

Received: 4 Feb 2019, Revised: 27 Feb 2019,

Accepted: 20 Mar 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

วรลักษณ์ เวฬุ^{1,*} เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์² จมาภรณ์ ใจภักดี³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการครั้งนี้ ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ 4) เวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ 5) ปรับปรุงร่างธรรมนูญและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น 6) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ 7) ดำเนินโครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ 8) นิเทศติดตาม 9) ประเมินผล 10) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียน ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการปฏิบัติตน และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเกิดรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ PROTECT Model สรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ เป็นผลมาจากหลักการสามประการ คือ D-H-B กล่าวคือ Development: D หมายถึง การพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมและยอมรับร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน Harmony: H หมายถึง ความสามัคคีและความสอดคล้องกันขององค์ประกอบต่างๆในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ Best Behavior: B หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ดีอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ธรรมนูญสุขภาพตำบล ควบคุมและป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

*Corresponding author: woraluk.way@gmail.com

Original Article

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

Woraluk Wayru^{1,*}, Terdsak Promarak², Jamabhorn Jaipakdee³

Abstract

This action research aimed to study the developing process of the model for control and prevention of liver fluke disease in the community of Ban yuat Sub-District, Sangkhom District, Udon Thani Province. The participants were selected from selection criteria of 75 peoples. Data was collected both quantitative and qualitative. Quantitative data was analysis was used by frequency, percentage, mean, standard and Paired Sample t-test. Qualitative data was analysis was used by content. The research found that the development of this model composted of 11 stages: 1) Analysis of the context and situation of liver fluke disease, 2) Workshop, 3) The Health Statute, 4) Draft Health Statute, 5) Improve the draft Health Statute, 6) Annouce used for Health Statute, 7) Training program for volunteer guinea pig liver fluke, 8) Supervision and follow up, 9) Evaluation, 10) Knowledge, 11) Lessons learned for key success factors. The results found that had and everage score of knowledge, role, participation, behavior, operation satisfaction, control and prevention of liver fluke disease increased significantly ($p\text{-value}<0.001$). As a result, the basic model for control and prevention of liver fluke disease in the community is PROTECT Model. In conclusions, the key success factors as a result from three principle is D-H-B 1) Development: D is mean the development, participation and acceptance of process for people involved 2) Harmony: H is mean the harmony and several elements for control and prevention in community. 3) Best Behavior is mean the empowerment for best behavior of people.

Keywords: Development a Model, District Health Statute, Control and Prevention, Liver Fluke Disease

¹Master of Public Health, Mahasarakham University

²Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³The Office of Disease Prevention and Control 8 UdonTani Province, Thailand

*Corresponding author: woraluk.way@gmail.com

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีความชุกสูงตลอดจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยที่เป็นปัญหาสำคัญเกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ประเมินการว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6,000,000 คน ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก หรือสุกๆ ดิบๆ ที่ทำมาจากปลาเกล็ดขาวกลุ่มปลาวงศ์ตะเพียน ซึ่งนิยมรับประทานกันมากตามชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ¹ โรคพยาธิใบไม้ตับ ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางระบบท่อน้ำดี เช่น ท่อน้ำดีอักเสบ ตับเหลือง ตับ ม้ามโต นิ่วในถุงน้ำดี² จากการศึกษาทางระบาดวิทยา และการทดลองเพื่อหาสาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถประมวลเบื้องต้นได้ว่า ปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสาเหตุมาจาก 1) การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2) การได้รับสารก่อมะเร็ง 3) ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องและยังไม่ทราบ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ เป็นต้น³

จังหวัดอุดรธานี มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 13.8 และในบางหมู่บ้านสูงถึงร้อยละ 40 และมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 39.9 โดยอำเภอที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ อำเภอเพ็ญ อำเภอพิบูลย์รักษ์ และอำเภอนองหาน นอกจากนี้นี้ยังมีพื้นที่เสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง คือ อำเภอเมือง อำเภอน้ำโสม อำเภอทุ่งฝน อำเภอบ้านดุง อำเภอบ้านผือ อำเภอภูแก้ว และอำเภอสว่างคอม เนื่องจากสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ มีวัฒนธรรมการกินที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งมะเร็งที่พบมากแถบภาคอีสาน

คือ มะเร็งท่อน้ำดีซึ่งสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับและสารไนโตรซามีน⁴

อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี เป็นอำเภอที่พบปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 18.53⁵ จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยดำเนินการเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง

ตำบลบ้านยวด ใน พ.ศ. 2558 ได้มีการจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กิจกรรมดำเนินการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato's thick smear ซึ่งผลการตรวจอุจจาระ พบว่า ประชาชนที่พบไข่พยาธิใบไม้ตับจำนวน 23 คน ร้อยละ 4.15 ซึ่งยังมีบางหมู่บ้านที่อัตราความชุกมากกว่าร้อยละ 5 ได้แก่ บ้านยวด หมู่ที่ 1 อัตราความชุก 8.04 และ บ้านนามงคล หมู่ที่ 3 อัตราความชุก 7.06 จากการสำรวจข้อมูลพบว่า สาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคปลาดิบที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับเข้าไป การขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ มีความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพที่สืบทอดกันมา⁶

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อหามาตรการและแนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายใต้แนวคิดกระบวนการธรรมนุญสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ บทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988)⁷ ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ภายใต้แนวคิดกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชน

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1. ประชากร (Population)

ผู้วิจัยได้ศึกษา กำหนดขอบเขตด้านประชากรตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ ประชากรกลุ่มเป้าหมายตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 75 คน ประกอบด้วย

1.1 ภาคประชาสังคม ประกอบด้วย ประชาชนผู้ตรวจพบพยาธิในอุจจาระ จำนวน 23 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพ

ชุมชน จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านควบคุมโรค จำนวน 6 คน แพทย์ประจำตำบล จำนวน 1 คน ประธานกลุ่มสตรีแม่บ้านหรือผู้แทน จำนวน 1 คน พระอริการ จำนวน 7 รูป ราษฎรชาวบ้าน จำนวน 6 คน และสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 57 คน

1.2 ภาควิชาการ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือผู้แทนสถานศึกษา จำนวน 4 คน ครูประจำศูนย์การศึกษาครอบครัวและเด็กตามอัธยาศัย จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน

1.3 ภาคการเมือง ประกอบด้วย กำนันตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวดหรือผู้แทน จำนวน 1 คน ปลัดเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 1 คน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลบ้านยวด จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก รวมทั้งสิ้น 75 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ใน พ.ศ. 2558 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาควบคุมโรค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาการจัดการสุขภาพชุมชน 3) เป็นผู้นำชุมชน 4) เป็นคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านยวด 5) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

ควบคุมโรคระดับอำเภอและระดับตำบล 6) เป็นคณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพ 7) ไม่มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างทำการศึกษา และ 8) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ภายใต้แนวคิดกระบวนการธรรมนูญสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน เมษายน 2561 ถึง เดือน มิถุนายน 2561 โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (Preliminary Phase)

สัปดาห์ที่ 1 ประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในระหว่างวันที่ 2-6 เมษายน 2561

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ PAOR

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

สัปดาห์ที่ 2-3 ประชุมคณะทำงานเพื่อสร้างความเข้าใจในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน จัดประชุมเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินงานวิจัย (Pre-test) ในระหว่างวันที่ 9-20 เมษายน 2561

ขั้นที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action)

สัปดาห์ที่ 4-8 การยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล จัดเวทีเพื่อพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพ ปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ดำเนินการตามแผนปฏิบัติ

การ (นำแผนสู่การปฏิบัติ ได้แก่ โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี) ดำเนินการในระหว่างวันที่ 23 เมษายน 2561 ถึง 26 พฤษภาคม 2561

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

สัปดาห์ที่ 9 นิเทศติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล ประเมินผลการดำเนินงานภายหลังจากร่วมกิจกรรม (Posttest) ในระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม 2561 ถึง 2 มิถุนายน 2561

สัปดาห์ที่ 10 สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน ของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการแก้ไขข้อผิดพลาดในระหว่างดำเนินการ ดำเนินการในระหว่างวันที่ 5-7 มิถุนายน 2561

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

สัปดาห์ที่ 11 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทบทวนกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกำหนดแนวทางและมาตรการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จนกระทั่งได้รูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงาน คือ PROTECT Model ดำเนินการในระหว่างวันที่ 14-15 มิถุนายน 2561

สัปดาห์ที่ 12 ถอดบทเรียน เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ได้แก่ D-H-B (D: Development, H: Harmony, B: Best Behavior) ดำเนินการในระหว่างวันที่ 20-21 มิถุนายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 3 บทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 5 พฤติ

กรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา และความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในคำถามแต่ละข้อ และมีการตรวจสอบหาความเที่ยงโดยนำไปทดลอง (Try out) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านความรู้ใช้ KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามที่วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)⁸ ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ได้ค่าเท่ากับ 0.68 ด้านการมีส่วนร่วม ได้ค่าเท่ากับ 0.74 ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ได้ค่าเท่ากับ 0.63 และความพึงพอใจ ได้ค่าเท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ข้อมูลสถานการณ์

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 75 คน พบว่า เป็นเพศชาย 30 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 เพศหญิง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 53.09 ปี สูงสุด 75 ปี ต่ำสุด 31 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 54.0 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 89.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.67 รองลงมาคือ

มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 77.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 7,542 บาท สูงสุด 35,000 บาท ต่ำสุด 1,800 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4,000 บาท โดยส่วนใหญ่ในชุมชนมีแหล่งน้ำสาธารณะสำหรับจับปลาได้ ส่วนใหญ่ไม่กินปลาในแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน มีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ และโดยส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

การวางแผน (Planning) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ เพื่อหาปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมี 3 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยด้านบริบทและสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 3 ประเด็น จึงได้มีการกำหนดแนวทางในป้องกันการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม

1.1) ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล ที่ส่งผลต่อการเกิดวงจรโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2) ห้ามไม่ให้สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงเข้ามาในบริเวณแหล่งน้ำ โดยการจัดบริเวณแนวรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยงเข้าใกล้บริเวณแหล่งน้ำ

1.3) กำหนดมาตรการหรือข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ การดูแลสัตว์เลี้ยงของตนไม่ให้เข้ามาขับถ่ายใกล้บริเวณแหล่งน้ำ ไม่นำอุจจาระมาทิ้งหรือปล่อยลงใกล้บริเวณแหล่งน้ำ และห้ามไม่ให้รถสูบสิ่งปฏิกูลมาทิ้งสิ่งปฏิกูลใกล้แหล่งน้ำ ไร้ ท่งนา เป็นต้น

1.4) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการหมู่บ้านทุกฝ่าย รับหน้าที่ในการสอดส่องดูแลแหล่งน้ำ

1.5) ขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำส้วมสาธารณะ

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค

2.1) การคัดกรองตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ การรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงสุกด้วยความร้อน

2.3) สร้างความตระหนักโดยให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามแบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) อย่างต่อเนื่อง

3.2) การประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน

3.3) สร้างบุคคลต้นแบบ หรือครอบครัวต้นแบบ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค

3.4) ให้ศึกษาในโรงเรียน เพื่อปลูกฝังให้เด็กวัยเรียน ได้รู้จักวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจ ในการจัดธรรมนูญสุขภาพตำบล แต่งตั้งคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล และจัดทำแผนงาน/โครงการ ประกอบด้วย 1 โครงการ 5 กิจกรรม ได้แก่

โครงการอบรมแกนนำอาสาสมัครพิทักษ์โรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมประกอบด้วย 1) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มแกนนำสุขภาพ 2) การติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ 3) รณรงค์แบบเคาะประตูบ้าน 4) การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว 5) คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวีปลอดภัยใบไม้ตับ”

การลงมือปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการที่วางไว้ และกระบวนการขั้นตอนของธรรมนูญสุขภาพ ได้แก่ ยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน และได้รับทราบถึงความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การจัดเวทีพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพและรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล และประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล

การสังเกตการณ์ (Observation) นิเทศติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ซึ่งก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาประชาชนมีความรู้ระดับสูง และประชาชนให้ความร่วมมือในการสมัครใจเข้าร่วม “ครอบครัวต้นแบบ ปลอดภัยใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี” จำนวนทั้งสิ้น 682 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 73.18 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 60 ขึ้นไป ประชาชนที่มีเคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การสะท้อนผล (Reflection) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบเบื้องต้นในการดำเนินงาน คือ PROTECT

Model ประกอบด้วย P: People Centered คือประชาชนเป็นศูนย์กลาง เน้นความต้องการแก้ไขปัญหাসุภาพของประชาชน R: Responsibility ซึ่งจำเป็นต้องมีคณะกรรมการดำเนินงานพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ O: Originality รวมถึงการทบทวนชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามความมุ่งหวังของชุมชน T: Technical การได้รับข้อมูลสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญ E: Empowerment แรงจูงใจหรือการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวชุมชน และภาคีเครือข่าย C: Community การกำหนดมาตรการในชุมชนเพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบท และ T: Teamwork การทำงานเป็นทีมที่มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานร่วมกัน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ บทบาท การมีส่วนร่วม พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 1

2.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 75)

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

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา

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

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 การเปรียบเทียบค่าคะแนน ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 3

2.4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการปฏิบัติ

ตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 4

2.5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา

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

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

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

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=75)

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

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

จากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 11 ขั้นตอน ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงาน คือ PROTECT Model โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จตามกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน คือ D-H-B ดังรายละเอียดต่อไปนี้ D: Development หมายถึง การพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับบริบทและปัญหาในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีขึ้น H: Harmony หมายถึง ความสามัคคีของคณะกรรมการดำเนินงาน รวมถึงการให้ความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน B: Best Behavior หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนได้ถูกสุขลักษณะอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี มีประเด็นที่น่าสนใจมีดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) ดังนี้

1.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) จากการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน แต่งตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ ซึ่งได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน จึงได้แผนงาน/โครงการทั้งสิ้น 1 โครงการ 5 กิจกรรม ได้แก่ โครงการอบรมให้ความรู้แก่นักอาสาสมัครพิทักษ์พยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 23 คน 3) รมณรงค์ให้ประชาชนลด ละ เลิก กินปลาดิบ แบบเคาะประตูบ้าน 4) คาราวาน “คนอีสานสุขภาพดี ชีวิตปลอดพยาธิใบไม้ตับ” 5) ครอบครัวต้นแบบ ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสอดคล้องกับ ประกันชัย ไกรรัตน์ (2559)⁹ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอย พบว่า ก่อนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะได้มีการทบทวนและสนทนากลุ่มเพื่อปรับทัศนคติของคณะกรรมการบางส่วน และจึงร่วมวางแผนจัดกิจกรรม/โครงการ

1.2 ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน ได้รับทราบถึงความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ คณะกรรมการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพได้มีการร่วมกันวางแผน กำหนดเป้าหมายดำเนินงาน โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จึงได้มีมาตรการในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นำมาสู่การร่างเป็นธรรมนูญสุขภาพฉบับแรก จากนั้นจึงได้มีการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจาก

ประชาชน และคณะกรรมการทุกฝ่าย เพื่อพิจารณาปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพก่อนการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ

1.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ที่พบในการดำเนินงาน ซึ่งจากการติดตามผลการดำเนินงาน พบว่า ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบ รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเบื้องต้น เรียกว่า PROTECT Model สอดคล้องกับ รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2554)¹⁰ ได้ศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยใช้กระบวนการ AIC พบว่า หลังการศึกษา ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้ความตระหนักถึงการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ นิศร ผานคำ (2557)¹¹ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชน พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยของระดับการศึกษา ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ บทบาทการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพึงพอใจ หลังการพัฒนาพบว่า ค่าคะแนน

เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ บทบาทการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2550)¹² ได้ทำการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ วีระพล วิเศษสังข์ (2560)¹³ ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ผลจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนออกมาเป็นรูปแบบ DHB ประกอบด้วย D: Development หมายถึง การพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมและยอมรับร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน H: Harmony หมายถึง ความสามัคคีและความสอดคล้องกันขององค์ประกอบต่างๆในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ B: Best Behavior หมายถึง การเสริมพลังให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนที่ดีอย่างต่อเนื่อง จากงานวิจัยพบว่า มีผลการดำเนินงานทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบท การมีส่วนร่วม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้คณะกรรมการดำเนินงานจะต้องมีการติดตามและมีการประสานงานอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวช ดร.บุญทนากร พรหมภักดี และคุณฤทธิรงค์ บุรพันธ์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ นายกเทศมนตรีตำบลบ้านยวด ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้แทนสถานศึกษาทุกแห่ง คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่มีได้กล่าวถึง ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบคุณ ครอบครัว และพี่น้องที่คอยเป็นกำลังใจ ตลอดจนให้ความรัก ความห่วงใยตลอดมา และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าว นามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐรุจ แก้วพิบูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2553; 12(1): 49-63.
2. ณัฐรุจ แก้วพิบูลย์. รายงานการวิจัยการศึกษาคุณลักษณะของทูลูนในพยาธิใบไม้ตับออร์พิสทอร์คิส วิเวอร์รีนิ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2558.
3. บรรจบ ศรีภา, พงรัตน์ ยงวนิช, ขวลิท ไพโรจน์กุล. สาเหตุและกลไกการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี: ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ. วาสารศรีนครินทร์เวชศาสตร์. 2548; 20(3): 112-34
4. สัญชัย ปิยะพงษ์กุล. กินปลาร้าสุกป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2555. (ม.ป.ท.)
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม. รายงานการตรวจราชการ ประจำปี 2556; 2556.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยวด. รายงานสรุปผลโครงการป้องกันและแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ปี 2558; 2558.
7. Kemmis, S, & Mc Taggart, R. (Eds.). The action research planner. 3rded. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika 1951; 16: p 297-334.
9. ประกันชัย ไกรรัตน์. การพัฒนารูปแบบขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอย เขตเทศบาลตำบลวิเศษ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
10. รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต; 2554.
11. นิสร ผานคำ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับชุมชน ตำบลน้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
12. รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ม.ป.ท.: 2550.

13. วีระพล วิเศษสังข์. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะยุ้ง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.