

กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิทยานิพนธ์
ของ
ทักษนัย พัสคุด

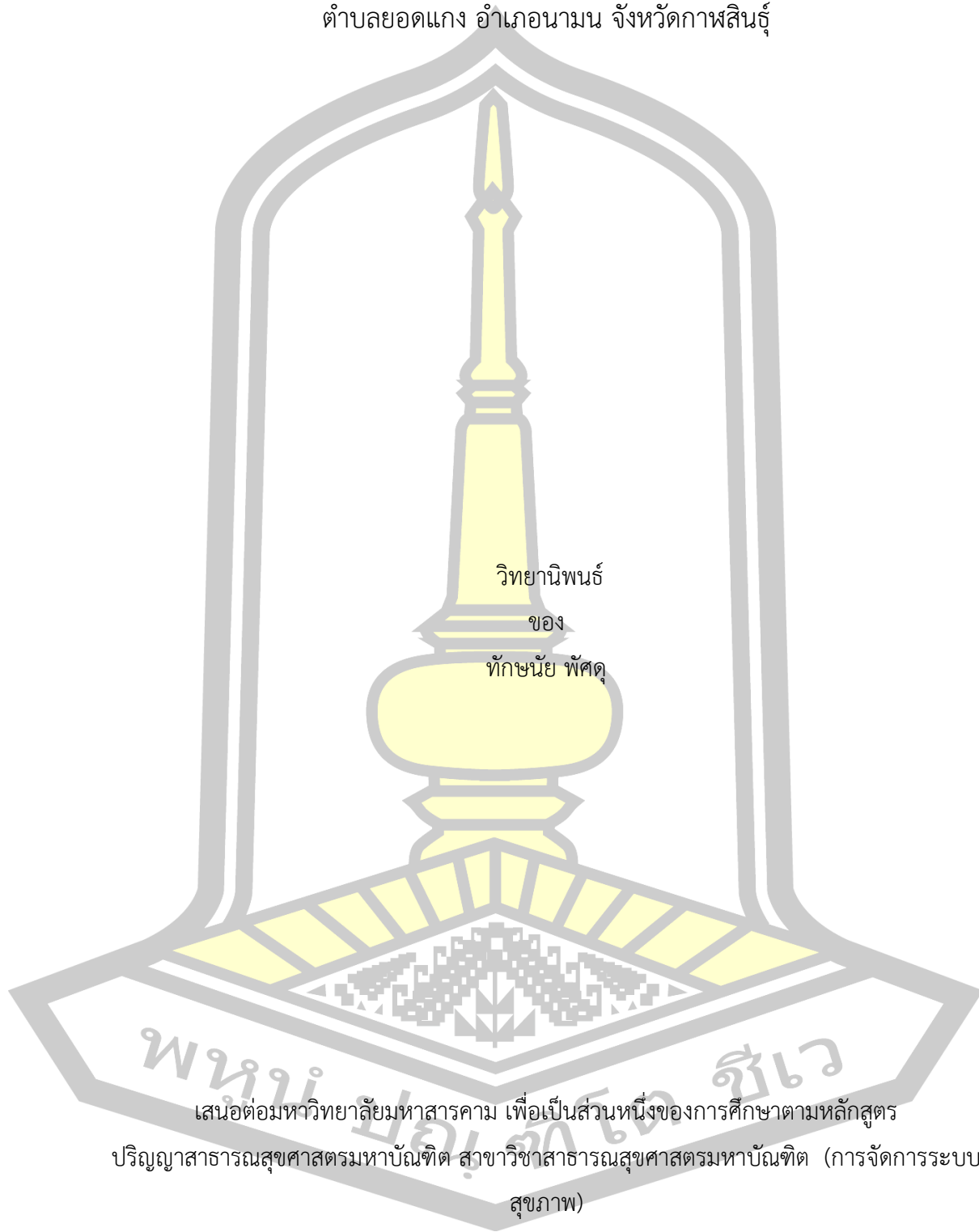
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน
ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ตุลาคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Community Health Literacy Developing Process on Liver Fluke
Prevention among People in Yot Kaeng Sub District Namon District Kalasin
Province

Thuksanai Pussadu

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

October 2018

Copyright of Mahasarakham University





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายทักษณัย พัตตุ แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ประชุมพร เก่าหี่ประเสริฐ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ)

.....กรรมการ

(อ. ดร. ภิญาพัชญ์ ดุงโคกกรวด)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(นพ. ณรงค์ชัย สังชา)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ภิญญาพัชญ์ ดุงโคกรวด กรรมการสอบ นายแพทย์ณรงค์ชัย สังชา ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่เคารพทุกท่านที่กรุณาชี้แนะ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จครบถ้วน

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนในการจัดทำวิทยานิพนธ์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหาร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองสูงศรี นายสุ พจน์ แสบงบาล ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอนามน ดร.ชลธิรา ชุ่มมณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายอายุวัฒน์ สุธะเสียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรี พัฒนา นางสาวัจจา ภาวิขำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ นางนพมาศ ใจศิริ นางสาวปณณดา ภูพันนา ที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ประสานงานกับเครือข่าย และปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์สุไวยรินทร์ ศรีชัย และอาจารย์อภิวัดน์ ดีด่านค้อ ที่ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชน ประชาชนทุกท่าน และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ ให้ความร่วมมือในกระบวนการทำวิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ประโยชน์และคุณค่าในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี ครูอาจารย์ทุกท่านที่ ให้ความรู้ และกัลยาณมิตรทุกคนที่สนับสนุนให้เกิดความมานะ พยายาม ให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ทักษนัย พัสดุ



ชื่อเรื่อง	กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์		
ผู้วิจัย	ทักษิณัย พัดคุ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ ดร. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มเป้าหมายสุ่มคัดเลือกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาชนในพื้นที่ จำนวน 263 คน รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Simple t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลจากการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และสถานการณ์ 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) การให้ความรู้และณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านสื่อบทเพลง 4) การกำหนดมาตรการชุมชน 5) การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรม 7) การประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการพัฒนาเมื่อประเมินภายหลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับค่าเฉลี่ยด้านบทบาทหน้าที่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อมาตรการป้องกันโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และค้นพบนวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคในพื้นที่และแนวทางเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยได้รูปแบบการพัฒนาเบื้องต้นที่เรียกว่า SKILLS โดยจุดเด่นของกระบวนการนี้ คือ การที่ชุมชนมีการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (Information: I) เป็นการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการสื่อสาร บอกต่อแก่



บุคคลอื่นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ HLC ประกอบด้วย H: Harmony (ความสามัคคีของคนในชุมชน) L: Leadership (ความเป็นผู้นำ) และ C: Connection (การเชื่อมต่อระหว่างภาคีเครือข่าย) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ : ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคพยาธิใบไม้ตับ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



TITLE	Community Health Literacy Developing Process on Liver Fluke Prevention among People in Yot Kaeng Sub District Namon District Kalasin Province		
AUTHOR	Thuksanai Pussadu		
ADVISORS	Terdsak Promarak , Ph.D. Nuntiput Putthanachote , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2018

ABSTRACT

Community health literacy development is said to be a potential process in preventing liver flukes in the community. This participatory action research aimed at studying the Community Health Literacy Developing Process on Liver Fluke Prevention in Yot Kaeng, Namon District, Kalasin Province. A total of 263 samples consisting of community leaders, health officials, and community people were purposively selected for the study. Both qualitative and quantitative data were collected during February-June, 2018. Descriptive statistics and inferential statistics such as Paired Simple t-test were employed for data analyses.

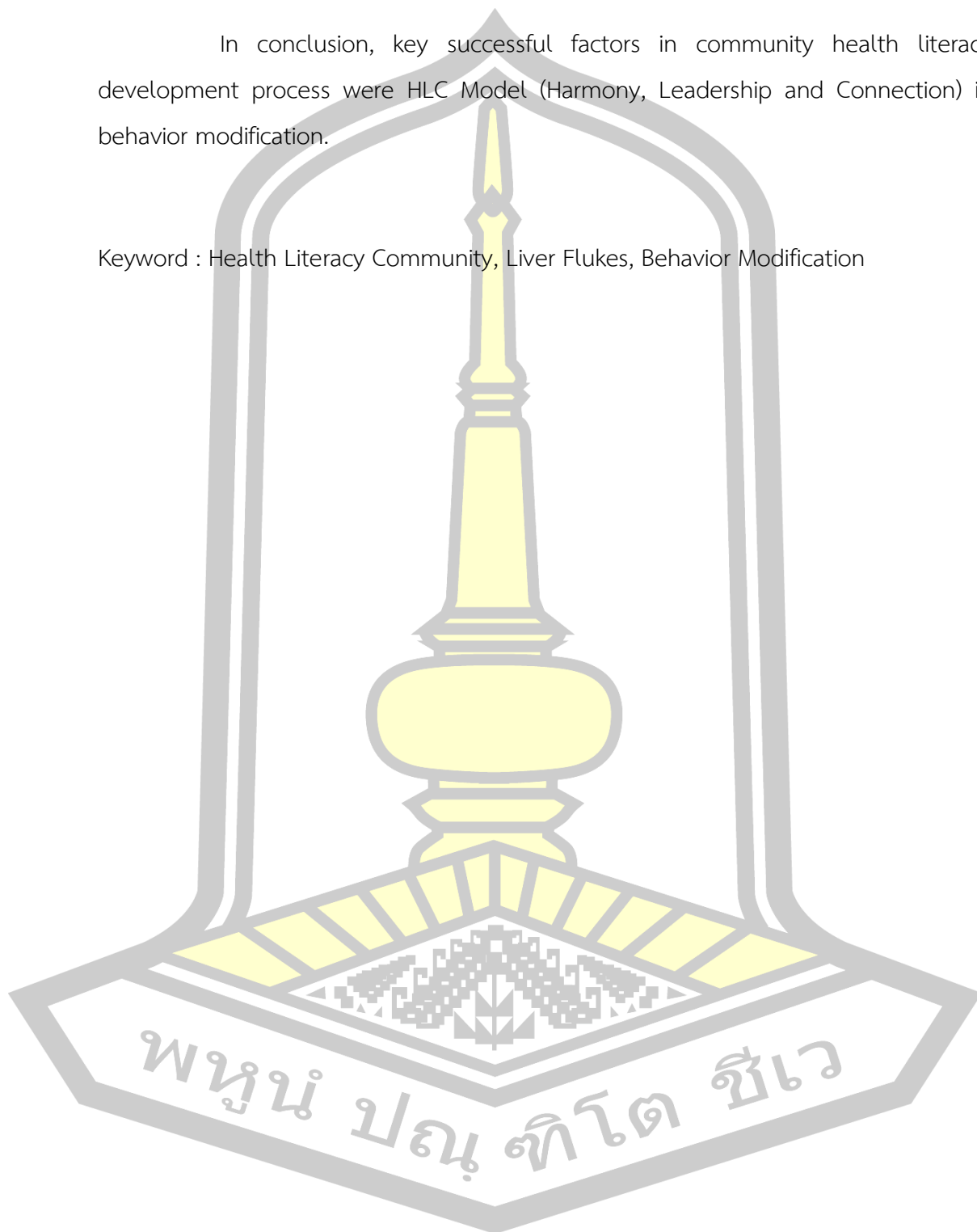
The research found that an eight-stage community health literacy development process; 1) Area and situation analysis, 2) Action plan setting, 3) Training program and campaigns program, 4) Community agenda, 5) Community network development, 6) Followed-up and community supports, 7) Evaluation, and 8) Community learning forum. After the implementation, the mean scores of roles, health literacy, participation, and satisfaction were significantly increased (p -value < 0.05) at 0.05 level of significance and SKILLS Model (Situation Analysis, Knowledge, Information, Legal, Learning and Summarization) was developed for behavior



modification.

In conclusion, key successful factors in community health literacy development process were HLC Model (Harmony, Leadership and Connection) in behavior modification.

Keyword : Health Literacy Community, Liver Flukes, Behavior Modification



สารบัญ

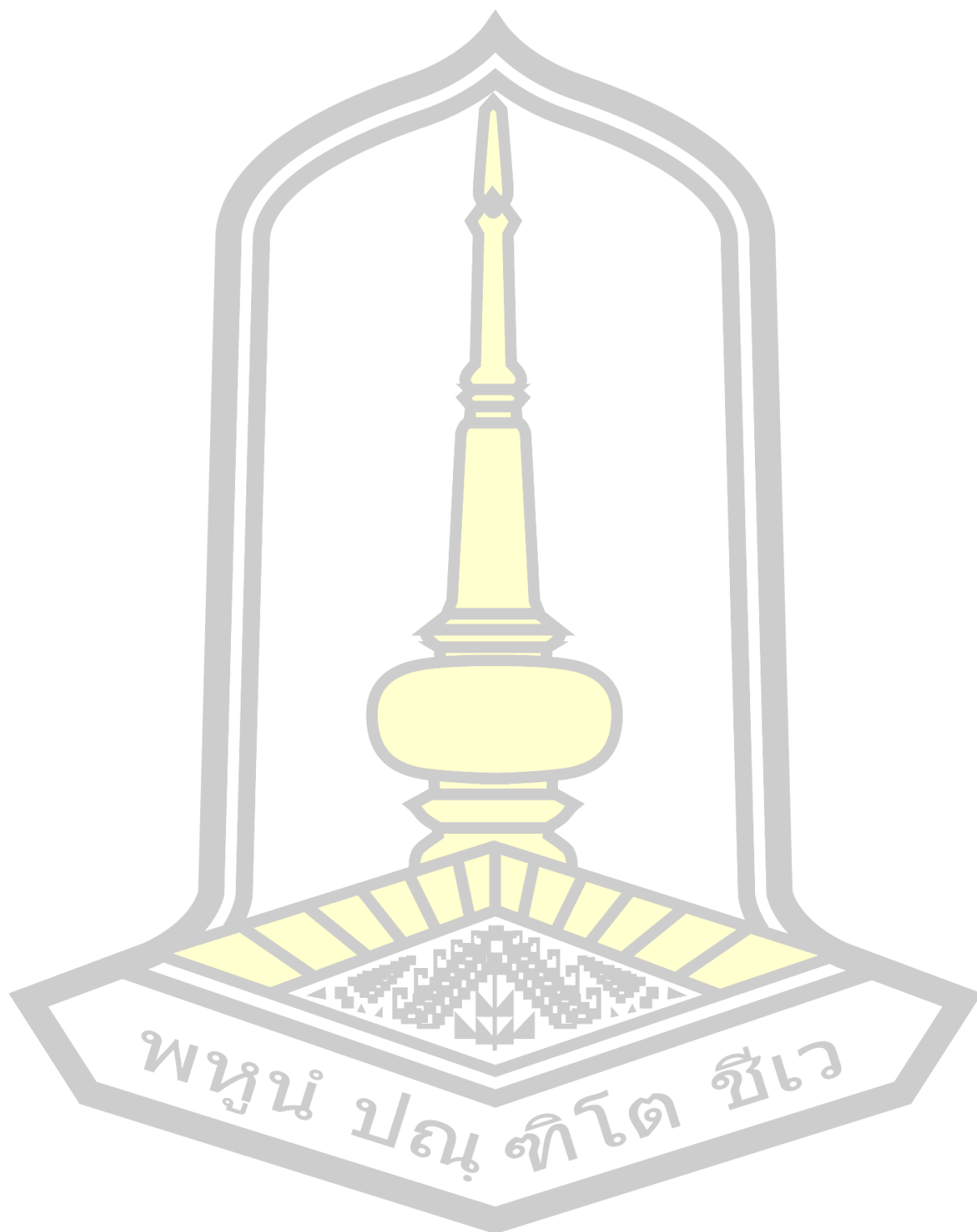
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญภาพประกอบ	1
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1.....	1
บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	3
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2.....	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	6
2.2 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	12
2.3 นโยบายในการแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับ	18
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	29
2.5 แนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ	45
2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	58



2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	67
บทที่ 3.....	68
วิธีดำเนินการวิจัย	68
3.1 รูปแบบการวิจัย	68
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	68
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	74
3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	79
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	80
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	82
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	90
3.8 จริยธรรมการวิจัย	90
บทที่ 4.....	92
ผลการศึกษา.....	92
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	94
บทที่ 5.....	136
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	136
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	136
5.2 สรุปผล.....	137
5.3 อภิปรายผล.....	147
5.4 ข้อเสนอแนะ	155
บรรณานุกรม.....	156



ประวัติผู้เขียน.....160



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรชีวิตการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	8
ภาพประกอบ 2 โปรแกรมบันทึกข้อมูล (CASCAP Version 2.0).....	25
ภาพประกอบ 3 กรอบการศึกษา Health Literacy	35
ภาพประกอบ 4 กรอบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย	40
ภาพประกอบ 5 กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ	48
ภาพประกอบ 6 กรอบการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ	49
ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ	51
ภาพประกอบ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	67
ภาพประกอบ 9 ลำห้วยแก่ง.....	95
ภาพประกอบ 10 ปิระมิดประชากร ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.....	96
ภาพประกอบ 11 การณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ.....	98
ภาพประกอบ 12 การร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่.....	102
ภาพประกอบ 13 การประชุมจัดทำแผนครั้งที่ 1 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา... 103	
ภาพประกอบ 14 การประชุมจัดทำแผนครั้งที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์	104
ภาพประกอบ 15 การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการแผนการดำเนินงาน.....	105
ภาพประกอบ 16 การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการแผนการดำเนินงาน.....	107
ภาพประกอบ 17 การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ แก่ประชาชน และนักเรียน.....	108
ภาพประกอบ 18 การบันทึกเสียงเพื่อจัดทำสื่อรณรงค์เสียงตามสาย	110
ภาพประกอบ 19 การเดินให้ความรู้ แจกป้ายและสติ๊กเกอร์รณรงค์	112
ภาพประกอบ 20 การประชุมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย.....	113
ภาพประกอบ 21 การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน.....	114



ภาพประกอบ 22 การติดตาม นิเทศงาน บ้านห้วยแกง หมู่ที่ 10.....	117
ภาพประกอบ 23 การติดตาม นิเทศงาน บ้านศรีสุข หมู่ที่14.....	118
ภาพประกอบ 24 การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม.....	118
ภาพประกอบ 25 ความสัมพันธ์ของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ SKILLS Model	133
ภาพประกอบ 26 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน	135



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ.....	36
ตาราง 2 ประชากรที่ตรวจพบไข้อย่างไรในปี 2559.....	69
ตาราง 3 ประชากรที่ศึกษาในการวิจัย กลุ่มผู้นำชุมชน	70
ตาราง 4 กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ตรวจพบไข้อย่างไรในปี 2559	72
ตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มผู้นำชุมชน.....	73
ตาราง 6 ผลการตรวจคัดกรองไข้อย่างไรในปี 2559-2560 97	
ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 263)	99
ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้อย่างไรในปี 2559-2560 119	
ตาราง 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคไข้อย่างไรในปี 2559-2560 120	
ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนก..... 120	
ตาราง 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้อย่างไรในปี 2559-2560 121	
ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนก..... 121	
ตาราง 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้อย่างไรในปี 2559-2560 122	
ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนก..... 122	
ตาราง 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้อย่างไรในปี 2559-2560 123	



ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง (n = 263)	123
ตาราง 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา.....	124
ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ (n = 263).....	124
ตาราง 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263).....	125
ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 263).....	126
ตาราง 21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับทักษะที่ 6	126
ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263).....	127
ตาราง 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263).....	127
ตาราง 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามด้านระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 263).....	128
ตาราง 25 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263).....	128
ตาราง 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามด้านระดับความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 263).....	129
ตาราง 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263).....	129



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งคาดการณ์ว่าพบผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คนไทยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี (นันทพร ศรีนอก, 2556) พยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* เป็นพยาธิใบไม้ตับชนิดหนึ่งที่ตัวแก่อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของคน สุนัขและแมว ซึ่งพยาธิชนิดนี้มีความสำคัญทางสาธารณสุขมากกว่าพยาธิอื่นๆ ที่พบการระบาดในประเทศไทย เนื่องจากเป็นพยาธิที่องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อมะเร็งท่อน้ำดี โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากที่สุดในโลก จากข้อมูล พ.ศ. 2557 พบความชุกพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.2 โดยในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 90 รองลงมาคือภาคเหนือพบร้อยละ 5.2 ในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 45.6 (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและปรสิตใน ประเทศไทย ปี 2552 ของกลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ซึ่งพบอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศ ร้อยละ 8.7 โดยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 16.6 เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านพบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุดถึง ร้อยละ 85.2 และจากการที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูง ส่งผลต่ออัตราการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2555 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับสูงถึง 14,000 ราย โดยประมาณซึ่งสูงกว่าข้อมูลเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ที่มีผู้เสียชีวิตประมาณ 11,000 ราย โดยพบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.5 เท่า ข้อมูลจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี โดยผู้ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 63 มะเร็งตับ ร้อยละ 18 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 40-60 ปี ร้อยละ 55 (พรชิรา ชูสอน, 2558)



สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2559-2560 พบว่า อัตราความชุกของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.97 และร้อยละ 10.35 ซึ่งสูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่ควรเกิน ร้อยละ 5 เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่พบความชุกของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด ทั้งปี 2559 และ 2560 คือ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบร้อยละ 9.4 และร้อยละ 19.95 รองลงมาคือ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 5.58 และร้อยละ 9.62 จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 8.15 และร้อยละ 7.54 และจังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 5 และร้อยละ 5.95 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าทุกพื้นที่โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากโรคนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคปลาดิบซึ่งเป็นวัฒนธรรมของคนอีสานมาเป็นเวลานาน (แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ, 2561)

ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในปี 2559 ตามนโยบายแห่งการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายใต้โครงการ CASCAP ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้มอบต่อให้กับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อใช้ในโครงการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยงทั่วภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับตำบลยอดแกง พบว่า ปี 2559 ตรวจพบร้อยละ 33.62 และปี 2560 ตรวจพบ ร้อยละ 41.07 (อายุวัฒน์ สุระเสียง และสัจจา ภาวิขำ, 2559) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากชุมชนตำบลยอดแกงเป็นพื้นที่ที่ติดกับลำห้วยแกง ประชาชนหาปลาจากลำห้วยแห่งนี้มาประกอบอาหาร ซึ่งจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์นั้นส่วนใหญ่ประชาชนนิยมบริโภคปลาดิบ เนื่องจากมีแหล่งที่ใกล้กับชุมชน รวมถึงยังมีร้านขายปลาสด ปลาดิบ หรือปลาดิบอยู่จำนวน 4 ร้าน อาจสรุปได้ว่าบริบทพื้นที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุดในอำเภอนามน

จากการประชุมวิชาการสุขภาพชุมชนระดับชาติ ครั้งที่ 1 ในการประชุมสัมมนาในหัวข้อที่ 2 ได้มีการพูดถึงชุมชนรอบรู้สุขภาพ ซึ่งมีที่มาจากคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy ซึ่งได้มีคำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างๆ มากมาย ซึ่งนักสาธารณสุขจำเป็นต้องเลือกว่าจะอยู่ตรงไหนและจะนำมาใช้อย่างไร กรอบในการขับเคลื่อนใช้นิเวศวิทยา มองว่าทำอย่างไร ให้ทุกระดับสอดคล้องกัน ซึ่งดอน นัทปิม ผู้เชี่ยวชาญระดับโลกกล่าวว่าระบบต่างๆ ในการทำให้คนเกิด Health Literacy ได้นั้นเกิดจากการเปลี่ยนฐานทุกระบบของสังคมนั้น ไม่ใช่การสอนคนไข้ หรือให้ข้อมูลชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกัน ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมาเน้นที่การจัดสิ่งแวดล้อมองค์กรต่างๆ ให้ไปในทิศทางเรื่องของการสร้าง Health Literacy (Nutbeam, 2008)

ดังนั้น จากการวิเคราะห์ความสำคัญของปัญหา พบว่าสถิติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลยอดแกงเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ จากการศึกษาบริบทในพื้นที่นั้นยังพบว่าประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2.2 กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2.3 ผลการดำเนินงานของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาในเขตพื้นที่ ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 18 หมู่บ้าน

ขอบเขตด้านประชากร ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 263 คน ได้แก่ ประชาชนที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ประธานกลุ่มเยาวชน พระภิกษุ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน และ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

ขอบเขตด้านระยะเวลา มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561–เดือนมิถุนายน 2561 รวมระยะเวลา 5 เดือน



ขอบเขตด้านประเด็นเนื้อหาในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นโยบายในการแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และเครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและการวางแผน หรือเป้าหมาย เพื่อให้ตนเองและผู้อื่นมีสุขภาพดี มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1.5.1.1 การมีความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง การที่ชุมชนมีความรู้และเข้าใจ ในข้อมูลหรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำความรู้ที่ได้ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้ตนเองไม่เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.5.1.2 การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชนมีการปฏิบัติตนในการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.5.1.3 ทักษะการสื่อสารข้อมูล หมายถึง การที่ชุมชนสามารถปฏิบัติตนในการนำความรู้ที่ตนมีไปสื่อสารประชาสัมพันธ์หรือบอกต่อให้กับคนในชุมชน ครอบครัว ได้ทราบโดยผ่านทาง การพูด การเขียน เพื่อให้คนรอบข้างได้รับความรู้และนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค

1.5.1.4 ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง การที่ชุมชนนำความรู้ ความสามารถที่ตนมีอยู่ มาเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เพื่อให้ตนเอง ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดีและลดการเกิดโรค

1.5.1.5 การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนของประชาชนในชุมชนในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองและคนรอบข้างเกิดโรค

1.5.1.6 การรู้ทันสื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชนมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อนำไปสู่การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากการนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ โดยสามารถเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลและเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัว



1.5.3 ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่จะนำไปสู่การสื่อสารทางสุขภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติตน การจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพของตนและคนในชุมชน

1.5.4 กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนตำบลยอดแกงได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนตำบลยอดแกงให้เป็นตำบลรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการร่วมวางแผนและเสนอแนวทางการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

1.5.5 โรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง โรคที่เกิดจากการบริโภคปลาดิบ ปลาจืด หรืออาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ ซึ่งสามารถตรวจคัดกรองได้จากการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ

1.5.6 การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง กระบวนการหรือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่ให้ประชาชน หรือชุมชนเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยวิธีการร่วมคิดร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมออกมาตรการในการป้องกันโรค รวมถึงร่วมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในการป้องกันโรค



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบในการศึกษา และจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีประเด็นต่างๆ ในการนำเสนอ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.2 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.3 นโยบายในการแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.6 เครื่องมือในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย มีประชาชนประมาณ หกล้านคน ที่คาดว่าจะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีอัตราการติดเชื้อสูงในภาคเหนือและภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ (Sripa B, 2011)

รูปร่างลักษณะ

ตัวเต็มวัย ตัวพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* มีรูปร่างคล้ายใบมะขามมีขนาด ยาว 5.4-10.2 มิลลิเมตร กว้าง 0.8-1.9 มิลลิเมตร ขณะมีชีวิตมีสีเนื้อบางใส ลักษณะลำตัวแบนยาว ส่วนหัวแหลมกว่าส่วนท้ายเล็กน้อย ปรสิตรที่อยู่ในคนจะมีขนาดใหญ่กว่าปรสิตรที่อยู่ในสัตว์ มีอวัยวะ สำหรับดูดเกาะ 2 อันที่บริเวณส่วนหัวและบริเวณด้านล่างของลำตัวค่อนไปทางด้านหัว ผนังลำตัว เรียบไม่มีหนาม ลักษณะสำคัญที่ใช้ในการแยกชนิด คือ ถุงอัณฑะ (Testes, เอกพจน์ = Testis) แต่ละอันจะมีลักษณะแบ่งเป็นก้อนๆ ชัดเจน อยู่ค่อนไปทางส่วนท้ายของลำตัว แต่จะอยู่ใกล้กับรังไข่ มาก และวิเทลลาเรียหรือต่อมวิเทลลิน (Vitellaria หรือ Vitelline Gland) มีลักษณะเป็นจุดๆ อยู่



รวมกันเป็นกลุ่มแต่ละกลุ่มแยกจากกันอย่างชัดเจนอยู่ทั้ง 2 ข้างของลำตัว ไข่ มีขนาดเล็กมาก ประมาณ $19-29 \times 12-17$ ไมครอน ลักษณะคล้ายหลอดไฟฟ้า ด้านแหลมมีฝาปิด โดยมีขอบของเปลือกไข่นอกมาเป็นบารับชัดเจน ด้านป้านลักษณะมนกลมคล้ายตัวหลอดไฟ มีปุ่มเล็กยื่นออกมาจากเปลือกไข่สังเกตเห็นได้ชัดเจนไข่พยาธิที่ออกมากับอุจจาระจะมีสีน้ำตาลอมเหลือง เนื่องจากติดสีของน้ำดี และมีตัวอ่อนไมราซีเดียวเจริญเต็มที่อยู่แล้วภายในไข่ ตัวอ่อนระยะเซอร์คาเรีย (Cercaria) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนลำตัวและส่วนหาง ส่วนของลำตัวขนาดประมาณ $140-183 \times 61-69$ ไมครอน มีจุดดำคล้ายตาอยู่ 2 ข้าง ของลำตัวค่อนข้างส่วนหัว ด้านนอกของลำตัวมีขนเล็กๆ อยู่ทั่วไป และมีขนยาวสำหรับรับความรู้สึกทั้ง 2 ข้างของลำตัว ข้างละ 10 เส้น ส่วนหางจะยาวกว่าลำตัว ลักษณะยาวเป็นหางเดี่ยว มีครีบกั้น ลักษณะเป็นเนื้อเยื่อบางทั้ง 2 ด้าน เซอร์คาเรียเมื่อออกจากหอยใหม่ๆ จะว่องไวมาก ว่ายขึ้นลงในน้ำอย่างรวดเร็ว ลักษณะสำคัญอีกข้อหนึ่งก็คือ ขณะพักจะแขวนตัวอยู่กับพืชน้ำโดยห้อยส่วนหัวลง ลักษณะลำตัวและหางจะงอคล้ายกลองยาสูบ ขนาดความยาวทั้งตัวประมาณ $490-569$ ไมครอน ตัวอ่อนระยะติดต่อ (Metacercaria) ลักษณะรูปรี ขนาด 201×167 ไมครอน มีผนังบาง 2 ชั้น ตัวอ่อนขดตัวอยู่ภายใน ลักษณะงอโค้ง ขณะอยู่ในอุณหภูมิห้องจะสังเกตเห็นตัวอ่อนภายในมีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ลักษณะสำคัญ คือ เมื่อตัวอ่อนหยุดการเคลื่อนไหว จะเห็นถุงขับถ่ายลักษณะเป็นก้อนสีดำขนาดใหญ่ชัดเจน นอกจากนั้น จะสังเกตเห็นอวัยวะสำหรับดูดเกาะทั้ง 2 อันได้ดี และเห็นมีจุดสีเหลืองเข้มกระจายอยู่ทั่วไป ตัวอ่อนระยะนี้จะฝังตัวอยู่ในกล้ามเนื้อของปลา หากเก็บปลาไว้ในอุณหภูมิ $4-8$ องศาเซลเซียส จะมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 7 วัน แต่ถ้าแกะเอาออกจากเนื้อปลาใส่ไว้ในน้ำเกลือปกติจะอยู่ได้นานถึง 14 วัน ในอุณหภูมิ $4-8$ องศาเซลเซียส อย่างไรก็ตาม ตัวอ่อนระยะติดต่อที่เก็บไว้นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง อัตราที่พยาธิเหล่านี้จะเจริญต่อไปเป็นตัวเต็มวัยในโฮสต์สุดท้ายจะลดลงตามลำดับ (ไพฑูรย์ ไวยนันท์, 2554)

วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ

พยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับทั้งของคนและสัตว์รังโรค เมื่อพยาธิออกไข่ไข่จะออกมาในน้ำ และปนออกมากับอุจจาระลงแหล่งน้ำ เมื่อหอยโข่งกินไข่เข้าไป พยาธิจะเจริญเป็นตัวอ่อนอยู่ในหอย ตัวอ่อนระยะต่อมาจะออกจากหอยไปเจริญต่อในปลาเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อ เมื่อคนกินปลาที่ปรุงไม่สุก ตัวอ่อนนี้จะเจริญเป็นพยาธิตัวเต็มวัยในท่อน้ำดีของตับ โดยมีวงจรชีวิตดังนี้

ระยะตัวเต็มวัย

ระยะตัวเต็มวัย มักจะอาศัยอยู่บริเวณท่อน้ำดีในตับของคนหรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น สุนัข แมว เป็นต้น พยาธิตัวเต็มวัย 1 ตัว จะออกไข่ได้ประมาณ 900 ใบ/วัน



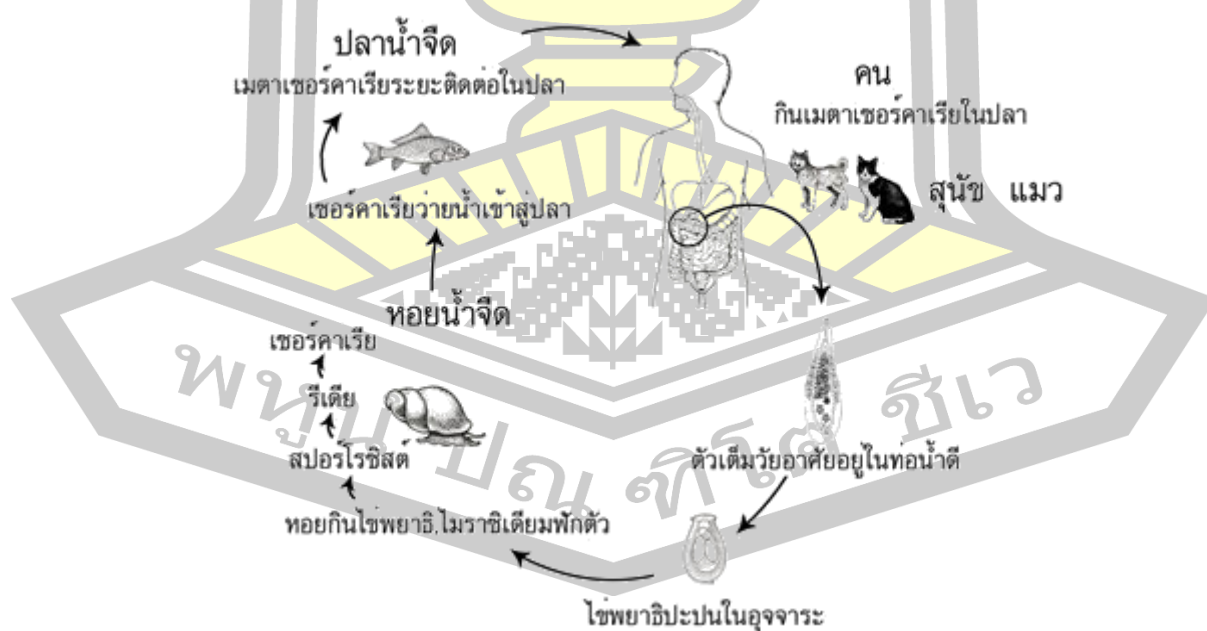
ระยะไข่

ไข่ของพยาธิใบไม้ตับมีรูปร่างกลมรี มีสีน้ำตาลปนเหลือง ไข่ของพยาธิใบไม้ตับจะถูกวางไข่ในอวัยวะต่อทางเดินของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และจะถูกขับปนออกมากับอุจจาระ เมื่อลงสู่ในน้ำ ไข่จะพัฒนาเป็นตัวอ่อนด้านใน เรียกว่า ไมราซิเดียม (Miracidium) และจะไม่ฟักออกจากไข่จนกว่าจะถูกหอยน้ำจืดตระกูลบิไทเนีย (Bithynia) กินเข้าไป

ระยะตัวอ่อน

เมื่อไข่ถูกหอยน้ำจืดตระกูลบิไทเนีย (Bithynia) กินเข้าไป ไมราซิเดียมที่อยู่ในไข่จะฟักออกในทางเดินอาหารของหอย และไชทะลุลำไส้ของหอยเข้าสู่ลิมฟ์ไซนัส (Lymph Sinus) และเจริญเติบโตจนมีรูปร่างเป็นสปอร์โรซิสท์ (Sporocyst) รีเดีย (Redia) และเซอร์คาเรีย (Cercaria) ซึ่งเป็นระยะติดต่อจากโฮสต์หนึ่งไปยังอีกโฮสต์หนึ่ง ดังนั้น หอยจึงเป็นพาหะตัวที่หนึ่ง (First Intermediate Host)

หอยชนิดบิไทเนีย พูนิคูลา (*Bithynia unculata*) ที่พบมากในภาคเหนือ ซึ่งเป็นหอยที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ได้มากกว่าหอยชนิดไซแอมเมนซิส โกนิอัมฟาโลส (*Bithynia siamensis goniomphalos*) ที่พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และหอยชนิดบิไทเนีย ไซแอมเมนซิส ไซแอมเมนซิส (*Bithynia siamensis siamensis*) ที่พบมากในภาคกลาง ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 วงจรชีวิตการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ที่มา : โกศล รุ่งเรืองชัย (2561)



การเปลี่ยนจากโฮสต์หนึ่งไปยังอีกโฮสต์หนึ่งในระยะตัวอ่อนจะเกิดขึ้นในระยะเซอร์คาเรีย ที่เป็นตัวอ่อนระยะแรก ซึ่งจะมีหางยาว รูปร่างปราดเปรี้ยวสามารถซ่อนไข่ออกจากหอยว้ายไปในน้ำได้ เมื่อพบปลา ตัวอ่อนเซอร์คาเรียจะไขเข้าไปได้เกล็ด และฝังตัวเข้าในเนื้อปลา โดยเฉพาะปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น ปลาดุกเพียน ปลาช่อน ปลาหมอ เป็นต้น ซึ่งปลาเหล่านี้จัดเป็นพาหะกึ่งกลางตัวที่ 2 (Second Intermediate Host)

บริเวณที่เซอร์คาเรียจะชอบฝังตัวมากที่สุดจะอยู่ที่บริเวณหัวปลา แต่พบกระจายมากที่สุดคือในเนื้อปลา โดยเฉพาะส่วนเนื้อบริเวณโคนครีบของปลา เมื่อเซอร์คาเรียไขเข้าเนื้อปลาแล้ว ตัวอ่อนจะสร้างผนังมาล้อมรอบเป็นถุงซิสต์ แล้วเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนที่เรียกว่า เมตตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ซึ่งจัดเป็นระยะติดต่อจากปลาสู่คนหรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่กินปลาเข้าไป แต่ในระยะนี้จะไม่คงทนต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ถ้าอยู่ในน้ำกลั่นอุณหภูมิ 25–30 องศาเซลเซียส จะอยู่ได้นานเพียง 14 วัน และหากสัมผัสความร้อนที่อุณหภูมิ 50, 70 และ 80 องศาเซลเซียส ก็จะตายหมดในเวลา 5 ชั่วโมง, 30 นาที และ 15 นาที ตามลำดับ ส่วนเมื่อสัมผัสน้ำเกลือเข้มข้น ร้อยละ 0.9, ร้อยละ 5, ร้อยละ 10, ร้อยละ 20 และร้อยละ 30 ก็จะมีชีวิตอยู่ได้นานเพียง 10 วัน, 36 ชั่วโมง, 12 ชั่วโมง, และ 1 ชั่วโมง ตามลำดับ เท่านั้น

ในสภาวะความเป็นกรด-ด่าง ที่ pH ตั้งแต่ 4.4–9.4 สามารถอยู่ได้นานกว่า 24 ชั่วโมง สำหรับอาหารประเภทก้อยปลาที่ใส่มะนาว ตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะเมตตาเซอร์คาเรียจะตายหมดหลัง 24 ชั่วโมง หากใช้น้ำมะนาวเข้มข้น ร้อยละ 4 ทั้งนี้ การเจริญเติบโตในระยะเมตตาเซอร์คาเรียที่อยู่ในเนื้อปลา นับตั้งแต่ไขเข้าสู่เนื้อปลาจนถึงระยะติดต่อจะใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ เมื่อคนหรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น สุนัข แมว เป็นต้น กินปลาดิบหรือปลาสุกๆ ดิบๆ ที่มีการปนเปื้อนของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะเมตตาเซอร์คาเรียเข้าไป ตัวอ่อนพยาธิจะฟักตัวที่กระเพาะอาหาร และจะไขออกจากถุงซิสต์แล้วเมื่อถึงลำไส้เล็กส่วนต้น และซ่อนไขไปตามทางเดินน้ำดีจนถึงท่อน้ำดีส่วนปลายของตับ หลังจากนั้น จะเจริญเป็นตัวเต็มวัย และออกไข่ต่อไป เมื่อนับระยะเวลาตั้งแต่ตัวอ่อนถูกกินเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเป็นตัวเต็มวัยพร้อมออกไข่จะใช้เวลาประมาณ 16 สัปดาห์ และมีการศึกษาพบว่าพยาธิใบไม้ตับสามารถมีชีวิตอยู่ในคนได้นาน 15-20 ปี

การระบาดของพยาธิใบไม้ตับ

การระบาดของพยาธิใบไม้ตับ นิยมใช้วิธีการวัดเป็นร้อยละของการติดเชื้อหรือวัดที่อัตราความชุก (Prevalence Rate) และความหนาแน่นของการติดเชื้อ (Intensity of Infection) การระบาดของพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในคนพบมากในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือของประเทศไทย โดยพบสาเหตุการแพร่ระบาดหลักมาจากการรับประทานอาหารดิบหรือปรุงไม่สุกจากปลาที่มีเกล็ด เช่น ก้อยปลา ปลาสาม ปลาจ่อม เป็นต้น อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะสูงขึ้นมากในช่วงฤดูหนาวเดือนกันยายน-กุมภาพันธ์ ซึ่งจะสูงสุดในเดือน



ตุลาคม และจะต่ำสุดในเดือนพฤษภาคม ความสัมพันธ์ของการเกิดพยาธิใบไม้ตับ และอายุของคนพบว่า การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถเกิดได้ในทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งปี จนถึงวัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ซึ่งขึ้นอยู่กับนิสัย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบหรือไม่ปรุงสุก โดยมีรายงานเด็กอายุน้อยที่สุดที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ อายุ 8 เดือน การกระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับมีอัตราน้อยในเด็ก แต่จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยจะพบอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นมากในช่วงอายุ 10-24 ปี และจะมีอัตราการเกิดโรคที่ระดับเท่ากัน ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 24 จนถึงมากกว่า 60 ปี โดยอุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย พบว่า ผู้ที่ติดพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.8 อยู่ในกลุ่มอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 52.1 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 70.5 (เกสร แฉวโนนจิว และคณะ, 2559)

การเก็บอุจจาระส่งตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ

- 1) ภาชนะที่ใช้ใส่อุจจาระส่งตรวจ ควรจะเป็นขวดหรือตลับพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด เพื่อป้องกันแมลงแมลงปอไปเจือปน นอกจากนั้นยังป้องกันกลิ่นเหม็นของอุจจาระด้วย ภาชนะที่ใส่จะต้องสะอาด แห้ง ไม่มีปัสสาวะหรือยาทำลายเชื้อโรคเจือปน เพราะจะมีผลทำให้พยาธิลดลง ทำให้ตรวจไม่พบ
- 2) อุจจาระที่เก็บตรวจไม่ควรถ่ายลงดิน เพราะจะทำให้มีสิ่งอื่นเจือปน เช่น ดินทราย นอกจากนั้นยังอาจมีพยาธิของสัตว์และพืชปะปนมาด้วย ทำให้ยากแก่การวินิจฉัย ควรถ่ายลงกระดาดหรือไปไม่ก่อนแล้วจึงตักใส่ภาชนะเก็บ
- 3) จำนวนอุจจาระที่ส่งตรวจ ควรมีจำนวนมากพอถ้าน้อยเกินไปอาจไม่พอตรวจทำให้ตรวจไม่พบพยาธิ อย่างไรก็ตามจำนวนอุจจาระที่ส่งตรวจขึ้นอยู่กับวิธีที่จะใช้ตรวจด้วยโดยทั่วไปจะใช้ประมาณ 1-5 กรัม หรือก้อนโตประมาณหัวนิ้วมือ
- 4) อุจจาระที่จะตรวจควรรีบส่งให้ผู้ตรวจทันที ถ้าเก็บไว้นานเกินไปไข่ของพยาธิบางชนิดจะฟักออกเป็นตัวอ่อน ทำให้ยากแก่การวินิจฉัย โดยทั่วไปควรส่งภายใน 4-6 ชั่วโมง หลังจากเก็บได้ถ้าไม่สามารถส่งได้ทันจะต้องเก็บรักษาไว้โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น เก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 4-8 องศาเซลเซียส, เก็บดองไว้ในน้ำยาฟอร์มอลิน ซึ่งมีความเข้มข้น 5-10% เป็นต้น
- 5) ไม่ควรเก็บอุจจาระจากคนไข้ ซึ่งกินยาจำพวก แบเรียม บิสมัท หรือพวกไขมัน เพราะบางอย่างจะตกผลึกและบังสิ่งที่ต้องการตรวจ ควรตรวจก่อน หรือหลังให้ยาเหล่านี้ 1 สัปดาห์
- 6) เขียนรายละเอียดต่างๆ ไว้บนฝา หรือข้างภาชนะสำหรับเก็บอุจจาระให้ชัดเจน เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ เป็นต้น



การตรวจอุจจาระเพื่อตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

การตรวจอุจจาระเป็นการตรวจที่ง่าย ขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก ไม่เจ็บตัว ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีสูง จึงสามารถให้บริการได้ตั้งแต่ในคลินิก ในสถานพยาบาลขนาดเล็ก ไปจนถึงในโรงพยาบาลทุกระดับ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการตรวจยังไม่แพงและสามารถช่วยวินิจฉัยโรคพื้นฐานในระบบทางเดินอาหารได้หลายโรคเช่น ภาวะ/อาการอาหารไม่ย่อย โรคพยาธิต่างๆของระบบทางเดินอาหาร และสามารถตรวจได้ในคนทุกเพศและทุกวัยตั้งแต่เด็กแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเหมาะที่จะเป็นการตรวจสุขภาพพื้นฐานประจำปีของทุกๆ คน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

1) การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

การตรวจหาพยาธิใบไม้ตับมีหลายวิธี ซึ่งวิธีที่ใช้กันอยู่แพร่หลายทั่วไปมีหลายวิธีการจะเลือกใช้วิธีไหนขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิที่ต้องการตรวจหาวิธีต่างๆ มีดังนี้ คือ

1.1) วิธีตรวจอย่างง่าย (Direct Fecal Smear) เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และประหยัดสามารถเห็นไข่ได้ชัดเจน แต่อุจจาระที่ใช้้น้อย ประมาณ 1–2 มก. ต่อ 1 สไลด์ ในรายที่มีไข่พยาธิในอุจจาระน้อย จะตรวจไม่พบซึ่งควรจะต้องตรวจ 2–3 สไลด์ ต่อ 1 ตัวอย่าง

1.2) Kato Thick Smear เป็นวิธีของ Kato และ Miura (1954) ใช้อุจจาระมาก 20–30 เท่า ของวิธีตรวจธรรมดา โดยใช้แผ่นเซลโลเฟนปิดแทน Cover Glass เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน สะดวก รวดเร็วและค่อนข้างประหยัด ประสิทธิภาพดีมาก

1.3) วิธีตรวจโดยการทำให้เข้มข้น (Concentration Technique) เป็นการแยกไข่พยาธิให้มารวมตัวกันมากๆ แล้วตกตะกอนในขณะที่กากอุจจาระและเศษอาหารขนาดใหญ่จะถูกกรองด้วยผ้ากอซ ส่วนขนาดเล็กจะถูกย่อย ถ้าเบาจะลอยขึ้นข้างบน ถ้าหนักจะตกตะกอนลงข้างล่างรวมตัวกับไข่พยาธิ

1.4) การตรวจนับไข่พยาธิ เป็นวิธีการตรวจเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคคร่าวๆ ว่ามีพยาธิมากน้อยเพียงใดในร่างกาย วิธีที่นิยม คือ Kato-Katz (1968) วิธีนี้ดัดแปลงจากวิธี Kato's (1960) ดั้งเดิม โดย Katz และผู้ร่วมงาน ใช้ได้ทั้งงานคุณภาพและปริมาณ หลักการของวิธีนี้ คือ พักกากอุจจาระที่มีขนาดใหญ่ๆ จะถูกกรองออกด้วยตะแกรง น้ำยาคลีเซอรัลจะช่วยย่อยส่วนที่เหลือทำให้ใสและสีน้ำตาลไศท์กรีน จะทำหน้าที่ตัดแสงทำให้ตรวจง่าย

การรักษาผู้ป่วยที่ติดพยาธิใบไม้ตับ

ในการรักษาผู้ป่วยที่ติดพยาธิใบไม้ตับนั้น โดยส่วนใหญ่จะทำการรักษาโดยการให้ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งใช้ง่ายและสามารถกำจัดพยาธิใบไม้ตับและไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ โดยมีการรักษาดังนี้

ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดมีอาการน้อย หรือปานกลางที่ไม่มีโรคอื่นผสมด้วย เช่น โรคตับแข็ง หรือเนื้องอกร้ายในตับ ยานี้ไม่มีสี



เกือบไม่มีกลิ่น รสขมเล็กน้อย ไม่ละลายน้ำ ละลายได้เล็กน้อยในแอลกอฮอล์ เมื่อให้ยานี้รับประทาน ยาจะถูกดูดซึมเข้าร่างกายอย่างรวดเร็ว ให้ความเข้มข้นในร่างกายสูงสุดใน 1–2 ชั่วโมง ยา ประมาณร้อยละ 90 จะถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย ยานี้มีฤทธิ์อำนาจทำลายตัวพยาธิใบไม้ตับโดยตรงหลังจากให้ยานี้ ได้ 1 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาถ่ายจะมีพยาธิใบไม้ตับออกมาในอุจจาระเป็นจำนวนมากในลักษณะ ถูกทำลาย ขนาดยาที่ให้ คือ ครั้งละ 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 3 เวลาหลังอาหารต่อวัน หรือในรายที่ให้การรักษาแบบหมู่ก็ให้ครั้งเดียว หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน ในขนาด 40 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การให้ยาในปริมาณดังกล่าวข้างต้น มีโอกาสหายจากโรคมากกว่า ร้อยละ 95 ผลแทรกแซง ที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเดิน เล็กน้อย บางคนจะปวดเมื่อยตัวและรู้สึกร้อนๆ ตัว ห้ามใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์ และในระหว่างให้นมบุตรอยู่ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ที่เป็นไข้ เนื่องจากโรคบางอย่างอยู่ห้ามรับประทาน

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ พบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่อันตราย เป็นอันดับต้นๆ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งการติดพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการที่พยาธิใบไม้ตับเข้าไปอาศัยอยู่ในทางเดินน้ำดีของมนุษย์ ซึ่งผ่านทางรับประทานอาหารแบบสุกๆดิบๆ เช่น ลาบปลาดิบ ก้อยปลาดิบ หรือปลาร้าที่หมักไม่เกิด 6 เดือน ซึ่งจะทำให้ผู้ที่รับประทานเข้าไปนั้นติดพยาธิใบไม้ตับ และนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งโรคพยาธิใบไม้ตับนี้สามารถทำการตรวจคัดกรองได้ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระ และทำการรักษาโดยให้รับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาลูกวิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันโรคในชุมชน

2.2 การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลักในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีหลักทั่วไป ดังนี้

นโยบายการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับถูกผลักดันให้เป็นตัวชี้จัดระดับพื้นที่ ของเขตตรวจราชการเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) ว่าด้วยระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมียุทธศาสตร์หลัก คือ การป้องกัน โรคและการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษา การพัฒนาคุณภาพชีวิต การวิจัยและพัฒนา การติดตาม และประเมินผล

รูปแบบการดำเนินงานมีทั้งหมด 8 แนวทาง ได้แก่

1) การคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี วัดจาก ร้อยละของการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้เครื่องมือ แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) พร้อม บันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2) มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง/ป่วย/ตาย ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ข้อมูลประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ ≥ 40 ปี โดยใช้เครื่องมือ แบบคัดกรองด้วยวาจา



(Verbal screening) พร้อม บันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาการกระจายใน บุคคล เวลา สถานที่ ได้ เช่น ฐานข้อมูล Isan Cohort หมายถึง ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program: CASCAP) โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานระดับพื้นที่ได้จัดการข้อมูลการดำเนินงาน OVCCA ที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ สร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงกับการทำงานตามปกติของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข สะดวกและเกิดประโยชน์ทั้งด้านการวิจัย และการดำเนินงานประจำ รวมทั้งการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย OVCCA เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ

3) มีตำบลต้นแบบการป้องกันควบคุมโรค หมายถึง ตำบลนำร่องที่มีการดำเนินงาน ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่

มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมีมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ

มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึง การที่ชุมชนมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ การรักษา และการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดโรค

มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล หมายถึง มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชน อายุ 40 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป

มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา หมายถึง การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative Care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ หมายถึง ตำบลมีการบูรณาการดำเนินงาน จัด กิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลด ละ เลิก การบริโภคอาหาร เมนูปลาปรุงดิบ ไม่ดื่มเหล้า ในชุมชนและสถานศึกษา



4) มีโรงเรียนต้นแบบด้านพยาธิใบไม้ตับ

การดำเนินการจัดการเรียนการสอนในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนหรือสถานศึกษา โดยมีการจัดทำหลักสูตรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำสื่อการเรียนรู้ และคู่มือการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่โรงเรียนและสถานศึกษา

5) มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยอัลตราซาวด์

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์ โดยทำการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีประวัติการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาดิบ เป็นคนอีสานโดยกำเนิด เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

6) การพัฒนาระบบการดูแลรักษา

ในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก โดยเริ่มตั้งแต่การตรวจพบพยาธิใบไม้ตับโดยทำการรักษา ด้วยวิธีการใช้ยา และทำการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อมีการตรวจพบว่ามีความเสี่ยง ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อทำการวินิจฉัย เมื่อถึงระยะสุดท้ายควรมีการดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7) การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ต้องมีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นการของสังคม

8) การบริหารจัดการและนวัตกรรม

หน่วยงานในพื้นที่มีการบริหารจัดการความรู้และการจัดการนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 มีแผนปฏิบัติการและเป้าหมายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแบบบูรณาการกับหน่วยงาน หรือ องค์กร อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ส่วนราชการต่างๆ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กองทุนสุขภาพตำบลหรือภาค ประชาชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 มีปฏิทินการปฏิบัติงาน และมีการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 มีการบริหารจัดการ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ขั้นตอนที่ 4 มีรายงานความก้าวหน้าการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 5 มีรายงานการประเมินผลความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะตามแผนปฏิบัติการ



การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบันได้มีการดำเนินการในหลายพื้นที่ หลายหน่วยงาน เช่น การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล การดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน หรือ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับประชาชน ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล เนื่องจากสาเหตุการเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายบุคคล

1) ป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการไม่กินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพร้อมกับให้สุขศึกษาควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ชุมชน โดยการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแผนดังนี้

- 1.1) ทำการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายในลักษณะพื้นที่เสี่ยง
- 1.2) จัดทำแผนควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงโดยครอบคลุมกิจกรรมหลัก
 - 1.2.1 การตรวจอุจจาระและการบำบัดรักษา
 - 1.2.2 การจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล
 - 1.2.3 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้งในโรงเรียนและชุมชน
 - 1.2.4 การสร้างพลังชุมชนในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
 - 1.2.5 การจัดการฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน
 - 1.2.6 การติดตามประเมินผลการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 1.3) จัดทำแผนการตรวจอุจจาระในประชาชนทุกคนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้าน
- 1.4) จัดเตรียมชุมชนล่วงหน้า 1-3 วัน ก่อนการแจกตัล็บอุจจาระ ลงนามในใบยินยอมการให้ตรวจอุจจาระ
- 1.5) แจกตัล็บอุจจาระและเก็บตัล็บอุจจาระตามวันนัดหมายในชุมชน โดยสถานที่ให้บริการตรวจอุจจาระ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทีมตรวจอุจจาระเคลื่อนที่เชิงรุกในหมู่บ้าน
- 1.6) ตรวจอุจจาระและบันทึกผลการตรวจตามแบบฟอร์ม
 - 1.6.1 การคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening)
 - 1.6.2 ถ้าไม่พบความเสี่ยงให้สุขศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ติดตามผล

พื้นที่เสี่ยง

ยินยอมการให้ตรวจอุจจาระ

ทุก 1 ปี

1.6.3 ถ้าพบความเสี่ยงให้ตรวจอุจจาระเพื่อหาการติดเชื้อพยาธิและให้สุขศึกษาส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพที่ดี ติดตามผลการตรวจอุจจาระทุก 6 เดือน ถ้าความรุนแรงปานกลางความรุนแรงสูง และความรุนแรงสูงมากให้ส่งคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ในพื้นที่ ถ้าผลอัลตราซาวด์ผิดปกติให้ส่งปรึกษารังสีแพทย์ ถ้าผลปกติให้สุขศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ติดตามผลทุก 12 เดือน



1.7) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค้นข้อมูลผลการตรวจอุจจาระให้ประชาชนทราบพร้อมให้สุขศึกษา

1.8) ทำการจ่ายยาบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการนัดหมายให้มารับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ยาที่ใช้ในการรักษา คือ Praziquantel โดยให้กินยาตามน้ำหนักตัว ขนาดยา 40 มิลลิกรัมต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม กินครั้งเดียว หลังอาหารเย็นแล้วเข้านอน ยา Praziquantel มีข้อห้ามให้กินใน ผู้หญิงกำลังตั้งครรภ์ ผู้หญิงกำลังให้นมบุตร (ผู้ป่วยโรคหัวใจ ความดัน เบาหวาน ต้องรักษาในความดูแลของแพทย์) ห้ามดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขณะในช่วงกินยารักษาโรค

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันโรคโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น

1) การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว ประชาสัมพันธ์หรือเว็บไซต์ เป็นต้น เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักแก่ประชาชนในวงกว้างเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2) การรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดประกวดการจัดแข่งขัน การเดินขบวนพาเหรด ฯลฯ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

3) การออกกฎหมายชุมชนเพื่อห้ามหรือจำกัดการกระทำที่เสี่ยงต่อผู้บริโภค เช่น ห้ามจำหน่ายอาหารประเภทปลาน้ำจืดที่ปรุงไม่สุก เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม/ปลาเผา รวมทั้งเข้มงวดกฎหมายที่มีอยู่แล้ว เช่น กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

4) การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยนักสาธารณสุขในระดับชุมชน ครูและอาจารย์ในสถานบันการศึกษาทุกระดับที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกกลุ่มเป้าหมาย

5) การให้สุขศึกษารายบุคคลในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในขณะที่ยกเย็บบ้าน

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) คือ การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันท่วงที โดยการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถทำได้โดยการตรวจประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี กล่าวคือ เป็นประชาชนในพื้นที่เสี่ยง มีประวัติการกินปลาดิบ (ก้อยปลา ปลาต้ม หรือปลาร้าที่หมักไม่นาน) มีประวัติไ้ยาฆ่าพยาธิ เป็นต้น โดยทำการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มนี้ด้วยการอัลตราซาวด์เพื่อประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องท้อง ซึ่งจะสามารถคัดกรองผู้มีความเสี่ยงสูง



และจัดให้มีการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การรักษาต่อไป โดยในปัจจุบันมหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริการจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP) ซึ่งจัดได้ว่า เป็นโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรม

การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)

เป็นการป้องกันโรคภายหลังจากการมีอาการ หรือหลังจากการตรวจวินิจฉัยโรค และรักษาพยาบาลแล้ว สำหรับ โรคมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันในระดับนี้มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือบรรเทาอาการ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ในปัจจุบันก็มีการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านนี้มากขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งมีหน่วยบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีแล้ว การป้องกันในระดับนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทุกคนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการติชาน อาการคัน จนกว่าจะเสียชีวิตในที่สุด

สำหรับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในทุกระดับนั้น ต้องอาศัยกลวิธีที่เหมาะสม และจะต้องได้รับการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบไปตามสถานการณ์ต่างๆ เนื่องจากที่ผ่านมากระบวนการให้สุขศึกษาและการสร้างความตระหนักต่างๆ ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม บางหน่วยงานได้นำกระบวนการต่างๆ เหล่านี้มาประยุกต์ ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจนทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ตัวอย่างเช่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ได้จัดกิจกรรมการณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่หลากหลายและครบวงจรของกระบวนการคุณภาพ ตามพันธกิจหลักขององค์กร 4 ด้าน คือ การจัดการเรียนการสอน การสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่โดยการวิจัย การบริการวิชาการชุมชน และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ส่งผลให้ได้รับรางวัลแห่งความสำเร็จในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คือ รางวัลชนะเลิศระดับประเทศในการประกวดโครงการ “เรียนรู้เท่าทัน ป้องกันมะเร็งตับปีที่ 3 (ประจำปี 2554)”

จากการศึกษาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้เลือกการป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เนื่องจากต้องการป้องกันโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีการดำเนินงานการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง การรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การให้ความรู้รายครัวเรือน เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว ประชาสัมพันธ์หรือเว็บไซต์ ประกวดการจัดแข่งขัน การเดินขบวนพาเหรด



เป็นต้น เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักแก่ประชาชนรวมถึงการออกกฎหมายข้อบัญญัติ หรือมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกที่จะป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปฐมภูมิ

2.3 นโยบายในการแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับ

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยกรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกัน ทำในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนให้ เด็ก เยาวชน ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ประเด็นกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนผ่านแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” มี 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (แผนยุทธศาสตร์ศตวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 2559)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการเชิงนโยบายและการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้มีการผลักดันทางนโยบาย การสนับสนุนและการกำกับให้มีความต่อเนื่องด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2) เพื่อให้มีระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบาย
- 3) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ

กลยุทธ์

- 1) ผลักดันให้มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการจัดทำเป็นนโยบายสาธารณะในทุกระดับ เช่น การออกเป็นข้อบังคับหรือกฎหมาย การออกเป็นเทศบัญญัติ ข้อกำหนด อาทิ การกำจัดสิ่งปฏิกูล
- 2) พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
- 3) ให้การเชิดชูและรางวัลแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด ที่ดำเนินการเข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกัน ทั้งในประเทศและภูมิภาคในลุ่มน้ำโขง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง



2) เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

3) เพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

กลยุทธ์

1) พัฒนาประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2) จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน

3) เพื่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ พัฒนาระบบการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยการใช้สื่อที่หลากหลายในรูปแบบที่เหมาะสมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

4) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิในปลา ในคน รวมถึงการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ซึ่งพบปัญหาสูง

5) บูรณาการความร่วมมือในการป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับในคน สัตว์รังโรค และการดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระดับประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการส่งต่อทั้งระบบ
แบบบูรณาการ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อพัฒนาคุณภาพคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อทั้งระบบอย่าง
บูรณาการ

กลยุทธ์

1) พัฒนาคุณภาพการคัดกรอง การวินิจฉัยให้ได้มาตรฐาน มีความถูกต้องแม่นยำ และเข้าถึงได้ง่าย

2) พัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการรักษาจนกระทั่งถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3) พัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อให้มีความต่อเนื่องและรวดเร็วในทุกระดับ



ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ในการป้องกันควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์

1) เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ

2) เพื่อให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกิดความตระหนักต่อปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

กลยุทธ์

1) สร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2) ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ได้มาตรฐานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

3) สนับสนุนให้มีการสร้างวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงสุก ด้วยความร้อนและนวัตกรรมการอาหารปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนโดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง

4) ใช้มาตรการทางสังคมสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

5) พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายแบบครบวงจรในชุมชน โดยผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและพัฒนาฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการวิจัย เพื่อพัฒนาความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2) เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นระบบเดียวกัน

กลยุทธ์

1) จัดทำแผนที่การวิจัยให้ครอบคลุมมิติที่สำคัญต่างๆ ในการสนับสนุนแต่ละยุทธศาสตร์

2) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ตามแผนที่การวิจัยและการจัดการความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่าง เป็นระบบ



3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นมาตรฐานเดียวทั้งประเทศ เพิ่มประสิทธิภาพของระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

4) ร่วมมือการศึกษาวิจัยกับประเทศลุ่มน้ำโขง รวมถึงการศึกษาแลกเปลี่ยนรูปแบบการควบคุมและการดูแลรักษา

5) พัฒนาบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

มาตรการที่สำคัญของการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 2559)

การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข เพื่อลดปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงได้มีการกำหนดมาตรการในการป้องกันโรค ตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 ได้กำหนดไว้ดังนี้

1) การป้องกันโรคและคัดกรอง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการเรียนการสอน หลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษา ทุกช่วงชั้น การจัดการสิ่งแวดล้อมสิ่งปฏิกูล โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ประชาชนได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ทั่วถึงและครอบคลุมต่อเนื่อง

2) การพัฒนาการวินิจฉัย ดูแลรักษา ส่งต่อ ต้องพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยให้ถูกต้อง แม่นยำ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะเริ่มแรก (Early Stage 1, 11) จะสามารถผ่าตัด รักษาให้หายและช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ (Curative Surgery) (มีผู้ป่วยรอรับการผ่าตัดมากกว่า 1,000 คน/ปี) มีการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วทันเวลา ที่สำคัญต้องส่งเสริม สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมศัลยแพทย์สาขาท่อน้ำดี ศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อนหลักสูตร 1 ปี และอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์ 3-6 เดือน ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น อบรมแพทย์ พยาบาลในชุมชนเพื่อให้มีทักษะในการวินิจฉัยด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ รวมทั้งบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว ทั้งในระดับสถานบริการ ครอบครัวชุมชน ผสมผสานด้วยการแพทย์แผนไทย

4) การวิจัยและการจัดการข้อมูล ต้องการศึกษาด้านการแพทย์เพื่อให้ได้องค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ มีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบใช้ฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็น มาตรฐานเดียวกัน และประเด็นวิจัยในทุกประเด็นทุกระดับชั้น



สำหรับมาตรการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่

1) การคัดกรองสุขภาพ

1.1) ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการอุจจาระประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปและให้การรักษาทดลองพยาธิใบไม้ตับ

1.2) ตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลชุมชน เมื่อพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการผ่าตัดรักษา

2) การให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและนักเรียน ทั้งในระบบการศึกษาปกติและการศึกษานอกระบบ เพื่อสร้างพฤติกรรมไม่กินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบ ประดับการขับถ่ายอุจจาระลงส้วม

3) การจัดการการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดการติดเชื้อในคน ปลาปลอดเชื้อลดการติดเชื้อในสัตว์รังโรค หอย สุนัข แมว เป้าหมายการปลอดพยาธิในคนและสัตว์

4) การจัดทำฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาและระบบฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีครบวงจรและครอบคลุมถึงระดับชุมชน

5) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยทีมหมอครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative) ที่ดีมีการผสมผสานการดูแลทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

ยุทธศาสตร์ เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีและแผนงานในการพัฒนา ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายการพัฒนาในแต่ละช่วงของเส้นทางการพัฒนาไว้ 5 ยุทธศาสตร์ คือ

1) นโยบายสาธารณะสร้างสุข ร่วมกำหนดนโยบายหรือทิศทางของการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสาธารณสุข หรือกำหนดมาตรการทางสังคมร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ จัดกิจกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการขับเคลื่อนผ่านภาคีเครือข่ายในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนในชุมชน รวมถึงจัดทำสื่อสารสาธารณะหรือสื่อรณรงค์ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน เป็นการเริ่มและเน้นที่การจัดกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพโดยอาศัยความรู้ และเป็นการช่วยให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยการเชื่อมโยงระหว่าง คน ความรู้ กระบวนทัศน์พัฒนาใหม่ ที่ประกอบด้วย การเรียนรู้การจัดการ



4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค ประกอบด้วย 5 มาตรการ คือ

4.1) การป้องกันโรคและการคัดกรอง จัดการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน ร่วมถึงการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อนำผลการคัดกรองมาวางแผนการดำเนินงาน

4.2) การวินิจฉัยและการดูแลรักษา จากการดำเนินงานป้องกันและคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ นำไปสู่การวินิจฉัยเพื่อการดูแลรักษาโรคอย่างถูกต้อง

4.3) การพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลหลังจากการรักษาผู้ป่วย ให้เป็นผู้ที่มีชีวิตที่ดี มีการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล มีแนวทางดังต่อไปนี้

4.3.1) พัฒนากาย เพื่อมุ่งให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความพิการใดๆ

4.3.2) พัฒนาทางอารมณ์ เพื่อมุ่งให้อารมณ์มีความสุขสนุกสนานร่าเริง ไม่มีความเครียดหรือวิตกกังวลต่อการเรียน หรือต่อการปฏิบัติงาน ในหน้าที่รับผิดชอบ มีแต่ความเจริญหูเจริญตาเจริญใจ มองโลกในแง่ดี

4.3.3) พัฒนาทางสังคม เพื่อมุ่งให้เป็นคนที่มีเกียรติ ได้รับการยกย่อง เคารพนับถือการยอมรับความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4.3.4) พัฒนาทางความคิด เพื่อมุ่งให้เป็นคนที่มีความต้องการที่จะรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการคิดค้นหาวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้ตัวเองได้ดำรงชีพออยู่อย่างสุขสบาย

4.3.5) พัฒนาทางจิตใจ เพื่อมุ่งให้เป็นคนที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อชุมชน เป็นที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ มีความมั่นใจว่าชีวิตนี้มีคุณค่ามีความสุขหรือมีชีวิตที่ดีกว่าในอนาคต ได้รับความหลุดพ้นจากทุกข์ทั้งหลาย

4.3.6) พัฒนาทางปัญญา เพื่อมุ่งให้เป็นคนมีความเฉลียวฉลาด สามารถคิดพิจารณาเรื่องต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งปัญญาจะแตกฉานในบุคคลได้นั้น จำเป็นจะต้องมีการให้สุศึกษาเพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่อไป

4.4) การวิจัยและพัฒนา เป็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการป้องกัน และดูแลรักษา โดยทำการวิจัยเพื่อหาสาเหตุและวิธีที่เหมาะสม จากนั้นนำไปสู่การพัฒนาให้เกิดแนวทางหรือวิธีการที่ดีขึ้นต่อไป

4.5) การติดตามและประเมินผล เกิดกระบวนการติดตามการดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และประเมินผล เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนการพัฒนาและการดำเนินงานที่ยั่งยืน



5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (แผนยุทธศาสตร์ ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2555)

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568 โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการของยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานขึ้นเป็นการดำเนินงานในทุกระดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 2559)

วิสัยทัศน์ : ภายในปี 2568 ประชาชนคนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าประสงค์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1) ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ชุมชนมีศักยภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

2) กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าถึงระบบบริการได้อย่างเสมอภาค ได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวม จนวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life)

ยุทธศาสตร์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1) นโยบาย ทิศทางและการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น
2) เสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

3) พัฒนาคุณภาพการคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ

4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันควบคุม/จัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ

5) การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ



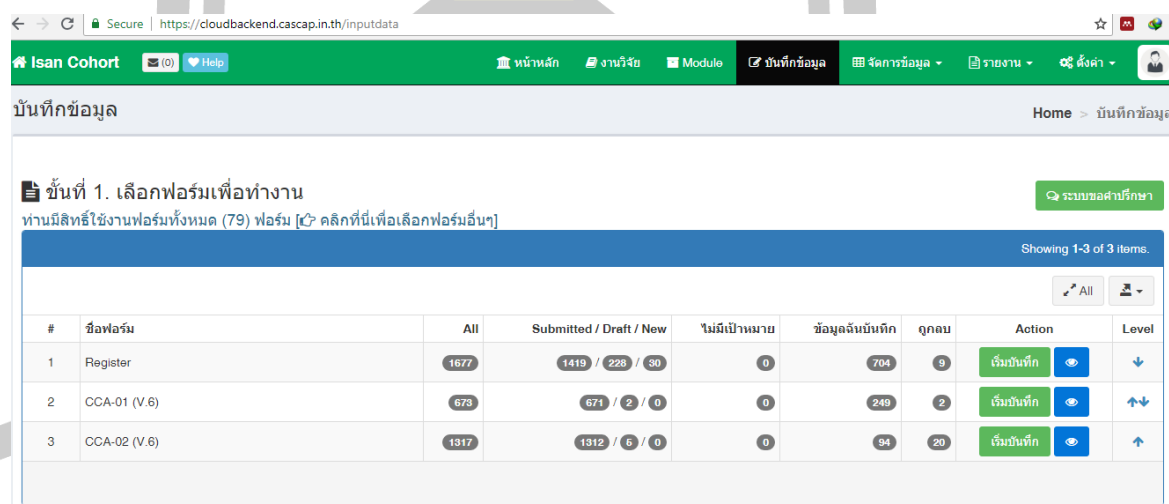
มาตรการการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1) คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ กลุ่ม 15 ปีขึ้นไป

กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย Verbal Screening เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้คัดกรอง มี Criteria การคัดกรอง คือ ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปและ มีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1.1) มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
- 1.2) เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ
- 1.3) มีประวัติการกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดสุก ๆ ดิบ ๆ
- 1.4) มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ถ้าพบความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งเข้าสู่กระบวนการคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงไปโรงพยาบาลชุมชน จากนั้นทำการบันทึกข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Cholangiocarcinoma Screening and Care Program (CASCAP Version 2.0) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ดังแสดงในภาพประกอบ 2



#	ชื่อฟอร์ม	All	Submitted / Draft / New	ไม่มีเป้าหมาย	ข้อมูลฉบับบันทึก	ถูกลบ	Action	Level
1	Register	1677	1419 / 228 / 30	0	704	9	เริ่มบันทึก	↓
2	CCA-01 (V.6)	673	671 / 2 / 0	0	249	2	เริ่มบันทึก	↕
3	CCA-02 (V.6)	1317	1312 / 6 / 0	0	94	20	เริ่มบันทึก	↑

ภาพประกอบ 2 โปรแกรมบันทึกข้อมูล (CASCAP Version 2.0)

ที่มา : มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2561)

การคัดกรองด้วยการตรวจอัลตราซาวด์โดยรังสีแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาล (ผ่านการอบรมและได้รับ การตรวจยืนยันจากรังสีแพทย์) หากพบผลผิดปกติให้ส่งผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการ ตรวจ CT/MRI/MRCP แพทย์บันทึกผลตรวจลงโปรแกรม CASCAP หากผลเป็นปกตินัดมาติดตามผลตาม แนวปฏิบัติทางการแพทย์



ในกรณีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีให้ดำเนินการผ่าตัดหรือใช้รังสีร่วมรักษา และยาเคมีตามแนวทางการรักษาโรค

2) ตรวจมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ กลุ่ม 40 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เป็นการตรวจคัดกรองความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกายที่มีความเกี่ยวข้องกันพยาธิใบไม้ตับ เช่น ตับ ไต ท่อน้ำดี ถุงน้ำดี เป็นต้น เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงและสามารถหาแนวทางการป้องกันและรักษาให้หายได้ โดยเน้นในประชาชนที่เสี่ยงและมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

3) รักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยการผ่าตัด

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีแพทย์จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ขนาด ตำแหน่ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะโรคและการกระจายของมะเร็ง สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

การผ่าตัด เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีการผ่าตัดเนื้องอก เป็นวิธีการรักษามาตรฐานที่ได้ผลดีและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้การผ่าตัดระบายท่อน้ำดี ในผู้ป่วยที่คาดว่าจะสามารถผ่าตัดเนื้องอกได้แต่ในขณะที่ผ่าตัดพบว่าระยะโรคไม่สามารถผ่าตัดออกได้ ควรได้รับการผ่าตัดระบายท่อน้ำดีเพื่อรักษาอาการคันและตัวเหลืองตาเหลือง

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography: ERCP) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้หรือผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้

การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography; ERCP) เป็นวิธีการที่ใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน เช่น การอุดตันในท่อน้ำดีจากก้อนนิ่ว เนื้องอก หรือพังผืด การตีบแคบของท่อน้ำดีเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ การอุดตันของท่อน้ำดีเนื่องจากนิ่ว เนื้องอก โดยเฉพาะในกรณีที่ตับอ่อนอักเสบเนื่องจากนิ่วในท่อน้ำดีอุดตันที่บริเวณรูเปิดร่วมของท่อน้ำดีและท่อน้ำดี วิธีการตรวจนี้เป็นวิธีที่ใช้การส่องกล้องและเอกซเรย์ประกอบกัน โดยแพทย์จะส่องกล้องจากปาก ผ่านกระเพาะอาหารลงไปสู่ลำไส้เล็ก เพื่อหาจุดเปิดท่อน้ำดี และฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในท่อน้ำดี พร้อมกับเอกซเรย์ดูความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อน้ำดี หากตรวจพบว่ามีนิ่วในท่อน้ำดี แพทย์อาจต้องตัดรูเปิดท่อน้ำดีให้กว้าง เพื่อให้สามารถดึงนิ่วที่ค้างอยู่ให้หลุดออกมาโดยใช้ลวดผ่านกระแสน้ำไฟฟ้า โดยทั่วไปผลที่เกิดจากการตัดจะหายเป็นปกติภายใน 1 สัปดาห์ หรือหากพบมีการตีบตันก็จะสอดท่อเพื่อระบายน้ำดีให้ไหลลงสู่ลำไส้



เคมีบำบัด/รังสีรักษา ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด หรือใช้ในการรักษาหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มโอกาสการหายขาด

4) ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

การรักษาแบบประคับประคอง คือ การรักษาที่ช่วยควบคุมหรือบรรเทาอาการที่เกิดในโรคมะเร็งเรื้อรังที่ระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษานี้ไม่การรักษาเพื่อให้หายขาด ถ้ามะเร็งมีการแพร่กระจายไปไกลแล้วก็อาจทำการผ่าตัด โดยแพทย์จะมุ่งเน้นการผ่าตัดแบบประคับประคอง การทำรังสีรักษาแบบประคับประคอง หรือการรักษาแนวทางอื่นๆ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือป้องกันอาการแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง เนื่องจากมะเร็งเรื้อรังที่ระยะสุดท้ายมีอาการร้ายแรง ดังนั้นแพทย์จะพยายามใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้เกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

5) สอนเด็กนักเรียนเพื่อปรับพฤติกรรม

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้

5.1) จัดการประชุมผู้บริหารเขตพื้นที่การศึกษา ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอนในเพื่อให้ความรู้และความตระหนักถึงปัญหา

5.2) การนำหลักสูตรเพื่อจัดการเรียนการสอน ดังนี้

5.2.1) ศึกษาแผนการจัดการเรียนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในแต่ละระดับชั้นจากเอกสารหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับการจัดสรร จากกรมควบคุมโรค

5.2.2) ศึกษาบทเรียนสำเร็จรูปหรือหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) หลักสูตรเพื่อป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

5.2.3) จัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในแต่ละระดับชั้นในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ตามแผนจัดการเรียนรู้และหน่วยการเรียนรู้

5.2.4) นำหลักสูตรเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) ไปบูรณาการเรียนจัดการเรียนรู้โดยการใช้แท็บเล็ตและคอมพิวเตอร์

5.2.5) จัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามนโยบายลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ของกระทรวงศึกษาธิการ

5.3) หน่วยบริการสาธารณสุข ดำเนินการสุ่มตรวจค้นหาพยาธิใบไม้ตับในนักเรียน หากตรวจพบโรคพยาธิใบไม้ตับและให้การรักษา



5.4) ครูและทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมบ้านนักเรียนที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครอง

5.5) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ออกประเมินผล การจัดการ เรียนการสอนหลักสูตรในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านการมี ส่วนร่วมและชุมชน

6) จัดการสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีปกติสุข มนุษย์จะสามารถดำรงชีวิต อยู่ได้ต้องอาศัยปัจจัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานอันเป็นองค์ประกอบร่างกายของ มนุษย์ คือ อาหาร น้ำ และอากาศ เมื่อไรก็ตามที่สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ปนเปื้อนจะทำให้มนุษย์เกิดการ เจ็บป่วยและมีอาการโรคต่างๆ ตามมา ดังนั้น ร่างกายของมนุษย์ทุกคนต้องการอาหาร น้ำ และ อากาศ ที่สะอาด บริสุทธิ์ เพื่อมิให้เกิดภัยสุขภาพต่อร่างกายมนุษย์ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัด ความการอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ ที่อยู่นอกร่างกายมนุษย์ และ ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ การอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการประเมินและควบคุมปัจจัย เหล่านั้น ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อมมีเป้าประสงค์เพื่อการป้องกันโรคและสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ความหมายของการอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่รวมพฤติกรรมที่ไม่เกี่ยวข้อง กับสิ่งแวดล้อม และ ไม่รวมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และพันธุกรรม

7) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยของประชาชน

ในปัจจุบันโรคพยาธิใบไม้ตับถือว่าเป็นอีกโรคหนึ่งที่กำลังก่อปัญหาทางด้าน สาธารณสุขซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ จึงมีการใช้ทฤษฎีต่างๆ และแนวคิดต่างๆ เพื่อมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เช่น แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำมาพัฒนา ความรอบรู้ในการที่จะป้องกันโรคได้

8) พัฒนาด้านวิชาการ

มีการดำเนินงานจัดทำวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งหาแนวทางการป้องกันการเกิดโรค

9) พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล (Isan Cohort)

ในกระบวนการรวบรวมข้อมูลของเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่ดูแลในเรื่องของโรคพยาธิ ใบไม้ตับ การจัดเก็บข้อมูลหรือการพัฒนาข้อมูลเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งในการเก็บข้อมูลทาง



มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้พัฒนาระบบ Isan Cohort ในการจัดเก็บข้อมูลของประชาชนที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อทำการตรวจสุขภาพเพื่อการคัดกรองการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

10) สื่อสารสาธารณะ

มีการประชาสัมพันธ์สื่อในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เช่น สื่อในสถานบริการด้านสุขภาพ หรือสื่อแผ่นพับ ใบปลิว เป็นต้น

11) บริหารจัดการให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์

ในปีงบประมาณ 2561 ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้กำหนดตัวชี้วัดในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้แต่ละพื้นที่ได้ดำเนินการเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยทางอำเภอนามนได้เตรียมแผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่

จากการศึกษาด้านนโยบายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับถือเป็นปัญหาต่อประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงได้มีการดำเนินการแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยกรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกัน ทำในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานด้านการศึกษาวิจัย โรคมะเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อขับเคลื่อนให้ เด็ก เยาวชน ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะเห็นว่าการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และส่วนที่ถือว่าเป็นส่วนที่สำคัญ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ที่จะเป็นส่วนขับเคลื่อนในการรณรงค์และป้องกันโรค โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในผู้ใหญ่ และนักเรียน การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยอาศัยความร่วมมือกับภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชุมชน

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health Literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso J.M., 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้นโดยมี การกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยาม โดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิก ร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health Literacy ปรากฏ



ในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน

2.4.1 คำนิยามและความหมาย

คำนิยามที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้องมีดังนี้
(ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

1) องค์การอนามัยโลก (1998) นิยามว่า “Health Literacy Represents the Cognitive and Social Skills Which Determine the Motivation and Ability of Individuals to Gain Access to, Understand and Use Information in Ways which Promote and Maintain Good Health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

2) คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999: 553) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ”

3) สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยาม Health Literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ”

4) โครงการประชาชนสุขภาพดีของสหรัฐอเมริกา (The us Healthy People 2010) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูล พื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

5) สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (2004) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health Literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย



6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม (มติการประชุม WM กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

7) ในปัจจุบันมีการใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในภาษาไทยที่หลากหลาย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า ความฉลาดทางสุขภาพะ ส่วนกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กองสุศึกษา ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access Skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management Skill) ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง



6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

2.4.2 การใช้คำเรียก “Health Literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทย มีหลายคำ ดังนี้

1) ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2541) แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้คำนิยาม

2) การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน ด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

3) ความฉลาดทางสุขภาวะ เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง Literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

4) ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่กำหนดขึ้นในโครงการ ศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้ เรื่อง Health Literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญา และการเรียนรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการให้คำนิยามและการกำหนดคำในภาษาไทยที่เหมาะสม ได้พิจารณาจากคำที่มีปรากฏแล้วและคำที่น่าจะเหมาะสมตามความหมาย การสื่อความ และการสร้างความเข้าใจ รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับคำเรียกที่มีการกำหนดไว้แล้วในบริบทต่างๆ อาทิ คำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (ในงานพัฒนาสุขภาวะทางด้าน จิตใจ ของกรมสุขภาพจิต) ความไม่ฉลาด หรือ โง่ (ซึ่งสื่อแบบตรงไปตรงมา และเข้าใจง่าย) จึงได้มีการกำหนดคำเรียกภาษาไทยว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และกำหนดคำนิยามไว้ว่า หมายถึง “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี”

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health Literacy มีความชัดเจนมากขึ้น จากการจำแนกระดับของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัย จิตินัย ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into Health 21st Century จำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ



ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยคิกบัสช์ (Kickbusch, 2001) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการ ประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy Skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative Interactive Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical Health Literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกันจึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

2.4.3 ความฉลาดกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค ไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 (Sharif I, 2010)

บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อินโฟร์เมชัน และการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค (DeWalt et al., 2004) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะ ประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (NAAL, 2003) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง



(Baker D.E. et al., 2007) ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

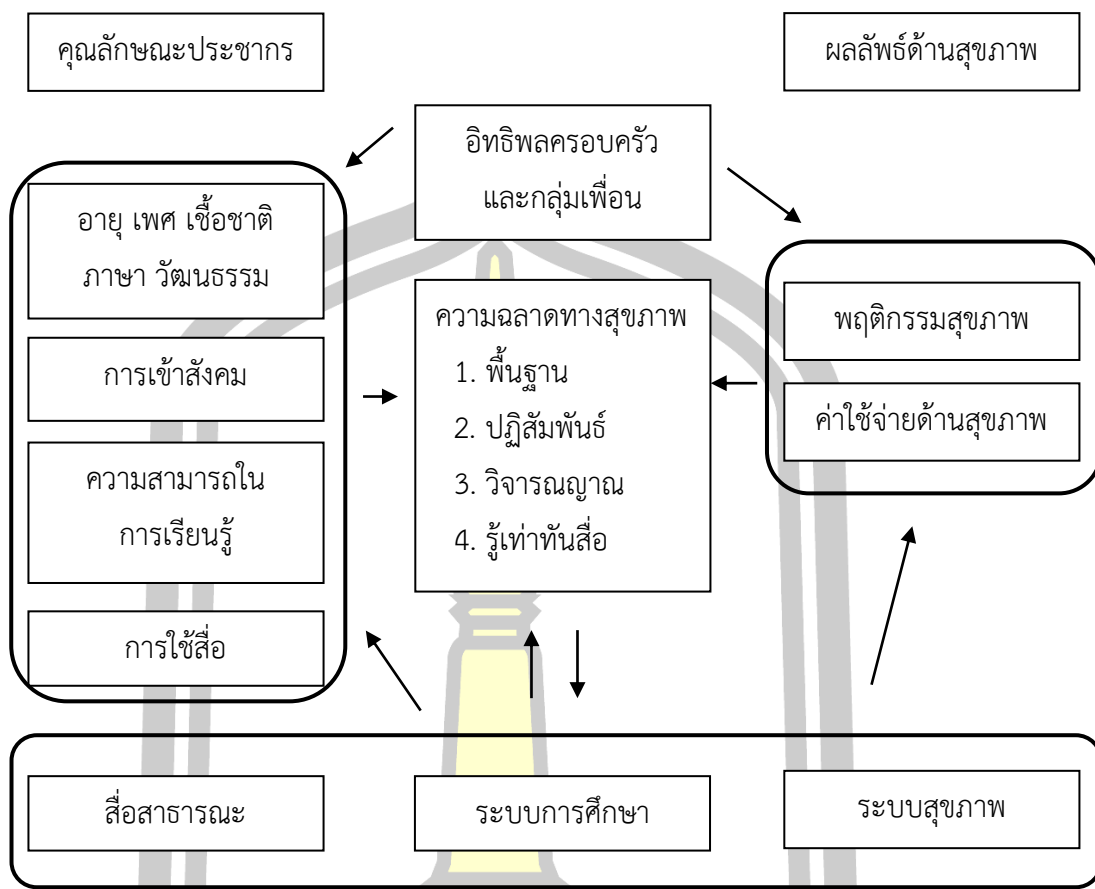
หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนัก ในด้านการรักษาพยาบาลจนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น (Gazmararian & Baker et al., 1999) จากกรอบการศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพ ของเจนิเฟอร์ เอ แมงกาเนลโล (Manganello JA, 2008) พบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม จะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญได้แก่ อายุ เพศ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าถึงสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ แมงกาเนลโลได้จำแนกความฉลาดทางสุขภาพ เป็น 4 ระดับ คือ Functional, Interactive, Critical และได้เพิ่ม Media Literacy หรือการรู้เท่าทันสื่อไว้ในลำดับสุดท้ายของระดับการพัฒนา ความฉลาดทางสุขภาพ โดยนิยามความหมายของ “การรู้เท่าทันสื่อ” ไว้ว่า “สถานะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของ เนื้อความ ประเมินคุณค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่างๆ

มุมมองเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ซึ่งแมงกาเนลโล (Manganello) ถือว่าเป็นระดับสุดท้ายของความฉลาดทางสุขภาพนั้น ยังไม่ค่อยได้รับการตอบรับเท่าที่ควร นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องสื่อก็มีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อขึ้น อาทิ การวิเคราะห์และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ การจัดทำหลักสูตรสอนการรู้เท่าทันสื่อ ฯลฯ

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา Rootman (2002) หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ดอน นัทบีม Nutbeam (2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการ พัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินงานสุขศึกษา (Health Education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication Activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้ เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง ดังแสดงในภาพประกอบ 3





ภาพประกอบ 3 กรอบการศึกษา Health Literacy

ที่มา : กองสุศึกษา (2554)

องค์ความรู้เรื่องนี้ในปัจจุบันยังไม่เป็นข้อยุติว่า คุณลักษณะทั้ง 6 ด้านที่กำหนดขึ้น จำเป็นจะต้องวัดในทุกระดับ หรือจะสามารถกำหนดวิธีการวัดความฉลาดทางสุขภาพได้ทั้ง 3 ระดับ หรือไม่ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป สำหรับแนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามคุณลักษณะ 6 ด้าน รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1



ตาราง 1 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญที่ จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อ เพิ่มความฉลาดทาง สุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
1. การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพ (Access)	มีความสามารถในการ เลือกแหล่งข้อมูล สุขภาพและการใช้ อุปกรณ์สืบค้น อาทิ คอมพิวเตอร์ ระบบ ห้องสมุด ฯลฯ	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพพระระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการ ค้นหาข้อมูล สุขภาพที่ถูกต้องและ ทันสมัยเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพพระระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ตรวจสอบข้อมูลจาก หลายแหล่งจนข้อมูลมี ความน่าเชื่อถือสำหรับการ นำมาใช้
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)	การรู้และการจำ ประเด็นเนื้อหาสำคัญ ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ มีสุขภาพดี	มีความรู้ ความเข้าใจ ระดับพื้นฐานและ สามารถอธิบายถึง ความเข้าใจในการจะ นำไปปฏิบัติตัวได้อย่าง ถูกต้อง	มีความรู้ ความเข้าใจ ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถวิเคราะห์หรือ เปรียบเทียบอย่างมี เหตุผลเกี่ยวกับแนว ทางการมีพฤติกรรมที่ ถูกต้อง
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)	มีความสามารถในการ สื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มี สุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสาร ระดับพื้นฐานและ สามารถสื่อสารให้ บุคคลอื่นเข้าใจ เกี่ยวกับ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้ มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสาร ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถโน้มน้าวให้ ผู้อื่นยอมรับแนว ทางการมี พฤติกรรมที่ถูกต้อง



ตาราง 1 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะสำคัญที่ จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อ เพิ่มความฉลาดทาง สุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)	มีความสามารถในการ กำหนดทางเลือกและ ปฏิเสธ / หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับพื้นฐานและมี ความสามารถในการใช้ เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดีผลเสียเพื่อการ ปฏิเสธซึ่งเป็นทางเลือก ที่เหมาะสมเพื่อให้มี สุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถแสดงทางเลือก ที่เกิดผลกระทบน้อย ต่อตนเองและผู้อื่นหรือ แสดงข้อมูลที่หักล้าง ความเข้าใจผิดได้อย่าง เหมาะสม
5. การจัดการตนเอง (Self- management)	มีความสามารถในการ กำหนดเป้าหมายและ วางแผนในการปฏิบัติ ตนเพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับพื้นฐานและ สามารถทำตามแผนที่ กำหนดโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ทบทวนวิธีการปฏิบัติ ตนตามเป้าหมายเพื่อ นำมาปรับเปลี่ยนวิธี ปฏิบัติตนให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้อง
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)	มีความสามารถในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลที่สามารถนำเสนอ เพื่อนำมาใช้ในการดูแล สุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อ ระดับพื้นฐานและ สามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อเพื่อ หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ ของตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทาง ให้กับชุมชนหรือสังคม

ที่มา: ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, (2558)



2.4.4 แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ จำแนกเป็น 3 แนวทาง คือ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร และการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ มีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

2.4.4.1 การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล จำเป็นต้องมีการวินิจฉัย และจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่มและจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคลที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (Literacy) ประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (Low-literacy) และสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป (General Populations) ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรู้หนังสือ ได้แก่ การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ และพื้นฐาน ความรู้ของบุคคล (1) ซึ่งเป็นทักษะที่สามารถจะพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดย มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำมาปรับเปลี่ยนข้อมูลสื่อสารและพัฒนา ตนเอง (2) ทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่เกี่ยวข้อง (3) ด้วยความรู้และสมรรถนะนี้เอง เมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความรู้ที่ถูกต้องจากการศึกษาค้นคว้าและมีการสื่อสารแลกเปลี่ยน เมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝน ให้มีทักษะในการจัดระเบียบและชี้แนะชุมชน/สังคม (4) การพัฒนาทักษะการเจรจาและการจัดการตนเอง (5) ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (6) เมื่อเจอเข้ากับสถานการณ์จริงในการตัดสินใจ เช่น เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่จะมีวิธีสื่อสารและปฏิบัติอย่างไร ให้เพื่อนเข้าใจและมีสุขภาพที่ดี ฯลฯ ความฉลาดทางสุขภาพดังกล่าว ย่อมส่งผลทางตรงต่อวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม (7) กรณีผู้ที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัว ต้องการลดการบริโภคน้ำตาลซึ่งทำให้เกิดผล ต่อการลดน้ำหนัก ควรจะต้องมีความรู้และความเข้าใจว่ามีบริการด้านสุขภาพ อะไรบ้างที่สามารถใช้ได้ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษาการลดน้ำหนัก เป็นต้น รวมทั้งการมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ผลักดันให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (8) ตัวอย่าง กิจกรรม ได้แก่ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมแอโรบิค ทีมวิ่งเพื่อสุขภาพ สมาชิกกลุ่ม อย.น้อย ฯลฯ และมีส่วนในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ต่อวิธีการปฏิบัติ เดิมของชุมชน/สังคมที่ไม่เหมาะสม (9) อาทิ การเลี้ยงเหล้าในวันฉลองความสำเร็จ หรือกินเค้กวันเกิด ฯลฯ ความฉลาดทางสุขภาพ จึงสร้างโอกาสให้บุคคลมีทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินวิถีชีวิต (10) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็คือการมีสุขภาพดี

2.4.4.2 การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร มีแนวทางดังนี้

1) การสำรวจบริบทขององค์กร ทำการศึกษา สำรวจบริบทขององค์กร ถึงปัจจัยการดำเนินงานการส่งเสริมความฉลาดในองค์กร ทั้งทางด้านคนหรือพนักงาน ด้านทรัพยากร ด้านสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมขององค์กร



2) การสำรวจความสามารถของบุคลากร ศึกษาทักษะความสามารถของบุคลากรในทราบถึงความสามารถส่วนบุคคล ทั้งในระดับผู้อำนวยการไปจนถึงลูกจ้างหรือพนักงานในองค์กร

3) การพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคลากร ดำเนินการจัดประชุมวางแผนหาแนวทางการพัฒนาความสามารถของบุคลากร โดยผู้บริหารองค์กรควรระบุเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร ไว้ในแผนขององค์กร มีการจัดสรร งบประมาณ และส่งเสริมให้บุคลากรเข้าใจและนำลงสู่การปฏิบัติ ตลอดจนมีการ วางแผน ประเมินผล และพัฒนาระบบบริการ เพื่อสร้างความฉลาดด้านสุขภาพแก่บุคลากร

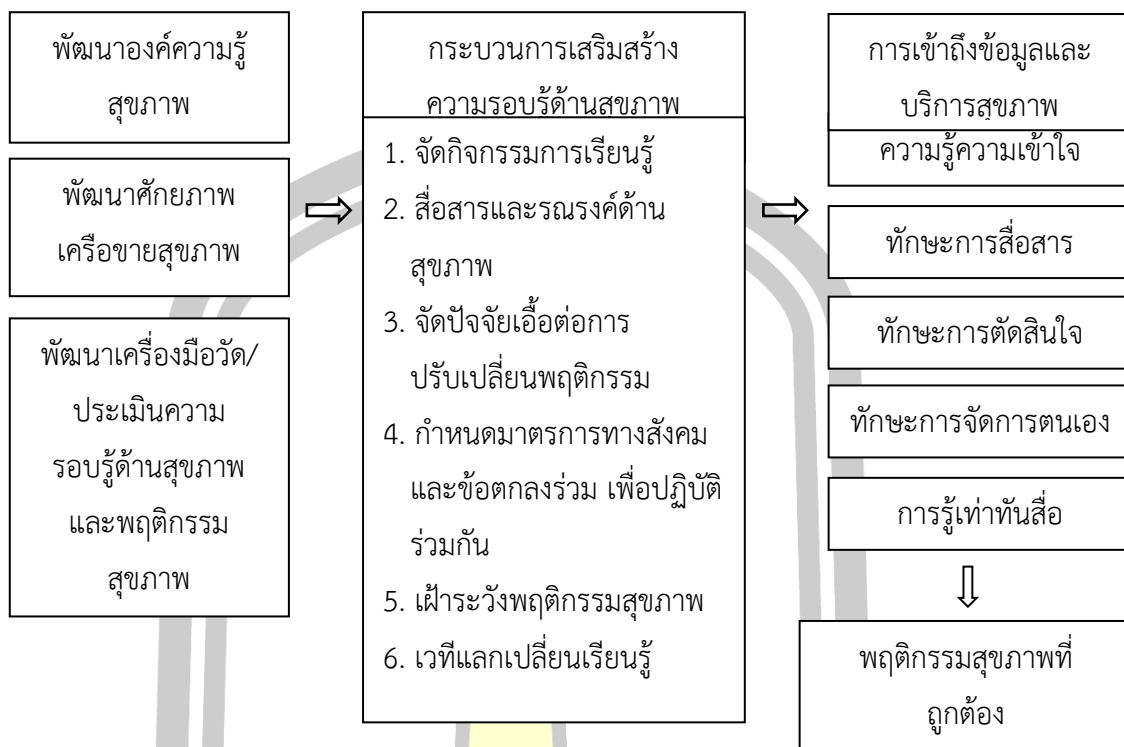
4) การพัฒนาสื่อ หรือช่องทาง โดยการจัดทำสื่อที่ทำให้บุคลากรในองค์กรสามารถเข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย หรือพัฒนาช่องทางการสื่อสาร และกำหนดเรื่องที่ต้องการพัฒนาร่วมกัน เพื่อให้บุคลากรในองค์กรปฏิบัติตามร่วมกัน

5) การใช้การสื่อสารสองทาง ในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีการสื่อสารทั้งทางด้านการสนทนา สามารถใช้ภาษาง่ายๆ คำพูดที่คุ้นกันในชีวิตประจำวัน ไม่ใช่ตัวย่อ หรืออักษรย่อ

6) การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้อื้ออำนวย การสร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกัน การสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และคนในองค์กร สร้างการเรียนรู้ การทำความเข้าใจให้ชัดเจนและการประเมินผลการดำเนินงาน

2.4.4.3 การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ การสร้างเสริมและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในเชิงระบบจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ อย่างน้อย 3 องค์ประกอบ เพื่อทำให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระดับประเทศประการแรก ได้แก่ การพัฒนาระบบการสาธารณสุข ซึ่งเน้นการวินิจฉัย การสร้างเสริม และการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ประการที่สองคือ การพัฒนาระบบการศึกษา ด้วยความเชื่อว่าระดับการรู้หนังสือจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพดีขึ้นและปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และการให้การศึกษา (Education) แก่ประชาชนนั้น นับเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญของการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ (Kickbusch, S., 2001) และประการที่สาม ได้แก่ การพัฒนาระบบวัฒนธรรมและสังคม เพราะวัฒนธรรมและสังคมเป็นเป้าหมายใหญ่ของการเรียนรู้และการสร้างโอกาสให้ประชาชนมีการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาจากการบูรณาการ ระบบทั้งสาม ก็คือ ประชาชนมีสุขภาพอย่างกว้างขวางและเสมอภาค และประเทศมีต้นทุนการดูแลสุขภาพลดลง ดังแสดงในภาพประกอบ 4





ภาพประกอบ 4 กรอบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย
ที่มา : กองสุศึกษา (2554)

การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ (สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559)

ในการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงสู่สังคมยุคโลกาภิวัตน์ เป็นสังคมแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน ประชาชนมีรูปแบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีได้เองทั้งในวงสังคมเครือข่ายใกล้ชิด และในสังคมโลกโดยรวม

ยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจด้วยการฉีกกำลังในภูมิภาค เช่น การเปิดประชาคมอาเซียนใน พ.ศ. 2558 จะมีผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบกับประชาชนคนไทยในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชน ดังนั้น การพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ ทั้งจากภาครัฐในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาคประชาชนในการเป็นทั้งผู้รับสาร และส่งสารในเครือข่าย ของตนเอง รวมถึงการสร้างการพัฒนาและเผยแพร่เนื้อหาข่าวสาร เช่น ประสพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ ภูมิปัญญาและศักยภาพในการจัดการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนและเครือข่ายมีทักษะด้านสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น จนสามารถ พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ครอบครัว และสังคม จะเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้เป็นระบบ



การสร้างสุขภาพที่ดีลดการรักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง การพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาอย่าง มีคุณภาพนั้น ต้องอาศัยข้อมูลที่มีคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ซึ่งประเทศไทยมีหลาย หน่วยงานที่มีการพัฒนาข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกลุ่มธุรกิจเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น กลุ่มธุรกิจการผลิตอาหาร กลุ่มธุรกิจการสื่อสารระดับชาติ และท้องถิ่น เช่น ทีวี เคเบิลทีวี กระทรวง แรงงาน เป็นต้น ปัจจุบันการสื่อสารจากกลุ่มต่างๆ ที่กล่าวมา เป็นไปอย่างไร้ทิศทางจนเกิดเป็นข่าวลือในการ ปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เกิดการสับสน เสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ ในสังคมวงกว้าง การบริหารจัดการข้อมูล วิธีการสื่อสารข้อมูลจากหน่วยงานที่มีความเชื่อถือได้ เพื่อให้ประชาชนมีแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้จึงเป็นสิ่งจำเป็น

กลไกระดับชาติเพื่อสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ที่จัดทำข้อมูลด้านสุขภาพ มีรูปแบบและระบบ จัดบริการข้อมูลด้านสุขภาพ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง ทันสมัย เหมาะสมกับบริบทของชุมชน วัฒนธรรมท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถนำไปใช้ได้จริงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น รวมทั้งการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการสื่อสารให้เป็นไปตามสิทธิประชาชนตามรัฐธรรมนูญ เพิ่มช่องทางการ เผยแพร่และการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมของภาค เครือข่าย จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชาติ

วิธีการปฏิรูปและแนวทางการดำเนินการ

การปฏิรูปความรอบรู้ด้านสุขภาพในครั้งนี้จำเป็นต้องจัดทำกลไกการขับเคลื่อนระดับประเทศเพื่อให้เกิดการปรับวิธีการทำงานและปรับวิธีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนคนไทย ด้านข้อมูลสุขภาพและการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนทุกระดับทั้งในครอบครัว ชุมชน และสถานที่ทำงาน ด้วยการมีหน่วยงานหลักจัดทำกลไกให้เกิดการบูรณาการทุกหน่วยงาน ทุกองค์กร ทุกภาคส่วน ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อมุ่งเน้นให้ สังคมไทยเป็นสังคมที่รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Societies) ซึ่งคือสังคมที่ประชาชนทุกคนสามารถ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้

1) ประกาศการปฏิรูปความรอบรู้ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) จากความจำเป็นเร่งด่วนที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำของประชาชนนำไปสู่พฤติกรรม เสี่ยงด้านสุขภาพ และโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งภาครัฐ ครึ่งเรือน และส่วนบุคคล เพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็น ที่รัฐบาลควรจะยกระดับการปฏิรูปความรอบรู้ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) และเพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ เป็นเวลาที่จำเป็น



อย่างยิ่งในการปฏิรูปให้ประชาชน ไทยมีความรอบรู้แตกฉาน เพื่อนำไปสู่การคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ ที่ถูกต้องได้อย่างน้อยใน 2 เรื่อง ด้วยกัน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านการเงิน และเพื่อให้วาระแห่งชาติด้านการปฏิรูป ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รัฐบาลควรมีนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยระบุให้ “ทุกนโยบายใส่ใจสุขภาพ” (Health in All Policies) และ บรรลุการพัฒนาความรอบรู้และการสื่อสาร ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งแผนพัฒนาสาธารณสุขด้วย

2) จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และคณะกรรมการนี้ควรเชื่อมโยงกับ คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็น ประธาน เพื่อข้อเสนอของคณะกรรมการชุดนี้จะได้นำสู่การบูรณาการการดำเนินการจากทุกกระทรวง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป คณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ และการ สื่อสาร ด้านสุขภาพ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีกรรมการคือ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงฯ มีอธิบดีกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพเป็นเลขานุการ และผู้อำนวยการกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็น ผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

2.1 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ

2.2 บูรณาการสหวิชาชีพ เพื่อจัดการสื่อสารสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างเสริม ความรอบรู้เพื่อสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัยและสถานการณ์

2.3 ติดตามกำกับกระบวนการขับเคลื่อนความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ

2.4 ส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และการวิจัยพัฒนา ด้านการสื่อสาร สุขภาพประสานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัย สภาคณะกรรมการนโยบายวิจัยและนวัตกรรม แห่งชาติ ฯลฯ

2.5 เป็นศูนย์กลางจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน และแก้ไข ข้อมูล สุขภาพที่ผิดพลาดหรือหลอกลวงอย่างทันต่อสถานการณ์

2.6 ประเมินผลด้านสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยวัดจากพฤติกรรม สุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยของประชาชนเป็นระยะ อาจะทุก 3 หรือ 5 ปี

3) พัฒนาให้ทุกองค์กรในสังคมไทยเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)



นอกจากการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติแล้ว ควรมีการพัฒนาระบบ องค์กรที่สำคัญ ต่างๆ เพื่อให้เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization, HLO) ที่สำคัญคือ สถานศึกษาในทุกๆระดับ หน่วยบริการสุขภาพต่างๆ สถานที่ทำงาน โรงงาน

3.1) ลักษณะองค์กรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization, HLO) ผู้นำองค์กรส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ โดยใส่แนวคิดด้านการส่งเสริมนี้ไว้ในแผนขององค์กร มีการจัดสรรงบประมาณ และส่งเสริมให้บุคลากร เข้าใจในนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจนมีการวางแผน ประเมินผล และพัฒนาระบบบริการ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความแตกฉานด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- 1) มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่จะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร
- 2) มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน รวมทั้งอัตรากำลัง
- 3) มีนโยบายชัดเจนที่จะพัฒนาโครงการต่างๆ ที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- 4) มีการออกแบบบริการและสิ่งแวดล้อมที่ง่ายต่อการส่งเสริมความรู้
- 5) บรรจุประเด็นความรู้ด้านสุขภาพไว้ในแผนงานด้านความปลอดภัยขององค์กร
- 6) มีการตั้งเป้าหมายในการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ ให้มีความรู้ความเข้าใจ แนวคิดด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการ
- 7) มีระบบรับข้อร้องเรียน เสนอแนะ ในประเด็นความแตกฉานด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงงาน
- 8) สร้างวัฒนธรรมการช่วยเหลือผู้รับบริการในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ให้บุคลากรทุกระดับและทุกหน่วยบริการ

3.2) องค์กรสำคัญที่ควรปรับอย่างเร่งด่วนให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) คือ

- 1) สถานศึกษาในทุกๆระดับตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงอุดมศึกษา
- 2) สถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลระดับต่างๆ
- 3) โรงงานต่างๆ (เน้นเรื่องความปลอดภัยและอนามัยส่วนบุคคล)

3.3) ผู้รับผิดชอบดำเนินการหลัก

- 1) กระทรวงศึกษาธิการ
- 2) กระทรวงสาธารณสุข
- 3) กระทรวงแรงงาน และ
- 4) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

4) พัฒนาทุกชุมชนให้เป็นชุมชนที่รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Community) ชุมชนในข้อนี้ หมายถึง ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งในปัจจุบันแนวโน้มในการบริหารจัดการ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพหรือบริหารราชการแผ่นดิน บริหารการปกครองท้องถิ่น ก็จะมุ่งเน้นให้ท้องถิ่นมีความสามารถในการแก้ปัญหาของท้องถิ่นเอง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยรูปแบบจะเป็นคณะกรรมการด้านต่างๆ ในพื้นที่ กระบวนการในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ควรเริ่มต้นที่พื้นที่โดยคณะกรรมการประจำพื้นที่เหล่านั้น สามารถศึกษาและค้นพบปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการวิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้วิชาการและเหตุผลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) จากนั้นก็ถ่ายทอดลงไป ยังประชาชนในพื้นที่ โดยกระบวนการและช่องทางต่างๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่นั้น เช่น โทรทัศน์ วิทยุท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ Social Media บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น นักศึกษา



อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล รวมทั้งสื่อต่างๆ และกระบวนการกลุ่ม และใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาทั้งหมด วิธีการเช่นนี้จะนำมาซึ่งการแก้ปัญหาในท้องถิ่น โดยประชาชนมีส่วนร่วม และประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการในการแก้ปัญหา และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5) ส่งเสริมงานวิจัยพัฒนาและวิจัยประเมินผลเพื่อการสร้างนวัตกรรมที่จะส่งเสริมให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้วิชาการผลการวิจัยในการทำงานของหน่วยงาน (Evidence Based Practice) การที่จะดำเนินการให้ประชาชนได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจจนสามารถคิดวิเคราะห์ เลือกการกระทำที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ ของตนเองและครอบครัวได้ จำต้องอาศัยองค์ประกอบด้านวิชาการ ที่สำคัญดังต่อไปนี้คือ

5.1) การรู้หนังสือ (Literacy) ของประชาชน ถ้าประชาชนไม่รู้หนังสือการสร้างความรู้ทางสุขภาพก็ทำได้ยาก ถึงแม้ว่าในพื้นที่ที่บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความสามารถใช้การบอกเล่าให้ เข้าใจได้ แต่ก็ยากจะเผยแพร่ในวงกว้าง ดังนั้น จึงจำเป็นที่รัฐจะต้องดำเนินการทุกวิถีทางให้ประชาชนรู้หนังสือ โดยช่องทางของ Adult Education หรือการเรียนรู้ตลอดชีวิต

5.2) การศึกษาวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญนำไปใช้ในกระบวนการเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เช่น ข้อมูลด้านการเกิดโรค วินิจฉัยที่เป็นสาเหตุ และ Intervention ที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับวินิจฉัยที่เป็นสาเหตุในบริบทของสังคมไทยและในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศควรมีศูนย์รวบรวมข้อมูลจากการวิจัยเหล่านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการค้นคว้า การวิจัยต่อยอดหรือใช้ประกอบการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานสร้างความรู้ หรือสื่อสารในพื้นที่ต่างๆ ในกรณี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) กองสุขศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข อาจพัฒนาความร่วมมือเพื่อเป็น Center of Excellence ในเรื่องนี้ได้ในระดับจังหวัดควรมีศูนย์ข้อมูลสถิติฯ และการเจ็บป่วยการตาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่

5.3) บุคลากรและองค์ความรู้ที่ควรพัฒนาให้เกิดขึ้น เพื่อสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการรอบรู้ด้านสุขภาพ

6) ปรับเน้นการจัดทำและกลไกการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ควรประกอบด้วย ข้อมูลหลักที่สำคัญ 2 ประการด้วยกัน คือ 1) ข้อมูลเรื่องโรค/ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ สาเหตุของปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยง วิธีการหรือพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดการเกิดโรคและสร้างเสริมสุขภาพรวมทั้งสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ 2) การตอบโต้แก้ไขข้อมูลข่าวสารผิดๆ เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การใช้ยา การบริโภค อาหารเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เป็นต้น



2.5 แนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพและการขับเคลื่อนชุมชนนั้นเป็นการขับเคลื่อนให้ชุมชนสามารถทำเอง จุดเริ่มต้นของการทำงานคิดมาจากมิติของ SDGs หัวข้อเป้าหมายที่ 3 ด้านสุขภาพ คือ การทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาพะในการดำรงชีวิตและ ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของคนในทุกช่วงอายุ ซึ่งจากประเด็นจาก SDGs สุขภาพจะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน และที่สำคัญ คือขยายการทำงานสาธารณสุขกว้างไปสู่ระบบอื่นๆ ของสังคมด้วยในการทำงานด้านสาธารณสุข แต่เดิมเราจะดู Health for All ซึ่งไม่พอต้องทำเป็น All for Health ทำ Health in All Policies ให้ได้ และ Key Words สำคัญที่ WHO ใช้กันขณะนี้ คือ Choose Health คือ ให้เขาเลือกเอง ไม่ใช่บอกให้เขาทำ

จุดเริ่มต้นที่ทำให้ Health Literacy พุดกันมากในขณะนี้มาจากการประชุม Conference on Health Promotion มีการเปลี่ยนจุดเน้นเป็น Health in All Policies คือ ต้องเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ทุกหน่วยงานเข้าใจเรื่องสุขภาพและร่วม สร้างสุขภาพในมิติของเขา ดังนั้น ทุกองค์กรจำเป็นต้องทำให้เขามองมิติด้าน Health จากการประชุมที่เชียงใหม่ มีจุดเน้น 3 เรื่อง คือ

- 1) Good Governance คือ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม
- 2) Healthy Cities คือ ในมหานครเกิดการมีส่วนร่วมให้มาก ทำอย่างไรให้ระบบปรับตัวมาสู่สุขภาพและบริการสังคม
- 3) Health Literacy เป็น Indicator บ่งบอกความสำเร็จของการทำงานการเปลี่ยนพฤติกรรมของเรา ปัจจุบัน Health Literacy ถูกมองให้กว้างขึ้นเป็น Critical Determinants หรือ ปัจจัยกำหนดที่สำคัญที่สุดในการทำงานสาธารณสุข ในการทำให้คนมีสุขภาพดี

Health Literacy คือ หัวใจของความสำเร็จการสร้างสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ WHO จุดเน้น Health Literacy คือ เป็นงานที่ทุกวิชาชีพจำเป็นต้องทำให้ประชาชนเกิดทักษะและเกิดความสามารถในการตัดสินใจที่จะเลือกว่าเขาจะมีสุขภาพ อย่างไร

สอดคล้องกับในการประชุม World Health Organization South-East Asia Region - WHO SEARO ที่ยืนยัน การทำงาน Health Literacy เป็นหัวใจของการทำงานเพื่อการมีสุขภาพดีที่ทุกวิชาชีพจำเป็นที่จะต้องเข้าใจและทำเป็น และ สอดคล้องกับการพัฒนายั่งยืน SDGs ซึ่งประเทศไทยเราพูดก่อนแล้ว

Health Literacy มี Definition ต่างๆ ซึ่งนักสาธารณสุขจำเป็นต้องเลือกว่าจะอยู่ตรงไหน และจะนำมาใช้อย่างไร กรอบในการขับเคลื่อนใช้ Ecological มองว่าทำอย่างไร ให้ทุกระดับสอดคล้องกัน ซึ่ง ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) ผู้เชี่ยวชาญระดับโลก กล่าวว่าระบบต่างๆ ในการทำให้คนเกิด Health Literacy ได้นั้นเกิดจากการเปลี่ยนฐานทุกระดับของสังคมนั้น ไม่ใช่การสอนคนไข้ หรือให้ข้อมูลชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกัน ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมาเน้นที่การจัดสิ่งแวดล้อมองค์กรต่างๆ ให้ไปในทิศทางเรื่องของการสร้าง Health Literacy



Health Literacy as a Structural Determinant of Health เพราะฉะนั้นการสร้างสุขภาพคือ การจัดองค์กรสร้างสิ่งแวดล้อมให้มี Health Literacy ซึ่ง WHO ได้กำหนดไคต์ไลน์สำหรับการสร้าง Health Literacy in Low Resources Settings with Complex Problem ต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชน การศึกษา การเรียนรู้ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าถึงระบบบริการ คุณภาพการดูแล นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงระบบความเชื่อของสังคม ระบบการจัดการสุขภาพ การเมือง เศรษฐกิจ และทุนทางสังคมด้วย สำหรับในระดับ Middle Income Countries มองเหมือนกัน แต่ต่างตรงที่ต้องมีการประเมินโดยใช้ Evidence มีข้อมูล Base Line จุดเน้นที่ SDG และมอง Across Sectors

นอกจากนี้ WHO ได้กำหนดแนวทางในการขับเคลื่อน Health Literacy in Realities ประกอบด้วย ต้องเข้าใจมนุษย์เหล่านั้น เข้าใจ Health Needs ของเขา เข้าใจสิ่งแวดล้อมและบริบทเขา การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากร ความสามารถในการประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ การสนับสนุน และความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการและตัดสินใจ ชัดความสามารถในการสื่อสาร ยืนยัน และตัดสินใจ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย การพัฒนาความรอบด้านสุขภาพ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำเรื่องนี้มานานแล้ว โดยมีกรอบแนวคิดบริบทด้านบริการสุขภาพและบริบท Individuals และ เข้าใจว่า Health Literacy เกิดในระบบของสังคมและชุมชนและระบบการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ทำให้มีหลักฐานจากการ Survey เป็นระยะซึ่งนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบาย รวมถึงมีงานวิจัยทั้งปริญาโทและเอกมากกว่า 15 ปี และพัฒนาเครื่องมือ ในการประเมิน Health Literacy ตามกรอบของ IOM (International Organization for Migration) ซึ่งรัฐบาลปัจจุบันนำโดยประธานคณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูป ได้วิเคราะห์และเห็นว่าจากข้อมูลที่มีอยู่จำเป็นต้องปฏิรูปความรอบรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ ซึ่ง Health Literacy คือ Critical Determinants ของทุกประเทศ แต่วิธีการทำงานที่จะทำให้คน Literate ในส่วนของประเทศไทยทำไม่ถูกอย่างมาก คือ การสื่อสารสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อห่วงใยของรัฐบาลนี้โดยดูจาก Line หรือ Social Media ซึ่งข้อความที่ส่งเป็นข้อความที่ผิด ทำให้สภาสันนิษฐานนโยบายนี้ ดังนั้น การปฏิรูปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ทำ 2 เรื่อง เพราะการสื่อสารเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งที่เราทำผิดอีก คือ เราคิด Message เอง แล้วบอกให้เขาทำ ซึ่งแนวคิดตามมติสภานิติบัญญัติแห่งชาตินี้ได้ผลักดันเข้าไปสู่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ในส่วนของชุมชน กรอบการทำงานสาธารณสุขที่ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาสังคมรอบรู้สุขภาพ คือ มองทุกระดับ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดนิเวศวิทยา มองอย่างน้อย 3 ถึง 5 ระดับ ได้แก่ บุคคล ครอบครัว ระบบการศึกษา ระบบบริการ Healthy Work Place ซึ่งต้องเปลี่ยนเป็น Health Literate Organization และการสื่อสาร ปัจจุบันได้ตั้งภาคการสื่อสาร สื่อต่างๆ เช่น มูลนิธิสื่อสร้างสรรค์ อสมท. มาช่วยกันคิด ออกแบบ เพราะฉะนั้นการปฏิรูประบบความรอบรู้กับการปฏิรูป



ระบบ การสื่อสารจำเป็นที่จะต้องทำไปควบคู่กัน และเราจะวัดผลลัพธ์ คือ ดูการตัดสินใจ สถานะ สุขภาพ พฤติกรรม การสื่อสาร

การพัฒนาชุมชนเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งที่ต้องเปลี่ยน คือมี Evidence และมีตัว ขับเคลื่อนภาคพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องนำ Social Determinants of Health มาแปลงเป็นการสื่อสาร จากนโยบายลงไปให้สอดคล้อง ดังนั้นงานที่จะเปลี่ยน คือ ทำอย่างไรให้นำ Social Determinants มาออกแบบโครงการ ออกแบบประเด็น ซึ่งจะออกมา 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ใส่ไปในชุมชน เรียกว่า Tailor Made Health Education ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าใส่ไปในระบบบริการจะเป็น Therapeutic Health Education ซึ่งเป็น Skill จำเพาะที่จำเป็นต้องสร้าง ซึ่งคณะสาธารณสุข ศาสตร์จำเป็นต้องปรับตัว ให้เกิดเรื่องนี้ ซึ่ง Social Determinants จำเป็นต้องหามาจาก Audience Research และ Formative Research และไปออกแบบโครงการ ซึ่งยังเป็นสิ่งที่ขาดอยู่ในตอนนี้ สำหรับนวัตกรรมที่จะทำเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมและเกิดการปฏิรูปขับเคลื่อนในชุมชนได้จริงนั้นคือ ปรับให้ทุกองค์กร เป็น Health Literate Organization คือ การให้ข้อมูล เน้นข้อมูล ซึ่งเมื่อใส่ไปใน ชุมชนก็จะเกิดความเฉพาะชุมชน กลไกการขับเคลื่อน คือ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เพราะฉะนั้นการที่จะขับเคลื่อนให้เกิด Health Literate Community สิ่งสำคัญที่ต้องเปลี่ยน คือ การทำงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพราะเราคิด Message แทนเขา ไม่เคยฟังเขา ไม่เคยนำ บริบท ทุนทางสังคมมาพิจารณา ออกแบบโครงการ ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารสุขภาพในทุกองค์กร เพราะนัก สาธารณสุขทำงานเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลไกทางสังคม เพื่อเอื้อให้คนเกิดทักษะและจัดการ ตนเองได้ ซึ่งท่านรัฐมนตรี ประกาศว่า ภายในสิ้นปี พ.ศ. 2561 นี้ 10,000 กว่าองค์กรภายใต้ กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็น Health Literate Organization ความต่างมีอยู่ที่การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ ให้คิดข้อมูลที่สอดคล้องบริบทมากขึ้น ซึ่งหากมหาวิทยาลัยจะทำวิจัยจำเป็นต้องทำ Audience Research และ Formative Research ให้ชัดเจนว่าชุมชนมี Social Determinants อย่างไร ดังนั้น การที่จะทำชุมชน Literate คือ เข้าใจอย่างที่เขาเป็น เข้าใจวิถีการสื่อสารของเขา Message ต้องออกมาจากเขา ฟังชุมชน วิเคราะห์ชุมชนก่อนทำโครงการ

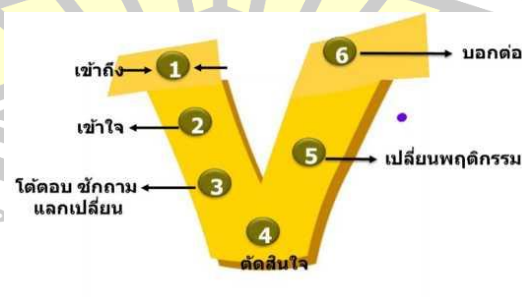
อธิบดีกรมอนามัย นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ ได้พัฒนากระบวนการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็น แนวทางตรวจสอบตนเองว่าได้ ดำเนินการครบถ้วนตามนิยามสำคัญของความรู้สุขภาพหรือยัง โดยใช้ภาพตัววี (V-shape) เป็นสัญลักษณ์ในการจำและตรวจสอบ ประกอบด้วย

- 1) เข้าถึง คือ ทำความรู้จักกลุ่มเป้าหมาย
- 2) เข้าใจ คือ เข้าใจ Message ที่ส่งไป
- 3) ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน คือ ออกแบบให้คนมีการตั้งคำถาม
- 4) ตัดสินใจ คือ ออกแบบทำให้คนตัดสินใจ คือ กระบวนการทำงานกับปัจเจกบุคคล
- 5) เปลี่ยนพฤติกรรม คือ ทำ Buddy/เครือข่ายให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



6) บอกต่อ คือ สร้าง Self-management แล้วให้เขาบอกต่อถ้าเทียบ Progress การขับเคลื่อนเรื่องนี้ในเอเชียประเทศไทยเกาะติดสถานการณ์และกำลังจะทำการประเมินใหญ่ทั้งประเทศ และเนื่องจาก Health Literacy มีหลาย Definition หน้าที่ของเรา คือ ต้องเลือกให้ถูกกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นความยากที่ไม่เคยวิเคราะห์มาก่อน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจทักษะทางปัญญา คือ เข้าใจต้นเหตุจนตกลึกและตัดสินใจได้ และทักษะทางสังคม คือ รู้ว่าเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับใคร แสวงหาข้อมูลอย่างไร และจะทำข้อตกลงอะไร อย่างไร เพื่อให้ชีวิตเขามีพลังอำนาจพอที่จะตั้งเป้า และจัดการได้เอง ดังนั้นหากจะสอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องใช้ Definition นี้ แต่เมื่อเข้าไปในโรงเรียน เราต้องเปลี่ยนจาก Health Promoting School เป็น Health Literacy School สำหรับผู้สูงอายุ ใช้ Definition ว่าระดับความสามารถของบุคคลในการอ่านทำความเข้าใจข้อมูล ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องถูก Reshape-reform และ Health Literate Organization จะถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการนำตัว V-shape เข้ามาในชุมชน เราต้องทำให้ได้ว่าในชุมชนมีคนเข้าถึง Message ก็คน และเข้าใจว่าอย่างไร และมีข้อซักถามอะไรบ้าง ซึ่งเป็นวิธีที่เราพยายามเปลี่ยนโดยใช้ทฤษฎี Positive Deviance ค้นหาคนที่ทำได้ดีในชุมชน ชุมชนที่ทำได้ดี โดยเฉพาะกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนระบบการนิเทศกำลังจะปรับมาเป็นระบบ Implementation Sciences เพราะฉะนั้นกลยุทธ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรมจะเน้นเรื่องสื่อสารให้คนเข้าใจ ได้เล็งตั้งเป้า ส่วนในโครงสร้างชุมชน สังคมจะปรับให้เป็น Health Literate Organization, Health Literate Community ซึ่งต่อไปจะเป็น Health Literate Society

สรุป การทำงานในชุมชนเปลี่ยนจาก Community-base เป็น Community Mobilization โดยไปเรียนรู้เขาก่อน จากนั้นสร้าง Message และการพัฒนาพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่เรียกว่า Tailor Made Health Education แล้วทำการขับเคลื่อนให้เขาไปบอกต่อได้ ดังแสดงในภาพประกอบ 5

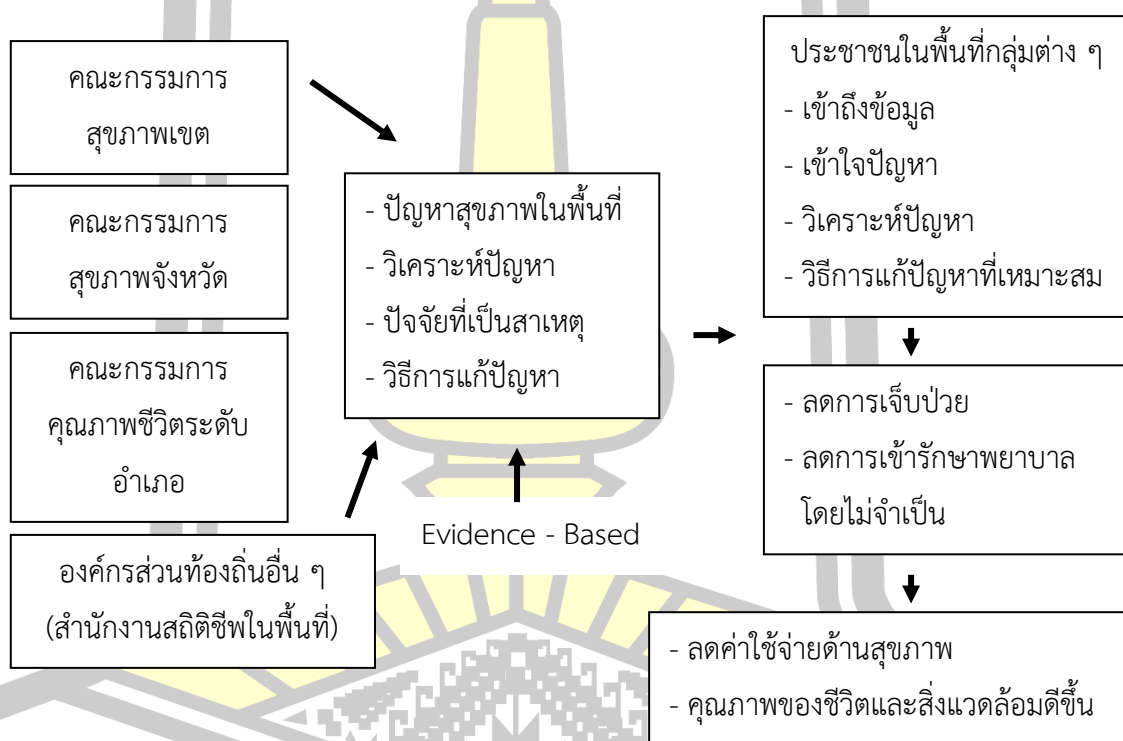


ภาพประกอบ 5 กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา : กรมอนามัย (2559)



กระบวนการในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ควรเริ่มต้นที่พื้นที่โดยคณะกรรมการประจำพื้นที่เหล่านั้น สามารถศึกษาและค้นพบปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่มีการวิเคราะห์ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้วิชาการและเหตุผลเชิงประจักษ์ (Evidence Based) จากนั้นก็ถ่ายทอดลงไปยังประชาชนในพื้นที่โดยกระบวนการและช่องทางต่างๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่นั้น เช่น โทรทัศน์ วิทยุท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น นักสุขศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล รวมทั้งสื่อต่างๆ และกระบวนการกลุ่ม และใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาทั้งหมด วิธีการเช่นนี้จะนำมาซึ่งการแก้ปัญหาในท้องถิ่น โดยประชาชนมีส่วนร่วมและประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการในการแก้ปัญหาและเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2560) ดังแสดงในภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 กรอบการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา : พรพันธ์ บุญยรัตพันธ์ (2560)

คุณลักษณะของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ดังนี้ (วิล โรมา, 2561)

1) ผู้นำ คือ เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงาน เป็นผู้นำด้านความคิด และวางแผนในการจัดการ



2) การบูรณาการ คือ การประสานกลมกลืนกันของแผนการดำเนินงาน กระบวนการ การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการวิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนเป้าหมายที่สำคัญของชุมชน

3) ทักษะบุคลากร คือ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการดำเนินงาน ที่สามารถนำมาพัฒนาองค์กร หรือชุมชนให้เกิดผลดีทางด้านสุขภาพ

4) ข้อมูลสุขภาพ คือ ข้อมูล ข่าวสาร สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ของชุมชน ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

5) มีส่วนร่วม คือ การร่วมมือกันจากองค์กรทุกภาคส่วนในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หรือองค์กรภาคประชาชน ในการเข้ามาขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

6) ช่องทางการสื่อสาร คือ ช่องทางการดำเนินงานเพื่อการสื่อสารสองทาง ระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ ง่าย ทั่ว ถึง การจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่ประชาชน

7) ประเด็นสื่อสาร คือ หัวข้อ หรือประเด็นที่ใช้ในการสื่อสาร หรือประชุมในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ และพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

8) สิทธิและความรับผิดชอบ คือ สิทธิและความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนในสังคม

9) สื่อสารสังคม คือ กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารทางสังคม ข้อมูลความรู้ประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น ความต้องการจากผู้ส่งสารโดยผ่านสื่อต่างๆ ที่อาจเป็นการพูดการเขียน หรือการแสดงการจัดกิจกรรมต่างๆ ไปยังผู้รับสาร ซึ่งอาจจะใช้กระบวนการสื่อสารที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของบริบทสังคม

10) สื่อสารองค์กร คือ การบอกต่อ หรือเผยแพร่ถ้อยคำข้อความ หรือหนังสือ ที่ได้จากการฟัง พูด อ่าน เขียน จากบุคคลภายในองค์กร ชุมชน หรือสถานที่หนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ

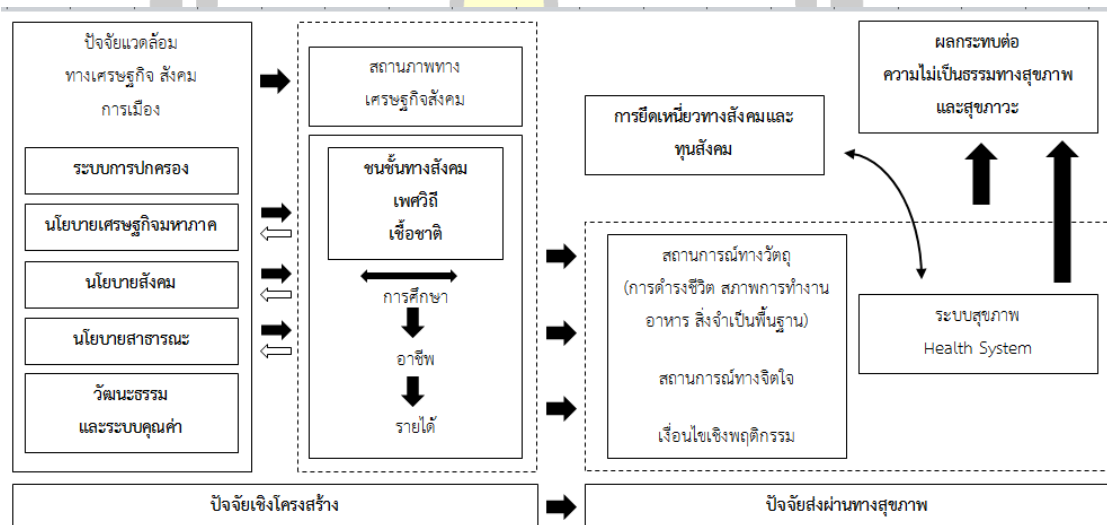
แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health หรือ SDH) เป็นแนวคิดที่ช่วยให้คนทำงานเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างชัดเจน จนเกิดเป็นกระบวนการทำงานที่เป็นรูปธรรมระดับโลก เพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพผ่านจิตวิญญาณของความเป็นธรรมทางสังคม โดยสมัชชานานาชาติครั้งที่ 66 (พ.ศ. 2546) ได้ลงมติรับรองคำประกาศ “Rio Political Declaration on Social Determinants of Health” และองค์การอนามัยโลกใช้แนวคิดนี้เป็นวาระพื้นฐานในการขับเคลื่อนงานในช่วงปี พ.ศ. 2557-2562 หลักการพื้นฐาน 3 ประการ ของแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ คือ



1) ความไม่เป็นธรรมทางการเมือง ซึ่งเป็นรากปัญหาที่ลึกสุดของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสิทธิ การเข้าถึงทรัพยากรสาธารณะ และการเลือกปฏิบัติ ดังนั้นจุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาจึงอยู่ที่การเพิ่มอำนาจให้ผู้เสียเปรียบที่สุด โดยภาคส่วนต่างๆ ของสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน

2) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งทางกาย จิต และพฤติกรรม คือ การปรากฏตัวของรากปัญหาทั้งที่อยู่ในโครงสร้างสังคมและระบบสุขภาพ

3) การแทรกแซงเพื่อลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพทำได้พร้อมกันในหลาย ประเด็นและหลายระดับ โดยการทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มอำนาจให้ผู้เสียเปรียบที่สุด เช่น การปรับปรุง สภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน การจัดการกับความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้าง ในการกระจายอำนาจ เงิน และทรัพยากร การติดตามประเมินผลกระทบจากการแก้ปัญหา พัฒนา กำลังคนที่เข้าใจแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และทำให้สาธารณชนตระหนักถึงความสำคัญของ แนวคิดนี้ ดังแสดงในภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

ที่มา: จารุภา วัชสี (2559)

จากกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ แสดงให้เห็นปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง กับสิ่งที่ปรากฏเป็นเงื่อนไขในชีวิต คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคล ซึ่งรวมกันเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้าง ที่ส่งผ่านสื่อกลาง ที่เรียกว่า ปัจจัยส่งผ่านทางสุขภาพ 2 ประการ คือ 1) ยุทธศาสตร์การพัฒนารวมทั้งระบบสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่เท่าเทียม และขาดการมีส่วนร่วม ที่ส่งผลให้ประชาชนเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และ 2) การที่คนเสียเปรียบมีความ



เพราะบางและอ่อนไหวต่อความเจ็บป่วยมากกว่าคนกลุ่มอื่นในสังคม จนทำให้เกิดเป็นอาการแสดงออกของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกายและสภาพแวดล้อมทางกายภาพทางจิตใจ และทางการแสดงออกถึงพฤติกรรมทางลบต่างๆ แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพได้กำหนดแนวทางการทำงานเพื่อแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งแสดงจุดเน้นที่การทำงานโดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เน้นการมีส่วนร่วมและเต็มอำนาจให้ประชาสังคมและชุมชน

จากการศึกษาประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเห็นว่ามียุทธศาสตร์การพัฒนาหลายรูปแบบและมีระดับขั้นของการพัฒนา ซึ่งในงานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยจะนำเอาแนวคิดการพัฒนาชุมชนรอบรู้สุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของตำบลยอดแก้ว โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการที่จะพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา การเข้าถึงบริการสุขภาพ การตัดสินใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.6 เครื่องมือในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การวัดความฉลาดทางสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรกๆ ขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสารและการศึกษาศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมาย ส่งผลให้ การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลอย่างที่ควร ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ขึ้น

เครื่องมือที่ใช้การวัดความฉลาดทางสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนา ไว้แล้วจากต่างประเทศและในประเทศที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1) เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) ได้แก่

1.1) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM (เรียกชื่อสั้นๆว่า เรลล์ม)

1.2) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Shortened Version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM (เรียกชื่อสั้นๆว่า เอส-เรลล์ม)

1.3) แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): Health Information Comprehension and Numeracy (เรียกชื่อสั้นๆว่า โท-ฟลล่า)



1.4) แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Short-Test of Functional Health Literacy in Adult (S-TOFHLA) (เรียกชื่อสั้นๆว่า เอส-โท-ฟล้า)

1.5) แบบทดสอบความจำคำศัพท์สำคัญ หรือ Wide Range Achievement Test (WRAT): Word Recognition (เรียกชื่อสั้นๆว่า แวร์ธ)

1.6) แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพพื้นฐาน การสื่อสาร และ วิจารณ์ญาณ หรือ Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL)

1.7) แบบประเมินระดับชาติเรื่องการรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL)

1.8) แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-Health Literacy Scales (eHEALS)

1.9) แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ภาษาสเปน ในการพูดสำหรับ กลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ The Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adult (SAHLSA)

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือที่มีรายงานว่าใช้ในการวัดความฉลาด ทางสุขภาพอีก ได้แก่ Set of Brief Screening Questions (SBSQ), Health Activities Literacy Scale (HALS), Rapid Estimate of Adults Literacy in Dentistry-30 (REALD-30), Literacy Assessment for Diabetes (LAD), Stieglitz Informal Reading Assessment for Diabetes (SIRAD), Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer Text (SIRACT), Medical Achievement Reading Test (MART), Comprehensive Adult Student Assessment System (CASAS), Newest Vital Sign (NVS), The Mini Mental State Examination: MMSE), Demographic Assessment of Health Literacy (DAHL)

2) เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Child & Teenage) ได้แก่

2.1) แบบทดสอบการจำคำศัพท์ทางการแพทย์ในกลุ่มวัยรุ่น หรือ REALM-Teen: Medical Word Recognition Test for Adolescents and Teens ประยุกต์จากแบบประเมินการ อ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ อย่างเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM)



2.2) แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชน หรือ TOFHLA for Teens: Health Information Comprehension and Numeracy for Teens ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA)

2.3) แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชน แบบสั้น หรือ STOFHLA: The Short Test of Functional Health Literacy ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่และพัฒนาให้เป็นแบบสั้น

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นและนำเสนอในรายงานการวิจัยต่างๆ ยังมีการนำออกมาเผยแพร่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณลักษณะด้านความจำการคำนวณตัวเลข การประเมินการรับสื่อ และเริ่มมีการใช้การจำแนกระดับของ ดอน นัทบิม มาพัฒนาเครื่องมือ ตัวอย่างของเครื่องมือที่มีใช้กันแพร่หลาย สรุปได้ว่า แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็วใน กลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy: REALM) พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (Davis et al. อ้างใน Mancuso J.P., 2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้สุขศึกษา และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วย จำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อประเมิน และปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ REALM ประกอบด้วยคำ จำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบ โดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวน พยางค์และความยากผู้ป่วยจะถูกขอให้อ่านคำทั้งหมดดังๆ โดยจะให้คะแนน ตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับการศึกษา ได้แก่ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ปีที่ 3 ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบนี้ประมาณ 3-5 นาที เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม คือ

- 1) อายุ 0-18 ปี (ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 3) ไม่สามารถ อ่านสื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ
- 2) อายุ 19-44 ปี (ประถมศึกษา ปีที่ 4-6) ใช้สื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำซึ่งไม่สามารถอ่านฉลากยาได้



3) อายุ 45-60 ปี (มัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถใช้สื่อสำหรับให้ ความรู้กับผู้ป่วย ได้บ้างไม่จำเป็นต้องใช้สื่อสำหรับผู้่านออก เขียนได้ ในระดับต่ำ

4) อายุ 61-66 ปี (สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถอ่านสื่อ สำหรับให้ความรู้ กับผู้ป่วยได้ (Mancuso J.P., 2009; Sudore R.L. et al, 2006)

แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ใน กลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM) แบบประเมินการ อ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่ แบบสั้น พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (Davis et al., 1993)

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาที

แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) พัฒนาโดยฮานสัน-ไดรเวอร์ (Hanson-Drivers, 1997 อ้างใน Mancuso J.M., 2009) แบบทดสอบนี้มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่ เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ หรือคำทาง การแพทย์

ลักษณะและวิธีการใช้

มีคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 42 คำ แบบทดสอบ ถูกออกแบบโดย คำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคนไม่สามารถอ่านเครื่องมือได้ได้แก่ คำที่ใช้ในทาง การแพทย์ หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัว อักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดา ในคำที่ไม่สามารถอ่านได้ ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 3-5 นาที

The Newest Vital Sign (NVS) วิสส์และคณะ (Weiss et al, 2005 อ้างใน Mancuso J.M.(2009) ได้สร้างเครื่องมือในการวัดความฉลาด ที่ชื่อว่า NVS

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมินซึ่งมาจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปล



ความหมายและการปฏิบัติตาม ข้อมูลที่ได้รับ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ต่ำ

แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) นำเสนอโดยปาร์คเกอร์และคณะ (Parker et.al., 1995) เพื่อใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวิธีที่มีตัวเลขโดยใช้ สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพ

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มที่ และส่วนการทดสอบด้านตัวเลข ประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบอ่านและทำความเข้าใจเป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจาก ตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบด้านตัวเลขมีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบประมาณ 22 นาที (Mancuso J.M., 2009)

แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบ สั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHLA) นำเสนอโดยบาเกอร์และคณะ (Baker et.al., 1999) โดยเป็นแบบทดสอบที่มีการวัดในด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล

ลักษณะและวิธีการใช้

ทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที รวมทั้งสิ้น 36 รายการ (Federman A.D. et al, 2009)

แบบสอบถามคัดกรองความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions (SBSQ) พัฒนาและเผยแพร่โดยชีวและคณะ (Chew O. L. et al, 2004) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ อาทิ การได้รับเอกสารนัดหมายที่อ่านและเข้าใจง่าย การได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านได้และเข้าใจง่าย วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) จำนวน 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่มีเลย ใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง



การประเมินระดับชาติเรื่องการรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) NAAL เป็นเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอ่านตารางรถโดยสารหรือหนังสือพิมพ์ บทบรรณาธิการ) รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม

ลักษณะและวิธีการใช้

จำนวนข้อคำถามทางด้านความฉลาดทางสุขภาพมีทั้งสิ้น 28 ข้อ จาก 152 ข้อ และกำหนดให้มีคะแนนตั้งแต่ 0-500 คะแนน

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นแบบประเมินความสามารถทักษะและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ที่อยู่ในหมู่บ้านในเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เพื่อให้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานในภาพรวมของหมู่บ้าน ซึ่งเครื่องมือชิ้นนี้ประกอบไปด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัด

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ลักษณะและวิธีการใช้

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับ อสม./ทีมพัฒนา หมู่บ้านดำเนินการ

2) สัมภาษณ์หรือให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลตามแบบประเมิน ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3) ตรวจสอบครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบประเมินหากไม่ครบถ้วนให้เก็บเพิ่ม สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความสอดคล้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้รูปแบบของแบบสอบถามชิ้นนี้



2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัย (Research) เป็นการค้นคว้าหาคำตอบอย่างมีระบบแบบแผน เชื่อถือได้ การปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแผนไปทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อยืนยันผล” ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ประการ คือ

เป็นการวิจัยเชิงอัตวิพากษ์ (Self-reflective Inquiry) คือ การมองสะท้อนภาพสถานการณ์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ ทำความเข้าใจในธรรมชาติของปัญหานั้นๆ ให้กระจ่าง เพื่อค้นหาวิธีการแก้ไข หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงให้ดีกว่าเดิม “เป็นการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองและทดลองปฏิบัติด้วยตนเองโดยกระบวนการวิจัย”

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

เป็นการวิจัยเพื่อหวังผลในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติในหน่วยงานนั้น ๆ โดยตรง ซึ่งมุ่งผลในการปฏิบัติอย่างแท้จริง เพื่อการพัฒนาตามแนวทางใดแนวทางหนึ่ง คือการปรับวิธีการเดิมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผลที่คาดหวังจากการวิจัยเช่นนี้จะไม่ใช่การพัฒนาความรู้เชิงวิชาการแต่เป็นการได้ความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ใช้ได้จริงสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

การวิจัยชนิดนี้เป็นการศึกษาที่มีการทดสอบวิธีการปฏิบัติจริงในสถานที่จริงและทำการวิเคราะห์ผลของการปฏิบัตินั้นๆ โดยผู้วิจัยเอง

2.7.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

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

2.7.2 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7.2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษาโดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น



2.7.2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) และการใช้การปรึกษาหารือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด

2.7.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุกๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย

2.7.2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมติฐานของแนวคิดนั้นผิดหรือถูก

2.7.2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคล (ครู/ผู้วิจัย) คนเดียวที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษารับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง

2.7.2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากการบันทึก (Records) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุงและได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผลในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้แนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเมื่อนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหการปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เรียนรู้และวิเคราะห์วิจารณ์จากผลที่ได้จากการปฏิบัติจะทำให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของระบบหน่วยงานได้จากลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเป็นการมุ่งหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการทำงานหรือพัฒนางานของโรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ด้วย

2.7.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

2.7.3.1 เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2.7.3.2 เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

2.7.3.3 ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติกรอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ



2.7.3.4 ใช้วงจรการปฏิบัติการ (Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2.7.4 กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนที่สำคัญๆ ในการดำเนินการดังนี้

2.7.4.1 การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ปัญหาเกี่ยวกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชาและสภาพแวดล้อม

2.7.4.2 เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัยเลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา สร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัยตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องปัญหานั้น

2.7.4.3 เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ

2.7.4.4 บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และเป็นอุปสรรคตามวงจรการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

2.7.4.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจในความถูกต้อง แสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูล

2.7.4.6 ตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มผู้วิจัย ได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบ ที่เป็นสาเหตุและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลผลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติ หรือเสนอเชิง



ทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมาน และ ความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

2.7.5 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการกระบวนการวิจัยนี้ เมื่อกล่าวในเชิงนำไปใช้เพื่อ พัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานในโรงเรียน มีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

2.7.5.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกัน ระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการแก้ไขตลอดจนการแยกแยะ รายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใครแนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้อง ปฏิบัติอย่างไร ซึ่งจะขอแนะนำในการเลือกหัวข้อการวิจัยในขั้นสุดท้ายที่ควรคำนึงถึง ดังต่อไปนี้

- 1) หัวข้อนั้นสำคัญต่อผู้วิจัยอย่างไร
- 2) หัวข้อนั้นสำคัญต่อโรงเรียนและนักเรียนอย่างไร
- 3) มีใครช่วยได้บ้าง
- 4) ข้อจำกัดที่จะค้นพบทั้งในแง่ของการปฏิบัติและงบประมาณ
- 5) ความสามารถของผู้วิจัยในการดำเนินงานการวิจัย

เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วในขั้นนี้อาจจะต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่นหรือ ผู้ช่วยวิจัยเพื่อกำหนดหัวข้อที่จะดำเนินงานวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้นปรึกษาหารือว่าจะใช้เครื่องมืออะไร เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร ใช้สถิติแบบใดบ้าง จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

2.7.5.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผน ที่วางไว้มาดำเนินการในขั้นนี้ผู้วิจัยจะต้องพบปัญหาในการวิจัยมากมาย ต้องทำการวิเคราะห์วิจารณ์ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ดังนั้น แผนที่กำหนดไว้ควร จะมีความยืดหยุ่นปรับได้เปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมโดยกำหนดให้เกิดความสมดุลกับการ ปฏิบัติจริง

2.7.5.3 ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งสังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (Action of Process) และผลของการ ปฏิบัติการ (Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวังโดย อาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมพิจารณา ข้อดีข้อเสียของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อบรรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดดังมีรายละเอียด ดังนี้



1) การบันทึกสนาม (Field Note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็นโดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือการแปลความหมาย การบันทึกลักษณะนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

2) การสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นการทำให้ได้คำถามที่ยืดหยุ่นมากกว่าการรวบรวมแบบสอบถาม การสัมภาษณ์สามารถดำเนินการได้ 3 ลักษณะ คือ

2.1) แบบไม่ได้วางแผน (Un Planed) เป็นการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการของคู่สนทนา

2.2) แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง (Planed But-unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจที่จะพูด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่นประกอบเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนตรงประเด็น

2.3) แบบมีโครงสร้าง (Structured) การสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถามที่เตรียมการไว้แล้ว

3) การใช้สังคมมิติ (Social Metric Method) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คำถามว่าเขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับใครแล้วนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ว่าใครเป็นผู้นิยมของกลุ่มหรือใครถูกเพื่อนเพิกเฉย

4) แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สามารถใช้ได้ทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด เลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลที่สำคัญผู้วิจัยจะต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและครอบคลุม

5) การใช้แบบสำรวจรายการ (Checklist) เพื่อให้การบันทึกพฤติกรรมมีความเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยอาจสร้างรายการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายแล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยกา / หรือ X หน้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไปตามรายการที่มีอยู่

6) การบันทึกเสียง (Tape Recording) เป็นวิธีที่สะดวกและง่าย ข้อดี คือ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด แต่ข้อด้อย คือ ไม่สามารถบันทึกกิจกรรมที่แสดงท่าทาง

7) การใช้วีดิทัศน์ (Video Tape Recorder) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอน บันทึกได้ทั้งภาพและเสียงสามารถเห็นพฤติกรรมได้ทั้งหมด หรือเลือกบันทึกรายการประเด็นที่สนใจมีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง

8) การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางด้านสมอง

2.7.5.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุม



ต่างๆ ว่า สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมของโรงเรียนหรือกิจกรรมที่กำลังศึกษาและของระบบการศึกษาที่ประกอบกันอยู่ โดยผ่านกระบวนการถกอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2.7.5.5 สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเริ่มต้นโดยครู นักเรียน หรือนักศึกษา แล้วปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาขึ้นโดยรับฟังความคิดเห็น ข้อติเตียนผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ คือ ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร หรือสังคมภายนอก บันทึกผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทุกๆ ขั้นที่สำคัญ นั่นคือ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียนหรือหน่วยงานและกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องแก้ไข บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.7.5.6 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษานั้น



2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของกระบวนการพัฒนาชุมชนและการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ โดยแยกออกได้ ดังนี้

2.8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านกระบวนการพัฒนาชุมชนและการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่

รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2550) ได้ศึกษา โครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาเครือข่ายการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วม กิจกรรมแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ชุมชน และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 2 อบรมแกนนำชุมชนร่วมวางแผนป้องกันโรคด้วยกระบวนการ AIC และการประเมินผลกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้การประชาสัมพันธ์ การเสนอตัวแบบการสาธิตการรณรงค์ การให้รางวัล การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การประกวดสื่อพื้นบ้าน ผลการวิจัยพบว่า คณะแกนนำความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

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

ภาควุฒิ สรรพวุธ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบร่วมกับการให้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงบ้านดอนเชียงตำบลดุมพุก อำเภอคำเียนแก้ว จังหวัดยโสธร พบว่า ผลสำเร็จจากการดำเนินงานตามโปรแกรมครั้ง



นี้มีปัจจัยที่สำคัญคือ การประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบในพื้นที่ ที่เป็นตัวอย่างที่ดีร่วมกับการกระตุ้นเตือน โดยการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านที่เข้าใจง่ายและคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้

วิชญ์ หยกจินดา (2557) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกร่าง ตำบลทับไทร อำเภอง่วงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกร่าง ตำบลทับไทร อำเภอง่วงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี และเพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกร่าง ตำบลทับไทร อำเภอง่วงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 322 คน ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกร่าง ตำบลทับไทร อำเภอง่วงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีส่วนร่วมในระดับมาก

สาริณี สีทะโน (2559) ได้ทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโนนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 36 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ จำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่า มีกระบวนการดำเนินงานทั้งหมด 8 ขั้นตอน ภายหลังจัดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ เกิดจากการร่วมมือของชุมชน มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผู้นำชุมชนหรือแกนนำเป็นแรงหนุนในการดำเนินงาน

2.8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านความรู้ด้านสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ได้ทำการศึกษการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ โดยพบว่า การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 6 ประเด็น และสามารถสรุปได้ คือ การสร้างเสริมสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพ เป็นวิธีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้น หากประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้ที่นำมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มสามารถด้านทานหรือจัดการควบคุม อิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุก็จะมีภูมิ ด้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อ สุขภาพของตนเอง และพึงพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง



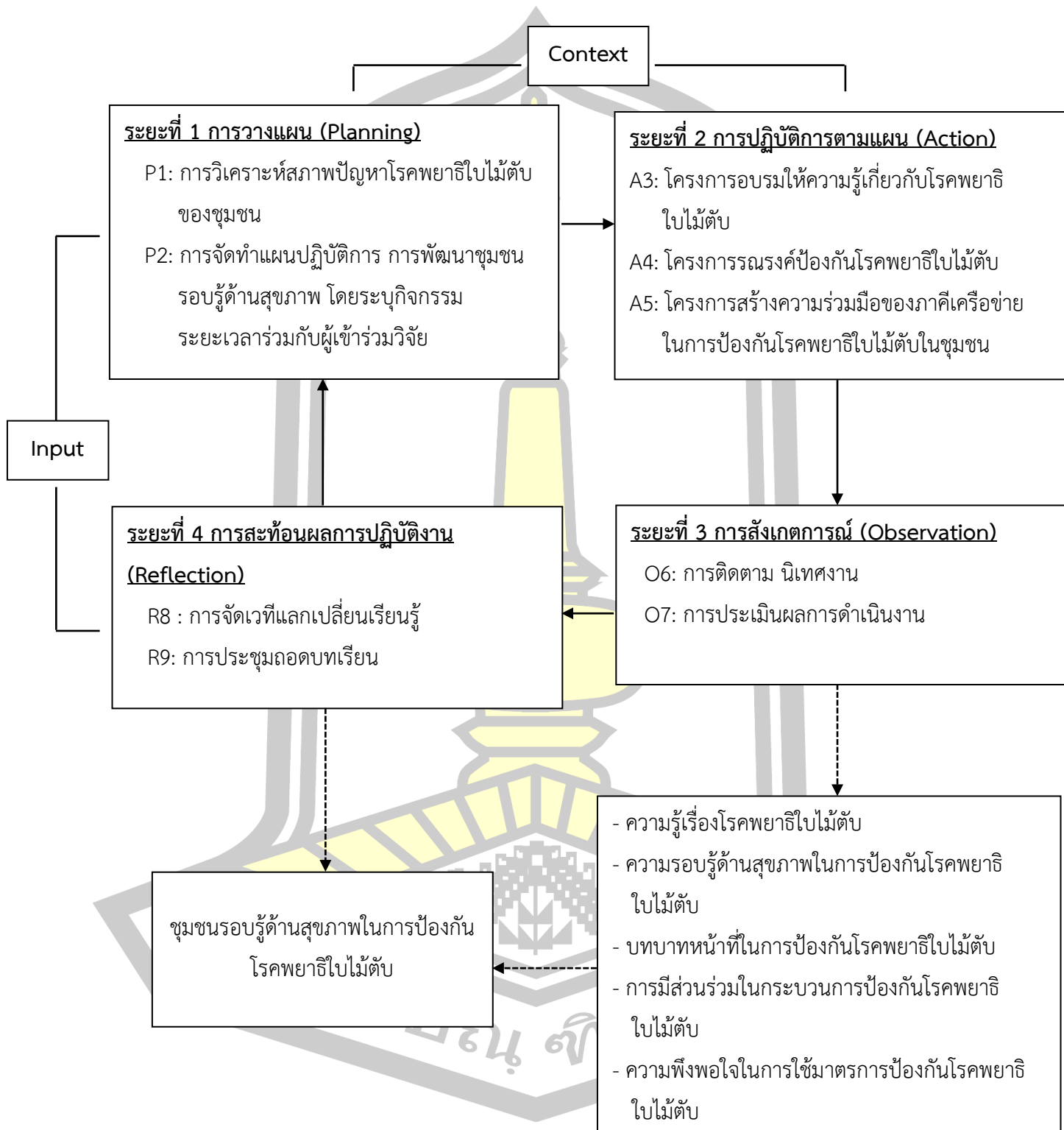
สุภาพ พุทธปัญญา (2559) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกิด ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนัก ของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกิดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 94.74 สรุปผลการวิจัย การสร้างความฉลาดทางสุขภาพ การใช้สื่อ โซเชียลมีเดีย ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของบุคลากร ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตรขึ้นไป

จริยา นพเคราะห์ (2560) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.54$)

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การที่จะให้ ประชาชนในชุมชนปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น ประชาชนต้องมีความรู้ มีการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรค และรวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรค ซึ่งในการที่ ประชาชนมีความรู้และเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน และทำให้ ประชาชนและชุมชนปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ



2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบในการศึกษาและออกแบบเครื่องมือในการวิจัย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

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

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อนำไปปฏิบัติในกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.2.1 ประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านประชากร ตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ



กลุ่มที่ 1 ผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ปี 2559 ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีประชากรที่ศึกษา จำนวน 271 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา, 2559) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ประชากรที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับ ในปี 2559

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	จำนวน (คน)
หมู่ที่ 1 บ้านยอดแกง	20
หมู่ที่ 2 บ้านยอดแกง	15
หมู่ที่ 3 บ้านแห่	28
หมู่ที่ 4 บ้านพัฒนาอนามัย	14
หมู่ที่ 5 บ้านหนองโนนสูง	0
หมู่ที่ 6 บ้านหนองหญ้าปล้อง	0
หมู่ที่ 7 บ้านโนนศรีสวัสดิ์	24
หมู่ที่ 8 บ้านโนนสำราญ	0
หมู่ที่ 9 บ้านโนนศรีเจริญ	8
หมู่ที่ 10 บ้านห้วยแกง	65
หมู่ที่ 11 บ้านศรีพัฒนา	34
หมู่ที่ 12 บ้านประชาพัฒนา	37
หมู่ที่ 13 บ้านหนองโพนพัฒนา	0
หมู่ที่ 14 บ้านศรีสุข	0
หมู่ที่ 15 บ้านประสานสามัคคี	10
หมู่ที่ 16 บ้านจิตรประชา	16
หมู่ที่ 17 บ้านหนองโพนสูง	0
หมู่ที่ 18 บ้านสระวังทอง	0
รวม	271

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ปี 2559

กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน 166 คน ดังแสดงในตาราง 3



ตาราง 3 ประชากรที่ศึกษาในการวิจัย กลุ่มผู้นำชุมชน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	จำนวน (คน)
1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง จำนวน 1 คน	1
2. นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน	1
3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 แห่งๆ ละ 4 คน	8
4. ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง/ผู้แทนสถานศึกษา จำนวน 4 แห่งๆ ละ 1 คน	4
5. กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา จำนวน 4 แห่งๆ ละ 2 คน	8
6. พระภิกษุ จำนวน 9 วัดๆ ละ 4 รูป	36
7. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	18
8. ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	18
9. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	54
- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 18 หมู่บ้านๆละ 1คน	18
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ	18
จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านควบคุมโรค	18
จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	
10. ประธาน/ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	18
รวม	166

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ประธานกลุ่มแม่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ครู กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา จำนวน 263 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ขนาดตัวอย่างของกลุ่มเป้าหมายผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับด้วยวิธีการตรวจแบบ Kato's thick smear จำนวน 130 คน ได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการประเมินค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Best. 1997 : 174; Daniel. 1995 : 19; อ้างถึงใน สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัถยพรต. 2553:122)



$$\text{จากสูตร } n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ ผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ จำนวน 271 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวป้องกันการเกิดพยาธิใบไม้ดับ
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 ดังนั้น $P = 0.29$ (สุภกนก หันทุยง, 2558 ศึกษาผล
ของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิ
ใบไม้ดับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนอง
สังข์ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า การปฏิบัติตนในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.91)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{(271) (1.96^2) (0.29) (1 - 0.29)}{(271 - 1) (0.05^2) + (1.96^2) (0.29) (1 - 0.29)} \\ n &= \frac{(271) (3.84) (0.29) (0.71)}{(270) (0.0025) + (3.84) (0.29) (0.71)} \\ n &= \frac{214.27}{1.65} \\ n &= 129.69 \text{ หรือเท่ากับ } 130 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชาชนผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับที่ต้องการศึกษาครั้งนี้
เท่ากับ 130 คน และนำไปทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังแสดงในตาราง 4



ตาราง 4 กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ ในปี 2559

หมู่บ้าน	จำนวนที่ตรวจพบ (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
หมู่ที่ 1 บ้านยอดแกง	20	10
หมู่ที่ 2 บ้านยอดแกง	15	7
หมู่ที่ 3 บ้านแห่	28	13
หมู่ที่ 4 บ้านพัฒนาอนามัย	14	7
หมู่ที่ 5 บ้านหนองโนนสูง	0	0
หมู่ที่ 6 บ้านหนองหญ้าปล้อง	0	0
หมู่ที่ 7 บ้านโนนศรีสวัสดิ์	24	11
หมู่ที่ 8 บ้านโนนสำราญ	0	0
หมู่ที่ 9 บ้านโนนศรีเจริญ	8	4
หมู่ที่ 10 บ้านห้วยแกง	65	31
หมู่ที่ 11 บ้านศรีพัฒนา	34	16
หมู่ที่ 12 บ้านประชาพัฒนา	37	18
หมู่ที่ 13 บ้านหนองโพนพัฒนา	0	0
หมู่ที่ 14 บ้านศรีสุข	0	0
หมู่ที่ 15 บ้านประสานสามัคคี	10	5
หมู่ที่ 16 บ้านจิตรประชา	16	8
หมู่ที่ 17 บ้านหนองโพนสูง	0	0
หมู่ที่ 18 บ้านสระวังทอง	0	0
รวม	271	130

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้นำชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักเกณฑ์การคัดตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภออนามัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา พระอธิการ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประธาน/ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร จำนวน 133 คน ดังนี้ ดังแสดงในตาราง 5



เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
- 2) สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการศึกษา
- 3) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

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

ตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มผู้นำชุมชน

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา	ประชากร (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง จำนวน 1 คน	1	1
2. นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานที่สาธารณสุข อำเภอนามน	1	1
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค จำนวน 2 แห่งๆ ละ 1 คน	8	2
4. ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง/ผู้แทนสถานศึกษา จำนวน 4 แห่งๆ ละ 1 คน	4	4
5. กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา จำนวน 4 แห่งๆ ละ 2 คน	8	8
6. พระภิกษุ จำนวน 9 วัดๆ ละ 1 รูป	36	9
7. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	18	18
8. ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน	18	18



ตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มผู้นำชุมชน (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา	ประชากร (คน)	ขนาดตัวอย่าง (คน)
9. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	54	54
- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	18	18
จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน		
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ	18	18
ด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน		
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ	18	18
ด้านควบคุมโรค จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน		
10. ประธาน/ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร	18	18
จำนวน 18 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน		
รวม	166	133

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ กระบวนการในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) คือ แบบสอบถาม โดยปรับปรุงและดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน (กองสุขศึกษา, 2554)

แบบสอบถามกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทหน้าที่ในชุมชน ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ หรือไม่ และท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด สุกๆ ดิบๆ หรือปลาร้าต้มไม่สุก



หรืออาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบ สุกๆ ดิบๆ หรือไม่ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยให้เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ชนิดคำตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติ คือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย ชนิดคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดหรือคาดว่าจะปฏิบัติเพียงข้อเดียว จำนวน 5 ข้อ โดยแบ่งออกได้ ดังนี้

3.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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

3.2 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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



3.3 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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

3.4 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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

3.5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย ชนิดคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด หรือคาดว่าจะปฏิบัติเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 4 บทบาทในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีบทบาทหน้าที่คือ มาก ปานกลาง และน้อย

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



ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการมีส่วนร่วมคือ มาก ปานกลาง
และน้อย

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

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการมีส่วนร่วมคือ มาก ปานกลาง
และน้อย

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

3.3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารต่างๆ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
พัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารต่างๆ มาสร้าง
แบบสอบถามทั้งหมด 2 ชุด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้น เพื่อให้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์มี
ความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือ ดังนี้

3.3.3.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของ
ภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อคำถาม ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 3 ท่าน มีรายชื่อดังต่อไปนี้



- | | |
|--------------------------|---|
| 1) นายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาถ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองสูงศรี |
| 2) นายสุพจน์ แสงบาล | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ |
| 3) ดร.ชลธิรา ชุ่มมณี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ |

จากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา พบว่า มีค่าความตรงของเนื้อหา IOC: Index of Item Objective Congruence เท่ากับ 0.81

3.3.3.2 การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถาม ทั้ง 2 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลหนองแวง อำเภอสว่าง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย เนื่องจากมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกันและมีประชากรที่เคยได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)

โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดนี้ เท่ากับ 0.869

- 1) บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.764
- 2) ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.775
- 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.913
- 4) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.972
- 5) ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.925



3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นเตรียมความพร้อม

P1: การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ในประเด็น การดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม และลักษณะทางประชากร และคืนข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้รับรู้ สถานการณ์ปัญหาร่วมกัน และเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test)

ขั้นสรุปผลการวางแผน

P2: การจัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยระบุกิจกรรม ขั้นตอน ระยะเวลา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) รณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน 3) รณรงค์แจกแผ่นพับตามบ้าน ติดป้ายประกาศรณรงค์ ลด ละ เลิก ไม่กินปลาดิบ 4) ประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน 5) ประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

A3: โครงการการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการจัดกิจกรรม ได้แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง โดยเนื้อหาและวิธีการจัดอบรม ได้ใช้สื่อหนังสือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และสื่อโปสเตอร์

A4: โครงการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม 1) การรณรงค์ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้นำเนื้อหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมาประยุกต์ใช้เข้ากับเพลง และนำมาแจกให้กับผู้นำชุมชนเปิดผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน 2) การรณรงค์แจกแผ่นพับตามบ้าน และติดป้ายประกาศรณรงค์ ลด ละ เลิก ไม่กินปลาดิบ โดยร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการร่วมกันรณรงค์และให้ความรู้ และหลังจากให้ความรู้เสร็จสิ้น ได้มอบสติ๊กเกอร์รณรงค์และโปสเตอร์ให้กับชุมชน

A5: โครงการสร้างความร่วมมือของระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม 1) สร้างความร่วมมือของระดับภาคี ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน โดยมีการจัดประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ครูในสถานศึกษา ผู้นำชุมชน พร้อมด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน ซึ่งได้มีการประชุมเพื่อจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อป้องกันโรคในโรงเรียน และ 2) การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การประกาศใช้มาตรการป้องกัน



โรคได้จัดขึ้นในการประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน โดยได้รับเกียรติจากสาธารณสุขอำเภอนามน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง เป็นประธานและร่วมในการประกาศมาตรการครั้งนี้

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

O6: การติดตาม นิเทศงาน โดยการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากการดำเนินงาน สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทของพื้นที่

O7: การประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 4) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 5) ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

R8: การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการจัดประชุมผู้เข้าร่วมวิจัย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นถึงการดำเนินงานที่ผ่านมา

R9: การประชุมถอดบทเรียน โดยจัดประชุมถอดบทเรียน และกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของการดำเนินงาน ถึงปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประกอบด้วยแบบสอบถาม กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 6 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทางประชากร บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้



3.5.1.1 ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์

2) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยให้ทราบ กระบวนการ

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปยังนายกองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลหนองแวง อำเภอสหัสขันธ์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย (Try Out)

3.5.1.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้วิธีการทดสอบความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ รายบุคคล ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยแบบทดสอบแบบเลือกตอบ (Check List) 2 ตัวเลือก (ใช่ และ ไม่ใช่) จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติ คือ จำนวน 20 ข้อ (20 นาที) และ ทดสอบแบบเลือกตอบ (Check List) 4 ตัวเลือก (ก ข ค และ ง) จำนวน 5 ข้อ 5 นาที)

3) บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ประเมินบทบาทหน้าที่ของผู้เข้าร่วมวิจัย ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) คือ ประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ (10 นาที)

4) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนารายบุคคล ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการมีส่วนร่วม คือ ประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)

5) ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ประเมินความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมรายบุคคล ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีความพึงพอใจ คือ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 20 ข้อ (20 นาที)



3.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือการพัฒนา ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกกิจกรรม ได้แก่

3.5.2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อหา Situation Analysis โดยใช้แบบบันทึกตามประเด็น ได้แก่ สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการเกิดพยาธิใบไม้ตับ และแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3.5.2.2 การประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดกิจกรรมและแผนการดำเนินงาน

3.5.2.3 การสรุปถอดบทเรียน กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกสรุปผลการถอดบทเรียน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย สามารถการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

แบบสอบถามกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นทั้งหมด 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทหน้าที่ในชุมชน ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ หรือไม่ และท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด สุกๆดิบๆ หรือปลาร้าต้มไม่สุก หรือ อาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบ สุกๆ ดิบๆ หรือไม่ โดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย ชนิดคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค และ ง โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบในคำตอบที่ถูกต้องที่สุด เพียง 1 คำตอบ

ตอบถูก หมายถึง ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด หมายถึง ได้คะแนน 0 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นทักษะที่ 1 ซึ่งผลรวมของคะแนนทั้งหมดมีค่าความถี่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยอ้างอิงตามหลักการ



Learning for Mastery ของ (ชูชัย อรรถวิสัย. 2556:35 อ้างอิงมาจาก Bloom. 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

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

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติกิจกรรม คือ ประจําบางครั้ง และ ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

คำถามเชิงบวก 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17 และข้อ 19 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจํา	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่อง 7 วันต่อสัปดาห์ หรือ ปฏิบัติทุกวัน ให้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่อง 3 – 6 วันต่อสัปดาห์ ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 18 และข้อ 20 ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจํา	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่อง 7 วันต่อสัปดาห์ หรือ ปฏิบัติทุกวัน ให้คะแนน 1 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติต่อเนื่อง 3 – 6 วันต่อสัปดาห์ ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 3 คะแนน



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

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

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

3.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติ คือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้



$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$

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

3.2 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$



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

3.3 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง เป็น 3 ระดับขั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

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

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



3.4 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการปฏิบัติคือ ประจํา บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

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

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ เป็น 3 ระดับขั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977: 14) ดังนี้

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

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

3.5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยชนิดคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด หรือคาดว่าจะปฏิบัติเพียงข้อเดียว

ตอบถูก	หมายถึง	ได้คะแนน 1 คะแนน
ตอบผิด	หมายถึง	ได้คะแนน 0 คะแนน



การแปลผลความหมายคะแนนระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นทักษะที่ 6 ซึ่งผลรวมของคะแนนทั้งหมดมีค่าความถี่ระหว่าง 0-5 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการตัดสินใจ	เกณฑ์การให้คะแนน	
ระดับการตัดสินใจมาก	หมายถึง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (4 - 5 คะแนน)
ระดับการตัดสินใจปานกลาง	หมายถึง	ร้อยละ 60-79 (2 - 3 คะแนน)
ระดับการตัดสินใจน้อย	หมายถึง	น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 บทบาทในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีบทบาทหน้าที่คือ มาก ปานกลาง และน้อยผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบเท่านั้น ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การแปลผลความหมายคะแนนระดับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 3 ระดับขึ้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

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

ระดับบทบาทหน้าที่	เกณฑ์การให้คะแนน	
ระดับบทบาทมาก	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับบทบาทปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับบทบาทน้อย	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66



ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีการมีส่วนร่วมคือ มาก ปานกลาง
และน้อย ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบเท่านั้น ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การแปลผลความหมายคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ตับ เป็น 3 ระดับขึ้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977:14) ดังนี้

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

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

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีความพึงพอใจ คือ มาก ปานกลาง
และ น้อย



มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก
ให้คะแนน 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง
ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย
ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับ เป็น 3 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best
(1977:14) ดังนี้

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

ระดับความพึงพอใจ	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 045/2561



เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561 โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การวิจัยเชิงปฏิบัติการจริยธรรมถือเป็นสิ่งที่นักวิจัยคำนึงถึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยจะต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้ร่วมโครงการในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

3.9.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3.9.2 กระบวนการการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกาย และจิตใจต่อกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมการวิจัยหากไม่พร้อมหรือไม่สนใจ

3.9.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดประชุม/ผู้ดำเนินการประชุมจะไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.9.4 จะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.9.5 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

3.9.6 ถ้าหากจะต้องมีการบันทึกเทป การบันทึกภาพ หรือการจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.9.7 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วยกระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์และประเมินกิจกรรม (Observation) และการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflection) โดยดำเนินการพัฒนาใน 1 วงรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ และแบบสัมภาษณ์แกนนำคณะกรรมการดำเนินการพัฒนา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก และคัดออก ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแก่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่ง/ผู้แทนสถานศึกษา กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา พระภิกษุ .กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ประธาน/ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร และประชาชนผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 263 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล



4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

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

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนของกิจกรรมแล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) บริบทของพื้นที่
- 2) บริบทของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) ลักษณะทางประชากร
- 4) สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 5) บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 วางแผน (Planning)
- ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)
- ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)
- ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)



ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงานของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 4) ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประชุมถอดบทเรียน

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะในการวิจัย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้
- 2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 บริบทของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

4.3.1.1 บริบทของพื้นที่

ชุมชนตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นเขตการปกครองของอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งอยู่เขตรอบนอกเทศบาลตำบลนามน อยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดกาฬสินธุ์ ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ประมาณ 33 กิโลเมตร มีพื้นที่โดยประมาณ 60.27 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 37,668.75 ไร่ สภาพภูมิประเทศ มีภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ราบสูง แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 18 หมู่บ้าน โดยมีหมู่ที่ 1-18 สภาพดินเป็นดินร่วนปนทราย มีลำห้วยแก่งไหลผ่าน 1 สาย เหมาะสำหรับทำการเกษตร, เลี้ยงสัตว์, และปลูกไม้ยืนต้น จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 2,529 ครัวเรือน ประชากรทั้งสิ้น 8,040 คน เป็นเพศชาย 3,965 คน และเพศหญิง 4,075 คน โดยประชาชนส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ได้แก่ โค-กระบือ สุกร เป็ด และไก่ มีหน่วยธุรกิจในเขตตำบลยอดแกง ได้แก่ ปั๊มน้ำมันขนาดใหญ่ 2 แห่ง, ปั๊มน้ำมันขนาดเล็ก 12 แห่ง, โรงงานอุตสาหกรรม 1 แห่ง, โรงสี (ขนาดเล็ก) 10 แห่ง, ร้านค้าชุมชน 6 แห่ง, ร้านซ่อมเครื่องยนต์ 15 แห่ง และโรงผลิตปุ๋ยหมักชีวภาพ 1 แห่ง มีสถานศึกษา 4 แห่ง โดยเป็นโรงเรียน



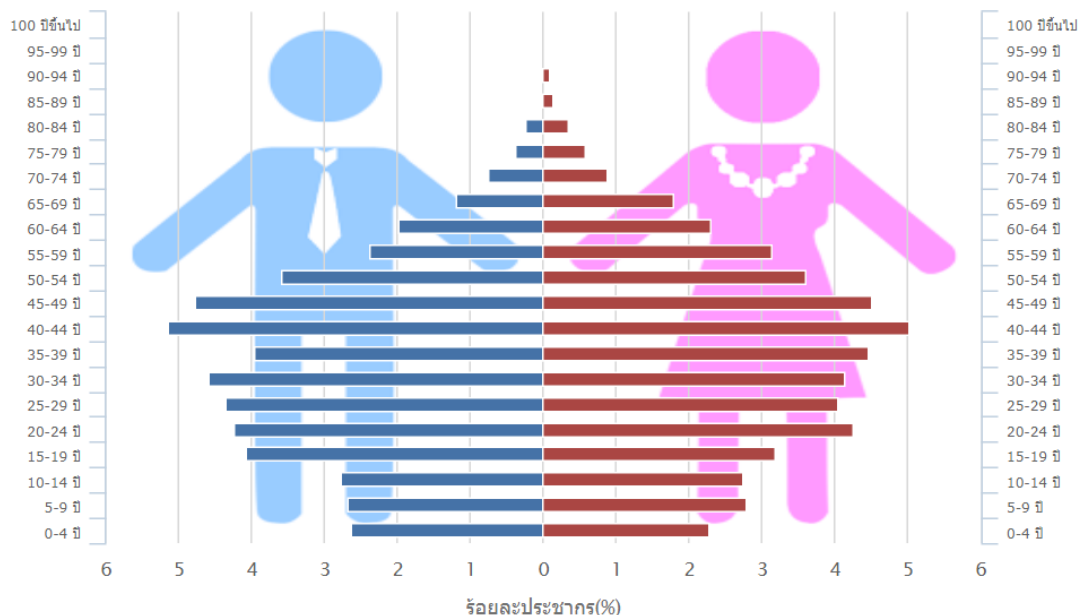
ประถมศึกษา 2 แห่งและโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา 2 แห่ง ศูนย์เรียนชุมชน 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง และศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 1 แห่ง มีวัดหรือสำนักสงฆ์ 9 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีหนองน้ำ 12 แห่ง ลำห้วยหรือลำน้ำ 3 แห่ง ฝาย 8 แห่ง สระน้ำ 52 แห่ง บ่อน้ำตื้น 45 แห่ง และประปาหมู่บ้าน 22 แห่ง จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น พบว่า ชุมชนตำบลยอดแกงเป็นพื้นที่ที่ติดกับลำห้วยแกง ประชาชนนิยมหาปลาจากลำห้วยแห่งนี้มาประกอบอาหาร ซึ่งจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์นั้นส่วนใหญ่ประชาชนนิยมบริโภคปลาดิบเนื่องจากมีแหล่งที่ใกล้กับชุมชน รวมถึงยังมีร้านขายปลาสด ปลาดิบ หรือปลาดิบอยู่เป็นจำนวน 4 ร้าน อาจสรุปได้ว่าบริบทพื้นที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุดในปีดังกล่าว ดังแสดงในภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ลำห้วยแกง

จากการวิเคราะห์ปีระมิตประชากร ปี 2559 พบว่า ประชากรเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-44 ปี จำนวน 414 คน รองลงมาคือ ช่วงอายุ 45-49 ปี จำนวน 384 คน และประชากรเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-44 ปี จำนวน 405 คน รองลงมาคือ ช่วงอายุ 45-49 ปี จำนวน 364 คน ดังแสดงในภาพประกอบ 10





ภาพประกอบ 10 ปีระมิตประชากร ตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (2561)

4.3.1.2 การดำเนินการป้องกันการบริโภคอาหารไม่ดับในชุมชน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารในชุมชนตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ยังมีประชาชนในชุมชนที่ยังรับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารที่ทำจากปลาดิบ เนื่องจากว่าเป็นอาหารที่เคยรับประทานมาตั้งแต่สมัยก่อน และบางครั้งเป็นการรับประทานเพื่อการเข้าสังคม เช่น ในงานเลี้ยง งานบุญ หรืออาหารที่เครือญาติทำให้รับประทาน จึงทำให้ไม่สามารถเลิกกิน หรือปฏิเสธที่จะไม่กินได้ จึงทำให้ปัจจุบันยังพบเห็นประชาชนในพื้นที่ยังมีการรับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จากสถานการณ์การตรวจเฝ้าระวังเพื่อคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ประจำปี 2559-2560 พบว่า มีประชาชนติดพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 271 คน และในปี 2560 พบว่า ประชาชนติดพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 431 คน ดังแสดงในตาราง 6



ตาราง 6 ผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับชุมชนตำบลยอดแกง ประจำปี พ.ศ. 2559-2560

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	พ.ศ. 2559			พ.ศ. 2560		
		จำนวน	จำนวนที่	ร้อยละ	จำนวน	จำนวนที่	ร้อยละ
		ที่ตรวจ	ตรวจพบ		ที่ตรวจ	ตรวจพบ	
1	บ้านยอดแกง	61	20	32.79	80	42	52.50
2	บ้านยอดแกง	30	15	50.00	53	24	45.28
3	บ้านแห่	40	28	70.00	71	38	53.52
4	บ้านพัฒนาอนามัย	63	14	22.22	173	64	36.99
5	บ้านหนองโนนสูง	0	0	0	0	0	0
6	บ้านหนองหญ้าปล้อง	0	0	0	10	3	30.00
7	บ้านโนนศรีสวัสดิ์	104	24	23.07	0	0	0
8	บ้านโนนสำราญ	0	0	0	0	0	0
9	บ้านโนนศรีเจริญ	37	8	21.62	51	18	35.29
10	บ้านห้วยแกง	119	65	54.62	144	60	41.67
11	บ้านศรีพัฒนา	161	34	21.12	112	39	34.82
12	บ้านประชาพัฒนา	129	37	28.68	129	49	37.98
13	บ้านหนองโพพัฒนา	0	0	0	0	0	0
14	บ้านศรีสุข	0	0	0	10	1	10.00
15	บ้านประสานสามัคคี	41	10	24.39	53	17	32.08
16	บ้านจิตรประชา	21	16	76.19	39	27	69.23
17	บ้านหนองโพสูง	0	0	0	0	0	0
18	บ้านสระวังทอง	0	0	0	10	2	20.00
รวม		806	271	33.62	935	384	41.07

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ (2559-2560)



4.3.1.2 การดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ชุมชนตำบลยอดแกง มีการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน โดยในแต่ละปี ทางองค์การบริหารส่วนตำบล ได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา และมอบแนวทางการดำเนินงาน แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยดำเนินการแก้ไขปัญหในพื้นที่ โดยเริ่มจากการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ทำการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) จากนั้นทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ (อุจจาระ) เพื่อนำมาตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ เมื่อตรวจพบผู้ป่วยที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับ ก็จะทำการแจกยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นการรักษาเบื้องต้นแก่ประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิ หลังจากนั้นได้ส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ที่โรงพยาบาลชุมชน จากนั้นก็ทำการคืนข้อมูลให้กับประชาชนในชุมชน ให้ทราบถึงผลการตรวจโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี และให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2559 ชุมชนตำบลยอดแกงได้มีการรณรงค์ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยมีการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย โรงเรียน ชุมชน ในการจัดกิจกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรค โดยใช้กิจกรรมวันสำคัญ เช่น วัน อสม. แห่งชาติ หรือกิจกรรมชุมนุมในโรงเรียน เพื่อกระตุ้นให้เด็กและประชาชนห่างไกลจากการกินปลาดิบ และห่างไกลจากโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป ดังแสดงในภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



ผลจากการดำเนินงานข้างต้น แม้จะมีการให้ความรู้หรือรณรงค์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ตับในชุมชน แต่สถิติการตรวจพบไข่พยาธิยังคงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น อีกทั้งจากการรวบรวม
ข้อมูลและสัมภาษณ์ พบว่า ชุมชนยังขาดความตระหนัก และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้
ตับในชุมชนตำบลยอดแกง ภายในปี 2564

4.3.1.3 ลักษณะทางประชากร

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.84
ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 46-57 ปี ร้อยละ 56.92 สถานภาพคู่ ร้อยละ 78.24 ระดับการศึกษาส่วน
ใหญ่ คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.20 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.35 ประชาชน
ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 49.43 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 72.62 ดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ร้อยละ 70.99 และเคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด สุกๆดิบๆ หรือ
ปลาร้าดิบ หรืออาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 78.33 ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 263)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	39.16
หญิง	160	60.84
อายุ (ปี)		
22 – 33 ปี	16	6.32
34 – 45 ปี	50	19.76
46 – 57 ปี	144	56.92
58 – 69 ปี	43	17.00
Mean = 49.00 SD = 8.651 Min = 22 Max = 66 Median = 3.00		
สถานภาพ		
โสด	29	11.07
คู่	205	78.24
หม้าย	21	8.02
แยกกันอยู่	5	1.91
หย่าร้าง	2	0.76



ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 263)
(ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	1.15
ระดับประถมศึกษา	142	54.20
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	28	10.69
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	57	21.76
ประกาศนียบัตร	12	4.58
ปริญญาตรี	18	6.87
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.76
อาชีพ		
ว่างงาน	33	12.74
เกษตรกร	133	51.35
รับจ้าง	50	19.31
ธุรกิจส่วนตัว	19	7.34
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	15	5.79
พระสงฆ์	9	3.47
บทบาทหน้าที่ในชุมชน		
นายก อบต. / ผู้แทน	1	0.38
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน	18	6.84
ผู้อำนวยการโรงเรียน / ผู้แทนสถานศึกษา	4	1.52
ผู้รับผิดชอบงาน ระดับสาธารณสุขอำเภอ	1	0.38
ผอ.รพ.สต. / ผู้แทน	2	0.76
เจ้าอาวาส / ผู้แทนเจ้าอาวาส	9	3.42
กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา	8	3.04
ประธานกลุ่มแม่บ้าน / ผู้แทน	18	6.84
อสม. (ประธาน อสม. /อสม.ป้องกันโรค /อสม. ส่งเสริมสุขภาพ)	54	20.53
ปราชญ์ชาวบ้าน	18	6.84
ประชาชนผู้ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับ	130	49.43



ตาราง 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 263)
(ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่านเคยสูบบุหรี่ หรือไม่		
เคย	72	27.38
ไม่เคย	191	72.62
ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ หรือไม่		
เคย	186	70.99
ไม่เคย	76	29.01
ท่านเคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด สุกๆ ดิบๆ หรือปลาดิบ หรืออาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบ สุกๆ ดิบๆ หรือไม่		
เคย	206	78.33
ไม่เคย	57	21.67

4.3.2 กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนาามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (Planning)

1) ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการวิจัยได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการวิจัย โดยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงพื้นที่เพื่อสื่อสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 263 คน พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา และได้ทำการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) เพื่อนำมาวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา

2) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลยอดแกง ร่วมกับคณะกรรมการ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 126 คน โดยทำการคืนข้อมูลจากการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการพัฒนา และผลการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ปี 2559-2560 เพื่อกำหนดกรอบและแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกัน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งจัดวันในการประชุมสนทนากลุ่มให้แก่คณะกรรมการและประชาชน



ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมกระบวนการบางท่านเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังแสดงในภาพประกอบ 12

ถึงแม้ว่าจะทราบว่าการกินปลาดิบ ปลาจืดดิบ ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับแต่เนื่องจากว่าในบางครั้งไปเยี่ยมญาติพี่น้องแล้วเวลาดำส้มตำแล้วใส่ปลาจืดดิบเราก็ต้องกิน ก้อยปลาเวลาที่กินกับลูกกับหลานในช่วงเทศกาลมันก็หลีกเลี่ยงไม่ได้

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1, 2561: สัมภาษณ์)

ก็อยากกิน เห็นเขากินก็อยากกินก็คิดว่ากินได้ เพราะกินมาตั้งแต่รุ่นพ่อแม่บอกกินเลยมันไม่เป็นอะไรหรอกก็เลยกิน ก็เลยได้กินกับพ่อกับแม่

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2, 2561 : สัมภาษณ์)

พ่อแม่พาาก็เลยกินมา เพราะว่าเคยกินมาตั้งแต่สมัยก่อน มีอะไรก็กินอันนั้น แต่ทุกวันนี้ก็ห่างๆไม่ค่อยได้กินเท่าไร

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3, 2561: สัมภาษณ์)



ภาพประกอบ 12 การร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่

ผลจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า ในปี 2559 มีประชาชนในชุมชนติดพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 271 คน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ ทำไร่ โดยชุมชนแห่งนี้มีลำห้วยไหลผ่าน ซึ่งจากการสนทนากลุ่มมีผู้เข้าร่วมประชุมได้กล่าวว่า “ในการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาเคยได้มีการใช้รถณรงค์ มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน และมีการประชาสัมพันธ์



ในแต่ละหมู่บ้าน และเคยมีการขบร้องสร้งญะในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน” ในด้านของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารยังคงมีความเชื่อว่าเห็นคนอื่นรับประทานตนเองก็สามารถรับประทานได้เช่นกัน หรือบางคนเคยรับประทานมาตั้งแต่สมัยเด็กจึงทำให้ยังมีการรับประทานมาจนถึงปัจจุบัน จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าปัญหาที่พบคือ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ยังไม่มีการดำเนินงานอย่างทั่วถึง เนื่องจากการดำเนินงานจะแบ่งหน้าที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแต่ละหมู่บ้านได้ดำเนินการป้องกันโรคที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงไม่ครบทุกพื้นที่ และจากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการจัดประชุมทำแผนปฏิบัติการขึ้น

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลยอดแกลง เนื่องจากพื้นที่ชุมชนตำบลยอดแกลงมีทั้งหมด 18 หมู่บ้าน ซึ่งจากการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมการจัดทำแผนในครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวันประชุมจัดทำแผนร่วมกับเครือข่ายทั้งหมด 3 ครั้ง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 จัดขึ้นในวันที่ 18 มกราคม 2561 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ประกอบด้วย บ้านยอดแกลงหมู่ 1, 2 และหมู่ 10 บ้านพัฒนาอนามัย บ้านหนองโนนสูง บ้านศรีพัฒนา และบ้านหนองหญ้าปล้อง มีจำนวนผู้เข้าร่วมจัดทำแผนทั้งหมด 31 คน ดังแสดงในภาพประกอบ 13



ภาพประกอบ 13 การประชุมจัดทำแผนครั้งที่ 1 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา

ผลจากการจัดประชุมครั้งที่ 1 พบว่า จากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้นนั้น ประชาชนยังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากปัจจัยหลายด้านที่ทำให้ยังคงรับประทาน เช่น ความเชื่อที่เคยรับประทานมาตั้งแต่เด็ก ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกว่าต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีประเด็นในการขับเคลื่อนโครงการนี้ คือ



1) ประเด็นด้านความรู้ ควรมีการพัฒนาความรู้ และปรับทัศนคติในการบริโภคอาหารให้แก่ประชาชนในชุมชน

2) ประเด็นการสร้างความรู้ความตระหนักให้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3) ประเด็นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

จากประเด็นดังกล่าว จึงได้มีการจัดประชุมครั้งที่ 2 เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ครั้งที่ 2 จัดขึ้นในวันที่ 20 มกราคม 2561 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ ประกอบด้วย บ้านแห่ บ้านโนนศรีสวัสดิ์ บ้านโนนสำราญ บ้านโนนศรีเจริญ และบ้านประชาพัฒนา พบว่า จากประเด็นในการจัดประชุมครั้งที่ 1 ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงปัญหา และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีผู้เสนอโครงการที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกลง ดังแสดงในภาพประกอบ 14



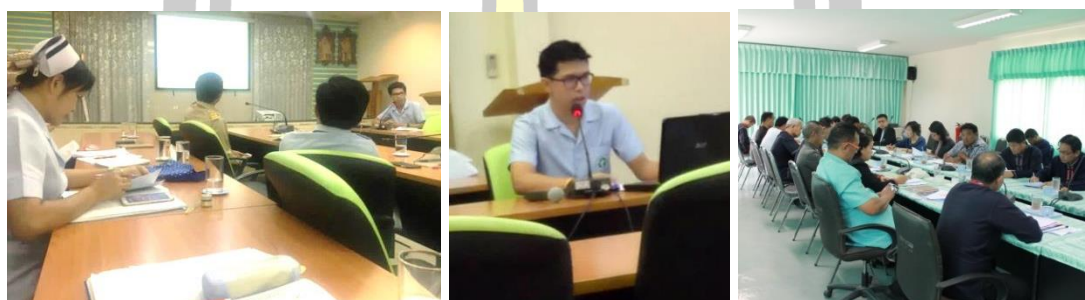
ภาพประกอบ 14 การประชุมจัดทำแผนครั้งที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์

ผลที่ได้จากการนำประเด็นที่เป็นปัญหามาร่วมประชุมหาแนวทางร่วมกัน ทำให้ได้แผนปฏิบัติการ จำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรในการบรรยาย เพื่อสร้างแกนนำในการขยายความรู้ลงสู่ชุมชนในอนาคตอย่างเป็นรูปธรรม และ 2) โครงการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเชิงรุก โดยเน้นการดำเนินงานที่ลงสู่พื้นที่อย่างจริงจัง และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา โดยเสนอให้มีการจัดทำสื่อในการรณรงค์แต่ละหมู่บ้าน ที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น การใช้เพลงรณรงค์โดยนำเพลงที่กำลังเป็นกระแสในปัจจุบันมาแต่งเนื้อร้องใหม่ที่สอดคล้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



ซึ่งในชุมชนตำบลยอดแกงยังไม่มีสื่อประเภทนี้อาจจะทำให้เกิดความตื่นตัวและน่าสนใจ รวมถึงกิจกรรมเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้ โดยอาศัยแกนนำในหมู่บ้าน และ 3) โครงการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ผลที่ได้จากการประชุมจัดทำแผนครั้งที่ 2 พบว่า เสียงสะท้อนจากผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขโดยควรเน้นการแก้ไข และจำเป็นต้องมีการนโยบายหรือมาตรการชุมชนในการป้องกันอย่างจริงจัง จึงได้มีการกำหนด โครงการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังแสดงในภาพประกอบ 15



ภาพประกอบ 15 การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการแผนการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานในชั้นวางแผน ได้มีการจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยร่วมกับคณะกรรมการประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นนำปัญหาที่ได้มีจัดลำดับปัญหา และจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รู้ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนและนำปัญหาที่ได้มีจัดลำดับความสำคัญเพื่อทำการแก้ไข ซึ่งขั้นตอนนี้เรียกว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในชุมชน (Situation Analysis: S)

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยร่วมกันกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 โครงการ 5 กิจกรรม รายละเอียดดังนี้

1) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

1.1) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบถึง สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา โดยใช้การบรรยาย ซึ่งผู้บรรยาย คือ นายทักษณีย์ พัสดุ นักวิชาการสาธารณสุข



ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนวมินทร อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งบรรยายในหัวข้อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อหนังสือที่มีชื่อว่า “แซ่บคัก” ที่ทางมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้จัดทำขึ้น โดยมีชื่อว่าเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น

2) โครงการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

2.1) กิจกรรมการเปิดเพลงรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้นำเนื้อหาของโรคพยาธิใบไม้ตับมาประยุกต์กับทำนองเพลง “ผู้สาวขาละ ” เพื่อให้เพลงนี้เกิดความสนุกและได้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จากนั้นได้มอบหมายให้ผู้นำชุมชนทำหน้าที่ในการเปิดสื่อบทเพลงในการประชาสัมพันธ์ก่อนที่จะมีการประกาศข่าวของหมู่บ้าน

2.2) กิจกรรมการแจกสื่อแผ่นพับ และป้ายประกาศ โดยกิจกรรมนี้ จะมีการออกณรงค์ให้ความรู้ตามบ้านเรือน โดยจะขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการลงพื้นที่และให้ความรู้ด้วยวิธี “ปากต่อปาก” คือ การที่มีแกนนำทางด้านสุขภาพลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเป็นการพูดให้ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ และการป้องกันตนเองจากโรค จากนั้นได้แจกสติ๊กเกอร์และโปสเตอร์ ที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

3) โครงการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

3.1) กิจกรรมประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อจัดทำหลักสูตรการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน กิจกรรมนี้จะดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานสถานศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับให้นักเรียน โดยมอบหมายให้ทางหน่วยงานสถานศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

3.2) กิจกรรมการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งกิจกรรมนี้จะเป็นการดำเนินงานในการร่วมประชาคมเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน จากนั้นก็นำมาตรการที่ได้มาเข้าที่ประชุมเพื่อร่วมประกาศเป็นมาตรการทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

จากขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงานทำให้การดำเนินงานครั้งนี้ ประกอบไปด้วย โครงการทั้งหมด 3 โครงการ 5 กิจกรรม โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

A1: โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนตำบลยอดแกง ผู้วิจัยได้ทำการจัดอบรมให้ความรู้ออกเป็น 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้แก่ประชาชนที่อยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ โดยมีผู้เข้าร่วมการอบรม จำนวน 44 คน ประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 24 คน และผู้ที่เคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 คน พบว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีความเข้าใจวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรค ดังแสดงในภาพประกอบ 16



ภาพประกอบ 16 การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการแผนการดำเนินงาน

ผลจากการดำเนินงานในครั้งที่ 1 พบว่า ประชาชนผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการพัฒนาความรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ และยังได้มีการปรับทัศนคติ โดยการทำให้เห็นถึงข้อเสียในการรับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ และได้แสดงภาพให้เห็นถึงการป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย และข้อดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 จัดอบรมให้แก่ประชาชนที่อยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา โดยมีผู้เข้าร่วมการอบรมจำนวน 75 คน ประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 10 คน ครู 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน และผู้ที่เคยตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 33 คน โดยเนื้อหาและวิธีการจัดอบรมให้ความรู้ ผู้วิจัยได้จัดหาสื่อหนังสือที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่มีชื่อเรื่องว่า “แซ่บคัก” ซึ่งเป็นหนังสือที่ทางมหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีจัดทำขึ้น และสื่อแอนิเมชันในเรื่องพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนได้รับ



รู้ถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบที่เกิดจากการกินปลาดิบ และแนวทางการป้องกันรักษาโรค จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยการบรรยาย ผ่านทางวีดิทัศน์ประกอบการสอน พร้อมทั้งฉายภาพถ่ายของพยาธิใบไม้ตับ ที่มีการแทรกตัวของก้อนมะเร็ง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้ซักถาม เพื่อให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปสื่อสารต่อให้แก่ผู้อื่น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้ความรู้แก่นักเรียน โดยให้ความรู้ในเรื่องวงจรการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ โดยผ่านการใช้สื่อแอนิเมชันโดยมีการตอบปัญหาเพื่อแจกของรางวัล ดังแสดงในภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ แก่ประชาชน และนักเรียน

ผลจากการดำเนินงานในครั้งที่ 2 พบว่า ประชาชนผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีความรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น และมีการปรับทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และนำความรู้ในครั้งนี้ไปปรับใช้การดูแลสุขภาพของตนเอง และเป็นเริ่มต้นการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน

สรุปได้ว่า ผลจากการจัดกิจกรรมโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งสาเหตุ อาการ และดูแลรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จะเห็นได้ว่า กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมให้ความรู้และปรับทัศนคติให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้ เรียกว่า การพัฒนาความรู้เพื่อการป้องกันโรค (Knowledge: K)

2) โครงการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเปิดเพลงรณรงค์ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ทำการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำสื่อบทเพลงเพื่อใช้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทำนอง



เพลง “ผู้สาวชาเถาะ ” โดยจะทำการบันทึกบทเพลงลงแผ่นดีวีดี เพลงไม่กินปลาดิบ จำนวน 18 แผ่น แจกทั้ง 18 หมู่บ้าน โดยให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบในการนำมาเผยแพร่ให้กับประชาชนในชุมชนของตน โดยใช้เปิดทุกวันและเปิดก่อนที่จะมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารในหมู่บ้าน เพื่อเป็นการให้ประชาชนได้เกิดการรับรู้และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการบอกต่อหรือใช้ในการปฏิบัติตนได้ โดยมีเนื้อร้อง

“มาเด้อมาฟังทางนี้ เรื่องราวดีๆ มากมาย
เรื่องราวพยาธิใบไม้ เป็นอันตรายต่อพี่น้องบ้านเฮา
สาเหตุมะเร็งท่อน้ำดี มันฆ่าชีวิตของเฮาทุกคนคู่
อยากให้อู๊ สาเหตุ อาการ ทางรักษา ว่ามันเป็นจั่งใด

* เกิดจากการติดเชื้อพยาธิโอวี ท่อน้ำดีคือที่อยู่อาศัย
โดยเกิดจากการกิน ปลาขาว ตะเพียน หอยไซ
ปลาร้าอีกนั้นเิง กินเข้าไปคงอันตราย

** พวกเฮาชุมชนตำบลยอดแกง หล้าคำแพงทั้งหลาย
พวกเฮาหญิงชาย เขากินปลาดิบเถาะเนาะ
บ่ได้ชิมมาเพื่อทอดมัน แต่ว่าฉันทันนั้นแค่ขอ
ให้เลิกกินชาเถาะ เขากินसानะ
เขากินปลาดิบสา...

มาอู้อาการของโรคกันเถาะ ว่าเกิดแล้วมันสิเป็นจั่งใด
อึดท้อง แน่นท้อง รับรู้ได้ อ่อนเพลียหลายๆจนไปบ่เป็น
อาหารบ่ย่อย เจ็บใต้ชายโครงขวา นี่แหละหนาอาการที่เป็น
การรักษาเมื่อตรวจพบเห็นต้องกินยาถ่าย
(ซ้ำ **)

*** มาเด้อพวกเฮาชาวยอดแกง หล้าคำแพงทั้งหลาย
พวกเฮาหญิงชาย เขากินปลาดิบเถาะเนาะ
บ่ได้ชิมมาเพื่อทอดมัน แต่ว่าฉันทันนั้นแค่ขอ
ให้เลิกกินชาเถาะ เขากินसानะ



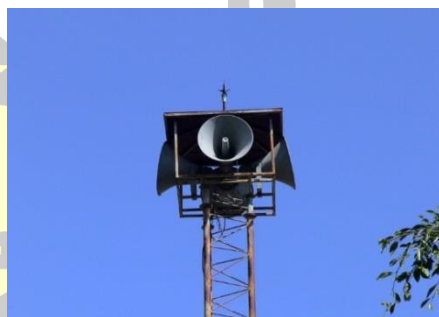
เขากินปลาดิบสา...

เขากินसानะะ สีเขาได้บ่น้อ”

โดยได้รับความร่วมมือจาก นางชั้นเงิน ไธสงวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 11 บ้านศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผลจากการจัดกิจกรรมนี้ พบว่า ประชาชนให้ความสนใจเป็นอย่างดี และเนื้อหาของบทเพลงสามารถสื่อความหมายที่ตรงประเด็นและง่ายต่อการสื่อสาร และผลจากการสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่ ดังแสดงในภาพประกอบ 18 ดังนี้

เนื้อเพลงก็ตื้นะคะ เพราะบอกถึงการเป็นไปของโรคนี้ว่าเป็นอย่างไร เป็นพยาธิอะไร อาการเป็นอย่างไร แล้วก็อย่างน้อยเนื้อหาของเพลงก็เข้าถึงชาวบ้านได้ เช่น เกิดจากการติดเชื้อพยาธิ OV กินปลาตะเพียน เขาก็จะรู้แล้วว่าเป็นมาอย่างไร และมันมีเนื้อหาของมะเร็งท่อน้ำดีด้วย

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4, 2561 : สัมภาษณ์)



ภาพประกอบ 18 การบันทึกเสียงเพื่อจัดทำสื่อรณรงค์เสียงตามสาย

ผลจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้เกิดบทเพลงที่สามารถนำมาให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุ อาการของโรค และแนวทางการป้องกัน รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ และทำให้ประชาชนในชุมชน มีความรู้ของโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากการให้ความรู้ผ่านบทเพลง ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน จึงทำให้ประชาชนได้รับความรู้ได้อย่างทั่วถึงและเข้าใจง่าย

กิจกรรมที่ 2 การออกณรงค์แจกแผ่นพับตามบ้าน และติดป้ายประกาศรณรงค์ลด ละ เลิก ไม่กินปลาดิบ โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 72 คน ในการที่จะร่วมรณรงค์แจกแผ่นพับให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งให้ความรู้โดยวิธีการ “ปากต่อปาก” โดยการสุมพื้นที่หลังคาเรือนในชุมชนในการให้ความรู้ นอกจากนี้ยังได้ร่วมกันติดป้ายความรู้ในสถานที่ต่างๆ ที่ประชาชนสามารถพบเห็นได้ง่าย เช่น ศาลา



กลางหมู่บ้าน ป้ายประชาสัมพันธ์หมู่บ้าน พร้อมทั้งจัดทำสติกเกอร์เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปติดบริเวณบ้านของตนเองได้ โดยเนื้อหาของป้ายเป็นข้อมูลความรู้ในการบริโภคที่ถูกต้อง เช่น สาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ แนวทางการรักษา และการบริโภคปลาให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมี 2 วิธีการ ได้แก่ วิธีที่ 1 คือ การปรุงอาหารให้สุกด้วยวิธีการต้ม นึ่ง ย่าง ทอด เป็นต้น หรือถ้าเป็นปลาร้าก็ให้ทำให้สุก หรือหมักปลาร้า อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ตับ และวิธีที่ 2 คือ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ต้องการที่จะบริโภคปลาแบบสุกๆ ดิบๆ วิธีการแนะนำคือ การนำปลาที่มีอยู่นั้นไปแช่ในช่องแช่แข็งในตู้เย็นด้วยอุณหภูมิ -15 องศาเซลเซียส เป็นเวลามากกว่า 5 วัน หรือแช่ในตู้แช่แข็งอุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส เป็นเวลามากกว่า 3 วัน ถึงจะสามารถบริโภคปลาแบบสุกๆ ดิบๆ ได้แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยก็แนะนำให้ประชาชนทานอาหารที่ปรุงสุกถึงจะปลอดภัยที่สุด และส่วนที่เป็นสติกเกอร์ ผู้วิจัยได้แจกให้ผู้นำชุมชนเพื่อแจกจ่ายให้ประชาชนหลังให้ความรู้รายครัวเรือน เพื่อเป็นการรณรงค์ตำบลยอดแกลงไม่กินปลาดิบ โดยติดไว้ในสถานที่ต่าง ๆ เช่น บ้านของประชาชน ร้านค้า สุขศาลาหมู่บ้าน เป็นต้น ดังแสดงในภาพประกอบ 19 และจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ดีเนื่องจากการรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนได้รู้ และเข้าใจ ถึงปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมก็ได้อยู่นะ เพราะเป็นการกระตุ้นชาวบ้านด้วย จะได้ระวังการอยู่การกินด้วย เพราะจะทำให้รู้ว่าตอนนี้กำลังมีการรณรงค์อยู่ เพราะตอนจะกินอาหารก็จะได้คิดออกว่า คุณหมอเขา มารณรงค์ไม่ให้กินปลาดิบ

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5, 2561: สัมภาษณ์)

ก็ได้อยู่นะ เพราะดีมีการแนะนำให้ความรู้แก่ชาวบ้าน และกิจกรรมนี้ก็เป็นการรณรงค์ให้ชาวบ้านไม่กินปลาดิบ

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6, 2561: สัมภาษณ์)

กิจกรรมถือว่าดี เพราะชาวบ้านจะได้รู้ได้เข้าใจ ชาวบ้านก็เข้าใจดี และกิจกรรมนี้ก็ควรที่จะมีต่อ เพราะจะได้มีความรู้ระดับไว้ทุกคน

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7, 2561: สัมภาษณ์)

ดีค่ะ ดีที่ว่าเรากระจายความรู้ให้พี่น้องในชุมชนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับว่าอันตรายที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นยังไง และแนะนำเด็กน้อยที่มาถามและแนะนำให้เลิกกินดิบ

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8, 2561: สัมภาษณ์)





ภาพประกอบ 19 การเดินให้ความรู้ แจกป้ายและสติ๊กเกอร์ณรงค์

ผลการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ประชาชนเกิดความให้ความสนใจและกลุ่มผู้นำที่ดำเนินการรณรงค์เองก็ให้การร่วมมือ เป็นอย่างดีในการช่วยรณรงค์ ให้ประชาชนในชุมชน ลด ละ เลิก การรับประทานอาหารที่ทำแบบสุกๆ ดิบๆ

จากการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเปิดเพลงรณรงค์ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมใหม่ที่เกิดจากการนำบทเพลงมาประยุกต์เข้ากับเนื้อหาความรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ในการสื่อสาร และกิจกรรมการออกรณรงค์แจกแผ่นพับตามบ้าน และติดป้ายประกาศรณรงค์ ลด ละ เลิก เป็นกิจกรรมที่นำสื่อข้อมูลข่าวสาร และนำเสนอสารสนเทศ ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับมาใช้ในการรณรงค์ ซึ่งเรียกว่า การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง (Information: I)

3) โครงการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การจัดประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน เพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และโรงเรียนในตำบล จำนวน 4 แห่ง ให้มีการจัดการเรียนรู้เสริมสร้างหลักสูตร พร้อมทั้งแผนการเรียนการสอนในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลอยดง จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้อำนวยการโรงเรียน ทั้ง 4 แห่งๆ ละ 1 คน รวมเป็น 4 คน ผู้นำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 18 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น โดยได้รับเกียรติจาก นายประสิทธิ์ สงกันหา สาธารณสุขอำเภอนามน ที่ได้ให้เกียรติมาเป็นประธานในพิธีเปิด และมอบป้ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสติ๊กเกอร์แก่ผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นได้รับเกียรติจาก นายยุทธพงษ์ ภามาศ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สังกัดสาธารณสุขอำเภอนามน



มาร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และผู้วิจัย ก็ร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ด้วย หลังจากให้ความรู้เสร็จสิ้น จึงได้มีการเริ่มประชุมในส่วนของการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย นำโดย นายอายุวัฒน์ สุระเสียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา เป็นผู้ดำเนินการประชุม โดยได้ชี้แจงถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน เพื่อให้ทราบบทบาทหน้าที่การดำเนินงานของตน ซึ่งจากผลการจัดกิจกรรมในครั้งนี้พบว่า ผู้นำชุมชนได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลยอดแกลง ดังแสดงในภาพประกอบ 20



ภาพประกอบ 20 การประชุมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันมีการกินอาหารแบบสุกๆดิบๆ ทางผู้นำชุมชนก็มีการประกาศร่วมกันรณรงค์ และในส่วนของการศึกษาเอง ก็จะมีการจัดการเรียนการสอนให้นักเรียนได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและวิธีการกินการอยู่ที่ถูกต้องและนำไปสู่ทุกๆสาระ เพื่อให้เด็กใช้ในชีวิตประจำวัน

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 9, 2561: สัมภาษณ์)

ในส่วนของเราภาคีเครือข่ายทั้งหมด ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองในฐานะผู้ส่งเสริมก็จะดำเนินการในเรื่องของงบประมาณ โดยอนาคตข้างหน้าอยากให้มีการให้ความรู้ปลูกฝังตั้งแต่เด็กในโรงเรียน แล้วมาสู่ชุมชน ครอบครัว เพื่อเป็นการรณรงค์ร่วมกัน ในการที่จะแก้ไขปัญหาอย่างเด็ดขาด ในการที่จะให้พี่น้องประชาชนปลอดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยความเคารพครับ

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 10, 2561: สัมภาษณ์)

ในปัจจุบันนี้ก็จะมีการสร้างองค์ความรู้ให้แก่พี่น้องประชาชน ให้กับชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในการที่จะพัฒนาชุมชนรอบรู้ในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้เกิดกระบวนการในการดำเนินการให้มีความยั่งยืนต่อระบบสุขภาพของตำบลยอดแกลงของเราครับ

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 11, 2561: สัมภาษณ์)



ผลจากการดำเนินงาน กิจกรรมการจัดประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่าย ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน พบว่า ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงาน สถานศึกษาที่ได้ขับเคลื่อนนโยบายในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับใน โรงเรียนไปปรับใช้ในโรงเรียนปลอดพยาธิใบไม้ตับ และได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่ได้เล็งเห็นถึงปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ และพร้อมที่จะสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดโรค ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ตำบลยอดแกลง จากการดำเนินงานในครั้งนี้

กิจกรรมที่ 2 การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ร่วมกำหนดมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกับชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนด มาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแบ่งการประชุมออกเป็น 2 พื้นที่ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จัดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ได้ทำการประชุมเพื่อร่วมกันคิดมาตรการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ และครั้งที่ 2 จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ โดยมีผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ประธานกลุ่มแม่บ้าน และผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 151 คน เป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ โดยจากการที่ได้ร่วม ประชุม ทำให้ได้มาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ให้ ร่วม เปลี่ยน ล้าง ทำ ถ่าย จากนั้นได้มีการจัดประชุมเพื่อประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีนายกองค์การ บริหารส่วนตำบลยอดแกลงเป็นประธาน พร้อมด้วย ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน เข้าร่วมในการประกาศใช้ มาตรการในครั้งนี้ ดังแสดงในภาพประกอบ 21



ภาพประกอบ 21 การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

มาตรการก็ได้อยู่นะ เพราะมีการปฏิบัติตามตามครัวเรือนต่างๆ ซึ่งมาตรการก็เหมาะสม การชุมชนเราดีคะ

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 12, 2561 : สัมภาษณ์)



มันก็ดีอยู่ ทำให้เกิดความสะอาดของสิ่งที่จะมาปรุงอาหาร พฤติกรรมก็มีการปรับเปลี่ยน การกินการอยู่ที่ดีขึ้น รวมๆก็เหมาะสมดี

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 13, 2561 : สัมภาษณ์)

พูดถึงเรื่องมาตรการมันก็ได้ดีค่ะ ก็ทำให้เกิดความสะอาดของภาชนะ แล้วก็มาตรการนี้ก็ดีที่เหมาะสมดี มีกิจกรรมแบบนี้ก็ดีค่ะ

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 14, 2561 : สัมภาษณ์)

เหมาะสมมากๆเลย เพราะว่าต้องใช้ให้เขาทำตามมาตรการที่เราตั้งไว้ เพราะมีการทำตามนะ คือ มีการพูดถึงมาตรการและมีคนทำตาม และเป็นสิ่งที่ดี

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 15, 2561 : สัมภาษณ์)

ผลจากการดำเนินงาน การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าจากการดำเนินงานการประชาสัมพันธ์ร่วมกับชุมชน เพื่อหามาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้เกิดมาตรการที่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันโรคได้ คือ มาตรการ “ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย” โดยมีการประกาศใช้มาตรการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เนื่องจากโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญของชุมชนตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมาก โดยโรคพยาธิใบไม้ตับนี้สามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ทางตำบลยอดแกง จึงได้ประกาศมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีมาตรการดังนี้

มาตรการข้อที่ 1 ให้ หมายถึง ให้ความรู้แก่คนในชุมชนหรือคนในครอบครัวในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน และให้ผู้ปกครองได้ให้ความรู้ในการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการก่อโรคพยาธิใบไม้ตับแก่บุตรหลาน รวมถึงญาติพี่น้อง

มาตรการข้อที่ 2 ร่วม หมายถึง ร่วมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยการให้ประชาชนในชุมชนร่วมรณรงค์ป้องกันโรคโดยการลด ละ เลิก การรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืด เกล็ดขาว แบบสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารประเภท ก้อยปลาดิบ ปลาปลาดิบ ปลาร้าดิบ เป็นต้น



มาตรการข้อที่ 3 เปลี่ยน หมายถึง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้มาบริโภคอาหารที่ปรุงสุก โดยการให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารจากการรับประทานแบบสุกๆ ดิบๆ มาเป็นรับประทานอาหารที่ปรุงสุก รวมถึงปลาร้าต้มสุก และอาหารที่ปลอดภัยพยาธิใบไม้ตับ

มาตรการข้อที่ 4 ล้าง หมายถึง ล้างผัก ล้างมือ ให้สะอาดก่อนการประกอบอาหาร หรือก่อนรับประทาน โดยการให้ประชาชนทำความสะอาดมือก่อนการรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหาร รวมถึงพืช ผักสด ควรทำความสะอาดก่อนรับประทาน

มาตรการข้อที่ 5 ทำ หมายถึง ทำความสะอาดภาชนะ เครื่องครัว เช่น มีด เขียง ทุกครั้งก่อนทำอาหาร ประชาชนควรทำความสะอาดภาชนะทุกครั้งก่อนนำมาใส่อาหาร รวมถึงอุปกรณ์ในการประกอบอาหาร เช่น มีด เขียง ควรทำความสะอาดให้เรียบร้อยก่อนนำมาประกอบอาหาร

มาตรการข้อที่ 6 ถ่าย หมายถึง ถ่ายอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะ ถ่ายในส้วม ที่มีดักซึม โดยกำหนดให้ประชาชนขับถ่ายของเสียให้ถูกสุขลักษณะ ถ่ายลงส้วมที่มีดักซึม ไม่ถ่ายลงสู่พื้นดิน หรือแหล่งน้ำ รวมถึงการกำจัดสิ่งปฏิกูล ควรกำจัดให้ถูกที่ และไม่เป็นการแพร่กระจายของโรคโดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดแก้ว และประชาชนตำบลยอดแก้ว ร่วมเป็นพยานในการประกาศ มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในครั้งนี้

ผลจากการประกาศการใช้มาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ เนื่องจากมาตรการดังกล่าว มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตำบลยอดแก้ว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ประชาชนเห็นชอบด้วยกับมาตรการดังกล่าว และสามารถปฏิบัติตามมาตรการเพื่อปรับพฤติกรรมของตนเองได้เป็นอย่างดี จากการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนจึงทำให้เกิด กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ หรือมาตรการ ที่เข้ามาช่วยเป็นแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ทำให้มีการนำเอาหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ไปใช้ในสถานศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ให้แก่นักเรียนเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดกฎเกณฑ์ ข้อบังคับ หรือมาตรการ ที่ประชาชนสามารถปฏิบัติตาม (Legal: L) เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน



ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1) การติดตาม นิเทศงาน

1.1) การติดตามเยี่ยมบ้าน ดำเนินการโดยผู้วิจัยได้ออกติดตามเยี่ยมบ้าน นิเทศงานในพื้นที่ หลังจากการดำเนินงาน โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านที่จะลงเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การติดตาม นิเทศงาน บ้านห้วยแกง หมู่ที่ 10 ซึ่งเป็นพื้นที่ติดแหล่งน้ำ ห้วยแกงมากที่สุด โดยได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน ในการร่วมลงพื้นที่ติดตาม นิเทศงาน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ดังภาพประกอบ 22



ภาพประกอบ 22 การติดตาม นิเทศงาน บ้านห้วยแกง หมู่ที่ 10

ผลจากการติดตาม นิเทศงานครั้งที่ 1 พบว่า ในการเปิดเพลง “ไม่กินปลาดิบ” ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้านได้รับความร่วมมือจากผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 10 บ้านห้วยแกง เป็นผู้เปิดเพลง 2 รอบ ใน 1 วัน คือ รอบเช้าเวลา 06.30 น. และรอบเย็นเวลา 17.00 น. จากการสัมภาษณ์พบว่า บทเพลงไม่กินปลาดิบมีเนื้อหาที่น่าสนใจและการดัดแปลงจากเพลงที่กำลังเป็นที่นิยมทุกเพศทุกวัย ทำให้มีความน่าสนใจและเนื้อเข้าใจง่าย และง่ายต่อการจดจำ

ครั้งที่ 2 การติดตาม นิเทศงาน หมู่ที่ 14 บ้านศรีสุข พบว่า ในบางครัวเรือนงดปรุงอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ และงดการรับประทานปลาดิบเนื่องจากรับรู้ความรุนแรงของโรคและได้รับการกระตุ้นจากการเปิดเสียงตามสายในหมู่บ้าน และการรณรงค์ของชุมชน รวมถึงสื่อแผ่นพับที่มีภาพความรุนแรงของโรค และภาพของพยาธิใบไม้ตับ ติดอยู่บริเวณครัว ซึ่งขณะประกอบอาหารจะมองเห็นสื่อนั้นๆ ทำให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรง และเกิดความกลัว ซึ่งประชาชนในหมู่บ้านศรีสุข ยังมีการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งในส่วนของครัวเรือน และชุมชน ดำเนินการโดยกลุ่มแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้เข้าร่วมอบรมความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และกิจกรรมเพลงรณรงค์ไม่กินปลาดิบ ทางผู้นำชุมชนได้มีการดำเนินการอยู่ โดยเปิดก่อนการประชาสัมพันธ์ข่าวสารในชุมชนทุกวัน เวลา 06.00 น. ดังแสดงในภาพประกอบ 23





ภาพประกอบ 23 การติดตาม นิเทศงาน บ้านศรีสุข หมู่ที่ 14

ผลจากการติดตาม นิเทศงานในครั้งที่ 2 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีในการบริโภคอาหาร เนื่องจากรับรู้ถึงความรุนแรง ผลกระทบที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มแกนนำมีความเข้มแข็งในการช่วยรณรงค์ พร้อมทั้งในการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเต็มที่ และยังพบว่าประชาชนส่วนมาก มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ (ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย) อย่างต่อเนื่อง

สรุป จากการติดตาม นิเทศงาน พบว่า ชุมชนมีการดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้สื่อบทเพลง “ไม่กินปลาดิบ” เปิดผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และสื่อโปสเตอร์ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานที่เข้มแข็งจากกลุ่มแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้การช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันโรค และสิ่งที่ยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ นั่นคือ มาตรการ ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย ที่เกิดจากการร่วมคิดของประชาชน

2) การประเมินผลหลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลหลังการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผลการประเมินก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้



ภาพประกอบ 24 การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม



ผลจากการดำเนินการ ติดตาม นิเทศงาน การสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน และการประเมินผลหลังการพัฒนา และจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากการดำเนินงานกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้เรียนรู้ถึงพื้นที่ที่เป็นอยู่ของชุมชน เรียนรู้พฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Learning: L) และการดำเนินงานป้องกันโรค ซึ่งพบว่า ประชาชนยังคงมีการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างสม่ำเสมอ และยังเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลหลังการพัฒนา (Post-test) เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 1 ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 46.39 รองลงมาคือ ระดับความรู้สูง ร้อยละ 46.01 และระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 7.60 (Mean = 14.98; SD = 2.31) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้หลังการพัฒนาอยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 60.08 รองลงมาคือ ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 28.14 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.79 (Mean = 15.31; SD = 3.36) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 1 ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง	121	46.01	158	60.08
ระดับความรู้ปานกลาง	122	46.39	74	28.14
ระดับความรู้ต่ำ	20	7.60	31	11.79
	Mean = 14.98 SD = 2.31		Mean = 15.31 SD = 3.36	

จากการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 15.31 ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 9



ตาราง 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับความรู้	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	263	14.98	2.31	0.33	0.18-0.84	262	-1.26	0.21
หลังพัฒนา	263	15.31	3.36					

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 55.51 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 41.44 และระดับการปฏิบัติน้อย ร้อยละ 3.04 (Mean = 2.22; SD = 0.29) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 50.19 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 47.91 และระดับการปฏิบัติน้อย ร้อยละ 1.90 (Mean = 2.30; SD = 0.29) ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนก
ตามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 263)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	109	41.44	132	50.19
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	146	55.51	126	47.91
ระดับการปฏิบัติน้อย	8	3.04	5	1.90
	Mean = 2.22 SD = 0.29		Mean = 2.30 SD = 0.29	

จากการเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 50.19 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 11



ตาราง 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับ ความรอบรู้	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	263	2.22	0.29	0.08	0.03-0.13	262	-2.97	0.003*
หลังพัฒนา	263	2.30	0.29					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมากและระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 45.25 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติน้อย ร้อยละ 9.51 (Mean = 2.27; SD = 0.50) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 58.17 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 33.08 และระดับการปฏิบัติน้อย ร้อยละ 8.75 (Mean = 2.39; SD = 0.48) ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (n = 263)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	119	45.25	153	58.17
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	119	45.25	87	33.08
ระดับการปฏิบัติน้อย	25	9.51	23	8.75
	Mean = 2.27 SD = 0.50		Mean = 2.39 SD = 0.48	

จากการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 58.17 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 13



ตาราง 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับ	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ความรอบรู้								
ก่อนพัฒนา	263	2.27	0.50	0.12	0.04-0.20	262	-2.84	0.005*
หลังพัฒนา	263	2.39	0.48					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมากและระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 46.95 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 41.22 และระดับการปฏิบัติน้อย 11.83 (Mean = 2.23; SD = 0.45) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 50.57 รองลงมาคือระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 40.68 และระดับการปฏิบัติน้อย ร้อยละ 8.75 (Mean = 2.30; SD = 0.46) ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ (n = 263)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	123	46.95	133	50.57
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	108	41.22	107	40.68
ระดับการปฏิบัติน้อย	31	11.83	23	8.75
	Mean = 2.23 SD = 0.45		Mean = 2.30 SD = 0.46	

จากการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 50.57 ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะ
ที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา
(n = 263)

ระดับ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	263	2.23	0.45	0.08	0.01-0.16	262	-1.84	0.07
หลังพัฒนา	263	2.30	0.46					

2.3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 52.85 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 41.83 และระดับการปฏิบัติน้อย 5.32 (Mean = 2.38; SD = 0.43) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 55.13 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 43.73 และระดับการปฏิบัติน้อย ร้อยละ 1.14 (Mean = 2.38; SD = 0.37) ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนก
ตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง (n = 263)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	139	52.85	145	55.13
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	110	41.83	115	43.73
ระดับการปฏิบัติน้อย	14	5.32	3	1.14
	Mean = 2.38 SD = 0.43		Mean = 2.38 SD = 0.37	



จากการเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 55.13 ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับ ความรู้	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	263	2.38	0.43	0.00	(-0.07)-(-0.07)	262	-0.08	0.93
หลังพัฒนา	263	2.38	0.37					

2.4 ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 77.39 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 12.26 และระดับการปฏิบัติน้อย 10.34 (Mean = 2.01; SD = 0.26) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 81.37 รองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 15.97 และระดับการปฏิบัติน้อย ร้อยละ 2.66 (Mean = 2.12; SD = 0.21) ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ (n = 263)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติมาก	32	12.26	42	15.97
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	202	77.39	214	81.37
ระดับการปฏิบัติน้อย	27	10.34	7	2.66
	Mean = 2.01 SD = 0.26		Mean = 2.12 SD = 0.21	



จากการเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 81.37 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับความรู้	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	263	2.01	2.06	0.11	0.07–0.15	260	-5.57	<0.001*
หลังพัฒนา	263	2.12	2.21					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการตัดสินใจปานกลาง ร้อยละ 54.41 รองลงมาคือระดับการตัดสินใจสูง ร้อยละ 33.72 และระดับระดับการตัดสินใจต่ำ 11.88 (Mean = 2.92; SD = 1.13) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับการตัดสินใจสูง ร้อยละ 73.38 รองลงมาคือ ระดับการตัดสินใจปานกลาง ร้อยละ 21.29 และระดับการตัดสินใจต่ำ ร้อยละ 5.32 (Mean = 3.90; SD = 1.18) ดังแสดงในตาราง 20



ตาราง 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 263)

ระดับความการตัดสินใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการตัดสินใจสูง	88	33.72	193	73.38
ระดับการตัดสินใจปานกลาง	142	54.41	56	21.29
ระดับการตัดสินใจต่ำ	31	11.88	14	5.32
	Mean = 2.92 SD = 1.13		Mean = 3.90 SD = 1.18	

จากการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการตัดสินใจปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการตัดสินใจมาก ร้อยละ 73.38 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับ	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	263	2.92	1.13	0.99	0.79-1.18	260	9.96	<0.001*
หลังพัฒนา	263	3.90	1.18					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) บทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการมีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการมีบทบาทหน้าที่มาก ร้อยละ 57.09 รองลงมาคือ ระดับการมีบทบาทหน้าที่ปานกลาง ร้อยละ 27.20 และระดับการมีบทบาทหน้าที่น้อย ร้อยละ 15.71 (Mean = 2.33; SD = 0.59) และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการมีบทบาทหน้าที่มาก



ร้อยละ 62.36 รองลงมาคือ ระดับการมีบทบาทหน้าที่ปานกลาง ร้อยละ 26.62 และระดับการมีบทบาทหน้าที่น้อย ร้อยละ 11.03 (Mean = 2.45; SD = 0.53) ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามระดับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับการมีบทบาทหน้าที่	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการมีบทบาทหน้าที่มาก	149	57.09	164	62.36
ระดับการมีบทบาทหน้าที่ปานกลาง	71	27.20	70	26.62
ระดับการมีบทบาทหน้าที่น้อย	41	15.71	29	11.03
	Mean = 2.33 SD = 0.59		Mean = 2.45 SD = 0.53	

จากการเปรียบเทียบระดับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทหน้าที่ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการมีบทบาทหน้าที่มาก และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการมีบทบาทหน้าที่มาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ค่าเฉลี่ย	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
บทบาทหน้าที่								
ก่อนพัฒนา	263	2.33	0.59					
หลังพัฒนา	263	2.45	0.53	0.12	0.02-0.21	262	-2.43	0.02*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 38.70 รองลงมาคือระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 37.55 และระดับการมีส่วนร่วมน้อย ร้อยละ 23.75 (Mean = 2.11; SD = 0.58) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วม



หลังการพัฒนาอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 56.27 รองลงมาคือ ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ 28.14 และระดับการมีส่วนร่วมน้อย ร้อยละ 15.59 (Mean = 2.34; SD = 0.55) ดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามด้านระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 263)

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	101	38.70	148	56.27
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	98	37.55	74	28.14
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	62	23.75	41	15.59
	Mean = 2.11 SD = 0.58		Mean = 2.34 SD = 0.55	

จากการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 56.27 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 25

ตาราง 25 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับการมีส่วนร่วม	n	Mean	SD	Mean Def.	95% CI	df	t	p-value
ก่อนพัฒนา	263	2.11	0.58					
หลังพัฒนา	263	2.34	0.55	0.23	0.13–0.33	260	4.59	<0.001*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 68.73 รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 28.96 และระดับความพึงพอใจน้อย



ร้อยละ 2.32 (Mean = 2.49; SD = 0.37) และภายหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า มีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนายู่ในระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 73.76 (Mean = 2.54; SD = 0.40) ดังแสดงในตาราง 26

ตาราง 26 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามด้านระดับความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (n = 263)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	178	68.73	194	73.76
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	75	28.96	64	24.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	6	2.32	5	1.90
	Mean = 2.49 SD = 0.37		Mean = 2.54 SD = 0.40	

จากการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจก่อนการพัฒนายู่ในระดับมาก และหลังการพัฒนายู่ในระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 73.76 ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 27

ตาราง 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับระดับ ความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 263)

ระดับ	n	Mean	SD	Mean	95% CI	df	t	p-value
ความพึงพอใจ				Def.				
ก่อนพัฒนา	263	2.49	0.37					
หลังพัฒนา	263	2.54	0.40	0.05	0.02-0.12	260	1.39	0.17

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ในขั้นตอนของการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประชุมถอดบทเรียน โดยมีรายละเอียด ดังนี้



1) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา โดยผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 64 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชน โดยมีประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ และประเด็นของมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในส่วนของประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้น เกิดจากการที่ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจึงทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น รวมถึงทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะด้านการตัดสินใจ ของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น แต่บางทักษะที่ไม่แตกต่างจากก่อนการพัฒนากระบวนการ ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร (ตาราง 14) ทักษะด้านการจัดการตนเอง (ตาราง 16) และการรู้เท่าทันสื่อ (ตาราง 18) เนื่องจากประชาชนมีการปฏิบัติตนในการสื่อสารให้ความรู้ และมีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้ผลที่ออกมาไม่มีความแตกต่างกัน

ในด้านของมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว เนื่องจากมาตรการที่ได้เน้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่ และเป็นมาตรการที่เกิดจากประชาชนและสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย จึงสามารถนำมาปฏิบัติและปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

2) การประชุมถอดบทเรียน

ผู้วิจัยได้จัดประชุมถอดบทเรียน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อร่วมวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทางเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป โดยผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียน จำนวน 64 ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชน

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของ



ชุมชน 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) กิจกรรมการณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านสื่อบทเพลง 4) การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6) การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

จากขั้นตอนกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำไปสู่การพัฒนาเพื่อทำให้เกิดเป็นรูปแบบ (Model) ในการพัฒนาชุมชนต่อไป โดยรูปแบบที่ได้ คือ SKILLS MODEL โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ชุมชน (Situation Analysis: S) หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ชุมชน โดยร่วมมือกันทั้งภาครัฐ และเอกชน หน่วยงานสถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และรวมถึงประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา และนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนการดำเนินงานป้องกัน โดยสอดคล้องกับขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน (Planning) ในขั้นที่ 1 คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน และขั้นที่ 2 คือ การจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

2) การพัฒนาความรู้ และความรอบรู้ให้แก่ประชาชน (Knowledge: K) หมายถึง กระบวนการการพัฒนาความรู้ และความรอบรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดทักษะความรอบรู้ทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้เกิดความรอบรู้และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติและสื่อสารต่อให้กับผู้อื่น โดยสอดคล้องกับขั้นตอนการปฏิบัติในขั้นที่ 1 คือ การให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และสอดแทรกในการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

3) การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (Information: I) หมายถึง กระบวนการนำข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องมาบอกต่อหรือเผยแพร่ข้อมูลต่อประชาชนในชุมชน โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือผ่านเสียงตามสาย โดยเกิดเป็นนวัตกรรมในการให้ความรู้และเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนของการปฏิบัติในขั้นของการณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้เสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และการออกณรงค์ให้ความรู้ตามบ้านเรือน โดยแกนนำด้านสุขภาพ และมอบสื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชน



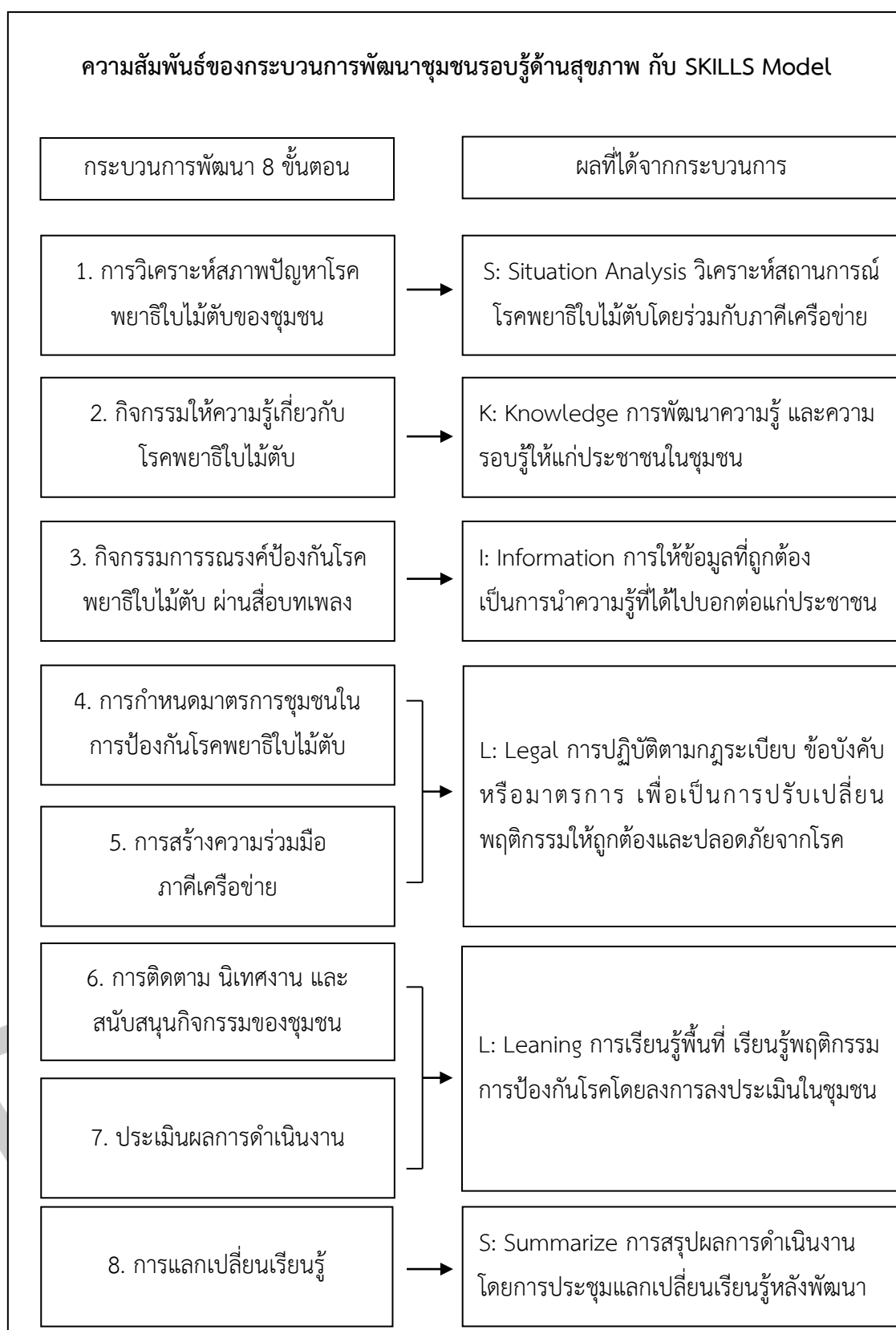
4) การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือมาตรการ (Legal: L) หมายถึง การปฏิบัติตามข้อบังคับ หรือมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง และให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับกิจกรรมในขั้นตอนของการปฏิบัติในเรื่องของการสร้างความร่วมมือกับภาคเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

5) การเรียนรู้ร่วมกันในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Learning: L) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้พื้นที่ เรียนรู้วิถีชีวิต เรียนรู้พฤติกรรมและการปฏิบัติตนหลังการดำเนินงานเป็นการลงพื้นที่ชุมชน ติดตาม นิเทศการดำเนินงาน พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน สอบถามและเก็บข้อมูลการดำเนินงาน และศึกษาผลของการดำเนินกิจกรรม เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนของการติดตาม นิเทศงาน สนับสนุน และประเมินผล โดยการลงพื้นที่ติดตามผลการดำเนินงาน

6) การสรุปผลการดำเนินงาน (Summarize: S) หมายถึง กระบวนการสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากการดำเนินงาน เพื่อสรุป และหาข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาสิ่งที่ทำให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในชุมชน ซึ่งสอดคล้องในขั้นการสะท้อนผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกัน

จากรูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า SKILLS Model สามารถนำมาใช้ในการขับเคลื่อนชุมชนให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังแสดงในภาพประกอบ 25





ภาพประกอบ 25 ความสัมพันธ์ของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ SKILLS Model



4.3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 8 ขั้นตอน ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน คือ SKILLS Model ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดจากการประชุมถอดบทเรียนร่วมกับชุมชน ซึ่งพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เสนอว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้นั้นคือ ความสามัคคีของคนในชุมชน (Harmony) นอกจากนี้สิ่งที่นอกเหนือจากการที่ประชาชนในชุมชนเกิดความสามัคคีแล้วนั้น ยังเกิดจากผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น (Leadership) ได้เล็งเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งเปิดรับข้อเสนอแนะจากชุมชนเพื่อนำไปพัฒนาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป และสิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ การเชื่อมต่อระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน (Connection) ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานสถานศึกษา โดยเข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วมในการร่วมแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และช่วยพัฒนาให้ชุมชนเกิดเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป จึงทำให้เกิด ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ HLC มีรายละเอียด ดังนี้

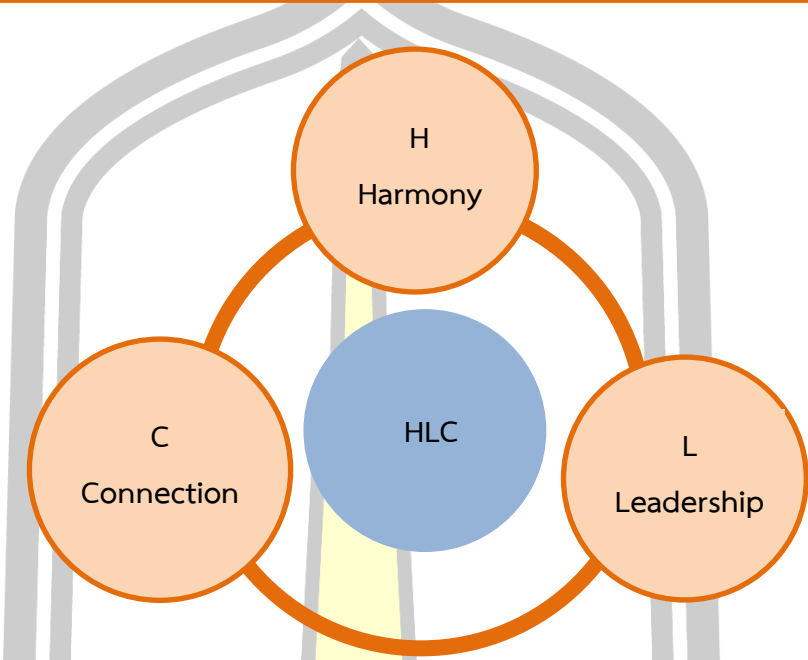
4.3.3.1 ความสามัคคีของคนในชุมชน (Harmony: H) หมายถึง ความสามัคคีของคนในชุมชน ในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะพัฒนาชุมชนให้กลายเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแรกที่ควรเกิดในการพัฒนาชุมชน

4.3.3.2 ความเป็นผู้นำ (Leadership: L) หมายถึง ความเป็นผู้นำในการที่จะควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั้นหมายถึง ผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงาน พร้อมทั้งให้ความสำคัญในการป้องกันโรค พร้อมทั้งจะสนับสนุนการดำเนินงาน และนอกจากผู้นำชุมชนแล้ว ยังมีผู้นำทางครอบครัว ที่จะสามารถช่วยในการเผยแพร่ความรู้แก่คนในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เพื่อนบ้าน และทุกคน ล้วนเป็นผู้นำและต้นแบบในการลด ละ เลิก การกินอาหารแบบสุกๆดิบๆ และ เป็นผู้นำในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

4.3.3.3 การเชื่อมต่อระหว่างภาคีเครือข่าย (Connection: C) หมายถึง การเชื่อมระหว่างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการลดโรคและภัยสุขภาพ



ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพประกอบ 26 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในองค์กรของ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ตามกระบวนการ PAOR มีประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผู้เข้าร่วมในกระบวนการวิจัย จำนวน 263 คน โดยทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม เรื่องกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม การบันทึกการประชุม และการถอดบทเรียนโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ทำการศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561 ถึง เดือน มิถุนายน 2561 โดยมีขั้นตอนการนำเสนอ ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 บริบทการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1.2 กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1.3 ผลของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์



5.2 สรุปผล

จากการศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้ สามารถสรุปผลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

5.2.1 บริบทการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

5.2.1.1 บริบทของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปได้ว่า ชุมชนตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 18 หมู่บ้าน มีภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ราบสูง มีลำห้วยแก่งไหลผ่าน 1 สาย ซึ่งเหมาะกับการทำการเกษตร เลี้ยงสัตว์ และปลูกพืชชนิดต่างๆ โดยประชาชนในพื้นที่มีการบริโภคปลาแบบสุกๆ ดิบๆ โดยเชื่อว่าสามารถรับประทานได้ เพราะเคยทานแบบนี้มาตั้งแต่สมัยก่อน และในบางครั้งก็ทานเพื่อการเข้าสังคม ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้เกิดการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ และยังไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ก่อนการพัฒนา ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลยอดแกง มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้นำในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค และมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้รับผิดชอบการป้องกัน โดยมีการรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนเลิกกินปลาดิบ เลิกทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ ทั้งนี้สามารถเข้าถึงประชาชนได้แค่ส่วนน้อย และประชาชนก็ยังทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากว่าเป็นพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมา จึงทำให้การติดพยาธิใบไม้ตัวยังคงเหลืออยู่ในชุมชน

หลังการพัฒนา พบว่า ประชาชนมีการตื่นตัวในการที่จะป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค โดยมีการทำประชาคมเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูในโรงเรียน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ประธานกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา และประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ร่วมคิดหาแนวทางการป้องกันตามความคิดเห็นของตนเอง เพื่อให้ทุกภาคส่วนเกิดการมีส่วนร่วม และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจากที่ได้ทำการประชาคมและประชุมกับทุกภาคส่วน ก็ทำให้แต่ละฝ่ายเกิดแรงจูงใจและเกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ตำบลยอดแกงเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และลดปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน



2.5.1.2 ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 263 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 39.16 และเพศชาย จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 60.84 มีอายุอยู่ระหว่าง 46–57 ปี ร้อยละ 56.92 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 78.24 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.20 ทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.35 เป็นประชาชนที่เคยตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ดับ จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 49.43 ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 72.62 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ร้อยละ 70.99 และเคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด สุกๆ ดิบๆ หรือดิบ ร้อยละ 78.33

5.2.2 กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

5.2.2.1 วางแผนในการดำเนินงาน (Plan: P) มีกระบวนการ ดังนี้

1) ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้ทราบกระบวนการวิจัยได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงกระบวนการวิจัย โดยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมงานวิจัย และลงพื้นที่เพื่อสื่อสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 263 คน พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนของการวิจัยพอสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมการ พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามเพื่อประเมิน Pre-test ก่อนเริ่มกระบวนการ

2) วิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบัน ชุมชนตำบลยอดแกง ร่วมกับคณะกรรมการประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ดับ จำนวน 126 คน เพื่อกำหนดกรอบและแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ดับร่วมกัน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งจัดวันในการประชุมสนทนากลุ่มให้แก่คณะกรรมการและประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ในปี 2559 มีประชาชนในชุมชนติดพยาธิใบไม้ดับ จำนวน 271 คน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ ทำไร่ โดยชุมชนแห่งนี้มีลำห้วยไหลผ่าน พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังรับประทานอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่เนื่องจากเป็นอาหารที่เคยทานมาตั้งแต่สมัยก่อนและคิดว่าคงไม่เป็นอะไร

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลยอดแกง เนื่องจากพื้นที่ชุมชนตำบลยอดแกงมีทั้งหมด 18 หมู่บ้าน ซึ่งจากการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมการจัดทำแผนในครั้งเดียวได้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวันประชุมจัดทำแผนร่วมกับเครือข่ายทั้งหมด 2 ครั้ง ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้



ครั้งที่ 1 จากการจัดประชุม พบว่า จากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้นนั้น ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกว่าต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ผลจากการจัดประชุมครั้งที่ 1 พบว่า จากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้นนั้น ประชาชนยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากปัจจัยหลายด้านที่ทำให้ยังคงรับประทาน เช่น ความเชื่อที่เคยรับประทานมาตั้งแต่เด็ก ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกว่าต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยมีประเด็นในการขับเคลื่อนโครงการนี้ คือ

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

ครั้งที่ 2 จากการจัดประชุม พบว่า จากการที่ผู้วิจัยคืนข้อมูลข้อเท็จจริงของผลการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของปีที่ผ่านมา รวมถึงสถิติการตรวจพบไข่พยาธิเพิ่มขึ้นนั้น ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงปัญหา และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จากประเด็นในการจัดประชุมครั้งที่ 1 ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงปัญหา และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีผู้เสนอโครงการที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลยอดแกง

ผลที่ได้จากการนำประเด็นที่เป็นปัญหามาร่วมประชุมหาแนวทางร่วมกัน ทำให้ได้แผนปฏิบัติการ จำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากรในการบรรยาย เพื่อสร้างแกนนำในการขยายความรู้สู่ชุมชนในอนาคตต่อมาเป็นรูปธรรม และ 2) โครงการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเชิงรุก โดยเน้นการดำเนินงานที่ลงสู่พื้นที่อย่างจริงจัง และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา และ 3) โครงการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยร่วมกันกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 โครงการ 5 กิจกรรม รายละเอียดดังนี้ โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โครงการรณรงค์ป้องกันโรค



พยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการเปิดเพลงรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการแจกสื่อแผ่นพับ และป้ายประกาศ และโครงการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมประชุมภาคีเครือข่าย เพื่อจัดทำหลักสูตรการสอนพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน และกิจกรรมการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

5.2.2.2 การปฏิบัติ (Action: A)

1) กิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนตำบลยอดแกง ผู้วิจัยได้ทำการจัดอบรมให้ความรู้ออกเป็น 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 จัดอบรมให้แก่ประชาชนที่อยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์ และครั้งที่ 2 จัดอบรมให้แก่ประชาชนที่อยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา โดยเนื้อหาและวิธีการจัดอบรมให้ความรู้ ผู้วิจัยได้จัดหาสื่อหนังสือที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่มีชื่อเรื่องว่า “แซ่บคัก” ซึ่งเป็นหนังสือที่ทางมหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีได้จัดทำขึ้น และสื่อแอนิเมชันในเรื่องพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบที่เกิดจากการกินปลาดิบ และแนวทางการป้องกันรักษาโรค จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยการบรรยาย ผ่านทางวีดิทัศน์ ประกอบการสอน พร้อมทั้งฉายภาพถ่ายของพยาธิใบไม้ตับ ที่มีการแทรกตัวของก้อนมะเร็ง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้ซักถาม เพื่อให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปสื่อสารต่อให้แก่ผู้อื่น

ผลจากการจัดกิจกรรมโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ในเรื่องของสาเหตุ อาการ และดูแล รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเปิดเพลงรณรงค์ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ทำการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำสื่อบทเพลงเพื่อใช้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทำนองเพลง “ผู้สาวขาลေး” โดยจะทำการบันทึกบทเพลงลงแผ่นวีซีดี จำนวน 18 แผ่น แจกทั้ง 18 หมู่บ้าน เพื่อนำมาให้ผู้นำชุมชนรับผิดชอบในการนำมาเผยแพร่ให้กับประชาชนในชุมชนของตน โดยใช้เปิดทุกวันและเปิดก่อนที่จะมีการประชุมสัมพันธ์ชาวสารในหมู่บ้าน



ผลจากการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้เกิดบทเพลงที่สามารถนำมาให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุ อาการของโรค และแนวทางการป้องกัน รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ และทำให้ประชาชนในชุมชน มีความรู้ของโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากการให้ความรู้ผ่านบทเพลง ผ่านหอกกระจายข่าวหมู่บ้าน จึงทำให้ประชาชนได้รับความรู้ได้อย่างทั่วถึงและเข้าใจง่าย

กิจกรรมที่ 2 การออกรณรงค์แจกแผ่นพับตามบ้าน และติดป้ายประกาศรณรงค์ ลด ละ เลิก ไม่กินปลาดิบ โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 72 คน ในการที่จะร่วมรณรงค์แจกแผ่นพับให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับพร้อมทั้งให้ความรู้โดยวิธีการ “ปากต่อปาก” โดยการสุมพื้นที่หลังคาเรือนในชุมชนในการให้ความรู้ นอกจากนี้ยังได้ร่วมกันติดป้ายความรู้ในสถานที่ต่างๆ ที่ประชาชนสามารถพบเห็นได้ง่าย เช่น ศาลากลางหมู่บ้าน ป้ายประชาสัมพันธ์หมู่บ้าน พร้อมทั้งจัดทำสติ๊กเกอร์เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปติดบริเวณบ้านของตนเองได้ โดยเนื้อหาของป้ายเป็นข้อมูลความรู้ในการบริโภคที่ถูกต้อง เช่น สาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ แนวทางการรักษา และการบริโภคปลาให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า ประชาชนเกิดความให้ความสนใจและกลุ่มผู้นำที่ดำเนินการรณรงค์เองก็ให้การร่วมมือ เป็นอย่างดีในการช่วยรณรงค์ ให้ประชาชนในชุมชน ลด ละ เลิก การรับประทานอาหารที่ทำแบบสุกๆ ดิบๆ

3) การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน เพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และโรงเรียนในตำบล จำนวน 4 แห่ง ให้มีการจัดการเรียนรู้ เสริมสร้างหลักสูตร พร้อมทั้งแผนการเรียนการสอนในเรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมอบป้ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสติ๊กเกอร์แก่ผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งชี้แจงถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน เพื่อให้ทราบบทบาทหน้าที่การดำเนินงานของตน ซึ่งจากผลการจัดกิจกรรมในครั้งนี้พบว่า ผู้นำชุมชนได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลยอดแก้ว

ผลจากการดำเนินงาน กิจกรรมการจัดประชุมสร้างความร่วมมือในระดับภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน พบว่า ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานสถานศึกษาที่ได้รับเอานโยบายในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้



ดับในโรงเรียน และได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้เล็งเห็นถึงปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ และพร้อมที่จะสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อลดโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ตำบลยอดแกง

กิจกรรมที่ 2 การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการหามาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกับชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจากการที่ได้ร่วมประชุม ทำให้ได้มาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ให้ ร่วม เปลี่ยน ล้าง ทำ ถ่าย ซึ่งผลจากการประกาศใช้มาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ เนื่องจากมาตรการดังกล่าว มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตำบลยอดแกง

ผลจากการดำเนินงาน การประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า จากการดำเนินงานการทำประชามร่วมกับชุมชน เพื่อหามาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้เกิดมาตรการที่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันโรคได้ คือ มาตรการ “ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย” ซึ่งจากการสัมภาษณ์ประชาชนเห็นชอบด้วยกับมาตรการดังกล่าว และสามารถปฏิบัติตามมาตรการเพื่อปรับพฤติกรรมของตนเองได้เป็นอย่างดี

5.2.2.3 การสังเกตการณ์ (Observation: O)

1) ติดตาม นิเทศงาน

ดำเนินการติดตาม นิเทศงาน จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ทำการออกติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากการดำเนินงาน โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านที่จะลงเยี่ยม จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในบางครัวเรือนงดปรุงอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ และงดการรับประทานปลาดิบเนื่องจากรับรู้ความรุนแรงของโรคและได้รับการกระตุ้นจากการเปิดเสียงตามสายในหมู่บ้าน และประชาชนมีการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับทั้งในส่วนของครัวเรือน และชุมชน ดำเนินการโดยกลุ่มแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกิจกรรมเพลงรณรงค์ ทางผู้นำชุมชนได้มีการดำเนินการอยู่ โดยเปิดก่อนการประชาสัมพันธ์ข่าวสารในชุมชนทุกวัน

ผลจากการติดตาม นิเทศงาน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีในการบริโภคอาหาร เนื่องจากรับรู้ถึงความเสี่ยง ผลกระทบที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มแกนนำมีความเข้มแข็งในการช่วยรณรงค์ พร้อมทั้งในการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเต็มที่

2) ประเมินผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการประเมินผลหลังการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผลการประเมินก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้



3.1) เปรียบเทียบ ทักษะที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรู้อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 46.39 และหลังการพัฒนามีระดับความรู้อยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 60.08 ผลจากการพัฒนาความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

3.2) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง (Mean = 2.22; SD = 0.29) และหลังการพัฒนามีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับการปฏิบัติมาก (Mean = 2.30; SD = 0.29) ผลจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2.1) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรู้ในทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก และระดับการปฏิบัติปานกลาง (Mean = 2.27; SD = 0.50) และหลังการพัฒนามีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.39; SD = 0.48) ผลจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2.2) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรู้ในทักษะการปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก (Mean = 2.23; SD = 0.45) และหลังการพัฒนามีระดับความรู้ในระดับการปฏิบัติมาก (Mean = 2.30; SD = 0.46) ผลจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 3 การปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

3.2.3) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรู้ในทักษะการปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 52.85 (Mean = 2.38; SD = 0.43) และหลังการพัฒนามีระดับความรู้ในระดับการปฏิบัติมาก ร้อยละ 55.13 (Mean = 2.38; SD = 0.37) ผลจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 4 การปฏิบัติด้านการจัดการตนเอง พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ



3.2.4) เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรอบรู้ในทักษะการปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง (Mean = 2.01; SD = 0.26) และหลังการพัฒนามีระดับความรอบรู้ในระดับการปฏิบัติปานกลาง (Mean = 2.12; SD = 0.21) ผลจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 5 การปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรอบรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2.5) เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรอบรู้ อยู่ในระดับการตัดสินใจปานกลาง (Mean = 2.92; SD = 1.13) และหลังการพัฒนามีระดับความรอบรู้ในระดับการตัดสินใจสูง (Mean = 3.90; SD = 1.18) ผลจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังการพัฒนามีระดับความรอบรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3) เปรียบเทียบระดับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับการมีบทบาทหน้าที่มาก (Mean = 2.33; SD = 0.59) และหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับการมีบทบาทหน้าที่มาก (Mean = 2.45; SD = 0.53) ผลจากการพัฒนาบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของระดับบทบาทหน้าที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4) เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก (Mean = 2.11; SD = 0.58) และหลังการพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก (Mean = 2.34; SD = 0.55) ผลจากการพัฒนาการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5) เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (Mean = 2.49; SD = 0.37) และหลังการพัฒนามีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (Mean = 2.54; SD = 0.40) ผลจากการพัฒนาความพึงพอใจในการใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ



5.2.2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection: R)

1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา โดยผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียน จำนวน 64 ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และบันทึกการสนทนากลุ่มการแลกเปลี่ยน แสดงข้อคิดเห็นการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้น เกิดจากการที่ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจึงทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น รวมถึงทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะด้านการตัดสินใจ ของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น แต่บางทักษะที่ไม่แตกต่างจากก่อนการพัฒนากระบวนการ ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร (ตาราง 14) ทักษะด้านการจัดการตนเอง (ตาราง 16) และการรู้เท่าทันสื่อ (ตาราง 18) เนื่องจากประชาชนมีการปฏิบัติตนในการสื่อสารให้ความรู้ และมีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้ผลที่ออกมาไม่มีความแตกต่างกัน

ในด้านของมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการสัมภาษณ์พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว เนื่องจากมาตรการที่ได้นั้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่ และเป็นมาตรการที่เกิดจากประชาชนและสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย จึงสามารถนำมาปฏิบัติและปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

2) การจัดประชุมถอดบทเรียน

ผู้วิจัยได้จัดประชุมถอดบทเรียน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อร่วมวิเคราะห์บทเรียน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงาน โดยกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามกระบวนการ PAOR มีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ซึ่งผลจากการถอดบทเรียน ทำให้ได้รูปแบบของการพัฒนา คือ คือ SKILLS Model โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ชุมชน (Situation Analysis: S) หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ชุมชน โดยร่วมมือกันทั้งภาครัฐ และเอกชน หน่วยงานสถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และรวมถึงประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา และนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนการดำเนินงานป้องกัน



2.2) การพัฒนาความรู้ และความรอบรู้ให้แก่ประชาชน (Knowledge: K) หมายถึง กระบวนการการพัฒนาความรู้ และความรอบรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดทักษะ ความรอบรู้ทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ การเข้าถึงบริการ สุขภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

2.3) การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (Information: I) หมายถึง กระบวนการนำ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องมาบอกต่อหรือเผยแพร่ข้อมูลต่อประชาชนในชุมชน โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือผ่านเสียงตามสาย โดยเกิดเป็นนวัตกรรมในการให้ความรู้และเผยแพร่ความรู้สู่ ประชาชนในชุมชน

2.4) การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือมาตรการ (Legal: L) หมายถึง การปฏิบัติตามข้อบังคับ หรือมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง และให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ

2.5) การเรียนรู้พื้นที่ เรียนรู้พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Learning: L) หมายถึงกระบวนการเรียนรู้พื้นที่ เรียนรู้วิถีชีวิต เรียนรู้พฤติกรรมและการปฏิบัติตนหลังการ ดำเนินงานเป็นการลงพื้นที่ชุมชน ติดตาม นิเทศการดำเนินงาน

2.6) การสรุปผลการดำเนินงาน (Summarize: S) หมายถึง กระบวนการ สรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากการดำเนินงาน เพื่อสรุป และ หาข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนา

5.2.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการ พัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน คือ HLC

5.2.3.1 ความสามัคคีของคนในชุมชน (Harmony: H) หมายถึง ความสามัคคีของ คนในชุมชน ในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะพัฒนาชุมชนให้กลายเป็นชุมชน รอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแรกๆที่ควรเกิดในการพัฒนาชุมชน

5.2.3.2 ความเป็นผู้นำ (Leadership: L) หมายถึง ความเป็นผู้นำในการที่จะควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั้นหมายถึง ผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงาน พร้อมทั้งให้ ความสำคัญในการป้องกันโรค พร้อมทั้งจะสนับสนุนการดำเนินงาน และนอกจากผู้นำชุมชนแล้ว ยังมี ผู้นำทางครอบครัว ที่จะสามารถช่วยในการเผยแพร่ความรู้แก่คนในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เพื่อนบ้าน และทุกคน ล้วนเป็นผู้นำและต้นแบบในการลด ละ เลิก การกินอาหารแบบสุกๆดิบๆ และ เป็นผู้นำในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน



5.2.3.3 การเชื่อมต่อระหว่างภาคีเครือข่าย (Connection: C) หมายถึง การเชื่อมระหว่างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการลดโรคและภัยสุขภาพ

5.3 อภิปรายผล

การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผลของการดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาของ แนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1998) ตามกระบวนการ PAOR และกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการวิจัยให้กับประชาชนในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลในประเด็น ดังนี้

5.3.1 บริบทการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาบริบทของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จึงทำให้หลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก โดยหลังการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการศึกษาบริบทนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับชุมชน โดยจัดประชุมกับผู้เข้าร่วมวิจัยและช่วยกันวิเคราะห์บริบทในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในช่วงที่ผ่านมา โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งในผู้เข้าร่วมวิจัย ได้อธิบายถึงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และประชาชนผู้เข้าร่วมการรวมแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ถึงการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เสนอแนะได้อย่างเต็มที่



5.3.2 กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

การพัฒนาใช้แนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart) ตามกระบวนการ PAOR พบว่า การเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้นเป็นการสะท้อนความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะครู อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ประธานกลุ่มแม่บ้าน ประชาชนชาวบ้าน กลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา รวมถึงตัวแทนพระสงฆ์ ได้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาหารือกัน โดยกิจกรรมได้เริ่มตั้งแต่ ขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ แล้วนำไปสู่การจัดทำแผนงานโครงการ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้เสนอและกำหนดกิจกรรมที่อยากให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยมี 8 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน โดยร่วมกับคณะกรรมการ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 126 คน โดยทำการคืนข้อมูลจากการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการพัฒนา และผลการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ปี 2559-2560 เพื่อกำหนดกรอบและแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกัน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งจัดวันในการประชุมสนทนากลุ่มให้แก่คณะกรรมการและประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมกระบวนการบางท่านเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผลปรากฏว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.34; SD = 0.55)

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลจากการดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความสนุกสนานพร้อมได้ความรู้สอดแทรก ทำให้ระดับความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ซึ่งในกิจกรรมให้ความรู้นี้ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาสาระของโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำความรู้ที่ได้ไปสื่อสารและให้ความรู้ โดยการบอกต่อให้กับพี่น้องประชาชนในชุมชน หรือบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและ ทักษะที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับระดับพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากกิจกรรมในความรู้ซึ่งนอกเหนือจากการให้ความรู้แล้ว ยังมีการสอดแทรกในเรื่องของการบริการทางด้านสุขภาพ ในการรับการตรวจคัดกรองโรค การตรวจรักษาโรค เพื่อให้ประชาชนได้ทราบถึงช่องทางการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ ผลการวิจัย



ในครั้งนี้พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการปฏิบัติตนในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านสื่อบทเพลง พบว่าซึ่งผู้วิจัยได้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและนำมาประยุกต์กับเพลงลูกทุ่งหมอลำ โดยมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของบทเพลงให้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน และชุมชน จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกชอบในเพลงดังกล่าว เนื่องจากเนื้อหาของเพลงมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค และวิธีการรักษาโรค ซึ่งกิจกรรมนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ สอดคล้องกับระดับพื้นฐาน คือ มีความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่น่าเสนอเพื่อให้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการปฏิบัติในการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่ามีความเฉลียวในการปฏิบัติสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ และทำให้เกิดทักษะที่ 6 การตัดสินใจ สอดคล้องกับระดับพื้นฐาน คือมีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี เนื่องจากในกิจกรรมให้ความรู้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับรู้ถึงข้อมูลในเรื่องของ สาเหตุ อาการ และวิธีการป้องกัน รักษา โรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปวิเคราะห์และหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีได้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการตัดสินใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเกิดทักษะที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ คือ มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี และผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการปฏิบัติตนในการสื่อสารอยู่ในระดับมากและมีความเฉลียวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กิจกรรมที่ 4 การกำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มาตรการ “ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย” โดยมาตรการดังกล่าวเกิดจากการที่ประชาชนได้ร่วมเสนอ และจัดทำขึ้นมา โดยเป็นมาตรการที่ออกมาจากชุมชน โดยมีการทำประชามสร่วมกันกับประชาชนในชุมชนเพื่อร่วมหามาตรการในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการกำหนดโดยประชาชนในชุมชน จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า มาตรการดังกล่าวเหมาะสมกับพื้นที่ของชุมชนเป็นอย่างดี และมีประชาชนร่วมปฏิบัติตามมาตรการเป็นอย่างดี จากกิจกรรมนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้ด้านสุขภาพในทักษะที่ 4 การจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิบัติสัมพันธ์ คือมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งได้มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตนออกมาผ่านทางมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก



กิจกรรมที่ 5 การสร้างความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมนี้เป็นการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน ได้แก่ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน ในการร่วมมือป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการสร้างความร่วมมือกับทางสถานศึกษาในการจัดทำแผนการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยทางหน่วยงานสาธารณสุขได้มีการมอบสื่อการเรียนการสอนให้แก่สถานศึกษา เพื่อเป็นอุปกรณ์ในการดำเนินงาน โดยจากการสัมภาษณ์ตัวแทนจากสถานศึกษา พบว่า มีความรู้สึกดีต่อกิจกรรมดังกล่าว เนื่องจากการจัดทำแผนการเรียนการสอนในระดับสถานศึกษาจะช่วยป้องกันการเกิดโรคให้แก่เด็กนักเรียนได้ และทำให้นักเรียนมีความรู้เพื่อใช้ในการปฏิบัติตนและบอกต่อสู่คนในครอบครัว ในส่วนของทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ดำเนินการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 การติดตาม นิเทศงาน และสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน เป็นการลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยลงพื้นที่ตามหมู่บ้าน เพื่อสอบถาม และศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลจากการดำเนินการ ติดตาม นิเทศงาน การสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน พบว่า ประชาชนยังคงมีการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างสม่ำเสมอ และยังเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากการดำเนินงานดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ประชาชนได้ร่วมดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มต้น และกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นจากการที่ประชาชนร่วมดำเนินการ และการป้องกันโรคถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินต่อเพื่อป้องกันโรค และลดโรค จากพื้นที่ชุมชน

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลการพัฒนา เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการนำมาวิเคราะห์เพื่อนำผลที่ได้มาสะท้อนให้ประชาชนได้รับทราบถึงเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงาน โดยผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก (Mean = 2.30; SD = 0.29) ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระบบการพัฒนาทางด้านการพัฒนาทางด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และสามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเองได้

กิจกรรมที่ 8 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีสิทธิในการเสนอแนะข้อคิดเห็น และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบเจอในช่วงของการดำเนินงาน ซึ่งประชาชนให้ความสนใจและร่วมมือเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นโอกาสที่จะสะท้อนและหาวิธีการพัฒนาระบบการต่อไป จากเหตุผลนี้จึงทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากและส่งผลต่อการพัฒนาในโอกาสต่อไป



จากกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับกรอบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย โดยอธิบายได้ ดังนี้

การพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพ ได้มีการร่วมมือกับองค์กรทุกภาคส่วนในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน สถานศึกษาให้การสนับสนุนในการจัดทำแผนการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ หน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนองค์ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและสื่อการเรียนการสอน วัตถุประสงค์ช่วยในการเข้าถึงชุมชนเป็นศูนย์รวมจิตใจให้แก่พี่น้องประชาชนในชุมชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการรณรงค์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีสุขภาพดี

กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ อบรมให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้รับรู้ถึงข้อมูลในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและแนวทางการป้องกันและรักษา โดยผ่านการใช้สื่อเทคโนโลยี ด้านการสื่อสารและรณรงค์ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ตามบ้านโดยให้กลุ่มแกนนำเป็นผู้ให้ความรู้ด้วยตนเองเพื่อเป็นการเชื่อมโยงจากการที่ได้รับความรู้จากการอบรม และนำความรู้มาประชาสัมพันธ์บอกต่อแก่ประชาชน พร้อมทั้งแจกสติ๊กเกอร์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับ การกำหนดมาตรการทางสังคมและข้อตกลง เพื่อปฏิบัติร่วมกัน โดยในกิจกรรมมีการร่วมกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ มาตรการ “ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย” เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและลดปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้มีการร่วมมือกับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยในส่วนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีการเฝ้าระวังดูแลพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนพร้อมให้มีการรณรงค์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่เรื่อยๆ และได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรคและแนวทางการป้องกันร่วมกันกับชุมชน ซึ่งกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมานำไปสู่การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งนำไปสู่การที่ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบของ Nutbeam .D (2008) จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้

1) ความรู้ความเข้าใจเดิม และศักยภาพในการเรียนรู้ การอ่านตัวเลข

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าก่อนการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้อยู่ในระดับมาก ซึ่งประชาชนบางกลุ่มมีความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่แล้ว และเมื่อจัดกิจกรรมก็ทำให้ผู้เข้าร่วม



ประชุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

2) ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทในชีวิต การสื่อสาร การศึกษา

จากการดำเนินกิจกรรมผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ไปบอกต่อแก่พี่น้องประชาชนในชุมชนผ่านทางปากต่อปาก และได้มีการประชุมกับภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษา โดยมีการมอบสื่อการเรียนการสอนให้แก่สถานศึกษาเพื่อนำไปใช้ในการประกอบการสอน

3) ความรู้ใหม่และการนำข้อมูลมาใช้

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดี โดยได้ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์ เป็นสื่อที่สามารถเข้าใจง่าย และสามารถเห็นภาพได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในกิจกรรมการณรงค์ให้ความรู้ตามบ้าน โดยได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาบอกต่อให้พี่น้องประชาชนในชุมชนได้รับรู้ถึง สาเหตุ อาการ การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมอบสติ๊กเกอร์ให้แก่บ้านที่ลงไปให้ความรู้ เพื่อเป็นการรณรงค์ด้วย

4) ทักษะในองค์กรสังคม และการผลักดัน

เนื่องด้วยในกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเกิดจากการที่ประชาชนได้ร่วมกันเสนอและใช้เป็นมาตรการป้องกันในชุมชน คือ มาตรการ “ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย” ทั้งนี้ได้มีการประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชนเข้าร่วมในการประกาศมาตรการในครั้งนี้ ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์ พบว่าประชาชนได้มีการนำเอามาตรการที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อลดปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

5) ทักษะการต่อรองและจัดการตนเอง

หลังจากการดำเนินกิจกรรม ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ในทางที่ดี จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการปรับพฤติกรรมการบริโภคและหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการวางแผนในการรับประทานอาหารที่ปรุงสุก แล้วปลอดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จะไม่รับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดโรค

6) การเพิ่มระดับความรอบรู้

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมที่เข้าร่วมแต่ละกิจกรรม สามารถพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพได้ เช่น กิจกรรม



อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถพัฒนาทักษะทางด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาสาระโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการตัดสินใจ กิจกรรมเปิดเพลงรณรงค์ผ่านเสียงตามสาย สามารถพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อได้ กิจกรรมการเดินรณรงค์ให้ความรู้ตามบ้าน กิจกรรมนี้สามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ เนื่องจากการได้มีการนำความรู้ที่ได้จากการอบรม มาบอกต่อแก่พี่น้องประชาชนในชุมชนด้วยกัน กิจกรรมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และกิจกรรมประกาศใช้มาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถพัฒนาทักษะการจัดการตนเองได้ เนื่องจากการวางมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการวางกฎระเบียบเพื่อจัดการตนเองและคนในชุมชนให้มีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี ปลอดภัยจากการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

7) การเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติ

จากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ลงเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยได้มีการประกอบอาหารให้สุก ก่อนที่จะรับประทาน โดยผ่านการ ทอด ต้ม หรือนึ่ง และนอกเหนือจากการที่ปรับเปลี่ยนการบริโภคแล้ว ยังปรับเปลี่ยนมาเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชนในชุมชน

8) การเข้าร่วมในการปฏิบัติการทางสังคมเพื่อสุขภาพดี

หลังจากได้มีการร่วมกิจกรรมพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา สาธารณสุข และชุมชน ก็ได้มีการวางแผนการดำเนินงานและร่วมรณรงค์ลดปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และมีการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้ในการลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนด้านประชาชนก็ร่วมรณรงค์ในหมู่บ้าน ชุมชน ให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

9) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนสังคม วัฒนธรรม ประเพณี วิถีปฏิบัติ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ของโรค การจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกัน การเป็นส่วนหนึ่งในแต่ละกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมเกิดขึ้นจากการที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ จึงทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี

10) ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ทางเลือก และโอกาสของสุขภาพดี

จากการเข้าร่วมการวิจัย พบว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ซึ่งประชาชนสามารถนำความรู้ไปใช้ในการชีวิตประจำวัน สามารถนำความรู้ที่ได้ใช้ในการตัดสินใจ และเลิกการปฏิบัติที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การนำความรู้ที่ได้ไปประกอบอาหารให้สุกสุกลักษณะ ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือการเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย เลือกวิธีการปลูกอาหารที่ถูกต้อง



5.3.3 ผลการดำเนินงานของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใน 8 ขั้นตอน พบว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ SKILLS Model ซึ่งได้จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขแต่ละขั้นตอน

จากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ผู้ร่วมวิจัยได้มีการร่วมกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกัน ใน 6 ประเด็น คือ “ให้-ร่วม-เปลี่ยน-ล้าง-ทำ-ถ่าย” ซึ่งสอดคล้องกับ นันทพร ศรีนอก (2556) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้การวางแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยกระบวนการ A-I-C พบว่า ได้มีการยอมรับกฎเกณฑ์ข้อบังคับ สัญญาประชาคม โดยคณะกรรมการดำเนินงานที่เข้มแข็งและจากการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5.3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย HLC อธิบายได้ดังนี้

1) ความสามัคคีของคนในชุมชน (Harmony: H) หมายถึง ความสามัคคีของคนในชุมชน ในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะพัฒนาชุมชนให้กลายเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแรกๆ ที่ควรเกิดในการพัฒนาชุมชน

2) ความเป็นผู้นำ (Leadership: L) หมายถึง ความเป็นผู้นำในการที่จะควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั้นหมายถึง ผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงาน พร้อมทั้งให้ความสำคัญในการป้องกันโรค พร้อมทั้งจะสนับสนุนการดำเนินงาน และนอกจากผู้นำชุมชนแล้ว ยังมีผู้นำทางครอบครัว ที่จะสามารถช่วยในการเผยแพร่ความรู้แก่คนในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เพื่อนบ้าน และทุกคน ล้วนเป็นผู้นำและต้นแบบในการลด ละ เลิก การกินอาหารแบบสุกๆดิบๆ และ เป็นผู้นำในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

3) การเชื่อมต่อระหว่างภาคีเครือข่าย (Connection: C) หมายถึง การเชื่อมระหว่างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน



ด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการลดโรคและภัยสุขภาพ

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากการดำเนินงานการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษา ดังนี้

1) ในการพัฒนาความรู้ของประชาชน โดยงานวิจัยชิ้นนี้ได้ค้นพบสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ คือ เพลงไม่กินปลาดิบ เนื่องจากเนื้อหาของบทเพลงได้สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน ไม่เป็นทางการจนเกินไปแล้วสามารถฟังง่าย เข้าใจเร็ว ดังนั้น จึงควรมีการนำสื่อสาธารณะมาใช้ในการพัฒนาความรู้ให้ชุมชน และชุมชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

2) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก ซึ่งเกิดจากการที่ได้รับการร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นรูปธรรม และได้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการดำเนินงานการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยขอเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

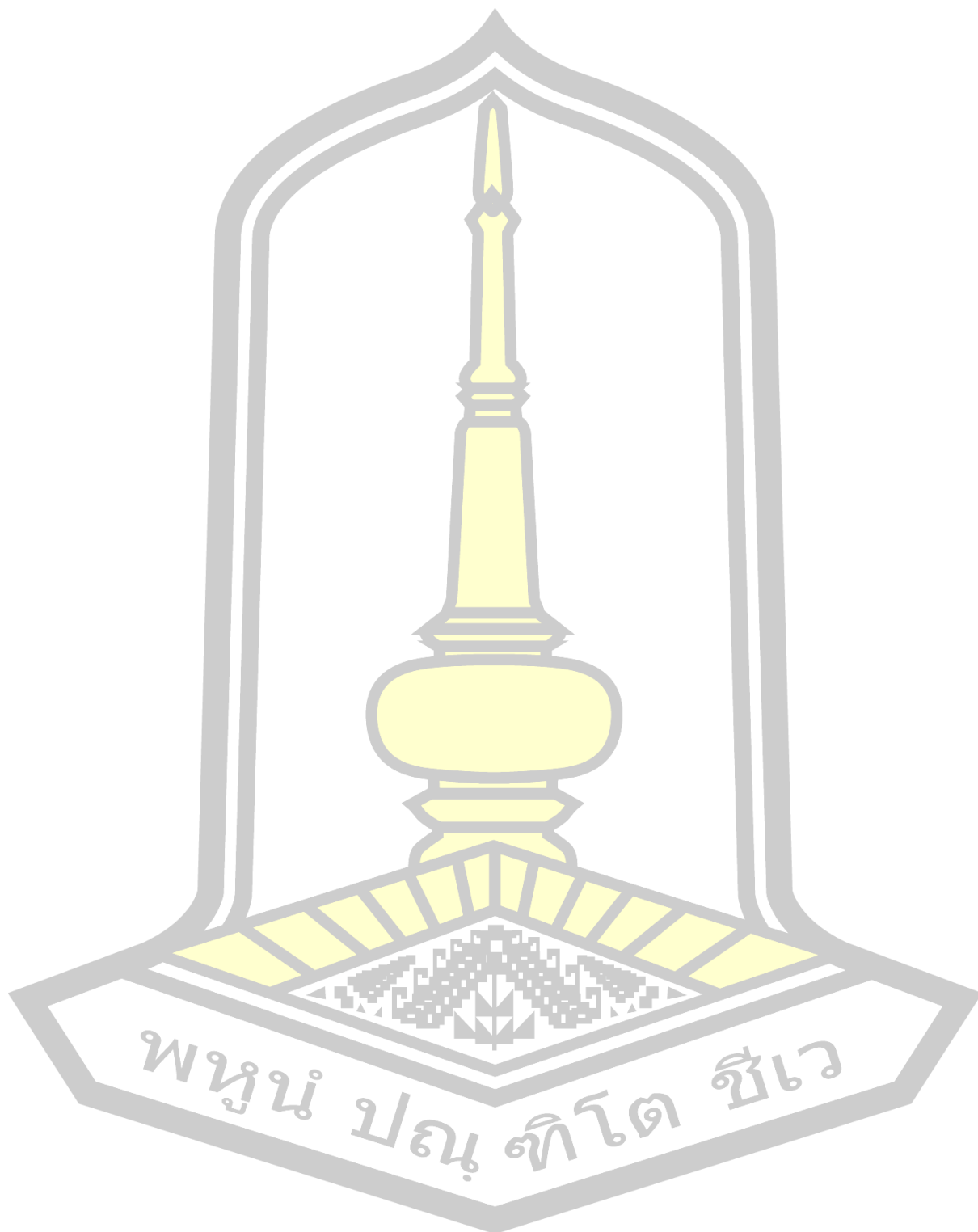
1) ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการพัฒนาในรอบที่ 2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพัฒนาชุมชนในระยะยาว และเกิดเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่เข้มแข็งต่อไป

2) ควรศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลใกล้เคียง ที่อยู่ในเขตอำเภอนามน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่ามีการแก้ไขปัญหาอย่างไร จึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ควรนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ขยายสู่โรงเรียน หรือหน่วยงาน เพื่อพัฒนาให้กลายเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

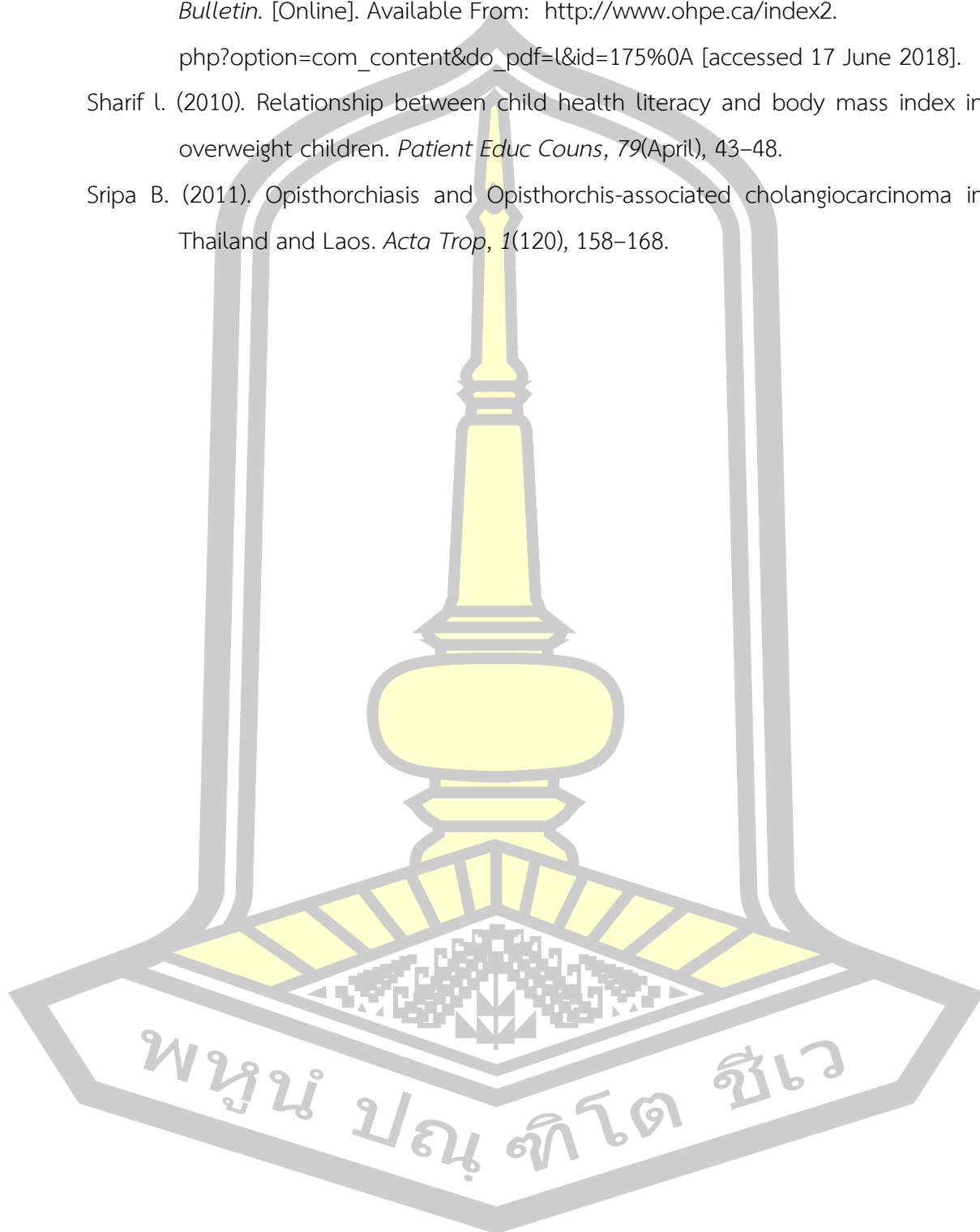
- เกสร แถวโนนจัว และคณะ. (2559). *อุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย*. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 3 (พฤษภาคม-มิถุนายน). 370-379.
- โกศล รุ่งเรืองชัย. (2561). *วงจรชีวิตการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.siamahidol.ac.th/th/department/parasitology/articledetail.asp?ac_id=15&pageno=1 [สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2561].
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากร ผู้สูงวัย*. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม). 1-8.
- จริยา นพเคราะห์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุภา ะสี. (2559). *กรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://goo.gl/p3sJcR> [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561].
- นันทพร ศรีนอก. (2556). *รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรชิตา ชูสอน. (2558). *มะเร็งท่อน้ำดี โรคร้ายที่คร่าชีวิตคนไทยอันดับ 1*. วารสารโครงการ CASCAP, 1(2), 2-16.
- ไพฑูรย์ ไวยนันท์. (2554). *กรณีศึกษาทางระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับอำเภอนานคร จังหวัดปราจีนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ภาคภูมิ สรรพวุธ. (2556). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้บุคคลต้นแบบร่วมกับการให้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงบ้านดอนเชียง ตำบลลุมพุก อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2561). *โปรแกรมบันทึกข้อมูล (CASCAP Version 2.0)*. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://cloudbackend.cascap.in.th/inputdata> [สืบค้นเมื่อ 9 กันยายน 2561].



- รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ. (2550). *การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิษณุ หยกจินดา. (2557). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกว้าง ตำบลทับไทร อำเภอบึงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สาริณี สีทะโน. (2559). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2561). *ประมิตประชากร ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์*. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://hdc2.kalasin.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php [สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2561].
- สุภาพ พุทธิปัญญา. (2559). *ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกิดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อายุวัฒน์ สุระเสียง และสัจจา ภาวิชา. (2559). *ผลการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ. กาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศรีสวัสดิ์*.
- Kickbusch. (2001). *addressing the health and education divide*. New Haven, CT, USA.
- Mancuso J.M. (2009). Assessment and Measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11, 77–89.
- Manganello JA. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Hea 1th Education Research*, 23(5).
- 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. (2002). *Health Literacy and Health Promotion*. Ontario Health PromotionE-Bulletin. [Online]. Available From: http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=175%0A [accessed 17 June 2018].
- Sharif I. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Educ Couns*, 79(April), 43–48.
- Sripa B. (2011). Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. *Acta Trop*, 1(120), 158–168.



ต้นฉบับไม่ปรากฏข้อมูล

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นายทักษณีย์ พัสดุ
วันเกิด วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 354 หมู่ 2 ตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40260
ตำแหน่งหน้าที่การงาน นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลนามน ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46230
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2554 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอมตวิทยา จังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

