

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบใหม่ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร ตำรา ในเรื่อง ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีรายละเอียดปรากฏในบทนี้

2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis) ที่พบในประเทศไทยและทำให้เกิดโรคในคนเกิดจากพยาธิใบไม้ชื่อ *Opisthorchis viverrini* ซึ่งลักษณะของโรคมีดังต่อไปนี้ คือ

สาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

เกิดจากพยาธิใบไม้ตับ (*O. viverrini*) เป็นพยาธิที่มี 2 เพศในตัวเอง มีรูปร่างคล้ายใบไม้ มีขนาดยาวตั้งแต่ 5.5-9.5 มม. กว้าง 0.7-1.7 มม. ไข่มีลักษณะกลมรี มีฝาปิด ตรงปลายรีข้างหนึ่งหรือมีลักษณะคล้ายหลอดไฟฟ้าขนาดยาว 26 X 13 ไมครอน พยาธิจะอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี ในตับคนหรือสัตว์ เช่น สุนัข แมว ไข่ปนออกมากับน้ำดี ลงสู่ ลำไต้แล้วออกมากับอุจจาระคนหรือสัตว์ เมื่ออุจจาระลงไปในน้ำ หอยน้ำจืดชนิดหนึ่งตระกูล Bithynidae (ซึ่งเป็นพาหะกึ่งกลางตัวแรก) จะกินไข่เข้าไป ตัวอ่อนจากไข่จะเจริญเป็น Sporocyst Redia และ Cercaria อยู่ในหอย การเจริญเติบโตนี้ใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ Cercaria เมื่อเจริญเติบโตเต็มที่ก็จะว่ายออกจากหอยและไชเข้าสู่ปลา เจริญอยู่ในเนื้อปลาน้ำจืดตระกูลปลาเกล็ด ตระกูลปลาตะเพียน (พาหะกึ่งกลางนำโรคตัวที่ 2) Cercaria นี้ จะเข้าไปส่วนหัวบริเวณโคนครีบหน้าของปลาแล้วฝังตัวเป็นถุงเล็กๆ อยู่ในเนื้อปลาเป็นพยาธิตัวอ่อนระยะติดคอ (Metacercaria) ซึ่งมีลักษณะกลม พยาธิตัวอ่อนระยะนี้จะเคลื่อนไหวอยู่ไปมาการเจริญอยู่ในเนื้อปลาดังแต่ไชเข้าสู่เนื้อปลาจนถึงระยะติดคอ (Metacercaria) ใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ เมื่อคนหรือสัตว์รับประทานปลาดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ พยาธิตัวอ่อนจะออกมาจากถุงเล็ก ๆ (Cyst) และออกไป เจริญเติบโตเป็นพยาธิตัวแก่ในท่อน้ำดีระยะเวลาที่ตัวอ่อนเจริญเป็นตัวแก่ประมาณ 4 สัปดาห์ และออกไข่ต่อไป ระยะเวลาดังแต่พยาธิตัวอ่อนถูกกินเข้าไปจนกระทั่งเจริญเติบโตเป็นตัวแก่พร้อมที่จะออกไข่สืบพันธุ์ต่อไป กินเวลาประมาณ 8-18 สัปดาห์ และพบว่าพยาธิใบไม้ตับมีชีวิตอยู่ในคนนานถึง 26 ปี (สว้างใจ พึ่งพักตร์, 2540) ปลาที่

เป็นพาหะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ และพบว่ามีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาสุต อัตราที่พบ ร้อยละ 92 ปลาปก อัตราที่พบร้อยละ 80 ปลาแม่สะแตง อัตราที่พบร้อยละ 50 ปลา ตะเพียนทราย อัตราที่พบร้อยละ 35 ปลาแก่นจันทร์ อัตราที่พบร้อยละ 27 ปลาจิ๋ว อัตราที่พบ ร้อยละ 10 ปลากระมัง อัตราที่พบร้อยละ 8 ปลาสร้อยนกเขา อัตราที่พบร้อยละ 4 ปลา หน้าหมอง อัตราที่พบร้อยละ 4 ปลาตะเพียนขาว อัตราที่พบร้อยละ 3 ปลาเสาทราย อัตราที่ พบร้อยละ 3

อาการของโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ไม่มีอาการให้เห็นชัดเจน อาการปรากฏเมื่อเข้าสู่วัย กลางคน ในรายที่มีอาการรุนแรงก็จะทำให้เป็นมะเร็งตับ และเสียชีวิตในที่สุด สำหรับอาการของ โรคพยาธิใบไม้ตับที่พบแบ่งเป็น 3 อาการดังนี้

1. อาการเล็กน้อย (Mild) ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ เจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ และชายโครงขวาหรือทั้งสองข้าง ออกร้อนบริเวณหน้าท้อง ปวดหลัง อ่อนเพลีย ซึ่งอาการเหล่านี้ จะไม่มีลักษณะเฉพาะของโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่เป็นอาการของแผลในกระเพาะอาหาร ริดสีดวง อักเสบ เป็นต้น
2. อาการขนาดปานกลาง (Moderate) ผู้ป่วยเป็นโรคนี้นาน อาการผู้ป่วยจะมีอาการ ของทางเดินน้ำดีอักเสบ ผู้ป่วยมีอาการคัน มีไข้ เจ็บบริเวณตับ ตับโตเล็กน้อย อาการนี้เป็นอยู่ ชั่วระยะหนึ่งจะหายไปแล้วจะกลับมาอีก เรียกว่า relapsing cholangitis ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับ การรักษา ก็จะหายได้
3. อาการรุนแรง (Severe) ผู้ป่วยมีอาการคัน เพิ่มขึ้น คันตามตัว อุจจาระสีซีด ตับโตมากขึ้น บางครั้งคลำพบถุงน้ำดีโป่งพอง อาการในระยะนี้เป็นอาการของมะเร็งตับ ผู้ป่วยจะ เสียชีวิตในที่สุด

การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. ไข่ยารักษาโรคโดยเฉพาะ

1.1 ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) ขนาดยาที่ให้ครั้งละ 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 3 เวลาหลังอาหาร 1 วัน ด้วยขนาดยาดังกล่าว อัตราการหายขาดจากโรค ร้อยละ 100 หรือ กรณีที่ให้การรักษาแบบหมู่ (Mass treatment) ให้ครั้งเดียวโดยใช้ขนาดยา 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก ตัว 1 กิโลกรัมอัตราหายร้อยละ 83-96

อาการข้างเคียง ได้แก่ ปวดมวนในท้อง อาจร่วมกับการคลื่นไส้ ท้องเดิน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ง่วงนอน มีผื่นขึ้นที่ผิวหนังลักษณะคล้ายผื่นโรคหัด อาการดังกล่าวไม่รุนแรง หายไปภายใน 1-2 วัน

1.2 Mebendazole อาจใช้สำหรับรักษาโรคพยาธิใบไม้ต่าง ๆ สำหรับโรคพยาธิใบไม้ตับ ต้องใช้ขนาดสูงและเป็นเวลานาน คือ ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัวต่อวัน แบ่งให้ 3 เวลา หลังอาหารติดต่อกัน 3 สัปดาห์ อัตราหายจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 94

2. การรักษาตามอาการ

การรักษาอาการอื่น ๆ ต้องรักษาควบคู่กับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับโดยเฉพาะ ได้แก่ ยา ระบายปวด ยาบำรุงร่างกาย ยาปฏิชีวนะ เมื่อมีการติดเชื้อของระบบท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งรักษาเป็นราย ๆ ไป

การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ก. การป้องกันล่วงหน้า

1. ให้สุศึกษาแก่ประชาชน ครู และนักเรียน ให้ทราบถึงเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากโรคนี้ สาเหตุการเกิดโรค
2. แนะนำให้ประชาชนรับประทานอาหารจำพวกปลาที่ปรุงจนสุกแล้ว
3. ให้ประชาชนถ่ายอุจจาระและรู้จักวิธีกำจัดอุจจาระให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล
4. กำจัดขยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกเศษปลาเพื่อมิให้เป็นอาหารสุนัขและแมว
5. กำจัดหอยน้ำจืดตระกูล Bithynidae ที่เป็น Host กึ่งกลางตัวที่หนึ่งของพยาธิใบไม้ตับ คือ หอยน้ำจืดพวก Bithynia spp.

ข. การควบคุมผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม

1. การวินิจฉัย และการให้การรักษาโดยเร็ว ผู้ที่มีประวัติการกินปลาดิบควรได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ และรับการรักษาเมื่อพบโรค
2. กำจัดอุจจาระให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล

2.1.2 แนวคิดหลักในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2534) โรคพยาธิใบไม้ตับนับว่าเป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของประเทศไทย จากการสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ ในปี พ.ศ. 2523-2524 มีคนไทยเป็นโรคนี้โดยเฉลี่ยร้อยละ 14.72 หรือประมาณ 7 ล้านคน เฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชาชนเป็นโรคนี้สูงกว่าภาคอื่น ๆ กล่าวคือ มีอัตราเป็นโรคสูงถึง

ร้อยละ 34.6 หรือประมาณ 6 ล้านคน โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ บั่นทอนสุขภาพอนามัยของประชาชน และมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งตับอีกด้วย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา กรมควบคุมโรคติดต่อได้เริ่มด้วยการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจัดให้มีหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับที่จังหวัดขอนแก่น ต่อมาได้เป็นหน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับขึ้นอีก 3 หน่วย ที่จังหวัดสกลนคร ร้อยเอ็ด และอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ กรมควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งได้ผสมผสานตรวจและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ระบบการให้บริการสาธารณสุข และการสาธารณสุขมูลฐาน โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่งทำหน้าที่ให้บริการตรวจและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่ปี 2531 และสนับสนุนให้มีการรณรงค์สื่อสารไม่กินปลาดิบอย่างต่อเนื่องทุก ๆ ปี ปีละ 2 ครั้ง พบว่า มีประชาชนมารับบริการมากขึ้นในปี 2533 กรมควบคุมโรคติดต่อได้ประเมินผลการตรวจและบำบัดพยาธิ พบว่า ประชาชนมีโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 30.18 ลดลงจากปี 2524 ประมาณร้อยละ 5

สาเหตุที่ยังไม่สามารถควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างได้ผล เนื่องจาก มีการพัฒนาแหล่งน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้มีการเพิ่มโฮสต์กึ่งกลางของพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหอยและปลา เมื่อคนบริโภคปลาดิบก็มีโอกาสติดโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนย้ายประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไปสู่ภาคอื่น ทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับแพร่กระจายมากขึ้น สาเหตุที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ ประชาชนยังบริโภคปลาดิบ และเป็นพฤติกรรมที่สั่งสมกันมานานจะต้องใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว และเนื่องจากพยาธิใบไม้ตับมีอายุจนถึง 20 ปี จึงต้องเร่งรัดมาตรการการตรวจและรักษาให้ครอบคลุมประชากรให้มากยิ่งขึ้น ใช้ตัวทุกคนครั้ง และสาเหตุสุดท้ายที่สำคัญมากคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนให้ความสำคัญในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตบน้อยกว่าโรคอื่น ๆ

แนวคิดในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรทุกกลุ่มอายุ ลดความชุกเฉลี่ยทั้งประเทศไม่เกินร้อยละ 10 ลดอัตราความชุกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่เกินร้อยละ 20 ภาคเหนือ ภาคใต้ ไม่เกินร้อยละ 5 ดังนั้น การดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดความชุกของโรคให้อยู่ในระดับ ซึ่งคาดว่าไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขนั้นจะมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการด้วยกัน คือ ประการแรก ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการตรวจอุจจาระและรักษาจนหาย ประการที่สอง ผู้ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาจนหายจากโรคแล้ว ไม่มีการติดโรคซ้ำอีก ประการที่สาม ผู้ที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมา

ก่อน ไม่มีการติดโรคเพิ่มขึ้น ประการที่สี่ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แพร่โรคให้กับชุมชน และมาตรการสำคัญในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีดังนี้

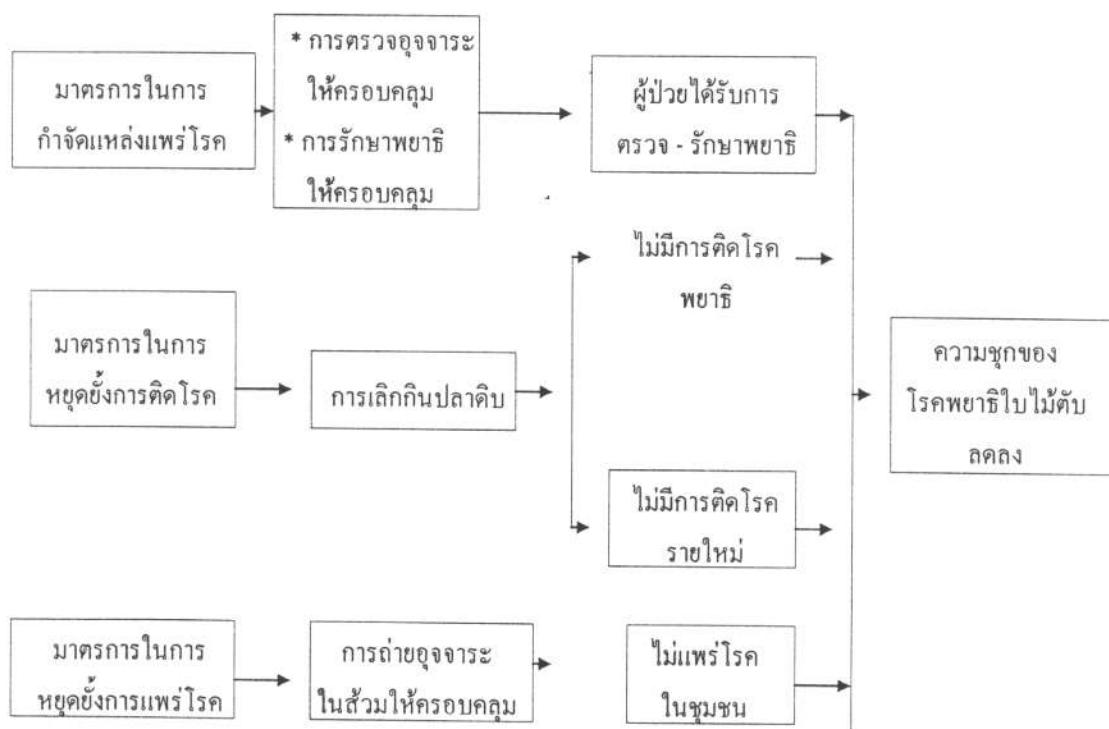
ก. มาตรการในการกำจัดแหล่งโรค คือ ดำเนินการเพื่อให้มีการตรวจอุจจาระ และการรักษาพยาธิให้มีความครอบคลุมสูง มีความถี่ หรือความต่อเนื่องสูง

ข. มาตรการในการหยุดยั้งการติดโรค คือ การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีการบริโภคปลาดิบ หรืออาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับให้น้อยที่สุด

ค. มาตรการในการหยุดยั้งการแพร่โรค คือ ดำเนินงานเพื่อลดการแพร่กระจายของอุจจาระมิให้ลงไปสู่แหล่งน้ำ ให้เหลือน้อยที่สุด

ง. มาตรการในการหยุดยั้งการแพร่โรค คือ ดำเนินงานเพื่อลดการแพร่กระจายของอุจจาระมิให้ลงไปสู่แหล่งน้ำให้เหลือน้อยที่สุด มาตรการในการพึ่งพาตนเองของประชาชน และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีการพึ่งพาตนเองในการตรวจรักษาพยาธิ และชุมชนมีส่วนร่วมในการตรวจอุจจาระ และการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้มากที่สุด

สรุปกรอบแนวคิดในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวงสาธารณสุข



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวงสาธารณสุข

2.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการสนับสนุนของรัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2536) แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นการลดความชุกชุมของโรค ให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขหรือปัญหาสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนการที่จะลดความชุกชุมของโรคได้นั้น จำเป็นจะต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการคือ

ประการแรก ผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้รับการ ตรวจรักษาจนหายจากโรค

ประการที่สอง ผู้ที่ได้รับการรักษาจนหายจากโรคแล้ว และผู้อื่นที่ไม่เป็นโรค ไม่มีการติดโรค ซึ่งได้แก่ การที่บุคคลต่าง ๆ ในชุมชน ไม่กินอาหารปลาที่ไม่ได้รับการปรุงให้สุกเสียก่อน

ประการที่สาม ไม่มีการแพร่โรคเกิดขึ้นในชุมชน ดังนั้น การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับให้ได้ผลจึงต้องดำเนินการตามแนวคิดต่อไปนี้

ก. ทำการตรวจค้นหาผู้ที่มีไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระให้ได้ครอบคลุมประชากรมากที่สุด เพื่อที่จะได้รักษาด้วยยารักษาให้หายจากโรคต่อไป

ข. ดำเนินการเพื่อให้ผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับทุกคน หรือส่วนใหญ่ได้รับการรักษาให้หายจากโรค ภายในระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเพื่อที่จะลดโอกาสในการแพร่กระจายไข่พยาธิในตัวยูวชนั้น ๆ มิให้แพร่หลายออกไปด้วย

ค. ดำเนินการเพื่อป้องกันมิให้ผู้ที่มีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในตัว ขับถ่ายอุจจาระนอกส้วมโดยการสร้างส้วมและใช้ส้วมอย่างถูกต้อง ของประชาชนทุกครัวเรือน และทุกคน ซึ่งจะช่วยให้ไข่ของพยาธิใบไม้ตับที่ออกมากับอุจจาระไม่อาจแพร่กระจายลงไปในแหล่งน้ำ และเกิดการแพร่โรคตามวงจรของการแพร่โรคต่อไปได้อีก

ง. มีการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหาร และโภชนาการในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน

2.1.4 รูปแบบการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดร้อยเอ็ด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2540) การดำเนินการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดร้อยเอ็ด ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2527 โดยดำเนินการในลักษณะตั้งรับมีหน่วยตรวจบำบัดพยาธิใบไม้ตับ ดำเนินการโดยกรมควบคุมโรคติดต่อมาสิ้นสุดการดำเนินงานในปี 2530 ต่อมาเมื่อปี 2532 โครงการ “ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการสนับสนุนของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน” (GTZ) แห่งประเทศเยอรมัน และกรมควบคุมโรคติดต่อ ได้ร่วมมือกับจังหวัดร้อยเอ็ด

ดำเนินการในลักษณะเชิงรุก แต่ดำเนินการได้เพียงครึ่งหนึ่งของพื้นที่ครอบคลุมประชากรเพียง 6 แสนคน อีกครึ่งหนึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากการวิเคราะห์กลวิธีการดำเนินงานพบว่า มีการดำเนินการหลายรูปแบบทั้งแบบเชิงรุก และการตั้งรับ บุคลากรที่ดำเนินการก็มีหลากหลาย เช่น พนักงานจุลทัศน์กรมาจากลูกจ้างชั่วคราวของโครงการ GTZ เจ้าหน้าที่ชันสูตรโรคของโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล แผนการดำเนินงานก็ไม่ชัดเจน ในปี 2535 จังหวัดร้อยเอ็ดจึงได้ทบทวนถึงกลวิธีการดำเนินการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับใหม่ โดยกำหนดกิจกรรมหลักขึ้น 3 กิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมตรวจและบำบัด
2. กิจกรรมรณรงค์สร้างและใช้ส้วมราดน้ำให้ครบทุกหลังคาเรือน
3. กิจกรรมรณรงค์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน

ตามแนวความคิดที่จะนำเอากิจกรรมทั้งสามอย่างมาผนวกเข้าด้วยกัน โดยจะมีการดำเนินงานพร้อมกัน และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นรูปธรรมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวาง จึงได้จัดทำ “โครงการจังหวัดปลอดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ” ขึ้น โดยมีการกำหนดรูปแบบและแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาวผลการดำเนินงานสามารถตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 476,675 ราย ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 75.56 พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับ 8.13 เมื่อเดือน มิถุนายน 2536 ทิมประเมินความชุกของพยาธิใบไม้ตับและความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปลาดิบของประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จากสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 7 อุบลราชธานี ได้เข้าทำการประเมินโดยวิธี 30 Cluster Sampling Technique ได้เก็บอุจจาระตรวจจำนวน 1,400 ตัวอย่าง พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 140 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 10.00 สำหรับจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หากมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับไม่มากกว่า ร้อยละ 10.00 ถือว่าไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข ดังนั้น จังหวัดร้อยเอ็ดจึงได้ประกาศเป็นจังหวัดปลอดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังจากปี 2536 เป็นต้นมา การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้มีการดำเนินการแบบตั้งรับ กล่าวคือชาวบ้านที่ต้องการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตบนั่นจะต้องนำอุจจาระไปตรวจที่โรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กิจกรรมและกลวิธีต่าง ๆ ในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ค่อยจะได้ให้ความสนใจเท่าที่ควร โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในเชิงรุก (การจัดทีมตรวจ/บำบัด พยาธิเข้าให้บริการในหมู่บ้าน) จะมีการดำเนินงานในบางพื้นที่เท่านั้น และวิธีการดำเนินการชุมชนมักจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเท่าใดนัก การดำเนินงานจึงขาดความต่อเนื่อง ไม่มีผู้

ประสานงานระหว่างชาวบ้านกับทางเจ้าหน้าที่ของรัฐเท่าที่ควร ซึ่งจากการออกติดตามนิเทศงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัยต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด มักจะได้รับคำบอกเล่าอยู่เสมอว่า ชาวบ้านบางส่วนได้กลับมาบริโภคปลาดิบอีกหลังจากเลิกไปประยะหนึ่ง ในขณะที่บางคนได้เลิกบริโภคปลาดิบแล้วแต่ยังไม่มั่นใจเท่าใดนักว่าตนเองจะมีพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ ทั้งนี้เพราะไม่สามารถนำอุจจาระมาตรวจได้เพราะไม่สะดวกที่จะเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ห่างไกล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า รูปแบบใหม่ที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดร้อยเอ็ดนี้ น่าจะเป็นรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีแกนนำสุขภาพในหมู่บ้านคอยชี้แนะ แนะนำ ให้ความรู้แก่ชาวบ้าน นอกจากนั้นควรอำนวยความสะดวกในการจัดสถานที่ที่ชาวบ้านสามารถนำอุจจาระมาตรวจหาพยาธิที่อยู่ใกล้หมู่บ้านได้ ทั้งนี้เพราะรูปแบบใหม่จะให้แกนนำในหมู่บ้านซึ่งเป็นคนที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ เป็นผู้แนะนำชาวบ้านให้เลิกบริโภคปลาดิบและยังปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างอีกด้วย ส่วนสถานอนามัยจะเปิดคลินิกบริการตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งบำบัดในรายที่ตรวจพบ ทุกวันอังคารในเวลาราชการ

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนางานสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข (2527) การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นรากฐานที่สำคัญของกระบวนการพัฒนา ซึ่งทิศทางของการพัฒนาแนวใหม่นั้น มุ่งสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลแต่ละบุคคลและชุมชนเป็นสำคัญ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีบทบาทในการพัฒนามากขึ้น โดยการสนับสนุนให้สมาชิกเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาร่วมกัน ดำเนินการแก้ปัญหาโดยระดมทรัพยากรจากชุมชน และการสนับสนุนของรัฐให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา

แนวคิดหลักของการมีส่วนร่วมของชุมชน สรุปได้ 3 ประการใหญ่ ๆ คือ ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ชุมชนต้องร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้ตัดสินใจนั้น และชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมและสนองความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนนั้น ๆ

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา การพัฒนาในอดีตนับบทบาทของรัฐและเจ้าหน้าที่ของราชการเป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับก็คือ ประชาชนขาดการพัฒนาไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรอย่างมาก สำหรับการพัฒนาในปัจจุบันได้เปลี่ยนโครงสร้าง และแนวทางพัฒนาใหม่ โดยเน้นการพัฒนาบทบาทของประชาชนเป็นสำคัญ ในส่วนของการพัฒนาการสาธารณสุขได้พัฒนาประชาชนในระบบของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ขึ้นอยู่กับระดับของการมี

ส่วนร่วมของชุมชนเป็นเงื่อนไขสำคัญ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา จะช่วยให้ประชาชนสามารถ เรียนรู้ พัฒนา และพึ่งพาตนเองในที่สุด

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาที่นำเอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของตนเองและชุมชน ประชาชนมีโอกาใช้ความรู้ ความคิด และการตัดสินใจในการกระทำได้อย่างเต็มที่ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความรับผิดชอบและมีอำนาจในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ในวิถีทางระบอบประชาธิปไตย แสดงออกถึงการเชื่อถือไว้วางใจ และศรัทธา ประชาชนมีความรู้ ความสามารถ และเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถและพลังประชาชนไปสู่การ พึ่งพาตนเองได้ และเป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ผลเสียของการพัฒนาโดยไม่มีส่วนร่วมของประชาชน

การดำเนินการพัฒนาโดยไม่มีส่วนร่วมของประชาชนนั้น มีผลเสียต่อการพัฒนา คือ ประชาชนมองไม่เห็นปัญหาของตนเองและชุมชน และไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ไม่ตระหนักถึงปัญหาและความรับผิดชอบต่อชุมชน ประชาชนขาดการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง มีผลเสียต่อการดำเนินงานโครงการพัฒนาต่าง ๆ ให้ได้รับความสำเร็จ รวมทั้งขาดการพัฒนาทางด้านจิตใจ ค่านิยม และความรับผิดชอบต่อสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานพัฒนา

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา ย่อมมีระดับมากน้อยแตกต่างกันไป ตามลักษณะท้องถิ่นที่ความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชน และลักษณะของการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคม และอื่น ๆ ของชุมชนนั้น ๆ การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเกิดขึ้นได้ดั่งนั้น ต้องอาศัยการสนับสนุน ส่งเสริม หรือการเตรียมการ ซึ่งมีปัจจัยหลายประการด้วยกันคือ

1. บทบาทและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งมีทั้งส่วนส่งเสริม สนับสนุนหรือขัดขวาง การมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรง เงื่อนไขสำคัญที่สุด สำหรับเจ้าหน้าที่ในการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ยอมรับในศักดิ์ศรีในความเท่าเทียมกันของมนุษย์ มีความเคารพและนับถือในค่านิยมและพร้อมที่จะเรียนรู้จากชาวบ้าน เชื่อว่าชาวบ้านมีความสามารถที่จะพัฒนาได้ช่วยตนเอง และชุมชนได้ เหล่านี้เป็นต้น

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและปัญหาเนื่องมาจากระบบราชการ ระเบียบต่างๆ ทางราชการ จำเป็นจะต้องสอดคล้องกับนโยบายหลักของการพัฒนาประเทศ เพื่อให้ส่วนปฏิบัติเอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น

3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ได้แก่ การจัดระเบียบทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ ลักษณะทางจิตวิทยา ตลอดจนทรัพยากรต่าง ๆ ปัจจัยด้านชุมชนที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม

เพื่อการพัฒนา นั้น มีอยู่หลายประการ เช่น ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชน โครงสร้างวัฒนธรรมทางสังคม คุณภาพของประชาชน การกระจายของบ้านเรือน ทรัพยากร และสภาพแวดล้อมของชุมชน และกิจกรรมที่ชุมชนจัดทำขึ้นเหล่านี้ เป็นต้น

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา มีระดับมากน้อยแตกต่างกันไปตามสภาพของชุมชน โครงสร้างการดำเนินงานของรัฐ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ตลอดจนลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจ Amstrin ได้จัดระดับของการมีส่วนร่วม ของชุมชนได้ 8 ระดับ คือ

ระดับ 8 ประชาชนควบคุมเองทั้งหมด

ระดับ 7 ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน

ระดับ 6 ประชาชนและรัฐมีส่วนเท่า ๆ กัน

—อำนาจอยู่ที่ประชาชน

ระดับ 5 ประชาชนได้เข้าร่วมบางส่วนในโครงการ

ระดับ 4 ประชาชนได้รับการปรึกษาหารือ

ระดับ 3 ประชาชนได้รับการบอกเล่า

ระดับ 2 ประชาชนเป็นผู้รับบริการ

ระดับ 1 ประชาชน เป็นผู้รอรับคำสั่ง

—ประชาชนมีส่วนร่วมบางส่วน

—ประชาชนไม่มีส่วนร่วมเลย

ระดับการมีส่วนร่วมจะเห็นว่าระดับสูงสุดคือ ระดับ 8 คือประชาชนมีส่วนร่วมสำคัญในการพัฒนา เริ่มตั้งแต่ การค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา รวมทั้งควบคุมดูแลให้เป็นไปตามชุมชนตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จะลดลงเรื่อย ๆ จนถึงระดับ 1 หมายถึงประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการควบคุม หรือตัดสินใจ เพียงแต่เป็นผู้รอรับคำสั่งจากเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ปฏิบัติอย่างไรในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน

1. เตรียมการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้ค้นหาปัญหาของชุมชนเองก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของประชาชนในการแก้ปัญหาและตัดสินใจว่าจะรับหรือไม่รับโครงการพัฒนาที่เข้ามาในชุมชน

กิจกรรมดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนจะต้องมีการติดต่อพบปะกัน เพื่อปรึกษาหารือ ค้นหาผู้นำและกลุ่มแกนนำในชุมชน เก็บข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารของประชาชน

2. ขั้่นวางแผนร่วมกับชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถวางแผนในการดำเนินการค้นหาทรัพยากร เทคโนโลยี ที่หาได้ในชุมชน และวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น

กิจกรรมที่ดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ออกไปพบปะประชาชนที่เป็นผู้นำแกนนำในชุมชน ค้นหาผู้นำที่สามารถร่วมโครงการได้ และพัฒนาผู้นำขึ้นมาร่วมกันวางแผนดำเนินงาน

3. ขั้่นดำเนินงานตามแผน

วัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินงานตามแผนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานและควบคุมงานเอง

กิจกรรมที่ดำเนินงาน ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกครั้งที่มีการกำหนดการติดตาม ควบคุม กำกับงานและมีการมอบหมายให้ชุมชนดำเนินการเอง

4. ขั้่นควบคุมกำกับและการประเมินผล

วัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมผลการดำเนินงานทุกขั้นตอน ค้นหาปัญหาอุปสรรค ต่าง ๆ วางแผนควบคุมกำกับงาน กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ

กิจกรรมที่ต้องดำเนินงาน คือ จัดระบบข้อมูลข่าวสาร มีการพบปะ ปรึกษาหารือ เพื่อประเมินผลปรับปรุง แก้ไข การดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 ความรู้(Knowledge)

ความรู้พจนานุกรมทางการศึกษาได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รวบรวมและสะสมไว้จากประสบการณ์ต่าง ๆ (จิรศักดิ์ ศรีสุวรรณวัฒนา, 2539)

ประกาศาเพ็ญ สุวรรณ (2536) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ โดยการฝึก การเห็น การได้ยิน ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ เป็นต้น

จึงสรุปได้ว่า ความรู้เป็น ข้อเท็จจริง ความจริง วิธีการแก้ปัญหาที่สะสมได้จากประสบการณ์ที่พบเห็น

แหล่งที่มาของความรู้

แหล่งที่มาของความรู้อาจแบ่งได้เป็น 5 แหล่ง ดังนี้

1. ความรู้ที่พระเจ้าเป็นผู้ให้ (Rerealed Knowledge) เป็นความรู้มตะเป็นที่เชื่อกันว่าความรู้ประเภทนี้จะทำให้คนเป็นนักปราชญ์ได้ ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากคำสอนของศาสนาต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นความจริงเพราะความเชื่อ ใครจะคัดแปลงแก้ไขไม่ได้
2. ความรู้ที่ได้จากความเชี่ยวชาญ (Authoritative Knowledge) เช่น หนังสือ พจนานุกรม การวิจัย เป็นต้น
3. ความรู้ที่เกิดจากความหยั่งรู้ (Intuitive Knowledge) เป็นความรู้ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และรู้สึการู้ด้วยตนเอง ทั้งที่ไม่รู้ว่าได้มาได้อย่างไร รู้แต่ว่าได้ค้นพบสิ่งที่เราต้องการค้นหา อยู่เป็นความรู้ที่ทดสอบได้ด้วยการพิจารณาเหตุผล
4. ความรู้ที่ได้จากการคิดหาเหตุผล (Rational Knowledge) เป็นความรู้ที่แสดงความเป็นจริงอยู่ในตนเอง ปัจจัยที่ทำให้การคิดหาเหตุผลไม่ถูกต้อง คือ ความลำเอียง ความสนใจ และความชอบ
5. ความรู้ที่ได้จากประสาทสัมผัส (Empirical Knowledge) ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การได้จับต้อง และการสังเกต

ระดับของความรู้

ความรู้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากการเดาหรือภาพลวงตาทางประสาทสัมผัส
2. ความรู้ระดับธรรมดา ได้แก่ ความรู้ทางประสาทสัมผัสหรือความเชื่อที่สูงกว่าแต่ยังไม่แน่นอน เป็นเพียงขั้นอาจเป็นไปได้
3. ระดับสมมติฐาน ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากความคิดหรือความเข้าใจ ซึ่งไม่ได้เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้ทางคณิตศาสตร์ ความรู้ขั้นนี้ถือว่าเป็นขั้นสมมติฐานเพราะเกิดจากคำนิยามและสมมติฐานที่ไม่ได้พิสูจน์
4. ระดับเหตุผล ได้แก่ ความรู้จากตรรกวิทยาเป็นความรู้ที่ทำให้มองเห็นรูป หรือ มโนภาพว่าเป็นเอกภาพ

การวัดความรู้

เนื่องจากความรู้ คือ ความสามารถทางพุทธิปัญญา ซึ่งแบ่งได้หลายระดับ ดังกล่าว ดังนั้น การวัดความรู้จึงควรวัดความสามารถในทุกระดับ

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้จะต้องอาศัยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement Test) ซึ่งจะเป็นการวัดความสามารถทางปัญญาและทักษะต่าง ๆ ตลอดจนสมรรถภาพด้านต่างๆ ที่ได้รับจาก

การเรียนรู้ในอดีต ยกเว้นการวัดทางด้านร่างกาย การวัดความรู้ใช้เครื่องมือแตกต่างกันตามความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ความจำ (Knowledge)

ความรู้ความจำ หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นหลักเบื้องต้นของพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ซึ่งนอกจากความจำแล้วยังมีการระลึกได้ (Recall) อีกด้วย แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจไปตีความหมายเรื่องนั้นๆ

2. พฤติกรรมด้านความเข้าใจ (Comprehension)

ความเข้าใจ หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่าง ๆ ได้ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม

3. พฤติกรรมด้านการนำไปใช้ (Application)

การนำไปใช้ หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมาไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือนำไปแก้ปัญหาลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

4. พฤติกรรมด้านการวิเคราะห์ (Analysis)

การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อยหรือเป็นการหาความสำคัญ ความสัมพันธ์ และหลักการหรือทฤษฎีที่เป็นมูลเหตุของเรื่องราวต่าง ๆ ได้

5. พฤติกรรมด้านการสังเคราะห์ (Synthesis)

การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราวหรือส่วนประกอบย่อย ๆ มาผูกสัมพันธ์กันเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ทำการปรับปรุงให้ดีขึ้น

6. พฤติกรรมด้านการประเมินค่า (Evaluation)

การประเมินค่า หมายถึง การวินิจฉัยหรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์เป็นการตัดสินใจว่า สิ่งใดดีหรือไม่ดีอย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้

2.2.2 ทักษะ (Attitude)

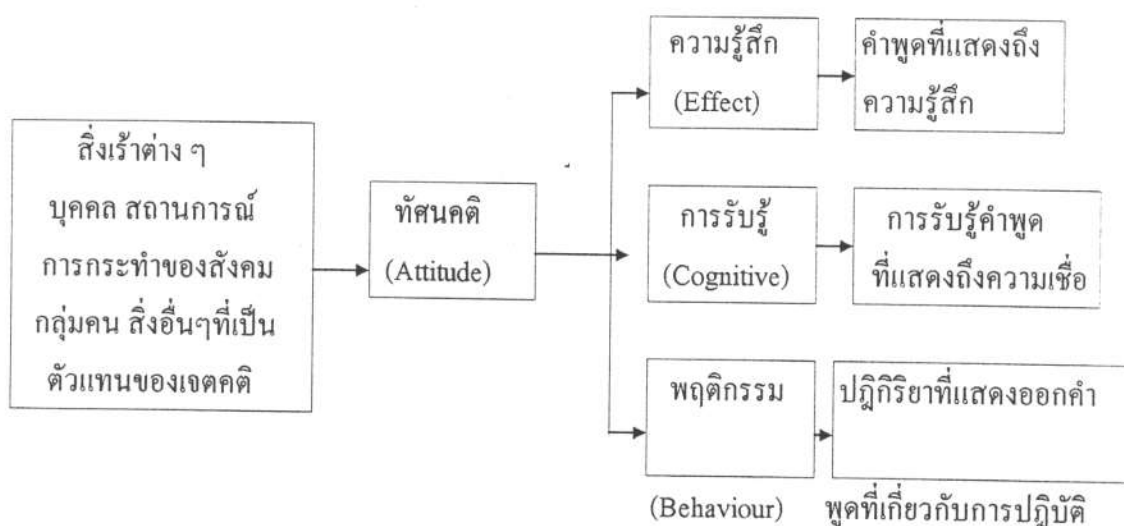
เทอร์สโตน (อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2536) ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า เป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึก ในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นต้นว่า สิ่งของ บุคคล บทบาท องค์การ ความคิด ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้บุคคลสามารถบอกความแตกต่างว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

เครชท์ และเกริฟฟิลด์ (อ้างใน งามตาม วินินทานนท์, 2535) ได้อธิบายถึงทัศนคติไว้ว่าเป็นผลรวมของสภาพที่ก่อให้เกิดการจูงใจอารมณ์ การยอมรับและพุทธิปัญญา (Cognitive) ซึ่งขบวนการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จากการที่มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ทั้งชาวไทยและต่างประเทศ สรุปได้ว่า เจตคติหมายถึง ความรู้สึกของคนเราที่มีต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่งอาจจะเป็นด้านบวกหรือลบก็ได้ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นผลมาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

เฮร์ (อ้างใน จิรศักดิ์ ศรีสุวรรณวัฒนา, 2539) ได้แบ่งองค์ประกอบของ ทัศนคติออกเป็น 3 ประการ ดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่ ความคิดที่ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้เป็นความคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่แตกต่าง
2. องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งเป็นตัวเราความคิดอีกต่อหนึ่ง บุคคลจะมีความรู้สึกดีหรือไม่ดีก็ได้เมื่อคิดถึงสิ่งหนึ่ง เช่น เมื่อคิดถึงรถยนต์ อาจมีความรู้สึกที่ดีหรือด้านบวก หรืออาจมีความรู้สึกในด้านลบ
3. องค์ประกอบทางการปฏิบัติ (Behavioral Component) องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มการปฏิบัติ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติ หรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น



แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของความรู้สึก ทัศนคติ และพฤติกรรม

ลักษณะของทัศนคติ

ลักษณะของทัศนคติ มีดังนี้

1. ทัศนคติมีลักษณะเป็นสภาวะทางจิตที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำที่มีเหตุผลให้บุคคลมีท่าทีในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไปในทางใดทางหนึ่ง
2. ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่ได้มาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่บุคคลมีส่วนเกี่ยวข้อง
3. ทัศนคติของบุคคลไม่ว่าจะเป็นเรื่องใด ๆ มีทิศทางไปได้ไม่ทางบวกก็เป็นไปในทางลบ
4. ทัศนคติมีความหมายอ้างอิงไปถึงบุคคลและสิ่งของเสมอคือ ทัศนคติเกิดจากสิ่งที่มีตัวตนสามารถอ้างอิงได้
5. การวัดทัศนคติวัดจากลักษณะ 3 มิติ คือ
 - มิติด้านทิศทาง ซึ่งวัดได้ในทางบวกหรือทางลบ
 - มิติด้านปริมาณ ซึ่งวัดได้ในด้านความพอใจมากที่สุดไปจนน้อยสุด
 - มิติด้านความเข้ม ซึ่งได้แก่ ความมั่นคงทางจิตใจที่มีต่อทัศนคติใดมากน้อยเพียงไร
6. ทัศนคติมีลักษณะมั่นคง ถาวร ยากแก่การที่จะเปลี่ยนแปลงได้ทันทีทันใดแต่จะต้องอาศัยเวลาและมีขบวนการในการเปลี่ยนแปลงด้วย

นอกจากนี้ แฮร์รี่ (อ้างใน จีระศักดิ์ ศรีสุวรรณวัฒนา, 2539) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ คือ เพศ อายุ สถิติปัญญา สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์เดิมของบุคคลอีกด้วย ทัศนคติของบุคคลอาจแสดงออกไปในรูป พฤติกรรมในสองลักษณะ คือ

1. ทัศนคติเชิงนิมิต หรือเชิงบวก (Positive) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในเชิงพึงพอใจและเห็นด้วย หรือชอบ จะทำให้บุคคลอยากกระทำ อยากได้ หรืออยากใกล้ชิดสิ่งนั้น
2. ทัศนคติเชิงนิเสธ หรือเชิงลบ (Negative) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วยหรือไม่ตอบ จะทำให้บุคคลเกิดความเบื่อหน่ายต้องการหนีให้ห่างจากสิ่งนั้น

การวัดทัศนคติ

ในการวัดทัศนคติมีเทคนิควิธีการหลายวิธีซึ่งแตกต่างกันออกไป วิธีการเหล่านี้ได้แก่

1. การวัดทัศนคติโดยใช้ช่วงปรากฏเท่ากัน (Equal Appearing Interval) วิธีการนี้สร้างขึ้นโดย Thurstone มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้ คือ ขั้นแรกต้องทำการสร้างข้อความที่แทนความรู้สึกของกลุ่มบุคคลให้ได้ข้อความมากที่สุดเท่าที่จะมากได้เพื่อนำไปให้ตุลาการพิจารณา ให้ความเห็นต่อข้อความที่สร้างขึ้นมา โดยเรียงลำดับความเห็นด้วยมากที่สุดไปจนถึงเห็นด้วยอย่าง

มาก จำนวน 11 degree แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นี้ได้จากการให้ degree ข้อความต่าง ๆ ทั้งหมดจากคณะตุลาการ

2. การวัดทัศนคติโดยใช้วิธีการไลเคิร์ต (Likert Method or Sumated Ratings) วิธีการนี้สร้างขึ้นโดย Renis Likert โดยการสร้างข้อความ (Attitude Statements) ขึ้น หลาย ๆ ข้อความ ให้ครอบคลุมหัวข้อที่จะศึกษา การตอบแบบสอบถามนี้มีข้อให้เลือก 5 ข้อ คือ 1) เห็นด้วยอย่างมาก 2) เห็นด้วย 3) ไม่แน่ใจ 4) ไม่เห็นด้วย 5) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก การให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ การให้คะแนนอาจให้ตั้งแต่ 0 ถึง 4 หรือ จาก 1 ถึง 5 การตีความหมายของคะแนนไม่แตกต่างกัน

3. การวัดทัศนคติโดยวิธีวิเคราะห์สเกล (Scalogram analysis)

วิธีวิเคราะห์สเกลนี้ เป็นวิธีการที่อธิบายถึงขบวนการในการประเมินผลกลุ่มของข้อความกลุ่มหนึ่งๆ ว่าเป็นไปตามข้อจำกัดหรือครบถ้วนตามลักษณะที่ถูกต้องในการสร้างสเกลโดยวิธีของ Guttman หรือไม่เท่านั้น ตามความคิดของ Guttman เชื่อว่า ในสเกลสำหรับวัดทัศนคตินั้นควรเลือกข้อความจำนวนเล็กน้อย (4-6 ข้อความ) โดยเลือกจากข้อความหลาย ๆ ข้อความ ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

4. การวัดทัศนคติโดยวิธีความหมายจำแนก (Semantic Differential)

เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอด เป็นการศึกษาถึงความหมายของสิ่งต่าง ๆ ตามความคิดเห็นของกลุ่มที่เราศึกษา โดยทั่วไปสเกลแบบเทคนิค ความหมายจำแนกจะประกอบด้วยข้อให้เลือก 7 ข้อ ซึ่งจะให้กลุ่มบุคคลที่จะศึกษาประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สเกลนี้ให้ผู้ตอบประเมินค่า มากน้อย เช่น ดี - เลว ช้า - เร็ว เป็นต้น โดยการประเมินนั้นจะใช้คำคุณศัพท์ซึ่งตรงกันข้ามกัน ดังตัวอย่างที่กล่าวและลำดับข้อความมากน้อยจากด้านหนึ่งไปสู่อีกด้านหนึ่งทั้งหมด 7 อันดับ

ทัศนคติและการปฏิบัติ

การปฏิบัติหรือพฤติกรรมการแสดงออกที่สังเกตได้ กับเจตคติต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันและมีผลซึ่งกันและกัน เป็นที่เชื่อกันว่า เจตคติที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของคน และขณะเดียวกันการแสดงออก หรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติด้วย เราสามารถอ้างอิงหรือบอกได้ว่าบุคคลหนึ่งมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ได้จากคำพูดของบุคคลที่พูดถึงสิ่งนั้น และจากสิ่งที่เขาพูดว่าเขาจะปฏิบัติต่อสิ่งนั้น แต่สิ่งที่เขาปฏิบัติจริง ๆ จะตรงกับสิ่งที่เขา รู้ เข้าใจ รู้ สึกและคิดว่าจะปฏิบัติหรือไม่ นั่น และเป็นปัญหาที่ต้องการคำตอบที่แน่ชัด ซึ่งปัญหานี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาของความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติและการปฏิบัติ

2.2.3 พฤติกรรม (Behavior)

ในทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ได้นิยามความหมายของพฤติกรรมคือ กิจกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น หรือ เครื่องมืออื่น ๆ เช่น การวิ่ง การกิน การกระพริบตา การคิด ฯลฯ เป็นต้น นักจิตวิทยาได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภทคือ (อ้างใน นีออน กลันรัตน์: 2533)

ก. พฤติกรรมภายนอก หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การอ่านหนังสือ การนอน การรับประทานอาหาร การปฏิบัติต่าง ๆ เป็นต้น

ข. พฤติกรรมภายใน หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ แต่เราสามารถทราบว่ามีพฤติกรรมเกิดขึ้น โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น ความรู้ ความคิด ความฝัน เจตคติ เป็นต้น

การวัดพฤติกรรม

ในการวัดพฤติกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจนขึ้นมีความหมายยิ่งขึ้น ควรใช้การวัดพฤติกรรมในหลาย ๆ วิธี ดังนี้

1. เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) การวัดเจตนาเชิงพฤติกรรมของบุคคลคือการถามว่า เขาได้วางแผนที่จะทำอะไรบ้าง ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น จะกินปลาดิบหรือไม่ จะพาลูกไปฉีดวัคซีนหรือไม่ จะดื่มเหล้าหรือไม่ จะขับถ่ายในส้วมหรือไม่ เป็นต้น

2. การสังเกตพฤติกรรม (Behavioral Observation) ใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมที่เราต้องการศึกษา ในสถานการณ์ทดลองหรือในสภาพการณ์จริง

3. ตัวบ่งชี้พฤติกรรม (Behavioral Indicators) คือ การรวบรวมข้อมูล การกระทำต่าง ๆ เมื่อบุคคลได้แสดงพฤติกรรมแล้ว เช่น ต้องการรู้ว่าชาวบ้านต้องการดื่มเหล้ายี่ห้ออะไร ก็รวบรวมจำนวนเหล้ายี่ห้อต่าง ๆ ที่มีขายในร้านค้าของหมู่บ้านว่ายี่ห้อใดขายได้มากที่สุดหรือต้องการทราบว่าชนิดของยาแก้ปวดที่ชาวบ้านใช้ก็ดูจากจำนวนที่ ชาวบ้านซื้อไปจากร้านว่ายี่ห้อใดขายได้มากที่สุด

การศึกษาตัวบ่งชี้พฤติกรรมนี้ อาจได้จากการสังเกตหลักฐาน ของพฤติกรรมได้ เพราะพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมักมีร่องรอยเหลือไว้ให้สังเกตร่องรอยนี้อาจจะติดตัวผู้ทำ พฤติกรรมหรืออยู่ในสิ่งของอื่น ๆ ร่องรอยที่ติดตัวบุคคลผู้กระทำพฤติกรรม เช่น รอยคราบบุหรี่ยี่ห้อที่พื้น หรือที่ปลายนิ้วมือ หน้าตาแดงกร่ำ เนื่องจากการดื่มเหล้ามาก หรือหน้าตาเศร้าหมอง เพราะมีเรื่องก่อกวนใจ เป็นต้น นอกจากนี้หลักฐานพฤติกรรมที่จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมยังอาจหาได้จากเอกสารและระเบียบต่าง ๆ เช่น หลักฐานการจดทะเบียนสมรส จดหมาย



การวัดพฤติกรรมโดยทางอ้อม (Behavioral Measures) การวัดพฤติกรรมโดยทางอ้อม คือ การให้บุคคลรายงานสถานการณ์นั้น ๆ

การสังเกตพฤติกรรม

การสังเกตพฤติกรรมสามารถสังเกตได้ดังนี้ (อ้างใน นีออน กลิ่นรัตน์ : 2533)

1. การสังเกตโดยตรง เป็นการสังเกตในขณะที่พฤติกรรมนั้น ๆ กำลังเกิดขึ้น อยู่ การสังเกตโดยวิธีนี้ มีข้อบกพร่องในแง่ที่ไม่สามารถจะให้ผู้ถูกสังเกตแสดงพฤติกรรมที่ผ่านไปได้อย่างเหมือนเดิมได้อีก การสังเกตจึงต้องละเอียดรอบครอบทุกแง่ทุกมุมในขณะที่พฤติกรรมนั้น ๆ กำลังเกิดขึ้น ในการสังเกตโดยตรงแบ่งตามลักษณะการสังเกตได้ดังนี้

ก. สังเกตโดยการเข้าร่วม (Participated Observation) สังเกตกระทำตนเป็นเสมือนสมาชิกของกลุ่มนั้น ๆ เช่น เข้าไปอยู่ร่วมกับชาวบ้าน และบันทึกพฤติกรรมไปเรื่อย ๆ วิธีนี้ใช้กันมากในวิชามนุษยวิทยา (Anthropology) ในทางสาธารณสุขก็อาจใช้ได้โดยให้สาธารณสุข คำนวณผู้ใกล้ชิดกับชาวบ้านเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของชาวบ้านโดยไม่ให้ชาวบ้านรู้ตัว

ข. ลอบสังเกต ทำเป็นปิดบังซ่อนเร้นผู้สังเกต อาจทำได้โดยใช้กล้องส่องทางไกลดูพฤติกรรม เช่น การสังเกตชีวิตสัตว์ป่าของนักนิคมไพร หรืออาจทำได้โดยใช้กระจกทางเดียว (One-Way Mirror) ซึ่งด้านหนึ่งเป็นกระจกใส สามารถมองเห็นได้ ส่วนอีกด้านเป็นกระจกเงาไม่สามารถมองเห็นได้หลังกระจกใช้สังเกตพฤติกรรม

2. สังเกตทางอ้อม เป็นการสังเกตพฤติกรรมซึ่งผ่านการถ่ายทอดด้วยเครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น สังเกตจากการถ่ายทำเป็นภาพยนตร์ไว้

2.2.4 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ฟิชไบน์ และเอเจน (อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2532) ได้เสนอความสัมพันธ์ของทัศนคติ ต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ขึ้นอยู่กับตัวกำหนดสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitudes Toward and Behavior) เป็นตัวกำหนดให้บุคคลตัดสินใจว่าจะประกอบพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ดี

2. บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) อิทธิพลของสังคมเป็นตัวกำหนดความรู้สึกของบุคคลว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้น แสดงออกมาว่าเป็น “บวก” “ลบ”

เนื่องจากจุดมุ่งหมายของทฤษฎีนี้ต้องการที่จะทำนายและเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล การที่จะให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย ดังกล่าวจะต้องทำเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุและวัดพฤติกรรมที่น่าสนใจ จากแนวคิดของทฤษฎีนี้จะได้ข้อสรุปที่ว่า การกระทำส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับสังคม อยู่ภายใต้ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจของบุคคลเป็นตัว

กำหนดว่าจะปฏิบัติหรือไปปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อาจมองอย่างง่าย ๆ ว่า การทำนายพฤติกรรมก็คือ การถามบุคคลว่า เขามีความตั้งใจที่จะกระทำ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือไม่ซึ่งความจริงแล้ว อาจไม่ถูกต้องเสมอไปในเรื่องความเกี่ยวข้องระหว่างความตั้งใจ และพฤติกรรม แต่ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกันอยู่มาก

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อที่จะสามารถระบุตัวที่กำหนดให้เกิดความตั้งใจจากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล ความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำสิ่งใดอยู่ที่ตัวกำหนดสำคัญ 2 ประการคือ ธรรมชาติ ของบุคคลนั้น และอิทธิพลของสังคม

ประการแรก ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล หมายถึง การที่บุคคลประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบวก หรือลบ ปัจจัยนี้ เรียกว่า “เจตคติ ต่อพฤติกรรม” (Attitudes toward the Behavior) คือ การที่บุคคลตัดสินใจว่าจะประกอบพฤติกรรมนั้นดีหรือไม่ดี

ประการที่สอง เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลว่าอิทธิพลของสังคมเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประกอบพฤติกรรมเช่นนั้นหรือไม่ ปัจจัยนี้ เรียกว่า บรรทัดฐานของกลุ่มอิทธิพลหรือบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm)

จากแนวคิด ของทฤษฎีนี้ ทศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง จะเป็นตัวกำหนดทำให้เกิดความตั้งใจไปพฤติกรรม ถ้าเราให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชนให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ อันตรายหรือความรุนแรงของโรค สาเหตุการติดต่อของโรคมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นบุคคลกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรม ดังนั้นให้แกนนำสุขภาพเป็นกลุ่มอ้างอิงของหมู่บ้าน ในการให้ความรู้และเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก็จะนำไปสู่ความตั้งใจไปพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2.5 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

Rosenstock (1974:329-355) เป็นแนวความคิดทางจิตวิทยาสังคมอธิบายการกระทำในสถานการณ์ที่มีโอกาสเลือกโดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติสิ่งใด เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรครุนแรงกับความเชื่อของบุคคล ดังนี้

- (1) เขาเป็นบุคคลที่มีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)
- (2) การเป็นโรคจะมีความรุนแรง (Perceived Severity)
- (3) วิธีการที่เขาปฏิบัติจะต้องมีประโยชน์ต่อตัวเขาเองทั้งทางตรงและทางอ้อม (Perceived Benefits and Barriers)

การนำไปสู่การปฏิบัติจะต้องมีแรงกระตุ้นเข้ามาเสริมซึ่งมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเชื่อ และการยอมรับขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความยากง่ายของการติดโรค อาการและความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่ได้รับ หักลบกับความยากลำบาก และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ถ้ามีบุคคลที่มีระดับความเชื่อ และความพร้อมน้อย ก็จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นมาก จึงจะทำให้บุคคลยินยอมที่จะจัดการกับปัญหาของเขา (Cue to Action)

การรับรู้ถึงโอกาส หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นโรค หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน เช่น บางคนอาจปฏิเสธไม่เชื่อเลย หรือบางคน ก็เชื่อว่า เขามีโอกาสจะเจ็บป่วยอย่างแน่นอน หรือมีโอกาสดีกขึ้น เหมือนกัน แต่ไม่มากนัก เป็นต้น ฉะนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง หรือป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จึงขึ้นอยู่กับระดับ ของการรับรู้ ของเขา ถึงโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั่นเอง

การรับรู้ความรุนแรง หรืออาการของโรค (Perceived Severity)

เมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคแล้ว เขาก็จะต้องรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้นๆ ด้วย ในการตัดสินใจว่าโรคหรือความเจ็บปวดต่าง ๆ มีความรุนแรงหรือไม่ อาจวัดได้จาก ความกลัว หรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อเขาได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เช่น การที่ต้องใกล้ชิด หรือติดต่อกับผู้ป่วยนั้น ๆ และความทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคคลนั้นจะได้รับ หรือต้องเผชิญหน้า เมื่อเขาเจ็บป่วย หรือเป็นโรค

การรับรู้ถึงความรุนแรงของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน แต่มีได้ขึ้นอยู่กับบุคคลผู้นั้นเพียงคนเดียว อาจเป็นผลมาจากสิ่งเร้าภายนอกก็ได้ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม การงาน ครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคมของเขา เช่น บุคคลผู้หนึ่งอาจไม่เชื่อว่า โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่รุนแรง แต่เมื่อมีปัจจัยภายนอกมากระทบ เช่น ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา ได้แก่ ความรังเกียจของผู้อื่น บุคลิกลักษณะ สถานภาพของบุคคล กลุ่ม เพื่อนบ้าน ก็จะทำให้ความเชื่อและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงได้

การรับรู้เกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการปฏิบัติเพื่อต่อต้าน หรือหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ (Perceived Benefits and Barriers)

การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการของโรค (Severity) เป็นสภาวะทางจิตใจและความพร้อมที่จะกระทำ หรือปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป ไม่ได้เป็นสิ่งจะกำหนดได้ว่า พฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร

การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจ และการได้รับรู้ถึงประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรค ตลอดจนความไม่สะดวกต่าง ๆ (Barriers) ในการกระทำนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสที่จะเป็นโรคและความรุนแรงของอาการของโรค แม้ว่าบุคคลจะทราบว่า การระวังรักษาสุขภาพร่างกาย หรือยอมรับการป้องกันโรคในระยะแรก จะสามารถลดโอกาส หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ แต่ถ้าวิธีการนั้น ๆ มีอุปสรรคมากก็จะทำให้เกิดข้อขัดแย้ง หรือการหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ถ้าบุคคลมีความพร้อมทางจิตใจที่สูงมาก และไม่มีอุปสรรคมากนัก โอกาสที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ยังเป็นไปได้ในทางตรงข้าม แม้ว่าความพร้อมทางด้านจิตใจ จะใช้สูงมาก แต่ถ้ามีอุปสรรคมาก พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพก็ยากที่จะเกิดขึ้น ตัวอย่าง เช่น ถ้าเจ้าหน้าที่แนะนำให้ ป้องกันและควบคุมโรค พยาธิใบไม้ดับ แต่การปฏิบัติก็อาจมีความลำบาก เช่น ต้องตรวจอุจจาระ, ต้องซื้อยา, ต้องเสียค่ายา, ต้องสร้างส้วมค่าใช้จ่ายสูง อาจไม่ยอมปฏิบัติตาม

องค์ประกอบที่จะนำไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติ (Cue to Action)

นอกจากการรับรู้ถึงปัจจัยทั้ง 3 ประการ ข้างต้นแล้ว มีนักวิจัยหลายท่านพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ซึ่งจะทำหน้าที่กระตุ้นหรือก่อให้เกิดการปฏิบัติจริง ๆ ขึ้นมา การรับรู้ถึงโอกาสในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ก็เปรียบเสมือนพลังซึ่งก่อให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ และอุปสรรคจะเป็นปัจจัยเสริมความพึงพอใจในการปฏิบัตินั้น ๆ แต่ถ้าปราศจากปัจจัยที่จะมากระตุ้นก็จะทำให้พฤติกรรมนั้นๆ ขาดความชัดเจน และไม่แน่นอน

สิ่งที่ทำหน้าที่กระตุ้นนี้อาจจะมาจากภายนอก หรือภายใน หรือแรงกระตุ้นดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเชื่อ และการยอมรับขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับความยากง่ายของการคิดโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่จะได้รับหักล้างจากความยากลำบาก และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ถ้าหากบุคคลมีระดับความเชื่อและความพร้อมน้อยก็จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นมากขึ้น จึงทำให้บุคคลยินยอมที่จะจัดการกับปัญหาของเขา แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีระดับความเชื่อมั่นและความพร้อมสูง แรงกระตุ้นก็ไม่จำเป็นต้องเท่าไรนัก เพียงแรงกระตุ้นภายในเท่านั้นก็สามารถทำให้เขายอมรับ และปฏิบัติตามอย่างง่ายดาย เช่น กรณีที่บุคคลเคยมีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตเนื่องจากป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือ มะเร็งตับ ย่อมมีความเชื่อ และยอมรับว่าโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย มีความรุนแรงถึงตายได้ ถ้าไม่มีการป้องกันโดยการบริโภคอาหารปลาที่ปรุงสุกแล้ว และถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง ก็จะทำให้ตัวเขา และสมาชิกในครอบครัวไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ย่อมทำให้เขามีความกระตือรือร้นที่จะควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ถ้าบุคคลไม่เคยรู้จักโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่รู้ถึงความรุนแรงของโรคนี้อีก่อนเลย เมื่อมีการชักชวนให้ปฏิบัติซึ่งมีความ

ยุ่งยากลำบาก เขาย่อมไม่สนใจ จำเป็นต้องชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น และผลดีของการควบคุมพยาธิ หรือหาหนทางกระตุ้นวิธีอื่น ๆ เพื่อให้เขายอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงมีอันตรายถึงชีวิต ถึงแม้วิธีการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจะลำบากต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง มีความยุ่งยากจะต้องไปตรวจอุจจาระ ซ้อมรักษาโรค บริโภคปลาสุก สร้างส้วมและถ่ายลงในส้วมทุกครั้งก็ตาม ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ตัวกำหนดพฤติกรรมในการป้องกันโรค ของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านวัฒนธรรม สังคม และจิตวิทยา

การให้สุศึกษาแก่ประชาชนโดยการให้ความรู้ว่าการกินปลาดิบทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประชาชนเลิกกินปลาดิบได้ เพราะการให้สุศึกษาโดยการให้ความรู้เพื่อให้เขาเปลี่ยนเจตคติหรือค่านิยม ซึ่งมีผลทำให้ประชาชนได้มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต่อนั้น ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญเพียงอย่างเดียวในการกำหนดพฤติกรรมของคน แต่อิทธิพลของภาวะทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมของคน ดังนั้นการให้สุศึกษาไม่ใช่เพียงให้ความรู้เท่านั้น แต่จะต้องช่วยให้ประชาชนได้เพิ่มพูนทักษะของเขาเองให้สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง โดยกระตุ้นให้ประชาชนได้เรียนรู้วิธีการในการเปลี่ยนสภาวะทางสังคมทางของชุมชนที่เขาอยู่ และจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนให้มีความรู้ ความสามารถและอำนาจการตัดสินใจด้วยตัวเองให้มากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมองว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจึงไม่พอ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้วยการบริโภคอาหารและการดูแลป้องกัน

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุดมพร จุลฤกษ์ และวงเดือน ปันดี (2531) ได้ศึกษาระบาดของพิษยาและพฤติกรรมที่ทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหมู่บ้านคอนบม ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อหาลักษณะการกระจายของโรค ระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 692 คน 120 หลังคาเรือน พบว่า อัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับของเพศชายมากกว่าอัตราความชุกของเพศหญิง ร้อยละ 9.1 และร้อยละ 8.1 ตามลำดับ ประวัติการกินปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับโรคนี้มาก พบมากในกลุ่มอายุ 31-40 ปี

รุ่งวิทย์ มาสงามเมือง และคณะ (2530) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านหัวดง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมใช้แบบสอบถามและตรวจอุจจาระกลุ่มตัวอย่าง 250 คน ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของโรค ร้อยละ 53.6 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชาวบ้านส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจากเพื่อนบ้าน วิทยุ หรือโทรทัศน์

ปราโมทย์ หยิวยิม และคณะ (2531) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านคลองเจริญ ตำบลห้วยน้ำหอม อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 135 คน ตรวจพยาธิ 855 ราย 224 หลังคาเรือน ผลการวิจัย พบว่า ความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 25.9 พบมากในกลุ่มอายุ 10 ปี ขึ้นไป ความรุนแรงของโรคในแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกัน ความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ กับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มีประวัติการรับประทานปลาดิบมาแล้วทั้งสิ้น

พรรณทิพา แก้วมดย์ (2531) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และสุขภาพนิสัระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ พร้อมทั้งศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่ทำให้ ความรู้ ทักษะ และบริโณคณิสัของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังกล่าว โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาพาราซิควอนเทล 40 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม มาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน และได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยบำบัดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดสกลนคร และจังหวัดขอนแก่น จำนวน 200 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย จำนวน 100 ราย เป็นชาย 60 ราย และหญิง 40 ราย ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่กลับซ้ำ จำนวน 100 ราย เป็นชาย 67 ราย และหญิง 33 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า บริโณคณิสัทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิริวัฒน์ ลิ้มปวิทยากุล (2529) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้สุขศึกษา โดยแม่บ้านกับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชนบท จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือครอบครัวที่มีสมาชิก เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ในเขตอำเภออำนาจเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี 172 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้รับการสอนสุขศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ 1 มีความรู้ ทักษะ ค่านิยม และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีการเปลี่ยนแปลง

ศาสตรี เสาวคนธ์ และคณะ (2528) ได้ทำการศึกษาทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านชนบท 3 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของไทย โดยการให้การรักษาหมู่ด้วยยาพาราซิควอนเทล ขนาด 40 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในหมู่บ้านที่ 1 ให้การรักษาทุก 6 เดือน และในหมู่บ้านที่ 2 ให้การรักษาทุก 12 เดือน ทั้งสองหมู่บ้านนี้ได้มีการให้สุขศึกษาและปรับปรุงสุขาภิบาลทุก 6 เดือน สำหรับหมู่บ้านที่ 3 เป็นหมู่บ้านควบคุม ซึ่งไม่มีการให้การรักษาพร้อมทั้งไม่มีการให้สุขศึกษา และไม่มีการปรับปรุงสุขาภิบาลได้มีการศึกษาทั้งปาราศิทธิวิทยา และระบาดวิทยา ในประชากรที่ได้รับการตรวจ ทั้งสามหมู่บ้านทุก ๆ 6 เดือน เกี่ยวกับอัตราความชุกชุม อัตราการกลับเป็นโรคอีก อัตราอุบัติการณ์ ความหนาแน่น และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสถานะ ทางสุขาภิบาล พบว่า อัตราความชุกชุม ของโรคพยาธิใบไม้ตับในการตรวจครั้งแรกในหมู่บ้านที่ 1 และ 2 ไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 64.4 และ ร้อยละ 56.8 หลังจากการศึกษา อัตราความชุกชุมลดลงเกือบเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 4.4 และ ร้อยละ 5.3 ความรุนแรงของโรคลดลงจาก ร้อยละ 36.3 และ ร้อยละ 3.8 เหลือเพียง ร้อยละ 11.1 และ ร้อยละ 0 ในหมู่บ้านที่ 1 และ 2 หลังให้การรักษาแล้ว 6 เดือน การป่วยเป็นโรคกลับซ้ำอีก ร้อยละ 5.7 และ ร้อยละ 5.4 หลังการรักษาแล้ว 6 เดือน ในหมู่บ้านที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ในหมู่บ้านที่ 3 อัตราความชุก ร้อยละ 65.2 แต่หลังจากตรวจสิ้นปี ลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 44.2 แต่อัตราอุบัติการณ์โดยเฉลี่ยต่อ 6 เดือน ประมาณ ร้อยละ 6.2 สูงกว่า สองหมู่บ้านแรก ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาจาก ร้อยละ 5 เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ร้อยละ 80.9 และ ร้อยละ 54.7 ในหมู่บ้านที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ พฤติกรรมเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ นอกส้วม และการรับประทานอาหารกึ่งปลาดิบ ของประชากรทั้ง 3 หมู่บ้าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกือบเท่า ๆ กัน จำนวนส้วมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 58.1 ร้อยละ 74.6 และ ร้อยละ 78.3 จากเดิมมีส้วม ร้อยละ 8.9 ร้อยละ 60.9 และ ร้อยละ 31.1 ในหมู่บ้านที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

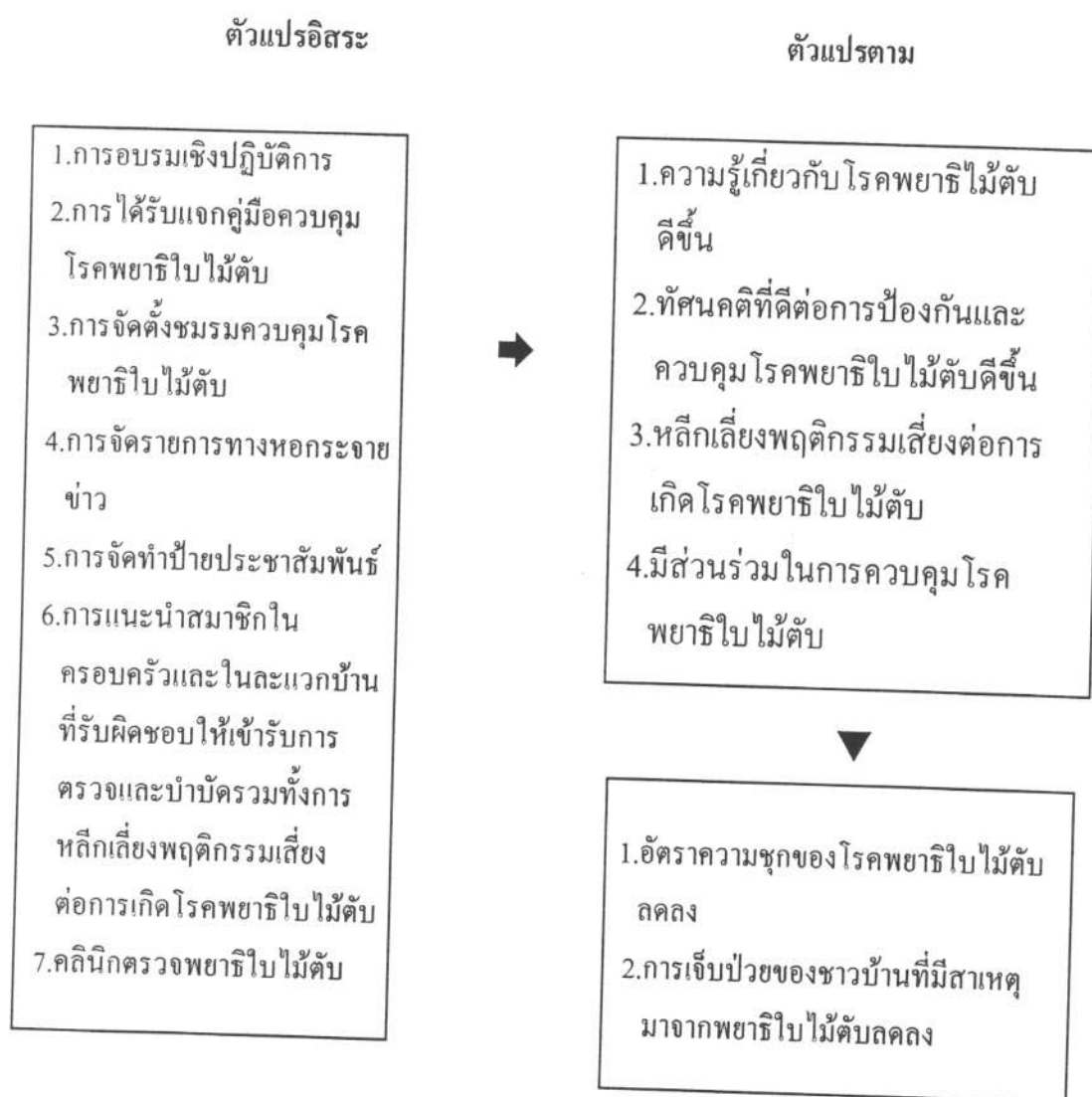
จากผลของการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การใช้วิธีผสมผสานของการรักษาหูก พร้อมทั้งมีการให้สุขศึกษา และปรับปรุงสุขาภิบาล โดยเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ และบ่อยครั้ง สามารถควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านตามชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ สำหรับ การให้รักษาหูกนั้นไม่มีความแตกต่างกันเลย ในการให้การรักษาทุก 6 เดือน หรือทุก 12 เดือน (ปีละสองครั้ง หรือครั้งเดียว) เป็นที่น่าสังเกตว่าประชากรในหมู่บ้านควบคุม มีอัตราความชุกชุม และความหนาแน่นและความรุนแรงลดลง

ไพบูลย์ สิทธิถาวร และคณะ (2530) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทาง เศรษฐกิจ การสุขาภิบาล อุปนิสัยในการกินอาหาร และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของ ชาวบ้านโนนม่วง จังหวัดขอนแก่น โดยมีการสำรวจตัวอย่างด้วยวิธี house hold sampling จำนวน 47 หลังคาเรือน จำนวน 256 คน พบว่า อัตราความชุกของโรค ร้อยละ 21.33 มีความ หนาแน่นของพยาธิระดับปานกลาง (1,000-3,000 per gem peces) ผู้มีรายได้มากมีส่วนร่วมใช้ใน ครอบครัว มีอุปนิสัยในการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ มากขึ้น แต่ผู้ที่มีรายได้น้อย ไม่มีส่วนร่วมใน ครอบครัว ระดับความรู้ด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่มีอิทธิพลทำให้ชาวบ้าน เปลี่ยนแปลงอุปนิสัยในการกินอาหารแต่อย่างใดและผู้หญิงชอบกินอาหารประเภทนี้กว่าผู้ชาย

ดัชนี มานะตระกูล และคณะ (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการติดโรค การแพร่โรค และการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนรวมทั้งผลของการดำเนินงาน สุขศึกษาในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ 19 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษา ในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ 60 หมู่บ้าน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 1,268 คน และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลของการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 59.1) มีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 78.1) ส่วนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนยังเป็นปัญหาอยู่โดยพบว่ามีประชาชน ถึง ร้อยละ 34.23 ยังไม่เคยรับการตรวจอุจจาระเพื่อตรวจและรักษาโรคพยาธิมาก่อน และประชาชนถึง ร้อยละ 34.4 ยังบริโภคอาหาร เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ ร้อยละ 49.5 ยังถ่ายอุจจาระ นอกส้วม จึงส่งผลให้อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีถึง ร้อยละ 18.57 ดังนั้นในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรเน้นด้านการให้สุขศึกษาและ ประชาสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่อง เลือกกลวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และเน้นการให้สุขศึกษาค้นสื่อ บุคคลในแนวতিকมากขึ้น จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์หาพื้นที่และประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งจะเป็เป้าหมายในการดำเนินงานสุขศึกษาอย่างเนาวลิกต่อไป

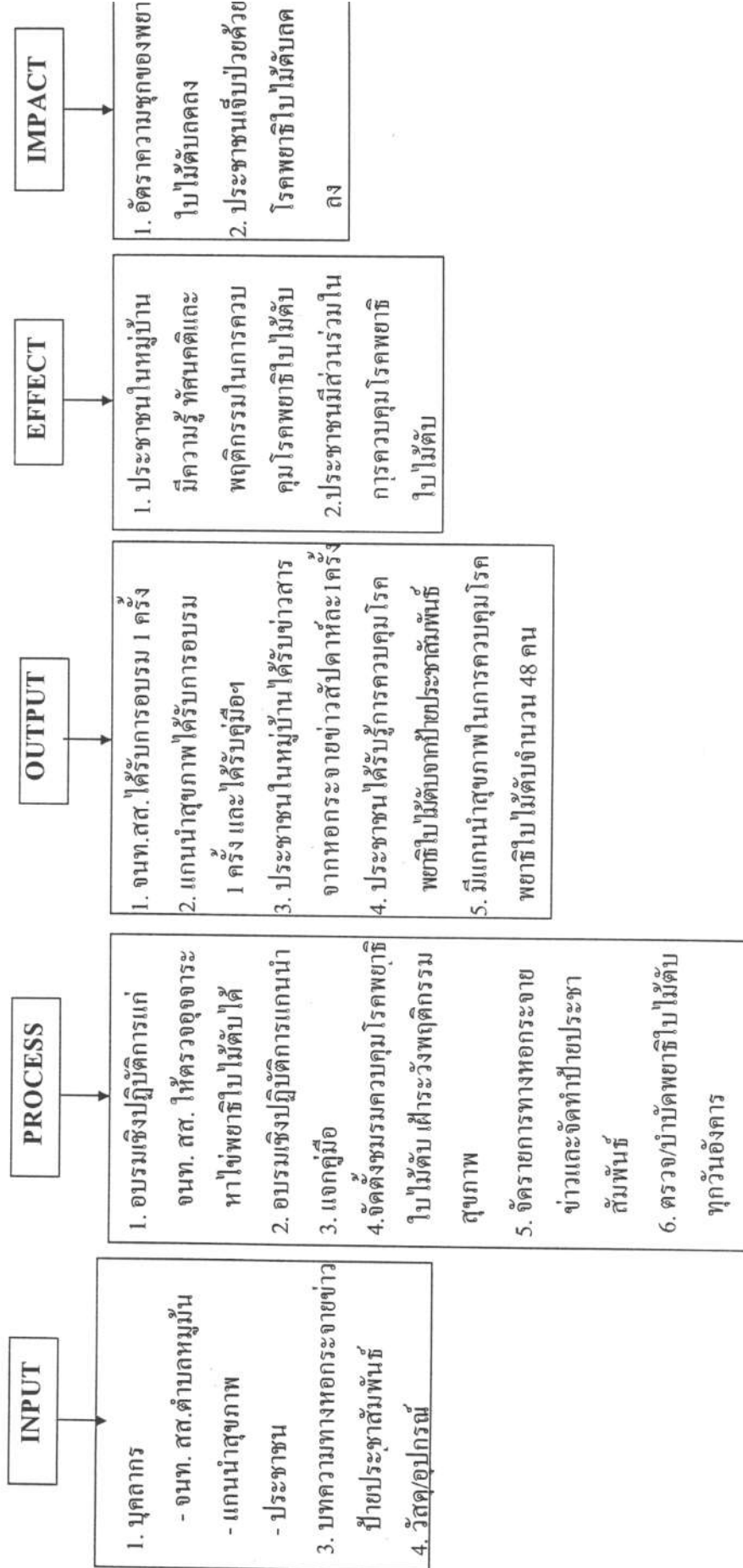
จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ดและที่มีผู้ที่จะศึกษารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านมา ยังขาดความเหมาะสมและความเชื่อมโยงกับการพัฒนาที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบและวิธีการดำเนินงานดังกล่าว เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจากรัฐเป็นหลัก มีผลทำให้ประชาชนมีความรู้ และวิชาการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรค การใช้ส้วม ตลอดจนการตรวจบำบัดรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่เพียงพอ ซึ่งการดำเนินการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับในชุมชนที่จะมีผลในทางปฏิบัติจริงนั้น ชุมชนและองค์กรของชุมชนจะต้องเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานตามขั้นตอนต่าง ๆ และมีการดำเนินงานที่เกือบจะเบ็ดเสร็จในเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เช่น มีผู้นำชุมชนทำให้ประชาชนเกิดตระหนักต่อปัญหาของการเกิดโรค เมื่อเกิดความตระหนักแล้วจะต้องมีพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำในวิธีการที่จะแก้ไขปัญหานั้น และวัสดุ/บุคลากรที่จะสนับสนุนในการแก้ปัญหานั้นต้องมีพร้อมในชุมชนนั้น ๆ อยู่แล้ว ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการทดลองรูปแบบใหม่ในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการเพิ่มศักยภาพของสถานอนามัยและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับวงจรขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า กิจกรรมทั้งหมดในรูปแบบที่กำหนดขึ้นนี้ จะสามารถควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขได้ในที่สุด

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.5 กรอบระบบการวิจัย (System Model)



แผนภูมิที่ 5 กรอบแนวคิดเชิงระบบ