



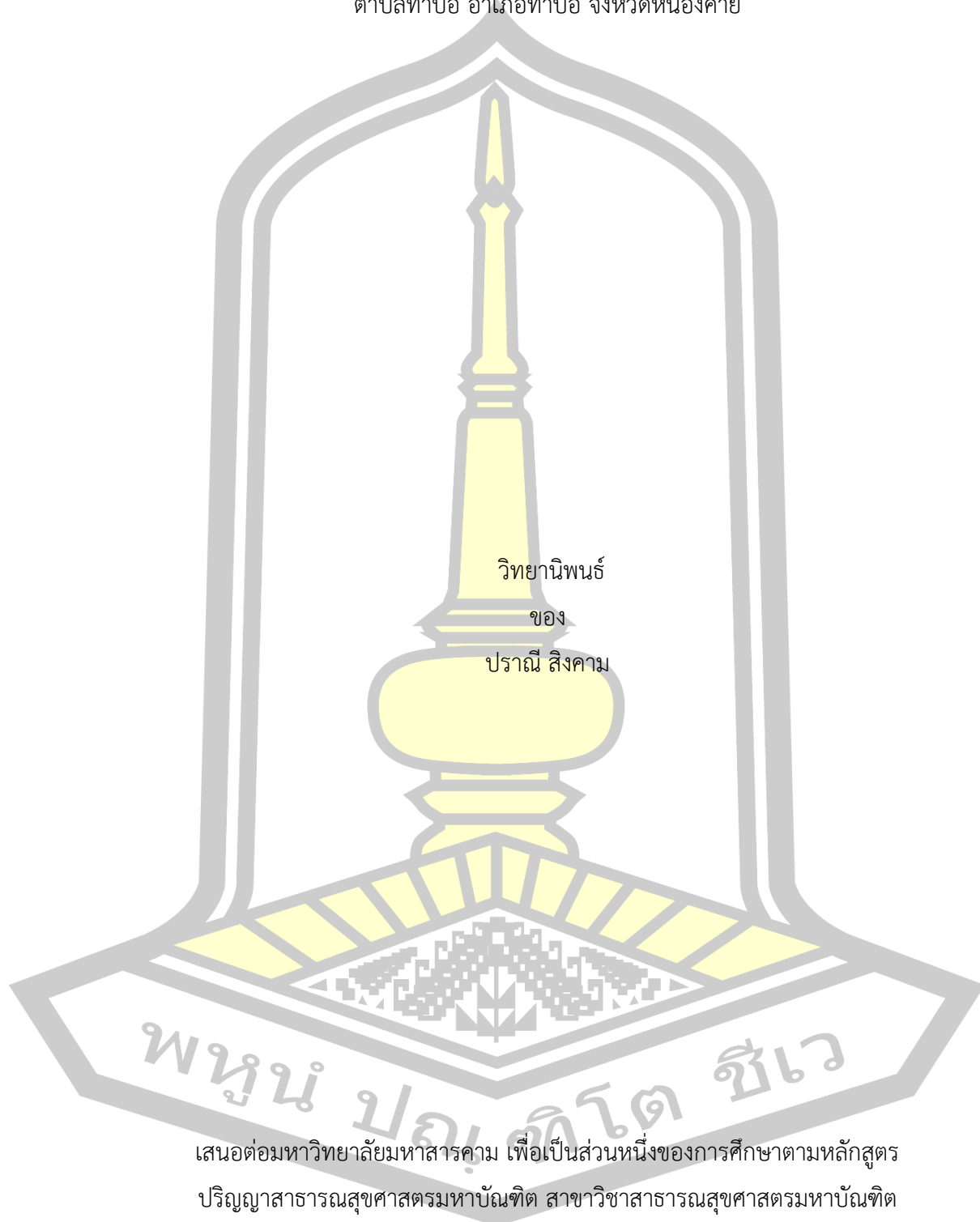
การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

วิทยานิพนธ์
ของ
ปราณี สิงคาม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

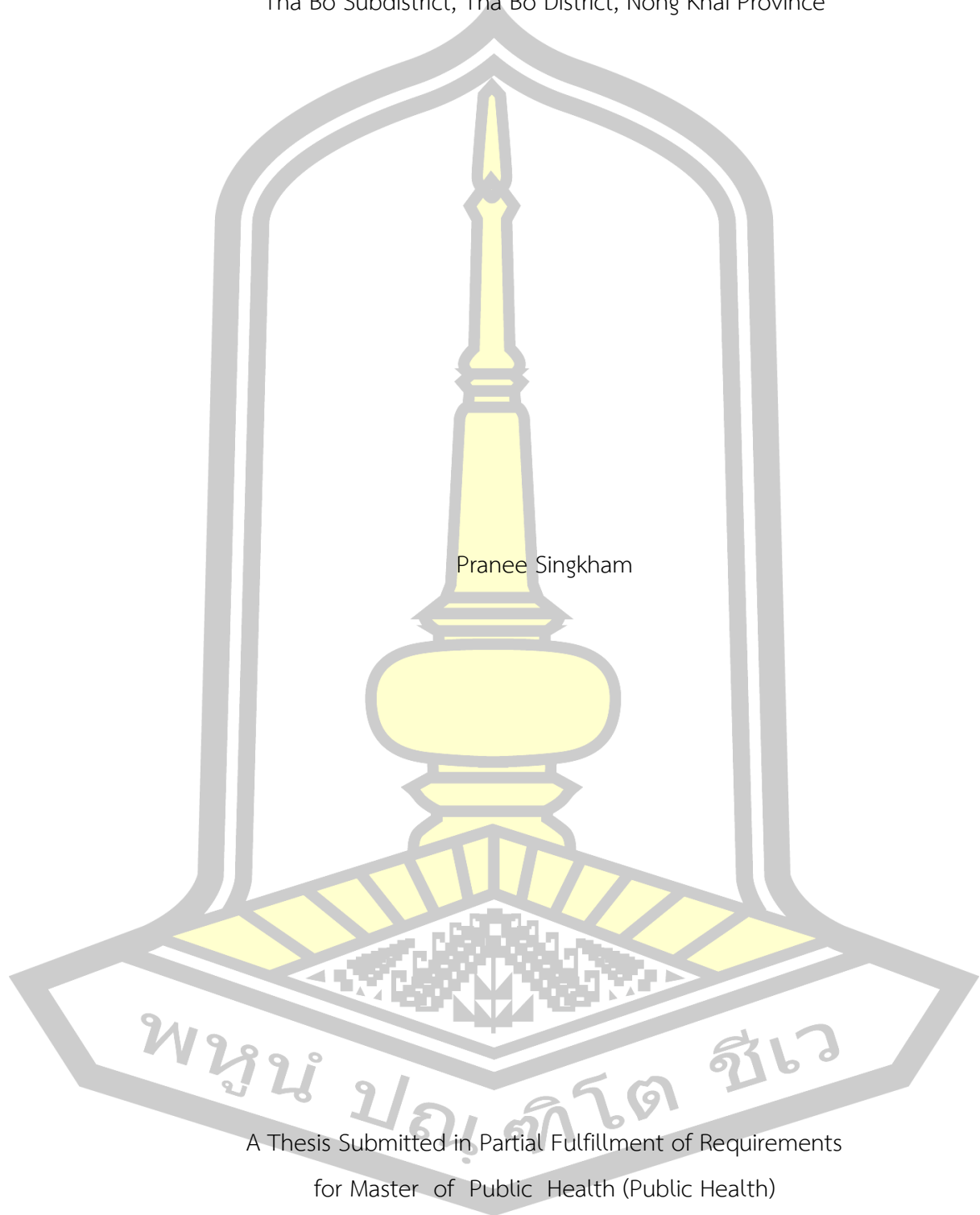


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Developing a Health Literacy Community Model for Preventing Liver Fluke Disease,
Tha Bo Subdistrict, Tha Bo District, Nong Khai Province



Pranee Singkham

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

May 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวปราณี สิงคาม
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. อติศร วงศ์คงเดช)

.....กรรมการ

(อ. ดร. พัดชา หิรัญวัฒน์กุล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. คมสันต์ ธงชัย)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

..... (รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

..... (ผศ. ดร. พลเดช เซาวรัตน์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย		
ผู้วิจัย	ปราณี สิงคาม		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติศร วงศ์คงเคช		
ปริญญา มหาวิทยาลัย	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา ปีที่พิมพ์	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ก่อนและหลังการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบดังกล่าว การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ปัญหา (2) การประชุมชี้แจงแนวทางการป้องกัน (3) การรณรงค์ผ่าน อสม. (4) การกำหนดมาตรการชุมชน (5) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (6) การติดตามและสนับสนุนกิจกรรม (7) การประเมินผลการดำเนินงาน และ (8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบคือ การปฏิบัติตามมาตรการ 5 ประการ ได้แก่ “เลิก - เปิด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย” ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ผลการดำเนินงานพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, โรคพยาธิใบไม้ตับ, การป้องกันโรค, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

TITLE	Developing a Health Literacy Community Model for Preventing Liver Fluke Disease, Tha Bo Subdistrict, Tha Bo District, Nong Khai Province		
AUTHOR	Pranee Singkham		
ADVISORS	Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D. Assistant Professor Adisorn Wongkongdech , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

This study employed practical action research to develop a community-based health literacy model aimed at preventing liver fluke disease. Both quantitative and qualitative data were collected before and after the model's implementation through questionnaires, behavioral observations of community participation, and in-depth interviews. A purposive sampling method was used to select 122 participants, comprising residents and key stakeholders involved in the model development process in Tha Bo Sub-district, Tha Bo District, Nong Khai Province. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics—including frequency, percentage, mean, and standard deviation—and inferential statistics via paired sample t-tests with a significance level set at $p < 0.05$. Qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the developed prevention model consisted of eight key steps: (1) analyzing the liver fluke disease situation within the community; (2) organizing orientation meetings on disease prevention; (3) conducting campaigns through Village Health Volunteers (VHVs) via house-to-house visits; (4) establishing community-level preventive measures; (5) building partnerships with local stakeholders; (6) monitoring and supporting community activities; (7) evaluating the

implementation process; and (8) facilitating knowledge exchange. A critical success factor was the community's adherence to five preventive practices—co-created through community participation—summarized as "Quit – Open – Knock – Avoid – Eliminate." Following the model's implementation, participants demonstrated statistically significant improvements in their health literacy scores related to liver fluke disease prevention.

Keyword : Model Development, Liver Fluke Disease, Disease Prevention, Health Literacy



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่อง ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.พัชชา ทิรัญวัฒน์กุล กรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมสันต์ ธงชัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และ อาจารย์ที่เคารพทุกท่านที่กรุณาชี้แนะ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสำเร็จครบถ้วน

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนในการจัดทำวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหาร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิวิชญ์ กุดแกลง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ท่าบ่อ นายสามารถ พันธุ์สระคู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหินโงม นางศิริพร มณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือในการทำ วิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่า บ่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำโมง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลในการ ศึกษาวิจัยและเป็นพื้นที่ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนทุกท่าน และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในกระบวนการทำวิจัยตลอดเวลาที่ผ่านมา อันเป็นประโยชน์และคุณค่าในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

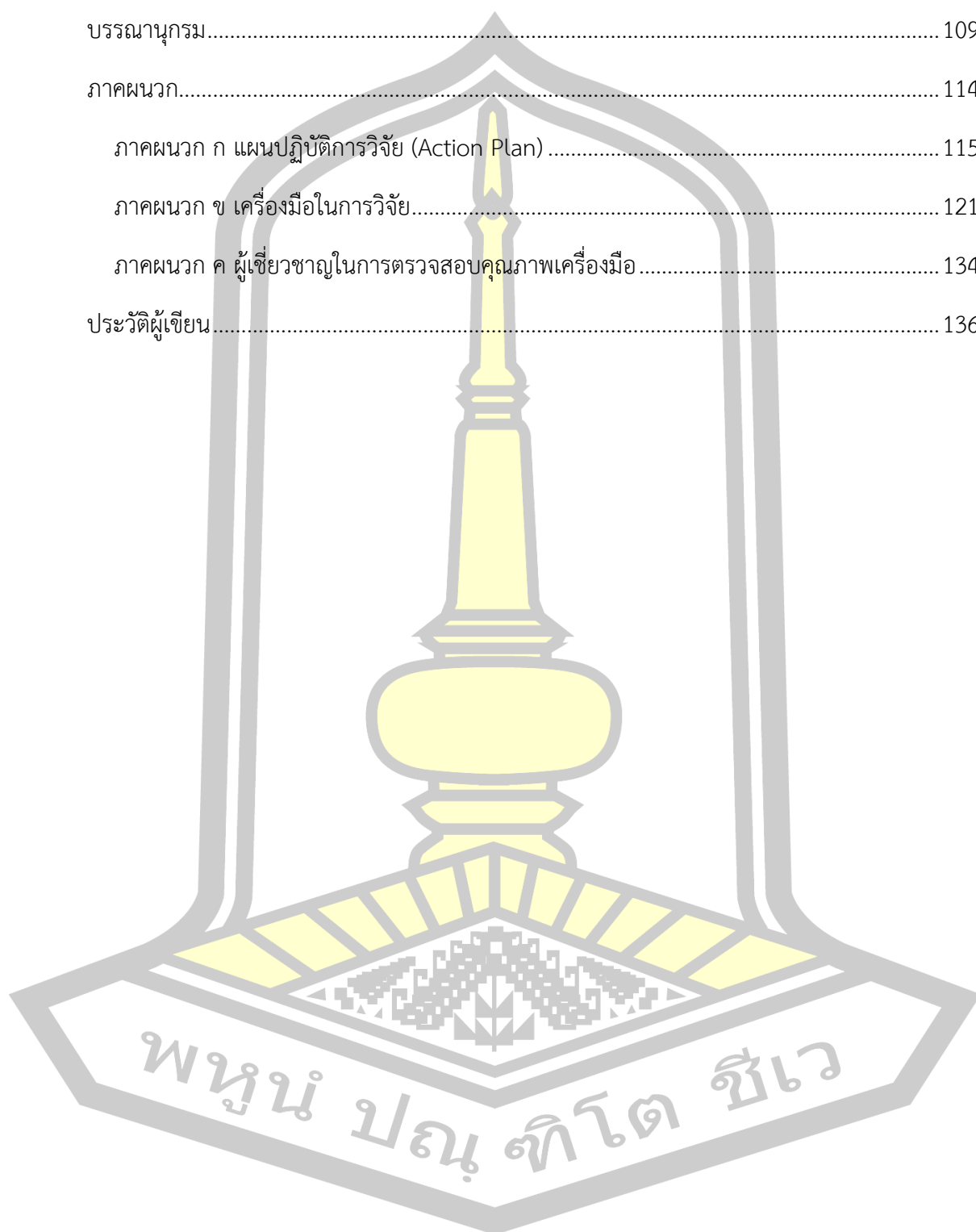
สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณพ่อขาริ - คุณแม่สุนันทา สิงคาม ผู้ให้กำเนิดและอบรมสั่งสอนเลี้ยงดู ด้วยความรักและห่วงใย ที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณ นายอาคม ธรณี ที่เป็นผู้อยู่เคียงข้างคอยให้กำลังใจ คอย สนับสนุนทุกการดำเนินงาน และกัลยาณมิตรทุกคนที่สนับสนุนให้เกิดความมานะ พยายาม ให้งานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	6
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	7
2.2 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	13
2.3 แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559 - 2568.....	15
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ.....	20
2.5 แนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	25
2.6 แนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต.....	28
2.7 แนวคิดหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	29

2.8 การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ.....	35
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	50
3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย.....	50
3.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
3.4 การพัฒนาเครื่องมือวิจัย.....	56
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	57
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย.....	61
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	63
4.1 การศึกษาบริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	64
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	71
4.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	93
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	94
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	95
5.2 สรุปผล.....	96
5.3 อภิปรายผล.....	105

5.4 ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม.....	109
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)	115
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ค ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	134
ประวัติผู้เขียน.....	136



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ประชากรกลุ่มผู้นำ.....	51
ตารางที่ 2 ประชากรที่ตรวจพบไข้อย่างน้อย 1 ครั้ง พ.ศ. 2559 – 2565.....	52
ตารางที่ 3 ผลการคัดกรองไข้อย่างน้อย 1 ครั้งด้วยการตรวจอุจจาระ พ.ศ. 2559 - 2565 ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	67
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n =122)	69
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122).....	84
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนและหลังการ พัฒนา (n = 122).....	84
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122).....	85
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนและหลังการ พัฒนา (n = 122).....	85
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ก่อนและหลัง การพัฒนา (n = 122).....	86
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนและหลัง การพัฒนา (n = 122).....	86
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122).....	87

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลัง
การพัฒนา (n = 122) 87

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122) 88

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลัง
การพัฒนา (n = 122) 88

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ศึกษา พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122) 89

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลัง
การพัฒนา (n = 122) 89

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบล
ท่าบ่อ 90



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ <i>Opisthorchis Viverrini</i>	9
ภาพที่ 2 กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	27
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	49
ภาพที่ 4 ห้วยลาน	65
ภาพที่ 5 แม่น้ำโขง	65
ภาพที่ 6 พีระมิดประชากรตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	66
ภาพที่ 7 การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	68
ภาพที่ 8 ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่	72
ภาพที่ 9 ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการครั้งที่ 1.....	73
ภาพที่ 10 ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการครั้งที่ 2.....	74
ภาพที่ 11 กิจกรรมการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	77
ภาพที่ 12 กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	78
ภาพที่ 13 การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	80
ภาพที่ 14 การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน.....	80
ภาพที่ 15 การติดตามนิเทศงาน บ้านเกษตรผล หมู่ที่ 10.....	82
ภาพที่ 16 การติดตามนิเทศงาน ชุมชนป่าจั่ว เทศบาลเมืองท่าบ่อ	83

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมามีการประกาศเป็นวาระคนอีสาน “กำจัดพยาธิใบไม้ตับลดมะเร็งท่อน้ำดี” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายทุกภาคส่วน พ.ศ. 2558 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกันในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อขับเคลื่อนให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วย 898 ราย จาก 11 จังหวัด มีอัตราป่วย 1.36 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:0.87 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 39.20) มากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 23.39) 45 - 54 ปี (ร้อยละ 22.05) สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 99.7 ลาวร้อยละ 0.3 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรร้อยละ 71.9 ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครอง ร้อยละ 11.4 รับจ้างร้อยละ 10.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาคือภาคเหนือ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2565 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรกคือ อุบลราชธานีร้อยละ 16.64 บุรีรัมย์ร้อยละ 4.94 หนองบัวลำภูร้อยละ 8.84 มหาสารคาม ร้อยละ 0.84 และหนองคายร้อยละ 0.19 อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าทุกพื้นที่โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากโรคนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบซึ่งเป็นวัฒนธรรมของคนอีสานมาเป็นเวลานาน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2565)

จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ สกลนคร (ร้อยละ 6.93) นครพนม (ร้อยละ 5.99) และหนองคาย (ร้อยละ 2.32) และพบว่าจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ เลย (ร้อยละ 18.18) นครพนม (ร้อยละ 18.11) และสกลนคร (ร้อยละ 16.04) (รายงานผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศล กรมควบคุมโรค, 2565)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายได้ดำเนินโครงการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการตรวจคัดกรองไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ในกลุ่มเสี่ยง และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลเสี่ยงสูง อำเภอละ 1 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้าน หากแต่ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัดยังเพิ่มสูงขึ้นโดย พ.ศ. 2561 - 2563 พบ อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.71, 3.80, และ 4.38 ตามลำดับ และมีแนวโน้มลดลงโดย พ.ศ. 2564 - 2565 พบอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 1.86, และ 0.71 ตามลำดับ พบ อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ (51.85 ต่อแสนประชากร) และมีอัตราตายด้วย โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี (30.95 ต่อแสนประชากร) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2565)

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัด หนองคาย ด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการตรวจคัดกรองไข พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงพบว่า พ.ศ. 2559 - 2565 ตรวจพบร้อยละ 2.2, 2.14, 2.42, 3.04, 3.18, 4.08 และ 4.19 ตามลำดับ (ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ, 2565) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ตำบลท่าบ่อมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นมีหนองน้ำ แม่น้ำโขง ห้วยโงง และห้วย ลาน ทำให้สามารถจับปลาได้ตลอดทั้งปี ประชาชนจับปลาจากแหล่งน้ำเหล่านี้เพื่อนำมาประกอบ อาหาร จากการการสำรวจเชิงพื้นที่ด้วยการสัมภาษณ์พบว่าประชาชนส่วนใหญ่นิยมบริโภคปลาดิบ และบางส่วนนำมาจำหน่ายทั้งในรูปแบบปลาสดและนำมาแปรรูป เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ปลาต้ม เป็นต้น นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่ยังมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารสืบทอดมาจากบรรพบุรุษและ ครอบครัว ด้วยการบริโภคปลาดิบในวาระพิเศษต่างๆ เช่น วันสงกรานต์ วันปีใหม่ วันเกิด และวันรวม ญาติ เป็นต้น โดยเฉพาะเมนูปลา ก้อยปลา ข้อมูลที่ปรากฏจากการสัมภาษณ์ในชุมชนให้เหตุผล ว่า การบริโภคปลาดิบทำให้ปลาไม่สุกหวาน มีความสด อร่อย โดยกรรมวิธีการปรุงด้วยวิธีการใส่น้ำ มะนาวลงไปใ้เนื้อปลาคลุกเคล้าและบีบน้ำให้แห้งพอประมาณ จากนั้นนำมาปรุงรสด้วยเครื่องปรุง รวมถึงการต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานอาหารจะส่งผลให้พยาธิตาย (สมจิตร บุญ ยง, 2566) อาจสรุปได้ว่าบริบทพื้นที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมมารับประทาน ปลาดิบ เนื่องจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมการรับประทานปลา ดิบที่คล้ายคลึงกันซึ่งส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มสูงขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะทางด้านสุขภาพที่สำคัญ เป็นความ สามารถของบุคคลในการสืบค้น แสวงหาข้อมูลคัดเลือก และทำความเข้าใจกับข้อมูลทางด้านสุขภาพ นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถส่งต่อข้อมูลด้าน สุขภาพให้กับผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง ความรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy ซึ่งได้มีคำนิยาม ของความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ มากมาย ซึ่งนักสาธารณสุขจำเป็นต้องเลือกว่าจะอยู่ตรงไหน และ

จะนำมาใช้อย่างไร กรอบในการขับเคลื่อนนิเวศวิทยามองว่าทำอะไรให้ทุกระดับสอดคล้องกัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญระดับโลกอย่างเช่น ดอน นัทบีม (Don Nutbeam) ได้กล่าววาระบบต่างๆ ในการทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้นั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฐานทุกระดับของสังคมนั้น ไม่ใช่การสอนคนไข้ หรือให้ข้อมูลชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกัน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมาเน้นที่การจัดการสิ่งแวดล้อม องค์กรต่างๆ ให้ไปในทิศทางสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (ทักษิณีย์ พัสตุ, 2561)

ดังนั้น จากการวิเคราะห์ความสำคัญของปัญหา พบว่าสถิติการตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับของประชาชนในตำบลท่าบ่อเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากประชาชนในตำบลท่าบ่อ ยังมีพฤติกรรมกรกินอาหารเมนูปลาน้ำจืดเกล็ดขาวปรุงดิบ หรือดิบๆ สุกๆ เป็นสาเหตุที่ประชาชนยังมีการติดโรคพยาธิใบไม้ดับ และจากการศึกษาบริบทในพื้นที่ยังพบว่าประชาชนยังขาดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา รูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1.4.1 ด้านพื้นที่ คือ พื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

1.4.2 ด้านประชากร ได้แก่ ผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม รวมจำนวน 122 คน

1.4.3 ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างกันยายน 2567 ถึงมกราคม 2568

1.4.4 ด้านเนื้อหา ในการพัฒนา รูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นโยบายในการแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และเครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความสามารถ และทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพ กลั่นกรองตรวจสอบ ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จนสามารถเลือกวิถีปฏิบัติ ตนเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และสามารถแนะนำคนในครอบครัว และคนอื่นเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1.5.1.1 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ช่องทาง/แหล่งข้อมูลที่บุคคลค้นหาเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ ความสามารถและทักษะของบุคคลในการค้นหา กลั่นกรอง

และตรวจสอบแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

1.5.1.2 ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่ครอบคลุมสาเหตุ การติดต่อ อาการ ปัจจัยเสี่ยง ความเสี่ยง การป้องกัน การรักษา และความเชื่อ

1.5.1.3 ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลที่สื่อสาร และสามารถสื่อสารข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การอ่าน การฟัง การพูดเพื่อขอความช่วยเหลือ ถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

1.5.1.4 การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง

1.5.1.5 การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อ นำเสนอ สามารถวิเคราะห์ข้อความสื่อและตีความหมายข้อมูลที่สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

1.5.1.6 การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการการเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงวิธีการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง โดยสามารถวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และกำหนดเป็นทางเลือกในการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.5.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารที่ปรุงประกอบจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ การไม่รับประทานอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น หม่ำ ปลาดิบ ส้มปลาดิบ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.5.3 ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่จะนำไปสู่การสื่อสารทางสุขภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติตน การจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน

1.5.4 การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนตำบลท่าบ่อได้มาร่วมในการพัฒนาชุมชนตำบลท่าบ่อให้เป็นตำบลรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการร่วมวางแผนและเสนอแนวทางการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

1.5.5 โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการบริโภคปลาดิบ ปลาร้าดิบ หรืออาหารที่ปรุงประกอบจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ ซึ่งสามารถตรวจคัดกรองได้จากการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ

1.5.6 การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง กระบวนการหรือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่ให้ประชาชนหรือชุมชนเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยวิธีการร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ปัญหาพร้อมออกมาตรการในการป้องกันโรค รวมถึงร่วมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในการป้องกันโรค

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

การพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย ก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

1. ใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย
2. สามารถนำข้อมูลและผลของการวิจัยไปใช้ในการกำหนดเป็นมาตรการ และแผนงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชนต่อไปได้
3. เกิดรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยมีขอบเขตการศึกษาในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ แบ่งออกเป็นจำนวน 5 หมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ และจำนวน 15 ชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองท่าบ่อ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบในการศึกษา และจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีประเด็นต่างๆ ในการนำเสนอ ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.2 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.3 แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559-2568
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.6 แนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
- 2.7 แนวคิดหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.8 การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ในตับเกิดจากพยาธิใบไม้ในตับ ชื่อ โอพิทอคิส ไวเวอร์รินาย (*Opisthorchis Viverrini*) ที่เข้าสู่ร่างกายผ่านทางอาหารที่รับประทานเข้าไป อาหารเหล่านี้ มักเป็นอาหารที่ไม่ปรุงสุก เช่น เนื้อดิบ ปลาดิบ รวมถึงพืชผักที่ปนเปื้อนไข่พยาธิ โอกาสเสี่ยงของการได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ในตับจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการปรุงหรือการประกอบอาหาร เช่น การทำก้อยหรือลาปลา นิยมทำจากปลาขาวหรือปลาชิวที่นำมาล้างแล้วขอดเกล็ดออก เอาซี่ปลาออก แล้วสับปลาให้เป็นชิ้นเล็กๆหรือปลาชิวที่มีขนาดเล็กก็ใช้วิธีสับหรือตำในครก พร้อมผสมด้วยข้าวคั่ว พริกป่น ต้นหอม ใบมะกรูดหั่นฝอย และมะนาว แล้วปรุงรสด้วยน้ำปลาหรือเกลือ และผงชูรส พร้อมรับประทานดิบๆ ส้มปลาดิบ นิยมนำปลาดิบ ได้แก่ ปลาตะเพียน ปลาขาวสร้อย ที่นำมาล้างน้ำให้สะอาด แล้วขอดเกล็ด

นำอวัยวะภายในออก ตัดครีบ แล้วนำก้างออก หรือสับให้ละเอียด แล้วนำมาคลุกกับข้าวหนึ่ง กระเทียม เกลือหรือน้ำปลา ผงชูรส เพื่อให้มีรส แต่บางครั้งอาจผ่าปลาเป็นครึ่งซีกหรือแล่เอาเฉพาะเนื้อปลาและนำไปแช่ในน้ำแช่ข้าว เพื่อให้เนื้อปลาดูขาวและแข็ง หลังจากนั้นเอาปลาผสมกระเทียมทุบและใส่เกลือ ผงชูรส ใส่ข้าวเหนียวหนึ่ง และคลุกจนเข้ากันดี แล้วนำไปห่อใบตอง มัดทิ้งไว้ 2-3 คืน จึงนำมารับประทานดิบๆ พฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบหรือปรุงไม่สุกเหล่านี้ จึงเสี่ยงต่อการได้รับตัวอ่อนพยาธิใบไม้ในตับมากกว่าการทำอาหารให้สุกโรคนพยาธิใบไม้ตับ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2565)

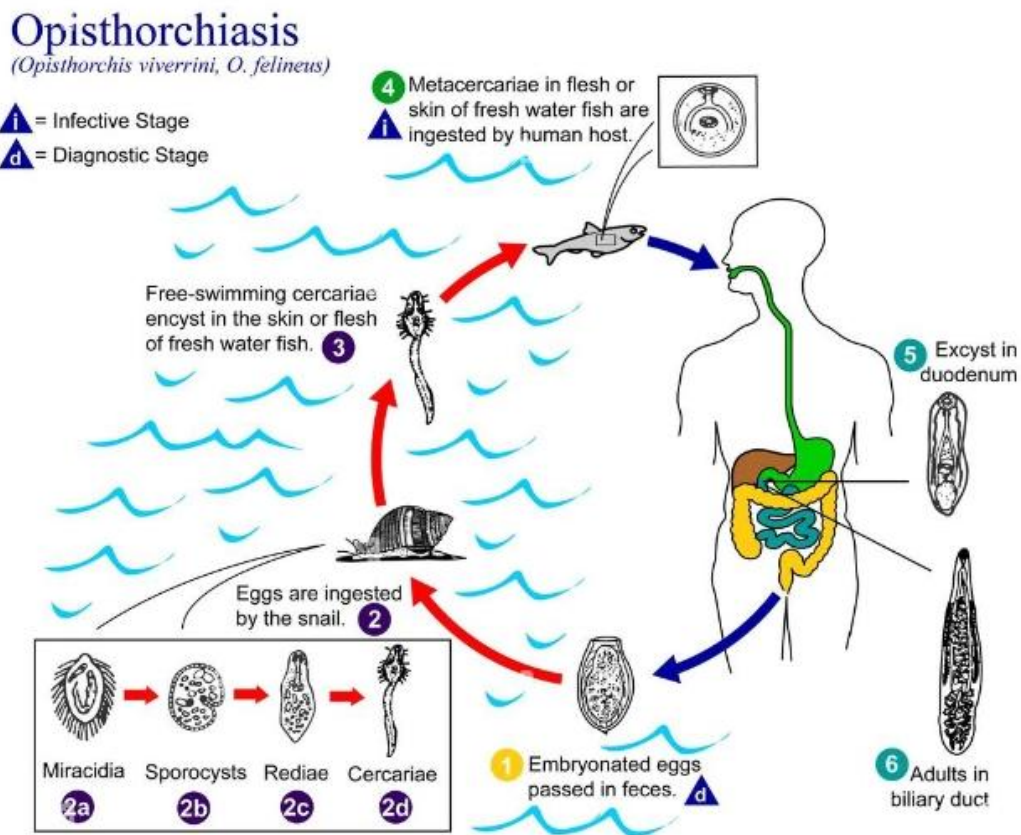
สำหรับประเทศไทยนั้น โรคนพยาธิใบไม้ตับถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.1.1 รูปร่างลักษณะ

พยาธิใบไม้ในตับมีลักษณะรูปร่างคล้ายใบไม้ (ใบกระถิน) ลำตัวมีลักษณะแบนยาว ส่วนท้ายกว้างกว่าส่วนหน้า ลำตัวมีขนาดยาว 5-10 มิลลิเมตร กว้าง 2-3 มิลลิเมตร สีเนื้อลำตัวบางใส มีปากดูด (Oral Sucker) อยู่บริเวณเกือบปลายสุดของส่วนหน้า มีคอหอยมีขนาดเล็ก หลอดอาหารในลำตัวสั้น ลำไส้แยกเป็นสองแขนง ยาวจากด้านข้างลำตัวถึงส่วนท้าย พยาธิใบไม้ในตับแบ่งเป็น 2 เพศ ในตัวเอง บริเวณอวัยวะเพศผู้มีลักษณะของถุงอัณฑะรูปร่างกลม เรียงซ้อนกันคล้ายดอกจิก (Lobed Testes) มีต่อมวิเทลลาเรีย (Vitellaria) บริเวณสองข้างลำตัวเรียงเป็นกระจุก อวัยวะเพศเมียมีรูเปิดของติดกับรูเปิดของอวัยวะเพศผู้

2.1.2 วงจรชีวิตของพยาธิ

ตัวแก่ของพยาธิใบไม้ตับ *O. Viverrini* อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับของโฮสต์เฉพาะเช่นคน สุนัขแมว นอกจากนี้ยังอาจอาศัยอยู่ในถุงน้ำดีหรือตับอ่อนได้ ไช้จะปนออกมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็ก และปนออกมากับอุจจาระถ้าไช้ตกลงสู่แหล่งน้ำ หอยน้ำจืดพวก *Bithynia Species* ซึ่งเป็นโฮสต์กลาง ลำดับที่หนึ่งจะกินไช้พยาธิเข้าไปไช้จะฟักตัวออกมาเป็นไมราซิดียม (Miracidium) แล้วเจริญต่อไปเป็นเซอร์คาเรีย (Cercaria) เซอร์คาเรียจะว่ายออกจากหอยไปฝังตัวในปลาน้ำจืดโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สอง เช่น ปลาแม่สะแต้ง ปลาตะเพียนทราย ปลาสร้อยนกเขา ปลาสุตร ปลากะมัง เป็นต้น พยาธิเจริญต่อไปเป็นระยะติดต่อก็คือเมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ฝังตัวในรูปซีสต์เมื่อคนและสัตว์กินปลาที่มีระยะนี้แบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา เมตาเซอร์คาเรียจะแตกออกจากซีสต์มาอยู่ในลำไส้ส่วนดูโอดีนัมแล้วเดินทางผ่านเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ เดินทางต่อไปถึงท่อน้ำดีเล็กแล้วฝังตัวเจริญเป็นตัวแก่ต่อไประยะเวลาตั้งแต่คนกินตัวอ่อนระยะติดต่อกของพยาธิเข้าไปจนเจริญเป็นตัวเต็มวัย และตรวจพบไช้ในอุจจาระใช้เวลาประมาณ 4 - 8 สัปดาห์ ดังแสดงในภาพประกอบ1



ภาพที่ 1 วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis Viverrini*

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2.1.3 สาเหตุการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ

สาเหตุที่ทำให้การแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ ยังคงมีชุกชุมในบางส่วนของประเทศเนื่องจากปัจจัย 4 ประการ คือ

1) นิสัยในการรับประทานอาหาร ประชาชนที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่มีโรคชุกชุมนิยมรับประทานอาหารดิบโดยเฉพาะอาหารประเภทปลาน้ำจืดดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ

2) การแพร่กระจายของโรคยังมีการดำเนินตลอดเวลา เนื่องจากการที่ชาวบ้านออกไปทำนาและถ่ายอุจจาระลงในน้ำหรือถ่ายอุจจาระตามพุ่มไม้เมื่อฝนตกลงมาก็จะชะอุจจาระลงไปในน้ำทำให้ไข่พยาธิมีโอกาสเข้าไปเจริญในหอยได้

3) แหล่งน้ำต่างๆ มีหอยที่เป็นโฮสต์ตัวกลางที่หนึ่ง และปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลางที่สองอยู่ร่วมกันทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับสมบูรณ์ ตลอดจนภูมิอากาศของประเทศไทยที่เหมาะสมแก่การเจริญพันธุ์ของหอย และปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลาง

4) รัฐบาลสนับสนุนการเกษตรโดยการสร้างแหล่งน้ำให้โดยทั่วไป ซึ่งเป็นการเพิ่มแหล่งเพาะ พันธุ์หอยและปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลาง

2.1.4 อาการ และภาวะแทรกซ้อน

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการและจะไม่ทราบว่าเป็นโรคนี้น จนกว่าจะตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ หรือจนกว่าจะมีอาการของระบบทางเดินน้ำดีอักเสบหรืออุดตัน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะเกิดอาการ ส่วนใหญ่อาการเริ่มปรากฏเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน การแบ่งกลุ่มอาการของผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

1) ไม่มีอาการ พวกนี้มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายน้อย ประมาณ 100 –200 ตัว ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจอุจจาระอาจจะพบไข่พยาธิใบไม้ตับ แต่ก็เป็จำนวนน้อยกว่า 1,000 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม

2) อาการเล็กน้อย ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อยู่เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร บางครั้งรู้สึกร้อนๆ บริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณลิ้นปี่ คลำตับไม่พบตับโต ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณตับ ไม่เคยมีอาการเหลือง อาการเหล่านี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในจำนวนพอสมควร คือตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 1,000-9,999 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม ในระยะนี้ถ้าได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา จะได้ผลดีมาก ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ

3) อาการปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการให้เห็นชัดเจน เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมากจนข้างมากตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 10,000 -30,000 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อยู่เป็นประจำ รวมทั้งมีอาการอาหารไม่ย่อย เจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ และชายโครงขวา หรือชายโครงทั้ง 2 ข้าง มีอาการร้อนบริเวณหน้าท้อง ปวดหลัง อ่อนเพลีย อาการเหล่านี้ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาการขั้นต่อไปคือ อาการของทางเดินน้ำดีอักเสบ ได้แก่ มีอาการดีซ่าน มีไข้ต่ำๆ เจ็บบริเวณตับ ตับโต มักเป็นๆ หายๆ ถ้าอาการค่อนข้างรุนแรงจะเบื่ออาหาร ผอมและมีอาการบวมร่วมด้วย

4) อาการรุนแรง ผู้ป่วยมักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว เนื่องจากได้รับพยาธิใบไม้ตับเข้าร่างกายซ้ำๆ กัน เป็นเวลานานนับสิบปีขึ้นไป มีจำนวนพยาธิใบไม้ในตับมากมาย จะมีอาการเบื่ออาหาร ชูบซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ขาบวม เส้นเลือดดำหน้าท้องเห็นชัด ท่อน้ำดีถูกอุดตัน ตัวเหลืองมาก ตับโต อุจจาระสีซีด ตับโตมากขึ้น อาจเป็นซิสต์ (Cyst) ของตับ ตรวจคลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ หรือจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว นอกจากนี้ ยังมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่มักพบร่วมกับพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับชนิดมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตในที่สุด

2.1.5 การวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ในตับ

การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนั้น สามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

1. การตรวจทางปรสิตวิทยา

1.1 การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ในตับในอุจจาระ

เป็นวิธีตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับที่ดีที่สุด และเชื่อถือได้มากที่สุดในปัจจุบันแบ่งได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจชนิดธรรมดา (Simple Smear หรือ Direct Fecal Smear), วิธีตกตะกอนด้วยน้ำยาฟอร์มาลินและอีเทอร์ (Quantitative Modified Formalin-ether Sedimentation Method) และวิธีของคาโต้ (Kato's Thick Smear) สองวิธีหลังเป็นการตรวจแบบเข้มข้น สามารถตรวจพบไข่พยาธิที่มีจำนวนน้อยได้

วิธีคาโต้ ติก์ สเมียร์ (Kato' Thick Smear) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำสูง สามารถตรวจพบไข่พยาธิได้ถึงร้อยละ 80 โดยมีวิธีการตรวจ ดังนี้

- 1) ตักอุจจาระประมาณ 60 –70 มิลลิกรัม ใส่บนกระจกสไลด์ แล้วปิดด้วยแผ่นกระดาษแก้วเซลโลเฟน
- 2) ใช้จุกยางกดลงบนกระดาษเซลโลเฟน บริเวณที่มีอุจจาระอยู่ เพื่อให้อุจจาระกระจายสม่ำเสมอและบางพอที่จะส่องตรวจได้
- 3) ทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 1 ชั่วโมง หรือที่อุณหภูมิ 34–40 องศาเซลเซียส ประมาณ 20–30 นาที แล้วส่องตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์

ผลการตรวจจำแนกตามจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ ดังนี้

1. การติดเชื้อน้อยไม่รุนแรง (Light) มีจำนวนไข่พยาธิ 1– 999 ใบ/อุจจาระ 1 กรัม
2. การติดเชื้อปานกลาง (Medium) มีจำนวนไข่พยาธิ 1,000 – 9,999 ใบ/อุจจาระ 1 กรัม
3. การติดเชื้อมาก (Heavy) มีจำนวนไข่พยาธิ 10,000–29,999 ใบ/อุจจาระ 1 กรัม
4. การติดเชื้อรุนแรงมาก (Very Heavy) มีจำนวนไข่พยาธิตั้งแต่ 30,000 ใบ/อุจจาระ 1 กรัม

1.2 การตรวจหาตัวพยาธิในอุจจาระ

การตรวจด้วยวิธีนี้จะเป็นการตรวจหาตัวพยาธิในอุจจาระ ซึ่งจะตรวจหลังรับประทานยาถ่ายพยาธิ และให้ยาระบาย โดยเก็บอุจจาระภายใน 24 ชั่วโมง มาตรวจด้วยวิธีตกตะกอน (Sedimentation) ในน้ำเกลือ ถือเป็นวิธีวินิจฉัยที่แน่นอน และบอกชนิดของพยาธิได้

1.3 การตรวจหาไข่ และตัวพยาธิในน้ำดี

จากที่พยาธิใบไม้ในตับตัวเต็มวัยจะอาศัยอยู่ในน้ำดี จึงสามารถตรวจพบไข่ และตัวพยาธิในน้ำดีได้ โดยอาจตรวจจากน้ำย่อยบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น จากตับ และถุงน้ำดีขณะผ่าตัด หรือตรวจศพ

2. การตรวจทางอิมมูโนวิทยา

เป็นการตรวจทางน้ำเหลือง เพื่อหาระดับภูมิคุ้มกันเฉพาะ (Specific Antibody) ในซีรัมผู้ป่วย ซึ่งมักใช้ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาพยาธิในอุจจาระได้ เนื่องจากทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร ผลการตรวจที่เป็นบวกจะพบกลุ่มพยาธิใบไม้ เช่น พยาธิใบไม้ในปอด พยาธิใบไม้ในเลือด และพยาธิใบไม้ในลำไส้ เป็นต้น

2.1.6 การรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับ

การรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบในระยะแรกโดยที่ผู้ป่วยมีอาการน้อยหรือปานกลาง หากเป็นระยะที่มากกว่าที่มีภาวะแทรกซ้อนของตับ และท่อน้ำดีนั้น การรักษาจะเป็นเพื่อฆ่าพยาธิเท่านั้น ส่วนอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จะรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

1. การใช้ยารักษา

ปัจจุบันมีการใช้ยาฆ่าพยาธิ ได้แก่ ยาที่ชื่อพราซิควอนเทล (Praziquantel) ที่ให้ผลดีในระยะที่มีอาการน้อย หรือปานกลาง และไม่มีโรคอื่นร่วม ยาจะไม่มีสี มีรสขมเล็กน้อย ยาจืดูดซึมได้รวดเร็ว ให้ความเข้มข้นสูงสุดภายใน 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 เพียงครั้งเดียวหลังอาหารก่อนนอนจะมีอัตราการหายที่ร้อยละ 89-96

อาการข้างเคียงหลังรับประทานยา อาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ มีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ปวดเมื่อยตามร่างกาย หรือรู้สึกอ่อนๆ ตามตัว หรืออาจมีผื่นขึ้นตามผิวหนัง ส่วนข้อห้ามในการใช้ยานี้ ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์หรือสตรีระหว่งให้นมบุตร และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และในผู้ป่วยที่มีไข้จากโรคบางชนิด

2. การรักษาทางศัลยกรรม

การรักษาแบบศัลยกรรม จะใช้ในผู้ป่วยที่พบว่ามึโรคแทรกหรือเป็นมานาน จนไม่สามารถรักษากลับคืนให้เป็นปกติได้ แม้ว่าตัวพยาธิจะถูกกำจัดไปแล้ว เช่น เกิดภาวะถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ซึ่งพิจารณาตัดถุงน้ำดีออก การมีนิ่วร่วม และทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร ก็จะรักษาด้วยการผ่าตัด

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สรุปได้ว่า โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคพยาธิชนิดหนึ่งที่พบมากในคนไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในพื้นที่ชนบทที่นิยมรับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะเมนูอาหารประเภทปลาดิบ ก้อยปลาดิบ อาหารที่ปรุงด้วยปลาร้าดิบ ซึ่งการติดพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการที่พยาธิใบไม้ตับเข้าไปอาศัยอยู่ที่ทางเดินน้ำดีของมนุษย์ ผ่านทางการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนไข่พยาธิใบไม้ตับ ทำให้คนที่รับประทานอาหารเข้าไปเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งโรคพยาธิใบไม้ตับนี้สามารถตรวจคัดกรองได้ด้วยการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ และทำการรักษาโดยการให้ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาผู้วิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.2 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลักในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีหลักทั่วไปดังต่อไปนี้

มาตรการที่สำคัญของการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. การป้องกันโรคและคัดกรอง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการเรียนการสอน หลักสูตรพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาทุกช่วงชั้น การจัดการสิ่งแวดล้อมสิ่งปฏิกูลโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ประชาชนได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับที่ทั่วถึง และครอบคลุมต่อเนื่อง

2. การพัฒนา การวินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อ ต้องพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยให้ถูกต้องแม่นยำ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะเริ่มแรก (Early Stage-stage I, II) จะสามารถผ่าตัดรักษาให้หาย และช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ (Curative Surgery) (มีผู้ป่วยรอรับการผ่าตัดมากกว่า 1,000 คน/ปี) มีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วทันเวลา

3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว ทั้งในระดับสถานบริการ ครอบครัวชุมชน ผสมผสานด้วยการแพทย์แผนไทย

4. การวิจัยและการจัดการข้อมูล ต้องการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์เพื่อให้ได้องค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบใช้ฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และประเด็นวิจัยในทุกประเด็นทุกระดับชั้น

มาตรการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ได้แก่

1. การคัดกรองสุขภาพ

1.1 ตรวจสอบคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป และให้การรักษากล้าตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

1.2 ตรวจสอบคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลชุมชน เมื่อพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการผ่าตัดรักษา

2. การให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและนักเรียน ทั้งในระบบการศึกษาปกติ (โรงเรียน) และการศึกษานอกระบบ (ตามอัธยาศัย) เพื่อสร้างพฤติกรรมไม่กินปลา น้ำจืดเกล็ดขาวดิบ ปรงดิบ การขับถ่ายอุจจาระลงส้วม

3. การจัดการการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดการติดเชื้อในคน ปลาปลอดเชื้อ ลดการติดเชื้อในสัตว์รังโรค หอย สุนัข แมว เป้าหมายการปลอดพยาธิในคนและสัตว์

4. การจัดทำฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาและระบบฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบวงจร และครอบคลุมถึงระดับชุมชน

5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยทีมหมอครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative) ที่มีผลการผสมผสานการดูแล ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบ่งออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันโรคโดยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น

1) การให้ข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว ประชาสัมพันธ์หรือเว็บไซต์ เป็นต้น เพื่อสร้างกระแสและตระหนักแก่ประชาชนในวงกว้างเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) การรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงด้วยวิธีต่างๆ เช่น การเดินพาเหรด การประกวด แข่งขัน ฯลฯ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3) การออกกฎหมายชุมชน มาตรการชุมชน เพื่อห้ามหรือจัดการกระทำที่เสี่ยงต่อผู้บริโภค เช่น ห้ามจำหน่ายอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงไม่สุกหรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้า ลาบปลาดิบ ฯลฯ

4) การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกกลุ่มเป้าหมาย

5) การให้สุขศึกษาในรายบุคคล ในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูง และบุคคลครอบครัว

การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) คือการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษามีประสิทธิภาพอย่างทันท่วงที โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงประวัติกินปลาดิบ ยาถ่ายพยาธิ ญาติสายตรงป่วยหรือตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี เป็นต้น

การป้องกันในระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันโรคภัยหลังจากการมีอาการ หรือหลังจากการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลแล้วสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เป้าหมายการดูแล โดยทีมหมอครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative) ที่ดีมีการผสมผสานการดูแล ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย เพื่อลดความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

จากการศึกษาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สรุปได้ว่า การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้มาตรการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ สำหรับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในทุกระดับนั้น ต้องอาศัยกลวิธีที่เหมาะสมและจะต้องได้รับการพัฒนาปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ต่างๆ เนื่องจากที่ผ่านมามีกระบวนการให้สุขศึกษาและการสร้างความตระหนักต่างๆ ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงเลือกการป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันโรคโดยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อสร้างกระแสและความตระหนัก สร้างความรอบรู้แก่ประชาชนในวงกว้างเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.3 แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559 - 2568

แนวคิดหลักของยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คือพัฒนาและอ้างอิง จากการมีปัจจัยเสริมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สร้างภูมิคุ้มกัน และสภาวะของทั้งสังคม สามารถลดโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ภายใต้ปรัชญาและแนวคิดการบูรณาการระบบสุขภาพของทั้งสังคม การมองถึงบริบทแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

วิสัยทัศน์

ภายในพ.ศ. 2568 ประชาชนคนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พันธกิจ

1. เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการและเป็นระบบ สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
2. ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ ครบวงจร ท้าถึง มีประสิทธิภาพ ด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยผสมผสานกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

เป้าประสงค์

1. ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน
2. กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาค และได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมจนวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life)

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (พ.ศ. 2559-2568)

เพื่อลดการป่วยและตาย ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้กำหนดยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (พ.ศ. 2559-2568) ขึ้น ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ 21 กลยุทธ์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบาย ทิศทางและการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการผลักดันทางนโยบาย การสนับสนุนและการกำกับให้มีความต่อเนื่องด้านการเฝ้าระวังป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อให้มีระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบาย
3. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 ผลักดันให้มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการจัดทำเป็นนโยบายสาธารณะในทุกระดับ เช่น การออกเป็นกฎข้อบังคับหรือกฎหมาย การออกเป็นเทศบัญญัติ ข้อกำหนด เช่น การกำจัดสิ่งปฏิกูล มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 ให้การเชิดชูและรางวัลแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน หมู่บ้าน
อำเภอ จังหวัดที่ดำเนินการเข้มแข็ง

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งใน
ประเทศ และภูมิภาคลุ่มน้ำโขง**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งใน
ประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง
2. เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วย
มะเร็งท่อน้ำดี
3. เพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรค
พยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

กลยุทธ์ที่ 2 จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและ
มะเร็งท่อน้ำดีทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

กลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มการถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ พัฒนาระบบการให้คำแนะนำในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยการใช้สื่อที่หลากหลายในรูปแบบที่
เหมาะสมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิในปลา ในคน รวมถึงการเฝ้าระวัง
พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ซึ่งพบปัญหาสูง

กลยุทธ์ที่ 5 บูรณาการความร่วมมือในการป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ
ในคน สัตว์รังโรคและการดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระดับประเทศและประเทศใน
ภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพการคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณา
การ**

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อทั้งระบบ
อย่าง บูรณาการ

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพการคัดกรอง การวินิจฉัยให้ได้มาตรฐาน มีความถูกต้อง แม่นยำและเข้าถึงง่าย

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการรักษาจนกระทั่งถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อให้มีความต่อเนื่องและรวดเร็วในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ หรือสูงกว่า)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ในการป้องกันควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีและการดูแลผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ

2. เพื่อให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดความตระหนักต่อปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ได้มาตรฐานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค

กลยุทธ์ที่ 3 สนับสนุนให้มีการสร้างวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงสุกด้วยความร้อนและนวัตกรรม อาหารปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนโดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง

กลยุทธ์ที่ 4 ใช้มาตรการทางสังคมสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายแบบครบวงจรในชุมชน โดยผสมผสานภูมิปัญญาทางแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนเพื่อพัฒนาความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นระบบเดียว

กลยุทธ์ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1 จัดทำแผนที่การวิจัยให้ครอบคลุมมิติที่สำคัญต่างๆ ในการสนับสนุนแต่ละยุทธศาสตร์

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ตามแผนที่การวิจัย และการจัดการความรู้ด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นระบบ

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ เพิ่มประสิทธิภาพของระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกรมฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

กลยุทธ์ที่ 4 ร่วมมือการศึกษาวิจัยกับประเทศลุ่มแม่น้ำโขง รวมถึงการศึกษาแลกเปลี่ยนรูปแบบการควบคุมและการดูแลรักษา

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

จากการศึกษา แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559 -2568 สรุปได้ว่า แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการป่วยและตาย ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการเชิงนโยบายและการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศ และภูมิภาคในลุ่มน้ำโขง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการส่งต่อทั้งระบบบูรณาการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กร ท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกันทำในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยโรคมาเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนให้ เด็ก เยาวชน ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับจากการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดในยุทธศาสตร์ที่ 2 จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลยุทธ์ที่ 5 เสริมสร้างความเข้มแข็งของการเฝ้า ระวัง คัดกรอง

ป้องกัน ควบคุมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการในทุกภาคส่วน มาเป็นแนวทางในการป้องกันโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมหลักการและแนวคิดองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีหลาย องค์ประกอบที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ แนวคิดขององค์การอนามัยโรค (1998) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะ ที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน

แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่ จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative /Interactive Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่ การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical Literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการประเมิน ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพ ของตนเองให้คงดีอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของ Shoou-Yih D. Lee (2004) ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) ความรู้เรื่องโรคและ การดูแลตนเอง (Knowledge of Disease and Self-care)
- 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Behavior)
- 3) การดูแลป้องกันและการตรวจสุขภาพ (Preventive Care and Physician Visits)
- 4) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Compliance with Medications)

เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพน้อยก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมไปถึงการไม่ปฏิบัติตาม การรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาการดูแล ตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษา

แนวคิดของ Rootman (2004) ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) การรู้หนังสือด้านทั่วไป (General Literacy) เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวน การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ
- 2) การรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์และสื่อต่างๆ เป็นต้น

แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) กับการรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่นๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวน การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ และการรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่างๆ เป็นต้น โดยการรู้หนังสือที่ต่ำหรือสูงในทุกด้านจะส่งผลต่อ สถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรง ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำสั่งของแพทย์ ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา การปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมอันเกิดจากความสามารถในการรู้หนังสือ อาจจะไม่เห็นผลตรงๆ แต่กลับมีผลกระทบต่อสุขภาพตามมาอย่างมาก ได้แก่ ความเครียด สิ่งแวดล้อมในการทำงาน รายได้ การรู้จักเลือกรับบริการ และวิถีในการดำรงชีวิตในแนวทางในการเพิ่มหรือพัฒนาให้เกิดความรู้เท่าทันสุขภาพ คือ

1. การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) การสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การพัฒนาศักยภาพ (Capacity Development) ด้วยการจัดโปรแกรมให้สุศึกษาและอบรม (Education and Training)
3. การพัฒนาชุมชน (Community Development) โดยเพิ่มพลังอำนาจแก่ชุมชน โดยให้ชุมชนสามารถ ดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตตามบริบทของแต่ละชุมชน
4. การพัฒนาองค์กร (Organizational Development) โดยการพัฒนาสถานที่ต่างๆ (Settings) เช่น ที่อยู่อาศัย สถานศึกษา ที่ทำงาน เพื่อให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น
5. การพัฒนานโยบาย (Policy Development) โดยการนำนโยบาย กฎหมาย กฎข้อบังคับให้เกิดการบังคับใช้
6. การผสมผสาน (Combined Approach) เป็นการ นำวิธีการต่างๆ ที่กล่าวมา เพื่อปรับใช้ด้วยกัน โดยแนวทางต่างๆ จะนำไปสู่การเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

แควน ฟรานกิส และรูทแมน (Kwan, Frankish & Rootman, 2006) ได้กล่าวถึงความหมายที่สะท้อนถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพว่า ประกอบด้วย (1) การเข้าถึง/แสวงหาสืบค้นข้อมูล (2) การทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ (3) การวิเคราะห์ แปลความหมายประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ และ (4) การสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงรักษาภาวะสุขภาพที่ดีนั้นจนตลอดช่วงชีวิต

แนวคิดของ Nutbeam (2008) “Conceptual Model of Health Literacy as a Risk” ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

- 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access)
- 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive)
- 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)
- 4) การจัดการตนเอง (Self-management)
- 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)
- 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)

แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical Care) และการพัฒนา สุขภาพของประชาชน (Public Health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการ วิจัยการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และการส่งเสริมสุขภาพจะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการ ควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

แนวคิดของ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) The Health Literacy Pathway Model” ประกอบด้วย

- 1) ความรู้สุขภาพ (Health Knowledge)
- 2) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management Skills)
- 3) ประสิทธิภาพในการสืบหาข้อมูลการข้อมูล (Active Information Seeking and Use)
- 4) ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively Communicating with Health Professionals)
- 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกในการรักษา (Seeking and Negotiating Treatment Options)
- 6) การตัดสินใจ (Decision Making)
- 7) ผลลัพธ์ของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy Outcomes)

โดยมีขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตัวเอง โดยความรู้พื้นฐานนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพหรือผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือเรื่องสุขภาพกับเพื่อนและ ครอบครัว การรับสื่อสุขภาพ ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติ ด้านการรู้เท่าทันสุขภาพ จะแสดงถึงความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหาและการใช้ข้อมูล (เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการแสวงหาข้อมูลและการวิเคราะห์ความสำคัญของข้อมูล) และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การฉีดยาด้วยตนเอง การจัดระดับน้ำตาล ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพจะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความฉลาดทางสุขภาพเป็นทักษะเกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผลิตข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของทางเลือกในการรักษา อย่างไรก็ตามบางคนสามารถจะผลิตข้อมูลทางสุขภาพของตัวเอง หลังจากการการพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการค้นหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเองที่ได้จากทักษะ ขั้นตอน ที่ 3 ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพ เพื่อเป็นทางเลือกและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป ขั้นที่ 5 การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้สร้างให้เกิดความเข้มข้นในการตัดสินใจทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพโดยบุคคลที่มีพฤติกรรม ในขั้นนี้จะมีพฤติกรรมจากขั้นที่ 1 ผ่านขั้นต่างๆ มาถึงขั้นที่ 5 อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอน อาจมีการสลับขั้นตอนกันได้

แนวคิดของ Sorensen et al. (2012) “Integrated Model of Health Literacy”

ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึง (2) การเข้าใจ (3) การประเมิน และ (4) การปฏิบัติ อธิบายได้ ดังนี้

- 1) การเข้าถึง (Access) หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
- 2) เข้าใจ (Understand) หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ
- 3) ประเมินความสามารถ (Appraise) ในการอธิบายการตีความตัวกรอง ผู้พิพากษา และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ การเข้าถึง และ
- 4) การปฏิบัติ (Apply) ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูล ในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ

กองสุศึกษาเสนอว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) หมายถึง การที่บุคคลรู้ว่าจะหาข้อมูลสุขภาพ หรือบริการสุขภาพได้จากแหล่งใด สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ มีความเข้าใจ ประเมิน วิเคราะห์ความถูกต้อง ของข้อมูลสุขภาพ หรือบริการสุขภาพ สามารถนำข้อมูลนั้นไปใช้ได้

2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การที่รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สามารถอธิบายเหตุผล ของการปฏิบัติตัวนั้นๆ ได้ สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบผลของการปฏิบัติตัว ที่แตกต่างกันได้

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการอ่าน บันทึก ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการบอกทางเลือกในการ ปฏิบัติของตนเองได้ รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบจุดเด่น จุดด้อย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจแต่ละแนวทางเลือกได้

5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) หมายถึง การที่บุคคลสามารถตรวจสอบความ ถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ สามารถเลือกรับสื่อหรือชี้แนะแนวทาง ในการบริโภคสื่อที่ถูกต้อง ให้กับผู้อื่นได้

6) การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง บุคคลมีความสามารถในการ กำหนดเป้าหมาย วางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถทำตาม แผนที่กำหนดได้ รวมทั้งมีการทบทวนการปฏิบัติตนนั้นเพื่อนำมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ ตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) คือความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี เป็นการกระทำด้วยการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ รวมทั้งประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางด้านสุขภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายให้มีการตัดสินใจ เลือกรูปแบบการปฏิบัติตนในชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งในแง่ของการดูแลสุขภาพ การจัดการสุขภาพ ตนเอง พร้อมทั้งดำรงรักษา สุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งช่วงชีวิต ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาใช้ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนใน

โรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.5 แนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี เป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ ประชาชนมีสุขภาพะที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และการปรับโครงสร้างไปสู่ประเทศไทย 4.0 ใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนกำหนดวิสัยทัศน์ “ระบบสุขภาพเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 5 เรื่อง คือ (1) ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง (2) คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพะที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร (3) เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสะดวก เหมาะสม (4) มีบุคลากรด้านสุขภาพในสัดส่วนที่เหมาะสม และ (5) การมีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

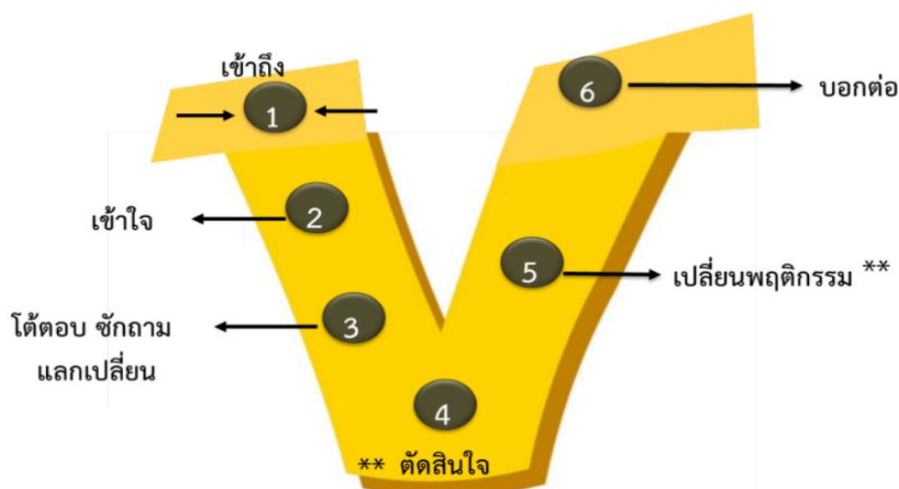
ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กลุ่มหรือองค์กรที่อยู่ภายในตำบลเดียวกัน ซึ่งอย่างน้อยประกอบด้วย รพ.สต. หมู่บ้าน และโรงเรียน มีการดำเนินงานพัฒนาให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองด้วยการจัดกิจกรรมเรียนรู้ฝึกทักษะ และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพและการเสริมสร้างสุขภาพอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมกับวิถีชีวิตก่อให้เกิดสุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี สามารถป้องกันโรค และภัยสุขภาพให้แก่ ตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้นำสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

Don Nutbeam (2000, 2008) ได้เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องพัฒนาทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) นักพัฒนาจึงต้องตระหนักไว้เสมอว่า การออกแบบ

กระบวนการพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนา มิใช่มองการพัฒนาเพียงทักษะขั้นพื้นฐาน หรือ Functional Health Literacy เท่านั้น แต่ต้องตระหนักว่าความสามารถพื้นฐานเหล่านี้ เป็นความสามารถที่สำคัญต่อการใช้ชีวิตและการทำงานเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดี การพัฒนาขั้น ปฏิสัมพันธ์ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบตัวและคนในสังคม ทำให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความร่วมมือในการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับตนเองและเอื้อสำหรับการมีสุขภาพดีร่วมกัน และการพัฒนาขั้นวิจารณ์ญาณ จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และแยกแยะได้ลึกซึ้ง เพื่อการตัดสินใจและการจัดการที่ดี การจัดกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละครั้ง ต้องทำการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ว่ามีความสามารถขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) มากน้อยเพียงใด มีความสามารถด้านการอ่าน การฟัง การพูด การเขียนดีแล้วหรือไม่ หรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ซึ่งต้องส่งเสริม ในขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ด้วยการฝึกทักษะเรื่องการไต่ถามหรือการใช้คำถามและการสื่อสาร ซึ่งถือเป็นจุดอ่อนของคนไทยทุกกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการเรียนรู้มักจะขาดการซักถามหรือไม่เปิดโอกาสให้มีการคลายข้อสงสัยโดยเฉพาะการซักถาม ซึ่งทำให้ไม่รู้ว่าเมื่อเรียนรู้ไปแล้วผู้เรียนมีความเข้าใจถูกหรือเข้าใจผิดอย่างไร ผู้สอนก็ไม่ทราบว่าคุณเรียนเข้าใจสิ่งที่เรียนรู้ไปแล้วหรือไม่ อะไรบ้างที่เข้าใจ อะไรบ้าง ที่ยังไม่เข้าใจ อะไรบ้างที่สงสัยต้องการให้เพิ่มเติม อะไรบ้างที่ผู้เรียนมีความสนใจและต้องการให้ขยายความรู้เพิ่มเติม ซึ่งจะต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) เพื่อพัฒนาความคิดอย่างมีเหตุผล ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดี นำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและจัดการปัญหา ด้วยตนเองได้จึงจะพัฒนาให้บุคคลมีความรอบรู้ได้สมบูรณ์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้กำหนดเป็น 6 ระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลเมือง 4.0 (Smart Thai People 4.0) ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ซักถาม ประเมิน ตัดสินใจ รับผิดชอบต่อ และบอกต่อ ตามกระบวนการเรียนรู้สู่ความรู้ด้านสุขภาพ (V-Shape)





ภาพที่ 2 กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ในการนำ V-Shape เข้ามาในชุมชน เราต้องหาให้ได้ว่าในชุมชนมีคนเข้าถึง Message ก็คน และเข้าใจอย่างไร มีข้อซักถามอะไรบ้าง ซึ่งเป็นวิธีที่พยายามเปลี่ยนโดยใช้ทฤษฎี Positive Deviance ค้นหาคนที่ทำดีในชุมชน ชุมชนที่ทำได้ดี โดยเฉพาะกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นเรื่องสื่อสารให้คนเข้าใจ ได้เลี้ยงตั้งเป้า ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพอื่นๆ อาทิ พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพต่างๆ

จากการศึกษาประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ มีรูปแบบการพัฒนาหลายรูปแบบและมีขั้นตอนแนวทางหลายแนวทางของการพัฒนา ในงานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยจะนำการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคล มีการควบคุมคุณภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) (2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) (4) การจัดการตนเอง (Self-management) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) (6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) มาใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.6 แนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2552 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมีการพัฒนาต่อเนื่องเป็นตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ พ.ศ. 2561 จำนวน 7,255 ตำบล พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้มีนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองนโยบายดังกล่าว ด้วยการพัฒนากลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็นผลผลิต (Output) ในแต่ละพื้นที่ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งพื้นที่ระดับตำบลถือเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นที่ (Area Management) ที่มีทุนเดิมของตำบลจัดการสุขภาพ 4 องค์ประกอบ คือ มีทีมผู้นำ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ มีการจัดทำแผนดำเนินงานของชุมชนโดยมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และมีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เพิ่มเติมในมิติคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ และต้นแบบการจัดการคุณภาพชีวิต พ.ศ. 2562 มีการดำเนินการสร้างพื้นที่ต้นแบบชุมชนสร้างสุข พัฒนารูปแบบที่ควรจะเป็นในการพัฒนาชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเชื่อมโยงกับ พชอ. และพัฒนากลไกความร่วมมือแบบบูรณาการในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่มีเป้าหมายเดียวของงานปฐมภูมิ ทั้งที่เป็นชุมชน รัฐ และเอกชนจัดให้มีกิจกรรมและเชื่อมบริการกัน เกิดระบบจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต เกิดกลไกความร่วมมือ เกิดผลลัพธ์ระยะสั้น คือ เกิดคณะทำงานชุมชนสร้างสุขที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ เชื่อมการทำงานระหว่าง พชอ. กับพื้นที่ตำบล และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ สนับสนุนให้ทุกตำบลดำเนินการต่อยอดสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ขยายพื้นที่ต้นแบบโดยกระบวนการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 กระบวนการ ดังนี้

- (1) กำหนดเป้าหมายการสร้างสุขทบทวนตนเองอะไรคือความสุขกายสุขใจ สุขเงินของคนในตำบล
- (2) สื่อสารเรียนรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล สร้างความเข้าใจในชุมชน
- (3) การจัดการชุมชนและวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อชุมชนสร้างสุข
- (4) จัดกิจกรรมสร้างสุขและดำเนินงานในชุมชนเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน”
- (5) ประเมินตนเอง ผลที่เกิดขึ้นกับประชาชน สิ่งที่ประชาชนได้รับหรือคืนกลับ ปัญหา ลด สุขกาย สุขใจ สุขเงิน

โดยการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีขั้นตอนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน ได้แก่

- (1) การสร้างทีมงาน
- (2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน
- (3) จัดทำแผน
- (4) จัดกิจกรรมการเรียนรู้
- (5) เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ
- (6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- (7) ประเมินผล

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาตามบริบทและหรือประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) ทีมนำและเครือข่ายขับเคลื่อนงาน (Team)
- (2) แผนการดำเนินงานของชุมชน (Plan)
- (3) กิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา (Activity)
- (4) มีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพ

ชีวิต (Result)

จากการทบทวนพัฒนาการของตำบลจัดการสุขภาพสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปว่า ประเทศไทยได้มีการพัฒนากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนตามบริบท ทั้งเรื่องการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยมีกระบวนการสร้างทีม การวางแผนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการจัดกิจกรรมในชุมชน และเกิดผลลัพธ์ที่ตอบสนองความจำเป็นของชุมชนตามบริบทของพื้นที่ มาใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

2.7 แนวคิดหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัยหรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเองเป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลาย วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัย เข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบ ในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษากลุ่มทดลองแต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิดหลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

2.7.1 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค (Technical Action Research) โครงการที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคนั้น ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัย แต่ในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุง

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานช่วยกันกำหนดปัญหา และเป็นเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่างๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหาเกิดหลังจากการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานต่างก็เข้าใจกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้แสวงหาหนทางเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติ โดยใช้สติปัญญาของผู้ร่วมปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญ ทำไปแก้ไขไปแล้วแต่สถานการณ์

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธการทั้งปวง (Emancipatory Action Research) หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การวิจัยประเภทนี้ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระเสรี โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึก มีวิจารณ์ญาณส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการของวิธีการประเภทนี้ คือ ประการแรก การทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (กับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่) กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา ประการที่สองซึ่งมีเป้าหมายเหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้ โดยใช้ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

ความแตกต่างของวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ประเภท ไม่ใช้อยู่ที่วิธีการวิจัย แต่เป็นเรื่องของข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) และทัศนะการมองโลกของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสาเหตุของความหลากหลายในการนำวิธีการวิจัยไปใช้ ในบางกรณีกระบวนการแก้ไขอาจจะไม่นำไปสู่ความสำเร็จ อันเป็นเหตุที่จะนำไปสู่การทดลองความคิดใหม่ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่ ด้วยเหตุนี้โครงการวิจัยหนึ่งอาจนำไปสู่โครงการวิจัยอีกโครงการหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อไปก็ได้ จากขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในกระบวนการวิจัยนี้เมื่อก้าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานมีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัย (Kemmis S. and R. McTaggart, 1988) ดังนี้

1) **ขั้นวางแผน (Planning)** เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาพร้อมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับใครมีแนวทางในการแก้ไขอย่างไรและจะต้องปฏิบัติอย่างไร

2) **ขั้นปฏิบัติ (Action)** เป็นการนำแนวความคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นการวางแผนมาดำเนินการโดยการวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วยเพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผนฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีคามยืดหยุ่นปรับได้

3) **ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)** เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูลเข้ามาช่วย

4) **ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)** เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการผ่านการถกอภิปรายปัญหาการประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2.7.2 ลักษณะสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ

2.7.2.1 **จับงานที่ตนปฏิบัติอยู่ ลงมือดำเนินการด้วยสรรวิธีเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข**

2.7.2.2 **กระบวนการดำเนินการโดยผ่านวงจรต่อเนื่องกันเป็นชุดๆ เป็นวงจรเกลียวสว่าน (วงจรหนึ่งประกอบด้วย วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต รวบรวมข้อมูล และสะท้อนผล) ซึ่งวนอย่างเป็นระบบและปฏิบัติการอย่างมีวิจารณ์ญาณ การปฏิบัติมีความสอดคล้องรองรับกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันจนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้น**

2.7.2.3 **ลักษณะการตอบสนองทันเวลาทันเหตุการณ์ในขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ**

2.7.2.4 กิจกรรมทุกระยะสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานหรือผู้ร่วมงานรับรู้ เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแลกเปลี่ยนความเห็น วิพากษ์วิจารณ์ถึงกระบวนการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และพยายามให้การร่วมด้วยช่วยกันดำรงคงอยู่ เพราะเป็นการช่วยควบคุมกระบวนการของการปฏิบัติให้มีความเหมาะสมไปในตัวด้วย

2.7.3 ขั้นตอนในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาความเป็นไปได้และเหมาะสมที่จะใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบประยุกต์ของการค้นหาข้อเท็จจริงที่เป็นระบบและมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อหลายๆ สถานการณ์ ผู้วิจัยอาจใช้เพื่อนำเสนอประเด็นปัญหา ซึ่งโดยปกติจะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การทำงานของผู้วิจัยหรือในชุมชนของผู้วิจัย การทำวิจัยดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการทดสอบทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา โดยหลักการแล้วการที่จะช่วยให้กระบวนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายซึ่งเป็นผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากผลการวิจัยนั้นและเป็นผู้ที่สามารถมาร่วมในโครงการวิจัยนั้นๆ ได้ นอกจากนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ยังต้องการความเข้าใจถึงวิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายทั้งในรูปแบบของปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การวางแผนเชิงปฏิบัติการต่อไปได้

ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหาที่จะศึกษา เงื่อนไขที่สำคัญที่สุดในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือปัญหานั้นๆ ต้องได้รับการแก้ไข ปัญหาดังกล่าวต้องเป็นปัญหาในเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยเผชิญอยู่หรือในชุมชนของผู้วิจัยเอง (Kemmis S. & Wilkinson M., 1998) ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาถึงประเด็นปัญหาที่จำเป็นต่อการค้นคว้าด้วยกระบวนการไตร่ตรองที่ดีโดยอาจจะบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นหรือเขียนเป็นลักษณะคำถามที่ต้องการค้นคว้าหาคำตอบวิธีการเดียวที่จะเริ่มต้นการศึกษาค้นคว้าคือการหาประเด็นการวิจัย ในระหว่างการเริ่มต้นหาประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไ่นั้น ผู้วิจัยอาจจะเกิดปัญหาที่ตามมาหลายประการในตอนเริ่มต้นของการวิจัย ผู้วิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูล ประเมินผลข้อมูลที่ได้มาหรือแม้แต่การทดลองวางแผนการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 ระบุแหล่งที่จะช่วยกำหนดปัญหา การสืบหาจากแหล่งค้นคว้าที่หลากหลายจะช่วยในการศึกษาปัญหา วรรณกรรมและข้อมูลที่มีอยู่จะช่วยในการสร้างแบบแผนในการลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีการทบทวนค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพิจารณาถึงผลการวิจัยที่ผ่านมา การสอบถามเพื่อนผู้วิจัยเพื่อขอคำแนะนำจะช่วยเริ่มต้นการวิจัยได้เป็นอย่างดี การเข้าร่วมทีมงานทำงานวิจัยผู้ที่มีความรู้ในชุมชน หรือศึกษากับบุคคลที่เคยทำวิจัยเชิงปฏิบัติการมาก่อนก็สามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจในระหว่างการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ด้วยเช่นเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 4 ระบุข้อมูลที่ต้องการ วางแผนยุทธวิธีในการรวบรวมข้อมูล หมายความว่าผู้วิจัยต้องตัดสินใจว่าใครจะสามารถให้ข้อมูลกับท่านได้ กลุ่มเป้าหมายก็คนที่ จะทำการศึกษาวิธีการเข้าถึงคนเหล่านั้น ความกลมกลืนและการสนับสนุนที่ผู้วิจัยคาดหวังจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจำเป็นต้องเสนอรูปแบบของการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อคณะกรรมการเพื่อทบทวนความเป็นไปได้ด้วยสิ่งที่จะต้องพิจารณาต่อไปคือข้อมูลชนิดใดที่ผู้วิจัยต้องการรวบรวม เป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพหรือทั้งสองรูปแบบ มันจะช่วยให้ผู้วิจัยได้เข้าใจถึงความเป็นไปได้ของข้อมูลที่จะนำมาใช้ทั้งสองรูปแบบโดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพใน 3 ลักษณะ (Mills Geoffrey E., 2000) ได้แก่ ด้านประสบการณ์ด้วยวิธีบันทึกการสังเกตและการสนทนาด้านการค้นหาด้วยวิธีการสอบถามจากบุคคลและด้านการตรวจสอบด้วยวิธีการบันทึก

ขั้นตอนที่ 5 การนำข้อมูลมาใช้ การรวบรวมข้อมูลจะต้องใช้เวลาอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้วิจัยเก็บข้อมูลมาจากหลายแหล่ง นอกจากนั้นผู้ร่วมทีมทำงานอาจมีเวลาจำกัดในการที่จะดำเนินการตามแผนการเก็บข้อมูลหรือการสัมภาษณ์ทั้งหมด ความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกรวบรวมมา การนำข้อมูลมาแยกเก็บเป็นประเภท การระบุกำหนดประเภทข้อมูล การวิเคราะห์ประเภทข้อมูลและรวมถึงการพิจารณาคุณภาพของข้อมูลที่ได้มาเป็นสิ่งสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอาจดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองหรือขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในวิเคราะห์ข้อมูลโดยเฉพาะ อาจจะแสดงผลการวิจัยให้กับผู้อื่นได้ช่วยในการตีความในสิ่งที่ค้นพบ อาจจะใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มย่อยหรือศึกษาความสัมพันธ์ในหลายๆ ตัวแปรก็ได้ แต่โดยทั่วไปการใช้สถิติเชิงบรรยายก็ถือว่าเป็นการเพียงพอแล้วสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล สิ่งสำคัญคือการจัดการกับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการวางแผนปฏิบัติการต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การวางแผนปฏิบัติการ แผนปฏิบัติการอาจเป็นข้อความที่เขียนไว้แบบไม่เป็นทางการ หรือเป็นแผนปฏิบัติการที่มีวิธีการหลากหลายในการจัดการกับปัญหา หรือรวมถึงการแบ่งปันสิ่งที่ได้เรียนรู้มา แผนอาจเขียนไว้อย่างเป็นทางการหรือทำเป็นเพียงเค้าโครงกว้างๆ อาจพัฒนาขึ้นมาจากความร่วมมือของผู้ทำวิจัยเองก็ได้ สิ่งสำคัญอยู่ที่ว่ามีวิธีที่จะนำความคิดนั้นๆ ไปทดลองแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่แล้ว

ขั้นตอนที่ 8 การนำแผนปฏิบัติการไปใช้และการตรวจสอบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการในหลายๆ โครงการหมายถึงการนำแผนที่วางไว้ไปดำเนินการและตรวจสอบดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ สิ่งนี้รวมไปถึงความพยายามในการที่จะแก้ไขปัญหา การติดตามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น การพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องย้อนกลับไปดูคำถามของการวิจัยที่ต้องการหาคำตอบโดยเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่เกิดขึ้นนั้น

2.7.4 ข้อดีหรือประโยชน์จากการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7.4.1 วิจัยเชิงปฏิบัติการใช้กับงานที่กำลังดำเนินการอยู่ โดยผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ทำงานในฐานะเป็นแหล่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สามารถใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมปกติได้ คนที่เลือกใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการเนื่องจากไม่สามารถหาวิธีวิจัยอื่นที่สามารถให้บูรณาการเข้ากับงานภาคปฏิบัติได้ โดยเฉพาะลักษณะสำคัญ คือ ความยืดหยุ่น

2.7.4.2 เมื่อผู้ปฏิบัติงานใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการเพราะมีศักยภาพที่จะเพิ่มพูนปริมาณของการเรียนรู้อย่างจริงจังจากประสบการณ์ของตนเอง วงจรของวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถจัดว่าเป็นลักษณะอย่างเดียวกับวงจรการเรียนรู้ (Learning Cycle) ที่เน้นย้ำว่าการสะท้อนอย่างมีระบบเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเพื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

2.7.4.3 สำหรับผู้ที่เคยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการสะสมไว้ในประวัติการปฏิบัติงาน เป็นการดีสำหรับเจ้าของประวัติที่ทำอะไรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานที่ปฏิบัติ ถ้ายังได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าต่อที่เกี่ยวข้อง

2.7.4.4 วิจัยเชิงปฏิบัติการโดยปกติเป็นเรื่องของการมีส่วนร่วม แสดงว่ามีการร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง อาจพบว่าต่างฝ่ายต่างก็พึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมทำให้ผลการปฏิบัติดีขึ้น ซึ่งตอบสนองวัตถุประสงค์บางข้อที่เป็นเรื่องเกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนาในด้านต่างๆ

2.7.5 ข้อเสียหรือจุดอ่อนจากการใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7.5.1 การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการยากกว่าการทำวิจัยทั่วไป เพราะผู้ทำรับผิดชอบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและทำวิจัยไปพร้อมๆ กัน ทำให้รู้สึกว่ามีภาระงานมากแถมยังรู้สึกว่าไม่ได้รับความเชื่อถือเท่าที่ควร

2.7.5.2 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ตรวจสอบ หรือผู้ประเมินบางคน ซึ่งเคร่งครัดกับหลักการเฉพาะของวิธีการวิจัยแบบเดิมๆ โดยไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างของวิธีวิทยาการวิจัยและหลักการที่ต่างกันระหว่างวิจัยเชิงปฏิบัติการกับวิจัยเชิงอื่นๆ

2.7.5.3 อาจเนื่องจากมีคนมากมายที่ไม่รู้มากนักเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการ เมื่อเทียบกับวิจัยเชิงอื่นที่ได้รับการสอนจากกระบวนการวิชาการวิจัยที่เปิดสอนทั่วไป ส่วนวิจัยเชิงปฏิบัติการเรียนรู้ได้ดีกว่าเมื่อเปิดโอกาสให้ทำไปเรียนรู้ไป

2.7.5.4 การเขียนรายงานการวิจัยอาจไม่สามารถใช้แบบฟอร์มการเขียนรายงานวิจัยทั่วไปเป็นการเรียนรู้ทักษะใหม่

2.7.5.5 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความยากในการเขียนรายงาน เพราะมีรายละเอียดของกระบวนการและผลย่อยๆ ผู้วิจัยต้องเน้นพิจารณาตัดสินถึงภาพรวมของวิธีที่ใช้ศึกษาทั้งหมด ผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นถึงหลักการเหตุผลอย่างหนักแน่นเพียงพอ เพราะบางครั้งผู้ตรวจผลงานวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ อาจไม่เห็นด้วยกับการใช้วิธีการเหล่านี้ เพราะผู้ตรวจผลงานส่วนใหญ่ยังติดยึดกับการวิจัยรูปแบบเดิม

2.7.5.6 รายงานวิจัยเชิงปฏิบัติการค่อนข้างยาว หรือหนากว่าวิจัยปกติทั่วไป เนื่องจากมีข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับเรื่องที่กำลังทำ ทำให้ต้องพิจารณา ต้องตัดสินใจตลอดเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงในทางที่ดีขึ้น การรายงานจึงประกอบด้วย 2 ส่วนหลักๆ คือ ส่วนหนึ่งอธิบายถึงวิธีการ ผลและการแปลผล อีกส่วนหนึ่งคืออธิบายว่าทำไมเรื่องเหล่านี้เหมาะสมกับสถานการณ์ทางวิจัย ยิ่งถ้าผู้วิจัยใช้ข้อมูลพฤติกรรมก็ยิ่งต้องใช้เนื้อหาที่มากทำให้รายงานยาวขึ้นอีก

กล่าวโดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และตีความหมายอย่างมีระบบและยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะถึงการปฏิบัติงานเพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ของผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำวิธีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) มาใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.8 การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews: AAR) เป็นการถอดบทเรียนภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมเพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปดีขึ้น และลดข้อผิดพลาด การถอดบทเรียนลักษณะนี้จะมีประโยชน์ ถ้าต้องดำเนินกิจกรรมนั้นหลายๆ ครั้ง และถอดบทเรียนในช่วงแรกๆ ของการทำกิจกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการทำงานในครั้งต่อไปให้ดีขึ้นและดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติการ มีกระบวนการคล้ายคลึงกับการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Retrospect) ซึ่งเป็นการถอดบทเรียนทั้งโครงการไม่ใช่การถอดบทเรียนเฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews: AAR) เป็นเครื่องมือถอดบทเรียน หรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ บางคนเรียกว่า เครื่องมือวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน การทบทวนหลังทำกิจกรรม เป็นต้น การทำ AAR สามารถดำเนินการได้ไม่ว่าการปฏิบัตินั้นจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว เพราะการทำ AAR มี

เป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัตินั้นๆ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป การทำ AAR จะอยู่ในส่วนหนึ่งของวงจรแห่งการวางแผนการเตรียมความพร้อม การปฏิบัติและการทบทวน นั่นคือ วงจร PDCA (Plan, Do, Check, and Act) โดย AAR จะเป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำผิดพลาดไม่ใช่การกล่าวโทษใครทั้งสิ้น แต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก และยังคงไว้ซึ่งวิธีการที่ได้ดี โดยผู้ทบทวนจะต้องทราบถึงเป้าหมายหรือสิ่งที่ตั้งเป้าไว้แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่บรรลุเป็นการทบทวนการทำงานของตนเอง โดยไม่ต้องทบทวนหรือไปวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของเพื่อนร่วมงานหรือคนอื่นๆ ส่วนใหญ่จะทำงานเป็นกลุ่มโดยมีผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) หรือผู้นำทีม (Team Leader) (นิยมเรียกว่า “คุณอำนวย”) เป็นผู้ผลักดัน อาจจะเป็นระยะๆ ต่อเนื่องหรือทำเฉพาะภารกิจหลักๆ ในแต่ละครั้งก็ได้ วิธีการนี้จะทำให้มีโอกาสทบทวนพฤติกรรมการทำงานของตนเองในกิจกรรมหนึ่งๆ ช่วยให้ทีมงานได้เข้าใจในเนื้องานมากขึ้น และเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ การที่ทีมงานได้มีโอกาสเรียนรู้ซึ่งกันและกันจะช่วยในการพัฒนาสมรรถนะการทำงานได้ดีขึ้น ทั้งนี้ ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) หรือ ผู้นำทีม (Team Leader) หรือที่เรียกกันว่าคุณอำนวยนั้นมีบทบาทสำคัญของความสำเร็จของ AAR เป็นอย่างมากโดยเฉพาะต้องมีความสามารถที่จะสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บรรยากาศของความมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน บรรยากาศของความเป็นทีมงานที่ทำงานเป็นทีม โดยกำหนดให้มีผู้บันทึกเนื้อหาสาระ (คุณลิขิต) ที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้

จุดเด่นของ AAR

1. ทำให้เรียนรู้ว่าในการทำงานต่างๆ ไม่ควรชื่นชมความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว ต้องยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย และควรให้ความสนใจมากกว่าความสำเร็จเพราะปัญหา คือ โอกาสในการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางาน
2. ฝึกการรับฟังความคิดเห็นหรือคำแนะนำของเพื่อนร่วมงานที่อาจทำให้คุณได้รู้ว่า “ทุกปัญหามีทางออก”
3. ฝึกการทำงานเป็นทีม
4. สามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้กับงานทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็งานประจำไปจนถึงโครงการระยะยาวที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนหลายพันล้านบาท
5. ผู้เข้าร่วม หมายถึง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมแผนกหรือทีมงานซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจาก Peer Assistant ที่เป็นการขอคำแนะนำจากผู้ที่อยู่นอกกลุ่ม

วิธีการทำ AAR

วิธีการทำ AAR ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนแต่อย่างใด เพียงแต่ตอบคำถาม 6 ข้อ คือ

1. สิ่งที่คุณคาดว่าจะได้รับจากการทำงานคืออะไร

2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่สูงกว่าที่คาดหวังคืออะไร
3. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่ต่ำกว่าที่คาดหวังคืออะไร
4. สิ่งที่เราเรียนรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร
5. คิดว่าควรปรับปรุงอะไร วิธีการลด/แก้ความแตกต่างคืออะไร
6. หากต้องทำครั้งต่อไปจะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น

แนวทางการจัด AAR

1. ไม่พุ่งเป้าหมายที่บุคคล เน้นคำถามเพื่อหาสาเหตุ (Why)
2. บรรยากาศไม่เป็นทางการ
3. สมาชิกในทีมมีสิทธิเท่าเทียมกันในการให้ความคิดเห็น
4. เปิดเผยตรงไปตรงมา เป็นกัลยาณมิตร
5. ไม่ใช่การค้นหาผู้ทำความผิดพลาด ไม่ใช่การกล่าวโทษหรือตำหนิ
6. เป็นการค้นหาสาเหตุของปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหา
7. ช่วยให้เราตระหนักรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) ของบุคลากรได้อย่างชัดเจนในระหว่างช่วงเวลาดิจิทัลหรือโครงการดำเนินไปและทำให้เราสามารถจับเก็บ (Capture) ความรู้เหล่านั้นได้
8. เราสามารถจับเก็บการเรียนรู้ได้ ก่อนที่สมาชิกทีมจะแยกย้ายกันไปหรือก่อนที่สมาชิกจะลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนไปทำอย่างอื่นต่อไป

AAR จะใช้สำหรับอะไร

1. เหตุการณ์ โครงการ หรือกิจกรรมที่มีจุดเริ่มต้นหรือจุดสิ้นสุด มีจุดมุ่งหมาย และมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วัดผลได้
2. ไม่จำเป็นต้องทำ AAR หลังจากทุกๆ เหตุการณ์หรือทุกงานที่ทำ
3. เลือกเหตุการณ์หรืองานที่สามารถเรียนรู้และมีคุณค่าในการนำไปปรับปรุงได้มากที่สุด

4. ทรัพยากรที่ใช้

- 4.1 สมาชิกทีมทั้งหมด
- 4.2 ห้องประชุม
- 4.3 ข้อมูลทีมทั้งหมด : บันทึก สำนานบันทึกทางโทรศัพท์ การประชุม
- 4.4 ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator)
- 4.5 ผู้จัดบันทึก

บทบาทสำคัญในการสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยน (Charing)

1. Facilitator: ความรับผิดชอบของ Facilitator (ผู้ประสาน ผู้อำนวยการ
AAR; ขยายความ)

1.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำ AAR

1.2 แจกติกการทำ AAR

- พูดทีละคน โต้ตอบคำถามทุกข้อ
- ไม่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคิดเห็นของคนอื่น

1.3 เป็นกลาง ไม่แสดงความคิดเห็นของตนหรือแสดงอิทธิพลเหนือกิจกรรม AAR

(Dominate) ความคิดสมาชิก

1.4 มุมมองของแต่ละคนมีคุณค่าเท่าเทียมกันและแตกต่างกันได้

1.5 กระตุ้นให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไป ตรงมา

1.6 ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

1.7 จับใจความและประเด็นสำคัญ

2. ผู้จับประเด็นสำคัญจาก AAR (บันทึก)

2.1 ฟังอย่างตั้งใจเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาและบริบท

2.2 จับประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำ AAR ได้รวดเร็วภายในเวลาจำกัด (ส่วน

ใหญ่ Facilitator จะจับประเด็นเป็นระยะๆ)

2.3 หากไม่ชัดเจนให้สอบถามที่ประชุมได้

กล่าวโดยสรุป การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews: AAR) เป็นการถอดบทเรียนภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมเพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปดีขึ้น และลดข้อผิดพลาด การถอดบทเรียนลักษณะนี้จะมีประโยชน์ ถ้าต้องดำเนินกิจกรรมนั้นหลายๆ ครั้ง และถอดบทเรียนในช่วงแรกๆ ของการทำกิจกรรม การทำ AAR สามารถดำเนินการได้ไม่ว่าการปฏิบัตินั้นจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว เพราะการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัตินั้นๆ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป ซึ่งงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Reviews: AAR) มาใช้ในกิจกรรมถอดบทเรียนภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพการทำงานในครั้งต่อไป ให้ดีขึ้นและดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ที่เคยตรวจพบไข่อพยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญและองค์กรรวม ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วรลักษณ์ เวฬุ (2562) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ศึกษาจำนวน 75 คน พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการปฏิบัติตนและความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$) และเกิดรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือ PROTECT Model

ทักษิณัย พิศุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และนนทิพัฒน์ พัฒนโชติ (2562) ศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 2.45 (p -value = 0.02) ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจาก 14.98 เป็น 15.31 (p -value = 0.21) ด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้นจาก 2.22 เป็น 2.30 (p -value = 0.003) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีเพิ่มขึ้น จาก 2.11 เป็น 2.34 (p -value = < 0.001) และความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับมากจาก 2.49 เป็น 2.54 (p -value = 0.17) และได้ค้นพบนวัตกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นในชุมชน คือ เพลงไม่กินปลาดิบ ใช้เปิดให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวของชุมชน จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้การดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้ตอบซักถามจนสามารถประเมินการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการเพื่อการจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำพันธะสัญญาไม่กินปลาดิบ สาธิตเมนูปลาสุก ฝึกปฏิบัติล้างมือที่ถูกต้อง การประชุมกลุ่มการจัดเวทีชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจอุจจาระหาไข่หนอนพยาธิและจ่ายยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับในรายที่ตรวจพบ และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในทางที่ดีและถูกต้อง และลดอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

บวรพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารภรณ์ โสตะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานูมาน อำเภอลำดวน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 69 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ได้แก่ (1) การสร้างแกนนำสุขภาพประจำชุมชน (2) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำสุขภาพประจำชุมชน (3) การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยงและจ่ายยารักษาในผู้ที่พบไข่พยาธิ (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเยี่ยมชมติดตามกระตุ้นเตือนให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพชุมชน (5) มีมาตรการทางสังคม ได้แก่ งานบุญปลอดปลาร้าดิบ ร้านส้มตำปลอดปลาร้าดิบ และการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกรื้อ (6) การประเมินผลร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ “บ้านชานูมานหมู่บ้านปลอดพยาธิ ประชาชนสุขภาพดี ภาคีมีส่วนร่วม” ส่วนผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มแกนนำในชุมชนหลังการพัฒนาารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มเสี่ยงพบว่า ภายหลัง การอบรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการใช้สื่อการสอน ได้แก่ ภาพพลิกเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ วิดีโอเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และการเล่าประสบการณ์จากตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น

เดชา วรสาร (2563) ได้ศึกษารูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายและศึกษา ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค ปลาดิบของประชาชน ในตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์กลุ่ม จำนวน 173 คน พบว่าความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) โดยที่หลัง ดำเนินการความรู้และทัศนคติ มีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$ ทุกค่า) โดยที่หลังดำเนินการพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ มีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (z มีค่าเป็นลบทุกค่า)

กิตติศักดิ์ ประครองใจ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาจำนวน 48 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตระหนักว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องร่วมกันแก้ไขและป้องกัน โดยการป้องกันควรเริ่มตั้งแต่ “ต้นน้ำ” ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชน ร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมที่เรียกว่า “พรสำราญ 3 ไม่” (ไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” ส่งผลให้ประชาชน “ลด และ เลิก” การบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่ถูกสุขลักษณะเพิ่มมากขึ้นและไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องสิ่งปฏิกูลในชุมชนภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากประชาชนและทุกหน่วยงานในพื้นที่ตระหนักถึงปัญหาและมีส่วนแก้ไข ปัญหาแบบ “การเข้าถึงชุมชน” โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและชี้แนะทางวิชาการ

ณัฐกร แซงสีนวน และกิตติภูมิ ภิญโย (2565) ได้ศึกษาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกุดกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง คือ กลุ่มเสียงสูง กลุ่มติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 67 คน ขั้นตอนดำเนินการวิจัยคือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติ การสะท้อนผล และการประเมินผลเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กลุ่มเสียงสูงและกลุ่มติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับมีการรับรู้เรื่องโรคพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับปานกลางหน่วยงานในชุมชนมีการรับรู้เรื่องโรคน้อย การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและขาดแนวทางในการป้องกันโรค 2) ระยะเวลาพัฒนาแนวทางดำเนินกิจกรรมคือ (1) กิจกรรมสร้างการรับรู้และส่งเสริมความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (2) กิจกรรมกลุ่ม “กุดกว้างปลอดพยาธิ ไม่กินปลาดิบ” (3) กิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส (4) กิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในการติดตามเยี่ยมบ้าน (5) กิจกรรมการยกระดับข้อตกลงสู่มาตรการทางชุมชน (6) บรรจุการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในธรรมนูญสุขภาพตำบล3 การประเมินผลพบว่า กลุ่มเสียงสูงและกลุ่มติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรับรู้เรื่องโรค พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกกินปลาดิบอยู่ในระดับสูงไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคเกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างเหมาะสมบรรจุการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในธรรมนูญสุขภาพตำบล ส่งผลให้เกิดแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สมจิตร บุญยง (2566) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุคบบง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดหนองคาย เป็นกลุ่มแกนนำในการขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 30 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 78 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการวิจัย รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุน กิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งภายหลังการพัฒนาส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทำให้ทักษะความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนดีขึ้น อันจะนำไปสู่การป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ได้

2.9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ฉัตรลดา ดีพร้อม (2561) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับการตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.81 มีอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 32.53 สถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.52 กลุ่มตัวอย่างเคยกินปลาจากแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน ร้อยละ 98.80 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100.00 โดยส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 98.80 และส่วนใหญ่ ไม่มีญาติพี่น้องที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.72 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.47 ทักษะคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.08 การรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.95 และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.93

พรพัฒน์ ภูนากลม และทักษิณีย์ พัสตุ (2562) ศึกษากระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54คน ประกอบด้วย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำ

หมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านควบคุมโรค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ต่อก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.42 (SD=0.27) และหลังการพัฒนา เท่ากับ 2.49 (SD=0.49) โดยก่อนและหลัง การพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ธนากร วรัมพร (2563) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ต่อก่อนและหลังการพัฒนาของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซบถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อนและหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 และร้อยละ 77.0 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อนและหลังการพัฒนา พบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อน (r= 0.194, p<0.001) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อน (r= 0.258, p<0.001) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อน (r= 0.141, p<0.05) ส่วนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อนมีความสัมพันธ์เช่นกัน (r= 0.173, p<0.05) ดังนั้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม จึงควรได้มีการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพดังกล่าวของประชาชนโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

อรณิชา โชติกาพานิชกุล (2563) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อนและหลังการพัฒนาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.6 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.4 ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.100$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยน และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.142, 0.074$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจข้อมูล กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อน ดังนั้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อน ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อนในโรงเรียน โดยเน้นทักษะด้านการได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยนความรู้ และการตัดสินใจ เพื่อเป็นการสร้างพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ต่อก่อนอย่างต่อเนื่อง ให้มีสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้

จิรารัตน์ สิงทองทัศน (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรกลุ่มวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 50 คน ทั้งนี้จัดให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิก่อนการทดลอง การอบรมให้ความรู้การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยด้านความด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี เป็นผลมาจากความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการกินอยู่ ทั้งนี้เกิดความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

เบญจมาศ อุณรัตน์ และพรรณรัตน์ เป็นสุข (2564) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9 นำไปทดลองใช้และประเมินผลการนำไปใช้ในสถานศึกษาต้นแบบในพื้นที่ศึกษา คัดเลือกโรงเรียนแบบเจาะจง เป็นโรงเรียนที่มีความพร้อมในด้านบุคลากร และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยมีขั้นตอนการทำวิจัยซึ่งประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR คือ ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกตสัมภาษณ์ วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential Statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired Sample t-Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา ควรมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบคณะทำงาน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง (5) การติดตามประเมินผล โดยทำการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเวลา 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ จำนวน 40 คน ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

รัชนิกร กุญแจทอง และคณะ (2564) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 510 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความรู้ด้าน สุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ในปีงบประมาณ 2562 แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้าน สุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 โดยมีคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (SD=0.67) มีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี ร้อยละ 24.1 ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 75.9 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ และระดับการศึกษา องค์ประกอบความรู้ด้าน สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการได้รับบริการสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และด้านความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($r=0.242, 0.204, 0.200, 0.134$ และ 0.125 ตามลำดับ) สรุปและขอเสนอแนะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทีมบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำโครงการ ส่งเสริม และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยผสมผสานให้สอดคล้องกับบริบทและ วิถีชีวิตของชุมชน มีการติดตามผลการเสริมสร้างความรอบรู้ฯ อย่างต่อเนื่อง และให้ความสำคัญกับ องค์ประกอบที่จะทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ที่ดี จนส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

หทัยกาญจน์ ยางศรี ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทน์โมลี (2564) ได้ศึกษาการ พัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดบึงกาฬ มีกระบวนการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิจัยชุมชน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 250 คน ระยะที่ 2 ยกร่างและพัฒนาประสิทธิภาพรูปแบบชุมชนรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ โดยภาคี เครือข่ายสุขภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 13 คน ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ ในชุมชน เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน เปรียบเทียบกับกลุ่ม เปรียบเทียบ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ ตับที่สร้างและพัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 80/80 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบ วัดซ้ำของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) การ วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำให้ผลว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มศึกษากับการวัดก่อนทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบทั้งหลังทดลองและ

ติดตามผลพบว่า ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกทักษะสรุปได้ว่า รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ทักษะความรู้ เรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า ประชาชนต้องมีความรู้ด้านสุขภาพ มีความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและบริการสุขภาพ กลั่นกรองตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จนสามารถเลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อจัดการสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและสามารถแนะนำคนในครอบครัวและคนอื่นเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

2.9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ประสพ สารสมัคร (2557) ศึกษาการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาเครือข่าย 2) การพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดความสามารถแกนนำสุขภาพ 3) การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา 4) การจัดการและการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วม 5) การสร้างพลังอำนาจในชุมชนโดยการร่วมแรงร่วมใจ 6) การสร้างระบบสื่อสารสุขภาพ 7) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน กระบวนการดังกล่าวทำให้แกนนำสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นก่อนการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่งผลให้ตำบลบ้านแดง ผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทยระดับยอดเยี่ยมตามเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทย ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การเสริมสร้างความรู้และพัฒนาขีดความสามารถ ของแกนนำสุขภาพในพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในกระบวนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน

รัชณีวิภา จิตรากุล และคณะ (2559) ศึกษาการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม พบว่าการมีส่วนร่วมการพัฒนาและการได้รับผลประโยชน์ อยู่ในระดับต่ำ มีการรับรู้ ความภาคภูมิใจ และทัศนคติต่อการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง แกนนำและตัวแทนของชุมชนมีความรู้และศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ผู้นำระดับครอบครัวมีความรู้ในระดับดี

อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี พบว่า ตำบลท่าแคเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีวัฒนธรรมที่มีคุณค่าต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาจากการดำเนินงานระหว่างภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกัน คิดพัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการส่งเสริมขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าแค และการตระหนักตัวของประชาชน โดยนำวัฒนธรรมท้องถิ่นมาสร้างจุดร่วมในการรวมพลังชุมชนอย่างเข้มแข็ง ใช้หลักการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยอาศัยจิตสำนึกรับผิดชอบต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

วารุณี เปรมสิงห์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแขวง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์บริบท พัฒนารูปแบบ การศึกษาผล และกระบวนการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของประชาชน ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าระดับความรู้ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.33, p < .05$) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยรวม พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.72, SD = 0.11) รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาปัญหาและบริบทของชุมชน (Study; S) วัดผลก่อนการดำเนินงาน (Evaluation; E) วางแผนการดำเนินงานโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM; S) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Operating; O) ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน (Follow up; F) วัดผลหลังการดำเนินงาน (Results; R) และการสรุปผลและการถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน (Summary; S)

พงศ์รัตน์ ภิรมย์รัตน์ และคณะ (2563) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดแพร่ ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดแพร่ ปัจจัยด้านชุมชนและสังคมที่เป็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดแพร่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นข้าราชการ และปัจจัยด้านครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท ชุมชนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอายุ 31- 40 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และอายุ 51 ปี ขึ้นไป เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ โดยตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ได้ร้อยละ 99.7 และ (3) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่ประกอบด้วย

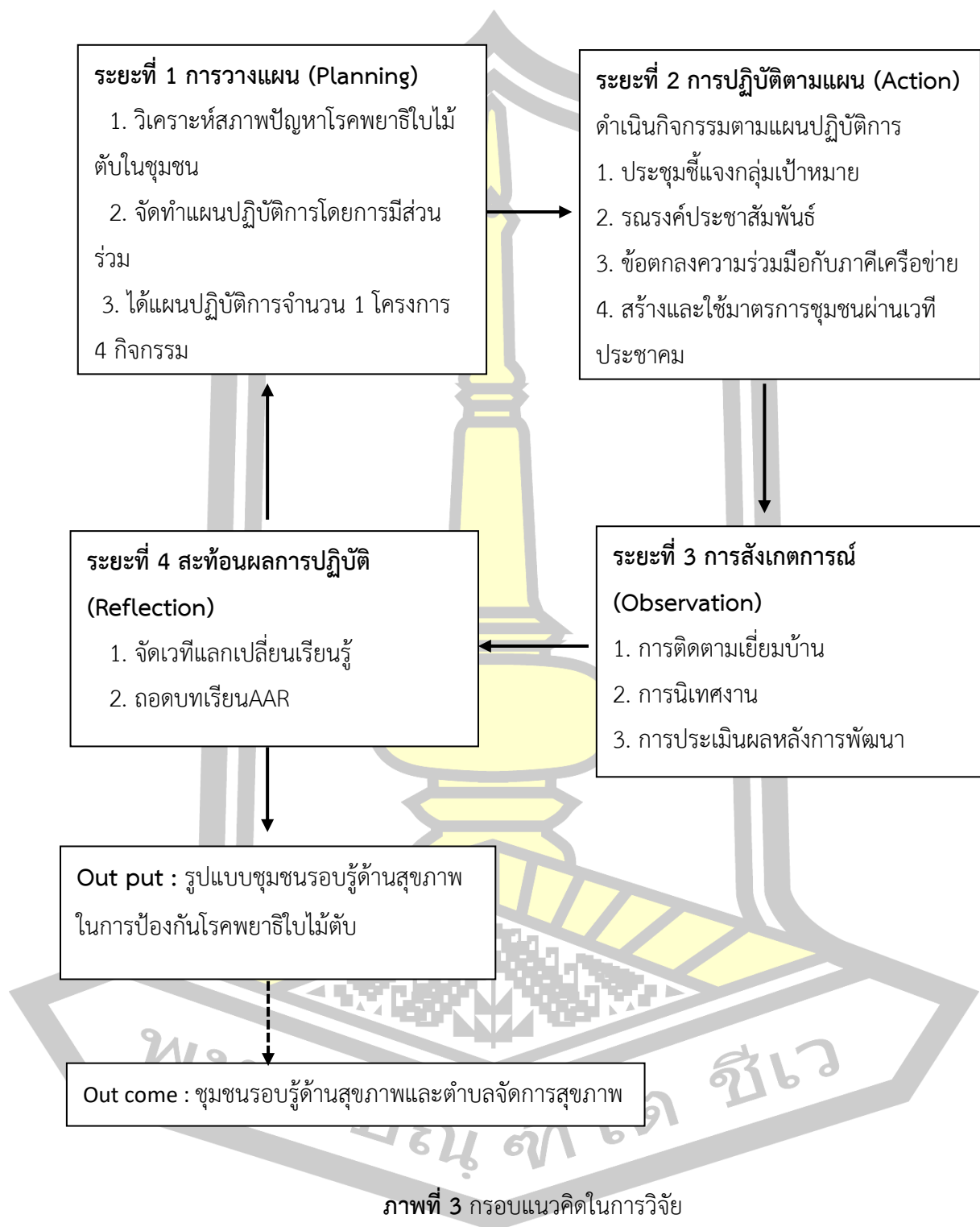
หลักการพัฒนาคุณภาพชีวิต กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า การที่จะให้ประชาชนในชุมชนปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น ต้องมีการสร้างเสริมศักยภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และรวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางมาตรการในการป้องกันโรคที่เหมาะสมจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน และทำให้ประชาชนและชุมชนปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

สรุปจากการศึกษาแนวคิด นโยบายการดำเนินงาน เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ประชาชนต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ กลั่นกรองตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพ จนสามารถเลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อจัดการสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งมี 4 ขั้นตอนหลักๆ คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการพัฒนา มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ กลั่นกรองตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพ จนสามารถเลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อจัดการสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน และทำให้ประชาชนและชุมชนปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ



2.10 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ต่าบลท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การพัฒนาเครื่องมือวิจัย
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis, & McTaggart, 1988) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ (4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายคือ ต่าบลท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้มีประชากรใช้ในการวิจัยโดยคัดเลือกประชากรและพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในเขตต่าบลท่าบ่อ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มเป้าหมายในการขับเคลื่อนการพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับลทำบ่อ อําเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยคัดเลือกประชากรที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 77 คน ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ประชากรกลุ่มผู้นำ

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานการควบคุมโรคกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ	1
2. นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอําเภอท่าบ่อ	1
3. ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง/ผู้แทนสถานศึกษา จำนวน 5 แห่งๆ ละ 1 คน	5
4. เจ้าอาวาสจำนวน 10 วัดๆ ละ 1 รูป	10
5. ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน	20
- ผู้ใหญ่บ้าน 5 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	5
- ผู้นำชุมชน 15 ชุมชนๆ ละ 1 คน	15
6. ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ	15
- ประธานชมรมผู้สูงอายุและเลขานุการ	2
- ประธานกลุ่มสตรีและเลขานุการ	2
- ตัวแทนกลุ่มวิสาหกิจชุมชน	1
- กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาจำนวน 5 แห่งๆ ละ 2 คน	10
7. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5
- สมาชิกเทศบาลเมืองท่าบ่อ	1
- สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ	1
- ปลัดเทศบาลเมืองท่าบ่อ	1
- ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ	1
- ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองท่าบ่อ	1
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	20
- ประธาน อสม. 5 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	5
- ประธาน อสม. 15 ชุมชนๆ ละ 1 คน	15
รวม	77

ที่มา : ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พ.ศ. 2565

กลุ่มที่ 2 ผู้ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ พ.ศ. 2559 - 2565 ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 45 คน (ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, 2565) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ประชากรที่ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559 – 2565

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
หมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ	
หมู่ที่ 1 บ้านนาโพธิ์	1
หมู่ที่ 7 บ้านนาซำงน้ำ	4
หมู่ที่ 10 บ้านเกษตรผล	6
หมู่ที่ 11 บ้านสระแก้ว	1
หมู่ที่ 14 บ้านไทรทอง	2
ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองท่าบ่อ	
ชุมชนป่าจ้าว 1	3
ชุมชนป่าจ้าว 2	2
ชุมชนสว่างพัฒนา	3
ชุมชนธรรมคุณ	2
ชุมชนอัมพวัน	0
ชุมชนโคกน้อยพัฒนา	2
ชุมชนหกแยกร่วมใจพัฒนา	3
ชุมชนตลาดสด	0
ชุมชนบ่อแก้ว	1
ชุมชนสนามกีฬาป่าตาล	2
ชุมชนท่าเสด็จ	2
ชุมชนแก้วพิจิตร	4
ชุมชนสระแก้วร่วมใจพัฒนา	6
ชุมชนประตูเมืองมิตรภาพ	0
ชุมชนนาดาว	1
รวม	45

ที่มา : ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พ.ศ. 2559 – 2565

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
- 2) สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการศึกษา
- 3) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
- 2) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยขณะทำการศึกษาวิจัย
- 3) พิการ ทูพลภาพ และไม่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้
- 4) เสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

3.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ (4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ในการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม โดยปรับปรุงและดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (กองสุขภาพ, 2566) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวน 37 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยให้เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในรอบปี และ ผลการตรวจอุจจาระ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติ หรือไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น (1 คะแนน)

นานครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นนานๆ ครั้งหรือไม่ต่อเนื่อง (2 คะแนน)

บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง (3 คะแนน)

สม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือเกือบทุกครั้ง (4 คะแนน)

ทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง (5 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 16 ข้อ (กองสุขศึกษา, 2566) มีการให้คะแนนและ การแปลความหมาย ดังนี้

64 - 80 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

56 - 63 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง

48 - 55 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมี การปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง

ต่ำกว่า 48 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ส่วน 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ (กองสุขศึกษา, 2566)

ส่วนที่ 3.1 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกวัน

ทุกวัน หมายถึง ทำนปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง (1 คะแนน)

เกือบทุกวัน หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเกือบทุกวัน (2 คะแนน)

บางวัน หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นบางวัน (3 คะแนน)

แทบไม่ปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อย หรือแทบไม่ปฏิบัติ (4 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น (5 คะแนน)

พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน ปลาชิว ปลาสร้อย ที่ปรุงสุกด้วยความร้อน

ทุกวัน หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง (5 คะแนน)

เกือบทุกวัน หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเกือบทุกวัน (4 คะแนน)

บางวัน หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นบางวัน (3 คะแนน)

แทบไม่ปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อย หรือแทบไม่ปฏิบัติ

(2 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น (1 คะแนน)

ส่วนที่ 3.2 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบประเมินวัดการ
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง

พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือ
หลังออกจากห้องน้ำ

ทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง (5 คะแนน)

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือแทบทุกครั้ง
(4 คะแนน)

บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง (3 คะแนน)

นานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือแทบไม่ปฏิบัติ
(2 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น (1 คะแนน)

พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล การถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา และ ข้อ 4. ให้อาหารสุนัข
และแมว ด้วยปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบ สุกๆ ดิบๆ

ทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง (1 คะแนน)

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้ง หรือแทบทุกครั้ง
(2 คะแนน)

บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง (3 คะแนน)

นานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือแทบไม่ปฏิบัติ
(4 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น (5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งไ้ไม่ตับ จำนวน 14 ข้อ (กองสุขศึกษา, 2566)
มีการให้คะแนน และการแปลความหมาย ดังนี้

56 - 70 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้าน
โรคมะเร็งไ้ไม่ตับถูกต้องและสม่ำเสมอ

49 - 55 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้าน
โรคมะเร็งไ้ไม่ตับถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

42 - 48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้าน
โรคมะเร็งไ้ไม่ตับถูกต้องเล็กน้อย

ต่ำกว่ากว่า 42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ
ตนเองด้านโรคมะเร็งไ้ไม่ตับไม่ถูกต้อง

3.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ใช้ในการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ
- 2) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) ใช้ในการสัมภาษณ์รายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน

3.4 การพัฒนาเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารต่างๆ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารต่างๆ มาสร้างแบบสอบถาม ดังที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้น เพื่อให้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความถาม ตลอดจนครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

ถ้าข้อความวัดได้ตรงจุดประสงค์	ได้ +1 คะแนน
ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นวัดตรงจุดประสงค์หรือไม่	ได้ 0 คะแนน
ถ้าข้อความวัดได้ไม่ตรงจุดประสงค์	ได้ -1 คะแนน

โดยเกณฑ์การคัดเลือกข้อความ มีดังนี้

1. ข้อความที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 คัดเลือกไว้ใช้ได้
2. ข้อความที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- 1) นายแพทย์อภิวิชญ์ กุดแถลง ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
- 2) นายสามารถ พันธุ์สระคู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินโงม
- 3) นางศิริพร มณี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

โดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความ ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา เพื่อหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) แบบสอบถามชุดนี้มีค่า IOC = 0.98 มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา สอดคล้องกันระหว่างข้อความกับจุดประสงค์ สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

3.4.2 การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรในพื้นที่ตำบลน้ำโมง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่มีบริบทของชุมชนใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดให้ค่าความน่าเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟาไม่ควรต่ำกว่า 0.7 โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดนี้ เท่ากับ 0.876 ถือว่ามีค่าความเชื่อมั่นผ่านเกณฑ์สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

3.5.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำรา ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

3.5.1.2 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และคัดเลือกพื้นที่การวิจัย

3.5.1.3 จัดทำและจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.5.1.4 ติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบ พร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.5 อบรมผู้ช่วยวิจัย อาศัยทีมงานช่วยในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่การจัดเตรียมสถานที่ การดูแลผู้เข้าร่วมวิจัย การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การบันทึกภาพและบันทึกเสียง

3.5.1.6 เตรียมพื้นที่และผู้ร่วมวิจัย โดยจัดทำหนังสือประสานงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ผู้วิจัยรวมทั้งผู้ร่วมวิจัยลงพื้นที่เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ของการวิจัย พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการจัดกิจกรรม โดยทำเป็นหนังสือเชิญเข้าร่วมประชุมถึงผู้ร่วมวิจัยทุกคนตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้

3.5.1.7 เตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์จัดทำแผนปฏิบัติการ

3.5.2 ระยะเวลาปฏิบัติการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ (4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นเตรียมความพร้อม

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในประเด็นการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา
2. การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางประชากร
3. คัดเลือกข้อมูลแก่ผู้ร่วมวิจัยให้รับรู้สถานการณ์ปัญหาร่วมกัน และเก็บข้อมูลก่อน

การพัฒนา (Pre-test)

ขั้นสรุปผลการวางแผน

1. จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แผนปฏิบัติการ จำนวน 1 โครงการ 4 กิจกรรม

1. ประชุมชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย
2. รมรงค์ประชาสัมพันธ์
3. ข้อตกลงความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
4. สร้างและใช้มาตรการชุมชนผ่านเวทีประชาคม

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)

นำแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ

โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1.1) กิจกรรมการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้จัดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ และแนวทางการรักษา เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประชาสัมพันธ์ในชุมชนต่อได้ โดยการบรรยายและการใช้สื่อวีดิทัศน์

1.2) กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้เป็นการรณรงค์ให้ความรู้ทั้งภายในและภายนอกกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชน ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว ในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับ ให้ความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ความรู้และเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

1.3) กิจกรรมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยกิจกรรมนี้จะดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานสถานศึกษา ขอความร่วมมือส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบทุกโรงเรียน ขอความร่วมมือส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูล

1.4) กิจกรรมการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนซึ่งกิจกรรมนี้จะเป็นการดำเนินงานในการร่วมประชาคมเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน จากนั้นก็นำมาตรการที่ได้มาเข้าที่ประชุมเพื่อร่วมประกาศเป็นมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1. การติดตามนิเทศงาน โดยการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากการดำเนินงาน สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทของพื้นที่

การประเมินผลการดำเนินงานดังนี้.

- 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2) การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นถึงการดำเนินงานที่ผ่านมา

2. การประชุมถอดบทเรียนและกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของการดำเนินงานถึง ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประกอบด้วย แบบสอบถาม โดยปรับปรุงและดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (กองสุขศึกษา, 2566) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวน 37 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ

มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.6.1.1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ
- 2) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยให้ทราบกระบวนการ
- 3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้
- 4) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำโมง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย (Try Out)

3.6.1.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยให้เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด จำนวน 7 ข้อ (7 นาที)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน 16 ข้อ (16 นาที)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3.1 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกวัน จำนวน 10 ข้อ (10 นาที)

ส่วนที่ 3.2 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินวัดการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน 4 ข้อ (4 นาที)

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือการพัฒนา ประกอบด้วย

3.6.2.1 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ใช้ในการสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) ใช้ในการสัมภาษณ์รายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน

3.6.2.2 การประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดกิจกรรมและแผนการดำเนินงาน

3.6.2.3 การสรุปถอดบทเรียน กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้เครื่องมือคือแบบบันทึกสรุปผลการถอดบทเรียน

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการตามแนวทางที่สอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) เพื่อให้ได้มาซึ่งความเข้าใจที่ครอบคลุมและลึกซึ้งในประเด็นการวิจัย รายละเอียดของวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละประเภทนำเสนอในส่วนต่อไปนี้

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับใช้สถิติดังนี้

3.7.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

3.7.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติการทดสอบ Paired Simple t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต มาตรวจสอบความถูกต้อง แยกจัดหมวดหมู่ตามประเด็นอย่างเป็นระบบ และนำมาหาความเชื่อมโยงด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า จนได้ข้อสรุปของการวิจัย

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างเคร่งครัด โดยพิจารณาตามเงื่อนไขต่างๆ ดังนี้

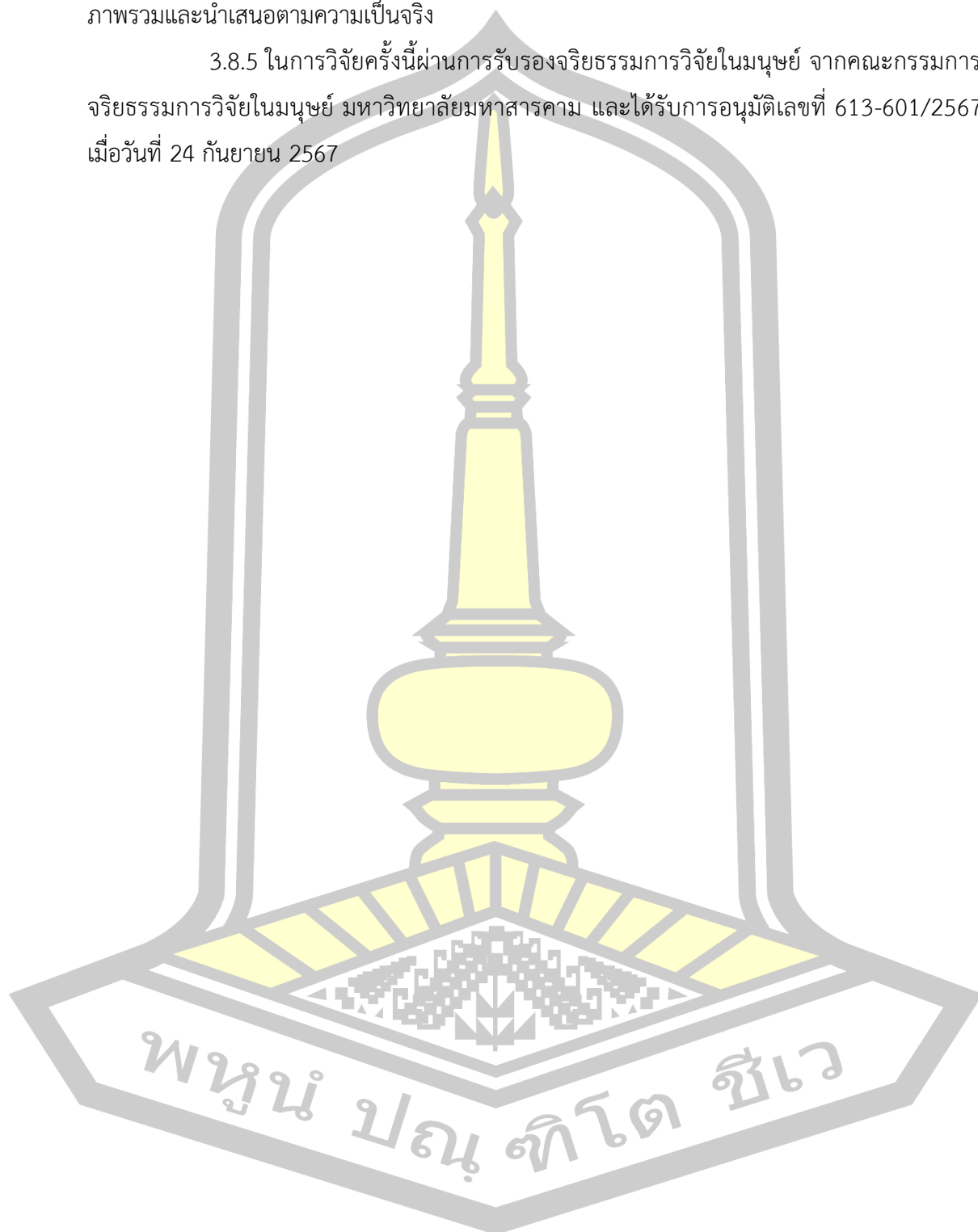
3.8.1 หลักความเคารพในส่วนบุคคล คือ เคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ต้องยินยอมในการให้ข้อมูล ยินยอมในการเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพถ่าย วีดีโอ โดยความสมัครใจ

3.8.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบาย และทำความเข้าใจในรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมและบอกถึงประโยชน์ที่จะได้รับและนำผลการวิจัยให้กลุ่มที่เข้าร่วมได้ทราบ

3.8.3 หลักของผลประโยชน์หรือไม่ก่อให้เกิดอันตรายและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายเดือดร้อนทางด้านร่างกายและจิตใจแก่กลุ่มตัวอย่าง และไม่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรม

3.8.4 ผู้วิจัยมีการรักษาและเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ โดยเขียนและเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมและนำเสนอตามความเป็นจริง

3.8.5 ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติเลขที่ 613-601/2567 เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2567



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้แบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคัดเลือกประชากรและพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย ผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รวมจำนวน 122 คน

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Min	แทน	จำนวนที่น้อยที่สุด
Max	แทน	จำนวนที่มากที่สุด
t	แทน	ค่าเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

4.1 การศึกษาบริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

4.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

4.1 การศึกษาบริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

4.1.1 บริบทของพื้นที่

พื้นที่ตำบลท่าบ่อประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองท่าบ่อ และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 14 หมู่บ้าน (แบ่งเป็น 15 ชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองท่าบ่อ และ 5 หมู่บ้าน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล) รวม 20 หน่วย ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านนาโพธิ์, ชุมชนป่าจี้ว 1 และชุมชนป่าจี้ว 2 หมู่ที่ 2 ชุมชนสว่างพัฒนา หมู่ที่ 3 ชุมชนธรรมคุณร่วมใจพัฒนา หมู่ที่ 4 ชุมชนโคกน้อยพัฒนา และชุมชนอัมพวัน หมู่ที่ 5 ชุมชนหกแยกร่วมใจพัฒนา หมู่ที่ 6 ชุมชนสนามกีฬาป่าตาล, ชุมชนบ่อแก้ว และชุมชนตลาดสด หมู่ที่ 7 บ้านนาซำน้ำ หมู่ที่ 8 ชุมชนท่าเสด็จ หมู่ที่ 9 ชุมชนแก้วพิจิตร หมู่ที่ 10 บ้านเกษตรผล หมู่ที่ 11 บ้านสระแก้ว, ชุมชนสระแก้วร่วมใจพัฒนา หมู่ที่ 12 ชุมชนประตูเมืองมิตรภาพ หมู่ที่ 13 ชุมชนนาดาว หมู่ที่ 14 บ้านไทรทอง ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวัดพุทธ 10 แห่ง วัดคริสต์ 1 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 5 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมและประเพณีของชาวอำเภوتاบ่อ ส่วนใหญ่เป็นแบบชาวอีสาน ภาษาที่ใช้ คือ ภาษาอีสาน ส่วนงานประเพณีที่สำคัญ ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ ประเพณีบุญบั้งไฟ ประเพณีแห่เทียนเข้าพรรษา ประเพณีลอยกระทง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มติดลำน้ำแหล่งน้ำที่สำคัญได้แก่ แม่น้ำโขง ห้วยโมง ห้วยลาน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ยาสูบ พริก ข้าวโพด มะเขือเทศทำเส้นก๋วยเตี๋ยว เลี้ยงปลา เพาะพันธุ์ปลา และอื่นๆ ทางเกษตรกรรม อีกทั้งมีผลิตภัณฑ์จากกลุ่มอาชีพต่าง ๆ เช่น กลุ่มจักสานกระติบข้าวจากคล้า กลุ่มทอผ้าไหม กลุ่มทำไม้กวาด และกลุ่มแปรรูปอาหาร เช่น ปลาต้ม ปลากรอบ ปลาร้า เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ตำบลท่าบ่อมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่มีหนองน้ำ แม่น้ำโขง ห้วยโมง และห้วยลาน ทำให้สามารถจับปลาได้ตลอดทั้งปี ประชาชนจับปลาจากแหล่งน้ำเหล่านี้เพื่อนำมาประกอบอาหาร จากการสำรวจเชิงพื้นที่ด้วยการสัมภาษณ์พบว่าประชาชนส่วนใหญ่นิยมบริโภคปลาดิบและบางส่วนนำมาจำหน่ายทั้งในรูปแบบปลาสดและนำมาแปรรูป เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม ปลาต้ม เป็นต้น นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่ยังมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารสืบทอดมาจากบรรพบุรุษและครอบครัว ด้วยการบริโภคปลาดิบในวาระพิเศษต่างๆ เช่น วันสงกรานต์ วันปีใหม่ วันเกิด และวันรวมญาติ เป็นต้น โดยเฉพาะเมนูปลา ก้อยปลา ข้อมูลที่ปรากฏจากการสัมภาษณ์ในชุมชนให้เหตุผลว่า การบริโภคปลาดิบทำให้ปลามีรส

หวาน มีความสด อร่อย โดยกรรมวิธีการปรุงด้วยวิธีการใส่น้ำมะนาวลงไปใ้เนื้อปลาคลุกเคล้าและบีบน้ำให้แห้งพอประมาณ จากนั้นนำมาปรุงรสด้วยเครื่องปรุง รวมถึงการต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานอาหารจะส่งผลให้พยาธิตาย อาจสรุปได้ว่าบริบทพื้นที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ เนื่องจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมการรับประทานปลาดิบที่คล้ายคลึงกันซึ่งส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มสูงขึ้น ดังแสดงในภาพประกอบ 4 ภาพประกอบ 5



ภาพที่ 4 ห้วยลาน



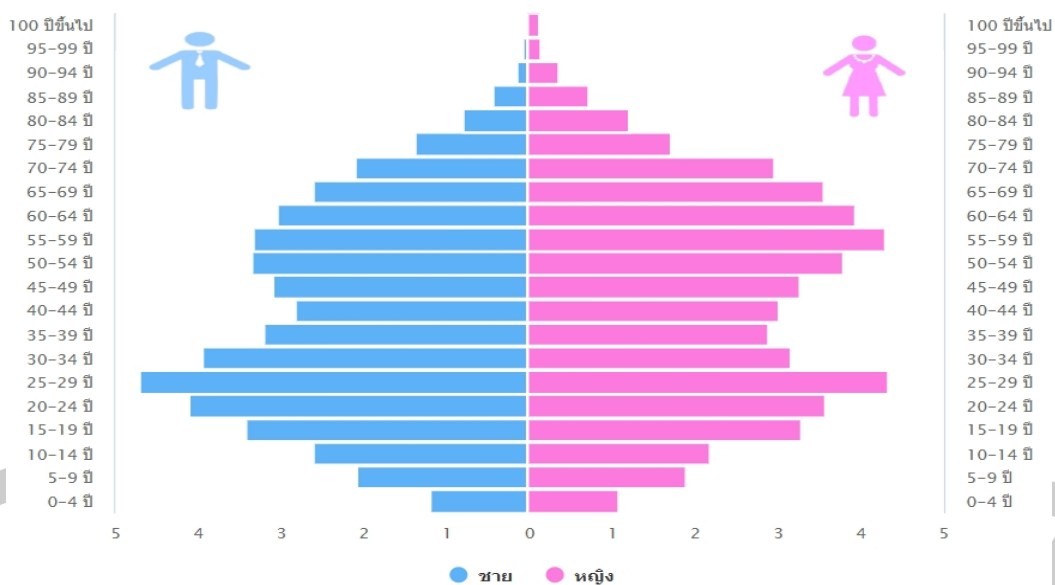
ภาพที่ 5 แม่น้ำโขง

ภาพที่ 6 แสดงลักษณะโครงสร้างประชากร (Population Structure) ของตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งนำเสนอในรูปแบบพีระมิดประชากร (Population Pyramid) ที่จำแนกตามกลุ่มอายุ (Age Group) และเพศ (Sex) โดยมีรายละเอียดดังนี้ จากภาพพีระมิดประชากร สามารถสังเกตนแนวโน้มและสัดส่วนของประชากรชายและหญิงในแต่ละช่วงวัยได้อย่างชัดเจน โดยฐานของพีระมิดที่กว้าง (ช่วงอายุ 0-9 ปี และ 10-19 ปี) บ่งชี้ถึงจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีสัดส่วนค่อนข้างสูง ซึ่งอาจสะท้อนถึงอัตราการเกิดที่ยังคงอยู่ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาไปยังช่วงวัยทำงาน (Working Age Population) ตั้งแต่ประมาณ 20-59 ปี พบว่ามีสัดส่วนประชากรจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 20-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่พร้อมสำหรับการประกอบอาชีพและมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาท้องถิ่น

นอกจากนี้ การกระจายตัวของประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุ (Elderly Population) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่าสัดส่วนเริ่มลดลงตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของพีระมิดประชากร อย่างไรก็ตาม การมีประชากรในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 80-84 ปี ในสัดส่วนที่ยังคงมีอยู่ แสดงให้เห็นถึงการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของประชากรบางส่วน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่าในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น สัดส่วนของประชากรชายและหญิงมีความใกล้เคียงกัน แต่ในกลุ่มอายุสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่สัดส่วนประชากรหญิงจะสูงกว่าประชากรชาย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากอัตราการรอดชีวิตที่แตกต่างกันระหว่างสองเพศ

โดยรวมแล้ว พีระมิดประชากรของตำบลท่าบ่อมีลักษณะที่ค่อนข้างสมดุลในหลายช่วงอายุ แต่ก็เริ่มแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่อาจนำไปสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) ในอนาคต ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ต่อไป

ปิรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ



ภาพที่ 6 ปิรามิดประชากรตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (2567)

4.1.2 การดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนตำบลท่าบ่อ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่นิยมบริโภคปลาดิบและบางส่วนนำมาจำหน่ายทั้งในรูปแบบปลาสดและนำมาแปรรูป เช่น ปลาจ๋า ปลาจ่อม ปลาต้ม เป็นต้น นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่ยังมีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารสืบทอดมาจากบรรพบุรุษและครอบครัว ด้วยการบริโภคปลาดิบในวาระพิเศษต่างๆ เช่น วันสงกรานต์ วันปีใหม่ วันเกิด และวันรวมญาติ เป็นต้น โดยเฉพาะเมนูปลา ก้อยปลา ข้อมูลที่ปรากฏจากการสัมภาษณ์ในชุมชนให้เหตุผลว่า การบริโภคปลาดิบทำให้ปลา มีรสหวาน มีความสด อร่อย โดยกรรมวิธีการปรุงด้วยวิธีการใส่น้ำมะนาวลงไป เนื้อปลาคลุกเคล้าและบีบน้ำให้แห้งพอประมาณ จากนั้นนำมาปรุงรสด้วยเครื่องปรุง รวมถึงการต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานอาหารจะส่งผลให้พยาธิตาย จึงทำให้พบเห็นประชาชนในพื้นที่รับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จากการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ พ.ศ. 2559 - 2565 ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าประชาชนติดพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 45 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 ผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ พ.ศ. 2559 - 2565 ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ปี พ.ศ.	จำนวนเป้าหมาย	จำนวนที่ส่งตรวจ	จำนวนที่ตรวจพบ	ร้อยละ
2559	150	144	3	2.08
2560	350	326	7	2.14
2561	150	123	3	2.43
2562	905	905	20	2.2
2563	150	124	4	3.22
2564	100	98	4	4.08
2565	100	96	4	4.16
รวมจำนวนที่ตรวจพบ			45	

ที่มา : ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พ.ศ. 2559 – 2565

การดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน อสม. เคาะประตูบ้าน การประสานงานกับภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้าน การศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน โดยในแต่ละปี ทางเทศบาลเมืองท่าบ่อ และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำ โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ และมอบแนวทางการ ดำเนินงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยเริ่มจาก การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ทำการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) จากนั้นทำการเก็บสิ่งส่ง ตรวจ (อุจจาระ) เพื่อนำมาตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ เมื่อตรวจพบผู้ป่วยที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับ ก็จะทำ การแจกยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นการรักษาเบื้องต้นแก่ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิ หลังจากนั้น ได้ส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจ ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จากนั้นก็ทำการคืนข้อมูลให้กับประชาชนในชุมชน ให้ทราบถึงผลการตรวจโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดี และให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2559 - 2565 ตำบล ท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้มีการรณรงค์ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับใน ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย โรงเรียน ชุมชน ในการจัดกิจกรรม เพื่อเป็น การกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรค โดยใช้กิจกรรมวันสำคัญ เช่น วันอสม. แห่งชาติ หรือกิจกรรมชุมนุมในโรงเรียน เพื่อกระตุ้นให้เด็กและประชาชนห่างไกลจากการกินปลาดิบ และห่างไกลจากโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป ดังแสดงในภาพ 7



ภาพที่ 7 การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลจากการดำเนินงานข้างต้น แม้จะมีการให้ความรู้หรือรณรงค์การป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับในชุมชน แต่สถิติการตรวจพบไข่พยาธิยังคงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น อีกทั้งจากการ

รวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์ พบว่า ชุมชนยังขาดความตระหนัก และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ภายในพ.ศ. 2568 ประชาชนคนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.1.3 ลักษณะทางประชากร

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.00 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 63.90 สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.77 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.52 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.77 ประชาชนได้รับการตรวจจากระหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี ร้อยละ 68.00 พบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 3.28 ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n =122)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	23.00
หญิง	94	77.00
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	10	8.20
21 – 30 ปี	4	3.30
31 – 40 ปี	12	9.80
41 – 50 ปี	18	14.80
มากกว่า 50 ปี	78	63.90
Mean = 51.14 SD = 15.1574 Min = 13 Max = 84		
Median = 53		
สถานภาพ		
โสด	26	21.31
คู่	90	73.77
หม้าย/หย่า/แยก	6	4.92

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n =122)

(ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	4.10
ระดับประถมศึกษา	47	38.52
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	20	16.39
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	28	22.95
อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร	13	10.66
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	7.38
อาชีพ		
เกษตรกร	25	20.50
ค้าขาย / ทำธุรกิจ	19	15.57
พ่อครัว / แม่ครัวในร้านอาหาร	4	3.28
รับจ้าง / ลูกจ้างเอกชน	29	23.77
รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	6.56
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน / แม่บ้าน)	27	22.13
นักเรียน / นักศึกษา	10	8.19
ท่านได้รับการตรวจสุขภาพไข้อย่างไรในรอบ 1 ปี หรือไม่		
ตรวจ	83	68.03
ไม่ตรวจ	39	31.97
ผลการตรวจสุขภาพ		
พบ	4	3.28
ไม่พบ	79	64.75
ไม่ทราบผล (ไม่ได้ตรวจ)	39	31.97

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการ

ผู้วิจัยได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการวิจัยโดยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงพื้นที่เพื่อสื่อสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 122 คนพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา และได้ทำการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) เพื่อนำมาวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา

2) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในประเด็นการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม รวมจำนวน 22 คน โดยทำการคืนข้อมูลจากการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการพัฒนา และผลการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ปี 2559-2565 เพื่อกำหนดกรอบและแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกัน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง จนได้เนื้อหาครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมกระบวนการบางท่านเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังแสดงในภาพประกอบ 8

“... เฮ็ดลาบปลาดิบเฮ็ดให้ปลา มีรสหวาน มีความสด แซบ รสชาติแตกต่างจากการเฮ็ดลาบสุก...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1,2567: สัมภาษณ์)

“... เคยกิน กินมาแต่รุ่นพ่อแม่ กินได้พ่อแม่พากิน ไม่เป็นอะไรหรอก เลยได้กิน แต่ทุกวันนี้กินบ้างเวลามีงานเทศกาลต่างๆ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2,2567: สัมภาษณ์)

“... รู้ว่าการกินปลาร้าดิบ เช็ดให้ติดพยาธิไปไม้ดับได้ แต่กะอยากกิน ยิ่งส้มตำใส่ปลาร้าดิบ กินกับหมูหลายๆ คน มันแซบหลายคัก...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3,2567: สัมภาษณ์)

“... วิธีทำก้อยปลาด้วยการใส่น้ำมะนาวลงไปเนื้อปลาคुकเคล้าและบีบน้ำให้แห้ง พอประมาณ จากนั้นนำมาปรุงรสด้วยเครื่องปรุง ทำให้ปลา มีรสหวาน มีความสด อร่อย ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4,2567: สัมภาษณ์)



ภาพที่ 8 ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่

ผลจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า ในปี 2559 - 2565 มีประชาชนในชุมชนติดพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 45 คน ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ยาสูบ พริก ข้าวโพด มะเขือเทศ ทำเส้นก๋วยเตี๋ยว เลี้ยงปลา เพาะพันธุ์ปลา และอื่นๆ ทางเกษตรกรรม อีกทั้งมีผลิตภัณฑ์จากกลุ่มแปรรูปอาหาร เช่น ปลาส้ม ปลากรอบ ปลาร้า เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ตำบลท่าบ่อมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่มีหนองน้ำ แม่น้ำโขง ห้วยโมง และห้วยลาน ทำให้สามารถจับปลาได้ตลอดทั้งปี ประชาชนจับปลาจากแหล่งน้ำเหล่านี้เพื่อนำมาประกอบอาหาร ซึ่งจากการสนทนากลุ่มมีผู้เข้าร่วมประชุมได้กล่าวว่า “ในการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาเคยได้มีการรณรงค์ มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน และมีการประชาสัมพันธ์ในแต่ละหมู่บ้าน มีการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน” ในด้านของพฤติกรรมบริโภคอาหารยังคงมีความเชื่อที่ว่าเห็นคนอื่นรับประทานตนเองก็สามารถรับประทานได้เช่นกัน หรือบางคนเคยรับประทานมาตั้งแต่สมัยเด็กจึงทำให้ยังมีการรับประทานมาจนถึงปัจจุบัน ประชาชนยังเชื่อว่าการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ เมื่อติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก็ไม่ใช่โรมียารักษา เชื่อว่ากินปลาดิบบางครั้งไม่ได้กินประจำไม่เป็นไร แค่มิ ส่วนคนที่กินปลาดิบเป็นประจำเพราะยังติดรสชาติที่อร่อยทำให้เลิกยาก บาง

คนเล็กกินแบบดิบแล้วแต่ยังกินแบบสุกๆ ดิบๆ และเชื่อว่าโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นเรื่องของเวรกรรม

สรุปได้ว่า จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่าปัญหาที่พบคือ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดำเนินงานยังไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ เนื่องจากประชาชนในตำบลท่าบ่อ ยังมีพฤติกรรมการกินอาหารเมนูปลาน้ำจืดเกลือดองดิบ หรือดิบๆ สุกๆ เป็นสาเหตุที่ประชาชนยังมีการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่นั้นยังพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระบบการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนก็ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการจัดประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการขึ้น

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลท่าบ่อ เนื่องจากตำบลท่าบ่อประกอบด้วย 15 ชุมชนและ 5 หมู่บ้าน ซึ่งการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถนัดหมายครั้งเดียวได้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวันประชุมจัดทำแผนร่วมกับเครือข่ายจำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 จัดขึ้นวันที่ 26 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ม.1 ชุมชนป่าจิ้ง 1, ชุมชนป่าจิ้ง 2 ม.2 ชุมชนสว่างพัฒนา ม.3 ชุมชนธรรมคุณ ม.4 ชุมชนอัมพวัน, ชุมชนโคกน้อย ม.5 ชุมชนหกแยกร่วมใจพัฒนา ม.8 ชุมชนท่าเสด็จ ม.9 ชุมชนแก้วพิจิตร และ ม.13 ชุมชนนาดาว มีผู้เข้าร่วมประชุมจัดทำแผนทั้งหมดจำนวน 60 คน ดังแสดงในภาพประกอบ 9



ภาพที่ 9 ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการครั้งที่ 1

ผลจากการจัดประชุมครั้งที่ 1 พบว่าจากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้น นั้น ประชาชนยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากปัจจัยหลายด้านที่ทำให้ยังคงรับประทาน เช่น ความเชื่อที่เคยรับประทานมาตั้งแต่เด็ก ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกว่าต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

จากประเด็นดังกล่าวจึงได้มีการจัดประชุมครั้งที่ 2 เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ครั้งที่ 2 จัดขึ้นวันที่ 27 กันยายน 2567 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ม.1 บ้านนาโพธิ์ ม.7 บ้านนาข้างน้ำ ม.10 บ้านเกษตรผล ม.14 บ้านไทรทอง ม.11 บ้านสระแก้ว ม.6 ชุมชนตลาดสด, ชุมชนบ่อแก้ว, ชุมชนสนามกีฬา ป่าตาล ม.11 ชุมชนสระแก้วร่วมใจพัฒนา และม.12 ชุมชนประตูเมืองมิตรภาพ มีผู้เข้าร่วมประชุมจัดทำแผนทั้งหมด จำนวน 62 คน ดังแสดงในภาพประกอบ 10



ภาพที่ 10 ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการครั้งที่ 2

ผลจากการจัดประชุมครั้งที่ 2 พบว่าจากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้น นั้น ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงปัญหาและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกว่าต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาร่วมกัน

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์คณะกรรมการที่ผู้นำบางท่านในการขับเคลื่อนการพัฒนา รูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

“... บางคนมีอาชีพหาปลา ชอบกินก้อยปลาดิบ มีญาติสายตรงป่วยและตายด้วยโรคมะเร็ง
ท่อน้ำดี แนะนำให้ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ไม่ยอมตรวจ บอกว่ากลัวตรวจเจอ ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5,2567: สัมภาษณ์)

“... โรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ครับ ถ้าเรากินยาฆ่าพยาธิ
และเลิกกินปลาดิบ ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6,2567: สัมภาษณ์)

“... โรคนี้ป้องกันได้ หากพวกเราช่วยกันสอดส่องหาผู้ที่มีความเสี่ยง แนะนำให้พบเจ้าหน้าที่
เพื่อตรวจหาไข่พยาธิ รีบเข้ารับการรักษาให้เร็วที่สุด ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7,2567: สัมภาษณ์)

“... ต้องช่วยกันรณรงค์ป้องกันให้โรคนี้นหมดไปเร็วๆ จ้า ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8,2567: สัมภาษณ์)

“... ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบปัญหา จะได้มีความรู้และสามารถดูแลตนเอง
และผู้อื่นได้ ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9,2567: สัมภาษณ์)

“... ต้องช่วยกันคนละไม้ละมือครับ เท่าที่เราสามารถช่วยได้ คงจะอาศัยคุณหมอห้ละครับ
พาพวกเราทำ ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10,2567: สัมภาษณ์)

“... ประธานชุมชนเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยประชาสัมพันธ์ ให้คนในชุมชน
ได้ทราบข่าวสาร ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11,2567: สัมภาษณ์)

“... ในชุมชนนั้น แนนอนครับ ต้องมีการประชาสัมพันธ์ว่า เรามีอาการอย่างไรจึงควรไปพบ
แพทย์ ในส่วน อสม.เองก็ควรจะต้องตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นก่อน ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 12,2567: สัมภาษณ์)

ผลจากการบันทึกในแบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ สามารถนำผลที่ได้มาสรุปพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมคิด ร่วมกันทำทุกขั้นตอนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในวันที่ผ่านมารวมทั้งปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลท่าบ่อมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพร่วมกัน โดยมีประเด็นในการขับเคลื่อนโครงการนี้ คือ

- 1) ประเด็นด้านความรู้ ควรมีการพัฒนาความรู้ และปรับทัศนคติในการบริโภคอาหารให้แก่ประชาชนในชุมชน
- 2) ประเด็นการสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) ประเด็นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนทำให้ได้แผนปฏิบัติการจำนวน 1 โครงการ 4 กิจกรรม รายละเอียดดังนี้
 - 1) โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้
 - 1.1) กิจกรรมการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้จัดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ และแนวทางการรักษา เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประชาสัมพันธ์ในชุมชนต่อไปได้ โดยการบรรยายและการใช้สื่อวีดิทัศน์
 - 1.2) กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้เป็นการรณรงค์ให้ความรู้ทั้งภายในและภายนอกกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชน ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ความรู้และเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
 - 1.3) กิจกรรมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยกิจกรรมนี้จะดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานสถานศึกษา ขอความร่วมมือส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบทุกโรงเรียน ขอความร่วมมือส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูล
 - 1.4) กิจกรรมการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งกิจกรรมนี้จะเป็นการดำเนินงานในการร่วมประชาคมเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน จากนั้นก็นำมาตรการที่ได้มาเข้าที่ประชุมเพื่อร่วมประกาศเป็นมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)

จากขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน ทำให้ได้แผนปฏิบัติการโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 โครงการ 4 กิจกรรม โดยได้มีการดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้จัดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ และแนวทางการรักษา เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประชาสัมพันธ์ในชุมชนต่อไปได้ โดยการบรรยาย และการใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 122 คน ประกอบด้วย ผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจในแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ดังแสดงในภาพประกอบ 11



ภาพที่ 11 กิจกรรมการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ผลจากการดำเนินงานพบว่า ประชาชนผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการพัฒนาความรู้ มีความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รู้ถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบที่เกิดจากการกินปลาดิบ และแนวทางการป้องกันรักษาโรค จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยการบรรยาย ผ่านทางวีดิทัศน์ ประกอบการสอน ให้ความรู้เรื่องวงจรการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งฉายภาพถ่ายของพยาธิใบไม้ตับ ที่มีการแทรกตัวก่อนมะเร็ง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้ซักถาม เพื่อให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปสื่อสารต่อให้แก่ผู้อื่นได้

สรุปได้ว่า ผลจากการจัดการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจ รู้ถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบที่เกิดจากการกินปลาดิบ

และทราบแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะทำให้ปลอดภัยได้

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้เป็นการรณรงค์ให้ความรู้ทั้งภายในและภายนอกกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชน ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเนื้อหาแผ่นพับประกอบด้วย โรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุมาจากพยาธิที่มีรูปร่างแบนคล้ายใบไม้ ขนาดของพยาธิใบไม้ตับมีลำตัวยาว 5-10 มม. กว้าง 1-2 มม. สาเหตุการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดปรุงสุกๆ ดิบๆ หรือดิบๆ สุกๆ ที่มีตัวอ่อนของพยาธิปนเปื้อน เช่น ก้อยปลา ลาบปลา ปลาสัมปลาจ่อม ปลาร้าแจ่วบอง เป็นต้น การแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการผู้ที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือการกินอาหารที่สะอาดและปรุงสุกด้วยความร้อน และถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังแสดงในภาพประกอบ 12



ภาพที่ 12 กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ผลการดำเนินงานพบว่า ประชาชนให้ความสนใจและกลุ่มผู้นำที่ดำเนินการรณรงค์เองก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพื่อให้ประชาชนในชุมชน เลิกการรับประทานอาหารที่ทำแบบสุกๆ ดิบๆ ได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ในการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ และมีการจัดกิจกรรมเดินรณรงค์ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ในการร่วมออกเดินรณรงค์ในครั้งนี้ จากการสุ่มสัมภาษณ์ประชาชนได้รับรู้รับทราบเรื่องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับว่าเป็นอย่างไรบ้าง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“... แม่คิดว่าโรคนี้น่าหนักใจจากชุมชนเขาแล้ว บ่อเห็นว่ามีไผ่ป่วย ตาเหลืองโตเหลืองมาโดนแล้ว ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 13,2567: สัมภาษณ์)

“... ดิอยู่ครับที่ได้ยินเสียงประชาศัมพันธ์ให้ความรู้ เฮ็ดให้ผมกับลูกหลานรู้จักเลือกการอยู่ การกิน สี้ได้บ่อป่วย ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 14,2567: สัมภาษณ์)

“... ได้ยินประกาศนี้แหละครับ เลยได้ไปตรวจอยู่โรงพยาบาล ซ่อมเบ็งอาการของเจ้าของเข้าข่ายโรคนี้นี้ หมอตรวจชี้หาไขพยาธิให้ แล้วนัดไปตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องวันหลัง ผลกะปกติดี หมอแนะนำตรวจซูปี้ เพราะเขามีพี่น้องป่วยและตายนำโรคนี้นี้ ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 15,2567: สัมภาษณ์)

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยกิจกรรมนี้ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสถานศึกษาทั้ง 5 แห่ง ประกอบด้วย โรงเรียนเทศบาลเมืองท่าบ่อ โรงเรียนอนุบาลดารณีท่าบ่อ โรงเรียนโกมลวิทยาคาร โรงเรียนโพธิเสน และโรงเรียนบ้านนาข้างน้ำ โดยขอความร่วมมือส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบทุกโรงเรียน ขอความร่วมมือส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งเขตพื้นที่เทศบาลเมืองท่าบ่อ และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ให้มีการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูล โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานการควบคุมโรคกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง/ผู้แทนสถานศึกษาจำนวน 5 แห่งๆ ละ 1 คน รวมเป็น 5 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน จำนวน 20 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน รวมเป็นจำนวน 52 คน โดยได้รับเกียรติจากนายแพทย์อิสรา ธรา รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่ได้ให้เกียรติมาเป็นประธานในพิธีเปิด พร้อมบรรยายพิเศษหัวข้อเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังจากให้ความรู้เสร็จสิ้น จึงได้มีการเริ่มประชุมในส่วนของการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย นำโดย จ่าเอกธนาชัย เพร็ดพริ้ง หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ เป็นผู้ดำเนินการประชุม โดยได้ชี้แจงถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน เพื่อให้ทราบบทบาทหน้าที่การดำเนินงานของตน ซึ่งจากผลการจัดกิจกรรมในครั้งนี้พบว่า ทุกภาคส่วนได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังแสดงในภาพประกอบ 13



ภาพที่ 13 การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สรุปได้ว่า การจัดประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน พบว่า ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากโรงเรียนอนุบาลดารณีท่าบ่อ ที่ได้ขับเคลื่อนนโยบายในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนไปปรับใช้ในโรงเรียนปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยเพิ่มการเรียนการสอนในช่วงโมงสุขพละ และได้รับความร่วมมือจากเทศบาลเมืองท่าบ่อ และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ที่ได้เล็งเห็นถึงปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ สนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ พร้อมผลักดันให้มีการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลต่อไป

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนซึ่งกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับชุมชน ดำเนินงานในการร่วมประชาคมเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย ประธานชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนกลุ่มชมรมต่างๆ และประชาชนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 95 คน จาก การที่ร่วมประชาคมทำให้ได้มาตรการทางสังคมคือ เลิก เปิด เคาะ ไม้ ถ่าย จากนั้นก็นำมาตรการที่ได้มาเข้าที่ประชุมเพื่อร่วมประกาศเป็นมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังแสดงในภาพประกอบ 14



ภาพที่ 14 การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

“... มาตรการดีอยู่ครับ ทำตามง่าย เป็นผลดีกับตัวเราเอง ครอบครัว และชุมชน ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 16,2567: สัมภาษณ์)

“... มาตรการเหมาะสม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน ทำตาม เป็นผลดี ...”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 17,2567: สัมภาษณ์)

เนื่องจากโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญของชุมชนตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งมีผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยโรคพยาธิใบไม้ตับนี้สามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ทางตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จึงได้ประกาศมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีมาตรการดังนี้

มาตรการข้อที่ 1 เลิก หมายถึง ลด ละ เลิก รับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด กุ้งสดๆ แบบสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารประเภทก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาจืด เป็นต้น

มาตรการข้อที่ 2 เปิด หมายถึง ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน เปิดสื่อประชาสัมพันธ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกาศให้ลูกบ้านไม่กินปลาดิบและงานบุญประเพณีไม่ให้มีอาหารเมนูปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

มาตรการข้อที่ 3 เคาะ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เคาะประตูบ้าน ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในทุกครอบครัวในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบทุกเดือน และคอยสอดส่องดูแลติดตามพฤติกรรมการกิน

มาตรการข้อที่ 4 ไม่ หมายถึง ไม่เอาเศษปลาดิบให้สุนัขและแมวกิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการไม่กินปลาดิบ

มาตรการข้อที่ 5 ถ่าย หมายถึง ถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง ไม่ให้ทิ้งอุจจาระในไร่นา สวนยางของตนเอง

ผลจากการประกาศการใช้มาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ เนื่องจากมาตรการดังกล่าว มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตำบลท่าบ่อ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ประชาชนเห็นชอบด้วยกับมาตรการดังกล่าว และสามารถปฏิบัติตามมาตรการเพื่อปรับพฤติกรรมของตนเองได้เป็นอย่างดี จากความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนจึงทำให้เกิดมาตรการ ที่เข้ามาช่วยเป็นแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1) การติดตามนิเทศงาน โดยการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านหลังการดำเนินงาน สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทของพื้นที่

1.1) การติดตามเยี่ยมบ้าน ดำเนินการโดยผู้วิจัยได้ออกติดตามเยี่ยมบ้าน นิเทศงาน ในพื้นที่ หลังการดำเนินงาน โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านที่จะลงเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง แบ่งเป็นครั้งที่ 1 ลงเยี่ยมพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ครั้งที่ 2 ลงเยี่ยมพื้นที่เทศบาลเมือง ท่าบ่อ รายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 การติดตามนิเทศงาน ในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ เลือกบ้านเกษตรผล หมู่ที่ 10 ซึ่งเป็นพื้นที่ติดแหล่งน้ำห้วยลาน โดยได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน ในการร่วมลงพื้นที่ติดตาม นิเทศงาน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ดังแสดงในภาพประกอบ 15



ภาพที่ 15 การติดตามนิเทศงาน บ้านเกษตรผล หมู่ที่ 10

ผลจากการติดตาม นิเทศงานในครั้งที่ 1 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีในการบริโภคอาหาร เนื่องจากรับรู้ถึงความรุนแรง ผลกระทบที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มแกนนำมีความเข้มแข็งในการช่วยรณรงค์ พร้อมทั้งในการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเต็มที่ และยังพบว่าประชาชนส่วนมาก มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ (เลิก เปิด เคาะ ไม้ ถ่าย) อย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 การติดตามนิเทศงาน ชุมชนป่าจั่ว ในเขตเทศบาลเมืองท่าบ่อ พบว่า ในบางครั้งเรือขนส่งอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ และงดการรับประทานปลาดิบเนื่องจากรับรู้ความรุนแรงของโรคและได้รับการกระตุ้นจากการเปิดเสียงตามสายในหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ ป้องกันได้ด้วยกลไก อสม.โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดำเนินการโดยกลุ่มแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้เข้าร่วมอบรมความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังแสดงในภาพประกอบ 16



ภาพที่ 16 การติดตามนิเทศงาน ชุมชนป่าจั่ว เทศบาลเมืองท่าบ่อ

สรุป จากการติดตาม นิเทศงาน พบว่า ชุมชนมีการดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานที่เข้มแข็งจากกลุ่มแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้การช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันโรค และสิ่งที่ยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั่นคือ มาตรการ เลิก - เปิด - เคาะ - ไม้ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชน

2) การประเมินผลหลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลหลังการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งพบว่า ประชาชนยังคงมีการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างสม่ำเสมอ และยังเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลหลังการพัฒนา (Post-test) เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา ซึ่งผลการประเมินก่อนและหลังการพัฒนาดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1) องค์ประกอบด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ องค์ประกอบด้านที่ 1 ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 51.64 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 27.05 ระดับพอใช้ ร้อยละ 14.75 และระดับไม่ดี ร้อยละ 6.56 (Mean = 77.29 SD = 3.25) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.67 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 23.77 และระดับพอใช้ ร้อยละ 6.56 (Mean = 84.26 SD = 1.09) ดังแสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	63	51.64	85	69.67
ดี	33	27.05	29	23.77
พอใช้	18	14.75	8	6.56
ไม่ดี	8	6.56	0	0.00
	Mean = 77.29 SD = 3.25		Mean = 84.26 SD = 1.09	

จากการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean Def	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	122	77.29	3.25	6.96	11.27-	3	5.144	0.014
หลังการพัฒนา	122	84.26	1.09		2.65			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2) องค์ประกอบด้านที่ 2 ทักษะการเข้าใจสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.48 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 18.03 ระดับพอใช้ ร้อยละ 16.39 และระดับไม่ดี ร้อยละ 16.39 (Mean = 77.46 SD = 0.41) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 76.23

รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 18.03 และระดับพอใช้ ร้อยละ 5.74 (Mean = 84.67 SD = 2.29) ดังแสดงในตาราง 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	75	61.48	93	76.23
ดี	22	18.03	22	18.03
พอใช้	20	16.39	7	5.74
ไม่ดี	20	16.39	0	0.00
	Mean = 77.46 SD = 0.41		Mean = 84.67 SD = 2.29	

จากการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean Def	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	122	77.46	0.41	5.20	8.45-	3	5.091	0.015
หลังการพัฒนา	122	84.67	2.29		1.95			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3) องค์ประกอบด้านที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 3 ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 69.67 รองลงมาคือ ระดับดีร้อยละ 18.85 ระดับพอใช้ ร้อยละ 8.20 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.28 (Mean = 82.00 SD = 0.85) และภายหลังการดำเนินการ

พัฒนา พบว่า มีระดับความรอบรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 93.44 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 5.74 และระดับพอใช้ ร้อยละ 0.82 (Mean = 87.21 SD = 2.27) ดังแสดงในตาราง 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	85	69.67	114	93.44
ดี	23	18.85	7	5.74
พอใช้	10	8.20	1	0.82
ไม่ดี	4	3.28	0	0.00
	Mean = 82.00 SD = 0.85		Mean = 87.21 SD = 2.27	

จากการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean Def	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	122	82.00	0.85	5.20	7.62-	3	6.837	0.006
หลังการพัฒนา	122	87.21	2.27		2.79			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.4) องค์ประกอบด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 4 ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 70.49 รองลงมาคือ ระดับดีร้อยละ 18.03 ระดับพอใช้ ร้อยละ 7.38 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.10 (Mean = 81.92 SD = 1.80) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 98.36 และระดับดีร้อยละ 1.64 (Mean = 87.86 SD = 0.53) ดังแสดงในตาราง 11

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา องค์ประกอบด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	86	70.49	120	98.36
ดี	22	18.03	2	1.64
พอใช้	9	7.38	0	0.00
ไม่ดี	5	4.10	0	0.00
	Mean = 81.92 SD = 1.80		Mean = 87.86 SD = 0.53	

จากการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean Def	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	122	81.92	1.80	5.94	8.04-	3	8.998	0.003
หลังการพัฒนา	122	87.86	0.53		3.84			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) พฤติกรรมสุขภาพ

2.1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 77.05 รองลงมาคือ ระดับดีร้อยละ 17.21 ระดับพอใช้ ร้อยละ 3.28 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.46 (Mean = 84.78 SD = 3.35) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 89.34 และระดับดีร้อยละ 10.66 (Mean = 88.81 SD = 5.55) ดังแสดงในตาราง 13

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	94	77.05	109	89.34
ดี	21	17.21	13	10.66
พอใช้	4	3.28	0	0.00
ไม่ดี	3	2.46	0	0.00
	Mean = 84.78 SD = 3.35		Mean = 88.81 SD = 5.55	

จากการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 14

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean Def	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	122	84.78	3.35	4.03	7.10-	9	2.974	0.016
หลังการพัฒนา	122	88.81	5.55		0.96			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2) พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 79.51 รองลงมาคือ ระดับดีร้อยละ 17.21 และระดับพอใช้ ร้อยละ 3.28 (Mean = 82.91 SD = 5.09) และภายหลังจากดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 95.08 และระดับดีร้อยละ 4.92 (Mean = 83.72 SD = 3.52) ดังแสดงในตาราง 15

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ของผู้ตอบแบบประเมินจำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรู้ ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	97	79.51	116	95.08
ดี	21	17.21	6	4.92
พอใช้	4	3.28	0	0.00
ไม่ดี	0	0.00	0	0.00
	Mean = 82.91 SD = 5.09		Mean = 83.72 SD = 3.52	

จากการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 16

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 122)

ระดับความรู้ ด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	122	84.78	3.35	10.81	21.83-	3	3.125	0.052
หลังการพัฒนา	122	88.81	5.55		0.19			

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้
 ตัปลในชุมชน ได้จัดกิจกรรมในแต่ละโครงการที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการ
 ดำเนินงาน ซึ่งมีแกนในชุมชน ผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็น
 แกนนำในการทำให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปได้ด้วยดี ในแต่ละโครงการรวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุก
 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ ความรู้ด้านวิชาการ เป็นการแสดงให้เห็นถึงพลัง
 ชุมชน ก่อเกิดความสามัคคีและความสัมพันธ์อันดีของเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิ
 ใบไม้ตัปล สามารถสรุปตามประเด็นต่างๆ ดังตาราง 17

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตัปลในพื้นที่ตำบล
 ท่าบ่อ

ประเด็นเปรียบเทียบ	แบบเดิม	แบบใหม่
1. ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตัปล	1. ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจใน การดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ รับยาฆ่าพยาธิ มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ทำ แบบสุกๆ ดิบๆ	1. มีการติดตามเยี่ยมบ้านดูแล โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตัปล ป้องกันได้ด้วยกลไก อสม.ด้วย กิจกรรมเคาะประตูบ้าน กิจกรรมน้กสีบพ่าข้าว และมี พฤติกรรมที่ถูกต้องในการ บริโภคอาหาร
2. ชุมชน	2.ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการควบคุมและป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตัปล มาตรการใน ชุมชนก็ยังไม่เป็นรูปธรรม ชัดเจน	2.ประชาชนในชุมชนได้ให้ ความสำคัญและมีส่วนร่วมกับ การป้องกันและควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตัปลโดย 1) มีการ ดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตัปลอย่าง ต่อเนื่อง 2) ให้ความรู้ผ่านหอ กระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำ ชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน 3) มีการ ปฏิบัติตนตามมาตรการป้องกัน

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบล
ท่าบ่อ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	แบบเดิม	แบบใหม่
3. หน่วยงานภาครัฐ	3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานเพียงฝ่ายเดียว ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ การติดตามคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคยังไม่ถึงกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งประชาชนทั่วไป	โรคมพยาธิใบไม้ตับ นั้นคือมาตรการ เลิก - เปิด - เคาะไม้ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชน 3. หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน มีการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี สนับสนุนการขับเคลื่อนหรือกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณอย่างเพียงพอ

ระยะที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ในขั้นตอนของการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประชุมถอดบทเรียน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โดยผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 122 คน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ผู้แทนนายกเทศมนตรีเมืองท่าบ่อ ผู้แทน/ผู้อำนวยการโรงเรียน หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชนผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยมีประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเด็นของมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในส่วนของประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า

ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้เพิ่มขึ้น เกิดจากการที่ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นรวมถึงทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าใจสุขภาพ ทักษะด้านการปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะด้านการตัดสินใจ ของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น

ในด้านของมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการสัมภาษณ์ พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว เนื่องจากมาตรการที่ได้นั้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่และเป็นมาตรการที่เกิดจากประชาชนและสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย จึงสามารถนำมาปฏิบัติและปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

2) การประชุมถอดบทเรียน

ผู้วิจัยได้จัดประชุมถอดบทเรียน ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป โดยผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียน จำนวน 122 ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ผู้แทนนายกเทศมนตรีเมืองท่าบ่อ ผู้แทน/ผู้อำนวยการโรงเรียน หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชนผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านกลไก อสม.เคาะประตูบ้าน 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับ ตับล่ำทาบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านกลไก อสม.เคาะประตูบ้าน 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากขั้นตอนกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน ประชาชนมีการปฏิบัติตนตาม คือ มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั้นคือ 5 มาตรการ เลิก - เปิด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

มาตรการข้อที่ 1 เลิก หมายถึง ลด ละ เลิก รับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด กุ้งสดๆ แบบสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารประเภทก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาร้าดิบ เป็นต้น

มาตรการข้อที่ 2 เปิด หมายถึง ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน เปิดสื่อประชาสัมพันธ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกาศให้ลูกบ้านไม่กินปลาดิบและงานบุญประเพณีไม่ให้มีอาหารเมนูปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

มาตรการข้อที่ 3 เคาะ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เคาะประตูบ้าน ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในทุกครอบครัวในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบทุกเดือน และคอยสอดส่องดูแลติดตามพฤติกรรมการกิน

มาตรการข้อที่ 4 ไม่ หมายถึง ไม่เอาเศษปลาดิบให้สุนัขและแมวกิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการไม่กินปลาดิบ

มาตรการข้อที่ 5 ถ่าย หมายถึง ถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง ไม่ให้ทิ้งอุจจาระในไร่นา สวนยางของตนเอง

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

จากการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านกลไก อสม.เคาะประตูบ้าน 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดจากชุมชนมีการดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเชื่อมระหว่างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการลดโรคและภัยสุขภาพ และสิ่งที่ยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั่นคือ มาตรการ เลิก - เปิด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชน



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีการรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ โดยใช้แบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคัดเลือกประชากรและพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ที่ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย ผู้ที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม รวมจำนวน 122 คน ทำการศึกษาในระหว่างเดือน กันยายน 2567 ถึง เดือน มกราคม 2568 โดยมีขั้นตอนการนำเสนอ ดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผล
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 บริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

5.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

5.1.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

5.2 สรุปผล

จากการศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ครั้งนี้ สามารถสรุปผลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

5.2.1 บริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

5.2.1.1 บริบทของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย สรุปได้ว่า ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 14 หมู่บ้าน (แบ่งเป็น 15 ชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองท่าบ่อ และ 5 หมู่บ้าน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล) รวม 20 หน่วย พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มติดลำน้ำแหล่งน้ำที่สำคัญได้แก่ แม่น้ำโขง ห้วยโมง ห้วยลาน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ยาสูบ พริก ข้าวโพด มะเขือเทศทำเส้นก๋วยเตี๋ยว เลี้ยงปลา เพาะพันธุ์ปลา และอื่นๆ ทางเกษตรกรรม อีกทั้งยังมีผลิตภัณฑ์จากกลุ่มอาชีพต่าง ๆ เช่น กลุ่มจักสานกระติบข้าวจากคล้า กลุ่มทอผ้าไหม กลุ่มทำไม้กวาด และกลุ่มแปรรูปอาหาร เช่น ปลาต้ม ปลากรอบ ปลาร้า เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่ตำบลท่าบ่อมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่มีหนองน้ำ แม่น้ำโขง ห้วยโมง และห้วยลาน ทำให้สามารถจับปลาได้ตลอดทั้งปี โดยประชาชนในพื้นที่มีการบริโภคปลาแบบสุกๆ ดิบๆ โดยเชื่อว่าสามารถรับประทานได้ เพราะเคยทานแบบนี้มาตั้งแต่สมัยก่อน และในบางครั้งก็ทานเพื่อการเข้าสังคม ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ และยังไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ก่อนการพัฒนา ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลท่าบ่อ ดำเนินงานยังไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้นำในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค และมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้รับผิดชอบการป้องกัน โดยมีการรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนเลิกกินปลาดิบ เลิกทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ ทั้งนี้สามารถเข้าถึงประชาชนได้แค่ส่วนน้อย และประชาชนก็ยังทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากประชาชนในตำบลท่าบ่อ ยังมีพฤติกรรมการกินอาหารเมนูปลาน้ำจืดเกลือตัวปรุงดิบหรือดิบๆ สุกๆ เป็นสาเหตุที่ประชาชนยังมีการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังการพัฒนา พบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการตื่นตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ ความรู้ด้านวิชาการ เป็นการแสดงให้เห็นถึงพลังชุมชน ก่อเกิดความสามัคคีและความสัมพันธ์อันดีของเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการทำประชาคมเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ทุกภาคส่วนเกิดการมีส่วนร่วม และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจากที่ได้ทำการประชาคมและประชุมกับทุกภาคส่วน ก็ทำให้แต่ละฝ่ายเกิดแรงจูงใจและเกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ตำบลท่าบ่อเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และลดปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

5.2.1.2 ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.00 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 63.90 สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.77 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.52 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.77 ประชาชนได้รับการตรวจจากระหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี ร้อยละ 68.00 พบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ร้อยละ 3.28

5.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

5.2.2.1 วางแผนในการดำเนินงาน (Plan: P) มีกระบวนการ ดังนี้

1) ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการวิจัยได้ ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการวิจัยโดยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงพื้นที่เพื่อสื่อสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 122 คนพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา และได้ทำการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) เพื่อนำมาวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา

2) วิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในประเด็นการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม รวมจำนวน 22 คนโดยทำการคืนข้อมูลจากการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการพัฒนา และผลการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ปี 2559-2565 เพื่อกำหนดกรอบและแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกัน โดยใช้วิธี การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) พบว่าปัญหาที่พบคือ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนดำเนินงานยังไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ เนื่องจากประชาชนในตำบลท่าบ่อ ยังมีพฤติกรรมกินอาหารเมนูปลาน้ำจืดเกล็ดขาวปรุงดิบ หรือดิบๆ สุกๆ เป็นสาเหตุที่ประชาชนยังมีการติดโรคพยาธิ

ไ้ไม่ดับ และจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่นั้นยังพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระบบการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนก็ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลท่าบ่อ เนื่องจากตำบลท่าบ่อประกอบด้วย 15 ชุมชนและ 5 หมู่บ้าน ซึ่งการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถนัดหมายครั้งเดียวได้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวันประชุมจัดทำแผนร่วมกับเครือข่ายจำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ผลจากการจัดประชุมครั้งที่ 1 พบว่าจากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้นนั้น ประชาชนยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากปัจจัยหลายด้านที่ทำให้ยังคงรับประทาน เช่น ความเชื่อที่เคยรับประทานมาตั้งแต่เด็ก ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกว่าต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา จากประเด็นดังกล่าวจึงได้มีการจัดประชุมครั้งที่ 2 เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ผลจากการจัดประชุมครั้งที่ 2 พบว่าจากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้นนั้น ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงปัญหาและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกว่าต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพร่วมกัน โดยมีประเด็นในการขับเคลื่อนโครงการนี้ คือ

- 1) ประเด็นด้านความรู้ ควรมีการพัฒนาความรู้ และปรับทัศนคติในการบริโภคอาหารให้แก่ประชาชนในชุมชน
- 2) ประเด็นการสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) ประเด็นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ทำให้ได้แผนปฏิบัติการจำนวน 1 โครงการ 4 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา โดยการบรรยาย และการใช้สื่อวีดิทัศน์ 2) กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้เป็นการรณรงค์ให้ความรู้ทั้งภายในและภายนอกกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชน ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชน โดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้

ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม.โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ความรู้และเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน 3) กิจกรรมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยกิจกรรมนี้จะดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานสถานศึกษา ขอความร่วมมือส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบทุกโรงเรียน ขอความร่วมมือส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูล 4) กิจกรรมการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนซึ่งกิจกรรมนี้จะเป็นการดำเนินงานในการร่วมประชาคมเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน จากนั้นก็นำมาตรการที่ได้มาเข้าที่ประชุมเพื่อร่วมประกาศเป็นมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.2.2.2 การปฏิบัติ (Action: A)

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้จัดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ และแนวทางการรักษา เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประชาสัมพันธ์ในชุมชนต่อไป โดยการบรรยาย และการใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 122 คน ประกอบด้วย ผู้ที่เคยตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่างๆ ในชุมชน พระภิกษุ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มตัวแทนเยาวชนในโรงเรียน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม ผลการดำเนินงานพบว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสรุปได้ว่าผลจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจ รู้ถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบที่เกิดจากการกินปลาดิบ และทราบแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะทำให้ปลอดภัยได้

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้เป็นการรณรงค์ให้ความรู้ทั้งภายในและภายนอกกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชน ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการดำเนินงานพบว่า ประชาชนให้ความสนใจและกลุ่มผู้นำที่ดำเนินการรณรงค์เองก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพื่อให้ประชาชนในชุมชน เลิกการรับประทานอาหารที่ทำแบบสุกๆ ดิบๆ ได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ในการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ

ใบไม้ดับแก่ประชาชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ และมีการจัดกิจกรรมเดินรณรงค์ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ในการร่วมออกเดินรณรงค์ในครั้งนี้

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยกิจกรรมนี้ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสถานศึกษาทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเทศบาลเมืองท่าบ่อ โรงเรียนอนุบาลดารณีท่าบ่อ โรงเรียนโกมลวิทยาคาร โรงเรียนโพธิเสน และโรงเรียนบ้านนาข่างน้ำ ขอความร่วมมือส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนหน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีครบทุกโรงเรียน ขอความร่วมมือส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งเขตพื้นที่เทศบาลเมืองท่าบ่อ และองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ให้มีการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูล โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานการควบคุมโรคกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง/ผู้แทนสถานศึกษา จำนวน 5 แห่งๆ ละ 1 คน รวมเป็น 5 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน จำนวน 20 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน รวมเป็นจำนวน 52

ผลการดำเนินงานพบว่า ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานสถานศึกษาที่ได้ขับเคลื่อนนโยบายในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนไปปรับใช้ในโรงเรียนปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะโรงเรียนอนุบาลดารณีท่าบ่อ และได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้เล็งเห็นถึงปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ และพร้อมที่จะสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ พร้อมผลักดันให้มีการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลต่อไป

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนซึ่งกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับชุมชน ดำเนินงานในการร่วมประชาคมเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย ประธานชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนกลุ่มชมรมต่างๆ และประชาชนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 122 คน จาก การที่ร่วมประชาคมทำให้ได้มาตรการทางสังคมคือ เลิก - เปิด - เคาะ - ไม้ - ถ่าย จากนั้นก็นำมาตรการที่ได้มาเข้าที่ประชุมเพื่อร่วมประกาศเป็นมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลจากการประกาศการใช้มาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ เนื่องจากมาตรการดังกล่าว มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตำบลท่าบ่อ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ประชาชนเห็นชอบด้วยกับมาตรการดังกล่าว และสามารถปฏิบัติตามมาตรการเพื่อปรับพฤติกรรมของตนเองได้เป็นอย่างดี

ดี จากการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนจึงทำให้เกิดมาตรการ ที่เข้ามาช่วยเป็นแนวทางการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.2.2.3 การสังเกตการณ์ (Observation: O)

1) การติดตามนิเทศงาน

โดยการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากการดำเนินงาน สัมภาษณ์ และสังเกต บริบทของพื้นที่โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านที่จะลงเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง แบ่งเป็นครั้งที่ 1 ลงเยี่ยมพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ครั้งที่ 2 ลงเยี่ยมพื้นที่เทศบาลเมืองท่าบ่อ

สรุป จากการติดตามนิเทศงาน พบว่า ชุมชนมีการดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้ยังมีการ ดำเนินงานที่เข้มแข็งจากกลุ่มแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้การช่วยเหลือในการ ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันโรค และสิ่งที่ยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั่นคือ มาตรการ เลิก - เปิด - เคาะ - ไม้ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชน

2) การประเมินผลหลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลหลังการ ดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งพบว่า ประชาชนยังคงมีการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างสม่ำเสมอ และยังเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลหลังการพัฒนา (Post-test) เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการ ดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา ซึ่งผลการประเมินก่อนและหลังการพัฒนาดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.1) องค์ประกอบด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ ใบไม้ตับ องค์ประกอบด้านที่ 1 ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 51.64 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 27.05 ระดับพอใช้ ร้อยละ 14.75 และระดับไม่ดี ร้อยละ 6.56 (Mean = 77.29 SD = 3.25) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.67 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 23.77 และระดับพอใช้ ร้อยละ 6.56 (Mean = 84.26 SD = 1.09)

จากการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 1 ทักษะการ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2) องค์ประกอบด้านที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.48 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 18.03 ระดับพอใช้ ร้อยละ 16.39 และระดับไม่ดี ร้อยละ 16.39 (Mean = 77.46 SD = 0.41) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 76.23 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 18.03 และระดับพอใช้ ร้อยละ 5.74 (Mean = 84.67 SD = 2.29)

จากการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3) องค์ประกอบด้านที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 3 ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 69.67 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 18.85 ระดับพอใช้ ร้อยละ 8.20 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.28 (Mean = 82.00 SD = 0.85) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 93.44 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 5.74 และระดับพอใช้ ร้อยละ 0.82 (Mean = 87.21 SD = 2.27)

จากการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.4) องค์ประกอบด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 4 ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 70.49 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 18.03 ระดับพอใช้ ร้อยละ 7.38 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.10 (Mean = 81.92 SD = 1.80) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 98.36 และระดับดี ร้อยละ 1.64 (Mean = 87.86 SD = 0.53)

จากการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) พฤติกรรมสุขภาพ

2.1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 77.05 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 17.21

ระดับพอใช้ ร้อยละ 3.28 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.46 (Mean = 84.78 SD = 3.35) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรอบรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 89.34 และระดับดีร้อยละ 10.66 (Mean = 88.81 SD = 5.55)

จากการเปรียบเทียบความรอบรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2) พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับความรอบรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 79.51 รองลงมาคือ ระดับดีร้อยละ 17.21 และระดับพอใช้ ร้อยละ 3.28 (Mean = 82.91 SD = 5.09) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรอบรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 95.08 และระดับดีร้อยละ 4.92 (Mean = 83.72 SD = 3.52)

จากการเปรียบเทียบความรอบรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection: R)

ในขั้นตอนของการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประชุมถอดบทเรียน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โดยผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 122 คน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ผู้แทนนายกเทศมนตรีเมืองท่าบ่อ หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชน โดยมีประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเด็นของมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในส่วนของประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้เพิ่มขึ้น เกิดจากการที่ได้รับการอบรมชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นรวมถึงทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าใจสุขภาพ ทักษะด้านการปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะด้านการตัดสินใจ ของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น

ในด้านของมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว เนื่องจากมาตรการที่ได้นั้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่และเป็นมาตรการที่เกิดจากประชาชนและสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย จึงสามารถนำมาปฏิบัติและปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

2) การประชุมถอดบทเรียน

ผู้วิจัยได้จัดประชุมถอดบทเรียน ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป โดยผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียน จำนวน 122 ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าบ่อ ผู้แทนนายกเทศมนตรีเมืองท่าบ่อ หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชนผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ดับของชุมชน 2) กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ผ่านกลไก อสม.เคาะประตูบ้าน 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ

จากขั้นตอนกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับของชุมชน ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน ประชาชนมีการปฏิบัติตนตาม คือ มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ นั่นคือ 5 มาตรการ เล็ก - เปิด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

มาตรการข้อที่ 1 เล็ก หมายถึง ลด ละ เล็ก รับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด กล้วยข้าว แบบสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารประเภทก๋วยเตี๋ยวปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาจืด เป็นต้น

มาตรการข้อที่ 2 เปิด หมายถึง ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน เปิดสื่อประชาสัมพันธ์โรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกาศให้ลูกบ้านไม่กินปลาดิบและงานบุญประเพณีไม่ให้มีอาหารเมนูปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

มาตรการข้อที่ 3 เคาะ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เคาะประตูบ้าน ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีในทุกครอบครัวในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบทุกเดือน และคอยสอดส่องดูแลติดตามพฤติกรรมกรกิน

มาตรการข้อที่ 4 ไม่ หมายถึง ไม่เอาเศษปลาดิบให้สุนัขและแมวกิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการไม่กินปลาดิบ

มาตรการข้อที่ 5 ถ่าย หมายถึง ถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง ไม่ให้ทิ้งอุจจาระในไร่นา
สวนยางของตนเอง

5.2.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับล่ำทาบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย

จากการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ของชุมชน ตำบลล่ำทาบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 8
ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมประชุม
ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ตับ ผ่านกลไก อสม. เคาะประตูบ้าน 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน
และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาชุมชนรอบรู้
ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดจากชุมชนมีการดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม.
โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเชื่อมระหว่าง
ภาคีเครือข่ายในการร่วมกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงาน
ด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งใน
การลดโรคและภัยสุขภาพ และสิ่งที่ยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ ประชาชนมีการปฏิบัติตนตาม
มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั่นคือ มาตรการ เลิก - เปิด - เคาะ - ไม่ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วม
คิดของประชาชน

5.3 อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลล่ำทาบ่อ
อำเภอลำดวน จังหวัดหนองคาย ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการจากประสบการณ์การปฏิบัติ
(Practical Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ท
(Kemmis & McTaggart, 1998) ตามกระบวนการ PAOR พร้อมทั้งศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมา
ประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการวิจัยให้กับประชาชนในชุมชนซึ่งผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลในประเด็น
ดังนี้

5.3.1 การศึกษาบริบทของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอบ่อท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการตื่นตัวในการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นการแสดงให้เห็นถึงพลังชุมชน ก่อเกิดความสามัคคีและความสัมพันธ์อันดีของเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจัดประชุมกับผู้เข้าร่วมวิจัยและช่วยกันวิเคราะห์บริบทในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในช่วงที่ผ่านมา โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งในผู้เข้าร่วมวิจัย ได้อธิบายถึงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและประชาชนผู้เข้าร่วมการประชุมร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ถึงการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เสนอแนะได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจากที่ได้ทำการประชุมและประชุมกับทุกภาคส่วน ก็ทำให้แต่ละฝ่ายเกิดแรงจูงใจและเกิดแนวทางการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับประสพ สารสมัค (2557) ที่พบว่าการจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีไทย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาเครือข่าย 2) การพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดความสามารถแกนนำสุขภาพ 3) การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา 4) การจัดการและการวางแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วม 5) การสร้างพลังอำนาจในชุมชนโดยการร่วมแรงร่วมใจ 6) การสร้างระบบสื่อสารสุขภาพ 7) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

5.3.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอบ่อท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย การพัฒนาใช้แนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart) ตามกระบวนการ PAOR พบว่ามีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านกลไก อสม. เคาะประตูบ้าน 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการแสดงให้เห็นถึงพลังชุมชน ก่อเกิดความสามัคคีและความสัมพันธ์อันดีของเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับสมจิตร บุญยง (2566) ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดหนองคาย มี 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือภาคี

เครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุน กิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.3.3 ผลการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน ประชาชนมีการปฏิบัติตนตาม คือ มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั่นคือ 5 มาตรการ เลิก - เปิด - เคาะ - ไม้ - ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชนอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน 2) กิจกรรมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านกลไก อสม. เคาะประตูบ้าน 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดจากชุมชนมีการดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชนโดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับป้องกันได้ด้วยกลไก อสม. โดยกิจกรรมเคาะประตูบ้าน แจกแผ่นพับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเชื่อมระหว่างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการลดโรคและภัยสุขภาพ สอดคล้องกับ กิตติศักดิ์ ประครองใจ (2564) ได้พบว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดการป้องกันควรเริ่มตั้งแต่ “ต้นน้ำ” ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายชุมชน ร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมที่เรียกว่า “พรสำราญ 3 ไม่” (ไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี)ร่วมกับการปรับเปลี่ยนและติดตามพฤติกรรมแบบ “เคาะบ้าน” ส่งผลให้ประชาชน “ลด และ เลิก” ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากประชาชนและทุกหน่วยงานในพื้นที่ตระหนักถึงปัญหาและมีส่วนแก้ไข ปัญหาแบบ “การเข้าถึงชุมชน” โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและชี้แนะทางวิชาการ

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษา ดังนี้

1) การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ และส่งเสริมให้ประชาชนในแต่ละชุมชนได้มีส่วนร่วมดำเนินงานในทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ นั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน

2) นอกจากหน่วยงานภาครัฐจะให้การสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการแล้ว ยังต้องส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ในการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้องด้วย

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

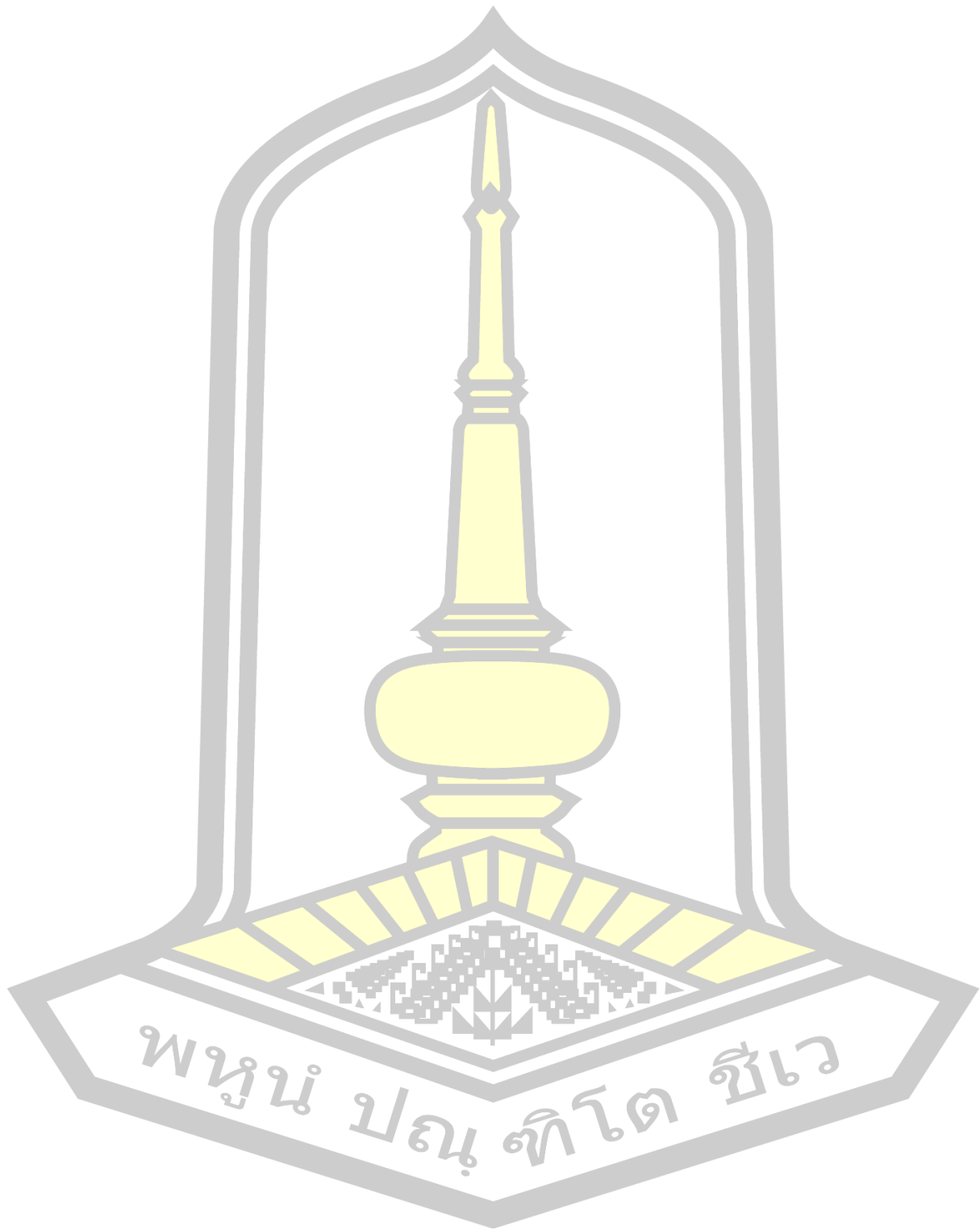
จากการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยขอเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1) ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการพัฒนาในวงรอบที่ 2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพัฒนาชุมชนในระยะยาว และเกิดเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่เข้มแข็งต่อไป

2) ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในรูปแบบอื่นๆ เช่น การประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม การศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา การเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืน

3) ควรศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลใกล้เคียง ที่อยู่ในเขตอำเภوتاบ่อ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่ามีการแก้ไขปัญหาอย่างไร จึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

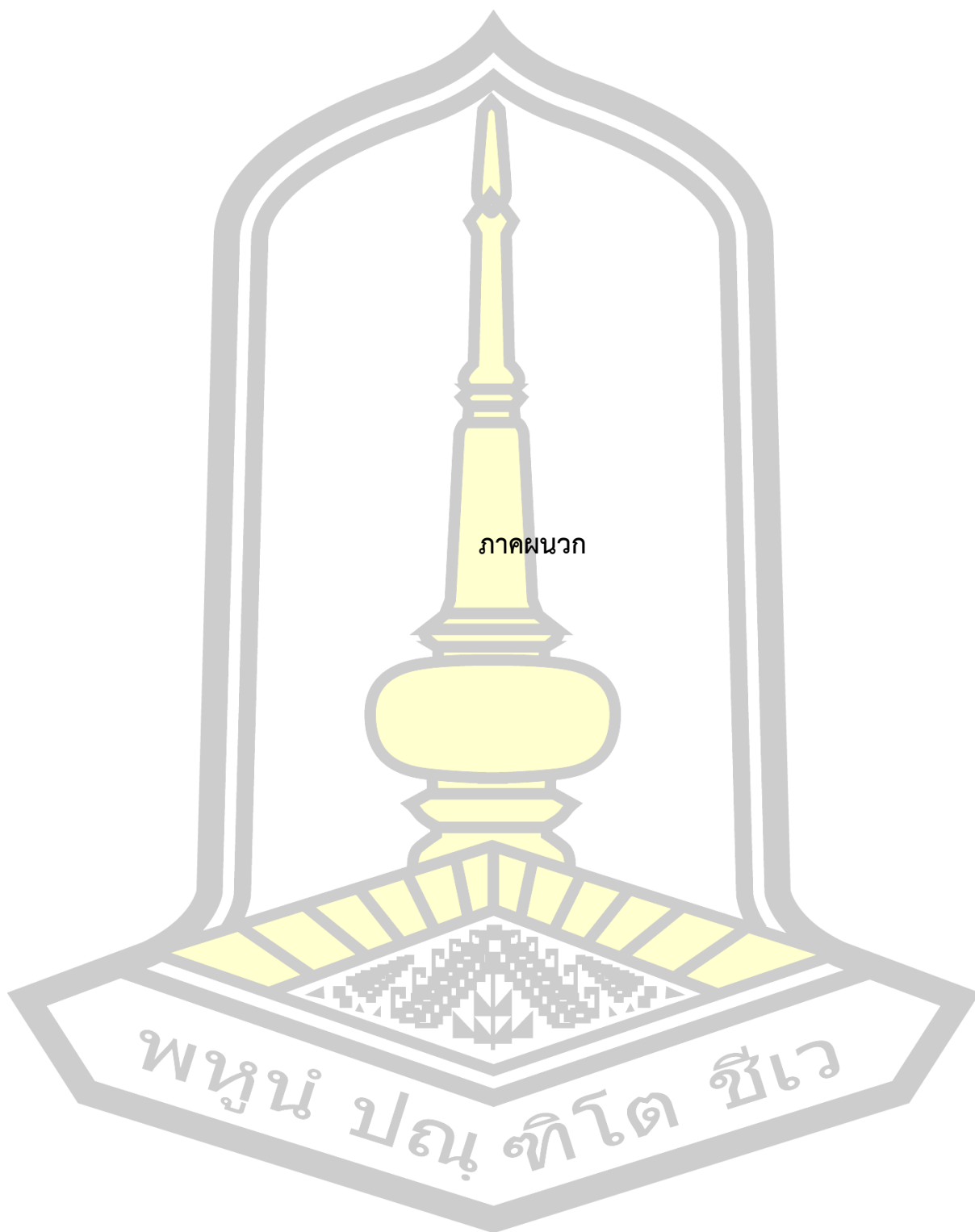
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 –2568*. (เอกสารอัดสำเนา).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์การกำจัด ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศล*. ประจำปี 2565. (เอกสารอัดสำเนา).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. *แบบประเมินความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต*. ฉบับปรับปรุง ปี 2566.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ระบบรายงานและฐานข้อมูล กองระบาดวิทยา* (รายงาน 506 ประจำปีเดือนธันวาคม 2565).
- กิตติศักดิ์ ประครองใจ. (2564). *รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์*. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2564.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. *ความรู้ด้านสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร; บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). 2561.
- จิรารัตน์ สิงทองทัศน์. (2564). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร*. วารสารสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 03 (2022) กรกฎาคม - กันยายน 2565.
- ฉัตรลดา ดีพร้อม. (2561). *พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่เข้ารับ การตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ บ้านสองห้อง ตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์*.
- ณัฐกร แขงสีนวล และ กิตติภูมิ ภิญโย. (2565). *การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนตำบลกุดกว้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น*. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2565).

- เตชา วรสาร. (2563). รูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้และ
มะเร็งท่อน้ำดี กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่าย ในตำบลเจ้าท่า อำเภอก
มลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 3
กันยายน - ธันวาคม 2563.
- ทักษิณีย์ พัสตุ. (2561). กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562.
- ทักษิณีย์ พัสตุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และนันท์พัฒน์ พัฒนโชติ. (2562). กระบวนการพัฒนาชุมชน
รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอก
นามน จังหวัดกาฬสินธุ์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.
- ธนากร วรัมย์พร, ยุวดี สาระพันธ์ และสุนิศา แสงจันทร์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร
ตำบลไทยอุดม อำเภอกองหาด จังหวัดสระแก้ว
- บวรพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารัตน์ โสตะ (2562). รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตำบลขามน อำเภอกอนน่าน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2562.
- เบญจมาศ อุนรัตน์ และพรรณรัตน์ เป็นสุข. (2564). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน
สุขภาพในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9.
วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มีนาคม - สิงหาคม 2564.
- ประสพ สารสมิคร. (2557). การจัดการความรู้และการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถี
ไทยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแดง อำเภอตระการพืชผล จังหวัด
อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรพัฒน์ ภูนาถลม และทักษิณีย์ พัสตุ. (2562). กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลยอดแกง
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์
และโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.

- รัชนีกร กุญแจทอง, สุมาลี จันทลักษณ์, ศุจินันท์ ตริเดช และสมจิตร พันธุ์โพธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 47 ฉบับเพิ่มเติมที่ 1 ก.ค. - ก.ย. 2564
- รัชนีวิภา จิตรากุล และคณะ. (2559). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วารสารช่อพะยอม, 26(6), 195-208.
- วรลักษณ์ เวฬุ. (2562). รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2562.
- วารุณี เปรมสิงห์, อติศร วงศ์คงเดช, และราณี วงศ์คงเดช. (2562). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562.
- ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. สรุปรายงานผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ พ.ศ. 2559 - 2565. (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2565). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ประจำปี 2565. (เอกสารอัดสำเนา).
- สมจิตร บุญยง.(2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ศึกษาปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2566.
- หทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสุรีย์ จันทรีโมลี. (2564). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดบึงกาฬ. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 47 ฉบับเพิ่มเติมที่ 1 กรกฎาคม - กันยายน 2564.
- อรณิชา โชติกาวานิชกุล. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9.
- อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี. วารสารร่วมฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก, 36(3),114-124.
- Kemmis, S. and R. McTaggart. (1988). The Action Research Planner. Victoria: Deakin University Press.

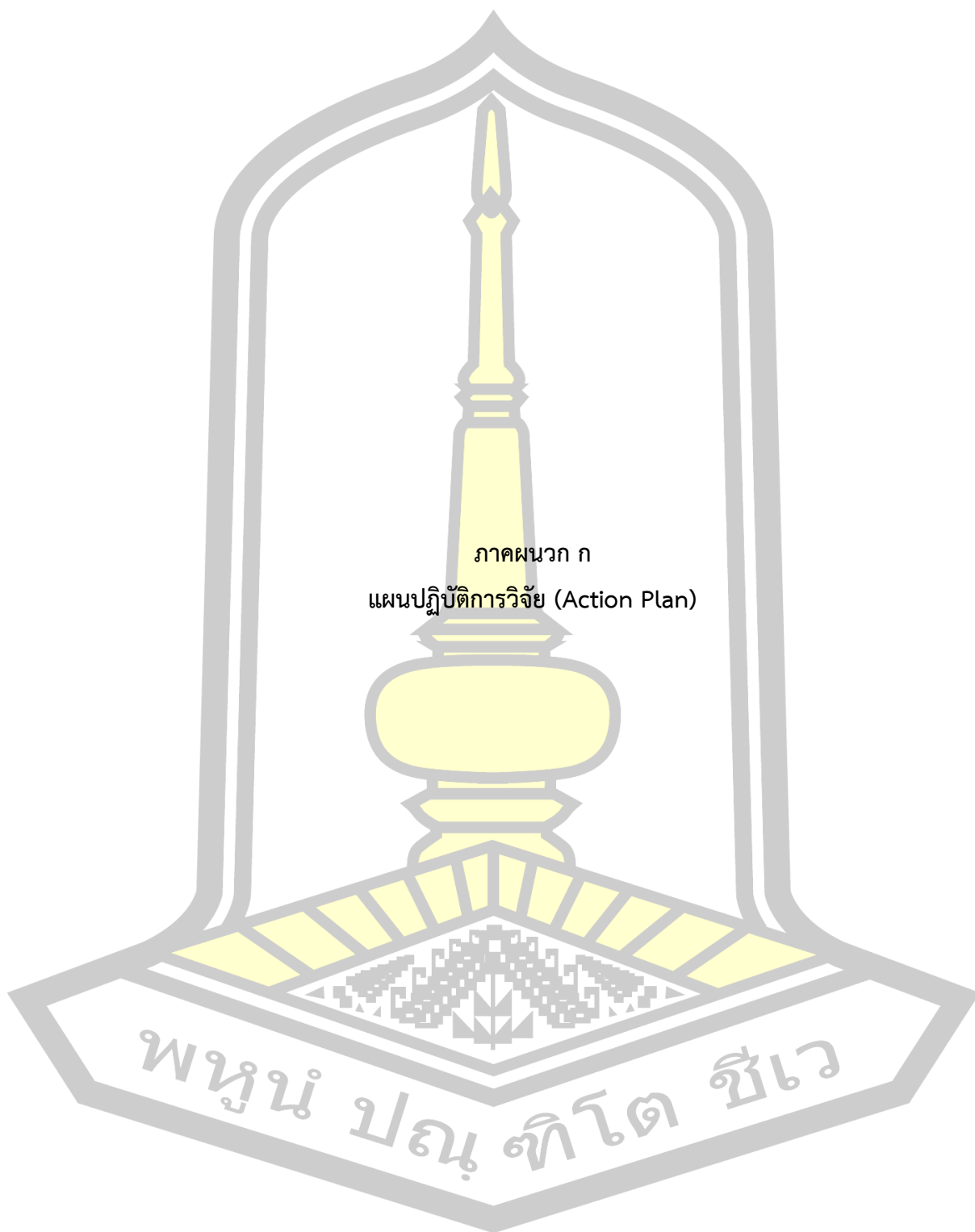
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15.
- Nutbeam, D. (2008). *Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research*. Oxford University, England.
- Rootman. (2004). *Health Literacy and Health Promotion*. Ontario Health Promotion E-Bulletin [Online]. Available From: <http://www.ohpe.ca/index2>.
- World Health Organization. (1988). Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. 26-30 October 2009. Nairobi, Kenya.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ระยะปฏิบัติการวิจัย

ขั้นตอนที่1 การวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรม</p> <p>ขึ้นเตรียมความพร้อม</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อประชุมชี้แจงทำความเข้าใจทีมผู้นำในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพใน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ</p>	<p>1. วิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในประเด็นการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา</p> <p>2. การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางประชากร</p> <p>3. คัดเลือกสถานการณ์ปัญหา ร่วมกัน และเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test)</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>กันยายน 2567</p> <p>สถานที่</p> <p>ในพื้นที่ตำบลท่าบ่ออำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย</p> <p>วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>คอมพิวเตอร์ Projector</p> <p>กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณได้รับ</p> <p>งบบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปี 2567</p>	<p>-แบบสังเกต</p> <p>-แนวคำถามสนทนากลุ่ม</p> <p>- สมุดจดบันทึก</p> <p>-เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>- คอมพิวเตอร์</p> <p>Note Book</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p>	<p>ได้ทราบข้อมูลสภาพปัญหาจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัย มาเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์</p>	<p>1. รายงานสรุปบริบทของพื้นที่</p> <p>2. รายงานสรุปข้อมูลปัญหา สถานการณ์ อุปสรรคการดำเนินงาน</p>	<p>-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย</p> <p>วิจัย</p>

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/งบประมาณ	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรม ขั้นสรุปผลการวางแผน วัตถุประสงค์ 1. เพื่อจัดทำแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน	1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายกำหนดแผนการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่กำหนดแผนการดำเนินงานสุขภาพ โดยระบุกิจกรรม ขั้นตอน ระยะเวลา แบบมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย	ระยะเวลา กันยายน 2567 สถานที่ ศูนย์แพทยศูญชุมชนท่าบ่อ วัสดุ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ Projector กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง งบประมาณได้รับ งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปี 2567	-แบบสังเกต -แบบสอบถาม - สมุดจดบันทึก -เครื่องบันทึกเสียง - คอมพิวเตอร์ Note Book - กล้องถ่ายรูป	ได้กรอบการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่	1.แนวทางการปฏิบัติ 2. แผนการดำเนินการ	ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action)

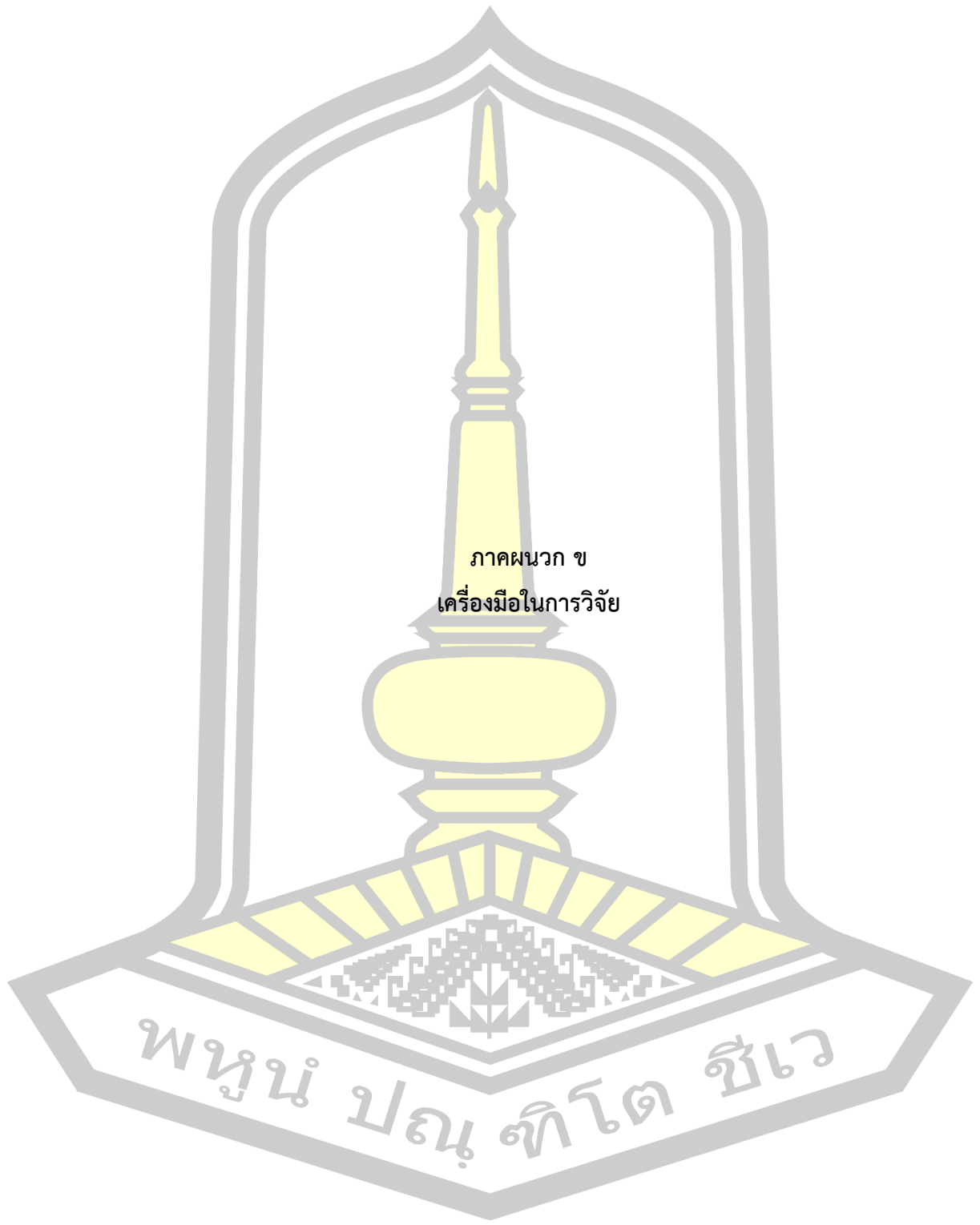
กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรม</p> <p>ปฏิบัติตามแผน กิจกรรม หรือโครงการที่กำหนดไว้</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กิจกรรม หรือโครงการที่กำหนดไว้</p>	<p>จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>ตุลาคม 2567</p> <p>สถานที่</p> <p>ในพื้นที่ตำบลท่าบ่ออำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย</p> <p>วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>คอมพิวเตอร์ Projector</p> <p>กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก</p> <p>เครื่องบันทึกเสียง เครื่องปริ้นเตอร์ กระดาษ A4</p> <p>งบประมาณที่ได้รับ</p> <p>งบบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปี 2567</p>	<p>-แบบสังเกต</p> <p>-บันทึกกิจกรรม</p> <p>- สมุดจดบันทึก</p> <p>-เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>- คอมพิวเตอร์</p> <p>Note Book</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p>	<p>กลุ่มเป้าหมายมี</p> <p>การดำเนินงาน</p> <p>ตามแผนงาน</p> <p>กิจกรรมหรือโครงการที่กำหนดไว้</p>	<p>ผู้วิจัยและ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ดำเนินการตาม</p> <p>แผนปฏิบัติการ</p> <p>กิจกรรมหรือโครงการที่กำหนดไว้</p>	<p>ผู้วิจัยและทีม</p> <p>ผู้ช่วยนักวิจัย</p> <p>วิจัย</p>

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/งบประมาณ	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรม</p> <p>นิเทศติดตามและประเมินผลการทำงาน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ นั้นดำเนินไปได้ด้วยดี</p>	<p>ออกติดตามเยี่ยมการดำเนินงานตามแผน</p> <p>ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตามกรอบการพัฒนากระบวนการป้องกันติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ นำปัญหาและข้อเสนอแนะมาปรับแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสม</p> <p>ถอดบทเรียนการดำเนินงาน และวางแผนเพื่อการพัฒนา</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>พฤศจิกายน – ธันวาคม 2567</p> <p>สถานที่</p> <p>ในพื้นที่ตำบลท่าบ่ออำเภอ</p> <p>ท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย</p> <p>วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>คอมพิวเตอร์ Projector</p> <p>กล้องถ่ายภาพ สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง เครื่องปริ้นเตอร์ กระดาษ A4</p> <p>งบประมาณได้รับ</p> <p>งบบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปี 2567</p>	<p>-แบบสอบถาม</p> <p>-บันทึกกิจกรรม</p> <p>- แบบสัมภาษณ์</p> <p>- สมุดจดบันทึก</p> <p>- เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>- คอมพิวเตอร์</p> <p>Note Book</p> <p>- กล้องถ่ายภาพ</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>- มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>- มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ</p>	<p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p>	<p>-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย</p> <p>วิจัย</p>

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/งบประมาณ	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรม การจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อสรุปและถอดบทเรียนกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน</p>	<p>ใช้กระบวนการสนทนา กลุ่มสรุปเพื่อทบทวนกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ผลการดำเนินงาน ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>มกราคม 2568</p> <p>สถานที่</p> <p>ในพื้นที่ตำบลท่าบ่ออำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย</p> <p>วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>คอมพิวเตอร์ Projector</p> <p>กล้องถ่ายภาพ สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง เครื่องบันทึกเสียง เครื่องปรับอากาศ กระดาษ A4</p> <p>งบประมาณที่ได้รับ</p> <p>งบบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปี 2567</p>	<p>- แบบสังเกต แบบสอบถาม</p> <p>- บันทึกกิจกรรม</p> <p>- แบบสัมภาษณ์</p> <p>- สมุดจดบันทึก</p> <p>- เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>- คอมพิวเตอร์</p> <p>Note Book</p> <p>- กล้องถ่ายภาพ</p>	<p>ได้ทราบผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>รอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย</p>	<p>ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ</p>	<p>-ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย</p> <p>วิจัย</p>



ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 613-601/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตามแนวคิดตำบล จัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Developing a health literacy community model for preventing
liver fluke disease. According to the concept of quality of life management subdistrict, Tha Bo
Subdistrict, Tha Bo District, Nong Khai Province.

ผู้วิจัย : นางสาวปราณี สิงคาม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 24 กันยายน 2567

วันหมดอายุ : 23 กันยายน 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐาน
ของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์ม
การปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภทาร์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษีขจรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

67/601

ECMSU01-05.03 Update 2021

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวปราณี สิงคาม นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่จะส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ตอบ และทีมวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น คำตอบท่านถือเป็นความลับ และถือเป็นเอกสารทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคายแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน 14 ข้อ
3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน 10 ข้อ
3.2 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล	จำนวน 4 ข้อ

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวปราณี สิงคาม นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 065-4539395

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง



นางสาวปราณี สิงคาม

ผู้วิจัย



ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ

ปี บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวปราณี สิงคัม เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย (Developing a health literacy community model for preventing liver fluke disease. According to the concept of quality of life management subdistrict, Tha Bo Subdistrict, Tha Bo District, Nong Khai Province)” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์/การเข้าร่วมกิจกรรม โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการปฏิบัติงานของข้าพเจ้าที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....



ECMSU01-05.04

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวปราณี สิงคาม นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่จะส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การตอบแบบสัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ตอบ และที่มิวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น คำตอบท่านถือเป็นความลับ และถือเป็นเอกสารทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ในประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ซึ่งประกอบด้วยคำถาม มีทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 90 นาที โดยจะขอสัมภาษณ์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียง ถ่ายภาพและจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวปราณี สิงคาม นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 065-4539395

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง



(นางสาวปราณี สิงคาม
ผู้วิจัย)



แบบสอบถามประเมิน

ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

คำชี้แจง

เนื่องด้วยผู้วิจัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวผู้ตอบ และทีมวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น คำตอบท่านถือเป็นความลับ และถือเป็นเอกสารทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน 14 ข้อ
3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน 10 ข้อ
3.2 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล	จำนวน 4 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย มา ณ โอกาสนี้

.....
นายสาวปราณี สิงคาม

ผู้วิจัย



ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ (ปีบริบูรณ์)
3. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ ปวส.	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย/ทำธุรกิจ
<input type="checkbox"/> 3. พ่อครัว/แม่ครัวในร้านอาหาร
<input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง/ลูกจ้างเอกชน
<input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน/แม่บ้าน)
<input type="checkbox"/> 7. นักเรียน/นักศึกษา
6. ท่านได้เข้ารับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี หรือไม่

<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
-------------------------------	----------------------------------
7. ผลการตรวจอุจจาระ

<input type="checkbox"/> พบ	<input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล (ไม่ได้ตรวจ)
-----------------------------	--------------------------------	---



ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความถาม	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	ไม่ปฏิบัติ	นานครั้ง	บางครั้ง	สม่ำเสมอ	ทุกครั้ง
องค์ประกอบด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ					
1. ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัยได้โดยทันที					
2. ท่านสามารถเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย					
3. ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการ ผิดปกติของร่างกาย					
4. ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง					
องค์ประกอบด้านที่ 2 การเข้าใจสุขภาพ					
5. ท่านอ่านหรือได้ฟังข้อมูลเกี่ยวกับโทษของการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน แบบสุกๆ ดิบๆ อย่างเข้าใจ					
6. ท่านอ่านหรือได้ฟังข้อมูลสามารถสรุปเนื้อหาจากการฟังหรืออ่านเรื่องโทษ ของการบริโภคปลาสุกๆ ดิบๆ ได้					
7. ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลการนำเสนอวงจรการเกิดพยาธิใบไม้ตับ วัฏจักร ชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ					
8. ท่านกล้าซักถามข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ จากหมอพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้อง					



ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความคำถาม	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	ไม่ปฏิบัติ	นานครั้ง	บางครั้ง	สม่ำเสมอ	ทุกครั้ง
องค์ประกอบด้านที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ					
9. ท่านประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาลก่อนที่จะ ปฏิบัติตาม					
10. ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสียของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตาม					
11. ท่านทบทวนข้อมูลการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจาก หลายแหล่งจนพบทางเลือกที่เหมาะสม ก่อนที่จะทำตาม					
12. ท่านได้ตรงข้อมูลการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล					
องค์ประกอบด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ					
13. ท่านสามารถนำข้อมูลความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเองได้					
14. ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
15. ท่านวางแผนเข้ารับการตรวจสุขภาพ เช่น ตรวจอุจจาระเพื่อค้นหา ไข่พยาธิใบไม้ตับ					
16. ท่านตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ					



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Eating behaviors)

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
 ทุกวัน หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้งร้อยละ 100
 เกือบทุกวัน หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 70-99
 บางวัน หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 50-69
 แทบไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยกว่าร้อยละ 49
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกวัน	เกือบทุกวัน	บางวัน	แทบไม่ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
การบริโภคอาหาร					
1. ท่านรับประทานปลาสดที่ปรุงไม่สุกดี					
2. ท่านรับประทานก๋วยเตี๋ยวหรือสุกๆ ดิบๆ					
3. ท่านรับประทานปลาจ่อมดิบ/ปลาน้อยดิบ					
4. ท่านรับประทานปลาร้าดิบหรือแจ่วบองปลาร้าดิบ					
5. ท่านรับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ					
6. ท่านรับประทานหมักปลาดิบ					
7. ท่านรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ปลาตะเพียน ปลาชิว ปลาสร้อย ที่ปรุงสุกด้วยความร้อน					
8. ท่านดื่มสุราร่วมกับรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ					
9. ท่านบิบมะนาวหรือใส่พริกในปลาน้ำจืดดิบก่อนรับประทาน					
10. ท่านบิบหรือขยำผสมกับปลาน้ำจืดดิบเพื่อให้เปลี่ยนสีเป็นสีซีดก่อนการรับประทาน					



3.2 พฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล (Personal Hygiene Behavior)

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

ทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้งร้อยละ 100

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 70-99

บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นประมาณร้อยละ 50-69

นานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยกว่าร้อยละ 49

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
สุขวิทยาส่วนบุคคล					
11. ท่านล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร					
12. ท่านล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำ					
13. ท่านถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา					
14. ท่านให้อาหารสุนัขและแมว ด้วยปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ					



เครื่องมือเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล
แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมกรณีมีส่วนร่วมของทีมผู้นำในการขับเคลื่อน
การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

ชื่อผู้สังเกต.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

คำชี้แจง เป็นการสังเกตเชิงพฤติกรรมของทีมผู้นำในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

1. ความสนใจในการเข้าร่วมกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

.....

2. ความตั้งใจในการเข้าร่วมกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

.....

3. การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

.....

4. เสนอความคิดเห็นในขณะร่วมกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

.....

5. บันทึกเพิ่มเติม

.....

(ลงชื่อ).....ผู้บันทึก

...../...../.....



**แบบบันทึกสัมภาษณ์ที่ผู้นำในการขับเคลื่อน
การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย**

คำชี้แจง สัมภาษณ์คณะกรรมการที่ผู้นำในการขับเคลื่อนการพัฒนาแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลท่าบ่อ อำเภотаบ่อ จังหวัดหนองคาย

1. บุคคลใดบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น

.....

2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างไรบ้าง (ท่านได้เสนอแนะอะไรบ้าง)

.....

3. ขอให้ท่านช่วยอธิบายการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลท่าบ่อเป็นอย่างไร

.....

4. ผลจากการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลท่าบ่อมีอะไรบ้าง กรุณาอธิบายพอสังเขป

.....

5. ท่านคิดว่าการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้าง ควรได้รับการแก้ไขอย่างไร

.....

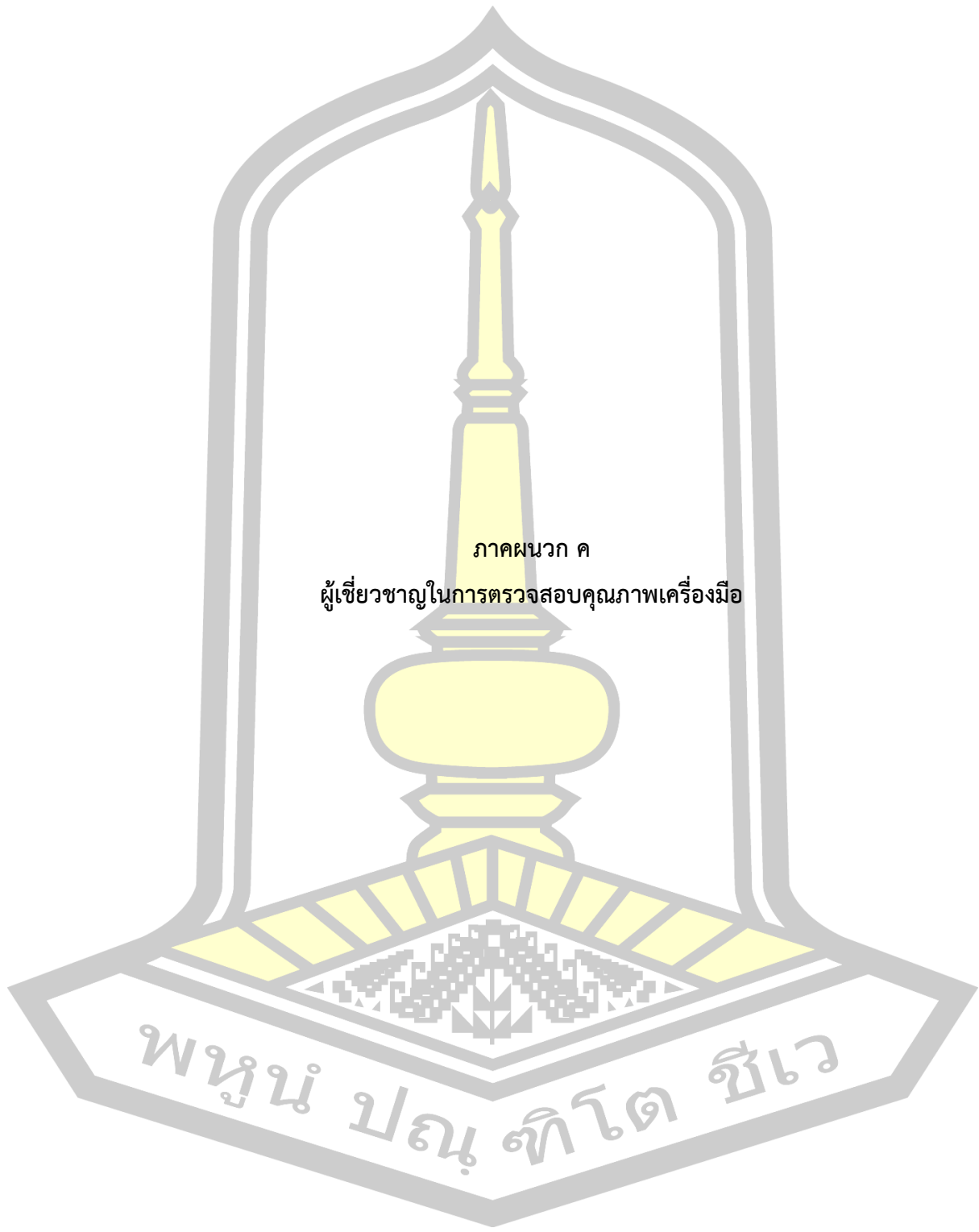
6. บทบาทของท่านในด้านป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลท่าบ่อควรเป็นอย่างไร

.....

(ลงชื่อ)..... ผู้บันทึก

..... /





ภาคผนวก ค

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พหุมนุ ปรณุ ทิโต ชีเว

ผู้เชี่ยวชาญ

- 1) นายแพทย์อภิวิชญ์ กุดแกลง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
- 2) นายสามารถ พันธุ์สระคู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินโงม
- 3) นางศิริพร มณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวปราณี สิงคาม
วันเกิด	วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 435 หมู่ 11 ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รหัสไปรษณีย์ 43110
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รหัสไปรษณีย์ 43110
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2538 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนภูเวียงวิทยาคม จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2550 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ ปณุกิตโต ชีวะ