รายงานฉบับสมบูรณ์

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โดย

นางมนัสนันท์	ลิมปวิทยากุล
นางสาวนิรันตา	ไชยพาน
ผศ.ดร.กรัณฑรัตน์	บุญช่วยธนาสิทธิ์
นายจักรกฤษณ์	พลราชม
นางมาสริน	ศุกลปักษ์

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2558

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ISBN : XXX-XX-XXXX-X

ผู้แต่ง

นางมนัสนันท์	ลิมปวิทยากุล[1]	วท.ม.
นางสาวนิรันตา	ไชยพาน[1]	วท.ม.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรัณฑรัตน์	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

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด, 2558, 159 หน้า

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2558
จำนวน : 50 เล่ม
พิมพ์ที่ : บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด
99/164 หมู่ 2 ซอยแจ้งวัฒนะ10 แยก 3
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทร. 02-575-1791-3 โทรสาร. 02-575-1793 กด 16
เวบไซต์ : www.protexts.com

สนับสนุนโดย : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเนื่องจากมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก็อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่ควรจะเสริมสร้างให้แก่ 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 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า

1. **รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** ประกอบกระบวนการ 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 การที่ทุกพื้นที่มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นการที่ทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนานวัตกรรมที่สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องและยั่งยืน ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมนั้นจะเป็นการช่วยเติมเต็มกับการแก้ไขปัญหาที่เหมาะกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งเป็นการเสริมสร้างการดำเนินการตามรูปแบบให้เกิดความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

2. ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า

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

2.2 กระบวนการดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) พบว่า กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ ประชาชนทั้ง 3 พื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นได้ผลไม่แตกต่างกัน 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 โครงการในทุกระดับ 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 ศักดิ์ชัยนานนท์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค พร้อมทั้งนายเชาวลิต จีระดิษฐ์ ที่ปรึกษาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ในการให้คำปรึกษาแนะแนวทางจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้มีความสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พร้อมทั้งสาธารณสุขอำเภอเต่างอย อำเภอเสลภูมิ และอำเภอเทพสถิตที่ให้ความอนุเคราะห์และการอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และขอขอบคุณบุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี บุคลากรจากพื้นที่อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนที่ร่วมดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาชุมชนได้อย่างเต็มความสามารถ พร้อมกันนี้ขอขอบคุณบุคลากรของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกทำให้การดำเนินการศึกษาเป็นไปด้วยดี

องค์ความรู้ที่ปรากฏในงานวิจัยเล่มนี้ หวังให้เป็นพลังในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		ก
Abstract		ค
กิตติกรรมประกาศ		จ
สารบัญ		ฉ
สารบัญตาราง		ซ
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 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน	33
	การดำเนินงานในระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน	33
	การดำเนินงานในระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน	29
บทที่ 4	**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**	**43**
	ผลการวิจัยระยะที่ 1 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	43

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	ผลการวิจัยระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	54
	ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	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

บทที่ 1

บทนำ

---

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งจากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่าอัตราตายจากกลุ่มโรคมะเร็งของประเทศไทยสูงขึ้น โดยชนิดของมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่ และปอด และมะเร็งเต้านมในเพศหญิง เมื่อพิจารณาอัตราตายจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับทั้งประเทศเปรียบเทียบ 3 ปี ระหว่าง พ.ศ.2554-2556 ในภาพรวม พบว่า มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นจาก 22.30 ต่อแสนประชากร ในปี 2554 เป็น 23.85 ต่อแสนประชากรในปี2556 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ,2556) เมื่อพิจารณาระดับภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ1 (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 13

18.1

26.0 8.7 6.5 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2554)

5 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากการสำรวจพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนปรุงดิบ หรือสุกๆดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน ตัวอย่างอาหารเสี่ยง ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้ม ปลาร้าดิบ หรือส้มตำปลาร้าดิบ เป็นต้น เมื่อคนและสัตว์เช่น แมว หรือ สุนัข ซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับ ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำ ก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ อีกทั้งพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคน และสัตว์รังโรค เมื่อมีตัวพยาธิสะสมมาก ๆ เป็นเวลานาน จะมีการอักเสบของท่อน้ำดี จากนั้นมีโอกาสพัฒนากลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ “

” ต่อยอดความคิดเชิงลึกในแต่ละประเด็นปัญหาสานต่อแนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาของ

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

ในปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนนั้นได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 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 รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิผลทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในทิศทางที่ดีขึ้น โดย อสม. มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับคำกล่าวของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุข 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 ได้เข้ามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในระดับบุคคล ขุมชนและสังคมอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้น ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเน้นกระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ร่วมกับการศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานของโครงการ พร้อมทั้งสภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านต่างๆ ของโครงการ สำหรับการประเมินโครงการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าวจะได้สารสนเทศที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารโครงการ โดยเฉพาะการปรับปรุงรูปแบบวิธีการดำเนินโครงการ ให้มีประสิทธิผลตามที่มุ่งหวัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการประเมินระหว่างการดำเนินโครงการ (Formative Evaluation) เพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงยุทธวิธีของโครงการอย่างทันท่วงที และประเมินสรุปรวมเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Summative Evaluation) เพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินการของโครงการ โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ 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) ด้านผลผลิตของโครงการมีผลเป็นอย่างไร

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 ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

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

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 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. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งสามารถใช้ศักยภาพของตนเองไปดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบต่อไปได้

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน หมายถึง กระบวนการในการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกระบวนการต่างๆ ที่หลากหลายอย่างเป็นระบบที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้กับ อสม. เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ด้วยตนเอง และสามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน หมายถึง การดำเนินการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน เพื่อให้ได้รูปแบบฯ ที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน เกี่ยวกับความไม่สะดวก ความยุ่งยากต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความเชื่อมั่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน ที่เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าเพื่อให้ อสม. และประชาชนมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

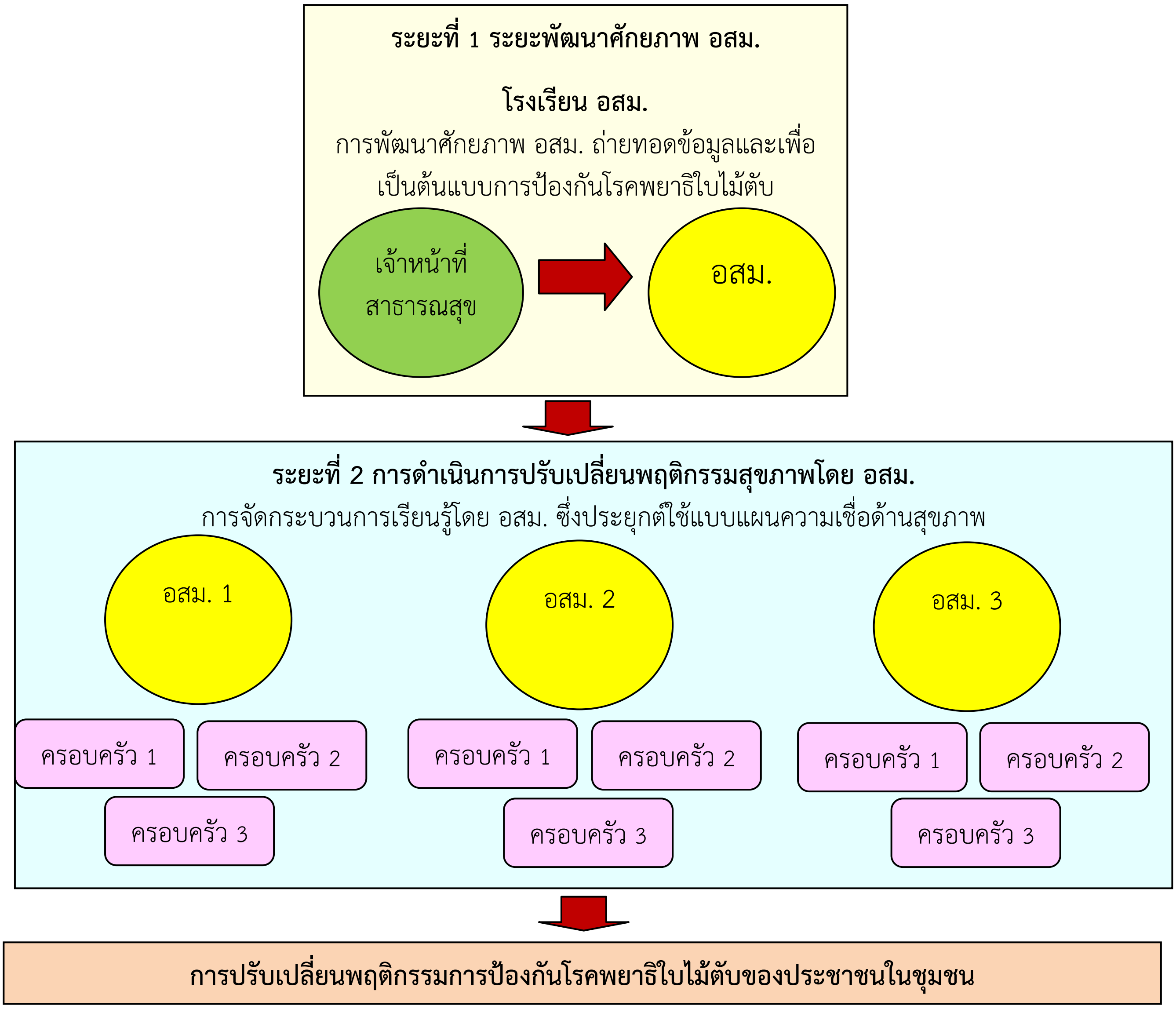
การรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ความเชื่อมั่นของ อสม. ที่จะสามารถจัดการตามกระบวนการของการเยี่ยมบ้านซึ่ง ได้แก่ ขั้นการเตรียมก่อนการเยี่ยมบ้าน ขั้นการเยี่ยมบ้าน และขั้นหลังการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนเพื่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ การขับถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร ก่อนการประกอบอาหาร และการล้างมือหลังการถ่ายอุจจาระ

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

ดังนั้นแนวคิดในการดำเนินการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนนั้น จึงจำเป็นจะต้องอาศัยบุคลากรในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อันเนื่องมาจาก อสม. คือชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน ที่มีจิตอาสาช่วยงานด้านสาธารณสุขของชุมชนซึ่งประชาชนในชุมชนนั้นๆให้ความไว้วางใจเชื่อถือโดยบุคคลนั้นสมัครใจเข้ามาทำงานเป็นอสม. ซึ่งอสม. 1 คนจะรับผิดชอบดูแลสุขภาพของคนในชุมชนประมาณ 10 – 15 หลังคาเรือน อสม. สามารถช่วยสนับสนุนการดำเนินงานและส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถนะของประชาชนในพื้นที่นั้นๆให้มีสุขภาวะที่ดีอย่างมีคุณภาพมีความเสมอภาคและทั่วถึงครอบคลุมทุกหลังคาเรือนโดยมุ่งเน้นให้ อสม. เป็นพลังในการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไปได้ ร่วมกับผล โดยคณะวิจัยร่วมกับสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ดังแผนภาพที่ 1

แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน



แผนภาพที่ 1 แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
(ที่มา : กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์และคณะ, 2557)

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

ระยะที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดกระบวนการเรียนรู้

ระยะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ เป็นการเตรียมการให้ อสม. มีศักยภาพของพร้อมในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดยวิทยากรในพื้นที่ ใช้เทคนิคการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม.

ระยะดำเนินการเป็นระยะของ อสม. ที่ได้พัฒนาศักยภาพในการจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านมาแล้ว ไปจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน โดยใช้เทคนิคการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบสื่อสุขศึกษา ซึ่งการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษา

โดยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นประกอบด้วย องค์ประกอบดังต่อไปนี้

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

โดยแต่ละองค์ประกอบมี รายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน

เป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มุ่งเน้นการ บูรณาการเข้าสู่งานประจำ และสามารถเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

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

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม. ไปจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชนรายครัวเรือน โดยระยะที่ 2 บูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่มีอยู่แล้วในบทบาทหน้าที่ของ อสม.

2. จุดมุ่งหมายของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(1) เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิ

ใบไม้ตับ พร้อมทั้งความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

(2) เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชน เพื่อส่งผลให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำทักษะที่ได้รับไปจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ประชาชนทั่วไป

(1) เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไป

3. เนื้อหาสาระของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

การจัดเนื้อหาหลักสูตรเน้นการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุดังกล่าวด้วยกระบวนการสุขศึกษา ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น ดังนี้

เนื้อหาสำหรับ อสม.

เน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชน

เนื้อหาสำหรับ ประชาชน

เน้นการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4. กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

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

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

ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยใช้กิจกรรม เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สื่อภาพพลิก การจัดการแก้ปัญหาร่วมกัน เป็นต้น

5. แนวทางการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ มี 2 ลักษณะ คือ

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

(2) การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย หมายถึง ผลสัมฤทธิ์สูงสุดที่คาดหวัง หรือที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในที่นี้ คือ การประเมินทั้งปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ, 2557) โดยนำรูปแบบฯ ดังกล่าวพร้อมทั้งผลของการทดลองใช้รูปแบบฯ มาดำเนินการวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นหลักเนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรที่มีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนและมีการเสริมสร้างศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ อสม. รู้เท่าทันโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาของตนเองและประชาชนในชุมชนที่ตนรับผิดชอบสามารถเป็นแกนนำในการเสริมสร้างให้ตนเองและประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งการได้มาซึ่งรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. จะส่งผลให้ อสม. มีศักยภาพที่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม และนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคในชุมชนต่อไป

4. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

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

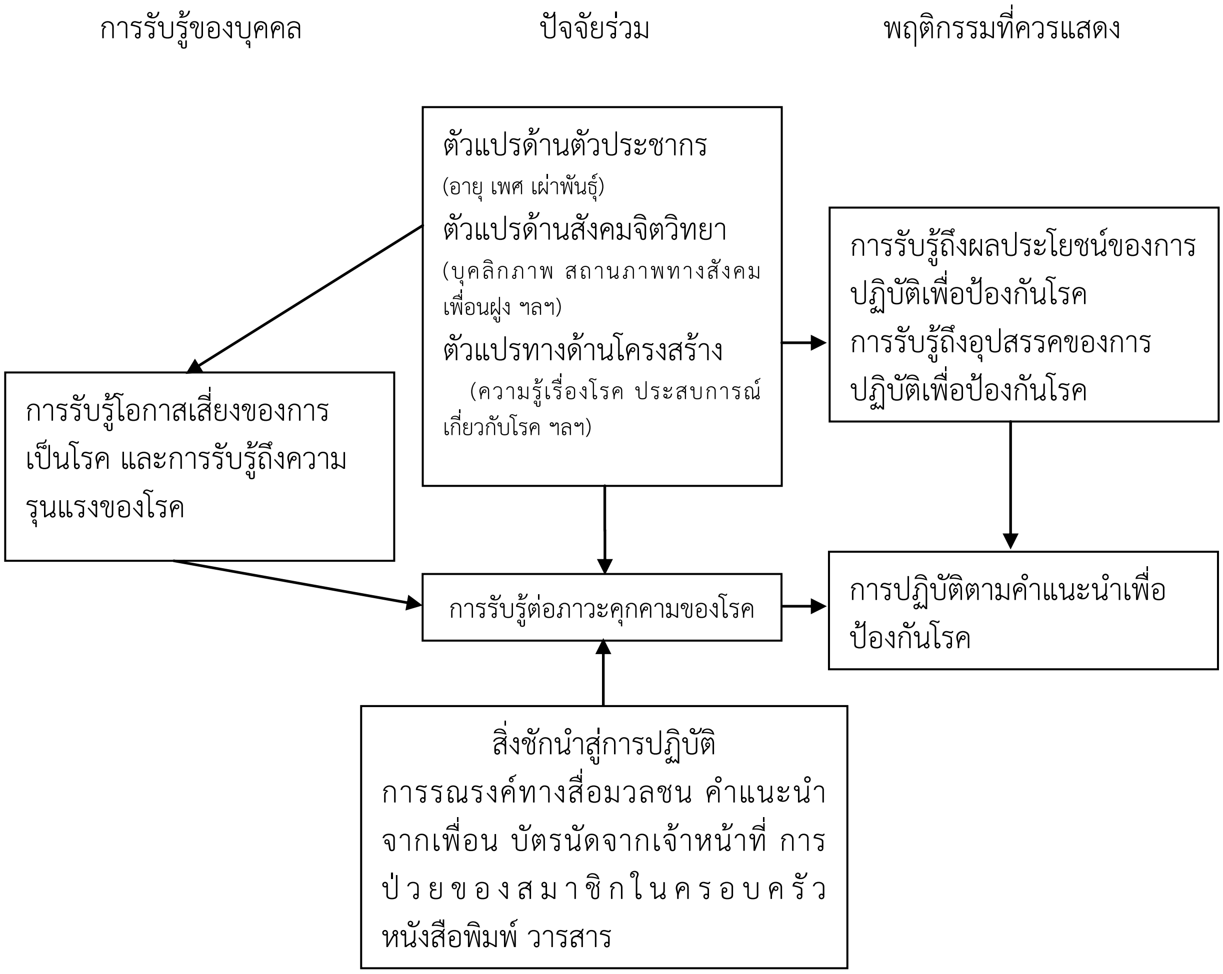
ดังนั้น ในการศึกษาพฤติกรรมบุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจหรือการรับรู้นั้นในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์มากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษา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

สนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุ และสภาวการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

Rosenstock (1990) ได้อธิบายแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ จะประกอบไปด้วยความเชื่อที่ว่า

1. การมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล
2. การเกิดโรคอาจจะมีความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ปานกลาง หรือมากก็ได้ การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค 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 Beaker and Maiman (1975) ได้สรุปองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)** เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเกิดโรค แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไปบางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรคดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ ได้ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้จะแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค Becker and Maiman (1975) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้วความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีกและสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

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

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. **การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits)** เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึง เวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลักเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรค แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นจะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่เป็นเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและการรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

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

5. **สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)** สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา 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 ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเป็นต้น

5.2 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึงสภาพอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy)

งานของ Bandura เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนนั้น ในระยะแรก Bandura ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงความคาดหวังอีกเลย

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 บุคคล อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จำกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans,1988)

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พบว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และความเชื่อในความสามารถของตนเอง พร้อมกันนั้นลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรค บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจากผลการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ, 2557) พบว่าปัจจัยสำคัญของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน นั้น พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 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 ผลิตภัณฑ์ ในบริบทของสภาพแวดล้อมต่อมาเน้นการกำหนดเป้าประสงค์ (Corporate Goal-setting) จากการวิเคราะห์ (Context) หรือสภาพแวดล้อม รวมถึงการประเมินความต้องการ (Need Assessment) และการวางแผนจากการศึกษาความมีอยู่ของทรัพยากร และการประเมินยุทธศาสตร์เพื่อเป็นการกำหนดยุทธวิธีหรือแผนงาน การพัฒนาครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ. 1971 โดยเพิ่มเติมการนำผลของการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงยุทธวิธีหรือแผนงาน การพัฒนาครั้งที่ 4 ปี ค.ศ. 1972 พัฒนาโดยให้น้ำหนักกับวิธีการศึกษาเน้นผลสรุปของโครงการ (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) เป็นการศึกษาสภาพแวดล้อมปัจจัยพื้นฐานของโครงการ 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 อาจจะพิจารณาถึง เพศ อายุ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ความพึงพอใจ ความคาดหวัง เจตคติ ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ วุฒิการศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย เป็นต้น เพื่อให้สารสนเทศในการจัดสรรทรัพยากร การตัดสินใจเพื่อการวางแผนและออกแบบโครงการ

(3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการศึกษาการดำเนินการตามโครงการหรือแผนงานว่าเป็นไปตามขั้นตอนที่ได้ถูกกำหนดไว้หรือไม่ อย่างไรรวมทั้งศึกษาและค้นหาข้อบกพร่องจุดอ่อนจุดแข็งของกระบวนการบริหารจัดการโครงการ โดยเน้นที่กระบวนการของโครงการว่าจะทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้ถูกกำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ และกำกับติดตามตรวจสอบในระหว่างดำเนินโครงการ

(4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโครงการ

โดยเฉพาะความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของโครงการกับผลผลิตที่ได้ โดยนำไปเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่บุคคลหรือหน่วยงานอื่นได้กำหนดไว้ หรืออาจเป็นเกณฑ์การวัดผลที่กำหนดขึ้นเอง เพื่อเทียบกับการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้ สามารถประเมินผลผลิตได้ทั้งระหว่างดำเนินโครงการและเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

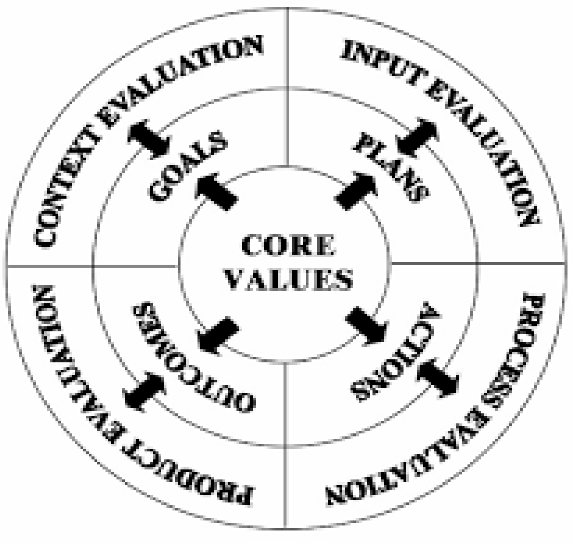
หลังปี ค.ศ. 2004 Stufflebeam ได้เสนอใช้ CIPP Model ใน 2 ลักษณะ คือ ทั้ง Formative และ Summative โดยได้กำหนดการประเมินผลิตผลออกมาอย่างชัดเจน คือ การประเมินผลกระทบ (Impact) การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) การประเมินความยั่งยืน (Sustainability) และการประเมินความสามารถที่จะถ่ายทอดได้ (Transportability) 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



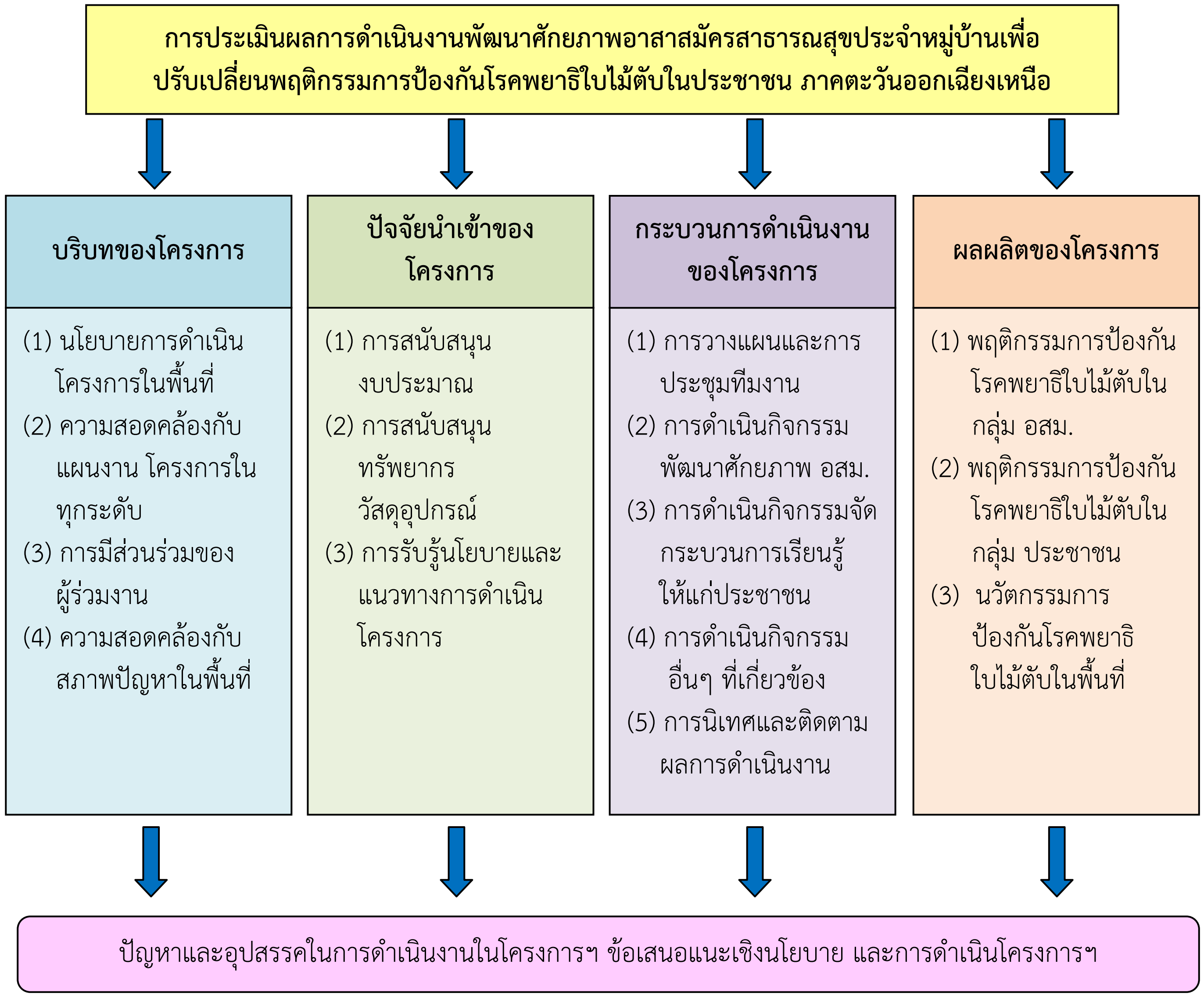
แผนภาพที่ 3 องค์ประกอบของ CIPP Model (Stufflebeam, 2004)

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 นั่นคือ การ ประเมินเพื่อนำมาใช้กำหนดเป้าหมายของโครงการ ก็คือการประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า ก็ใช้

สำหรับจัดทำแผนปฏิบัติงาน แต่การปฏิบัติงานหรือการกระทำตามแผนก็ต้องอาศัยการประเมินกระบวนการ และท้ายที่สุดหากจะประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดของ โครงการก็ต้องทำการประเมินผลผลิตนั่นเอง

รูปแบบการประเมิน CIPP ที่นำมาใช้ในการประเมินสิ่งที่ได้รับการประเมินควรใช้ ประเมินเป็นระยะๆ และประเมินสรุปรวม โดยใช้ เทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างหลากหลาย สอดคล้องกับประเด็นย่อยๆ ที่ต้องการประเมินใน แต่ละมิติ รวมทั้งใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับนำมาวิเคราะห์ สรุปตีความผลการประเมินทั้งนี้ แหล่งที่มาของข้อมูลในการประเมินก็ต้องเก็บรวบรวม หรือได้มาอย่างหลากหลาย ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ 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 สุขสุทธิ์ (2549) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีการดำเนินการมานานกว่าสามทศวรรษ การศึกษาดังกล่าวนี้เป็นการประเมินศักยภาพและบทบาทของ อสม. ในบริบทของสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสถานการณ์สุขภาพ อสม. ที่ปัจจุบันมีจำนวนเกือบ 800,000 คน ถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชนอาสาสมัครส่วนใหญ่มักได้รับความเชื่อถือว่าเป็นผู้อุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า แม้ว่าปัจจุบันนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจะไม่ได้รับความสำคัญมากนัก แต่กระบวนการ อสม. ก็ยังมีชีวิตและดำเนินการอย่างแข็งขัน มากกว่าร้อยละ 35 ของ อสม. ในปัจจุบันเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่มเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี ในขณะเดียวกันก็มี อสม. หญิงเพิ่มขึ้นมากอย่างต่อเนื่องจนมีสัดส่วนถึงร้อยละ 70 อสม. เหล่านี้ทำงานได้ดีในลักษณะงานที่เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาอันสั้นๆ เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์เรื่องโรคต่างๆ หรือการกระจายข้อมูลข่าวสาร และมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

แสงเทียน อัจจิมางกูร (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินศักยภาพของ อสม. ในชุมชน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ บทบาทของ อสม. กรอบการทำงานวิธีคิดการทำงาน 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 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านการจัดทำแผนสุขภาพในชุมชนตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงรวมทั้งเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสร้างกระแสการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนอย่างทั่วถึง ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถดำเนินการตรวจวัดและเฝ้าระวังทางสุขภาพในชุมชนได้ สามารถค้นหาปัญหาสภาวะสุขภาพในชุมชน และสามารถจัดทำแผนสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

มินตรา สาระรักษ์, เมรีรัตน์ มันวงศ์และ ธันยาการย์ ศรีวรมาศ (2552) ได้ศึกษาโครงการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกสว่างและตำบลนากระแซง จังหวัดอุบลราชธานี ประจำ ปีงบประมาณ 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 ค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพด้านการดำ เนินงานของ 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 และเพิ่มศักยภาพในการทำ งานของ อสม. ให้คงอยู่ตลอดไปรวมทั้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการระดมความคิดเห็นและปรับกลยุทธ์หรือแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ อสม. มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนมากขึ้นและควรมีการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในหมู่บ้านในการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อลดภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และยังทำให้การปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จได้

พีระพล ศิริไพบูลย์ (2553) ได้ศึกษาแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษา เขตพญาไท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.ศึกษาวิเคราะห์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐาน 2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน 3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาบทบาทของของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเก็บตัวอย่างแบบสอบถามจากประชาชนในเขตพญาไท ที่เข้ารับบริการศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) เขตพญาไท จำนวน 400 คน และทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอนามัยชุมชนประจำศูนย์ศูนย์บริการสาธารณสุข 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 ข้อมูลทุติยภูมิ 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) ผลการสุ่มตัวอย่างได้จังหวัดดังนี้ กาญจนบุรี ระยอง นนทบุรี ขอนแก่น ยโสธร สุรินทร์ นครศรีธรรมราช กระบี่ ปัตตานี ลำปาง และนครสวรรค์ 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. โดยวิเคราะห์ตามหน้าที่ความรับผิดชอบของอสม. 13 งาน พบว่าอสม.จะมีศักยภาพสูงในการทำงานกิจกรรมการรณรงค์ตามช่วงเวลาที่ชัดเจนมี 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 และวัดความรู้ก่อนและหลังการจัดการอบรม จากผลการวิจัย พบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของอสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังนั้นหากจะให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการเยี่ยมบ้านของ อสม. จึงควรเพิ่มหลักสูตรการให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านแก่ อสม. ก่อนที่จะให้ อสม.ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจริง นอกจากนั้นควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้ด้านโรคต่างๆ บุคลิกภาพ ความน่าเชื่อถืออย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนมีการวางแผนล่วงหน้าก่อนลงเยี่ยมบ้าน มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนก็จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

สม นาสอ้าน และคณะ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ประสิทธิผลของอสม.ในการจัดบริการประชาชนในสุขศาลาทั้งการป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการบริหารจัดการสุขศาลาหมู่บ้าน โดยศึกษาด้านความรู้จากกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ากระบวนการการพัฒนาศักยภาพ จานวน 2,484 คน และ ติดตามด้านทักษะในการบริการ จานวน 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 ภายหลังการจัดรูปแบบมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 25.36 ความรู้จากรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลัง โดยรวมและรายอำเภอ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น อำเภอเขาวง และคาม่วง ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

1.1 ด้านการรักษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอำเภอเขาวง ร่องคา คาม่วงและนามน ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.2 ด้านโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอำเภอเขาวง ร่องคา คาม่วงและนามน ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.3 ด้านอาหารปลอดภัย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอำเภอเขาวง นาคูและคำม่วง ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.4 ด้านการแพทย์แผนไทย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอำเภอเขาวง ยางตลาด คำม่วง และห้วยเม็ก ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

1.5 ด้านการปฐมพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นอำเภอฆ้องชัย นาคูและกุฉินารายณ์ ที่ไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างอำเภอหลังรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอำเภอที่มีระดับความรู้หลังรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมมากที่สุด คือ กุฉินารายณ์ ส่วนอำเภอที่มีระดับความรู้น้อยที่สุดคือ ท่าคันโท

2. ด้านการฝึกปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30 – 45 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประสบการณ์การเป็น อสม. 5 ปีขึ้นไป และได้รับการฝึกปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศ อายุและการศึกษาต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการฝึกต่างกันระหว่างฝึกกับไม่ฝึก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ด้านที่มีความแตกต่างกันคือลดอ้วน ลดพุง พฤติกรรมการบริโภคและสุขบัญญัติ 10 ประการ และอาหารปลอดภัย ซึ่งผู้ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติมีทักษะในการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ประสบการณ์การทางานกับการฝึกมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มที่มีทักษะสูงที่สุดคือ กลุ่มที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ระหว่าง 3 – 5 ปีและได้ฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่อำเภอต่างกันมีการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.000) โดยที่อำเภอที่มีการฝึกปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดีที่สุด คือ อำเภอคำม่วงและนาคู ตามลาดับ ส่วนอำเภอที่มีระดับการฝึกปฏิบัติน้อยที่สุดคือ อำเภอท่าคันโท

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวม ที่อยู่อำเภอต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่อำเภอที่มีความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มากที่สุด คือ อำเภอเมือง ส่วนอำเภอที่มีระดับการฝึกปฏิบัติน้อยที่สุดคือ อำเภอ ท่าคันโท

รัตนะ บัวสนธ์ สำราญ มีแจ้ง สายฝน วิบูลรังสรรค์ และปุณิกา ศรีติมงคล (2555) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิธีการดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสมรรถนะแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 2 สร้างและตรวจสอบรูปแบบโดยการยกร่างรูปแบบการประเมินจัดประชุมสัมมนาผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงและประเมินรูปแบบเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครจำนวน 14 คน ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง จำนวน 20 คน และขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการประยุกต์แนวทางการประเมินแบบตอบสนอง (Responsive Evaluation Approach)

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

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มประชาชนนั้น มีนักวิจัยและนักวิชาการ ได้มีการทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยส่วนใหญ่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ อาทิเช่น ในปี พ.ศ. 2550 รุจิรา ดวงสงค์ และจุฬาภรณ์ โสตะ ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกรณีศึกษาบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 50 คนพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชาชนที่ใช้ในการศึกษาจานวน 131 คนพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความสามารถของตนเองการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในปีเดียวกัน สาธิต เสติ (2552) ศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับอำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชาชนที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 82 คนพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับความตั้งใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองที่ 1 มากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กลุ่มทดลองมียกเว้นการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ดังนั้น จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมุ่งการเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ ร่วมกับการพัฒนา อสม. เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไปได้ด้วย โดยมุ่งเน้นให้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลากและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติพร้อมทั้งชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนเอง 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 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

1. การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประจำปี 2557 เพื่อร่างรูปแบบการพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

↓

2. ร่างรูปแบบการพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

↓

3. วิพากษ์รูปแบบการพัฒนารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

↓

ระยะที่ 2 การประเมินการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

5. สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

↓

6. ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

↓

7. การวิเคราะห์ศักยภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน อสม.

8. การวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใน อสม.

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

↓

9. สร้างแบบประเมินผลโครงการใช้แนวคิด CIPP Model

↓

10. ประเมินผลรูปแบบฯ จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบด้วยเครื่องมือที่พัฒนาไว้

↓

11. สรุปองค์ความรู้และข้อเสนอแนะ

แผนภาพที่ 5 กรอบแนวทางการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

การดำเนินงานในระยะที่ 1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กรัณฑรัตน์ บุณช่วยธนาสิทธิ์และคณะ, 2557)
2. ผู้วิจัยร่างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน
3. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน โดยการสัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินการโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับกรม ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ดำเนินการ เพื่อวิพากษ์รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
4. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน จากผลการสัมมนาและผลการวิพากษ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ

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

O_1 X O_2

กลุ่ม อสม.

แผนภาพที่ 6 รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน : กลุ่ม อสม.

โดยกำหนดให้

O_1 : เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

X : โปรแกรมการพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

O_2 : เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

O_1 X O_2

กลุ่มประชาชน

แผนภาพที่ 7 รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน : กลุ่มประชาชน

โดยกำหนดให้

O_1 : เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

X : โปรแกรมการพัฒนา อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

O_2 : เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันอกเฉียงเหนือ

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. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการแบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นผลจากการสร้างและพัฒนาจากฐานงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณฑรัตน์ บุณช่วยธนาสิทธิ์และคณะ, 2557) โดยการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง 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”

โดยใช้เครื่องมือในการทดลองที่พัฒนาขึ้นในการดำเนินการในระยะนี้ ดังนี้

1) คู่มือวิทยากรในการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

2) คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนโดย อสม.

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

กิจกรรมที่ 1 “ตาย่านแท้ พยาธิใบไม้ตับ”

กิจกรรมที่ 2 “เยี่ยมเยียนถามไถ่ ทำได้ไหมเอ่ย”

โดยใช้เครื่องมือในการทดลองที่พัฒนาขึ้นในการดำเนินการในระยะนี้ ดังนี้

1) คู่มือประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ “คู่มือคนอีสาน ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ”

2) ภาพพลิกสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ของ อสม. ให้แก่ประชาชน ชุด “คนอีสาน ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ”

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการดำเนินการดังนี้

3.2.1 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เครื่องแบบจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน (กรัณฑรัตน์ บุณช่วยธนาสิทธิ์และคณะ, 2557) ที่เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

3.2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ได้ดำเนินการ ดังนี้

(1) ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำราทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านและศักยภาพของ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน

(2) สร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม ที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัย แนวคิด และทฤษฎี

(3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นพิจารณาในคณะผู้วิจัย 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 ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (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 เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

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

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) แบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบมี 3 ระดับ ได้แก่ กินประจำ กินบางครั้ง ไม่เคยกิน ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ และ (2) แบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยมีข้อความดังนี้ ทุกครั้ง บ่อย(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	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ทำได้ระดับสูง/เชื่อมั่นมากที่สุด	4	1
เห็นด้วย /ทำได้รับดับปานกลาง/เชื่อมั่น	3	2
ไม่เห็นด้วย/ทำได้ระดับต่ำ/ไม่เชื่อมั่น	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ทำไม่ได้/ไม่เชื่อมั่นมากที่สุด	1	4

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
กินประจำ	3	1
กินบางครั้ง	2	2
ไม่เคยกิน/ ไม่รู้จักอาหารนี้	1	3

ข้อความ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
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 ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 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

การประเมินโครงการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนจะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้อง (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 และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเต่างอย 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 และสุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวอย่างในการประเมินผลโครงการ จำนวน 1,208 คน

2. กรอบการประเมิน

กรอบการประเมินการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 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	การสัมภาษณ์
		กลุ่มที่ 3	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. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน	กลุ่มที่ 5	การสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไป
	3. นวัตกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่	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 รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนที่ 1.1 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ถอดบทเรียนจากโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีหลักการสำคัญในการสร้างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้

หลักการสำคัญในการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. **ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน**

จากการศึกษาของกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) พบว่า พฤติกรรมในการ

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

2. การแก้ไขปัญหาต้องเชื่อมโยงปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับกับปัญหาสุขภาพทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน

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

3. เน้นกลยุทธ์การบูรณาการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีคุณภาพโดยไม่มีการแยกส่วน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก็อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่ควรจะเสริมสร้างให้แก่ อสม. โดยเฉพาะ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งหากสามารถเพิ่มศักยภาพให้แก่ อสม. โดยการบูรณาการเนื้อหาเพื่อให้ อสม. มีศักยภาพในเรื่องดังกล่าว จะส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาให้แก่ชุมชนได้ โดยในการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ อสม. นั้นถือว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและสังคมต่อไป ซึ่งการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมสร้างศักยภาพนั้นต้องมุ่งเน้นที่การบูรณาการเข้าไปกับงานประจำของหน่วยงานบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยไม่มีการแยกส่วนออกมาดำเนินการเฉพาะงานโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้เกิดการบูรณางานด้านสุขภาพต่อไป

4. ให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

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

โดยมุ่งเน้นการพัฒนาที่ตรงกับศักยภาพและความสามารถของกลุ่มนั้นๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เป็นไปได้ (3) การจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่นั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

หลักการสำคัญในการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น โครงการวิจัยนี้ได้ออกแบบรูปแบบการพัฒนา อสม. เพื่อให้รูปแบบมีความสมบูรณ์และพัฒนาจุดบกพร่อง โดยมีองค์ประกอบสำคัญตามรูปแบบดังต่อไปนี้

1. แนวคิดของรูปแบบ

1.1 โรคพยาธิใบไม้ตับสามารถบูรณาการเข้าไปกับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่และการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี 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. มีศักยภาพในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป

2. **กระบวนการดำเนินการ** ประกอบด้วยการดำเนินการใน 3 ส่วน คือ

2.1 การดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) ได้แก่ การดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ และมีศักยภาพในการเยี่ยมบ้านประชาชนเพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยทีมบุคลากรทางสาธารณสุขในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน

2.2 การดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน (Home-based Process) ได้แก่ การเสริมสร้าง (1) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป โดยการบูรณาการกิจกรรมดังกล่าว ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ให้แก่ประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

2.3 การดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) ได้แก่ การที่ทุกพื้นที่มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นการที่ทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนานวัตกรรมที่สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้องและยั่งยืน ซึ่งการพัฒนานวัตกรรมนั้นจะเป็นการช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันค้นหา วิเคราะห์ และดำเนินการพัฒนานวัตกรรม เพื่อมุ่งเน้นให้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อเนื่องและยั่งยืน พร้อมทั้งเป็นการเสริมสร้างการดำเนินการตามรูปแบบให้เกิดความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

ซึ่งสามารถสรุปตามกรอบการดำเนินการตามกระบวนการที่สำคัญ ดังแผนภาพที่ 8

3. **แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

3.1 การเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายอาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข

3.2 การเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายอาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข

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

3.2 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายอาทิ พัฒนามาจากคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน และการทดสอบการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. ในประชาชนที่ อสม. รับผิดชอบ

รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
(Service-based Process)

เน้นการดำเนินการโดยทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย และบูรณาการเข้ากับกิจกรรมโรงเรียน อสม. ประจำเดือน

การดำเนินการของ อสม. ในระดับครัวเรือน
(Home-based Process)

เน้นการดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการพัฒนาในการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนรายครัวเรือนและบูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม.

(ถ้ามี)

การดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน
(Community-based Process)

เน้นการดำเนินการโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขพัฒนานวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อเป้าหมายสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อเนื่องและยั่งยืน

แผนภาพที่ 8 กรอบการดำเนินการตามกระบวนการที่สำคัญของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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. และกิจกรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมตามภารกิจของหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเพื่อให้เกิดการเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริงต่อไป

(2) เป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าถึงกิจกรรมในการพัฒนาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างทั่วถึง (Accessible) เมื่อมีการบูรณาการเข้าสู่กิจกรรมภายใต้หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิจึงเป็นรูปแบบที่ให้บริการที่ทั่วถึงและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายภายในชุมชนได้

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

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

ซึ่งคุณลักษณะที่สำคัญของรูปแบบฯ นี้ได้ดำเนินการตามกระบวนการที่สำคัญของรูปแบบฯ ทั้ง 3 ส่วนต่อไป

4.2 จุดมุ่งหมายของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

โดยจุดมุ่งหมายของรูปแบบในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ นั้นมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญดังต่อไปนี้

(1) จุดมุ่งหมายของกระกวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process)

เพื่อเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อ

ในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ พร้อมกันนั้นมุ่งเน้นในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

มุ่งเน้นในการเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนโดย อสม. เพื่อให้ประชาชน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์

(3) จุดมุ่งหมายของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

มุ่งเน้นให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบในพื้นที่ที่พิจารณาว่ามีความพร้อมและความจำเป็นในการดำเนินการ

4.3 เนื้อหาสาระของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

การจัดเนื้อหาหลักสูตรเน้นการประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่เป็นส่วนสนับสนุนให้ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ ด้วยกระบวนการสุขศึกษา ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น ดังนี้

(1) เนื้อหาของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process)

- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- การรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

(3) เนื้อหาของกระบวนการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process)

- ปัจจัยภายในของบุคคลที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุอื่นๆ ของประชาชนในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อาทิเช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น
- ปัจจัยภายนอกของบุคคลที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุอื่นๆ ของประชาชนในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อาทิเช่น ปัจจัยเอื้อที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสริมแรงที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

4.4 กิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

การจัดกิจกรรมมุ่งเน้นการใช้กระบวนการสุขศึกษาที่หลากหลาย และออกแบบตามคุณลักษณะที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น ดังนี้

(1) กิจกรรมของกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Serviced-based Process)

กิจกรรมของกระกวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ในการ

เสริมสร้าง อสม. ที่มุ่งเน้นให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขได้ดำเนินการตามคู่มือ “วิทยากร การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งได้ปรับประยุกต์จากงานวิจัยของ กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่ใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะกับคุณลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ วีดิทัศน์ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน

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

กิจกรรมของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือน หมายถึง กิจกรรมที่ อสม. ได้ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามกระบวนการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นให้ อสม. ได้ดำเนินการตามคู่มือ “อสม. ในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนด้วยตนเอง” ซึ่งได้ปรับประยุกต์จากงานวิจัยของ กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ที่ใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะกับคุณลักษณะของทประชาชน ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สื่อภาพพลิก การจัดการแก้ปัญหาร่วมกัน ที่ใช้สื่อทางสุขศึกษาเป็นเครื่องมือสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ได้แก่ 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 กระบวนการการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนโดยการพิจารณาตามแบบบันทึกกิจกรรมในคู่มือวิทยากร และคู่มือ อสม. และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากการดำเนินการโดยบูรณาการเข้ากับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมโรงเรียน อสม.

(2) การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย หมายถึง ผลสัมฤทธิ์สูงสุดที่คาดหวัง หรือที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนซึ่งที่นี้ คือ การประเมินทั้งปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ 1.2 ผลการวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

ประเด็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและไม่ต้องมีการปรับแก้ไข มีดังนี้

(1) หลักการสำคัญในการตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นดังกล่าวข้างต้นมีความเหมาะสมโดยมีหลักการสำคัญในการสร้างรูปแบบฯ ที่มีความสำคัญที่สามารถปิดช่องว่างของปัญหาและเพื่อการพัฒนารูปแบบได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการพัฒนาจากข้อมูลจากผลการวิจัยในระยะก่อนรวมทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้มาตรการการดำเนินงานตามรูปแบบฯ มีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชนที่มีการดำเนินการเป็นระบบและเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง

(2) กระบวนการดำเนินการที่สำคัญตามรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กระบวนการดำเนินการที่สำคัญตามรูปแบบฯ นั้นเริ่มต้นจากการดำเนินงานในสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพพร้อมก็สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนได้ และที่สำคัญรูปแบบดังกล่าวยังมีทางเลือกให้ชุมชนโดยการริเริ่มจากทีมบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดการเรียนรู้ถึงผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการพัฒนาพฤติกรรมตลอดจนความยั่งยืนของพฤติกรรมต่อไป

(3) แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความชัดเจนซึ่งการพัฒนา อสม. นั้นมีเป้าหมายในการพัฒนาที่ชัดเจน คือ มีประเด็นในการพัฒนา 2 ประเด็น คือ (1) พัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 ปัจจัย อันได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อช่วยผลักดันให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งเป้าหมายคือการดำเนินการให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และอาจจะสามารถเป็นต้นแบบให้แก่ประชาชนต่อไปได้ และประเด็นที่ (2) คือ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเนื่องจากรูปแบบฯ ดังกล่าว อสม. จะต้องไปดำเนินการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนต่อไป ดังนั้นจำเป็นที่ อสม. จะต้องมีศักยภาพในด้านดังกล่าว ซึ่งพบว่าแนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเหมาะสมไม่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไข

ประเด็นที่ต้องมีการปรับแก้ไขเพื่อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

จากประเด็นคุณลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีคุณลักษณะที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการด้วยกัน คือ

1. ลักษณะของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
2. จุดมุ่งหมายของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ
3. เนื้อหาสาระของรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ

ซึ่งทั้ง 3 ประเด็นที่กล่าวมานั้นมีความสมบูรณ์และมีความสอดคล้องแล้วจึงไม่มีความจำเป็นต้องมีการปรับแก้ไข

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 วีดิทัศน์ 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

ปรับภาพพลิกชุด “คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยปรับขนานให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติของ อสม. ให้สามารถพกพาได้สะดวก ขนาดไม่ใหญ่มากเกินไป

ปรับคู่มือประชาชนชุด “คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” โดยปรับขนานและคุณภาพของกระดาษอันเนื่องจากในคู่มือจำเป็นต้องมีการบันทึกอาจมีปัญหาของคุณภาพกระดาษในการบันทึก เช่น เขียนติดยาก

กิจกรรมของกระบวนการดำเนินการ อสม. ในระดับครัวเรือนนั้นไม่มีความจำเป็นต้องปรับเนื้อหา เนื่องมาจากเนื้อหาที่ได้ออกแบบนั้นไม่มาก 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 ฯ นั้น

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

ตอนที่ 1.3 ผลการยกร่างรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากผลการวิพากษ์รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้น ผู้วิจัยได้นำผลการวิพากษ์มาปรับปรุงแก้ไขในทุกประเด็น และได้รูปแบบฯ ที่พร้อมสำหรับการทดลองใช้ต่อไป โดยรายละเอียดรูปแบบประกอบด้วยคู่มือ และสื่อประกอบ อันได้แก่ คู่มือวิทยากร คู่มือ อสม. คู่มือประชาชน และภาพพลิกชุด “คนอีสาน ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งรายละเอียดดังกล่าว จะแสดงในชุดผลผลิตจากงานวิจัย โดยผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ดังกล่าวนี้ จะนำเสนอใน ส่วนที่ 2 ต่อไป

ตอนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 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 และผลการทดลองใช้ขอนำเสนอออกตามกระบวนการที่ดำเนินการตามรูปแบบฯ 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)

โดยมีผลการทดลองใช้รูปแบบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

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						
เกษตรกรรม	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 และ67.0 ตามลำดับ) อายุระหว่าง 46 – 60 ปี (ร้อยละ 45.3 55.5 และ46.8ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 87.4 88.8 และ94.4 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.7 42.3และ45.9ตามลำดับ) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 77.9 91.0 และ 69.7ตามลำดับ) 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 และ73.4ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่หนอนพยาธิ (ร้อยละ 80.0 63.4 และ32.1ตามลำดับ) ผลการตรวจพบไข่หนอนพยาธิ ร้อยละ 45.6 14.2 และ 11.4 ตามลำดับ มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 12.6 และ3.8 ตามลำดับ โดยไม่พบว่าในจังหวัดชัยภูมิมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 4.2 5.2 และ 1.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 4 ระดับของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. 3 พื้นที่การดำเนินงาน 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 พื้นที่การดำเนินงาน 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 พื้นที่ดำเนินการภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

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

***<.001

จากตารางที่ 8 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง อสม. รวม 3 พื้นที่ดำเนินการ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p = .000 , p = .000, p = .000 และ 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	21.57	.000***
หลังการทดลอง	39.39	4.88		
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	32.89	3.70	8.84	.000***
หลังการทดลอง	38.32	4.98		
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	33.39	4.52	18.20	.000***
หลังการทดลอง	39.54	4.69		
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	34.50	5.63	7.91	.000***
หลังการทดลอง	39.79	5.30		

***<.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	20.31	.000***
หลังการทดลอง	44.87	2.56		
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	41.89	3.81	7.45	.000***
หลังการทดลอง	45.23	2.74		
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	41.32	3.54	16.36	.000***
หลังการทดลอง	44.86	2.77		
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	41.39	3.08	9.82	.000***
หลังการทดลอง	44.59	2.64		

***<.001

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

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้าน 3 พื้นที่ดำเนินการ ภายในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

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

***<.001

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

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างพื้นที่ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

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 ทั้งจังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 พื้นที่ดำเนินการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 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 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ก่อนการทดลอง อย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ

ตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 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 แสดงว่าค่าเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง อสม. หลังการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่ดำเนินการไม่แตกต่างกัน

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

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 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 ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

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 พื้นที่ดำเนินการแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่ที่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ ดังผลการทดลองในตารางที่ 21 ซึ่งต้องเปรียบเทียบภายหลังต่อไปเพื่อตรวจสอบว่าความแตกต่างนั้นอยู่ที่ใด 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	$\bar{Y}$	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อนมาตรฐาน	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						
เกษตรกรรม	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 และ53.1 ตามลำดับ) อายุระหว่าง 46 – 60 ปี (ร้อยละ 46.8 44.4 และ38.4 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.9 85.2 และ 82.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.7 77.4 และ 65.6 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 81.1 88.1 และ 52.7ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่หนอนพยาธิ (ร้อยละ 84.7 55.2 และ29.4 ตามลำดับ) ตรวจพบไข่หนอนพยาธิ ร้อยละ 36.6 12.2 และ13.6 ตามลำดับ มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.3 2.2 และ1.4 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 ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 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 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง 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	12.16	.000***
หลังการทดลอง	25.33	4.50		
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	27.26	4.20	4.41	.000***
หลังการทดลอง	25.42	3.97		
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	27.74	4.25	9.71	.000***
หลังการทดลอง	25.62	4.51		
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	26.74	4.53	5.85	.000***
หลังการทดลอง	24.31	4.78		

***<.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	30.95	.000***
หลังการทดลอง	38.54	4.69		
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	32.51	4.13	12.15	.000***
หลังการทดลอง	37.87	5.09		
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	32.40	4.81	26.69	.000***
หลังการทดลอง	38.78	4.32		
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	32.99	5.61	11.10	.000***
หลังการทดลอง	38.35	5.41		

***<.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	28.93	.000***
หลังการทดลอง	44.62	2.74		
จังหวัดสกลนคร				
ก่อนการทดลอง	41.86	3.53	8.30	.000***
หลังการทดลอง	44.32	3.23		
จังหวัดร้อยเอ็ด				
ก่อนการทดลอง	40.53	3.97	26.03	.000***
หลังการทดลอง	44.89	2.47		
จังหวัดชัยภูมิ				
ก่อนการทดลอง	41.04	3.73	11.36	.000***
หลังการทดลอง	44.02	2.97		

***<.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	$\overline{Y}$	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 พื้นที่ดำเนินการก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

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	$\overline{Y}$	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อนมาตรฐาน	p-value
1. จังหวัดสกลนคร	190	37.87	0.91 (1-2)	0.38	.0.44*
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 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 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 แสดงว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ทั้ง 3 พื้นที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งพื้นที่

ตารางที่ 38 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างใน 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 แสดงว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง 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	$\overline{Y}$	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 และสรุปผลการประเมินคุณภาพนวัตกรรมโดยขอนำเสนอเป็นพื้นที่ดำเนินการตามจังหวัดดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พื้นที่จังหวัดสกลนคร

ส่วนที่ 2 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

ส่วนที่ 3 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 1 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร

จังหวัดสกลนครเป็นพื้นที่ในทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้ดำเนินการใน 5 ชุมชน จาก 5 สถานบริการปฐมภูมิในอำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร พบพื้นที่มีการดำเนินการตามกระบวนดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชนโดยการร่วมกันพัฒนานวัตกรรม จำนวน 5 ชุมชน จาก 5 สถานบริการ คิดเป็นร้อยละ 100 ของพื้นที่ที่ดำเนินการ ซึ่งผลการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

นวัตกรรมที่ 1

ชื่อนวัตกรรม	หนังจ๋อน้อย ลดพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนปลาโหล อำเภอเต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. กระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้ในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนพึงพอใจกับรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกันให้สุขศึกษาแนวใหม่ที่ตรงกับปฏิทินและเวลาที่เหมาะสมของชุมชนโดยการ

	ใช้วิธีการบรรยาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตอบคำถาม สลับกับการเปิดภาพยนตร์ที่ประชาชนชื่นชอบ
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากแบบสอบถาม (พบว่ามีความรู้อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 95 และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.26)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	51 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ผ่านเกณฑ์

นวัตกรรมที่ 2

ชื่อนวัตกรรม	กด LIKE ให้ถ้าไผ่บ่กินดิบ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหลวง อำเภอเต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. เสริมสร้างสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน
ลักษณะของนวัตกรรม	เป็นป้าย (Future Board) แบบตั้งพื้น ขนาด 200*60 ซ.ม. โดยออกแบบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีข้อความร่วมกับรูปภาพกระตุ้นการไม่กินปลาดิบในชุมชน และตั้งในกิจกรรมของชุมชน ได้แก่ งานศพ งานแต่งงาน งานบุญในชุมชน เป็นต้น
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรม (ประเมินเชิงคุณภาพ เป็นการกระตุ้นประชาชนให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะการกินปลาดิบได้ดี)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	77 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ดี

นวัตกรรมที่ 3

ชื่อนวัตกรรม	ปลาร้ากระปุก "สุกกะแซ่บ"
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำข่า อำเภอเต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. รณรงค์ให้รับประทานปลาร้าสุก 2. สนับสนุนให้มีปลาร้าสุกทุกครัวเรือนแทนการรับประทานอาหารจากปลาน้ำจืดดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข จัดทำกระปุกปลาร้าสุก โดยการทำตัวอักษรลงในขวดปลาร้า และให้ อสม. ดำเนินการจ่ายแจกให้แก่ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบ
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการกินปลาร้าสุกในครัวเรือนด้วยแบบสอบถาม (พบว่าหลังจากมีกระปุกปลาร้าสุกแล้วมีพฤติกรรมการกินปลาร้าสุก

	แทนการกินปลาร้าดิบ คิดเป็นร้อยละ 87.94)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	59 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	พอใช้

นวัตกรรมที่ 4

ชื่อนวัตกรรม	ป้ายครอบครัวตัวอย่างบ้านนี้ไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหลวง อำเภอเต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. สนับสนุนให้มีครอบครัวตัวอย่างในการไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบ 2. สนับสนุนให้มีมีสิ่งเตือนใจในการไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข จัดทำป้ายครอบครัวนี้ไม่กินปลาดิบและปลาร้าดิบด้วย Future Board ขนาด 30*60 ซ.ม. และมอบให้แก่บ้านในชุมชน
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการไม่กินดิบและปลาร้าดิบในครัวเรือนด้วยแบบสอบถาม (พบว่าหลังจากมีการใช้ป้าย มีพฤติกรรมลดลงจากเดิมที่กินร้อยละ 92.17 เหลือร้อยละ 80.24)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	59 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	พอใช้

นวัตกรรมที่ 5

ชื่อนวัตกรรม	เสียงใส เตือนใจพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลเต่างอย อำเภอเต่างอย
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. กระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
ลักษณะของนวัตกรรม	เจ้าหน้าที่สาธารณสุร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกันสืบค้นหาความรู้ที่เกี่ยวข้อง จัดทำการอัดลง CD และประสานไปที่ดีเจชุมชนและดำเนินการเปิดเสียงตามสายให้แก่ประชาชนในพื้นที่
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากการสุ่มสัมภาษณ์ตัวแทนประชาชน (พบว่าประชาชนได้รับเสียงตามสายและสามารถพูดถึงรายละเอียดของการให้ความรู้ตามเสียงตามสายที่ได้รับได้อย่างถูกต้อง)
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	83 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ดีเยี่ยม

ส่วนที่ 2 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

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

นวัตกรรมที่ 1

ชื่อนวัตกรรม	ลด ละ เลิก ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะหรี่ 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 ต้านโรคพยาธิใบไม้ตับ
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	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำจั่นใหญ่ อำเภอเสลภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. สร้างกระแสให้ประชาชนลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	สร้างมาตรการทางชุมชนโดยการทำ “งานบุญปลอดปลาดิบ”
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากอาหารในงานบุญในชุมชน พบว่า มีการดำเนินงานโดยงานบุญนั้น ปลอดปลาดิบ
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	66 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	พอใช้

นวัตกรรมที่ 4

ชื่อนวัตกรรม	ร้านนี้ปลาร้าต้ม ส้มตำแซ่บ
สถานบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าขี อำเภอเสลภูมิ
วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม	1. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ
ลักษณะของนวัตกรรม	สร้างมาตรการทางชุมชนโดยการทำ “ร้านนี้ปลาร้าต้ม ส้มตำแซ่บ” มุ่งเน้นให้ร้านค้าโดยเฉพาะร้านส้มตำในชุมชนใช้ปลาร้าต้ม และมอบป้ายเพื่อเป็นการรับรอง
ผลการใช้นวัตกรรม	ประเมินจากร้านค้าในชุมชน พบว่า มีการปลาร้าต้มในร้านที่ขายส้มตำร้อยละ 100
คะแนนการประเมินนวัตกรรม	50 คะแนน
ระดับของนวัตกรรม	ผ่านเกณฑ์

นวัตกรรมที่ 5

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

นวัตกรรมที่ 6

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

ส่วนที่ 3 นวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

จังหวัดชัยภูมิเป็นพื้นที่ในทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้ดำเนินการใน 11 ชุมชน จาก 11 สถานบริการปฐมภูมิในอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ไม่พบพื้นที่มีการดำเนินการตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน

ตอนที่ 3 การประเมินรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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 และผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเต่างอย 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 โครงการในทุกระดับ (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 ที่สามารถระบุได้เป็นตัวชี้วัดให้แก่สถานบริการในระดับปฐมภูมิในการดำเนินการแก้ไขและป้องกันปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถบูรณาการรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้เข้าสู่การดำเนินการตามตัวชี้วัดได้เลย ซึ่งตัวชี้วัดในเรื่องการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีอย่างชัดเจน ส่วนจังหวัดสกลนครนั้นมีนโยบายที่ชัดเจน โดยเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินการของจังหวัด โดยเป็นการดำเนินการโครงการในพื้นที่ที่เป็นปัญหา และผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งมีหน่วยงานภายนอกเข้ามาร่วมดำเนินการเป็นโครงการในระยะสั้น ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ส่วนจังหวัดชัยภูมินั้นไม่พบนโยบายในเรื่องดังกล่าวที่เป็นรูปธรรม ซึ่งข้อสรุปสามารถแสดงได้ด้วยข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อยผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ในจังหวัดเนี่ยจริงๆ ก็เป็นโรคเดิมที่เราทำ จนถึงว่าบรรลุแล้วเน๊าะ ตั้งแต่ปีประมาณ 35 – 36 เนี่ย ที่เป็นอีสานไม่กินปลาดิบมาค่ะ ก็จะค่อยข้างจะความชุกต่ำ ต่ำสิบแล้ว ทีนี้หลังจากนั้นมามันก็เป็นเหมือนกับเป็นสัญญาณปกติจนมาถึงประมาณปี 54 จะมีผลตามมา มีความชุกค่อนข้างสูง และก็มีในเรื่องของมะเร็งท่อน้ำดีตามมา ตรงนี้ในส่วนของทางเขต ทางของกระทรวงและก็ สปสช. ก็จะเข้ามาทำในโครงการของแก้ไขปัญหา ซึ่งจะมีร่วมระหว่างเขต มข. มหาลัย และก็ของ สปสช. ก็เข้ามา ซึ่งเข้ามาแก้ไขปัญหาในวาระอีสาน ตั้งแต่ปี 54 เข้ามาซึ่งในปี 56 นี้เรื่องการดำเนินการแก้ไขและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น ทาง สสจ. ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดให้หน่วยงานต้องดำเนินการ ซึ่งเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหนึ่งในนั้น เพราะฉะนั้นทางอำเภอจะโชคดีมากที่ได้ดำเนินการตามรูปแบบฯของสำนักสื่อสารฯ”

“ใช่ครับ ส่วนใหญ่นโยบายหลักก็มาจากข้างบนเป็นหลักเพราะว่าตรงนี้มันก็จะทำให้ระบบการตัดสินใจหรือระบบการสนับสนุนมันง่าย 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 ช่วงแรกที่คือเราเสนอไปที่ผู้ว่าที่ประชุมประจำเดือนของผู้ว่าราชการก็ให้ท่านให้เห็นปัญหาตรงนี้ ท่าน สสจ.ก็เห็นปัญหาตรงนี้ ก็จะได้ผลักดันให้เกิดเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัดร่วมกันเพราะว่ามันต้องสร้างการมีส่วนร่วมค่อนข้างเยอะ อย่างที่ว่า เพราะว่าถึงเราทำยังไงสุดท้ายเราก็ต้องไปร่วมกับท้องถิ่นให้ได้ ท้องถิ่นต้องมาเป็นเจ้าภาพหลัก ช่วยเรา เราเหมือนไปเป็นผู้ช่วยในเรื่องวิชาการ วิธีการ แต่เรื่องของการลงการอะไรท้องถิ่นต้องมาร่วมมือกับเราให้ได้มากที่สุด”

ข้อความใน [..........] คือข้อความที่ขยายความโดยผู้วิจัย

"ช่วงหลังตั้งแต่ปี 2548 นี้หายไปเลยนะครับ การดำเนินงานหายไปเลย เพราะตอนนั้นเข้าใจว่างบประมาณในส่วนนี้โดยดันไปอย่างอื่น นโยบายเรื่องนี้จึงหายไปเลย"

"ผมขอเล่าของ [อำเภอที่ผมอยู่] นะครับ ส่วนเรื่องของนโยบายก็เหมือนกับที่ว่า ไม่มี ไม่ค่อยได้เน้นหนักมาช่วงหลายปีแล้วครับ แล้วก็ไม่ได้อยู่ใน KPI อะไร จึงไม่มีการดำเนินการเลย เราก็ต้องเข้าใจ เราก็ต้องทำงานตาม KPI ก่อน"

2. ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ

ความสอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับ ซึ่งหมายถึงการนำรูปแบบฯ ดังกล่าวนี้เข้าไปสู่การดำเนินการที่สอดคล้องกับแผนงาน โครงการในทุกระดับพบว่าในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดสกลนคร เนื่องจากมีนโยบายรองรับการดำเนินการอยู่แล้ว ทำให้พบว่ารูปแบบฯ ที่สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรคนั้น เข้าไปสู่การดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานและโครงการในพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ในการดำเนินการในครั้งนี้ ส่วนจังหวัดชัยภูมินั้นไม่มีนโยบายรองรับ ดังนั้นการดำเนินโครงการในครั้งนี้จึงดำเนินการเหมือนเป็นโครงการพิเศษ อันเนื่องจากการได้รับคัดเลือกจากกรมควบคุมโรคในการเป็นพื้นที่ในการทดลองการดำเนินการ จึงสามารถดำเนินการได้ ซึ่งแสดงให้เห็นด้วยคำสัมภาษณ์การประชุมกลุ่มย่อยผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

"ในส่วนจังหวัดนี่คิดเหมือนกันว่าจริงๆ แล้วเราเคยทำสำเร็จมาแล้วด้วยซ้ำ แต่ทีนี้พอมันซาลงกลายไปเป็นงานปกติแล้ว มันไม่มีปัญหาเนี่ย มันไม่มีปัญหาแล้วมันก็กลายเป็นงานปกติ พองานปกติมันก็ทำให้ปัญหากลับมาอีกเนาะ แต่ว่าพอปีที่มีวาระอีสานเข้าก็ถือว่าเป็นเรื่องดีนะคะ เพราะว่าเอาเรื่องของปัญหาการเสียชีวิตขึ้นมา อันดับแรกๆ อยู่ล่ะของประเทศไทยเรา เยอะ พอมาแล้วมันก็ต่อเนื่องมาตลอดอ่ะค่ะ เพราะว่าถ้ามีตัวชี้วัดของกระทรวงออกมาเนี่ยมันก็จะเป็นการกระตุ้นทั้งระดับกระทรวงเอง ระดับเขต ระดับจังหวัดและก็รวมไปถึงอำเภอด้วย เพราะว่า ก็เหมือนว่าล่ะค่ะต้องทำงาน ต้องมีคนผลักดันอ่ะ"

"ผมคิดว่ารูปแบบฯ การดำเนินการของสำนักสื่อสารฯ นี้ ผมว่าสอดคล้องกับการดำเนินการของเรา คือเรามีตัวกลาง มีทุกอย่าง ก็สามารถเอาไปทำได้เลย และอีกอย่างคือสอดคล้องกับแผนงานโครงการ เพราะยังไงพื้นที่ก็ต้องดำเนินการเรื่องนี้อยู่แล้ว"

"ตัวยุทธศาสตร์นำร่องเนี่ยเริ่มตั้งแต่ปี 54 พอปี 54 – 55 ปี 56 เนี่ย ทำทั้งจังหวัด เริ่ม ทำทุกจังหวัดเพราะงั้นทุกอำเภอก็ต้องมีลักษณะนี้ ทำ Verbal Screening พวกกลุ่มเสี่ยงและมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพอเราได้แนวทางจากสำนักสื่อสารฯ มาในครั้งนี้เราก็สามารถนำไปสู่การดำเนินการได้เลย จริงๆ การดำเนินการเช่นนี้เราก็ดำเนินการนะครับ แต่เราไม่ชัดเจนเท่ากับรูปแบบของสำนักสื่อฯ เพราะทุกอย่างมีครบเลย แนวทาง ขั้นตอน สื่อต่างๆ"

"จริงๆ รูปแบบฯที่เราดำเนินการเป็นครั้งที่ 2 แล้วนะครับจากสำนักสื่อสารฯ ซึ่งเรามีการดำเนินการในเรื่องนี้ จึงคิดว่ารูปแบบฯ ที่ดำเนินการก็สามารถนำไปสู่การดำเนินการหรือบูรณาการเข้ากับแผนงาน โครงการได้ เพราะว่ารูปแบบฯ นี้ มีกิจกรรมที่ชัดเจนมาก บอกบทบาทการดำเนินการในแต่ส่วนที่ชัดเจน"

"ผม ตอนไปอุบล สมัยโน้น เมื่อ 10 ปี อันนั้นผมสัมผัสเรื่องเกี่ยวกับพยาธิ ละก็หายไป และผมก็มาเล่นอีกรอบนึงคราวนี้แหละครับ ที่สำนักสื่อสารฯ ลงมาทำ มันหายไปขนาดนั้นอ่ะ แต่ว่าด้วยมันเห็นผลยากหรืออะไรไม่แน่ใจ มันก็เลยอย่างที่ปัญหาอุปสรรคก็เลยเยอะ และผลการแต่ละอย่างมันอาจจะไม่ชัดพออ่ะ ทำให้ผู้หลักผู้ใหญ่ให้ความสำคัญน้อยน่ะ ประมาณนั้น ซึ่งรอบนี้ที่เลือก [อำเภอของเรา] ก็เพราะว่า ด้วยกรมสั่งการมา เราก็ต้องดำเนินการ"

3. **การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน**

การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงาน สิ่งที่พิจารณาคือ ในบริบทของพื้นที่นั้นในการดำเนินการนั้น ผู้ร่วมงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร บุคคลที่มีบทบาทเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือใคร มีบทบาทอย่างไร พร้อมทั้งลักษณะการสนับสนุนงานด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีมาแต่เดิมจนถึงปัจจุบัน เป็นอย่างไร เนื่องจากเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่จะส่งผลต่อผลการดำเนินการ โดยจากการศึกษา พบว่า ในส่วนของจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดสกลนครนั้นมีหน่วยงานภายนอกเข้ามาร่วมสนับสนุนการดำเนินการทั้ง มหาวิทยาลัยและอื่นๆ ซึ่งการสนับสนุนมีทั้งงบประมาณ การดำเนินการ และวิชาการ ส่วนในจังหวัดชัยภูมินั้นเนื่องจากไม่พบนโยบายที่เป็นรูปธรรม 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 ก็จะเชิญผู้รับผิดชอบเข้ามาว่าปีนี้เราจะมีตัวชี้วัดตัวนี้นะ โรคนี้ทำอย่างงี้ มีแผนงานโครงการอย่างงี้ ลงไป Intervention ลงไปกับพื้นที่เท่าไหร่อย่างงี้อ่ะค่ะ”

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

“หน่วยงานภายนอกมาช่วยก็มี มข. ราชภัฏ ม.เกษตรสกล ก็เข้ามาซึ่งก็จะเข้ามาสนับสนุนทั้งการดำเนินงาน วิชาการ”

“ผมว่าก็มีแต่สำนักสื่อสารฯ นี้แหละครับที่เข้ามาสนับสนุน ปีนี้ก็เป็นปีที่ 2 ผมก็ยังไม่แน่ใจว่าหากไม่ได้รับการสนับสนุนอำเภอเราจะทำต่อไหม”

“สมัยก่อนมีนะครับ ก็จะมีอาจารย์จากกรมควบคุมโรคมาช่วย แต่นั้นมันตั้งแต่ปี 2532 นี้หดหายไปหมดแล้วครับ”

4. **ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่**

ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ สิ่งที่พิจารณาคือ ในประเด็นบริบทของโครงการ จึงได้ทำการประเมินสภาพปัญหาในพื้นที่ ว่าสอดคล้องกับการดำเนินการตามรูปแบบฯ ในครั้งนี้หรือไม่ ซึ่งพบว่าในทุกพื้นที่มีปัญหาเรื่องพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีทั้งประเด็นปัญหาในระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาในระดับผลกระทบทางสุขภาพ แต่ความแตกต่างจะพบว่า ปัญหาเหล่านั้นได้มีการหยิบยกขึ้นมาดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมหรือไม่ ซึ่งพบว่า ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดสกลนคร ปัญหาเหล่านั้นได้ถูกหยิบยกขึ้นมาในการดำเนินการแก้ไข เนื่องจากปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านผลกระทบทางสุขภาพ อีกทั้งสอดคล้องกับนโยบายและสอดคล้องกับแผนงานโครงการ ส่วนจังหวัดชัยภูมิสภาพปัญหาในพื้นที่ก็ยังคงอยู่แต่อาจจะไม่ได้รับการหยิบยกขึ้นมาดำเนินการ เนื่องมาจากยังไม่มีนโยบายที่สนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ในการดำเนินตามการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในรูปของโครงการพิเศษในพื้นที่ ซึ่งเห็นแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ในพื้นที่ [จังหวัดของผม] หลังจากที่ค่อนข้างจะความชุกต่ำ ต่ำสิบแล้ว หลังจากนั้นมามันก็เป็นเหมือนกับเป็นสัญญาณปกติจนมาถึงประมาณปี 54 จะมีผลตามมา มีความชุกค่อนข้างสูง และก็มีในเรื่องของมะเร็งท่อน้ำดี นโยบายที่ทำจึงนำมาปฏิบัติอีกครั้ง ซึ่งมันสอดคล้องอยู่แล้ว”

“เห็นด้วยเลยที่มีนโยบาย มันรู้แล้วว่าถ้าเอา Mapping มาดูแล้วเนี่ย มาดูแผนที่ประเทศไทยแล้วเนี่ย มันแดงเถือกไปหมดเนี่ยมันจำเป็น มันน่าจะเป็นวาระที่สำคัญด้วยนะคะ ที่จะทิ้งไม่ได้ อย่างหลงอย่างลืม ต้องทำ”

“เรามองตามนโยบายข้างบน เพียงแต่ว่าตัวผมเองยังไม่มีข้อมูลแต่ว่าในความชุก ไม่ว่าจะเป็น OV หรือการตรวจผู้เสียชีวิตภาพมันชัด”

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

“เนี่ย ตอนที่เราทำการสำรวจผลกลายเป็นว่าพื้นที่ที่ไม่มีเลยใช่ว่าเขาจะมีพฤติกรรมที่ดี จริงๆ เขาก็กินอยู่ แต่เขาจะกินยาถ่ายพยาธิเป็นประจำ คือเหมือนแบบว่าพอรู้ตัวเองกิน ปุ๊บเนี่ยไปซื้อยาถ่ายพยาธิมาปุ๊บ และแปลกที่ว่าเขาขายง่ายไง เหมือนซื้อตามหมู่บ้านได้ เหมือนร้านขายยาใหญ่ๆ ขายให้กับร้านขายของชำในหมู่บ้านนำไปขายอีกที”

“เราก็ทำมาเยอะ มีหน่วยงานเข้ามา มหาลัยก็จะมี มข. ราชภัฏ เพราะสำรวจกี่ทีกี่ที ก็ [อำเภอของเรา] ความชุกสูง”

“จริงๆ ไม่ใช่พยาธิในพื้นที่เราไม่มีปัญหานะครับ แต่พยาธิแพ้นโยบายโรคอื่น พอเราไม่ทำก็เลยเหมือนไม่มีปัญหา แต่จริงๆ ผมคิดว่ายังคงอยู่”

“ผมมอง แม้แต่เจ้าหน้าที่เองเนี่ย ก็รู้ๆ อ่ะ แต่ก็ยังปฏิบัติอะไรยังไม่ได้ ด้วยแบบ แม้แต่ที่ขาย ที่อะไร ทุกวันนี้แบบ ส้มตำ เรื่องของปลาดิบ ปลาร้าอีก คงจะทำกินก็กินเฉพาะในครัวเรือนของตัวเองนะครับ แต่ถ้ากินซื้อก็คงจะมาจากแหล่งอื่น ปลาร้าจากที่อื่นก็เอามาขาย ซึ่งตรงนั้นก็เป็นเรื่องของการ การขายแบบโดยรวม ซึ่งส้มตำในท้องที่หมู่บ้าน แต่ถ้าประชาชนคงจะทำปลาร้า”

ตอนที่ 3.2 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input Evaluation)

ในการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โดยผู้วิจัยพิจารณาใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การสนับสนุนงบประมาณ (2) การสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และ (3) การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการ โดยจากการประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่ม กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับกรม ได้แก่ ผู้สนับสนุนจากสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ผู้เกี่ยวข้องในฐานะผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการในระดับพื้นที่ ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ พร้อมทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล 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 หรือไม่อย่างไร ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ประเด็นเหล่านั้นไม่แตกต่างกันเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากกรมควบคุมโรคเพียงเท่านั้น ถึงแม้จะมีงบประมาณจากส่วนอื่นหรือทรัพยากรจากส่วนอื่นที่พร้อมจะให้การสนับสนุน แต่เป็นเพราะการดำเนินการในครั้งนี้เป็นระยะสั้นและการดำเนินการขอรับ การสนับสนุนงบประมาณนั้นจำเป็นอาจจะต้องใช้ระยะเวลาจึงไม่ได้รับการสนับสนุน แต่พบว่าหากต้องดำเนินการหรือการประยุกต์ใช้นั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร และวัสดุอุปกรณ์ที่การดำเนินการดังกล่าวต้องเตรียมการและวางแผนเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งงบประมาณต่างๆ 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 แต่ถ้ามันมากหรือมันต้องใหญ่อะไรกว่ากองทุนตำบลมันก็สามารถนำเข้าสู่มติบัญญัติท้องถิ่น นี่คือความร่วมมือที่เราใช้ แต่รอบนี้ทางอาจารย์สนับสนุนและคิดว่าคงไม่ต้องใช้งบประมาณจึงไม่ได้ขอรับการสนับสนุน แต่คิดว่าถ้าได้ผลคงต้องมีการใช้งบประมาณครับ”

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

“จริงๆ เราทำเรื่องขอไปได้ก็รู้สึกว่ามีบางทีที่ขอไปแล้วอาจจะนำมาใช้ในการดำเนินการในครั้งนี้ แต่อาจจะเพราะว่ากิจกรรมที่อาจารย์ออกแบบนั้น อาจารย์ก็สนับสนุนหมด มีสื่อให้ครบไม่ต้องผลิตเพิ่ม แต่คิดว่าจริงๆ เวลาดำเนินการจริงก็มีหน่วยงานอื่นสนับสนุนด้วย อาจจะเป็นงบประมาณส่วนต่างๆ ที่เรารู้กันอยู่”

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

2. การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการ

การรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการ ประเด็นที่พิจารณา ได้แก่ การมีแนวทางในการทำให้บุคลากรในทุกระดับรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการเช่นไร พร้อมทั้งความคิดเห็นอย่างไรในการ รับรู้นโยบายหรือแนวทางการดำเนินโครงการในครั้งนี้ และหากการรับรู้นโยบายคือปัจจัยที่ส่งผลให้โครงการประสบความสำเร็จ จะมีแนวทางอย่างไรเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้นโยบายและแนวทางการดำเนินโครงการที่มีประสิทธิผล จากการประเมิน พบว่า ในจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นได้มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินการโดยการที่ผู้มารับนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติไปถ่ายทอดให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน *[โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน]* โดยการบูรณาการและชี้แจงเข้าไปในการประชุมประจำเดือนหรือการประชุมเร่งด่วนเมื่อต้องมีการขอความร่วมมือจากบุคลากรในหน่วยงาน และสำหรับจังหวัดสกลนครและจังหวัดชัยภูมินั้น พบว่า ผู้มารับนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานด้านการป้องกันควบคุมโรคจะเป็นผู้ดำเนินการเองซึ่งการถ่ายทอดให้แก่บุคลากรจึงไม่เป็นรูปธรรมมากนัก กับอีกทั้งการดำเนินการนั้นมีระยะเวลาอันสั้น จึงอาจจะยังไม่ได้เกิดการถ่ายทอดที่เป็นรูปธรรมมากนักเช่นกัน ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

"คือปกติทั่วไปนะค่ะ ก็เวลามาประชุมต่างๆ ในการรับนโยบายส่วนใหญ่ ผอ. ก็จะมอบหมายให้กับผู้รับผิดชอบงานหลักนั้นๆ มารับนโยบาย และเวลากลับไปก็ต้องไปรายงาน ผอ. หรือว่ารายงานในที่ประชุม ว่าอะไร ยังไง ต้องอะไรแบบนี้อะค่ะ"

"ค่ะ คือปกติก็จะอย่างนั้น ไม่งั้นเราก็ต้องทำเอง เพราะมารับเอง ก็ทำคนเดียวเพราะรู้คนเดียว ดังนั้นก็ต้องไปบอกเพื่อน บอกคนในที่ทำงาน" "อย่างพี่เป็น [ผู้บริหาร] กลับไปพี่ก็ไปมอบ ให้คนรับผิดชอบ ก็ช่วยๆ กันเข้าใจบ้าง ไม่เข้าใจบ้างก็ศึกษาเอาในคู่มือของอาจารย์ที่ให้ค่ะ"

"คือคนในที่ทำงานมันน้อย แล้วก็ต่างคนต่างรับผิดชอบ อย่างช่วงนี้ก็มีงานเยอะมาก ดังนั้นก็ดำเนินการเอง แล้วอีกอย่างก็เคยทำแล้ว แต่ก็ให้พี่พยาบาลช่วยทำค่ะ ช่วยมาเป็นวิทยากรให้ ก็ให้พี่เขาดูคู่มือเลย ก็ทำได้นะเพราะมันเป็นขั้นตอน"

"เราช่วยกันเป็นทีม อย่างเราก็จะรวมกัน 3 รพ.สต. เพื่อมาช่วยกัน แล้วปกติเราก็ใช้แนวทางในการช่วยเหลือกันแบบนี้ เพราะว่าพื้นที่เราบุคลากรมันน้อย"

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

"แบบว่าก็ด้วยมันเร่งด้วย ก็บอก ผอ. ก็ทำเลยค่ะ เพราะว่าทุกคนก็มีงานที่ต้องรับผิดชอบ และอีกอย่างมันก็ยากในการอธิบายนะ เพราะแรกๆ พี่คิดว่ามันเยอะแต่พอทำก็เข้าใจไปเรื่อย คือ เราก็ทำมาหมดแล้วแหละ แต่เราไม่ได้อิงทฤษฎีที่ตามหลักการที่อาจารย์สอน 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 ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ พร้อมทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มประชาชน ซึ่งผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่าง ได้แก่ การวางแผนและการประชุมทีมงาน การดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. และการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งผลการประเมินกระบวนการการดำเนินงานของโครงการที่สำคัญ ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การวางแผนและประชุมทีมงาน

ซึ่งในการวางแผนและการประชุมทีมงาน มุ่งพิจารณาในประเด็นเรื่องนอกเหนือจากการชี้แจงการดำเนินของกรมควบคุมโรค หน่วยงานได้มีการประชุมทีมงานเพื่อการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร ซึ่งประเด็นที่พบพบว่า ในจังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการประชุมทีมงานโดยส่วนใหญ่เป็นรูปธรรมโดยการบูรณาการเข้ากับการประชุมประจำเดือน เพื่อให้เกิดการรับรู้และร่วมมือการดำเนินการ สำหรับในจังหวัดสกลนครและจังหวัดชัยภูมินอกเหนือจากที่ประชุมของกรมควบคุมโรคแล้วนั้นก็ไม่ได้มีการประชุมวางแผนทีมงานให้มีความเป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน เห็นได้จากเหตุผลและข้อค้นพบ ดังแสดงด้วยคำสัมภาษณ์จากการประชุมกลุ่มย่อยผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“ก็รายงานและบอก ผอ. ว่าต้องดำเนินการอย่างไร แล้วใครจะมาช่วยบ้าง แต่บังเอิญหมู่บ้านพี่เล็กไงค่ะ เลยทำเองได้ แต่เพื่อนร่วมงานก็รับทราบว่าเราทำอะไร สำหรับวิทยากรพี่ก็ทำคนเดียว ก็รายงานให้ทุกคนฟัง ก็ในที่ประชุมของ รพ.สต.”

“คือยังงี้ไงค่ะ จริงๆ ก็ไม่ได้เป็นวางแผนหรือประชุมทีมงานหรอก แต่ก็คือบอกให้กันทราบว่าทำอะไร จะให้ใครมาช่วยไหม เหมือนที่บอก เรามา เราพอทำได้ก็ทำ เพราะคนมันก็มีเท่านี้ แต่คือคนทั้งหมดรับรู้ร่วมกัน” เจ้าหน้าที่สาธารณสุข *“คือผมก็นำไปให้เจ้าหน้าที่ดำเนินงาน ก็ลองให้เขาศึกษาว่าทำได้ไหม แล้วให้ใครช่วยยังไง แต่เอาง่ายๆ คืองานนี้ก็น่าจะทำเองได้ แต่เพียงแค่ว่าคนอื่นรับทราบว่าทำอะไร”*

“คือก็ไม่ได้เป็นทางการ คนในกลุ่มที่จะช่วยก็มีกันแค่นี้ คนสองคน เพราะฉะนั้นก็ทำได้เลย พี่ว่าทุกงานก็น่าจะเป็นแบบนี้ เออถ้าแบบทำงานในภาพอำเภออะไรแบบนี้ คงจะชัดเจน”

“ก็ทำเลยค่ะ เพราะว่าวันที่มารับการอบรม รับสื่อก็มาเอง พี่ๆ เขาใน รพ.สต. ก็มีหน้าที่ อีกอย่างช่วงนี้ก็เยอะมาก งานเยอะมาก”

“วันที่อบรมหนูไม่ได้มา ผอ. มา แต่หนูต้องทำ หนูก็ศึกษาเอา”

“คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเก่งไงค่ะ สากเบือยันเรือรบทำได้หมด กะว่ามันทำได้ก็ไม่ได้อะไร เราเลือกเองหมด เลือกหมู่บ้าน เพราะฉะนั้นเราก็ทำเอง”

2. การดำเนินกิจกรรมพัฒนา อสม.

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

กิจกรรมของโรงเรียน อสม. หรือจัดขึ้นพิเศษเฉพาะกลุ่ม ซึ่งในทุกประเด็นตามรูปแบบฯ ของแต่ละพื้นที่ไม่แตกต่างทั้งในประเด็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ แต่พบว่าจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นได้เน้นย้ำ อสม. ในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมุ่งเน้นในการเสริมกำลังใจด้วยคำพูด ซึ่งทำให้ อสม. เชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น

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

"ถ้าเห็นภาพ เห็นอะไรเนี่ย ชาวบ้านเค้าจะสนใจมาก อย่างวิดีโอที่เป็นเรื่องเป็นราว บางครั้งเค้าก็ เอ้อ เหมือนกับเราเนอะ พฤติกรรมเหมือนกับเรา ทำลาบอย่างนี้ ไปหามดแดงมาใส่ก้อยปลา เขาก็จะนึกออกว่าเป็นแบบนี้แบบนี้"

"ผมว่าเขาชอบนะครับ เขาจะหัวเราะตรงที่ประเด็นที่เขาโดนใจ แต่สำหรับผม ผมว่ามันยังไม่ตรงซะทีเดียว คือผมอยากได้ความรุนแรงให้มากกว่านี้"

"เขาก็สนใจนะ ดูเข้าใจง่าย แต่คิดว่ามันสั้นไป คือเราก็อยากได้รายละเอียดเยอะ แต่ก็ตามที่อาจารย์บอก ความสนใจก็คงได้เท่านี้ ดังนั้นก็คิดว่าได้ผล แล้วอีกอย่างมันก็ตรงกับเขาด้วย เช่น เขาก็กิน แล้วจะไปสอนคนอื่นได้หรอ"

ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เสนอแนะว่าคู่มือวิทยากรทำความเข้าใจง่าย และสามารถดำเนินการได้จริงและสำหรับประเด็นที่ควรพิจารณาตัดออก เรื่องของการแนะนำตัว และการเล่นเกม เพราะเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยและรู้จักกันแล้ว อีกอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่และกลุ่มเล็กจึงอาจจะต้องพิจารณาตัดออก

"ก็รู้สึกว่าโอเค อ่านเข้าใจ เพราะว่ามันก็ครอบคลุมตั้งแต่การเล่นเกม เพียงแต่ว่าเรามีเวลาไหมแค่นั้นเอง เพราะดูละเอียดกว่า กว่าที่เราปฏิบัติจริง...จะเอาเข้าโรงเรียนอสม.เอาไปฉายให้เขาดูอะค่ะ แล้วก็อธิบาย เพราะว่าหลังจากที่หนูดู เรา เราก็ยังเข้าใจเลย ก็คิดว่าอสม.ก็คงเข้าใจเพราะว่าคำ Wording มันก็ใช้คำที่ง่าย เข้าใจง่าย ในวีดีโอ ภาพมันน่าสนใจ ที่สำคัญมันมีเสียงด้วยค่ะ [หัวเราะ] มันมีเสียงเวลาสไลค์ค่ะ มันน่าสนใจหลายจุด หนูว่าโอเค หนูก็ศึกษาแป๊บเดียวก็ทำได้ [หัวเราะ]"

"เรื่องเกมอะค่ะ ไม่จำเป็นต้องเล่นกับ อสม. ก็ได้ เอาแต่เนื้อๆ มาดีกว่า จะได้เข้าใจมากขึ้น...การแนะนำตัวเอง คือ เค้ารู้จักกันแล้ว ไม่ต้องแบบว่าถาม ชื่ออะไร ชื่ออะไร"

"ตอนที่ทำที่ไม่ได้ทำตามแผน คือเรื่องเกมเราก็ข้ามไป เพราะคิดว่าไม่น่าจะใช้ได้"

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความเห็นว่าการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นก็ดี แต่ไม่มั่นใจว่าจะไปทำได้เพราะว่าก่อนหน้านี้เวลาไปปฏิบัติงานนั้นไม่ต้องมีขั้นตอน ไม่ต้องมีสื่อ ซึ่งขณะอบรมก็มีความรู้สึกท้อถอยด้วยเช่นกัน

"มันก็ยากตอนที่ลองสอนด้วยแผ่นพลิกอันนี้ [ชี้ไปที่ภาพพลิก] คือมันเขินปกติก็ไม่เคยทำให้หมอดู แต่พอมาทำมันยาก ก็คิดว่าทำไม่ได้ แต่หมอก็ให้กำลังใจ"

"ตอนอบรมก็ได้ แต่พอหมอมอบให้ไปทำคิดว่าทำไม่ได้ เครียด อุปกรณ์มีหลาย [เยอะ]"

"เปิดวีดีโอให้เราดู มีหนังสือมาแจก แล้วก็มีคำถาม แล้วก็ให้ซ้อมให้ดู ป้าไม่เคย มันยาก คิดว่าทำไม่ได้"

สำหรับในประเด็นที่แตกต่างคือการจัดกระบวนการเรียนรู้ของจังหวัดร้อยเอ็ดนั้น มุ่งเน้นในการเสริมพลังให้แก่ อสม. โดยใช้คำพูดเพื่อให้ อสม.เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เห็นได้จาก

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

“ให้กำลังใจ ก็พูดว่าทำได้ ลองทำก่อน”

“พี่คิดว่าเขาทำได้นะ แต่พอในกิจกรรมมันมีสื่อ มีอะไร มันก็เลยทำไม่ได้ พี่ก็บอกว่า ลองดูถ้าไม่ได้ค่อยมาบอก”

“หมอเพิ่นกะบอกว่า ทำได้ ทำไม่ได้ค่อยว่ากันใหม่”

“ยากคัก ก่อนๆ ก็ไปเว้าเอา เจอหน้ากันก็บอกเอา แต่อันนี้ต้องมีแผ่นพลิก ต้องมีสมุดน้อย ย่านทำบ่ได้”

“ก็บอก อสม. ว่าทำไปก่อน คนไหนทำไม่ได้ก็ให้มาบอก จะได้หาคนไปช่วย”

3. การดำเนินกิจกรรมจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชน

โดยการจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนโดย อสม. ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการตามแผนงานที่รูปแบบฯ ได้ออกแบบไว้ คือการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้านประชาชนจำนวน 2 ครั้ง ซึ่งให้บูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านปกติ ซึ่งพบว่าใช้กระบวนการใกล้เคียงกันซึ่ง อสม. สามารถประยุกต์ได้ตามบริบทของชุมชนตัวเอง และบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นเอง อาทิเช่น รูปแบบการจัดกิจกรรมรายครัวเรือน หรือรายกลุ่มครัวเรือน ผู้จัดกิจกรรมเป็น อสม. คนเดียว หรือ อสม. รายกลุ่ม หรือช่วงเวลาที่ดำเนินการ ซึ่ง อสม. จะสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ช่วงเวลาใดที่ครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบนั้นจะสะดวกมากที่สุด แต่พบว่า อสม. จังหวัดร้อยเอ็ดจะมุ่งที่ประเด็นการติดตามเอาใจใส่ดูแลกับครัวเรือนที่รับผิดชอบ ซึ่งสามารถแสดงเหตุผลได้ดังต่อไปนี้

ซึ่งพบว่ารูปแบบที่ อสม. เอาไปใช้มีทั้งไปจัดกระบวนการเรียนรู้รายครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยการดำเนินการคนเดียว ดำเนินการกับเพื่อนสนิท หรือการดำเนินการเป็นกลุ่ม ซึ่งแตกต่างกันไปตามวิถีทางของ อสม. และการจัดกิจกรรมนั้นอาจจะเป็นรายครัวเรือน หรือหลายๆ ครัวเรือนจัดกระบวนการเรียนรู้พร้อมกัน หรือช่วงเวลาการจัดกิจกรรมของ อสม.

“บางครั้งก็อันเดียว /สามสี่คน /บางเฮือนก็หลายคน/บางทีเค้าก็เฮ้ดงานนำกั๋น เฮาก็ไปสอนสองคน”

“ไปกันเป็นคู่...เพราะว่าเราซี้กัน”

“เป็นกลุ่มก็มี แล้วแต่”... “เป็นกลุ่มนี่น่าสิดีกว่าเพราะว่าเขาสิได้มีความมั่นใจกับเฮา”

“กลุ่มๆดีช่วยกันพูด ช่วยกันเตรียม....เพราะจะได้มีความรู้ ช่วยกัน หลายหัวดีกว่าหัวเดียว”

“เข้าไปทีละหลังคาเรือน” อสม.จังหวัดชัยภูมิ *“บางทีวันหนึ่งก็ 2 หลัง 3 หลังพร้อมกัน”*

“ไปพร้อมกันตรงเย็บผ้า แม่บ้านรวมอยู่ตรงนั้นตอนเที่ยง พวกเราก็ไปหลายคน เวลาเขาถามกลับก็ช่วยกันตอบ”

“ส่วนใหญ่จะไปช่วงเย็น”

“มาตอนเช้าก็ไม่เห็น ส่วนมากอยู่ตอนเย็น ประมาณ 4-5โมง”
“ตอนเย็นเนี่ย สี่โมง...สี่โมง ห้าโมง ตอนเช้าไปทำงาน ตอนเย็นเลิกงานมา มาแนะนำ”

“เราก็รู้ เราก็ไม่ชอบเวลาเรางานยุ่ง...ช่วงเช้าก็ยุ่ง...ช่วงเย็นเราก็ยุ่งเนาะ...5-6 โมง...ไปรับจ้างกลับมาก็ สี่โมง ห้าโมงแล้ว ก็ไปนัดเขาไว้ให้เขาบอกว่าอยากให้เราไปตอนไหน”

กิจกรรมที่ อสม. ไปดำเนินการคือดำเนินการตามรูปแบบกิจกรรมที่กำหนดคือดำเนินการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยการลดอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และครั้งที่ 2 คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามผลของการดำเนินการ

“ก็มีหนังสือที่มาแจกให้ ก็แนะนำว่าไปกินอย่างงี้ๆ ไปทำสุก ดูซิว่ากินอะไรแต่ละวันนิในสมุดน้อย”

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

“เอาของไปแจก เอาภาพพลิก เอาสมุดคู่มือ สมุดเล่มเล็ก”

“ก็ไปสอนตามแผ่นๆ แต่ก็ชี้ๆเอา ไม่ได้พูดตามข้างหลังหมดดอก แล้วก็บอกจำไม่ได้ก็ให้อ่านเอาในสมุดน้อย แล้วก็บันทึกให้หน่อย”

โดยประเด็นที่หลังจากที่ อสม. ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ประชาชนแล้วนั้น พบว่าประชาชนเกิดความพึงพอใจที่ อสม. ได้มาดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้าน เห็นได้จาก

“เมื่อก่อนเราก็ไม่ค่อยจะรู้นะว่ามันเป็นยังไง เป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับเป็นแบบไหนเค้าก็มาสอน รู้ว่าเค้าให้ป้องกันแบบไหนต้องกินอาหารแบบไหน”

“ชอบตรงที่เค้าให้เราป้องกันโรค [เสียงแทรกมาว่า ไม่ให้กินของดิบ]”

“ชอบที่แบบว่ามีเรื่องอะไรเค้าจะมาแนะนำเราให้เรารู้เกี่ยวกับโรคกับอะไรเนี่ยจ้ะก็ดีจ้ะ เพราะว่าแต่ก่อนเราไม่เคยรู้เลยไม่เคยมีใครไปแนะนำเรา”

“ชอบเค้ามาให้ความรู้ เค้าแนะนำเข้าใจดีจ้ะ” ... “ชอบที่เค้ามีความรู้ให้เรามากขึ้น จากที่เราเคยรู้นิดเดียวข้อมูลก็เยอะขึ้นหน่อย”

“มีประโยชน์เพราะว่าเขาอยากให้เราไม่เป็นโรค เขาถึงแนะนำมาสอนให้เรากินอาหารสุกๆ ไม่ให้กินอาหารสุกๆ ดิบๆ...เราก็จะไม่เป็นโรคใบไม้ในตับไง”

สำหรับประเด็นที่มีความแตกต่างพบว่าในจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นมีการติดตามเอาใจใส่ดูแล ซึ่งสะท้อนจากประชาชนที่ได้รับการจัดกิจกรรมจาก อสม. ว่าประทับใจในการเอาใจใส่ดูแลของ อสม. ซึ่งเอาใจใส่ดูแลในทุกๆ ด้าน ซึ่งพบว่าด้านดังกล่าวเป็นด้านที่เกิดความแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้การดำเนินการเกิดการแตกต่างกันได้

“ประทับใจการติดตาม ถามว่าเออเป็นจังใด๋คั้นว่าบ่ซำบายก็มาวัดไข้ให้ คือว่านี่ก็ประทับใจอยู่ค่ะ คือว่าเฮาบ่ต้องนั่น เฮาก็ดีใจที่มาเบิ่งเฮาว่าเออมีใครมีหยังบ่”

"เดียวกัน เพิ่นก็เอาใจใส่ดูแลแนะนำ ดูแลดีค่ะ เข้าถึงได้ดีค่ะ" "ประทับใจเมิดละค่ะ เว้าก็เว้าดีบ่ได้ยา บ่ได้อิหยังเพิ่นก็มาหา" "อยากเว้าอย่างนึงละเนาะ อสม.ดุ [บ่อย] อสม.ออกพื้นที่ดุ"

"อสม. น่าจะมาตั้งนานแล้วมาให้ความรู้เขา"

"คือเจ้าไปอบรมมาแล้วก็มาแนะนำเฮาต่อ เฮาก็รับฟังไว้ ก็สิพยายามปฏิบัติตาม"

"ดีมากๆเลยล่ะจ้ะ เพิ่นแนะนำข้อมูล [เสียงแทรกมาว่า สุขภาพร่างกายเพิ่นก็ไปตรวจ]"

"เค้าสอนให้เรามีความรู้ให้รู้ว่าเราจะป้องกันแบบไหน ทำยังไงมันถึงจะไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ เป็นแล้วมันรักษายากต้องไปนอนโรงบาลเสียเวลาอีก"

"ประโยชน์กับเรามากเลยค่ะ...จากที่ไม่เคยสนใจไม่เคยอะไร เห็นตัวเห็นอะไรอย่างนี้ก็กลัว"

"ก็ชอบหลายๆ ได้ยินอะไรมาเขาก็มาบอกให้ ก็มี อสม เนี่ยแหละ ไปอบรมมาก็มาบอก"

4. การดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินกิจกรรมนวัตกรรมในพื้นที่

ในประเด็นเรื่องการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินกิจกรรมนวัตกรรมในพื้นที่ ซึ่งในการเก็บข้อมูลนั้นพบว่า แต่ละพื้นที่ดำเนินการยังไม่เกิดการวางแผนการดำเนินการเพื่อให้เกิดนวัตกรรมขึ้นในพื้นที่ อันเนื่องมาจากคิดว่าการดำเนินกิจกรรมที่สำนักสื่อสารฯ ออกแบบมานั้นเพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว

"เราอำเภอเล็กก็คุยกันอยู่ว่ายังไง คือก็ไม่แน่ใจว่าอันนี้ใช่ไหม อันนั้นใช่ไหม ก็ยังวางแผนกันอยู่"

"คิดว่าน่าจะยากเพราะว่านี้ก็ยังทำตามรูปแบบอาจารย์ยังไม่หมดเลยคิดว่า พี่ๆ คนอื่นน่าจะทำได้ สำหรับพื้นที่ผมก็ดูก่อน"

"ก็พยายามถามเพื่อนๆ ว่าทำอะไร แบบไหน กับวันนั้นไม่ได้มาก็ไม่ค่อยเข้าใจเท่าไร แต่ก็จะพยายาม"

5. การนิเทศและติดตามผลการดำเนินการ

การนิเทศและติดตามผลการดำเนินการนั้นมุ่งเน้นในการศึกษาแนวทางในการนิเทศและติดตามผลการดำเนินการเชิงระบบ ซึ่งจะเล็งเห็นว่าปัจจัยดังกล่าวจะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นการดำเนินการ ซึ่งผลการประเมินพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีระบบการติดตามที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดคือระบบการติดตามการดำเนินการของรูปแบบที่สาธารณสุขอำเภอติดตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามผลการดำเนินการของ อสม. โดยบูรณาการกับการประชุมประจำเดือน และกับกิจกรรมโรงเรียน อสม. ตามลำดับ เห็นได้จาก

"คืออย่างผมก็พยายามติดตามผ่านการประชุมประจำเดือน ก็จะมีท่านรองสาธารณสุขอำเภอที่เป็นคนรับผิดชอบหลัก ท่านก็จะติดตามอย่างสม่ำเสมอ คือ ความสามารถของ อสม แต่ละคนก็ไม่เท่ากันคนหนึ่งเก่ง คนหนึ่งอยากเป็นจิตอาสา แล้วการที่เราถ่ายทอดให้เพื่อบอกต่อกับชาวบ้าน จะมีกี่เปอร์เซ็นต์ที่สามารถสอนได้อย่างคล่องแคล่วตามที่เราคาดหวังไว้ คือผมก็จะพยายามติดตามทั้งกระบวนการและติดตามทั้งผลลัพธ์สุดท้าย เพื่อนำไปเรียนรู้ต่อไป"

"ก็ถามๆ อสม. ในวันที่เขามารวมกันว่าเป็นยังไง ทำได้ไหม"

"ก็มีบางหลังคาเรือนที่ชาวบ้านเค้าคล้ายๆว่า ยัง ยังไม่เชื่อใจอสม.อะครับ ก็บอกว่ามี มีบ้านหลังไหน วิธีแก้ปัญหาคือ ให้เค้าไปด้วยกันหลายๆคน ให้จับกลุ่มกันไป เพราะว่า บางครั้งเดินเดี่ยว บางครั้งเนื้อหามันอาจไม่ได้บางช่องก็จะมีปัญหาอยู่อะครับ"

"คือ อสม.ของผมนี้ คือ ก็จะมีคนที่มีอายุเยอะ บางช่องเค้าก็ว่างไว้ แล้วก็จะมาลงที่หลังครับอาจารย์ มันไม่เป็นปัจจุบันครับ"

ตอนที่ 3.4 ผลการประเมินผลผลิตของโครงการ (Product Evaluation)

ในการประเมินผลการประเมินผลผลิตของโครงการ (รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โดยผู้วิจัยพิจารณาใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประเมินผลจาการแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (2) พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชน และ (3) นวัตกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยประเมินจากแบบรายงานนวัตกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผลการประเมินผลผลิตของโครงการนั้นได้นำเสนอในส่วนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ระหว่างหน้า 54 – 86) เรียบร้อยแล้ว ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Service-based Process) ซึ่งหมายถึงการประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

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

หากแต่พบว่ามีเพียงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนรู้โดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่มีความแตกต่างกันในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 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 พื้นดำเนินการ และรายพื้นที่ดำเนินการได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดชัยภูมิมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง)

หากเปรียบเทียบผลระหว่างพื้นที่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันซึ่งพบว่าจังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดสกลนคร และจังหวัดชัยภูมิตามลำดับ

สำหรับในด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น พบว่ามีความแตกต่างในระหว่างพื้นที่เช่นกัน ซึ่ง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้ ประชาชน เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันซึ่ง พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีค่าเฉลี่ยผลต่างของมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสกลนครตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการดำเนินการร่วมกันในระดับชุมชน (Community-based Process) ซึ่งหมายถึงการประเมินนวัตกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองมากนัก โดยมีพื้นที่ที่พัฒนานวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 26.19 ซึ่งทุกนวัตกรรมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน