

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในเขตสุขภาพที่ 10

ไฉไล ช่างดำ คศ.ม (การพัฒนาครอบครัวและสังคม)

วรุณสิริ ปทุมวัน พย.บ.(พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

เยาวธิดา วันสิงห์สุ พย.บ.(พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย

| | |
|------------|--------------|
| วันรับ: | 31 ม.ค. 2563 |
| วันแก้ไข: | 4 ต.ค. 2564 |
| วันตอบรับ: | 14 ต.ค. 2564 |

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง โดยใช้กระบวนการ Appreciation – Influence – Control (A-I-C) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหาร-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ประธานกลุ่มแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยอุจจาระร่วงสูงสุดของแต่ละจังหวัดรวมทั้งสิ้น 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสำรวจ แบบทดสอบความรู้ แบบบันทึกและแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงหลังการเสริมพลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95% CI = 0.422 ถึง 1.343) และผลของการประชุมวางแผนด้วยกระบวนการ A-I-C ได้โครงการป้องกันปัญหาโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่ได้ 6 โครงการ ผลการติดตามและถอดบทเรียนพบว่า ทุกโครงการสามารถดำเนินการได้โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการคือ (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่รับทราบข้อมูลสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในพื้นที่ของตนเอง (2) ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์และกำหนดไปสู่เป้าหมาย และสร้างแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (3) มีสนับสนุนด้านวิชาการของหน่วยงานในการเป็นวิทยากรและพี่เลี้ยงในการลงพื้นที่ สร้างความมั่นใจให้กับชุมชน ส่งผลให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือในการเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำที่จะนำไปสู่การลดการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น; การเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; โรคอุจจาระร่วง

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก เพราะเป็นสาเหตุของการการเสียชีวิตในอันดับ

ที่สองของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รองจากโรคติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจโดยในแต่ละปีจะมีเด็กเสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงประมาณ 760,000 คน เนื่องมาจาก

การขาดน้ำและเกลือแร่อย่างรุนแรงโดยแต่ละปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ป่วยด้วยจากโรคอุจจาระร่วงทั่วโลกประมาณ 1,700 ล้านรายต่อปี ส่งผลให้ประชากรเสียชีวิตกว่า 1.5 ล้านคนต่อปีซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี⁽¹⁻²⁾ ประเทศไทยได้จัดให้โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้เป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของปัญหาด้านสาธารณสุขจากสถานการณ์โรคย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2556-2560)⁽³⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea) ในปี พ.ศ.2556-2560 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเป็น 1764.72, 1724.26, 1685.26, 1838.41 และ 1571.83 และมีอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 0.02, 0.01, 0.02, 0.01 และ 0.01 และในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ >65 ปี (ร้อยละ 13.13) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ตามลำดับ โรคอุจจาระร่วงส่งผลกระทบต่อทางด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อร่างกายจะทำให้ขาดน้ำและเกลือแร่ช่วงแรกและเมื่อไม่ได้รับประทานอาหารหรืออาเจียนจะทำให้ต่อมาเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัวจะทำให้สมาชิกในครัวเรือนต้องดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ที่หารายได้ในครัวเรือนจะทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ส่วนหนึ่งไป นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม สถานการณ์อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงในเขตสุขภาพที่ 10 ในรอบ 5 ปี (2556-2559)⁽⁴⁾ ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในปี 2559 จังหวัดในเขต ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร มุกดาหาร อำนาจเจริญ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเป็น 2851.36, 2090.93, 2376.36, 2314.59 และ 3419.17 ตามลำดับ การส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนในการจัดการปัจจัยคุกคาม เป็นการสร้างพลังให้แก่ชุมชนในการดูแลตนเอง ที่จะตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยเห็นว่าสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงให้ประสบความสำเร็จ

ต้องทำให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหา ยึดการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรทุกภาคส่วนในชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน และเทคนิคการมีส่วนร่วม (Appreciation- Influence-Control: AIC)⁽⁵⁾ เป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาหมู่บ้านและจะให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลางโดยที่คนผู้ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชนมาคิด และทำงานร่วมกันในรูปแบบของการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นในการวางแผนเพื่อพัฒนาหมู่บ้านเป็นการสร้างแนวทางการพัฒนาโดยประชาชน

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ในปี 2560⁽⁴⁾ มีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อแสนประชากรสูงสุดในแต่ละจังหวัดได้แก่ (1) ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 4207.92 (2) ตำบลตาอุด อำเภออุษันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ 5512.42 (3) ตำบลสัมผ่อ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธรคิดเป็น 3698.96 (4) ตำบลคิมใหญ่ อำเภอเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ 3898.96 และ (5) ตำบลศรีบุญเรือง อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร 3521.33 ซึ่งในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับก็ได้มีการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยและรณรงค์การป้องกันโรคอุจจาระร่วงหลายรูปแบบ แต่อุบัติการณ์ของโรครยังสูงอยู่ตลอดเวลา การจะทำให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาของโรคอุจจาระร่วงคือการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงโดยใช้กระบวนการเทคนิค AIC ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินการร่วมกัน รู้สึกเป็นเจ้าของทุกขั้นตอน โดยได้มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการวางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค เช่น โรคไข้เลือดออก เป็นการดึงศักยภาพของชุมชนมาพัฒนาและสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน

เพราะการป้องกันโรคในชุมชนนั้นไม่เพียงแต่เป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนในชุมชนและชุมชนต้องมีความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคและแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวทางกระบวนการ AIC มาประยุกต์ใช้ในการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งแนวทางหรือวิธีการที่ได้จะนำไปสู่การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดการและเฝ้าระวังที่ด้านสุขภาพอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้มีประสิทธิภาพและสร้างความปลอดภัยในการบริโภคอาหารและน้ำของประชาชนและยังสามารถนำแนวทางไปใช้ในการดำเนินงานอื่นๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการและสร้างระบบการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำโดยชุมชนท้องถิ่น เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้กระบวนการ AIC (AIC: Appreciation - Influence - Control) ขั้นตอนในการศึกษาประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตพื้นที่รับผิดชอบจากรายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

2. คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงโดยพิจารณาคัดเลือกพื้นที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงสุดของแต่ละจังหวัดในเขตรับผิดชอบจำนวน 5 พื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และมุกดาหาร กลุ่มเป้าหมาย

ประกอบด้วย (1) นายก/รองนายกเทศมนตรี หรือ นายก/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (2) ปลัด-เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล (3) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาล หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล (4) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพอาหารในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (5) โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (6) ประธานสภา (7) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (8) ผู้นำชุมชน (9) ประธานกลุ่มแม่บ้าน และ (10) ครูอนามัยพื้นที่ละ 10 คนรวมทั้งสิ้น 50 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ ประกอบด้วย

1) แบบสำรวจสถานการณ์การดำเนินการด้านสุขภาพอาหารและน้ำในชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แหล่งอาหารในชุมชน แหล่งน้ำบริโภคในชุมชน การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น การดำเนินงานสุขภาพอาหารและน้ำ

2) หลักสูตรการประชุมเชิงปฏิบัติการ การเสริมสร้างพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย ความสำคัญของการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำ สถานการณ์การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและผลกระทบองค์ความรู้การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำ การมีส่วนร่วมในการจัดการและเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำ

3) แบบฟอร์มการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอาหารและน้ำโดยการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การติดตามประเมินผลในพื้นที่ และการสรุปถอดบทเรียนการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่

4. การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน วิเคราะห์บริบทพื้นที่และสถานการณ์ปัญหาโรคอุจจาระร่วง โดยรวบรวมข้อมูลจาก

โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ รายงานโรคระบาดจากสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 10 อุบลราชธานี จัดทำสื่อ Power Point ประกอบด้วย อัตรाप่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง กระทบจากการเจ็บป่วย บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน ลงพื้นที่ชุมชนนำเสนอสภาพการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในชุมชนและชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการคัดเลือกพื้นที่และผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (action) ดำเนินการพัฒนาผู้เข้าร่วมกิจกรรมประชุมเสริมสร้างพลัง(empowerment) ในการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยประยุกต์ใช้หลักการ A-I-C (Appreciate Influence Control) ซึ่งเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

การสร้างความรู้ (Appreciation: A) ดำเนินการให้ความรู้เรื่อง โรคอุจจาระร่วง อันตรายและความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง การสุขาภิบาลในครัวเรือน ร้านอาหารและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การเฝ้าระวังอาหารและน้ำในชุมชนและการฝึกปฏิบัติการตรวจสอบความสะอาดของอาหารและน้ำด้วยชุดทดสอบภาคสนาม การสร้างความร่วมมือเพื่อลดปัญหาแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นได้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตยยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ดังนี้

- A1: ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาโรคอุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นในชุมชน

- A 2: ผู้ร่วมกิจกรรมร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์หรือภาพลักษณ์ที่แต่ละตำบลต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) การสร้างการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมหาวิธีการและเสนอแนวทางในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพที่พึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ (A2) โดยขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกำหนดมาตรการ วิธีการ และเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

- I1: ร่วมกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์
- I2: ร่วมกิจกรรมจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ ที่ได้มาจากการประชุมโดยกำหนดกิจกรรมและโครงการที่ชุมชน ท้องถิ่นทำได้เอง หรือทำร่วมกันกับหน่วยงานสนับสนุนหรือต้องความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น

การสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control: C) กระตุ้นและสร้างพลังให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมรับผิดชอบและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติประกอบด้วย

- C1: การแบ่งความรับผิดชอบในการดำเนินการโครงการ
- C2: การตกลงใจในรายละเอียดโครงการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขอรับงบประมาณจากเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามประเมินผล โดยการลงพื้นที่ให้คำปรึกษากระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานหลังจากนั้นประชุมสรุปถอดบทเรียนการดำเนินการของแต่ละจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการนำเสนอรายจังหวัดและจัดทำแผนงานโครงการเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน โดยในการติดตามประเมินในพื้นที่จะนำเอาผลการประชุมในขั้นตอนที่ 3 ที่จะมีการจัดทำโครงการหรือแผนปฏิบัติการ

การเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

เพื่อขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเมินความรู้ความเข้าใจในการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม

ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำโดยใช้แบบสำรวจข้อมูลสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารและน้ำ และแบบการนำเสนอโครงการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

ส่วนที่ 3 เก็บข้อมูลจากการติดตามประเมินผลสรุปบทเรียนการดำเนินงานแต่ละพื้นที่

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (pair t-test) และการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง

จริยธรรมการวิจัย โครงการนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมอนามัย ตามเอกสารใบรับรองโครงการวิจัยการประชุมครั้งที่ 51-2/2561 รหัสโครงการวิจัย 176 หลัง

จากการได้รับอนุมัติแล้วจึงได้ดำเนินการประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาศักยภาพภาคผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C

ผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า เป็นผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล) ร้อยละ 6.77 หัวหน้าสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมร้อยละ 6.77 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัดร้อยละ 27.11 ผู้นำชุมชนร้อยละ 22.03 อสม.ร้อยละ 35.59 และพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 1.66 ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินความรู้ความเข้าใจในการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม พบว่า ผู้ประเมิน 34 คนก่อนเข้าอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 10.05 หลังการอบรมตามแนวการเสริมสร้างพลังโดยใช้เทคนิค A-I-C มีคะแนนเฉลี่ย

ตารางที่ 1 ตำแหน่งบทบาทหน้าที่ผู้เข้าร่วมโครงการจำแนกรายจังหวัด

| ตำแหน่ง | จังหวัด | | | | | รวม | |
|---|-------------|-------|----------|------------|----------|-------|--------|
| | อุบลราชธานี | ยโสธร | ศรีสะเกษ | อำนาจเจริญ | มุกดาหาร | จำนวน | ร้อยละ |
| ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 6.77 |
| หัวหน้าฝ่าย/กองสาธารณสุขของท้องถิ่น | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 6.77 |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ/ตำบล/จังหวัด | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 16 | 27.11 |
| ผู้นำชุมชน | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 13 | 22.03 |
| อสม. | 4 | 4 | 4 | 3 | 6 | 21 | 35.59 |
| ครูพี่เลี้ยง | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1.66 |
| รวมทั้งสิ้น | 14 | 12 | 11 | 11 | 11 | 59 | |

ที่ 11.24 และเมื่อนำคะแนนมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าอบรมพบว่า ความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังโดยเทคนิค A-I-C มีความรู้เฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$, 95%CI of difference = 0.422 ถึง 1.343) ดังตารางที่ 2

2. ผลการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาโรค-อุจจาระร่วงในพื้นที่

ผลดำเนินการพัฒนาผู้เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างพลัง (empowerment) ในการจัดการและเฝ้าระวัง

สุขภาพอาหารและน้ำ โดยประยุกต์ใช้หลักการ A-I-C นำเสนอใน 3 ประเด็นดังนี้

2.1 ผู้เข้าร่วมสามารถวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ และร่วมกันกำหนดภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของชุมชนในป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ร่วมแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก และร่วมกันตัดสินใจกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกโครงการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพอาหารเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

| กิจกรรม | จำนวน | Mean | S.D | 95% CI of difference | | t | df | p-value |
|------------------|-------|-------|------|----------------------|-------|-------|----|---------|
| | | | | lower | upper | | | |
| ก่อนการอบรม | 34 | 10.05 | 1.51 | - | - | - | - | - |
| หลังการอบรม | 34 | 11.24 | 1.15 | - | - | - | - | - |
| หลัง-ก่อนการอบรม | 34 | .882 | 1.32 | 0.422 | 1.343 | 3.897 | 33 | <0.001 |

ตารางที่ 3 ผลการติดตามการดำเนินกิจกรรมของแต่ละจังหวัด

| จังหวัด | กิจกรรมที่ดำเนินการ | แหล่งงบประมาณ/งบประมาณ |
|-------------|---|--|
| อุบลราชธานี | - อบรมผู้นำชุมชนผู้ประกอบการร้านอาหาร และผู้ดูแลระบบประปา - ตรวจเฝ้าระวังร้านอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ - จัดทำกติกาสมาชิกชุมชน | กองทุนสุขภาพตำบล 50,000 บาท |
| ยโสธร | - อบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารและผู้ผลิตน้ำประปา ตรวจประเมินร้านอาหาร น้ำดื่มในชุมชนและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารและน้ำ - อาหารปลอดภัยในศูนย์เด็กเล็ก มีการตรวจเฝ้าระวังอาหารในศูนย์เด็กเล็กทุก 3 เดือนโดย อสม. | องค์การบริหารส่วนตำบล 35,000 บาท |
| อำนาจเจริญ | กิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ ผู้นำชุมชน โรงเรียน ผู้ประกอบการร้านอาหาร และการตรวจร้านอาหารในโรงเรียนทุก 3 เดือน | กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล 20,000 บาท |
| ศรีสะเกษ | มีกิจกรรมสำรวจข้อมูลร้านอาหารแฝงลอยในพื้นที่ อบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน และตรวจประเมินร้านอาหาร แฝงลอย | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล |
| มุกดาหาร | กิจกรรม อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านอาหารแฝงลอย เฝ้าระวังร้านอาหารแฝงลอยโดยการตรวจร้านอาหาร และมีการสื่อสารข้อมูลผ่าน อสม. | โรงพยาบาลมุกดาหารและเทศบาลเมืองมุกดาหาร 52,450 บาท |

การเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

2.2 การเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ จากกระบวนการเสริมพลังทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถจัดทำแผนการเฝ้าระวังร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารโดยมีผู้นำชุมชน และ อสม. ทำหน้าที่ในการตรวจเฝ้าระวังด้วยชุดทดสอบภาคสนามในพื้นที่ทั้งหมด พบว่าร้านอาหารผ่านเกณฑ์ CFGT เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.57 (เดิมร้อยละ 6.99) ส่วนแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์ CFGT ร้อยละ 12.50 เท่าเดิม แต่มีจังหวัดมุกดาหารที่มีแผงลอยผ่านเกณฑ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.50 เป็นร้อยละ 13.05 และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบ

ว่า ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดได้แก่ (1) การแต่งกายของผู้สัมผัสอาหาร (2) น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บไว้ในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดใช้อุปกรณ์ในการคีบจับและ (3) อาหารสดต้องสะอาด อาหารแต่ละประเภทแยกเก็บเป็นสัดส่วน เนื้อสัตว์ให้เก็บที่อุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศา และเมื่อสุ่มตรวจด้านแบคทีเรีย พบว่า มีการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารสูงทุกจังหวัด รองลงมาเป็นการปนเปื้อนของภาชนะ และมีผู้สัมผัสอาหาร ตามลำดับดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4 ผลการเฝ้าระวังร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารโดยผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังในการจัดการสุขาภิบาลอาหารจำแนกรายจังหวัด

| จังหวัด | ร้านอาหาร | | | | แผงลอย | | | | | |
|-------------|-----------|----------------|--------|--------------|--------|-------|----------------|--------|---------|--------|
| | จำนวน | ผ่านเกณฑ์ CFGT | | ไม่ผ่านเกณฑ์ | | จำนวน | ผ่านเกณฑ์ CFGT | | ไม่ผ่าน | |
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อุบลราชธานี | 18 | 13 | 72.22 | 5 | 27.77 | | | | | |
| ยโสธร | | | | | | 10 | 0 | 0.00 | 10 | 100.00 |
| ศรีสะเกษ | 20 | 9 | 45.00 | 11 | 55.00 | 3 | 0 | 0.00 | 3 | 100.00 |
| อำนาจเจริญ | 7 | 5 | 71.42 | 2 | 28.57 | | | | | |
| มุกดาหาร | 38 | 18 | 47.36 | 20 | 52.63 | 131 | 18 | 13.74 | 113 | 86.25 |
| รวม | 83 | 37 | 44.57 | 46 | 55.42 | 144 | 18 | 12.50 | 126 | 87.50 |

ตารางที่ 5 ผลการตรวจร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์ CFGT มากที่สุด

| เกณฑ์ที่ไม่ผ่าน | อุบลราชธานี | ยโสธร | ศรีสะเกษ | อำนาจเจริญ | มุกดาหาร | รวม |
|--|----------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| จำนวนร้านอาหาร/แผงลอย | จำนวน 18/- | -/10 | 20/3 | 7/- | 38/131 | 83/144 |
| ผู้สัมผัสอาหารต้องแต่งกายสะอาด | จำนวน 5/- | -/7 | 7/2 | 3/- | 20/113 | 44/115 |
| สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม | ร้อยละ 27.77/- | -/70.00 | 35.00/66.60 | 42.85/- | 52.6/ 86.2 | 53.01/79.86 |
| น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บไว้ในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิดใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามจับคียบหรือตักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้น 60 ซม. | จำนวน 3/- | -/6 | 11/2 | 2/- | 25/115 | 41/123 |
| ร้อยละ 16.67/- | -/60.00 | 55.00/66.60 | 28.75/- | 65.8/ 87.8 | 49.35/85.41 | |
| อาหารสดต้องสะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ | จำนวน 4/- | -/- | 11/0 | 2/- | 25/0 | 42/0 |
| อาหารประเภทต่าง ๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหาร เนื้อสัตว์ให้เก็บอุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศา | ร้อยละ 22.22/- | | 55.00/0.00 | 28.75/- | 65.78/0.0 | 50.60/0.0 |

ตารางที่ 6 การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียจากการสุ่มตรวจร้านอาหารและแผงลอยแยกรายจังหวัด

| ชนิดของตัวอย่างที่ตรวจ | อุบลราชธานี | ยโสธร | ศรีสะเกษ | อำนาจเจริญ | มุกดาหาร |
|--|-------------|-------|----------|------------|----------|
| 1. ภาชนะ (ช้อน ส้อม ตะเกียบ จาน ถ้วย แก้ว) | 36.66 | 30.00 | 13.04 | 28.58 | 10.41 |
| 2. อาหาร | 22.22 | 60.00 | 0.00 | 28.85 | 75.15 |
| 3. มือผู้สัมผัสอาหาร | 33.33 | 40.00 | 0.00 | 12.50 | 6.31 |

2.3 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง

อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่ตำบลเป้าหมายจากข้อมูลการรายงานโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า พื้นที่เป้าหมายส่วนใหญ่มีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง ยกเว้นตำบลศรีบุญเรือง อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 7)

วิจารณ์

การประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C เพื่อเสริมพลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำเพื่อลดโรคอุจจาระร่วงในเขตสุขภาพที่ 10 ทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน และตัวแทนของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถกำหนดความต้องการหรือภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งตัดสินใจพิจารณาแนวทางการดำเนินการ และวางแผนจัดทำโครงการ ดำเนินกิจกรรม ประเมินผลการดำเนินงานได้โดยมีโครงการพื้นที่ละ 1-2

โครงการรวมทั้งสิ้นจำนวน 6 โครงการโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล เพราะทุกกิจกรรมผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมวิเคราะห์และให้ข้อมูลกับชุมชน ทำให้มองเห็นปัญหาและหาแนวทางการร่วมแก้ไข ในการดำเนินการโครงการต่างๆ และมีหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ จึงทำให้แผนงานโครงการต่างๆ สามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้การใช้กระบวนการ A-I-C ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าการวิจัยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับและมีความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกชุมชนหรือองค์กร จึงเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเองเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง และมีความภูมิใจในผลงานที่ตนเองมีส่วนร่วม⁽⁶⁾ กระบวนการ A-I-C ยังเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัด

ตารางที่ 7 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง 3 ปีในพื้นที่เป้าหมาย จำแนกรายจังหวัด⁽⁴⁾

| จังหวัด | อำเภอ | ตำบล | อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง | | |
|-------------|----------|-------------|-------------------------|---------|---------|
| | | | 2559 | 2560 | 2561 |
| อุบลราชธานี | ดอนมดแดง | เหล่าแดง | 4207.92 | 4936.74 | 4757.98 |
| ยโสธร | ไทยเจริญ | ส้มผ่อ | 3698.02 | 4533.06 | 4481.94 |
| ศรีสะเกษ | ขุขันธ์ | ตาอุด | 5512.42 | 5939.44 | 4037.27 |
| อำนาจเจริญ | เมือง | คึมใหญ่ | 3898.96 | 4924.03 | 3496.25 |
| มุกดาหาร | เมือง | ศรีบุญเรือง | 3521.33 | 5367.88 | 6842.26 |

ทำแผนงานโครงการสร้างความเข้าใจต่อสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและทุนที่มีอยู่ทำให้เกิดการระดมสมองในการวิเคราะห์หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเกิดการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพสามารถกำหนดกิจกรรมโครงการในการแก้ไขปัญหาในชุมชนได้สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลคลองแดน อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลาที่ใช้เทคนิค A-I-C ในการแก้ไขปัญหาในชุมชนทำให้เกิดโครงการแก้ไขปัญหา 4 โครงการและทำให้เกิดความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่และองค์กรในท้องถิ่นเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนที่เป็น “สามประสาน” เกิดการสนับสนุนวิชาการและภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดความสามัคคีระหว่างประชาชนและแรงงานข้ามชาติ รักและสมัครใจที่จะร่วมแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน⁽⁷⁾ และหลังจากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสวนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนทำให้เกิดวิธีการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน 3 วิธี⁽⁸⁾ อีกทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดแนวทางการดำเนินงานในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลด้านกระบวนการและประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคขึ้นตอนที่ 4 สะท้อนข้อมูลผลการดำเนินการ และถอดบทเรียนผลการดำเนินงานพบว่าการศึกษามีระดับการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหาและตัดสินใจด้านการวางแผนปฏิบัติการ ด้านการดำเนินงานด้านการประเมินผล อยู่ในระดับดีและประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเป็นผลจากการมีกระบวนการที่เป็นระบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำที่เข้มแข็งและมีภาคีเครือข่ายสนับสนุนส่งผลให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกใน

ชุมชนลดลง⁽⁹⁾ กระบวนการดังกล่าวทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทบทวนบทบาทหน้าที่ของตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมกำกับผู้ประกอบการด้านอาหารและน้ำ มีการจัดทำแผนในการเฝ้าระวังและจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมโครงการเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่นที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 75.10⁽¹⁰⁾ ดังนั้น ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการใช้กระบวนการ A-I-C นั้น กระบวนการต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้น ได้แก่

1) การวางแผนหรือเตรียมการชี้แจงสร้างความเข้าใจ กระบวนการดำเนินการ รับทราบสถานการณ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

2) การพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเยี่ยมและสรุปบทเรียนโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการสามารถพัฒนาทักษะในการคิด วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมดำเนินการจนเสร็จสิ้นกระบวนการทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและรู้จักการประสานความร่วมมือกับภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) การติดตามเยี่ยมและถอดบทเรียนทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและรู้จักการประสานความร่วมมือกับภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีทักษะการคิดวิเคราะห์ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางการแก้ไขตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ทำให้สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้คนในชุมชนได้รับรู้ปัญหา ร่วมกัน ร่วมดำเนินการด้วยความสมัครใจอย่างต่อเนื่อง

และเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน⁽¹¹⁾

การสร้างความรู้โดยใช้กระบวนการ A-I-C ทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยของความรู้หลังการประชุมสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$, 95%CI of difference = 0.422 ถึง 1.343) สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เรื่องวัณโรคหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, 95%CI = 27.5-38.5)⁽¹²⁾ และผลของการจัดการเรียนรู้ทำให้ชาวบ้านมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้กระบวนการ A-I-C ในการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและประชาชนเป็นแนวทางที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาได้ดีสามารถนำไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหาเรื่องอื่นๆ ได้

2. ในการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นควรมีการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโครงการหรือแผนปฏิบัติการ

3. ควรมีการลงพื้นที่เยี่ยมให้กำลังใจและให้การสนับสนุนด้านวิชาการและกระตุ้นให้เกิดการต่อยอดกิจกรรมโครงการที่ดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistic 2016 [Internet]. [cited 2018 Jan 7]. Available form: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
2. World Health Organization. Diarrhoeal disease [Internet]. [cited 2018 Jan 7]. Available form: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

3. สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานโรคระบบเฝ้าระวัง 506 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: www.boe.moph.go.th/boedb/d506
4. กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานเฝ้าระวัง 506 พ.ศ.2556-2569 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://doe.moph.go.th/surdata/index.php>
5. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
6. ประชาสรรค์ แสนภักดี. เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.prachasan.com/mindmap-knowledge/aic.html>
7. สุปรีชา แก้วสวัสดิ์, สาโรจน์ เพชรหมณี, ทศณู เรืองสุวรรณ. การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาตำบลคลองแดน อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25(5):801-11.
8. เกษร แถวโนนจิว, พรชนก รัตนติลก ฌ ภูเก็ท, พงษ์ศักดิ์ ภูคาบขาว. รูปแบบการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนประถมศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พ.ศ.2558. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2558; 23(3):108-18.
9. มณฑิชา รักศิลป์. การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. วารสารสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 6(3):423-39.
10. ภคอร โจทย์กิ่ง, ประจักษ์ บัวพันธ์. การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 24(2):29-37.
11. นิตยา โปกกลาง, ราไพ กานุมาร, ทระนง คำวิสิทธิ์. ศึกษาการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนแบบมีส่วนร่วม ชุมชนหนองคู

การเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

- ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(2):322-30.
12. พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี, พรทิพย์ คำพอ. การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. 2555;12(2):42-60.
13. กนกวรรณ เอี่ยมชัย, แดนชัย ชอบจิตร, พัชรบูรณ์ ศรีวิชัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นบ้านแม่ต๋อมจังหวัดพะเยา. วารสาร-เพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2561;10(3):229-42.

Abstract: Empowerment of Local Government Organization to Monitor Food and Water Sanitation for Diarrhea Prevention in the 10th Public Health Region, Thailand

Chailai Changdum, M.H.Econ (Family and Social Development); Varunsiri Patumwan, B.N.S.; Yaowathida Wansingsu, B.N.S.

Regional Health Promotion Center 10, Ubonratchatani Province, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(1):89-99.

This action research aimed to empower local government organizations to monitor food and water sanitation for diarrheal disease prevention in the 10th Public Health Region by conducting of Appreciation Influence Control (A-I-C) process. The samples were local administrative organization administrators, community leaders, housewife group presidents, village health volunteers, and practitioners related to the sanitation of food and water management in local government organizations and public health agencies, altogether 50 persons. The samples were selected from the districts that had highest rate of diarrhea in each province. Tools used in this research were survey form, knowledge quiz, and observation record form. The quantitative data were analyzed by statistic, percentage, mean, standard deviation; and qualitative data were analyzed by content analysis. The results found that the samples had a statistically significant increase in knowledge of diarrhea after the empowerment process ($p < 0.001$, 95% CI=0.422 to 1.343). In addition, the planning meeting using the AIC process had resulted in the development of 6 projects for diarrhea prevention. The following up and taking lessons had found that all aforementioned projects could be implemented from budget support of the local government organizations. The success factors in the operation were (1) the local government organizations and people had acknowledged the situation of diarrhea in their area; (2) the community had involved in determining the desirable image and target as well as setting up their own solutions; (3) technical support from the agencies and mentoring visits had built confidence in the communities. These resulted in awareness and cooperation in monitoring of food and water sanitation, leading to the reduction of diarrheal diseases.

Keywords: empowerment of local government organization; food and water sanitation surveillance; diarrhea