Consolidation) โดยเน้นการรักษาจำนวนอาสาสมัครสมาชิกและการดำเนินกิจกรรมต่างๆและการพยายามผสมผสาน กิจกรรมต่างๆ ให้ผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในเครือข่ายเดิมของชุมชน

5. การแพร่กระจายและการสร้างความคงทน (Dissemination and Durability) โดยการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการการทบทวนกิจกรรมและผลต่างๆที่เกิดขึ้นการปรับ แผนการทำงาน และการปรับปรุงข้อมูลด้านการวิเคราะห์ชุมชน ในเชิงภาพรวมแล้วการขับเคลื่อนทางสังคมเป็นการแสวงหาแนวทางในการร่วมมือกับพันธมิตรในทุกระดับอย่างมียุทธศาสตร์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดกิจกรรมสนับสนุนที่ หลากหลาย และเพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับรู้เกี่ยวกับการเพิ่มพลังต่างๆในการควบคุมและ จัดการสภาวะแวดล้อมโดยตรง

การขับเคลื่อนทางสังคมยังมีจุดร่วมที่ใกล้เคียงกับการชี้แนะประเด็นฝ่ายสื่อต่างๆ (ปารีชาติ สถาปตานนท์และคณะ, 2551,น.31-37) กล่าวคือ การระดมพลังทางสังคมเน้น การพัฒนาสัมพันธภาพกับกลุ่มสื่อมวลชนในฐานะพันธมิตรกลุ่มหนึ่ง การร่วมมือของสื่อมวลชนใน การนำเสนอ

วาระทางสื่อมวลชน (Media agenda) ช่วยเติมแต่งพลังของกลุ่มต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างไรก็ตามการระดมพลังต่างจากการชี้แนะ ประเด็นสาธารณะผ่านสื่อต่างๆ กล่าวคือ การชี้แนะประเด็นผ่านสื่อต่างๆ เน้นความร่วมมือกับ นักสื่อสารมวลชนในการสร้างกระแสกดดันผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ในขณะที่การขับเคลื่อนทางสังคมให้ความสำคัญในการร่วมมือกับพันธมิตรที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงพันธมิตรที่เป็นองค์กร ภาครัฐ องค์กรภาคธุรกิจองค์กรพัฒนาเอกชนในการร่วมมือกันผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างแท้จริงในสังคม

### 3.2 หลักการสำคัญในการขับเคลื่อนทางสังคม (Key Concept of Social Movement)

การขับเคลื่อนทางสังคมดำเนินการบนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า การมีส่วนร่วมของพลเมือง (citizen participation) เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดำรงชีวิต และวิถีปฏิบัติของ สังคมประชาธิปไตย ดังนั้นพลเมืองจึงจำเป็นต้องรวมกลุ่มกันเข้ามามีบทบาทในกิจกรรมด้านการพัฒนาสังคม การเมือง และวัฒนธรรม (Bracht, 2001, pp. 62-80) การระดมพลังทางสังคมในการขับเคลื่อนประเด็นให้เป็นเรื่องของสาธารณะ จึงให้ความสำคัญกับการประสานความร่วมมือ กับกลุ่มพันธมิตรจากทุกภาคส่วนในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนในการรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะเป็นเสมือน การร่วมมือกันยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน สนับสนุนการถ่ายโอนทรัพยากรและบริการ ต่างๆ ให้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสมาชิกในชุมชน ตลอดจนการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางพื้นฐานของชุมชนอย่างความยั่งยืนและการพึ่งตนเอง

### 3.3 การขับเคลื่อนทางสังคมในยุคล่าสุด (The newest Social Movement ค.ศ.1990s)

เป็นขบวนการเคลื่อนไหวตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 ถึงศตวรรษที่ 21 เป็นต้นมา ได้รับการสนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมให้อยู่ในระดับโลกมากขึ้นแต่อาจจะประเมินไม่ได้ถึง เหตุการณ์หรือกรณีที่น่าไปสู่การสนับสนุนได้อย่างตายตัว เป็นกระบวนการที่เหมือนจะมีแต่ไม่มี (วีริยะสว่างโชติ, 2549) อาจจะหรือไม่มีแกนนำในการขับเคลื่อนเป็นการเคลื่อนไหวที่เป็นในเชิง สัญลักษณ์ ไม่ใช่การโค่นล้มอำนาจในสังคมเหมือนกับการขับเคลื่อนในยุคแรกๆ แต่เป็นการสร้างแรงบันดาลใจให้กับคนอื่นๆ ในสังคมให้เกิดความรู้สึกและเข้ามามีส่วนร่วมโดยการใช้สื่อในการ สื่อสารออกไปสู่ผู้คนที่ไม่มีสื่อของตนเอง (Indy network) สิ่งสำคัญคือ เป็นการสร้างเครือข่ายที่ ไม่ใช่การจัดตั้ง บางครั้งจะเรียกว่า กระบวนการต่อต้านโลกาภิวัตน์ (Anti Globalization)

กล่าวโดยสรุปว่าการเกิดขึ้นของการขับเคลื่อนทางสังคมเกิดจากความตระหนักใน สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของประชาชนอีกทั้งความเป็นชุมชนเมือง (Urbanization) ทำให้เกิดการรวมกลุ่มเรียกร้องหรือแสดงตัวตนและต้องการแสดงอัตลักษณ์ให้ปรากฏ รวมถึงความเจริญเติบโตของภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจ ทำให้คนจำนวนหนึ่งไม่ได้รับความเป็นธรรมในการ ทำงาน การกดขี่ การ



เอารัดเอาเปรียบ (Cohen, 1992, pp. 78) การขับเคลื่อนทางสังคมมีหลายประเด็นและหลายแง่มุม รูปแบบของการขับเคลื่อน ประเด็นทางสังคมสามารถจะขับเคลื่อนได้จากส่วนบนลงสู่ด้านล่างหรือขับเคลื่อนจากส่วนล่าง ไปด้านบนหรือเป็นการขับเคลื่อนในลักษณะเครือข่ายร่วมกัน ทั้งนี้นายแพทย์ ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโส (ประเวศวะสี, 2548, น.6-11) ยังได้กล่าวถึงรูปแบบการขับเคลื่อนทางสังคมแบบ สามเหลี่ยม ที่ใช้ในการขับเคลื่อนประเด็นทางสุขภาวะเนื่องจากการจะบรรลุจุดหมายภายใต้สภาวะสังคมที่ซับซ้อน เป็นเรื่องยากเปรียบเสมือนการเขยื้อนภูเขา ดังนั้นแนวคิดสามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา จึงเป็นแนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ในการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาวะ โดยการบูรณาการ ทำงานร่วมกันของ องค์ประกอบในสังคมที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบภาควิชา การองค์ประกอบภาคประชาสังคม องค์ประกอบภาครัฐและการเมืองที่มีส่วนสนับสนุนและ สามารถผลักดันสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังเช่น การปฏิรูประบบ สุขภาพที่ทำให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพและมีหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล

### สรุปเชส โมเดล (SES model)

เชส โมเดล (SES model) หมายถึง การผสมผสานดึงเอาจุดเด่นในแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบ (System approach) การสร้างพลัง (Empowerment) และการขับเคลื่อนทางสังคม (Social mobilization) ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ สรุปรวมเป็นแนวคิดการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและส่งผลต่อการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี

**กำหนดการอบรม ภาควิชาเครือข่าย ตำบลต้นแบบ  
การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล**

กิจกรรมครั้งที่ 1 (SES model Systems Approach + Social mobilization)

- 08.00 น. – 08.30 น. - ลงทะเบียน
- 08.30 น. – 09.00 น. - เปิดโครงการ โดย นายอำเภอบัวใหญ่ หรือท่านสาธารณสุขอำเภอ  
แนะนำแขกผู้มีเกียรติที่มาพร้อมพิธีเปิด
- 09.00 น. – 09.30 น. - สร้างสัมพันธ์ภาพ กิจกรรมมารู้จักกันเถอะ แนะนำตนเอง ลักษณะเด่น  
บทบาทหน้าที่ในชุมชน
- 09.30 น. – 09.45 น. - พักรับประทานอาหารว่าง
- 09.45 น. – 10.00 น. - ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 10.00 น. – 11.30 น. - ใบบงานที่ 1 ระดมสมอง มีปัจจัยใดบ้างในตำบลชุมชนทองที่เกี่ยวข้อง  
กับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี  
- ใบบงานที่ 2 ระดมสมอง การดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้  
ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของตำบลชุมชนทองที่ผ่านมาดำเนินการอะไรไปบ้าง และ  
เกิดปัญหาอุปสรรคอะไร
- 11.30 น. – 12.00 น. - นำเสนอผลจากการระดมสมอง
- 12.00 น. – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 น. – 13.30 น. - กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ
- 13.30 น. – 14.30 น. - ใบบงานที่ 3 ระดมสมอง สรุปปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับ  
โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของตำบลชุมชนทอง มีอะไรบ้าง ถ้าจะ  
จัดระบบใหม่ให้ตำบลชุมชนทองให้เกิดนโยบายสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาโรค  
พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใครจะต้องเข้ามาร่วมด้วยช่วยกันบ้างและแต่  
ละคนจะต้องมีบทบาทอะไรบ้าง
- 14.30 น. – 14.45 น. - พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.45 น. – 15.30 น. - นำเสนอสรุปผลจากการระดมสมองเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณสุข
- 15.30 น. – 16.00 น. - สรุปแนวทางการอบรมการสร้างพลัง สร้างแนวร่วมในการ  
ดำเนินงาน นัดหมายกำหนดการ วันเวลาสถานที่ครั้งต่อไป



กำหนดการอบรม ภาศึเครือข่าย ตำบลต้นแบบ  
การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย เซส โมเดล

กิจกรรมครั้งที่ 2 (Empowerment + Systems Approach)

วันแรก

08.00 น. – 08.30 น.	- ลงทะเบียน
08.30 น. – 09.00 น.	- เปิดโครงการ โดย นายอำเภอบัวใหญ่ หรือท่านสาธารณสุขอำเภอ แนะนำแขกผู้มีเกียรติที่มาพร้อมพิธีเปิดค่ายกิจกรรม
09.00 น. – 09.30 น.	- สิ่งที่น่าสนใจ
09.30 น. – 10.00 น.	- ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ทบทวนองค์ความรู้ นำเสนอผลงานวิจัยใหม่ๆและนวัตกรรมในการแก้ไข ปัญหา โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
10.00 น. – 10.30 น.	- เรือไททานิค
10.30 น. – 10.45 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 น. – 12.00 น.	- กิจกรรมก่อนหินมหัสจรรย์ 1. คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2.คุณจะมีบทบาทอะไรในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี
12.00 น. – 13.00 น.	- พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 น. – 13.30 น.	- กิจกรรมฉันรักคุณ
13.30 น. – 14.00 น.	- กิจกรรมสายธารแห่งชีวิต
14.00 น. – 15.00 น.	- มินิโอลิมปิก
15.00 น. – 15.15 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 น. – 16.00 น.	- สังคมที่ฉันคาดหวัง
16.00 น. – 17.00 น.	- นำเสนอกิจกรรมจากการระดมสมอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (Empowerment + Systems Approach)

วันที่สอง

- |                     |  |
|---------------------|--|
| 08.30 น. – 09.00 น. | - กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เสื่อกินข้าว   |
| 09.00 น. – 10.30 น. | - สะพานสู่ดาว  |
| 10.30 น. – 10.45 น. | - พักรับประทานอาหารว่าง  |
| 10.45 น. – 12.00 น. | - นำเสนอข้อมูลจากการระดมสมอง และอภิปรายแนวทางแก้ไขปัญหา<br>โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี |
| 12.00 น. – 13.00 น. | - พักรับประทานอาหารกลางวัน   |
| 13.00 น. – 13.30 น. | - เสียงสัตว์โลกผู้นำรัก  |
| 13.30 น. – 14.30 น. | - กิจกรรมละครคน  |
| 14.30 น. – 14.45 น. | - พักรับประทานอาหารว่าง  |
| 14.45 น. – 15.45 น. | - นำเสนอแผนการดำเนินงานในชุมชน   |
| 15.45 น. – 16.30 น. | - พันธะสัญญา   |
| 16.30 น. – 17.00 น. | - จุดเทียนอุดมการณ์  |

**กำหนดการอบรม ภาศึเครือข่าย ตำบลต้นแบบ  
การแก้ไขปัญหาโรคมยาริใบไม้ด้บัด้วย เซส โมเดล**

กิจกรรมครั้งที่ 3 (Social mobilization + Empowerment + Systems Approach)

08.00 น. –08.30 น.	- ลงทะเบียน
08.30 น. –09.00 น.	- กล่าวต้อนรับโดยท่านสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่
09.00 น. –09.30 น.	- กิจกรรม Check In
09.30 น. –10.00 น.	- ถอดบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานที่ผ่านมาหลังจากปรับกลยุทธ์
10.00 น. –10.15 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 น. –11.00 น.	- วิเคราะห์จุดแข็งของผลการดำเนินกิจกรรมในแต่ละด้าน ที่ประสบความสำเร็จ หรือเริ่มมีพัฒนาการเกิดการเปลี่ยนแปลง
11.00 น. –12.00 น.	- นำเสนอข้อมูลจากการระดมสมอง
12.00 น. –13.00 น.	- พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 น. –13.30 น.	- กิจกรรม Check In
13.30 น. –14.00 น.	- มินิโอลิมปิก
14.00 น. –15.00 น.	- วิเคราะห์จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละด้าน พร้อมแนวทางแก้ไขและปรับกลยุทธ์
15.00 น. –15.15 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 น. –16.00 น.	- นำเสนอกิจกรรมจากการถอดบทเรียน และกลยุทธ์พิชิตใจเพื่อแก้ไข ปัญหาในชุมชน
16.00 น. – 16.30 น.	- ส่งต่อมอบหมายภาระงานเพื่อความต่อเนื่องยั่งยืน มอบเกียรติบัตรให้แก่แกนนำ ภาศึเครือข่ายที่มีส่วนร่วม กล่าวปิดโครงการ

### เอกสารอ้างอิง

- กอ สวัสดิพานิชย์. แนวคิดและทฤษฎีเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, ม.ป.ป. (อัดสำเนา).
- สุรพันธ์ ยันตทอ้ง. การบริหารโรงเรียน นวัตกรรม: เทคนิค: ประสบการณ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์กรมการศาสนา, 2533.
- สุนันท ปทุมาคม . การจัดระบบ . กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป. (อัดสำเนา) .
- อุทัย บุญประเสริฐ. วิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบและแนวทางในการบริหารโรงเรียน. ในรายงาน การสัมมนาหลักและแนวทางในการบริหารโรงเรียนอย่างเป็นระบบ, หน้า1-33, 20 สิงหาคม 2539 ณ สว่างคนิवास จังหวัดสมุทรปราการ.
- Bracht, N., (2001). Communication partnership strategies in health communication. In R. E. Rice and C.K. Atkin (eds.), Public communication campaigns. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Bowditch, Jame L. Behavior in Organization: A systems approach to managing .2nd.ed. , Addison – Wesley publishing company, 1973.
- Kast, Fromont E.and Rosensweig, James F. Organization and Managemen: Asystems andcontingency approach. 4th. ed., McGraw–HillBook company, 1975.
- Romiszowski, A.J. A systems Approach to education and training .Stanley L.Hunt Publishers, 1970. Schoderbek, Peter P.and Othors. Management System: Conceptual Consideration. 4th .ed., Richard D. Irwin, Inc., 1990.
- Scott, William G. Organization Theory. Illinois: Richard D.Irwin, Inc., 1967. The Unesco Press. A systems Approach to teaching and laerning procedures: A guide for educators. 2nd. ed., Imprimerie des Presses Universitaires de France, Vendome,1981.



ศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## นโยบายสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อ

### พยาธิใบไม้ตับ

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การจัดโปรแกรมสร้างพลังแกนนำชุมชนแล้วให้แกนนำวางแผนจัดระบบ และดำเนินการขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อให้เกิดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและส่งผลในการป้องกันการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีโดยจะจัดระบบใหม่ให้กับชุมชนให้เกิดนโยบายสาธารณะทั้ง 9 ข้อต่อไปนี้

1. ให้ชุมชนรื้ออาหารปลอดภัยปลาปลอดพยาธิ
2. แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในสุนัขและแมว
3. การตรวจวินิจฉัยโรคใบไม้ตับวิธีใหม่
4. การจัดระบบสุขภาพีกำจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
5. การสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศสำหรับการเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
6. การจัดทำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อสอนเด็กนักเรียนในโรงเรียนและประชาชนในชุมชน
7. การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี
8. การจัดระบบส่งต่อเพื่อรักษาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน
9. การวิจัยในชุมชน โดยผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดำเนินงานหากผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แสดงว่าระบบนั้นมีประสิทธิภาพ





## แบบสอบถาม

เลขที่ □□□

“การพัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชนพื้นที่  
ตำบลต้นแบบ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา”

## คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับของ  
ประชาชนในชุมชนพื้นที่ตำบลต้นแบบ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา การจัดระบบของชุมชน และการ  
สร้างพลังให้กับภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานป้องกันและโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งข้อมูลที่ได้  
จากการวิจัยในครั้งนี้ จะนำไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 แบบประเมินการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 3 แบบประเมินกระบวนการสร้างพลังในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 4 แบบประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวต่อเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ข้อมูลที่ได้รับในครั้งนี้ จะเก็บไว้เป็นความลับโดยคำตอบของท่านมีความสำคัญต่อการวิจัยเป็นอย่าง  
ยิ่ง ผู้วิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวมที่จะเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หรือเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

คุณลักษณะทางประชากรและสังคม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ ( ) 1.ชาย ( ) 2. หญิง	
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเศษเดือนปัดทิ้ง)	
3. ระดับการศึกษาสูงสุด(ที่จบการศึกษาแล้วหรือกำลังศึกษาอยู่) ( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( ) 5. อนุปริญญา/ปวส. ( ) 6.ปริญญาตรี ( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี	
4. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3.หม้าย/หย่า/แยก	
5. อาชีพหลัก ( ) 1.รับจ้าง ( ) 2. เกษตรกรรม ( ) 3.ค้าขาย ( ) 4. แม่บ้าน ( ) 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 6.ว่างงาน ( ) 7.นักเรียน/นักศึกษา ( ) 8. อื่นๆระบุ.....	
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย .....บาท/เดือน	
7. ตำแหน่ง หรือบทบาทหน้าที่ในชุมชน ( ) 1. ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน ( ) 8. นายก อบต./รองนายก อบต. ( ) 2.อสม. ( ) 9. แกนนำเยาวชน ( ) 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) 10. ผู้นำกลุ่มสตรี ( ) 4. ครู ( ) 11. กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน ( ) 5. ปลัดหรือเจ้าหน้าที่ อบต. ( ) 12. ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน ( ) 6. สมาชิก อบต. ( ) 13. ประชาชนในหมู่บ้าน ( ) 7. นักเรียน/นักศึกษา ( ) 14. อื่นๆ ระบุ.....	

ตอนที่ 2 แบบประเมินการจัดการระบบในการป้องกันและควบคุมโรคโรคลายิไบไม้ต้บ

2.1 ประเมินระบบ

ประเด็นพิจารณา	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม</b>					
1. ท่านคิดว่ากรดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของโรคลายิไบไม้ต้บ					
2. ในชุมชนของท่านมีการกำหนดเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บอย่างชัดเจน					
3. ในชุมชนของท่านมีวิธีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บอย่างชัดเจน					
4. ในชุมชนของท่านกำหนดระยะเวลาในการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บ มีความเหมาะสม ปฏิบัติจริงได้					
5. ในชุมชนของท่านมีการประสานงานในการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชน					
6. ในชุมชนของท่านมีวิธีการดำเนินงานเหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บ และปฏิบัติได้					
<b>การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน</b>					
1. จำนวนบุคลากรที่ร่วมดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บมีความเหมาะสมและเพียงพอ					
2. วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนิน ป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บ มีเหมาะสมและเพียงพอ					
3. อาคารสถานที่ ห้องปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บมีความเหมาะสมและเพียงพอ					
4. ข้อมูล เอกสาร หรือคู่มือในการป้องกันและควบคุมโรคลายิไบไม้ต้บเหมาะสมและเพียงพอ					
5. การถ่ายทอดความรู้และการให้คำแนะนำของบุคลากร					

ประเด็นพิจารณา	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเหมาะสม					
6. งบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพียงพอ และเหมาะสม					
7. ความรู้ความเข้าใจของของท่านเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
<b>ด้านกระบวนการดำเนินงาน</b>					
1. ในชุมชนของท่าน มีการประสานในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างหน่วยงานและชุมชน					
2. ท่านโอกาสในการแสดงความคิดเห็นในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
3. ชุมชนของท่านมีการวางแผนดำเนินโครงการในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
4. ชุมชนของท่านมีการการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
5. ในชุมชนของท่าน มีการติดตามกำกับดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
8. ในชุมชนของท่าน มีการวิเคราะห์ผลอย่างต่อเนื่องในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
<b>ด้านผลผลิต</b>					
1. ในชุมชนของท่าน ความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
2. ในชุมชนของท่านมีการจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
3. ในชุมชนของท่านมีการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ บรรลุตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ ในชุมชนไม่กินปลาน้ำจืดดิบ					
4. ในชุมชนของท่านมีการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยมีการบูรณาการ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน					

ประเด็นพิจารณา	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. ในชุมชนของท่านมีการนำผลการประเมินมาพัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง					

### ตอนที่ 3 แบบประเมินพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับเจตคติของท่านมากที่สุด

5 เห็นด้วยมากที่สุด      4 เห็นด้วย      3 ไม่แน่ใจ      2 ไม่เห็นด้วย      1 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

ความภาคภูมิใจในตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
<b>ความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน</b>					
1. ฉันรู้สึกประหม่าไม่มั่นใจเมื่อต้องพูดต่อหน้าคนจำนวนมากหรือให้คำแนะนำ ชี้แนะเชิญชวนให้คนในชุมชนมามีส่วนร่วม					
2. ฉันรู้สึกผิดหวังกับการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของฉัน					
3. เมื่อมีปัญหาของคนครอบครัว หรือคนในชุมชนฉันเป็นส่วนหนึ่งและเป็นกำลังสำคัญในการช่วยแก้ไขปัญหา					
4. ฉันให้เกียรติและเคารพในความคิดของผู้อื่น					
5. ฉันเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมได้					
6. ฉันเป็นคนที่เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตนเองอยู่เสมอ					
7. ฉันเป็นคนมุ่งมั่นทำงานเพื่อส่วนรวม					
8. ฉันเป็นคนที่สามารถทำงานเพื่อชุมชนและสังคมได้					
9. การได้ทำความดีช่วยสังคมเพื่อส่วนรวมใครจะรู้หรือไม่สำคัญ					
10. ฉันยินดีเข้าร่วมกิจกรรมที่จะสามารถช่วยเหลือคนในชุมชนและสังคมได้					
<b>ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง</b>					
1. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้					
2. ท่านสามารถเป็นแกนนำพูดในที่ชุมชน หอกระจายข่าวในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้					
3. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้					
4. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงาน					

ความภาคภูมิใจในตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
ความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน					
แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้					
5. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย					
6. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับคัดกรองและกำจัดพยาธิใบไม้ตับในสุนัขและแมวที่เป็น แหล่งรังโรค ของพยาธิใบไม้ตับได้					
1. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลายวิธีเพื่อส่งตรวจเช่น การตรวจ เลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ ได้					
2. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบสุขภาพ เพื่อกำจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้					
3. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศสำหรับการเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับได้					
4. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับเพื่อสอนเด็กนักเรียนในโรงเรียนและประชาชนในชุมชนได้					
5. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับได้					
6. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้					
7. ท่านสามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับโดยมีการส่งเสริมการวิจัยในชุมชน					

ตอนที่ 4 การประเมินการขับเคลื่อนทางสังคมและนโยบายสาธารณะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค  
พยาธิใบไม้ตับ

3 มาก (ทำกิจกรรมบ่อยครั้งสม่ำเสมอ) 2 ปานกลาง(ทำกิจกรรมบ้างเป็นบางครั้ง) 1 น้อย (แทบจะไม่มีเลย)

คำชี้แจง :โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชุมชน

กิจกรรมในชุมชน	ระดับ		
	3	2	1
1. มีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน			
2. มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน			
3. มีการวางแผนจัดหาทรัพยากร เงิน คน วัสดุสิ่งของเพื่อใช้ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน			
4. มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน			
5. มีการประชาสัมพันธ์นำเสนอข้อมูล สถานการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้คนในชุมชนทราบ			
6. มีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างพลังแกนนำภาคีเครือข่ายและสร้างแนวร่วมเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน			
7. มีการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือกติกา ข้อตกลง เพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน			
8. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			
9. ในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการทำให้ชุมชนมีอาหารปลอดภัยปลอดพยาธิ			
10. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับคัดกรองและกำจัดพยาธิใบไม้ตับในสุนัขและแมวที่เป็นแหล่งรังโรค ของพยาธิใบไม้ตับได้			
11. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจต่อไปนี้ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ และ อุจจาระ ได้			
12. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบสุขภาพเพื่อจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้			
13. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายระบบสารสนเทศสำหรับการเฝ้าระวังพยาธิใบไม้ตับได้			
14. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับเพื่อสอนเด็กนักเรียนในโรงเรียนและประชาชนในชุมชนได้			



กิจกรรมในชุมชน	ระดับ		
	3	2	1
15. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับได้			
16. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้			
17. ในชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับโดยมีการส่งเสริมการวิจัยในชุมชน			
18. ในชุมชนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละคน เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ			
19. ในชุมชนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่คนในครอบครัวทำอาหารหรือชอบ เกี่ยวกับการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ			
20. ภาควิชาหรือหน่วยงานในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมีการร่วมมือกันดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง			

### ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวต่อเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

#### ตอนที่ 5.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในช่อง ก ข ค ง ที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
1. โรคพยาธิใบไม้ตับ พบมาก ในภาคใดของประเทศไทย ก. ภาคกลาง                      ข. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ค. ภาคตะวันออก                ง. ภาคใต้	K1.....
2. อาหารที่ เสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิใบไม้ตับคือข้อใด ก. ผักดิบ หรือผักสด                      ข. เนื้อดิบ หรือปรุงสุกๆดิบๆ ค. เนื้อปลาน้ำจืดดิบ หรือสุกๆดิบๆ                      ง. กุ้งสด	K2.....
3. สัตว์ชนิดใดที่เป็น แหล่งรังโรค ของพยาธิใบไม้ตับ ก. สุนัข    ข. แมว    ค. หนู    ง. ข้อ ก และ ข ถูก	K3.....
4. ปลาที่มีเกล็ดขาวในข้อใดที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ก. ปลาชิว, ปลากระสูบ, ปลาตะเพียน, ปลาสร้อยขาว, ปลาแก้มขี้, ปลาชานา ข. ปลาชิว, ปลานิล, ปลาช่อน, ปลาไหล, ปลาดุก, ปลายี่สก ค. ปลาหมอ, ปลากระพง, ปลาสลิค, ปลากระดี่, ปลาชะโด, ปลาทับทิม ง. ปลาน้ำจืด, ปลาช่อน, ปลาเค้าขาว, ปลาสร้อย, ปลาเทโพ, ปลาจิ้น	K4.....

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
5. ข้อใดคืออาหารที่เป็น แหล่งแพร่เชื้อ พยาธิใบไม้ตับ ก. ปลาต้ม ปลาจ่อม                      ข. ปลาร้า แจ่วบอง ค. ก้อยปลา ลาบปลาดิบ                  ง. ถูกทุกข้อ	K5.....
6. ข้อใดเป็น พาหะตัวกลาง ที่มีพยาธิอาศัยอยู่ในช่วงเวลานึ่งของวงจรชีวิตของ พยาธิใบไม้ตับ ก. กุ้ง            ข. หอย            ค. กบ            ง. ปู	K6.....
7. ข้อใดมีโอกาสทำให้เกิด การแพร่กระจาย ของพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด ก. นายบอย ขุดสระลึก 2 เมตร ขอบลาดชัน ข. นางแพนเค้ก ขับถ่ายอุจจาระที่ไร่นาที่มีป่าบังมิดชิดคนมองไม่เห็น ค. นายพีท นำอุจจาระที่หมักไว้ 1 ปี ไปตากแห้ง 1 สัปดาห์ แล้วนำไปใช้เป็นปุ๋ย ง. นางแอน ไม่ได้เข้าร่วมโครงการรณรงค์หมู่บ้านปลอดพยาธิเนื่องจากติดธุระ	K7.....
8. การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคใด ก. มะเร็งท่อน้ำดี            ข. มะเร็งกระเพาะอาหาร ค. มะเร็งลำไส้                                  ง. มะเร็งตับ	K8.....
9. โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิที่สามารถติดต่อได้ ทางใด ก. การสัมผัสทางผิวหนัง                  ข. การหายใจ ค. การรับประทานอาหาร                    ง. การดื่มน้ำ	K9.....
10. ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถตรวจได้ในสิ่งส่งตรวจใดบ้าง ก. เลือด            ข. ปัสสาวะ            ค. อุจจาระ            ง. ถูกทุกข้อ	K10.....
11. การตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถตรวจหาไข่พยาธิได้ในสิ่งส่งตรวจใด ก. เลือด            ข. ปัสสาวะ            ค. อุจจาระ            ง. เสมหะ	K11.....
12. อาการและความรุนแรงของพยาธิใบไม้ตับขึ้นอยู่กับอะไร ก. การดื่มเหล้าร่วมกับการรับประทานปลาดิบ            ข. การมีโรคแทรกซ้อน ค. จำนวนพยาธิที่มีอยู่ในร่างกาย                                  ง. ระยะเวลาที่พยาธิอยู่ในร่างกาย	K12.....
13. ข้อใดคืออาการของโรคพยาธิใบไม้ตับ หากมีการติดเชื้อซ้ำเป็นเวลานาน เข้าสู่ระยะของการเป็นมะเร็ง ก. ปวดจุกลิ้นปี่ ปวดที่ชายโครงขวา            ข. ตัวเหลือง ตาเหลือง ค้นตามผิวหนัง ค. ปวดท้อง แน่น ท้องอืด อุจจาระมีไขมัน                    ง. ถูกทุกข้อ	K13.....
14. ข้อใดกล่าว ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ก. เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้            ข. ไม่ต้องรักษาก็หายเองได้ ค. กินยาถ่ายพยาธิบ่อยๆเป็นการรักษาที่ดีที่สุด	

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
ง. รักษาให้หายได้แต่ต้องไม่กลับมากินปลาดิบอีก	K14.....
<p>15. พฤติกรรมบริโภคอาหารของใครที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>ก. นายอ่วม รับประทานก้อยไข่มดแดง</p> <p>ข. นางลำเจียก รับประทานลาบปลาตะเพียนปรุงสุก</p> <p>ค. นายทศพล รับประทานแหนมปลาทอด</p> <p>ง. นางคำแก้ว รับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ</p>	K15.....
<p>16. การป้องกันไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แพร่กระจายโรคไปยังผู้อื่น ทำได้ อย่างไร</p> <p>ก. การถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง      ข. การไม่ใช้ของร่วมกัน</p> <p>ค. การไม่ไอหรือจามรดกัน      ง. การไม่รับประทานอาหารร่วมกัน</p>	K16.....
<p>17. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในข้อใด ถูกต้องมากที่สุด</p> <p>ก. อาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวต้องปรุงให้สุกด้วยความร้อนให้ทั่วถึง ก่อนรับประทาน</p> <p>ข. ถ้าไม่เคยกินลาบปลาดิบก็ไม่จำเป็นต้องตรวจหาไข่หนอนพยาธิ</p> <p>ค. ซึ้อยาถ่ายพยาธิมากินเองเป็นประจำหลังรับประทานปลาดิบ</p> <p>ง. ถ่ายอุจจาระตามไร่ สวน นา แล้วฝังกลบด้วยดินนิตหนอยเพื่อไม่ให้คนเห็น</p>	K17.....
<p>18. วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันไม่ให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับทำได้อย่างไร</p> <p>ก. กินยาป้องกัน    ข. กินปลาสุก    ค. กินหมูสุก      ง. กินเนื้อสุก</p>	K18.....
<p>19. การป้องกันมิให้โรคพยาธิใบไม้ตับแพร่กระจายไปยังผู้อื่นควรปฏิบัติอย่างไร</p> <p>ก. ทิ้งเศษอาหารจำพวกปลาดิบลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด</p> <p>ข. ให้เศษอาหารจำพวกปลาดิบแก่สุนัขและแมว</p> <p>ค. ถ่ายอุจจาระตามทางสาธารณะ พงหญ้าที่หลบสายตากัน</p> <p>ง. นำอุจจาระของคนและสัตว์ใส่ลงในบ่อเลี้ยงปลา หรือ รดผัก</p>	K19.....
<p>20. การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้ได้ผลดีต้องทำอย่างไร</p> <p>ก. เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>ข. เป็นหน้าที่ของผู้นำหมู่บ้าน</p> <p>ค. เป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>ง. เป็นหน้าที่ของประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันร่วมกัน</p>	K20.....

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
21. การทำปลาร้ารับประทานเองที่ปลอดภัยต้องใช้ระยะเวลาในการหมักอย่างน้อยนานเท่าใด ก. 7 วัน ข. 14 วัน ค. 30 วัน ง. 60 วัน	K21.....
22. การทำปลาต้ม หรือหมนปลาร้ารับประทานเองที่ปลอดภัยมีกระบวนการทำหรือเตรียมปลาอย่างไรจึงจะไม่ทำให้เสียรสชาติไปจากเดิม ก. ล้างเนื้อปลาให้สะอาดแล้วตากแดดก่อนค่อยมาทำ ข. ล้างเนื้อปลาให้สะอาดแล้วนำไปลวกน้ำร้อน 30 วินาที ค่อยมาทำ ค. ล้างปลาให้สะอาดแล้วแช่แข็งไว้ในช่องฟิตตู้เย็นอย่างน้อย 7 วัน ค่อยมาทำ ง. ล้างปลาให้สะอาดแล้วแช่ในเหล้าขาวหรือน้ำมะนาวก่อนแล้วค่อยมาทำ	K22.....
23. มะเร็งท่อน้ำดีสามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตรยาวนานมากยิ่งขึ้นเมื่อตรวจพบในระยะใด ก. ระยะที่ 1 ข. ระยะที่ 2 ค. ระยะที่ 3 ง. ระยะที่ 4	K23.....
24. การตรวจคัดกรองหาความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ระยะแรกมีวิธีการการตรวจอย่างไร ก. ตรวจอุจจาระ ข. ตรวจคลำช่องท้อง ค. ตรวจอัลตราซาวด์ ง. ตรวจเลือด	K24.....

ตอนที่ 5.2 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

**คำชี้แจง :** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับเจตคติของท่านมากที่สุด

**เห็นด้วย** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน

**ไม่แน่ใจ** หมายถึง ข้อความนั้นท่านรู้สึกไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

**ไม่เห็นด้วย** หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน

เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1. อาหารดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ รสชาติอร่อยกว่าอาหารสุก				A1.....
2. ปลาร้าไม่มีพยาธิใบไม้ตับ เพราะปลาร้าผ่านการหมัก ทำให้พยาธิตายหมดแล้ว				A2.....
3. การรับประทานอาหารจำพวกปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ทำให้ร่างกายแข็งแรง				A3.....
4. การรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกใหม่เป็นประจำ ทำให้ไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ				A4.....

เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
5. การนำปลาร้าดิบมาปรุงส้มตำ ทำให้ส้มตำมีรสชาติอร่อยกว่าการนำปลาร้าที่ต้มสุกแล้วมาปรุง					A5.....
6. การถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง ทำให้โรคมพยาธิใบไม้ตับไม่แพร่กระจาย					A6.....
7. การชิมปลาดิบเพียงเล็กน้อย ไม่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ					A7.....
8. การนำปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวมาปรุงแบบดิบ หรือสุกๆดิบๆ ช่วยประหยัดเวลาในการประกอบอาหาร และทำให้ปลาไม่เสียรสชาติ					A8.....
9. เมื่อมียาสำหรับถ่ายพยาธิ ก็ไม่มีความจำเป็นต้องป้องกันหรือควบคุมโรคมพยาธิใบไม้ตับ					A9.....
10. การนำปลาหมักทำเป็นปลาร้า ต้องใช้เวลาในการหมักอย่างน้อย 3 เดือน และต้มสุก จึงจะปลอดภัยจากโรคมพยาธิใบไม้ตับ					A10.....
11. การรับประทานปลาที่มีเกล็ดขาว เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาตะเพียน ปรุงสุก ช่วยป้องกันการเกิดโรคมพยาธิใบไม้ตับ					A11.....
12. ถ้าตั้งใจในรสชาติการกินปลาร้าดิบ หรือส้มปลาดิบ ควรศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมว่ามีกระบวนการทำอย่างไรให้ปลอดภัย					A12.....
13. การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกี่ยวข้องกับการกินปลาดิบ					A13.....
14. คนที่กินปลาดิบมีตั้งหลายคนเห็นสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บไม่ไข้หรือเป็นมะเร็งท่อน้ำดี					A14.....
15. คนที่ดื่มสุรามานานแล้วมีตั้งหลายคนไม่เห็นป่วยเป็นมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี หรือโรคมอะไรเลย					A15.....
16. การใช้สารเคมี หรือฉีดยาฆ่าหญ้า ฆ่าแมลงในการทำเกษตรกรรม ถึงจะทำประจำทุกวันถ้ามีการป้องกันให้ดีก็ไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง					A16.....
17. การกินก้อยปลาน้ำจืดดิบ หรือลาบปลาดิบทำให้ร่างกายแข็งแรงมีกำลังวังชา					A17.....
18. การกินปลาน้ำจืดดิบในช่วงระหว่างลงปลา จับปลา จะสะดวกกว่าการก่อกองไฟแล้วปรุงสุก					A18.....

เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
19. การกินปลาน้ำจืดดิบ เราก็ต้องกินตามผู้ใหญ่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย พากินมาตั้งนานแล้ว				A19.....
20. ถึงเราจะกินปลาน้ำจืดดิบ ก้อยปลาดิบ แต่เราก็สามารถไปซื้อยาถ่ายพยาธิไปไม่ดับมากินที่หลังได้				A20.....

ตอนที่ 5.3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับเจตคติของท่านมากที่สุด

**ปฏิบัติประจำ** หมายถึง ท่านมีการปฏิบัตินั้น 7 – 10 ครั้ง ใน 1 เดือน (หรือทำประจำสม่ำเสมอในรอบปี)

**ปฏิบัติเป็นบางครั้ง** หมายถึง ท่านมีการปฏิบัตินั้น 3 – 6 ครั้ง ใน 1 เดือน (หรือทำบ้างเป็นบางครั้งในรอบปี)

**ไม่เคยปฏิบัติเลย** หมายถึง ท่านไม่เคยมีการปฏิบัติเลย (หรือไม่เคยปฏิบัติเลยในรอบปี)

การปฏิบัติตัว	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านรับประทานปลาสดดิบ หรือสุกๆดิบๆ				P1.....
2. ท่านรับประทานปลาปิ้งสุกๆดิบๆ (หนังเกรียม แต่ยังมีน้ำแดงๆอยู่ในเนื้อปลา)				P2.....
3. ท่านรับประทานปลาร้าดิบหรือแจ่วบองปลาร้าดิบ				P3.....
4. ท่านรับประทานลาบปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆ				P4.....
5. ท่านรับประทานก้อยปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ				P5.....
6. ท่านรับประทานหม่าซู่ปลา เครื่องในปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆ				P6.....
7. ท่านรับประทานส้มตำปลาร้าดิบ				P7.....
8. เวลาที่ท่านออกไปประกอบอาชีพเกษตรกรรมท่านถาดย อูจจาระตามป่าหรือตามทุ่งนา				P8.....
9. หลังจากรับประทานอาหารหรือปรุงอาหารเสร็จแล้ว เศษปลาสดหรือเศษอาหารที่รับประทานแล้ว ไปทิ้งถึงขยะที่มีฝาปิดมิดชิด				P9.....
10. เมื่อท่านปรุงอาหารจากปลาดิบ เศษปลาดิบที่เหลือท่านนำไปโยนให้หมาหรือแมวรับประทาน				P10....
11. หลังจากใช้เชียง มีดหั่น สับ ซอย ปลาพวกที่มีเกล็ดสดๆ				

การปฏิบัติตัว	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	สำหรับ ผู้วิจัย
เช่นปลาชวงนา ปลาตะเพียน ปลาชิว ท่านล้างก่อนทุกครั้ง แล้วจึงนำไปประกอบอาหารอื่น เช่น หั่นผัก เป็นต้น				P11....
12. ท่านให้ยาถ่ายพยาธิไปไม้ดับแก่สุนัขและแมวที่ท่านเลี้ยง เป็นประจำ				P12....
13. ท่านได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นประจำทุกปี หรืออย่างน้อย 1 ครั้ง				P13....
14. ท่านกินยาถ่ายพยาธิไปไม้ดับ ที่บุคลากรสาธารณสุขแจกให้ หลังการตรวจอุจจาระพบการติดเชื้อพยาธิไปไม้ดับ				P14....
15. ท่านไปตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูการทำงานของตับและท่อ น้ำดี				P15....
16. ท่านเข้าร่วมโครงการปลอดพยาธิไปไม้ดับ และมะเร็งท่อ น้ำดี				P16....
17. ท่านดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				P17....
18. ท่านใช้สารเคมีในการทำการเกษตรกรรม หรือใน ชีวิตประจำวัน				P18....
19. ท่านบริโภคผักและผลไม้ที่ซื้อจากตลาดโดยล้างให้สะอาด หลายๆครั้ง หรือแช่สารที่ล้างสารเคมีตกค้างก่อน				P19....
20. ท่านถ่ายอุจจาระลงส้วมและล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลัง ถ่ายอุจจาระและก่อนรับประทานอาหาร				P20....



## ประวัตินักวิจัย

### 1. ประวัติส่วนตัว

- 1.1 ชื่อ-สกุล รองศาสตราจารย์ พญ.สรญา แก้วพิบูลย์
- 1.2 วัน เดือน ปี เกิด / สถานที่เกิด 3 ตุลาคม 2519 / ประเทศไทย
- 1.3 สถานที่ทำงาน สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### 2. การศึกษา

วุฒิการศึกษา	ปีที่จบการศึกษา	สถาบัน
อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)	พ.ศ. 2549	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
แพทยศาสตรบัณฑิต	พ.ศ. 2543	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### การศึกษาหลังปริญญา

Family Medicine Teacher, Oregon Health Science University, USA

SW25x: Global Health: Case Studies from a Biosocial Perspective, Harvard University, USA

Medical Education: Foundation of Medical Education, Faculty of Medicine, Naradhiwas University and University of Illinois at Chicago, USA

3. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน

4. ตำแหน่งทางวิชาการ รองศาสตราจารย์

### 5. ประสบการณ์

#### 5.1 ประสบการณ์การทำงาน :

พ.ศ. 2560 รองศาสตราจารย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สำนักวิชาแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

พ.ศ. 2552-2560	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ศ. 2551-2552	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2548-2551	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายแพทยศาสตรศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการ สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  อาจารย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการ สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2546-2547	แพทย์ใช้ทุนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน
พ.ศ. 2545	แพทย์ใช้ทุนโรงพยาบาลภูผาม่าน อ.ภูผาม่าน จ.ขอนแก่น
พ.ศ. 2544	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โรงพยาบาลขอนแก่น

## 5.2 ประสบการณ์การอบรม / ดูงาน

- 1) Medical education ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา แหล่งทุนสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา
- 2) Family Medicine ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา แหล่งทุนสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา
- 3) ระบบบริการสุขภาพและผู้สูงอายุ ประเทศสิงคโปร์ แหล่งทุนสถาบันวิจัยระบบบริการสุขภาพ  
อาเซียน
- 4) การบริหารการศึกษา ณ ประเทศฮ่องกง โครงการอบรมผู้บริหารรุ่นใหม่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี  
สุรนารี

## 5.3 ประสบการณ์การด้านการบริหาร

พ.ศ. 2548-2550	ผู้อำนวยการสุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ.2550-2552	คณะกรรมการบริหารกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
พ.ศ.2550-2551	ผู้ช่วยคณบดีหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการ สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ.2553-2558	หัวหน้าสถานแพทยศาสตรศึกษา สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีสุรนารี

2558-ปัจจุบัน หัวหน้าสถานวิจัย สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

#### 5.4 ประสบการณ์ด้านวิชาการ

- พ.ศ.2550-2551 รองประธานกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- พ.ศ.2548 คณะกรรมการร่างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- พ.ศ.2548 คณะกรรมการร่างหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- พ.ศ.2550-2551 คณะกรรมการร่างหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตและปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาชีวเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- พ.ศ.2550-2551 คณะกรรมการและเลขานุการวิชาการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- พ.ศ.2549-2551 คณะกรรมการบริหารงานวิจัย บริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- พ.ศ.2554 คณะกรรมการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- พ.ศ.2553-ปัจจุบัน คณะกรรมการวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- พ.ศ.2554-ปัจจุบัน กรรมการสภาวิชาการ ประเภทผู้แทนคณาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- พ.ศ.2554-ปัจจุบัน กรรมการตรวจประเมินคุณภาพ WFME
- พ.ศ.2554-2556 เลขานุการกรรมการประจำสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มทส
- พ.ศ.2555 กรรมการพัฒนามาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาวิชาแพทยศาสตร์

#### 6. ผลงานวิชาการ / ผลงานวิจัย

**ผลงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ (Full Papers & Abstracts)**

- 1) Tongtawee T, Bartpho T, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Dechsukhum C, Leraanansaksiri W, Loyd RA, Talabnin K, Matrakool L, Panpimanmas S. Genetic polymorphisms in TLR1, TLR2, TLR4, and TLR10 of *Helicobacter pylori*-associated gastritis: a prospective cross-sectional study in Thailand. *Eur J Cancer Prev.* 2017 May 15.
- 2) Padchasuwan N, Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Wakkuwattapong P, Norkaew J, Kujapun J, Ponphimai S, Chavenkun W, Komporn P, Kaewpitoon N. Modifying Health Behavior for Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Prevention with the Health Belief Model and Social Support Theory. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (8): 3721-5. Review.
- 3) Tongtawee T, Bartpho T, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Dechsukhum C, Leraanansaksiri W, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. TLR1 Polymorphism Associations with Gastric Mucosa Morphologic Patterns on Magnifying NBI Endoscopy: a Prospective CrossSectional Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (7): 3391-4.
- 4) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Wakkuwattapong R, Matrakool L, Tongtawee T, Panpimanmas S, Pengsaa P, Jomkoa D, Joosiri A, Kaewpitoon N. *Opisthorchis viverrini* Infection Among People in the Border Areas of Three Provinces, Northeast of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016; 17 (6): 2973-7.
- 5) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Wakkuwattapong P, Benjaoran F, Norkaew J, Kujapun J, Ponphimai S, Chavenkun W, Komporn P, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Development of a Health Education Modification Program Regarding Liver Flukes and Cholangiocarcinoma in High Risk Areas of Nakhon Ratchasima Province Using Self-Efficacy and Motivation Theory. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (6): 947-51.
- 6) Phatisena P, Eaksanti T, Wichantuk P, Tritipsombut J, Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Wakkuwattapong P, Tongtawee T, Matrakool L, Panpimanmas S, Norkaew J, Kujapun J, Chavengkun W, Komporn P, Pothipim M, Ponphimai S, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Behavioral Modification Regarding Liver Fluke

- and Cholangiocarcinoma with a Health Belief Model Using Integrated Learning. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016; 17 (6): 2889-94.
- 7) Chavengkun W, Komporn P, Norkaew J, Kujapun J, Pothipim M, Ponphimai S, Kaewpitoon SJ, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Raw Fish Consuming Behavior Related to Liver Fluke Infection among Populations at Risk of Cholangiocarcinoma in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (6): 2761-5.
  - 8) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Wakkuwattapong P, Matrakool L, Tongtawee T, Panpimanmas S, Kujapun J, Norkaew J, Photipim M, Ponphimai S, Chavengkun W, Komporn P, Padchasuwan N, Sawaspol S, Phandee MC, Phandee W, Phanurak W, Kaewpitoon N. Overweight Relation to Liver Fluke Infection among Rural Participants from 4 Districts of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (5): 2565-71.
  - 9) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Loyd RA, Panpimanmas S, Matrakool L, Tongtawee T, Komporn P, Norkaew J, Chavengkun W, Wakkhuwattapong P, Kujapun J, Ponphimai S, Phatisena T, Eaksunti T, Polsripradist P, Joosiri A, Sukkasam I, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Surveillance of Populations at Risk of Cholangiocarcinoma Development in Rural Communities of Thailand Using the Korat-CCA Verbal Screening Test. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (4): 2205-9. PubMed PMID: 27221919.
  - 10) Painsing S, Sripong A, Vensontia O, Pengsaa P, Komporn P, Kootanavanichapong N, Kaewpitoon SJ, Kaewpitoon N. Health Behavior Regarding Liver Flukes among Rural People in Nakhon Ratchasima, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (4): 2111-4.
  - 11) Matrakool L, Tongtawee T, Bartpho T, Dechsukhum C, Loyd RA, Kaewpitoon SJ, Kaewpitoon N. Improved Detection of *Helicobacter pylori* Infection and Premalignant Gastric Mucosa Using Conventional White Light Source Gastroscopy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (4): 2099-103.
  - 12) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Wakkuwattapong P, Matrakool L, Tongtawee T, Norkaew J, Kujapun J, Kampangsri W, Kaewpitoon N. Implementation of

- Health Behavior Education Concerning Liver Flukes among Village Health Volunteers in an Epidemic Area of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (4): 1713-6.
- 13) Tongtawee T, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Dechsukhum C, Leeansaksiri W, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Diagnosis of *Helicobacter pylori* Infection. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (4): 1631-5. Review.
- 14) Tongtawee T, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Dechsukhum C, Leeansaksiri W, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Characteristics and Risk Factors of *Helicobacter pylori* Associated Gastritis: A Prospective Cross-Sectional Study in Northeast Thailand. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:9130602. doi: 10.1155/2016/9130602. Epub 2016 Mar 2.
- 15) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Sangkudloa A, Kaewthani S, Khemplila K, Cherdjirapong K, Kujapun J, Norkaew J, Chavengkun W, Ponphimai S, Polsripradist P, Padchasuwan N, Joosiri A, Wakkhuwattapong P, Loyd RA, Matrakool L, Tongtawee T, Panpimanmas S, Kaewpitoon N. Distribution of the Population at Risk of Cholangiocarcinoma in Bua Yai District, Nakhon Ratchasima of Thailand Using Google Map. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (3): 1433-6.
- 16) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Joosiri A, Jantakate S, Sangkudloa A, Kaewthani S, Chimplee K, Khemplila K, Kaewpitoon N. GIS Database and Google Map of the Population at Risk of Cholangiocarcinoma in Mueang Yang District, NakhonRatchasima Province of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (3): 1293-7.
- 17) Kaewpitoon SJ, Thanapatto S, Nuathong W, Rujirakul R, Wakkhuwattapong P, Norkaew J, Kujapun J, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Effectiveness of a Health Educational Program Based on Self-Efficacy and Social Support for Preventing Liver Fluke Infection in Rural People of Surin Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (3): 1111-4.
- 18) Kaewpitoon SJ, Kaewpitoon N, Rujirakul R, Wakkhuwattapong P, Matrakool L, Tongtawee T, Loyd RA, Norkaew J, Kujapun J, Chavengkun W, Ponphimai S,

- Polsripradist P, Eksanti T, Phatisena T. Nurses and Television as Sources of Information Effecting Behavioral Improvement Regarding Liver Flukes in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (3): 1097-102.
- 19) Tongtawee T, Dechsukhum C, Leeanansaksiri W, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Role of the Mdm2 SNIP 309 Polymorphism in Gastric Mucosal Morphologic Patterns of Patients with *Helicobacter pylori* Associated Gastritis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (3): 1057-60. PubMed PMID: 27039725.
- 20) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Loyd RA, Matrakool L, Sangkudloa A, Kaewthani S, Khemplila K, Eaksanti T, Phatisena T, Kujapun J, Norkaew J, Joosiri A, Kaewpitoon N. Spatial Distribution of the Population at Risk of Cholangiocarcinoma in Chum Phaung District, Nakhon Ratchasima Province of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (2): 719-22.
- 21) Komporn P, Muang Karn R, Norkaew J, Kujapun J, Photipim M, Ponphimai S, Chavengkun W, Phong Paew S, Kaewpitoon S, Rujirakul R, Wakhuwathapong P, Phatisena T, Eaksanti T, Joosiri A, Polsripradistdist P, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Population-Based Intervention for Liver Fluke Prevention and Control in Meuang Yang District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (2): 685-9.
- 22) Mongsawaeng C, Kokorn N, Kujapun J, Norkaew J, Kootanavanichpong N, Chavengkun W, Ponphimai S, Kaewpitoon SJ, Tongtawee T, Padchasuwan N, Pengsaa P, Komporn P, Kaewpitoon N. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Cervical Cancer among Rural Community Women in Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (1): 85-8.
- 23) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Tongtawee T, Matrakool L, Panpimanmas S, Wakhuwattapong P, Loyd RA, Kaewpitoon N. Detection of the Carcinogenic Liver Fluke *Opisthorchis viverrini* Using a Mini Parasep SF Faecal Parasite Concentrator. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (1): 373-6.



- 24) Kaewpitoon SJ, Loyd RA, Rujirakul R, Panpimanmas S, Matrakool L, Tongtawee T, Kootanavanichpong N, Pengsaa P, Komporn P, Chavengkun W, Kujapun J, Norkaew J, Ponphimai S, Padchasuwan N, Polsripradist P, Eksanti T, Phatisena T, Kaewpitoon N. Helicobacter Species are Possible Risk Factors of Cholangiocarcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (1): 37-44. Review.
- 25) Tongtawee T, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Dechsukhum C, Leeanansaksiri W, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Helicobacter Pylori Associated Gastritis Increases Risk of Colorectal Polyps: a Hospital Based-Cross-Sectional Study in Nakhon Ratchasima Province, Northeastern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (1): 341-5. PubMed PMID: 26838234.
- 26) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Loyd RA, Panpimanmas S, Matrakool L, Tongtawee T, Komporn P, Norkaew J, Chavengkun W, Kujapun J, Polphimai S, Phatisena T, Eksanti T, Polsripradist P, Padchasuwan N, Kaewpitoon N. Re-Examination of *Opisthorchis viverrini* in Nakhon Ratchasima Province, Northeastern Thailand, Indicates Continued Needs for Health Intervention. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (1): 231-4.
- 27) Phongsiripapat R, Chimplee K, Rujirakul R, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N. People Participation Towards *Opisthorchis viverrini* Prevention and Control in Chaiyaphum Province, Northeastern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17 (1): 177-81.
- 28) Tongtawee T, Dechsukhum C, Leeanansaksiri W, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Improved Detection of Helicobacter pylori Infection and Premalignant Gastric Mucosa Using "Site Specific Biopsy": a Randomized Control Clinical Trial. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (18): 8487-90.
- 29) Kaewpitoon SJ, Namwichaisirikul N, Loyd RA, Churproong S, Ueng-Arporn N, Matrakool L, Tongtawee T, Rujirakul R, Nimkhuntod P, Wakhuwathapong P, Kaewpitoon N. Nutritional Status among Rural Community Elderly in the Risk Area of Liver Fluke, Surin Province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (18): 8391-6.

- 30) Tongtawee T, Dechsukhum C, Matrakool L, Panpimanmas S, Loyd RA, Kaewpitoon SJ, Kaewpitoon N. High Prevalence of *Helicobacter pylori* Resistance to Clarithromycin: a Hospital-Based Cross-Sectional Study in Nakhon Ratchasima Province, Northeast of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (18): 8281-5.
- 31) Kaewpitoon SJ, Loyd RA, Rujirakul R, Panpimanmas S, Matrakool L, Tongtawee T, Kootanavanichpong N, Komporn P, Chavengkun W, Kujapun J, Norkaew J, Ponphimai S, Padchasuwan N, Pholsripradit P, Eksanti T, Phatisena T, Kaewpitoon N. Benefits of Metformin Use for Cholangiocarcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (18): 8079-83. Review.
- 32) Kaewpitoon SJ, Kaewpitoon N, Rujirakul R, Ueng-Arporn N, Matrakool L, Tongtawee T. The Carcinogenic Liver Fluke *Opisthorchis viverrini* among Rural Community People in Northeast Thailand: a Cross- Sectional Descriptive Study using Multistage Sampling Technique. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (17): 7803-7. PubMed PMID: 26625801.
- 33) Tongtawee T, Dechsukhum C, Talabnin K, Leraanansaksiri W, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Correlation between Patterns of Mdm2 SNIP 309 and Histopathological Severity of *Helicobacter pylori* Associated Gastritis in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (17): 7781-4.
- 34) Tongtawee T, Dechsukhum C, Leraanansaksiri W, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Genetic Polymorphism of MDM2 SNP309 in Patients with *Helicobacter Pylori*-Associated Gastritis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (16): 7049-52.
- 35) Kaewpitoon N, Kootanavanichpong N, Komporn P, Chavengkun W, Kujapun J, Norkaew J, Ponphimai S, Matrakool L, Tongtawee T, Panpimanmas S, Rujirakul R, Padchasuwan N, Pholsripradit P, Eksanti T, Phatisena T, Loyd RA, Kaewpitoon SJ. Review and Current Status of *Opisthorchis viverrini* Infection at the Community Level in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015; 16 (16): 6825-30. Review.

- 36) Rattanasing W, Kaewpitoon SJ, Loyd RA, Rujirakul R, Yodkaw E, Kaewpitoon N. Utilization of Google Earth for Distribution Mapping of Cholangiocarcinoma: a Case Study in Satuek District, Buriram, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (14): 5903-6.
- 37) Nimkuntod P, Kaewpitoon S, Uengarporn N, Ratanakeereepun K, Tongdee P. Perceptions of Medical Students and Facilitators of an Early Clinical Exposure Instructional Program. *J Med Assoc Thai.* 2015 May; 98 Suppl 4:S64-70.
- 38) Kaewpitoon SJ, Loyd RA, Kaewpitoon N. A Cross-Sectional Survey of Intestinal Helminthiasis in Rural Communities of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2015 May;98 Suppl 4:S27-32. PubMed PMID: 26201131.
- 39) Rujirakul R, Ueng-arporn N, Kaewpitoon SJ, Loyd RA, Kaewthani S, Kaewpitoon N. Risk Areas of Liver Flukes in Surin Province of Thailand using Geographic Information System. *J Med Assoc Thai.* 2015 May;98 Suppl 4:S22-6. Retraction in: *J Med Assoc Thai.* 2015 Nov;98(11):1154. PubMed PMID: 26201130.
- 40) Kaewpitoon N, Loyd RA, Kaewpitoon SJ, Rujirakul R. Malaria Risk Areas in Thailand Border. *J Med Assoc Thai.* 2015 May;98 Suppl 4:S17-21. PubMed PMID: 26201129.
- 41) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ. Localization of Tubulin from the Carcinogenic Human Liver Fluke, *Opisthorchis viverrini*. *J Med Assoc Thai.* 2015 May;98 Suppl 4:S9-16.
- 42) Kaewpitoon SJ, Loyd RA, Kaewpitoon N. Home Healthcare Program for Soil-Transmitted Helminthiasis in Schoolchildren along the Mekong River Basin. *J Med Assoc Thai.* 2015 May;98 Suppl 4:S1-8. PubMed PMID: 26201127.
- 43) Tongtawee T, Dechsukhum C, Leeanansaksiri W, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Improved *Helicobacter pylori* Eradication Rate of Tailored Triple Therapy by Adding *Lactobacillus delbrueckii* and *Streptococcus thermophilus* in Northeast Region of Thailand: A Prospective Randomized Controlled Clinical Trial. *Gastroenterol Res Pract.* 2015;2015:518018.

- 44) Tongtawee T, Dechsukhum C, Leeanansaksiri W, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Loyd RA, Matrakool L, Panpimanmas S. Effect of Pretreatment with *Lactobacillus delbrueckii* and *Streptococcus thermophilus* on Tailored Triple Therapy for *Helicobacter pylori* Eradication: A Prospective Randomized Controlled Clinical Trial. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (12): 4885-90. PubMed PMID: 26163609.
- 45) Tongtawee T, Kaewpitoon S, Kaewpitoon N, Dechsukhum C, Loyd RA, Matrakool L. Correlation between Gastric Mucosal Morphologic Patterns and Histopathological Severity of *Helicobacter pylori* Associated Gastritis Using Conventional Narrow Band Imaging Gastroscopy. *Biomed Res Int.* 2015;2015:808505. doi: 10.1155/2015/808505.
- 46) Tongtawee T, Kaewpitoon SJ, Loyd R, Chanvitan S, Leelawat K, Praditpol N, Jujinda S, Kaewpitoon N. High Expression of Matrix Metalloproteinase-11 indicates Poor Prognosis in Human Cholangiocarcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (9): 3697-701.
- 47) Rujirakul R, Ueng-arporn N, Kaewpitoon S, Loyd RJ, Kaewthani S, Kaewpitoon N. GIS-based spatial statistical analysis of risk areas for liver flukes in Surin Province of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16 (6): 2323-6.
- 48) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Kaewpitoon N. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection in Nakhon Ratchasima province, Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13 (10): 5245-9.
- 49) Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Ueng-Arporn N, Matrakool L, Namwichaisiriku N, Churproong S, Wongkaewpothong P, Nimkuntod P, Sripa B, Kaewpitoon N. Community-based cross-sectional study of carcinogenic human liver fluke in elderly from Surin province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13 (9): 4285-8.
- 50) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Ueng-arporn N, Rujirakul R, Churproong S, Matrakool L, Auiwatanagul S, Sripa B. Carcinogenic human liver fluke: current status of *Opisthorchis viverrini* metacercariae in Nakhon Ratchasima, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13 (4): 1235-40. PubMed PMID: 22799311.

- 51) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P. Food-borne parasitic zoonosis: distribution of trichinosis in Thailand. *World J Gastroenterol.* 2008 Jun 14;14(22):3471-5. Review.
- 52) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P. Opisthorchiasis in Thailand: review and current status. *World J Gastroenterol.* 2008 Apr 21;14 (15): 2297-302. Review. PubMed PMID: 18416453;
- 53) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P, Sripa B. *Opisthorchis viverrini*: the carcinogenic human liver fluke. *World J Gastroenterol.* 2008 Feb 7;14 (5): 666-74. Review.
- 54) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P, Pilasri C. Knowledge, attitude and practice related to liver fluke infection in northeast Thailand. *World J Gastroenterol.* 2007 Mar 28;13 (12): 1837-40.
- 55) Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Philasri C, Leksomboon R, Maneenin C, Sirilaph S, Pengsaa P. Trichinosis: epidemiology in Thailand. *World J Gastroenterol.* 2006 Oct 28; 12(40): 6440-5. Review.

## 7. เกียรติที่ได้รับ

- พ.ศ. 2550 รางวัลอาจารย์แพทย์ผู้มีคุณธรรมจริยธรรมดีเด่นจากแพทยสภา
- พ.ศ. 2552 รางวัลผลงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จากสำนักงานวิจัยระบบสุขภาพอาเซียน