

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง
(ภาษาอังกฤษ) Empower local administration to Surveillance food and water sanitation to prevent diarrhea in 10th Public Health Region.
2. ชื่อผู้วิจัย หรือคณะผู้วิจัย นางไฉไล ช่างดำ นางวรรณสิริ ปทุมวัน นางสาวเยาธิดา วันสิงห์สุ ชื่อหน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี .มือถือ. 085-3039991
3. ชื่อผู้นำเสนอผลงาน นางไฉไล ช่างดำ
ชื่อหน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มือถือ 085-3039991
4. บทคัดย่อ (เนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด (300 ตัวอักษร) ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ โดยมีคำสำคัญ (keywords) วางไว้ท้ายบทคัดย่อ)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง และเพื่อสร้างระบบการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำโดยชุมชนท้องถิ่นเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงสุดของแต่ละจังหวัด 5 ตำบล กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้แก่ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน แม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 59 คน วิธีการศึกษาคือ 1) การพัฒนาเสริมพลังโดยการอบรมให้ความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง 2) ใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciate Influence Control) ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบสำรวจและแบบการนำเสนอโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังโดยเทคนิค A-I-C มีความรู้สูงขึ้นก่อนการเข้าอบรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .๐๑ และได้โครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ 5 โครงการโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนสุขภาพตำบล โรงพยาบาล ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลง การสร้างการมีส่วนร่วมโดยกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ได้คิดวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดแนวทางการแก้ไขและดำเนินการเองได้นั้น ภาคส่วนราชการที่เกี่ยวข้องต้องช่วยสนับสนุนวิชาการและติดตามอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้อัตราการป่วยด้วยอุจจาระร่วงลดลงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : กระบวนการ A-I-C การเสริมพลัง การเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

5. บทนำและวัตถุประสงค์ (กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษา/วิจัย อย่างรัดกุมและได้ใจความ)

ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจริญและการขยายตัวของความเป็นเมืองส่งผลการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมืองนิยมบริโภคอาหารนอกบ้านมากขึ้น การเพิ่มของสถานประกอบการด้านอาหารในพื้นที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นร้านอาหารทั่วไป ในห้างสรรพสินค้า ริมหาดท่า หรือรถเร่ ตลาดนัด ซึ่งมีผลคือเอื้อให้ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้ออาหารได้สะดวก แต่ก็มีข้อเสียคือ หากอาหารจำหน่ายไม่สะอาดหรือมีการปนเปื้อนก็อาจทำให้เกิดโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อได้

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี2556 พบ สถานการณ์การเกิดโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อที่สำคัญดังนี้ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)ซึ่งถือเป็นโรคสำคัญในด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข เนื่องจากอัตราการป่วยสูงและมีแนวโน้มการเกิดโรคสูง ในปีพ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 1,135,060 ราย อัตราป่วย 1,756.48 ต่อแสนประชากรมีรายงานผู้เสียชีวิต 13 ราย อัตราตายเท่ากับ 0.02 ต่อแสนประชากรเมื่อพิจารณาย้อนหลังสิบปี พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย ,2558) และข้อมูลการเฝ้าระวังโรคในปี 2557-2559 พบว่า ในปี 2557 พบผู้ป่วย 1,106,900 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1717.28 ต่อแสนประชากร ในปี 2558 พบผู้ป่วย 1,097,751 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1685.61 ต่อแสนประชากรในปี 2558 พบผู้ป่วย 1,097,751 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1685.61 ต่อแสนประชากร และอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.97 ร้อยละ 12.55 และร้อยละ 12.61 ตามลำดับ และภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือภาคเหนือ รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรกของปี 2559 คือ ปราจีนบุรี (2734.66ต่อแสนประชากร) อำนาจเจริญ (2567.57ต่อแสนประชากร) สมุทรสาคร (2430.48ต่อแสนประชากร) ตาก(2337.9599ต่อแสนประชากร) มหาสารคาม(2291.52ต่อแสนประชากร) ปัจจุบันตลาดนัดถือเป็นแหล่งจำหน่ายอาหารที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เนื่องจากมีกระจายอยู่ทุกพื้นที่ และส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ จากการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำในสถานประกอบการด้านอาหารของกรมอนามัยในปี 2554-2555 (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย,2558) พบว่า ตลาดประเภทที่2(ตลาดนัด)มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วและได้มีการสำรวจสุขลักษณะของตลาดประเภทที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่มีการขออนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ 70.44 และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 พบว่า มีการดำเนินการไม่ถูกต้อง ได้แก่ การล้างทำความสะอาดอาหาร/ภาชนะในแผงลอยจำหน่ายอาหารสดร้อยละ 70.44 ไม่มีทางระบายน้ำ/ตะแกรงดักมูลฝอยร้อยละ 76.32 ห้องส้วมไม่เพียงพอและถูกสุขลักษณะร้อยละ 67.73 ไม่มีการล้างทำความสะอาดทุกวันที่เปิดทำการร้อยละ 54.93 นอกจากนี้การแล้วน้ำบริโภคก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคระบบทางเดินอาหาร จากการสำรวจและเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในครัวของกรมอนามัยในปี 2557พบว่า ประชาชนบริโภคน้ำบรรจุขวดขนาด 20 ลิตรร้อยละ 30.78 รองลงมาเป็น น้ำประปาร้อยละ 20.25 น้ำฝน ร้อยละ 15.93 น้ำตู้จำหน่ายหยอดเหรียญร้อยละ 14.73 บ่อน้ำตื้นร้อยละ 9.37และน้ำบ่อบาดาลร้อยละ 8.43 และคุณภาพน้ำบริโภคที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคร้อยละ 36.14 โดยคุณภาพน้ำบริโภคจำแนกตามประเภทของแหล่งน้ำดังนี้ น้ำประปาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 67.74 น้ำบรรจุขวดขนาด 20 ลิตรผ่านเกณฑ์ร้อยละ 26.09 น้ำบ่อตื้นผ่านเกณฑ์ร้อยละ 15.71 น้ำบ่อบาดาลผ่านเกณฑ์ร้อยละ 23.8 น้ำฝนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 28.57 น้ำตู้จำหน่ายหยอดเหรียญผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40.9 (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย,2558)

อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงในเขตสุขภาพที่ 10 ในรอบ 5 ปี(2556-2559) ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในปี 2559 จังหวัดในเขตได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร มุกดาหาร อำนาจเจริญ มีอัตราป่วย 2,122.8 ต่อแสนประชากร อัตราป่วย 1478.86ต่อแสนประชากร อัตราป่วย 1756.77ต่อแสนประชากร อัตราป่วย 1763.1 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วย 2567.57ต่อแสนประชากร ตามลำดับ(สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ,2559) และผลประเมินคุณภาพด้านอาหารและน้ำในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าร้านอาหารไม่ผ่านมาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อยร้อยละ 100 และเมื่อตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในตัวอย่างอาหารทั้งหมด 358 ตัวอย่างมีการพบเชื้อร้อยละ 90.50 และในแผงลอยจำหน่ายอาหารร้อยละ 100 ไม่ผ่านมาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อยร้อยละ 100 และตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารร้อยละ 71.37 และพบในน้ำแข็งร้อยละ 95.00 ในตลาดสดประเภทที่ 2 (ตลาดนัด)ที่มีการสุ่มเฝ้าระวังพบว่าร้อยละ 100 ไม่ผ่านข้อกำหนดตามเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับตลาดสดน้ำซึ่ของกรมอนามัย และตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารร้อยละ 75.22 และพบในมือผู้สัมผัสอาหารร้อยละ66.23 (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี,2559) และในเรื่องน้ำบริโภคพบว่าประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 นิยมใช้น้ำประปามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.16 น้ำบรรจุขวดขนาด 20 ลิตรร้อยละ 34.16 ตู้น้ำหยอดเหรียญร้อยละ 15.00 และน้ำบริโภคดังกล่าวผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้เพียงร้อยละ 18.88,ร้อยละ 8.3 และร้อยละ11.66 ตามลำดับ(ศูนย์อนามัยที่ 10อุบลราชธานี,2559) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งในการจัดบริการน้ำสะอาด การจัดการสุขาภิบาลอาหาร นอกจากนี้ยังมีอำนาจหน้าที่ตาม ม.50 (4) การป้องกันและระงับติดต่อ ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 และแก้ไขฉบับที่ 13 พ.ศ.2552และ ม 67(3) ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พงศ.2537 เพิ่มเติมถึงฉบับที่ 6 พ.ศ.2552 และในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 กำหนดให้ราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินการควบคุมสถานที่จำหน่ายอาหารให้มีความปลอดภัย อีกทั้งในปี พ.ศ.2545 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของการณรงค์การสร้างสุขภาพ ภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลัง สร้างสุขภาพ”โดยให้ราชการส่วนท้องถิ่นควบคุมสถานที่จำหน่ายอาหารให้ได้ตามมาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย(กรมอนามัย,2546) แต่ราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินการในเรื่องสุขาภิบาลอาหารและน้ำค่อนข้างน้อยจากการรับรองคุณภาพมาตรฐานการให้บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า มีเทศบาลที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารร้อยละ 43.51และผ่านคุณภาพมาตรฐานการจัดการน้ำประปาร้อยละ 32.43 (ศูนย์อนามัยที่ 10อุบลราชธานี,2559)

ปัญหาโรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ถึงแม้ภาครัฐจะดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยการจัดระบบการควบคุมป้องกันโรคนานหลายปี แต่อัตราป่วยของโรคระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น และผู้วิจัยเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยลดปัญหาโรคอุจจาระร่วงและโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อได้อย่างยั่งยืน จึงได้ศึกษาการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงขึ้น เพื่อจะได้แนวทางการจัดการสุขาภิบาลอาหารเพื่อลดปัญหาโรคอุจจาระร่วงสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง
2. เพื่อสร้างระบบการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำโดยชุมชนท้องถิ่นเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

6.วิธีการศึกษา (อธิบายรูปแบบการศึกษา กำหนดกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการวิเคราะห์ ข้อมูล/สถิติที่ใช้)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciate Influence Control) การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผนการ ประสานชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน 2) ขั้นตอนปฏิบัติการ ด้วยการอบรมให้ความรู้การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำและการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ 3) ขั้นตอนสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ 4) ขั้นตอนการติดตามประเมินผล ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน วิเคราะห์บริบทพื้นที่และสถานการณ์ปัญหาโรคอุจจาระร่วง โดย รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรายงานโรคระบาดจากสำนักงานควบคุม ป้องกันโรคที่ 10 อุบลราชธานี จัดทำสื่อ Power ประกอบด้วย อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง กระทบจากการ เจ็บป่วย บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน ลงพื้นที่ชุมชนนำเสนอสภาพการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในชุมชนและ ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทราบ ปัญหาที่เกิดขึ้นและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการคัดเลือกพื้นที่และผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action)ดำเนินการพัฒนาผู้เข้าร่วมกิจกรรมประชุมเสริมสร้างพลัง (Empowerment) ในการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยประยุกต์ใช้หลักการ A-I-C (Appreciate Influence Control) ซึ่งเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ดังนี้

การสร้างความรู้ (Appreciation : A)ดำเนินการให้ความรู้เรื่อง โรคอุจจาระร่วง อันตรายและ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง การสุขาภิบาลในครัวเรือน ร้านอาหารและศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก การเฝ้าระวังอาหารและน้ำในชุมชนและการฝึกปฏิบัติการตรวจสอบความสะอาดของอาหารและน้ำด้วย ชุดทดสอบภาคสนาม การสร้างความร่วมมือเพื่อลดปัญหาแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นได้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็น ประชาธิปไตย ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ดังนี้

A 1 : ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาโรคอุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นในชุมชน

A 2 : ผู้ร่วมกิจกรรมร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์หรือภาพลักษณ์ของแต่ละตำบลต้องการ

ขั้นตอนที่ ๓ การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) การสร้างการมีส่วนร่วมในการเฝ้า ระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมหาวิธีการและเสนอแนวทางในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพที่ พึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ (A2) โดยขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกำหนดมาตรการ วิธีการ และ เหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของ กิจกรรมโครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 : ร่วมกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์

I2 : ร่วมกิจกรรมจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ ที่ได้มาจากการประชุมโดยกำหนดกิจกรรมและโครงการที่ชุมชน ท้องถิ่นทำได้เอง หรือทำร่วมกันกับหน่วยงานสนับสนุน หรือต้องความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น

การสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) กระตุ้นและสร้างพลังให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมรับผิดชอบและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการกิจกรรมต่างๆมาสู่การปฏิบัติประกอบด้วย

C๑ : การแบ่งความรับผิดชอบในกาดำเนินการโครงการ

C๒ : การตกลงใจในรายละเอียดโครงการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขอรับงบประมาณจากเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

ขั้นตอนที่ ๔ ติดตามประเมินผล โดยการลงพื้นที่ให้คำปรึกษากระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานหลังจากนั้นประชุมสรุปถอดบทเรียนการดำเนินการของแต่ละจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการนำเสนอรายจังหวัดและจัดทำแผนงานโครงการเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ดำเนินการดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเมินความรู้ความเข้าใจในการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม

ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำโดยใช้แบบสำรวจข้อมูลสถานการณ์สุขาภิบาลอาหารและน้ำ และแบบการนำเสนอโครงการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

ส่วนที่ 3 เก็บข้อมูลจากการติดตามประเมินผลสรุปบทเรียนการดำเนินงานแต่ละพื้นที่
จริยธรรมการวิจัย โครงการนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมอนามัย ตามเอกสารใบรับรองโครงการวิจัยการประชุมครั้งที่ 51-2/2561 รหัสโครงการวิจัย 176 หลังจากการได้รับอนุมัติแล้วจึงได้ดำเนินการประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Pair t -test) และการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง 7.ผลการศึกษา (อธิบายผลการศึกษาที่สำคัญ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา/วิจัยอย่างรัดกุมและได้ใจความ)

ผลการศึกษา แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ 1) การพัฒนาศักยภาพภาคผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C และ2) ผลการสร้างการมีส่วนในการแก้ปัญหาโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่

1. ผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังการจัดการสุขาภิบาลอาหารเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า เป็นผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(มีนายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 6.77 หัวหน้าสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมร้อยละ 5.08 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัดร้อยละ 27.22 ผู้นำผลการประเมินความรู้ความเข้าใจในการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรมจากผู้เข้าร่วมการประเมินทั้งสิ้นจำนวน 34 คน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.35 ส่วนหลังการอบรมตามแนวการเสริมสร้างพลังโดยการใช้เทคนิค A-I-C มีคะแนนเฉลี่ยที่ 11.23 เมื่อนำคะแนนมาเปรียบเทียบพบว่าความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังโดยเทคนิค A-I-C มีความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าอบรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขาภิบาลอาหารเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

การทดสอบ	จำนวนผู้ทดสอบ	คะแนนเฉลี่ย	S.D	t	df	sig
ก่อนการอบรม	๓๔	๑๐.๓๕	๒.๒๙	๓.๘๙	๓๓	๐.๐๐**
หลังการอบรม	๓๔	๑๑.๒๓	๑.๓๓			

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

2. ผลดำเนินการพัฒนาผู้เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างพลัง(Empowerment) ในการจัดการและเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยประยุกต์ใช้หลักการ A-I-C นำเสนอใน 3 ประเด็นดังนี้

2.1 ผู้เข้าร่วมสามารถวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ และร่วมกันกำหนดภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของชุมชนในป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ร่วมแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก และร่วมกันตัดสินใจกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่กำหนดเป็นโครงการได้ 6 โครงการได้แก่ 1) โครงการอบรมให้ความรู้เพื่อยกระดับมาตรฐานงานสุขาภิบาลอาหาร ตำบลเหล่าแดงปี 2561 กลุ่มเป้าหมาย ผู้บริหารใน อบต.ผู้นำชุมชน อสม. โดยมีกิจกรรมอบรม การตรวจแนะนำร้านอาหารในพื้นที่ จัดมหกรรมประกวดร้านอาหาร ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้รับผิดชอบคือ อบต.เหล่าแดงและ รพ.สต.เหล่าแดง 2) โครงการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ตำบลส้มผ่อ จังหวัดยโสธร โดยมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย ผู้นำชุมชนและ อสม. การตรวจร้านอาหาร/แผงลอย การตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ จัดทำกติกาสวนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ รพ.สต.ส้มผ่อ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ 3) โครงการอาหารปลอดภัยในศูนย์เด็กเล็ก มีการตรวจเฝ้าระวังอาหารในศูนย์เด็กเล็กทุก 3 เดือนโดย อสม. งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ รพ.สต.เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ 4) โครงการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ให้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชนและผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับตำบล โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาอุด เป็นผู้รับผิดชอบ 5) โครงการน้ำสะอาดปลอดภัยใส่ใจผู้บริโภค เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการอาหารและน้ำบริโภค ผู้นำชุมชน อสม. งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลคึมใหญ่ และมีการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารและแผงลอย 6) โครงการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นการอบรมให้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหาร ผู้นำชุมชน งบประมาณจาก เทศบาลและโรงพยาบาลมุกดาหาร และจากการติดตามผลการดำเนินการพบว่ามีโครงการที่ได้รับการได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลและงบประมาณจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด ดังนี้

- โครงการยกระดับมาตรฐานร้านอาหารและมาตรฐานน้ำประปา โดยมีกิจกรรมอบรมผู้ชุมชนผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ดูแลระบบประปา และออกตรวจเฝ้าระวังร้านอาหารในพื้นที่ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล ๕๐,๐๐๐ บาท

- โครงการพัฒนาสุขภาพอาหารล้าในชุมชนสัมพันธ์ มีกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารและ ผู้ผลิตน้ำประปา ติดตามตรวจประเมินร้านอาหาร น้ำดื่มในชุมชน

สามารถดำเนินการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ และดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพอาหารได้ และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารและน้ำ โดยได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล ๓๕,๐๐๐ บาท

- โครงการคิมีใหญ่อาหารสะอาดปลอดภัย มีกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ ผู้นำชุมชน โรงเรียนผู้ประกอบการร้านอาหาร และการตรวจร้านอาหารในโรงเรียนทุก ๓เดือน ได้รับงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล ๒๐,๐๐๐ บาท

- โครงการพัฒนาร้านอาหารแฝงลอยน้ำบริเวณริมน้ำและร้านขายของชำปี ๒๕๖๑ โดยมีกิจกรรมสำรวจข้อมูลร้านอาหารแฝงลอยในพื้นที่ อบรมให้ความรู้ผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน และตรวจประเมินร้านอาหาร แฝงลอยได้รับงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตาดูด

- โครงการพัฒนาร้านอาหารแฝงลอยของเทศบาลมุกดาหาร โดยมีกิจกรรม อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านอาหารแฝงลอย เฝ้าระวังร้านอาหารแฝงลอยโดยการตรวจร้านอาหาร และมีการสื่อสารข้อมูลผ่าน อสม.ได้รับงบประมาณจากโรงพยาบาลมุกดาหารและเทศบาลเมืองมุกดาหาร

2.2 การเฝ้าระวังด้านสุขภาพอาหารและน้ำ จากกระบวนการเสริมพลังทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถจัดทำแผนการเฝ้าระวังและดำเนินการตรวจร้านอาหารและแฝงลอยจำหน่ายอาหาร พบว่า ร้านอาหารผ่านเกณฑ์ CFGT เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.57 (เดิมร้อยละ 6.99) ส่วนแฝงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์ CFGT ร้อยละ 12.5 เท่าเดิม แต่มีจังหวัดมุกดาหารที่มีแฝงลอยผ่านเกณฑ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 13.05 ตารางที่ 2 แสดงผลการเฝ้าระวังร้านอาหารและแฝงลอยจำหน่ายอาหารโดยผู้เข้าร่วมโครงการเสริมพลังในการจัดการสุขภาพอาหารจำแนกรายจังหวัด

กิจกรรม	จังหวัด อุบลราชธานี	จังหวัด ยโสธร	จังหวัด ศรีสะเกษ	จังหวัด อำนาจเจริญ	จังหวัด มุกดาหาร	รวม
จำนวนร้านอาหาร (ร้าน)	18	0	20	7	38	83
-ร้านผ่านเกณฑ์ CFGT (ร้าน/ร้อยละ)	5 (27.77)	0	9 (45.๐)	5 (71.42)	18 (47.36)	37 (44.57)
-ร้านไม่ผ่านเกณฑ์ CFGT (ร้าน/ร้อยละ)	13 (72.22)		12 (60.0)	2 (28.57)	20 (52.63)	47 (45.62)
จำนวนแฝงลอย (แฝง)	0	10	3	0	131	144
-แฝงลอยที่ผ่านเกณฑ์ CFGT (แฝง/ร้อยละ)	0	0	0	0	18(13.74)	18 (12.5)
-แฝงลอยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ CFGT (แฝง/ร้อยละ)	0	10 (100)	3 (100)	0	113 (86.25)	126 (87.5)

2.3 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง

อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่ตำบลเป้าหมายจากข้อมูลการรายงานโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงโดย ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานีในปี 2560 อัตราป่วยเท่ากับ4936.74 ปี 2561 ลดลงเหลือเท่ากับ4757.98 ตำบลสัมผ่อ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ในปี 2560 อัตราป่วยเท่ากับ4533.06ในปี 2561ลดลงเหลือเท่ากับ4481.94 ตำบลตาอุด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษในปี 2560 อัตราป่วยเท่ากับ5939.44 ในปี 2561ลดลงเหลือเท่ากับ4037.27 ตำบลคึมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญปี 2560 อัตราป่วยเท่ากับ4924.03 ในปี 2561ลดลงเหลือ3496.25 มีตำบลศรีบุญเรือง อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหารเท่านั้นที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วยปี 2560เท่ากับ 5367.88ในปี 2561เพิ่มขึ้นเป็น6842.26 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง 3 ปีในพื้นที่เป้าหมาย จำแนกรายจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง		
				2559	2560	2561
1	อุบลราชธานี	ดอนมดแดง	เหล่าแดง	4207.92	4936.74	4757.98
๒	ยโสธร	ไทยเจริญ	สัมผ่อ	3698.02	4533.06	4481.94
2	ศรีสะเกษ	ขุขันธ์	ตาอุด	5512.42	5939.44	4037.27
4	อำนาจเจริญ	เมือง	คึมใหญ่	3898.96	4924.03	3496.25
5	มุกดาหาร	เมือง	ศรีบุญเรือง	3521.33	5367.88	6842.26

ข้อมูลจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

8.สรุปและข้อเสนอแนะ (สรุปสาระสำคัญของผลการศึกษา และข้อเสนอแนะอย่างสั้น รัดกุม ชัดเจน)

การเสริมพลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการใช้เทคนิคกระบวนการ A-I-C ในการสร้างพลังเพื่อพัฒนาศักยภาพแต่ละท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตัวแทนชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงเพิ่มขึ้น มีส่วนร่วมในการระดมความเห็นสามารถจัดทำแผนงานและโครงการในการเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อลดปัญหาโรคอุจจาระร่วงของพื้นที่ของตนเองได้ทั้ง 5 พื้นที่จำนวนทั้งสิ้น 6 โครงการและได้รับการสนับสนุนในการดำเนินการโครงการจากงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลและโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องมาจากในขั้นตอนการจัดกิจกรรมวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ทุกๆกิจกรรมมีผู้บริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์กับชุมชน ทำให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นและเห็นแนวทางการแก้ไขร่วมกัน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแหล่งงบประมาณในการขับเคลื่อนกิจกรรมโครงการ ซึ่งงบประมาณอยู่ในรูปของกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งมีผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธานกองทุน และมีหน่วยงานสาธารณสุขซึ่งในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงคอยให้การสนับสนุนทางวิชาการในการดำเนินงาน และผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจช่วยเป็นแรงผลักดัน ให้แผนงานโครงการต่างๆได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ การประชุมเชิงสร้างสรรค์(A-I-C) เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยสร้างพลังกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างการยอมรับและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการพัฒนา และความเป็น เจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึง

ศักยภาพในการพึ่งตนเองเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง และมีความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนเองมีส่วนร่วม(ประชากรสรรค์ แวนภักดี) กระบวนการ A-I-C ยังเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผนงานโครงการสร้างความเข้าใจต่อสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัดและทุนที่มีอยู่ทำให้เกิดการระดมสมองในการวิเคราะห์หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเกิดการพัฒนามีประสิทธิภาพสามารถกำหนดกิจกรรมโครงการในการแก้ไขปัญหามิได้สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลคลองแดน อำเภอระโนด จังหวัดสงขลาที่ใช้เทคนิค A-I-C ในการแก้ไขปัญหามิได้สอดคล้องกับโครงการแก้ไขปัญหาคือ 4 โครงการและทำให้เกิดความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่และองค์กรในท้องถิ่นที่เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนที่เป็น “สามประสาน” เกิดการสนับสนุนวิชาการที่สอดคล้องกับหลักวิชาการและภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดความสามัคคีระหว่างประชาชนและแรงงานข้ามชาติ รักและสมัครใจที่จะร่วมแก้ไขปัญหไปด้วยกัน (สุปรินษา แก้วสวัสดิ์และคณะ,2559) และหลังจากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสวนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนทำให้เกิดวิธีการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน 3 วิธี (เกสร แถวโนนจิวและคณะ,2559)อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา รักศิลป์.(๒๕๕๙) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดแนวทางการดำเนินงานในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลด้านกระบวนการ และประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรค ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนข้อมูลผลการดำเนินการ และถอดบทเรียนผลการดำเนินงานพบว่าหลังการศึกษามีระดับการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหาและตัดสินใจด้านการวางแผนปฏิบัติ การดำเนินการดำเนินงาน ด้านการประเมินผล อยู่ในระดับดีและประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานเป็นผลจากการมีกระบวนการที่เป็นระบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำที่เข้มแข็งและมีภาคีเครือข่ายสนับสนุนส่งผลให้การควบคุมโรคใช้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราป่วยโรคใช้เลือดออกในชุมชนลดลง

กระบวนการดังกล่าวทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทบทวนบทบาทหน้าที่ของตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมกำกับผู้ประกอบการด้านอาหารและน้ำ ให้ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลมากขึ้นมีการจัดทำแผนในการเฝ้าระวังและจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรมโครงการเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่นที่ การสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 75.1 (ภคอร โจทย์ และ ประจักษ์ บัวผัน,2560)

ดังนั้นผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการใช้กระบวนการ A-I-C อธิบายได้ว่า กระบวนการต่างๆที่กำหนดขึ้นตั้งแต่ การเตรียมการชี้แจงสร้างความเข้าใจถึงกระบวนการดำเนินการรับทราบสถานการณ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา การพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการอาหาร เยี่ยมและสรุปบทเรียน สามารถพัฒนาผู้เข้าร่วมการศึกษามีทักษะในการคิด วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมดำเนินการจนเสร็จ

สิ้นกระบวนการทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและรู้จักการประสานความร่วมมือกับภาคีอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จะสามารถทำให้ทุกพื้นที่แก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วงได้อย่างมั่นใจและเกิดความยั่งยืนต่อไป

9. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) การใช้กระบวนการ A-I-C ในการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชนเป็นแนวทางที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาได้ดีสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาเรื่องอื่นๆได้
- 2) ในการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นควรมีการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโครงการหรือแผนปฏิบัติการ
- 3) ควรมีการลงพื้นที่เยี่ยมให้กำลังใจและให้การสนับสนุนด้านวิชาการและกระตุ้นให้เกิดการต่อยอดกิจกรรมโครงการที่ดำเนินการ
- 4) องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่บางแห่งขาดบุคลากรด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ต้องคอยเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานเพื่อให้สารรถแก้ไขปัญหาระบาดโรคอุจจาระร่วงได้
- 5) กรมอนามัยควรจัดทำหลัก/ทบทวนสูตรวิทยากรกระบวนการ A-I-C และพัฒนาบุคลากรของศูนย์อนามัยให้สามารถนำหลักการไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาด้านอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาการรูปแบบการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำในชุมชน
- 2) ควรมีการศึกษาแนวทางการขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังของชุมชนไปสู่การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอื่นๆที่มีในชุมชน
- 3) ควรมีการศึกษาระบบการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

9.เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย. (2543) คู่มือนิยามศัพท์และคำย่อที่เกี่ยวข้องกับการสุขาภิบาลอาหาร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
2. คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 พิมพ์ครั้งที่ 9 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือการใช้ชุดทดสอบทางภาคสนามโดยชุมชน ศากุน เอ็นมศิลา และคณะ. คู่มือการใช้ชุดทดสอบ si-2 เพื่อการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร. นนทบุรี
4. พัฒนา มูลพฤกษ์. อนามัยสิ่งแวดล้อมฉบับปรับปรุง. (2550). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

5. พิสิษฐ์ โพธิ์ศรี, พรทิพย์ คำพอ. (2555) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน : ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัญญัติ-ศึกษา) 12(2),42-60
6. สุเทพ พลอยพลายแก้ว นิษฐา หุ่นเกษม อรุณช ภาชนะ ศักดิ์ชัย เพ็ชรตรา.(2556).ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรีเพื่อพัฒนาแนวทาง การดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี.วารสารพยาบาลทหารบก 14(1),61-70
7. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. (2556). คู่มือแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหาร. นนทบุรี.
8. สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทยปี2551-2557สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย
9. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1 ค้นเมื่อ 2/23/2558
10. แนวทางการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารละน้ำเป็นสื่อ กรมอนามัย 2558
11. เกษร แถวโนนจิว, พรชนก รัตนดิถก ณ ภูเก็ต, พงษ์ศักดิ์ ภูกาบขาว. (2558)รูปแบบการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนประถมศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พ.ศ.2558. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.23(3),108-118
12. สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ปี 2559 ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
13. รายงานอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง (รวม) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี
14. สรุปผลการดำเนินงานโครงการประเมินคุณภาพตลาดประเภทที่1ในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่10 อุบลราชธานี 2559
15. ประชาสรรค์ แสนภักดี.เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม <http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.html>.
16. สุปรินชา แก้วสวัสดิ์, สารีจ๊ะ เพชรมณี, ทัศนุ เรื่องสุวรรณ. (2559)การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แบบมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลคลองแดน อำเภอรือเสาะ จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(5),801-811
17. ภคอร โจทย์กิ่ง , ประจักษ์ บัวผัน.(2560) การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 24 (2),29-37
18. มณฑิชา รักศิลป์.(๒๕๕๙) การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วารสารสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๖(๓),๔๒๓-๔๓๘
19. กรมอนามัย ศูนย์บริหารกฎหมาย.(๒๕๖๐) ผลการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การออกข้อกำหนดท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ http://laws.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=๒๑๙&filename=index

20.กรมอนามัย ศูนย์บริหารกฎหมาย.(๒๕๖๐) ผลการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒

http://laws.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=๒๑๙&filename=index

หมายเหตุ

ใช้ขนาดอักษร 16 point พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด โดยเนื้อเรื่องประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ สมมุติฐานของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4