



รายงานฉบับสมบูรณ์
รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โดย

นางมนัสนันท์	ลิมปวิทยากุล
นางสาวนิรันดา	ไชยพาน
ผศ.ดร.กรัณท์รัตน์	บุญช่วยธนาสิทธิ์
นายจักรกฤษณ์	พลราชม
นางมาสริน	ศุกลปักษ์

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2558

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ISBN :978-616-112-644-5

ผู้แต่ง

นางมนัสนันท์	ลิมปวิทยากุล ¹	วท.ม.
นางสาวนิรันดา	ไชยพาน ¹	วท.ม.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณทรรัตน์	บุญช่วยธนาสิทธิ์ ²	Ph.D.
นายจักรกฤษณ์	พลราชม ³	วท.ม.
นางมาสริน	ศุกลปักษ์ ⁴	พย.ม.

1 สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค

2 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

4 ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการ

โรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด, 2558, 159 หน้า

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2558

จำนวน : 50 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด

99/164 หมู่ 2 ซอยแจ้งวัฒนะ 10 แยก 3

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทร. 02-575-1791-3 โทรสาร. 02-575-1793 กต 16

เว็บไซต์ : www.protexts.com

สนับสนุนโดย : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเนื่องจากมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก็อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่ควรที่จะเสริมสร้างให้แก่ อสม. โดยเฉพาะ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาให้แก่ชุมชนได้ โดยในการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ อสม. นั้นถือว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและสังคมต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบโดยการยกร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการประชุมสัมมนาผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการประเมินผล และด้านพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย ใน 3 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 570 คน และประชาชนจำนวน 1,143 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอ้างอิง t-test และ ANOVA ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการประยุกต์ใช้ CIPP Model เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามรูปแบบในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ส่วน คือ

1.1 กระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) ได้แก่ การดำเนินการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ และมีศักยภาพในการเยี่ยมบ้านประชาชนเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยทีมบุคลากรทางสาธารณสุขในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน

1.2 กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ได้แก่ การเสริมสร้าง (1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป โดยการบูรณาการกิจกรรมดังกล่าว ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

1.3 กระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) ได้แก่ การที่ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นการที่ทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนานวัตกรรมที่สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องและยั่งยืน ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมนั้นจะเป็นการช่วยเติมเต็มกับการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งเป็นการเสริมสร้างการดำเนินการตามรูปแบบให้เกิดความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

2. ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า

2.1 กระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) พบว่า กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ อสม. ทั้ง 3 พื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตบนั้นได้ผลไม่แตกต่างกัน มีเพียงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างพื้นที่

2.2 กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) พบว่า กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ ประชาชนทั้ง 3 พื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตบนั้นได้ผลไม่แตกต่างกัน ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างพื้นที่

2.3 กระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) พบว่า กระบวนการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองมากนัก โดยมีพื้นที่ที่พัฒนานวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 26.19 ซึ่งมีเกณฑ์คุณภาพอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐานขึ้นไป

3. การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า

ปัจจัยที่ควรพิจารณาในการนำรูปแบบฯ ดังกล่าวไปใช้ให้มีประสิทธิผลนั้นต้องคำนึงถึง 3 ปัจจัยหลัก ในเรื่อง (1) บริบทของพื้นที่ ซึ่งต้องมีนโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่ ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกกระดับ การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน และความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ (2) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ซึ่งประเด็นสำคัญคือการรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน และ (3) กระบวนการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นที่สำคัญคือ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, โรคพยาธิใบไม้ตับ

ABSTRACT

Village Health Volunteers (VHVs) are the important personnel who play vital role as change agents. As a result, the VHVs potential development and enhancement in terms of behavior modification for liver fluke prevention can be considered as important role and should be strengthened. Especially, potential of VHVs for liver fluke prevention in northeast area where liver fluke and cholangiocarcinoma is critical public health problem of local people should be strengthened. Strengthening VHVs potential implies the strength of local community and society.

The objectives of this research were to establish and improve the model of Village Health Volunteers potential development for behavior modification for liver fluke prevention of local people in northeast region and to evaluate the performance of the model of Village Health Volunteers potential development for behavior modification for liver fluke prevention of local people in such area.

The study was research and development design. The research was divided into 3 phases. The first phase aimed to establish and examine the developed model by considering the model of Village Health Volunteers potential development through a seminar of experts. 12 experts in fields of behavior modification, liver fluke, evaluation, and Village Health Volunteers development revised and improved the developed model. The second phase aimed to test the model of Village Health Volunteers potential development with the simple random sample. The sample consisted of 570 village health volunteers and 1,143 people in three provinces of northeast region. Data were collected from the questionnaire. Data were analyzed by using inferential statistics including t-test and ANOVA. The third phase aimed to evaluate the model of Village Health Volunteers potential development with CIPP Model. Data were collected through Focus Group Discussion. The sample consisted of involving people in the implementation at policy and operation levels as well as stakeholders, including village health volunteers and the general public. Data were analyzed by using Content Analysis.

The results of this research showed that:

1. The model of Village Health Volunteers potential development for behavior modification for liver fluke prevention of local people in northeast region consisted of three main measures as follows:

1.1 Service-based Process involved the operation to develop the potential of village health volunteers (VHVs) to modify behavior of local people for liver fluke prevention and to visit local people to modify their behavior for liver fluke prevention with a team of public health officers in monthly activities of VHVs.

1.2 Home-based Process consisted of (1) the perceived barriers for liver

fluke prevention and (2) the self-efficacy for liver fluke prevention for the public. This process aimed to provide the learning process through home visiting to meet the public's desirable behavior of liver fluke prevention. Such activity would be integrated with VHVs home visiting.

1.3 Community-based Process involved all areas have developed innovations to modify behavior of the public for liver fluke prevention. A team of public health personnel and volunteers in the area participated to develop innovations that encourage people to have correct and sustainable behavior of liver fluke prevention. These innovations will fulfill the appropriate solutions and strengthen and operation of the model.

2. The results of testing the model of Village Health Volunteers potential development for behavior modification for liver fluke prevention of local people in northeast region showed that:

2.1 Service-based Process statistically significantly improved 3 areas of VHVs' perceived barriers, self-efficacy and behavior for liver fluke prevention, and perceived ability of learning management through VHVs home visiting. The sample's post-test score was higher than pre-test score at statistical significance level. VHVs in all three areas of study had indifferent perceived barriers, self-efficacy and behavior for liver fluke prevention. However, VHVs in all three areas of study had different perceived ability of learning management through VHVs home visiting.

1.2 Home-based Process statistically significantly improved 3 areas of local people' perceived barriers, self-efficacy and behavior for liver fluke prevention. The sample's post-test score was higher than pre-test score at statistical significance level. People in all three areas of study had indifferent perceived barriers, self-efficacy and behavior for liver fluke prevention.

1.3 Community-based Process did not gain high response rate. The area that developed innovations for live fluke prevention gained 26.19% response rate, which was above of quality criteria level.

3. The evaluation of the model of Village Health Volunteers potential development for behavior modification for liver fluke prevention of local people in northeast region showed that:

There were three factors that should consider for the effective application of the model: (1) Context of area that requires the implementation of policies in the area, consistency with project plan at all levels, the participation of colleagues and compliance with the problem conditions in the area (2) inputs of the project. The key issue is awareness of policy and operational guidance, and (3) implementation process. The key issue is planning and team meetings, activity of developing VHVs potential, activity of learning process for people, and supervisory and follow-up process.

Key words : Village Health Volunteer, Behavior Modification, Liver Fluke

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” เรื่องนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยความได้ด้วยความกรุณาและการความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน นายแพทย์บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค พร้อมทั้งนายเชาวลิต จิระดิษฐ์ ที่ปรึกษาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ในการให้คำปรึกษาแนะแนวทางจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้มีความสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พร้อมทั้งสาธารณสุขอำเภอต่างอย อำเภอสกลภูมิ และอำเภอเทพสถิตที่ให้ความอนุเคราะห์และการอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และขอขอบคุณบุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี บุคลากรจากพื้นที่อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร อำเภอสกลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนที่ร่วมดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาชุมชนได้อย่างเต็มความสามารถ พร้อมกันนี้ขอขอบคุณบุคลากรของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกทำให้การดำเนินการศึกษาเป็นไปด้วยดี

องค์ความรู้ที่ปรากฏในงานวิจัยเล่มนี้ หวังให้เป็นพลังในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
คำถามของการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
บทที่ 2 การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
โรคพยาธิใบไม้ตับ	7
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	11
รูปแบบการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	14
แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
การดำเนินงานในระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน	33
การดำเนินงานในระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน	33
การดำเนินงานในระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน	29
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	43
ผลการวิจัยระยะที่ 1 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน	43
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	ผลการวิจัยระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	54
	ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	86
บทที่ 5	สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	101
	สรุปผล	101
	อภิปรายผลการวิจัย	105
	ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	114
บรรณานุกรม		117
ภาคผนวก		
	ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	121
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	155

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คำถามในการประเมินแบบ Formative และ Summative ที่สำคัญ	23
2	กรอบการประเมินการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	40
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	55
4	ระดับของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	57
5	ระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	58
6	ระดับของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่การดำเนินงานก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	58
7	ระดับของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	59
8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	60
9	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	61
10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	62
11	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	63
12	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง	64
13	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง	64
14	ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง	65
15	ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง	65

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
16	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	65
17	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง	66
18	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง	66
19	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง	67
20	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง	67
21	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	67
22	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว	68
23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง	69
24	ระดับของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	71
25	ระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	71
26	ระดับของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	72
27	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	73
28	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	74
29	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	75
30	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง	76

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
31	ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง	76
32	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	77
33	ผลการเปรียบเทียบผลต่างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว	77
34	ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง	78
35	ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง	78
36	ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว	78
37	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง	79
38	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง	79
39	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	80
40	ผลการเปรียบเทียบผลต่างของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว	80

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	15
2	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	19
3	องค์ประกอบของ CIPP Model	23
4	กรอบแนวคิดในการดำเนินการประเมิน	24
5	กรอบแนวทางการดำเนินงานวิจัย	32
6	รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน : กลุ่ม อสม.	34
7	รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน : กลุ่มประชาชน	34
8	กรอบการดำเนินการตามมาตรการที่สำคัญของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	47

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งจากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายจากกลุ่มโรคมะเร็งของประเทศไทยสูงขึ้น โดยชนิดของมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่ และปอด และมะเร็งเต้านมในเพศหญิง เมื่อพิจารณาอัตราการตายจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับทั้งประเทศเปรียบเทียบกับ 3 ปี ระหว่าง พ.ศ.2554-2556 ในภาพรวม พบว่า มีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นจาก 22.30 ต่อแสนประชากร ในปี 2554 เป็น 23.85 ต่อแสนประชากรในปี 2556 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556) เมื่อพิจารณาระดับภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ 1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า มะเร็งท่อน้ำดีนั้นมีสาเหตุมาจากโรคหนอนพยาธิโดยเฉพาะพยาธิใบไม้ในตับ (*Opisthorchis viverrini*) (Harinasuta et al., 1984; IARC, 1994) จากการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิในปี พ.ศ. 2552 จากการสุ่มศึกษาประชาชนทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 15,555 คน ผลการตรวจพบไข่หนอนพยาธิทุกชนิดในอุจจาระตรวจพบพยาธิ จำนวน 13 ชนิด ได้แก่ พยาธิใบไม้ตับ พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้ม้า พยาธิืด พยาธิเข็มหมุด พยาธิสตรองจิลอยดิส พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก พยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดกลาง พยาธิแคปซิลลาเรีย พยาธิืดหนู พยาธิืดแคระ และพยาธิตัวกลมทริคิโนซิส และสตรองจิลัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนทั้งประเทศเป็นโรคหนอนพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในคนเดียว ร้อยละ 18.1 เมื่อพิจารณารายภาคพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลาเนาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุกของการเป็นโรคหนอนพยาธิสูงสุด ร้อยละ 26.0 ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.7 รองลงมาคือพยาธิปากขอ ร้อยละ 6.5 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การติดโรคและการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับมาจากประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับจึงมักพบตลอดปี และแพร่กระจายไปทั่วประเทศในลักษณะเป็นชุมชนกลุ่มเสี่ยงหรือเป็นพื้นที่เสี่ยง สูง ปานกลาง ต่ำ ที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ สำนักโรคติดต่อทั่วไปได้กำหนดให้มีการสำรวจสถานการณ์โรคหนอนพยาธิในระดับประเทศอย่างน้อยทุก 5 ปี (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากการสำรวจพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนปรังคิบั หรือสุกๆดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน ตัวอย่างอาหารเสี่ยง ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาจืด หรือส้มตำปลาจืด เป็นต้น เมื่อคนและสัตว์เช่น แมว หรือ สุนัข ซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับ ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำ ก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ อีกทั้งพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคน และสัตว์รังโรค เมื่อมีตัวพยาธิสะสมมาก ๆ เป็นเวลานาน จะมีการอักเสบของท่อน้ำดี จากนั้นมีโอกาสพัฒนากลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวจึงกำหนดให้โรคพยาธิใบไม้ตับบรรจุไว้ในแผนควบคุมโรคหนอนพยาธิระดับประเทศ โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” ต่อยอดความคิดเชิงลึกในแต่ละประเด็นปัญหาสานต่อแนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาของ

เศรษฐกิจพอเพียงที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา สร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติ และสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับคนอีสานและประเทศ ผ่านมุมมองแบบบูรณาการเป็นองค์รวมในบริบทแวดล้อมที่กว้างขวาง การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชน ที่มีความชัดเจนของเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งสร้างวิถีชีวิตพอเพียงอย่างมีคุณภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนอีสาน ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในทุกระดับทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และภาค ให้ก้าวไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงและสังคมอยู่เย็นเป็นสุข และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยหนึ่งในเป้าหมายยุทธศาสตร์นั้น คือการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการให้ชุมชน ภาครัฐ บ้าน และโรงเรียนมีส่วนร่วม ให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

ในปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนนั้นได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังกล่าว มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การดำเนินงานในชุมชน 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นแกนนำในการพัฒนาศักยภาพร่วมกับบูรณาการในกิจกรรมของโรงเรียน อสม. และระยะที่ 2 อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพไปจัดกระบวนการเรียนรู้รายครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการบูรณาการกิจกรรมเข้ากับการเยี่ยมบ้านของ อสม. จากผลการดำเนินการตามการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2557 นั้น พบว่า รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพผลทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในทิศทางที่ดีขึ้น โดย อสม. มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับค่ากล่าวของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่าอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ทั่วประเทศที่มีอยู่ในระบบ สาธารณสุขไทย เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ กล่าวได้ว่า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่กระตือรือร้นทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและกล่าวขานกันในระดับสากล

ดังนั้น ในปี พ.ศ.2558 สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีความชุกของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับ 1 ในแต่ละเขตบริการสุขภาพ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประกอบด้วย เขตบริการสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 ประกอบด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิ ตามลำดับ ร่วมกับการมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพ อสม. อันเป็นทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพที่กระจายอยู่ทุกหมู่บ้านและชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในระดับบุคคล ชุมชนและสังคมอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเน้นกระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ร่วมกับการศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานของโครงการ พร้อมทั้งสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านต่างๆ ของโครงการ สำหรับการประเมินโครงการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว จะได้สารสนเทศที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารโครงการ โดยเฉพาะการปรับปรุงรูปแบบวิธีการดำเนินโครงการ ให้มีประสิทธิผลตามที่มุ่งหวัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการประเมินระหว่างการดำเนินโครงการ (Formative Evaluation) เพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงยุทธวิธีของโครงการอย่างทันทั่วถึง และประเมินสรุปรวมเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Summative Evaluation) เพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินการของโครงการ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ CIPP Model for Evaluation (Stufflebeam, 1996, 1997, 2003) ซึ่งเป็นกรอบความคิดการประเมินที่เน้นการให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจต่อการดำเนินโครงการ ซึ่งสามารถให้การอธิบายในเชิงทฤษฎีถึงความสำเร็จหรือไม่สำเร็จในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโครงการ อันจะทำให้ได้องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาโครงการต่อไป

2. คำถามของการวิจัย

2.1 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ที่มีประสิทธิผลควรเป็นอย่างไร

2.2 ผลการประเมินการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ผลเป็นอย่างไร

2.3 ผลการประเมินผลโครงการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านบริบทของโครงการ 2) ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ 3) ด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการ และ 4) ด้านผลผลิตของโครงการ มีผลเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

3.1 เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.2 เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.3 เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. ประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

4.1 ได้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีคุณภาพ

4.2 เป็นแนวทางให้ชุมชน บุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถนำรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนไปประยุกต์ใช้ได้

4.3 เจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถนำข้อมูลและผลของการวิจัยไปใช้ในการกำหนดเป็นมาตรการ และแผนงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชนต่อไปได้

4.4 ผู้บริหารโครงการได้ผลการประเมินประสิทธิผลของโครงการ ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินโครงการให้ดียิ่งขึ้น และ/หรือ ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ

5. ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน และเพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

ประชากร เป็น อสม. ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการเลือกพื้นที่เป้าหมายนั้น ประกอบด้วย จังหวัดที่พบว่ามีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระดับสูงของเขตสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง เป็น อสม. ที่อยู่ในชุมชนที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือก อสม. มีดังนี้

1. เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
2. เข้าใจภาษาไทย
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

1. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4. ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

5. การรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่มีความชุกของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับ 1 ในแต่ละเขตบริการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประกอบด้วย เขตบริการสุขภาพที่ 7, 8 และ 9 ซึ่งได้แก่จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดสกลนครและจังหวัดชัยภูมิ ตามลำดับ

5.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2558

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2558

6. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง พลัง หรือความสามารถที่แฝงอยู่ และสามารถที่จะทำให้ปรากฏได้จากการพัฒนาศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 3) ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน โดยทั้ง 3 ด้านนี้จะผลักดันให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งสามารถใช้ศักยภาพของตนเองไปดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบต่อไปได้

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน หมายถึง กระบวนการในการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกระบวนการต่างๆ ที่หลากหลายอย่างเป็นระบบที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้กับ อสม. เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับได้ด้วยตนเอง และสามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน หมายถึง การดำเนินการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน เพื่อให้ได้รูปแบบๆ ที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน เกี่ยวกับความไม่สะดวก ความยุ่งยากต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความเชื่อมั่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน ที่เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าเพื่อให้ อสม. และประชาชนมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ความเชื่อมั่นของ อสม. ที่จะสามารถจัดการตามกระบวนการของการเยี่ยมบ้านซึ่ง ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมก่อนการเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน และขั้นหลังการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนเพื่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ การขั้บถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร ก่อนการประกอบอาหาร และการล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ

การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินผลรูปแบบฯ โดยการมุ่งเน้นการประเมินใน 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านบริบทของโครงการ 2) ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ 3) ด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการ และ 4) ด้านผลผลิตของโครงการ

บทที่ 2

ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” คณะผู้วิจัยได้มีการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและเป็นพื้นฐานองค์ความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โรคพยาธิใบไม้ตับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละประเด็นมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. โรคพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*)

1.1 รูปร่างลักษณะ

พยาธิตัวเต็มวัย รูปร่างคล้ายใบไม้แบนยาวส่วนท้ายป้านกว่าส่วนหน้า ขนาดยาว 5-10 มิลลิเมตร กว้าง 2-3 มิลลิเมตร ผนังมีชีวิตมีสีเนื้อบางใส oral sucker อยู่เกือบปลายสุดของส่วนหน้า คอหอยมีขนาดเล็ก หลอดอาหารสั้น ลำไส้แยกเป็นสองแขนงยาวไปทางด้านข้างถึงส่วนท้าย ventral sucker อยู่ประมาณ 1/5 ของลำตัวส่วนหน้า รังไข่มีลักษณะเป็นกลีบขนาดค่อนข้างเล็กอยู่ประมาณ 2/3 ของส่วนหน้า มดลูกยาวขดไปมาอยู่กลางตัวตั้งแต่ ventral sucker ไปจนถึงรังไข่ และมีไข่อุ้งเป็นจำนวนมาก vitelline follicles เรียงตัวตามขวางเป็นกลุ่มๆ กระจายอยู่สองข้างตรงกลางตัว อันตะมี 2 อัน มีลักษณะเป็น lobe เรียงกันตามยาวของตัวเอียงกันเล็กน้อย และอยู่เกือบท้ายสุดของตัว excretory bladder เป็นท่อยาวตั้งแต่รังไข่ไปจนจรดส่วนท้าย

ไข่ รูปร่างรี สีน้ำตาลปนเหลืองเมื่อหลุดออกปนมากับอุจจาระใหม่ๆ มีตัวอ่อนไมราซิเดียมเจริญเต็มที่อยู่ภายใน มีฝาปิด มีไหล่และตั้งอยู่ด้านตรงข้ามฝา ไข่มีขนาด 22-32 * 11-22 ไมโครเมตร พยาธิตัวเต็มวัยอยู่ในทางเดินน้ำดี และท่อน้ำดีตับ ไข่ปนออกมากับอุจจาระลงไป ในแม่น้ำแต่ไมราซิเดียมจะไม่ฟักออกจากไข่จนกว่าจะถูกหอยน้ำจืดมากินไมราซิเดียม จะฟักออกจากไข่ในลำไส้ของหอยไซพ่นงลำไส้ออกมาอยู่ด้านนอกของลำไส้แล้วเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็น สปอร์โรซิสต์-เรเดีย (sporocyst) เรเดีย (redia) และเซอร์คาเรีย (cercaria) หอยที่เป็นโฮสต์ตัวกลางตัวที่หนึ่ง (first-intermediate host) คือ *Bithynia* (*Digonistoma*) *siamensis* *goniomphalos* พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ *Bithynia* (*Digonistoma*) *funiculate* พบในภาคเหนือ *Bithynia* (*Digonistoma*) *siamensis* *siamensis* พบในภาคกลาง จากนั้นเซอร์คาเรียจะไชออกจากหอยว่ายไปในน้ำแล้วไชเข้าไปในไตเกล็ดและเนื้อปลาในตระกูลปลาตะเพียน เช่น ปลาขาว ปลาขาวน้อย ปลากระสูบ ปลาแก้มขี้ ปลาตะเพียนทราย เป็นปลาที่มีเกล็ดทั้งสิ้น เมื่อเซอร์คาเรียไชเข้าปลาจะสลัดหางทิ้ง แล้วเข้าถุงซิสต์ (encyst) เจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นตัวอ่อนระยะเมตาเซอร์คาเรีย ซึ่งเป็นระยะติดต่อก่อนที่คนกินอาหารที่ปรุงจากปลาดิบๆ เช่น ก้อยปลา ก็จะกินระยะเมตาเซอร์คาเรียเข้าไป เมื่อถึงลำไส้เล็กส่วนต้นตัวอ่อนจะไชออกจากถุงซิสต์ เดินทางไปตามทางเดินน้ำดีจนถึงท่อน้ำดีส่วนปลายที่อยู่ระดับเจริญเป็นตัวเต็มวัยต่อไปพร้อมด้วยในรายที่มีพยาธิจำนวนมากอาจพบพยาธิในถุงน้ำดี และท่อน้ำดีจากตับอ่อน

1.2 วิทยาการระบาด

การติดเชื้อ *O. viverrini* ในคนพบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบได้ที่ประเทศลาวและกัมพูชา ในบริเวณดังกล่าวพบอัตราการเป็นโรค 3.5% สาเหตุที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ ยังคงมีชุกชุมในบางส่วนของประเทศ เนื่องจากปัจจัย 4 ประการ (สันต์ศิริ ธรรมณีและคณะ, 2541) ดังนี้

- (1) นิสัยการรับประทานอาหาร ประชาชนในท้องถิ่นที่มีโรคชุกชุม นิยมรับประทานอาหารดิบโดยเฉพาะอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดๆ ที่เรียกว่า “ก้อยปลา” และส่วนมากจะเป็นปลาที่จับได้ในฤดูฝนซึ่งมีระยะติดต่อ เมตาเซอร์คาเรียอยู่มากกว่าฤดูอื่นๆ
- (2) การแพร่กระจายของโรคยังคงดำเนินอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากสุขาภิบาลในชนบทที่ยังพัฒนาได้ไม่ทั่วถึง การที่ประชาชนออกไปทำนาและถ่ายอุจจาระลงในน้ำ หรือถ่ายอุจจาระตามพุ่มไม้เมื่อฝนตกลงมากก็จะชะล้างอุจจาระลงไปในน้ำ ทำให้ไข่พยาธิมีโอกาสเข้าไปเจริญในหอยได้
- (3) ในแหล่งน้ำต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหอยโฮสต์ตัวกลางที่หนึ่ง และโฮสต์ตัวกลางที่สอง อยู่ร่วมกันทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนภูมิอากาศของประเทศไทยเหมาะต่อการเจริญพันธุ์ของหอย และปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลาง
- (4) รัฐบาลหรือหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนให้เกษตรกรโดยการสร้างแหล่งน้ำโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการเพิ่มแหล่งเพาะพันธุ์ของหอยและปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลาง

1.3 อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อน

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการและจะไม่ทราบว่าเป็นโรคนี้น จนกว่าจะตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ หรือจนกว่าจะมีอาการของระบบทางเดินน้ำดีอักเสบหรืออุดตัน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะเกิดอาการ ส่วนใหญ่อาการเริ่มปรากฏเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน การแบ่งกลุ่มอาการของผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งออกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ไม่มีอาการ พวกนี้มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายน้อย ประมาณ 100–200 ตัว ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจอุจจาระอาจจะพบไข่พยาธิใบไม้ตับแต่ก็เป็นจำนวนน้อยกว่า 1,000 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม
- 2) อาการอย่างอ่อน ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อยู่เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร บางครั้งรู้สึกร้อน ๆ บริเวณใต้ชายโครงขวาหรือบริเวณลิ้นปี่คล้ายกับไม่พบตับโต ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณตับ ไม่เคยมีอาการเหลือง อาการเหล่านี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในจำนวนพอสมควร คือตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 1,000-9,999 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัม ในระยะนี้ถ้าได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา จะได้ผลดีมาก ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ
- 3) อาการปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการให้เห็นชัดเจน เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ตับเป็นจำนวนมาก ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระประมาณ 10,000-30,000 ไข่ต่ออุจจาระ 1 กรัมมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเฟ้อ อยู่เป็นประจำ รวมทั้งมีอาการอาหารไม่ย่อย เจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่และชายโครงขวา หรือชายโครงทั้ง 2 ข้าง มีอาการร้อนบริเวณหน้าท้อง ปวดหลัง อ่อนเพลียอาการเหล่านี้ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาการขั้นต่อไปคือ อาการของทางเดินน้ำดีอักเสบ ได้แก่ มีอาการดีซ่าน มีไข้ต่ำ ๆ เจ็บบริเวณตับ ตับโต มักเป็น ๆ หาย ๆ ถ้าอาการค่อนข้างรุนแรงจะเบื่ออาหาร ผอมและมีอาการบวมร่วมด้วย

4) อาการรุนแรง ผู้ป่วยมักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้ว เนื่องจากได้รับพยาธิใบไม้ตับเข้าร่างกายซ้ำ ๆ กัน เป็นเวลานานนับสิบปีขึ้นไป มีจำนวนพยาธิใบไม้ในตับมากมาย จะมีอาการเบื่ออาหาร ชูบซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ชาบวม เส้นเลือดดำหน้าท้องเห็นชัด ท่อน้ำดีถูกอุดตันตัวเหลืองมาก ตับโต อุจจาระสีซีด ตับโตมากขึ้น อาจเป็นซิสต์ (cyst) ของตับ ตรวจคลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโลหิตเป็นพิษ หรือจากการทำงานของตับและไตล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่มักพบร่วมกับพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับชนิด มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตในที่สุด

1.4 การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

1.4.1 การตรวจทางปรสิตวิทยา

1) การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ยังถือว่าการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดในปัจจุบัน (ประสิทธิ์ วัฒนาภาและคณะ, 2545) และเชื่อถือได้มากที่สุดความไวขึ้นกับเทคนิคที่เลือกใช้ ได้แก่ การตรวจชนิดธรรมดา (simple smear หรือ Direct fecal smear)วิธีของคาโต้ (Kato's thick smear), วิธีตกตะกอนด้วยน้ำยาฟอร์มาลินและอีเทอร์ (quantitative modified formalin-ether sedimentation method) การตรวจด้วยสองวิธีหลังเป็นการตรวจแบบเข้มข้นทำให้สามารถตรวจพบไข่พยาธิที่มีจำนวนน้อยในอุจจาระได้ โดยมีวิธีการตรวจดังนี้ คือ ตักอุจจาระประมาณ 60–70 มิลลิกรัม ใส่ลงในกระชกสไลด์ แล้วปิดด้วยแผ่นกระดาษแก้วเซลโลเฟน ที่แช่อยู่ในน้ำยาไกลเซอริน-มาลาโคทกรีน อย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนใช้ หลังจากนั้นใช้จุกยางกดลงบนกระดาษเซลโลเฟน ตรงบริเวณที่มีอุจจาระอยู่ เพื่อให้อุจจาระกระจายสม่ำเสมอและบางพอที่จะสามารถตรวจได้ ทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 1 ชั่วโมง (อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส) หรือที่อุณหภูมิ 34–40 องศาเซลเซียส ประมาณ 20–30 นาที แล้วส่องตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ (ประยงค์ ระดมยศและคณะ, 2545) แต่ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระก็ขึ้นอยู่กับจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ ซึ่งจะแปรผันโดยตรงกับจำนวนพยาธิที่อยู่ในตับของแต่ละคน ปริมาณการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำแนกตามจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ (Sadun E H, 1955 อ้างใน สันต์ศิริ ศรีมณี และคณะ, 2541) ดังนี้

1. ปริมาณการติดเชื้อเล็กน้อย ไม่รุนแรง (light) มีจำนวนไข่พยาธิ 1–999 ใบ
ในอุจจาระ 1 กรัม
2. ปริมาณการติดเชื้อปานกลาง (medium) มีจำนวนไข่พยาธิ 1,000–9,999 ใบ
ในอุจจาระ 1 กรัม
3. ปริมาณการติดเชื้อมาก (heavy) มีจำนวนไข่พยาธิ 10,000–29,999 ใบ
ในอุจจาระ 1 กรัม
4. ปริมาณการติดเชื้อรุนแรงมาก (very heavy) มีจำนวนไข่พยาธิ 30,000 ใบ ขึ้นไป
ในอุจจาระ 1 กรัม

2) การตรวจหาตัวพยาธิในอุจจาระ ตัวพยาธิใบไม้ตับจะตรวจพบในอุจจาระหลังการรับประทานยาถ่ายพยาธิ และให้ยาระบายเพื่อขับพยาธิออกมา หลังจากนั้นเก็บอุจจาระภายใน 24 ชั่วโมงมาตรวจโดยวิธีตกตะกอน (sedimentation) ในน้ำเกลือ เป็นการวินิจฉัยที่แน่นอนและบอกชนิดของพยาธิได้

3) การตรวจหาไข่และตัวพยาธิในน้ำดี เนื่องจากตัวเต็มวัยของพยาธิใบไม้ตับ อาศัยอยู่ในน้ำดี จึงสามารถตรวจพบไข่และตัวพยาธิในน้ำดีได้ ซึ่งอาจจะตรวจจากน้ำย่อยบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น หรือตรวจจากตับและถุงน้ำดีขณะผ่าตัดหรือตรวจศพ

1.4.2 การตรวจทางอิมมูโนวิทยา

เป็นการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อทางน้ำเหลืองวิทยาเป็นการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันเฉพาะ (specific antibody) ในซีรัมผู้ป่วยโดยวิธีต่าง ๆ ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาพยาธิในอุจจาระได้เพราะสภาพของโรคเรื้อรังมีทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร การตรวจด้วยวิธีนี้ มักจะให้ผลบวกเป็นกลุ่มของพยาธิใบไม้ กล่าวคือ ให้ผลบวกปลอมในระหว่างพยาธิใบไม้ด้วยกันเอง เช่น พยาธิใบไม้ปอด พยาธิใบไม้ลำไส้ พยาธิใบไม้เลือด ในอัตราที่ค่อนข้างสูงและยังพบว่า การตรวจชนิดนี้ไม่สามารถแยกการติดเชื้อในอดีตและปัจจุบัน

1.5 กลวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ประกาศรี จงสุขสันติกาล และคณะ (2535) ได้ให้หลักการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอัตราความชุกของโรคให้อยู่ในระดับที่คาดว่าจะไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขได้นั้น มาตรการสำคัญที่จะทำให้เกิดองค์ประกอบของการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมีศักยภาพสูง จึงได้แก่มาตรการต่อไปนี้ คือ

1. มาตรการในการกำจัดแหล่งแพร่โรค คือการดำเนินงานเพื่อให้มีการตรวจอุจจาระ และการรักษาพยาธิให้มีความครอบคลุมสูง และมีความถี่หรือความต่อเนื่องสูงพอที่จะทำให้ประชากรเป้าหมายป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับลดน้อยลง
2. มาตรการในการหยุดยั้งการติดเชื้อ คือ การดำเนินงานเพื่อให้มีการบริโภคอาหารจากปลาดิบ หรืออาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับให้น้อยที่สุด
3. มาตรการในการหยุดยั้งการแพร่โรค คือการดำเนินงานเพื่อลดการแพร่กระจายของอุจจาระมิให้ลงสู่แหล่งน้ำหรือให้เหลือน้อยที่สุดโดยการรณรงค์สร้างส้วมและสร้างสุขนิสัยการถ่ายในส้วม
4. มาตรการในการพึ่งตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีการพึ่งตนเองในการตรวจรักษาพยาธิ และชุมชนมีส่วนร่วมในการตรวจอุจจาระและการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้มากที่สุด

โดยในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นในการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตนเอง และสามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการที่สำคัญ มาตรการในการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มุ่งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่ประชาชนเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 3 ประเด็นหลักด้วยกัน คือ (1) การไม่รับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ (2) การขับถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ และ (3) การล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร ก่อนการประกอบอาหารและการล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นในการใช้มาตรการในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน โดยมุ่งใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ให้ชุมชนพึ่งพาซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนต่อไป

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ , 2552)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สำหรับการรับสมัครขอคัดเลือกครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวน อสม.ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10 – 15 ครัวเรือน

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้
4. สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างมีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วาระและการพ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. **วาระ** กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

1. ตาย
2. ลาออก
3. เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี หรือ
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน

จำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่ อสม.รับผิดชอบ ร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง ก่อนมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม.หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) อสม.ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น
- 2) อสม.ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของ อสม.หรือ มีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กรอสม.

มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามสมรรถนะ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ในหลักสูตร

ฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ดังนี้

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่
2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น

ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย

3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน
4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน

และสภาวะแวดล้อม

5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดและลดปัญหา

ทางสุขภาพ

6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ
7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย

และชุมชน

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)

1. ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังใน

ชุมชน

2. เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนุนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพ.สต.

3. เป็นทูตไอโอดีน ฝึกการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่งบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานาฬิกาของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ด ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงาน ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- (1) จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- (2) ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
- (3) ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม สาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อสม. ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้กำหนดไว้ตามมาตรฐาน

1. วิธีการอบรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนา อสม. ใหม่ ให้ทุกคนมีความรู้และความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพได้หรือไม่

2. เนื้อหาหลักสูตร

เนื้อหาหลักสูตรแบ่งเนื้อหาที่อบรมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มเนื้อหาความรู้พื้นฐานภาคบังคับ

ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

2.2 กลุ่มเนื้อหาความรู้เฉพาะ

ประกอบด้วย เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยหน่วยงานในระดับพื้นที่สามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก็อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่ควรที่จะเสริมสร้างให้แก่ อสม. โดยเฉพาะ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งหากสามารถเพิ่มศักยภาพให้แก่ อสม. โดยการบูรณาการเนื้อหาเพื่อให้ อสม. มีศักยภาพในเรื่องดังกล่าว จะส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาให้แก่ชุมชนได้ โดยในการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ อสม. นั้นถือว่าการถือเอาเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและสังคมต่อไป

3. รูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

(กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ, 2557)

จากเป้าหมายยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” นั้นคือการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

ผังแผนภาพที่ 1 ข้างต้นสามารถอธิบายแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยการใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ซึ่งได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดกระบวนการเรียนรู้

ระยะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ เป็นการเตรียมการให้ อสม. มีศักยภาพของพร้อมในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดยวิทยากรในพื้นที่ ใช้เทคนิคการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม.

ระยะดำเนินการเป็นระยะของ อสม. ที่ได้พัฒนาศักยภาพในการจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านมาแล้ว ไปจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน โดยใช้เทคนิคการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบสื่อสุขศึกษา ซึ่งการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษา

โดยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้นประกอบด้วย องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
2. จุดมุ่งหมายของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
3. เนื้อหาสาระของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
4. กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
5. แนวทางการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิ

ใบไม้ตับในชุมชน

โดยแต่ละองค์ประกอบมี รายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน

เป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มุ่งเน้นการ บูรณาการ เข้าสู่งานประจำ และสามารถเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดย ระยะที่ 1 บูรณาการเข้ากับกิจกรรมโรงเรียน อสม. ที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม. ไปจัดกระบวนการเรียนรู้ ให้กับประชาชนรายครัวเรือน โดยระยะที่ 2 บูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่มีอยู่แล้วใน บทบาทหน้าที่ของ อสม.

2. จุดมุ่งหมายของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ ดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(1) เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิ

ใบไม้ดับ พร้อมทั้งความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับต่อไป

(2) เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชน เพื่อส่งผลให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำทักษะที่ได้รับไปจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ประชาชนทั่วไป

(1) เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ พร้อมทั้งความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับต่อไป

3. เนื้อหาสาระของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในชุมชน

การจัดเนื้อหาหลักสูตรเน้นการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุดังกล่าวด้วยกระบวนการสุศึกษา ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น ดังนี้

เนื้อหาสำหรับ อสม.

เน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ร่วมกับทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชน

เนื้อหาสำหรับ ประชาชน

เน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ

4. กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในชุมชน

กิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพ อสม. มุ่งเน้นให้ วิทยากร ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ศึกษาคู่มือวิทยากร การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับด้วยตนเอง และดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในระยะที่ 1 โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลาย อาทิ เช่น เกมส์ VDO กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกทักษะ เป็นต้น

กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในระยะที่ 1 จากวิทยากร ดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนรายครัวเรือน โดยศักยภาพที่ได้รับจากการพัฒนาในระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาคู่มือ อสม. ในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในชุมชนด้วยตนเองที่ประกอบด้วยสื่อสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ได้แก่ คู่มือประชาชนและภาพพลิก ชุด “คนอีสาน

ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยใช้กิจกรรม เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สื่อภาพพลิก การจัดการแก้ปัญหา ร่วมกัน เป็นต้น

5. แนวทางการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ มี 2 ลักษณะ คือ

(1) การประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ หมายถึง กระบวนการดำเนินการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแบบบันทึกกิจกรรมในคู่มือวิทยากร และคู่มือ อสม. พร้อมทั้งการสัมภาษณ์วิทยากร อสม. และประชาชนที่ได้ใช้รูปแบบฯ

(2) การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย หมายถึง ผลสัมฤทธิ์สูงสุดที่คาดหวัง หรือที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในที่นี้ คือ การประเมินทั้งปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณทรรัตน์ บุญช่วยอนาสีทธิ และคณะ, 2557) โดยนำรูปแบบฯ ดังกล่าวพร้อมทั้งผลของการทดลองใช้รูปแบบฯ มาดำเนินการวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นหลักเนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรที่มีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนและมีการเสริมสร้างศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ อสม. รู้เท่าทันโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาของตนเองและประชาชนในชุมชนที่ตนรับผิดชอบ สามารถเป็นแกนนำในการเสริมสร้างให้ตนเองและประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งการได้มาซึ่งรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. จะส่งผลให้ อสม. มีศักยภาพที่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม และนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคในชุมชนต่อไป

4. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค อาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้นๆ ความเชื่อจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การผ่าตัดหรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคล (Beaker and Maiman, 1975)

ดังนั้น ในการศึกษาพฤติกรรมบุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจหรือการรับรู้ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์มากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษา ทำความเข้าใจและทำการควบคุมโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ จึงได้รับความสนใจศึกษากันมากในช่วงปี ค.ศ. 1950 – 1960 ถือเป็นช่วงแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นด้านการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึง

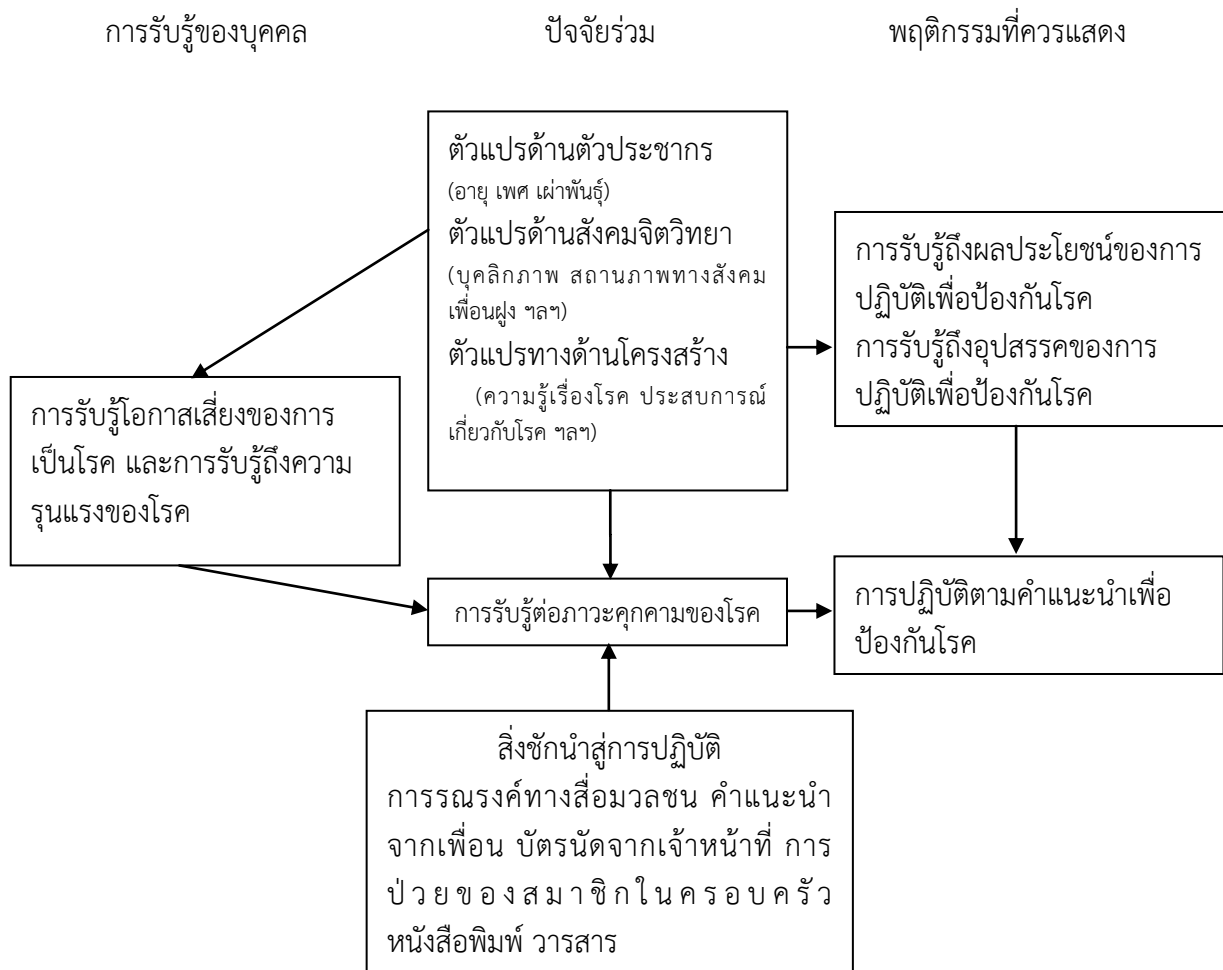
สนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุ และสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

Rosenstock (1990) ได้อธิบายแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ จะประกอบไปด้วยความเชื่อที่ว่า

1. การมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล
2. การเกิดโรคอาจจะมี ความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ปานกลาง หรือมากก็ได้ การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่

ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วยต่างๆ

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า องค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้ ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Beaker and Maiman (1975) ได้ปรับปรุง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยอื่นๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cure to Action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (ที่มา Beaker, 1974)

องค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค Becker and Maiman (1975) ได้สรุปองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้

1. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)** เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเกิดโรค แต่แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไปบางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรสดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ ได้ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้อาจแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค Becker and Maiman (1975) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้วความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีกและสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

2. **การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)** เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่างๆ มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า แม้บุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. **การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits)** เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยิ่งรวมถึง เวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรค แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นจะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่เป็นเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและการรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. **การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier)** การรับรู้อุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความอาย เป็นต้น ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์หรือโทษซึ่งเกิดการตัดสินใจเลือกกระทำแล้วว่าดีกว่าวิธีอื่นทำให้บุคคลนั้น ตัดสินใจดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

5. **สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)** สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

5.1 **ปัจจัยร่วม (Modifying factors)** ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

5.1.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

5.1.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

5.1.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

5.2 **แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)** แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึงสภาพอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy)

งานของ Bandura เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนนั่น ในระยะแรก Bandura ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงความคาดหวังอีกเลย

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนนั่น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 บุคคล อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มี การรับรู้ความสามารถของตนนั่นแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนนั่นในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน เช่นกัน Bandura เห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จำกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนนั่นในสภาวะการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศสภาวะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1988)

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พบว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และความเชื่อในความสามารถของตนเอง พร้อมกันนั้นลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรค บุคคลนั้นก็จะมีความโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจากผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ, 2557) พบว่าปัจจัยสำคัญของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน นั้น พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 2 ปัจจัยข้างต้นมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จะส่งผลให้ อสม. และประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

4.2 แนวคิดการประเมิน CIPP Model

Stufflebeam และคณะได้พัฒนาตัวแบบการประเมินด้วย CIPP มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 และมีการปรับปรุงหลายครั้ง จากเริ่มแรกที่ศึกษาโครงการแบบเน้นกระบวนการ (Formative Approach) จากปัจจัยนำเข้าที่เข้าสู่กระบวนการ และจากกระบวนการก่อให้เกิดผลผลิต ได้แก่ ผลลัพธ์ ในบริบทของสภาพแวดล้อมต่อมาเน้นการกำหนดเป้าประสงค์ (Corporate Goal-setting) จากการวิเคราะห์ (Context) หรือสภาพแวดล้อม รวมถึงการประเมินความต้องการ (Need Assessment) และการวางแผนจากการศึกษาความมียู่ของทรัพยากร และการประเมินยุทธศาสตร์เพื่อเป็นการกำหนดยุทธวิธีหรือแผนงาน การพัฒนาครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ. 1971 โดยเพิ่มเติมการนำผลของการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงยุทธวิธีหรือแผนงาน การพัฒนาครั้งที่ 4 ปี ค.ศ. 1972 พัฒนาโดยให้นำหนักกับวิธีการศึกษาเน้นผลสรุปของโครงการ (Summative Approach) ไปพร้อมๆ กับการศึกษาแบบเน้นกระบวนการดำเนินโครงการ (Formative Approach) และการพัฒนาครั้งที่ 5 ได้ขยายขอบเขตของแนวคิดเกี่ยวกับผลผลิต (Product ออกไปสู่ยุทธวิธีหรือแผนงานระยะยาวที่เหมาะสม

กล่าวโดยสรุปนั้นรูปแบบการประเมิน CIPP เป็นการนำตัว อักษรตัวแรกของมิติการประเมิน 4 ด้านมาประกอบกัน ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบนั้น มีมิติในการพิจารณาสำหรับการประเมิน ดังนี้

(1) การประเมินบริบทที่เกี่ยวข้อง (Context Evaluation) เป็นการศึกษาสภาพแวดล้อม ปัจจัยพื้นฐานของโครงการ ได้แก่ นโยบาย วิสัยทัศน์ ปัญหา แหล่งทุน สภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ตลอดจนแนวโน้มการก่อตัวของปัญหาที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ เป็นต้น เพื่อระบุความต้องการจำเป็นและการวินิจฉัยปัญหา

(2) การประเมินปัจจัยนำเข้า/ทรัพยากร (Input Evaluation) เป็นการประเมินทรัพยากรที่มีของหน่วยงาน ได้แก่ บุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ความสามารถในการบริหาร แต่ละปัจจัยอาจจำแนกย่อยเช่น บุคลากร อาจพิจารณาถึง เพศ อายุ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ความพึงพอใจ ความคาดหวัง เจตคติ ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ วุฒิการศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย เป็นต้น เพื่อให้สารสนเทศในการจัดสรรทรัพยากร การตัดสินใจเพื่อการวางแผนและออกแบบโครงการ

(3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการศึกษาการดำเนินการตามโครงการหรือแผนงานว่าเป็นไปตามขั้นตอนที่ได้ถูกกำหนดไว้หรือไม่ อย่างไรก็ตามทั้งศึกษาและค้นหาข้อบกพร่องจุดอ่อนจุดแข็งของกระบวนการบริหารจัดการโครงการ โดยเน้นที่กระบวนการของโครงการว่าจะทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้ถูกกำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ และกำกับติดตามตรวจสอบในระหว่างดำเนินโครงการ

(4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโครงการ

โดยเฉพาะความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของโครงการกับผลผลิตที่ได้ โดยนำไปเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่บุคคลหรือหน่วยงานอื่นได้กำหนดไว้ หรืออาจเป็นเกณฑ์การวัดผลที่กำหนดขึ้นเอง เพื่อเทียบกับการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้ สามารถประเมินผลผลิตได้ทั้งระหว่างดำเนินโครงการและเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

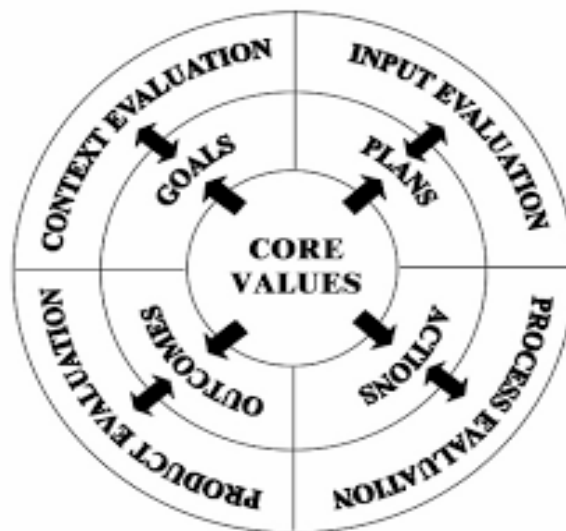
หลังปี ค.ศ. 2004 Stufflebeam ได้เสนอใช้ CIPP Model ใน 2 ลักษณะ คือ ทั้ง Formative และ Summative โดยได้กำหนดการประเมินผลผลิตออกอย่างชัดเจน คือ การประเมินผลกระทบ (Impact) การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) การประเมินความยั่งยืน (Sustainability) และการประเมินความสามาถที่จะถ่ายทอดได้ (Transportability) เป็นที่มาของ CIPP_{iest} Model (Stufflebeam, 2010) โดยมีคำถามในการประเมินแบบ Formative และ Summative ที่สำคัญ ดังนี้

ตารางที่ 1 คำถามในการประเมินแบบ Formative และ Summative ที่สำคัญ

CIPP _{iest} Model	Formative	Summative
Context	What needs to be done?	Were important needs addressed?
Input	How should it be done?	Was a defensible design employed?
Process	Is it being done?	Was the design well executed?
Product	Is it succeeding	Did the effort succeed?

ที่มา : Stufflebeam, 2010

โดยองค์ประกอบหลักของ CIPP Model ดังแผนภาพที่ 3



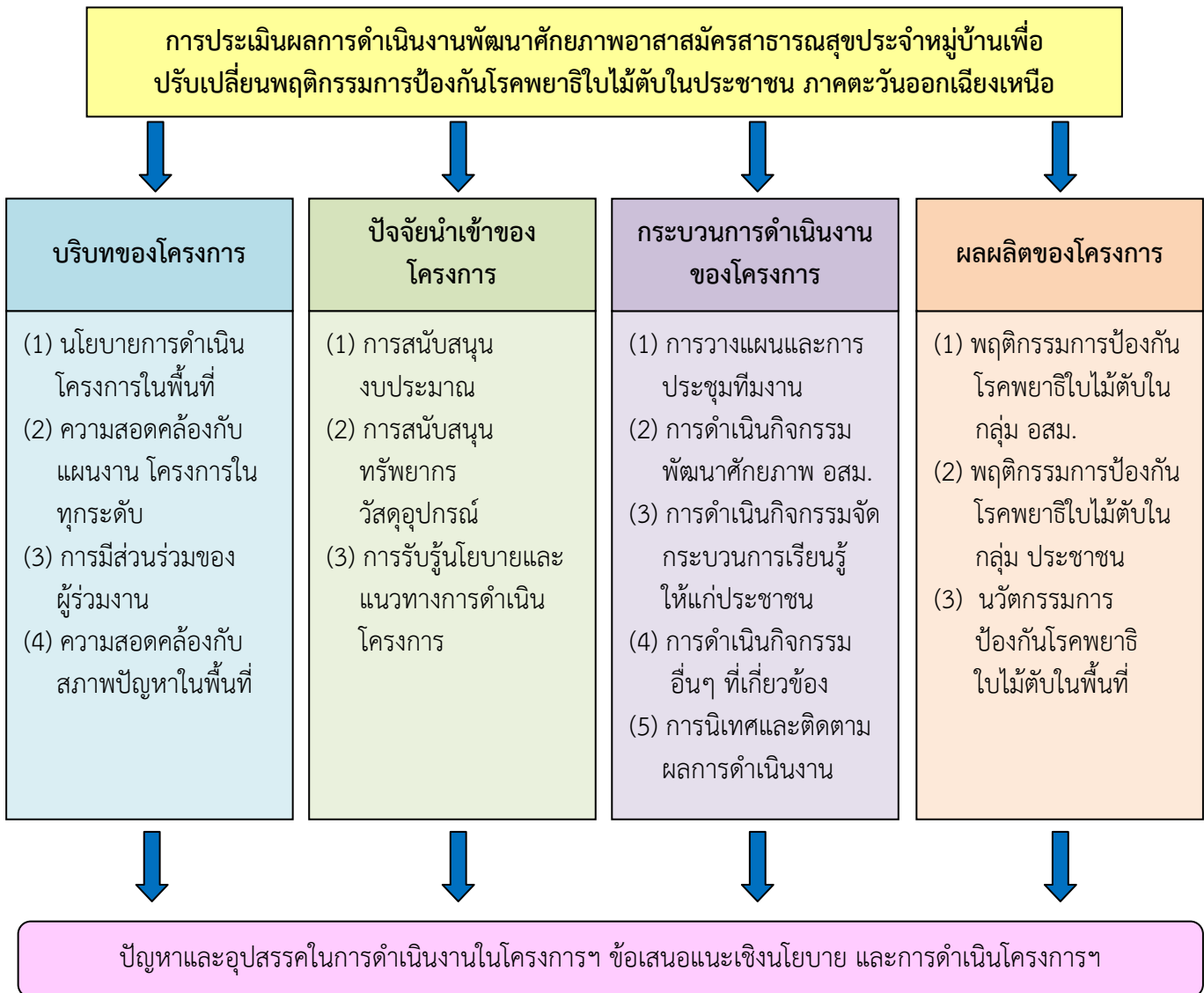
แผนภาพที่ 3 องค์ประกอบของ CIPP Model (Stufflebeam, 2004)

จากแผนภาพที่ 3 แสดงให้เห็นมีวงกลมสำคัญ 3 วง วงในสุดเป็นส่วนที่แสดงถึงคุณค่า ร่วมกันของการประเมินในการนำไปใช้กำหนดส่วน ต่างๆ ในวงกลมที่สองซึ่งเป็นส่วนประกอบของ โครงการ ได้แก่ เป้าหมาย แผนงานหรือแผนการ ปฏิบัติ งาน การปฏิบัติ หรือการกระทำตามแผนงานและ ผลลัพธ์ที่ได้ใน 4 ส่วนประกอบของโครงการก็จะ สัมพันธ์กับมิติการประเมินทั้ง 4 ด้าน ของรูปแบบการ ประเมิน CIPP ซึ่งเป็นวงกลมนอกสุด นั่น คือ การ ประเมินเพื่อนำมาใช้กำหนดเป้าหมายของโครงการ ก็คือการประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า ก็ใช้

สำหรับจัดทำแผนปฏิบัติงาน แต่การปฏิบัติงานหรือการกระทำตามแผนก็ต้องอาศัยการประเมินกระบวนการ และท้ายที่สุดหากจะประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดของ โครงการก็ต้องทำการประเมินผลผลิตนั่นเอง

รูปแบบการประเมิน CIPP ที่นำมาใช้ในการประเมินสิ่งที่ได้รับการประเมินควรใช้ ประเมินเป็นระยะๆ และประเมินสรุปรวม โดยใช้ เทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างหลากหลาย สอดคล้องกับประเด็นย่อยๆ ที่ต้องการประเมินใน แต่ละมิติ รวมทั้งใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับนำมาวิเคราะห์ สรุปตีความ ผลการประเมินทั้งนี้ แหล่งที่มาของข้อมูลในการประเมินก็ต้องเก็บรวบรวม หรือได้มาอย่างหลากหลาย ครอบคลุม ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียทั้งหมด ทั้งที่เป็นทีมผู้ปฏิบัติงานในโครงการ ผู้รับผลประโยชน์จากโครงการ ผู้บริหารหรือผู้เป็นเจ้าของโครงการ รวมทั้งข้อมูลจากเอกสาร บันทึกต่างๆ ประกอบด้วยเช่นกัน

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์รูปแบบการประเมิน CIPP มาใช้ในการดำเนินการเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดในการดำเนินการประเมิน โดยสามารถสรุปตามแผนภาพประกอบ 4 ได้ดังนี้



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการดำเนินการประเมิน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข : บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย โดย นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และนางสาวปารณัฐ สุขสุทธิ (2549) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีการดำเนินการมานานกว่าสามทศวรรษ การศึกษาดังกล่าวนี้นี้เป็นการประเมินศักยภาพและบทบาทของ อสม. ในบริบทของสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสถานการณ์สุขภาพ อสม. ที่ปัจจุบันมีจำนวนเกือบ 800,000 คน ถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชนอาสาสมัครส่วนใหญ่มักได้รับความเชื่อถือเป็นผู้อุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้ได้รับความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและดำเนินการอย่างแข็งขัน มากกว่าร้อยละ 35 ของ อสม. ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ที่จะเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะที่วัยก่อนก็มี อสม. หญิงเพิ่มขึ้นมากอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อสม. เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาอันสั้นๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์เรื่องโรคต่างๆ หรือการกระจายข้อมูลข่าวสาร และมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

แสงเทียน อัจฉิมานกุล (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินศักยภาพของ อสม. ในชุมชน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ บทบาทของ อสม. กรอบการทำงานวิถีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงานที่ควรพัฒนาผลการศึกษาพบว่า ความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดี ส่วนความรู้ด้านสาเหตุและอาการโรคและการรักษาพยาบาลของ อสม. ส่วนใหญ่ อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีเช่นกัน ส่วนผลการศึกษาทักษะและความสามารถในการทำงานของ อสม. พบว่า อสม. โดยรวมมีทักษะในการทำงานค่อนข้างน้อย และ ทักษะที่มีค่อนข้างมากคือ การให้คำแนะนำชาวบ้านในเรื่องการฉีดวัคซีน และการเฝ้าระวังทางโรคระบาด ทักษะที่มีค่อนข้างน้อยคือ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การคิดริเริ่มทำงานใหม่ๆ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ และการเจรจาต่อรอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (2550) ได้จัดทำโครงการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านการจัดทำแผนสุขภาพในชุมชนตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงรวมทั้งเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสร้างกระแสการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนอย่างทั่วถึง ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถดำเนินการตรวจวัดและเฝ้าระวังทางสุขภาพในชุมชนได้ สามารถค้นหาปัญหาสภาวะสุขภาพในชุมชน และสามารถจัดทำแผนสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

มินตรา สารรักษ์, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์และ ธันยาการย์ ศรีวราศ (2552) ได้ศึกษาโครงการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสว่างและตำบลนากระแซง จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2551 โดยการสร้างพลัง ให้ความรู้และทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพตามฐานต่างๆจำนวน 3 ฐาน ได้แก่ ฐานการออกกำลังกาย ฐานการปฐมพยาบาล และฐานความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ อสม. ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมโครงการจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า การประเมินศักยภาพด้านการดำเนินงานของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง จากตำบลโคกสว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ย

ศักยภาพของ อสม. เท่ากับ 2.00 (SD=0.45, 95%CI;1.86-2.15) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่างๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพเพิ่ม เป็น 3.09 (SD=0.46, 95%CI; 2.94-3.25) กลุ่มตัวอย่างตำบลนากระแซง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่างๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 (SD=0.39, 95%CI; 2.86-3.12) หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่างๆ ค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพด้านการดำเนินงานของ อสม. เท่ากับ 3.12 (SD=0.45, 95%CI; 2.98-3.26) การจัดกลุ่มคะแนนศักยภาพการดำเนินงานของ อสม. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฐาน กลุ่มตัวอย่างตำบลโคกสว่างส่วนใหญ่ จัดอยู่ในกลุ่มต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมฐาน ส่วนมากจัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.8 กลุ่มตัวอย่างจากตำบลนากระแซง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จัดอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมฐานต่างๆ แล้ว ยังอยู่ในกลุ่มสูงมากที่สุดโดยมีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 63.4 การติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากอบรมเป็นเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นประมาณร้อยละ 83 ขึ้นไป ผลการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า การจัดกิจกรรมการเสริมสร้าง ศักยภาพ หรือ การสร้างพลัง (Empowerment) ในการปฏิบัติงานให้กับ อสม. ช่วยทำให้ อสม. มีศักยภาพในการดำเนินงาน และมีความมั่นใจในการทำหน้าที่ อสม. ได้เป็นอย่างดี ดังนั้น จึงควรบรรจุโครงการ/กิจกรรมเหล่านี้ในแผนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ และเพิ่มศักยภาพในการทำงานของ อสม. ให้คงอยู่ตลอดไปรวมทั้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการระดมความคิดเห็นและปรับกลยุทธ์หรือแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ อสม. มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนมากขึ้นและควรมีการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในหมู่บ้านในการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อลดภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ และยังทำให้การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จได้

พีระพล ศิริไพบูลย์ (2553) ได้ศึกษาแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษา เขตพญาไท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.ศึกษาวิเคราะห์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐาน 2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน 3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเก็บตัวอย่างแบบสอบถามจากประชาชนในเขตพญาไท ที่เข้ารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) เขตพญาไท จำนวน 400 คน และทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอนามัยชุมชนประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) จำนวน 4 คน จากการศึกษาวิจัยพบว่า ระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุดคือด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และน้อยที่สุด คือ ด้านการป้องกันแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย และพบว่าความคาดหวังของประชาชนต่อบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน มีความแตกต่างกันสามารถอภิปรายผลเป็นรายด้านตามความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับสูงสุดคือด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ระดับที่ต่ำสุดคือด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยจากการศึกษาวิจัยสามารถนำเสนอแนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีแนวทางการพัฒนาดังนี้ 1. แนวทางการพัฒนาการปรับปรุงโครงสร้างและการบริหารงานอาสาสมัครสาธารณสุข 2. แนวทางการพัฒนาพัฒนาทักษะการเรียนรู้และการส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุข 3. แนวทางการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ

สุจินดา สุขกำเนิด (2554) ได้ทำการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินศักยภาพของอสม. วิเคราะห์กลไกการสนับสนุนการทำงานของ

อสม. การจัดสวัสดิการและสร้างขวัญกำลังใจ รวมทั้งประเมินความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและอบต.ต่อคุณค่าของอสม. ในการพัฒนางานสุขภาพในชุมชน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ ข้อมูลitudinal ภูมิ ใช้ข้อมูลทะเบียนประวัติอสม.ของกองสนับสนุนสุขภาพประชาชนมีฐานข้อมูลจำนวน อสม. 791,383 คน และข้อมูลปฐมภูมิ โดยการเก็บแบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม คือ อสม. ผู้นำชุมชน อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การคัดเลือกจังหวัดพื้นที่เป้าหมายใช้โดยวิธี Cluster Sampling จัดกลุ่มพื้นที่ตามสภาพภูมิศาสตร์ แบ่งเป็น 4 ภาค คัดเลือกจังหวัดภาคละ 3 จังหวัด ยกเว้นภาคเหนือแบ่งเป็น 2 จังหวัด รวมจำนวน 11 จังหวัด วิธีการเลือกจังหวัดใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ผลการสุ่มตัวอย่างได้ จังหวัดดังนี้ กาญจนบุรี ระยอง นนทบุรี ขอนแก่น ยโสธร สุรินทร์ นครศรีธรรมราช กระบี่ ปัตตานี ลำปาง และ นครสวรรค์ สุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอ โดยใช้หลักเกณฑ์ระยะทางใกล้-ไกลเมืองใหญ่ในแต่ละจังหวัด รวม 22 อำเภอ เลือกอำเภอละ 2 ตำบล โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน รวม 44 ตำบล คัดเลือกหมู่บ้านตำบลละ 3 หมู่บ้าน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายรวม 132 หมู่บ้าน ขนาดตัวอย่างในกลุ่มอสม.ใช้วิธีการคำนวณตามสูตรของ Taro Yamane ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอสม. 412 คน สำหรับผู้นำชุมชน อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้ขนาดตัวอย่าง 1 ตำบล ตัวอย่างกลุ่มละ 1 คน รวมกลุ่มตัวอย่างละ 44 คน

ผลการศึกษาพบว่า อสม.เกือบ 800,000 คนทั่วประเทศ มีการเข้าออกหมุนเวียนอยู่ตลอดเวลา กลุ่มอสม.ที่มีอายุการทำงานไม่ถึง 5 ปี เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 36.97 แนวโน้มอสม.เป็นเพศหญิงมากขึ้น โดยปัจจุบันมีสัดส่วนเพศชาย : เพศหญิง เป็น 1 : 2.3 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับ 10 ปีย้อนหลัง พบว่าอสม.เพศหญิงมีสัดส่วนสูงขึ้น จากเดิมอสม.ชาย 1 คนจะมีอสม.หญิงเพียง 1.5 คน อสม.ทั้งประเทศมีอายุเฉลี่ย 43.68 ปี ($S = 9.9$) อายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 84 ปี ผลการประเมินศักยภาพอสม. โดยวิเคราะห์ตามหน้าที่ ความรับผิดชอบของอสม. 13 งาน พบว่าอสม.จะมีศักยภาพสูงในการทำงานกิจกรรมการณรงค์ตามช่วงเวลา ที่ชัดเจนมี 2 หน้าที่ คือ การเฝ้าระวังโรคและป้องกัน และการสำรวจข้อมูล เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาที่อสม.ส่วนใหญ่มีอาชีพต้องเลี้ยงดูครอบครัว หน้าที่ที่อสม.มีศักยภาพปานกลาง ได้แก่ การแจ้งข่าวสาร การให้คำแนะนำ การประสานงาน และการพัฒนาสังคมภายในชุมชน หน้าที่ที่อสม.มีศักยภาพค่อนข้างต่ำ ได้แก่ การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของชุมชน และการพัฒนาเศรษฐกิจในชุมชน สำหรับหน้าที่ที่อสม.มีศักยภาพต่ำมี 6 หน้าที่ ได้แก่ การให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นในชุมชน การถ่ายทอดความรู้ การปฏิบัติงานในศสมช. การเป็นผู้นำชุมชน และการวางแผนพัฒนาสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้และทักษะด้านสุขภาพ พบว่าแม้ว่าส่วนใหญ่อสม.มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีในด้านสุขภาพ แต่ทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในศสมช.มีค่อนข้างน้อย รวมทั้งความสามารถในการเขียนแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาของหมู่บ้านมีค่อนข้างน้อย กลไกการสนับสนุนการทำงานของอสม.ยังมีปัญหาเรื่องการฝึกอบรมความรู้อสม.ใหม่ตามหลักสูตรมาตรฐานมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีเพียงจัดประชุมที่สถานีอนามัยทุกเดือนและเน้นเรื่องการเฝ้าระวังโรคระบาด งบประมาณการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพได้ครบทุกหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ได้จากงบอบต. (หมวดเงิน 10000 บาทด้านสาธารณสุข) การจัดสวัสดิการของกระทรวงสาธารณสุขให้กับอสม. พบว่าอสม.เพียงร้อยละ 47.1 ที่เคยได้รับสวัสดิการ แต่อสม.ส่วนใหญ่พอใจที่จะทำงาน เพราะได้ผลตอบแทนในรูปแบบอื่น คือ ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 86.9 สามารถดูแลสุขภาพคนในครอบครัวได้ร้อยละ 85.8 ได้เรียนรู้และสร้างพลังกลุ่ม ร้อยละ 80.0 ได้รับการยกย่องนับถือจากชุมชน ร้อยละ 52.8 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและอบต. ต่อคุณค่าของอสม.ในการทำงานพัฒนาสุขภาพ พบว่าเห็นคุณค่าอสม.ค่อนข้างสูง โดยเห็นว่าประชาชนในชุมชนยอมรับอสม.มาก ถึงร้อยละ 95.5 และเห็นว่ากลไกการทำงานของอสม.เป็นกลไกที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ร้อยละ 80.7 สำหรับปัญหาอุปสรรคการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนของอสม. ที่สำคัญคือไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ เช่น อบต. ร้อยละ 55.8 และชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วม ร้อยละ 37.3

ประภาส อนันตา และจรัญญู ทองเอนก (2555) ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเยี่ยมบ้าน ประชากรในการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 125 คนโดยจัดอบรมให้ความรู้ในการเยี่ยมบ้าน และวัดความรู้ก่อนและหลังการจัดอบรม จากผลการวิจัย พบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของอสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังนั้นหากจะให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการเยี่ยมบ้านของ อสม. จึงควรเพิ่มหลักสูตรการให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านแก่ อสม. ก่อนที่จะให้ อสม.ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจริง นอกจากนี้ควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้ด้านโรคต่างๆ บุคลิกภาพ ความน่าเชื่อถืออย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนมีการวางแผนล่วงหน้าก่อนลงเยี่ยมบ้าน มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนก็จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

สม นาสอำนาจ และคณะ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ประสิทธิภาพของ อสม.ในการจัดบริการประชาชนในสุศาลาทั้งการป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการบริหารจัดการสุศาลาหมู่บ้าน โดยศึกษาด้านความรู้จากกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ากระบวนการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 2,484 คน และ ติดตามด้านทักษะในการบริการ จำนวน 486 คน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบประเมินการฝึกปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t - test และ F - test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศ ชาย อายุระหว่าง 30 – 45 ปี จบชั้นประถมศึกษา และมีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ภายหลังจากจัดรูปแบบมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 25.36 ความรู้จากรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลัง โดยรวมและรายอำเภอ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น อำเภอเขาวง และคำม่วง ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า

1.1 ด้านการรักษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น อำเภอเขาวง ร่องคา คำม่วงและนามน ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.2 ด้านโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอำเภอเขาวง ร่องคา คำม่วงและนามน ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.3 ด้านอาหารปลอดภัย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอำเภอเขาวง นาโคและคำม่วง ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.4 ด้านการแพทย์แผนไทย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น อำเภอเขาวง ยางตลาด คำม่วง และห้วยเม็ก ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.5 ด้านการปฐมพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น อำเภอฆ้องชัย นาโคและกุฉินารายณ์ ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างอำเภอหลังรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอำเภอที่มีระดับความรู้หลังรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมมากที่สุด คือ กุฉินารายณ์ ส่วนอำเภอที่มีระดับความรู้ที่น้อยที่สุดคือ ท่าคันโท

2. ด้านการฝึกปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30 – 45 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประสพการณ์การเป็น อสม. 5 ปีขึ้นไป และได้รับการฝึกปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศ อายุและการศึกษาต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการฝึกต่างกันระหว่างฝึกกับไม่ฝึก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ด้านที่มีความแตกต่างกันคือลดอ้วน ลดพุง พฤติกรรมการบริโภคและสุขบัญญัติ 10 ประการ และอาหารปลอดภัย ซึ่งผู้ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติมีทักษะในการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ประสพการณ์การทำงานกับการฝึกมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มที่มีทักษะสูงที่สุดคือ กลุ่มที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่าง 3 – 5 ปี และได้ฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่อำเภอต่างกันมีการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.000$) โดยที่อำเภอที่มีการฝึกปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดีที่สุด คือ อำเภอคำม่วง และนาคู ตามลำดับ ส่วนอำเภอที่มีระดับการฝึกปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือ อำเภอท่าคันโท

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวม ที่อยู่ อำเภอต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่อำเภอที่มีความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มากที่สุด คือ อำเภอเมือง ส่วนอำเภอที่มีระดับการฝึกปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือ อำเภอ ท่าคันโท

รศ.ดร. บัณฑิต สำราญ มีแจ้ง สายฝน วิบูลย์สรณ์ และปณิศา ศรีติมงคล (2555) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิธีการดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสมรรถนะแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 2 สร้างและตรวจสอบรูปแบบโดยการยกกร่างรูปแบบการประเมินจัดประชุมสัมมนาผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงและประเมินรูปแบบเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครจำนวน 14 คน ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอนิคมน้ำจืดพัฒนา จังหวัดระยอง จำนวน 20 คน และขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการประยุกต์แนวทางการประเมินแบบตอบสนอง (Responsive Evaluation Approach)

ผลการวิจัยปรากฏว่ารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นพัฒนาประกอบด้วยวัตถุประสงค์การประเมินมาตรฐานสมรรถนะตัวชี้วัดและเกณฑ์การตัดสินผลการประเมินเทคนิคการประเมิน ผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน ขั้นตอนการประเมิน เป็นการทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ประเมินและผู้รับการประเมินเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการประเมินและคู่มือการประเมินขั้นสรุปผลรายงานบุคคลและในภาพรวม รวมทั้งการนำผลการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อนำรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในสถานการณ์จริง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นมีการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มประชาชนนั้น มีนักวิจัยและนักวิชาการ ได้มีการทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยส่วนใหญ่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ อาทิเช่น ในปี พ.ศ. 2550 รุจิรา ดวงสงค์ และจุฬารณ โสตะ ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกรณีศึกษาบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 50 คนพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการรณรงค์สนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชาชนที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 131 คนพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในปีเดียวกัน สาสิต เสดิ (2552) ศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับอำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชาชนที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 82 คนพบว่ามีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับความตั้งใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองที่ 1 มากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมียกเว้นการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ดังนั้น จากการทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมุ่งการเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ ร่วมกับการพัฒนา อสม. เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไปได้ด้วย โดยมุ่งเน้นให้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติพร้อมทั้งชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนเอง ร่วมกับทั้งการประยุกต์ใช้ CIPP Model ในการประเมินผลรูปแบบฯ ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ที่ได้ทดลองใช้เพื่อประโยชน์ต่อการนำรูปแบบฯ ไปใช้ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรูปแบบการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย และเครื่องมือที่เกี่ยวข้องดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร่วมกับศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้วิจัยแบ่งการศึกษา เป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้การศึกษาเอกสาร และประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาทดลองใช้ตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

สาระในบทนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังแสดงในภาพที่ 5

ระยะที่ 1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

1. การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประจำปี 2557 เพื่อร่างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

2. ร่างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

3. วิพากษ์รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

ระยะที่ 2 การประเมินการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

5. สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

6. ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

7. การวิเคราะห์ศักยภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน อสม.

8. การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน อสม.

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

9. สร้างแบบประเมินผลโครงการใช้แนวคิด CIPP Model

10. ประเมินผลรูปแบบฯ จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบด้วยเครื่องมือที่พัฒนาไว้

11. สรุปองค์ความรู้และข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

การดำเนินงานในระยะที่ 1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิและคณะ, 2557)
2. ผู้วิจัยร่างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน
3. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน โดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินการโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับกรม ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ดำเนินการ เพื่อวิพากษ์รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
4. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จากผลการสัมภาษณ์และผลการวิพากษ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลที่ได้รับจากการวิจัยระยะที่ 1

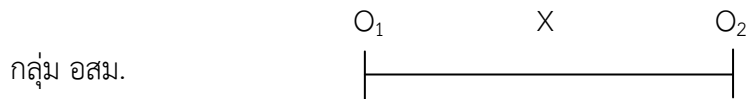
ได้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน (รายละเอียดผลการวิจัยในระยะที่ 1 แสดงในบทที่ 4)

ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

การดำเนินงานในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในสภาพจริง (Field Experimental Research) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการทดลอง

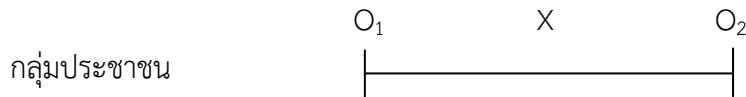
รูปแบบการวิจัยเป็น Pre test- Post test One Group Designs โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ได้รับการสุ่มและเลือกอย่างเจาะจง ทำการทดสอบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังแผนภาพที่ 6 และกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ประชาชนโดยการเยี่ยมบ้านตามรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น ดังแผนภาพที่ 7 ดังนี้



แผนภาพที่ 6 รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน : กลุ่ม อสม.

โดยกำหนดให้

- O₁ : เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- X : โปรแกรมการพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน
- O₂ : เก็บข้อมูลหลังการทดลอง



แผนภาพที่ 7 รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน : กลุ่มประชาชน

โดยกำหนดให้

- O₁ : เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- X : โปรแกรมการพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน
- O₂ : เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในพื้นที่ที่มีความชุกของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับ 1 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้แก่ จังหวัดสกลนคร และเขตบริการสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ

2. สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากอำเภอให้เป็นตัวแทนแต่ละจังหวัด รวมอำเภอที่เป็นตัวแทน 3 อำเภอ

3. เลือกแบบเจาะจง สถานบริการสาธารณสุขในความรับผิดชอบของอำเภอที่ได้รับการสุ่ม

4. สุ่มอย่างง่ายหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

จังหวัด	อำเภอ	สถานบริการ/รพสต.	จำนวน อสม.	จำนวนประชาชน
สกลนคร	อ.เต่างอย	5 แห่ง	95 คน	190 คน
ร้อยเอ็ด	อ.เสลภูมิ	26 แห่ง	368 คน	736 คน
ชัยภูมิ	อ.เทพสถิต	11 แห่ง	141 คน	282 คน
รวม		42 แห่ง	604 คน	1,208 คน

ซึ่งเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. อยู่ในพื้นที่ในการดำเนินการอย่างน้อย 6 เดือน
2. อ่านออกเขียนได้
3. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการแบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นผลจากการสร้างและพัฒนาจากฐานงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณพรัตน์ บุนช่วยธนาสิทธิ์และคณะ, 2557) โดยการสมมนาผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และได้แบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างศักยภาพ อสม.

ระยะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ เป็นการเตรียมการให้ อสม. มีศักยภาพ 3 คือ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และด้านการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ดำเนินการพัฒนาศักยภาพโดยทีมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ใช้เทคนิคการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพนั้น แบ่งกิจกรรม ออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “เตรียม อสม. ส่งต่อสุขภาพดี”

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “อสม. ทำได้ ช่วยให้ชาวบ้าน ห่างไกลพยาธิใบไม้ตับ”

โดยใช้เครื่องมือในการทดลองที่พัฒนาขึ้นในการดำเนินการในระยนี้ ดังนี้

1) คู่มือวิทยากรในการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

2) คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนโดย อสม.

ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นระยะของ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านมาแล้ว ไปจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน โดยใช้เทคนิคการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบสื่อสุขศึกษา และจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษา 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ตาย่านแท้ พยาธิใบไม้ตับ”

กิจกรรมที่ 2 “เยี่ยมเยียนถามไถ่ ทำได้ไหมเอ่ย”

โดยใช้เครื่องมือในการทดลองที่พัฒนาขึ้นในการดำเนินการในระยะนี้ ดังนี้

1) คู่มือประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ “คู่มือคนอีสาน ปลอดภัยใบไม้ตับ”

2) ภาพพลิกสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ของ อสม. ให้แก่ประชาชน ชุด

“คนอีสาน ปลอดภัยใบไม้ตับ”

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการดำเนินการดังนี้

3.2.1 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เครื่องแบบจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์และคณะ, 2557) ที่เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

3.2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ได้ดำเนินการ ดังนี้

(1) ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำราทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านและศักยภาพของ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน

(2) สร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม ที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัย แนวคิด และทฤษฎี

(3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นพิจารณาในขณะผู้วิจัย และจัดทำแบบสอบถามฉบับร่างพร้อมทั้งนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

(4) การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขพิมพ์เป็นชุดที่สมบูรณ์แล้วนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะต่างๆ พร้อมทั้งปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

(5) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และนำผลการทดลองใช้นำไปวิเคราะห์โดยใช้ค่า Cronbach Coefficient Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 8.53 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

ลักษณะขอแบบสอบถามความสามารถการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย 5 ตอน ลักษณะข้อคำถามในแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก ระยะเวลาการเป็น อสม. ประวัติการอบรม การทำหน้าที่นอกเหนือจากการเป็น อสม. ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่หนอนพยาธิ ผลการตรวจหาไข่หนอนพยาธิ และประวัติครอบครัวที่เคยเจ็บป่วย จำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 4 ระดับ ได้แก่ เชื่อมั่นมากที่สุด เชื่อมั่น ไม่เชื่อมั่น และไม่เชื่อมั่นมากที่สุด

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) แบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 3 ระดับ ได้แก่ กินประจำ กินบางครั้ง ไม่เคยกิน ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ และ (2) แบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยมีข้อความดังนี้ ทุกครั้งบ่อย(4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) นานๆ ครั้ง(1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) ไม่เคยเลย

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 4 ระดับ ได้แก่ ทำได้ในระดับสูง ทำได้ในระดับปานกลาง ทำได้ในระดับต่ำ และทำไม่ได้

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมาย	
	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ทำได้ระดับสูง/เชื่อมั่นมากที่สุด	4	1
เห็นด้วย /ทำได้รับดับปานกลาง/เชื่อมั่น	3	2
ไม่เห็นด้วย/ทำได้ระดับต่ำ/ไม่เชื่อมั่น	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ทำไม่ได้/ไม่เชื่อมั่นมากที่สุด	1	4

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมาย	
	ทางบวก	ทางลบ
กินประจำ	3	1
กินบางครั้ง	2	2
ไม่เคยกิน/ ไม่รู้จักอาหารนี้	1	3

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมาย	
	ทางบวก	ทางลบ
ทุกครั้ง	4	1
บ่อย(4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)	3	2
นานๆ ครั้ง(1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	2	3
ไม่เคยเลย	1	4

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

การแบ่งระดับปัจจัยเชิงสาเหตุ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้แบบอิงเกณฑ์ (Criterion-Referenced) โดยใช้คะแนนเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (มาตรฐาน) มีดังนี้

แบบสอบถาม	คะแนน		
	ระดับสูง (ร้อยละ 80-100)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)
1. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (คะแนนเต็ม 40)	32-40	24-31	23-10
2. แบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (คะแนนเต็ม 48)	38-48	29-37	12-28
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (คะแนนเต็ม 48)	38-48	29-37	12-28
4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. (คะแนนเต็ม 52)	52-42	31-41	13-30

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ถึงพื้นที่ในการดำเนินการทดลองในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละพื้นที่ ดังนี้ จังหวัดสกลนคร 95 คน จังหวัดร้อยเอ็ด 368 คนและจังหวัดชัยภูมิ 141 คน รวม ทั้งหมด 604 คน และกลุ่มตัวอย่างประชาชน ในแต่ละพื้นที่ ดังนี้ จังหวัดสกลนคร 190 คน จังหวัดร้อยเอ็ด 736 คนและจังหวัดชัยภูมิ 282 คน รวม ทั้งหมด 1,208 คน

2. รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

2.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม.

2.2 กลุ่มประชาชนทั่วไป ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. ดำเนินการทดลองตามรูปแบบที่ได้กำหนดไว้

4. รวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที (Post-test) ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิง ได้แก่ t-test และ ANOVA

ผลที่ได้รับจากการวิจัยระยะที่ 2

ได้ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (รายละเอียดผลการวิจัยในระยะที่ 2 แสดงในบทที่ 4)

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ผู้วิจัยมุ่งประเด็นในการประเมิน 4 มิติ ได้แก่ (1) บริบทของโครงการ (Context Evaluation) (2) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input Evaluation) (2) กระบวนการดำเนินงานของโครงการ (Process Evaluation) และ (4) ผลผลิตของโครงการ (Product Evaluation) สามารถสรุปวิธีการดำเนินการประเมินได้ ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

การประเมินโครงการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ของโครงการทั้งหมด 5 กลุ่ม เฉพาะผู้เกี่ยวข้องที่ในการดำเนินงานโครงการในปี พ.ศ. 2558 จำแนกเป็น

(1) **กลุ่มที่ 1** กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับกรม รวมจำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการประจำสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 คน และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการประจำสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 (จังหวัดนครราชสีมา) ที่ 6 (จังหวัดขอนแก่น) และที่ 7 (จังหวัดอุบลราชธานี) รวมจำนวน 6 คน

(2) **กลุ่มที่ 2** กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับพื้นที่ รวมจำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ รวมจำนวน 3 คน และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ รวมจำนวน 6 คน

(3) **กลุ่มที่ 3** ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้ดำเนินการในระยะที่ 1 รวมจำนวน 42 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ดำเนินการพื้นที่ละ 1 คน

(4) **กลุ่มที่ 4** ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้ดำเนินการในระยะที่ 2 รวมจำนวน 604 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในพื้นที่ที่ดำเนินการ

(5) **กลุ่มที่ 5** ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการ ได้แก่ ประชาชนที่ได้รับการจัดกระบวนการเรียนรู้โดย อสม. รายครัวเรือน จำนวน 6,662 คน และสู่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวอย่างในการประเมินผลโครงการ จำนวน 1,208 คน

2. กรอบการประเมิน

กรอบการประเมินการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถสรุปเป็นกรอบการประเมินได้ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กรอบการประเมินการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์การประเมิน	สิ่งที่จะประเมิน	แหล่งข้อมูล*	วิธีการ
1. เพื่อประเมินบริบทของโครงการ (Context Evaluation)	1. นโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่	กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
	2. ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ	กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
	3. การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน	กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
	4. ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่	กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
2. เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input Evaluation)	1. การสนับสนุนงบประมาณ	กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
	2. การสนับสนุนทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์	กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
	3. การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการ	กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่มย่อย

ตารางที่ 2 กรอบการประเมินการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ต่อ)

วัตถุประสงค์การประเมิน	สิ่งที่จะประเมิน	แหล่งข้อมูล*	วิธีการ
3. เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ (Process Evaluation)	1. การวางแผนและการประชุมทีมงาน	กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
	2. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม.	กลุ่มที่ 4	การประชุมกลุ่มย่อย
	3. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน	กลุ่มที่ 5	การประชุมกลุ่มย่อย
	4. การดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินกิจกรรมนวัตกรรมในพื้นที่	กลุ่มที่ 3	การสัมภาษณ์
		กลุ่มที่ 4 และกลุ่มที่ 5	การประชุมกลุ่มย่อย
	5. การนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน	กลุ่มที่ 1	การสัมภาษณ์
กลุ่มที่ 2		การสัมภาษณ์	
กลุ่มที่ 3		การสัมภาษณ์	
4. เพื่อประเมินผลผลิตของโครงการ (Product Evaluation)	1. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม อสม.	กลุ่มที่ 4	การสำรวจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
	2. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	กลุ่มที่ 5	การสำรวจในชุมชนประชาชนทั่วไป
	3. นวัตกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่	กลุ่มที่ 3	การสำรวจนวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมการประเมินทั้ง 4 มิติ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินดังนี้

(1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินบริบทของโครงการ ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์

(2) เครื่องมือที่ใช้ประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์

(3) เครื่องมือที่ใช้ประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ ประกอบด้วย

- 3.1 แนวคำถามการสัมภาษณ์
- 3.2 แนวคำถามการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion)

(4) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลผลิตของโครงการ

- 4.1 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม อสม.
- 4.2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม ประชาชน
- 4.3 แบบวิเคราะห์รายงานนวัตกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำเทปบันทึกเสียงที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยมาถอดรหัสแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) โดยผู้ที่ไม่อยู่ในการวิจัยภาคสนามขณะที่ทำการประชุมกลุ่มย่อย
2. ผู้วิจัยนำบทสนทนาการประชุมกลุ่มย่อยที่ได้จากการถอดรหัสเทปเสียงมาตรวจสอบกับเทปบันทึกภาคสนาม (Filed Note) ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนได้ทำการบันทึกไว้
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของบทสนทนาการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อนำไปวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป
4. ใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดรหัสแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription)

ผลที่ได้รับจากการวิจัยระยะที่ 3

ได้ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (รายละเอียดผลการวิจัยในระยะที่ 3 แสดงในบทที่ 4)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” แสดงผลการวิจัยเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยในแต่ละตอนมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนที่ 1.1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ถอดบทเรียนจากโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีหลักการสำคัญในการสร้างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้

หลักการสำคัญในการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน

จากการศึกษาของกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) พบว่า พฤติกรรมในการ

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นประกอบด้วย (1) การไม่รับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ (2) การขับถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ และ (3) การล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร ก่อนการประกอบอาหารและการล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้มีปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอำนาจการทำนาย จำนวน 2 ปัจจัยด้วยกัน คือ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ, 2557) ปัจจัยดังกล่าวเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อเป็นการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบ

2. การแก้ไขปัญหาต้องเชื่อมโยงปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับกับปัญหาสุขภาพทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน

ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในมิติต่างๆ ทุกๆ มิติ ได้แก่ มิติทางกาย มิติทางจิตใจ มิติทางสังคม และมิติทางจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นการแก้ไขปัญหาโดยการมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการแก้ไขที่มุ่งจัดการทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยในการแก้ไขปัญหานั้นควรบูรณาการโดยไม่แยกส่วนกับปัญหาสุขภาพทั่วไปๆ เพื่อความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

3. เน้นกลยุทธ์การบูรณาการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีคุณภาพโดยไม่มีการแยกส่วน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก็อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่ควรที่จะเสริมสร้างให้แก่ อสม. โดยเฉพาะ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งหากสามารถเพิ่มศักยภาพให้แก่ อสม. โดยการบูรณาการเนื้อหาเพื่อให้ อสม. มีศักยภาพในเรื่องดังกล่าว จะส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาให้แก่ชุมชนได้ โดยในการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ อสม. นั้น ถือว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและสังคมต่อไป ซึ่งการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพนั้นต้องมุ่งเน้นที่การบูรณาการเข้าไปกับงานประจำของหน่วยงานบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยไม่มีการแยกส่วนออกมาดำเนินการเฉพาะงานโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้เกิดการบูรณาการด้านสุขภาพต่อไป

4. ให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

จากผลการศึกษาของ กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์และคณะ (2557) นั้นพบว่า กระบวนการเสริมสร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำไปถ่ายทอดเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ความเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติและผลการวิจัยพบว่า มีประสิทธิผล ดังนั้นหากมีการเพิ่มเติมการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความเข้มข้นและทำให้ อสม. มีความพร้อมในการถ่ายทอดให้แก่ประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมุ่งเน้นให้ อสม. เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง โดย (1) พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมของทีมบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ในการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) จัดทำคู่มือการพัฒนาศักยภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน

โดยมุ่งเน้นการพัฒนาที่ตรงกับศักยภาพและความสามารถของกลุ่มนั้นๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เป็นไปได้ (3) การจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

หลักการสำคัญในการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น โครงการวิจัยนี้ได้ออกแบบรูปแบบการพัฒนา อสม. เพื่อให้รูปแบบมีความสมบูรณ์และพัฒนาจุดบกพร่อง โดยมีองค์ประกอบสำคัญตามรูปแบบดังต่อไปนี้

1. แนวคิดของรูปแบบ

1.1 โรคพยาธิใบไม้ตับสามารถบูรณาการเข้าไปกับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่และการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งสองของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนา อสม. ใหม่ ให้ทุกคนมีความรู้และความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพได้หรือไม่ หรือ อสม. ที่ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพประจำปีนั้น ต้องมีเนื้อหาใน 2 ประเด็นคือ (1) เนื้อหาความรู้ในภาคบังคับ ซึ่งประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และ (2) เนื้อหาความรู้เฉพาะพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยหน่วยงานในระดับพื้นที่สามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น ในส่วนเนื้อหาความรู้เฉพาะพื้นที่นั้น สามารถบูรณาการเนื้อหาในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเข้าไป เป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความพร้อมทั้งพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพร้อมด้านการถ่ายทอดให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป ซึ่งเป็นหลักการและแนวคิดของการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบที่สำคัญ

1.2 หลักการสำคัญที่ควรพิจารณาของการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบ คือ การบูรณาการเข้าไปเป็นกิจกรรมของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักเพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมต่อไปในอนาคต ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนา อสม. ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีหลักการและแนวคิดที่จะบูรณาการพัฒนาศักยภาพ อสม. เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน และให้ อสม. ดำเนินกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม.

1.3 ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ 2 ประการ ได้แก่ (1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ พร้อมกันนั้นมุ่งเน้นในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการ

เรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพในการจัดการเรียนรู้ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป

2. กระบวนการดำเนินการ ประกอบด้วยการดำเนินการใน 3 ส่วน คือ

2.1 การดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) ได้แก่ การ

ดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ และมีศักยภาพในการเยี่ยมบ้านประชาชนเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยทีมบุคลากรทางสาธารณสุขในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน

2.2 การดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ได้แก่

การเสริมสร้าง (1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน โดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป โดยการบูรณาการกิจกรรมดังกล่าว ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

2.3 การดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) ได้แก่

การที่ทุกพื้นที่มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นการที่ทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนานวัตกรรมที่สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องและยั่งยืน ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมนั้นจะเป็นการช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันค้นหา วิเคราะห์ และดำเนินการพัฒนานวัตกรรม เพื่อมุ่งเน้นให้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อเนื่องและยั่งยืน พร้อมทั้งเป็นการเสริมสร้างการดำเนินการตามรูปแบบให้เกิดความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

ซึ่งสามารถสรุปตามกรอบการดำเนินการตามกระบวนการที่สำคัญ ดังแผนภาพที่ 8

3. แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.1 การเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กิจกรรม

ที่หลากหลายอาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข

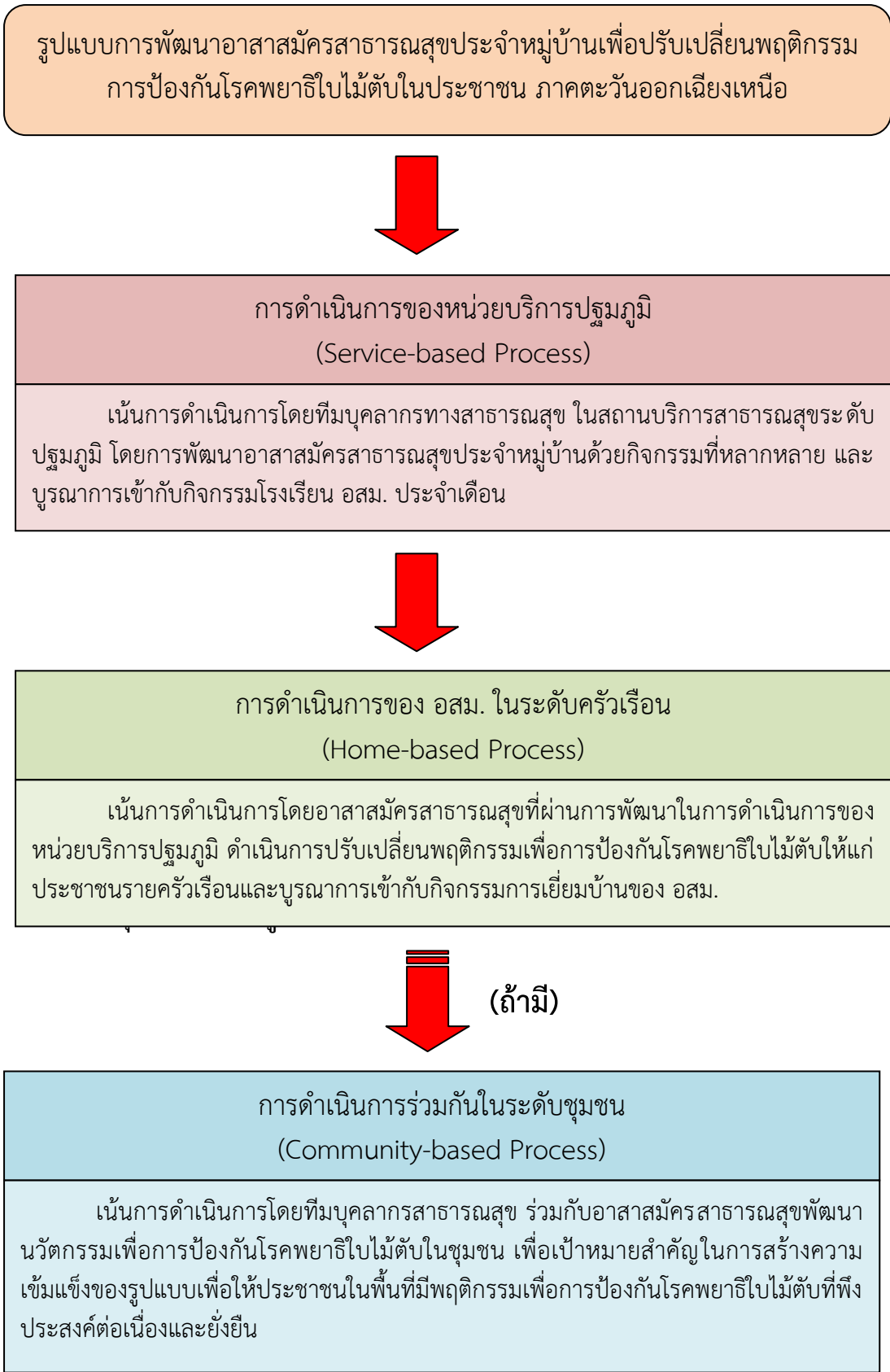
3.2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้

ตับ โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายอาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข

ซึ่งในการเสริมสร้างดังกล่าวใน (3.1) และ (3.2) เป็นการเสริมสร้างเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปัจจัยเชิงสาเหตุที่จะช่วยผลักดันให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน

3.2 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายอาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน และการทดสอบการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ในประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ



แผนภาพที่ 8 กรอบการดำเนินการตามกระบวนการที่สำคัญของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. คุณลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เป็นรูปแบบที่มีคุณลักษณะที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการด้วยกัน คือ

1. ลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
 2. จุดมุ่งหมายของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
 3. เนื้อหาสาระของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
 4. กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
 5. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
- ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

4.1 ลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

โดยคุณลักษณะของรูปแบบในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ นั้นเป็นลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้

(1) ที่มุ่งเน้นการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง (Integrated and Practical) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวมุ่งบูรณาการเข้าสู่กิจกรรมโรงเรียน อสม. และกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมตามภารกิจของหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริงต่อไป

(2) เป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ เข้าถึงกิจกรรมในการพัฒนาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างทั่วถึง (Accessible) เมื่อมีการบูรณาการเข้าสู่กิจกรรมภายใต้หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิจึงเป็นรูปแบบที่ให้บริการที่ทั่วถึงและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายภายในชุมชนได้

(3) ให้ความสำคัญต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer-Centered) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการให้ อสม. เป็นบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ประชาชนได้ จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนา อสม. ที่ได้ออกแบบกิจกรรมได้ตรงกับคุณลักษณะของ อสม. เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพเพียงพอต่อการไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ประชาชนต่อไป

(4) เป็นรูปแบบที่มีความต่อเนื่อง (Continuing Model) อันเนื่องจากรูปแบบนี้เริ่มต้นจากกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process) และต่อเนื่องไปสู่กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) และสู่กระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) ซึ่งจะเห็นว่ามียุทธศาสตร์ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ซึ่งคุณลักษณะที่สำคัญของรูปแบบฯ นี้ได้ดำเนินการตามกระบวนการที่สำคัญของรูปแบบฯ ทั้ง 3 ส่วนต่อไป

4.2 จุดมุ่งหมายของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

โดยจุดมุ่งหมายของรูปแบบในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ นั้นมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญดังต่อไปนี้

(1) จุดมุ่งหมายของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process)

เพื่อเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อ

ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ พร้อมกันนั้นมุ่งเน้นในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(2) จุดมุ่งหมายของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

มุ่งเน้นในการเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนโดย อสม. เพื่อให้ประชาชน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์

(3) จุดมุ่งหมายของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

มุ่งเน้นให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบในพื้นที่ที่พิจารณาว่ามีความพร้อมและความจำเป็นในการดำเนินการ

4.3 เนื้อหาสาระของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

การจัดเนื้อหาหลักสูตรเน้นการประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่เป็นส่วนสนับสนุนให้ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ ด้วยกระบวนการสุศึกษา ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น ดังนี้

(1) เนื้อหาของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process)

- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- การรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(2) เนื้อหาของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

(3) เนื้อหาของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

- ปัจจัยภายในของบุคคลที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุอื่นๆ ของประชาชนในการมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาทิเช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

- ปัจจัยภายนอกของบุคคลที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุอื่นๆ ของประชาชนในการมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาทิเช่น ปัจจัยเอื้อที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสริมแรงที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

4.4 กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

การจัดกิจกรรมมุ่งเน้นการใช้กระบวนการสุศึกษาที่หลากหลาย และออกแบบตามคุณลักษณะที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น ดังนี้

(1) กิจกรรมของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process)

กิจกรรมของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ในการ

เสริมสร้าง อสม. ที่มุ่งเน้นให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขได้ดำเนินการตามคู่มือ “วิทยากร การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งได้ปรับประยุกต์จากงานวิจัยของ กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่ใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ วิทยุทัศน์ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน

(2) กิจกรรมของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

กิจกรรมของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือน หมายถึง กิจกรรมที่ อสม. ได้ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นให้ อสม. ได้ดำเนินการตามคู่มือ “อสม. ในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนด้วยตนเอง” ซึ่งได้ปรับประยุกต์จากงานวิจัยของ กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่ใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับคุณลักษณะของทประชาชน ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สื่อภาพพลิก การจัดการแก้ปัญหา ร่วมกัน ที่ใช้สื่อทางสุศึกษาเป็นเครื่องมือสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ คู่มือประชาชนและภาพพลิก ชุด “คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ”

(3) กิจกรรมของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

กิจกรรมของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน หมายถึง กิจกรรมที่ทีมบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกันวิเคราะห์ว่าตามกิจกรรมตามกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและตามกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือนนั้นสามารถทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนหรือไม่ หากไม่สามารถมีพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้จำเป็นต้องพิจารณาพัฒนานวัตกรรมในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กิจกรรม การระดมสมอง และการพัฒนาพร้อมทั้งการทดลองใช้นวัตกรรม

4.5 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ มี 2 ลักษณะ คือ

(1) การประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ หมายถึง กระบวนการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยการพิจารณาตามแบบบันทึกกิจกรรมในคู่มือวิทยากร และคู่มือ อสม. และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากการดำเนินการโดยบูรณาการเข้ากับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมโรงเรียน อสม.

(2) การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย หมายถึง ผลสัมฤทธิ์สูงสุดที่คาดหวัง หรือที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนซึ่งที่นี้ คือ การประเมินทั้งปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 1.2 ผลการวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการประชุมสัมมนาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ด้านการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ และด้านการวัดผลและประเมินผล จำนวน 12 ท่าน ทำการสรุปผลการวิพากษ์รูปแบบโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้ข้อมูลสรุปผล ดังนี้

ประเด็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและไม่ต้องการปรับแก้ไข มีดังนี้

(1) หลักการสำคัญในการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นดังกล่าวข้างต้นมีความเหมาะสมโดยมีหลักการสำคัญในการสร้างรูปแบบฯ ที่มีความสำคัญที่สามารถปิดช่องว่างของปัญหาและเพื่อการพัฒนารูปแบบได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการพัฒนาจากข้อมูลจากผลการวิจัยในระยะก่อนรวมทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้มาตรการการดำเนินงานตามรูปแบบฯ มีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชนที่มีการดำเนินการเป็นระบบและเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง

(2) กระบวนการดำเนินการที่สำคัญตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กระบวนการดำเนินการที่สำคัญตามรูปแบบฯ นั้นเริ่มต้นจากการดำเนินงานในสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพพร้อมก็สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนได้ และที่สำคัญรูปแบบดังกล่าวยังมีทางเลือกให้ชุมชนโดยการริเริ่มจากทีมบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดการเรียนรู้ถึงผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการพัฒนาพฤติกรรมตลอดจนความยั่งยืนของพฤติกรรมต่อไป

(3) แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความชัดเจนซึ่งการพัฒนา อสม. นั้นมีเป้าหมายในการพัฒนาที่ชัดเจน คือ มีประเด็นในการพัฒนา 2 ประเด็น คือ (1) พัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 ปัจจัย อันได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อช่วยผลักดันให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งเป้าหมายคือการดำเนินการให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และอาจจะสามารถเป็นต้นแบบให้แก่ประชาชนต่อไปได้ และประเด็นที่ (2) คือ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเนื่องจากรูปแบบฯ ดังกล่าว อสม. จะต้องไปดำเนินการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนต่อไป ดังนั้นจำเป็นที่ อสม. จะต้องมีความรู้ในทางด้านดังกล่าว ซึ่งพบว่าแนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเหมาะสมไม่ต้องการปรับปรุงแก้ไข

ประเด็นที่ต้องการปรับแก้ไขเพื่อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

จากประเด็นคุณลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีคุณลักษณะที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการด้วยกัน คือ

1. ลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
 2. จุดมุ่งหมายของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
 3. เนื้อหาสาระของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
- ซึ่งทั้ง 3 ประเด็นที่กล่าวมานั้นมีความสมบูรณ์และมีความสอดคล้องแล้วจึงไม่มีความจำเป็นต้องมีการปรับแก้ไข

การปรับแก้ไข

4. กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
 5. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
- โดยประเด็นในส่วนของกิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ นั้น ประกอบด้วย

(1) กิจกรรมของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process)

กิจกรรมของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นกิจกรรมที่สำคัญและเป็นหลักของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ดังนั้น จำเป็นจะต้องเป็นกิจกรรมที่เข้มข้นและพร้อมกันนั้นต้องเป็นกิจกรรมที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่ทีมบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจะสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการคือ คู่มือ “วิทยากร การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน” ซึ่งประกอบด้วยแผนการจัดการเรียนรู้จำนวน 2 แผน คือ

กิจกรรมที่ 1 “เตรียม อสม. ส่งต่อสุขภาพดี”

ควรเพิ่มเติมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของ อสม. ในการเผชิญกับปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับทั้งจากตนเอง ครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้ง อสม. อาจมีศักยภาพที่แตกต่างกัน ทีมวิทยากรควรเพิ่มเติมประเด็นให้แก่ อสม. ที่อาจจะมีปัญหาในการเรียนรู้โดยการเพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขอให้ปรับแก้ไขการทำใบกิจกรรมที่ต้องมีการเขียน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแทนเพื่อให้เหมาะสมกับคุณลักษณะของ อสม. และเหมาะสมกับเวลาและเนื้อหาในการจัดการเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2 “อสม. ทำได้ ช่วยให้ชาวบ้าน ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับ”

จากกิจกรรมที่เริ่มต้นจากการใช้ วิดีทัศน์ เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนแล้วนั้น ควรเพิ่มเติมกิจกรรมซึ่งเป็นการจำลองสถานการณ์ที่ อสม. จะไปเยี่ยมบ้านเพื่อการฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งระหว่างทีมวิทยากรกับ อสม. และระหว่าง อสม. ด้วยกัน โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติจริงกับสื่อการจัดการเรียนรู้จริงเพื่อให้ อสม. เกิดประสบการณ์และมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

(2) กิจกรรมของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

กิจกรรมของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือน นั้นมุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมที่ใช้สื่อทางสุขศึกษาเป็นเครื่องมือสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ได้แก่ คู่มือ อสม. ในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ใช้ประกอบกับ คู่มือประชาชนและภาพพลิก ชุด “คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” ที่ประกอบด้วยแผนการจัดการเรียนรู้จำนวน 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 “ตาย่านแท้ พยาธิใบไม้ตับ”

กิจกรรมที่ 2 “เยี่ยมเยียนถามไถ่ ทำได้ไหมเอ่ย”

ควรปรับคู่มือ อสม. ในส่วนของรายงานผลการดำเนินการออกเนื่องจาก ในส่วนที่การบันทึกที่เป็นลักษณะของการบรรยายนั้นอาจไม่สอดคล้องกับธรรมชาติและคุณลักษณะของ อสม. และอาจจะเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ หากเป็นลักษณะของแบบตรวจสอบรายการน่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า

ปรับภาพลักษณ์ชุด “คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยปรับขนานให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติของ อสม. ให้สามารถพกพาได้สะดวก ขนาดไม่ใหญ่มากเกินไป

ปรับคู่มือประชาชนชุด “คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยปรับขนานและคุณภาพของกระดาษอันเนื่องจากในคู่มือจำเป็นต้องมีการบันทึกอาจมีปัญหาของคุณภาพกระดาษในการบันทึก เช่น เขียนติดยาก

กิจกรรมของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือนนั้นไม่มีความจำเป็นต้องปรับเนื้อหา เนื่องจากเนื้อหาที่ได้ออกแบบนั้นไม่มาก ไม่ยากและน่าจะสอดคล้องกับปัญหาและสามารถตรงกับวัตถุประสงค์ที่กำลังจะเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 ปัจจัย อันได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อช่วยผลักดันให้ประชาชน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป

(3) กิจกรรมของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

กิจกรรมของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน เป็นกิจกรรมที่ดี แต่อาจจะมีปัญหาในเรื่องของหลักการทางวิชาการในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชน ดังนั้นแนวทางที่เป็นไปได้ คือ ในระหว่างการดำเนินงานควรเปิดช่องทางในการรับคำปรึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องเช่น ผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับกรม เพื่อให้มีที่ปรึกษาทางด้านวิชาการแก่ผู้รับผิดชอบงาน

ในส่วนของการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้น

การประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการมีความเหมาะสม สอดคล้องและมีความเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติจริง แต่ควรเพิ่มเติมประเด็นในการประเมินผลลัพธ์ คือ เนื่องจากรูปแบบนี้เป็นการพัฒนา อสม. ดังนั้น ควรเพิ่มเครื่องมือในการวัดศักยภาพ อสม. ที่เพิ่มขึ้นด้วย และเนื่องจากมีเนื้อหาเรื่องการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น จึงควรประเมินในส่วนนี้ด้วยเพิ่มเติม จึงจะมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในการประเมินประสิทธิผล

ตอนที่ 1.3 ผลการยกักรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากผลการวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้น ผู้วิจัยได้นำผลการวิพากษ์มาปรับปรุงแก้ไขในทุกประเด็น และได้รูปแบบฯ ที่พร้อมสำหรับการทดลองใช้ต่อไป โดยรายละเอียดรูปแบบประกอบด้วยคู่มือ และสื่อประกอบ อันได้แก่ คู่มือวิทยากร คู่มือ อสม. คู่มือประชาชน และภาพลักษณ์ชุด “คนอีสาน ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งรายละเอียดดังกล่าว จะแสดงในชุดผลผลิตจากงานวิจัย โดยผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ดังกล่าวนี้นี้ จะนำเสนอใน ส่วนที่ 2 ต่อไป

ตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โดยหลังจากได้ดำเนินการยกร่างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงมีการทดลองใช้รูปแบบฯ ดังกล่าวใน 3 จังหวัดดำเนินการ รวม 42 ชุมชน จาก 42 สถานบริการปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จังหวัดสกลนคร จำนวน 5 ชุมชน (5 สถานบริการปฐมภูมิ)
2. จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 26 ชุมชน (26 สถานบริการปฐมภูมิ)
3. จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 11 ชุมชน (11 สถานบริการปฐมภูมิ)

ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดการประชุมชี้แจงรูปแบบฯ ที่ได้ดำเนินการยกร่างขึ้นนั้น ให้แก่ ผู้ดำเนินการในแต่ละจังหวัดเพื่อให้ได้ศึกษารูปแบบฯ และดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามรูปแบบฯ ซึ่งผลการทดลองใช้รูปแบบฯ นั้นทุกพื้นที่ดำเนินการทดลองใช้ทุกพื้นที่ และผลการทดลองใช้ขอเสนอออกตามกระบวนการที่ดำเนินการตามรูปแบบฯ เป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 2.1 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process)

ตอนที่ 2.2 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

ตอนที่ 2.3 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

โดยมีผลการทดลองใช้รูปแบบฯ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 2.1 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process)

ผลการวิเคราะห์ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) ซึ่งในส่วนนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 570 ชุด คิดเป็นร้อยละ 94.37 (จากแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 604 ชุด) โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการ

ป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างพื้นที่ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จังหวัดสกลนคร (n = 95)		จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 366)		จังหวัดชัยภูมิ (n = 109)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	29	30.5	116	31.7	33	33.0
หญิง	66	69.5	250	68.3	73	67.0
อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 36 ปี	5	5.3	28	7.7	13	11.9
36 – 45 ปี	36	37.9	92	25.1	35	32.1
46 – 60 ปี	43	45.3	203	55.5	51	46.8
60 ปีขึ้นไป	11	11.6	43	11.7	10	9.2
สถานภาพสมรส						
โสด	8	8.4	23	6.3	3	2.8
สมรส	83	87.4	325	88.8	103	94.4
หย่าร้าง	4	4.2	18	4.9	3	2.8
การศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.1	4	1.1	1	0.9
ประถมศึกษา	50	52.7	155	42.3	50	45.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	26.3	87	23.8	28	25.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	16.8	116	31.7	29	26.6
อนุปริญญาตรี/ปวส.	2	2.1	1	0.3	0	0.0
ปริญญาตรี	1	1.1	3	0.8	1	0.9
อาชีพหลัก						
เกษตรกรกรรม	74	77.9	333	91.0	76	69.7
รับจ้างทั่วไป	14	14.7	18	4.9	26	23.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จังหวัดสกลนคร (n = 95)		จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 366)		จังหวัดชัยภูมิ (n = 109)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก (ต่อ)						
ค้าขาย	5	5.3	3	0.8	5	4.6
พนักงานบริษัท	1	1.1	1	0.3	0	0.0
ข้าราชการ	0	0.0	1	0.3	0	0.0
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	1	1.1	10	2.7	2	1.8
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)						
ต่ำกว่า 5 ปี	15	15.8	88	24.0	24	22.0
5 – 10 ปี	24	25.3	115	31.4	47	43.1
10 ปีขึ้นไป	56	58.9	163	44.5	38	34.9
ตำแหน่งหน้าที่อื่นในชุมชน						
คณะกรรมการวิสาหกิจชุมชน/เงินล้าน	0	0.0	26	7.1	1	0.9
กู้ชีพ/อปพร./จิตอาสา	4	4.2	12	3.3	7	15.6
คณะกรรมการหมู่บ้าน	11	11.6	37	10.1	17	6.4
อปท./ผู้นำชุมชน	1	1.1	24	6.6	4	3.7
กลุ่มสตรี/กลุ่มแม่บ้าน	0	0.0	18	4.9	0	0.0
ไม่มีหน้าที่อื่น	79	83.2	249	68.0	80	73.4
การตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่หนอนพยาธิ						
เคย	76	80.0	232	63.4	35	32.1
ไม่เคย	19	20.0	134	36.6	74	67.9
ผลการตรวจไข่หนอนพยาธิ						
พบไข่หนอนพยาธิ	36	45.6	33	14.2	4	11.4
ไม่พบไข่หนอนพยาธิ	33	43.4	165	71.1	22	62.9
ไม่แน่ใจ	7	11.0	34	14.7	9	25.7
บุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ไม่มี	83	87.4	352	96.2	109	100.0
มี	12	12.6	14	3.8	0	0.0
บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งท่อน้ำดี						
ไม่มี	91	95.8	347	94.8	107	98.2
มี	4	4.2	19	5.2	2	1.8

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 570 คน แบ่งเป็นจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 366 คน รองลงมาคือจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 109 คน และจังหวัดสกลนคร จำนวน 95 คน กลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 3 พื้นที่ คือจังหวัดสกลนคร ร้อยเอ็ด และชัยภูมิ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.0 68.3 และ 67.0 ตามลำดับ) อายุระหว่าง 46 – 60 ปี (ร้อยละ 45.3 55.5 และ 46.8 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 87.4 88.8 และ 94.4 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.7 42.3 และ 45.9 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 77.9 91.0 และ 69.7 ตามลำดับ) พร้อมทั้งพบว่าระยะเวลาการเป็น อสม. 10 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในจังหวัดสกลนคร และร้อยเอ็ด (ร้อยละ 58.9 และ 44.5 ตามลำดับ) ส่วนจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. 5-10 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ร้อยละ 43.1) ร่วมกับ อสม.ส่วนใหญ่ไม่มีหน้าที่อื่นๆ ในชุมชน (ร้อยละ 83.2 68.0 และ 73.4 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่ามี การตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่หนอนพยาธิ (ร้อยละ 80.0 63.4 และ 32.1 ตามลำดับ) ผลการตรวจพบไข่หนอนพยาธิ ร้อยละ 45.6 14.2 และ 11.4 ตามลำดับ มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 12.6 และ 3.8 ตามลำดับ โดยไม่พบว่าในจังหวัดชัยภูมิมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 4.2 5.2 และ 1.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 4 ระดับของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่ การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
รวม 3 พื้นที่	28.20	4.32	ปานกลาง	26.25	4.75	ปานกลาง
จังหวัดสกลนคร	27.95	4.23	ปานกลาง	25.86	3.58	ปานกลาง
จังหวัดร้อยเอ็ด	28.32	4.32	ปานกลาง	26.39	5.00	ปานกลาง
จังหวัดชัยภูมิ	28.03	4.40	ปานกลาง	26.14	4.78	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 28.20$, S.D. = 4.32 และ $\bar{x} = 26.25$, S.D. = 4.75 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 27.95$, S.D. = 4.23 และ $\bar{x} = 25.86$, S.D. = 3.58 ตามลำดับ) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 28.32$, S.D. = 4.32 และ $\bar{x} = 26.39$, S.D. = 5.00 ตามลำดับ) พร้อมทั้งจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 28.03$, S.D. = 4.40 และ $\bar{x} = 26.14$, S.D. = 4.78 ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 ระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
รวม 3 พื้นที่	33.52	4.65	ปานกลาง	39.39	4.88	สูง
จังหวัดสกลนคร	32.89	3.70	ปานกลาง	38.32	4.98	สูง
จังหวัดร้อยเอ็ด	33.39	4.52	ปานกลาง	39.54	4.69	สูง
จังหวัดชัยภูมิ	34.50	5.63	ปานกลาง	39.79	5.30	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 33.52$, S.D. = 4.65 และ $\bar{x} = 39.39$, S.D. = 4.88 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 32.89$, S.D. = 3.70 และ $\bar{x} = 38.32$, S.D. = 4.98 ตามลำดับ) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 33.39$, S.D. = 4.52 และ $\bar{x} = 39.54$, S.D. = 4.69 ตามลำดับ) พร้อมทั้งจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 34.50$, S.D. = 5.63 และ $\bar{x} = 39.79$, S.D. = 5.30 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 ระดับของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
รวม 3 พื้นที่	41.43	3.50	สูง	44.87	2.56	สูง
จังหวัดสกลนคร	41.89	3.81	สูง	45.23	2.74	สูง
จังหวัดร้อยเอ็ด	41.32	3.54	สูง	44.86	2.77	สูง
จังหวัดชัยภูมิ	41.39	3.08	สูง	44.59	2.64	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 41.43$, S.D. = 3.50 และ $\bar{x} = 44.87$, S.D. = 2.56 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 41.89$, S.D. = 3.81 และ $\bar{x} = 45.23$, S.D. = 2.74 ตามลำดับ) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 41.32$, S.D. = 3.54 และ $\bar{x} = 44.86$, S.D. = 2.77 ตามลำดับ) พร้อมทั้งจังหวัด

ชัยภูมิ พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 41.39$, S.D. = 3.08 และ $\bar{x} = 44.59$, S.D. = 2.64 ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 ระดับของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่ การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
รวม 3 พื้นที่	34.23	4.16	ปานกลาง	42.13	4.53	สูง
จังหวัดสกลนคร	34.05	3.79	ปานกลาง	42.81	4.57	สูง
จังหวัดร้อยเอ็ด	33.18	3.70	ปานกลาง	42.08	4.28	สูง
จังหวัดชัยภูมิ	37.91	3.87	ปานกลาง	41.72	5.23	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่าการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 34.23$, S.D. = 4.16 และ $\bar{x} = 42.13$, S.D. = 4.53 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน รายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 34.05$, S.D. = 3.79 และ $\bar{x} = 42.81$, S.D. = 4.57 ตามลำดับ) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 33.18$, S.D. = 3.70 และ $\bar{x} = 42.08$, S.D. = 4.28 ตามลำดับ) พร้อมทั้งจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 37.91$, S.D. = 3.87 และ $\bar{x} = 41.72$, S.D. = 5.23 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	Mean	S.D.	t	p-value
รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ				
ก่อนการทดลอง	28.20	4.31		
หลังการทดลอง	26.25	4.75	7.86	.000***
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	27.95	4.23		
หลังการทดลอง	25.86	3.48	3.76	.000***
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	28.32	4.32		
หลังการทดลอง	26.39	5.00	6.04	.000***
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	28.03	4.40		
หลังการทดลอง	26.14	4.78	3.46	.001***

***<.001

จากตารางที่ 8 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง อสม. รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$, $p = .000$, $p = .001$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	Mean	S.D.	t	p-value
รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ				
ก่อนการทดลอง	33.52	4.65		
หลังการทดลอง	39.39	4.88	21.57	.000***
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	32.89	3.70		
หลังการทดลอง	38.32	4.98	8.84	.000***
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	33.39	4.52		
หลังการทดลอง	39.54	4.69	18.20	.000***
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	34.50	5.63		
หลังการทดลอง	39.79	5.30	7.91	.000***

***<.001

จากตารางที่ 9 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง อสม. รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$)

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	Mean	S.D.	t	p-value
รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ				
ก่อนการทดลอง	41.43	3.50		
หลังการทดลอง	44.87	2.56	20.31	.000***
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	41.89	3.81		
หลังการทดลอง	45.23	2.74	7.45	.000***
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	41.32	3.54		
หลังการทดลอง	44.86	2.77	16.36	.000***
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	41.39	3.08		
หลังการทดลอง	44.59	2.64	9.82	.000***

***<.001

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง อสม. รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$)

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน 3 พื้นที่ ดำเนินการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	Mean	S.D.	t	p-value
รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ				
ก่อนการทดลอง	34.23	4.16		
หลังการทดลอง	42.13	4.53	30.30	.000***
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	34.05	3.79		
หลังการทดลอง	42.81	4.57	14.52	.000***
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	33.18	3.70		
หลังการทดลอง	42.08	4.28	30.12	.000***
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	37.91	3.87		
หลังการทดลอง	41.72	5.23	5.91	.000***

***<.001

จากตารางที่ 11 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง อสม. รวม 3 พื้นที่ ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p = .000)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างพื้นที่ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	14.782	2	7.391	.396	.673
ภายในกลุ่ม	10569.611	567	18.641		
รวม	10584.393	569			

จากตารางที่ 12 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	22.287	2	11.144	.494	.610
ภายในกลุ่ม	12790.837	567	22.559		
รวม	12813.125	569			

จากตารางที่ 13 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. หลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างกันทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ คือ ทั้งจังหวัด สกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งไบบุไม่ดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งไบบุไม่ดับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	146.964	2	73.482	3.423	.033*
ภายในกลุ่ม	12171.323	567	21.466		
รวม	12318.288	569			

*<.05

จากตารางที่ 14 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งไบบุไม่ดับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลอง อย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ

ตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งไบบุไม่ดับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	135.614	2	67.807	2.870	.058
ภายในกลุ่ม	13395.474	567	23.625		
รวม	13531.088	569			

จากตารางที่ 15 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งไบบุไม่ดับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. หลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

จากตารางที่ 14 และ 15 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งไบบุไม่ดับ แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ ส่วนหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน จึงทำการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของผลต่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน ดังผลการทดลองในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งไบบุไม่ดับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	84.672	2	42.336	1.004	.367
ภายในกลุ่ม	23899.195	567	42.150		
รวม	23983.867	569			

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างกันทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ คือ ทั้งจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	25.189	2	12.594	1.027	.359
ภายในกลุ่ม	6952.362	567	12.262		
รวม	6977.551	569			

จากตารางที่ 17 แสดงว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 18 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	21.192	2	10.596	1.627	.197
ภายในกลุ่ม	3691.939	567	6.511		
รวม	3713.132	569			

จากตารางที่ 18 แสดงว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. หลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างกันทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ คือ ทั้งจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 19 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	1883.075	2	941.538	66.972	.000***
ภายในกลุ่ม	7971.276	567	14.059		
รวม	9854.351	569			

***<.001

จากตารางที่ 19 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลอง อย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ

ตารางที่ 20 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	63.553	2	31.776	1.552	.213
ภายในกลุ่ม	11606.314	567	20.470		
รวม	11669.867	569			

จากตารางที่ 20 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่าง อสม. หลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

จากตารางที่ 19 และ 20 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ ส่วนหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน จึงทำการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของผลต่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการแตกต่างกัน อย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ ดังผลการทดลองในตารางที่ 21 ซึ่งต้องเปรียบเทียบภายหลังต่อไปเพื่อตรวจสอบว่าความต่างนั้นอยู่ที่ใด ดังปรากฏผลในตารางที่ 22

ตารางที่ 21 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2264.845	2	1132.423	32.419	.000***
ภายในกลุ่ม	19806.039	567	34.931		
รวม	22070.884	569			

***<.001

ตารางที่ 22 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน
ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อสม. ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

พื้นที่ในการดำเนินการ	N	\bar{Y}	ความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อน มาตรฐาน	p-value
1. จังหวัดสกลนคร	95	8.76	0.14 (1-2)	0.68	.975
2. จังหวัดร้อยเอ็ด	366	8.90	5.09 (2-3)	0.65	.000***
3. จังหวัดชัยภูมิ	109	3.81	4.95 (1-3)	0.83	.000***

***<.001

จากตารางที่ 22 แสดงผลการเปรียบเทียบภายหลัง ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน แตกต่างกัน 2 คู่คือ จังหวัดสกลนคร แตกต่างจากจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$) จังหวัดร้อยเอ็ด แตกต่างจากจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$) โดยพบว่า จังหวัดสกลนครและจังหวัดร้อยเอ็ด ไม่แตกต่างกัน โดยมีแนวโน้มว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

ตอนที่ 2.2 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

ผลการวิเคราะห์ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ซึ่งในส่วนนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั่วไป จากแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 1,143 ชุด คิดเป็นร้อยละ 94.62 (จากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 1,208 ชุด) โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชาชน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนระหว่างกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จังหวัดสกลนคร (n = 190)		จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 729)		จังหวัดชัยภูมิ (n = 224)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	52	27.4	331	45.4	105	46.9
หญิง	138	72.6	398	54.6	119	53.1
อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 36 ปี	11	5.8	42	5.8	36	16.1
36 – 45 ปี	50	26.3	162	22.2	68	30.4
46 – 60 ปี	89	46.8	324	44.4	86	38.4
60 ปีขึ้นไป	40	21.1	201	27.6	34	15.1
สถานภาพสมรส						
โสด	28	14.7	66	9.1	24	10.8
สมรส	150	78.9	621	85.2	184	82.1
หย่าร้าง	12	6.3	42	5.8	16	7.1
การศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.5	9	1.2	15	6.7
ประถมศึกษา	159	83.7	564	77.4	147	65.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	8.4	75	10.3	24	10.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12	6.3	60	8.2	32	14.3
อนุปริญญาตรี/ปวส.	0	0.0	5	0.7	1	0.4
ปริญญาตรี	2	1.1	16	2.2	5	2.2

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จังหวัดสกลนคร (n = 190)		จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 729)		จังหวัดชัยภูมิ (n = 224)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	154	81.1	642	88.1	118	52.7
รับจ้างทั่วไป	24	12.6	22	3.0	73	32.6
ค้าขาย	5	2.6	26	3.6	15	6.7
พนักงานบริษัท	3	1.6	2	0.3	2	0.9
ข้าราชการ	0	0.0	14	1.9	4	1.8
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	4	2.1	23	3.1	12	5.3
การตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่หนอนพยาธิ						
เคย	161	84.7	403	55.2	66	29.4
ไม่เคย	29	15.3	326	44.7	158	70.6
ผลการตรวจไข่หนอนพยาธิ						
พบไข่หนอนพยาธิ	59	36.6	49	12.2	9	13.6
ไม่พบไข่หนอนพยาธิ	78	48.4	294	73.0	42	63.6
ไม่แน่ใจ	24	15.0	60	14.8	15	22.8
บุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ						
ไม่มี	178	93.7	713	97.8	221	98.6
มี	12	6.3	16	2.2	3	1.4
บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งท่อน้ำดี						
ไม่มี	182	95.8	713	97.8	221	98.6
มี	8	4.2	16	2.2	3	1.4

จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไป จำนวน 1,143 คน แบ่งเป็นจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 729 คน รองลงมาคือจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 224 คน และจังหวัดสกลนคร จำนวน 190 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 พื้นที่ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 พื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.6 54.6 และ 53.1 ตามลำดับ) อายุระหว่าง 46 – 60 ปี (ร้อยละ 46.8 44.4 และ 38.4 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.9 85.2 และ 82.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.7 77.4 และ 65.6 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 81.1 88.1 และ 52.7 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่หนอนพยาธิ (ร้อยละ 84.7 55.2 และ 29.4 ตามลำดับ) ตรวจพบไข่หนอนพยาธิ ร้อยละ 36.6 12.2 และ 13.6 ตามลำดับ มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.3 2.2 และ 1.4 ตามลำดับ และมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 4.2 2.2 และ 1.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชน

ตารางที่ 24 ระดับของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
รวม 3 พื้นที่	27.46	4.31	ปานกลาง	25.33	4.50	ปานกลาง
จังหวัดสกลนคร	27.26	4.20	ปานกลาง	25.42	3.97	ปานกลาง
จังหวัดร้อยเอ็ด	27.74	4.25	ปานกลาง	25.26	4.51	ปานกลาง
จังหวัดชัยภูมิ	26.74	4.53	ปานกลาง	24.31	4.78	ปานกลาง

จากตารางที่ 24 พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 27.46$, S.D. = 4.31 และ $\bar{x} = 25.33$, S.D. = 4.50 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 27.26$, S.D. = 4.20 และ $\bar{x} = 25.42$, S.D. = 3.97 ตามลำดับ) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 27.74$, S.D. = 4.25 และ $\bar{x} = 25.26$, S.D. = 4.51 ตามลำดับ) ส่วนจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 26.74$, S.D. = 4.53 และ $\bar{x} = 24.31$, S.D. = 4.78 ตามลำดับ)

ตารางที่ 25 ระดับของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
รวม 3 พื้นที่	32.54	4.87	ปานกลาง	38.54	4.68	สูง
จังหวัดสกลนคร	32.51	4.13	ปานกลาง	37.87	5.09	สูง
จังหวัดร้อยเอ็ด	32.40	4.81	ปานกลาง	38.78	4.32	สูง
จังหวัดชัยภูมิ	32.99	5.61	ปานกลาง	38.35	5.41	สูง

จากตารางที่ 25 พบว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลอง ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 32.54$, S.D. = 4.87 และ $\bar{x} = 38.54$, S.D. = 4.68 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร ก่อนการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 32.51$, S.D. = 4.13 และ $\bar{x} = 37.87$, S.D. = 5.09 ตามลำดับ) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 32.40$, S.D. = 4.81 และ $\bar{x} = 38.78$, S.D. = 4.32 ตามลำดับ) พร้อมทั้งจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 32.99$, S.D. = 5.61 และ $\bar{x} = 38.35$, S.D. = 5.41 ตามลำดับ)

ตารางที่ 26 ระดับของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่การดำเนินงาน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
รวม 3 พื้นที่	40.85	3.88	สูง	44.62	2.74	สูง
จังหวัดสกลนคร	41.86	3.53	สูง	44.32	3.23	สูง
จังหวัดร้อยเอ็ด	40.53	3.97	สูง	44.89	2.47	สูง
จังหวัดชัยภูมิ	41.04	3.73	สูง	44.02	2.97	สูง

จากตารางที่ 26 พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 40.85$, S.D. = 3.88 และ $\bar{x} = 44.62$, S.D. = 2.74 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 41.86$, S.D. = 3.53 และ $\bar{x} = 44.32$, S.D. = 3.23 ตามลำดับ) สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 40.53$, S.D. = 3.97 และ $\bar{x} = 44.89$, S.D. = 2.47 ตามลำดับ) พร้อมทั้งจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 41.04$, S.D. = 3.73 และ $\bar{x} = 44.02$, S.D. = 2.97 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	Mean	S.D.	t	p-value
รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ				
ก่อนการทดลอง	27.46	4.31		
หลังการทดลอง	25.33	4.50	12.16	.000***
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	27.26	4.20		
หลังการทดลอง	25.42	3.97	4.41	.000***
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	27.74	4.25		
หลังการทดลอง	25.62	4.51	9.71	.000***
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	26.74	4.53		
หลังการทดลอง	24.31	4.78	5.85	.000***

***<.001

จากตารางที่ 27 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$)

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	Mean	S.D.	t	p-value
รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ				
ก่อนการทดลอง	32.54	4.87		
หลังการทดลอง	38.54	4.69	30.95	.000***
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	32.51	4.13		
หลังการทดลอง	37.87	5.09	12.15	.000***
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	32.40	4.81		
หลังการทดลอง	38.78	4.32	26.69	.000***
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	32.99	5.61		
หลังการทดลอง	38.35	5.41	11.10	.000***

***<.001

จากตารางที่ 28 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$)

ตารางที่ 29 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 พื้นที่ดำเนินการ
ภายในประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พื้นที่ดำเนินการ	Mean	S.D.	t	p-value
รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ				
ก่อนการทดลอง	40.85	3.88		
หลังการทดลอง	44.62	2.74	28.93	.000***
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	41.86	3.53		
หลังการทดลอง	44.32	3.23	8.30	.000***
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	40.53	3.97		
หลังการทดลอง	44.89	2.47	26.03	.000***
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	41.04	3.73		
หลังการทดลอง	44.02	2.97	11.36	.000***

***<.001

จากตารางที่ 29 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 30 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	179.812	2	89.906	4.866	.008**
ภายในกลุ่ม	21062.206	1140	18.476		
รวม	21242.017	1142			

**<.01

จากตารางที่ 30 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่

ตารางที่ 31 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	295.208	2	147.604	7.380	.000***
ภายในกลุ่ม	22801.784	1140	20.002		
รวม	23096.992	1142			

***<.001

จากตารางที่ 31 แสดงว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มหลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่

จากตารางที่ 30 และ 31 พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ จึงทำการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของผลต่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการแตกต่างกัน อย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ ดังผลการทดลองในตารางที่ 32 ซึ่งต้องเปรียบเทียบภายหลังต่อไปเพื่อตรวจสอบว่าความแตกต่างนั้นอยู่ที่ใด ดังปรากฏผลในตารางที่ 33

ตารางที่ 32 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	179.812	2	89.906	4.866	.008**
ภายในกลุ่ม	21062.206	1140	18.476		
รวม	21242.017	1142			

**<.01

ตารางที่ 33 ผลการเปรียบเทียบผลต่างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

พื้นที่ในการดำเนินการ	N	\bar{Y}	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อนมาตรฐาน	p-value
1. จังหวัดสกลนคร	190	27.26	0.48 (1-2)	0.35	.369
2. จังหวัดร้อยเอ็ด	729	27.74	1.00 (2-3)	0.33	.007**
3. จังหวัดชัยภูมิ	224	26.74	0.52 (1-3)	0.42	.429

**<.01

จากตารางที่ 33 แสดงผลการเปรียบเทียบภายหลัง ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกัน 1 คู่คือ จังหวัดร้อยเอ็ด แตกต่างจากจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p=.007) โดยพบว่า จังหวัดสกลนครและจังหวัดชัยภูมิ พร้อมทั้งจังหวัดสกลนครและจังหวัดร้อยเอ็ด ไม่แตกต่างกัน โดยมีแนวโน้มว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

ส่วนที่ 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนทั่วไป ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 34 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	59.406	2	29.703	1.251	.287
ภายในกลุ่ม	27062.909	1140	23.739		
รวม	27122.315	1142			

จากตารางที่ 34 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 35 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	136.086	2	68.043	3.107	.045*
ภายในกลุ่ม	24969.433	1140	21.903		
รวม	25105.519	1142			

* $<.05$

จากตารางที่ 35 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่ม หลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ ซึ่งต้องเปรียบเทียบภายหลังต่อไปเพื่อตรวจสอบว่าความแตกต่างนั้นอยู่ที่ใด ดังปรากฏในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

พื้นที่ในการดำเนินการ	N	\bar{Y}	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อนมาตรฐาน	p-value
1. จังหวัดสกลนคร	190	37.87	0.91 (1-2)	0.38	.044*
2. จังหวัดร้อยเอ็ด	729	38.78	0.43 (2-3)	0.36	.448
3. จังหวัดชัยภูมิ	224	38.35	0.48 (1-3)	0.46	.552

* $<.05$

จากตารางที่ 36 แสดงผลการเปรียบเทียบภายหลัง ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกัน 1 คู่คือ จังหวัดสกลนคร แตกต่างจากจังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.044$) โดยพบว่า จังหวัดสกลนครและจังหวัดชัยภูมิ ตลอดจนจังหวัดชัยภูมิและจังหวัดร้อยเอ็ด ไม่แตกต่างกัน โดยมีแนวโน้มว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสกลนครตามลำดับ

ส่วนที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 37 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	277.027	2	138.514	9.334	.000***
ภายในกลุ่ม	16916.390	1140	14.839		
รวม	17193.417	1142			

***<.001

จากตารางที่ 37 แสดงว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่

ตารางที่ 38 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ หลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	152.564	2	76.282	10.353	.000***
ภายในกลุ่ม	8399.420	1140	7.368		
รวม	8551.984	1142			

***<.001

จากตารางที่ 38 แสดงว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่

จากตารางที่ 37 และ 38 พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ จึงทำการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของผลต่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการแตกต่างกัน อย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ ดังผลการ

ทดลองในตารางที่ 39 ซึ่งต้องเปรียบเทียบภายหลังต่อไปเพื่อตรวจสอบว่าความแตกต่างนั้นอยู่ที่ใด ดังปรากฏผลในตารางที่ 40

ตารางที่ 39 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	726.092	2	363.046	19.259	.000***
ภายในกลุ่ม	21489.672	1140	18.851		
รวม	22215.764	1142			

***<.001

ตารางที่ 40 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

พื้นที่ในการดำเนินการ	N	\bar{Y}	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อนมาตรฐาน	p-value
1. จังหวัดสกลนคร	190	2.46	1.91 (1-2)	0.35	.000***
2. จังหวัดร้อยเอ็ด	729	4.36	1.39 (2-3)	0.33	.000***
3. จังหวัดชัยภูมิ	224	2.97	0.52 (1-3)	0.43	.045*

*<.05 ***<.001

จากตารางที่ 40 แสดงผลการเปรียบเทียบภายหลัง ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกัน 3 คู่คือ จังหวัดสกลนคร แตกต่างจากจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.45$) จังหวัดสกลนคร แตกต่างจากจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$) และพบว่า จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดร้อยเอ็ด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$) โดยมีแนวโน้มว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสกลนครตามลำดับ

ตอนที่ 2.3 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

ผลการวิเคราะห์ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) ซึ่งในส่วนนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน ซึ่งได้แก่ นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของการทดลองใช้รูปแบบ พร้อมกันนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพนวัตกรรม “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน” โดยเกณฑ์การประเมินคุณภาพนวัตกรรม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเป็นนวัตกรรม กระบวนการพัฒนาผลงานนวัตกรรม และ คุณค่าและประโยชน์ของผลงานนวัตกรรม (รายละเอียดดังภาคผนวก) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการนำเกณฑ์ดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน และสรุปผลการประเมินคุณภาพนวัตกรรม โดยขอแนะนำเสนอเป็นพื้นที่ดำเนินการตามจังหวัดดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พื้นที่จังหวัดสกลนคร

ส่วนที่ 2 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 3 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

**ส่วนที่ 1 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร**

จังหวัดสกลนครเป็นพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้ดำเนินการใน 5 ชุมชน จาก 5 สถานบริการปฐมภูมิในอำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร พบพื้นที่ที่มีการดำเนินการตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชนโดยการร่วมกันพัฒนานวัตกรรม จำนวน 5 ชุมชน จาก 5 สถานบริการ คิดเป็นร้อยละ 100 ของพื้นที่ที่ดำเนินการ ซึ่งผลการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

นวัตกรรมที่ 1

ชื่อนวัตกรรม	หนังจ๋อน้อย ลดพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนปลาไหล อำเภอต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. กระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้ในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนพึงพอใจกับรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกันให้สุขศึกษาแนวใหม่ที่ตรงกับปฏิทินและเวลาที่เหมาะสมของชุมชนโดยการ

	ใช้วิธีการบรรยาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตอบคำถาม สลับกับการเปิด ภาพยนตร์ที่ประชาชนชื่นชอบ
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากแบบสอบถาม (พบว่ามีความรู้อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 95 และมีความพึง พอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.26)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	51 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ผ่านเกณฑ์

นวัตกรรมที่ 2

ชื่อนวัตกรรม	กด LIKE ให้ถ้าไม่กินดิบ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหลวง อำเภอต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. เสริมสร้างสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน ประชาชน
ลักษณะของนวัตกรรม	เป็นป้าย (Future Board) แบบตั้งพื้น ขนาด 200*60 ซม. โดย ออกแบบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่มีข้อความร่วมกับรูปภาพกระตุ้นการไม่กินปลาดิบใน ชุมชน และตั้งในกิจกรรมของชุมชน ได้แก่ งานศพ งานแต่งงาน งาน บุญในชุมชน เป็นต้น
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรม (ประเมินเชิงคุณภาพ เป็นการกระตุ้นประชาชนให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะการกินปลาดิบได้ดี)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	77 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ดี

นวัตกรรมที่ 3

ชื่อนวัตกรรม	ปลาร้ากระปุก “สุกกะแซบ”
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำข่า อำเภอต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. รณรงค์ให้รับประทานปลาร้าสุก 2. สนับสนุนให้มีปลาร้าสุกทุกครัวเรือนแทนการรับประทานอาหาร จากปลาน้ำจืดดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข จัดทำกระปุก ปลาร้าสุก โดยการนำตัวอักษรลงในขวดปลาร้า และให้ อสม. ดำเนินการแจกจ่ายให้แก่ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบ
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการกินปลาร้าสุกในครัวเรือนด้วยแบบสอบถาม (พบว่าหลังจากมีกระปุกปลาร้าสุกแล้วมีพฤติกรรมการกินปลาร้าสุก

	แทนการกินปลาร้าดิบ คิดเป็นร้อยละ 87.94)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	59 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	พอใช้

นวัตกรรมที่ 4

ชื่อนวัตกรรม	ป้ายครอบครัวตัวอย่างบ้านนี้ไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหลวง อำเภอต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. สนับสนุนให้มีครอบครัวตัวอย่างในการไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบ 2. สนับสนุนให้มีสิ่งเตือนใจในการไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข จัดทำป้ายครอบครัวนี้ไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบด้วย Future Board ขนาด 30*60 ซม. และมอบให้แก่บ้านในชุมชน
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการไม่กินดิบและปลาร้าดิบในครัวเรือนด้วยแบบสอบถาม (พบว่าหลังจากมีการใช้ป้าย มีพฤติกรรมลดลงจากเดิมที่กินร้อยละ 92.17 เหลือร้อยละ 80.24)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	59 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	พอใช้

นวัตกรรมที่ 5

ชื่อนวัตกรรม	เสียงใส เตือนใจพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลต่างอย อำเภอต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. กระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกันสืบค้นหาความรู้ที่เกี่ยวข้อง จัดทำการอัดลง CD และประสานไปที่ดีเจชุมชน และดำเนินการเปิดเสียงตามสายให้แก่ประชาชนในพื้นที่
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการสุ่มสัมภาษณ์ตัวแทนประชาชน (พบว่าประชาชนได้รับเสียงตามสายและสามารถพูดถึงรายละเอียดของการให้ความรู้ตามเสียงตามสายที่ได้รับได้อย่างถูกต้อง)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	83 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ดีเยี่ยม

ส่วนที่ 2 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นพื้นที่ในทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้ดำเนินการใน 26 ชุมชน จาก 26 สถานบริการปฐมภูมิในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบพื้นที่ที่มีการดำเนินการตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชนโดยการร่วมกันพัฒนานวัตกรรม จำนวน 6 ชุมชน จาก 6 สถานบริการ คิดเป็นร้อยละ 23.08 ของพื้นที่ที่ดำเนินการ ซึ่งผลการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยผู้วิจัยได้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

นวัตกรรมที่ 1

ชื่อนวัตกรรม	ลด ละ เลิก ปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะหรี อำเภอเสลภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. กระตุ้นให้ประชาชนลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	ให้ อสม. และ อย. น้อย ในชุมชนเป็นสื่อบุคคล ในการถ่ายทอดให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการสำรวจโดย อสม. (พบว่าประชาชนได้ลด ละ เลิก การกินปลาดิบได้ ประมาณร้อยละ 50)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	57 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ผ่านเกณฑ์

นวัตกรรมที่ 2

ชื่อนวัตกรรม	สื่อหมอลำพื้นบ้าน ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหวาย อำเภอเสลภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. กระตุ้นให้ประชาชนลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	จัดทำสื่อหมอลำพื้นบ้านเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการสัมภาษณ์โดย อสม. (พบว่าประชาชนสามารถพูดถึงเนื้อหาในสื่อหมอลำพื้นบ้าน และมีการลดละเลิกการรับประทานปลาดิบได้)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	80 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ดีเยี่ยม

นวัตกรรมที่ 3

ชื่อนวัตกรรม	งานบุญปลอดปลาดิบ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำจั้นใหญ่ อำเภอสลภูภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. สร้างกระแสให้ประชาชนลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	สร้างมาตรการทางชุมชนโดยการทำ “งานบุญปลอดปลาดิบ”
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากอาหารในงานบุญในชุมชนพบว่า มีการดำเนินงานโดยงานบุญนั้น ปลอดปลาดิบ
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	66 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	พอใช้

นวัตกรรมที่ 4

ชื่อนวัตกรรม	ร้านนี้ปลาไร้ตำม ส้มตำแซ่บ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าซิว อำเภอสลภูภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	สร้างมาตรการทางชุมชนโดยการทำ “ร้านนี้ปลาไร้ตำม ส้มตำแซ่บ” มุ่งเน้นให้ร้านค้าโดยเฉพาะร้านส้มตำในชุมชนใช้ปลาไร้ตำม และมอบป้ายเพื่อเป็นการรับรอง
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากร้านค้าในชุมชนพบว่า มีการปลาไร้ตำมในร้านที่ขายส้มตำร้อยละ 100
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	50 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ผ่านเกณฑ์

นวัตกรรมที่ 5

ชื่อนวัตกรรม	โส ชอม ส่อ ต่อต้านโรคพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขวาว อำเภอสลภูภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	โส ชอม ส่อ คือ กิจกรรมทางสุขศึกษาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. และประชาชน
ผลการใช้นวัตกรรม	เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนทุกวันที่ 9 ของเดือน
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	63 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	พอใช้

นวัตกรรมที่ 6

ชื่อนวัตกรรม	ปลาหมอ ชวนคิด
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันขวาง อำเภอเสลภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
ลักษณะของนวัตกรรม	จัดทำที่ติดตู้เย็นและมีข้อความที่ชักชวนให้ประชาชนมีพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ผลการใช้นวัตกรรม	ไม่ปรากฏการประเมิณ
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	53 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ผ่านเกณฑ์

ส่วนที่ 3 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

จังหวัดชัยภูมิเป็นพื้นที่ในทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้ดำเนินการใน 11 ชุมชน จาก 11 สถานบริการปฐมภูมิในอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ไม่พบพื้นที่ที่มีการดำเนินการตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน

ตอนที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

(1) **กลุ่มที่ 1** กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับกรม รวมจำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการประจำสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 คน และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการประจำสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 (จังหวัดนครราชสีมา) ที่ 6 (จังหวัดขอนแก่น) และที่ 7 (จังหวัดอุบลราชธานี) รวมจำนวน 6 คน

(2) **กลุ่มที่ 2** กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับพื้นที่ รวมจำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ รวมจำนวน 3 คน และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างย่อย จังหวัดสกลนคร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ รวมจำนวน 6 คน

(3) **กลุ่มที่ 3** ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้ดำเนินการในระยะที่ 1 รวมจำนวน 42 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ดำเนินการพื้นที่ละ 1 คน

(4) **กลุ่มที่ 4** ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้ดำเนินการในระยะที่ 2 รวมจำนวน 604 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในพื้นที่ที่ดำเนินการ และคัดเลือกตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อย พื้นที่ละ 15 คน รวม 45 คน

(5) **กลุ่มที่ 5** ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการ ได้แก่ ประชาชนที่ได้รับการจัดกระบวนการเรียนรู้โดย อสม. รายครัวเรือน จำนวน 6,662 คน และคัดเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถามในการประเมินผลกระทบจากโครงการ พื้นที่ละ 20 คน รวม 60 คน

โดยผลการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปผล ได้เป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ผลการประเมินบริบทของโครงการ (Context Evaluation)
2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input Evaluation)
3. ผลการประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ (Process Evaluation)
4. ผลการประเมินผลผลิตของโครงการ (Product Evaluation)

ตอนที่ 3.1 ผลการประเมินบริบทของโครงการ (Context Evaluation)

ในการประเมินบริบทของโครงการ (รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ผู้วิจัยพิจารณาใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) นโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่ (2) ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกๆระดับ (3) การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน และ (4) ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ โดยจากการประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับพื้นที่ ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ พร้อมทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ผลการประเมินบริบทของโครงการพบว่าปัจจัยทั้ง 4 ประเด็นข้างต้นแตกต่างกันในทุกบริบทของพื้นที่ดำเนินการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. นโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่

นโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่นั้น พบว่า ใน 3 พื้นที่มีนโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่ที่สนับสนุนให้การดำเนินการตามรูปแบบฯ ในครั้งนี้นั้นแตกต่างกัน โดยพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดนั้นมีนโยบายที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ที่สามารถระบุได้เป็นตัวชี้วัดให้แก่สถานบริการในระดับปฐมภูมิในการดำเนินการแก้ไขและป้องกันพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถบูรณาการรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้นำเข้าสู่การดำเนินการตามตัวชี้วัดได้เลย ซึ่งตัวชี้วัดในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ตับมีอย่างชัดเจน ส่วนจังหวัดสกลนครนั้นมีนโยบายที่ชัดเจน โดยเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินการของจังหวัด โดยเป็นการดำเนินการโครงการในพื้นที่ที่เป็นปัญหา และผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งมีหน่วยงานภายนอกเข้ามาร่วมดำเนินการเป็นโครงการในระยะสั้น ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ส่วนจังหวัดชัยภูมินั้นไม่พบนโยบายในเรื่องดังกล่าวที่เป็นรูปธรรม ซึ่งข้อสรุปสามารถแสดงได้ด้วยข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อยผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ในจังหวัดเนี่ยจริงๆ ก็เป็นโรคเดิมที่เราทำ จนถึงว่าบรรลุแล้วเนาะ ตั้งแต่ปีประมาณ 35 – 36 เนี่ย ที่เป็นอีสานไม่กินปลาดิบมาเคาะ ก็จะค่อยข้างจะความซุกต่ำ ต่ำลิบแล้ว ทีนี้หลังจากนั้นมานั้นก็เป็นเหมือนกับเป็นสัญญาณปกติจนมาถึงประมาณปี 54 จะมีผลตามมา มีความซุกค่อนข้างสูง และก็มีในเรื่องของมะเร็งท่อน้ำดีตามมา ตรงนี้ในส่วนของทางเขต ทางของกระทรวงและก็ สปสข. ก็จะมาทำในโครงการของแก้ไขปัญหา ซึ่งจะมีร่วมระหว่างเขต มข. มหาชัย และก็ของ สปสข. ก็เข้ามา ซึ่งเข้ามาแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดี ตั้งแต่ปี 54 เข้ามา ซึ่งในปี 56 นี้เรื่องการดำเนินการแก้ไขและป้องกันพยาธิใบไม้ตับนั้น ทาง สสจ. ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดให้หน่วยงานต้องดำเนินการ ซึ่งเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหนึ่งในนั้น เพราะฉะนั้นทางอำเภอจะโชคดีมากที่ได้ดำเนินการตามรูปแบบฯของสำนักสื่อสารฯ”

“ใช่ครับ ส่วนใหญ่นโยบายหลักก็มาจากข้างบนเป็นหลัก เพราะว่าตรงนี้มันก็จะทำให้ระบบการตัดสินใจหรือระบบการสนับสนุนมันง่าย เพียงแต่ว่ากลวิธีในการปฏิบัติซึ่งรายละเอียดปลีกย่อยตรงนี้เราก็สามารถที่จะประยุกต์ใช้ ปรับปรุงได้ตามความเหมาะสมในพื้นที่ พื้นที่เราโชคดีที่มีนโยบายสนับสนุนทำให้การดำเนินการเป็นรูปธรรมชัดเจนมากยิ่งขึ้น”

“จริงๆ แล้ว [จังหวัดของเรา] เริ่มดำเนินการเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ปี 54 ที่ซึ่งเริ่มนำร่องตั้งแต่ปี 53 ซึ่งเราเริ่มนำร่องในพื้นที่ของรอบ [แหล่งน้ำ] ก็คือ [อำเภอในจังหวัดของเรา] นะครับตอนนั้นเมื่อเรานำร่องเสร็จเรา พอดีตอนนั้นเราทำร่วมกับ มข. ครับ ที่นำร่องเนี่ย พอปี 55 ทาง มข. แต่เราดำเนินการในพื้นที่ที่มีปัญหา ซึ่งก็คือรอบ[แหล่งน้ำ] และท่านผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญในปัญหานี้”

“ผมขอเพิ่มเติมประเด็นนะครับ ช่วงแรกก็คือเราเสนอไปที่ผู้ว่าที่ประชุมประจำเดือนของผู้ว่าราชการก็ให้ท่านให้เห็นปัญหาตรงนี้ ท่าน สสจ.ก็เห็นปัญหาตรงนี้ ก็จะได้ผลักดันให้เกิดเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัดร่วมกัน เพราะว่ามันต้องสร้างการมีส่วนร่วมค่อนข้างเยอะ อย่างที่ว่า เพราะว่าถึงเราทำยังไงสุดท้ายเราก็ต้องไปร่วมกับท้องถิ่นให้ได้ ท้องถิ่นต้องมาเป็นเจ้าภาพหลัก ช่วยเรา เราเหมือนไปเป็นผู้ช่วยในเรื่องวิชาการ วิธีการ แต่เรื่องของการลงมืออะไรท้องถิ่นต้องมาร่วมมือกับเราให้ได้มากที่สุด”

ข้อความใน [.....] คือข้อความที่ขยายความโดยผู้วิจัย

“ช่วงหลังตั้งแต่ปี 2548 นี้หายไปเลยนะครับ การดำเนินงานหายไปเลย เพราะตอนนั้นเข้าใจว่างบประมาณในส่วนนี้โดยตันไปอย่างอื่น นโยบายเรื่องนี้จึงหายไปเลย”

“ผมขอเล่าของ [อำเภอที่ผมอยู่] นะครับ ส่วนเรื่องของนโยบายก็เหมือนกับที่ว่า ไม่มี ไม่ค่อยได้เน้นหนักมาช่วงหลายปีแล้วครับ แล้วก็ไม่ได้อยู่ใน KPI อะไร จึงไม่มีการดำเนินการเลย เราก็คงเข้าใจ เราก็คงต้องทำงานตาม KPI ก่อน”

2. ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ

ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ ซึ่งหมายถึงการนำรูปแบบฯ ดังกล่าวนี้เข้าไปสู่การดำเนินการที่สอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับพบว่าในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดสกลนคร เนื่องจากมีนโยบายรองรับการดำเนินการอยู่แล้ว ทำให้พบว่ารูปแบบฯ ที่สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค นั้น เข้าไปสู่การดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานและโครงการในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ในการดำเนินการในครั้งนี้ ส่วนจังหวัดชัยภูมิไม่มีนโยบายรองรับ ดังนั้นการดำเนินการโครงการในครั้งนี้จึงดำเนินการเหมือนเป็นโครงการพิเศษ อันเนื่องจากการได้รับคัดเลือกจากกรมควบคุมโรคในการเป็นพื้นที่ในการทดลองการดำเนินการ จึงสามารถดำเนินการได้ ซึ่งแสดงให้เห็นด้วย คำสัมภาษณ์การประชุมกลุ่มย่อยผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ในส่วนจังหวัดนี้คิดเหมือนกันว่าจริงๆ แล้วเราเคยทำสำเร็จมาแล้วด้วยซ้ำ แต่ที่นี้พอมันซาลงไปเป็นงานปกติแล้ว มันไม่มีปัญหาเนี่ย มันไม่มีปัญหาแล้วมันก็กลายเป็นงานปกติ พองานปกติมันก็ทำให้ปัญหากลับมาอีกเนาะ แต่ว่าพอปีที่มีการเอื้อกันเข้าก็ถือว่าเป็นเรื่องดีนะ เพราะเอาเรื่องของปัญหาการเสียชีวิตขึ้นมา อันดับแรกๆ อยู่ละของประเทศไทยเรา เยอะ พอมาแล้วมันก็ต่อเนื่องมาตลอดอะคะ เพราะว่าถ้ามีตัวชีวิตของกระทรวงออกมาเนี่ยมันก็จะเป็นการกระตุ้นทั้งระดับกระทรวงเอง ระดับเขต ระดับจังหวัดและก็รวมไปถึงอำเภอด้วย เพราะว่า ก็เหมือนว่าละคะต้องทำงาน ต้องมีคนผลักดันอะ”

“ผมคิดว่ารูปแบบฯ การดำเนินการของสำนักสื่อสารฯ นี้ ผมว่าสอดคล้องกับการดำเนินการของเรา คือเรามีตัวกลาง มีทุกอย่าง ก็สามารถเอาไปทำได้เลย และอีกอย่างคือสอดคล้องกับแผนงานโครงการ เพราะยังพื้นที่ที่ต้องดำเนินการเรื่องนี้อยู่แล้ว”

“ตัวยุทธศาสตร์นำร่องเนี่ยเริ่มตั้งแต่ปี 54 พอปี 54 – 55 ปี 56 เนี่ย ทำทั้งจังหวัด เริ่ม ทำทุกจังหวัด เพราะฉะนั้นทุกอำเภอก็ต้องมีลักษณะนี้ ทำ Verbal Screening พวกกลุ่มเสี่ยงและมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพอเราได้แนวทางจากสำนักสื่อสารฯ มาในครั้งนี้นี้เราก็สามารถนำไปสู่การดำเนินการได้เลยจริงๆ การดำเนินการเช่นนี้เราก็คงดำเนินการนะครับ แต่เราไม่ชัดเจนเท่ากับรูปแบบของสำนักสื่อฯ เพราะทุกอย่างมีครบเลย แนวทาง ขั้นตอนสื่อต่างๆ”

“จริงๆ รูปแบบฯที่เราดำเนินการเป็นครั้งที่ 2 แล้วนะครับจากสำนักสื่อสารฯ ซึ่งเรามีการดำเนินการในเรื่องนี้ จึงคิดว่ารูปแบบฯ ที่ดำเนินการก็สามารถนำไปสู่การดำเนินการหรือบูรณาการเข้ากับแผนงาน โครงการได้ เพราะว่ารูปแบบฯ นี้ มีกิจกรรมที่ชัดเจนมาก บอกบทบาทการดำเนินการในแต่ละส่วนที่ชัดเจน”

“ผม ตอนไปอุบล สมัยโน้น เมื่อ 10 ปี อันนั้นผมล้มผัดเรื่องเกี่ยวกับพยาธิ ละก็หายไป และผมก็มาเล่นอีกรอบหนึ่งคราวนี้แหละครับ ที่สำนักสื่อสารฯ ลงมาทำ มันหายไปขนาดนั้นอะ แต่ว่าด้วยมันเห็นผลยากหรืออะไรไม่แน่ใจ มันก็เลยอย่างที่ว่าปัญหาอุปสรรคก็เลยเยอะ และผลการแต่ละอย่างมันอาจจะไม่ชัดพออะ ทำให้ผู้หลักผู้ใหญ่ให้ความสำคัญน้อยนะ ประมาณนั้น ซึ่งรอบนี้ที่เลือก [อำเภอของเรา] ก็เพราะว่า ด้วยกรมสั่งการมา เราก็คงต้องดำเนินการ”

3. การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน

การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน สิ่งที่พิจารณาคือ ในบริบทของพื้นที่นั้นในการดำเนินการนั้น ผู้ร่วมงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร บุคคลที่มีบทบาทเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือใคร มีบทบาทอย่างไร พร้อมทั้งลักษณะการสนับสนุนงานด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีมาแต่เดิมจนถึงปัจจุบัน เป็นอย่างไร เนื่องจากเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่จะส่งผลต่อผลการดำเนินการ โดยจากการศึกษา พบว่า ในส่วนของจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดสกลนครนั้นมีหน่วยงานภายนอกเข้ามาร่วมสนับสนุนการดำเนินการทั้ง มหาวิทยาลัยและอื่นๆ ซึ่งการสนับสนุนมีทั้งงบประมาณ การดำเนินการ และวิชาการ ส่วนในจังหวัดชัยภูมิเนื่องจากไม่พบนโยบายที่เป็นรูปธรรม หรือความสอดคล้องกับแผนงานโครงการ การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงานที่ให้การสนับสนุนเรื่องพยาธิใบไม้ตับจึงไม่พบที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ในประเด็นผู้ที่เข้ามาช่วยเรามีเยอะนะครับ หลักๆ มข. เข้ามาช่วยเราตลอด วิชาการนี้ update ตลอดครับ พอหลังๆ ก็จะมี สปสช. เข้ามาสนับสนุน”

“พื้นที่ของเราก็จะเป็น 2 เขต เขตบริการสุขภาพที่ 7 กับ 8 แล้วก็ทั้งหมดรวม 11 จังหวัด ก่อนที่จะเริ่มปีงบประมาณเราก็จะมีการบูรณาการแผน เขาเรียกว่าบูรณาการแผน ก็จะเชิญผู้รับผิดชอบเข้ามาว่าปีนี้เราจะมีตัวชี้วัดตัวนั้นะ โรคนี้ทำอย่างไร มีแผนงานโครงการอย่างไร ลงไป Intervention ลงไปกับพื้นที่ทำให้อย่างไรอะคะ”

“ปี 55 ทาง มข. เองก็ผลักดันเพื่อให้เข้าเป็นวาระแห่งชาติ ก็เลยเป็นวาระอีสาน ผมก็เข้าไปร่วมประชุมกับท่านรัฐมนตรีท่านก่อน 2 ครั้ง เพื่อผลักดันวาระอีสานนี้ ผลักดันเข้าไป แล้วความชัดเจนของจังหวัดก็มีการเอายุทธศาสตร์นี้มาขับเคลื่อนโดยการแต่งตั้ง Project Manager ซึ่งจะมาดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ”

“หน่วยงานภายนอกมาช่วยก็มี มข. ราชภัฏ ม.เกษตรสกล ก็เข้ามาซึ่งก็จะเข้ามาสนับสนุนทั้งการดำเนินงาน วิชาการ”

“ผมว่าก็มีแต่สำนักสื่อสารฯ นี่แหละครับที่เข้ามาสนับสนุน ปีนี้ก็เป็นปีที่ 2 ผมก็ยังไม่แน่ใจว่าหากไม่ได้รับการสนับสนุนอำเภอเราจะทำต่อไหม”

“สมัยก่อนมีนะครับ ก็จะมีอาจารย์จากกรมควบคุมโรคมาช่วย แต่นั่นมันตั้งแต่ปี 2532 นี่หดหายไปหมดแล้วครับ”

4. ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่

ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ สิ่งที่พิจารณาคือ ในประเด็นบริบทของโครงการ จึงได้ทำการประเมินสภาพปัญหาในพื้นที่ ว่าสอดคล้องกับการดำเนินการตามรูปแบบฯ ในครั้งนี้หรือไม่ ซึ่งพบว่าในทุกพื้นที่มีปัญหาเรื่องพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีทั้งประเด็นปัญหาในระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาในระดับผลกระทบทางสุขภาพ แต่ความแตกต่างจะพบว่า ปัญหาเหล่านั้นได้มีการหยิบยกขึ้นมาดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมหรือไม่ ซึ่งพบว่า ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดสกลนคร ปัญหาเหล่านั้นได้ถูกหยิบยกขึ้นมาในการดำเนินการแก้ไข เนื่องจากปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านผลกระทบทางสุขภาพ อีกทั้งสอดคล้องกับนโยบายและสอดคล้องกับแผนงานโครงการ ส่วนจังหวัดชัยภูมิสภาพปัญหาในพื้นที่ก็ยังคงอยู่แต่อาจจะไม่ได้รับการหยิบยกขึ้นมาดำเนินการเนื่องจากยังไม่มีนโยบายที่สนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ในการดำเนินการตามการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในรูปของโครงการพิเศษในพื้นที่ ซึ่งเห็นแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ในพื้นที่ [จังหวัดของผม] หลังจากที่ยกข้ออ้างจะความซุกดำ ตำลึงแล้ว หลังจากนั้นมันก็เป็นเหมือนกับ เป็นสัญญาณปกติจนมาถึงประมาณปี 54 จะมีผลตามมา มีความซุกค่อนข้างสูง และก็ในเรื่องของมะเร็งท่อน้ำดี นโยบายที่ทำจึงนำมาปฏิบัติอีกครั้ง ซึ่งมันสอดคล้องอยู่แล้ว”

“เห็นด้วยเลยที่มีนโยบาย มันรู้แล้วว่าถ้าเอา Mapping มาดูแล้วเนี่ย มาดูแผนที่ประเทศไทยแล้วเนี่ย มัน แดงเกือบไปหมดเนี่ยมันจำเป็น มันน่าจะเป็นวาระที่สำคัญด้วยนะคะ ที่จะทิ้งไม่ได้ อย่างหลงอย่างลืม ต้องทำ”

“เรามองตามนโยบายข้างบน เพียงแต่ว่าตัวผมเองยังไม่มีข้อมูลแต่ว่าในความซุก ไม่ว่าจะ เป็น OV หรือ การตรวจผู้เสียชีวิตภาพมันชัด”

“โดยจริงๆ แล้วเวทีจังหวัดเนี่ย ก็อย่างว่ามะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับเนี่ย เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของ [จังหวัดของเรา] มาตลอด”

“เนี่ย ตอนที่เราทำการสำรวจผลกลายเป็นว่าพื้นที่ที่ไม่มีเลยใช้ว่าเขาจะมีพฤติกรรมที่ดี จริงๆ เขาก็กินอยู่ แต่เขาจะกินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำ คือเหมือนแบบว่าพอรู้ตัวเองกิน ปูบเนี่ยไปซื้อยาถ่ายพยาธิมาปูบ และแปลก ที่ว่าเขาขายง่ายใจ เหมือนซื้อตามหมู่บ้านได้ เหมือนร้านขายยาใหญ่ๆ ขายให้กับร้านขายของชำในหมู่บ้านนำไป ขายอีกที”

“เราก็ทำมาเยอะ มีหน่วยงานเข้ามา มหาลัยก็จะมี มข. ราชภัฏ เพราะสำรวจก็ทีที่ที ก็ [อำเภอของเรา] ความซุกสูง”

“จริงๆ ไม่ใช่พยาธิในพื้นที่เราไม่มีปัญหาอะไร แต่พยาธิแพ้นโยบายโรคอื่น พอเราไม่ทำก็เลยเหมือนไม่มี ปัญหา แต่จริงๆ ผมคิดว่ายังคงอยู่”

“ผมมอง แม้แต่เจ้าหน้าที่เองเนี่ย ก็รู้ๆ อะ แต่ก็ยังปฏิบัติอะไรยังไม่ได้ ด้วยแบบ แม้แต่ที่ขาย ที่อะไร ทุกวันนี้แบบ ล้มตำ เรื่องของปลาดิบ ปลาร้าอีก คงจะทำกินก็กินเฉพาะในครัวเรือนของตัวเองนะครับ แต่ถ้ากินซื้อ ก็คงจะมาจากแหล่งอื่น ปลาร้าจากที่อื่นก็เอามาขาย ซึ่งตรงนั้นก็เป็นเรื่องของการ การขายแบบโดยรวม ซึ่งล้มตำใน ท้องที่หมู่บ้าน แต่ถ้าประชาชนคงจะทำปลาร้า”

ตอนที่ 3.2 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input Evaluation)

ในการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โดยผู้วิจัย พิจารณาใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การสนับสนุนงบประมาณ (2) การสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และ (3) การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่มกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในฐานะ ผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับกรม ได้แก่ ผู้สนับสนุนจากสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับพื้นที่ ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ พร้อมทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการพบว่า ซึ่งพบว่า

ประเด็นที่มีความแตกต่างกันคือ การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินการโครงการ สำหรับการได้รับการสนับสนุนงบประมาณและการสนับสนุนทรัพยากรนั้น ไม่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนงบประมาณ และการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์

ในประเด็นการพิจารณาปัจจัยนำเข้าของโครงการ ในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ซึ่งพิจารณาได้จาก ได้แก่ นอกเหนือจากงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ของกรมควบคุมโรคแล้ว มีงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้อีกหรือไม่ และแหล่งที่มาของงบประมาณเพื่อการดำเนินการมาจากแหล่งใดบ้าง ลักษณะใด จำนวนมากน้อยเพียงใด พร้อมทั้งวิธีการได้มาและความเพียงพอเพื่อทำการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ควรเป็นอย่างไร และในพื้นที่มีจุดเด่นในการระดมทุนเพื่องานด้านสุขภาพอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ประเด็นเหล่านี้ไม่แตกต่างกันเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรจากรวมควบคุมโรคเพียงเท่านั้น ถึงแม้จะมีงบประมาณจากส่วนอื่นหรือทรัพยากรจากส่วนอื่นที่พร้อม จะให้การสนับสนุน แต่เป็นเพราะการดำเนินการในครั้งนี้เป็นระยะสั้นและการดำเนินการขอรับการสนับสนุนงบประมาณนั้นจำเป็นอาจจะต้องใช้ระยะเวลาจึงไม่ได้รับการสนับสนุน แต่พบว่าหากต้องดำเนินการหรือการประยุกต์ใช้นั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร และวัสดุอุปกรณ์ที่การดำเนินการดังกล่าว ต้องเตรียมการและวางแผนเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งงบประมาณต่างๆ ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“เรื่องงบประมาณสำหรับดำเนินการของโรคพยาธิใบไม้ในตับตอนนี้ได้จากกรมควบคุมโรคเท่านั้น หากต้องการแหล่งทุนอาจจะเขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. CUP หรือ กองทุนหลักประกันสุขภาพที่อยู่ตำบลโดย สปสช. แต่หากเป็นเรื่องของแต่ละ รพสต. จะใช้เงินบำรุงซึ่งเป็นเงินสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ 15,000 บาท ซึ่งสามารถใช้ได้กับ 3 ประเด็นคือ 1) ใช้พัฒนาศักยภาพ อสม 2) แก้ปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน 3) พัฒนา ศสมช.”

“ถ้าเราชี้ให้เขาเห็นว่าเป็นแบบนี้มันมีความสำคัญ ทางท้องถิ่นก็สามารถตอบรับเราในเรื่องของงบ กองทุนตำบล แต่ถ้ามันมากหรือมันต้องใหญ่อะไรก็ว่ากองทุนตำบลมันก็สามารถนำเข้าสู่มติบัญญัติท้องถิ่น นี่คือความร่วมมือที่เราใช้ แต่รอบนี้ทางอาจารย์สนับสนุนและคิดว่าคงไม่ต้องใช้งบประมาณจึงไม่ได้ขอรับการสนับสนุน แต่คิดว่าถ้าได้ผลคงต้องมีการใช้งบประมาณครับ”

“จริงๆงบประมาณเรามีนะครับ ทางพื้นที่ก็มีให้พร้อมที่จะสนับสนุน เพียงแค่ว่าหน่วยบริการนั้นจะสามารถดำเนินการเพื่อขอรับสนับสนุนหรือไม่ อาทิเช่น เงิน สปสช. เงิน CUP หรือเงินของกองทุนสุขภาพตำบล”

“จริงๆ เราทำเรื่องขอไปได้ก็รู้สึกว่ามีบางที่ที่ขอไปแล้วอาจจะนำมาใช้ในการดำเนินการในครั้งนี้นี้ แต่อาจจะเพราะว่ากิจกรรมที่อาจารย์ออกแบบนั้น อาจารย์ก็สนับสนุนหมด มีสื่อให้ครบไม่ต้องผลิตเพิ่ม แต่คิดว่าจริงๆ เวลาดำเนินการจริงก็มีหน่วยงานอื่นสนับสนุนด้วย อาจจะเป็นงบประมาณส่วนต่างๆ ที่เรารู้กันอยู่”

“วัสดุอุปกรณ์ทั้งหมดได้รับการสนับสนุนจากสำนักสื่อสารฯ ก็ได้แก่ คู่มือวิทยากร คู่มือ อสม. คู่มือประชาชน และภาพพลิก ซึ่งครบตามจำนวน แต่ก็ได้ใช้งบประมาณเพราะว่าอาจารย์บอกว่าให้บูรณาการเข้าไปกับโรงเรียน อสม. ซึ่งปกติก็มี อสม. มาอยู่แล้ว แต่เพียงแค่ว่าเราก็นัดเขาเป็นกรณีพิเศษ เพราะเราทดลองแค่ 1 หมู่บ้าน”

2. การรับนโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการ

การรับนโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการ ประเด็นที่พิจารณา ได้แก่ การมีแนวทางในการทำให้บุคลากรในทุกระดับรับนโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการเช่นไร พร้อมทั้งความคิดเห็นอย่างไรในการ รับนโยบายหรือแนวทางการดำเนินโครงการในครั้งนี้ และหากการรับนโยบายคือปัจจัยที่ส่งผลให้โครงการประสบความสำเร็จ จะมีแนวทางอย่างไรเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับนโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการที่มีประสิทธิผล จากการประเมิน พบว่า ในจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นได้มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินการ โดยการที่ผู้มารับนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติไปถ่ายทอดให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน [โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน] โดยการบูรณาการและชี้แจงเข้าไปในการประชุมประจำเดือน หรือการประชุมเร่งด่วนเมื่อต้องมีการขอความร่วมมือจากบุคลากรในหน่วยงาน และสำหรับจังหวัดสกลนครและจังหวัดชัยภูมินั้น พบว่า ผู้มารับนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานด้านการป้องกันควบคุมโรคจะเป็นผู้ดำเนินการเองซึ่งการถ่ายทอดให้แก่บุคลากรจึงไม่เป็นรูปธรรมมากนัก กับอีกทั้งการดำเนินการนั้นมิมีระยะเวลาอันสั้น จึงอาจจะยังไม่ได้เกิดการถ่ายทอดที่เป็นรูปธรรมมากนักเช่นกัน ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“คือปกติทั่วไปนะค่ะ ก็เวลามาประชุมต่างๆ ในการรับนโยบายส่วนใหญ่ ผอ. ก็จะมอบหมายให้กับผู้รับผิดชอบงานหลักนั้นๆ มารับนโยบาย และเวลากลับไปก็ต้องไปรายงาน ผอ. หรือว่ารายงานในที่ประชุม ว่าอะไร ยังไง ต้องอะไรแบบนี้ค่ะ”

“ค่ะ คือปกติก็จะอย่างนั้น ไม่งั้นเราก็ต้องทำเอง เพราะมารับเอง ก็ทำคนเดียวเพราะรู้คนเดียว ดังนั้นก็ต้องไปบอกเพื่อน บอกคนในที่ทำงาน” “อย่างพี่เป็น [ผู้บริหาร] กลับไปที่ก็ไปมอบ ให้คนรับผิดชอบ ก็ช่วยๆ กันเข้าใจบ้าง ไม่เข้าใจบ้างก็ศึกษาเอาในคู่มือของอาจารย์ที่ให้ค่ะ”

“คือคนในที่ทำงานมันน้อย แล้วก็ต่างคนต่างรับผิดชอบ อย่างช่วงนี้ก็มียางเยอะมาก ดังนั้นก็ดำเนินการเอง แล้วอีกอย่างก็เคยทำแล้ว แต่ก็ให้พี่พยาบาลช่วยทำค่ะ ช่วยมาเป็นวิทยากรให้ ก็ให้พี่เขาดูคู่มือเลย ก็ทำได้นะ เพราะมันเป็นขั้นตอน”

“เราช่วยกันเป็นทีม อย่างเราก็จะรวมกัน 3 รพ.สต. เพื่อมาช่วยกัน แล้วปกติเราก็ใช้แนวทางในการช่วยเหลือกันแบบนี้ เพราะว่าพื้นที่เราบุคลากรมันน้อย”

“วันที่มาอบรมหนูไม่ได้มาค่ะ ผอ. มา แล้วก็เอาเล่มนี้ให้หนูเลย หนูก็ทำแล้วก็ถามพี่ รพ.สต.อื่น [หัวเราะ] แต่หนูทำได้นะ”

“แบบว่าก็ด้วยมันเร่งด้วย ก็บอก ผอ. ก็ทำเลยค่ะ เพราะว่าทุกคนก็มียางที่ต้องรับผิดชอบ และอีกอย่างมันก็ยากในการอธิบายนะ เพราะแรกๆ พี่คิดว่ามันเยอะแต่พอทำก็เข้าใจไปเรื่อย คือ เราก็ทำมาหมดแล้วแหละ แต่เราไม่ได้ฟังทฤษฎีที่ตามหลักการที่อาจารย์สอน เครื่องไม้เครื่องมือเราก็ตามสภาพ แต่อันนี้มีครบก็คิดว่าทำเองได้”

ตอนที่ 3.3 ผลการประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ (Process Evaluation)

ในการประเมินผลการประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ (รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โดยผู้วิจัยพิจารณาใน 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การวางแผนและการประชุมทีมงาน (2) การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. (3) การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน (4) การดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินกิจกรรมนวัตกรรมในพื้นที่ และ (5) การนิเทศและติดตามผลการดำเนินการ โดยจากการประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่ม ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับพื้นที่ ได้แก่ ผู้บริหารและผูปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ พร้อมทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มประชาชน ซึ่งผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่าง ได้แก่ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งผลการประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการที่สำคัญ ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การวางแผนและประชุมทีมงาน

ซึ่งในการวางแผนและการประชุมทีมงาน มุ่งพิจารณาในประเด็นเรื่องนอกเหนือจากการชี้แจงการดำเนินของกรมควบคุมโรค หน่วยงานได้มีการประชุมทีมงานเพื่อการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร ซึ่งประเด็นที่พบพบว่า ในจังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการประชุมทีมงานโดยส่วนใหญ่เป็นรูปธรรมโดยการบูรณาการเข้ากับการประชุมประจำเดือน เพื่อให้เกิดการรับรู้และร่วมมือการดำเนินการ สำหรับในจังหวัดสกลนครและจังหวัดชัยภูมิ นอกเหนือจากที่ประชุมของกรมควบคุมโรคแล้วนั้นก็ได้มีการประชุมวางแผนทีมงานให้มีความเป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน เห็นได้จากเหตุผลและข้อค้นพบ ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ก็รายงานและบอก ผอ. ว่าต้องดำเนินการอย่างไร แล้วใครจะมาช่วยบ้าง แต่บังเอิญหมู่บ้านพี่เล็กใจคะเลยทำเองได้ แต่เพื่อนร่วมงานก็รับทราบที่เราทำอะไร สำหรับวิทยากรพี่ก็ทำคนเดียว ก็รายงานให้ทุกคนฟัง ก็ในที่ประชุมของ รพ.สต.”

“คือยังงี้ใจคะ จริงๆ ก็ไม่ได้เป็นวางแผนหรือประชุมทีมงานหรอก แต่ก็คือบอกให้กันทราบว่าทำอะไร จะให้ใครมาช่วยไหม เหมือนที่บอก เรามา เราพอทำได้ก็ทำ เพราะคนมันก็มีเท่านี้ แต่คือคนทั้งหมดรับรู้ร่วมกัน” เจ้าหน้าที่สาธารณสุข “คือผมก็นำไปให้เจ้าหน้าที่ดำเนินงาน ก็ลองให้เขาศึกษาว่าทำได้ไหม แล้วให้ใครช่วยยังไง แต่เอาง่ายๆ คืองานนี้ก็น่าจะทำได้ แต่เพียงแค่ว่าคนอื่นรับทราบว่าทำอะไร”

“คือก็ไม่ได้เป็นทางการ คนในกลุ่มที่จะช่วยก็มีกันแค่นี้ คนสองคน เพราะฉะนั้นก็ทำได้เลย พี่ว่าทุกงานก็น่าจะเป็นแบบนี้ เออถ้าแบบทำงานในภาพอำเภออะไรแบบนี้ คงจะชัดเจน”

“ก็ทำเลยคะ เพราะว่าวันที่มารับการอบรม รับสื่อก็มาเอง พี่ๆ เขาใน รพ.สต. ก็มีหน้าที่ อีกร้อยช่วงนี้ก็เยอะมาก งานเยอะมาก”

“วันที่อบรมหนูไม่ได้มา ผอ. มา แต่หนูต้องทำ หนูก็ศึกษาเอา”

“คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเก่งใจคะ สากเปื่อยยันเรือรบทำได้หมด กะว่ามันทำได้ก็ไม่ได้อะไร เราเลือกเองหมด เลือกหมู่บ้าน เพราะฉะนั้นเราก็ทำเอง”

2. การดำเนินกิจกรรมพัฒนา อสม.

การประเมินการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. มุ่งศึกษาประเด็นกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ในทุกพื้นที่ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบฯ ของสำนักสื่อสารฯ ได้ออกแบบคือการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งการจัดขึ้นโดยบูรณาการเข้ากับ

กิจกรรมของโรงเรียน อสม. หรือจัดขึ้นพิเศษเฉพาะกลุ่ม ซึ่งในทุกประเด็นตามรูปแบบฯ ของแต่ละพื้นที่ไม่แตกต่างกันทั้งในประเด็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ แต่พบว่าจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นได้เน้นย้ำ อสม. ในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมุ่งเน้นในการเสริมกำลังใจด้วยคำพูด ซึ่งทำให้อสม. เชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความเห็นว่าในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการบูรณาการเข้ากับโรงเรียน อสม. มีการใช้สื่อในการอบรม เช่น ภาพพลิก วิดีโอ ผลที่ได้เป็นที่สนใจของ อสม. ขณะทำการอบรมอันเนื่องจากบริบทในวิถีทัศนคล้ายกับวิถีชีวิตในพื้นที่

“ถ้าเห็นภาพ เห็นอะไรเนี่ย ชาวบ้านเค้าจะสนใจมาก อย่างวิดีโอที่เป็นเรื่องเป็นราว บางครั้งเค้าก็ เอ้อ เหมือนกับเราเนอะ พฤติกรรมเหมือนกับเรา ทำลาบอย่างนี้ ไปหามดแดงมาใส่ก้อยปลา เขาก็จะนึกออกกว่าเป็นแบบนี้แบบนี้”

“ผมว่าเขาชอบนะครับ เขาจะหัวเราะตรงที่ประเด็นที่เขาโดนใจ แต่สำหรับผม ผมว่ามันยังไม่ตรงซะทีเดียว คือผมอยากได้ความรุนแรงให้มากกว่านี้”

“เขาก็สนใจนะ ดูเข้าใจง่าย แต่คิดว่ามันสั้นไป คือเราก็ออยากได้รายละเอียดเยอะ แต่ก็ตามที่อาจารย์บอก ความสนใจก็คงได้เท่านี้ ดังนั้นก็คิดว่าได้ผล แล้วอีกอย่างมันก็ตรงกับเขาดูด้วย เช่น เขาก็กิน แล้วจะไปสอนคนอื่นได้หรือ”

ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เสนอแนะว่าคู่มือวิทยากรทำความเข้าใจง่าย และสามารถดำเนินการได้จริงและสำหรับประเด็นที่ควรพิจารณาต่อกออก เรื่องของการแนะนำตัว และการเล่นเกม เพราะเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยและรู้จักกันแล้ว อีกอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่และกลุ่มเล็กจึงอาจจะต้องพิจารณาต่อกออก

“ก็รู้สึกว้อเค อ่านเข้าใจ เพราะว่ามันก็ครอบคลุมตั้งแต่การเล่นเกมนะ เพียงแต่ว่าเรามีเวลาใหม่แค่นั้นเอง เพราะดูละเอียดกว่า กว่าที่เราปฏิบัติจริง... จะเอาเข้าโรงเรียนอสม.เอาไปฉายให้เขาดูอะคะ แล้วก็อธิบาย เพราะว่าหลังจากที่หนูดู เรา เราก็อยังเข้าใจเลย ก็คิดว่าอสม.ก็คงเข้าใจเพราะว่าคำ Wording มันก็ใช้คำที่ง่าย เข้าใจง่าย ในวิดีโอ ภาพมันน่าสนใจ ที่สำคัญมันมีเสียงด้วยคะ [หัวเราะ] มันมีเสียงเวลาสไลด์คะ มันน่าสนใจหลายจุด หนูว่าโอเค หนูก็ศึกษาแป๊บเดียวก็ทำได้ [หัวเราะ]”

“เรื่องเกมอะคะ ไม่จำเป็นต้องเล่นกับ อสม. ก็ได้ เอาแต่เนื้อๆ มาดีกว่า จะได้เข้าใจมากขึ้น...การแนะนำตัวเอง คือ เค้ารู้จักกันแล้ว ไม่ต้องแบบว่าถาม ชื่ออะไร ชื่ออะไร”

“ตอนที่ทำไม่ได้ทำตามแผน คือเรื่องเกมเราก็อข้ามไป เพราะคิดว่าไม่น่าจะใช้ได้”

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความเห็นว่ากิจกรรมการพัฒนาศักยภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นก็ดี แต่ไม่มั่นใจว่าจะไปทำได้เพราะว่าก่อนหน้านี้เวลาไปปฏิบัติงานนั้นไม่ต้องมีขั้นตอน ไม่ต้องมีสื่อ ซึ่งขณะอบรมก็มีความรู้สึกท้อถอยด้วยเช่นกัน

“มันก็ยากตอนที่ลองสอนด้วยแผ่นพลิกอันนี้ [ชี้ไปที่ภาพพลิก] คือมันเงินปกติก็ไม่เคยทำให้หมอดู แต่พอมาทำมันยาก ก็คิดว่าทำไม่ได้ แต่หมอก็อให้กำลังใจ”

“ตอนอบรมก็ได้ แต่พอหมอมอบให้ไปทำคิดว่าทำไม่ได้ เครียด อุปกรณ์มีหลาย [เยอะ]”

“เปิดวิดีโอให้เราดู มีหนังสือมาแจก แล้วก็มีการถาม แล้วก็ให้ซ่อมให้ดู ป้าไม่เคย มันยาก คิดว่าทำไม่ได้”

สำหรับในประเด็นที่แตกต่างคือการจัดการกระบวนการเรียนรู้ของจังหวัดร้อยเอ็ดนั้น มุ่งเน้นในการเสริมพลังให้แก่ อสม. โดยใช้คำพูดเพื่อให้ อสม.เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เห็นได้จาก

“ตอนอบรม พี่ก็คิดแล้วว่ามันไม่ได้แน่ เอาตั้งแต่ตอนที่ลองซ้อมเยี่ยมบ้าน คือมันเป็นทางการมากไงคะ อสม. ก็จะเกร็งๆ แล้วก็คงคิดว่ามันทำไม่ได้หรอก เราก็เลือกคนเก่งๆ ออกมาทำให้ดูและบอกว่าทำตามความเข้าใจ แล้วกลับไปซ้อมที่บ้านมาเพิ่มเติม”

“ให้กำลังใจ ก็พูดว่าทำได้ ลองทำก่อน”

“พี่คิดว่าเขาทำได้นะ แต่พอในกิจกรรมมันมีสื่อ มีอะไร มันก็เลยทำไม่ได้ พี่ก็บอกว่า ลองดูถ้าไม่ได้ค่อยมาบอก”

“หมอเพื่อนกะบอกว่า ทำได้ ทำไม่ได้ค่อยว่ากันใหม่”

“ยากคัก ก่อนๆ ก็ไปเว้าเอา เจอหน้ากันก็บอกเอา แต่อันนี้ต้องมีแผ่นพลิก ต้องมีสมุดน้อย ย่านทำปได้”

“ก็บอก อสม. ว่าทำไปก่อน คนไหนทำไม่ได้ก็ให้มาบอก จะได้หาคนไปช่วย”

3. การดำเนินกิจกรรมจัดการกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน

โดยการจัดการกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการตามแผนงานที่รูปแบบๆ ได้ออกแบบไว้ คือการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้านประชาชนจำนวน 2 ครั้ง ซึ่งให้บูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านปกติ ซึ่งพบว่าใช้กระบวนการใกล้เคียงกันซึ่ง อสม. สามารถประยุกต์ได้ตามบริบทของชุมชนตนเอง และบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขนั่นเอง อาทิเช่น รูปแบบการจัดการกิจกรรมรายครัวเรือน หรือรายกลุ่มครัวเรือน ผู้จัดกิจกรรมเป็น อสม. คนเดียว หรือ อสม. รายกลุ่ม หรือช่วงเวลาที่ทำเนิการซึ่ง อสม. จะสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ช่วงเวลาใดที่ครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบนั้นจะสะดวกมากที่สุด แต่พบว่า อสม. จังหวัดร้อยเอ็ดจะมุ่งที่ประเด็นการติดตามเอาใจใส่ดูแลกับครัวเรือนที่รับผิดชอบ ซึ่งสามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้

ซึ่งพบว่ารูปแบบที่ อสม. เอาไปใช้มีทั้งไปจัดการกระบวนการเรียนรู้รายครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยการดำเนินการคนเดียว ดำเนินการกับเพื่อนสนิท หรือการดำเนินการเป็นกลุ่ม ซึ่งแตกต่างกันไปตามวิถีทางของ อสม. และการจัดกิจกรรมนั้นอาจจะเป็นรายครัวเรือน หรือหลายๆ ครัวเรือนจัดการกระบวนการเรียนรู้พร้อมกัน หรือช่วงเวลาการจัดการกิจกรรมของ อสม.

“บางครั้งก็อันเดียว /สามสี่คน /บางเฮือนก็หลายคน/บางที่เค้าก็เฮ็ดงานนำกัน เค้าก็ไปสอนสองคน”

“ไปกันเป็นคู่...เพราะว่าเราซี้กัน”

“เป็นกลุ่มก็มี แล้วแต่”... “เป็นกลุ่มนี่น่าลืดีกว่าเพราะว่าเขาจะได้มีความมั่นใจกับเฮา”

“กลุ่มๆดีช่วยกันพูด ช่วยกันเตรียม...เพราะจะได้มีความรู้ ช่วยกัน หลายหัวดีกว่าหัวเดียว”

“เข้าไปที่ละหลังคาเรือน” อสม.จังหวัดชัยภูมิ “บางที่วันหนึ่งก็ 2 หลัง 3 หลังพร้อมกัน”

“ไปพร้อมกันตรงเย็บผ้า แม่บ้านรวมอยู่ตรงนั้นตอนเที่ยง พวกเราก็ไปหลายคน เวลาเขาถามกลับก็ช่วยกันตอบ”

“ส่วนใหญ่จะไปช่วงเย็น”

“มาตอนเช้าก็ไม่เห็น ส่วนมากอยู่ตอนเย็น ประมาณ 4-5 โมง”

“ตอนเย็นเนี่ย สี่โมง...สี่โมง ห้าโมง ตอนเช้าไปทำงาน ตอนเย็นเลิกงานมา มาแนะนำ”

“เรารู้ เราก็ไม่ชอบเวลาเรางานยุ่ง...ช่วงเช้าก็ยุ่ง...ช่วงเย็นเราก็อายุ่ง...5-6 โมง...ไปปรับจ้างกลับมาที่ สี่ โมง ห้าโมงแล้ว ก็ไปนัดเขาไว้ให้เขาบอกว่าอยากให้เราไปตอนไหน”

กิจกรรมที่ อสม. ไปดำเนินการคือดำเนินการตามรูปแบบกิจกรรมที่กำหนดคือดำเนินการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยการลดอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และครั้งที่ 2 คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามผลของการดำเนินการ

“ก็มีหนังสือที่มาจากให้ ก็แนะนำว่าไปกินอย่างจืดๆ ไปทำสุก ดูซิว่ากินอะไรแต่ละวันนี่ในสมุดน้อย”

“ภาพรวม [หัวเราะ] ก็แจกหนังสือมาอ่านๆ ละก็จำได้ [พูดแทรกกันไปมา] หมอถามรู้ไรก็ตอบถ้าไม่รู้ก็ตอบแค่นั้นแหละ”

“เอาของไปแจก เอาภาพพลิก เอาสมุดคู่มือ สมุดเล่มเล็ก”

“ก็ไปสอนตามแผ่นๆ แต่ก็ชี้ๆเอา ไม่ได้พูดตามข้างหลังหมดดอก แล้วก็บอกจำไม่ได้ก็ให้อ่านเอาในสมุดน้อย แล้วก็บันทึกให้หน่อย”

โดยประเด็นที่หลังจากที่ อสม. ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ประชาชนแล้วนั้น พบว่าประชาชนเกิดความพึงพอใจที่ อสม. ได้มาดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้าน เห็นได้จาก

“เมื่อก่อนเราก็ไม่ค่อยจะรู้ว่ามันเป็นยังไง เป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับเป็นแบบไหนเค้าก็มาสอน รู้ว่าเค้าให้ป้องกันแบบไหนต้องกินอาหารแบบไหน”

“ชอบตรงที่เค้าให้เราป้องกันโรค [เสียงแทรกมาว่า ไม่ให้กินของดิบ]”

“ชอบที่แบบว่ามีเรื่องอะไรเค้าจะมาแนะนำเราให้เรารู้เกี่ยวกับโรคกับอะไรเนี่ยก็จะดีจ้ะ เพราะว่าแต่ก่อนเราไม่เคยรู้เลยไม่เคยมีใครไปแนะนำเรา”

“ชอบเค้ามาให้ความรู้ เค้าแนะนำเข้าใจดีจ้ะ” ... “ชอบที่เค้ามีความรู้ให้เรามากขึ้น จากที่เราเคยรู้นิดเดียว ข้อมูลก็เยอะขึ้นหน่อย”

“มีประโยชน์เพราะว่าเขาอยากให้เราไม่เป็นโรค เขาถึงแนะนำมาสอนให้เรากินอาหารสุกๆ ไม่ให้กินอาหารสุกๆ ดิบๆ...เราก็จะไม่เป็นโรคใบไม้ในตับงั้น”

สำหรับประเด็นที่มีความแตกต่างพบว่าในจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นมีการติดตามเอาใจใส่ดูแล ซึ่งสะท้อนจากประชาชนที่ได้รับการจัดกิจกรรมจาก อสม. ว่าประทับใจในการเอาใจใส่ดูแลของ อสม. ซึ่งเอาใจใส่ดูแลในทุกๆ ด้าน ซึ่งพบว่าด้านดังกล่าวเป็นด้านที่เกิดความแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้การดำเนินการเกิดการแตกต่างกันได้

“ประทับใจการติดตาม ถามว่าเออเป็นจิงไตคั้นว่าบ่ซำบายก็มาวัดไข้ให้ คือว่านี่ก็ประทับใจอยู่ค่ะ คือว่าเราบ่ต้องนั้น เขาก็ดีใจที่มาเบิ่งเฮว่าเออมีใครมีหยังบ่”

“เดียวกัน เพื่อนก็เอาใจใส่ดูแลแนะนำ คุณแลทีคะ เข้าถึงได้ทีคะ” “ประทับใจเมื่อดละคะ เว้าก็เว้าตีบได้ยา บ่
ได้อีหยังเพิ่นก็มาหา” “อยากเว้าอย่างนี้ละเนาะ อสม.ดู [ป๋อย] อสม.ออกพื้นที่ดู”

“อสม. น่าจะมาตั้งนานแล้วมาให้ความรู้เขา”

“คือเจ้าไปอบรมมาแล้วก็มาแนะนำเขาต่อ เขาก็รับฟังไว้ ก็พยายามปฏิบัติตาม”

“ดีมากๆเลยละจ๊ะ เพิ่นแนะนำข้อมูล [เสียงแทรกมาว่า สุขภาพร่างกายเพิ่นก็ไปตรวจ]”

“เค้าสอนให้เรามีความรู้ให้รู้ว่าเราจะป้องกันแบบไหน ทำยังไงมันถึงจะไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ เป็นแล้วมันรักษา
ยากต้องไปนอนโรงพยาบาลเสียเวลาอีก”

“ประโยชน์กับเรามากเลยคะ...จากที่ไม่เคยสนใจไม่เคยอะไร เห็นตัวเห็นอะไรอย่างนี้ก็กลัว”

“ก็ชอบหลายๆ ได้ยินอะไรมาเขาก็มาบอกให้ ก็มี อสม. เนี่ยแหละ ไปอบรมมาก็มาบอก”

4. การดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินกิจกรรมนวัตกรรมในพื้นที่

ในประเด็นเรื่องการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินกิจกรรมนวัตกรรมในพื้นที่ ซึ่งใน
การเก็บข้อมูลนั้นพบว่า แต่ละพื้นที่ดำเนินการยังไม่เกิดการวางแผนการดำเนินการเพื่อให้เกิดนวัตกรรมขึ้นในพื้นที่
อันเนื่องมาจากคิดว่าการดำเนินกิจกรรมที่สำนักสื่อสารฯ ออกแบบมานั้นเพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
แล้ว

“เราอำเภอก็คุยกันอยู่ว่ายังไง คือก็ไม่แน่ใจว่าอันนี้ใช้ไหม อันนั้นใช้ไหม ก็ยังวางแผนกันอยู่”

“คิดว่าน่าจะยากเพราะว่านี่ก็ยังทำตามรูปแบบอาจารย์ยังไม่หมดเลยคิดว่า พี่ๆ คนอื่นน่าจะทำได้ สำหรับ
พื้นที่ผมก็ดูก่อน”

“ก็พยายามถามเพื่อนๆ ว่าทำอะไร แบบไหน กับวันนั้นไม่ได้มาก็ไม่ค่อยเข้าใจเท่าไร แต่ก็พยายาม”

5. การนิเทศและติดตามผลการดำเนินการ

การนิเทศและติดตามผลการดำเนินการนั้นมุ่งเน้นในการศึกษาแนวทางในการนิเทศและติดตามผล
การดำเนินการเชิงระบบ ซึ่งจะสังเกตเห็นว่าปัจจัยดังกล่าวจะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นการดำเนินการ ซึ่งผลการประเมิน
พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีระบบการติดตามที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดคือระบบการติดตามการดำเนินการของรูปแบบที่
สาธารณสุขอำเภอติดตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ติดตามผลการดำเนินการของ อสม. โดยบูรณาการกับการประชุมประจำเดือน และกับกิจกรรม
โรงเรียน อสม. ตามลำดับ เห็นได้จาก

“คืออย่างผมก็พยายามติดตามผ่านการประชุมประจำเดือน ก็จะมีท่านรองสาธารณสุขอำเภอที่เป็นคน
รับผิดชอบหลัก ท่านก็จะติดตามอย่างสม่ำเสมอ คือ ความสามารถของ อสม. แต่ละคนก็ไม่เท่ากันคนหนึ่งเก่ง คน
หนึ่งอยากเป็นจิตอาสา แล้วการที่เราถ่ายทอดให้เพื่อบอกต่อกับชาวบ้าน จะมีก็เปอร์เซ็นต์ที่สามารถสอนได้อย่าง
คล่องแคล่วตามที่เราคาดหวังไว้ คือผมก็จะพยายามติดตามทั้งกระบวนการและติดตามทั้งผลลัพธ์สุดท้าย เพื่อ
นำไปเรียนรู้ต่อไป”

“ก็ถามๆ อสม. ในวันที่เขามารวมกันว่าเป็นยังไง ทำได้ไหม”

“ก็มีบางหลังคาเรือนที่ชาวบ้านเค้าคล้ายๆว่า ยัง ยังไม่เชื่อใจอสม.อะครับ ก็บอกว่ามี มีบ้านหลังไหน วิธีแก้ปัญหาคือ ให้เค้าไปด้วยกันหลายๆคน ให้จับกลุ่มกันไป เพราะว่า บางครั้งเดินเดี่ยว บางครั้งเนื้อหามันอาจไม่ได้ บางช่องก็จะมีปัญหาอยู่อะครับ”

“คือ อสม.ของผมนี่ คือ ก็จะมีคนที่มียายุเยอะ บางช่องเค้าก็ว่างไว้ แล้วก็มาลงที่หลังครับอาจารย์ มันไม่เป็นปัจจุบันครับ”

ตอนที่ 3.4 ผลการประเมินผลผลิตของโครงการ (Product Evaluation)

ในการประเมินผลการประเมินผลผลิตของโครงการ (รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โดยผู้วิจัยพิจารณาใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประเมินผลจาการแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (2) พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน และ (3) นวัตกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยประเมินจากแบบรายงานนวัตกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผลการประเมินผลผลิตของโครงการนั้นได้นำเสนอใน ส่วนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ระหว่างหน้า 54 – 86) เรียบร้อยแล้ว ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) ซึ่งหมายถึงการประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวมีผลทำให้ อสม. ในภาพรวมทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ และรายพื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นได้ผลไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยดังกล่าวไม่แตกต่างกันทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ คือ ทั้งจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ

หากแต่พบว่ามีการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน แตกต่างกันซึ่ง

พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ซึ่งหมายถึงการประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวมีผลทำให้ ประชาชนทั้ง 3 ในภาพรวมทั้ง 3 พื้นที่ ดำเนินการ และรายพื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง)

หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

สำหรับในด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น พบว่ามีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่เช่นกัน ซึ่ง แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสกลนครตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) ซึ่งหมายถึงการประเมินนวัตกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองมากนัก โดยมีพื้นที่ที่พัฒนานวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 26.19 ซึ่งทุกนวัตกรรมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้วิธีการดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบโดยการร่างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการประชุมสัมมนาผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการประเมินผล และด้านพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย ใน 3 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 570 คน และประชาชนจำนวน 1,143 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอ้างอิง t-test และ ANOVA ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการประยุกต์ใช้ CIPP Model เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามรูปแบบในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 มุ่งเน้นในการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอาศัยหลักการในการสร้างรูปแบบดังนี้ (1) การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน (2) การแก้ไขปัญหาต้องเชื่อมโยงปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับกับปัญหาสุขภาพทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน (3) เน้นกลยุทธ์การบูรณาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีคุณภาพโดยไม่มีส่วนแยก และ (4) ให้ความสำคัญ

กับการมุ่งเน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา จากหลักการสำคัญในการสร้างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น โครงการวิจัยนี้ได้ออกแบบรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพ อสม. เพื่อให้สามารถเติมเต็มและปิดช่องว่างต่างๆ โดยมีองค์ประกอบสำคัญตามรูปแบบดังต่อไปนี้

1. แนวคิดของรูปแบบ

โรคพยาธิใบไม้ตับสามารถบูรณาการเข้าไปกับกิจกรรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่และการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยสามารถบูรณาการเนื้อหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเข้าไปในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการพัฒนา อสม. ให้มีความพร้อมทั้งพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพร้อมด้านการถ่ายทอดให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป จึงเป็นหลักการและแนวคิดของ การสร้างรูปแบบที่สำคัญ พร้อมทั้งหลักการสำคัญที่ควรพิจารณาของการสร้างและพัฒนาารูปแบบ คือ การบูรณาการเข้าไปเป็นกิจกรรมของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักเพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมต่อไปในอนาคต ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนา อสม. อีกทั้งในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ 2 ประการ ได้แก่ (1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ พร้อมกันนั้นมุ่งเน้นในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป

2. กระบวนการดำเนินการ ประกอบด้วยการดำเนินการใน 3 ส่วน คือ

2.1 กระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process)

ได้แก่ การดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ และมีศักยภาพในการเยี่ยมบ้านประชาชนเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยทีมบุคลากรทางสาธารณสุขในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน

2.2 กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

ได้แก่ การเสริมสร้าง (1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน โดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป โดยการบูรณาการกิจกรรมดังกล่าว ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

2.3 กระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

ได้แก่ การที่ทุกพื้นที่มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นการที่ทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนานวัตกรรมที่สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องและยั่งยืน ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมนั้นจะเป็นการช่วยเติมเต็มกับการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3. แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.1 การเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลาย อาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข

3.2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลาย อาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข

ซึ่งในการเสริมสร้างดังกล่าวใน (3.1) และ (3.2) เป็นการเสริมสร้างเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปัจจัยเชิงสาเหตุที่จะช่วยผลักดันให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน

3.3 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายพัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน และการทดสอบการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ในประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

4. คุณลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เป็นรูปแบบที่มีคุณลักษณะที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการด้วยกัน คือ

- 4.1 ลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
- 4.2 จุดมุ่งหมายของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
- 4.3 เนื้อหาสาระของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
- 4.4 กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
- 4.5 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านฯ

(ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบกล่าวไว้โดยละเอียดในบทที่ 4)

ตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะดำเนินการตามรูปแบบ ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ นั้นจึงนำเสนอออกตามกระบวนการดำเนินการตามรูปแบบฯ เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process)

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน

(Community-based Process)

โดยผลการทดลองการทดลองใช้รูปแบบฯ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวมีผลทำให้ อสม. ในภาพรวมทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ และรายพื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นได้ผลไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยดังกล่าวไม่แตกต่างกันทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ คือ ทั้งจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ

หากแต่พบว่ามีความเพียงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน แตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวมีผลทำให้ ประชาชนทั้ง 3 ในภาพรวมทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ และรายพื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

สำหรับในด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น พบว่ามีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่เช่นกัน ซึ่ง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อใน

ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสกลนครตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองมากนัก โดยมีพื้นที่ที่พัฒนานวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 26.19 ซึ่งทุกนวัตกรรมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ตอนที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการประยุกต์ใช้ CIPP Model นั้น พบว่า ปัจจัยที่ควรพิจารณาในการนำรูปแบบฯ ดังกล่าวไปใช้ให้มีประสิทธิผลนั้นต้องคำนึงถึง 3 ปัจจัยหลัก ในเรื่อง (1) บริบทของพื้นที่ ซึ่งต้องมีนโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่ ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน และความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ (2) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ซึ่งประเด็นสำคัญคือการรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน และ (3) กระบวนการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นที่สำคัญคือ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนินกิจกรรมพัฒนา อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน

2. อภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเนื่องจากมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก็อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่ควรที่จะเสริมสร้างให้แก่ อสม. โดยเฉพาะ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาให้แก่ชุมชนได้ โดยในการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ อสม. นั้นถือว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและสังคมต่อไป ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อนำมาซึ่งรูปแบบที่สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาและบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่สร้างขึ้นในครั้งนี้ได้พัฒนา

จากงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดย กรณิธรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ และคณะ (2557) ที่ได้ดำเนินการในการมุ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะไปดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบ ในการวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งที่จะพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความพร้อมทั้งพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความพร้อมด้านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยการเยี่ยมบ้าน จึงมีหลักการสำคัญในการสร้างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้ (1) การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบต้องสร้างจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (2) การแก้ไขปัญหาต้องเชื่อมโยงปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับกับปัญหาสุขภาพทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน (3) เน้นกลยุทธ์การบูรณาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความพร้อมโดยไม่มีการแยกส่วน และ (4) ให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ซึ่งหลักการดังกล่าวนี้สอดคล้องกับหลักการของการสร้างรูปแบบของ Keeves (1988) และบุญชม ศรีสะอาด (2545) คือการสร้างรูปแบบต้องมุ่งหลักการในการแสวงหาความรู้ใหม่ หลักการทางวิชาการ และหลักการของความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยที่หลักการของการสร้างรูปแบบในครั้งนี้มุ่งที่จะได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่พร้อมทั้งเพื่อต่อยอดในองค์ความรู้ปัจจุบัน ร่วมกับทั้งมุ่งอาศัยหลักการทางวิชาการในการสร้างรูปแบบ และสิ่งสำคัญและเป็นหลักการสำคัญของการสร้างรูปแบบในครั้งนี้คือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง ซึ่งนำมาสู่การได้รูปแบบต่อไป

องค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย (1) แนวคิดของรูปแบบ (2) กระบวนการดำเนินการ (3) แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ (4) คุณลักษณะของรูปแบบ ซึ่งประกอบด้วย (4.1) ลักษณะของรูปแบบฯ (4.2) จุดมุ่งหมายของรูปแบบฯ (4.3) เนื้อหาสาระของรูปแบบฯ (4.4) กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบฯ และ (4.5) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ซึ่งองค์ประกอบของรูปแบบฯ ดังกล่าวนี้ได้มีการสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยออกแบบบนพื้นฐานตามหลักการ แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งพบว่ามาตรการดำเนินการที่สำคัญในรูปแบบนี้ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่

กระบวนการที่ 1 กระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) ที่มุ่งเน้นให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย และบูรณาการเข้ากับกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของมินตรา สารระักษ์ เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ และธัญญารักษ์ ศรีวราศ (2552) ที่ได้ศึกษาโครงการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสว่างและตำบลนากระแจะ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กิจกรรมที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานที่รับผิดชอบ นั้นจะทำให้การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความยั่งยืน ซึ่งกิจกรรมที่สำคัญคือการสร้างพลังให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดความพร้อมก่อนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะไปปฏิบัติงานในชุมชนต่อไป และงานวิจัยของพิระพล ศิริไพบูลย์ (2553) ที่ได้ศึกษาแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาเขตพญาไท พบว่าแนวทางการพัฒนาที่สำคัญคือ แนวทางการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้และส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความพร้อมและมีศักยภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในชุมชนต่อไป โดยมุ่งอาศัยการเสริมสร้างด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย และสอดคล้องกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับสอดคล้องกับความเป็นไปได้ในการพัฒนาของหน่วยงานบริการปฐมภูมิ

กระบวนการที่ 2 กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ที่มุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการพัฒนาในกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนรายครัวเรือน และบูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ซึ่งมาตรการดังกล่าวเป็นไปตามการศึกษาของกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่ออกแบบกิจกรรมในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยมุ่งที่ให้อสม. ที่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแล้ว นำมาสู่การถ่ายทอดเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ ที่บูรณาการเข้าไปกับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโรคเรื้อรังในการปฏิบัติงานปกติของ อสม.

กระบวนการที่ 3 กระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) เน้นการดำเนินการโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพัฒนานวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อเป้าหมายสำคัญให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยและข้อเสนอแนะของ มินตรา สารระรักษ เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ และธัญญารักษ์ ศรีวราศ (2552) ที่ได้ศึกษาโครงการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสว่างและตำบลนากระแซง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การส่งเสริมให้อสม. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดำเนินการ จะทำให้เป็นการปรับกลยุทธ์หรือการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่จะทำให้ อสม. มีบทบาทที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และส่งผลให้มีการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับทั้งงานวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่ได้เสนอแนะในการวิจัยว่าเพื่อให้การใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หน่วยงานในพื้นที่ควรส่งเสริม และพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นเพิ่มขึ้น โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ราชัญชาวบ้าน และวัฒนธรรมของชุมชนที่เป็นจุดเด่นและเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นการสร้างเอกลักษณ์และเพิ่มประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความยั่งยืน

ซึ่งผลจากองค์ประกอบของรูปแบบดังกล่าวในข้างต้นนั้นได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญในการร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติ และความถูกต้องและครอบคลุม ทำให้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้ต่อไป

2. การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากผลการวิจัย พบว่า การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น ได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะดำเนินการตามรูปแบบ จึงสามารถอภิปรายผลการศึกษิตตามกระบวนการที่ดำเนินการตามรูปแบบฯ เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวมีผลทำให้ อสม. ในภาพรวมทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ และรายพื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ในกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) นั้นมุ่งออกแบบให้ดำเนินการโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขมุ่งการเสริมสร้างใน 2 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นที่ 1 ประเด็นพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมุ่งการปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในตัวบุคคลใน 2 ปัจจัยได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกัน โดยในกระบวนการดังกล่าวนั้นมุ่งเน้นการบูรณาการเข้ากับงานประจำของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิซึ่งในที่นี้หมายถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ กิจกรรมโรงเรียน อสม. ที่หน่วยงานจะต้องดำเนินการในทุกเดือนเพื่อเป็นการชี้แจงแนวทางการดำเนินการพัฒนาสุขภาพในชุมชนที่ อสม. รับผิดชอบทุกเดือน ซึ่งการออกแบบกิจกรรมดังกล่าวนี้มุ่งหวังให้เกิดการเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง ที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน พร้อมทั้งในกระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. นั้น มุ่งเน้นการใช้ กิจกรรมที่หลากหลาย อาทิเช่น วิทยุทัศน์ ชุดคนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ การบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้มุ่งเน้นในการลดอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน อันเนื่องมาจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) นั้นเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ (Beaker and Maiman, 1975) ซึ่งในพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น ได้แก่ การติดในรสชาติของอาหารที่ผลิตจากปลาน้ำจืดดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ หรือวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเรื่องที่ยุ่ยาก เป็นต้น ดังนั้นกระบวนการพัฒนาศักยภาพนี้มุ่งเน้นให้ อสม. เกิดการชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดี และข้อเสียของการปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ อสม. เลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าผลดีมากกว่าผลเสียและในสิ่งที่นำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะ วิทยุทัศน์ ชุดคนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ออกแบบตามสภาพปัญหาโดยเฉพาะพฤติกรรมในการไม่ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเสนอวิธีการที่จะสามารถเอาชนะอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้เป็นรูปธรรมที่ตรงกับบริบทของ อสม. ประชาชนและ บริบทของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอาจส่งผลให้ อสม. เห็นแนวทางในการปฏิบัติและลดการรับรู้ว่าการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีอุปสรรคและเป็นไปได้ยาก

สำหรับในประเด็นเรื่องความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ นั้นตามรูปแบบฯ ได้ใช้กิจกรรมที่หลากหลายเช่นกัน อาทิเช่น วิทยุทัศน์ ชุด อสม. กับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน การบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1977) ซึ่งในพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น มุ่งเน้นในการเสริมสร้างความเชื่อในตัว อสม. เพื่อให้ อสม. เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถ ลด ละ เลิก การบริโภคอาหารที่ผลิตจากปลาน้ำจืดดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ พร้อมทั้งมีความเชื่อว่าตนเองจะมีพฤติกรรมกล้ามีมือ และพฤติกรรม การขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะ โดยตามรูปแบบฯ ได้เสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. โดยการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบที่เป็นลักษณะทางประชากรเหมือนกับผู้สังเกต (อสม.) ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจริญ

ปัญหาใกล้เคียงกันพร้อมทั้งแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกระทบที่ดีก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเห็นว่าเขาสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขามีความตั้งใจและความพยายาม เพราะลักษณะของการใช้ตัวแบบส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต, 2539) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเน้นมุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการตั้งใจ (Attention Process) เพื่อนำไปสู่กระบวนการขั้นต่อไปคือ กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) ซึ่งได้มุ่งเน้นในการเสริมสร้างกระบวนการเก็บจำในรูปของสัญลักษณ์เพื่อให้ อสม. ผลักดันออกมาเป็นกระบวนการในการแสดงพฤติกรรม (Production Process) คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารที่ผลิตจากปลาน้ำจืดดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ (2) พฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ และ (3) พฤติกรรมการขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะ และการเสริมสร้างกระบวนการจูงใจ (Motivation Process) ซึ่งมุ่งเน้นในเสริมสร้างสิ่งจูงใจภายใน (Covert Reinforcer) ได้แก่ ความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นต้นแบบทางด้านสุขภาพให้แก่บุคคลในครอบครัว และบุคคลในชุมชนได้ เป็นต้น พร้อมทั้งในสื่อ วิดีทัศน์ ชุดดังกล่าวนี้ได้เสริมสร้างโดยใช้กระบวนการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เพื่อให้ อสม. เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการวิจัยได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์และคณะ (2557) ที่ได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้ใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยในกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. นั้นพบว่า อสม. ที่ได้รับการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่โดยใช้เทคนิคการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติส่งผลให้ อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในการดำเนินงานในระยะพัฒนาศักยภาพ อสม. มีประสิทธิผลให้อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยดังกล่าวและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และรวมถึงทำให้เกิดความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลา 1 เดือน

สำหรับประเด็นที่ 2 ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ มุ่งในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการเยี่ยมบ้าน โดยใช้กระบวนการฝึกทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทดลองปฏิบัติเสมือนจริงเพื่อให้ อสม. เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งทีมบุคลากรสาธารณสุขมุ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับในผลของการฝึกปฏิบัติของ อสม. และพร้อมทั้งมุ่งเน้นการใช้กระบวนการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เพื่อให้ อสม. เกิดการรับรู้ว่าตนเองสามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน โดยการเยี่ยมบ้านตามขั้นตอนได้ ซึ่งกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวเน้นมุ่งเน้นให้อสม. เข้าใจในแนวทางการปฏิบัติอันได้แก่ คู่มือ อสม. ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน และภาพพลิกชุด คนอีสานปลอดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งคู่มือประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดังกล่าวทำให้อสม. เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการเยี่ยมบ้านดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส อนันตา และจรรย์ญู ทองอเนก (2555) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยม

บ้าน ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ภายหลังจากจัดกระบวนการเรียนรู้โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการทำให้ อสม.เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่การวิจัยมีข้อค้นพบว่า ไม่เพียงแต่ความรู้และทักษะเพียงเท่านั้น แต่ความเชื่อมั่นของ อสม. บุคลิกภาพของ อสม. ความน่าเชื่อถือของ อสม. และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ พร้อมทั้งขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนนั้นจะช่วยทำให้การเยี่ยมบ้านของ อสม. มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวมีผลทำให้ ประชาชนทั้ง 3 ในภาพรวมทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ และรายพื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ในกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ที่มุ่งเน้นให้ อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพในกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนในระดับครัวเรือน พร้อมทั้งบูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. โดย อสม. ได้ใช้กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างปัจจัยภายในตัวบุคคลของประชาชนใน 2 ปัจจัยได้แก่ (1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยการบรรยาย ประกอบภาพพลิกชุด “คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับประชาชนจำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 มุ่งเน้นในการเสริมสร้างปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ซึ่งภาพพลิกที่เป็นสื่อในการจัดกระบวนการเรียนรู้นั้นได้ออกแบบมุ่งเน้นให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่ง อสม. จะใช้กระบวนการให้ ประชาชนเกิดการขังน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ อสม. ลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ร่วมกับการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ที่อยู่ในภาพพลิก ที่มีบริบททางด้านคุณลักษณะทางประชากรและปัญหาสอดคล้องกับประชาชน ร่วมกับให้ อสม. ใช้กระบวนการการใช้กระบวนการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งรูปแบบฯ ได้ออกแบบคู่มือประชาชนที่ประชาชนทำสัญญากับตนเอง (Contingency Management) ที่ใช้ ประชาชนทำสัญญากับตนเอง แล้วให้ อสม. ร่วมเป็นพยานและร่วมเป็นผู้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งได้มีแบบบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ซึ่งจะใช้ประโยชน์ในการที่ อสม. ใช้เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับประชาชนในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อหาแนวทางในการดำเนินการแก้ไขร่วมกันว่า พฤติกรรมที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้นั้นมีสาเหตุมาจากอะไรและจะมีแนวทางในการแก้ไขร่วมกันอย่างไร ซึ่งกระบวนการดังกล่าวข้างต้นนั้น ส่งผลให้ประชาชนลดอุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามมา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุจิรา ดวงสงค์ และ จุฬารัตน์ โสตะ (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกรณีศึกษาบ้านห้วยซึ้น หมู่ ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นโดยการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พร้อมทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่า ก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองมากนัก โดยมีพื้นที่ที่พัฒนา นวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 26.19 ซึ่งทุกนวัตกรรมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยพบว่าตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น รูปแบบได้กำหนดว่ามาตรการดังกล่าวจะ สามารถดำเนินการหรือไม่ดำเนินการขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่ากระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) และ กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ว่าจำเป็นต้องมีการดำเนินการเพื่อ เสริมสร้างความเข้มแข็งหรือไม่ อย่างไร ซึ่งหากไม่พบก็ไม่มี ความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมเพิ่มเติม พร้อมกับ ทั้งในการทดลองใช้รูปแบบในครั้งนี้พบว่า มีระยะเวลาอันสั้น ซึ่งในกระบวนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ตรงตาม มาตรการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชนนั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเพราะมีปัจจัยที่มากกระทบหลาย ปัจจัย อาทิเช่น ความพร้อมของสถานบริการ ความพร้อมของชุมชน ความพร้อมของบุคลากร ปฏิทินกิจกรรมของ ชุมชนในขณะนั้น เป็นต้น แต่ยังคงพบว่ามี การพัฒนานวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพียง 1 ใน 4 ของ ชุมชนเป้าหมาย โดยพบว่านวัตกรรมที่พัฒนานั้นมุ่งเน้นในการเสริมสร้างสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นั้นเป็นเหตุการณ์ บุคคลหรือสิ่ง ที่มากระตุ้นให้บุคคลเกิดมีพฤติกรรมออกมา ซึ่งสิ่งชักนำสู่ การปฏิบัติ มี 2 ด้าน (Beaker and Maiman, 1975) ซึ่งพบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นนวัตกรรมที่เป็นสิ่งชักนำภายนอก หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) อาทิเช่น เสียงไซ เตือนใจพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นนวัตกรรมการ สื่อสารมวลชนภายในชุมชนเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการตระหนักในพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างต่อเนื่อง หรือ สื่อหมอลำพื้นบ้าน ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ประยุกต์วัฒนธรรมอีสานเพื่อ สื่อสารให้กับประชาชนในระดับชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างยั่งยืน เป็นต้น

จึงกล่าวได้ว่า การวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในกระบวนการดำเนินการของ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) และการเพิ่มเติมกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

3. การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการประยุกต์ใช้ CIPP Model นั้น พบว่า ปัจจัยที่ควรพิจารณาในการนำรูปแบบฯ ดังกล่าวไปใช้ให้มีประสิทธิผลนั้นต้องคำนึงถึง 3 ปัจจัยหลัก ในเรื่อง (1) บริบทของพื้นที่ ซึ่งต้องมีนโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่ ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน และความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ (2) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ซึ่งประเด็นสำคัญคือการรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน และ (3) กระบวนการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นที่สำคัญคือ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน

ในการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ CIPP Model ในการประเมิน อันได้แก่ (1) บริบทของโครงการ (Context) (2) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input) (3) กระบวนการดำเนินงานของโครงการ (Process) และ (4) ผลผลิตของโครงการ (Product)

จากการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งพบว่าผลผลิต (Product) ที่คาดหวังประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม อสม. หรือ ผลผลิตตามกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) (2) พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม ประชาชน หรือ ผลผลิตตามกระบวนการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) และ (3) นวัตกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน หรือผลผลิตตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

ซึ่งพบว่าจากการประเมินภาพรวมในทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ นั้น พบว่าผลผลิตตามกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่นั้น พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตบนั้นได้ผลไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยดังกล่าวไม่แตกต่างกันทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการ คือ ทั้งจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ หากแต่พบว่ามีเพียงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่าง อสม. เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน แตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

โดยพบว่าเหตุผลที่เป็นเช่นนั้น อาจเกิดขึ้นได้เพราะมีปัจจัยที่แตกต่างกัน โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ในประเด็นเรื่องการประเมินบริบทที่เกี่ยวข้อง (Context Evaluation) ซึ่งเป็นการศึกษาสภาพแวดล้อมปัจจัยพื้นฐานของโครงการ ซึ่งในการประเมินครั้งนี้พิจารณาใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) นโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่ (2) ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ (3) การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน และ (4) ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ 4 ประเด็นข้างต้นแตกต่างกันในทุกบริบทของพื้นที่ดำเนินการ สำหรับประเด็นเรื่องการประเมินปัจจัยนำเข้า/ทรัพยากร (Input Evaluation) เป็นการประเมินทรัพยากรที่มีของหน่วยงาน ซึ่งในการประเมินครั้งนี้พิจารณาใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การสนับสนุนงบประมาณ (2) การสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และ (3) การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินการโครงการ ซึ่งพบว่า ประเด็นที่มีความแตกต่างกันคือ การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินการโครงการ พร้อมทั้งในการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการศึกษาการดำเนินการตามโครงการหรือแผนงานว่าเป็นไปตามขั้นตอน ซึ่งในการประเมินครั้งนี้พิจารณาใน 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การวางแผนและการประชุมทีมงาน (2) การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. (3) การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน (4) การดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และ (5) การนิเทศและติดตามผลการดำเนินการ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่าง ได้แก่ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งพบว่าในการประเมินบริบทของโครงการ ประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ และการประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการ พบว่า ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดที่มีปัจจัยดังกล่าวที่แตกต่างจากพื้นที่การดำเนินการอื่น ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง อสม. ของพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านมากที่สุด

ผลผลิตตามกระบวนการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ สำหรับในด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ นั้น พบว่ามีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่เช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันซึ่งพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสกลนครตามลำดับ ซึ่งพบว่าพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามปัจจัยต่างๆ ตามที่ได้อธิบายมาแล้วข้างต้นนั้นเช่นกัน

3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นมีประสิทธิภาพทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น กรมควบคุมโรคควรผลักดันให้หน่วยงานในกำกับโดยเฉพาะสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกิดการถ่ายทอดรูปแบบฯ ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมในหน่วยงานระดับพื้นที่ดำเนินการ โดยสามารถบูรณาการร่วมกับยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถนำรูปแบบฯ ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการได้ เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการในการป้องกันและการควบคุมการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและก่อให้เกิดความยั่งยืน

3.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

(1) ในการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ทุกพื้นที่ของการดำเนินการสามารถดำเนินการในกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) และกระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพแต่กลับพบว่า กระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) นั้นไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร ทั้งที่พัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ปรชาญชาวบ้าน และวัฒนธรรมของชุมชนที่เป็นจุดเด่นและเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นการสร้างเอกลักษณ์และเพิ่มประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความยั่งยืน ดังนั้น หน่วยงานในพื้นที่ควรส่งเสริมให้เกิดกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) เพื่อให้การใช้รูปแบบฯ มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

(2) ในการประเมินผลรูปแบบฯ ในครั้งนี้พบว่า หากผลผลิตของรูปแบบฯ อันได้แก่พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและสูงสุดนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) บริบทของพื้นที่ ซึ่งต้องมีนโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่ ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน และความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ 2) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ซึ่งประเด็นสำคัญคือการรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน และ 3) กระบวนการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นที่สำคัญคือ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน ดังนั้น การพัฒนาควรมุ่งที่จะบูรณาการหรือออกแบบปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเข้าสู่รูปแบบฯ เพื่อให้มีรูปแบบที่ครอบคลุม (Comprehensive Model) และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

การนำรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด หน่วยงานที่นำรูปแบบไปใช้ ควรคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้

(1) การนำรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือไปใช้นั้น สิ่งสำคัญที่ควรศึกษาองค์ประกอบ ของรูปแบบ มาตรการดำเนินการ และแนวทางในการพัฒนาให้ละเอียด และเข้าใจในทุกขั้นตอนก่อนการพัฒนา และนอกจากนั้นควรทำความเข้าใจบริบทของหน่วยงาน ชุมชน และบุคลากรให้เข้าใจในทุกแง่มุม เพื่อจะได้ปรับ รูปแบบให้มีความเหมาะสมต่อไป

(2) จากข้อค้นพบ พบว่า หากจะดำเนินการตามรูปแบบฯ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดแล้วนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ใน 3 ปัจจัยหลัก ในเรื่อง 1) บริบทของพื้นที่ ซึ่งต้องมีนโยบายการดำเนินโครงการ ในพื้นที่ ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน และความสอดคล้องกับ สภาพปัญหาในพื้นที่ 2) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ซึ่งประเด็นสำคัญคือการรับรู้ นโยบายและแนวทางการ ดำเนินงาน และ 3) กระบวนการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นที่สำคัญคือ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนิน กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศ และติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้ผลผลิตของรูปแบบฯ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

(3) ก่อนการพัฒนาควรเตรียมการต่างๆ ให้พร้อม เช่น วิทยากร วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ และอื่นๆ ตามที่รูปแบบฯ กำหนด

(4) หลักการสำคัญที่ใช้ในการพัฒนาควรมุ่งเน้นให้เกิดมาตรการดำเนินการตามรูปแบบฯ ในทุก มาตรการ โดยเน้นหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความตระหนักร่วมกัน และมีความ ยั่งยืนของผลในการพัฒนาต่อไป

(5) เมื่อมีการดำเนินการตามรูปแบบฯ แล้วนั้น ควรมีการดำเนินมาตรการตามรูปแบบฯ อย่าง ต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีอย่างต่อเนื่อง

3.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

(1) การวิจัยครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีขึ้น แต่อย่างไร ก็ตามควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อ ติดตามความคงทนและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อจะได้สามารถออกแบบ กิจกรรมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดความคงทนและยั่งยืนต่อไป

(2) การศึกษาในครั้งนี้นับว่านวัตกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนนั้น หากสามารถ ดำเนินการตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) นั้นจะเกิด ประโยชน์ ควรศึกษาวิธีการการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะเป็นกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในระดับมวลชน โดยอาจจะประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory) เป็นต้น

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). “คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพ” ใน สรรสาระคืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8 “Humanized Healthcare คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ” วันที่ 13-16 มีนาคม 2550 ศูนย์การประชุมอิมแพค เมืองทองธานี. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ. (2549). รายงานการศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง : การสังเคราะห์ความรู้สู่การพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ, นิรันดา ไชยพาน, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสรีน ศุกลปักษ์ และนาเรียมย์ รัตนสัมฤทธิ์. (2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิจัยสาสน์.
- ประภาส อนันดา และจรัญญู ทองอนง. (2556). ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 20 (1), 1 - 8.
- ประสิทธิ์ วัฒนาภา และคณะ. (2545). โครงการ: ประมวลองค์ความรู้เพื่อการวิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีระพล ศิริไพบูลย์. (2553). แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษาเขตพญาไท. วารสารวิทยบริการ, 21 (2), 30 - 44.
- มินตรา สารรักษ์ เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ และธัญญารักษ์ ศรีวรรมาศ. (2552). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี : วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจิรา ดวงสงค์และจุฬารัตน์ โสตะ. (2550). การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกรณีศึกษาบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- รัตน์ะ บัวสนธ์ สำราญ มีแจ่ม สายฝน วิบูลรังสรรค์ และปฎิภา ศรีติมงคล. (2555). การพัฒนารูปแบบการประเมินผล การปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการ ปัญญา, 10 (2), 96 – 107.
- ศุภย์ฝึก่อบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (2552). การประเมินศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง. ขอนแก่น : ศูนย์ฝึก่อบรมและพัฒนาสุขภาพ ภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- สม นาสอ้าน และคณะ (2555). รายงานการวิจัย ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์ : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2541). วิธีวิทยาการประเมินทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- _____. (2544). วิธีวิทยาการประเมินทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2554). รูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินโครงการ เรื่อง THE CIPP MODEL for Evaluattion และ CIPP_{iest} MODEL. เอกสารประกอบการบรรยาย อ้างอิงจาก Stufflebeam, D. L. (1966-1971-2003-2010). เอกสารอัดสำเนา
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2014). Cancer in Thailand 2007-2009. [ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2558]
http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
- สาธิต เสดิ. (2552). ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและ การส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุจินดา สุขกำเนิด. (2554). รายงานผลการศึกษาการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาท ที่กำลังเปลี่ยนแปลง. ขอนแก่น : ศูนย์ฝึก่อบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- แสงเทียน อัจฉิมางกูร. (2549). รายงานผลการศึกษาเรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- สันต์ศิริ ธรรมณี, สว่างใจ พึ่งพักตร์, ประภาศรี จงสุขสันติกุล, เขวลิตร จีระดิษฐ์และบังเอิญ ระดมยศ. (2541). โรคพยาธิใบไม้ตับ.รายงานทางวิชาการฉบับปรับปรุงใหม่. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2550). โครงการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดสุรินทร์ ประจำปี 2550. สุรินทร์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **รายงานประจำปี 2554 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2558]
<http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/file/Annual- A3.pdf>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556). **อัตราการตายกลุ่มโรคมะเร็ง**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558]
http://bps.moph.go.th/sites/default/files/cancer_0.pdf

Bandura, A. (1977). **Self-Efficacy: The Exercise of Control**. New York : W.H. Freeman and Company.

_____. (1977). "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change". **Psychological Review**, 84, 191-215.

_____. (1986). **Social Foundations Thought and Action: a Social Cognitive Theory**. New Jersey : Prentice-Hall.

Becker, M.H. (1974). "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior". **Health Education Monographs**. 2,4 winter : 354-385.

Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). "The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory". **Health Education Monography**, 2. winter : 336-385.

Becker, M.H. (1977). "The Health Belief Model and Prediction of dietary Compliance : A field Experiment". **Journal of Health and Social Behavior** : 18 Dec 1977 : 348-366.

Evans, R.W. (1988). "A dream unrealized : A brief look at the history of issue – untrued Approaches". **The Social Studies**, 80, 178-184.

Harinasuta T, Riganti M, Bunnag D. (1984). **Opisthorchis viverrini infection: pathogenesis and clinical features**. *Arzneimittelforschung*, 34, 1167-9.

IARC (1994). **Infection with liver flukes (Opisthorchis viverrini, Opisthorchis felinus and Clonorchis sinensis)**. IARC Monogr Eval Carcinog Risks of Hum, 61, 121-75

Keeves, P.J. (1988). **Educational Research, Method, Methodology and Measurement : An International Handbook**. Oxford : Programon Press.

Rosenstock, I.M.. (1974). "Historical origins of Health Belief Model". **Health Education Monographs**. 2 (Winter 1974), 328-338.

Rosenstock, I.M, Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). "Social learning theory and the Health Belief Model". **Health Education. Quarterly**, 15(2), 175-183.

Rosenstock, I.M. (1990). "The Health Belief Model : Explaining health behavior through expectancies" In K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds.), **Health Behavior and Health Education : Theory research and practice**. San Francisco : Jossey-Bass Publisher.

Stufflebeam, D. L. (1983). *The CIPP Model for Program Evaluation* in G.F. Madaus, M. Scriven, and D.L. Stufflebeam (Eds), **Evaluation Models : Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation**. Boston : Kluwer Nijhof.

_____. (2001). **Evaluation models**. San Francisco : Jossey-bass.

_____. (2004). *The CIPP model for evaluation*. In T. Kelleghan & D.L. Stufflebeam (Eds). **International Handbook of Education Evaluation**. London : Kluwer Academic Press.

_____. (2007). **Evaluation theory, models, and applications**. San Francisco, CA : Jossey-Bass.

_____. (2010). **CIPP Evaluation Models Checklist : A tool for applying the CIPP Model to assess projects and programs**. Virtual Conference on Methodology in Programme Evaluation. University of the Witwatersrand, Johannesburg : Wits Programme Evaluation Group.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภาคผนวก ก1

เครื่องมือในการประเมิน
ด้านบริบทของโครงการ

เครื่องมือในการประเมินด้านบริบทของโครงการแนวคำถามการสัมภาษณ์

การพัฒนาแบบแผนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล 1 ตำแหน่ง

ผู้ให้ข้อมูล 2 ตำแหน่ง

ผู้ให้ข้อมูล 3 ตำแหน่ง

สัมภาษณ์ ณ วันที่

ประเด็นการสัมภาษณ์	แนวคำถาม	หมายเหตุ (ถ้ามี)
1. นโยบายการดำเนินโครงการในพื้นที่	1.1 นโยบายการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือที่เกี่ยวข้องเป็นเช่นไร (กรม เขต จังหวัด อำเภอ และพื้นที่) 1.2 แนวทางการถ่ายทอดนโยบายเพื่อการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีแนวทางเช่นไร 1.3 ท่านมีความคิดเห็นเช่นไรกับนโยบายการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่	
2. ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ	2.1 แนวทางการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับแผนงาน โครงการในระดับต่างๆ อย่างไรบ้าง 2.2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับ แนวทางการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้สอดคล้องกับแผนงาน โครงการในระดับต่างๆ ในพื้นที่	
3. การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน	3.1 บุคคลที่มีบทบาทเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือใคร มีบทบาทอย่างไร 3.2 ลักษณะการสนับสนุนงานด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีมาแต่เดิมจนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร	
4. ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่	4.1 สภาพปัญหาของพื้นที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเช่นไร 4.2 การดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในอดีต จนถึงปัจจุบันเป็นเช่นไร	

ประเด็นการสัมภาษณ์	แนวคำถาม	หมายเหตุ (ถ้ามี)
	<p>4.3 ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนการมีโครงการนี้ (กรมควบคุมโรค) เป็นเช่นไร</p> <p>4.4 ความสามารถของประชาชนในการพึ่งพาตนเองเพื่อป้องกันเกิดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเช่นไร</p> <p>4.5 ท่านคิดเห็นอย่างไรกับโครงการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ในครั้งนี้</p>	

ลงชื่อ

ผู้สัมภาษณ์

...../...../2558

ภาคผนวก ก2
เครื่องมือในการประเมิน
ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ

เครื่องมือในการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการแนวคำถามการสัมภาษณ์

การพัฒนาแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล 1 ตำแหน่ง

ผู้ให้ข้อมูล 2 ตำแหน่ง

ผู้ให้ข้อมูล 3 ตำแหน่ง

สัมภาษณ์ ณ วันที่

ประเด็นการสัมภาษณ์	แนวคำถาม	หมายเหตุ (ถ้ามี)
1. การสนับสนุน งบประมาณ	<p>1.1 นอกเหนือจากงบประมาณของกรมควบคุมโรคแล้ว มีงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้อีกหรือไม่</p> <p>1.2 แหล่งที่มาของงบประมาณเพื่อการดำเนินการมาจากแหล่งใดบ้าง ลักษณะใด จำนวนมากน้อยเพียงใด</p> <p>1.3 วิธีการได้มาและความเพียงพอเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนควรเป็นอย่างไร</p> <p>1.4 ในพื้นที่ที่มีจุดเด่นในการระดมทุนเพื่องานด้านสุขภาพอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร</p>	
2. การสนับสนุน ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์	<p>2.1 วัสดุ อุปกรณ์ ที่จำเป็นในการดำเนินงานในครั้งนี้อย่างเพียงพอหรือไม่ อย่างไร</p> <p>2.2 หากโครงการดังกล่าวได้ผล ในการดำเนินการครั้งต่อไปหากไม่ได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ จะดำเนินการเช่นไร</p> <p>2.3 ในพื้นที่ที่มีการร่วมบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่ เพื่อการดำเนินงานด้านสุขภาพอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร</p>	
3. การรับรู้นโยบายและ แนวทางการดำเนิน โครงการ	<p>3.1 มีแนวทางในการทำให้บุคลากรในทุกระดับรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการเช่นไร</p> <p>3.2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรในการรับรู้นโยบายหรือแนวทางการดำเนินโครงการในครั้งนี้อย่างไร</p>	

ประเด็นการสัมภาษณ์	แนวคำถาม	หมายเหตุ (ถ้ามี)
	<p>3.3 หากการรับรู้นโยบายคือปัจจัยที่ส่งผลให้โครงการประสบความสำเร็จ ท่านจะทำอย่างไรเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>(หมายเหตุ : ใช้ในคำถามในกลุ่มนี้ในการ Focus Group Discussion เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย)</p>	

ลงชื่อ

ผู้สัมภาษณ์

...../...../2558

ภาคผนวก ก3

เครื่องมือในการประเมิน

ด้านการกระบวนกรดำเนินงานของโครงการ

เครื่องมือในการประเมินด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการแนวคำถามการสัมภาษณ์

การพัฒนาแบบแผนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล 1 ตำแหน่ง

ผู้ให้ข้อมูล 2 ตำแหน่ง

ผู้ให้ข้อมูล 3 ตำแหน่ง

สัมภาษณ์ ณ วันที่

ประเด็นการสัมภาษณ์	แนวคำถาม	หมายเหตุ (ถ้ามี)
1. การวางแผนและการประชุมทีมงาน	1.1 นอกเหนือการประชุมชี้แจงของกรมควบคุมโรค ในพื้นที่ที่มีการวางแผนและการประชุมทีมงานเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร	
2. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม.	2.1 แนวทางการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค เป็นอย่างไร (ความยาก ง่าย การเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ) 2.2 ผลของการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. ดังกล่าวในภาพรวมได้ผลเป็นเช่นไร 2.3 ท่านบูรณาการการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. กับการดำเนินการอื่นๆหรือไม่ อย่างไร	
3. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน	3.1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกระบวนการจัดการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. 3.2 ท่านคิดว่า อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จะสามารถดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนหรือไม่ อย่างไร	
4. การดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินกิจกรรมนวัตกรรมในพื้นที่	4.1 ท่านคิดว่าแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนโดยกรมควบคุมโรค เพียงพอสำหรับพื้นที่ของท่านหรือไม่ 4.2 ท่านคาดว่าจะดำเนินการกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	

ประเด็นการสัมภาษณ์	แนวคำถาม	หมายเหตุ (ถ้ามี)
	เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร	
5. การนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน	5.1 ในพื้นที่ของท่านวางแผนทางในการนิเทศ และติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร (ในแต่ละระดับ)	

ลงชื่อ

ผู้สัมภาษณ์

...../...../2558

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสนับสนุนการประเมินด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการ

การพัฒนาแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พื้นที่

แนวคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (วิทยากรในพื้นที่)

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อกระบวนการในการเตรียมความพร้อมในการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ของกรมควบคุมโรค
2. ท่านคิดว่าการใช้แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีส่วนช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอย่างไร
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามรูปแบบของกรมควบคุมโรคที่พัฒนาขึ้น
 - 3.1 คู่มือวิทยากร
 - 3.2 ความยาก-ง่ายและการเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
4. ท่านบูรณาการการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในครั้งนี้กับการดำเนินการอื่นๆ หรือโครงการอื่นๆ หรือไม่อย่างไร
5. ตามความคิดเห็นของท่านผลในภาพรวมของการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นเช่นไร ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น
6. จุดเด่น และจุดอ่อน ของแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในครั้งนี้ คืออะไร
7. ปัญหาและอุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในครั้งนี้ คืออะไร
8. ท่านคาดว่าจะต้องมีแนวทางการดำเนินการเพิ่ม เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนอกเหนือแนวทางของกรมควบคุมโรคหรือไม่ อย่างไร
9. ท่านมีแนวทางการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงานของ อสม. ในการดำเนินการในชุมชนหรือไม่อย่างไร (วางแผนไว้เช่นไร)
10. ท่านคิดว่าแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ของกรมควบคุมโรค จะมีประสิทธิผลต่อพื้นที่ของท่านหรือไม่ อย่างไร

แนวคำถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

1. ท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพ อสม. จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยวิธีการเช่นไร
2. ท่านมีความมั่นใจหรือไม่อย่างไร ในการเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพให้แก่คนในชุมชน
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรในการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (มุ่งเน้นความยาก-ง่ายและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ)
4. หลังจากที่ท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพ อสม. บทบาทของท่านในการดำเนินการคืออะไร (ศึกษาคู่มีอ และจัดกระบวนการเรียนรู้รายครัวเรือนจำนวน ครัวเรือนละ 2 ครัว)
5. ตามความคิดเห็นของท่าน ตามที่ท่านได้ไปสอนประชาชน คิดว่าจะได้ผลหรือไม่ อย่างไร
6. จุดเด่น และจุดอ่อน กับแนวทางการที่ อสม. ไปสอนประชาชน คืออะไร
7. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานในครั้งนี คืออะไร
8. ท่านคิดว่านอกจากที่ท่านดำเนินการ ต้องมีกิจกรรมอื่นอีกหรือไม่ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

แนวคำถามสำหรับประชาชน

1. ท่านรู้จักโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ อย่างไร (สาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกัน)
2. อสม. ได้มาสอนท่านหรือไม่ และสอนเรื่องอะไร พร้อมรายละเอียด
3. ตามที่ อสม. ได้สอนท่าน ท่านคิดว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง หรือไม่ เพราะเหตุใด
4. ท่านชอบอะไรในการสอน อสม. สำหรับท่านมากที่สุด
5. ท่านไม่ชอบอะไรในการสอน อสม. สำหรับท่านมากที่สุด
6. ท่านคิดว่ามีประโยชน์มากเพียงใดในการที่ อสม. มาสอนท่านในครั้งนี้

แผนผังการจัดที่นั่งการสนทนากลุ่ม

พื้นที่ จังหวัด.....

วัน..... ที่ เดือน พ.ศ. 2558 เวลา

ณ

- หมายเหตุ**
- M หมายถึง ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator)
- N หมายถึง ผู้จดบันทึก (Note-Taker)
- O หมายถึง ผู้สังเกตการณ์ (Observer)
- P1 หมายถึง Participant คนที่ 1
- P2 หมายถึง Participant คนที่ 2
- P3 หมายถึง Participant คนที่ 3
- P4 หมายถึง Participant คนที่ 4
- P5 หมายถึง Participant คนที่ 5
- P6 หมายถึง Participant คนที่ 6
- P7 หมายถึง Participant คนที่ 7
- P8 หมายถึง Participant คนที่ 8

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

จังหวัด.....

เพื่อสนับสนุนการประเมินด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการ
การพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่	ประเด็นการสนทนา	บันทึกข้อสนทนาผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม	หมายเหตุ

ลงชื่อ ผู้จัดบันทึก
(.....)

ภาคผนวก ก4
เครื่องมือในการประเมิน
ด้านผลผลิตของโครงการ

แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แบบสอบถาม

การประเมินความสามารถการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ข้อมูลในแบบสอบถามจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบ
ใดๆ ต่อตัวท่าน โดยจะใช้เพื่อการวิเคราะห์ผลในภาพรวม และจะใช้เป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

แบบสอบถามนี้ให้ตอบคำถามทุกข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป | จำนวน 11 ข้อ |
| ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 3 แบบวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกัน
การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ | จำนวน 12 ข้อ |
| ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ | จำนวน 14 ข้อ |
| ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน
ของ อสม. | จำนวน 13 ข้อ |

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่าน ให้ครบทุกข้อ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส 1) โสด 2) สมรส 3) หย่าร้าง
4. การศึกษา

<input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2) ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญาตรี/ปวส.	<input type="checkbox"/> 6) ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี	
5. อาชีพหลัก

<input type="checkbox"/> 1) เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	<input type="checkbox"/> 2) รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> 3) ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4) พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> 5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> 6) ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)
<input type="checkbox"/> 7) นักเรียน /นักศึกษา	<input type="checkbox"/> 8) อื่นๆ ระบุ
6. ระยะเวลาการเป็น อสม. ปี
7. ท่านเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย
<input type="checkbox"/> 2) เคย ระบุสถานที่อบรม ระยะเวลา วัน
8. หน้าที่อื่นในชุมชนที่ท่านได้รับมอบหมายในขณะเป็น อสม. มีหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1) ไม่มี
<input type="checkbox"/> 2) มี ระบุหน้าที่
9. ท่านเคยตรวจอุจจาระหาไข่หนอนพยาธิเพื่อค้นหาโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือไม่

<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 11)
---------------------------------	--
10. ผลการตรวจหาไข่หนอนพยาธิพบว่า

<input type="checkbox"/> 1) พบไข่หนอนพยาธิ	<input type="checkbox"/> 2) ไม่พบไข่หนอนพยาธิ	<input type="checkbox"/> 3) ไม่แน่ใจ
--	---	--------------------------------------
11. ครอบครัวของท่านมีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่

11.1 โรคพยาธิใบไม้ตับ	<input type="checkbox"/> 1) ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2) มี ระบุว่าใครบ้าง
11.2 มะเร็งท่อน้ำดี	<input type="checkbox"/> 1) ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2) มี ระบุว่าใครบ้าง

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นเรื่องที่ทำได้ยากสำหรับท่าน เพราะไม่รู้ว่าจะต้องไปตรวจที่ไหน				
2	การที่จะทราบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ ต้องเสียเวลารอผลจากการตรวจอุจจาระก่อนจึงจะได้รับยา				
3	การป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับต้องเสียเวลาในการรักษานาน				
4	ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการกินสุกๆดิบๆ ที่ทำจากปลาน้ำจืด เพราะคนในครอบครัวชักชวน				
5	ท่านจำเป็นต้องถ่ายตามพื้นดิน ที่สวน ที่นา เพราะไม่มีห้องส้วม				
6	การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับท่านเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				
7	เมื่อไปงานสังคม เช่น งานบวช งานแต่งงาน ทำให้ท่านต้องรับประทานสุกๆดิบๆ ที่ทำจากปลาน้ำจืด				
8	ปลาร้าดิบรสชาติอร่อยมากจึงไม่สามารถเลิกกินได้				
9	การล้างมือก่อนการปรุงอาหารและก่อนกินอาหารเป็นเรื่องยุ่งยาก				
10	การปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				

ตอนที่ 3 แบบวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น			
		เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่น	ไม่เชื่อมั่น	ไม่เชื่อมั่นมากที่สุด
1	ท่านเชื่อมั่นว่าจะ ละ เลิกการบริโภคปลาดิบ				
2	ท่านเชื่อมั่นว่าจะปฏิเสธ เมื่อเพื่อนชักชวนให้บริโภคปลาดิบ				
3	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่กินปลาดิบ ถึงแม้จะมีอาหารประเภทปลาดิบอยู่ในสำหรับอาหาร				
4	ท่านเชื่อมั่นว่าจะสามารถห้ามใจไม่ให้กินปลาดิบได้				
5	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่บริโภคปลาดิบ ถึงแม้คนในสังคมจะบริโภคก็ตาม				
6	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ซื้ออาหารที่ทำมาจากปลาดิบมารับประทาน				
7	ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อประกอบอาหารจากปลาน้ำจืด จะทำให้สุกด้วยความร้อนทุกครั้ง				
8	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการกินอาหารได้ทุกครั้ง				
9	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ใจอ่อนถ้าโดนคะยั้นคะยอจากเพื่อนให้บริโภคปลาดิบ				
10	ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์จะไม่บริโภคปลาดิบได้				
11	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ถ่ายเรียราดตามพื้นดิน ท้องนา ที่สวน				
12	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการทำอาหารได้ทุกครั้ง				

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

- กินประจำ หมายถึง การบริโภคปลาดิบ มากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน
 กินบางครั้ง หมายถึง การบริโภคปลาดิบ 1 – 2 ครั้งใน 1 เดือน
 ไม่เคยกิน หมายถึง ไม่บริโภคเลย (ในรอบ 1 เดือน)
 ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ หมายถึง ไม่เคยรู้จักอาหารประเภทนี้เลย

ที่	ข้อความ	กินประจำ	กินบางครั้ง	ไม่เคยกิน	ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้
ท่านเคยรับประทานอาหารปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ชนิดใดบ้าง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา					
1	ลาบปลาดิบ / ก้อยปลาดิบ				
2	ปลาน้ำจืดดิบ				
3	ส้มตำปลาร้าดิบ / ปลาร้าดิบ				
4	ส้มไข่ปลาดิบ				
5	หม่าซี้ปลาดิบ				
6	ปลาจ่อมดิบ				
7	แจ่วบองปลาร้าดิบ				
8	ส้มปลาดิบ / ส้มปลาน้อยดิบ				

9. ท่านถ่ายอุจจาระลงส้วม บ่อยเพียงใด

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3) นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4) ไม่เคยเลย

10. ท่านถ่ายอุจจาระโดยขุดหลุมฝังดิน บ่อยเพียงใด

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3) นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4) ไม่เคยเลย

11. ท่านถ่ายอุจจาระลงตามพื้นดิน ตามสวน ตามทุ่งนาบ่อยเพียงใด

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3) นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4) ไม่เคยเลย

12. ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหาร

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย 3) นานๆ ครั้ง 4) ไม่เคยเลย

13. ท่านล้างมือก่อนการประกอบอาหาร

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย 3) นานๆ ครั้ง 4) ไม่เคยเลย

14. ท่านล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย 3) นานๆ ครั้ง 4) ไม่เคยเลย

ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม.

คำชี้แจง ถ้าท่านต้องไปเยี่ยมบ้านประชาชนที่ท่านรับผิดชอบเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จงประเมินระดับความสามารถของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	ระดับความสามารถของท่าน			
		ทำได้ในระดับสูง	ทำได้ในระดับปานกลาง	ทำได้ในระดับต่ำ	ทำไม่ได้
ขั้นเตรียมการก่อนการเยี่ยมบ้าน					
1	ท่านสามารถกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน				
2	ท่านสามารถวางแผนการจัดเวลาในการเยี่ยมบ้าน				
3	ท่านสามารถศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ				
4	ท่านสามารถศึกษาแนวทาง วิธีการหรือแผนการสอนก่อนการลงไปเยี่ยมบ้าน				
5	ท่านสามารถจัดเตรียมวัสดุที่จำเป็น เพื่อประกอบการเยี่ยมบ้าน				
ขั้นดำเนินการเยี่ยมบ้าน					
6	ท่านสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้ประชาชนที่ท่านเยี่ยมบ้านยอมรับและไว้วางใจ				
7	ท่านสามารถประเมินความรู้ของประชาชนที่ท่านเยี่ยมบ้านเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ				
8	ท่านสามารถให้ข้อมูล วิธีการหรือแนวทางเพื่อให้ประชาชนที่ท่านเยี่ยมบ้านปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ				
9	ท่านสามารถร่วมค้นหาแนวทางกับประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ				
10	ท่านสามารถให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน หรือสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนที่ท่านเยี่ยมปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ				
ขั้นหลังการเยี่ยมบ้าน					
11	ท่านสามารถบันทึกข้อมูลหลังการเยี่ยมบ้าน				
12	ท่านสามารถอธิบายสถานการณ์ สภาพปัญหาและสรุปผลการเยี่ยมบ้านให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้ได้				
13	ท่านสามารถนำผลการเยี่ยมบ้านไปใช้ในการดูแลประชาชนเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ				

แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่ม
ประชาชนทั่วไป

แบบสอบถาม

การประเมินปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ข้อมูลในแบบสอบถามจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน โดยจะใช้เพื่อการวิเคราะห์ผลในภาพรวม และจะใช้เป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

แบบสอบถามนี้ให้ตอบคำถามทุกข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป | จำนวน 8 ข้อ |
| ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 3 แบบวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ | จำนวน 12 ข้อ |
| ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ | จำนวน 14 ข้อ |

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่าน ให้ครบทุกข้อ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส 1) โสด 2) สมรส 3) หย่าร้าง
4. การศึกษา 1) ไม่ได้เรียน
 2) ประถมศึกษา
 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5) อนุปริญญาตรี/ปวส.
 6) ปริญญาตรี
 7) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลัก 1) เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)
 2) รับจ้างทั่วไป
 3) ค้าขาย
 4) พนักงานบริษัท
 5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 6) ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)
 7) นักเรียน /นักศึกษา
 8) อื่นๆ ระบุ
6. ท่านเคยตรวจอุจจาระหาไข่หนอนพยาธิเพื่อค้นหาโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือไม่
 1) เคย 2) ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 8)
7. ผลการตรวจหาไข่หนอนพยาธิพบว่า
 1) พบไข่หนอนพยาธิ 2) ไม่พบไข่หนอนพยาธิ 3) ไม่แน่ใจ
8. ครอบครัวของท่านมีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่
 - 8.1 โรคพยาธิใบไม้ตับ 1) ไม่มี 2) มี ระบุ
 - 8.2 มะเร็งท่อน้ำดี 1) ไม่มี 2) มี ระบุ

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นเรื่องที่ทำได้ยากสำหรับท่าน เพราะไม่รู้ว่าต้องไปตรวจที่ไหน				
2	การที่จะทราบว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ ต้องเสียเวลารอผลจากการตรวจอุจจาระก่อนจึงจะได้รับยา				
3	การป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับต้องเสียเวลาในการรักษานาน				
4	ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการกินสุกๆดิบๆ ที่ทำจากปลาน้ำจืด เพราะคนในครอบครัวชักชวน				
5	ท่านจำเป็นต้องถ่ายตามพื้นดิน ที่สวน ที่นา เพราะไม่มีห้องส้วม				
6	การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับท่านเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				
7	เมื่อไปงานสังคม เช่น งานบวช งานแต่งงาน ทำให้ท่านต้องรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ที่ทำจากปลาน้ำจืด				
8	ปลาร้าดิบรสชาติอร่อยมากจึงไม่สามารถเลิกกินได้				
9	การล้างมือก่อนการปรุงอาหารและก่อนกินอาหารเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				
10	การปฏิบัติตามคำแนะนำของ อสม. เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				

ตอนที่ 3 แบบวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น			
		เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่น	ไม่เชื่อมั่น	ไม่เชื่อมั่นมากที่สุด
1	ท่านเชื่อมั่นว่าจะ ละ เลิกการบริโภคปลาดิบ				
2	ท่านเชื่อมั่นว่าจะปฏิเสธ เมื่อเพื่อนชักชวนให้บริโภคปลาดิบ				
3	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่กินปลาดิบ ถึงแม้จะมีอาหารประเภทปลาดิบอยู่ในสำรับอาหาร				
4	ท่านเชื่อมั่นว่าจะสามารถห้ามใจไม่ให้กินปลาดิบได้				
5	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่บริโภคปลาดิบ ถึงแม้คนในสังคมจะบริโภคก็ตาม				
6	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ซื้ออาหารที่ทำมาจากปลาดิบมารับประทาน				
7	ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อประกอบอาหารจากปลาน้ำจืด จะทำให้สุกด้วยความร้อนทุกครั้ง				
8	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการกินอาหารได้ทุกครั้ง				
9	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ใจอ่อนถ้าโดนคะยั้งคะยอจากเพื่อนให้บริโภคปลาดิบ				
10	ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์จะไม่บริโภคปลาดิบได้				
11	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ถ่ายเรีรธาตามพื้นดิน ท้องนา ที่สวน				
12	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการทำอาหารได้ทุกครั้ง				

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

- กินประจำ หมายถึง การบริโภคปลาดิบ มากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน
 กินบางครั้ง หมายถึง การบริโภคปลาดิบ 1 – 2 ครั้งใน 1 เดือน
 ไม่เคยกิน หมายถึง ไม่บริโภคเลย (ในรอบ 1 เดือน)
 ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ หมายถึง ไม่เคยรู้จักอาหารประเภทนี้เลย

ที่	ข้อความ	กินประจำ	กินบางครั้ง	ไม่เคยกิน	ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้
ท่านเคยรับประทานอาหารปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ชนิดใดบ้าง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา					
1	ลาบปลาดิบ / ก้อยปลาดิบ				
2	ปลาน้ำจืดดิบ				
3	ส้มตำปลาร้าดิบ / ปลาร้าดิบ				
4	ส้มไข่ปลาดิบ				
5	หม่าซึ่ปลาดิบ				
6	ปลาจ่อมดิบ				
7	แจ่วบองปลาร้าดิบ				
8	ส้มปลาดิบ / ส้มปลาน้อยดิบ				

9. ท่านถ่ายอุจจาระลงส้วม บ่อยเพียงใด

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3) นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4) ไม่เคยเลย

10. ท่านถ่ายอุจจาระโดยชุดหลุมฝังดิน บ่อยเพียงใด

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3) นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4) ไม่เคยเลย

11. ท่านถ่ายอุจจาระลงตามพื้นดิน ตามสวน ตามทุ่งนาบ่อยเพียงใด

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3) นานๆ ครั้ง (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) 4) ไม่เคยเลย

12. ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหาร

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย 3) นานๆ ครั้ง 4) ไม่เคยเลย

13. ท่านล้างมือก่อนการประกอบอาหาร

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย 3) นานๆ ครั้ง 4) ไม่เคยเลย

14. ท่านล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ

- 1) ทุกครั้ง 2) บ่อย 3) นานๆ ครั้ง 4) ไม่เคยเลย

**แบบรายงานการพัฒนานวัตกรรม
เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน**

แบบรายงานผลการสร้าง/พัฒนานวัตกรรม

โครงการ.....

รพ.สต. ชุมชน.....

1. ชื่อนวัตกรรม

.....

2. ชื่อผู้สร้าง/พัฒนานวัตกรรม

2.1 ชื่อ..... สกุล.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

มือถือ.....E-mail address

2.2 ชื่อ..... สกุล.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

มือถือ.....E-mail address

3. แนวทางการคิดค้นนวัตกรรม

แนวทางที่ 1 แสวงหานวัตกรรมจากแหล่งต่างๆ ที่เคยมีผู้สร้างหรือทำไว้แล้ว
และนำมาปรับปรุงหรือพัฒนาใหม่

แนวทางที่ 2 การสร้างนวัตกรรมขึ้นใหม่

4. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ต้องสร้าง/พัฒนานวัตกรรม

.....

.....

.....

.....

.....

5. วัตถุประสงค์ของการสร้าง/พัฒนานวัตกรรม

1.

2.

3.

6. กลุ่มเป้าหมาย/ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

.....

7. หลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการสร้าง/พัฒนานวัตกรรม

.....

.....

.....

8. วิธีดำเนินการสร้าง/พัฒนานวัตกรรม

.....

.....

.....

9. ลักษณะของนวัตกรรม

.....

.....

.....

10. ผลการพัฒนานวัตกรรม

(สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการสร้าง/พัฒนานวัตกรรมในข้อ 5)

.....

.....

.....

11. การเผยแพร่วัตกรรม

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้สร้าง/พัฒนานวัตกรรม

(.....)

แบบประเมินผลงานการประกวดนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2558
นวัตกรรมเพื่อ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน”
สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผลงาน

องค์ประกอบ	รายการตัวบ่งชี้	น้ำหนัก	ระดับคุณภาพ	คะแนนที่ได้	ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
1	ความเป็นนวัตกรรม ความเป็นนวัตกรรมในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	5			
2	กระบวนการพัฒนาผลงานนวัตกรรม 1. วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการพัฒนาผลงาน 2. การใช้หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ในการพัฒนาผลงาน 3. ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 4. การออกแบบและการใช้รูปแบบ วิธีการในการพัฒนาผลงาน 5. ความสมบูรณ์ของผลงาน	3 3 3 3 3			
3	คุณค่าและประโยชน์ของผลงานนวัตกรรม 1. นวัตกรรมกับการแก้ปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน 2. คุณภาพของผลงาน 3. ประสิทธิภาพของผลงาน 4. การนำไปใช้งาน	4 3 3 3			
คะแนนรวม					

จุดเด่น.....

จุดที่ควรพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ.....

(คณะกรรมการตัดสิน)/...../.....

เกณฑ์การประเมินคุณภาพนวัตกรรม ประจำปี 2558
นวัตกรรมเพื่อ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน”

เกณฑ์การประเมินคุณภาพนวัตกรรม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเป็นนวัตกรรม กระบวนการพัฒนาผลงานนวัตกรรม และ คุณค่าและประโยชน์ของผลงานนวัตกรรม โดยกำหนดตัวบ่งชี้และระดับคุณภาพ ดังนี้

1. ความเป็นนวัตกรรม

ตัวบ่งชี้	ระดับคุณภาพ
ความเป็นนวัตกรรมในรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน	ระดับ 3 – เป็นผลงานนวัตกรรมใหม่ ในรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ที่ไม่เคยปรากฏ ที่ไหนมาก่อน ระดับ 2 – เป็นผลงานนวัตกรรมใหม่ในรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากฐานแนวคิดเดิม หรือพัฒนาจากองค์ความรู้ที่มีมาก่อน ระดับ 1 – เป็นผลงานนวัตกรรม ในรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ที่ปรับปรุงหรือพัฒนาต่อยอดจากผลงานเดิมเพียงบางส่วน

2. กระบวนการพัฒนา

ตัวบ่งชี้	ระดับคุณภาพ
2.1 วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการพัฒนา	ระดับ 3 - วัตถุประสงค์และเป้าหมายสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสภาพปัญหา และความต้องการมีความเป็นไปได้ร้อยละ 100 ระดับ 2 - วัตถุประสงค์และเป้าหมายสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสภาพปัญหา และความต้องการ มีความเป็นไปได้ไม่เกินร้อยละ 50 ระดับ 1 - วัตถุประสงค์และเป้าหมายไม่สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนา สภาพปัญหาและความต้องการ
2.2 การใช้หลักการแนวคิด ทฤษฎีในการพัฒนานวัตกรรม	ระดับ 3 - มีการสังเคราะห์ หลักการแนวคิด ทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ได้สอดคล้องสภาพปัญหา หรือความต้องการในการพัฒนานวัตกรรม ระดับ 2 - ใช้หลักการ แนวคิด ทฤษฎีถูกต้องตามหลักวิชา และสอดคล้องกับสภาพปัญหา หรือความต้องการพัฒนา ระดับ 1 - ใช้หลักการแนวคิด ทฤษฎี แต่ไม่สอดคล้อง
2.3 ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	ระดับ 3 – เป็นผู้คิดริเริ่ม สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ยังไม่เคยปรากฏมาก่อน สะท้อนให้เห็นถึงความแปลกใหม่ แตกต่าง ระดับ 2 – เป็นผู้คิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่โดยประยุกต์ หรือปรับเปลี่ยน ยึดหยุ่นจากฐานคิดเดิม ระดับ 1 – เป็นผู้ปรับปรุงผลงานเดิมให้ดีขึ้นมีความละเอียดลออมากยิ่งขึ้น
2.4 การออกแบบและการใช้รูปแบบ วิธีการในการพัฒนาผลงาน	ระดับ 3 – มีการออกแบบพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา หรือความต้องการบริบท หลักการ แนวคิด ทฤษฎี ครอบคลุมกระบวนการพัฒนาและมีความเป็นไปได้ ระดับ 2 – มีการออกแบบพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา หรือความต้องการ หรือบริบท หรือหลักการ หรือแนวคิด ทฤษฎี

ตัวบ่งชี้	ระดับคุณภาพ
	ครอบคลุมกระบวนการพัฒนา และมีความเป็นไปได้ ระดับ 1 - มีการออกแบบพัฒนานวัตกรรมสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความต้องการ บริบทหลักการแนวคิด ทฤษฎีบางส่วน ครอบคลุมกระบวนการพัฒนาแต่เป็นไปได้ยาก
2.5 ความสมบูรณ์ของผลงาน	ระดับ 3 - การพัฒนานวัตกรรมดำเนินการเสร็จสิ้นสมบูรณ์และใช้งานได้ดีเยี่ยม ระดับ 2 - การพัฒนานวัตกรรมดำเนินการเสร็จสิ้นสมบูรณ์และใช้งานได้ดีมาก ระดับ 1 - การพัฒนานวัตกรรมดำเนินการเสร็จสิ้นสมบูรณ์ และใช้งานได้

3. คุณค่าของนวัตกรรม

ตัวบ่งชี้	ระดับคุณภาพ
3.1 นวัตกรรมกับการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมการเรียนรู้การสอนของมหาวิทยาลัย ได้	ระดับ 3 - สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือพัฒนาประชาชนเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ได้ตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เกิดประโยชน์สามารถนำไปใช้งานได้ในวงกว้าง ระดับ 2 - สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ตรงตามวัตถุประสงค์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้งานส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนของชุมชนได้ดี ระดับ 1 - สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ตรงตามวัตถุประสงค์
3.2 คุณภาพของนวัตกรรม	ระดับ 3 - ประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการพัฒนานวัตกรรมได้เหมาะสมคุ้มค่า และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ระดับ 2 - ใช้ทรัพยากรในการพัฒนานวัตกรรมได้เหมาะสม คุ้มค่า และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ระดับ 1 - ใช้ทรัพยากรในการพัฒนานวัตกรรมไม่ คุ้มค่า
3.3 ประสิทธิภาพของนวัตกรรม	ระดับ 3 - ผลงานนวัตกรรมที่จัดทำหรือพัฒนาขึ้นนั้น เมื่อนำไปใช้จริงจะเกิดประโยชน์ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่าตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ ระดับ 2 - ผลงานนวัตกรรมที่จัดทำหรือพัฒนาขึ้นนั้น เมื่อนำไปใช้จริงจะเกิดประโยชน์ สามารถแก้ปัญหาได้ ระดับ 1 - ผลงานนวัตกรรมที่จัดทำหรือพัฒนาขึ้นนั้น เมื่อนำไปใช้จริงจะเกิดประโยชน์
3.4 การนำไปใช้งาน	ระดับ 3 - มีขั้นตอนการใช้งานง่าย ระดับ 2 - มีขั้นตอนการนำไปใช้ไม่ซับซ้อน แต่มีเงื่อนไข และข้อจำกัด ระดับ 1 - มีขั้นตอนการนำไปใช้ซับซ้อน มีเงื่อนไข และข้อจำกัด

พิจารณาจากคะแนนรวมทุกตัวบ่งชี้ ของคณะกรรมการ ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 79 - 99 คะแนน = ดีเยี่ยม

คะแนนเฉลี่ย 69 - 78 คะแนน = ดี

คะแนนเฉลี่ย 59 - 68 คะแนน = พอใช้

คะแนนเฉลี่ย 49 - 58 คะแนน = ผ่านเกณฑ์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คู่มือวิทยากร

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน



คู่มือวิทยากร

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน



สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตั้งเอกสารชุดผลผลิตของงานวิจัย

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คู่มือ อสม.

ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน



คู่มือ อสม.

ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน



สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดตั้งเอกสารชุดผลผลิตของงานวิจัย

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คู่มือประชาชน ชุด “คนอีสาน ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ”



รายละเอียดตั้งเอกสารชุดผลผลิตของงานวิจัย

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาพพลิก
ชุด “คนอีสาน ปลอดภัยไร้ไข้”



รายละเอียดตั้งเอกสารชุดผลผลิตของงานวิจัย
รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

