

**การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบ
เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ**
**Motivation for changing raw eating behavior to prevent tapeworm
and liver fluke**

เสาวลักษณ์ ทาแจ้¹, ลักษณะ พรชัย², อุมพร เคนศิลา³ และวนิดา ทุมสะกะ⁴

¹อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
โทร. 042-292036-8 Email: saowaluk@rtu.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาคำ จังหวัดอุดรธานี
โทร. 081-9653391 Email: pornchai@warnes.co.th

³เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาคำ
จังหวัดอุดรธานี โทร. 061-0488200

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มุ่งพัฒนากระบวนการสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ โดยศึกษาในหมู่บ้านนาดอน ตำบลหนองนาคำ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2559 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 16 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 2 คน โดยมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต 4) การสะท้อนการปฏิบัติการ โดยการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด 2 ครั้ง โดยร่วมกันประเมินผล แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและผลลัพธ์การปฏิบัติเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและร่วมกันสรุปทบทวน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะเวลา 6 เดือน เป็นผลจากกระบวนการสร้างแรงจูงใจจาก อสม.และทีมสุขภาพรวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ กลุ่มเสี่ยงทั้ง 40 คน มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบระดับมาก จำนวน 36 คน (ร้อยละ 90) ระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10) และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดิบ ระดับมาก จำนวน 31 คน (ร้อยละ 77.5) ระดับปานกลาง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.5)

คำสำคัญ: การสร้างแรงจูงใจ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การรับประทานอาหารดิบ, โรคพยาธิตัวตืด โรคพยาธิใบไม้ในตับ

Abstract

This Participatory Action Research aims to develop a motivation for changing raw eating behavior to prevent tapeworm and liver fluke in Na Don subdistrict, Nong Na Kham district, Udon Thani Province during July to December 2016. The study population was at risk for eating raw foods regularly 40 people. The research team consisted of 16 village

health volunteers, 2 community leaders, 2 professional nurses. There are 4 steps in this research: 1) Planning 2) Practice 3) Observation and 4) Reflection which conducted by brain storming and reflection technique twice. The process will be jointly evaluated. Exchanging opinions reflects the feelings and results of practice to set effective practices and jointly summarize lessons. Data analysis was using descriptive static such as frequency distribution, percentile for quantitative data and qualitative data was using content analysis.

The results findings showed the risk of eating raw foods on a regular basis is increased and the behavior can be adjusted in 6 months as a result of the process of motivation. Volunteers and health teams include community participation; have led to the risk of 40 people with knowledge of the dangers of raw food. There were 36 cases (90%) with moderate level (10%) and 31 patients (77.5%) with moderate changes in eating habits. (22.5%)

Keywords: Motivation, Raw eating behavior, Tapeworm Disease, Liver fluke

บทนำ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารดิบอยู่คู่สังคมไทยมาตั้งแต่โบราณกาลจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยที่มีความนิยมอาหารประเภทเนื้อหมู เนื้อวัว ดิบหรือสุกๆ ดิบๆ อย่างแพร่หลาย ได้แก่ ลาบ ก้อย ลาบเลือด ย่างเสีอร้องให้ แหนมหมู หม่าเป็นต้น ส่วนเมนูเนื้อปลา กุ้ง หอยดิบ ได้แก่ ปลาแร่ ปลาส้ม ปลาจ่อม ก้อยปลา ลาบปลา กุ้งเต้น ลวกหอย เป็นต้น (อุมาพร ทาไรสง, 2555) อีกทั้งปัจจุบันอาหารญี่ปุ่นประเภทซูชิ ซาซิมิ หรือการรับประทานปลาดิบที่กำลังได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั้งในสังคมไทยและทั่วโลกนั้นล้วนเพิ่มโอกาสเสี่ยงให้คนเกิดโรคพยาธิตืดหมู ตืดวัวและการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับทั้งสิ้น

อันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากพยาธิ ได้แก่ โรคพยาธิตัวตืดหมู ตืดวัว ตัวอ่อนของพยาธิที่อยู่ในอวัยวะต่างๆ ในร่างกายคนผ่านจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนไข่พยาธิ เช่น ผักสด เนื้อหมู เนื้อวัวดิบที่มีตัวอ่อนของพยาธิ เมื่อพยาธิเข้าสู่ร่างกาย ตัวอ่อนจะฟักออกจากไข่แล้วไชทะลุลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดหรือน้ำเหลืองไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง สมอง ตา หัวใจ ตับ ปอด ไช้สันหลัง เป็นต้น แล้วเกิดเป็นถุงซิสต์บริเวณที่ตัวอ่อนฝังตัวอยู่ เรียกว่า ซิสต์ซีเรอร์คิส (Cysticercus) โดยลักษณะของตัวอ่อน ประกอบด้วย ส่วนหัว (Scolex) และส่วนคอ (Neck) อยู่ตรงกลางถุงซิสต์มีรูปร่างคล้ายเม็ดสาคู เรียกว่า พยาธิเม็ดสาคูในเนื้อหมู ทำให้เกิดโรคซิสต์ซีเรอร์คิส (Cysticercosis) โดยอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของซิสต์ เช่น กรณีอยู่ในใต้ผิวหนังจะเกิดก้อนใต้ผิวหนัง หากอยู่ที่ตาจะทำให้มีอาการปวดตา ตาพร่ามัว สายตาคิดปกติหรือตาบอด เป็นต้น แต่ถ้าซิสต์นี้เกิดขึ้นในเนื้อสมองอาจทำให้เกิดอาการชัก มือและเท้าชา เป็นลม วิงเวียน หรืออาจจะมีอาการปวดศีรษะเนื่องจากซิสต์ไปอุดทางเดินน้ำไขสันหลังทำให้ความดันในสมองสูงทำให้เกิดโรคนิวโรซิสต์ซีเรอร์คิส (Neurocysticercosis) และหากมีอาการรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (อุมาพร ทาไรสง, 2555; คณะวิทยาศาสตร์ มหิดล, 2557) สำหรับกรณีที่ตัวอ่อนของพยาธิเข้าสู่ประสาทส่วนกลางสามารถทำให้เกิดโรคลมชัก (Epilepsy) ถึงร้อยละ 30 นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 80 ของประชากรจาก 50 ล้านคนทั่วโลก เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักอันเกิดจากพยาธิตัวตืดเป็นสาเหตุ ส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (WHO., 2017) สำหรับประเทศไทยพบโรคพยาธิตัวตืดหมูมากในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือเนื่องจากรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบ น้ำตกหมู แหนม ผักสด ผลไม้สด เป็นต้น

สำหรับอันตรายต่อสุขภาพของพยาธิใบไม้ในตับ มีผู้ตรวจพบปรสิตตัวนี้ประมาณ 13.5 ล้านคนทั่วโลก โดยการติดเชื้อเกิดจากการรับประทานสัตว์น้ำจืดดิบที่มีพยาธิ เช่น ปลาชิว ปลาขาว (ปลาที่มีเกร็ด) กุ้ง หอย ผักในหนองน้ำที่เกิดเองตามธรรมชาติ เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ร่างกายมันจะเคลื่อนย้ายจากลำไส้ซอนโซเข้าไปอาศัยอยู่ในถุงน้ำดี ท่อน้ำดีโดยที่พยาธิใบไม้สามารถอาศัยในร่างกายของคนได้นานถึง 50 ปี โดยไม่แสดงอาการ นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดีและโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชือกอโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นสาเหตุการตายของคนทั่วโลก (Deborah Graefer.,2017) จากข้อมูล พ.ศ.2557 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดในโลกโดยมีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.2 และระดับหมู่บ้านมีความชุกร้อยละ 90 ซึ่งสูงมาก รองลงมาคือภาคเหนือพบร้อยละ 5.2 ในระดับหมู่บ้านมีความชุกร้อยละ 45.6 ส่วนใหญ่พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ในตับมีต้นทุนการรักษาสูงประมาณ 500,000 บาทต่อคน นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยจะรู้ตนเองอีกทีว่าป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีก็ต่อเมื่ออยู่ในระยะท้ายๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก (สำนักข่าวเจาะลึกระบบสุขภาพ, 2559)

จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่ามีประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับและมีข้อมูลอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของปี พ.ศ. 2553-2555 คือ 46.9; 47.1; 45.2 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลของโรคพยาธิตัวตืดของจังหวัดอุดรธานียังไม่พบรายงาน ทั้งนี้ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายของที่จะเร่งกำจัดพยาธิใบไม้ในตับและลดการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในเวลา 8 ปี คือ พ.ศ.2556-2564 โดยมุ่งลดจำนวนการป่วยจากพยาธิใบไม้ตับเหลือไม่เกินร้อยละ 5 และลดอัตราการตายจากมะเร็งท่อน้ำดีให้เหลือไม่เกิน 20 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเมื่อแยกรายตำบลตามระดับความเสี่ยงมากและความเสี่ยงต่ำ พบว่า ตำบลหนองนาคำเป็นหนึ่งในเขตพื้นที่สีแดงที่มีความเสี่ยงระดับมาก (สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรธานี, 2558) จากข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองนาคำ (รพ.สต.) บ้านนาดอนเป็นหนึ่งในหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบที่มีประชากรมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับมากที่สุด โดยผลการคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2557-2559 พบปัจจัยเสี่ยงหลัก 2 ลักษณะ คือ 1) ญาติสายตรงป่วย/ ตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 17.1 พ.ศ. 2558 ร้อยละ 17.4 และพ.ศ. 2559 ร้อยละ 16.8 ปัจจัยที่ 2) กลุ่มเป้าหมายอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่รับประทานปลาดิบ พ.ศ. 2557 ร้อยละ 28.5 พ.ศ.2558 ร้อยละ 31.4 และพ.ศ. 2559 ร้อยละ 32.7 ตามลำดับ จากข้อมูลทำให้เห็นได้ว่ามีแนวโน้มประชากรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 1 ราย และอยู่ในช่วงการเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับในประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์ ความชุกของการเกิดโรค และลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคซิสติเซอร์โคซิส (Cysticercosis) โรคนิวโรซิสติเซอร์โคซิส (Neurocysticercosis) โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิตัวตืดส่วนใหญ่เกิดภาวะโลหิตจางอีกด้วย (Isaacs, R., Sturgis, C. C., & Smith, M., 1928) จากการศึกษาของแวกกลา ทาสาลี (2544) ได้เปรียบเทียบความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับ การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิตัวตืดก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับทราบปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการตามแผน และรวมประเมินผลเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิตัวตืดก่อนและหลังการดำเนินงานของประชาชน พบว่า หลัง

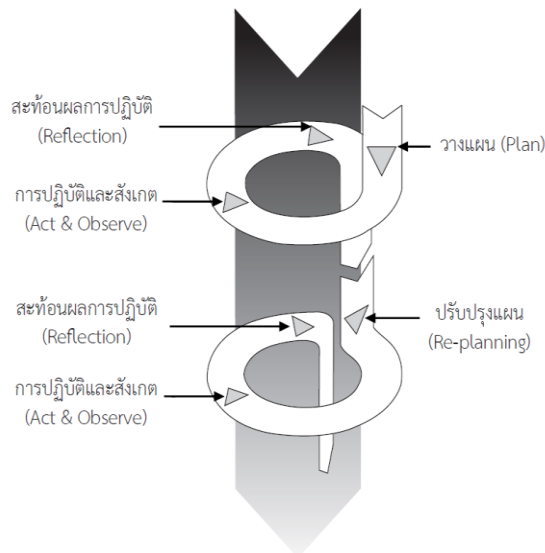
ดำเนินการประชาชนมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวของประชาชนมีระดับดีขึ้นก่อนการดำเนินการ อย่างไรก็ตามการลดอุบัติการณ์เกิดโรคพยาธิโรคพยาธิใบไม้ในตับและพยาธิตัวตืดของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต้องเกิดจากความต้องการของตัวบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ซึ่งนั่นบุคคลต้องเกิดความตระหนัก เกิดความใส่ใจในสุขภาพ ได้วิเคราะห์ตนเองและเห็นโทษของพยาธิที่มีต่อสุขภาพ รวมทั้งยอมรับว่าการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆนั้นเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบและวิธีการป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ
2. พัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของเคมมิสและแมคทาากาท ในการศึกษาสถานการณ์และมุ่งพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ ร่วมกันกับกลุ่มเสี่ยงและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน โดยมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) (Kemmis & Mc Taggart, 2007 อ้างถึงใน วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)



ภาพที่ 1 วงจรการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคทาากาท (Kemmis & Mc Taggart, 2007 อ้างถึงใน วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2559 รวม 6 เดือน ตามกระบวนการของเคมมิสและแมคทาเกท (Kemmis & Mc Taggart, 2007) มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ตลอดการวิจัยมีการสร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกชุมชนที่สนใจเข้าร่วมวิจัยและมีการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ เพื่อร่วมเรียนรู้และหาข้อมูลเพิ่มเติม เมื่อพบปัญหาและอุปสรรคในระหว่างดำเนินการได้นำประเด็นที่พบไปคิดวิเคราะห์ร่วมกันกับชุมชนจนได้แนวทางในการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) หมายถึง ประชากรที่อาศัยอยู่ในบ้านนาดอน หมู่ 16 ตำบลหนองนาคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาคำ

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) หมายถึง กลุ่มประชากรที่มาร่วมกิจกรรมที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) อ่านและเขียนหนังสือได้ อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่การวิจัยไม่ต่ำกว่า 1 ปี ได้แก่กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมโดยแสดงความยินยอมด้วยวาจา (Verbal/ by action)

การเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำที่มาเป็นผู้ร่วมวิจัยในระบบฐานข้อมูลสุขภาพ รพ.สต. หนองนาคำ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาคำในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพและจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำที่มีในเขตพื้นที่การวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งขอความร่วมมือจากกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลสุขภาพและการยินยอมเป็นผู้ร่วมวิจัยรวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผู้ร่วมวิจัย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 16 คน 2) ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน 3) พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 1 คน โดยกลุ่มผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจ ภายในเวลา 6 เดือน ให้กับกลุ่มเสี่ยงในทุกขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดิบตามกระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Stages of Change model) ของ Prochaska, Norcross และDiclemente (2006)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 อย่าง ได้แก่ 1) ผู้วิจัย 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการรับประทานอาหารดิบ 4) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบ 5) แนวทางสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 6) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 7) แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีคุณภาพที่จะนำไปทำการวิเคราะห์และตอบปัญหาการวิจัยได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** การวิจัยครั้งนี้ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือแล้วผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่นำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้

2) **การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล** ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่มาจากแนวทางเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีเนื้อหาที่น่าเชื่อถือที่สุด โดยได้ใช้หลักเกณฑ์จากวิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าของ สุกางค์ จันทวานิช (2552) คือ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล 2) ตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart, 2007) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) **ขั้นตอนการวางแผน (Planning)** โดยมีการศึกษาสถานการณ์และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปจากประชาชนหมู่บ้านนาตอน หมู่ 16 จำนวน 150 หลังคาเรือน (644 คน) พบ ผู้ที่มีประวัติการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ได้แก่ ปลาดิบ หมูดิบ เนื้อวัวดิบ กุ้ง หอย ผักสดที่เกิดเองตามแหล่งน้ำธรรมชาติ และผักสดที่ใช้มูลสัตว์เป็นปุ๋ยโดยที่อาจล้างไม่สะอาดก่อนนำมารับประทาน จำนวน 169 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน 2) กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นบางครั้ง จำนวน 129 คน ซึ่งเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและพยาธิตัวตืด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาปรึกษากับชุมชนโดยการจัดเวทีประชุมชาวบ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน และผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เป็นผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 16 คน 2) ผู้นำชุมชน คือ กำนันและรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมจำนวน 2 คน 3) พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 1 คน โดยให้ผู้ร่วมวิจัยได้ยืนยันข้อมูล รับทราบปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยได้ช่วยกันออกแบบกิจกรรมการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตับและพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับในชุมชน

2) **ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)** หลังจากได้รับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและการยืนยันข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็จริงที่สุด จากนั้นได้นำแผนที่ได้วางแผนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ร่วมวิจัยมาลงมือปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยทั้งระยะเวลาให้กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ลงมือปฏิบัติตามแผน เป็นเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างพันธสัญญาร่วมกันกับชุมชนต่อสู้ภัยพยาธิ 2) สร้างแกนนำ อสม. ยุคใหม่สู้ภัยพยาธิ 3) เยี่ยมบ้านให้ความรู้เพื่อต่อสู้ภัยพยาธิ 4) ประชาสัมพันธ์ความรู้สู่พยาธิสู่ประชาชน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

2.1) สร้างพันธสัญญาร่วมกันกับชุมชนต่อสุขภาพ ในเวทีประชุมชาวบ้านที่ศาลากลางบ้านนาดอน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน และผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เป็นผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันนั้น เมื่อได้ทำการคืนข้อมูลให้กับชุมชนรวมทั้งได้มีการวางแผนร่วมกันแล้ว เมื่อกลุ่มเสี่ยงได้วิเคราะห์ตนเองและยอมรับในปัญหาและพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบจึงได้มีการสร้างพันธสัญญาร่วมกัน โดยกลุ่มเสี่ยงได้เขียนพันธสัญญาหัวใจโดยได้ติดแผ่นกระดาษที่กลุ่มเสี่ยงแต่ละคนได้เขียนคำมั่นสัญญาไว้และได้นำไปติดที่บอร์ดของหมู่บ้านที่ศาลากลางบ้านนาดอนเพื่อเป็นสิ่งที่เตือนใจตนเองในการมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบในระยะเวลา 6 เดือน

2.2) สร้างแกนนำ อสม. ยุคใหม่สุขภาพ หลังจากได้จัดเวทีประชุมชาวบ้านผ่านไป 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับขึ้นโดยเนื้อหาการทบทวนวรรณกรรมและตำราต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการรับประทานอาหารดิบ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบ แนวทางสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จากนั้นผู้วิจัยได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกับ อสม. ทั้ง 16 คน ที่มีจิตอาสาสมัครเป็นแกนนำในการสุขภาพ ผู้นำชุมชน 2 คนและพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลประจำหมู่บ้านนาดอน โดยมีการนำคู่มือดังกล่าวมาเป็นสื่อในการให้ความรู้กับกลุ่ม อสม. ทั้ง 16 คน และได้แบ่งเขตความรับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. เพื่อให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน โดยแบ่งได้ 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมี อสม. 2-3 คน ต่อกลุ่มเสี่ยง 8 คน จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือดังกล่าวให้กับกลุ่ม อสม. เพื่อนำไปใช้เป็นที่ปรึกษาในการอ่านเพิ่มเติมความรู้และนำไปมอบความรู้และแจกคู่มือให้กับกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับพยาธิกับการรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆดิบๆ ให้กับกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาในระหว่างการทำกิจกรรมเยี่ยมบ้าน

2.3) เยี่ยมบ้านให้ความรู้เพื่อต่อสุขภาพ โดย อสม. ทั้ง 16 คน ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ. สต. ได้ทำการเยี่ยมบ้านให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจโดยการให้ความรู้ คำปรึกษา ให้กำลังใจคอยสอบถามปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันให้กับกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบ โดยมีการเยี่ยมบ้านแบ่งเขตหน้าที่รับผิดชอบ 5 กลุ่ม แต่ละทีมประกอบด้วย อสม. 2-3 คน ต่อกลุ่มเสี่ยงจำนวน 8 คน รวมกลุ่มเสี่ยงจำนวน 40 คน ใน 1 เดือน ทำการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อกลุ่ม (รวม 4 ครั้งต่อกลุ่ม) เดือนที่ 2 ทำการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อกลุ่ม (รวม 2 ครั้งต่อกลุ่ม) เดือนที่ 3 – เดือนที่ 6 ทำการเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้งต่อกลุ่ม (รวม 1 ครั้งต่อกลุ่ม) โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ได้เข้าร่วมเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม อสม. 5 กลุ่ม อย่างน้อยกลุ่มละ 2 ครั้งต่อเดือน ตลอดระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเรียนรู้กระบวนการไปด้วยกัน อย่างไรก็ตามสาเหตุที่พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ไม่สามารถเข้าร่วมเยี่ยมบ้านกับ อสม. ได้ทุกครั้งเนื่องจากทาง รพ.สต. มีบุคลากรน้อยและมีภารกิจอื่นๆใน รพ.สต. มาก ดังนั้นจึงได้สร้างแกนนำ อสม. ยุคใหม่สุขภาพมาเป็นแกนหลักในการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำและมีพยาบาลวิชาชีพติดตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของกลุ่ม อสม. รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาตลอดการดำเนินงานให้กับกลุ่ม อสม.

นอกจากการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับแล้ว ในการเยี่ยมบ้านยังมีการใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการรับประทานอาหารดิบและใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบ ก่อนและหลังให้ความรู้และมอบคู่มือให้กับกลุ่มเสี่ยง ในแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้แบ่งทีมกันไปและคอยสังเกตการณ์การทำงานเยี่ยมบ้านของ อสม. และพยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. เยี่ยมบ้าน

ร่วมกับ อสม. และมีพยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งในการเยี่ยมบ้านผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกตลอดการดำเนินการ

2.4) ประชาสัมพันธ์ความรู้สู่ประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้านในการประกาศเกร็ดความรู้และรณรงค์การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆดิบๆ ในชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้งในเดือนแรก เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ประกาศความรู้ผ่านเสียงตามสาย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เดือนที่ 4-6 ประกาศความรู้ผ่านเสียงตามสายเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้เนื้อหาความรู้ในคู่มือเป็นองค์ประกอบ ทั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกตลอดการดำเนินการวิจัย

3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) การวิจัยครั้งนี้มีการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ทำการสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบของกลุ่มเสียงและประชาชน โดยผู้วิจัยทำการสังเกตทุกกระบวนการตลอดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการไปร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น ไปร่วมงานบุญประจำปีที่วัดสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบ สังเกตลักษณะของอาหารที่คนในชุมชนใช้ในงานเลี้ยง งานบุญต่างๆ อาหารที่รับประทานที่บ้านเมื่อผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และระหว่างการประชุมระดมสมองสะท้อนคิดสังเกตแนวความคิดเห็น ทักษะคติ ความเชื่อที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารดิบ เป็นต้น ขณะสังเกตมีการจดบันทึกด้วยทุกครั้ง

3.2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non- Participant Observation) ผู้วิจัยคอยสังเกตการณ์อยู่ห่างๆโดยไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวและไม่ได้มีส่วนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ บางสถานการณ์ผู้วิจัยอาจอยู่ในบริเวณเดียวกันหรืออยู่นอกบริเวณเหตุการณ์ที่สังเกต เช่น การนั่งรับประทานอาหารตามร้านค้าต่างๆในหมู่บ้านโดยการสังเกตการสั่งเมนูอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ เช่น ส้มตำปูปลาดิบ ก้อยดิบ กุ้งเต้น เป็นต้น และผู้วิจัยนำเหตุการณ์ที่สังเกตได้มาจดบันทึกรายละเอียดในสิ่งที่พบเห็นตามความเป็นจริงโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นสำคัญ

4) ขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) มีการจัดประชุมระดมสมองสะท้อนคิด 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 3 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1) การประชุมระดมสมองสะท้อนคิดครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนำเสนอผลการดำเนินการใน 3 เดือนแรก ต่อผู้ร่วมประชุมและเปิดโอกาสผู้ร่วมประชุม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสียงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำจำนวน 40 คน และผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม จากนั้นได้เชิญ อสม. 1 ท่าน อายุ 35 ปี ที่มีจิตอาสาในการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต กล่าวคือ ที่ผ่านมามีพฤติกรรมรับประทานอาหารดิบมาประมาณ 20 ปี จากนั้น ปี พ.ศ. 2559 รพ.สต.หนองนาคำได้มีการคัดกรองผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับในกลุ่ม อสม. ผลตรวจพบว่า อสม.รายนี้มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับและได้รับการรักษาด้วยการกินยาถ่ายพยาธิ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้สะท้อนความรู้สึก เสนอความคิด วิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาและอุปสรรคข้อเสนอนะ รวมทั้งร่วมกันเสนอหาแนวทางแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหารดิบเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและพยาธิตัวตืดในกลุ่มเสียง และนำประเด็นที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหามาปรับปรุงแผนการปฏิบัติ ดำเนินการต่อไปอีก 3 เดือน

4.2) การประชุมระดมสมองสะท้อนคิดครั้งที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอผลการดำเนินการตลอด 6 เดือน ต่อผู้ร่วมประชุมซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการประชุมระดมสมองสะท้อนคิดครั้งที่ 1 โดยได้ร่วมกันสรุปบทเรียนจากการได้ร่วมเรียนรู้กระบวนการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันพยาธิตัวตืดและพยาธิ

ใบไม้ในดับ จนเกิดเป็นแนวทางป้องกันพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยรวมทั้งข้อเสนอแนะที่ได้จากที่ประชุมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งในระดับ รพ.สต. ครอบครัว ชุมชน และในการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยก่อนการดำเนินการ จากข้อมูลการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน พบว่า สถานการณ์พฤติกรรมรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆดิบๆ ร้อยละ 100 ได้แก่ ปลาสดดิบ ปลาจ่อมดิบ ส้มไข่ปลาดิบ ก้อยปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ ลาบหมูดิบ ลาบเนื้อวัวดิบ ผักสดที่ขึ้นเองตามหนองบึง ผักสดที่ใช้มูลสัตว์เป็นปุ๋ย เป็นต้น โดยเฉพาะผักสด กลุ่มเสี่ยง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 70) มีความคิดเห็นว่าเป็นผักขึ้นเองตามธรรมชาติ บ้างก็ว่าเป็นผักที่ปลูกเองใช้มูลสัตว์เป็นปุ๋ยเป็นผักปลอดสารพิษ จึงไม่ค่อยใส่ใจในการล้างทำความสะอาดเท่าที่ควรซึ่งอาจทำให้ไข่หรือตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ในดับและพยาธิตัวตืดที่ติดมากับผักสดที่ล้างไม่สะอาดหรือไม่ผ่านการล้างเลยเข้าสู่ร่างกายผ่านการรับประทานได้ และกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบ ระดับมาก 9 คน (ร้อยละ 22.5) ระดับปานกลาง 20 คน (ร้อยละ 50) ระดับน้อย 11 คน (ร้อยละ 27.5)

หลังจากได้มีการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคทาากาท (Kemmis & Mc Taggart, 2007) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) สำหรับในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารดิบในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 40 คน ได้ดำเนินการตามรูปแบบขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change model) ตามแนวคิดของ Prochaska, Norcross และ Diclemente (2006) เพื่อประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่1 ไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) ขั้นที่2 ขั้นลังเลใจและขังใจ (Contemplation) ขั้นที่3 ขั้นเตรียมตัว (Preparation) ขั้นที่4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นที่5 ดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance) ขั้นที่6 ขั้นสิ้นสุด (Termination) โดยผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) จากการจัดเวทีประชุมชาวบ้าน ผู้วิจัยได้นำเสนอสถานการณ์ในหมู่บ้านนาคอนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารดิบที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและโรคพยาธิใบไม้ในดับ โดยให้ผู้ร่วมประชุมได้ยืนยันข้อมูล พบว่า กลุ่มเสี่ยงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหารดิบเป็นประจำ จำนวน 40 คน ซึ่งอยู่ขั้นที่1 ไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) โดยผลจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการรับประทานอาหารดิบ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบ มีกลุ่มเสี่ยงจำนวน 14 คน (ร้อยละ35) ไม่เคยคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารดิบภายใน 6 เดือนข้างหน้า และมีกลุ่มเสี่ยงจำนวน 26 คน (ร้อยละ65) อยู่ในขั้นที่2 ลังเลใจและขังใจ (Contemplation) โดยมีความพยายามในการเลิกรับประทานอาหารดิบ เช่น ลาบเนื้อวัวดิบ ก้อยปลาดิบ เป็นต้น จากการเคยได้ยินได้ฟังการรณรงค์ของ รพ.สต. และผ่านตามสื่อต่างๆที่ผ่านมา แต่รับประทานอาหารดิบบางเมนู เช่น น้ำพริกปลาร้าดิบ แหนมหมูดิบ ส้มตำปูปลาร้า ผักสดที่ขึ้นเองตามหนองน้ำธรรมชาติหรือปลูกเองโดยใช้ปุ๋ยมูลสัตว์ โดยล้างยังไม่ดีเท่าที่ควร หลังจากได้รับทราบการนำเสนอข้อมูลจากผู้วิจัย ได้รับทราบปัญหา และผ่านการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหากับผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เป็นผู้เข้าร่วมประชุม จึงได้ยอมรับว่า การรับประทานอาหารดิบเป็นปัญหาที่เสี่ยงต่อสุขภาพและชีวิต จึงได้ช่วยกันออกแบบกิจกรรมการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในดับในกลุ่มเสี่ยงและคนในชุมชน มี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างพันธมิตรผู้ร่วมกัน

กับชุมชนต่อสุขภาพ 2) สร้างแกนนำ อสม. ยุคใหม่สุขภาพ 3) เยี่ยมบ้านให้ความรู้เพื่อต่อสุขภาพ 4) ประชาสัมพันธ์ความรู้สุขภาพสู่ประชาชน

ขั้นตอนที่2 การปฏิบัติ (Action) จากการจัดเวทีประชุมชาวบ้าน เมื่อกลุ่มเสี่ยงทั้ง 40 คน ได้ยอมรับในปัญหา จึงเข้าสู่ขั้นที่3 ขั้นเตรียมตัว (Preparation) โดยกลุ่มเสี่ยงทั้ง 40 คน มีความสนใจในการพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบภายใน 6 เดือนข้างหน้า โดยได้มีการเขียนพันธสัญญาหัวใจ ระบายความรู้สึกและคำมั่นสัญญาว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบและนำไปติดไว้ที่ศาลากลางบ้านนาดอน หมู่ 16 ทั้งนี้ยังมีผู้เข้าร่วมประชุมร่วมเป็นสักขีพยานและคอยกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบ

การเข้าสู่ขั้นที่4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) กลุ่มเสี่ยงทั้ง 40 คน ได้มีความพยายามพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบโดยหลีกเลี่ยงเมนูอาหารที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและพยาธิตัวตืด โดยมีกลุ่มแกนนำ อสม. ยุคใหม่สุขภาพดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านตามเขตความรับผิดชอบในการให้ความรู้และมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับไว้ให้กลุ่มเสี่ยงได้อ่านทบทวนหรือคนในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงที่สนใจได้อ่านเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิในกลุ่มคนทั่วไปได้อีกทางหนึ่ง จากนั้นมีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. เพื่อการสร้างความเข้าใจโดยการให้ความรู้ คำปรึกษา ให้กำลังใจคอยสอบถามปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากกลุ่ม อสม. พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. แล้ว ยังมีผู้นำชุมชนที่ช่วยรณรงค์โดยการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารการป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปในชุมชน

3) การสังเกต (Observation) จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จากการร่วมงานบุญที่วัด พบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารดิบ เช่น น้ำพริกปลาร้าดิบ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ เป็นต้น และจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่ม อสม. ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. การประชุมระดมสมองสะท้อนคิดครั้งที่ 1 การประชุมระดมสมองสะท้อนคิดครั้งที่ 2 พบว่า ในการเยี่ยมบ้านขณะที่กลุ่มเสี่ยงกำลังรับประทานอาหารเช้าเห็นว่าในสำรับอาหารไม่มีเมนูอาหารดิบ และมีส่วนน้อยที่รับประทานผักดิบแต่กลุ่มเสี่ยงยืนยันว่าได้ล้างทำความสะอาดเป็นอย่างดีแล้ว เป็นต้น

4) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ขั้นที่5 ดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance) ประเมินได้จากการประชุมระดมสมองสะท้อนคิดครั้งที่1 ในช่วง 3 เดือน แรก พบว่า กลุ่มเสี่ยงทั้ง 40 คน มีกลุ่มเสี่ยง จำนวน 23 คน (ร้อยละ57.6) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบได้ และมีกลุ่มเสี่ยง จำนวน 17 คน (ร้อยละ42.5) ยังคงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบไม่ได้เป็นบางเมนู เช่น น้ำพริกปลาร้าดิบ ส้มตำปลาร้าดิบ อย่างเสื่อร่องให้ แหนมหมูดิบ เป็นต้น โดยให้เหตุผลว่าเมื่อต้องไปพบปะเพื่อนฝูง หรือการดื่มสังสรรค์ก็มีเมนูเหล่านี้จึงทำให้ยังปฏิบัติตนได้ไม่ดีเท่าที่ควร หลังจากนั้นจึงได้มีการชมเชยในกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติตนได้ดี นอกจากนั้นในการประชุมระดมสมองสะท้อนคิดผู้ร่วมประชุมได้ช่วยกัน ได้คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยการหักห้ามใจตนเองให้มากขึ้นและรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ทุกครั้ง

กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ขั้นที่ 6 ขั้นสิ้นสุด (Termination) จากการประชุมระดมสมองสะท้อนคิดครั้งที่2 ในช่วง 3 เดือนหลัง รวมเป็น 6 เดือน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารดิบ พบว่า กลุ่มเสี่ยงทั้ง 40 คน มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบโดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย พบว่า ระดับมาก จำนวน 36 คน (ร้อยละ90) ระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (ร้อยละ10) และมี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดิบ โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ เช่นกัน พบว่า ระดับมาก จำนวน 31 คน (ร้อยละ 77.5) ระดับปานกลาง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.5)

สรุปผลการเรียนรู้จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ พบว่า หลังการดำเนินการวิจัยในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารดิบในระดับมาก 31 คน และมีกลุ่มเสี่ยง 9 คน ที่มีความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานอาหารดิบ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากจาก 9 คน หลังการวิจัยเพิ่มเป็น 27 คน รวมเป็น 36 คน (ร้อยละ 90) จากระดับน้อย 11 คน เปลี่ยนมามีความรู้ในระดับมาก 7 คน และมีความรู้ในระดับปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 10) ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการสร้างแรงจูงใจจากตนเองของกลุ่มเสี่ยง อสม. และทีมสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกระบวนการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารดิบเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ รพ.สต. ที่มีบริบทใกล้เคียงกันหรือไม่แตกต่างกันไป

2. รพ.สต. ควรให้การสนับสนุนเครือข่าย อสม. และทีมสุขภาพในการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสู่ประชาชนในท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องและขยายครอบคลุมทุกตำบล โดยมีผู้นำชุมชนเป็นผู้จัดการทีมชุมชนในการรณรงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิตัวตืดและพยาธิใบไม้ในตับ

เอกสารอ้างอิง

แก้วกลา ทาสาลี. (2544). *การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและพยาธิตัวตืด จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักข่าวเจาะลึกระบบสุขภาพ. (2559). *พยาธิใบไม้ในตับก่อมะเร็งท่อน้ำดี พบมากสุดในโลกที่ภาคอีสาน*. ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2559, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/01/11556>

คณะวิทยาศาสตร์ มหิดล. (2557). *พยาธิตัวตืดอันตรายที่มากับหมู*. ค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2559, จาก <http://www.sc.mahidol.ac.th/usr/?p=444>

วีรยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1): 29-49.

สุภางค์ จันทวานิช. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรธานี. (2558). *รายงานวิเคราะห์สถานการณ์จังหวัดอุดรธานี*. ค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2559, จาก http://osthailand.nic.go.th/masterplan_area/userfiles/file.pdf

อุมาพร ทาไธสง. (2555). *ปรสิตก่อโรคที่ติดต่อผ่านทางอาหารและน้ำที่สำคัญในประเทศไทย*. *วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา*, 17 (2): 212-220.

Anantaphruti, M.T., Okamoto, M., Yoonuan, T., Saguankiat, S., Kusolsuk, T. & Sato, M., *et al.* (2010). Molecular

and serological survey on taeniasis and cysticercosis in Kanchanaburi Province, Thailand. *Parasitology International*, 59, 326-330.



- Deborah Graefer. (2017). *Flukes, Tapeworms and other Biliary Parasites: Are They Your Real Problems?* . Retrieved November 10, 2017, from <http://gallbladderattack.com/blog/flukes-tapeworms-and-other-biliary-parasites>
- Isaacs, R., Sturgis, C. C., & Smith, M. (1928). TAPEWORM ANEMIA: THERAPEUTIC OBSERVATIONS. *Archives of Internal Medicine*, 42(3), 313–321.
- Kemmis, S. & McTaggaet, R. (2007). Participatory action research. In N.K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of Qualitative Inquiry*. 3rd ed.(pp. 271-326). Thousand Oaks, CA: Sage
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Diclemente, C.C. (2006). *Changing for Good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Harper Collins Publishers.
- World Health Organization, (WHO). (2017). *Taeniasis/cysticercosis*. Retrieved November 10, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs376/en/>