การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดบึงกาฬ

Development of a Participatory Multi-stakeholder Network Model for Behavior Modification to Prevent Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma in Bueng Kan Province

สมพาน โคตรธารินทร์ น.ม.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

Sompan Khottarin LL.M.
Buengkan Provincal Public Health Office

Received: April 10, 2026
Revised: August 25, 2026
Accepted: August 27, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และบริบท กลุ่มเป้าหมายสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย 30 คน ประเมินความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ประชาชน 393 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่ายหลัก 30 คน ระดมสมองและออกแบบกิจกรรมบนพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและพฤติกรรมตามแบบแผน ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปดำเนินการ พื้นที่นำร่อง 3 ตำบล ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม กลุ่มเป้าหมาย 41 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงด้วยเกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้เคยให้ข้อมูลในระยะที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ประชาชนมีความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับต่ำ ($\overline{X}$= 11.45, S.D.= 3.20) มีทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงเกิดจากรสนิยมและแรงกดดันทางสังคม กลไกเครือข่ายยังขาดการบูรณาการ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ “บึงกาฬโมเดล (BKN-OV Model)” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกการบริหารจัดการเครือข่ายระดับตำบลที่มีโครงสร้างชัดเจน 2) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้นำต้นแบบและมาตรการสังคมงานบุญปลอดปลาดิบ 3) สื่อและนวัตกรรมภาษาถิ่น และ 4) การติดตามประเมินผลแบบเสริมพลัง ระยะที่ 3 ผลดำเนินการ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ปัจจัยความสำเร็จสำคัญคือภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและการสื่อสารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือควรผลักดันให้เกิดข้อบัญญัติท้องถิ่น และบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาตำบลเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคพยาธิใบไม้ในตับ โรคมะเร็งท่อน้ำดี

Corresponding Author: สมพาน โคตรธารินทร์ *E-mail: khotlawbkl@gmail.com*

Abstract

This research and development study aimed to develop a behavioral modification model for the prevention of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved situational and contextual analysis, in which focus group discussions were conducted with 30 network partners, and knowledge, attitudes, and behaviors were assessed among 393 individuals of the general population. Phase 2 involved model development through a participatory process with 30 core network partners, who engaged in brainstorming and designed activities based on the Social Cognitive Theory and Health Belief Model. Phase 3 involved model implementation in 3 pilot subdistricts, where satisfaction, knowledge, attitudes, and practices were assessed among a target group of 41 individuals, purposively selected based on the inclusion criterion of having provided data during Phase 1.

The results showed that in Phase 1, the population had a low level of knowledge regarding the prevention of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma (Mean = 11.45, S.D. = 3.20), with risk attitudes and behaviors arising from personal taste preferences and social pressure, and network mechanisms lacked integration. In Phase 2, the developed model, the "Bueng Kan Model (BKN-OV Model)," comprised four components: 1) a subdistrict-level network management mechanism with a clear structure; 2) behavioral modification activities emphasizing role-model leaders and social measures such as raw-fish-free merit-making events; 3) media and innovations in the local dialect; and 4) an empowerment-based monitoring and evaluation approach. In Phase 3, the implementation results showed that knowledge, attitudes, and disease-prevention behaviors were significantly higher than before implementation ($p < 0.001$). Satisfaction with the model was at the highest level. The key success factors were strong leadership and culturally consistent communication. The policy recommendation is that local ordinances should be promoted and integrated into subdistrict development plans to ensure sustainability.

Keywords: Multi-stakeholder, Behavior Modification, Opisthorchiasis, Cholangiocarcinoma

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี นับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่รุนแรงและส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางในประเทศไทย[1,2] โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือรวมถึงจังหวัดบึงกาฬ ต้นตอสำคัญของปัญหานี้หยั่งรากลึกอยู่ในค่านิยมและพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาร้าดิบ ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของพยาธิระยะติดต่อ[2] เมื่อพยาธิเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังที่ท่อน้ำดีและนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอัตราการเสียชีวิต 80 – 90% ของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี [2,3] เนื่องจากโรคนี้มักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นและวิถีชีวิตที่ยังผูกพันกับวัฒนธรรมการกินปลาดิบ แม้จะมีความพยายามตรวจคัดกรองและให้ความรู้มาโดยตลอด แต่อัตราการป่วยในพื้นที่ ยังคงบ่งชี้ว่าจังหวัดบึงกาฬ เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ จากข้อมูลเฝ้าระวังเชิงระบาดวิทยา[4] อัตราป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2564 ประมาณ 35.2 ต่อประชากรแสนคน ปี 2565 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 36.5 ต่อประชากรแสนคน สะท้อนถึงความท้าทายในการควบคุมโรค และในปี 2566 อัตราป่วยอยู่ที่ประมาณ 34.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งแม้จะลดลงเล็กน้อย แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับที่สูงมากเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ ของไทย

และทั่วโลก ปัญหานี้จึงไม่ใช่เพียงเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่สร้างภาระหนักอึ้งต่อครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจสังคมโดยรวม

ที่ผ่านมา การแก้ไขปัญหามักเผชิญกับข้อจำกัดสำคัญคือการดำเนินงานในรูปแบบสั่งการจากบนลงล่าง ที่เน้นเพียงการให้ความรู้หรือการรณรงค์ระยะสั้น ซึ่งไม่สามารถเจาะลึกถึงรากฐานความเชื่อและแรงกดดันทางสังคมที่ทำให้คนยังคงบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้อีกทั้งยังขาดการบูรณาการอย่างแท้จริง ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงมักกลับมาอีกครั้งเมื่อหมดช่วงรณรงค์ เพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดนี้จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปสู่การสร้างภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ที่มุ่งบูรณาการทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทั้งหน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ผู้นำชุมชน และ อสม.เข้ามาเป็น “เจ้าภาพ” ร่วมกัน การผนึกกำลังเช่นนี้ จะช่วยระดมทรัพยากรสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจากฐานราก[3,4]

จากความรุนแรงของปัญหาและข้อจำกัดเชิงระบบดังกล่าว จึงนำมาสู่ความสำคัญเร่งด่วนของการศึกษาวิจัยและพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดบึงกาฬ มุ่งเน้นการทำงานอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ไปจนถึงการให้เครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันออกแบบนำไปใช้ ติดตาม และประเมินผลโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยนี้ จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคในจังหวัดบึงกาฬได้อย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งหวังให้เป็นต้นแบบ สำหรับกำหนดนโยบายสาธารณะและการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในพื้นที่เสี่ยงอื่น ๆ ทั่วประเทศได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และบริบท การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดบึงกาฬ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานตามรูปแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดบึงกาฬ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย มกราคม 2568–พฤศจิกายน 2568 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และบริบท ศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยสังคม ศักยภาพ ความพร้อม อุปสรรคการดำเนินงาน และรูปแบบการป้องกันโรคที่เคยมีในพื้นที่ โดย 1) การศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี บริบทพื้นที่และกิจกรรมที่เคยดำเนินการในจังหวัดบึงกาฬ 2) การสำรวจเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน 5 ตำบล ที่อาศัยติดกับแหล่งน้ำสำคัญของจังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ บึงกาฬ บึงโขงหลง ดอนหญ้านาง ท่ากกแดง ตำบลคำแก้ว คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ใช้สูตรของ Cochran[5] จำนวน 393 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ ตรวจสอบดัชนีความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้ KR-20 เท่ากับ 0.89 ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha’s Cronbach) เท่ากับ 0.98 และ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) การศึกษาเชิงคุณภาพ ปัจจัยเชิงลึกทางสังคม วัฒนธรรม ศักยภาพ ความพร้อมของภาคีเครือข่าย และมุมมองต่อกิจกรรมเดิม โดยใช้

การสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จัดสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10 คน รวม 30 คน โดยเป็นผู้แทนจากภาคสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การศึกษา ชุมชน อสม. และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้อง แนวคำถามสนทนากลุ่มได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เก็บข้อมูลประเด็นประสบการณ์ สถานการณ์และปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน ประสิทธิผลและข้อจำกัดของรูปแบบการป้องกันโรคที่เคยดำเนินการในอดีต ความคาดหวัง และข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบท ระยะเวลาสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทป จัดหมวดหมู่ข้อมูล ตีความ และสรุปประเด็นสำคัญ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อออกแบบ กิจกรรม กลยุทธ์ สื่อ และ กลไกการดำเนินงาน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บนพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม[6] ร่วมพัฒนารูปแบบโดยผู้แทนภาคีเครือข่ายหลัก จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู แกนนำ อสม. และตัวแทนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองและยกร่างรูปแบบ โดยใช้กระบวนการกลุ่มย่อย ได้แก่ Brainstorming Group Discussion และ Card Sorting มีการนำร่างรูปแบบไป ทดสอบเบื้องต้น และเก็บข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความเข้าใจ ความชัดเจน ความน่าสนใจ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ จุดเด่น และจุดที่ควรปรับปรุง นอกจากนี้แบบประเมิน/แบบสะท้อนความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การดำเนินการตามรูปแบบและประเมินผล การนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 3 ตำบล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการ ได้แก่ ตำบลซาง หนองทุ่ม และท่าสะอาด ภาคีเครือข่ายผู้ร่วมดำเนินการ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ครู ผู้นำชุมชน และ อสม.แกนนำ รวม 3 ตำบล ตำบลละ 20 คน ระยะดำเนินการต่อเนื่อง 3-4 เดือน ประเมินประสิทธิผลกลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกจากผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงบริโภคปลาดิบในรอบ 1 ปี และอาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน เรียงรายชื่อและสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) จำนวน 41 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (เครื่องมือเดิมระยะที่ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ระหว่างก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานหลัก จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ควบคู่กับการสังเกตการณ์และรวบรวมเอกสาร เพื่อประเมินความสอดคล้อง ปัญหา และกลไกการทำงาน การถอดบทเรียนโดยสนทนากลุ่ม ผู้แทนภาคีเครือข่ายในพื้นที่นำร่องคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้แทนภาคีเครือข่ายเป็นกลุ่มเดิมระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ รหัส BKPH 2024-083 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบท

ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 393 คน พบว่าส่วนใหญ่เพศชาย จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 33.1 อายุเฉลี่ย 52.54 ปี (S.D.=10.52) จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 45.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง ร้อยละ 63.6 และมีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.9 ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 45.80 ปี (S.D. = 12.30) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 57.25) ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การบีบมะนาวใส่ในก้อยปลาดิบสามารถฆ่าตัวอ่อนพยาธิได้ รองลงมาคือ การดื่มเหล้าขาวหรือแอลกอฮอล์พร้อมกับกินปลาดิบช่วยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ และ ปลาร้าหรือปลาหมักที่ทำเองแบบพื้นบ้านปลอดภัยจากพยาธิเสมอ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.96, S.D. = 0.65) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ อาหารที่ทำจากปลาดิบหรือปลาร้าดิบ มีรสชาติอร่อยกว่าแบบปรุงสุก ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean= 2.78, S.D. = 0.58) สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงไม่ได้เกิดจากการขาดความรู้ แต่เป็นความซับซ้อนที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิต ชาวบ้านยังนิยมกินดิบเนื่องจากติดใจในรสชาติ โดยเชื่อว่าปลาดิบอร่อยกว่าและเข้าใจผิดว่ามะนาวหรือพริกจัดจ้านสามารถฆ่าพยาธิได้ นอกจากนี้ยังมีแรงกดดันทางสังคมในวงสังสรรค์หรือลงแขกหาปลาที่ทำให้ปฏิเสธได้ยาก บทเรียนจากอดีต พบว่า กิจกรรมที่ล้มเหลวมักเป็นการบรรยายวิชาการทางเดียว หรือการใช้มาตรการสั่งห้ามเด็ดขาดและขู่ให้กลัว ซึ่งมักสร้างแรงต้านและทำให้ชาวบ้านแอบกินโดยไม่บอกความจริง ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการสื่อสารยังไม่ทั่วถึงหรือไม่ดึงดูดใจเพียงพอ การประกาศเสียงตามสายบางครั้งเป็นช่วงที่ประชาชนออกไปทำงานแล้ว เนื้อหามีความเป็นวิชาการมากเกินไป และการใช้สื่อแผ่นพับที่มีตัวหนังสือมากเกินไปมักไม่ได้รับความสนใจ

2. การพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดบึงกาฬ จากสภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นสภาพปัญหาและแนวทางพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดบึงกาฬ

ประเด็นสภาพปัญหา	แนวทางพัฒนา
1. การบรรยายวิชาการ หรือการใช้มาตรการสั่งห้ามเด็ดขาดและขู่ให้กลัว มักเกิดแรงต้านไม่สามารถปรับพฤติกรรมชาวบ้านได้	1. ปรับการสื่อสารความเสี่ยง โดยปรับช่วงเวลาในการรณรงค์ให้สอดคล้องกับปฏิทินชุมชน จัดงานนิทรรศการมหกรรมอาหารปลอดภัยเน้นช่วงมกราคม–กุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นช่วงหลังฤดูเก็บเกี่ยวที่ประชาชนสามารถเข้าร่วมได้ และเน้นสื่อสารในช่วงเทศกาลที่มีการเดินทางกลับภูมิลำเนามารวมตัวกัน จัดกิจกรรม “พาแลง อาหารสุกปลอดภัย”

ตารางที่ 1 ประเด็นสภาพปัญหาและแนวทางพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดบึงกาฬ (ต่อ)

ประเด็นสภาพปัญหา	แนวทางพัฒนา
2. สื่อที่ใช้ในการสื่อสารความเสี่ยง ไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จึงไม่ได้รับความสนใจ ไม่สามารถสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงโรค	2. การพัฒนาสื่อที่ “ไวต่อวัฒนธรรม” และใช้ภาษาถิ่น โดยปราชญ์ชาวบ้านและศิลปินหมอลำในท้องถิ่นร่วมผลิตสื่อ ได้แก่ สปอตเสียงตามสาย 3 เวอร์ชั่น ด้วยภาษาอีสานสำเนียงบึงกาฬ และผลิตสื่อวิดีโอสั้นเรื่องเล่าจากคนไทบ้าน สร้างค่านิยมใหม่ มอบป้ายสัญลักษณ์ “บ้านนี้กินสุก” และการให้ผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีเป็นบุคคลต้นแบบในการถ่ายทอดประสบการณ์จริง เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและเห็นความสำคัญของการป้องกันตนเอง
3. มีช่องว่างระหว่างการรณรงค์กับการปฏิบัติจริงและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชน	3. การกำหนดมาตรการสังคม “ผู้นำต้นแบบ” เพื่อลดช่องว่างระหว่างการรณรงค์กับการปฏิบัติจริง กำหนดข้อตกลงร่วมกัน (MOU ระดับปฏิบัติการ) ว่า “โต๊ะผู้นำ ต้องไม่มีปลาดิบ” ในทุกงานเลี้ยงที่เป็นทางการและงานประเพณีของชุมชน นายก อบต., กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน ต้องแสดงตนเป็นแบบอย่างในการบริโภคอาหารปรุงสุกและห้ามเสิร์ฟเมนูปลาดิบ เพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ทางสังคม

นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดบึงกาฬ “บึงกาฬโมเดล หรือ BKN-OV Model” ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่พัฒนาขึ้นจากบริบทของจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ เชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ได้แก่

1) กลไกการบริหารจัดการเครือข่าย เป็นการบริหารงานแบบบูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน มีการจัดตั้งคณะทำงานระดับตำบลที่ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครู และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ทั้งด้านการสนับสนุนวิชาการ งบประมาณ การกำหนดมาตรการชุมชน และการติดตามกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประจำทุกเดือน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ติดตามผล และขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2) กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการสอดแทรกกิจกรรมสุขภาพเข้ากับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ประกอบด้วยการรณรงค์ “งานบุญประเพณีปลอดปลาดิบ” การประกวดเมนูอาหารอีสานปรุงสุก การนำชาวบ้านเรียนรู้วงจรชีวิตและผลกระทบของพยาธิผ่านการส่องกล้องจุลทรรศน์จากตัวอย่างจริง รวมถึง

การเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำรายบุคคลโดย อสม. เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนัก และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

3) สื่อและนวัตกรรม ใช้สื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยผลิตสื่อเสียงและวิดีโอในภาษาถิ่น ผ่านบุคคลที่ชุมชนให้ความเชื่อถือ เช่น หมอลำหรือปราชญ์ชาวบ้าน พร้อมส่งเสริมการสร้างค่านิยมใหม่ผ่านป้ายสัญลักษณ์ “บ้านนี้กินสุก” และการใช้ผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีเป็นบุคคลต้นแบบในการถ่ายทอดประสบการณ์จริง เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและเห็นความสำคัญของการป้องกันตนเอง

4) การติดตามและประเมินผล เป็นระบบเฝ้าระวังที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารเสี่ยง การจัดทำแผนที่ความเสี่ยงระดับครัวเรือนด้วยระบบธงสี และการคืนข้อมูลผลการตรวจคัดกรองให้ประชาชนรับทราบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการรับรู้สถานการณ์สุขภาพของชุมชนและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

การดำเนินงานตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดบึงกาฬ “บึงกาฬโมเดล หรือ BKN-OV Model”

3.1 ผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน ด้วยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและการถอดบทเรียน พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ความสอดคล้องของการดำเนินกิจกรรม ในภาพรวม กิจกรรมหลักตามรูปแบบฯ สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามแผนงานที่วางไว้กว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะกิจกรรม “อสม. เคาะประตูบ้าน” และ “เสียงตามสายภาษาถิ่น” ซึ่งทำได้อย่างต่อเนื่องและเข้าถึงประชาชนได้ดี อย่างไรก็ตาม มีบางกิจกรรมที่ต้อง “ปรับเปลี่ยนหน้างาน” เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง เช่น กิจกรรม “มหกรรมอาหารสุก” เดิมกำหนดจัดเป็นเวทีเฉพาะกิจ แต่พบว่าการระดมคนทำได้ยาก จึงปรับเปลี่ยนไปเป็นการบูรณาการเข้ากับ “งานบุญประเพณีของหมู่บ้าน” (เช่น งานบุญข้าวจี่) แทน ซึ่งทำให้มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากและเป็นธรรมชาติกว่า

2) การทำงานของเครือข่ายและกลไกการบริหารจัดการ ภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ให้ความร่วมมืออยู่ในระดับ ดีมาก โดยหน่วยงานที่มีบทบาทโดดเด่นที่สุด คือ ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) และ รพ.สต. ที่ทำงานสอดประสานกันอย่างไร้รอยต่อ โดยผู้นำชุมชนใช้อำนาจทางสังคมในการประกาศกติกาหมู่บ้าน ส่วน รพ.สต. สนับสนุนข้อมูลวิชาการ

3) การยอมรับและปฏิกิริยาของชุมชน ประชาชนในพื้นที่เริ่มคุ้นชินกับสโลแกนและสื่อรณรงค์ภาษาถิ่นที่เปิดผ่านหอกระจายข่าว เกิดกระแสการ “*แซว*” หรือตักเตือนกันเองในวงอาหารเมื่อเห็นคนกินดิบ ซึ่งแสดงถึงความตระหนักรู้ที่เริ่มซึมซับเข้าสู่วิถีชีวิต

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยความรู้ 9.20 คะแนน (S.D.= 3.15) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 18.49 คะแนน (S.D.= 1.50) สูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 9.29 (95% CI = 8.45 ถึง 10.13, $p < 0.001$)

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ย 2.87 คะแนน (S.D. = 0.55) และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 4.61 คะแนน (S.D. = 0.38) สูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.74 (95% CI = 1.59 ถึง 1.89, $p < 0.001$)

3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 2.77 คะแนน (S.D. = 0.60) และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 4.75 คะแนน (S.D. = 0.25) สูงกว่าก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.98 คะแนน (95%CI: 1.81ถึง 2.15, $p < 0.001$)

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด (Mean=4.62,

S.D. = 0.45) ประเด็นที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม/สื่อ ในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน (Mean = 4.85, S.D. = 0.36)

3.4 ผลการถอดบทเรียน

1) ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ (1) ความสำเร็จของการนำรูปแบบไปใช้ไม่ได้เกิดจากตัวกิจกรรมเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากทุนทางสังคม และกลไกการทำงานที่เข้มแข็ง (2) ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่าง “ทำให้ดูอยู่ให้เห็น” การที่ผู้นำชุมชนประกาศตนเลิกกินดิบและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในงานเลี้ยงสังสรรค์ เป็นปัจจัยที่ทรงพลังที่สุดในการสร้างความเชื่อมั่นและกดดันทางสังคมให้ลูกบ้านทำตาม (3) รูปแบบการสื่อสารที่ตรงกับความต้องการและต่อเนื่อง ด้วยการใช้การใช้ภาษาถิ่นและศิลปะพื้นบ้าน (หมอลำ/ผญา) ผ่านหอกระจายข่าวทุกวัน ทำให้เรื่องพยาธิใบไม้ตับซึมซับเข้าไปในวิถีชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เรื่องทางวิชาการที่ไกลตัว (4) การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้ความสำคัญโดยกำหนดข้อบัญญัติและสนับสนุนงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล (กปท.) ทำให้กิจกรรมสามารถขับเคลื่อนได้โดยไม่ติดขัด

2) ปัญหาและอุปสรรค

การดำเนินงานตามรูปแบบแม้ในภาพรวมจะประสบความสำเร็จ แต่ยังพบข้อจำกัด คือ กลุ่มผู้สูงอายุบางส่วนยังคงมีความเชื่อฝังแน่นว่ารสชาติของปลาดิบอร่อยกว่าปลาสุก ทำให้ยังมีการแอบบริโภคตลอดจนกลุ่มวัยทำงานที่ไปทำงานต่างถิ่น เมื่อกลับภูมิลำเนาในช่วงเทศกาล มักจะเรียกร้องเมนูท้องถิ่นรสจัด (ดิบ) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากเนื่องจากไม่อยู่ในพื้นที่ตลอดเวลา

3) ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย ควรผลักดันให้ “ธรรมนูญสุขภาพตำบลว่าด้วยการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ” ถูกบรรจุเป็นนโยบายถาวรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้มีการตั้งงบประมาณรองรับทุกปี

เชิงการศึกษา ควรบรรจุหลักสูตร “อาหารปลอดภัยต้านมะเร็งท่อน้ำดี” เข้าไปในหลักสูตรท้องถิ่นของโรงเรียนประถมและมัธยมในพื้นที่ เพื่อปลูกฝังค่านิยมใหม่ให้แก่เยาวชนซึ่งจะเป็นรากฐานการเปลี่ยนแปลงระยะยาว

เชิงการเฝ้าระวัง ควรยกระดับ อสม. ให้เป็น “นักจัดการสุขภาพ” ที่สามารถใช้ชุดตรวจคัดกรองพยาธิเบื้องต้นได้ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังที่รวดเร็ว

สรุปผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบท กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ในระดับต่ำ ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ที่น่ากังวลของปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดบึงกาฬ ยังความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบีบมะนาวหรือการดื่มสุราเพื่อฆ่าพยาธิ พฤติกรรมการบริโภคไม่ได้เกิดจากความหิวโหย แต่เกิดจากรสนิยมที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิต นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมยังมีอิทธิพลอย่างสูง โดยเฉพาะแรงกดดันทางสังคม ในวงสังสรรค์หรืองานบุญประเพณี ที่การกินปลาดิบถือเป็นการแสดงออกถึงความเป็นพวกพ้อง การปฏิเสธส่งผลต่อความสัมพันธ์ในสังคม ศักยภาพภาคีเครือข่ายพบจุดแข็งคือ ความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ อสม. และ รพ.สต. แต่จุดอ่อนที่เป็นอุปสรรคสำคัญคือ การทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการแผนงานและงบประมาณระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงการสื่อสารรณรงค์ในอดีตที่มักใช้รูปแบบการสั่งห้ามหรือใช้ภาษาวิชาการที่เข้าใจยาก ทำให้ไม่สามารถเจาะเข้าถึงใจของประชาชนและไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

จากสภาพการและปัญหา นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ “บึงกาฬโมเดล” ประกอบด้วยกลไกการบริหารจัดการเครือข่าย กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สื่อและนวัตกรรม และการติดตามและประเมินผล ผลการนำไปดำเนินการในพื้นที่นำร่อง แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม รูปแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การใช้สื่อภาษาถิ่น และมาตรการทางสังคม สามารถเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยฝังลึกให้เพิ่มขึ้นได้จริง ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบและกิจกรรม ประชาชนพึงพอใจระดับมากที่สุด โดยเฉพาะสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย ขณะที่ภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อกระบวนการทำงานร่วมกันในระดับมากที่สุด ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของงานร่วมกัน

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง และการสนับสนุนงบประมาณที่ต่อเนื่อง จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดบางประการ เช่น การเสพติดรสชาติในกลุ่มผู้สูงอายุ และปัญหาการเคลื่อนย้ายของกลุ่มวัยแรงงานที่ทำให้การติดตามผลระยะยาวทำได้ยาก ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายที่ต้องนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่า ภายหลังนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ในพื้นที่นำร่อง คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนความสำเร็จที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร แต่เป็นการจัดการกับปัจจัยกำหนดพฤติกรรมที่ซับซ้อนตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม[6] โดยเฉพาะแนวคิดปฏิกิริยาสัมพันธ์ระหว่างกันที่อธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยน สิ่งแวดล้อมทางสังคม ผ่านกลยุทธ์การสร้างตัวแบบ โดยกำหนดให้ผู้นำชุมชนปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการเลิกบริโภคปลาดิบ ช่วยลดแรงต้านทางสังคมและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเกิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การสร้างมาตรการทางสังคม เช่น การกำหนดกติกาหมู่บ้านห้ามเสิร์ฟปลาดิบในงานบุญประเพณี ช่วยลดโอกาสในการทำพฤติกรรมเสี่ยง และเสริมสร้าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของบุคคลในการที่จะปฏิเสธการบริโภคปลาดิบได้ง่ายขึ้น เนื่องจากมีบรรทัดฐานใหม่ของชุมชนรองรับ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติศักดิ์ ประครองใจ และคณะ[7] ที่พบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดมาตรการทางสังคมที่ชัดเจน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการรณรงค์รายบุคคล สอดคล้องกับ วรลักษณ์ เวฬุ และคณะ[8] ที่ระบุว่าการใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลช่วยสร้างกติการ่วม และสอดคล้องกับ สุมาลี จันทลักษณ์ และคณะ[9] ที่พบว่าการใช้รูปแบบการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนควบคู่ไปกับการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงรุก สามารถทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น สรุปได้ว่าการผสมผสานระหว่างการให้ความรู้เพื่อพัฒนาปัจจัยส่วนบุคคล ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคมผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในบริบทของวัฒนธรรมการกินที่ฝังรากลึก

กระบวนการมีส่วนร่วมและเครือข่าย เห็นอย่างชัดเจนว่ามิได้เป็นเพียงองค์ประกอบเสริม แต่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุด ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับพื้นที่ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงและยั่งยืนนั้น ต้องครอบคลุมวงจรตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล จุดเปลี่ยนที่สำคัญคือการที่ผู้วิจัยได้ออกแบบให้ภาคีเครือข่ายหลักเข้ามามีบทบาทในฐานะ “หุ้นส่วนการทำงาน”ผ่านกระบวนการร่วมคิด ร่วมออกแบบ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายได้กำหนดกิจกรรมและกติกาด้วยตนเอง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางจิตวิทยาที่สำคัญ คือความรู้สึกความเป็นเจ้าของ และความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากรูปแบบการทำงานแบบเดิมที่เป็นลักษณะการสั่งการจากบนลงล่าง ที่มักทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่รู้สึกเป็นเพียงผู้รับคำสั่ง ผลการวิจัยสนับสนุนข้อค้นพบของ สมหมาย ชาน้อย[10] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถช่วยทลายกำแพงระหว่างหน่วยงาน (Silos) และสอดคล้องกับ สุริยนต์ หล้าคำ และคณะ[11] ที่ชี้ให้เห็นว่า การสร้างกลไกความร่วมมือเชิงโครงสร้างที่ชัดเจนระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานสาธารณสุข คือหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคในระยะยาว ในมิติของความยั่งยืน สอดคล้องกับเดชา วรสาร[12] ที่ระบุว่าการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมช่วยลดความซ้ำซ้อนของภารกิจ ทำให้เกิดการจัดสรรบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และสร้างระบบการทำงานที่ชุมชนสามารถขับเคลื่อน

ต่อไปได้เอง การสร้างกลไกภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งจึงเป็นเสมือน โครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่จำเป็นต้องมี เพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลให้ประสบความสำเร็จ

บทบาทของบริบททางวัฒนธรรมและการสื่อสาร ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ การให้ความสำคัญสูงสุดกับบริบททางวัฒนธรรมและการสื่อสาร (Cultural Context and Communication) โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การถ่ายทอดเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้คนในชุมชนอย่างลึกซึ้ง เห็นได้จากการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้สอดคล้องกับปฏิทินชุมชน โดยหลีกเลี่ยงฤดูกาลเก็บเกี่ยวข้าวนาปี และเน้นช่วงงานบุญประเพณี ทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี การเลือกใช้กลวิธีการสื่อสารที่ “โดนใจ” ผ่านสื่อพื้นบ้าน เช่น หมอลำ ผญา และการใช้ภาษาถิ่นบึงกาฬ ถือเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิด การตลาดเพื่อสังคม ที่เน้นการเข้าใจความต้องการและพฤติกรรมของผู้รับสารเป็นศูนย์กลาง ทำให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ใช่เรื่องไกลตัวหรือน่าเบื่อหน่าย แต่กลายเป็นเรื่องที่เข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริง ความสำเร็จดังกล่าวยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior-TPB) ในองค์ประกอบด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การที่ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน และศิลปินท้องถิ่น ออกมาสื่อสารด้วยภาษาเดียวกัน วัฒนธรรมเดียวกัน ช่วยสร้างบรรยากาศทางสังคมใหม่ที่ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ทำให้เกิดการคล้อยตามว่าการกินดิบเป็นเรื่องที่ล้าสมัยหรือไม่ได้รับการยอมรับในสังคมปัจจุบัน และสร้างค่านิยมใหม่ว่าการกินสุกเป็นวิถีปฏิบัติที่ถูกต้องและทันสมัย ผลการวิจัยในประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Darun et al.[13] ที่ระบุชัดเจนว่าการใช้เทคนิคการสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้ดีกว่าการให้สุขศึกษาแบบบรรยายวิชาการเพียงอย่างเดียว การผนวกมิติทางวัฒนธรรมเข้าสู่กลไกการทำงานและการสื่อสารจึงเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้รูปแบบการดำเนินงานนี้ได้รับการยอมรับ ลดแรงต้านจากชุมชน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนในที่สุด

การสร้างมาตรการทางสังคม พบว่า การกำหนดข้อตกลงร่วมกันในชุมชน เช่น งานบุญปลอดปลาดิบ เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรลักษณ์ เวฬุ และคณะ[8] ที่ศึกษาเรื่องธรรมนูญสุขภาพตำบล โดยพบว่า การใช้กติกาชุมชนหรือมาตรการทางสังคมที่ชาวบ้านตกลงร่วมกัน เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้ดีกว่าการบังคับใช้กฎหมายจากภาครัฐเพียงอย่างเดียว การวิจัยนี้จึงยืนยันว่า การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในบริบทภาคอีสาน จำเป็นต้องใช้พลังสังคม ควบคู่ไปกับความรู้ทางการแพทย์ จึงจะเกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การกำหนดเป็นวาระท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรพิจารณาบรรจุแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เข้าเป็นส่วนหนึ่งของ “ข้อบัญญัติท้องถิ่น” หรือแผนพัฒนาตำบลระยะยาว เพื่อให้มีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ไม่ใช่เพียงกิจกรรมเฉพาะกิจตามโครงการ

2. การบูรณาการข้ามหน่วยงาน จังหวัดบึงกาฬควรผลักดันให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกันระดับจังหวัด ที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน เพื่อสั่งการและบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ศึกษาธิการ วัฒนธรรม และท้องถิ่น ให้ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันและลดความซ้ำซ้อน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. การขยายผล “ผู้นำต้นแบบ” หน่วยงานระดับพื้นที่ควรเร่งขยายผลมาตรการ “ผู้นำต้นแบบ กินสุกโชว์” ให้ครอบคลุมผู้นำทุกระดับ ตั้งแต่ข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ไปจนถึงปราชญ์ชาวบ้านและผู้นำทางจิตวิญญาณ เพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ทางสังคมที่เข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง

2. การใช้ “ปฏิทินชุมชน” ในการวางแผน ผู้ปฏิบัติงานควรยึด “ปฏิทินชุมชน” เป็นฐานในการวางแผนกิจกรรมรณรงค์ โดยเน้นช่วงงานบุญประเพณีและเทศกาลสำคัญ หลีกเลี่ยงช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยว เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างเต็มที่และไม่กระทบต่อวิถีการทำมาหากิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามผลระยะยาว ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว (เช่น 1-3 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศึกษาผลกระทบต่ออัตราการติดเชื้อซ้ำในชุมชนหลังจากสิ้นสุดการแทรกแซง

2. การขยายพื้นที่ศึกษา ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้และวิจัยในบริบทพื้นที่อื่น ๆ ของจังหวัดบึงกาฬ หรือจังหวัดใกล้เคียงที่มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างออกไป (เช่น พื้นที่เมือง หรือพื้นที่ห่างไกลแหล่งน้ำ) เพื่อทดสอบความสามารถในการขยายผลและปรับปรุงรูปแบบให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีระยะเวลาในการดำเนินงานและติดตามผลในระยะที่ 3 ค่อนข้างสั้น (ประมาณ 4-5 เดือน) ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว เนื่องจากพฤติกรรมการกินเป็นสิ่งที่ฝังรากลึกและอาจกลับมาทำซ้ำได้เมื่อขาดการกระตุ้นเตือน

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิติมา วงศาโรจน์, ทองรู้ กอผจญ, ชลกร ภู่สกุลสุข, วรารัตน์ กิจพจน์, จีรวรรณ หัสโรค์, วารุณี ทิศสุขใส. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้านด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. นนทบุรี:กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. Khuntikeo N, Chamadol N, Yongvanit P, Loilome W, Namwat N, Sithithaworn P, et al. Cohort profile: cholangiocarcinoma screening and care program (CASCAP). BMC Cancer 2015;15:459. doi: 10.1186/s12885-015-1475-7.
3. Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P, Kaewkes S, Mairiang E, Loukas A, et al. Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. Acta Trop 2011;120(Suppl 1):S158-68. doi: 10.1016/j.actatropica.2010.07.006.
4. กุลธิดา โกพลรัตน์, ชนิกา วรสิษฐ, ไพบูลย์ สิทธิถาวร. การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลต้นแบบโดยการตรวจปัสสาวะ. จุลสารศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2560;2(6):13.
5. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley&Sons; 1977. p. 72-4.
6. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
7. กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุมัทนา กลางคาร, สมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(4):87-100.

8. วรลักษณ์ เวฬุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, จมาภรณ์ ใจภักดี. รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5(2):107-19.
9. สุมาลี จันทลักษณ์, รุจิรา สมภาร, วนิดา อินทรสังขาร์. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ OV-RDT (OV-rapid diagnosis test) เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2568;32(2):132-45.
10. สมหมาย ชาน้อย. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2567;6(3):e271030.
11. สุริยนต์ หล้าคำ, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, ธวัชชัย เติมใจ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568;10(1):516-30.
12. เดชา วรสาร. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน2563; 5(3):99-104.
13. ภมร ดรุณ, นิตยา คล่องขยัน, รัตติกาล ดรุณ. ประสิทธิผลของเทคนิคการสื่อสารที่ชัดเจนต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารกรมการแพทย์ 2561;43(2): 93-8.