**พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์**

1. **หลักการและเหตุผล**

องค์การอนามัยโลกจัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่สำคัญอันดับต้นๆของโลก ส่วนใหญ่พบเป็นโรคที่ระบาดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้บริเวณพื้นที่ตอนใต้ของ ไซบีเรียและทวีปยุโรปตะวันออก (World Health Oganization [WHO], 1997) พยาธิที่ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ *Opisthorchis viverrini* ซึ่งถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็ง พยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ร่างกายคนได้ โดยคนกินปลาที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับเข้าไปโดยบังเอิญ สาเหตุหลักจากการรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก จากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เช่น ก้อยปลา ที่ปนเปื้อนตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ พยาธิตัวเต็มวัยขณะมีชีวิตพบอยู่ในทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีของตับในคน ปัจจุบันมากกว่า 6 ล้านคนมีความเสี่ยงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่พบในคนที่อาศัยอยู่ใกล้ชิดแหล่งน้ำลำคลอง ที่มีพฤติกรรมชอบกินปลาน้ำจืด ดิบๆ เช่น ลาบปลา ก้อยปลา ปลาร้าดิบ ปลาจ่อม ทำให้เกิดการสะสมของพยาธิใบไม้ตับซึ่งมีปลาน้ำจืดเป็นพาหะโรคพยาธิใบไม้ตับพบเป็นสาเหตุการตาย ร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด (ธนพร หล่อปิยานนท์,2552)

ในประเทศไทย โรคพยาธิใบไม้ตับ พบแพร่ระบาดในประชาชนทุกภูมิภาค คาดว่าคนไทย ร้อยละ 10 หรือ 6 ล้านคน มีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในตัวบางพื้นที่ยังคงพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับสูงโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.6 (กรมควบคุมโรค,2555) กระทรวงสาธารณสุขพบรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีถึง ปีละ 28,000 ราย เฉลี่ยมีคนเสียชีวิตวันละ 76 ราย พบว่าประชาชนระดับหมู่บ้านในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึง ร้อยละ 85.2 (กระทรวงสาธารณสุข,2555 ) ซึ่งแสดงว่าปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาที่สำคัญ และก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก เพราะประชาชนนิยมบริโภคปลาร้าดิบ ลาบหรือก้อยปลาดิบ หรือ สุกๆ ดิบๆ ประเทศไทยจากรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2551- 2553 พบ อัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้ 0.56, 0.47 และ 1.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์ และสรญา แก้วพิทูลย์, 2553) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนสูงถึง 80,000 บาทต่อราย หรือ 22,400 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น,2553)

ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 7 ขอนแก่น ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม ขอนแก่น และกาฬสินธุ์ พบพยาธิใบไม้ตับมากตามลำดับคือคือกาฬสินธุ์ ร้อยละ 22.3 ร้อยเอ็ด ร้อยละ 18.9 มหาสารคาม ร้อยละ 16.8 และ ขอนแก่นร้อยละ11 ส่วน ตามลำดับ (สำนักงานสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น,2553) ซึ่งแสดงว่าปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ และก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในทุกพื้นที่ในประเทศไทย ให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ 5 ในปี 2559 (สำนักนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) จึงนำไปสู่การกำหนดนโยบายและดำเนินมาตรการ “อีสานไม่กินปลาดิบ” โดยมีการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ไห้รณรงค์ผ่านสื่อทุกช่องทางทำให้ความชุกของโรคลดลงและสามารถลดปัญหามะเร็งท่อน้ำดีลงได้ในระดับหนึ่ง แต่ขาดความต่อเนื่อง ซึ่งยังขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ในการสร้างจิตสำนึกและค่านิยมของคนไทย ทำให้อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังลดลงไม่มากนัก (กระทรวงสาธารณสุข,2555)

สถานการณ์การโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราความชุกเป็นอันดับหนึ่งของพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 7 ขอนแก่น คือ ร้อยละ 22.3 จากการคัดกรองด้วยวาจาประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน อ.กมลาไสย, ฆ้องชัย,สหัสขันธ์ และอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ซึ่งมีพื้นที่อยู่ใกล้ชิดกับแหล่งน้ำ พบว่าร้อยละ 13 เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 87 เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายสำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์ และได้เล็งเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งได้หาแนวทางแก้ไขมาโดยตลอด ปี พ.ศ. 2555 จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้เข้าร่วม ยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” เพื่อเป็นแนวทางในการลดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ ต่อไป

จากสภาพทางภูมิศาสตร์ของอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ชิดกับแหล่งแม่น้ำจากเขื่อนลำปาว ลำห้วย คลอง บึง และเป็นแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์ จากข้อมูลพบว่าอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคเนื้องอกร้ายที่ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตอำเภอห้วยเม็ก ปี 2552 - 2556 เท่ากับ 49.41 ,53.22, 53.22, 33.32, 41.15 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ,2557) จากการรายงานโรค ตำบลหัวหิน พบอัตราป่วย ด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2554 – 2556 ดังนี้ 0.75, 0.63, 0.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ,2557) จากการดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ใน ปี 2557 ตำบลหัวหิน พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 736 คน คิดเป็นร้อยละ 39.83 พบกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับและได้รับยารักษา จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.67 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก,2558) จากการสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า ประชาชนเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและพบอัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับสูงเป็นอันดับต้นๆของอำเภอ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบหรือดิบๆสุกๆ เช่น ก้อยปลา ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรวมทั้งการรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้าดิบ ปลาส้ม ปลาจ่อม และพฤติกรรม ขับถ่ายตามทุ่งนา อีกด้วยหากไม่มีการดำเนินการควบคุมโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่องอาจจะทำให้สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับกลับมาเป็นปัญหารุนแรงขึ้นได้อีก

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ มีการให้ความรู้ว่าการกินปลาดิบทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้เลิกรับประทานปลาดิบได้อย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่มีมาช้านาน ดังนั้น หากต้องการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างจริงจัง ต้องอาศัย การมีส่วนร่วมจากในชุมชนและที่สำคัญจากตัวของบุคคลเอง โดยเฉพาะคนที่เป็นแกนนำหลักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของตนเอง และเป็นแบบอย่างให้แก่สมาชิกในครอบครัว และส่งเสริมโดยการให้เกิดแรงสนับสุนนทางสังคม จากคนในครอบครัวเอง และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ในการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ จากการศึกษา ของ รุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2550) พบว่า ได้ศึกษาผลของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P < 0.05) และมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.01) และการศึกษาของ สุวิมล ขอพลและคณะ (2557) ได้ศึกษาการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR)โดยเน้นความร่วมมือและการพึ่งพาตนเองของชุมชน มาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์การดื่มสุราและดำเนินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่มีการจัดตั้งทีมวิจัยท้องถิ่นจากประชากร หมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ และมีทีมวิจัยพี่เลี้ยงเป็นผู้ช่วยเหลือ เพื่อดำเนินการตามกระบวนการวิจัย PAR โดยสรุปจำนวน 6 ขั้น ตอน คือ 1) การนำเสนอปัญหาการดื่มสุราต่อชุมชน 2)การตั้งทีมวิจัยท้องถิ่นประกอบด้วยคนในชุมชนเองและทีมวิจัยพี่เลี้ยงประกอบด้วยนักวิจัยเครือข่าย 3) การอบรมให้ความรู้ระเบียบวิธีการวิจัยอย่างง่าย แก่ทีมวิจัยท้องถิ่นและสร้างเครื่องมือวิจัย 4) ทีมวิจัยท้องถิ่นลงเก็บข้อมูลในชุมชนด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์5) นำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์ได้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราในชุมชนป้อนกลับสู่ตัวแทนชุมชน 6) ชุมชนร่วมกันดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชน พบว่า ผลการดำเนินการชุมชนและผู้นำชุมชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของชุมชน และร่วมกันดำเนินการโครงการปลอดเหล้าในงานศพของชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ และมีการขยายโครงการไปดำเนินการในทุกหมู่บ้าน จำนวน 14 หมู่บ้าน ของตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้นำและชาวบ้านในชุมชนจำนวนหนึ่ง สามารถ ลดและเลิกดื่มสุราได้ มีความต่อเนื่องของโครงการวิจัยโดยเทศบาลตำบลป่าไผ่นำโครงการงดเหล้าในงานศพไปดำเนินการต่อการดำเนินโครงการงดเหล้าในงานศพของชุมชน ชุมชนมีความพึงพอใจเข้าร่วมดำเนินการ เนื่องจากเห็นประโยชน์และผลกระทบในการลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจที่ชัดเจน รูปแบบการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้สามารถนำไปใช้เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้เป็นต้นแบบในชุมชนอื่นได้

ดังนั้น เพื่อให้การตระหนักถึงโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี และเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างถาวร จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จากแนวคิดที่ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการได้รับอันตราย และมีการส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากแนวคิดหลักของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) และได้วางแผนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้มีความสำเร็จตามความมุ่งหมายได้อย่างมีประสิทธิผล จึงมีความสำคัญต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน ทั้งยังเป็นการเสริมสร้างและขยายองค์ความรู้และการนำองค์ความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และส่งผลให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชนร่วมกัน มีแนวทางในการแก้ปัญหา ภายใต้การนำของผู้นำชุมชน เกิดการทำงานเชิงระบบ มีโครงการและกิจกรรมรองรับต่อเนื่อง ยั่งยืน เกิดการประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ ให้มีส่วนร่วมและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

## คำถามการวิจัย

การมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถ พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ดีขึ้น ได้หรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษา การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับ ในเขตพื้นที่ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับที่เหมาะสมกับชุมชนในบริบทของตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2.3 มีเครือข่ายจากองค์กรต่าง ๆ ร่วมมือกันมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในชุมชน

3.3.4 เพื่อระบุปัญหา อุปสรรค์ข้อเสนอแนะในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับที่เหมาะสมกับชุมชนในบริบทของชุมชน ในตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

## สมมติฐานการศึกษา

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ มะเร็งท่อน้ำดี ที่เหมาะสมกับชุมชนในบริบทของตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงติดโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี

**5. ขอบเขตการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ มะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านต้นแบบ ปี 2559 คือ หมู่ 3 ,4 และหมู่ 7 ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3 กระบวนการ คือ กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) กระบวนการประชุม เชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference, FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation, AIC) ระยะเวลาดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 ถึง เดือน เมษายน 2560

**6. คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และตรวจสอบยืนยันโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งมีคำนิยามศัพท์ที่สำคัญ ดังนี้

6.1 ตัวชี้วัดความสำเร็จของรูปแบบการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ หมายถึง

6.1.1 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข,2556) ตามเกณฑ์ชี้วัดแบบขั้นบันได 5 ขั้น 5 ประเด็น ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การให้คุณค่าในการทำงาน การพัฒนาบุคลากรและการจัดสรรทรัพยากร การดูแลสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ก่อนและหลังดำเนินงาน

* + 1. อัตราการตรวจพบ หรือความชุกของโรคหนอนพยาธิก่อนและหลังดำเนินงาน

6.1.3 พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการติดโรคหนอนพยาธิใบไม้ในตับ ก่อนและหลังดำเนินงาน

6.2 วิธีการดำเนินงานหมายถึงขั้นตอนและกระบวนการหลักในการดำเนินโครงการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

6.2.1 การสร้างและพัฒนาทีมร่วมวิจัยในชุมชน โดยการคันหาบุคคลที่สนใจและสมัครใจร่วมโครงการในการร่วมศึกษาในครั้งนี้ ประมาณ 60 คน โดยให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ แล้วพัฒนาให้มีความรู้ในการศึกษาวิจัย กล่าวคือ การเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แปรผลอย่างง่าย แล้วนำเสนอข้อมูลย้อนกลับในชุมชน โดยมีขั้นตอนและมีส่วนร่วมดังนี้

6.2.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ศึกษาบริบทชุมชนเพื่อทราบปัจจัยสภาพแวดล้อม การเก็บข้อมูลจากแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการติดโรคหนอนพยาธิ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สำรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ (Verbal screening) เสี่ยงต่อการติดโรคหนอนพยาธิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) บริการตรวจหาไข่พยาธิในกลุ่มเสี่ยงผ่านการคัดกรองซ้ำ ด้วย Kato’s thick Smear เพื่อทราบปัจจัยการจัดบริการ และสำรวจข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แล้วรวบรวม วิเคราะห์ ประมวลผล นำเสนอข้อมูลให้ชุมชน

6.2.3 สร้างกระบวนการรับรู้ และให้ชุมชนได้ตระหนักต่อปัญหาผ่านกลไกความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กล่าวคือ ระบบเครือญาติ สังคมมติ ฯ กลไกงานประจำของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

6.2.4 สร้างเวทีเพื่อการเรียนรู้ และพัฒนา

* 1. สำรวจข้อมูล การรับรู้ของโดยประยุกต์ใช้แนวคิด Health belief model วิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดแนวทางให้ความรู้ เครื่องมือ ช่องทางสื่อสาร สื่อให้สุขศึกษา
  2. พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ ตามกลุ่มระดับความเสี่ยง ช่องทางการรับรู้สื่อที่เข้าใจง่ายสะดวก
  3. พัฒนาการให้ความรู้ สาธิตการปรุงอาหาร ครอบครัวเสี่ยง บุคคลที่มีความเสี่ยง ในการติดโรคซ้ำ

6.2.5 บูรณาการเข้าถึงกับงานประจำและกิจกรรมในชุมชน

1. จัดปฏิทินงานร่วมกิจกรรมกับภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการร่วมกัน
2. จัดเยี่ยมบ้านประเมินสภาพแวดล้อมครอบครัวที่มีความเสี่ยง
3. จัดให้บริการความรู้ สื่อสุขศึกษาแก่ภาคีเครือข่าย กลุ่มแกนนำ
4. สำรวจประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินการดำเนินงานของทีมวิจัยชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพระดับตำบล (DHS) สำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการกิจกรรมต่างๆในชุมชนแต่ละหมู่บ้านภายใต้เงือนไข ดังนี้

(1) เสนอให้ชุมชนและผู้ร่วมวิจัยร่วมกิจกรรมในชุมชนทุกกิจกรรมและทุกขั้นตอน

1. การพัฒนาทักษะที่จำเป็นผ่านกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกับเจ้าหน้าที่

(3) บุคลากร ภาคีเครือข่ายทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ และกระบวนการ

(4 ) กำหนดแนวทางร่วมกันให้มีความยืดหยุ่นและลดความเป็นทางการ

(5) กำหนดแนวทาง กิจกรรมร่วมกันเพื่อบูรณาการเข้ากับวิถีชีวิต วัฒนธรรม กิจกรรมในชุมชน

(6) จัดกระบวนการการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง

**7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 ประชาชนตำบลหัวหินมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7.2 ทีมผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่าย ชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดีเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการป้องกัน ควบคุมโรคหนอนพยาธิใบไม้ในตับไปประยุกต์ใช้ในการทำงานกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

7.3 บุคคลและหน่วยงานของรัฐสามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าหรือทำการศึกษาวิจัยต่อไป

**บทที่ 2**

**วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการมีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. การมีส่วนร่วม เทคนิคพื้นฐานกระบวนการมีส่วนร่วม

* 1. กระกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal)
  2. กระบวนประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference)
  3. กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์(Appreciation Influence Control)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

**1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ**

**1.1 ความหมายของโรคพยาธิใบไม้ตับ**

สุรเกียรติ อาชานุภาพ (2551) โรคพยาธิใบไม้ตับ คือ โรคที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับOpisthorchis viverini ซึ่งเป็นพยาธิที่อาศัยอยู่ในปลาที่มีเกร็ดที่มีอยู่ในน้ำจืด ตาม ลำห้วย คลองหนอง บึง เช่นปลาสูด ปลาตะเพียนทราย ปลาสร้อยนกเขา เป็นต้น เมื่อคนกินปลาดิบ ๆที่มีพยาธิเข้าไป ตัวอ่อนของพยาธิก็จะเข้าไปเจริญเติบโตและอาศัยอยู่ในตับอย่างถาวร

กระทรวงสาธารณสุข (2555) พยาธิใบไม้ตับ คือ พยาธิที่มีรูปร่างคล้ายใบไม้ พยาธิชนิดนี้เข้ามาอยู่ในร่างกายคนได้เนื่องจากคนกินปลาที่มีไข่พยาธิหรือตัวอ่อนพยาธิเข้าไป พยาธิเจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัยและอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับคน

จึงสรุปได้ว่า พยาธิใบไม้ตับ คือ พยาธิที่อาศัยอยู่ในปลาที่มีเกล็ดในน้ำจืด เช่น ปลาตะเพียนทราย ปลาสูด ปลาสร้อยขาว เป็นต้น ตัวเต็มวัยลักษณะเหมือนใบไม้ เข้าสู่ร่างกายคนได้โดย คนกินปลาดิบ ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ที่มีตัวอ่อนของพยาธิเข้าไป พยาธิก็จะไปเจริญเติบโตอาศัยอยู่

**1.2 รูปร่างลักษณะ**

พยาธิใบไม้ตับ Opisthorchorchis viverrini อยู่ในวงศ์ Opisthorchidae มีสองเพศใตัวเดียวกันแต่ไม่สามารถแพร่พันธุ์เพิ่มจำนวนในคนได้ ตัวเต็มวัยมีรูปร่างคล้ายใบไม้**มะขาม** คือมีความกว้าง 2-3 มิลลิเมตร ความยาว 5-10 มิลลิเมตร ในขณะมีชีวิตจะมีเนื้อบางใส ปากดูด คอหอย อยู่เกือบปลายสุดของส่วนหัว คอหอยมีขนาดเล็กเป็นกล้ามเนื้อรูปไตทั้งสองข้างประกบกัน หลอดอาหารสั้น ลำไส้แยกเป็นสองแขนงยาวไปยังด้านข้างและส่วนท้ายของลำตัว ventral sucker อยู่ประมาณ 1 ใน 5 ของลำตัวส่วนหัว ในรังไข่มีลักษณะเป็นกลีบขนาดค่อนข้างเล็กอยู่ประมาณ 2 ใน 3 ของลำตัวส่วนหน้า ไข่จะมีรูปร่างเป็นวงรี เป็นกระเปาะ มีฝาปิดตรงปลายข้างหนึ่ง สีน้ำตาลปนเหลืองเมื่อไข่หลุดออกมาในลำไส้และปนออกมากับอุจจาระใหม่ๆ มีตัวอ่อนไมราซิเดียมที่เจริญเต็มที่อยู่ภายในไข่มีขนาด 22-32 x 11-22ไมโครเมตร พยาธิตัวหนึ่งสามารถออกไข่ได้ 2,000 - 4,000 ฟองต่อวัน (ธนากิต, 2542)

**1.3 วงจรชีวิต** (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536; นิภา จรูญเวสม์ และคณะ, 2532)

พยาธิตัวแก่ที่อยู่ในท่อน้ำดีของตับ จะออกไข่และปนออกมากับท่อน้ำดี แล้วออกภายนอกร่างกาย โดยไข่ของพยาธิใบไม้ตับจะปนออกมากับอุจจาระ ต่อมาหอยได้กินไข่พยาธิใบไม้ตับเข้าไป ตัวอ่อนก็จะเจริญเติบโตในหอยเป็นเซอร์คาเรีย จากนั้นก็จะออกจากหอย ไซทะลุเข้าไปในเนื้อปลา และเจริญเติบโตเป็นเมตาเซอร์คาเรียขดอยู่เป็นซีสต์ เมื่อคนกินปลาดิบ หรือปรุงแบบสุกๆ ดิบ ๆ เข้าไป พยาธิตัวอ่อนก็จะออกมาจากเปลือกของซีสต์ และกลับเข้าไปในท่อน้ำดี และเจริญเติบโตเป็นพยาธิตัวแก่ในตับ รวมเวลา 3 เดือน

**1.4 ระบาดวิทยา**

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย พบในทุกจังหวัดของภาตะวันออกเฉียงเหนือ และบางจังหวัดภาคเหนือ และภาคกลาง เป็นพยาธิที่สามารถเจริญเติบโตได้ในคน และสัตว์ที่เลี้ยงลูกด้วยนม ที่กินปลาเป็นอาหาร พบในเนื้อปลาน้ำจืด เช่น ปลาสูด ปลาตะเพียนทราย ปลาสร้อยขาว เป็นต้น โดยมีเมตาเซอร์คาเรีย เป็นระยะติดต่อ ซึ่งการติดเชื้อจะเกิดตอนปลายฤดูฝน และตอนเข้าสู่หน้าร้อน เชื้อระยะติดต่อ จะติดต่อสู่คนและสัตว์ได้ดี คือเชื้อต้องมีอายุอยู่ในปลาอย่างน้อย 5 อาทิตย์ และเมื่อเชื้ออายุได้ 16 อาทิตย์จะติดดีที่สุด หลังจากนั้นการติดเชื้อจะค่อยๆ ลดลง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536)

**1.5 สาเหตุ**

ในประเทศไทย พยาธิใบไม้ตับที่ทำให้เกิดโรคในคนมี 4 ชนิด คือ คลอนนอร์ลิส ไซเนนสีส (Clonorchis sinensis), โอปิสทอร์คิส เฟลิเนียส (Opisthorchis felineus), โอปิสทอร์คิส วิเวอรินี (Opisthorchis viverini), ฟาสซิโอลา เฮปาติกา (Fasiola hepatica) พยาธิโอปิสทอร์คิส วิเวอรินี เป็นพยาธิใบไม้ตับที่มีความสำคัญและทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536; ธนากิต, 2542) การที่คนติดโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นมีสาเหตุคือ การรับประทานปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่มีพยาธิตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับเข้าไป (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532)

**1.6 พยาธิวิทยาและลักษณะทางคลินิก** (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536; นิภา จรูญเวสม์ และคณะ, 2532)

1.6.1 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา เกิดจากการที่พยาธิตัวแก่ ในท่อน้ำดีทำให้มีการเคลื่อนที่ไปมาจนทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังท่อน้ำดี และการอุดกั้นท่อน้ำดี ซึ่งเป็นผลทำให้เซลล์บุผนังท่อน้ำดีมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นผิดปกติ และหากมีการอุดกั้นโดยตัวพยาธิ น้ำดีจะคลั่งอยู่ภายในส่วนปลาย ท่อน้ำดี ทำให้โป่งพองเป็นแห่ง ๆ บางแห่งจะกลายเป็นซีสต์ และมีการเกิดขึ้นใหม่ของท่อน้ำดีเล็ก ๆ เพื่อช่วยให้น้ำดีไหลเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ได้

1.6.2 ลักษณะทางคลินิก โรคพยาธิใบไม้ตับจะมีอาการมากหรือน้อย ขึ้นกับจำนวนที่ตรวจพบไข่พยาธิและพยาธิตัวแก่ที่มีอยู่ในตับของคนนั้นและระยะเวลาการป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด คือ

1) ชนิดไม่มีอาการ คือจะพบพยาธิตัวแก่ในตับน้อยมากประมาณ 100-200 ตัว ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ การตรวจร่างกายก็จะไม่พบสิ่งผิดปกติ

2) ชนิดอาการอย่างอ่อน คือผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะตรวจพบไข่พยาธิอยู่ในจำนวนพอสมควรประมาณ 1,000 ฟอง ต่ออุจาระ 1 กรัม โดยผู้ป่วยมักมีอาการท้องอืด จุกเสียดแน่นท้องเป็นๆหายๆ มีความรู้สึกร้อน บริเวณตับใต้ชายโครงขวาหรือตรงลิ้นปี่ โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้การรักษาด้วยยาจะได้ผลดีมาก

3) ชนิดอาการอย่างปานกลาง คือผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการของพยาธิใบไม้ตับชัดเจน มีไข่พยาธิในอุจาระประมาณ 10,000-30,000 ฟอง ต่ออุจาระ 1 กรัม มักมีอาการท้องขึ้นท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย เป็น ๆ หาย ๆ รู้สึกเจ็บตื้อและร้อนบริเวณตับ บางครั้งอาจมีไข้ต่ำ ๆ ในบางรายมีอาการท้องเดิน สับเปลี่ยนกับท้องผูก ซึ่งในรายที่เป็นค่อนข้างรุนแรงอาจเบื่ออาหารผอมลง และมีอาการขาดอาหารร่วมด้วย

4) ชนิดอาการรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือระยะสุดท้ายของโรค เพราะมีจำนวนพยาธิมาก และติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่าสิบปีขึ้นไป ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ ทั้ง 3 ชนิดที่กล่าวมา เบื่ออาหาร ผอมมาก ตับอาจโตเป็นซีสต์หรือเป็นตับแข็ง ในผู้ป่วยบางรายก็เป็นเนื้องอกในตับซึ่งทำให้เสียชีวิตในที่สุด

**1.7 การติดต่อ** (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536)

โรคพยาธิใบไม้ตับสามารถติดต่อสู่คนได้โดยการที่คนรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงไม่สุก หรือปรุงแบบสุก ๆ ดิบ ๆ โดยเฉพาะ ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาจ่อม ส้มปลาดิบ ปลาร้าดิบ เป็นต้น

**1.8** **การวินิจฉัย** (ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุลและคณะ, 2549; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2545;วันชัย มาลีวงษ์ และคณะ, 2544)

1. ภูมิลำเนาของผู้ป่วยและอาการแสดงทางคลินิก ถ้าผู้ป่วยมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคเหนือ มีอาการเหลือง ตับโต ควรนึกถึงโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. การตรวจอุจจาระ เป็นวิธีทั่วไปที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. การตรวจวินิจฉัยโดยใช้การตรวจสอบน้ำเหลืองในโรคพยาธิใบไม้ตับ พยาธิใบไม้ปอดพยาธิใบไม้ลำไส้ และพยาธิใบไม้เลือด มักจะให้ผลบวกเป็นกรุ๊ปกล่าวคือ ให้ผลบวกปลอมในระหว่างพยาธิใบไม้ด้วยกันเองในอัตราที่ค่อนข้างสูง วิธีที่ใช้กันคือ การทดสอบ ผิวหนังด้วยแอนติเจน การทดสอบโดยวิธีคอมปลีเมนต์ ฟิคเซชั่น และโดยวิธีอินไดเรค ฮีแมกกลูติเนชั่น ซึ่งวิธีการเหล่านี้อาจให้ประโยชน์บ้างพอสมควร ทั้งนี้จะต้องระมัดระวังในการที่จะแปลผลของการทดสอบนั้น ๆ ด้วย

4. การวินิจฉัยโดยการตรวจพยาธิตัวแก่ พยาธิใบไม้ตับตัวแก่ อาจได้จากการผ่าศพในรายที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้วหรือได้จากการผ่าตัดทางช่องท้อง เช่น การผ่าตัดถุงน้ำดี และการผ่าตัดตับ เป็นต้น บางรายก็อาจได้จากน้ำที่ดูดจากซีสต์ของตับ

5. ตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่ของพยาธินี้เป็นวิธีที่ดีและเชื่อถือได้มากที่สุด ตรวจโดยวิธีธรรมดา (Simple smear) หรือวิธีเข้มข้น Kato’s thick smear technique

6. ตรวจโดยวิธีอิมมิวโนวินิจฉัย (Immunodiagnosis) ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาไข่พยาธิได้ เพราะสภาพของโรคเรื้อรังมีทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร ในผู้ป่วยที่ทางเดินน้ำดีอุดตัน ต้องวินิจฉัยแยกจากสาเหตุอื่นๆ เช่น Cholangitis, Liver carcinoma เป็นต้น

**1.9 วิธีตรวจอุจจาระหาโรคพยาธิใบไม้ตับ**

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิในประชาชนโดยใช้ วิธี Kato’s thick smear ซึ่งวิธีนี้นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน สะดวก รวดเร็ว และค่อนข้างประหยัด ประสิทธิภาพสูง สามารถพบไข่พยาธิได้เกือบทุกชนิด ประภาศรี จงสุขสันติและธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ (2536) ได้อธิบายวิธีการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato’s thick smear ดังนี้

**วิธี Kato’s thick smear**

เป็นวิธีของ Kato และ Miura เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบันเนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว ค่อนข้างประหยัด และมีแม่นยำสูง

**1. อุปกรณ์ตรวจ**

1.1 กล้องจุลทรรศน์

1.2 กระจกสำหรับตรวจ (สไลด์)

1.3 แผ่นกระดาษแก้ว (กระดาษเซลโลเฟน) ขนาด 2.2 x 3 ซม. ต้องแช่น้ำ

กรีเซอร์รีน-มาลาไคท์กรีน อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ก่อนใช้ตรวจ

1.4 น้ำยากรีเซอร์รีน-มาลาไคท์กรีน ประกอบด้วยกรีเซอรีน 100 ส่วนน้ำกลั่น (หรือน้ำสะอาด , ฟีนอล 6%) 100 ส่วนน้ำยา 3% มาลาไคท์กรีน 1 ส่วน

1.5 ไม้จิ้มฟัน

1.6 จุกยางเบอร์ 7 หรือ 8

1.7 ปากคีบ

1.8 กระดาษชำระ

**2. วิธีปฏิบัติ**

1.ตักอุจจาระที่จะตรวจประมาณ 60 มิลลิกรัม หรือประมาณเท่าเมล็ดถั่วเขียวลง

บนกระจกสไลด์

2. ใช้ไม้จิ้มฟันเขี่ยอุจจาระให้กระจายทั่วแผ่นสไลด์

3. วางแผ่นกระดาษแก้ว (กระดาษเซลโลเฟน) บนอุจาระที่เขี่ยแล้ว

4. ใช้จุกยาง ปีบเป่าลมให้แห้ง หรือผึงลมให้แห้ง

5. นำไปส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์

**ความแม่นยำในการตรวจอุจจาระด้วยวิธีการต่างๆ**

เนื่องจากการตรวจอุจจาระเพื่อวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิด้วยกล้องจุลทรรศน์กระทำได้

หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีจะให้ความแม่นยำในการตรวจที่แตกต่างกันอยู่บ้าง ในการนี้ได้มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจหาหนอนพยาธิชนิดต่างๆ ไว้ดังนี้

**จำนวนไข่พยาธิใบไม้ตับต่ออุจจาระ 1 กรัม (E.P.G) ฟอง** (ประภาศรี จงสุขสันติกุล และธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์, 2536)

ถ้าพบน้อยกว่า 1,000 ฟอง ระดับความรุนแรงต่ำ

ถ้าพบ 1,000 - 9,999 ฟอง ระดับความรุนแรงปานกลาง

ถ้าพบ 10,000 - 29,999 ฟอง ระดับความรุนแรงสูง

ถ้าพบมากกว่า 30,000 ฟอง ระดับความรุนแรงสูงมาก

**1.10 การรักษา**

การค้นหาผู้ป่วยด้วยการตรวจอุจจาระ เมื่อพบไข่พยาธิใบไม้ตับแล้วให้มักจะให้การรักษาด้วยวิธีจ่ายยา Praziquantel 600 mg ซึ่งยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด

ส่วนการรักษาที่ดีที่สุด คือการมุ่งประเด็นไปที่ตัวของบุคคล คือการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก ทำใหม่ และสะอาด ขับถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ทุกครั้ง การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาในช่วงระยะเวลาสั้นเท่านั้น ไม่ใช่การรักษาที่ดีที่สุด

**1.11 การควบคุมป้องกัน**

1. ให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ประชาชนเลิกรับประทานปลาดิบ หรือสุก ๆดิบ ๆ เช่น ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาจ่อม

2. ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ประชาชนใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

3. ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนให้ทราบถึง อันตราย วิธีการติดต่อ การควบคุมป้องกันตลอดจนแนะนำ การเข้ารับการคัดกรองตรวจหาพยาธิใบไม้ตับเพื่อลดอัตราการแพร่กระจายของโรคให้น้อยลง

4. ให้การรักษาผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับทุกราย เฝ้าระวัง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการไม่รับประทานปลาดิบ การขับถ่ายลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

จากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ป้องกันหากประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแนวทางให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อันตรายจากการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งอาจส่งผลในระยะยาวทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยให้สุขศึกษา การรณรงค์การงดรับประทานอาหารดิบ ๆ สุก ๆ ควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย และลดการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับได้

**2. แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม**

**2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม**

การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ต้นจนจบ เริ่มตั้งแต่การให้ความสำคัญของประชาชนเท่าเทียมกัน ประชาชนจะร่วมกันรับรู้ ร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผล จนสิ้นสุดกระบวนการ และประชาชนต้องมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของรับประประโยชน์ในการดำเนินงานร่วมกัน อีกด้วย และมีผู้ได้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้มากมาย

รันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2550) กล่าวว่าการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปเกี่ยวข้อง (Involvement) ทางความคิด, จิตใจ, อารมณ์และทางกาย การมีส่วนร่วมมีความหมายมากกว่าการเป็นส่วนหนึ่ง (Sense and belonging) การมีส่วนร่วมมีความหมายทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ (Quantitative and qualitative) การมีส่วนร่วมครอบคลุมทั้งมิติด้านความสามารถ เวลา และโอกาสที่จะมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมเป็นการกระทำ (Action) จึงมีทั้งผู้กระทำ (The actor) ผู้ถูกกระทำหรือผู้รับผล (The recipient) และสาธารณชน (The public) ผู้เป็นบริบทของการกระทำ

อรพินท์ สพโชคชัย (2551) การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะร่วมเสนอปัญหา เสนอประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องร่วมคิด ร่วมค้นหาแนวทางร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนา ให้ดีขึ้นไป

จุฬาภรณ์ โสตะ (2554) การมีส่วนร่วม หมายถึง บุคคล หรือ ตัวแทนกลุ่ม เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน อาจจะมีส่วนร่วมเป็นบางส่วนหรือ มีส่วนร่วมตลอดโครงการ โดยเริ่มจาก การร่วมคิด ร่วมเสนอแนวทาง ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และรับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ บุคคลเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง และรับผิดชอบต่อภารกิจร่วมกับผู้อื่น

มธุรดา ศรีรัตน์ (2554) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานทั้งด้านการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ ความรับผิดชอบ การวางแผนปฏิบัติงาน ตลอดจนการประเมินผล โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดจากการบริหารงานในองค์การ

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชน บุคคล หรือตัวแทนกลุ่มคน ตัดสินใจเข้าร่วมในการดำเนินงานในการแก้ปัญหาร่วมกัน ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ โดยที่การเข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นจะต้องมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

**2.2 ความสำคัญของประโยชน์การมีส่วนร่วม**

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม (พรทิพย์ คำพอ และคณะ, 2544) กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทุกคนที่ต้องเคารพ ให้การยอมรับและยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของเขา

2. งานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและชุมชน เป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชน บุคคล เป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นที่จะต้องให้ประชาชนเข้ามามีสิทธิในการพัฒนางานร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง หากมีส่วนร่วมมาก ก็ยิ่งเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้นไป

3. กลยุทธ์ในการพัฒนางานที่จะให้ประชาชน ได้รับประโยชน์มากที่สุด และเท่าเทียมกัน จึงจำเป็นต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น

4. โครงการที่ทำโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ส่วนใหญ่มักจะประสบความสำเร็จ มากกว่าโครงการที่ไม่มีส่วนร่วมประชาชน

5. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องพลวัตกลุ่ม หรือของกลุ่ม ที่เป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อรักษาสิทธิประโยชน์ของตนเอง ในขณะเดียวกันส่วนรวมก็ได้รับประโยชน์ เช่นกัน

6. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นชี้วัด ของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมาก ยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากเท่านั้น

7. ประชาชนย่อมรู้สภาพปัญหาของตนเอง ว่าตนเองต้องการอะไร ต้องการแก้ปัญหาอย่างไร การที่ให้โอกาสประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา จึงเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพให้โครงการต่างๆ เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของประชาชน

8. การมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้ปฏิบัติการทางสังคม เป็นไปอย่างสงบสันติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบ และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย

9. เป็นนโยบายของภาครัฐที่ต้องการให้ทุกแผนงาน /โครงการ ได้ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ตามปรัชญาของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน (เสาวนีย์ ประลองกิจ,2552) กล่าวถึง ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คือในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ต่างๆ หากประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาแก้ไขปัญหา

2. ประชาชนมีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนที่มีอยู่ในรูปของความคิดการตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่

3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

4. ประชาชนเกิดความรู้สึกในความเป็นเจ้าของทำให้การพัฒนามีความมั่นคงถาวรและประหยัด

5. เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถและพลังของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง

6. เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย

จึงสรุปได้ว่าความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ประชาชนยอมรับและเข้าร่วมในแผนงาน/โครงการ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นการระดมความคิดในการแก้ไขปัญหาให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตามความต้องการของประชาชน ทำให้ทราบข้อเท็จจริงและความต้องการของประชาชนที่แท้จริงแล้วนำมาวางแผนพัฒนาโครงการให้ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้การให้ชุมชนหรือบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนางานต่างๆ จะส่งผลให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุดบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ และส่งผลให้ประหยัดทรัพยากร ประหยัดเวลา เกิดประโยชน์สูงสุดให้แก่ประชาชน และเกิดความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น

**2.3 ระดับการมีส่วนร่วม**

การมีส่วนร่วมได้มีการจัดระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับดังนี้ (Rifkin, 1990)

ระดับที่ 1 การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์จากโครงการ

ระดับที่ 2 การที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงาน ตั้งแต่ต้น จนจบโครงการ

ระดับที่ 3 การที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

ระดับที่ 4 การที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและประเมินผลกิจกรรมตามแผนที่วางไว้

ระดับที่ 5 ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของชุมชน

**2.4 หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน**

หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ International Association for Public Participation (IAP2) ซึ่งเป็นองค์กรนานาชาติที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายประเทศทั่วโลก มาร่วมเป็นกรรมการบริหารและสมาชิกขององค์กรมีหน้าที่ในการส่งเสริมเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับดังนี้ (อรพินท์ สพโชคชัย, 2551)

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นฐาน แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นขั้นตอนแรกที่จะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม วิธีการให้ข้อมูล สามารถใช้ช่องทางต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางเสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านระบบอินเตอร์เน็ต เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ

3. การการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หรือร่วมเสนอแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจในการพัฒนา

4. ความร่วมมือเป็นการให้ประชาชน ผู้แทนบุคคล มีส่วนร่วมในแผนงาน/โครงการ ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มตัดสินใจและมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชนเป็นขั้นที่ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเอง เช่น โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินงานทั้งหมด เป็นต้น การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องละเอียด จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชนการรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมรวมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับควบคู่กันไปด้วย

สรุประดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Spectrum)แบ่งเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนมากที่สุด การรับฟังความคิดเห็นและร่วมหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่าความคิดเห็นของตนเองถูกนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา การเปิดโอกาสให้ประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ความร่วมมือจากประชาชนในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ และเสริมอำนาจแก่ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน จนรู้สึกเป็นเจ้าของ และให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์มากที่สุด

**2.3 กระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วม**

กระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วมมีนักวิชาการได้กล่าวถึงกระบวนการหรือ

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

ประภัสสร เตชะประเสริฐวิทยา (2544) ได้นำแนวคิดของไพรัตน์ เตชะรินทร์ มาสรุปถึง

การมีส่วนร่วมว่า บุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครต่างๆ ควรมีส่วนร่วมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาในเรื่องต่อไปนี้

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

ตลอดจนความต้องการของชุมชน

1. ร่วมคิด และสร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของ

ชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน

1. ร่วมวางนโยบาย หรือแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อขจัดปัญหา

และ แก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน

4) ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

5) ร่วมจัด หรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

6) ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของ

ตนเอง และของหน่วยงาน

7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

8) ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและ

กิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

**2.5 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม**

Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1980) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากที่สุด ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision–Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจขั้นแรก ที่ต้องทำ คือการกำหนดความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นเลือกปัญหา และประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงหาปัญหา ตามความต้องการของประชาชน การตัดสินใจดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการนั้น จะเกิดคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการบ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด ใครเป็นผู้รับผลประโยชน์ เช่นการช่วยเหลือด้านทรัพยากร เงิน สิ่งของการบริหารงาน การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพแล้วยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วยผลประโยชน์ของโครงการ นี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในเชิงบวกและผลที่ทำเป็นผลเสีย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล สิ่งสำคัญที่ต้องสังเกต คือความคิดเห็น ความพึงพอใจ และความคาดหวัง ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆได้

ดังนั้นจากการทบทวนผู้วิจัยเห็นว่า การแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ประชาชนได้รับผลประโยชน์มากที่สุด สิ่งสำคัญต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ซึ่งต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ต้นจนจบ เริ่มตั้งแต่การให้ความสำคัญของประชาชนเท่าเทียมกัน ประชาชนจะร่วมกันรับรู้ ร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผล จนสิ้นสุดกระบวนการ และประชาชนต้องมีส่วนร่วมเป็นเจ้า ทั้งจากตัวบุคคล และชุมชนในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ต่อไป

**2.4 เทคนิคพื้นฐานกระบวนการมีส่วนร่วม**

การกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม จะต้องอาศัยกระบวนกลุ่มเป็นเทคนิคพื้นฐานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดและบรรลุเป้าหมาย ในการพัฒนา กระบวนการมี ส่วนร่วมมีเทคนิคหลากหลาย ซึ่งแต่ทุกเทคนิคมีเป้าประสงค์อันเดียวกัน คือ การพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ 3 กระบวนการ คือ

1. กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม(Participatory Rural

Appraisal ,PRA)

2. กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์(Appreciation Influence Control ,AIC)

3. กระบวนการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference)

**1. กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal , PRA)**

ดุสิต ดวงสา และคณะ (2535) กล่าวว่า กระบวนการ Participatory Rural Appraisal ,PRA เป็นกระบวนที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชี้วัดปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้โดยผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของ ตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไป กระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย

**หลักการทำ PRA ต้องอยู่บนพื้นฐานดังต่อไปนี้**

1. เชื่อมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน

1. ให้ความสำคัญกับความคิดที่มาจากประสบการณ์จริงและสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน
2. เน้นการระดมพลังในชุมชนเพื่อแก้ปัญหา
3. สนับสนุนให้ชาวบ้านเป็นผู้กระทำและมีบทบาทหลักในการดำเนินการ

**2. กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control AIC)**

กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม เป็นการระดมพลังสมองเพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์

กองสุขศึกษา (2544)ให้ความหมายว่า เป็นการประชุมระดมสมองที่ทำให้เกิดความ เข้าใจสภาพปัญหา ขีดจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของคนทุกคน

**A - Appreciation** คือ การยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกของเพื่อนสมาชิก เข้าใจ

ข้อจำกัดของแต่ละคน ไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

**I –Influence** คือ การใช้ประสบการณ์/ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

**C -Control** คือ การนำยุทธ์ศาสตร์ วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะประเมินว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดและรับไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจเกิดเป็นพันธสัญญา ข้อผูกพันแก่ตนเอง เพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

นานาทัศนะนักวิชาการเกี่ยวกับแนวคิดเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์Appreciation Influence Control

ประเวศ วะสี (2542: 8) ให้แนวคิดว่า บุคคล/กลุ่มคนมีความคิดความเข้าใจกันคนละทิศทาง มุ่งมั่นและปฏิบัติกันไปคนละอย่าง แต่ผลที่เกิดขึ้นกระทบและมีอิทธิพลต่อกัน (Influence) หากไม่มีการควบคุม (Control )จะไม่เกิดความพอใจและไม่เห็นคุณค่า(Appreciation)

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2542:8) ให้แนวคิดว่า

1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องเดียวกัน (Stakeholder) ต้องกำหนดความประสงค์ร่วมกันก่อน ต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ มีความปรารถนาดีและเป็นมิตร เคารพความเห็นของกันและกันให้เกิดความพอใจเสียก่อน

2. ต้องร่วมกันหากลวิธีให้บรรลุความประสงค์ด้วยการริเริ่มคิด วิเคราะห์ แยกแยะด้วยปัญญา และการแลกเปลี่ยนข้อเห็นกัน โดยไม่ยึดติดกับกรอบแนวทางที่ตนคุ้นเคย จึงจะได้วิธีการที่สำคัญ มีพลัง มีประสิทธิภาพ

1. 3. ต้องทำแผนปฏิบัติการระบุว่าจะทำอะไร เพื่อให้ได้อะไร มีเหตุผลอย่างไร

ใครรับผิดชอบ ใครร่วมมือ ติดตามประเมินผลอย่างไร มีอะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทรัพยากรได้จากไหน

4. การปฏิบัติตามแผน ความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

5. มีการติดตามผล เรียนรู้ ปรับปรุงภารกิจ จากประสบการณ์ที่ทำงาน

วีระ นิยมวัน (2542:6) เสนอแนวคิดว่าในยุคพัฒนาคน ต้องพัฒนาให้เป็นคนพัฒนา ซึ่งจะเป็นคนพัฒนา ได้ต้องจัดการให้คนที่มีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นของ ตนเอง (Human Centered) มาร่วมกันคิดสร้างสรรค์ เปลี่ยนจากคนที่เรียนรู้ จากการสอนให้จำ ทำให้ดู เป็นแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ เพื่อวิเคราะห์และร่วมกันเลือกเองตัดสินใจเอง มีวุฒิภาวะ ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างระบบและทำเอง

**หลักการที่สำคัญของการทำ AIC**

1. ผู้ทำงานต้องยอมรับว่าผู้อื่นก็มีขีดความสามารถ มีของดี ถ้าเปิดโอกาสให้แสดง

ความคิดเห็น

2. เคารพความคิดเห็นของกันและกัน

3. ต้องทำงานเป็นระบบ โดยอาศัยสถิติ ข้อมูลจากนักวิชาการ และประสบการณ์

ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้น ๆ ร่วมกันคิด

**ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำ AIC**

1. เป็นการพัฒนาคนให้มีทักษะชีวิตไปพร้อมกัน อันเป็นคุณลักษณะของคนพัฒนา

พร้อมกับได้แผนงานโครงการ

1. เป็นการระดมความคิดสร้างสรรค์ ทำได้ผล แม้ว่าพื้นฐานความรู้และวิถีชีวิตต่าง

กันมาก

1. การประชุมด้วยวิธีนี้เป็นประจำ คนจะรู้ถูกรู้ผิด และปรับปรุงตนเองจากการ

กระทำอันเป็นทักษะของคนพัฒนาแล้ว เลิกการท่องจำและทำตามสั่งของประธานแบบคนด้อยพัฒนา

1. ผลการประชุม คือ ภารกิจของทุกคนที่ตนได้นำเสนอ และเลือกกิจกรรมไว้

ร่วมกันเป็นการสร้างความรับผิดชอบที่จะนำไปทำต่อตามบทบาทหน้าที่ของตน ถ้าสร้างจิตสำนึกนี้ได้ งานจะไม่ซ้ำซ้อน ไม่ขาดไม่เกิน ได้งานจากความเชี่ยวชาญของแต่ละคนมาร่วมกันทำในเรื่องเดียวกัน สู่วิสัยทัศน์เดียวกัน ผลงานเป็นของทุกคน ทำตามบทบาทหรือศักยภาพของตนเอง

**3. กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference FSC)**

ทวีศักดิ์ นพเกษร ( กองสุขศึกษา 2544 : 56) กล่าวว่า กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference)เป็นกระบวนการประชุมสร้างอนาคตแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมของกลุ่มและสร้างจิตสำนึกพันธะสัญญาในการพัฒนาร่วมกัน

กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ

1. การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีตเพื่อเชื่อมโยงสภาพการณ์และโน้นในปัจจุบัน

และอนาคต

1. การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันเพื่อเข้าใจทิศทางและปัจจัยที่

มีอิทธิพลในประเด็นหลักการประชุม

1. การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนาเพื่อร่วมกันคิด วิเคราะห์และ

เลือกกำหนดแนวทางไปสู่อนาคตร่วมกัน

**3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ**

กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รูปแบบงานวิจัยเป็นทั้งการวิจัยเชิงพรรณนาและการวิจัยเชิงทดลองในสภาพจริง แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสัมมนา และการทดลองในสภาพการณ์จริง ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลอง อสม.กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งชักนาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีประสิทธิผลทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเปลี่ยนแปลงตัวแปรด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เมื่อการดำเนินการของ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ไปจัดกระบวนการเรียนรู้รายครัวเรือนให้แก่ประชาชน มีประสิทธิผลทำให้ ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงตัวแปรด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

พนัชพร จันทะผอง และคณะ (2556) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ทำการ ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษาเขต 25 ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จาก 3 โรงเรียน คำนวณขนาดได้กลุ่มตัวอย่าง 11 Cluster (ห้องเรียน) เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องการติดพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับผลการศึกษา พบว่า อัตราการตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 94.1 แบ่งเป็นนักเรียนหญิงร้อยละ 65.8 และนักเรียนชายร้อยละ 34.2 มีค่ามัธยฐานความรู้อยู่ที่ 15 คะแนน ร้อยละ 65.2 มีความรู้ในระดับปานกลาง โดยนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมากที่สุด และมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับน้อยที่สุด สัดส่วนของนักเรียนที่ไม่เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับพบว่ามี ร้อยละ 90.7 อาหารที่เสี่ยงต่อการติดพยาธิใบไม้ตับที่นักเรียนนิยมรับประทานมากที่สุดคือ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ รองลงมาคือ แจ่วบองปลาร้าดิบ และส้มปลาน้อยตามลำดับ นักเรียนส่วนใหญ่ไม่แน่ใจที่จะเลิกรับประทานอาหารเหล่านั้นร้อยละ 45.8 รองลงมาคือมีความตั้งใจที่จะเลิกร้อยละ 37.8 และไม่ตั้งใจที่จะเลิกร้อยละ 14.4

แพรเพชร พัฒนะราช (2555) ได้ศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูร่า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมได้ศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและความตั้งใจมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) ด้านการปฏิบัติในการบริโภคพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติระดับดีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมมากกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.01)

รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนทั้งชายและหญิงในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 จำนวนทั้ง 131 คน กลุ่มทดลอง 73 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 58 คน โดยใช้แบบสอบถามและการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05)

จุฬาภรณ์ โสตะ และคณะ (2551) ประสิทธิผลของสื่อการสอนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิ ใบไม้ตับระหว่างสื่อวีซีดีและคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา 4 แห่งในอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 152 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 82 คน ได้รับการสอนสุขศึกษาประกอบคู่มือการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และกลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 70 คนได้รับการสอนสุขศึกษาเรื่องพยาธิใบไม้ตับประกอบสื่อวีซีดี ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.001)และนักเรียนเห็นว่าสื่อทั้งสองชนิดมีประโยชน์ทำให้มีความรู้ มีการปฏิบัติตัวที่ดีและทำให้เกิดความกลัวพยาธิมากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มที่ใช้คู่มือต้องอ่านให้เข้าใจ ส่วนกลุ่มที่ใช้วีซีดี เห็นว่าอาจารย์ต้องสอนเพิ่มจึงจะเข้าใจได้ดี

**3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวการมีส่วนร่วม**

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

รุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทอลองเป็นผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการตรวจคัดกรอง จำนวน 50 คนและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 19 คน ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน กิจกรรมประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาชุมชน การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับข้อมูลข่าวสาร สำรวจสื่อที่ประชาชนสนใจ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ อบรมแกนนำชุมชน อบรมผู้ปรุงอาหาร วางแผนการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยกระบวนการ AIC การให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ การเสนอตัวแบบ (ผู้ป่วย / ภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี) การประชุมครอบครัวผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ การรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การให้รางวัล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P < 0.05) กลุ่มทดลองมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.01) กลุ่มเปรียบเทียบมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองไม่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมรการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01)

บุรี ทิพนัส และประวัติ บุญโกมุด (2551) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำชี กรณีศึกษาอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 200 คน กลุ่มควบคุม 200 คน ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมเป็นหมู่บ้านละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองใส่รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินผลการตรวจอุจจาระ ผลการวิจัยพบว่า ชาวบ้านในพื้นที่ทดลองมีทัศนคติและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นกว่าเดิม และสูงขึ้นกว่าชาวบ้านกลุ่มควบคุม (P < 0.05) ชาวบ้านในครอบครัวหมู่บ้านทดลองโดยเฉลี่ยได้ส่งอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมและเพิ่มมากขึ้นกว่าชาวบ้านในหมู่บ้านพื้นที่ควบคุม (P<0.05) และชาวบ้านในหมู่บ้านทดลองที่ส่งอุจจาระตรวจจะพบไข่พยาธิใบไม้ตับโดยเฉลี่ยลดลงและลดลงกว่าชาวบ้านในพื้นที่ควบคุม (P<0.05)

พัสกร สงวนชาติ, วิรัติ ปานศิลา และประชุมพร เลาห์ประเสริฐ (2551) ได้ศึกษาผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี พบว่า รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดอออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและเทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างอนาคต มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มทดลอง ได้มีการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มผู้นำชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ใส่กิจกรรมใดๆ ปรากฏว่าการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนก่อนและหลังหารทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพิมล ขอพล และคณะ (2557) ได้ศึกษาการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผลการดำเนินการชุมชนและผู้นำชุมชนมีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราของชุมชน และร่วมกันดำเนินการโครงการปลอดเหล้าในงานศพของชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ และมีการขยายโครงการไปดำเนินการในทุกหมู่บ้าน จำนวน 14 หมู่บ้าน ของตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้นำและชาวบ้านในชุมชนจำนวนหนึ่ง สามารถ ลดและเลิกดื่มสุราได้ มีความต่อเนื่องของโครงการวิจัยโดยเทศบาลตำบลป่าไผ่นำโครงการงดเหล้าในงานศพไปดำเนินการต่อการดำเนินโครงการงดเหล้าในงานศพของชุมชน ชุมชนมีความพึงพอใจเข้าร่วมดำเนินการ เนื่องจากเห็นประโยชน์และผลกระทบในการลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจที่ชัดเจน รูปแบบการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้สามารถนำไปใช้เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้เป็นต้นแบบในชุมชนอื่นได้

กานต์นะรัตน์ จารมร ,นันทวดี เนียมนุ้ย และไพโรจน์ เสาน่วม (2557) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดาเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 ทบทวนเอกสารและศึกษาบริบทของชุมชน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดาเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดาเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ผู้นาชุมชนและผู้เกี่ยวข้องจานวน 30 คน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนารูปแบบการดาเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการดาเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบในระดับสูงสุดโดย กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มี ส่วนร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอนของกระบวนการ ผลการใช้รูปแบบการดาเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ชุมชนมีการกำหนดมาตรการ ทางสังคม ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง ประชาชนในชุมชนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง โรงเรียน วัดและสถานที่ราชการเป็นเขตปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้านค้าในชุมชนส่วนใหญ่ไม่จาหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชาชนมีความรู้เรื่องโทษพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเกิดนวัตกรรมชุมชนเพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**4. กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ ที่เหมาะสมกับชุมชนในบริบทของตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบสถานการณ์การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับ ศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับที่เหมาะสมกับชุมชนในบริบทของตำบลหัวหิน ระบุปัญหา อุปสรรคข้อเสนอแนะในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ ที่เหมาะสมกับชุมชนในบริบทของชุมชน ในตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรม งานศึกษาก่อนนี้ ได้รวบรวม วิเคราะห์ สรุป สังเคราะห์ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ สำรวจ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยระบบบริการ รวบรวม วิเคราะห์ สรุป นำเสนอผล ทีมผู้วิจัย ร่วมกำหนดแนวทาง วางแผน จัดรูปแบบดำเนินงาน ประเมินผล สำรวจข้อมูล รวบรวม วิเคราะห์ สรุป สังเคราะห์ ทอดบทเรียนที่ค้นพบ นำเสนอรูปแบบ และรายละเอียดตามภาพที่ 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **นำเข้า**  **(In put)** |  | **กระบวนการ**  **(Process)** |  | **ผลผลิต**  **(Out put)** |
| 1.สำรวจข้อมูล  -ปัจจัยสภาพแวดล้อม  -ปัจจัยส่วนบุคคล  -ปัจจัยระบบบริการ  2.สิ่งสนับสนุน  3.กำหนดกระบวนการ  4. วิเคราะห์ทบทวน |  | -การฝึกทักษะผู้วิจัยร่วม  -สำรวจ รวบรวม วิเคราะห์ สรุป สังเคราะห์ กำหนดรูปแบบ  -สร้างกระบวนการเรียนรู้  -สร้างบรรยากาศการเรียนรู้  -พัฒนารูปแบบการเรียนรู้  -บูรณาการร่วมกับงานประจำ  -การประเมินทบทวน  -สรุปถอดบทเรียน |  | -สำรวจ ประเมินผลการปฏิบัติราชการ  1) เชิงคุณภาพ  2) เชิงปริมาณ  -การตรวจสอบ   * วิเคราะห์ * แปรผล * ถอดบทเรียน * สรุปนำเสนอ |
|  |  |  |  | สะท้อนกลับและการให้รางวัล |
| 5.ปรับปรุงพัฒนา | แจ้งผลป้อนกลับผลการประเมิน ทบทวน | | |  |

**ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินงานวิจัย**

**ที่มา:** ปรับปรุงจาก ธีรศักดิ์ พรมพันใจ (2557)

**บทที่ 3**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

6. จริยธรรมในงานวิจัย

**1. รูปแบบการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) เพื่อศึกษารูปแบบการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

**2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการและประชากรกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ เลือกหมู่บ้านต้นแบบจัดการสุขภาพ ปี 2559 จำนวน 3 หมู่บ้าน ประกอบด้วย บ้านหนองโน หมู่ 3 ,7 และบ้านโคกกลาง หมู่ 4 จำนวน ทั้งหมด 318 ครัวเรือน (ข้อมูลตามทะเบียนบ้าน)

2. ผู้ร่วมทีมวิจัย จากการประชุมเวทีชาวบ้าน ดำเนินการรับสมัครและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรชุมชน บ้านหนองโน หมู่ 3 ,7 และบ้านโคกกลาง หมู่ 4 ตำบลหัวหิน อำเภอเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นทีม ผู้ช่วยนักวิจัย หมู่บ้านละ จำนวน 20 คน รวม 60 คน

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ประกอบด้วย

- แบบสอบถาม

- แบบสัมภาษณ์ครัวเรือน

- แบบบันทึกผลกระบวนการเรียนรู้ตามกิจกรรมทั้ง 3 กระบวนการ

- แบบสังเกตและแบบบันทึกการประชุมกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยผู้ช่วยผู้วิจัยและทีมวิจัยพี่เลี้ยงร่วมกันสร้างขึ้นโดยมีเนื้อ หาครอบคลุมตัวแปรการวิจัยตามกรอบแนวคิดของการวิจัย มีการตรวจสอบความตรง และความเที่ยงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ลงสำรวจครัวเรือน ทั้ง ครัวเรือนในหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะความเป็นอยู่ ความตระหนักและการรับรู้สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนรวมทั้ง การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของครัวเรือนในชุมชน โดยทีมผู้ช่วยผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมวิธีการเก็บข้อมูลแล้ว

2.2 การประชุมกลุ่มของชุมชน โดยใช้เทคนิค กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) กระบวนการประชุม เชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference, FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation, AIC) โดยใช้แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

**4. ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย มีดังนี้**

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมพื้นที่พบปะผู้นำชุมชน และแกนนำในชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินงาน

1.2 เตรียมทีมพัฒนาในชุมชน โดยผู้ใหญ่บ้านคัดเลือกผู้นำในชุมชนและหาทีมผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นดำเนินการตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.1 การนำเสนอปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี ต่อชุมชน

2.2 การตั้งทีมผู้ช่วยผู้วิจัยประกอบด้วยคนในชุมชนเองและทีมวิจัยพี่เลี้ยงประกอบด้วยนักวิจัยเครือข่าย

2.3 การอบรมให้ความรู้ระเบียบวิธีการวิจัยอย่างง่ายแก่ ผู้ช่วยนักวิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัยประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มทักษะแนวคิดหลักการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนให้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ทีม ผู้ช่วยนักวิจัยลงเก็บข้อมูลในชุมชนด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชน แบ่งพื้นที่ของหมู่บ้านออกเป็น 3 กลุ่ม แบ่งตามหมู่บ้าน และแบ่งเป็นทีมพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลุ่มที่ 1 หมู่ 3 มีทีมพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับหมู่ 3 จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 2 หมู่ 4 มีทีมพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับหมู่ 4 จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 3 หมู่ 7 มีทีมพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับหมู่ 7 จำนวน 20 คน

2.6 นำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์ได้เกี่ยวกับปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี ต่อชุมชนป้อนกลับสู่ตัวแทนชุมชน

* 1. ชุมชนร่วมกันคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี ต่อชุมชนใน

ชุมชน

2.7.1 วิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal PRA )เพื่อให้ทีมพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ศึกษาข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและการเมืองในชุมชนที่รับผิดชอบและของหมู่บ้านอย่างมีระบบโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) กิจกรรมการทำแผนที่ของชุมชนและวิเคราะห์ชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ให้แต่ละทีมทำแผนที่ในโซนที่ทีมรับผิดชอบ โดยแสดง

โครงสร้างทางกายภาพ ลักษณะการกระจายของประชากร

1. นำแผนที่ของแต่ละกลุ่มมารวมกัน เป็นแผนที่ของหมู่บ้านและ

ให้สมาชิกทุกคนอภิปรายแสดงความคิดเห็นตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน

1. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร สังคม

เศรษฐกิจและการเมือง ได้แก่ ลักษณะความเป็นอยู่ของชุมชน อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ประเพณี การรวมกลุ่มความเข้มแข็งในชุมชน ลักษณะของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน และนำผลการวิเคราะห์ของแต่ละกลุ่มมารวมกันเป็นของหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความคิดเห็นตรวจสอบความถูกต้อง

2) กิจกรรม “หมู่บ้านทันสมัย” และ “สิ่งควรพัฒนาในชุมชน”

1. ให้สมาชิกแต่ละทีมวิเคราะห์ข้อดี ข้อด้อยในชุมชน โดยให้

แต่ละทีมทำ กิจกรรม “ หมู่บ้านทันสมัย” และ “สิ่งควรพัฒนาในชุมชน”

1. นำผลการวิเคราะห์มารวมกันเป็นข้อมูลของหมู่บ้านและให้

สมาชิกอภิปราย แสดงความคิดเห็นตรวจสอบความถูกต้อง

3) สำรวจข้อมูลภาคสนาม

1. สำรวจข้อมูลภาคสนามผู้แทนโดยผู้แทนแต่ละทีมออกสำรวจ

พื้นที่ในโซนรับผิดชอบเพื่อศึกษาข้อมูลและสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนโดยตรง

1. นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง โดยการตรวจสอบกับ

ข้อมูลภาคสนามที่ผู้แทนแต่ละกลุ่มออกสำรวจพื้นที่กับข้อมูลการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

1. ประชุมทีมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสรุปข้อมูลที่ได้

จากการสำรวจและวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

* + 1. ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference

FSC) เพื่อให้ทีมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพศึกษา ทบทวนความเป็นมาของชุมชนในอดีต เชื่อมโยงกับปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต และนำการศึกษา ทบทวนของแต่ละกลุ่มมารวมกันเป็นข้อมูลของหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายแสดงความคิดเห็นตรวจสอบความถูกต้อง

1. เสวนาแนวคิดเรื่อง “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แนวใหม่” และ “นโยบายสาธารณะร่วมกัน”

2. ขั้นกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.7.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciatory Influence

Control AIC)เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และค้นหาสาเหตุ

ของปัญหา กำหนดภาพลักษณ์ชุมชนที่พึงปรารถนา กำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา

และ วางแผนปฏิบัติการโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำผลการวิเคราะห์ชุมชนมาทบทวน พิจารณาวิเคราะห์ประเด็นปัญหา

โดยให้ทีมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยวิธีการให้คะแนนตามความรุนแรงของปัญหา และนำผลการพิจารณารวมเป็นของหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนอภิปรายแสดงความคิดเห็นตรวจสอบความถูกต้อง

1. ให้แต่ละทีมอภิปรายแสดงความคิดเห็นและวาดภาพชุมชนที่พึง

ปรารถนาของทีมและนำภาพของแต่ละกลุ่มมารวมเป็นของหมู่บ้านและเปิดโอกาสให้สมาชิกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น

1. ให้แต่ละทีมอภิปรายแสดงความคิดเห็น และวาดภาพชุมชนที่พึง

ปรารถนาของทีม และนำภาพของแต่ละทีมมารวมเป็นของหมู่บ้าน และเปิดโอกาสให้สมาชิกของทุกทีมร่วมแสดงความคิดเห็น

1. ให้สมาชิกแต่ละทีมวิเคราะห์แนวทางการดำเนินการ เพื่อสู่ชุมชนที่พึง

ปรารถนา และนำมารวมเป็นแนวทางการดำเนินงานของหมู่บ้าน โดยจำแนกกิจกรรมออก 3 ประเภทคือ

* 1. กิจกรรมที่ชุมชนทำได้เองแบ่งความรับผิดชอบตามโซนให้แต่

ละทีมไปดำเนินการ

* 1. กิจกรรมที่ร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์การบริหารส่วน

ท้องถิ่นออกข้อกำหนดสาธารณะฯ เป็นต้น

* 1. กิจกรรมที่ขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น เช่น ขอรับการ

สนับสนุน วิทยากรจาก เชี่ยวชาญ เป็นต้น

1. มอบหมายความรับผิดชอบ และจัดทำแผนปฏิบัติการ ควบคุมกำกับ

การดำเนินงานและประเมินผล

2.8 ขั้นดำเนินการตามแผน นำรูปการส่งเสริมสุขภาพไปดำเนินการ

2.9 ขั้นประเมินผล ประเมินผลการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแต่ละเทคนิค

**1. Sharing and analyzing the situation of liver fluke problem with the community**

**2. Forming the local research team**

**3. Training local research team in conducting basic research**

**4. Data collection and analyzing**

**5. Data feedback to the community**

**6. Developing and implementing prevention program**

The facilitator

**Research team**

ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินงาน (อ้างถึง สุพิมล ขอผลและคณะ, 2557)

**6. การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อ หา (content analysis) โดยการจำแนกถ้อยคำหรือใจความที่กลุ่มเป้าหมายแสดงความคิดเห็นแล้วนำมาตีความ สร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา นำเสนอเป็น อัตราส่วน ร้อยละและค่าเฉลี่ย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือนและ

ทะเบียนราษฎรเพื่อประกอบการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

2. การตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลให้สอดคล้องกันระหว่างข้อมูล

ที่รวบรวมจากเอกสารกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วน หรือจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแหล่งอื่น ๆ

3. การจัดระเบียบข้อมูลตามวัตถุประสงค์ วิเคราะห์สรุปประเด็นย่อย

4. นำมาเขียนเรียบเรียงเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ค้นพบในแต่ละ

ขั้นตอน ของการวิจัย

5. การแปรผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1.การสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนโดยกระบวนการมีส่วนร่วนของชุมชน

ส่วนที่ 2 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตามแนวคิดของ “ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ”

ส่วนที่ 3ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหัวหิน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

**7. จริยธรรมในการวิจัย**

ในการทำวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเงื่อนไขอย่างเคร่งครัด ดังนี้

7.1 หลักการเคารพในตัวบุคคล คือ ให้การเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพและบันทึกวีซีดี ด้วยความสมัครใจ และไม่กระทำการใด ๆ เป็นการขัดต่อกฎหมาย ประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม

7.2 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำความเข้าใจในรายระเอียดรูปแบบดำเนินการกิจกรรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และการนำผลการวิจัยให้ผู้ถูกวิจัยทราบ

7.3 ยึดหลักประโยชน์ หรือไม่ก่อให้เกิดอันตราย ระมัดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือไม่ให้เกิดความเดือดร้อนทั้งทางกายและจิตใจ

7.4 รักษาข้อมูลบุคคลไว้เป็นความลับ โดยการเขียนและนำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวมและตามความเป็นจริง