



รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัด
อุดรธานี

วิทยานิพนธ์

ของ

วรลักษณ์ เวฬุ

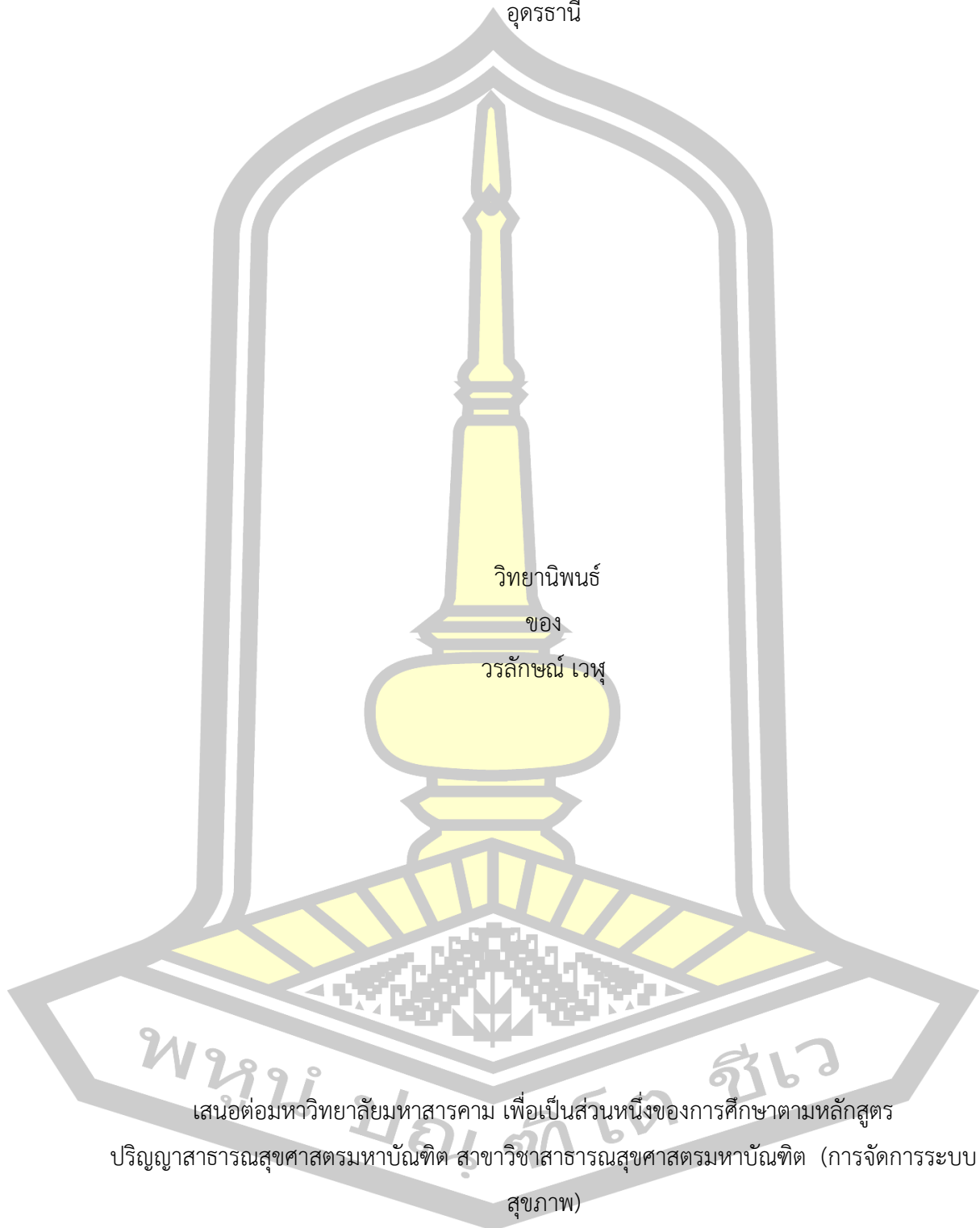
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

มกราคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัด

อุดรธานี



วิทยานิพนธ์

ของ

วรลักษณ์ เวฬุ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

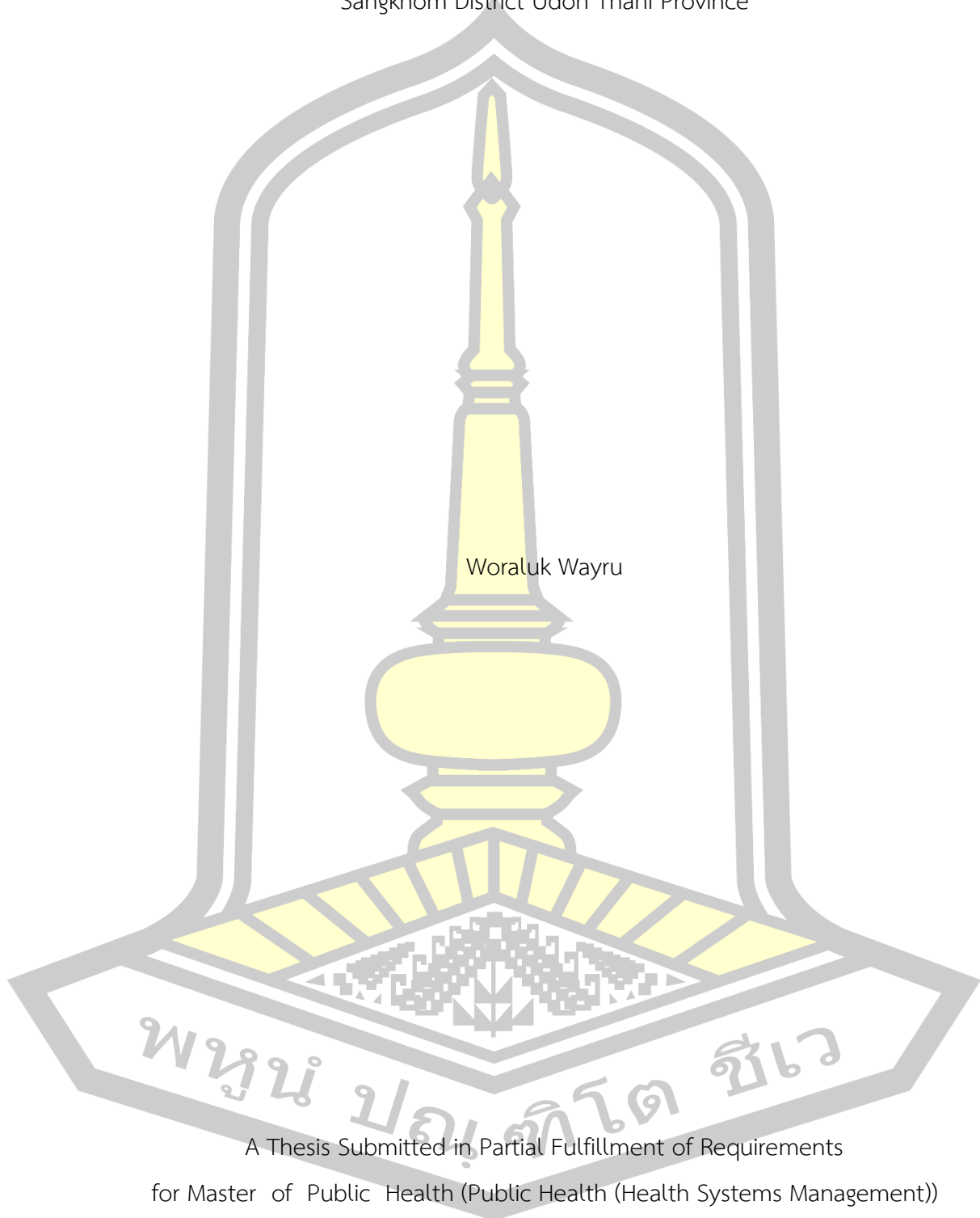
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ

สุขภาพ)

มกราคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Model of Control and Prevention of Liver Fluke Disease Ban yuat Sub-district
Sangkhom District Udon Thani Province



Woraluk Wayru

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

January 2019

Copyright of Maharakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาววรลักษณ์ เวฬุ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. จมากรณ์ ใจภักดี)

.....กรรมการ

(อ. ดร. ภิญญาพัชญ์ ดุงโคกกรวด)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี		
ผู้วิจัย	วรลักษณ์ เวฬุ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ ดร. จมาภรณ์ ใจภักดี		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนครั้งนี้ ประยุกต์แนวคิดกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ ทำให้เกิดกระบวนการ 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ 4) เเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ 5) ปรับปรุงร่างธรรมนูญและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น 6) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ 7) ดำเนินโครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ 8) นิเทศและติดตาม 9) ประเมินผล 10) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลตามกระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตน และด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และยังส่งผลให้เกิดรูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน คือ PROTECT Model

สรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ เป็นผลมาจากหลักสามประการคือ D-H-B กล่าวคือ Development: D หมายถึง การพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมและการยอมรับร่วมกันของ

ผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน Harmony: H หมายถึง ความสามัคคีและความสอดคล้องกันของ
องค์ประกอบต่างๆในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ Best Behavior: B หมายถึง การเสริมพลัง
ให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ดี และถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ธรรมนูญสุขภาพ, ควบคุมและป้องกัน, โรคพยาธิใบไม้ตับ



TITLE	The Model of Control and Prevention of Liver Fluke Disease Banyuat Sub-district Sangkhom District Udon Thani Province		
AUTHOR	Woraluk Wayru		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D. Jamabhorn Jaipakdee , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

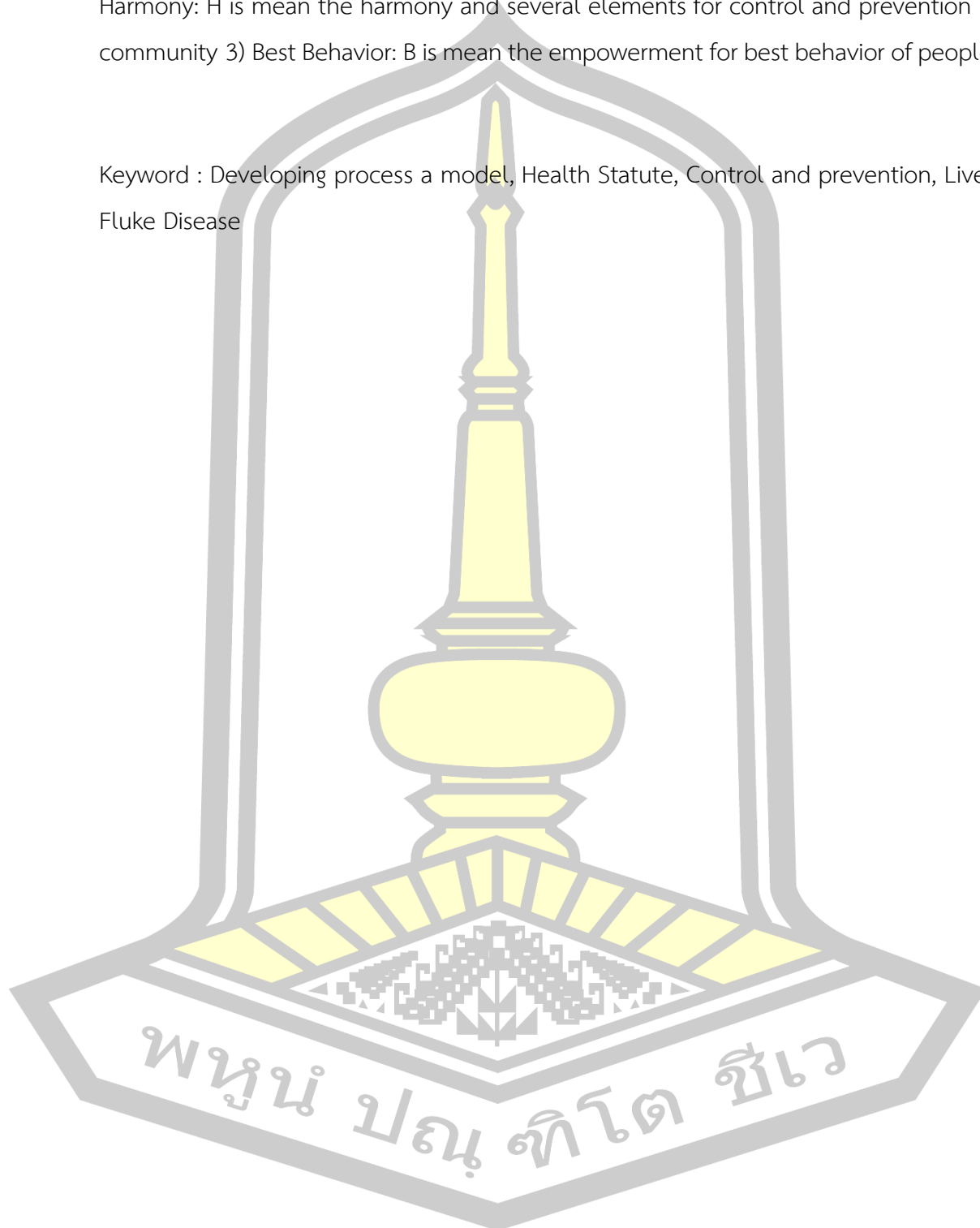
This action research was aimed to developing process a model for control and prevention of liver fluke disease in the community of Banyuat Sub-District, Sangkhom District, Udon Thani Province. The participants were selected from selection criteria of 75 peoples. Data was collected both quantitative and qualitative. Quantitative data was analyze using by frequency, percentage, mean, standard and Paired Sample t-test. Qualitative analyzed by content.

The research found that the development of this model has 11 stages: 1) Analysis of the context and situation 2) Workshop, 3) The Health Statute, 4) Draft Health Statute, 5) Improve the draft Health Statute, 6) Annouce used for Health Statute, 7) Training program for volunteer guinea pig liver fluke, 8) Supervision and follow up, 9) Evaluation, 10) Knowledge, 11) Lessons learned for key sucess factors. The results found that had and everage score of knowledge, role, participation, behavior, operation satisfaction, control and prevention of liver fluke disease increased significantly ($p\text{-value} < 0.001$). As a result, the basic model for control and prevention of liver fluke disease in the community is PROTECT Model

In conclusions, the key success factors were development of a model. As a result, three principlr is D-H-B 1) Development: D is mean the

development, participation and acceptance of process for people involved 2) Harmony: H is mean the harmony and several elements for control and prevention in community 3) Best Behavior: B is mean the empowerment for best behavior of people.

Keyword : Developing process a model, Health Statute, Control and prevention, Liver Fluke Disease



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือ จากท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยยง ขามรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คนที่ 1 อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ดร.จมาภรณ์ ใจภักดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ภิญญาพัชญ์ ดุงโคกกรวด กรรมการสอบ และ อาจารย์ ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้ให้แนะนำช่วยเหลือในด้านวิชาการ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ ได้แก่ รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช กรรมการสอบ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่แนะนำและชี้แนะข้อบกพร่องเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขงานวิจัย ให้มีความชัดเจนและมีแนวทางการดำเนินงานวิจัยที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ ดร.บุญทนาการ พรหมภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และนายฤทธิรงค์ บุรพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือเพื่อให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษาของผู้วิจัย

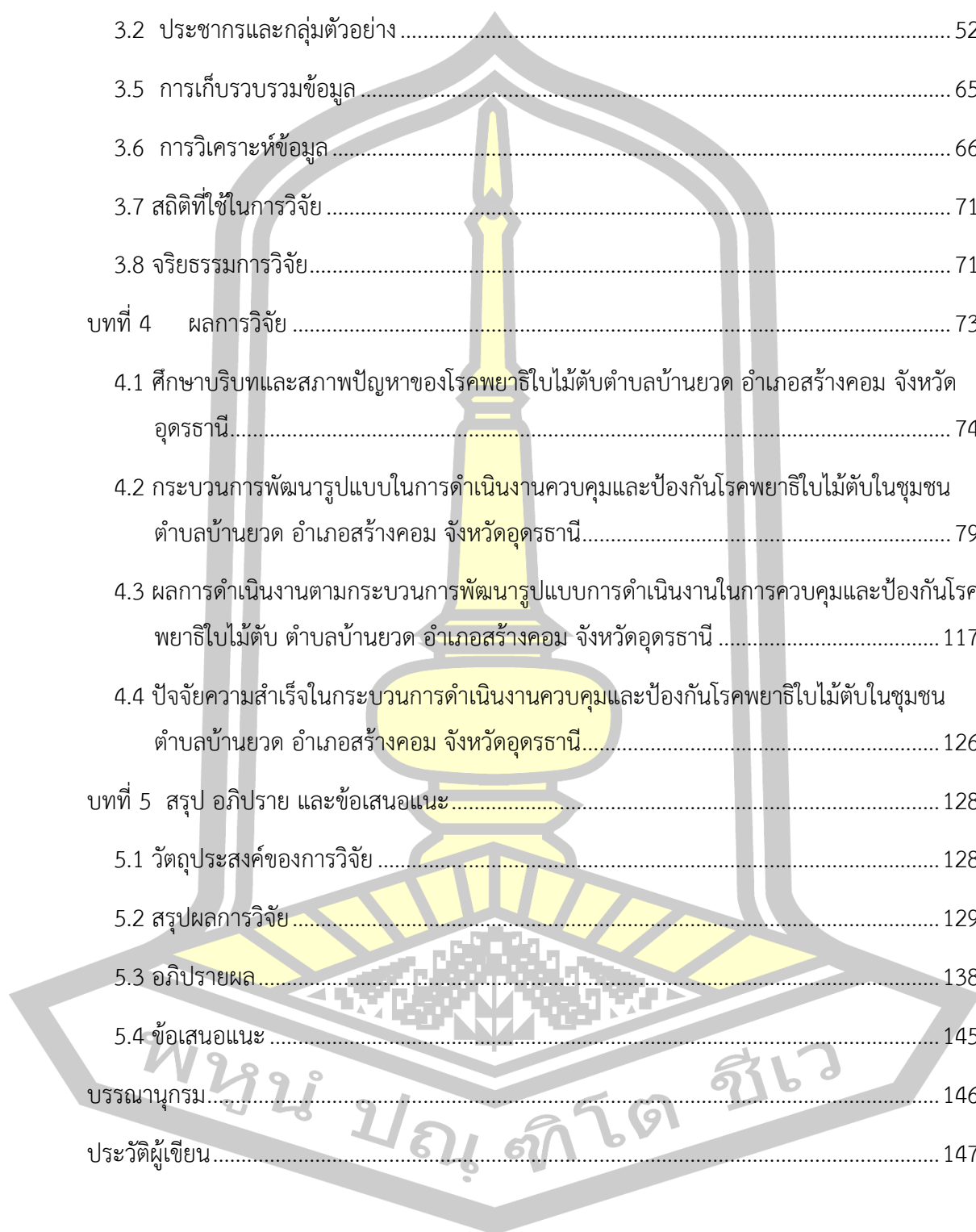
ขอขอบพระคุณ นายสมัย พิลาชาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด นายทศพล ศิริพรทุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางเพ็ญศิริ แก้วโพนยอ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านยวด นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด ผู้อำนวยการสถานศึกษาทุกแห่ง และผู้ร่วมวิจัยที่ได้กล่าวถึง ที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนการดำเนินงาน และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกระบวนการดำเนินงานวิจัย

ขอบพระคุณ พ่อ แม่ และครอบครัวที่ให้กำลังใจ หมายรวมถึงทุกๆท่านที่มีได้กล่าวถึง และมีส่วนในความสำเร็จของผู้วิจัยในครั้งนี้ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย ดลบันดาลให้ทุกท่านประสบความสุขยิ่งๆขึ้นไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามของการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	7
2.2 ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	16
2.3 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	20
2.4 ธรรมนูญสุขภาพ	29
2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	41
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52

3.1	รูปแบบการวิจัย.....	52
3.2	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
3.5	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
3.6	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
3.7	สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	71
3.8	จริยธรรมการวิจัย.....	71
บทที่ 4	ผลการวิจัย.....	73
4.1	ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.....	74
4.2	กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.....	79
4.3	ผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.....	117
4.4	ปัจจัยความสำเร็จในกระบวนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.....	126
บทที่ 5	สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	128
5.1	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	128
5.2	สรุปผลการวิจัย.....	129
5.3	อภิปรายผล.....	138
5.4	ข้อเสนอแนะ.....	145
	บรรณานุกรม.....	146
	ประวัติผู้เขียน.....	147

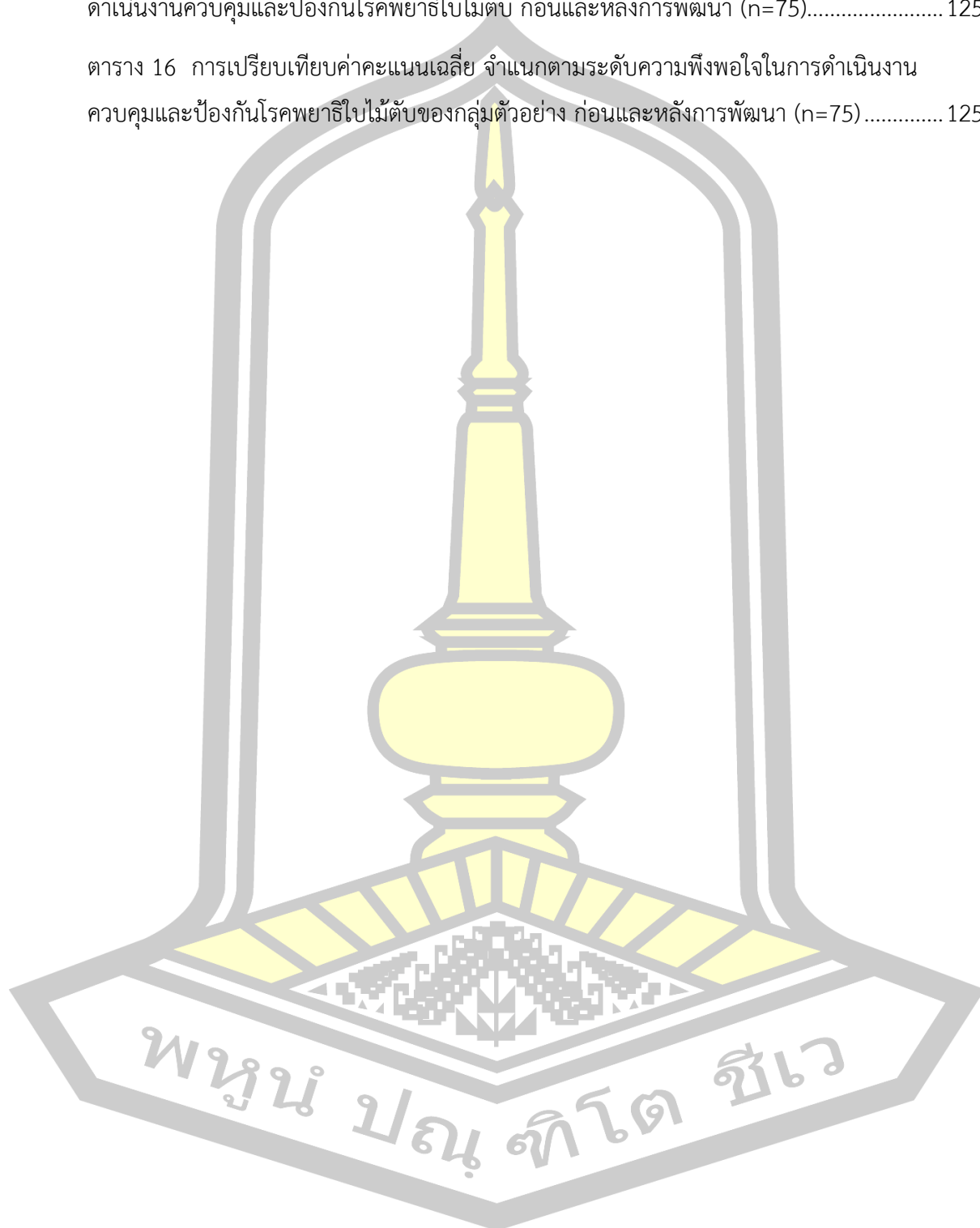


สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ประชากรที่ศึกษาในการวิจัย	53
ตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัย	55
ตาราง 3 ประชากรในพื้นที่ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี	75
ตาราง 4 ผลการตรวจจุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40-60 ปี พ.ศ. 2558	77
ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร	118
ตาราง 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)	120
ตาราง 7 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 75).....	121
ตาราง 8 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)	121
ตาราง 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75).....	122
ตาราง 10 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75).....	122
ตาราง 11 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75).....	123
ตาราง 12 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)	123
ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75).....	124
ตาราง 14 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)	124

ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการ
 ดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)..... 125

ตาราง 16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงาน
 ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)..... 125



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แสดงรูปร่างลักษณะรูปร่างและไข่ของพยาธิใบไม้ตับ.....	8
ภาพประกอบ 2 แสดงวงจรของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ.....	9
ภาพประกอบ 3 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ของโครงการ CASCAP มหาวิทยาลัยขอนแก่น.....	28
ภาพประกอบ 4 พื้นที่ธรรมนูญสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 อุตรธานี.....	40
ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการดำเนินงานพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนสุขภาพระดับตำบล.....	41
ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51
ภาพประกอบ 7 แผนภาพแสดงพื้นที่ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.....	75
ภาพประกอบ 8 ปิระมิตประชากรตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.....	76
ภาพประกอบ 9 การกระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.....	78
ภาพประกอบ 10 การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน.....	79
ภาพประกอบ 11 การจัดเวทีประชาคมเพื่อวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ.....	80
ภาพประกอบ 12 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 สร้างความเข้าใจในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล.....	83
ภาพประกอบ 13 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 2.....	85
ภาพประกอบ 14 การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan).....	87
ภาพประกอบ 15 จัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล และยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล.....	88
ภาพประกอบ 16 การจัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ และรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน.....	96
ภาพประกอบ 17 การปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล.....	97

ภาพประกอบ 18	การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล.....	98
ภาพประกอบ 19	โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี	102
ภาพประกอบ 20	การติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ	102
ภาพประกอบ 21	การรณรงค์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบเคาะประตูบ้าน.....	103
ภาพประกอบ 22	การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว	104
ภาพประกอบ 23	กิจกรรม คาราวาน “คนอีสาน“คนอีสานสุขภาพดี ชีวิตปลอดพยาธิใบไม้ตับ”	105
ภาพประกอบ 24	แนวทางการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	112
ภาพประกอบ 25	ความสัมพันธ์ของกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกัน	116
ภาพประกอบ 26	ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิ	127



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเมินการว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6,000,000 คน นอกจากนี้ยังพบว่าพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอีกด้วย พยาธิใบไม้ตับที่ติดเชื่อในคนที่สำคัญมีอยู่ 3 ชนิด ได้แก่ *Clonorchis sinensis* พบการระบาดในแถบประเทศจีน ญี่ปุ่น ฮองกง เกาหลี ไต้หวัน และเวียดนาม *Opisthorchis felinus* พบการระบาดในแถบยุโรปตะวันออก เช่น ไซบีเรีย *Opisthorchis viverrini* พบการระบาดในแถบประเทศไทย ลาว กัมพูชา พม่า และเวียดนาม (ณัฐรุฒิ แก้วพิบูลย์, 2553) ในประเทศไทยมีรายงานการพบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพบครั้งแรกโดย Leiper ในปี 2509 สุวัชร วัชรเสถียร และจำลอง หะรินสุต ได้รายงานการสำรวจพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2501 พบว่า เป็นพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศร้อยละ 22.1 โดยพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ และภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.8, 10.3 และ 0.3 ตามลำดับ ข้อมูลทั่วประเทศพบอัตราความชุกเท่ากับ ร้อยละ 9.4 ปัจจุบันมีรายงานการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมาก ทั้งการระบาดวิทยา พยาธิชีววิทยา ชีวโมเลกุลเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีข้อมูลที่สามารถสนับสนุนและสรุปได้ว่าพยาธิเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ถึงแม้ว่าจะมีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับจะลดลงแต่ยังพบการระบาดในพื้นที่เดิม และพบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งสูงเช่นเดิม ถือได้ว่าพยาธิชนิดนี้มีความสำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของไทยเป็นอย่างยิ่ง (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค อังไฉ นันทพร ศรีนอก, 2556)

การระบาดของพยาธิใบไม้ตับประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 469 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.75 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2546 มีรายงานโรคพยาธิใบไม้ตับจำนวน 995 ราย อัตราป่วย 1.58 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน มากที่สุด 10 จังหวัดแรก ได้แก่ สกลนคร ยโสธร อำนาจเจริญ ลำปาง มุกดาหาร เชียงราย นครสวรรค์ น่าน ภูเก็ต และหนองบัวลำภู โดยมีอัตราป่วย 60.32, 36.14, 23.21, 1.50, 0.59, 0.56, 0.44, 0.41, 0.36 และ 0.20 ตามลำดับ การกระจายของกลุ่มอายุผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 45-54 ปี มีรายงานการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด 218 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 2.94 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 55-64 ปี จำนวน 125 ราย

คิดเป็นอัตราป่วย 2.85 ต่อประชากรแสนคน รายงานพบผู้ป่วยในเด็กกลุ่มอายุ 4-5 ปี จำนวน 2 ราย อาชีพที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือ อาชีพเกษตรกร จำนวน 759 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.3 รองลงมา พบในกลุ่มนักเรียน จำนวน 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.4 ประมงและเลี้ยงสัตว์ อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1:1.1 จำนวนผู้ป่วยกระจายรายเดือน พบผู้ป่วยมากในช่วงต้นปี ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ โดยจำนวนผู้ป่วยที่เกิดในช่วง 2 เดือนนี้มี 489 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.0 ของผู้ป่วยที่พบทั้งปี (อัสตง วรรณจักร และพจมาน ศิยาภรณ์, 2556)

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งตับในประเทศไทย ร้อยละ 8.7 ส่วนมากเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาที่สำคัญและก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากแก่คนอีสาน และต้องแก้ไขปัญหอย่างเร่งด่วนให้ชาวอีสานได้เห็นความสำคัญของสุขภาพและความปลอดภัยของชีวิตมากกว่า ประเพณีการบริโภคที่มีมายาวนานแต่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง จึงได้มีการดำริยกฐานะยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” เพื่อกำหนดเป็นวาระของคนอีสาน โดยมอบนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนส่งเสริม ป้องกันโรค อย่างจริงจังในหน่วยงานทุกระดับ ให้มีการรณรงค์อย่างเข้มข้น โดยมีนโยบายให้ทุกภาคส่วนร่วมกันทำอย่างต่อเนื่อง ในการให้สุศึกษาที่มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อการสร้างวัฒนธรรมการกินสุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อทำการวินิจฉัยแต่เนิ่น เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการช่วยกันปกป้องภัยจากพยาธิใบไม้ตับ และกำจัดปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้หมดไปจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดีอย่างทั่วถึงและเสมอภาค (มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จังหวัดอุดรธานี มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูง ซึ่งในบางหมู่บ้าน สูงมากกว่าร้อยละ 40 รวมทั้งมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็น 195 ต่อแสนประชากร มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 13.8 และมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 39.9 จากรายงาน พบว่า พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วย 247 คน พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วย 422 คน และพ.ศ. 2554 มีผู้ป่วย 587 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2555) จะเห็นได้ว่าสถิติผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอำเภอที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ อำเภอเพ็ญ อำเภอพิบูลย์รักษ์ และอำเภอหนองหาน นอกจากนี้ยังมีพื้นที่เสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง คือ อำเภอเมือง อำเภอน้ำโสม อำเภอทุ่งฝน อำเภอบ้านดุง อำเภอบ้านผือ อำเภอกุมภวาปี และอำเภอสร้างคอม เนื่องจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ มีวัฒนธรรมการกินที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจากการศึกษาวิจัย พบว่า มะเร็งที่พบมากแถบภาคอีสาน คือ มะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ในตับและสารไนโตรซามีน (สัจชัย ปิยะพงษ์กุล, 2555)

อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เป็นอำเภอที่พบปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 18.53 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม, 2556) จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยดำเนินการเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา และประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ ใน พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 1,2,5,3 และ 2 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ใน พ.ศ. 2556 จำนวน 1 คน และ พ.ศ. 2557 จำนวน 1 คน ใน พ.ศ. 2558 จึงได้มีการจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กิจกรรมดำเนินการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato's thick smear ซึ่งผลการดำเนินงานในประชากรกลุ่มอายุ 40-60 ปี ทั้งหมด 700 คน ได้รับการตรวจเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 553 คน คิดเป็นร้อยละ 79 มีประชาชนที่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 23 คน ร้อยละ 4.15 ซึ่งจำแนกรายหมู่บ้านได้ดังนี้ หมู่ที่ 1 บ้านยวด พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 7 คน ร้อยละ 8.04 หมู่ที่ 2 บ้านยวด พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.65 หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 6 คน ร้อยละ 7.06 หมู่ที่ 4 พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.25 หมู่ที่ 5 บ้านซาด พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.96 หมู่ที่ 6 บ้านซาด พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.65 และยังมีบางหมู่บ้านที่อัตราความชุกมากกว่าร้อยละ 5 ได้แก่ บ้านยวด หมู่ที่ 1 อัตราความชุก 8.04 และ บ้านนามงคล หมู่ที่ 3 อัตราความชุก 7.06 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด, 2558)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ตำบลบ้านยวดมีแหล่งน้ำสาธารณะ 11 แหล่ง ซึ่งมีลำห้วยใหญ่เป็นแหล่งน้ำที่ไหลผ่านทุกหมู่บ้าน สาเหตุของการเกิดการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลบ้านยวด เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับเข้าไป การขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานยาถ่ายพยาธิร่วมกับการบริโภคปลาดิบจึงทำให้มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพที่สืบทอดกันมา เช่น รับประทานอาหารดิบแล้วจะมีพลังกำลัง อายุยืน เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เพื่อหามาตรการและแนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 คำถามของการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

1.3.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

1.3.2.3 ผลของการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

1.3.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

ขอบเขตด้านประชากร (Population) การวิจัยในครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มประชากรซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ภาคส่วน ตามแนวคิดและทฤษฎีของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ 1) ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชนผู้ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, กลุ่มสตรีแม่บ้าน, พระภิกษุ, ปราชญ์ชาวบ้าน และสภาเด็ก 2) ภาควิชาการ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา ครูประจำศูนย์การศึกษา นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 3) ภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะ

ผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด รวมทั้งสิ้น 75 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2561 รวมระยะเวลา 4 เดือน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย การดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการดำเนินการตามกระบวนการธรรมนุญสุขภาพ เพื่อสร้างมาตรการในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการรับประทานปลาดิบ ประเภทปลาน้ำจืดมีเกล็ด ที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับเข้าไป ตัวอ่อนจะฝังตัวที่ท่อทางเดินน้ำดีของตับ เมื่อร่างกายได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากพอ จะแสดงอาการท้องอืด แน่นท้อง ตับโต ดีซ่าน ถ้ามีอาการรุนแรงมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้

1.5.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ภายใต้กระบวนการธรรมนุญสุขภาพ ส่งผลให้เกิดกระบวนการ 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ยกร่างธรรมนุญสุขภาพ 4) เวทีพิจารณาร่างธรรมนุญสุขภาพ 5) ปรับปรุงร่างธรรมนุญและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น 6) ประกาศใช้ธรรมนุญสุขภาพ 7) โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ 8) นิเทศและติดตาม 9) ประเมินผล 10) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยการขับเคลื่อนของกลุ่มเป้าหมายตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา แบ่งออกเป็น 3 ภาค ส่วน ดังนี้

1.5.2.1 ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชน ผู้ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, กลุ่มสตรีแม่บ้าน, พระภิกษุ, ประชาชนชาวบ้าน และสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านยวด

1.5.2.2 ภาควิชาการ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา ครูประจำศูนย์การศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัย

1.5.2.3 ภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะผู้บริหารเทศบาลตำบล บ้านยวด ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด

1.5.3 ธรรมนูญสุขภาพตำบล หมายถึง ข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการกำหนดแนวทาง พัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน โดยกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ เพื่อให้เกิดแนวทางการการปฏิบัติและ ข้อตกลงซึ่งเป็นที่ยอมรับร่วมกันในชุมชน

1.5.4 ชุมชน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีผลประโยชน์ ค่านิยม ประเพณี หรือหาแนวทางแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบในการศึกษาและจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีประเด็นต่างๆ ในการนำเสนอ ดังนี้

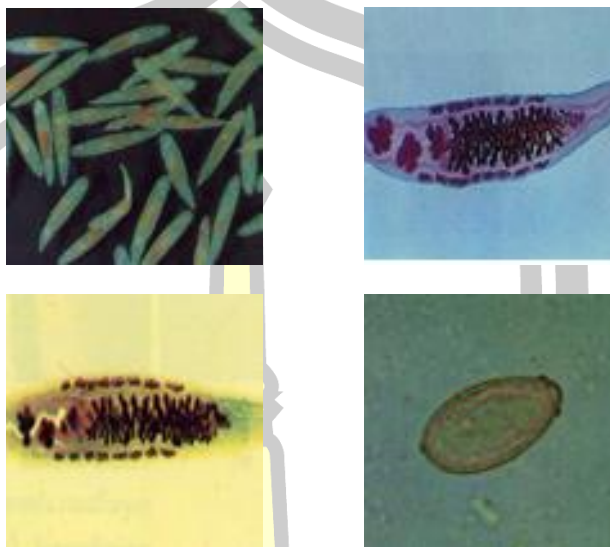
- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.2 ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2.3 การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.4 ธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.1.1 รูปร่างลักษณะ

พยาธิใบไม้ตับที่พบมากที่สุดในประเทศไทย คือ *Opisthorchis viverrini* พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือของประเทศไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ฝังติดแมน้ำโขง เมื่อโตเต็มวัยมีรูปร่างลักษณะคล้ายใบมะขาม ความยาว 5–10 มิลลิเมตร กว้าง 2–3 มิลลิเมตร ขณะยังมีชีวิตมีสีเนื้อบางใส Oral Sucker อยู่เกือบปลายสุดของหัว คอหอยมีลักษณะเป็นกล้ามเนื้อรูปไตสองก้อนประกบกัน หลอดอาหารสั้น ลำไส้แยกเป็นสองแขนงยาวไปทางด้านข้างถึงหัว ส่วนท้ายของลำตัว Ventral Sucker อยู่ประมาณ 1 ใน 5 ของส่วนตัวส่วนหัว รั้งไข่มีลักษณะเป็นกลีบขนาดค่อนข้างเล็กอยู่ประมาณ 2 ใน 3 ของลำตัวส่วนหัว มีสองเพศในตัวเดียวกันลักษณะเฉพาะของพยาธิใบไม้ตับ *O. viverrini* คือถุงอวัยวะรูปร่างกลมเรียงซ้อนกันตุ่คล้ายดอกจิก (Lobed Testes) และต่อมวิคเทลลาเรีย (Vitellaria) ซึ่งอยู่ข้างลำตัวเรียงกันเป็นกระจุกๆ ระยะเจริญพันธุ์อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับ โดยใช้ sucker ดูดเกาะกับผนังของท่อน้ำดีออกมาในลำไส้และปนออกมากับอุจจาระไข่พยาธิมีลักษณะกลมรีเป็นกระเปาะ มีฝาปิดตรงปลายข้างหนึ่ง ความยาวของไข่พยาธิ *O. viverrini* เท่ากับ 19–23 ไมครอน และกว้าง 12–17 ไมครอน อัตราส่วนระหว่างความยาวและความกว้างของ

ไข่ประมาณ 2:1 ลักษณะจำเพาะของไข่จะใช้บอกชนิดของพยาธิ แสดงดังภาพประกอบ 1 (บรรจบ ศรีภา, 2551)



ภาพประกอบ 1 แสดงรูปร่างลักษณะรูปร่างและไข่ของพยาธิใบไม้ตับ

ที่มา: โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2559 จาก http://www.tm.mahidol.ac.th/th/tmho/disease/p_opisthorchis.htm

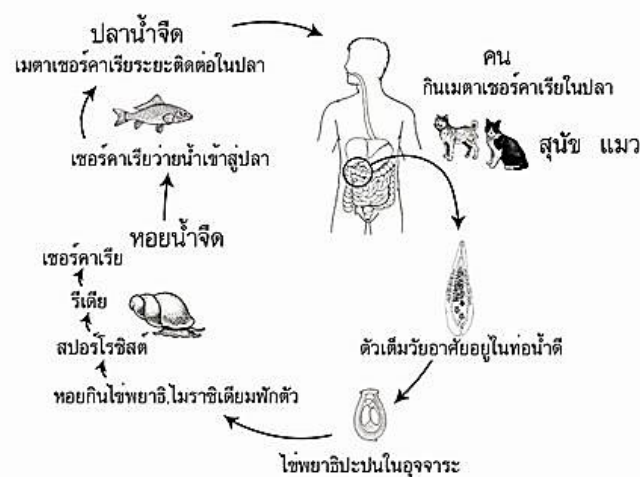
2.1.2 วงจรชีวิตของพยาธิ

ตัวเต็มวัยของพยาธิใบไม้ตับ จะอาศัยอยู่ในถุงน้ำดีและท่อน้ำดีของมนุษย์หรือสัตว์ เช่น สุนัข แมว เมื่อผสมพันธุ์กันและออกไข่ ไข่จะออกมาพร้อมกับน้ำดีลงสู่ลำไส้และถูกขับออกมาพร้อมอุจจาระ ไข่ที่มีตัวอ่อนของพยาธิชนิดนี้อยู่ภายในเรียกว่า ไมราซิเดียม (Miracidium) เมื่อลงสู่แหล่งน้ำหอยจะกินไข่หรือไมราซิเดียมเข้าไป หอยที่เป็นตัวกลางนำโรคหรือโฮสต์กึ่งตัวกลางที่หนึ่ง (First Intermediate Host) ที่พบในประเทศไทยมี 3 ชนิด คือ

- 1) *Bithynia (Digoniostoma) sianensis* พบได้ในภาคกลาง
- 2) *Bithynia (Digoniostoma) goniomphalos* พบได้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 3) *Bithynia (Digoniostoma) funiculate* พบได้ในภาคเหนือ

ตัวอ่อนที่เข้าไปอาศัยอยู่ในหอยจะฟักตัวออกมาแล้วเจริญเติบโตเป็นสปอร์โรซิส (Sporocyst) เรเดีย (Redia) เซอร์คาเรีย (Cercaria) ตามลำดับ คือ ภายในสปอร์โรซิสจะเจริญเติบโตเป็นเรเดียจำนวนมาก และเรเดียแต่ละตัวจะเจริญต่อไปกลายเป็นเซอร์คาเรียซึ่งมีลักษณะหางยาวและมีครีบ ต่อมาเซอร์คาเรียจะออกจากหอยไปฝังตัวในเนื้อปลา โดยว่ายน้ำไปอยู่ในปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางนำโรคที่สองต่อจากหอย ต่อมาเซอร์คาเรียจะไข่เข้าไปใต้เกล็ดและเนื้อปลา แล้ว

สลัดทางทิ้ง และมีถุงมาหุ้มตัว ระยะเวลาตั้งแต่หอยกินไข่จนเซอร์คาเรียไชออกจากหอย ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน เซอร์คาเรียที่อยู่ในถุงหุ้มจะเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงรูปร่างกลายเป็นเมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งระยะติดต่อกัน (Infective Stage) เมื่อคนกินปลาดิบหรือเนื้อปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ปลาต้มหรือปลาก๋อม ตัวอ่อนจึงออกจากถุงหุ้มและเดินทางไปยังตับและอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีและถุงน้ำดีในตับและเจริญเติบโตเป็นตัวแก่ตามวัฏจักรดังกล่าว ปลาน้ำจืดที่มีพยาธิชนิดนี้อาศัยอยู่ ได้แก่ ปลาแม่สะแตง ปลาขาวปลาไน และปลาไนตระกูลปลาตะเพียน เช่น ปลาสร้อยนกเขา ปลากระสูบ ปลากระมัง เป็นต้น เมตาเซอร์คาเรีย (ตัวอ่อนของพยาธิชนิดนี้ในระยะติดต่อกัน) ในปลาจะพบมากบริเวณหัว หาง และกล้ามเนื้อหาง แต่จะพบจำนวนน้อยที่ครีบ ทวารหนักของปลา ดังนั้น เมื่อนำส่วนหัว หาง และก้างปลาไปให้สุนัขและแมวกิน สัตว์ทั้งสองชนิดนี้จะมีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้เช่นกัน (โกศล รุ่งเรือง อ่างใน นิศร ผานคำ, 2557)



ภาพประกอบ 2 แสดงวงจรของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
ที่มา: โกศล รุ่งเรือง. 2552 สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2559 จาก
<http://www.siamhealth.net/public>

2.1.3 ระบาดวิทยา

การสำรวจข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคในประเทศไทยได้ทำขึ้นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2498 ผลการสำรวจครั้งนั้นสรุปได้ว่า พยาธิใบไม้ตับระบาดมาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดในทางตอนเหนือของภาค สำหรับภาคเหนือและจังหวัดในบริเวณตอนใต้ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการระบาดอยู่บ้างแต่อยู่ในอัตราที่ต่ำ อัตราความชุกชุม ของพยาธิใบไม้ตับในบริเวณที่มีการระบาดแต่ละจังหวัดแตกต่างกันไป บางจังหวัดอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 90 โสสต์ของ

โรคที่เป็นปรสิตที่สำคัญได้แก่ สุนัข และ แมว แม้ว่าสถานการณ์ปัจจุบันการระบาดของโรคพยาธิใบไม้
ตัวยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก

จากรายงาน ศึกษาอัตราการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านที่มีการระบาดของ
ของโรค พบว่า บางแห่งยังคงสูงถึงร้อยละ 90 และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ.
2524 พบว่า จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มจาก 3.5 ล้านคน เมื่อพ.ศ. 2508 เป็น 5.4 ล้านคน อย่างไรก็ตาม มี
รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยในประเทศไทยอาจสูงถึง 7 ล้านคนในปัจจุบัน การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของ
ประชากรขณะที่การสุขาภิบาล การสาธารณสุขตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจของประชาชนไม่ได้มี
การเปลี่ยนแปลงมากนักการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ (วิฑูรย์
ไวยพันธ์, 2551)

1. การแพร่กระจายของหอยและปลาซึ่งเป็นโฮสต์กึ่งกลางของพยาธิ
2. พฤติกรรมการบริโภคและการขับถ่ายในที่สาธารณะของประชาชน

หอยและปลาซึ่งเป็นโฮสต์กึ่งกลางของพยาธิใบไม้ตับ จะสามารถพบได้อยู่ทั่วไป ได้แก่
สระน้ำ หนอง คลอง บึง ไร่นา และแม่น้ำอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ที่มีปลาและหอยอาศัยอยู่ นอกจากนั้น
การปรับปรุงทางด้านชลประทานต่างๆ เพื่อการเพาะปลูกมีส่วนทำให้หอยและปลาเหล่านี้กระจาย
ออกไปมากขึ้น ประกอบกับประชาชนในชนบทส่วนใหญ่มักยังคงยากจน ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ซึ่ง
อยู่ห่างไกลจากที่พักอาศัย การขับถ่ายอุจจาระส่วนใหญ่มักจึงขับถ่ายลงพื้นไร่นา ป่าละเมาะ หรือแม่น้ำ
ถ่ายลงในแหล่งน้ำโดยตรง เมื่อถึงฤดูฝนน้ำก็จะชะเอาไข่ของปรสิตดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องในส่วน
ของอุปนิสัยการกินก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนั้น พยาธิใบไม้ตับระยะ
ตัวอ่อนสามารถตรวจพบได้ในก้อย และ ปลา ได้ ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนจึง
เป็นปัจจัยสำคัญต่อการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ อาหารพื้นเมืองที่รู้จักกันดีของภาคอีสานและเป็น
ปัจจัยแพร่โรค ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ถือเป็นอาหารประจำครอบครัวไม่ว่าผู้ใหญ่หรือเด็กก็รับประทานกัน
เป็นประจำ โดยวิธีการปรุงก้อยปลาดิบทำได้โดย สับเนื้อปลาเป็นชิ้นเล็กๆ หรือละเอียด ปีบมะนาว
พริก ปรุงรสด้วยวัตถุดิบอื่นๆ คลุกเคล้าให้เข้ากันโดยไม่มีกรรมวิธีที่ผ่านความร้อนเลย ดังนั้น โอกาส
ของปรสิตระยะติดต่อที่จะเข้าสู่คนในภาคนี้จึงมีอยู่มาก และแม้แต่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี ก็สามารถ
ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับได้ จากข้อมูลการระบาดวิทยาของพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนในกลุ่มอายุ
40-60 ปี มีการติดเชื้อสูงทั้งนี้เนื่องจากการได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีการสะสมของตัวอ่อนตั้งแต่ใน
วัยเด็ก ซึ่งผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะมาตั้งแต่เด็ก อย่างไรก็ตาม เมื่อ
อายุมากขึ้นพฤติกรรมและอุปนิสัยการกินมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้อัตราการกินเชื้อพยาธิลดลง และ
จากการศึกษาในบริเวณที่มีการระบาด พบว่าอัตราการอุบัติการณ์ของพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 47 ซึ่ง
แสดงว่าในบริเวณที่มีการระบาดมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี ปัจจัยอีกประการ
หนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ คือ อัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับ 0.11 แม้ว่า

จะดูเป็นอัตราที่ต่ำมากแต่ก็ต้องคำนึงว่าหอยที่ติดเชื้อปรสิตแต่ละตัวจะสามารถปล่อยตัวอ่อนระยะ เซอร์คาเรียออกมาได้ครั้งละเป็นจำนวนมากและเป็นเวลานานตลอดจนสิ้นอายุของหอย กล่าวคือ ปลา บางชนิดมีอัตราการติดเชื้อปรสิตสูงถึงร้อยละ 100 และปลาแต่ละตัวอาจจะพบว่ามีจำนวนปรสิตใน ระยะติดต่อยู่เป็นร้อยตัว อย่างไรก็ตามอัตราการติดเชื้อปรสิตและจำนวนปรสิตระยะติดต่อยู่ในปลา อาจมีความแตกต่างกันไปตามฤดูกาล ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเริ่มฤดูฝนน้ำจะชะเอาไข่ของปรสิตจากบริเวณ ต่างๆ มารวมตัวกันอยู่แหล่งน้ำพร้อมกันนั้นปลาและหอยก็จะมีการขยายพันธุ์เพิ่มจำนวนมากขึ้น จนกระทั่งฤดูฝนสิ้นสุดลงแหล่งน้ำบางแห่งเริ่มแห้ง โอกาสของไข่พยาธิจะถูกน้ำพัดลงสู่แหล่งน้ำจึง ลดลง ทำให้อัตราการติดเชื้อของหอยและปลาลดลง สาเหตุที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิ ไบไม้ตับยังคงมีชุกชุมในบางพื้นที่ เนื่องจากปัจจัย 4 ประการคือ

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของประชาชนในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง มักจะนิยมรับประทานอาหารดิบโดยเฉพาะอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดดิบๆ ที่เรียกว่า “ก้อยปลา” จากปลาที่หามาได้ในช่วงฤดูฝนซึ่งมีระยะติดต่อเมตาเซอร์คาเรียอยู่มากกว่าฤดูอื่นๆ
2. การแพร่กระจายของโรคยังคงดำเนินอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากการสุขาภิบาลใน ชนบทยังพัฒนาไม่ทั่วถึง การที่ชาวบ้านออกไปทำนาและถ่ายอุจจาระลงในน้ำ หรืออุจจาระตามพุ่มไม้ เมื่อฝนตกลงมาก็จะชะอุจจาระลงไปในน้ำ ทำให้ไข่พยาธิมีโอกาสเข้าไปเจริญในหอยได้
3. ในแหล่งน้ำต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหอยตัวน้ำโฮสต์ตัวกลางตัวหนึ่ง และปลาตัวน้ำโฮสต์ตัวกลางตัวที่สองอยู่รวมกันทำให่วงจรชีวิตของพยาธิไบไม้ตับสมบูรณ์ ตลอดจน ภูมิอากาศของประเทศเหมาะสมต่อการเจริญพันธุ์ของหอย และปลาตัวน้ำโฮสต์ตัวกลาง
4. รัฐบาลสนับสนุนเกษตรกรโดยการสร้างแหล่งน้ำให้โดยทั่วกัน ซึ่งเป็นการเพิ่ม แหล่งเพาะพันธุ์ของหอยและปลาตัวน้ำโฮสต์กลาง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2545)

2.1.4 พยาธิวิทยาและลักษณะทางคลินิก

2.1.4.1 พยาธิวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิตัวแก่ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังท่อน้ำดีและการอุดตันของท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิมีการเคลื่อนไหวไป มาอยู่ในนั้นและบางตัวไปอุดตันท่อน้ำดีส่วนปลาย บางคนเชื่อว่าพยาธิตัวแก่ขณะที่มีชีวิตอยู่หรือตาย แล้วจะปล่อยสารบางอย่างออกมา ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเซลล์บุท่อน้ำดี ซึ่งทำให้เกิดพยาธิ สภาพในท่อน้ำดีมากขึ้น การระคายเคืองไม่ว่าจะเกิดจากการเคลื่อนไหวของพยาธิตัวแก่หรือสาร บางอย่างนี้ จะทำให้เซลล์บุผนังท่อน้ำดีมีการแบ่งตัวมากขึ้นและเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างผิดปกติ (Hyperplasia) ทำให้ผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น ท่อน้ำดีจะตีบหรือแคบลงและมีการอุดตันโดยตัวพยาธิน้ำดี จะคั่งอยู่ในท่อน้ำดีส่วนปลาย ทำให้ท่อน้ำดีโป่งพองเป็นบางแห่ง การอักเสบของท่อน้ำดีจะพบใน

ระยะหลังๆ ของโรค เนื่องจากมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำการอักเสบ อาจลามไปถึงเนื้อตับทำให้ตับอักเสบชนิดเป็นหนองและเป็นฝีขึ้นได้ในรายที่เป็นนานนับจะแข็งและบางรายอาจเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้

2.1.4.2 ลักษณะทางคลินิก อาการของโรคพยาธิใบไม้ตับจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับจำนวนของพยาธิตัวแก่ที่มีอยู่ในตับของผู้นั้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ และพยาธิสภาพการเสียชีวิตที่เกิดขึ้น ตลอดจนโรคอื่นๆ เราอาจแบ่งลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับออกเป็น 4 ชนิด คือ

1) ชนิดไม่มีอาการ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพยาธิตัวแก่ในตับน้อยมากเพียง 100-200 ตัว ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติอันใดเลย ตรวจร่างกายก็ไม่พบกับสิ่งผิดปกติ แม้จะพบไข่พยาธิในอุจจาระก็จะพบเป็นจำนวนน้อยมาก

2) ชนิดอาการอย่างอ่อน ผู้ป่วยประเภทนี้มักมีอาการท้องอืดเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังอาหารแต่ไม่มีอาการเบื่ออาหาร มักพบว่ามีความรู้สึกร้อนบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือตรงลิ้นปี่ คลำตับไม่พบว่ามีโต และกตบริเวณตับก็ไม่มีอาการเจ็บ ไม่มีอาการเหลือง อาการเหล่านี้จะพบได้ในผู้ป่วยที่มีไข่พยาธิอยู่จำนวนพอสมควร (ประมาณ 1,000 ฟองต่ออุจจาระ 1 กรัม) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าให้ยารักษาจะได้ผลดีมาก

3) ชนิดอาการอย่างปานกลาง ผู้ป่วยประเภทนี้มีอาการของโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างชัดเจนเนื่องจากพยาธิมีจำนวนค่อนข้างมาก (ไข่พยาธิในอุจจาระประมาณ 10,000-30,000 ฟองต่ออุจจาระ 1 กรัม) มักมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย มักปรากฏเป็นประจำ เป็นๆหายๆ มีอาการเจ็บตื้อและรู้สึกร้อนบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณตับ มีไข้ต่ำๆในบางครั้ง อาจคลำพบและกตเจ็บบริเวณตับ บางรายถ่ายอุจจาระบ่อยๆ วันละหลายครั้งสลับกับท้องผูก บางครั้งมีอาการเหลืองซีด อาการเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะหายไปแล้วเกิดขึ้นมาใหม่ ในรายที่ค่อนข้างเป็นรุนแรง จะมีอาการเบื่ออาหาร ผอม อาจมีภาวะขาดสารอาหาร และอาจมีอาการบวมร่วมด้วย

4) ชนิดรุนแรง ผู้ป่วยประเภทนี้อยู่ในช่วงที่เรียกว่าระยะสุดท้าย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับพยาธิใบไม้ตับซ้ำๆ กัน ติดต่อกันเป็นเวลานานนับเป็นสิบปีขึ้นไปจำนวนพยาธิมีมากมาย ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว (ข้อ 2,3) และมีอาการเบื่ออาหาร ผอมลงมาก มีอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการขาดสารอาหารและโปรตีน ตับอาจโตเป็นสีสดหรือบางคนอาจเป็นตับแข็ง (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

2.1.5 การเก็บอุจจาระสำหรับตรวจหาพยาธิ

อุจจาระที่จะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีวิธีการเก็บดังนี้

1) ภาชนะที่ใช้เก็บเป็นพลาสติกที่แห้งสะอาดปราศจากสิ่งปนเปื้อนต่างๆ มีฝาปิดมิดชิด และใช้แล้วทิ้ง

2) ถ่ายอุจจาระลงบนกระดาษที่จะเก็บตรวจ หากมีสิ่งอื่นเจือปนจะทำให้ยากแก่การวินิจฉัย แล้วจึงตัดใส่ภาชนะเก็บ

3) เก็บอุจจาระทันทีหลังจากถ่ายอุจจาระใหม่ๆ อุจจาระที่เก็บควรจะมีปริมาณมากพอเพื่อสะดวกในการตรวจ คือ 5 กรัมหรือขนาดหัวแม่มือ และ ควรเลือกเก็บเอาแต่ส่วนที่ผิดปกติ เช่น ส่วนที่เป็นมูก เลือด ส่วนที่เหลว หรือส่วนที่มีสีแตกต่างไป

4) อุจจาระที่จะตรวจควรรีบส่งห้องปฏิบัติการทันที หลังจากเก็บได้ ถ้าช้าเกินไป ปรสิทบางชนิดอาจตายทำให้ยากแก่การตรวจ บางชนิดก็เจริญกลายเป็นตัวอ่อนแตกออกจากไข่ ถ้าไม่สามารถตรวจได้ทันทีควรเก็บไว้ในตู้เย็น

5) เขียนรายละเอียดต่างๆ ไว้ข้างภาชนะสำหรับเก็บอุจจาระ เพื่อป้องกันการผิดพลาดสับสน

6) การเก็บรักษาอุจจาระ หลังจากอุจจาระควรส่งตรวจภายใน 2-4 ชั่วโมง ถ้าไม่สามารถส่งตรวจได้ให้เก็บที่ตู้เย็น 4 องศาเซลเซียส

ในการเตรียมอุจจาระเพื่อทำการตรวจปรสิทเพื่อหาหนอนพยาธิมีหลายวิธี ซึ่งวิธีที่ง่ายที่สุดถึงเป็นวิธีที่ใช้กันอยู่แพร่หลาย โดยทั่วไปการจะเลือกวิธีไหนขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิที่ต้องการตรวจหา วิธีต่างๆมีดังนี้

1) วิธีตรวจอย่างง่าย (Direct Fecal Smear) เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และประหยัด สามารถเห็นไข่พยาธิได้อย่างชัดเจน แต่อุจจาระที่ใช้จะน้อย ประมาณ 1-2 มิลลิกรัม ต่อ 1 สไลด์ ในรายที่มีไข่พยาธิในอุจจาระน้อย จะตรวจไม่พบซึ่งจะต้องตรวจ 2-3 สไลด์ ต่อ 1 ตัวอย่าง วิธีนี้เหมาะสำหรับตรวจหาโปรโตซัวระยะเคลื่อนไหวและระยะซีสต์น้ำ

วัสดุและอุปกรณ์

1. กล้องจุลทรรศน์
2. กระจกสไลด์สำหรับตรวจ
3. กระจกสำหรับปิด (Cover Glass)
4. ไม้จิ้มฟัน
5. น้ำเกลือ 0.85%
6. น้ำยาไอโอดีน 1 %

วิธีทำ

1. หยดน้ำเกลือ 1 หยด ลงบนกระจกสไลด์
2. ใช้ไม้จิ้มฟันจิ้มอุจจาระ เขี่ยอุจจาระหลายๆจุด ให้ได้อุจจาระปริมาณ 2 มิลลิกรัม (ขนาดเท่าหัวไม้ขีด) ละลายน้ำเกลือเกลี่ยให้เข้ากัน

3. ปิดด้วย Cover Glass

4. ตรวจสอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ ใช้หัวกำลังขยาย 10X ถ้าสงสัยต้องการความแน่นอนให้ปรับกำลังขยายเป็น 40X

5. ถ้าจะดูระยะชีวิตของโปรโตซัวให้ใช้น้ำยา 1% ไอโอดีน ละลายอุจจาระแทนน้ำเกลือแล้วเตรียมการตรวจใหม่

2) วิธีคาโต้ ธิค สเมียร์ (Kato's Thick Smear) เป็นวิธีของ Kato K , Miura M (1954) ใช้อุจจาระมาก 20-30 เท่าของวิธีการตรวจอย่างง่ายโดยใช้กระดาษแก้วเซลโลเฟน (Cellophane) ปิดแทน Cover Glass เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน สะดวก รวดเร็ว และค่อนข้างประหยัด ประสิทธิภาพดีมาก ใช้ตรวจหาไข่พยาธิได้เกือบทุกชนิด แต่ไม่เหมาะกับการหาตัวอ่อนของโปรโตซัว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้ใช้วิธีนี้ในการตรวจอุจจาระในแผนการควบคุมโรคหนอนพยาธิ

วัสดุอุปกรณ์

1. กล้องจุลทรรศน์
2. กระจกสไลด์สำหรับตรวจ
3. แผ่นกระดาษเซลโลเฟนขนาด 22 x 30 มิลลิเมตร น้ำซึมผ่านได้ ต้องแช่น้ำยากลิเซอรินมาลา-โคห์ กรีน อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนนำมาใช้งาน
4. น้ำยากลิเซอรินมาลา-โคห์ กรีน ประกอบด้วย กลีเซอริน 100 มิลลิลิตร ฟีนอล 6% 100 มิลลิลิตร และ 3% มาลาโคห์ กรีน 1 มิลลิลิตร
5. ไม้จิ้มฟัน
6. ปากคีบ หรือ Forcep
7. จุกยาง

วิธีทำ

1. ตักอุจจาระประมาณ 60-70 มิลลิกรัม (เท่าเมล็ดถั่วเหลือง) วางบนแผ่นสไลด์
2. เกลี่ยเนื้ออุจจาระให้กระจายและมีความบางพอเหมาะ
3. ปิดทับด้วยกระดาษเซลโลเฟนตรงบริเวณที่มีอุจจาระอยู่เพื่อให้อุจจาระกระจายสม่ำเสมอและบางพอเหมาะที่สามารถตรวจได้
4. ใช้จุกยางกดอุจจาระให้มีความสม่ำเสมอ
5. ทิ้งไว้ 1 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส หรือประมาณ 20-30 นาที ที่อุณหภูมิ 34-40 องศาเซลเซียส
6. ตรวจสอบด้วยกล้องจุลทรรศน์

2.1.6 การรักษา

การรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับ จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบในระยะแรก โดยที่ผู้ป่วยมีอาการน้อยหรือปานกลาง หากเป็นระยะที่มากกว่าที่มีภาวะแทรกซ้อนของตับ และท่อน้ำดีนั้น การรักษาจะเป็นเพื่อฆ่าพยาธิเท่านั้น ส่วนอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จะรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

2.1.6.1 การใช้ยารักษา

ปัจจุบันมีการใช้ยาฆ่าพยาธิ ได้แก่ พราซิควอนเทล (Praziquantel) ที่ให้ผลดีในระยะที่มีอาการน้อย หรือปานกลาง และไม่มีโรคอื่นร่วม ยาจะไม่มีสี มีรสขมเล็กน้อย ยาจะดูดซึมได้รวดเร็ว ให้ความเข้มข้นสูงสุดภายในและอยู่นาน 1-2 ชั่วโมง และจะถูกขับออกจากร่างกายประมาณร้อยละ 90 ของยาทางปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อได้รับยา 1 วัน พยาธิใบไม้ในตับจะออกมาในอุจจาระในลักษณะที่ตายแล้ว ขนาดยาที่ใช้ 25 มิลลิกรัม/น้ำหนัก 1 กิโลกรัม รับประทาน 3 ครั้ง หลังอาหาร เป็นเวลา 1 วัน สามารถรักษาหายได้ ร้อยละ 100 และตรวจอุจจาระไม่พบไข่พยาธิ ส่วนการให้ยาขนาด 40 มิลลิกรัม/น้ำหนัก 1 กิโลกรัม เพียงครั้งเดียวหลังอาหารก่อนนอน จะมีอัตราการหายที่ร้อยละ 89-96

อาการข้างเคียง : อาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ มีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ปวดเมื่อยตามร่างกาย หรือรู้สึกร้อน ๆ ตามตัว หรืออาจมีผื่นขึ้นตามผิวหนัง

ข้อห้ามใช้ : ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์หรือสตรีระหว่างให้นมบุตร และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และในผู้ป่วยที่มีไข้จากโรคบางชนิด

2.1.6.2 การรักษาแบบผ่าตัด

การรักษาแบบผ่าตัดจะใช้ในผู้ป่วยที่พบว่ามีโรคแทรกหรือเป็นมานานจนไม่สามารถรักษากลับคืนให้เป็นปกติได้ แม้ว่าตัวพยาธิจะถูกกำจัดไปแล้ว เช่น เกิดภาวะถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ซึ่งจะพิจารณาตัดถุงน้ำดีออก การมีนิ่วร่วม และทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร ก็จะรักษาด้วยการผ่าตัด

2.1.7 แนวคิดหลักในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ

วัตถุประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับของกระทรวงสาธารณสุข คือ ลดความชุกของโรคให้อยู่ระดับที่คาดว่าไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข โดยมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ คือ กำจัดแหล่งก่อโรค หยุดยั้งการติดโรคและการแพร่โรคและต้องพัฒนารูปแบบการควบคุมให้ประชาชนมีส่วนร่วมพึ่งตนเอง มาตรการทั้ง 4 มาตรการมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559)

1. มาตรการในการกำจัดแหล่งแพร่โรคใช้วิธีการตรวจอุจจาระในประชาชนและการให้การรักษาโรคพยาธิกระตังอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง
2. มาตรการในการหยุดยั้งการติดโรคดำเนินการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเลิกบริโภคปลาดิบหรืออาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. มาตรการในการหยุดยั้งการแพร่โรค คือ การดำเนินงานเพื่อลดการแพร่กระจายของอุจจาระไม่ให้ลงสู่แหล่งน้ำ ส่งเสริมการสร้างสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะ
4. มาตรการในการพึ่งพาตนเองของประชาชนและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจอุจจาระและบริหารจัดการเรื่องการรักษาพยาบาลโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเองให้มากที่สุด

2.2 ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตามที่ ยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยกรมควบคุมโรค เป็นแกนกลางประสานความร่วมมือในหลายภาคส่วน ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นภาคีเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนให้เด็กและเยาวชน ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ประเด็นกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนผ่านแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” มี 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการเชิงนโยบายและการควบคุมกำกับอย่างชัดเจน โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการผลักดันนโยบาย การสนับสนุน และการกำกับให้มีความต่อเนื่องด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อให้มีระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบาย
3. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ กลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้รับการจัดทำเป็นนโยบายสาธารณะทุกระดับ เช่น การออกเป็นข้อบังคับหรือกฎหมาย การออกเป็นบทเทศบัญญัติข้อกำหนดการกำจัดสิ่งปฏิกูล การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และให้การเชิดชูหรือรางวัลแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัดที่ดำเนินการอย่างเข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคในกลุ่มน้ำโขง โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง

2. เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

3. เพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงานพัฒนาประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน ถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ เพื่อพัฒนาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านสื่อประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยใช้สื่อที่หลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิในปลา ในคน รวมถึงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งพบปัญหาสูง บูรณาการความร่วมมือในการป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับในคน สัตว์รังโรคและการดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อทั้งระบบแบบบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการคัดกรอง วินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ กลยุทธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการคัดกรอง การวินิจฉัยให้ได้มาตรฐาน มีความถูกต้องแม่นยำและเข้าถึงได้ง่าย พัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็งทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการรักษาจนกระทั่งถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อให้มีความต่อเนื่องและรวดเร็วในทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมและการจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดความตระหนักต่อปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ในการสนับสนุนการดำเนินงาน กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน สร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ให้ได้มาตรฐานด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค สนับสนุนให้มีการสร้าง

วัฒนธรรมการบริโภคอาหารเมนูปลาที่ปรุงสุกด้วยความร้อน และนวัตกรรมปลาปลอดโรคพยาธิใบไม้
 ดับที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนโดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง ใช้มาตรการทางสังคมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้
 ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และพัฒนาระบบการดูแลรักษา
 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายแบบครบวงจรในชุมชน โดยผสมผสาน
 ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาฐานข้อมูลและบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ
 โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง
 ท่อน้ำดี

2. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นระบบ
 เดียวกัน กลยุทธ์การดำเนินงานจัดทำแผนที่การวิจัยให้ครอบคลุมมิติที่สำคัญต่างๆในการสนับสนุนแต่
 ละยุทธศาสตร์ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆตามแผนที่การวิจัยและการ
 จัดการความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นระบบ พัฒนาระบบ
 ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศ เพิ่มประสิทธิภาพ
 ของระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกรมฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมมือการ
 ศึกษาวิจัยกับประเทศลุ่มน้ำโขง รวมถึงการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการควบคุมและการดูแล
 รักษา และพัฒนาบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ

2.2.1 มาตรการที่สำคัญของการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ถูกผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดระดับ
 พื้นที่ เพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จึงมีการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก
 โดยมีมาตรการ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.2.1.1 การคัดกรอง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการเรียนการ
 สอนหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษา ทุกช่วงชั้น การจัดการสิ่งแวดล้อมสิ่ง
 ปฏิกูลโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ประชาชนได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่
 ทัวถึงและครอบคลุมต่อเนื่อง

2.2.1.2 การพัฒนา การวินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อ ต้องพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย
 ถูกต้องแม่นยำ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะเริ่มแรก (Early Stage–Stage
 1,2) จะสามารถผ่าตัดและรักษาให้หายและช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ (Curative Surgery) (มีผู้ป่วยรอรับ
 การผ่าตัดมากกว่า 1,000 คน/ปี) มีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว
 ทันเวลา ที่สำคัญต้องส่งเสริมสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมศัลยแพทย์สาขาต่อเยื่อคัลยศาสตร์ดับ

ทางเดินท่อน้ำดีและตับอ่อนหลักสูตร 1 ปีและอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์ 3-6 เดือนของมหาวิทยาลัยขอนแก่น อบรมแพทย์ พยาบาลในชุมชนเพื่อให้มีทักษะในการวินิจฉัยด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ รวมทั้งบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2.2.1.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัวทั้งในระดับสถานบริการ ครอบครัวชุมชน ผสมผสานด้วยการแพทย์แผนไทย

2.2.1.4 การวิจัยและการจัดการข้อมูลต้องการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์เพื่อให้ได้องค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และประเด็นวิจัยในทุกประเด็นทุกระดับชั้น

2.2.2 มาตรการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ได้แก่

2.2.2.1 การคัดกรองสุขภาพ

1) คัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปและให้การรักษากล้าตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

2) ตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่อพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีต้องส่งต่อเข้ารับการรักษา

2.2.2.2 การให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน และนักเรียนทั้งในระบบการศึกษาปกติ (โรงเรียน) และการศึกษานอกระบบ (ตามอัยาศัย) เพื่อสร้างพฤติกรรมที่ไม่กินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบ ปิ้งดิบ การขับถ่ายอุจจาระลงส้วม

2.2.2.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดการติดเชื้อในคน ปลาปลอดเชื้อ ลดการติดเชื้อในสัตว์รังโรค หอย สุนัข แมว เป้าหมายการปลอดพยาธิในคนและสัตว์

2.2.2.4 การจัดทำฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาและระบบฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบวงจรและครอบคลุมถึงระดับชุมชน

2.2.2.5 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยทีมหมอครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative) ที่ได้มีการผสมผสานการดูแลทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

2.2.3 ยุทธศาสตร์ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีและแผนงานในการพัฒนาที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายการพัฒนาในแต่ละช่วงของเส้นทางการพัฒนาไว้ 5 ยุทธศาสตร์ คือ

2.2.3.1 นโยบายสาธารณสุขสร้างสุข

2.2.3.2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ

2.2.3.3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน

2.2.3.4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค ประกอบด้วย 5 มาตรการ
คือ

- 1) การป้องกันโรคและการคัดกรอง
- 2) การวินิจฉัยและการดูแลรักษา
- 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 4) การวิจัยและพัฒนา
- 5) การติดตามและประเมินผล

2.2.3.5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์

2.3 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีหลักทั่วไปดังนี้

นโยบายการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ถูกผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นที่เขตตรวจราชการเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ว่าด้วยระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมียุทธศาสตร์หลัก คือ การป้องกันโรคและการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษา การพัฒนาคุณภาพชีวิต การวิจัยและพัฒนา การติดตามและประเมินผล

รูปแบบการดำเนินงานมีทั้งหมด 8 แนวทาง ได้แก่

1. การคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา
2. มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มตาย
3. มีตำบลต้นแบบการป้องกันควบคุมโรค
4. มีโรงเรียนต้นแบบต้านพยาธิใบไม้ตับ (OVCCA)
5. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยอัลตราซาวด์
6. การพัฒนาระบบการดูแลรักษา
7. การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
8. การบริหารจัดการและนวัตกรรม

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบันได้มีการดำเนินการในหลายพื้นที่ หลายหน่วยงาน เช่น การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล การดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน หรือ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับนักเรียนและประชาชน ซึ่ง

สาเหตุการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.2 การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล

การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีอันตรายต่อชีวิต การป้องกันไม่ให้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการดูแลเฝ้าระวังสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถปฏิบัติได้ดังนี้ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.3.2.1 ค้นหาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ วิธี Modified Kato's Thick Smear

2.3.2.2 การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับในผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิทุกรายด้วยยา Praziquantel

2.3.2.3 ป้องกันการติดเชื้อซ้ำด้วยการไม่กินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพร้อมกับให้สุขศึกษาควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระเป็นระยะ

2.3.3 การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.3.3.1 ทำการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายในลักษณะพื้นที่เสี่ยง

2.3.3.2 จัดทำแผนควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงโดยครอบคลุมกิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1) การตรวจอุจจาระและการบำบัดรักษา
- 2) การจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูลในปลาปลอดเชื้อ
- 3) การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งในโรงเรียนและชุมชน
- 4) การสร้างพลังชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 5) การจัดการฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน
- 6) การติดตามประเมินผลการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.3.3.3 จัดทำแผนการตรวจอุจจาระในประชาชนทุกคนอายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชน

2.3.3.4 จัดเตรียมชุมชนก่อนการแจกกลับอุจจาระ ลงนามในใบยินยอมการให้

ตรวจอุจจาระ

2.3.3.5 แจกกลับอุจจาระและเก็บส่งตรวจตามวันนัดหมายในชุมชน โดยสถานที่รับบริการตรวจอุจจาระ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.3.3.6 ตรวจอุจจาระและบันทึกผลการตรวจตามแบบฟอร์ม

- 1) การคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening)
- 2) ถ้าไม่พบความเสี่ยงให้สุขศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีติดตามผลทุก 1 ปี
- 3) ถ้าพบความเสี่ยงให้ตรวจอุจจาระเพื่อหาการติดเชื้อพยาธิและให้สุขศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ติดตามผลการตรวจอุจจาระทุก 6 เดือน ถ้า ความรุนแรงปานกลาง ความรุนแรงสูง และความรุนแรงสูงมาก ให้ส่งคัดกรองด้วยวิธีอัลตราซาวด์ในพื้นที่ ถ้าผลอัลตราซาวด์ผิดปกติให้ส่งปรึกษารังสีแพทย์ ถ้าผลปกติให้สุขศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีติดตามผลทุก 12 เดือน

2.3.3.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคืนข้อมูลผลการตรวจอุจจาระให้ประชาชนได้รับทราบพร้อมให้สุขศึกษา

2.3.3.8 ทำการจ่ายยาบำบัดรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการนัดหมายให้มารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ยาที่ใช้ในการรักษา คือ Praziquantel โดยให้กินยาตามน้ำหนักตัว ขนาดยา 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวตัว 1 กิโลกรัม รับประทานครั้งเดียวหลังอาหารเย็น ยา Praziquantel มีข้อห้ามในการรับประทานในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์ และห้ามดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะในช่วงที่รับประทานยารักษาโรค

จากแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดการเกิดโรคด้วยการไม่กินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พร้อมกับให้สุขศึกษาควบคุมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ชุมชน ซึ่งการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.3.4 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention)

การป้องกันโรคโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถกระทำได้ในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น

2.3.4.1 การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว ประชาสัมพันธ์หรือเว็บไซต์ เป็นต้น เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักแก่ประชาชนในวงกว้างเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.3.4.2 การรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยวิธีการต่างๆ เช่น การจัดประกวดการจัดแข่งขัน การเดินขบวนพาเหรด ฯลฯ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.3.4.3 การออกกฎหมายชุมชนเพื่อห้ามหรือจำกัดการกระทำที่เสี่ยงต่อผู้บริโภค เช่น ห้ามจำหน่ายอาหารประเภทปลาน้ำจืดที่ปรุงไม่สุก เช่น ปลาจี่ ปลาจ่อม/ปลาเจ้า รวมทั้งเข้มงวดกฎหมายที่มีอยู่แล้ว เช่น กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2.3.4.4 การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยนักสาธารณสุขในระดับชุมชน ครูและอาจารย์ในสถาบันการศึกษาทุกระดับที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมาย

2.3.4.5 การให้สุขศึกษารายบุคคลในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในขณะที่ยกเย็บบ้าน

2.3.5 การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)

คือ การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันท่วงที โดยการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถทำได้โดยการตรวจประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กล่าวคือ เป็นประชาชนในพื้นที่เสี่ยง มีประวัติการกินปลาดิบ (ก้อยปลา ปลาต้ม หรือปลาร้าที่หมักไม่นาน) มีประวัติไชยาฆ่าพยาธิ เป็นต้น โดยการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มนี้ด้วยการอัลตราซาวด์ เพื่อประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องท้อง ซึ่งจะสามารถคัดกรองผู้มีความเสี่ยงสูงได้ และจัดให้มีการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การรักษาต่อไป โดยในปัจจุบัน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย ซึ่งจัดได้ว่าเป็นโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรม

2.3.6 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)

เป็นการป้องกันโรคภายหลังจากการมีอาการหรือหลังจากการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาล สำหรับโรคมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันในระดับนั้นมีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือบรรเทาอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ในปัจจุบันมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้นในโรงพยาบาลบางแห่งมีหน่วยบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีการ

ป้องกันในระดับนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทุกคนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการตีชาน อาการคัน จนกว่าจะเสียชีวิต

สำหรับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในทุกๆระดับนั้น ต้องอาศัยกลวิธีที่เหมาะสม และจะต้องได้รับการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบไปตามสถานการณ์ต่างๆ เนื่องจากที่ผ่านมา กระบวนการให้สุศึกษาและการสร้างความตระหนักยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม บางหน่วยงานได้นำกระบวนการต่างๆ เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจนทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

2.3.7 มาตรการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและลดการเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งท่อน้ำดีอย่างยั่งยืน จึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรการหรือแนวทางการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.3.7.1 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย Verbal Screening เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โดยใช้ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้คัดกรองมี Criteria การคัดกรอง คือ ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปและมีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- 1) มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
- 2) เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ
- 3) มีประวัติการกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดสุกๆดิบๆ
- 4) มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ถ้าพบความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งเข้าสู่กระบวนการคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงไปโรงพยาบาลชุมชน จากนั้นทำการบันทึกข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Cholangiocarcinoma Screening and Care Program (CASCAP version 2.0) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561)

การคัดกรองด้วยการตรวจอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาล (ผ่านการอบรมและได้รับการตรวจยืนยันจากรังสีแพทย์) หากพบผลผิดปกติให้ส่งต่อผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการตรวจ CT/MRI/MRDP แพทย์บันทึกผลการตรวจลงโปรแกรม CASCAP หากผลเป็นปกติติดตามผลตามแนวทางปฏิบัติงานการแพทย์

2.3.7.2 ตรวจมะเร็งท่อน้ำดีด้วย Ultrasound กลุ่ม 40 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เป็นการตรวจคัดกรองดูความผิดปกติ

ของอวัยวะภายในร่างกายที่มีความเกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ตับ เช่น ตับ ไต ท่อน้ำดี ถุงน้ำดี เป็นต้น เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงและสามารถหาแนวทางการป้องกันและรักษาให้หายได้ โดยเน้นในประชาชนที่เสี่ยงและมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

2.3.7.3 รักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังโดยการผ่าตัด

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีแพทย์จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ขนาด ตำแหน่ง และของเซลล์มะเร็ง ระยะโรคและการกระจายของมะเร็ง สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดี การผ่าตัดเนื้องอกเป็นวิธีการรักษามาตรฐานที่ได้ผลดีและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ผ่าตัดระบายท่อน้ำดีในผู้ป่วยที่คาดว่าสามารถผ่าตัดเนื้องอกได้แต่ในขณะที่ผ่าตัดพบว่าระยะโรคที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้ ควรได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายท่อน้ำดีและรักษาอาการคัน อาการตัวเหลือง ตาเหลือง

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้หรือผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography: ERCP) เป็นวิธีการที่ใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน เช่น การอุดตันในท่อน้ำดีจากก้อนนิ่ว เนื้องอกหรือพังผืด การตีบแคบของท่อน้ำดี เนื่องจากสาเหตุอื่นๆ การอุดตันของท่อตับอ่อนเนื่องจากนิ่ว เนื้องอกโดยเฉพาะในกรณีที่มีตับอ่อนอักเสบเนื่องจากนิ่วในท่อน้ำดีอุดตันที่บริเวณรูเปิดร่วมของท่อน้ำดีและตับอ่อน วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ใช้กล้องและเอกซเรย์ประกอบกัน โดยแพทย์จะส่องกล้องจากปากผ่านกระเพาะอาหารลงไปสู่ลำไส้เล็ก เพื่อหารูเปิดท่อน้ำดี และฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในท่อน้ำดีพร้อมกับเอกซเรย์ดูความผิดปกติ

2.3.7.4 ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การรักษาแบบประคับประคองคือ การรักษาที่ช่วยควบคุมหรือบรรเทาอาการที่เกิดในโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาไม่ใช่การรักษาเพื่อให้หายขาด ถ้าหากมะเร็งมีการแพร่กระจายไปไกลก็อาจทำการผ่าตัด โดยแพทย์จะมุ่งเน้นการผ่าตัดแบบประคับประคอง การทำรังสีรักษาแบบประคับประคอง หรือการรักษาแนวทางการอื่นๆเพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือป้องกันการแทรกซ้อนเนื่องจากโรคมะเร็ง

2.3.7.5 สอนเด็กนักเรียนเพื่อปรับพฤติกรรม

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้

1) จัดการประชุมผู้บริหารเขตพื้นที่การศึกษา ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอนเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหา

2) การนำหลักสูตรเพื่อจัดการเรียนการสอน ดังนี้

2.1) ศึกษาแผนการจัดการเรียนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในแต่ละระดับชั้นจากเอกสารหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับการจัดสรร จากกรมควบคุมโรค

2.2) ศึกษาบทเรียนสำเร็จรูปหรือหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) หลักสูตรเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2.3) จัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในแต่ละระดับ ชั้นในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ตามแผนการจัดการเรียนรู้และหน่วยการเรียนรู้

2.4) นำหลักสูตรเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในรูปหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) ไปบูรณาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แท็บเล็ตและคอมพิวเตอร์

2.5) จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้เรียนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามนโยบายลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ของกระทรวงศึกษาธิการ

3) หน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินการสุ่มตรวจค้นหาไข่พยาธิในนักเรียน หากตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับและให้การรักษา

4) ครูและทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมบ้านนักเรียนที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้สุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครอง

5) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ออกประเมินผลการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านการมีส่วนร่วมและชุมชน

6) การจัดการสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข มนุษย์จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ต้องอาศัยปัจจัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานเป็นองค์ประกอบร่างกายของมนุษย์ คือ น้ำ อาหาร และอากาศ เมื่อไรก็ตามที่สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีการปนเปื้อนจะทำให้มนุษย์มีการเจ็บป่วยและมีอาการของโรคต่างๆตามมา ดังนั้นร่างกายของมนุษย์ทุกคนต้องการ

อาหาร น้ำ และอากาศ ที่สะอาดบริสุทธิ์ เพื่อมิให้เกิดภัยสุขภาพต่อร่างกายมนุษย์ องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความ การอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ ที่อยู่นอก ร่างกายมนุษย์ และปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ การอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการ ประเมินและควบคุมปัจจัยเหล่านั้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อมมีเป้าประสงค์ เพื่อการป้องกันโรคและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี ความหมายของการอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ รวมพฤติกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และพันธุกรรม

7) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยของประชาชน

ในปัจจุบันโรคพยาธิใบไม้ตับถือว่าเป็นอีกโรคหนึ่งที่กำลังก่อปัญหาด้าน

สาธารณสุขซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมนุษย์ จึงมีการใช้ทฤษฎีต่างๆและแนวคิดต่างๆเพื่อมา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน

8) พัฒนาด้านวิชาการ

มีการดำเนินงานจัดทำวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ ตับพร้อมทั้งหาแนวทางการป้องกันการเกิดโรค

9) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล (Isan-cohort)

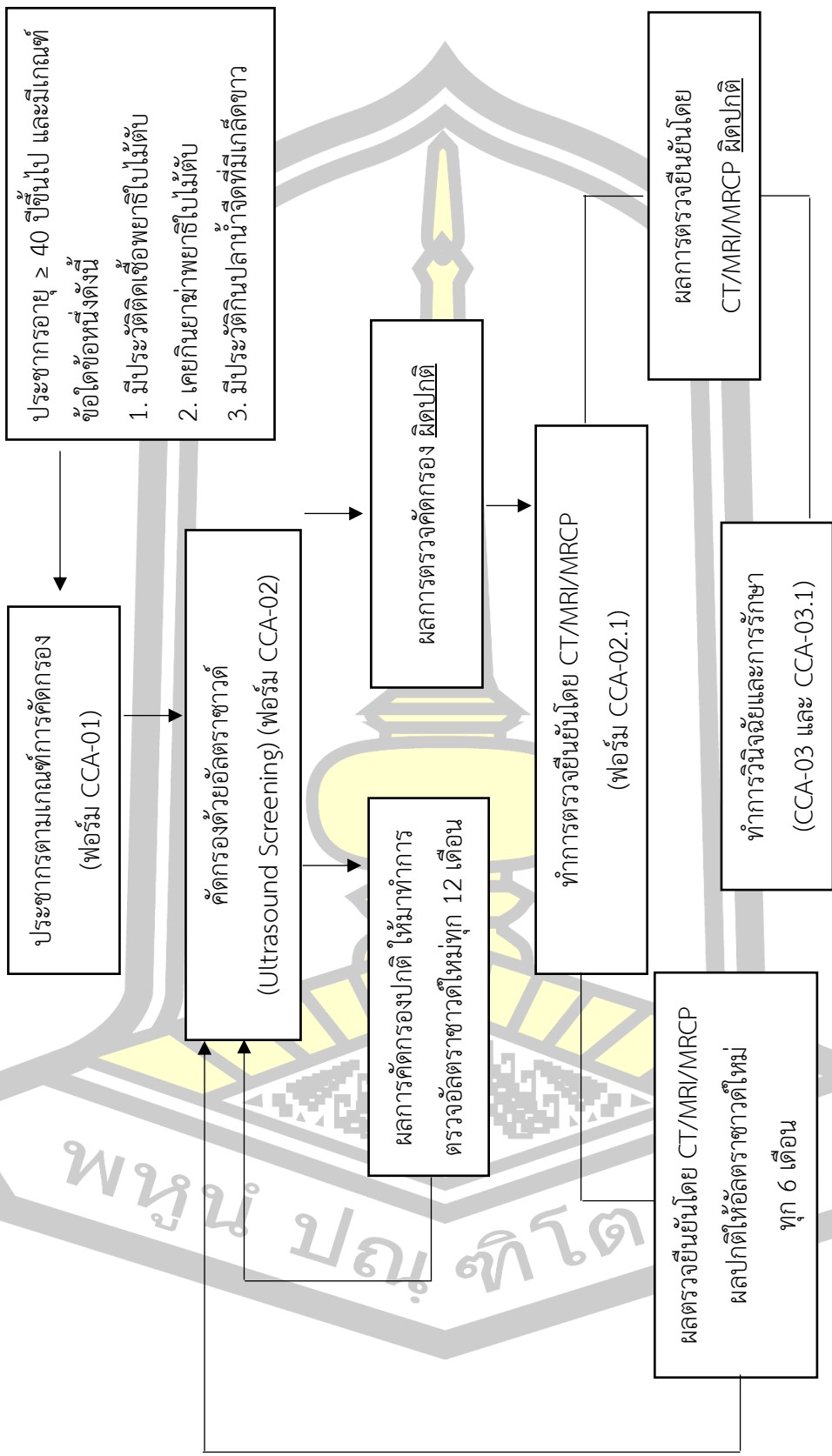
ในกระบวนการรวบรวมข้อมูลของเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลในเรื่องของโรคพยาธิ ใบไม้ตับ การจัดเก็บข้อมูลหรือการพัฒนาข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งการเก็บข้อมูลทาง มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้พัฒนาระบบ Isan Cohort (มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561) ในการจัดเก็บ ข้อมูลของประชาชนที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อทำการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

10) สื่อสารธารณะ

มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง ได้ เช่น สื่อในสถานบริการด้านสุขภาพ หรือสื่อแผ่นพับ ใบปลิว เป็นต้น

11) บริหารจัดการให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์

พหุ ม ประ โท ชีวะ



ภาพประกอบ 3 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ของโครงการ CASCAP มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ที่มา: แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ (2559)

2.4 ธรรมนูญสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อมโยงภาคการเมือง ภาคราชการ ภาควิชาการวิชาชีพ ภาคประชาสังคม ก่อให้เกิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศที่ครอบคลุมเรื่องของสุขภาพ รวมทั้งระดับตำบลที่มีการสนับสนุนให้มีการก่อเกิด “ธรรมนูญสุขภาพ” ขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) เนื่องจากการก่อเกิดธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ปรากฏการณ์ยกร่างธรรมนูญในระดับพื้นที่ซึ่งสามารถยกร่างธรรมนูญในระดับพื้นที่โดยไม่ขัดกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เปิดโอกาสให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมกันยกร่างธรรมนูญ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ใช้ภาษาของคนในท้องถิ่น และผูกพันกับการดำเนินการของคนและองค์กรอื่นๆในท้องถิ่น ต่อมาได้มีการดำเนินงานยกระดับจากธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล มาเป็นธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมและกระแสใหม่ในสังคมที่หลายฝ่ายให้ความสนใจ ไม่ใช่เฉพาะในวงการปฏิรูประบบสุขภาพ จนกลายเป็นงานหลักของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ อันเนื่องมาจากประชาชนไม่รู้สึกเป็นเจ้าของ ด้วยปัจจัยที่เน้นกระบวนการทางวิชาการมากเกินไป ภาษาที่ไม่เป็นกันเองทำให้ขาดแรงบันดาลใจให้รู้สึกมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน ขาดการติดตามรายงานความก้าวหน้าจากภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง การสื่อสารที่ขาดความมีชีวิตชีวาเนื่องจากภาษาที่ใช้ ขาดการวิเคราะห์เจาะลึกเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่สามารถนำธรรมนูญไปใช้ประโยชน์ได้ (เดชรัต สุขกำเนิด, 2553)

สรุปได้ว่า ธรรมนูญสุขภาพ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้เป็นกรอบ แนวทาง ในการแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพในชุมชน โดยการค้ำหนักร่วมกับชุมชน ร่วมกำหนดสภาวะสุขภาพในอนาคต และทำให้ประชาชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของสภาวะที่ดี และมีแรงสนับสนุนที่จะก่อให้เกิดการพัฒนา ระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2.4.1 ความหมายและความสำคัญของธรรมนูญสุขภาพ

“ธรรมนูญสุขภาพ” เป็นธรรมนูญที่ว่าด้วยระบบสุขภาพ คือ การเปิดโอกาสให้ชาวบ้าน นักวิชาการ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการเขียนธรรมนูญสุขภาพ หากเปรียบเทียบกับรัฐธรรมนูญซึ่งแบ่งเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับกฎหมายอื่นๆ “ธรรมนูญสุขภาพ” ถือได้ว่าเป็นแนวทางหลักของการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมถึงการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งธรรมนูญสุขภาพเป็นเจตนารมณ์ร่วมกับพันธะร่วมกันของสังคม ซึ่งอาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่”

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายของธรรมนูญสุขภาพ คือ กฎหมายแม่บทที่ทุกฝ่ายใช้อ้างอิง เพื่อขับเคลื่อนไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ กำหนดทิศทางปรัชญา หลักการ เครื่องมือ กลไก มาตรการและเงื่อนไขเป็นสิ่งสำคัญของระบบสุขภาพ การยกย่องต้องเคลื่อนเข้าสู่การสร้างสุขภาวะ มีกระบวนการต้องเชื่อมสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกัน และเน้นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายความว่า กรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วมกัน หรือกรอบกติการ่วมที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นประเด็นทางสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ หรือเป็นประเด็นทางสุขภาพในภาพรวมของแต่ละพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

อำพล จินดาวัฒนะ (2552) ให้ความหมายธรรมนูญสุขภาพ คือ เครื่องมือทางกฎหมายที่จะผลักดันให้ประชาชนไทยมุ่งสู่การมีสุขภาพดีในอนาคต

ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (2550) ให้ความหมาย ธรรมนูญสุขภาพ คือ กรอบกำหนดทิศทางของประเทศไทยในการจัดระบบสุขภาพ โดยเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาวะหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม ที่เชื่อมกันเป็นองค์รวม

สุทธิพงษ์ วสุโสภาน (2558) ได้ให้ความหมายว่า “กรอบกติกา หรือข้อตกลงร่วมหรือแผนชี้นำทางสำหรับทิศทางระบบสุขภาพของผู้คนในพื้นที่นั้นๆ เห็นภาพที่พึงประสงค์ซึ่งจะสะท้อนเจตนารมณ์และเป็นพันธะร่วมกันของชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพหรือสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย ทางปัญญา และทางสังคม ของชุมชนร่วมกันกำหนดในอนาคต”

สรุปได้ว่า ธรรมนูญสุขภาพ หมายถึง เป็นเครื่องมือ หรือนวัตกรรมทางสังคม ที่ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ การดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ฉบับที่ 1 ตามมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงาน กำหนดยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา เพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษานั้น ความว่า การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา องค์การภาคีเครือข่าย และสมาชิกที่ร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนเห็นพ้องต้องกันว่า เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมีทิศทางที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีพลัง สามารถปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศให้

บรรลุปเป้าหมายแห่งสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจึงจำเป็นต้องมี ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม เพื่อให้ทุกส่วนใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ต่อมาในกระบวนการบัญญัติเป็นกฎหมาย สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้เห็นชอบให้กำหนดหลักการ โครงสร้างและเนื้อหาหลักของธรรมนูญไว้ โดยมีการจัดทำและทบทวนธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นระยะๆ อย่างน้อยทุกๆ 5 ปี เพื่อให้ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นพลวัต สามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่ออนุวัตตามมาตรา 46 และมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดหลักการมีส่วนร่วมการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน ใช้ข้อมูลวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญเพื่อให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนเจตนารมณ์และเป็นพันธะร่วมกันของสังคมให้สังคมสามารถนำไปใช้เป็นฐานอ้างอิงในการกำหนดทิศทาง และเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคต ทั้งนี้ ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ สามารถจัดทำธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ของตน โดยไม่ต้องขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้แล้ว ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยมีนายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน มีหน้าที่ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรสนับสนุนการดำเนินงานที่เน้นการสร้างกลไกกระบวนการที่เชื่อมโยงภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาครัฐบาลและการเมือง เพื่อร่วมกันพัฒนานโยบายสาธารณะ และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง กระบวนการจัดทำธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ นับว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่จะช่วยสนับสนุนการทำงานและสร้างความเข้มแข็งให้กับการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศไทย บนฐานความคิดสำคัญคือ กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของ และใช้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพดังกล่าว เป็นพื้นที่หรือเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จะสะท้อนถึงความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้นๆอย่างแท้จริง อีกทั้งยังเป็นกติการ่วมกันในสังคมในการสร้างสุขภาวะชุมชนที่ดีบนรากฐานการมีส่วนร่วม กล่าวได้ว่าในระยะเวลา 7 ปี ของกระบวนการขับเคลื่อนมีการปฏิบัติการในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพที่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามบริบทและเงื่อนไขแวดล้อมต่างๆ อีกทั้งยังมีบทเรียนความสำเร็จ ล้มเหลว ประสบการณ์ และองค์ความรู้สำคัญที่

ก่อให้เกิดและตกผลิกระหว่างกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าบทเรียนเหล่านั้นคือเครื่องมือสำคัญที่สามารถนำไปขับเคลื่อนขยายผล สร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการจัดทำธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่อื่นๆได้

ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ คือ สิทธิของเรา สิทธิของชุมชน อำนาจของเรา อำนาจของชุมชน รวมทั้งยังเป็นโอกาสของชุมชนในการสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดชีวิต กำหนดอนาคตของชุมชนร่วมกัน มีเป้าหมายเพื่อบริหารจัดการชุมชนให้ผู้คนในชุมชนอยู่ดีและมีสุข ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ จึงนับว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มทางเลือกให้การพัฒนาาระบบสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้เกิดแผนสุขภาพชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีผู้รับผิดชอบแต่ละด้านอย่างชัดเจน ทำให้ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาคประชาชนได้มีบทบาทด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ในการสร้างความตระหนักและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือการจัดการสุขภาพชุมชน โดยการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ มีองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนลงมือทำ คือ ภาคประชาสังคม ภาคราชการ และภาคการเมือง โดยทั้ง 3 ภาคส่วนเปรียบเสมือนหุ้นส่วนในการก่อร่างสร้างขับเคลื่อน ตลอดจนถึงมือปฏิบัติการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

2.4.1.1 ภาคประชาสังคม

ภาคประชาสังคมมีบทบาทในการเชื่อมร้อย ขับเคลื่อนองค์กร เครือข่ายและสังคมประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำตามธรรมชาติและผู้นำแบบทางการโดยผู้นำตามธรรมชาติของชุมชน หมายถึง แกนนำชุมชนที่ได้รับการเคารพ ยอมรับนับถือและศรัทธาจากคนในชุมชน เช่น ผู้เฒ่าปราชญ์ชาวบ้าน ผู้รู้ท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น และผู้นำแบบทางการ หมายถึง กำนันผู้ใหญ่บ้าน ที่ได้รับการแต่งตั้งจากประชาชนเห็นสมควร

2) ประชาสังคม ได้แก่ สมาชิกชุมชนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกกลุ่มองค์กรชุมชนต่างๆ เป็นต้น

3) พลังชุมชนหรือความเป็นชุมชน ที่มีใช้เพียงขอบเขตพื้นที่หรือขนาดของชุมชน หากแต่ความสัมพันธ์และความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันซึ่งการตระหนักถึงชุมชน นั้น นับเป็นแก่นสำคัญอย่างยิ่งที่จะผลักดันให้เกิดการเข้ามามีส่วนร่วมโดยการเป็นชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จาก

3.1) ทูทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน หมายถึง ประวัติศาสตร์ของชุมชน ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น วิถีชีวิต วิถีวัฒนธรรม อัตลักษณ์ ศาสนาความเชื่อ ฐานทรัพยากรธรรมชาติต่างๆที่มีและใช้ประโยชน์ร่วมกัน และยักรวมถึงบรรพบุรุษขนบธรรมเนียมประเพณีที่มีร่วมกัน การ

รวมกลุ่มองค์กรต่างๆภายในชุมชนอันก่อให้เกิดความเชื่อมโยง ยึดโยงสายสัมพันธ์ของในชุมชนให้ดำรงอยู่และส่งต่อไปสู่ลูกหลาน

3.2) สถานการณ์ปัญหาาร่วมกันของชุมชน เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาหนี้สินครัวเรือน ปัญหายาเสพติด ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติ เป็นต้น อันนำไปสู่ความตื่นตัว และการมีส่วนร่วมที่จะเข้ามาแก้ไขจัดการต่อปัญหาของชุมชนด้วยกันเพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของชุมชน

3.3) เป้าหมายของชุมชนที่มีร่วมกัน คือ ภาพฝันอนาคตที่คนในชุมชนได้ร่วมกันกำหนด ร่วมกันวางแผน และออกแบบ อันนำไปสู่การเกิดกิจกรรมการพัฒนา การเข้ามามีส่วนร่วม การจัดการตนเองในเรื่องต่างๆร่วมกัน

2.4.1.2 ภาควิชาการ

ได้แก่ องค์กร และบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ สถาบันวิชาการ และสถาบันการศึกษา เป็นต้น ที่มีบทบาทในการเป็นผู้รวบรวม สังเคราะห์ข้อมูล จัดกระบวนการถอดบทเรียนเพื่อสกัดเป็นองค์ความรู้ และจัดการความรู้ให้เป็นที่ยอมรับ สนับสนุนข้อมูลข้อคิดเพื่อปรับกระบวนการในระหว่างการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงานและวางแผนการติดตามประเมินผลภายใน

2.4.1.3 ภาครัฐและการเมือง

ได้แก่ ภาคราชการ รัฐ การเมืองทุกระดับ ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนผลักดันเชิงนโยบาย ทำงานขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการระดมความคิดเห็น ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์จนเกิดปฏิบัติการจริง

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 5 มาตรา 46-48 กำหนดกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศและในกรณีเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะทำ “ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่” เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพต้องมีสาระสำคัญดังนี้

หมวดที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม เป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ ระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพอันจะนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและพึ่งตนเองของประชาชน ทุกภาคส่วนมีหน้าที่ร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาจากแนวทางบริโภคนิยมสู่แนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

หมวดที่ 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม หลัก

ธรรมาภิบาล ความรู้ และปัญญา และเป็นเครื่องมือที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน หรือสังคม ยึดหลักการพัฒนาพึ่งตนเองและแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

หมวดที่ 3 การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

ทุกคนที่อยู่อาศัยบนแผ่นดินไทย มีโอกาสได้รับความคุ้มครองในเรื่องสุขภาพทุกรูปแบบไม่เฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพในรูปแบบอื่น โดยการสร้างหลักประกันและความคุ้มครองดังกล่าวนี้ให้เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

หมวดที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาพแบบองค์รวมทั้งทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย พิการ และตาย ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยการพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรมตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ”

หมวดที่ 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทันทต่อเหตุการณ์ โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพสนับสนุนการกระจายอำนาจและเสริมสร้างขีดจำกัดความสามารถของท้องถิ่นในการดำเนินงาน เช่น บทบาทในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น

หมวดที่ 6 การบริการสาธารณสุขและควบคุมคุณภาพ

ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ราคาไม่แพง สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยรัฐควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับมีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่ยึดหลักของประชาชน โดยมีแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขประจำครอบครัว และสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม โดยรัฐไม่พึงสนับสนุนหรือให้สิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

หมวดที่ 7 การส่งเสริมสนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการใช้และพัฒนาอย่างเป็นระบบและองค์รวม เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆอย่างเท่าเทียม

หมวดที่ 8 การคุ้มครองผู้บริโภค

ระบบคุ้มครองผู้บริโภคต้องเป็นไปเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการป้องกันและคุ้มครองสิทธิ ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายที่ได้บัญญัติ และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถปกป้องสิทธิของตนเองและสังคม โดยอาจมีการจัดตั้งองค์กรเพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบสินค้าและบริการให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ ปลอดภัย และเป็นธรรม ตลอดจนมีระบบการเยียวยาในกรณีที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งต้องเป็นไปตามรัฐธรรมนูญฯ

หมวดที่ 9 การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพและนโยบาย สาธารณะจะต้องพัฒนาจากฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอ เชื่อถือได้ เปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้ได้ ดังนั้น รัฐบาลและภาคส่วนต่างๆต้องมีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้าง จัดการ สื่อสารและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

หมวดที่ 10 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

รัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย การวางแผน การพัฒนา และการกระจายบุคลากร สาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องมีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตสำนึกที่ติดต่อสังคม และมีปริมาณเพียงพอ บริการประชาชนร่วมกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ และสหวิชาชีพ

หมวดที่ 11 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ระบบสุขภาพจะยั่งยืนได้ต้องไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ แต่มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุข ลดรายจ่ายกิจการที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข ลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ มีมาตรการทางภาษีกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์และสินค้าที่ทำลายสุขภาพของคนในชุมชน พร้อมสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน การปรับประยุกต์ใช้ “ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ” สู่การจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.4.2 กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ

ธรรมนูญสุขภาพ เป็นการสร้างโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการกำหนดอนาคตของชุมชนร่วมกัน เพื่อบริหารจัดการชุมชนให้ชุมชนอยู่ดีและมีสุข นับว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มทางเลือกให้การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนและเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้เกิดแผนสุขภาพชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.4.2.1 ขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนลงมือทำ

ศึกษาจากการรับฟังข้อมูล บทเรียนของพื้นที่ต้นแบบผ่านกระบวนการเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีอบรมสัมมนาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ไปศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้น นับเป็นเครื่องมือที่เห็นผลอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดของธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่มากขึ้นผ่านการเห็นตัวอย่างที่ชัดเจน บทเรียนที่ชัดเจนที่สามารถปรับประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่ตนเองได้ การขับเคลื่อนกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ เริ่มจากการที่แกนนำชุมชนได้ไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพของตำบลชะแล อำเภอลำลูกขัน จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นการจัดทำธรรมนูญเฉพาะพื้นที่ฉบับแรกของประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2552 ธรรมนูญสุขภาพที่เกิดขึ้นในตำบลชะแล เป็นเหมือนกฎกติกาที่คนในชุมชนจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เป็นนโยบายสาธารณะที่ชาวบ้านในชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้นมา จึงได้นำการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และได้มีการทำข้อตกลง (MOU) ร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน

2.4.2.2 ขั้นตอนการลงมือจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่

1) จัดตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่มาจกตัวแทนภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาครัฐและการเมือง เพื่อเข้าไปปรับผัดชอบในแต่ละฝ่าย เช่น ฝ่ายยกร่างธรรมนูญสุขภาพ ฝ่ายรับฟังความคิดเห็น ฝ่ายประชาสัมพันธ์ และฝ่ายประเมินผล (คณะทำงานจะแบ่งเป็นกี่ฝ่ายนั้นไม่จำกัดว่าจะต้องเป็น 4 ฝ่ายเท่านั้น ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องและความเหมาะสมของพื้นที่)

2) จัดเวทีสร้างการเรียนรู้ให้กับประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์สถานะสุขภาพและค้นหาต้นทุนในชุมชนร่วมกัน รวมถึงรับฟังความคิดเห็นของประชาชนว่าต้องการอะไร โดยเริ่มจาก

2.1 กระบวนการค้นหาความต้องการ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวทีประชาคม เป็นต้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่าความต้องการของชุมชน และสภาพปัญหาในชุมชนเป็นอย่างไร ซึ่งจากผลดังกล่าวจะเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างแรงจูงใจให้ชุมชนเกิดความรู้สึกร่วมกัน เป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน

2.2 การรวบรวมข้อมูล โดยการเรียงเรียงและจัดหมวดหมู่ซึ่งจะทำให้เห็นภาพพื้นที่ชุมชนอยากให้เป็นมากขึ้นหรือปัญหาที่ต้องการแก้ไขได้ง่าย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนการดำเนินงานต่อไป เพราะชุมชนจะเชื่อมั่นและมีส่วนร่วม และตระหนักถึงคุณค่า ประโยชน์ที่จะได้รับ

2.3 มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นเวทีที่สร้างความรู้ที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในและนอกพื้นที่ สร้างแรงบันดาลใจจากการเห็นรูปธรรมที่เข้มแข็งต่างพื้นที่และยังเป็นการขยายมิตร สร้างเพื่อนร่วมทาง

2.4 เสริมเครื่องมือระดมพลัง โดยนักวิชาการ ภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ช่วยในขั้นตอนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อไปสู่การขึ้นรูปเขียนร่างธรรมนูญสุขภาพร่วมกัน

2.5 มีการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อเผยแพร่เรื่องราวสร้างการรับรู้ ความตื่นตัว และความเข้าใจ เช่น วิทยุชุมชน ทิวทัศน์ออนไลน์ ป้ายไว้นิล รถมอบายประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

3) ยกร่างธรรมนูญ หลังจากได้ข้อมูลแล้ว จะเห็นสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยได้จากการร่วมวางแผน ร่วมกำหนดเป้าหมาย แนวทางการจัดการปัญหานั้นๆ และนำไปสู่การยกร่างธรรมนูญสุขภาพจนกระทั่งได้ร่างธรรมนูญฉบับแรก

4) นำร่างธรรมนูญฉบับนั้นมารับฟังความคิดเห็นจากประชาชน เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยผ่านเวทีประชาพิจารณ์ รับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน รับฟังการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาวางแผนหรือปรับใช้เพื่อให้ชุมชนเกิดการยอมรับและปฏิบัติร่วมกัน

5) จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและปรับแก้ร่างธรรมนูญสุขภาพ ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อให้ได้ร่างธรรมนูญสุขภาพที่มีเนื้อหาสมบูรณ์ที่สุดและเป็นที่ยอมรับของประชาชน การจัดทำเนื้อหาธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่เป็นเพียงกรอบแนวทางการปฏิบัติเท่านั้น ดังนั้น กระบวนการยกร่างธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ จึงควรยกร่างธรรมนูญสุขภาพที่มีเนื้อหาสาระให้เข้ากับบริบทของชุมชนเป็นสำคัญ

2.4.2.3 ชั้นประกาศใช้และขับเคลื่อนสู่การสร้างเสริมสุขภาวะในชุมชน

นำร่างธรรมนูญสุขภาพมาประกาศใช้ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะอย่างจริงจังต่อไป

2.4.2.4 ชั้นติดตามประเมินผลและทบทวน ปรับปรุงแก้ไข

การติดตามประเมินผลเป็นการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลต่างๆที่จะนำมาใช้เพื่อวัดความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานและผลจากการใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ด้านปัญหา อุปสรรค ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้รับรู้รับทราบข้อมูลเพื่อนำมาซึ่งการทบทวน ปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติมหรือลดทอนสาระภายในธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ให้สอดคล้องกับเงื่อนไข บริบทของชุมชนในแต่ละเงื่อนไข อีกทั้งการติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัด ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยปลูกให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวจากข้อมูลสุขภาพ ประเด็นสถานะที่ปรากฏ เพราะการทำงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่นั้นจำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้เกิดกระแสอยู่ตลอดเวลา เพื่อนำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อสร้างสุขภาพร่วมกันในรูปแบบต่างๆ

2.4.3 เครื่องมือในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่

จากบทเรียนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้เครื่องมือในการขับเคลื่อนที่หลากหลาย ที่สามารถประมวลได้ดังนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2552)

2.4.3.1 สื่อต่างๆ นับได้ว่าเป็นช่องทางที่สำคัญอีกช่องทางหนึ่ง ที่จะทำให้ประชาชนได้เข้าถึงข่าวสาร เนื้อหาสาระ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ สื่อวิทยุโทรทัศน์ท้องถิ่นที่มีการเผยแพร่ หอกระจายข่าว ซึ่งการกระจายข่าวสารอย่างต่อเนื่องจะทำให้ประชาชนมีการตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของข่าวสาร

2.4.3.2 สื่อบุคคล ได้แก่ แกนนำที่พูดให้ข้อมูลความรู้อย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นกระบอกเสียงที่มีพลังไม่ว่าจะเป็นแกนนำทางศาสนาที่เป็นแกนกลางเชื่อมร้อยทุกพลังให้ร่วมมือกัน แกนนำท้องถิ่นที่มีบทบาทในการทำงานเชิงลึกระดับหมู่บ้านอาศัยความสัมพันธ์ ความศรัทธาเชื่อมั่นในการสร้างการยอมรับจนชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม

2.4.3.3 กิจกรรมต่างๆ ที่จัดให้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและมีรูปธรรมที่ทำให้เกิดการจดจำ เกิดความสนใจและใส่ใจ จนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.4.3.4 การทำงานเชิงลึก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้มแข็ง เข้าถึงทุกครัวเรือนทำให้ได้ข้อมูลแบบสำรวจความคิดเห็น ความต้องการที่สะท้อนมาจากเสียงทุกเสียงอย่างครอบคลุม ทำให้ข้อมูลมีพลังเพราะทุกคนรู้สึกถึงความเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของร่วมกัน

2.4.3.5 ตัวอย่างต้นแบบ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มองค์กรชุมชนต้นแบบ คนต้นแบบ ครัวเรือนต้นแบบ โครงการต้นแบบที่เป็นจุดแข็งในการยืนยันถึงความสำเร็จของกระบวนการต่างๆ ที่ขับเคลื่อนผ่านมา

2.4.3.6 บันทึกข้อตกลง (MOU) บันทึกความเข้าใจ คือ ข้อตกลง กฎกติกา ระเบียบเงื่อนไขต่างๆ ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนด ปรับแก้ ยอมรับและบังคับใช้ร่วมกันโดยมีบทลงโทษกำกับ ควบคุมอยู่ ความสำคัญของการใช้ MOU นั้นแม้ว่าด้วยรูปแบบของบันทึกข้อตกลงจะมีลักษณะเป็นลายลักษณ์อักษรหรือความเป็นกฎเกณฑ์อยู่ หากแต่หัวใจสำคัญของบันทึกข้อตกลงเหล่านี้กลับไม่ได้อยู่ที่เอกสารหรือลายลักษณ์อักษรที่ปรากฏ แต่กลับอยู่ที่กระบวนการการทำข้อตกลงที่เกิดจากการมีส่วนร่วม หลอมรวมทุกความคิดเห็นจนตกผลึกเป็นหนึ่งร่วมกัน การบังคับใช้ของบันทึกข้อตกลงสำหรับชุมชนจึงไม่ใช่การมีบทลงโทษเชิงกฎหมาย แต่เป็นการบังคับใช้ด้วยกระบวนการทางสังคมของชุมชนนั้นๆ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี รับผิดชอบพื้นที่ 7 จังหวัดอีสานตอนบน ได้แก่ จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี สกลนคร หนองคาย นครพนม และบึงกาฬ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนตำบล) จำนวนทั้งสิ้น 715 แห่ง จากทั้งหมด 716 แห่งคิด

เป็นร้อยละ 99.89 กองทุนตำบลมีการบริหารจัดการกองทุนฯ ในรูปคณะกรรมการจัดการกองทุน การดำเนินงานพบปัญหาด้านการบริหารจัดการกองทุน ได้แก่ แผนงานดำเนินงานไม่ชัดเจน ขาดข้อมูลที่เป็นจริงรองรับการวางแผนการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ไม่เป็นระบบและขาดพลัง เนื่องจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (13) กำหนดให้มีการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ซึ่งข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้และผู้รับบริการใน พ.ศ. 2556-2557 เสนอให้พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการของกองทุนตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบและเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ของชุมชนได้อย่างแท้จริง จากการศึกษากระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ พบว่า เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การยกระดับและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนตำบลได้ เนื่องจากการเกิดธรรมนูญสุขภาพเกิดจากคนในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมคิด ร่วมทำขึ้น เพื่อให้เกิดกรอบกติกา ข้อตกลง หรือแนวทางการพัฒนาสุขภาพลดปัญหาของคนในชุมชน ซึ่งคนในชุมชน หมายถึง หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ยกเว้นกรอบกติกาสุขภาพของชุมชน จัดทำออกมาเป็นธรรมนูญสุขภาพของชุมชน ประกาศใช้ และร่วมมือกันปฏิบัติ เป็นการร่วมคิดร่วมทำเราเรียกว่า “ประชารัฐ” คือ ประชาชนร่วมมือกับรัฐบาลเป็นการทำงานร่วมกันในแนวราบ รวมเรียกว่า “ นวัตกรรมทางสังคม” ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่ท้าทาย คนระดับรากหญ้าสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของตนเอง ใช้กันเอง โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแบบร่วมด้วยช่วยกัน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี ได้ลงนามความร่วมมือกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กองทุนตำบล และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ 7 จังหวัดของภาคอีสานตอนบน ดำเนินการพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนสุขภาพระดับตำบลสู่การจัดการระบบสุขภาพแบบบูรณาการของกองทุนตำบล โดยใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพ นำร่องปี 2557 จำนวน 109 ตำบล และขยายผลปี 2558 จำนวน 88 ตำบล ครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัดอีสานตอนบน ได้แก่ จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี สกลนคร หนองคาย นครพนม และบึงกาฬ แสดงดังภาพประกอบ 4

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 4 พื้นที่ธรรมนูญสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี

ที่มา : คู่มือการแปลงธรรมนูญสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (2559)

กรอบแนวคิดการดำเนินงานพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนสุขภาพระดับตำบลสู่การจัดการระบบสุขภาพแบบบูรณาการ

ระยะที่ 1 จัดทำธรรมนูญสุขภาพมีการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ดังนี้

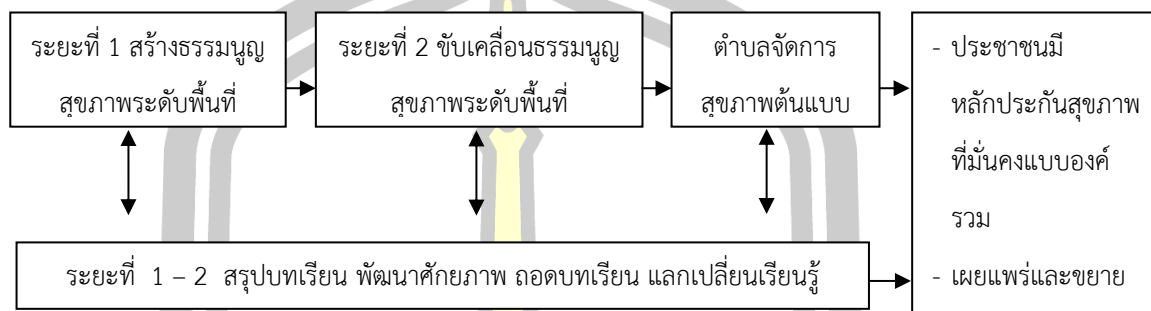
- 1) สร้างความเข้าใจผู้บริหารและผู้นำชุมชนกำหนดเป้าหมายการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ
- 2) จัดตั้งคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล
- 3) ทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาพื้นที่
- 4) ออกแบบเครื่องมือ เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
- 5) ยกร่างสุขภาพตำบล
- 6) จัดเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล
- 7) ปรับปรุงร่างและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล
- 8) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล

กรอบการจัดทำอ้างอิง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 2 การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพหลังประกาศใช้ 2 ขั้นตอน

9) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพหลังประกาศใช้ โดยเชื่อมโยงกับแผนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่/หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง

10) ติดตามและประเมินผลความสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพตำบล โดยภาพรวมใช้กระบวนการ KM กำกับติดตาม พัฒนาศักยภาพ ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เผยแพร่และขยายผลสู่สาธารณะ แสดงดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการดำเนินงานพัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนสุขภาพระดับตำบล
ที่มา : คู่มือการแปลงธรรมนูญสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (2559)

ผลการดำเนินงานจัดทำธรรมนูญสุขภาพในระบอบที่ 1 พบว่า เกิดขบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับตำบลโดยกองทุนตำบล (เกิดกลไกการทำงานมิติใหม่แบบบูรณาการ รัฐ ท้องถิ่น ประชาชน) ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด หนุนเสริมขับเคลื่อนจัดการระบบสุขภาพและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีนโยบายสาธารณะระดับชุมชนที่เกิดจากความเห็นร่วมของคนในชุมชน มีการประกาศเป็นกติกาหรือข้อตกลงชุมชนใช้กันเอง สร้างสำนึกแห่งความเป็นพลเมืองแบบมีส่วนร่วม กล่าวได้ว่า การจัดทำธรรมนูญสุขภาพ จนสามารถประกาศใช้เป็นเรื่องที่ท้าทายของชุมชนนั้นๆ แต่การดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพให้บังเกิดผลการปฏิบัติหลังการประกาศใช้ นับเป็นสิ่งที่ท้าทายยิ่งกว่าธรรมนูญสุขภาพจะไม่เกิดประโยชน์ใดๆ ต่อชุมชนเลยถ้าไม่มีการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม กองทุนตำบลหลายๆแห่งได้มีการขับเคลื่อนแปลงธรรมนูญสุขภาพสู่การปฏิบัติซึ่งทำตามรูปแบบความเข้าใจและบริบทของชุมชนนั้นๆ โดยการเชื่อมโยงข้อบังคับหรือเทศบัญญัติของอปท. และแผนงานของกองทุนตำบล ประกาศเป็นกติกาหรือข้อตกลงชุมชน การจัดทำโครงการภายใต้ธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งเป็นลักษณะต่างคนต่างทำตามความพร้อมและศักยภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8, 2559)

2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

“การวิจัย (Research) เป็นการค้นคว้าหาคำตอบอย่างมีระบบแบบแผน เชื่อถือได้”

“การปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแผนไปทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อยืนยันผล” ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ประการ คือ

1. เป็นการวิจัยเชิงอัตวิพากษ์ (Self-Reflective Inquiry) คือ การมองสะท้อนภาพสถานการณ์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ ทำความเข้าใจในธรรมชาติของปัญหานั้น ๆ ให้กระจ่าง เพื่อค้นหาวิธีการแก้ไข หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงให้ดีกว่าเดิม “เป็นการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองและทดลองปฏิบัติด้วยตนเองโดยกระบวนการวิจัย”

2. เป็นการวิจัยที่ดำเนินการโดย “คนใน” ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมรับผลโดยตรงในหน่วยงานหรือชุมชนนั้น เช่น กรณี กลุ่มส่งเสริม IPPM-FFS (Integrated Production and Pest Management Farmer Field School) จะเป็นการวิจัยโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบร่วมกับสมาชิก/เกษตรกรผู้เข้าร่วมกิจกรรม หรืออาจจะมีบุคคลภายนอกเข้าร่วมก็ได้ เช่น กลุ่มผู้ผลิตเมล็ดพันธุ์พืช ร่วมกับศูนย์ผลิตขยายเมล็ดพันธุ์พืช เป็นต้น

3. เป็นการวิจัยเพื่อหวังผลในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติในหน่วยงานนั้น ๆ โดยตรง ซึ่งมุ่งผลในการปฏิบัติอย่างแท้จริง เพื่อการพัฒนาตามแนวทางใดแนวทางหนึ่ง คือการปรับวิธีการเดิมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผลที่คาดหวังจากการวิจัยเช่นนี้จะไม่ใช่การพัฒนาความรู้เชิงวิชาการแต่เป็นการได้ความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ใช้ได้จริงสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

4. การวิจัยชนิดนี้เป็นการวิจัยที่มีการทดสอบวิธีการปฏิบัติจริงในสถานที่จริงและทำการวิเคราะห์ผลของการปฏิบัตินั้นๆ โดยผู้วิจัยเอง

2.5.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การวิจัยประเภทหนึ่ง ซึ่งใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติโดยใช้วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือกระทำจริง การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ การดำเนินการจะต้องต่อเนื่อง เพื่อจะนำไปสู่การปรับปรุงแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขข้อปัญหาได้จริง หรือสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5.2 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการแก้ไข แยกแยะรายละเอียดของปัญหา ลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับใคร แนวทางแก้ไขเป็นอย่างไร จะต้องปฏิบัติอย่างไร

2.5.2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนที่วางไว้มาดำเนินการ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยอาจพบปัญหา ต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขแผน ดังนั้นแผนที่กำหนดไว้ควรจะต้องมีความยืดหยุ่น ปรับได้ เปลี่ยนไปตามความเหมาะสม

2.5.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ สังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (Action of Process) และผลของการปฏิบัติ (Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ต้องเลือกใช้อย่างเหมาะสม เพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

1) การบันทึกสนาม (Filed note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่างๆของผู้ที่เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็น โดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือแปลความหมาย

2) การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการได้คำถามที่มีความยืดหยุ่นมากกว่าแบบสอบถาม ทำได้ 3 ลักษณะคือ

2.1 แบบไม่ได้วางแผน (Unplanned) เป็นการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการของคู่สนทนา

2.2 แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง (Plan But-Unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจที่สุด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่นประกอบ เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนตรงประเด็น

2.3 แบบมีโครงสร้าง (Structured) เป็นการสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถามที่เตรียมไว้แล้ว

3) การใช้สังคมมิติ (Sociometric Method) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คำถามว่าเขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับใคร แล้วนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ว่าใครเป็นผู้นิยมของกลุ่ม หรือใครถูกเพื่อนเพิกเฉย

4) แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สามารถใช้ได้ทั้งแบบปลายเปิดและแบบปลายปิด เลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล

5) การใช้แบบสำรวจรายการ (Checklist) เพื่อให้การบันทึกพฤติกรรมมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยอาจสร้างรายการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง แล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยใช้เครื่องหมาย / หรือ X หน้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามรายการที่มีอยู่

6) การบันทึกเสียง (Tape Recording) เป็นวิธีที่สะดวกและง่าย ข้อดีคือ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด ข้อด้อยคือ ไม่สามารถบันทึกกิจกรรมที่แสดงท่าทาง

7) การใช้วีดิทัศน์ (Video Tape Recording) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอนบันทึกได้ทั้งภาพและเสียง มีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง

8) การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางสมองของแต่ละบุคคล

2.5.2.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการประเมินและตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา ผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

จะต้องร่วมกันตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้น ผ่านกระบวนการอภิปราย วิเคราะห์ เพื่อจะได้เป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป (องอาจ นัยวัฒน์, 2551)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ที่แท้จริง จากประสบการณ์ที่ได้รับโดยการลงมือปฏิบัติจริง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดและยังเชื่อว่าแนวคิดทฤษฎีใดๆ ก็ตามจะถือว่าเป็นความจริงก็ต่อเมื่อได้รับการทดสอบหรือการพิสูจน์จากการนำไปใช้ประโยชน์ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเท่านั้น ลักษณะการวิจัยจึงเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีคุณภาพร่วมกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยา แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต ตามที่ Kurt Lewin (1946) บิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้กล่าวไว้ โดยเริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้าย คือ การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับต่อไป

สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเริ่มต้นโดยครู นักเรียน หรือนักศึกษา แล้วปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาขึ้น โดยรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ คือ ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร หรือสังคมภายนอก บันทึกผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทุกๆ ขั้นที่สำคัญ นั่นคือ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียนหรือหน่วยงาน และกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องแก้ไข บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคม และการจัดระบบองค์กรที่ลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษานั้น

2.5.4 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber-Skerrit

2.5.4.1 การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้ มีเป้าหมายของการวิจัย เพื่อปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก มาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลัก โดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัย ที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2.5.4.2 การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอก แสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานแล้ว ยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผล และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาสที่จะเรียนรู้กระบวนการวิจัย และมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาวิจัย ที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

2.5.4.3 การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์หรืออิสระ (Critical Emancipator Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการ แบบที่ 1 และ แบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนาประสิทธิผลการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียง ในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่สอง การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติ และนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์ และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงาน จากผู้ปฏิบัติถูกรอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Co-optation) ซึ่งเป็นแบบแรก มาเป็นการ

ทำงานร่วมกัน (Co-operation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ ของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่น ๆ

องอาจ นัยวัฒน์ (2548) ได้จำแนกรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการไว้ 5 แบบดังนี้

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่รู้จักกันในชื่อสั้น ๆ ว่า “PAR” เป็นรูปแบบการวิจัย ที่เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่าง การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) หรือ “PR” กับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือ “AR” เข้าด้วยกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบนี้ ถือว่าเป็นแนวทางหรือกลยุทธ์ในการสืบค้นหาความรู้ความจริง ทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์แบบใหม่ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัย ในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชน ในฐานะ ภาคีเครือข่ายหรือมีส่วนได้ส่วนเสีย กับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานที่ดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรสร้างขึ้น ในรูปของความรู้เชิงปฏิบัติการที่ได้จากการสืบค้นแบบมีส่วนร่วม ระหว่างมุมมองของคนในและคนนอก จะถูกนำไปใช้สำหรับปรับปรุงแก้ไข ปัญหา ที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (Critical Action Research) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่มีลักษณะเน้นหนักไปในด้านการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขัน ในกระบวนการทำวิจัยของบุคคล ผู้เป็นสมาชิกของชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคลภายในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) เกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตลอด จนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ ให้ดียิ่งขึ้น นักวิจัยและภาคีเครือข่ายสามารถแสดงทัศนะได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นอิสระและปราศจากการครอบงำทางความคิด และการกระทำจากนักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกหน่วยงาน องค์กรหรือชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ดังนั้น จึงทำให้การวิจัยรูปแบบนี้บางครั้งถูกเรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipator Action Research)

3) การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Learning) เป็นรูปแบบการแสวงหาความรู้เชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่ง ภายใต้แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่ว่า การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ระหว่างกลุ่มบุคคลร่วมสาขาวิชาความรู้หรือสาขาอาชีพเดียวกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นว่าเป็นการวิจัยและสร้างความรู้เชิงทฤษฎี ที่เป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาย่างทันท่วงที

4) วิทยาศาสตร์เชิงปฏิบัติการ (Action Science) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผสมผสานวิชาความรู้ทางด้านทฤษฎี การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยา และพฤติกรรมองค์กรเข้า

ด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งเน้นไปที่การสืบค้นหาความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Knowledge) ที่สามารถนำไปใช้สำหรับปฏิบัติการ ปรับปรุงการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคม การมุ่งเน้นดังกล่าวนี้ ดำเนินไปพร้อมกับการสร้างทฤษฎีเชิงปฏิบัติการ (Action Theory) ที่บูรณาการผสมผสานขั้นตอนการสร้างและการทดสอบทฤษฎีเชิงปฏิบัติการเข้าไว้ด้วยกัน ในลักษณะเป็นองค์รวม

5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิงชุมชน (Community-Base Action Research) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่ง ที่มีรากฐานการพัฒนามาจากการร่วมมือระหว่างนักวิชาการ ที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับมืออาชีพ กับประชาชนทั่วไปในฐานะเป็นผู้เกี่ยวข้อง หรือสัมผัสกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างแท้จริง การรวมพลังและพลังความคิดร่วมกันระหว่างนักวิจัยเชิงวิชาการ ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะจากภายนอกชุมชนและนักวิจัยชาวบ้านหรือนักวิจัยท้องถิ่น ผู้มีประสบการณ์ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชน นำไปสู่การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาอื่นใด ที่มีพื้นฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกลมกลืนกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ประวัติความเป็นมา และ วิถีจักรความเป็นไปในชุมชน (Community Life) เป็นผลให้การใช้ความรู้หรือกลยุทธ์ ที่สรรค์สร้างขึ้นในกระบวนการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้เพราะประชาชนในชุมชนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือในการเป็น “กลไกการพัฒนา” อันสำคัญในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหรือที่พึงปรารถนาขึ้น ในชุมชนที่พวกเขาเหล่านั้นเป็นสมาชิกอยู่

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ โดยแยกออกได้ ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่

รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและหลังกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค

พยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มเปรียบเทียบมีการติดเชื้อลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การติดเชื้อซ้ำกลุ่มทดลองไม่มีการติดเชื้อซ้ำ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการติดเชื้อซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้สุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นแม่แรงที่อ่อนน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวนทั้งหมด 131 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 73 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 58 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ วิดีทัศน์ อภิปรายกลุ่ม แผ่นพับ คู่มือ และได้รับการสนับสนุนกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2554) ได้ศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีแกนนำชุมชน ผู้ปรุงอาหารร่วมกับวางแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้กระบวนการ AIC โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยคนในชุมชนทุกกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนพึ่งตนเองได้และมีความยั่งยืน การสนับสนุนความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง การปรุงอาหารผู้ประกอบการประกอบอาหารที่ปรุงสุกให้แก่ผู้บริโภค การประเมินผลชักจูงให้ประชาชนตรวจจากระเพื่อหาพยาธิ พบว่า หลังการศึกษา ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับ และให้ความตระหนักถึงการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

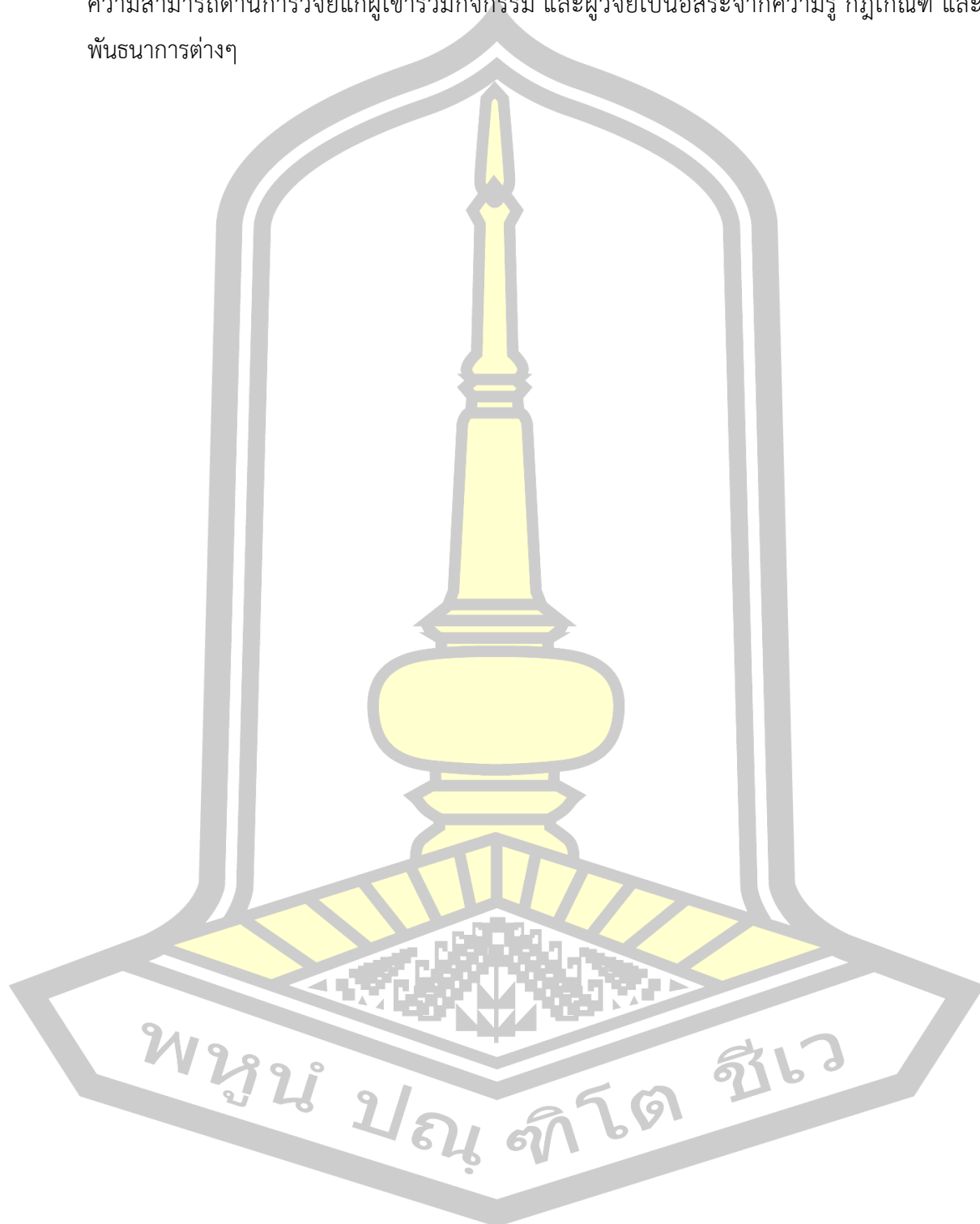
นันทพร ศรีนอก (2556) ได้ศึกษา รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การออกกฎเกณฑ์ การยอมรับและปฏิบัติตามข้อบังคับ สัญญาประชาคมหมู่บ้าน มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีคณะกรรมการดำเนินงานรับผิดชอบชัดเจน การประชาสัมพันธ์และการกระจายข่าวสาร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า หลังการดำเนินงานดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภาคภูมิ สรรพวุธ (2556) ได้ศึกษาประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบร่วมกับใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงบ้านดอนเชียง ตำบลลุมพุก อำเภอคำชะอี จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า จากการดำเนินงานตามโปรแกรมนี้เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบในพื้นที่ที่เป็นตัวอย่างที่ดีร่วมกับการกระตุ้นเตือนโดยใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านที่เข้าใจง่ายและคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้

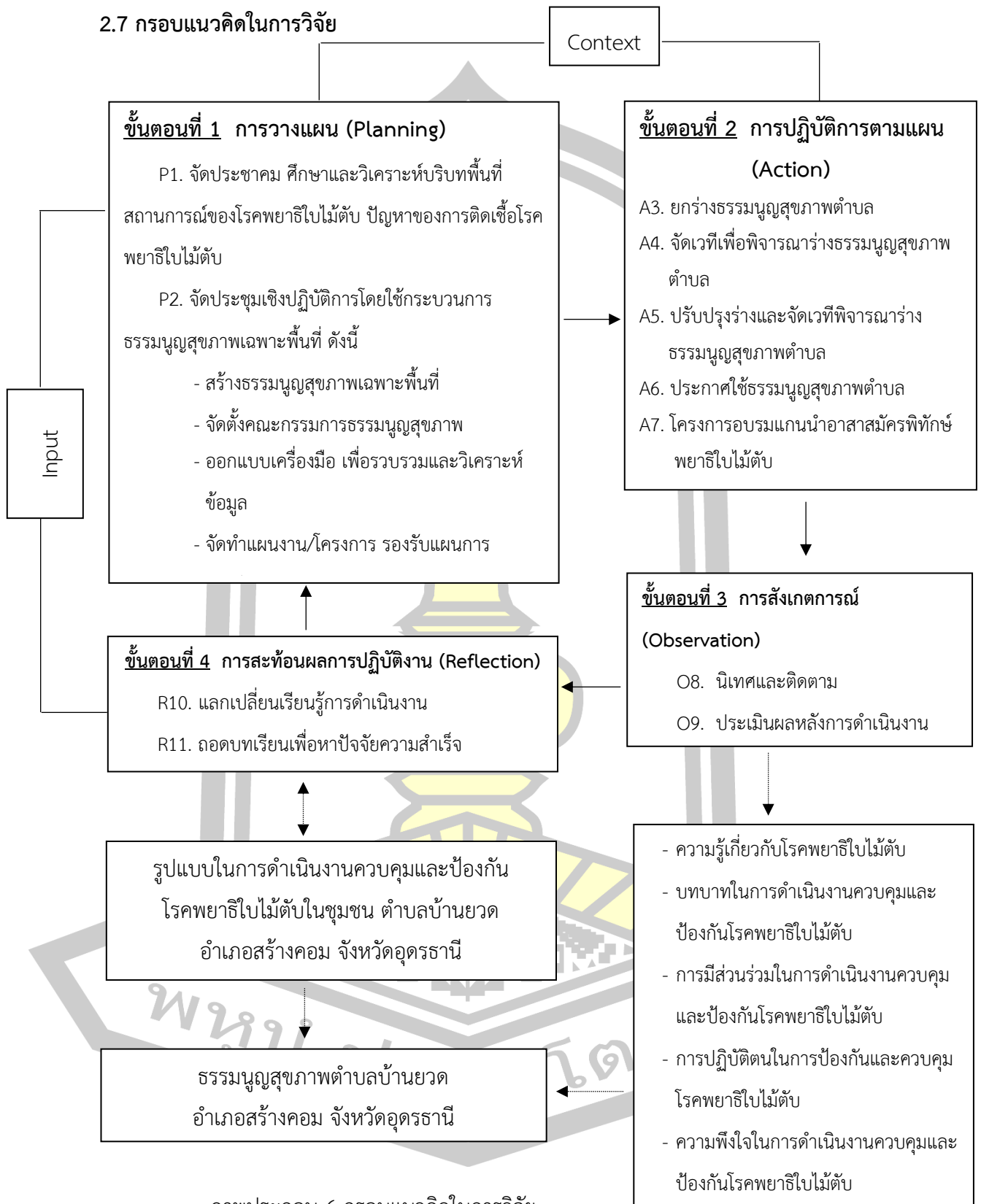
นิสร ผานคำ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชน ตำบลคูน้อย อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยของระดับการศึกษาทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสามารถพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้รูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมกับชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

สรุปได้ว่า จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีที่ผู้วิจัยใช้ในการดำเนินงานกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) และรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวิพากษ์ (Critical Action Research) ซึ่งการศึกษาระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชน ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานในตำบลบ้านยวด ซึ่งการดำเนินงานและผู้เข้าร่วมวิจัย มีบทบาทในการแสดง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัยได้อย่างอิสระ รวมถึงผู้วิจัยเปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนา
ความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม และผู้วิจัยเป็นอิสระจากความรู้ กฏเกณฑ์ และ
พันธนาการต่างๆ



2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการศึกษาและออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยวิธีดำเนินการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ผู้วิจัยได้ศึกษา กำหนดขอบเขตด้านประชากรตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย แสดงดังตาราง 1

3.2.1.1 ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชนผู้ตรวจพบไข้พยาธิในอุจจาระ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, กลุ่มสตรีแม่บ้าน, พระภิกษุ, ประชาชนชาวบ้าน และสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านยวด

3.2.1.2 ภาควิชาการ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา ครูประจำศูนย์การศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัย

3.2.1.3 ภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด

ตาราง 1 ประชากรที่ศึกษาในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	จำนวน (คน)
1. ประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิไปไม้ดับ	23
2. ภาคประชาสังคม	
2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน ๑ ละ 1 คน	
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาควบคุมโรค จำนวน 6 หมู่บ้าน ๑ ละ 1 คน	
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 6 หมู่บ้าน ๑ ละ 1 คน	
2.2 ประธานกลุ่มสตรีแม่บ้านตำบลบ้านยวด	1
2.3 พระอธิการ จำนวน 7 วัด ๑ ละ 1 รูป	7
2.4 ประชาชนชาวบ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน ๑ ละ 1 คน	6
2.5 ประธานกลุ่มสภาเด็กและเยาวชนหรือผู้แทน	1
3. ภาควิชาการ	
3.1 ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม	1
3.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวดและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค	2
3.3 ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 4 แห่ง ๑ ละ 1 คน	4
3.4 ครูศูนย์การศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบลบ้านยวด	1

ตาราง 1 ประชากรที่ศึกษาในการวิจัย (ต่อ)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	จำนวน (คน)
4. ภาคการเมือง	
4.1 กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้านๆละ 1 คน	6
4.2 แพทย์ประจำตำบล	1
4.3 คณะผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด	2
- นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวดหรือผู้แทน	1
- ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด	1
4.4 สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 2 เขต ๆ ละ 1 คน	2
รวม	75

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดโดยการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากการดำเนินกิจกรรมตรวจจู่จวาระเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับเมื่อ พ.ศ. 2558
- 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาควบคุมโรค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน
- 3) เป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
- 4) เป็นคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด
- 5) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคระดับอำเภอและระดับตำบล
- 6) เป็นคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มเป้าหมายมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างทำการศึกษา
2. พิกัด ทูพพลภาพ และไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้
3. เสียชีวิตด้วยโรคต่างๆในระหว่างการศึกษาวิจัย

ตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา	ประชากร (คน)	ตัวอย่าง (คน)
1. ประชาชนผู้ที่ตรวจพบไขหวัดใหญ่ในอุจจาระ	23	23
2. ภาคประชาสังคม		
2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	18	18
2.2 ประธานกลุ่มสตรีแม่บ้านหรือผู้แทน	1	1
2.3 พระอธิการ วัด 7 แห่ง ๆ ละ 1 รูป	7	7
2.4 ประชาชนชาวบ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน	6	6
2.5 ประธานสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านยวด หรือผู้แทน	1	1
3. ภาควิชาการ		
3.1 ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม	1	1
3.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค	2	2
3.3 ผู้อำนวยการโรงเรียน หรือ ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 4 แห่ง ๆ ละ 1 คน	4	4
3.4 ครูประจำศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบลบ้านยวด	1	1
4. ภาคการเมือง		
4.1 กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน	6	6
4.2 แพทย์ประจำตำบล	1	1

ตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัย (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา	ประชากร (คน)	ตัวอย่าง (คน)
4.ภาคการเมือง (ต่อ)		
4.3 คณะผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด	2	2
- นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด หรือผู้แทน	1	1
- ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด	1	1
4.4 สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด	2	2
- ประธานสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด หรือผู้แทน	1	1
เขต 1		
- สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด เขต 2	1	1
รวม	75	75

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสังเกต

3.3.1.1 แบบสัมภาษณ์ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ใช้ในกลุ่มเป้าหมายผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

3.3.1.2 แบบบันทึกการสังเกต พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการวางแผนเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน

3.3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและดัดแปลงจาก คู่มือการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สำหรับประชาชน ควบคุมควบคุมโรค (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ และคณะ, 2554) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด เพียงคำตอบเดียว

ตอบถูก หมายถึง ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด หมายถึง ได้คะแนน 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 บทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก
ให้คะแนน 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง
ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย
ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมาก
ให้คะแนน 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับปานกลาง
ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับน้อย
ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ
ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

5.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลาดิบ มีจำนวน 10 ข้อ มีการปฏิบัติ คือ
ประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ประจำ	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความ นั้น 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติตนนานๆครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตาม ข้อความนั้น 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตนหรือไม่ได้ปฏิบัติตาม ข้อความนั้นเลย

5.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ
มีการปฏิบัติ คือ ประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 11, 14, 15, 16 และ 20

ประจำ	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความ นั้น 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติตนนานๆครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตาม ข้อความนั้น 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตนหรือไม่ได้ปฏิบัติตาม ข้อความนั้นเลย

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 12, 13, 17, 18 และ 19

ประจำ	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความ นั้น 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติตนนานๆครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตาม ข้อความนั้น 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตนหรือไม่ได้ปฏิบัติตาม ข้อความนั้นเลย

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก
ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปาน กลาง ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย
เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืน

3.3.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.3.4.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความ
เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อคำถาม ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา โดย
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- 1) ดร.บุญทนาการ พรหมภักดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
พิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
จังหวัดขอนแก่น
- 2) ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8
จังหวัดอุดรธานี
- 3) นายฤทธิรงค์ บุรพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม

จังหวัดอุดรธานี

3.3.4.2 การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลบ้านหินโงม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกันและมีประชาชนที่เคยได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ, บทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น KR-20 (Kuder-Richardson) ดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75
- 2) บทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.68
- 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.74
- 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.63
- 5) ความความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.76

จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังที่นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ตัวอย่าง พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81

3.3.4.3 การหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence: IOC)

กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ +1 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ 0 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ -1 กำหนดให้ค่า IOC มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน (ภฤติยา วงศ์ก้อม, 2545) ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า

0.5 จึงถือว่าข้อคำถามนั้น ๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อคำถามคำตอบใดที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการพิจารณาสร้างข้อคำถามนั้น ๆ ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ผลการหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาทั้ง 6 ส่วนเป็นดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.80
- 2) บทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความสอดคล้อง เท่ากับ 0.60
- 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความสอดคล้อง เท่ากับ 0.78
- 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.53
- 5) ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความสอดคล้อง เท่ากับ 0.75

จากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา พบว่า มีค่าความตรงของเนื้อหา IOC : Index of Item Objective Congruence เท่ากับ 0.86

3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

3.4.1 เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

3.4.1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับชุมชน ประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งแจ่งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

3.4.2 ดำเนินการวิจัย ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติ รายงานที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แพ้มประวัตินครอบครัว สถิติการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี และศึกษาบริบทชุมชน เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.4.2.1 ระยะที่ 1 วางแผน (Planning)

1) จัดเวทีประชาคมเพื่อวิเคราะห์บริบทพื้นที่และสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยวิเคราะห์ประเด็นที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารดิบหรือสุกๆดิบๆ และด้านความเชื่อสุขภาพ ซึ่งดำเนินการในระหว่างวันที่ 17-19 เมษายน 2561 โดยวันที่ 17 เมษายน 2561 จัดเวทีประชาคม ณ ศาลาวัดโพธิ์ศรีสว่าง ผู้ร่วมกิจกรรมประกอบด้วย กำนันตำบลบ้านยวด, สารวัตรกำนัน, ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 2 บ้านยวด, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, ประชาชนผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม วันที่ 18 เมษายน 2561 จัดเวทีประชาคม ณ ศาลาวัดโพธิ์ศรีเจริญ หมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง ผู้ร่วมกิจกรรมประกอบด้วย, ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล, ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล และหมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง, ประชาชนผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล และหมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง และประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม วันที่ 19 เมษายน 2561 จัดเวทีประชาคม ณ ศาลาวัดไชยพร ผู้ร่วมกิจกรรมประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 5 บ้านชาติ, ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 6 บ้านชาติ, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 5 บ้านชาติ และหมู่ที่ 6 บ้านชาติ, ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ และประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม

2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล โดยร่วมกำหนดประเด็นปัญหาในการวางแผนประชุม วางรูปแบบการดำเนินงานและร่วมกำหนดเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งกำหนดจัดประชุมครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ครั้งที่ 2 ในวันที่ 11 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ภาคส่วน ตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วย

2.1) ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, กลุ่มสตรีแม่บ้าน, พระภิกษุ, ประชาชนชาวบ้าน, สภาคเด็กและเยาวชนตำบลบ้านยวด

2.2) ภาควิชาการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล, ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา, ครูประจำศูนย์การศึกษาอนุบาลและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบลบ้านยวด

2.3) ภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนันตำบลบ้านยวด, ผู้ใหญ่บ้าน, นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด, ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด และสมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผน สร้างสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคต ซึ่งกำหนดจัดทำแผนงาน/โครงการ ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลบ้านยวด ซึ่งจากการประชุมเชิงปฏิบัติการได้ประเด็นและปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่และได้ร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท แผนงาน/โครงการ ประกอบด้วย 1 โครงการ 5 กิจกรรม ได้แก่

3.1) โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างกระแสปลูกจิตสำนึก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสียงโรคพยาธิใบไม้ตับ, การรณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน, การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว, คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดพยาธิใบไม้ตับ” และครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี กิจกรรมการดำเนินงานในครั้งนี้ใช้เครื่องมือ ได้แก่ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี” ระหว่าง เทศบาลตำบลบ้านยวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชน และผู้ประกอบการร้านค้า

3.4.2.2 ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)

1) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดทำขึ้นในเดือน พฤษภาคม 2561 ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบท ซึ่งจะเห็นได้จากสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน จากนั้นจึงร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แนวทางการจัดการด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการจัดทำร่างธรรมนูญ ประกอบด้วย คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล รวมทั้งสิ้น 75 คน

2) จัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ จัดทำขึ้นในเดือน พฤษภาคม 2561 เพื่อร่วมกันพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพให้มีความสมบูรณ์และครอบคลุมในการจัดการด้านสุขภาพ สถานที่ดำเนินการ ห้องประชุมเทศบาลตำบลบ้านยวด กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม ประกอบด้วย คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล จำนวน 75 คน

3) ปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดทำขึ้นในเดือน พฤษภาคม ดำเนินการโดยนำร่างธรรมนูญที่ผ่านการพิจารณา มารับฟังความคิดเห็นจากประชาชน เพื่อสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น และนำมาวางแผนเพื่อให้ชุมชนเกิดการยอมรับและปฏิบัติร่วมกัน สถานที่จัดกิจกรรม ลานเอนกประสงค์เทศบาลตำบลบ้านยวด ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย ประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน และคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ จำนวน 75 คน รวมทั้งสิ้น 125 คน

4) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดทำขึ้นในเดือน มิถุนายน เพื่อใช้เป็นมาตรการหรือแนวทางการปฏิบัติร่วมกันในชุมชน ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ นำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อการสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนตำบลบ้านยวด

5) โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี จัดอบรมในเดือน มิถุนายน 2561 จัดทำขึ้นเพื่อสร้างแกนนำในการช่วยขยายผลและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมอบรมตามโครงการ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 6 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งกิจกรรมตามโครงการ ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ, การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว, การรณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน และคาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดพยาธิใบไม้ตับ”

3.4.2.3 ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1) การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน และผลจากการใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

2) ประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา (Post-test) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

2.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2) บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.4) พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.5) ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3.4.2.4 ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) ถอดบทเรียนเพื่อปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ บทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.5.1.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด และผู้นำชุมชน เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการ

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

3.5.1.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้วิธีการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยแบบทดสอบแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด เพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ (15 นาที) ดำเนินการก่อนการวิจัย และเก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการวิจัย

2) บทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้แบบประเมินบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 20 ข้อ (10 นาที)

3) การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 20 ข้อ (10 นาที)

4) พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยแบบวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ประจํา บางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)

5) ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)

3.5.2 การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่

3.5.2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกตามประเด็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาและบริบทในพื้นที่ตำบลบ้านยวด (60 นาที)

3.5.2.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อกำหนด Action Plan โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม (120 นาที)

3.5.2.3 การสรุปถอดบทเรียน การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกสรุปผลการถอดบทเรียน (60 นาที) และทบทวนปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานทุกๆ 1 เดือน ตลอดจนถึงสิ้นสุดปฏิบัติการวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น มีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ โดยให้เติมคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด เพียงคำตอบเดียว ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ระดับคะแนนจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความรู้สูง	หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 – 20 คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง ร้อยละ 60-79 (12 - 15 คะแนน)
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 บทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับของบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับการมีบทบาท	หมายถึง	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการมีบทบาทมาก	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับการมีบทบาทปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับการมีบทบาทน้อย	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมาก ให้คะแนน 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับการมีส่วนร่วม	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67–2.33
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.66

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ซึ่ง
จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

5.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลาดิบ มีจำนวน 10 ข้อ มีการปฏิบัติ คือ ประจำ
บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

5.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ
มีการปฏิบัติ คือ ประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

คำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 14, 15, 16, 20

ประจำ	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความนั้น ให้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติหลายๆ ครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตามข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 12 และ ข้อ 16

ประจำ	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอตามข้อความนั้น ให้คะแนน 1 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติหลายๆ ครั้งหรือไม่ต่อเนื่องตามข้อความนั้น ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย ให้คะแนน 3 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการปฏิบัติการในการควบคุมและป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับ แบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงห่างของคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} \\ \text{ช่วงชั้นคะแนน} &= 0.66 \end{aligned}$$

ระดับการปฏิบัติ	หมายถึง	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับการปฏิบัติมาก	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.00
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67–2.33
ระดับการปฏิบัติน้อย	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.66

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.1 สถิติพรรณนา มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Paired Sample t- test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และความพึงพอใจในการดำเนินงานตามกระบวนการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการพัฒนา

3.7.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3.8 จริยธรรมการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคล ซึ่งอาจมีผลสืบเนื่องกับจริยธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่การรับรอง PH 026/2561 วันที่รับรอง 27 กุมภาพันธ์ 2561 วันหมดอายุ 26 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิจารณาต่าง ๆ ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3.8.2 กระบวนการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางด้านร่างกายและจิตใจต่อกลุ่มเป้าหมายสามารถถอนตัวไม่เข้าร่วมจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ จะไม่มีการบังคับ

3.8.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นโดยเท่าเทียมกัน และมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดประชุมและดำเนินการประชุมจะไม่มีคามเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.4 ผู้วิจัยรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง

3.8.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ถ้าหากมีการบันทึกเทป บันทึกภาพหรือจดบันทึกการสังเกตผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.6 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุก
ขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี โดยมีกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) มาเป็นกรอบในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการพัฒนาใน 1 วนรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ได้แก่ กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้หลักการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ได้จำนวน 75 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 บริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

4.3 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

4.1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์บริบทของตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ใน 2 ประเด็น ดังนี้

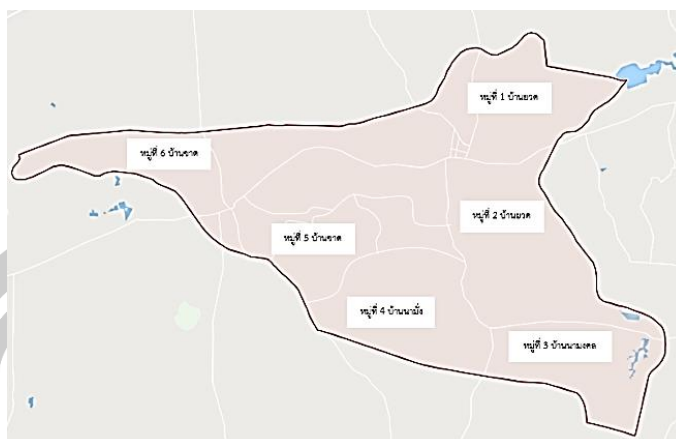
4.1.1 บริบททั่วไปของตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

4.1.2 สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

4.1.1 บริบททั่วไปของตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

บริบทพื้นที่ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ของอำเภอสร้างคอม เป็นตำบลเมื่อ พ.ศ. 2518 อยู่ห่างจากอำเภอสร้างคอม 17 กิโลเมตร ห่างจากตัวจังหวัด 68 กิโลเมตร เนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 26,676 ไร่ ประมาณ 44.2 ตารางกิโลเมตร ถนนสายที่ผ่านคือ บ้านยวด – โคกก่อง – เพ็ญ – สร้างคอม ทรัพยากรธรรมชาติเป็นที่ราบลุ่ม มีป่าชุมชน 1 แห่ง แหล่งน้ำธรรมชาติ/ลำห้วย 5 สาย บึง หนอง 11 แห่ง หมู่บ้านในเขตการปกครองเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 6 หมู่บ้าน จากการสำรวจข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตร คิดเป็นร้อยละ 93 รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 3 ข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 1 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 3 หน่วยงานธุรกิจ ประกอบด้วย ปั้มน้ำมันขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง ปั้มหลอด 8 แห่ง โรงสีข้าว 5 แห่ง ร้านขายของชำ 21 ร้าน (กลุ่มงานบริการข้อมูลข่าวสาร เทศบาลตำบลบ้านยวด, 2559) สถานที่ราชการประกอบด้วย เทศบาลตำบลบ้านยวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด โรงเรียนบ้านยวด โรงเรียนยี่งวดพิทยานุกูล โรงเรียนบ้านนามัง โรงเรียนบ้านชาติ และศูนย์การศึกษาตามอัธยาศัยตำบลบ้านยวด วัดในตำบลบ้านยวดรวม 7 แห่ง

จากบริบทข้างต้น พบว่า ตำบลบ้านยวด มีแหล่งน้ำเพื่อใช้ในการประกอบอาชีพและเป็นแหล่งทำกินของประชาชน จำนวน 11 แหล่ง โดยมีลำห้วยใหญ่เป็นแหล่งน้ำที่ไหลผ่านทุกหมู่บ้าน และหนองดงยวด ซึ่งเป็นแหล่งน้ำขนาดใหญ่อยู่ใกล้กับบ้านยวด หมู่ที่ 1 ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุด จากการสัมภาษณ์ พบว่า ประชาชนที่มาหาปลาเพื่อนำไปจำหน่ายหรือประกอบอาหาร บางคนยังมีพฤติกรรมที่ชอบกินปลาดิบ โดยเฉพาะลาบปลาดิบ อาจเป็นไปได้ว่าจะทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ



ภาพประกอบ 7 แผนภาพแสดงพื้นที่ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี
 ที่มา : ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด (2561)

ข้อมูลด้านสังคม

ตำบลบ้านยวด มีจำนวนหมู่บ้านในเขตการปกครองเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 6 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือน 956 หลังคาเรือน ประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน 3,185 คน จำแนกเป็นเพศชาย 1,596 คน เพศหญิง 1,589 คน ซึ่งจำแนกประชากรตามช่วงอายุได้ ดังนี้

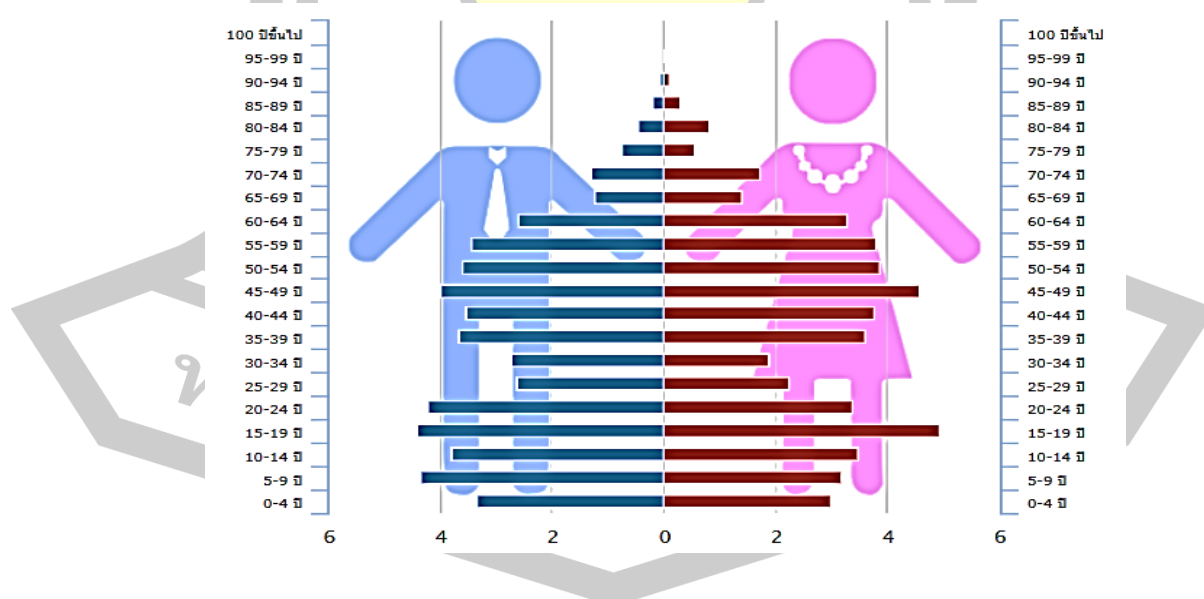
ตาราง 3 ประชากรในพื้นที่ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ช่วงอายุ	เพศชาย (คน)		เพศหญิง (คน)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-4 ปี	95	5.95	86	5.41	181	5.68
5-9 ปี	139	8.71	103	6.65	242	7.60
10-14 ปี	120	7.52	110	6.92	230	7.22
15-19 ปี	141	8.83	158	9.94	299	9.39
20-24 ปี	135	8.46	111	6.99	246	7.72
25-29 ปี	84	5.26	74	4.66	158	4.96
30-34 ปี	88	5.51	61	3.84	149	4.68
35-39 ปี	117	7.33	114	7.17	231	7.25
40-44 ปี	113	7.08	121	7.61	234	7.35
45-49 ปี	128	8.02	146	9.19	274	8.60
60-64 ปี	83	5.20	105	6.61	188	5.90

ตาราง 3 ประชากรในพื้นที่ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

ช่วงอายุ	เพศชาย (คน)		เพศหญิง (คน)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
65-69 ปี	39	2.44	45	2.83	84	2.64
70-74 ปี	42	2.63	55	3.46	97	3.05
80-84 ปี	15	0.94	26	1.64	41	1.29
85-89 ปี	6	0.38	9	0.57	15	0.47
90-94 ปี	2	0.13	3	0.19	5	0.16
95-99 ปี	0	0.00	1	0.06	1	0.03
100 ปีขึ้นไป	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	1,596	100.00	1,589	100.00	3,185	100.00

จากตาราง 5 ข้อมูลประชากรจำแนกช่วงอายุ พบว่า เพศชายส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 8.88 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 8.46 เพศหญิงส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 9.94 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 45-49 ปี ร้อยละ 9.19 ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอ ข้อมูลปีระมิตประชากร ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ปีระมิตประชากรตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด (2561)

ข้อมูลด้านสาธารณสุข

ตำบลบ้านยวด มีสถานบริการด้านสุขภาพจำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลสร้างคอม 17 กิโลเมตร อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน มีคลินิกการพยาบาล 3 แห่ง

4.1.2 สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

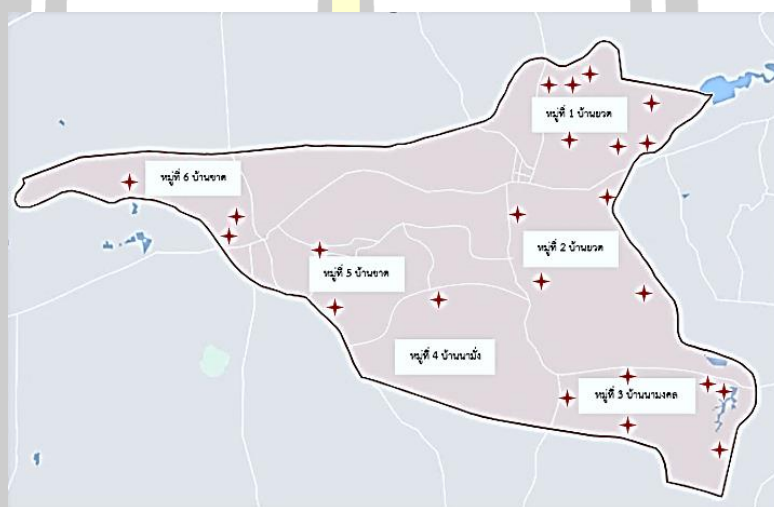
จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ ใน พ.ศ. 2555-2559 จำนวน 1, 2, 5, 3, และ 2 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ใน พ.ศ. 2556 จำนวน 1 คน ใน พ.ศ. 2557 จำนวน 1 คน และใน พ.ศ. 2558 ได้จัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีกิจกรรมได้แก่ ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato's Thick Smear ซึ่งผลการตรวจพบว่า จากประชากรกลุ่มอายุ 40-60 ปี ทั้งหมด 700 คน ได้รับการตรวจเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 553 คน คิดเป็นร้อยละ 79.00 ผลการตรวจพบว่า มีประชาชนที่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 4.16 แสดงดังตาราง 7

ตาราง 4 ผลการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40-60 ปี พ.ศ. 2558

หมู่บ้าน	จำนวน (คน)	พบไข่พยาธิใบไม้ตับ (คน)	ร้อยละ
หมู่ที่ 1 บ้านยวด	87	7	8.04
หมู่ที่ 2 บ้านยวด	86	4	4.65
หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล	85	6	7.06
หมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง	80	1	1.25
หมู่ที่ 5 บ้านชาติ	102	2	1.96
หมู่ที่ 6 บ้านชาติ	113	3	2.65
รวม	553	23	4.16

ที่มา : กลุ่มงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด (2558)

จากตาราง 4 พบว่า ประชาชนอายุ 40-60 ปี ที่ได้รับการตรวจไข่พยาธิใบไม้ตับ เมื่อ พ.ศ. 2558 จำแนกรายหมู่บ้านได้ดังนี้ หมู่ที่ 1 บ้านยวด ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 7 คน ร้อยละ 8.04 หมู่ที่ 2 บ้านยวด ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.65 หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 6 คน ร้อยละ 7.06 หมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.25 หมู่ที่ 5 บ้านชาติ ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.96 หมู่ที่ 6 บ้านชาติ ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.65 ซึ่งลักษณะการกระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลบ้านยวด แสดงดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 การกระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี
ที่มา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด (2558)

จากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เมื่อ พ.ศ. 2558 ตำบลบ้านยวด ได้มีการตรวจจู่จาะเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40-60 ปี ผลการดำเนินงาน พบว่า มีประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในจู่จาะ จำนวน 23 คน หลังจากตรวจพบได้มีการจ่ายยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และมีการคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening) จากข้อมูลการประชามในชุมชน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ มีความเชื่อที่ผิดๆ ในการปรุงอาหารประเภทปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น การปรุงอาหารด้วยรสเปรี้ยวจะช่วยฆ่าพยาธิได้ การต้มสุรสามารถฆ่าพยาธิได้ และการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังจากนั้นเป็นต้นมา ไม่ได้มีการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมในพื้นที่ตำบลบ้านยวด ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดกรอบ ระยะเวลาในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบไปด้วย กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 75 คน และดำเนินการภายใต้กระบวนการของธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งการระบุกิจกรรม ขั้นตอน ระยะเวลา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

4.2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

4.2.1.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเวทีประชาคม เพื่อศึกษาและวิเคราะห์บริบทพื้นที่สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ และดำเนินการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้กับกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 75 คน ประกอบไปด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่

1) ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, กลุ่มสตรีแม่บ้าน, พระภิกษุ, ประชาชนชาวบ้าน, กลุ่มสภาเด็กตำบลบ้านยวด

2) ภาควิชาการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล, ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา, ครูประจำศูนย์การศึกษาจากระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบลบ้านยวด

3) ภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนันตำบลบ้านยวด, ผู้ใหญ่บ้าน, นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด, ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด และสมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด

การจัดเวทีประชาคม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่ทำให้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ดับ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 75 คน ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ดับ ในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล จากนั้นร่วมระดมความคิดเห็น เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับในชุมชนตำบลบ้านยวด แสดงดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 การจัดเวทีประชาคมเพื่อวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ดับ

ผลจากการจัดเวทีประชาคม พบว่า การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ดับ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับในชุมชนตำบลบ้านยวด สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1) ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม พบว่า ในพื้นที่ตำบลบ้านยวดมีแหล่งน้ำสาธารณะเพื่อใช้เป็นแหล่งทำกิน จำนวน 11 แห่ง และในแหล่งน้ำมีปลาที่หลากหลาย โดยเฉพาะปลาเกล็ดขาว เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาสุตร เป็นต้น ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สามารถใช้แหล่งน้ำเหล่านี้ได้โดยอิสระ ประกอบกับยังไม่มีผู้มาดูแลแหล่งน้ำอย่างชัดเจน ไม่มีมาตรการในการดูแลแหล่งน้ำ ไม่มีป้ายแจ้งเตือนหรือห้ามกระทำการใดๆโดยมิชอบ บริเวณรอบๆแหล่งน้ำเป็นพื้นที่

โล่งกว้างสลัดกับป่าไม้ ไม่มีสิ่งแวดล้อม สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงสามารถเข้าไปในบริเวณแหล่งน้ำได้ และมีการถ่ายอุจจาระบริเวณแหล่งน้ำ

ผลจากการวิเคราะห์ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม พบว่า แหล่งน้ำในตำบลบ้านยวด เป็นแหล่งน้ำสาธารณะทุกแห่ง ประชาชนทั้งในตำบลบ้านยวดและตำบลข้างเคียง สามารถเข้ามาใช้แหล่งน้ำทุกแห่งได้อย่างอิสระ ซึ่งไม่มีผู้ดูแลแหล่งน้ำ และไม่มีมาตรการในการดูแลแหล่งน้ำ จึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลแหล่งน้ำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้

- 1.1) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โรคพยาธิใบไม้ตับ
- 1.2) ห้ามไม่ให้สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณแหล่งน้ำ โดยการจัดบริเวณแนวรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยงเข้าใกล้บริเวณแหล่งน้ำ
- 1.3) กำหนดมาตรการหรือข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ การดูแลสัตว์เลี้ยงของตนไม่ให้เข้ามาขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ ไม่นำอุจจาระมาทิ้งหรือปล่อยลงใกล้บริเวณแหล่งน้ำ และห้ามให้รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลมาทิ้งสิ่งปฏิกูลใกล้แหล่งน้ำ ไร่ ทุ่งนา เป็นต้น
- 1.4) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการหมู่บ้านทุกฝ่าย รับผิดชอบในการสอดส่องดูแลแหล่งน้ำ
- 1.5) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำสิ่งแวดล้อม

2) ด้านพฤติกรรมที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรม

การบริโภคปลาดิบ ซึ่งหลังจากหาลาได้แล้วจึงนำมาประกอบอาหารรับประทานในทันทีและอาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารประเภทก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ เป็นต้น ได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมกรกินอาหารดิบจากพ่อแม่ พฤติกรรมการอยากรู้อยากลองในรสชาติอาหารดิบ นำไปเป็นกับแกล้ม เมื่อดื่มสุราจะมีรสหวาน การขับถ่ายไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งขับถ่ายบริเวณใกล้กับแหล่งน้ำหรือบางคนขับถ่ายลงในน้ำโดยตรง ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จึงเลือกที่จะปฏิบัติตนตามความเคยชินรวมไปถึงการซื้อยาถ่ายพยาธิมารับประทานเอง

ผลจากการวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ หรือขับถ่ายลงในน้ำ

โดยตรง การซื้อขายถ่ายพยาธิกินเอง สลับกับการบริโภคปลาดิบ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ดังนั้น จึงได้มีการร่วมกำหนดแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ดังนี้

- 2.1) การคัดกรองตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ในประชาชน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.2) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของโรคซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ การรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน
- 2.3) สร้างความตระหนักโดยให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

3) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนยังมีความเชื่อในการบริโภคอาหารแบบผิดๆซึ่งมีการสืบทอดกันมา บางคนเชื่อว่าการบริโภคอาหารดิบ คือ ยายอายุวัฒนะ การบริโภคปลาดิบทำให้เจริญอาหาร ปลาดิบไม่ว่าจะกินสุกหรือดิบต่างก็ย่อยง่าย การใช้เครื่องปรุงที่มีรสเปรี้ยวสามารถฆ่าเชื้อโรคต่างๆได้ การนำมดแดงมาปรุงอาหารสามารถฆ่าพยาธิได้ กินดิบร่วมกับสุราสามารถฆ่าเชื้อโรคได้และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ กินดิบแล้วกินยาถ่ายพยาธิจะช่วยไม่ให้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อเหล่านี้จึงควรได้รับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อจะได้มาปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน

ผลจากการวิเคราะห์ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนมีความเชื่อในการบริโภคอาหาร ซึ่งเกิดจากการปลูกฝังที่สืบทอดกันมา และยังขาดความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงเลือกบริโภคอาหารตามความเคยชิน โดยเฉพาะอาหารที่ปรุงดิบ ปลาดิบ หรือปรุงสุกๆ ดิบๆ ดังนั้น จึงได้มีการร่วมกำหนดแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ และปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ดังนี้

- 3.1) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) อย่างต่อเนื่อง
- 3.2) การประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน
- 3.3) สร้างบุคคลต้นแบบ หรือครอบครัวต้นแบบ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค

3.4) ให้สุขศึกษาในโรงเรียน เพื่อปลูกฝังให้เด็กวัยเรียน ได้รู้จักวิธีการปฏิบัติ
ตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4.2.1.2 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 วันที่ 3 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 52 คน ผู้วิจัยได้จัดประชุมเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ร่วมกันกำหนดปัญหาการวางแผนประชุม วางรูปแบบการดำเนินงาน และร่วมกำหนดเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน จนสามารถพัฒนาไปเป็นมติ กฎกติกาการปฏิบัติร่วมกัน กระบวนการนี้มีความเหมาะสมสำหรับการสร้างความเห็นร่วมกัน จนนำไปสู่ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการจากการทบทวนบริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในที่ประชุมได้ลงความเห็นร่วมกันว่า โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ จึงควรมีการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อประชาชนจะได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิดๆ และให้ประชาชนได้ตระหนักถึงภัยสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนเป็นไปตามความต้องการของชุมชน จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ แสดงดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 สร้างความเข้าใจในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล

“ถ้าพูดถึงโรคพยาธิใบไม้ตับ นี่ก็เข้าข่ายกับพฤติกรรมคนบ้านเราเลยครับ เพราะบางคนก็ยังคิดง่ายๆ กินดิบแล้วค่อยไปกินยาถ่ายก็ได้”

(ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนที่ 1, 2561 : การสนทนากลุ่ม)

“ในตำบลเราถ้ามีการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ก็น่าจะลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับลงได้”

(ผู้แทนสถานศึกษา คนที่ 1, 2561: การสนทนากลุ่ม)

“ถ้าจะแก้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับ ก็ต้องมีคณะกรรมการดำเนินงาน เพราะจะได้ติดต่อประสานงานกันได้ถูก เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และอีกอย่างอาจจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกๆภาคส่วน ลำพังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ก็คงจะทำได้ไม่ทั่วถึง”

(สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด คนที่ 1, 2561 : การสนทนากลุ่ม)

“ในการดำเนินงานเราต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างชัดเจน เพราะคณะกรรมการจะได้รับบทบาทตนเอง และปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ”

(ผู้แทนสถานศึกษา คนที่ 1, 2561: การสนทนากลุ่ม)

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 วันที่ 3 พฤษภาคม 2561 พบว่า จากการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ประชุมมีมติร่วมกันที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้มีข้อตกลงในการขับเคลื่อนพัฒนาสุขภาพภายใต้ธรรมนูญสุขภาพตำบล จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 75 คน พร้อมกำหนดบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงาน โดยเน้นประเด็นการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและจะดำเนินการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนในตำบลบ้านยวดครั้งต่อไป และผลจากการทบทวนสภาพปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนตำบลบ้านยวด จึงได้มีการร่วมกันกำหนดภาพฝันสุขภาพในอนาคต ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสรุปประเด็นได้ดังนี้

- 1) อยากให้ประชาชนตำบลบ้านยวด มีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
- 2) มีคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
- 4) มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว และการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง
- 5) มีกลุ่มหรือแกนนำ ในการแจ้งข่าวสาร ให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

- 6) เกิดครอบครัวต้นแบบ หรือ บุคคลต้นแบบ ในด้านการไม่กินปลาดิบ เพื่อเป็นการสร้างกระแสให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น
- 7) ตรวจจูงจาะเพื่อหาไขพยาธิใบไม้ตับทุกปี

4.2.1.3 การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 วันที่ 11 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลบ้านยวด ผู้เข้าร่วมประชุม คือ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ จำนวน 75 คน ประเด็นที่ต้องปรึกษากับคณะกรรมการ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ แผนงาน/โครงการ ที่จะดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี แสดงดังภาพประกอบ 13



ภาพประกอบ 13 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 2

“ผมคิดว่าประชาชนบางส่วนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่แล้วแหละ เพียงแต่ว่าเขายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ”

(ผู้แทนนายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด, 2561 : การสนทนากลุ่ม)

“การประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ คงต้องมีการประชาสัมพันธ์หรือว่าต้องเผยแพร่ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทางที่ดีเริ่มต้นจากการประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวก็ดีครับ ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ทุกวันๆเลย”

(กำนันตำบลบ้านยวด, 2561 : การสนทนากลุ่ม)

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ในวันที่ 11 พฤษภาคม 2561 พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีความเห็นตรงกันว่า ควรจะมี แผนงาน/โครงการ ในการทำงาน เพื่อจะได้เป็นกิจกรรมให้ประชาชนได้มีส่วน

ร่วมมากขึ้น ซึ่งจะกำหนดจัดทำ แผนงาน/โครงการ ในครั้งต่อไป ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการขับเคลื่อน การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ การใช้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี” เป็นการลงนาม ระหว่าง นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข และหัวหน้าครอบครัว และกิจกรรมนี้ควรจะเป็นกิจกรรมที่ต้อง ดำเนินงานในแผนปฏิบัติการ ซึ่งจุดมุ่งหมายของการดำเนินกิจกรรมควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับ เพื่อณรงค์ และประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงดิบ หรือปรุงสุกๆ ดิบๆ โดยคณะกรรมการได้ร่วมกัน กำหนดเกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จของกิจกรรมนี้ คือ ประชาชนต้องเข้าร่วมเป็น “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี” ร้อยละ 60 ขึ้นไป และได้กำหนดมาตรการที่จะเข้าร่วม กิจกรรม ดังนี้

- 1) กินอาหารจากปลาที่ทำให้สุกด้วยความร้อนทุกครั้ง
- 2) ถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง และมีส้วมใช้ 100 เปอร์เซ็นต์
- 3) ล้างมือให้สะอาด ก่อนกินอาหาร ก่อนปรุงอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ
- 4) เมื่อมีประวัติเคยกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆดิบๆต้องได้รับการตรวจหาไข่ พยาธิใบไม้ตับ
- 5) ปฏิบัติตามคำแนะนำ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 6) ร้านค้า ไม่ขาย ไม่ปรุงอาหารที่สุกๆดิบๆ เมินสู่มตำเนินปลาร้าต้มสุก
- 7) รถดูดส้วมกำจัดให้ถูกต้อง ไม่ให้รถดูดส้วมไปเทอุจจาระในพื้นที่ ไร่ นา สวน และพื้นที่สาธารณะ
- 8) แม่น้ำ ช่วยกันดูแลแหล่งน้ำ ไม่ขับถ่ายลงในแหล่งน้ำ

4.2.1.4 การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2561 ผู้ร่วมกิจกรรมมีจำนวนทั้งสิ้น 48 คน ซึ่งการจัดทำแผนปฏิบัติการในครั้งนี้ จัดทำขึ้นเพื่อร่วมกัน กำหนดกรอบและแนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้าน ยวด รวมถึงการสร้างความเห็นร่วมกัน จนนำไปสู่ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ เพื่อสร้างสภาวะสุขภาพที่ดี ขึ้นในอนาคต และได้แผนงานในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการบันทึก ในแบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ สามารถนำผลที่ได้มาสรุป เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนจึงได้มี แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ภายใต้กระบวนการ
 ธรรมนูญสุขภาพ แสดงดังภาพประกอบ 14



ภาพประกอบ 14 การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ผลจากการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) พบว่า คณะกรรมการมีความเห็นที่จะจัดทำ แผนงาน/โครงการ เพื่อใช้ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม ทั้งสิ้น 1 โครงการ 5 กิจกรรม ดังนี้ โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมประกอบด้วย อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ, การติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภค ของประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ, การรณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน, การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว และ คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวิตปลอดพยาธิใบไม้ตับ” และมีการดำเนินงานภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ในการสร้างสุขภาวะของชุมชน การแก้ปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับชุมชน และตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง นำไปสู่กระบวนการ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล

4.2.2 ขั้นตอนปฏิบัติตามแผน (Action)

4.2.2.1 การยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 51 คน ซึ่งภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน และได้รับทราบถึงความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ได้มีการร่วมกันวางแผน กำหนดเป้าหมายดำเนินงาน โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด จึงได้มีจัดทำธรรมนูญสุขภาพ และยกย่องเป็นธรรมนูญสุขภาพตำบลขึ้น แสดงดังภาพประกอบ 15



ภาพประกอบ 15 จัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล และยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล

ผลจากการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล และยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล มุ่งหวังที่จะพัฒนาสุขภาวะของประชาชน ให้ อยู่ดีมีสุข พร้อมทั้งขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์และผลักดันประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชน ให้ เป็นนโยบายสาธารณะ ที่ได้มติของการดำเนินงานโดยประชาชน ของประชาชน เพื่อประชาชน ถือ เป็นการกำหนดกรอบให้เทศบาลตำบลบ้านยวด และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบแนวทางการกำหนดแผนงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลบ้านยวด ดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 ธรรมนูญนี้ เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพของประชาชนตำบลบ้านยวด”

ข้อที่ 2 ธรรมนูญนี้ให้มีผลตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไปและได้กำหนดนิยามคำศัพท์ในธรรมนูญฉบับนี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของประชาชนตำบลบ้านยวดที่สมบูรณ์ทั้ง ทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“สถานบริการของรัฐ” หมายความว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

“หน่วยงานนอกพื้นที่” หมายความว่า หน่วยงานราชการอื่นๆที่ตั้งอยู่ ภายนอกพื้นที่ตำบลบ้านยวดและเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆในตำบลบ้านยวด

“องค์กร กลุ่มชุมชน” หมายความว่า องค์กรหรือกลุ่มของประชาชนที่รวมตัว กันโดยมีการจัดตั้งจากหน่วยงานของรัฐ หรือตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องหรือก่อตั้งเองภายในพื้นที่ และเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป โดยมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและสาธารณะ

“คุณธรรม” หมายความว่า การกระทำที่วิญญูชนพึงสำนึกในจิตใจของตนใน เรื่องความจริงความดีความงามและใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต

“จริยธรรม” หมายความว่า แนวทางแห่งความประพฤติที่ยึดหลักคุณธรรม

“มนุษยธรรม” หมายความว่า ธรรมของคน, ธรรมที่มนุษย์พึงมีต่อกันมีเมตตา กรุณาเป็นต้น

“เศรษฐกิจพอเพียง” หมายความว่า แนวทางปฏิบัติที่ยึดตามความพอเพียง มี เหตุผล มีระบบภูมิคุ้มกันตามสมควรตามวัฒนธรรมและภูมิปัญญาประกอบด้วยความซื่อสัตย์ มีสติ และปัญญาตั้งแต่ระดับประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาคประชาชนจนถึงหน่วยงานภาครัฐ ประกอบอย่างสมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆจากโลกภายนอก

“การมีส่วนร่วม” หมายความว่า ทุกคนมีการร่วมคิดร่วมทำ และร่วม รับผิดชอบ ร่วมติดตามประเมินผลในกิจกรรมต่างๆที่ดำเนินการในชุมชน

“วัฒนธรรม” หมายความว่า วิถีชีวิตของประชาชนตำบลบ้านยวดที่ดำเนิน ร่วมกันทั้งความรู้สึกนึกคิด ความเป็นอยู่ การทำมาหากินโดยสอดคล้องกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและ บริบทของคนในตำบล

“ประเพณี” หมายความว่า กิจกรรมทางวัฒนธรรมที่ดำเนินและปฏิบัติอยู่ เป็นประจำ

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและ สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกายจิตปัญญาและสังคมโดยสนับสนุนยุทธศาสตร์ แผนงานการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลครอบครัวชุมชน และสังคม

“นโยบายสาธารณะ” หมายความว่า ทิศทางหรือแนวทางที่ประชาชนตำบล บ้านยวดโดยรวมเห็นหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้นรวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐด้วย

“การป้องกันโรค” หมายความว่า การกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคแล้วสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการ เจ็บป่วย การป้องกันโรคในระยะเวลาที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว และการป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ เมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว

“การควบคุมโรค” หมายความว่า การควบคุมโรคระบาดโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อโรคติดต่ออันตรายต่างๆรวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่างๆในสิ่งแวดล้อมและ อาหารและโรคอื่นๆที่สามารถลดความสูญเสียสุขภาพชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่ เนิ่นๆ

“การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” หมายความว่า การ จัดการกับปัจจัยต่างๆที่มีผลเสียต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพชีวภาพเชื้อโรค

สารเคมีภัยธรรมชาติรวมทั้งระบบต่างๆในสังคมเพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพรวมทั้งการสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีด้วย

“พาหะนำโรค” หมายความว่า ตัวการที่นำโรคมາติดต่อผู้อื่น

“การบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการต่างๆอันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพการตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน

“ผู้ด้อยโอกาส” หมายความว่า ประชาชนที่เป็นพี่น้องของพวกเราแต่อยู่ในสถานะที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิตทั้งฐานะ ที่อยู่อาศัย ความรู้และสุขภาพ

“ภาคีเครือข่าย” หมายความว่า หน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรกลุ่มชุมชนที่ร่วมกันดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของคนในตำบลบ้านยวด

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

“อสม.” หมายความว่า อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีบทบาทในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“จิตอาสา” หมายความว่า ผู้ที่มีจิตใจนิยมช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่คิดหวังสิ่งใดตอบแทน

“ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” หมายความว่า องค์ความรู้ความคิดความเชื่อและความชำนาญในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสมถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาในท้องถิ่น ซึ่งรวมถึงการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่ประชาชนและชุมชนใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกับท้องถิ่นนั้นๆ ด้วย

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ หรือตำราการแพทย์แบบไทยที่ได้สั่งสมถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่รับรอง โดยกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้ให้ครอบคลุมการใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์บางอย่างประกอบการวินิจฉัย และการบำบัดโรคตามที่กฎหมายกำหนด

“การแพทย์พื้นบ้าน” หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ที่ได้สั่งสมถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมจารีตประเพณี และทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนท้องถิ่นนั้น

“หมอพื้นบ้าน” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนเพื่อให้ซื้อสินค้า หรือรับบริการจากผู้จัดให้มีสินค้า หรือบริการหรือข้อมูลข่าวสาร อันนำไปสู่การบริโภค และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการโดยชอบแม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

“การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ” หมายความว่า การสร้างความรู้จากการปฏิบัติการจัดการความรู้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสั่งสมความรู้ และประสบการณ์การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์ความรู้ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบสุขภาพ

“การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ” หมายความว่า การนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่หน่วยงานของรัฐและภาคส่วนต่างๆ จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่และสื่อสารกับประชาชน ด้วยรูปแบบและช่องทางต่างๆ

“สมัชชาสุขภาพ” หมายความว่า การจัดให้มีเวทีพูดคุยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินการแก้ไขประเด็นปัญหาสุขภาพ

“การฝ่าฝืน” หมายความว่า การกระทำที่ขัดกับข้อบังคับ ข้อตกลงที่กำหนด และทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้อื่น หรือต่อสังคมส่วนรวม

“มาตรการทางสังคม” หมายความว่า ข้อตกลงใดๆ ที่เกิดขึ้นจากชุมชนส่วนรวม เพื่อให้เป็นผลบังคับให้เป็นไปตามข้อตกลงนั้น

ข้อ 3 ธรรมนูญนี้มีผลให้ใช้กับประชาชน องค์กรภาคประชาชนและหน่วยงานภาครัฐภายในเขตพื้นที่ตำบลบ้านยวดและบุคคล หน่วยงาน องค์กร กลุ่มชุมชน อื่นๆ ที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมภายในพื้นที่ตำบลบ้านยวด

หมวดที่ 1 กล่าวถึงแนวคิดหลักของระบบสุขภาพตำบลบ้านยวด

ข้อ 4 สุขภาพเป็นของประชาชนตำบลบ้านยวด ที่จะต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม ประชาชนตำบลบ้านยวดต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และป้องกันสภาพแวดล้อมในตำบลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอันจะนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนตลอดไป

หมวดที่ 2 คุณลักษณะด้านสุขภาพตำบลบ้านยวด

ข้อ 5 ประชาชนตำบลบ้านยวดจะต้องดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรม ประเพณีอันดีงาม ส่งเสริมการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันส่งเสริมการพึ่งตนเอง ปฏิบัติตนตามกฎหมายบ้าน มีความรับผิดชอบหน้าที่ ยึดถือและปฏิบัติตามธรรมนูญสุขภาพประชาชนตำบลบ้านยวดฉบับ พ.ศ. 2561 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 6 ส่งเสริมและพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้มีความพร้อมต่อการบริการสุขภาพเบื้องต้น

ข้อ 7 มีสถานที่สำหรับทำกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน และ ในหมู่บ้าน มีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์อย่างสม่ำเสมอ

ข้อ 8 ส่งเสริม สนับสนุนให้ตำบลบ้านยวดทุกหมู่บ้านปฏิบัติเป็นหมู่บ้านรักษาศีล 5 ในวันพระ ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ทำงานที่ส่งเสียงรบกวนในหมู่บ้านและไม่ดื่มสุราในวันพระ

ข้อ 9 มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ มีการปรับร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลบ้านยวด จากการทำประชาคมหมู่บ้านปีละ 1 ครั้ง

หมวดที่ 3 การควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ข้อ 10 การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยประกาศใช้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี”

มาตรการที่ 1 กินอาหารจากปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดที่ทำให้สุกด้วยความร้อนทุกครั้ง

มาตรการที่ 2 ถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง และมีส้วมใช้ 100 เปอร์เซ็นต์

มาตรการที่ 3 ล้างมือให้สะอาดกินรับประทานอาหาร ก่อนปรุงอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ

มาตรการที่ 4 เมื่อมีประวัติเคยกินปลาน้ำจืดดิบ หรือปรุงสุกๆดิบๆ ต้องได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

มาตรการที่ 5 ปฏิบัติตามคำแนะนำพร้อมทั้งให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

มาตรการที่ 6 ร้านค้า ไม่ขาย ไม่ปรุงอาหารที่สุกๆดิบๆ เมนูส้มตำเน้นปลา ร้าสุก

มาตรการที่ 7 รถดูดส้วม กำจัดให้ถูกต้องไม่ให้รถดูดส้วมไปเทอุจจาระในพื้นที่ไร่ นา สวน และพื้นที่สาธารณะ

มาตรการที่ 8 ช่วยกันดูแลรักษาแหล่งน้ำ และไม่ขับถ่ายลงในน้ำ

ข้อ 11 การควบคุมป้องกันโรคจากสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค โดยให้ทุกครัวเรือนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน กวาดถนนหน้าบ้านให้สะอาด ขัดล้างภาชนะที่มีน้ำขัง ปล่อยปลากินลูกน้ำทุกวันพระ ให้ อสม.ประจำคุ้มเพาะพันธุ์ปลากินลูกน้ำสำหรับแจกจ่ายทุกครัวเรือน

มาตรการที่ 9 หากมีการสู่มสำรวจพบลูกน้ำยุงลายในหลังคาเรือนใด ให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศรายชื่อผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และหากสำรวจพบมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปจะต้องเสียค่าปรับครั้ง

ละ 20 บาท อสม.และผู้นำหมู่บ้านครั้งละ 50 บาท

ข้อ 12 สร้างมาตรการทางสังคมในหมู่บ้าน ห้ามใช้ความรุนแรงในครอบครัว ห้ามยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ห้ามทะเลาะวิวาทในงานบุญ ห้ามดื่มหรือซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัด หรือสถานที่ราชการที่กฎหมายกำหนด

มาตรการที่ 10 ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีซื้อขายหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากฝ่าฝืนให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศรายชื่อผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน หรืออาจถูกดำเนินคดีจากทางเจ้าหน้าที่ตำรวจ

มาตรการที่ 11 ห้ามทะเลาะวิวาทในงานบุญ หากถูกจับได้ต้องจ่ายค่าปรับให้หมู่บ้านครั้งละ 2,000 บาท และชาวบ้านงดให้ความช่วยเหลือทุกกรณี เป็นเวลา 1 ปี หรือถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย

มาตรการที่ 12 ห้ามค้า หรือเสพยาบ้า กัญชา หรือสารเสพติดให้โทษที่กฎหมายควบคุมทุกชนิด หากฝ่าฝืน ชาวบ้านจะตัดสิทธิ์ในการได้รับความช่วยเหลือทุกประการหรือถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย

มาตรการที่ 13 ห้ามซื้อขายหรือดื่มสุราในวันพระ หรือวันสำคัญทางพุทธศาสนาที่ทางราชการกำหนด หากฝ่าฝืนให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศรายชื่อ ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน หากเป็นผู้นำหมู่บ้านหรือข้าราชการจะต้องเสียค่าปรับให้หมู่บ้านครั้งละ 1,000 บาท

ข้อ 13 การควบป้องกันอุบัติเหตุ ให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด โดยการสวมใส่หมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานพาหนะ

มาตรการที่ 14 เมมาแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัยและขับเร็วเกินกำหนด หากเกิดอุบัติเหตุในหมู่บ้านให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศรายชื่อผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน

หมวดที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อ 14 ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ เหมาะสมทุกกลุ่มวัย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2ส อย่างสม่ำเสมอ

มาตรการที่ 15 อสม.หรือประชาชนที่รอบแวกเกินมาตรฐาน (ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร) จะต้องได้รับการปรับ

พฤติกรรมสุขภาพ หากละเลยไม่ปฏิบัติให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศ
รายชื่อเสียงตามสาย

ข้อ 15 มีการตรวจสุขภาพเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1
ครั้ง

ข้อ 16 ทุกครัวเรือนปฏิบัติตามมาตรการไอโอดีนในหมู่บ้าน หญิงตั้งครรภ์ หลัง
คลอด และเด็กแรกเกิดจนถึงวัยเรียนจะต้องได้รับการบริโภคไอโอดีนตามสัดส่วนที่เหมาะสมตามวัย

มาตรการที่ 16 ให้ทุกครัวเรือนมีและใช้อาหารเสริมไอโอดีนหรือมีเกลือเสริม
ไอโอดีนในครัวเรือน หากสำรวจแล้วไม่พบให้ อสม.ประจำ
คຸ່ມนำเกลือไปจำหน่ายให้และผู้ใหญ่บ้านประกาศรายชื่อทาง
หอกระจายข่าว

ข้อ 17 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการนัดเพื่อสุขภาพ เดือน
ละ 1 ครั้ง (ในวันรับเบี้ยยังชีพ) เสริมสร้างกำลังใจที่ดีให้ผู้สูงอายุ ติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรด้าน
สาธารณสุข หรือจิตอาสาปีละ 2 ครั้ง

ข้อ 18 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือน ปลูกฝังการปฏิบัติ
ตามสุขบัญญัติ 10 ประการในเด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน วัยรุ่น หรือประชาชนตำบลบ้านยวดทุกกลุ่ม
วัย

ข้อ 19 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ปัญหา
วัยรุ่น สร้างบุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบและมอบเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติตามความเหมาะสม

ข้อ 20 สร้างระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมโดยบุคลากร
สาธารณสุขครอบคลุมทุกกลุ่มวัยทุกปัญหาสุขภาพ

หมวดที่ 5 การคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อ 21 จัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสำคัญที่มีประโยชน์และมีผลกระทบต่อ
ชุมชนอย่างรวดเร็วเป็นปัจจุบันผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน

ข้อ 22 จัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข อาสมัครสาธารณสุข อย.น้อยในโรงเรียนหรือ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่สุ่มตรวจผลิตภัณฑ์สินค้าหรืออาหารและรายงานผลเสียที่กระทบต่อ
ผู้บริโภคในชุมชน

มาตรการที่ 17 ให้ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านจำหน่ายอาหาร ร้านขายของ
ชำในพื้นที่ตำบลบ้านยวดปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับที่ทาง
ราชการกำหนด ห้ามขายยาชุด หรือยาอันตรายที่กฎหมาย
กำหนด หากฝ่าฝืนให้ประชาชนในตำบลบ้านยวดดงดซื้อหรือ
รับบริการจากร้านดังกล่าวตลอดไป

หมวดที่ 6 การสร้างและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์แผนไทย

ข้อ 23 ต้องมีการพัฒนาศักยภาพตามบทบาทหน้าที่อาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการทดสอบความรู้ประเมินศักยภาพ มีสุขภาพกายและจิตที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ข้อ 24 ส่งเสริมสนับสนุนให้มีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การนวดแผนไทย มีและใช้สมุนไพรไทยส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและปราชญ์ชาวบ้านจากผู้ที่มีความรู้และทักษะในชุมชนให้มีการยอมรับและใช้อย่างทั่วถึง

ข้อ 25 ส่งเสริมให้ประชาชนดำเนินชีวิตโดยยึดหลักปรัชญาความพอเพียง มีการจัดทำบัญชีครัวเรือน การออมทรัพย์การรวมกลุ่มกองทุน การจัดสวัสดิการในรูปแบบต่างๆทุกครัวเรือน

หมวดที่ 7 การบริหารจัดการติดตามและประเมินผล

ข้อ 26 มีการจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่องทุกปีครอบคลุมทุกด้านอย่างเป็นระบบกำหนดเกณฑ์การประเมินและติดตามผลแบบมีส่วนร่วม สรุปผลการดำเนินงานและนำเสนอในรอบปีเพื่อการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 8 การสร้างความรู้เผยแพร่ความรู้และบริการข้อมูล

ข้อ 27 มีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้มีการถ่ายทอดทักษะชีวิตและความรู้ในวิชาชีพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนให้กับเด็กเยาวชนและผู้สนใจอย่างสม่ำเสมอจนเกิดทักษะชีวิต

ข้อ 28 ให้เทศบาลตำบลบ้านยวดสนับสนุนให้มีศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพในระดับตำบลเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรด้านสุขภาพเมืองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ยั่งยืน

หมวดที่ 9 การเงินและงบประมาณ

ข้อ 29 ให้เทศบาลส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลบ้านยวดและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาให้เป็นหมู่บ้านและตำบลจัดการสุขภาพที่ยั่งยืนตามสัดส่วนที่เหมาะสม

หมวดที่ 10 การแก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ 30 เทศบาลตำบลบ้านยวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ภาคประชาชน กลุ่มชุมชนต้องร่วมกันจัดให้มีการประชุมสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ตำบลบ้านยวดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ระดมความคิดออกเป็นมติประชาคมเพื่อแก้ไขธรรมนูญฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้นไป

4.2.2.2 การจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ และรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ในประเด็นการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด ของคณะกรรมการทั้ง 3 ภาคส่วน ในระหว่างวันที่ 1-4 มิถุนายน 2561 เพื่อให้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และออกแบบกระบวนการ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งในวันที่ 1 มิถุนายน 2561 ดำเนินการในพื้นที่ บ้านยวด หมู่ที่ 1 และ บ้านยวด หมู่ที่ 2 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 83 คน วันที่ 2 มิถุนายน 2561 ดำเนินการในพื้นที่ บ้านนามงคล หมู่ที่ 3 และ บ้านนามั่ง หมู่ที่ 4 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 94 คน และในวันที่ 4 มิถุนายน 2561 ดำเนินการในพื้นที่ บ้านชาด หมู่ที่ 5 และบ้านชาด หมู่ที่ 6 จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม 108 คน แสดงดังภาพประกอบ 16

“ธรรมนูญสุขภาพตำบล นี้ถือว่าเป็นกฎหรือมาตรการทางสังคมที่ต้องตกลง และร่วมมือกันปฏิบัติ”

(ผู้นำชุมชน คนที่ 1: การสนทนากลุ่ม)

“ถ้าคณะกรรมการมีความเข้มแข็ง และมีความตั้งใจในการดำเนินงาน ค่อยๆ เข้าหาชุมชน ผมว่ายังไงประชาชนก็เห็นด้วยกับการขับเคลื่อนครั้งนี้ครับ”

(ผู้อำนวยการโรงเรียน คนที่ 1: การสนทนากลุ่ม)



ภาพประกอบ 16 การจัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ และรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล

ผลจากการจัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ และรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า การจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลฉบับนี้ มีความสอดคล้องในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ครอบคลุมทุกด้าน และตอบสนองความต้องการของประชาชน อีกทั้งยังเป็นการดำเนินงานผลักดันนโยบายสาธารณะ ในประเด็นการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด มุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล และประชาชนตำบลบ้านยวด จึงลงความเห็นว่าธรรมนูญสุขภาพตำบลฉบับนี้ มีความเหมาะสมแล้วที่จะใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนสืบไป

4.2.2.3 การปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพ และจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล ในวันที่ 9 มิถุนายน 2561 ผู้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรม คือ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 65 คน ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลบ้านยวด โดยมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และสนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการพึ่งตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพและส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยการสร้างกลไกในสังคม ร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนให้สำเร็จลุล่วง แสดงดังภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 การปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล

ผลจากการปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพ และจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล มีความเห็นร่วมกันว่า ร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลที่ได้จัดทำขึ้นนั้น มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่แล้ว แต่อยากให้เน้นหนักในประเด็นยุทธศาสตร์ ด้านการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากการดูแลสุขภาพ ส่งเสริม

และสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแล้ว แต่การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมสำหรับพื้นที่ตำบลบ้านยวด จึงเห็นว่า ควรมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด ในครั้งต่อไป

4.2.2.4 ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ในวันที่ 14 มิถุนายน 2561 ณ เทศบาลตำบลบ้านยวด ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และประชาชนทั่วไป จำนวนทั้งสิ้น 76 คน กิจกรรมที่ดำเนินการ ภายหลังจากที่มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล ยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล ผ่านเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล และการพิจารณาปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลแล้ว คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ และประชาชนในชุมชน มีความเห็นร่วมกันแล้วว่า ธรรมนูญสุขภาพตำบลฉบับนี้ มีความครอบคลุมการพัฒนาสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ ทุกกลุ่มวัย และให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตำบลบ้านยวด เช่น มีการกำหนดมาตรการหรือแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน แสดงดังภาพประกอบ 18



ภาพประกอบ 18 การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล

ผลจากการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ และประชาชนในชุมชน เห็นด้วยกับการจัดทำธรรมนูญฉบับนี้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน สามารถพัฒนาสภาวะสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมทุกมิติ และตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมถึงการให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น มีแนวทางหรือมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบโรค ในทางที่ดีขึ้น ซึ่งมาตรการหรือแนวทางที่ได้กำหนดขึ้น มีดังนี้

1) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูล ที่ส่งผลต่อการเกิด
 วัจรโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) ห้ามไม่ให้สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณแหล่งน้ำ โดยการจัด
 บริเวณแนวรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยงไม่ให้เข้าไปใกล้บริเวณแหล่งน้ำ

3) กำหนดมาตรการหรือข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ การดูแลสัตว์เลี้ยง
 ของตนไม่ให้เข้ามาขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ ไม่นำอุจจาระมาทิ้งหรือปล่อยลงใกล้บริเวณแหล่งน้ำ
 และห้ามไม่ให้รดสุขสิ่งปฏิภูลมาทิ้งสิ่งปฏิภูลใกล้แหล่งน้ำ ไร่ ทุ่งนา เป็นต้น

4) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการหมู่บ้านทุกฝ่าย รับผิดชอบในการ
 สอดส่องดูแลแหล่งน้ำ

5) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำส้วม
 สาธารณะ

6) การคัดกรองตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ใน
 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

7) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของโรค
 ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ การรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุก
 ด้วยความร้อน

8) สร้างความตระหนักโดยให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
 ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

4.2.2.5 จากการประชุมทำแผนปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
 ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี โดยมีมติและความเห็นพ้องร่วมกันของผู้เข้าร่วม
 จัดทำแผนงาน/โครงการ ทั้งหมด 1 โครงการ 5 กิจกรรม หลังจากนั้นได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาสู่
 การปฏิบัติในชุมชน แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สิ่งที่ได้จากการปฏิบัติ ดังนี้

1) โครงการอบรมให้ความรู้แกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยง
 มะเร็งท่อน้ำดี เป็นโครงการที่จัดทำขึ้น เพื่อสร้างแกนนำในการช่วยขยายผลและประชาสัมพันธ์
 เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประชาชนเกิดความตระหนักในการใส่ใจสุขภาพ โดย
 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน
 หมู่บ้านละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน และได้ทำการจัดอบรมแกนนำตามโครงการเป็นเวลา 1 วัน

กิจกรรมที่ 1 ได้แก่ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ วัจรโรคพยาธิใบไม้ตับ
 การติดต่อสู่คน ลักษณะอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติคนที่ถูกต้อง
 การป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และการติดตามเฝ้าระวังผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

โรคพยาธิใบไม้ตับ จัดอบรมในวันที่ 18 มิถุนายน 2561 ณ ศาลาประชาคมตำบลบ้านยวด ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 30 คน โครงการอบรมให้ความรู้แก่นักอาสาสมัครพิทักษ์ใบไม้พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี จัดทำขึ้นเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้กับแกนนำ เพื่อจะนำความรู้ที่ได้ไปขยายผลในชุมชน และช่วยสอดส่องประชาชนในชุมชน ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตัวอย่างการซักถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีดังนี้

คำถามที่ 1 โรคพยาธิใบไม้ตับคืออะไร สรุประยะต้นได้ดังนี้

“โรคพยาธิใบตับ ก็คือโรคที่เกิดจากกินสุกๆดิบๆนี่แหละ”

(ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิคนที่ 1, 2561: สัมภาษณ์)

“มันก็เป็นพยาธิชนิดหนึ่งที่เข้าสู่ร่างกายคนเราแล้วมีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ได้”

(ผู้นำชุมชน คนที่ 1, 2561: สัมภาษณ์)

คำถามที่ 2 โรคพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุเกิดจากอะไร

“แหล่งน้ำในบ้านเราก็สำคัญ ไม่มีผู้ดูแลที่ชัดเจน เพราะไม่ใช่แค่คนในชุมชนเราที่ใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำสาธารณะ มีชุมชนใกล้เคียงที่เข้ามาทำกินในพื้นที่เราด้วย การควบคุมเลยยาก มันก็เป็นปัจจัยเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้”

(ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิ, 2561 : สัมภาษณ์)

“ยิ่งช่วงฤดูฝน หรือช่วงที่มีน้ำหลาก คนยิ่งมากันหลาย ทั้งคนในชุมชน ทั้งนอกชุมชนมากหน้าหลายตา ดูกันยากค่ะ เรื่องการจับถ่ายไม่เป็นที่ก็สำคัญค่ะ”

(ประธาน อสม, 2561 : สัมภาษณ์)

คำถามที่ 3 วิธีการใดที่จะทำให้ทราบว่าป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ

“บางคนก็จะมีอาการปวดแน่นๆท้อง ไม่สุขสบายท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง”

(อสม., 2561 : สัมภาษณ์)

“ถ้าพยาธิไม่เยอะ มันก็ไม่มีอาการแสดง คนนั้นก็เหมือนคนปกติทั่วไป”

(ผู้นำชุมชน คนที่ 2, 2561 : สัมภาษณ์)

“ถ้าจะทำให้เรารู้ว่ามีพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ มันก็ต้องได้ตรวจอุจจาระก่อน
ค่ะ”

(สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด, 2561 : สัมภาษณ์)

คำถามที่ 4 ถ้ามีคนในชุมชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น
ได้แก่

4.1 ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

“อยากช่วยเหลือเขา อยากพาเขาไปรับการรักษาที่ถูกต้องครับ”

(ผู้นำชุมชน, 2561 : สัมภาษณ์)

ที่ถูกต้องค่ะ”

“อยากให้เจ้าหน้าที่ออกมาให้คำแนะนำกับคนไข้ จะได้มีวิธีการปฏิบัติตน

(ประธาน อสม., 2561 : สัมภาษณ์)

“ยังไงเขาก็เป็นคนหนึ่ง เราต้องหาวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและ
เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมของเขา โดย อสม. นี้แหละค่ะ จะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือรับข่าวสารจาก
เจ้าหน้าที่มาบอกต่อประชาชน”

(อสม., 2561 : สัมภาษณ์)

4.2 ท่านจะช่วยเหลือเขาได้อย่างไรบ้าง

“ก็แนะนำเขาไปพบเจ้าหน้าที่ที่บ้านเราก่อน ไปปรึกษาว่าจะทำยังไงต่อไป”

(ผู้นำชุมชน คนที่ 2, 2561 : สัมภาษณ์)

“บอกเขาไปตรวจอุจจาระที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. เรานี้ ถ้าไม่มีรถไป
หรือไม่ติดธุระอะไรจะอาสาพาไปเอง ยังไงก็คนบ้านเดียวกัน อยากให้เขาหาย”

(อสม., 2561 : สัมภาษณ์)

“หลังจากได้ความรู้วันนี้ ก็จะไปแนะนำให้เลิกกินปลาดิบ อย่างซื้อยากินเอง
ปรึกษาหมอปวดภัยที่สุด”

(สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด, 2561 : จากการสัมภาษณ์)



ภาพประกอบ 19 โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี

ผลจากการจัดอบรม ตามโครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังจากดำเนินการพบว่า ตำบลบ้านยวมมีแกนนำในการเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 คน ที่ผ่านการอบรมและมีการช่วยสร้างกระแสปลูกจิตสำนึกให้ประชาชน ได้รู้จักโรคพยาธิใบไม้ตับและโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และจากการสุ่มถามตอบข้อคำถามเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แกนนำสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างถูกต้อง และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้

กิจกรรมที่ 2 ได้แก่ ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ที่ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับใน อูจจาระ จำนวน 23 คน กิจกรรมที่ดำเนินการ ออกติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับแกนนำที่ผ่านการอบรม ซึ่งจะเป็นการให้สุขศึกษารายบุคคล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) เพื่อประเมินเบื้องต้นถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ แสดงดังภาพประกอบ 20



ภาพประกอบ 20 การติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมประชาชนผู้ที่ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ

ผลการดำเนินกิจกรรมติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ที่ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับใน อูจจาระ จำนวน 23 คน พบว่า ทั้งหมดนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เช่น เลิกบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะอาหารประเภทปลาดิบ ไม่ซื้อยาถ่ายพยาธิรับประทานเอง เป็นต้น และ

กลุ่มนี้ยังสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังสามารถบอกต่อความรู้ และกระตุ้นเตือนบุคคลรอบข้างให้ ลด ละ เลิก กินปลาดิบได้อีกด้วย

กิจกรรมที่ 3 รมรงค์ให้ประชาชนลด ละ เลิก กินปลาดิบ แบบเคาะประตูบ้าน เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้น เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยลด ละ เลิกการบริโภคปลาดิบ หรือ ปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมไปถึงการประชาสัมพันธ์ในร้านค้าแผงลอย จำหน่ายอาหาร ส้มตำ ให้มีการนำปลาร้าที่ปรุงสุกเท่านั้นมาประกอบอาหารให้กับผู้บริโภค ซึ่งผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 30 คน ผู้นำชุมชนและประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน ซึ่งรูปแบบการประชาสัมพันธ์มีกิจกรรมคือ การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การแจกแผ่นพับ ใบปลิวถึงประตูบ้าน การให้สุขศึกษารายกลุ่มในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ แสดงดังภาพประกอบ 21



ภาพประกอบ 21 การรณรงค์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบเคาะประตูบ้าน

ผลการดำเนินกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบเคาะประตูบ้าน พบว่า ประชาชนมีการตื่นตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น และได้รับข่าวสารอย่างทั่วถึง ร้านค้าแผงลอย จำหน่ายอาหาร ส้มตำ ได้มีการนำปลาร้าสุกมาประกอบอาหารและวางจำหน่าย

กิจกรรมที่ 4 การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว โดยได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชน ทั้ง 6 หมู่บ้าน ในการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเป็นการให้ความรู้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักในการดูแลสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในทางที่ถูกต้อง แสดงดังภาพประกอบ 22



ภาพประกอบ 22 การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว

ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้นำชุมชนได้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว ทุกหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการสุมติดตามการดำเนินงานของผู้นำชุมชน หมู่ที่ 6 บ้านขาด ซึ่งได้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว ทุกวันพุธ ช่วงเวลาที่ดำเนินการแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงเช้า เวลา 06.00 น. และช่วงเย็น เวลา 18.00 น. ซึ่งเนื้อหาที่นำมาประชาสัมพันธ์ ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสืบค้นเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต จากการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจากประชาชน พบว่า ผู้นำได้มีการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับทุกสัปดาห์ ประชาชนมีความตื่นตัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ และสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวิตปลอดพยาธิใบไม้ตับ” เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้ประชาชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของชุมชนและในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ครอบครัว และชุมชน และเพื่อให้ได้รับข่าวสารอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่รอบนอกหมู่บ้าน ซึ่งผู้ร่วมกิจกรรมประกอบด้วย ผู้นำชุมชนและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านทั้ง 6 หมู่บ้าน รวม 18 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 94 คน รวมทั้งสิ้น 112 คน โดยดำเนินกิจกรรมทุกหมู่บ้าน รวม 6 หมู่บ้าน ดังภาพประกอบ 23

“การที่มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคในบ้านเรามันก็ดีหลายอย่าง ประชาชน พ่อแม่พี่น้องจะได้ใส่ใจสุขภาพตนเองมากขึ้น”

(ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิ, 2561: สัมภาษณ์)

“มีกิจกรรมแบบนี้แหละ คนถึงได้รับรู้ข่าวสารได้ทั่วถึง ประชาชนคนธรรมดา ก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ เพราะทุกทีก็มีแต่ผู้นำ กับ อสม. ที่มาเป็นตัวหลัก”

(ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิ, 2561: สัมภาษณ์)

“ได้ฟังความรู้พยาธิใบไม้ตับ ก็รู้สึกกลัวขึ้นมาทันที เพราะบางทีก็กินอาหาร
สุกๆดิบๆ หลังจากนั้นไปก็คงต้องเลิกกิน จะได้บอกคนในบ้านเลิกกินดิบตั้งแต่ตอนนี้ไป ก่อนโรคภัยจะ
ถามหา”

(ผู้แทนนายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด, 2561: สัมภาษณ์)

“อยากให้มีการประชาสัมพันธ์หรือณรงค์แบบต่อเนื่อง ผ่านหอกระจายข่าวก็
ดี เจ้าหน้าที่ออกมาให้ความรู้ก็ดี ประชาชนจะได้ตื่นตัวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ”

(ประธาน อสม., 2561 : สัมภาษณ์)



ภาพประกอบ 23 กิจกรรม คาราวาน “คนอีสาน” “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดพยาธิใบไม้ตับ”

ผลการดำเนินกิจกรรม คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดพยาธิใบไม้
ตับ” พบว่า ประชาชนได้รับข่าวสารอย่างทั่วถึงในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้มีการใส่ใจสุขภาพ
ตนเองมากยิ่งขึ้น ร้านค้าแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำหน่ายส้มตำ ให้ความสำคัญกับผู้บริโภคมากขึ้น
โดยหันมาใช้ปลาร้าดิบในการปรุงอาหารให้กับผู้บริโภค

4.2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

4.2.3.1 การนิเทศติดตาม

1) ออกติดตามหลังการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ที่พบในการดำเนินงาน ซึ่งจากการติดตามผลการดำเนินงาน เป็นดังนี้

1.1 การติดตามการดำเนินงาน ของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า คณะกรรมการมีการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามกิจกรรมที่ดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยใช้เครื่องมือบันทึกข้อตกลง “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” ในการดำเนินงานครั้ง เกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จ คือ ประชาชนสมัครเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 โดยครัวเรือนที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ต้องปฏิบัติตามมาตรการดังนี้

- 1.1.1 กินอาหารจากปลาที่ทำให้สุกด้วยความร้อนทุกครั้ง
- 1.1.2 ถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง และมีส้วมใช้ 100 เปอร์เซ็นต์
- 1.1.3 ล้างมือให้สะอาด ก่อนกินอาหาร ก่อนปรุงอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ
- 1.1.4 เมื่อมีประวัติเคยกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆดิบๆต้องได้รับการตรวจหา ไข่พยาธิใบไม้ตับ
- 1.1.5 ปฏิบัติตามคำแนะนำ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 1.1.6 ร้านค้า ไม่ขาย ไม่ปรุงอาหารที่สุกๆดิบๆ เมนูส้มตำเน้นปลาร้าต้มสุก
- 1.1.7 รถดูดส้วมกำจัดให้ถูกต้อง ไม่ให้รถดูดส้วมไปเทอุจจาระในพื้นที่ไร่นา สวน และพื้นที่สาธารณะ
- 1.1.8 แม่น้ำ ช่วยกันดูแลแหล่งน้ำ ไม่ขับถ่ายลงในแหล่งน้ำ

ผลการดำเนินงาน พบว่า ประชาชนในตำบลบ้านยวด ภายหลังจากได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเครือข่ายแกนนำ, การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว, การรณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน และคาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” ทำให้เกิดการตื่นตัว และตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ ถ้ายังไม่ลด ละ เลิก กินปลาดิบ ดังนั้น จึงได้มีการเข้าร่วมกิจกรรม “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยง

มะเร็งท่อน้ำดี” โดยการสมัครใจ จำนวนทั้งสิ้น 682 ครั้วเรือน คิดเป็นร้อยละ 73.18 ซึ่งผ่านเกณฑ์การดำเนินงานที่กำหนด และบรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงาน

1.2 การติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ที่ตรวจพบไข่วัยผู้ใหญ่ไม่ดัดในอุจจาระ จำนวน 23 คน โดยคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนุญสุขภาพ ร่วมกับ แกนนำอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม การติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคปลาดิบ รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ดัดซ้ำ

คำถามที่ 1 ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร

“การประสานงานกันระหว่างคณะกรรมการก็ถือว่าเป็นที่น่าพอใจมากครับ ข้อมูลข่าวสารต่างๆไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรณรงค์โรคพยาธิใบไม้ดัดที่ดี ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำมาแจ้งในที่ประชุม ทำให้เราได้รู้ความเปลี่ยนแปลง”

(ผู้อำนวยการโรงเรียน, 2561: สัมภาษณ์)

“ผู้นำชุมชนก็มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ดัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประชาชนเองก็เริ่มที่จะสนใจสุขภาพของตัวเองมากขึ้น”

(ประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข่วัยผู้ใหญ่ไม่ดัด, 2561 : สัมภาษณ์)

“แหล่งน้ำสาธารณะต่างๆก็มีคนบอกกัน เตือนกันอยู่ ว่าห้ามขับถ่ายลงในน้ำ หรือบริเวณใกล้แหล่งน้ำ เขาก็พากันตื่นตัวเรื่องนี้อยู่”

(อสม., 2561 : สัมภาษณ์)

คำถามที่ 2 ด้านการร่วมมือปราชญ์กระบวนการธรรมนุญสุขภาพ

“ทุกฝ่าย ทุกภาคส่วน ก็มีการให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและมอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจน”

(สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด, 2561 : สัมภาษณ์)

“เวลามีปัญหาติดขัดในระหว่างดำเนินงาน เราก็มีการนำปัญหาต่างๆมาพูดคุยกัน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้งานเดินต่อไปได้”

(ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2561: สัมภาษณ์)

“มันก็มีบ้างที่คณะกรรมการมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน แต่เราก็พยายามที่จะปรับเปลี่ยนความคิดจนสามารถเข้าใจ เข้าถึงความคิดของกันและกันได้”

(ผู้แทนนายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด, 2561 : สัมภาษณ์)

คำถามที่ 3 ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ

“การทำงานนี้ก็เปิดกว้างอยู่ในเรื่องการเสนอความคิด ไม่ใช่แค่คณะกรรมการหรอกแต่รวมไปถึงเสียงจากประชาชนด้วย”

(นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด, 2561 : สัมภาษณ์)

“แต่ละขั้นตอนการทำงานเราก็มีการหารือกันตลอดอยู่แล้ว คณะกรรมการแล้วก็ประชาชนตำบลบ้านยวดก็เข้มแข็งดี มันเลยเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ไม่ได้มีแบ่งแยกว่ากลุ่มไหนดีมีสิทธิ์ตัดสินใจ เพราะทุกคนเสมอภาค มีสิทธิ์แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเท่ากัน”

(ปราชญ์ชาวบ้าน หมู่ที่ 3, 2561 : สัมภาษณ์)

“ทุกคนมีอิสระทางความคิดคะ สามารถเสนอความคิดเห็นต่างๆในการวางแผนดำเนินงาน ไม่มีถูกผิด”

(สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด, 2561 : สัมภาษณ์)

“การวางแผน ผมว่าต้องวางแผนให้ชัดเจน ควรระบุว่าใครควรทำอะไร และทบทวนบทบาทหน้าที่บ่อยๆ”

(ผู้นำชุมชน คนที่ 1, 2561 : สัมภาษณ์)

คำถามที่ 4 ด้านการร่วมดำเนินการ

“ที่ผ่านมาคณะกรรมการทุกฝ่ายก็ให้ความร่วมมือกันดีครับ เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตัวเองมากขึ้น ทำให้งานเดินได้สะดวกขึ้น”

(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2561 : สัมภาษณ์)

“การที่ได้มาร่วมกระบวนการดำเนินควบคุมและป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หนูได้รับความรู้หลายๆอย่างจากที่ไม่เคยใส่ใจเลย โดยเฉพาะโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนหน้านี้ก็คิดว่าเป็นแค่พยาธิธรรมดาทั่วไปกินยาแล้วก็หาย แต่ตอนนี้หนูสามารถนำเอาความรู้ไปบอกพี่น้องๆในสภาเด็กและเยาวชนให้ได้รับรู้ข่าวสาร”

(ประธานสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านยวด: จากการสัมภาษณ์)

“ผ่านมาก็หลายกิจกรรมแล้ว ผมว่าไม่แม้แต่คณะกรรมการเท่านั้นครับที่ร่วมขับเคลื่อน ประชาชนเองก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เราจึงมาถึงจุดนี้ได้”

(ผู้แทนสถานศึกษา, 2561 : สัมภาษณ์)

คำถามที่ 5 ด้านการนิเทศ ติดตามและประเมินผล

“การติดตามการดำเนินงานโครงการและกิจกรรมต่างๆที่ร่วมทำ ผมว่ามันยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งที่อยากติดตามผล”

(สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด, 2561 : จากการสัมภาษณ์)

“การที่เราติดตามการดำเนินงาน ผมว่ามันเป็นการดูความก้าวหน้าว่า เราทำอะไรถึงไหนแล้ว มีปัญหาอะไร หรือสิ่งไหนที่เราเดินไม่ถูกทาง จะได้ร่วมกำหนดแนวทางกันได้ถูก”

(ผู้แทนสถานศึกษา, 2561 : สัมภาษณ์)

“คณะกรรมการฝ่ายติดตาม นิเทศ และประเมินผล เขาก็มีการเตรียมความพร้อมและนำเสนอผลการติดตามให้ที่ประชุมได้รับทราบครับ”

(นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด, 2561: สัมภาษณ์)

ผลการดำเนินงาน พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพ และเครือข่ายแกนนำ สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตนที่ถูกสุขลักษณะ และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้กับประชาชนผู้ที่ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ทั้ง 23 คนได้ และประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และไม่ซื้อยากินเอง

สรุป จากการติดตาม นิเทศงาน ของคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพบว่า จากการดำเนินงานตาม แผนงาน/โครงการ ที่คณะกรรมการได้ร่วมกันจัดทำขึ้น โดยมี 1 โครงการ 5 กิจกรรม ซึ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ คณะกรรมการได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ชุมชนให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และตระหนักในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น โดยการปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังต่อไปนี้

- 1) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล ที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิด วัณโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - 2) ห้ามไม่ให้สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณแหล่งน้ำ โดยการจัด บริเวณแนวรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยงไม่ให้เข้าใกล้บริเวณแหล่งน้ำ
 - 3) กำหนดมาตรการหรือข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ การดูแลสัตว์เลี้ยง ของตนไม่ให้เข้ามาขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ ไม่นำอุจจาระมาทิ้งหรือ ปล่อยลงใกล้บริเวณแหล่งน้ำ และห้ามไม่ให้รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลมาทิ้งสิ่งปฏิกูล ใกล้แหล่งน้ำ ไร่ ทุ่งนา เป็นต้น
 - 4) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการหมู่บ้านทุกฝ่าย รับผิดชอบในการ สอดส่องดูแลแหล่งน้ำ
 - 5) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำส้วม สาธารณะ
 - 6) การคัดกรองตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ใน ประชาชน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - 7) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ การรับประทานอาหารที่ทำจาก ปลา น้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน
 - 8) สร้างความตระหนักโดยให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2) ผู้วิจัยได้ทำการสนับสนุนในเรื่องของสื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ ได้แก่ แผ่นพับ ป้ายรณรงค์ และภาพพลิสำหรับประกอบการประชาสัมพันธ์
- 3) ประเมินผลหลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลหลังการ ดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้แบบสอบถาม

4.2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

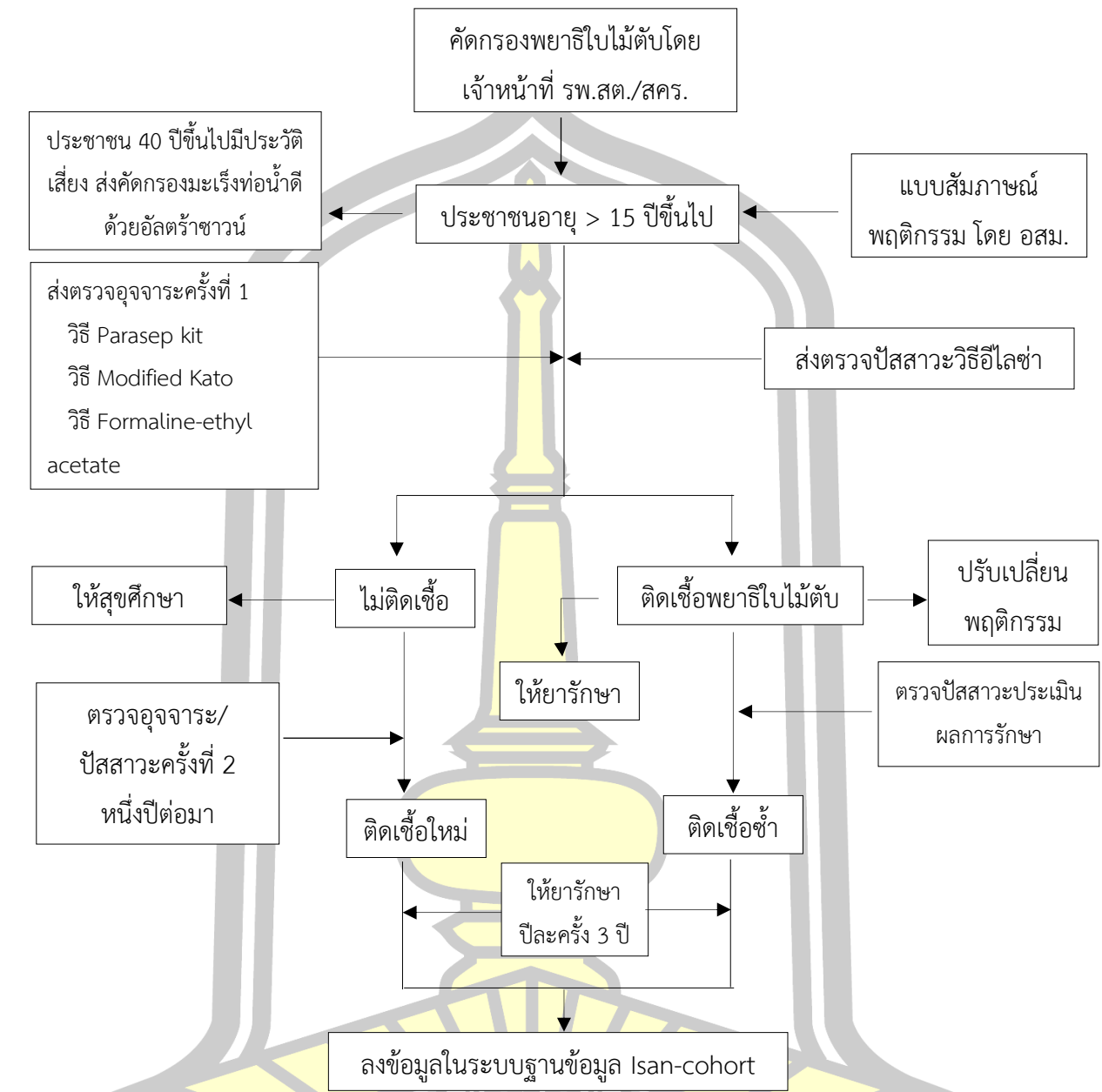
4.2.4.1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากการดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญ สุขภาพตำบล เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดย ผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 75 คน ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลบ้ายวด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชน

โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ และบันทึกการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายหลังจากการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพตำบลบ้านยวด และประชาชนตำบลบ้านยวดได้ร่วมแสดงความคิดเห็นถึงการดำเนินงาน ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ

ผลการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ และมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดีขึ้น ประชาชนมีความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดมาตรการหรือแนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีแนวทางการดำเนินงานตามกรอบกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี แสดงดังภาพประกอบ 24





ภาพประกอบ 24 แนวทางการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ที่มา : คู่มือแนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีฯ (2559)

2) การถอดบทเรียน ผู้วิจัยได้จัดประชุมถอดบทเรียน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด เพื่อร่วมวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทางเพื่อการพัฒนา กระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป โดยผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียน จำนวน 52 คน ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด

และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 11 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล 4) จัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล 5) ปรับปรุงร่างและพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล 6) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล 7) โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ 8) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 9) ประเมินผลการดำเนินงาน 10) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากขั้นตอนกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี สามารถนำไปสู่การพัฒนาเพื่อทำให้เกิดเป็นรูปแบบ (Model) ในการพัฒนากระบวนการต่อไป โดยรูปแบบที่ได้ คือ PROTECT Model โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง และความต้องการของชุมชน (People Centered: P) หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ชุมชน โดยมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน และรวมถึงประชาชนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เข้ามาร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และหาปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ นำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จึงได้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลขึ้น โดยสอดคล้องกับขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน (Planning)

2) การแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และกำหนดบทบาทหน้าที่ (Responsibility: R) หมายถึง การดำเนินงานที่ต้องอาศัยบุคคลจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานสถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความเหมาะสมกับบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ

3) การมุ่งหวังในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Originality: O) หมายถึง การทบทวนและขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการจัดธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ซึ่งชุมชนร่วมสร้างและกำหนดทิศทางของสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นำสู่การปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายหลังจากการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแล้ว จึงได้มีการยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ

ตำบลและรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน นำร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลนั้น มาปรับปรุงและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพ และประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล อย่างเป็นทางการในพื้นที่ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีความสอดคล้องกับ ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน (Action)

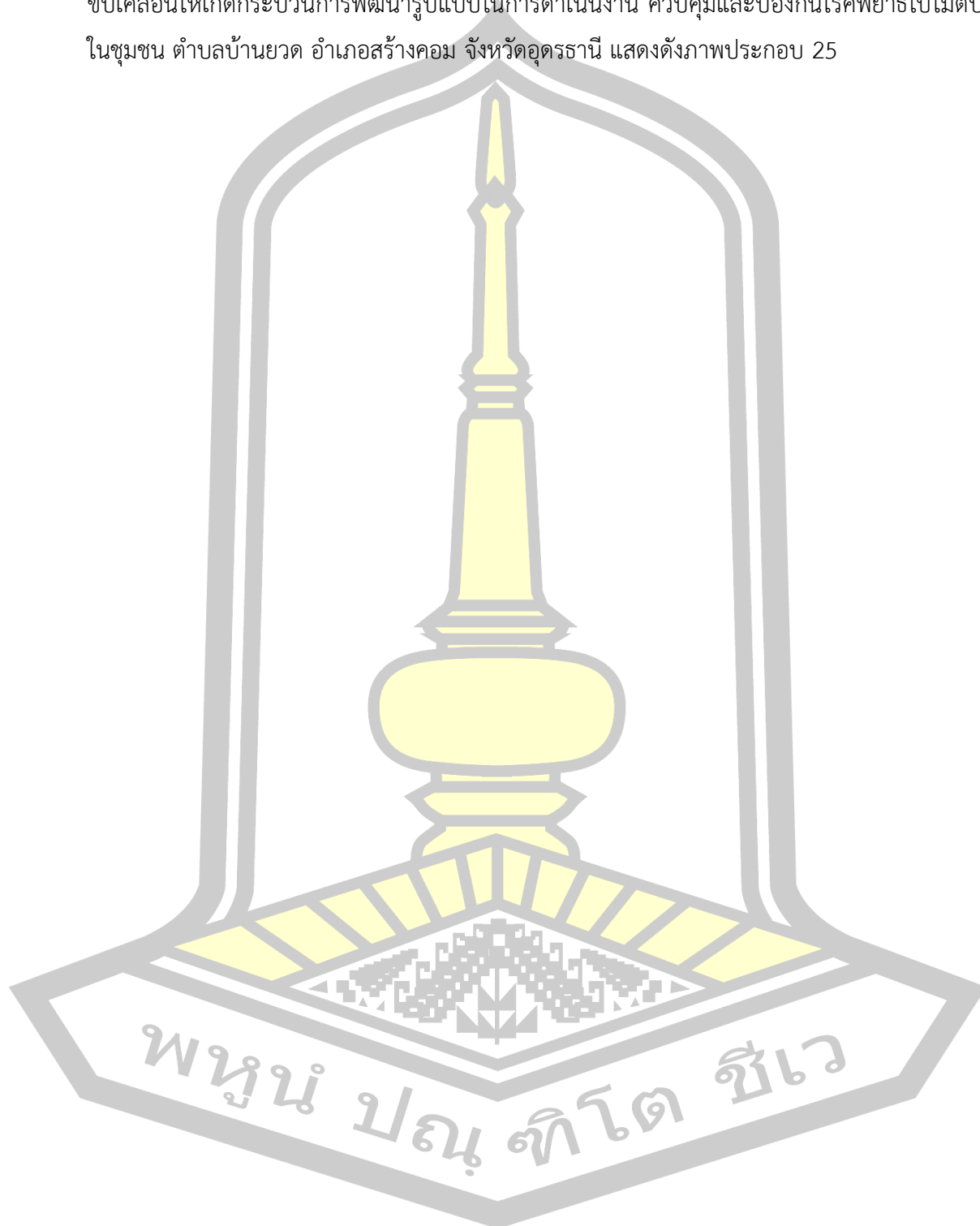
4) การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (T: Technical) หมายถึง การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ ให้กับประชาชน จึงต้องมีการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, แกนนำผู้ที่ผ่านการอบรมอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ และการให้สุศึกษาในโรงเรียน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการดำเนินงาน ตามขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน (Action)

5) การได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชน และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว (Empowerment: E) หมายถึง การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ร่วมกับเครือข่ายแกนนำ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ สร้างองค์ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และชี้ให้เห็นถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการกระตุ้นเตือนจากคนในครอบครัว

6) การกำหนดมาตรการและแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด (Community: C) หมายถึง การนำปัญหาและอุปสรรคที่พบ มาวางแผนเพื่อแก้ไขและพัฒนา การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายหลังจากที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ เพื่อนำปัญหา อุปสรรค ที่พบมาวางแผนการพัฒนาการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอน การสังเกตการณ์ (Obsevation)

7) การทำงานเป็นทีม (Teamwork: T) หมายถึง การดำเนินตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มีความสามัคคี และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ สร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชน รู้จักการปฏิบัติตนที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ยอมรับฟังความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค ของทุกฝ่าย จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยไม่มีข้อขัดแย้ง ซึ่งสอดคล้องกับ ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

จากรูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า PROTECT MODEL สามารถนำมาใช้ในการ
ขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงาน ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี แสดงดังภาพประกอบ 25





ภาพประกอบ 25 ความสัมพันธ์ของกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

4.3 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลความหมายจากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุดของข้อมูล
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุดของข้อมูล
Median	หมายถึง	มัธยฐาน
SD	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	หมายถึง	สถิติที่ใช้เปรียบเทียบ คือ Paired Sample t-test
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ลำดับชั้นการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร
- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ส่วนที่ 3 บทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ
 - 5.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลาดิบ
 - 5.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4.3.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=75)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	30	40.00
หญิง	45	60.00
2. อายุ		
30 - 40 ปี	6	8.00
41 - 50 ปี	22	29.33
51 - 60 ปี	31	41.33
60 ปีขึ้นไป	16	21.33
Mean=53.09, Median=54.0, SD=9.344, Max=75, Min=31		
3. สถานภาพ		
โสด	4	5.33
สมรส	67	89.3
หย่าร้าง	4	5.33
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	1.33
ประถมศึกษา	26	34.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	18.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	24	32.00
อนุปริญญาตรี/ปวส.	1	1.33
5. อาชีพ		
เกษตรกรรวม	58	77.33
รับจ้างทั่วไป	6	8.03
ค้าขาย	3	4.00
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	10.67

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=75)	ร้อยละ
6. รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	44	58.67
5,001-10,000 บาท	16	21.63
10,001-15,000 บาท	5	6.67
15,001 บาทขึ้นไป	10	13.33
Mean=7,542 บาท, Median=4,000 บาท		
SD=7806.901, Max=35,000 บาท,		
Min=1,800 บาท		
7. ในชุมชนของท่านมีแหล่งน้ำสำหรับจับปลาหรือไม่		
มี	74	98.67
ไม่มี	1	1.33
8. ท่านกินปลาดิบในแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชนของท่านหรือไม่		
กิน	24	32.00
ไม่กิน	51	68.00
9. ท่านเคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิในอุจจาระหรือไม่		
เคย	53	70.67
ไม่เคย	22	29.33
10. ท่านมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหรือไม่		
10.1 โรคพยาธิใบไม้ตับ		
มี	5	6.67
ไม่มี	70	93.33
10. ท่านมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหรือไม่		
10.2 โรคมาเร็งท่อน้ำดี		
มี	6	8.00
ไม่มี	69	92.00

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 75 คน พบว่า เป็นเพศชาย 30 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 เพศหญิง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 53.09 ปี สูงสุด 75 ปี ต่ำสุด 31 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 54.0 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 89.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.67 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 77.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 7,542 บาท สูงสุด 35,000 บาท ต่ำสุด 1,800 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4,000 บาท โดยส่วนใหญ่ในชุมชนมีแหล่งน้ำสาธารณะสำหรับจับปลาได้ ส่วนใหญ่ไม่กินปลาในแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน มีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ และโดยส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.67 (Mean = 12.33, SD = 2.49) และหลังการพัฒนามีระดับความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.33 (Mean=2.37, SD=0.56) แสดงดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนการพัฒนา (n=75)		หลังการพัฒนา (n=75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	6	8.00	31	41.33
ระดับความรู้ปานกลาง	44	58.67	41	54.67
ระดับความรู้ต่ำ	25	33.33	3	4.00
	Mean = 12.33, SD = 2.49		Mean = 15.08, SD = 1.73	

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 12.33 และ 15.08 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตาราง 7

ตาราง 7 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 75)

ระดับความรู้	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	12.33	2.49	0.14	0.12–0.16	74	-14.06	<0.001*
หลังพัฒนา	75	15.08	1.73					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.67 และหลังการพัฒนามีบทบาทระดับมาก ร้อยละ 96.0 แสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับบทบาทในการดำเนินงาน ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับบทบาทในการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับบทบาทมาก	0	0.00	72	96.00
ระดับบทบาทปานกลาง	53	70.67	3	4.00
ระดับบทบาทน้อย	22	29.33	0	0.00
	Mean = 1.71, SD = 0.46		Mean = 2.97, SD = 0.16	

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ย 1.71 และ 2.97 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมา เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับบทบาท	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	1.71	0.46	0.86	0.78–0.92	74	-23.82	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.97	0.16					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.67 และหลังการพัฒนามีบทบาทระดับมาก ร้อยละ 78.67 แสดงดังตาราง 10

ตาราง 10 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	53	70.67	59	78.67
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	19	25.33	16	21.33
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	3	4.00	0	0.00
	Mean = 2.67, SD = 0.55		Mean = 2.79, SD = 0.41	
รวม	75	100	75	100

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.67 และ 2.79 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตาราง 11

ตาราง 11 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับการมีส่วนร่วม	n	Mean	S.D.	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	75	2.67	0.55	0.13	0.02-0.25	74	-2.26	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.79	0.41					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการปฏิบัติตนป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการรับประทานอาหารประเภทปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ ชนิดใดบ้างในรอบ 1 เดือน พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.0 และหลังการพัฒนาการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.70 แสดงดังตาราง 12

ตาราง 12 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับการปฏิบัติ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	72	96.00	74	98.70
ระดับการปฏิบัติน้อย	3	4.00	1	1.30
	Mean = 2.90, SD = 0.24		Mean = 2.96, SD = 0.11	
รวม	75	100	75	100

ระดับการปฏิบัติตนป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างไรในรอบ 1 เดือน พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.0 และหลังการพัฒนาการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.70 แสดงดังตาราง 13

พจน ปรณ ทิโต ชีเว

ตาราง 13 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับการปฏิบัติตน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	73	97.00	74	98.70
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	2	3.00	1	1.30
	Mean = 2.96, SD = 0.11		Mean = 2.98, SD = 0.07	
รวม	75	100	75	100

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 3.00 และ 2.97 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตาราง 14

ตาราง 14 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

การปฏิบัติตน ป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ	n	Mean	S.D.	Mean		df	t	p-value
				Def.	95% CI			
ก่อนพัฒนา	75	3.00	0.00	0.04	0.03 – 0.05	74	6.42	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.97	0.03					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.0 และหลังการพัฒนามีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 86.67 แสดงดังตาราง 15

ตาราง 15 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	3	4.0	65	86.67
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	72	96.0	10	13.33
	Mean = 2.04, SD = 0.19		Mean = 2.87, SD = 0.34	
รวม	75	100	75	100

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าเฉลี่ย 2.04 และ 2.87 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตาราง 16

ตาราง 16 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

ระดับความพึงพอใจ	n	Mean	S.D.	Mean	95% CI	df	t	p-value
				Def.				
ก่อนพัฒนา	75	2.04	0.19	0.74	0.66 – 0.82	74	-18.92	<0.001*
หลังพัฒนา	75	2.87	0.37					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



4.4 ปัจจัยความสำเร็จในกระบวนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

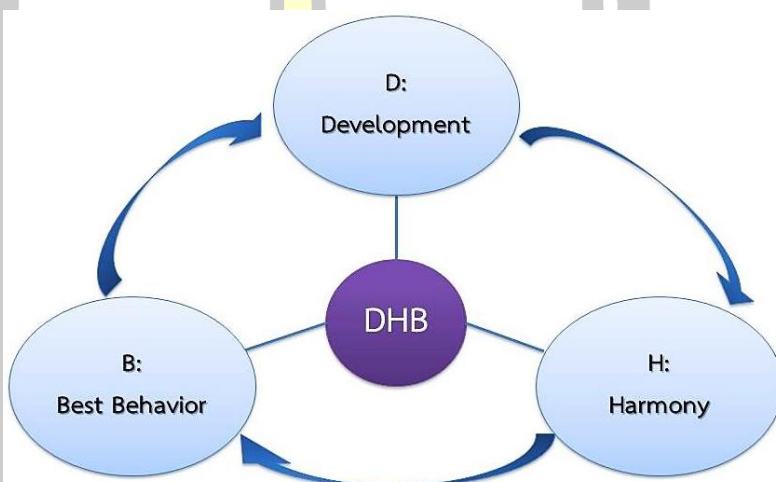
จากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 11 ขั้นตอน ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน คือ PROTECT Model ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งพบว่า คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ และประชาชนในชุมชน ได้มีความคิดเห็นร่วมกันว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้ คือ การพัฒนากระบวนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (Development) ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการและแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรืออาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เพื่อให้เป็นโอกาสในพัฒนาไปเป็นชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับในอนาคต นอกจากนี้ สิ่งที่ทำให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คือ ความสามัคคี (Harmony) ของคณะกรรมการดำเนินงาน และประชาชนในชุมชน ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนอย่างเต็มที่ ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน โดยมีความคาดหวังร่วมกัน คือ ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น (Best Behavior) เช่น การลด ละ เลิก กินปลาดิบ หรืออาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ การปฏิบัติตนที่ถูกสุขลักษณะ ขับถ่ายลงส้วมทุกครั้ง และการมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ดังนั้น กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ทำให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ DHB ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.4.1 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (Development) หมายถึง รูปแบบที่ใช้ในการดำเนินงานของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพ ร่วมกับ ภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งดำเนินงานภายใต้กระบวนการของธรรมนูญสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และความต้องการของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการและแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ หรืออาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ และโอกาสพัฒนาไปเป็นชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ

4.4.2 ความสามัคคีร่วมด้วยช่วยกัน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Harmony) หมายถึง การให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมสร้าง ร่วมกำหนดสุขภาพชุมชนร่วมกัน ให้มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นได้อย่าง

เสรี ไม่มีปิดกั้น มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและการตอบสนองความต้องการของชุมชน เมื่อพบปัญหา อุปสรรค ก็นำประเด็นต่างๆมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพ

4.4.2 การเสริมพลังให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Best Behavior) หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรืออาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ และมีการปฏิบัติตนที่ดี ถูกสุขลักษณะของประชาชน ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



ภาพประกอบ 26 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

พหุ ประ โภ ชี เว

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยนำมาสรุปผล อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ปัญหาและอุปสรรค
- 5.5 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

5.1.2.1 บริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

5.1.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

5.1.2.3 ผลของการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

5.1.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

5.2 สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัย กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี สรุปได้ดังนี้

5.2.1 บริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

บริบทในพื้นที่ตำบลบ้านยวดมีแหล่งน้ำที่ใช้เป็นแหล่งทำกิน จำนวน 11 แหล่ง และในแหล่งน้ำมีปลาที่หลากหลาย โดยเฉพาะปลาเกล็ดขาว เช่น ปลาชิว ปลาสร้อย ปลาสุตร เป็นต้น ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สามารถใช้แหล่งน้ำนี้ได้โดยอิสระ ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม ประกอบกับยังไม่มีผู้มาดูแลแหล่งน้ำอย่างชัดเจน ไม่มีมาตรการในการดูแลแหล่งน้ำ ไม่มีป้ายแจ้งเตือนหรือห้ามกระทำการใดๆโดยมิชอบ บริเวณรอบๆแหล่งน้ำเป็นพื้นที่โล่งกว้างสลับกับป่าไม้ ไม่มีรั้วหรือสิ่งกีดขวาง สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงสามารถเข้าไปในบริเวณแหล่งน้ำได้ และมีการถ่ายอุจจาระบริเวณแหล่งน้ำ

จากการดำเนินงาน พ.ศ. 2558 ได้จัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีกิจกรรมได้แก่ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato's Thick Smear ซึ่งผลการตรวจพบว่า จากประชากรกลุ่มอายุ 40-60 ปี ทั้งหมด 700 คน ได้รับการตรวจเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 553 คน คิดเป็นร้อยละ 79.00 ผลการตรวจพบว่า มีประชาชนที่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 4.16 จำแนกผลการตรวจรายหมู่บ้านได้ดังนี้ หมู่ที่ 1 บ้านยวด ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 7 คน ร้อยละ 8.04 หมู่ที่ 2 บ้านยวด ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.65 หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 6 คน ร้อยละ 7.06 หมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.25 หมู่ที่ 5 บ้านชาติ ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.96 หมู่ที่ 6 บ้านชาติ ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.65

ผลจากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เมื่อ พ.ศ. 2558 ตำบลบ้านยวด ได้มีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40-60 ปี ผลการดำเนินงานพบว่า มีประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 23 คน หลังจากตรวจพบได้มีการจ่ายยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และมีการคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening)

ก่อนการพัฒนา พบว่า ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จะมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้นำในการดำเนินการป้องกันและควบคุม และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้แจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และยังไม่มีการให้บริการในเชิงตั้งรับที่

สถานพยาบาล ประกอบกับประชาชนบางส่วนยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมแหล่งน้ำ ยังไม่มีการมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังการพัฒนา พบว่า ประชาชนมีการตื่นตัวในการที่จะควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ โดยมีภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูในโรงเรียน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน พระอธิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ประธานกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ร่วมคิดหาแนวทางการป้องกันตามความคิดเห็นของตนเอง เพื่อให้ทุกภาคส่วนเกิดการมีส่วนร่วม และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจากที่ได้ทำการประชาคมและประชุมกับทุกภาคส่วน ก็ทำให้แต่ละฝ่ายเกิดแรงจูงใจและเกิดแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน และมีแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในด้านสิ่งแวดล้อมและด้านพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งมีแนวทางการควบคุมและป้องกันเพื่อลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในด้านสิ่งแวดล้อม ดำเนินการโดย

1) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูล ที่ส่งผลต่อการเกิดวงจรโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) ห้ามไม่ให้สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณแหล่งน้ำ โดยการจัดบริเวณแนวรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยงไม่ให้เข้าไปใกล้บริเวณแหล่งน้ำ

3) กำหนดมาตรการหรือข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ การดูแลสัตว์เลี้ยงของตนไม่ให้เข้ามาขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ ไม่นำอุจจาระมาทิ้งหรือปล่อยลงใกล้บริเวณแหล่งน้ำ และห้ามไม่ให้รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลมาทิ้งสิ่งปฏิกูลใกล้แหล่งน้ำ ไร่ ทุ่งนา เป็นต้น

4) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการหมู่บ้านทุกฝ่าย รับผิดชอบในการสอดส่องดูแลแหล่งน้ำ

5) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำส้วมสาธารณะ

6) การคัดกรองตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

7) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ การรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน

8) สร้างความตระหนักโดยให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

5.2.2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

1) วิเคราะห์บริบท สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ และดำเนินการสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประเด็นมีดังต่อไปนี้

1.1) ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม พบว่า แหล่งน้ำในพื้นที่ตำบลบ้านยวด มีทั้งหมด 11 แหล่ง ในพื้นที่ตำบลบ้านยวดมีแหล่งน้ำสาธารณะเพื่อใช้เป็นแหล่งทำกิน จำนวน 11 แห่ง สามารถใช้แหล่งน้ำเหล่านี้ได้โดยอิสระ ประกอบกับยังไม่มีผู้มาดูแลแหล่งน้ำอย่างชัดเจน ไม่มีมาตรการในการดูแลแหล่งน้ำ ไม่มีป้ายแจ้งเตือนหรือห้ามกระทำการใดๆโดยมิชอบ บริเวณรอบๆ แหล่งน้ำเป็นพื้นที่โล่งกว้างสลับกับป่าไม้ ไม่มีส้วมสาธารณะ สุนัข แมว และสัตว์เลื้อยคลานสามารถเข้าไปในบริเวณแหล่งน้ำได้ และมีการถ่ายอุจจาระบริเวณแหล่งน้ำ

1.2) ด้านพฤติกรรมที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ ซึ่งหลังจากหาลาได้แล้วจึงนำมาประกอบอาหารรับประทานในทันที และอาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารประเภทก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ เป็นต้น ได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมการกินอาหารดิบจากพ่อแม่ พฤติกรรมการอยากรู้อยากลองในรสชาติอาหารดิบ นำไปเป็นกับแกล้มเมื่อดื่มสุราจะมีรสหวาน การขับถ่ายไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งขับถ่ายบริเวณใกล้ๆ กับแหล่งน้ำ หรือบางคนขับถ่ายลงในน้ำโดยตรง ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จึงเลือกที่จะปฏิบัติตามความเคยชินรวมไปถึงการซื้อยาถ่ายพยาธิมารับประทานเอง

1.3) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนยังมีความเชื่อในการบริโภคอาหารแบบผิดๆ ซึ่งถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ บางคนเชื่อว่าการบริโภคอาหารดิบคือยาอายุวัฒนะ การบริโภคปลาดิบทำให้เจริญอาหาร ปลาดิบไม่ว่าจะกินสุกหรือดิบต่างก็ง่าย การใช้เครื่องปรุงที่มีรสเปรี้ยวสามารถฆ่าเชื้อโรคต่างๆได้ การนำมดแดงมาปรุงอาหารสามารถฆ่าพยาธิได้ กินดิบร่วมกับสุราสามารถฆ่าเชื้อโรคได้และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ กินดิบแล้วกินยาถ่ายพยาธิจะช่วยไม่ให้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อเหล่านี้จึงควรได้รับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อจะได้มาปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน

2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบล และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพตำบล โดยผู้ศึกษาและผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหาในพื้นที่ วางแผนการประชุม วาง

รูปแบบในการดำเนินงาน และร่วมกันกำหนดเป้าหมายสุขภาพร่วมกันจนสามารถพัฒนาไปเป็นกฎ กติการ่วมกัน ซึ่งในที่ประชุมได้ลงความเห็นพ้องกันว่า โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาที่สอดคล้องกับ พื้นที่ จึงควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยศึกษาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และได้ร่วมกันกำหนดการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีแผนงาน/โครงการ ทั้งสิ้น 1 โครงการ 5 กิจกรรม ได้แก่ โครงการอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี โครงการสร้างกระแส ปลุกจิตสำนึก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ โครงการครอบครัวต้นแบบปลอดโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี

5.2.2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action)

1) การยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา สุขภาพของชุมชนร่วมกัน และได้รับทราบถึงความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ได้มีการร่วมกันวางแผน กำหนด เป้าหมายดำเนินงาน โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด จึงได้มี มาตรการในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และร่างเป็นธรรมนูญฉบับแรก

2) การจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพ และรับฟังความคิดเห็นการ ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด ครั้งที่ 1 ของคณะกรรมการทั้ง 3 ภาคส่วน เพื่อให้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและออกแบบ กระบวนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้าง คอม จังหวัดอุดรธานี

3) การปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลบ้านยวด ซึ่งมีเจตนารมณ์ในการสร้าง การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่และสนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการพึ่งพาตนเอง พร้อมทั้งขับเคลื่อน ประเด็นยุทธศาสตร์และผลักดันประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชนให้เป็นนโยบายสาธารณะที่ได้มติ ของการดำเนินงาน ซึ่งถือเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ ตำบลบ้านยวด

4) โครงการอบรมให้ความรู้แก่นักอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยง มะเร็งท่อน้ำดี กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และติดตามเฝ้า ระวังพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหารของประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ รายละเอียดดังนี้

4.1) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ดำเนินการจัดอบรมในวันที่ 10 พฤษภาคม 2561 ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน บ้านยวด หมู่ที่ 1 ผู้เข้าร่วมโครงการคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน ละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ผู้วิจัยได้จัดหาสื่อเพื่อใช้ประกอบการอบรม คือ สื่อภาพพลิกความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังจากอบรมผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

4.2) ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งดำเนินการติดตามประชาชนผู้ที่มีประวัติตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ เมื่อพ.ศ. 2558 จำนวน 23 คน ในพื้นที่ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี โดยดำเนินการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมทุก 1 เดือน เริ่มติดตามเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561 และการออกติดตามเฝ้าระวังจะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งถามตอบเพื่อประเมินความรู้ พบว่า จากการถามตอบข้อคำถามเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ที่มีประวัติเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สามารถตอบข้อคำถามได้อย่างถูกต้อง และสามารถอธิบายถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

4.3) การรณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยการลด ละ เลิก ในการบริโภคอาหารที่ปรุงดิบ หรือ สุกๆดิบๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมไปถึงการรณรงค์ให้ร้านค้าแผงลอยจำหน่ายส้มตำ นำปลาร้าสุกมาประกอบอาหารให้กับผู้บริโภค รูปแบบการรณรงค์ คือ การแจกแผ่นพับ ใบปลิวถึงประตูบ้าน การให้สุขศึกษารายกลุ่มในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งระยะเวลาดำเนินการ 3 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 18 พฤษภาคม 2561 จัดกิจกรรมในพื้นที่ หมู่ที่ 1 บ้านยวด และ หมู่ที่ 2 บ้านยวด ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย กำนันตำบลบ้านยวด ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 1 บ้านยวด และ หมู่ที่ 2 บ้านยวด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้าน รวม 36 คน และประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 58 คน วันที่ 19 พฤษภาคม 2561 จัดกิจกรรมในพื้นที่ หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล และ หมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 3 บ้านนามงคล และ หมู่ที่ 4 บ้านนามั่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้าน รวม 29 คน และประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 55 คน และวันที่ 20 พฤษภาคม 2561 จัดกิจกรรมในพื้นที่ หมู่ที่ 5 บ้านชาด และ หมู่ที่ 6 บ้านชาด ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 5 บ้านชาด และ หมู่ที่ 6 บ้านชาด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้าน รวม 29 คน และประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 18 คน รวม

ทั้งสิ้น 53 คน จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ประชาชนมีการตื่นตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากขึ้นและได้รับข่าวสารกันอย่างทั่วถึง ร้านค้าแผงลอยจำหน่ายส้มตำ ได้นำปลาร้าที่ปรุงสุกมา ประกอบอาหารและวางจำหน่าย

4.4) การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้รู้จักป้องกันตนเองจากการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งดำเนินการประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชนทั้ง 6 หมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้นำชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครบทุกหมู่บ้าน

4.5) การรवान “คนอีสานสุขภาพดี ชีวิตปลอดพยาธิใบไม้ตับ” รูปแบบการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ จัดขบวนรถแห่รอบหมู่บ้านทั้ง 6 หมู่บ้าน ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้ประชาชนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ครอบครัว และชุมชน จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.2.2.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)

1) การนิเทศและติดตาม

1.1) ออกติดตามหลังการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ที่พบในการดำเนินงาน ซึ่งจากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่า ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคปลาดิบ รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการออกติดตามเยี่ยมบ้านเฝ้าระวังพฤติกรรมกรบริโภคของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 23 คน พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้น

1.2) ผู้วิจัยได้มีการติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งได้ทำการสนับสนุนในเรื่องของสื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ ได้แก่ แผ่นพับ ป้ายรณรงค์ และภาพพลิกสำหรับประกอบการประชาสัมพันธ์

2) ประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

2.1) ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มเป้าหมายจำนวน 75 คน พบว่า เป็นเพศชาย 30 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 เพศหญิง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 53.09 ปี สูงสุด 75 ปี ต่ำสุด 31 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 54.0 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 89.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.67 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 7,542 บาท สูงสุด 35,000 บาท ต่ำสุด 1,800 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4,000 บาท โดยส่วนใหญ่ในชุมชนมีแหล่งน้ำสาธารณะสำหรับจับปลาได้ ส่วนใหญ่ไม่กินปลาในแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน มีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ และโดยส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.2) เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับปานกลาง (Mean=12.33, SD=0.59) และหลังการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับปานกลาง (Mean=15.08, SD=0.56) เมื่อนำคะแนนมาเปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001)

2.3) เปรียบเทียบระดับบทบาทหน้าที่ในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.71, SD=0.46) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.97, SD=0.16) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4) เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอยู่ในระดับมาก (Mean=2.67, SD=0.55) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.79, SD=0.41) เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนามาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001)

2.5) เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านเคยรับประทานอาหารปลาดิบหรือสุกๆดิบๆชนิดใดบ้างในรอบ 1 เดือนอยู่ในระดับมาก (Mean=3.00, SD=0.00) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=2.97, SD=0.03) เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนามาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001)

2.6) เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนาความพึงพอใจระดับปานกลาง (Mean=2.04, SD=0.19)

และหลังการพัฒนาความพึงพอใจระดับมาก (Mean=2.87, SD=0.34) เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนามาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

5.2.2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

1) จากการสนทนากลุ่มและถอดบทเรียนของการพัฒนาในผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบของกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี คือ PROTECT Model โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง และความต้องการของชุมชน (People Centered: P) หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ชุมชน โดยมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน และรวมถึงประชาชนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เข้ามาร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และหาปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ นำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จึงได้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลขึ้น

1.2 การแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และกำหนดบทบาทหน้าที่ (Responsibility: R) หมายถึง การดำเนินงานที่ต้องอาศัยบุคคลจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานสถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ตามทฤษฎีสยามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความเหมาะสมกับบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ

1.3 การมุ่งหวังในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Originality: O) หมายถึง การทบทวนและขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการจัดธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ซึ่งชุมชนร่วมสร้างและกำหนดทิศทางของสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นำสู่การปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายหลังจากการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแล้ว จึงได้มีการยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลและรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน นำร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลนั้น มาปรับปรุงและจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ และประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล อย่างเป็นทางการในพื้นที่ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

1.4 การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (T: Technical) หมายถึง การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ ให้กับประชาชน จึงต้องมีการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, แกนนำผู้ผ่านการอบรมอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ และการให้สุศึกษาในโรงเรียน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการดำเนินงาน

1.5 การได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชน และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว (Empowerment: E) หมายถึง การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ร่วมกับเครือข่ายแกนนำ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ สร้างองค์ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และชี้ให้เห็นถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบาริโศคปลาติบ ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการกระตุ้นเตือนจากคนในครอบครัว

1.6 การกำหนดมาตรการและแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด (Community: C) หมายถึง การนำปัญหาและอุปสรรคที่พบ มาวางแผนเพื่อแก้ไขและพัฒนา การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายหลังจากที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ เพื่อนำปัญหา อุปสรรค ที่พบมาวางแผนการพัฒนาการดำเนินงาน

1.7 การทำงานเป็นทีม (Teamwork: T) หมายถึง การดำเนินตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามทฤษฎีสยามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มีความสามัคคี และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ สร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชน รู้จักการปฏิบัติตนที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ยอมรับฟังความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค ของทุกฝ่าย จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยไม่มีข้อขัดแย้ง ซึ่งสอดคล้องกับ ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จากผลการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ D-H-B ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน(Development: D) หมายถึง รูปแบบที่ใช้ในการดำเนินงานของคณะกรรมการธรรมนูญ

สุขภาพ ร่วมกับ ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน ซึ่งดำเนินงานภายใต้กระบวนการของธรรมนูญสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และความต้องการของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการและแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ หรืออาหารที่ปรุงสุกๆดิบๆ และโอกาสพัฒนาไปเป็นชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความสามัคคีร่วมด้วยช่วยกัน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Harmony: H) หมายถึง การให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมสร้าง ร่วมกำหนดสุขภาพชุมชนร่วมกัน ให้มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี ไม่มีปิดกัน มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและการตอบสนองความต้องการของชุมชน เมื่อพบปัญหา อุปสรรค ก็นำประเด็นต่างๆมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพ

ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Best Behavior: B) หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ หรืออาหารที่ปรุงสุกๆดิบๆ มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ และมีการปฏิบัติที่ดี ถูกสุขลักษณะของประชาชน ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 บริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

จากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พบว่า หลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก โดยหลังการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ขับเคลื่อนภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ นำไปสู่การประกาศเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานนโยบายและยุทธศาสตร์ลงสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาสภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน และเห็นได้ว่าทุกคนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้นและความตื่นตัวในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น

5.3.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1988) ตามกระบวนการ PAOR พบว่า การเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานที่เกิดขึ้นเป็นการสะท้อนความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้อำนวยการโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประธานกลุ่มแม่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน กลุ่มเยาวชน รวมถึงพระอธิการหรือผู้แทน ได้ร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพและได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยกิจกรรมได้เริ่มตั้งแต่ ขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ แล้วนำไปสู่การจัดทำแผนงานโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยได้เสนอและกำหนดกิจกรรมที่อยากให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) โครงการอบรมให้ความรู้แก่นักอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อสร้างแกนนำในการช่วยขยายผลและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประชาชนเกิดความตระหนักในการใส่ใจสุขภาพ โดยดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ทีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน และได้ทำการจัดอบรมแกนนำตามโครงการเป็นเวลา 1 วัน

กิจกรรมที่ 1 ได้แก่ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ วงจรการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การติดต่อสู่คน ลักษณะอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติคนที่ถูกต้อง การป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และการติดตามเฝ้าระวังผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังจากดำเนินการพบว่า ตำบลบ้านยวดมีแกนนำในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 คน ที่ผ่านการอบรมและมีการช่วยสร้างกระแสปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนได้รู้จักโรคพยาธิใบไม้ตับและโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ประชาชนเกิดความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า หลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านการอบรมแกนนำมาแล้ว เกิดความรู้สึกกลัวถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพหลังจากที่รับประทานอาหารประเภทปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรมที่ 2 ได้แก่ ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 23 คน ซึ่งทั้งหมดนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เช่น เลิกบริโภคอาหารสุกๆ

ดิบๆ โดยเฉพาะอาหารประเภทปลาดิบ ไม่ซัวย่าง่ายพยาธิรับประทานเอง เป็นต้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรมที่ 3 รมรงค์ให้ประชาชนลด ละ เลิก กินปลาดิบ แบบเคาะประตูบ้าน เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยลด ละ เลิกการบริโภคปลาดิบ หรือ ปลาที่ปรุงสุกๆดิบๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมไปถึงการประชาสัมพันธ์ในร้านค้าแผงลอย จำหน่ายอาหาร ส้มตำ ให้มีการนำปลาร้าที่ปรุงสุกเท่านั้นมาประกอบอาหารให้กับผู้บริโภค การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจาย โดยได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชน ทั้ง 6 หมู่บ้านในการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเป็นการให้ความรู้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคในทางที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมที่ 4 คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดภัยใบไม้ตับ” เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้ประชาชนรู้สึกว่าตนเองร่วมเป็นเจ้าของชุมชนและในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ครอบครัว และชุมชน และเพื่อให้ได้รับข่าวสารอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระดับบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังการพัฒนา การมีบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า อยากให้มีการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์แบบต่อเนื่อง ผ่านทางหอกระจายข่าว หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกมาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ประชาชนจะได้มีการตื่นตัวและตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรืออาหารสุกๆดิบๆ ซึ่งสอดคล้องกับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการพัฒนา พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรมที่ 5 ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งการกิจกรรมการดำเนินงานในครั้งนี้ใช้เครื่องมือ ได้แก่ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี” ระหว่าง เทศบาลตำบลบ้านยวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และผู้ประกอบการร้านค้า ซึ่งจากการร่วมกันกำหนดเกณฑ์การดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการเกี่ยวกับการเข้าร่วม “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสียงมะเร็งท่อน้ำดี” ประชาชนต้องเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 60 ขึ้นไป จากการดำเนินงานพบว่า ชุมชนตำบลบ้านยวดมีหลังคาเรือนทั้งหมด 932 หลังคาเรือน

เข้าร่วมเป็น“ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยไร้ไข้ ปลอดภัยไร้ไข้” จำนวน 682 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 73.18 ซึ่งผ่านเกณฑ์การดำเนินงานที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.3 ผลของการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

จากการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการดำเนินงานตามประเด็น ดังนี้

จากการสนทนากลุ่ม และถอดบทเรียนของการพัฒนาในผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี คือ PROTECT Model ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง และความต้องการของชุมชน (People Centered: P) หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ชุมชน โดยมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน และรวมถึงประชาชนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และหาปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ นำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จึงได้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลขึ้น

2) การแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และกำหนดบทบาทหน้าที่ (Responsibility: R) หมายถึง การดำเนินงานที่ต้องอาศัยบุคคลจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานสถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ ตามทฤษฎีสยามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความเหมาะสมกับบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ

3) การมุ่งหวังในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Originality: O) หมายถึง การทบทวนและขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ซึ่งชุมชนร่วมสร้างและกำหนดทิศทางของสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อ

สุขภาพ นำสู่การปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายหลังจากการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแล้ว จึงได้มีการยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดเวทีเพื่อพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบลและรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน นำร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลนั้น มาปรับปรุงและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพ และประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล อย่างเป็นทางการในพื้นที่ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

4) การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (T: Technical) หมายถึง การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ ให้กับประชาชน จึงต้องมีการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, แกนนำผู้ที่ผ่านการอบรมอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ และการให้สุศึกษาในโรงเรียน

5) การได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชน และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว (Empowerment: E) หมายถึง การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ ร่วมกับเครือข่ายแกนนำ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ สร้างองค์ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และชี้ให้เห็นถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบครัวโคปลาติบ ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการกระตุ้นเตือนจากคนในครอบครัว

6) การกำหนดมาตรการและแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด (Community: C) หมายถึง การนำปัญหาและอุปสรรคที่พบ มาวางแผนเพื่อแก้ไขและพัฒนา การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภายหลังจากที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ เพื่อนำปัญหา อุปสรรค ที่พบมาวางแผนการพัฒนาการดำเนินงาน

7) การทำงานเป็นทีม (Teamwork: T) หมายถึง การดำเนินตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามทฤษฎีสამเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มีความสามัคคี และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ สร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน รู้จักการปฏิบัติตนที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ยอมรับฟังความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค ของทุกฝ่าย จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยไม่มีข้อขัดแย้ง

จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ผู้ร่วมวิจัยได้มีการร่วมกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกัน ใน 8 ประเด็น ดังนี้

- 1) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล ที่ส่งผลต่อการเกิดวงจรโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2) ห้ามไม่ให้สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณแหล่งน้ำ โดยการจัดบริเวณแนวรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยงไม่ให้เข้าใกล้บริเวณแหล่งน้ำ
- 3) กำหนดมาตรการหรือข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ การดูแลสัตว์เลี้ยงของตนไม่ให้เข้ามาขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ ไม่นำอุจจาระมาทิ้งหรือปล่อยลงใกล้บริเวณแหล่งน้ำ และห้ามไม่ให้รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลมาทิ้งสิ่งปฏิกูลใกล้แหล่งน้ำ ไร่ ท่งนา เป็นต้น
- 4) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการหมู่บ้านทุกฝ่าย รับผิดชอบดูแลแหล่งน้ำ
- 5) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำส้วมสาธารณะ
- 6) การคัดกรองตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 7) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ การรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน
- 8) สร้างความตระหนักโดยให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

จากการสังเกตตามทีกลุ่มย่อยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทุกคนให้ความเป็นกันเองในกลุ่ม เมื่อมีคนพูดทุกคนก็จะหยุดฟังอย่างตั้งใจ และมีผู้ที่จัดบันทึกการประชุมหรือสนทนาในแต่ละประเด็นที่คณะกรรมการได้เสนอ หลังจากที่ได้สนทนากันตามประเด็นที่กำหนด คณะกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้าง

คอม จังหวัดอุดรธานี ได้ร่วมกันเสนอและสรุปประเด็นต่างๆร่วมกัน และมีการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลที่ยังไม่ได้ขับเคลื่อนคือ กลุ่ม องค์กร ชมรมต่างๆ สามารถทำการเสนอของบประมาณในการสนับสนุนการทำกิจกรรมหรือโครงการที่สัมพันธ์กับธรรมนูญสุขภาพตำบลเขียนไว้ได้ง่ายขึ้น โดยที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านยวด ได้ใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลเป็นกรอบในการสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพของประชาชน และบรรลุไว้ในข้อบัญญัติ คณะกรรมการมีความสนใจที่จะเข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แสดงความคิดเห็น เสนอแนะอย่างเต็มที่ในเวทีสนทนามีการทำงานที่ประสานกัน ร่วมมือกันในทุกกลุ่มองค์กร ในที่ประชุมยังเห็นพ้องต้องกันว่าใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลในการจัดการระบบสุขภาพประชาชนตามที่บัญญัติไว้ โดยอาศัยการแสดงความคิดเห็นจากสภาพความเป็นจริง

ผู้วิจัยได้สรุปผลปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย D-H-B อธิบายได้ดังนี้

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (Development: D) หมายถึง รูปแบบที่ใช้ในการดำเนินงานของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพร่วมกับ ภาควิชาหรือข่ายในชุมชน ซึ่งดำเนินงานภายใต้กระบวนการของธรรมนูญสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และความต้องการของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการและแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ หรืออาหารที่ปรุงสุกๆดิบๆ และโอกาสพัฒนาไปเป็นชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความสามัคคีร่วมด้วยช่วยกัน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Harmony: H) หมายถึง การให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมสร้าง ร่วมกำหนดสุขภาพชุมชนร่วมกัน ให้มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรี ไม่มีปิดกัน มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและการตอบสนองความต้องการของชุมชน เมื่อพบปัญหา อุปสรรค ก็นำประเด็นต่างๆมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพ

ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Best Behavior: B) หมายถึง การเสริมพลังเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ หรืออาหารที่ปรุงสุกๆดิบๆ มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ และมีการปฏิบัติตนที่ดี อย่างต่อเนื่องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 การบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนทำให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประสบผลสำเร็จ จึงควรมีประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเข้ามาสานต่อการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง

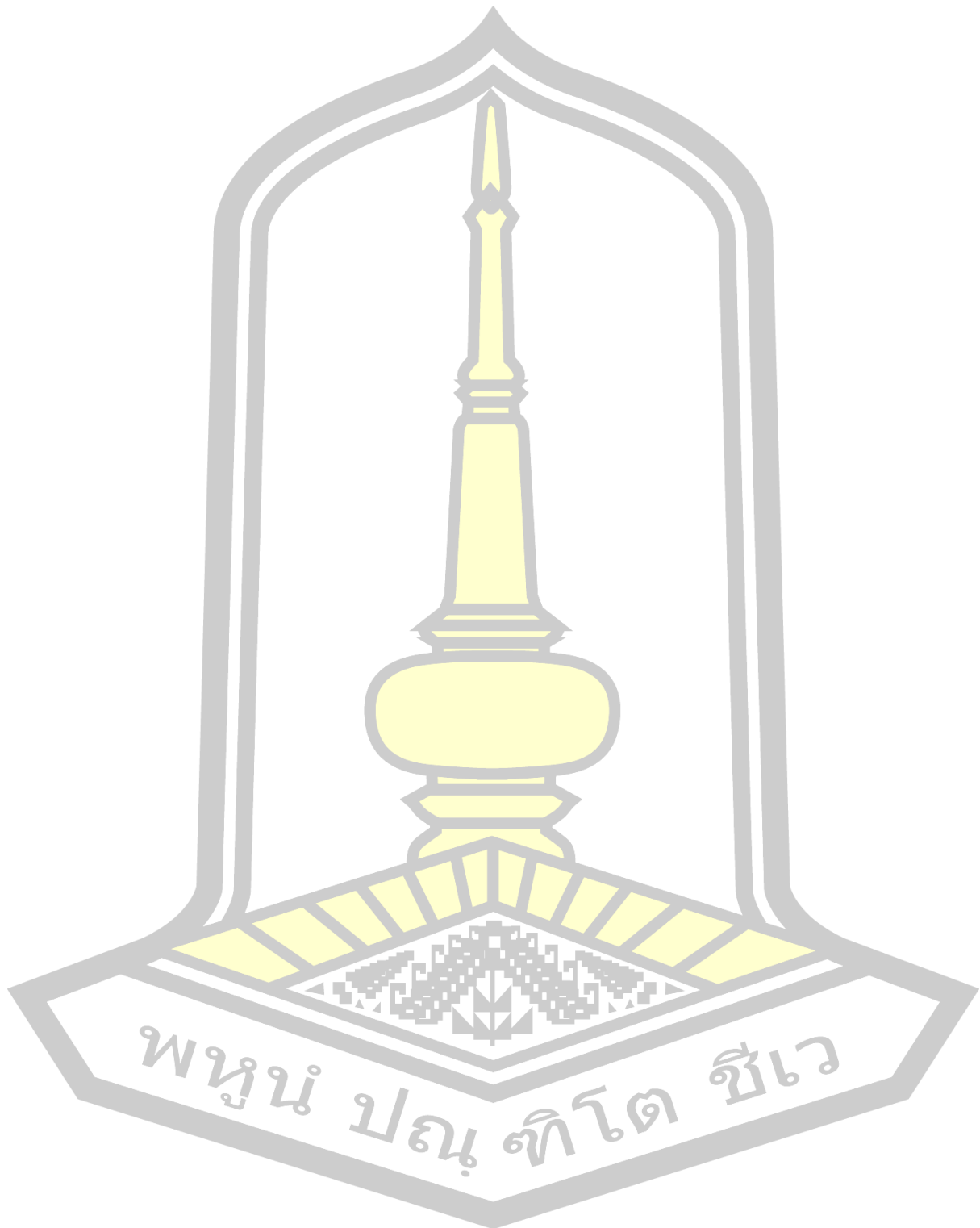
5.4.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชน ควรประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ประชาชนได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เป็นกระบวนการที่ดำเนินงานภายใต้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งมีคณะกรรมการดำเนินงาน 3 ภาคส่วน ตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา จึงจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงถัดไป เพื่อให้ได้กระบวนการที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน



บรรณานุกรม



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาววรรณลักษณ์ เวฬุ
วันเกิด	วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2530
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 143/2 หมู่ 2 ถนนนิตโย ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41260
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2548 มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 โรงเรียนประจักษ์ศิลปาคาร ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2552 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว