

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าและวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ
2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
 - 2.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)
 - 2.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
 - 2.3 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation influence control)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ

1.1 รูปร่างลักษณะ

ตัวพยาธิใบไม้ตับ *O.viverrini* เมื่อโตเต็มวัยมีรูปร่างและขนาดคล้ายใบมะขาม คือความยาว 5-10 มิลลิเมตร ความกว้าง 2-3 มิลลิเมตร ขณะยังมีชีวิตมีสีเนื้อบางใส oral sucker อยู่เกือบปลายสุดของส่วนหัว คอหอยมีลักษณะเป็นกล้ามเนื้อรูปไตสองก้อนประกบกัน หลอดอาหารสั้น ลำไส้แยกเป็นสองแขนงยาวไปทางด้านข้างถึงส่วนท้ายของลำตัว ventral sucker อยู่ประมาณ 1 ใน 5 ของลำตัวส่วนหัว รังไข่มีลักษณะเป็นกลีบขนาดค่อนข้างเล็ก อยู่ประมาณ 2 ใน 3 ของลำตัวส่วนหัว มีสองเพศในตัวเดียวกันลักษณะเฉพาะของพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis* คือถุงอวัยวะรูปร่างกลมเรียงซ้อนกันคล้ายดอกจิก (Lobed testes) และต่อมวิเทียลลิน (Vitellaria) ซึ่งอยู่สองข้างลำตัวเรียงกันเป็นกระจุกๆ ระยะเจริญพันธุ์อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับ โดยใช้ Sucker ติดเกาะติดกับผนังของท่อน้ำดี และพบตัวพยาธิจำนวนมากได้ในถุงน้ำดี ตัวพยาธิในตับออกไข่ ไข่หลุดผ่านท่อน้ำดีออกมาในลำไส้และปนออกมากับอุจจาระไข่พยาธิมีลักษณะกลมรีเป็นกระเปาะ มีฝาปิดตรงปลายข้างหนึ่ง ความยาวของไข่พยาธิ *O.viverrini* เท่ากับ 19-25 ไมครอน และกว้าง 12 - 17 ไมครอน อัตราส่วนระหว่างความยาวและความกว้างของไข่ประมาณ 2:1 ลักษณะ

จำเพาะของไข่จะใช้บอกชนิดของพยาธิ (ชฎาพร นุชจันทรื, 2550; ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และคณะ, 2549; วันชัย มาลีวงษ์ และคณะ, 2544 ; สว่างใจ พึ่งพัศตร์, 2536)

1.2 วงจรชีวิต

พยาธิตัวเต็มวัยอยู่ในทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีของตับ ไข่ปนออกมากับอุจจาระลงไปใต้น้ำแต่ไมราซีเดียมจะไม่ฟักออกจากไข่จนกว่าจะถูกหอยน้ำจืดมากินไข่ ไมราซีเดียม จะฟักออกจากไข่ในลำไส้ของหอยไซผนังลำไส้ออกมาอยู่ด้านนอกของลำไส้แล้วเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นสปอร์โรซีสต์ รีเดียและเซอร์คาเรีย หอยที่เป็นโฮสต์ตัวกลางที่หนึ่ง คือ *Bithynia (Digoniostoma) siamensis goniomphalos* พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ *Bithynia (Digoniostoma) funiculate* พบในภาคเหนือ และ *Bithynia (Digoniostoma) siamensis siamensis* พบในภาคกลาง ตัวอ่อนระยะไมราซีเดียมก็ออกมาจากเปลือกไข่ เจริญในหอยสปอร์โรซีสต์ รีเดียและเซอร์คาเรีย อยู่ในระบบย่อยอาหารของหอยระยะการเจริญเติบโตและพัฒนาเป็นตัวอ่อนระยะต่างๆ ในตัวหอยใช้เวลาประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นเซอร์คาเรียก็ออกจากหอยว่ายน้ำไปสู่ปลาแล้วไขเข้าไปใต้เกล็ดปลาและเนื้อปลาในตระกูล ปลาตะเพียน เช่น ปลาขาว ปลาขาวน้อย ปลากระสูบ ปลาแก้มขี้ ปลาตะเพียนทราย เป็นปลาที่มีเกล็ดทั้งสิ้น เมื่อเซอร์คาเรียไขเข้าไปปลาจะสลัดหางทิ้ง แล้วเข้าสู่ซิสต์ เจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นตัวอ่อนระยะเมตาเซอร์คาเรีย ซึ่งเป็นระยะติดต่อใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ เมื่อคนกินอาหารที่ปรุงจากปลาดิบๆ เช่น ก้อยปลาก็จะกินระยะเมตาเซอร์คาเรียเข้าไป พยาธิตัวอ่อนก็จะออกมาจากเปลือกของซิสต์เมตาเซอร์คาเรียที่ลำไส้เล็กส่วนต้น แล้วภายใน 5 - 10 นาที ถึง 2 - 3 ชั่วโมง จะเดินทางเข้าไปในท่อน้ำดีใหญ่ ผ่านไปตามทางเดินท่อน้ำดี จนกระทั่งถึงท่อน้ำดีส่วนปลายที่อยู่ในตับ เจริญเติบโตเป็นพยาธิตัวแก่ในตับ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์รวมเวลาทั้งหมดของวงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ โอปีสทอร์คิส วิเวอร์รีนีเป็นเวลา 3 เดือน ภาพวงจรชีวิตพยาธิใบไม้ตับ (ภาคผนวก ก) (ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และคณะ, 2549; วันชัย มาลีวงษ์ และคณะ, 2544; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536; สว่างใจ พึ่งพัศตร์, 2536)

1.3 วิทยาการระบาด

การติดเชื้อ *O.viverrini* ในคนพบได้บ่อยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ส่วนภาคกลางพบที่จังหวัดปราจีนบุรี นอกจากนี้ยังพบได้ที่ประเทศลาวและกัมพูชา

สาเหตุที่ทำให้ยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับชุกชุมในบางส่วนของประเทศ เนื่องจากปัจจัย 4 ประการ คือ

1) พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ประชาชนในท้องถิ่นที่มีโรคชุกชุม นิยมรับประทานอาหารดิบโดยเฉพาะอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดดิบๆ “ก้อยปลา” และส่วนมากเป็นปลาที่จับได้ในฤดูฝนซึ่งมีระยะติดต่อกัน เมตาเซอรัลคาเรียอยู่มากกว่าฤดูอื่น ๆ

2) การแพร่กระจายของโรคยังคงดำเนินอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากการสุขาภิบาลในชนบทยังพัฒนาไม่ทั่วถึง การที่ชาวบ้านถ่ายอุจจาระลงในน้ำ ทำให้ไข่พยาธิมีโอกาสเข้าไปเจริญในหอยได้

3) แหล่งน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหอยโฮสต์ตัวกลางที่หนึ่ง และปลาโฮสต์ตัวกลางที่สอง อยู่ร่วมกันทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับสมบูรณ์ ตลอดจนภูมิอากาศของประเทศไทยเหมาะสมต่อการเจริญพันธุ์ของหอย และปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลาง

4) รัฐบาลสนับสนุนเกษตรกรโดยสร้างแหล่งน้ำให้โดยทั่วไป ซึ่งเป็นการเพิ่มแหล่งเพาะพันธุ์ของหอยและปลาที่เป็นพาหะกึ่งกลางของพยาธิเพิ่มจำนวนขึ้น (จุเกียรติ ศิริวิชัยกุล และคณะ, 2549; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2545; วันชัย มาลีวงษ์ และคณะ, 2544)

1.4 การติดต่อ

1.4.1 คนหรือสัตว์เป็นโรคนี้ได้ โดยรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยปลาดิบหรือ สุก ๆ ดิบ ๆ อาหารปลาดิบที่สำคัญในภาคอีสาน คือ “ก้อยปลา”

1.4.2 เมตาเซอรัลคาเรียของพยาธิใบไม้ตับหรือทรีต วิเวอรินี ดายง่าย และไม่ลงทนต่อสิ่งแวดล้อม เช่น เก็บไว้ในตู้แช่แข็งอุณหภูมิ 4 - 10 องศาเซลเซียส ได้เพียง 10 - 14 วันปลาร้าซึ่งเป็นอาหารที่หมักไว้ในความเค็มค่อนข้างสูงและเป็นเวลานานไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ผู้บริโภค

1.4.3 สาเหตุที่ทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับคงอยู่ หรือแพร่ขยายในท้องถิ่นนั้น ๆ คือ

1) อุปนิสัยที่ชอบรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชากรในภาคนั้น ในภาคอีสานได้แก่ “ก้อยปลา”

2) อุปนิสัยของการไม่จำเป็นต้องมีหรือใช้ส้วมการถ่ายอุจจาระลงพื้นดิน

3) ในท้องถิ่นนั้น ๆ มีหอยชนิดที่ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับหรือทรีตเจริญเติบโตได้ เช่น หอย *Bithynia goniomphalus* ในภาคอีสาน และหอย *Bithynia Funiculata* ในภาคเหนือ นอกจากนี้ในท้องถิ่นนั้น ๆ จะต้องมีการปลาน้ำจืดชนิดที่เป็นโฮสต์กึ่งกลางอยู่ด้วย จึงจะทำให้วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับครบสมบูรณ์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536)

1.5 พยาธิสภาพ

ความรุนแรงของพยาธิสภาพขึ้นกับจำนวนพยาธิและระยะเวลาที่พยาธิอยู่ในร่างกาย การเคลื่อนไหวของพยาธิ สารพิษที่ออกมาจากตัวพยาธิ การตอบสนองทางอิมมูโนวิทยาของโฮสต์

รวมทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพในทางเดินน้ำดี ในการผ่าศพตรวจบางรายอาจพบพยาธิมากถึง 20,000 ตัว การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาอาจมีเพียงเล็กน้อย เช่น มีการหลั่ง mucin เพิ่มขึ้น มีการลอกหลุด (Desquamation) ของเซลล์บุผนังท่อน้ำดี และมีการเพิ่มจำนวนเซลล์บุผนังท่อน้ำดีจนขยายใหญ่กลายเป็นต่อม (adenomatous hyperplasia) เมื่อพยาธิสภาพรุนแรงขึ้นท่อน้ำดีจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนคล้ายต่อม (Glandular proliferation) พบ eosinophil, round cell มีการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากขึ้น ทำให้ท่อน้ำดีหนาตัวขึ้น และมีการเน่าตาย (Necrosis) รอลเซลล์ตับ อาจพบการอุดตันของทางเดินน้ำดี น้ำดีคั่ง การอุดตันของท่อน้ำดีทำให้เกิดท่อน้ำดีภายในตับขยายใหญ่ (Intrahepatic bile duct dilation) อาจพบการโป่งพอง หรือซิสต์ของท่อน้ำดี ในบริเวณนี้ถุงน้ำดีมักไม่ทำงาน มีการขับมูกออกมาเป็นสีขาว เรียกว่า white bile หรือ muddy bile ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพบภาวะตับแข็ง (Cirrhosis) ภาวะเหลือง (Jaundice) ตัวเหลืองจากทางเดินน้ำดีอุดตัน (Obstructive jaundice) ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) ท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) (ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และคณะ, 2549; วันชัย มาลีวงษ์ และคณะ, 2544)

1.6 พยาธิวิทยาและลักษณะทางคลินิก

1.6.1 พยาธิวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิตัวแก่ ทำให้เกิดระคายเคืองต่อผนังท่อน้ำดี และการอุดตันท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิมีการเคลื่อนไหวไปมาอยู่ในนั้น และบางตัวไปอุดท่อน้ำดีส่วนปลาย บางคนเชื่อว่าพยาธิตัวแก่ขณะที่มีชีวิตอยู่หรือตายแล้วจะปล่อยสารบางอย่างออกมา ทำให้เกิดระคายเคืองต่อเซลล์บุผนังท่อน้ำดี ซึ่งทำให้สภาพในท่อน้ำดีเป็นมากขึ้น การระคายเคืองไม่ว่าจะเกิดจากการเคลื่อนไหวของพยาธิตัวแก่หรือสารบางอย่างนี้จะทำให้เซลล์บุผนังท่อน้ำดีมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างผิดปกติ (ไฮเปอร์πλαเซีย) ทำให้ผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น ท่อน้ำดีจะตีบหรือแคบลง และเมื่อมีการอุดตันโดยตัวพยาธิน้ำดีจะคั่งอยู่ในท่อน้ำดีส่วนปลาย ทำให้ท่อน้ำดีโป่งพองเป็นแห่ง ๆ บางแห่งจะกลายเป็นซิสต์และมีท่อน้ำดีเล็ก ๆ เกิดขึ้นมาใหม่ เพื่อช่วยให้น้ำดีไหลเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ได้ต่อไป การอักเสบของท่อน้ำดีพบบ่อยในระยะหลัง ๆ ของโรค เนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม การอักเสบอาจลามไปถึงเนื้อตับทำให้ตับอักเสบชนิดเป็นหนองและเป็นฝีขึ้นได้ ในรายที่เป็นนาน ๆ ตับจะแข็ง และบางรายจะเป็นมะเร็งท่อน้ำดีต่อไปได้

1.6.2 ลักษณะทางคลินิกอาการของโรคพยาธิใบไม้ตับจะมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิตัวแก่ที่มีอยู่ในตับของผู้นั้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ และพยาธิ

สภาพการเสียของตับที่เกิดขึ้น ตลอดจนโรคอื่น ๆ ที่ผสมด้วย เราอาจแบ่งลักษณะทางคลินิกของโรคพยาธิใบไม้ตับออกเป็น 4 ชนิด คือ

1) ชนิดไม่มีอาการ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพยาธิตัวแก่ในตับน้อยมากเพียง 100 – 200 ตัว ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติอันใดเลย ตรวจร่างกายก็ไม่พบกับสิ่งผิดปกติ แม้จะพบไข่พยาธิในอุจจาระก็พบเป็นจำนวนน้อยมาก ผู้ป่วยพวกนี้ไม่จำเป็นต้องรักษาแต่อย่างใด

2) ชนิดอาการอย่างอ่อน ผู้ป่วยประเภทนี้มักมีอาการท้องขึ้นท้องอืดอยู่เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังอาหาร แต่ไม่เบื่ออาหาร มักพบว่ามีความรู้สึก “ร้อน ๆ” ในบริเวณตับได้ชายโครงขวา หรือตรงลิ้นปี่ คลำตับก็ไม่พบว่าโต และกดบริเวณตับก็ไม่เจ็บที่ใด ไม่เคยมีเหลืออาการเหล่านี้จะพบได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิอยู่ในจำนวนพอสมควร (ไข่พยาธิในอุจจาระประมาณ 1,000 ฟอง ต่ออุจจาระ 1 กรัม) ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าให้ยารักษาจะได้ผลดีมาก

3) ชนิดอาการอย่างปานกลาง ผู้ป่วยประเภทนี้มีอาการของโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างชัดเจน เนื่องจากพยาธิมีจำนวนค่อนข้างมาก (ไข่พยาธิในอุจจาระประมาณ 10,000 - 30,000 ฟอง ต่ออุจจาระ 1 กรัม) อาการท้องขึ้นท้องอืด อาหารไม่ย่อย มักปรากฏเป็นประจำ เป็น ๆ หาย ๆ มีอาการเจ็บตื้อและรู้สึกร้อน ๆ บริเวณตับ บางครั้งมีไข้ต่ำ ๆ อาจคลำพบ และกดเจ็บบ้าง บางรายถ่ายอุจจาระบ่อย ๆ วันละหลายครั้งสลับกับท้องผูก บางครั้งก็มีเหลือเกิดขึ้น อาการเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วหายไป แล้วเกิดขึ้นมาใหม่อีก ในรายที่เป็นค่อนข้างรุนแรง อาจเบื่ออาหาร ผอมลง และมีอาการขาดอาหารผสมด้วย อาจมีบวมผสมด้วยก็ได้

4) ชนิดอาการรุนแรง ผู้ป่วยประเภทนี้อยู่ในพวกที่เรียกว่าระยะสุดท้ายของโรคแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับพยาธิใบไม้ตับเข้าร่างกายซ้ำ ๆ กัน ติดต่อกันเป็นเวลานาน นับเป็นสิบปีขึ้นไป จำนวนพยาธิมีมากมาย ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 2.3 และมีอาการเบื่ออาหาร ผอมมาก มีอาการแสดงการขาดอาหารและโปรตีนตับอาจโตเป็นซิสต์ของตับขึ้นหรือเป็นตับแข็งบางคนก็เป็นเนื้องอกร้ายในตับซึ่งทำให้ถึงแก่กรรมในที่สุด (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536)

1.7 การวินิจฉัย

1.7.1 การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่ของพยาธิ เป็นวิธีที่ดีและเชื่อถือได้มากที่สุด อาจใช้วิธีตรวจชนิดธรรมดา (Simple smear) หรือวิธีเข้มข้น (Formalin-ether concentration technique) หรือโดยวิธี Kato's thick smear technique

1.7.2 การตรวจอุจจาระเพื่อหาตัวพยาธิ ตัวพยาธิใบไม้ตับจะตรวจพบได้ในอุจจาระหลังรับประทานยาขับพยาธิ เช่น Albendazole หรือ Paziquantel หลังจากนั้นเก็บอุจจาระตลอด 24 ชั่วโมง นำมาหาตัวพยาธิเป็นการวินิจฉัยที่แน่นอน และใช้บอกชนิดของพยาธิ

1.7.3 ตรวจหาไข่และตัวพยาธิในน้ำดีหรือน้ำย่อย เช่น ตรวจน้ำย่อยจากลำไส้เล็กส่วนต้น หรือตรวจจากตับและถุงน้ำดีขณะผ่าตัดหรือตรวจศพ

1.7.4 ตรวจโดยวิธีอิมมูโนวินิจฉัย (Immunodiagnosis) ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระได้ เพราะสภาพของโรคเรื้อรังมีทางเดินน้ำดีอุดตันถาวร เช่น Immunoelctrophoresis, Hemagglutination, Immunofluorescence, Enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) เป็นต้น (ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และคณะ, 2549; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536 ; สว่างใจ พึ่งพัคตร์, 2536)

1.8 การรักษา

ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) 25 มิลลิกรัม/กิโลกรัม รับประทาน 3 เวลา หรือขนาด 40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม รับประทานครั้งเดียว สำหรับในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีพยาธิน้อยถึงปานกลาง ยาได้ผลร้อยละ 90 - 100

ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) 50 มิลลิกรัม/กิโลกรัม รับประทานครั้งเดียว ในผู้ป่วยที่มีพยาธิเป็นจำนวนมาก ยาได้ผลร้อยละ 97

ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดมี อาการน้อย หรือปานกลางที่ไม่มีโรคอื่นผสมด้วย เช่น โรคตับแข็ง หรือเนื้องอกร้ายในตับยานี้ไม่มีสี เกือบไม่มีกลิ่น รสขมเล็กน้อย ไม่ละลายน้ำ ละลายได้เล็กน้อยในแอลกอฮอล์ เมื่อให้ยานี้ รับประทานยาจะถูกดูดซึมเข้าร่างกายอย่างรวดเร็ว ให้ความเข้มข้นในร่างกายสูงสุดใน 1 - 2 ชั่วโมง ยาประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์จะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายยานี้มีฤทธิ์อำนาจทำลายตัวพยาธิ ใบไม้ในตับโดยตรง หลังจากให้ยานี้ได้ 1 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาถ่ายจะมีพยาธิใบไม้ตับออกมาใน อุจจาระเป็นจำนวนมากในลักษณะถูกทำลาย ขนาดยาที่ให้ คือ ครั้งละ 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 3 เวลาหลัง อาหารต่อวัน หรือในรายที่ให้การรักษาแบบหมู่ (Mass treatment) ก็ให้ครั้ง เดียว หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน ในขนาด 40 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การให้ยาใน ปริมาณดังกล่าวข้างต้น มีโอกาสหายจากโรคมกกว่าร้อยละ 95 ผลแทรกแซงที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเดินเล็กน้อย บางคนจะปวดเมื่อยตัวและรู้สึก ร้อน ๆ ตัว ห้ามใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์ และในระหว่างให้นมบุตรอยู่ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ที่เป็น ไข่ เนื่องจากโรคบางอย่างอยู่ห้ามรับประทาน (ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และคณะ, 2549; วันชัย มาลีวงษ์ และคณะ, 2544; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2536)

1.9 การป้องกันและควบคุม

ให้สุศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่ขอรับประทานปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ส่งเสริมเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนใช้ส้วมให้ถูกสุขลักษณะ รักษาสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งแพร่กระจายของพยาธิ คือ สุนัขและแมว กำจัดโฮสต์กึ่งกลาง เช่น หอย และให้การรักษาผู้ที่เป็โรคพยาธิใบไม้ตับทุกคน

วัตถุประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับคือ ลดความชุกของโรค ให้อยู่ในระดับซึ่งคาดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยมีมาตรการสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือ กำจัดแหล่งแพร่โรค (Elimination of reservoir) หยุดยั้งการติดโรคและการแพร่โรค (Interruption of infection and transmission) และต้องพัฒนารูปแบบการควบคุมให้ประชาชนมีส่วนร่วมและพึ่งตนเอง (Self-reliance and community participation) มีแนวดำเนินการดังนี้

- 1) มาตรการในการกำจัดแหล่งแพร่โรคใช้วิธีการดำเนินการตรวจอุจจาระประชาชนในท้องที่ และให้รักษาพยาธิจนกระทั่งอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับลดน้อยลง
- 2) มาตรการในการหยุดยั้งการติดโรคโดยดำเนินการสุศึกษาและประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเลิกบริโภคอาหารปลาดิบหรืออาหารเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) มาตรการในการหยุดยั้งการแพร่โรคคือ การดำเนินงานเพื่อลดการแพร่กระจายของอุจจาระมิให้ลงไปสู่แหล่งน้ำให้เหลือน้อยที่สุด สนับสนุนให้ประชาชนสร้างและใช้ส้วม
- 4) มาตรการในการพึ่งพาตนเองของชุมชน คือการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจอุจจาระและบริหารจัดการเรื่องการรักษาพยาบาลโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเองให้มากที่สุด

กลวิธีในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมีดังนี้

- 1) ทำการตรวจอุจจาระประชาชนในท้องที่ที่มีโรคพยาธิใบไม้ตับปีละครั้ง และให้ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป
- 2) ให้การรักษาผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับโดยใช้ยาพราซิควอนเทล 40 มก. ต่อน้ำหนัก 1 กก. การรักษาต้องกระทำโดยกว้างขวางทั่วถึง ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 95 ต้องได้รับการรักษา จุดมุ่งหมายเพื่อลดแหล่งแพร่กระจายโรค
- 3) กลวิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนที่กินปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ให้ไปกินปลาปรุงสุกดีแล้ว เพื่อหยุดยั้งการติดโรคพยาธิจากปลาดิบ

4) ส่งเสริมปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพในเด็กและคนทั่วไปที่ไม่เคยกินอาหารจำพวกปลาที่ปรุงอย่างสุก ๆ ดิบ ๆ หรือปลาดิบ โดยมุ่งเน้นการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนและส่งเสริมค่านิยมในการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย

5) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมใช้และถ่ายอุจจาระในส้วมหรือในลักษณะที่สามารถป้องกันมิให้อุจจาระถูกน้ำพัดพาลงสู่แหล่งน้ำได้ โดยดำเนินการพัฒนาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อบรมปลูกฝังนิสัยการถ่ายอุจจาระให้กับเด็กในการสอนสุขศึกษาในโรงเรียน

6) ทำให้ประชาชนรู้จักและสามารถพึ่งพาตนเองในการป้องกันโรคและมีส่วนร่วมในการควบคุม โครงการระบบพึ่งตนเองนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้ชุมชนพัฒนาดตนเองมากขึ้นเกิดความสำนึกเลิกกินปลาดิบหยุดยั้งการติดโรค (ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และคณะ, 2549; วันชัย มาลีวงษ์ และคณะ, 2544; สว่างใจ พึ่งพัศตร์, 2536)

สรุปได้ว่า โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยเกิดจากพยาธิ *Opisthorchis viverrini* ที่มีปลาในตระกูลปลาตะเพียนหรือปลาที่มีเกล็ดเป็นพาหะเมื่อประชาชนบริโภคปลาดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่มีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอว์คารีเข้าไปได้ แล้วตัวอ่อนก็จะออกจากเปลือกเค้นทางเข้าไปอาศัยในท่อน้ำดีและเจริญเติบโตเป็นตัวแก่ในตับ อาจทำให้เกิดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ ซึ่งการที่จะป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต้องหยุดยั้งการติดโรคโดยดำเนินการสุขศึกษาเพื่อให้ประชาชนเลิกบริโภคปลาดิบ และหยุดยั้งการแพร่โรคโดยการลดการแพร่กระจายอุจจาระมิให้ลงสู่แหล่งน้ำ

2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

2.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

2.1.1 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาและกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรม นามธรรม ตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจา และการกระทำ สามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 อ้างถึงใน จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ, 2549)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (ชนวรรณ อัมสมบุญ, 2534 อ้างถึงใน จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ, 2549)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ นอกจากนี้ ยังรวมถึงความรู้และเจตคติที่มีต่อสุขภาพด้วย ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็ก หรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อม ๆ กันทั้ง 3 ด้าน คือ

- 1) ด้านความรู้ (Cognitive domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าคุณคณนั้นรู้หรือคิด พัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ ความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อโรค ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะตนเอง เป็นต้น
- 2) ด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (Affective domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการให้คุณค่าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เจตคติทางสุขภาพ (Health attitude) เช่น การชอบหรือไม่ชอบรับประทานผัก การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษา การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้หรือในด้านลบบางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เหนื่อยและเสียเวลา ซึ่งเจตคติจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบซึ่งจะส่งผลดีหรือไม่ดีต่อสุขภาพก็ได้
- 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การปฏิบัติทางสุขภาพ (Health practice) เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทาน อาหารและหลังออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อค การพักผ่อนให้เพียงพอ การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ เป็นต้น (Bloom, 1975 อ้างถึงใน เฉลิมพล ดันสกุล, 2541)

2.1.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ (Bloom, 1975 อ้างถึงใน เฉลิมพล ดันสกุล, 2541)

2.1.2.1 ประเภทพฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

1) พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย กระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ โดยการใช้เครื่องป้องกันหรือไม่คลุกคลีกับผู้ที่ติดเชื้อ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนัก การใช้เข็มฉีดยาฉีด การสวมหมวกกันน็อค การประเมินสภาพตัวเองโดยการใช้เครื่องมือแพทย์ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจฟันทุก 6 เดือน การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน เป็นต้น

2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ควบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลาย ความเครียด

2.1.2.2 พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior) หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่ากายเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่จะแพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย จึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร เช่น การปรึกษาผู้รู้หรือผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์มาก่อน หรือถ้าประเมินแล้วว่ามีความเสี่ยงก็จะแสวงหาการรักษาพยาบาล โดยการไปหาซื้อยากินเอง หรือการไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนโบราณ การใช้สมุนไพร หรือรอให้อาการผิดปกติหายไปเอง

2.1.2.3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behavior) การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การงดสูบบุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

2.1.3 รูปแบบและลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกได้ 4 ประเภท

- 1) พฤติกรรมการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมการรักษาโรค
- 2) พฤติกรรมการป้องกันโรค
- 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 4) พฤติกรรมมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข

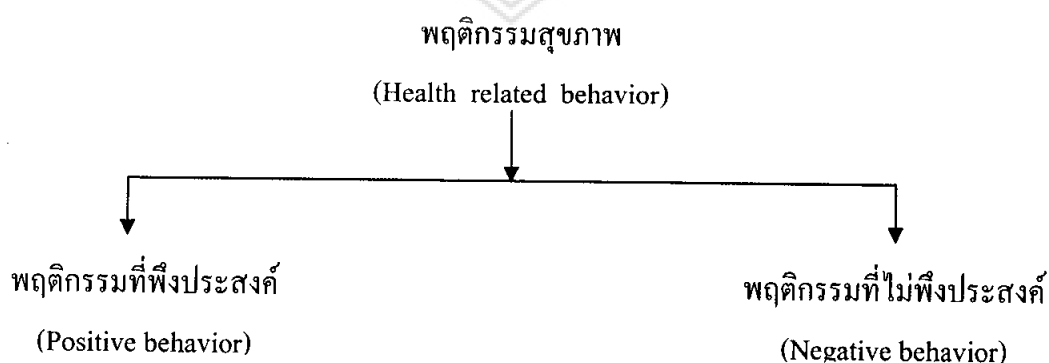
1) พฤติกรรมการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมการรักษาโรค เป็นการแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกเมื่อเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือสังคมเกิดขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่านิยมความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานบริการสาธารณสุขที่มีในชุมชน โดยมีการศึกษา แล้วถามว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้นประชาชนหรือบุคคลต่าง ๆ จะมีพฤติกรรมในการรักษาโรคต่างกัน ด้วยสาเหตุใหญ่ 2 สาเหตุ คือ อาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ประชาชนจะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกันและคนต่างกลุ่มต่างเชื้อชาติเผ่าพันธุ์จะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน

2) พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการไม่กินอาหารดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร

3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำที่แสดงออกของบุคคลเพื่อการดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหลักครบ 5 หมู่

4) พฤติกรรมมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข เป็นการกระทำหรือแสดงออกของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การร่วมรณรงค์ในการกวาดล้างโรคโปลิโอ การร่วมกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย การพาสุนัขไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ, 2549)

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ ในทางสาธารณสุขพฤติกรรมสุขภาพจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ



ภาพที่ 1 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ (เฉลิมพล ดันสกุล, 2538)

1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลประพฤติ ปฏิบัติ ให้คงอยู่ถาวรต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การแปรงฟัน การกินอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสีย (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค จะต้องหาสาเหตุที่ก่อพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การกินปลาดิบ เป็นต้น (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2538)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปฏิกิริยาหรือการกระทำที่บุคคลแสดงออกทั้ง พฤติกรรมเชิงบวกหรือพฤติกรรมเชิงลบ ซึ่งพฤติกรรมเชิงบวกจะเป็นการส่งผลดีต่อสุขภาพ จำเป็นต้องส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่วนพฤติกรรมเชิงลบจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงลบเพื่อเป็นการป้องกันหรือลดความเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ

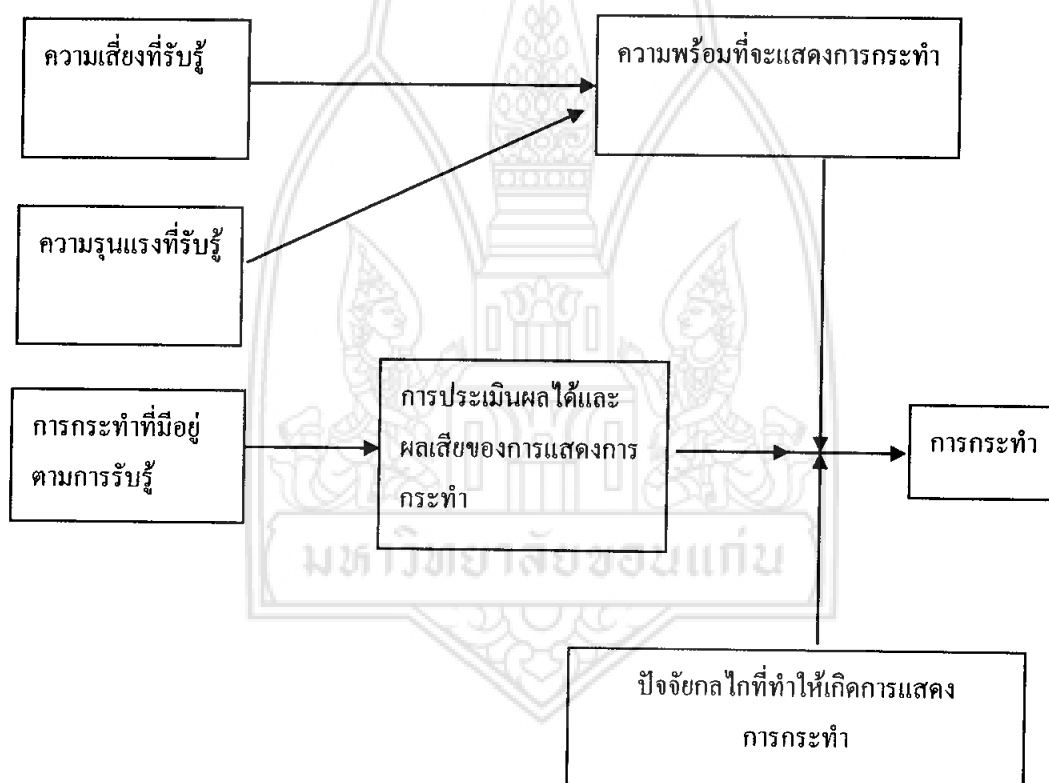
2.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในปี 1950 ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค ทั้งๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระบะนั้น (ค.ศ. 1950-1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker and Maiman, 1974 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) โดยมีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ) ภายใต้อาณัติเฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรักษา

Rosenstock (1974 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) กล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
3. การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

ดังนั้น Rosenstock จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมเป็นการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค



ภาพที่ 2 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ Rosenstock และคณะ, 1974
อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อ ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้อง ของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่อง ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker และคณะ, 1974 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำ ขี้แฉะได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์ และ เบคเกอร์ (Janz and Becker, 1984 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่าง ปี คศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือ ทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ประโยชน์ของป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits)

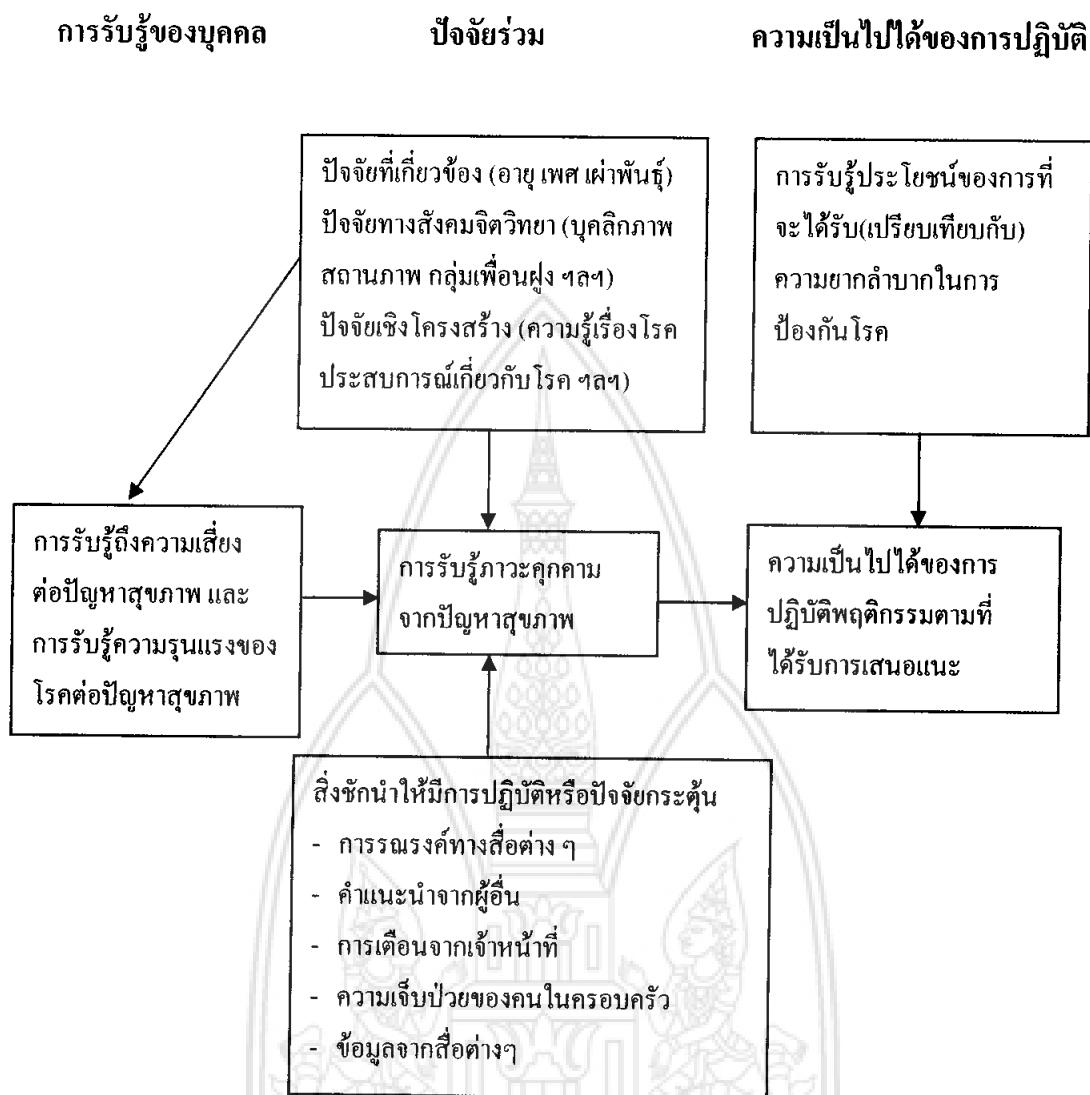
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะหาให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz and Becker, 1984 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้สรุปผลการรักษาแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกันกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบายหรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้ องค์ประกอบต่างๆของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันดังภาพที่ 3





ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นโดย Becker และคณะ เพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Becker, 1975 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

ในองค์ประกอบต่างๆ นั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังบอกไม่ได้แน่ชัดว่าจะเป็น พฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อ เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้ โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับ ข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรือ อุปสรรคมีน้อย ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้น แต่ถ้าความพร้อมมีน้อยในขณะที่ข้อเสียมีมาก ก็จะ

ไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีมากแต่ข้อเสียหรืออุปสรรคมีมากก็เช่นกัน (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543)

บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (สิราณี อินทรหนองไผ่, 2546)

สรุปได้ว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคนั้น บุคคลต้องรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นปัจจัยที่จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคามของปัญหาสุขภาพ และการรับรู้ผลประโยชน์ที่จะได้รับเทียบกับอุปสรรคโดยได้รับปัจจัยกระตุ้นหรือสิ่งชักนำการปฏิบัติต่าง ๆ

2.3 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC)

จุฬารักษ์ โสตะ (2546)

2.3.1 ความหมายกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

Appreciation = A ความหยั่งรู้ถึงความพอใจและความชมชอบ เป็นเรื่องของความรัก ความเมตตาเห็นคุณค่าและให้เกิดอิทธิพลซึ่งกันและกัน จะก่อให้เกิดพลังแห่งความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ จนบางครั้งเรียกพลังเมตตา

Influence = I แปลว่า อิทธิพล อำนาจชักจูง เพราะการที่บุคคลเข้ามารวมด้วยพลังจะก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีอำนาจในการชักชวนซึ่งกันและกันในการคิดสร้างสรรค์ทำกิจกรรมซึ่งเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จในเป้าหมายที่ทุกคนมุ่งหวังอยากให้เป็นไป หรืออยากให้เกิดเรียกว่า พลังปัญญานำไปสู่ความสำเร็จ

Control = C แปลว่า การกำกับการบังคับ ให้เกิดการปฏิบัติไปตามวิถีทางหรือแบบที่วางไว้ นอกจากนี้ยังช่วยกันสอดส่อง ดูแล พร้อมทั้งขจัดสิ่งที่เป็นปัญหาให้หมดไป การรวมพลังสร้างสรรค์ในช่วงนี้จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเรียกว่า พลังพัฒนา

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control) เป็นวิธีการและเทคนิคในการเอาคนที่ทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบใดระบบหนึ่งเข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work shop) ซึ่งจะดำเนินการใน 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 A = การสร้างความรู้ (Appreciation)

ขั้นที่ 2 I = การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence)

ขั้นที่ 3 C = การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control)

2.3.2 หลักการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) กระบวนการ AIC มีหลักสำคัญคือ

- 1) ความเป็นกลางเป็นประชาธิปไตยและเปิดกว้างทางความคิด
- 2) มีทักษะในการจัดประเด็นและประสานความคิด
- 3) สร้างบรรยากาศและมีเทคนิคในการกระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นระบบ
- 4) มีทักษะและสามารถรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องและสามารถสรุปประเด็นได้อย่างถูกต้อง
- 5) มีทักษะในการตั้งคำถามที่ค้นหาคำตอบที่ชัดเจน
- 6) มีทักษะในการจัดการ (Management) และการทำงานเป็นทีม (Team work)
- 7) สามารถสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกัน

2.3.3 กระบวนการ AIC

เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆเป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือกสร้างสรรค์และพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นเพราะกระบวนการ AIC มีขั้นตอนสำคัญคือ

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกัน อย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกโดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน

A - 1 : การวิเคราะห์สภาพการณ์ของหมู่บ้าน ชุมชน ในปัจจุบัน ระดมความคิด ความรู้สึกและข้อมูลส่วนบุคคลของแต่ละคนในกลุ่มเพื่อสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันออกมาโดยใช้การวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ หรือสื่อความหมายวิธีอื่น ๆ แล้วหล่อหลอมความฝันของทุกคนเป็นความฝันกลุ่ม

A- 2 : การกำหนดอนาคต หรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร

2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและนำเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ไว้เป็นขั้นตอนที่ต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ

หรือค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมและการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I-1 : การคิดกิจกรรม/โครงการ ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์

I-2 : การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ โดย

- (1) กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้าน หรือชุมชน ทำเองได้เลย
- (2) กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้าน หรือชุมชนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากหน่วยงานที่สนับสนุนอยู่
- (3) กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้าน หรือชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือจากภาครัฐ หรือเอกชน

3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

คือ การยอมรับการทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้รับผิดชอบและดำเนินโครงการ ซึ่งขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

C-1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C-2 : การตกลงในรายละเอียดการดำเนินงาน จัดทำแผนปฏิบัติ นอกจากผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม เขียนแผนโดยให้ครอบคลุม ชื่อแผนหรือโครงการ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่กลุ่มคน วันเวลาที่ดำเนินการ ทรัพยากรที่ต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงาน องค์กรที่รับผิดชอบ (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

2.3.4 ขั้นตอนในการดำเนินการกระบวนการ AIC ที่ใช้ในการอบรมมี 6 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 A-1 : เป็นการระดมความคิดความรู้สึกและข้อมูลส่วนบุคคลของแต่ละคนในกลุ่มเพื่อสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันออกมาโดยใช้การวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ หรือสื่อความหมายวิธีอื่น ๆ แล้วรวมความคิดเป็นของกลุ่ม

ขั้นที่ 2 A-2 : เป็นการระดมความคิดความฝันของทุกคนที่เป็นสมาชิกในกระบวนการที่เป็นความคิดฝันที่อยากให้เกิดขึ้นแก่ชุมชนของตนโดยใช้วิธีการ A-1 คือ การการวาดภาพ วาดสัญลักษณ์ หรือสื่อความหมายด้วยวิธีอื่นๆ แล้วหล่อหลอมความฝันของทุกคนเป็นความฝันกลุ่ม

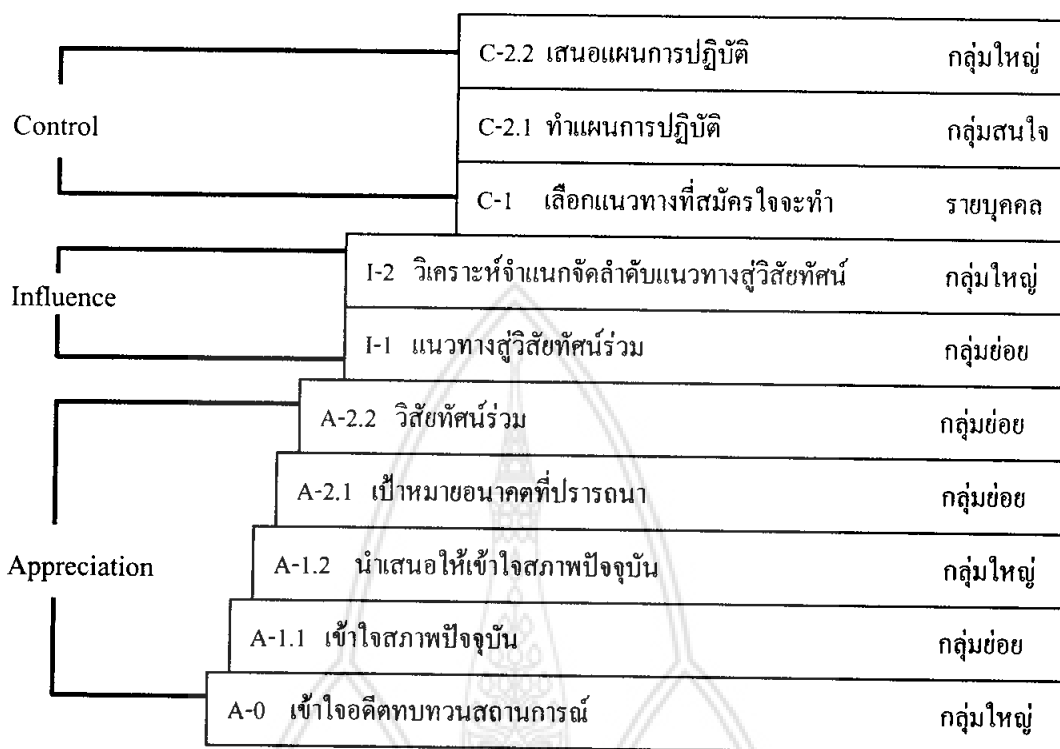
ขั้นที่ 3 I-1 : เป็นการระดมความคิดเพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมที่ปฏิบัติ แล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจหรือความนึกฝันในขั้น A-2 ให้กลายเป็นความจริงได้ แล้วนำเอาความคิดที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยน อาจมีการระดมความคิดถึง

ปัจจัยสาเหตุว่า มีสาเหตุใดบ้างที่มีอิทธิพลขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถบรรลุสู่ความฝันในขั้นที่ A-2 และหากแก้ไขปัญหาลักษณะอุปสรรคและปัจจัยเหล่านั้น จะต้องใช้วิธีการกิจกรรมหรือมาตรการใด ๆ

ขั้นที่ 4 I-2 : เป็นการนำกิจกรรม มาตรการหรือวิธีควบคุมปัจจัยที่ระดมกันคิด ในขั้น I-1 มาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่าง ๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญว่าควรจะต้องคัดเลือกกิจกรรม หรือมาตรการ วิธีการใดมาก่อนหลังอย่างไร อะไรเร่งด่วน อะไรประหยัดทำได้เลย ทำได้ง่าย อะไรสำคัญ เป็นต้น จากการคิดร่วมกันวิพากษ์ถึงเหตุผลร่วมกันก็จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่ กลุ่มคัดเลือกไว้เป็นประเภท ๆ ตามลำดับความสำคัญ หรือเป้าประสงค์ของกลุ่มนั่นเอง

ขั้นที่ 5 C-1 : ขั้นตอนนี้จะเป็นการนำกิจกรรมมาตรการ ทุกประเภทที่กำหนด ได้ในขั้น I-2 มาพิจารณาอีกครั้งหนึ่งร่วมกันในแต่ละกิจกรรมที่กลุ่มต้องการจะทำนั้น ผู้ใดในกลุ่ม มีความสามารถ ความถนัดหรือความพร้อมที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบในการดำเนินการจริง สำหรับ สมาชิกในกลุ่มเมื่อถึงขั้นตอนนี้ต้องแสดงความสมัครใจว่าสนใจพร้อมยินดีที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบ ในกิจกรรม มาตรการโครงการใด

ขั้นที่ 6 C-2 : เป็นขั้นตอนการตกลงในรายละเอียดการดำเนินงาน จัดทำแผน ปฏิบัตินอกจากผลลัพธ์ที่ได้จากการขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเป็นขั้นตอนฝึกทักษะในการเขียน แผนงาน โครงการจริง ๆ โดยสมาชิกกลุ่มที่ได้แสดงความจำนงไว้ว่าจะร่วมรับผิดชอบใน โครงการหรือกิจกรรมในขั้น C-1 มาประชุมอีกครั้งหนึ่ง และต้องช่วยชี้แนะเพิ่มเติมหากกลุ่มไม่ คำนึงเคยกับการเขียนแผนตามแบบสากลทั่วไป โดยให้ครอบคลุม ชื่อแผนหรือโครงการ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่กลุ่มคน ระยะเวลาที่ ดำเนินการ ทรัพยากรที่ต้องใช้และ ผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงาน องค์กรที่รับผิดชอบ (ลือชา วรรณรัตน์, 2542 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)



ภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการระดมสมองแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2550)

2.3.5 องค์ประกอบสู่ความสำเร็จในการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

(Appreciation Influence Control : AIC)

แนวคิดที่เกี่ยวกับองค์ประกอบสู่ความสำเร็จในการทำ AIC ไว้ว่าการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ต้องทำทั้งระบบ โดยอาศัยสถิติข้อมูลจากนักวิชาการและจากประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้น ๆ ร่วมกันคิดให้รอบด้านก่อนเขียนแผนและจัดการโครงการเอง แผนของระดับสูงจะต้องสร้างบรรยากาศและสนับสนุนแผนระดับล่างให้สำเร็จซึ่งแตกต่างจากวิธีทำงานแบบเก่าที่นักวิชาการและผู้รับผิดชอบตามหน้าที่คิดขึ้นมาเองและลงมือทำเองซึ่งเป็นการปิดกั้นการพัฒนาคนและไม่สนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในทางปฏิบัติจริงจึงต้องมีกระบวนการใหม่ในการทำแผนร่วมกันของชุมชนกับเจ้าหน้าที่ มีการแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์ที่ต้องการให้เป็นอนาคตและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การกำหนดเทคนิควิธีการสำเร็จรูปไปให้ปฏิบัติ จะต้องเปลี่ยนเป็นการนำเอาความรู้ ข้อมูลข้อเท็จจริงและทรัพยากรให้เข้าถึงและสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติหรือการประชุมทำงานอย่างมีส่วนร่วมและมีความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้

ประสบความสำเร็จ ผู้เข้าร่วมประชุมต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญอยู่สองประการคือ ต้องรู้ขั้นตอนการโครงการเป็นอย่างดี และต้องแม่นยำในหลักการของวิธีประชุม (วีระ นิยมวัน, 2540)

2.3.6 จุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการ AIC

2.3.6.1 จุดแข็งของ AIC

- 1) เกิดความร่วมมือกันทางด้านสติปัญญา และทรัพยากรทำให้มีพลัง
- 2) ทุกคนได้ความเป็นผู้นำและรู้ว่าเมื่อใดควรแสดงออก
- 3) สามารถประสานความแตกต่าง ความถนัดของแต่ละคน มาเป็นพลังในการจัดการดำเนินงานและประเมินผลอย่างสร้างสรรค์ได้
- 4) เป็นเครื่องมือของการจัดการ เพื่อวางแผนกลยุทธ์ หาวิธีแก้ปัญหา ลดความขัดแย้งของคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องเดียวกัน
- 5) สร้างทีมงาน พัฒนางาน พัฒนากลุ่ม ชุมชนเพิ่มการมีส่วนร่วม
- 6) พัฒนาการจัดการด้วยวิธีการใหม่ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน

2.3.6.2 จุดอ่อนของ AIC

- 1) กระบวนการนี้ต้องทำอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานจึงจะสัมฤทธิ์ผล และทุกคนมีความรู้สึกพอใจกับงานไม่มีการตัดสินใจว่าจะให้ใครทำอะไร ผู้ประชุมเป็นผู้เลือกเสนอตัดสินใจเองว่าตนมีศักยภาพจะทำอะไรได้
- 2) อิทธิพลที่ได้รับจากการถกอภิปรายกับผู้อื่นในขั้นตอนต่าง ๆ มีผลกระทบต่อสถานะของตนเอง จึงต้องขังใจเอง ยอมรับสภาพความพร้อมและยอมรับผู้อื่น ซึ่งอาจทำได้ไม่มากนัก
- 3) ทำแผนร่วมกับผู้อื่นหลายระดับงานและต่างประเทศ ประสพการณ์ จะต้องเชื่อผู้อื่นบ้างจึงยากที่ผู้เคยชินการทำแผนกับคนพวกเดียวกันจะยอมเปลี่ยนแปลง (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

สรุปได้ว่า กระบวนการ AIC เป็นกระบวนการเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้เข้าประชุมอย่างอิสระโดยการวิเคราะห์สภาพในปัจจุบันเพื่อนำไปสู่ความต้องการในอนาคต ซึ่งทุกคนร่วมกันระดมความคิดในการวางแผนดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยร่วมกัน วิเคราะห์ วางแผน และดำเนินกิจกรรมตามแผนด้วยความสมัครใจ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวพยาธิใบไม้ตับ

จุฬารณย์ โสตะ และคณะ (2551) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของสื่อการสอนพฤติกรรม การป้องกันพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อวีซีดี และคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี ความรู้และทัศนคติการป้องกันพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงกลุ่มที่ใช้คู่มือก่อนและหลังไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ใช้วีซีดีมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ใช้คู่มือและวีซีดีทั้งก่อนและหลังการทดลอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง กลุ่มที่ใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มที่ใช้วีซีดีไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังทดลองกลุ่มที่ใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มใช้วีซีดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่หลังทดลองกลุ่มใช้คู่มือมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้วีซีดีสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับกลุ่มที่ใช้คู่มือและวีซีดีหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ การปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มที่ใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ส่วนกลุ่มวีซีดีมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง

บรรจบ ศรีภา (2550) ได้ศึกษาอุบัติการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากลงพื้นที่สำรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชากร 5 หมู่บ้านระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2550 ในพื้นที่อำเภอชนบท อำเภอเมืองจันทบุรีและอำเภอบ้านไผ่ พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงอยู่ในระดับสูง โดยความชุกเฉลี่ยร้อยละ 30 ซึ่งหมู่บ้านที่มีความชุกสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 51 และมีผู้ติดเชื้ออายุน้อยที่สุดเพียง 4 ขวบ แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ยังไม่ลดน้อยลงจากในอดีต แม้ในภาพรวมของประเทศจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยใหม่มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่ลดลงในโรงพยาบาล

ลักษณะ หลายทวีวัฒน์ และ เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2550) ได้ศึกษาสถานการณ์หลังการรณรงค์โรคพยาธิใบไม้ตับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2550 พบว่า ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 14.08 พฤติกรรมสุขภาพการถ่าย

อุจจาระในสัปดาห์ครั้ง ประวัติการตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิและการรับประทานปลาดิบในรอบปี ที่ผ่านมาตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 37.6, 24.1 และ 75.7 ตามลำดับ

อัมพวรรณ นวรัตน์ และคณะ (2550) ได้ศึกษาการแก้ไขปัญหาระบาดของพยาธิ โดย ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเบตง จังหวัดน่าน ปี 2548 พบว่า การตรวจหาพยาธิใบไม้ตับพบมาร้อยละ 18.1 ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เสี่ยงหลังดำเนินการ อยู่ในระดับสูงและถูกต้องมากขึ้น

ประภาศรี จงสุขสันติกุล และคณะ (2546) ได้ศึกษาการประเมินผลงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544 พบว่า ประชาชนมีการกินอาหารเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับมีอัตราการกินประจำและกินบางครั้ง รวมกัน อยู่ระหว่างร้อยละ 15.0 – 59.8 การถ่ายอุจจาระนอกส้วมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 39.1

นริรัตน์ ธรรมโรจน์ และคณะ (2545) ได้ศึกษาพบว่า ก่อนให้สุขศึกษา กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างกัน ($p=0.633$) หลังการให้สุขศึกษา ในกลุ่มศึกษามีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ก่อนการให้สุขศึกษา กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีระดับพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ($p=0.178$) หลังการให้สุขศึกษา ในกลุ่มศึกษามีระดับพฤติกรรมที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p=0.002$) เมื่อทดสอบสัดส่วนการติดเชื้อซ้ำและติดเชื้อใหม่จากการตรวจอุจจาระในครั้งที่ 2 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=0.367$) และ ($p=0.349$) ตามลำดับ การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การให้สุขศึกษาไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้ทั้งหมด โดยยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการติดเชื้อซ้ำ และติดเชื้อใหม่ แม้ว่าหลังการให้สุขศึกษาในกลุ่มศึกษาจะมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

นิรุจน์ อุทธาและคณะ (2541) ได้ศึกษาการพัฒนางานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสู่แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของคนไทยอีสาน พบว่า ประชาชนยังมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่สูงพอสำหรับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างประชาชนที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อซ้ำ มีความแตกต่างกันด้านเพศ ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ และยังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อซ้ำมักเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี มีการสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ ประชาชนที่มีอัตราการติดเชื้อซ้ำสูง จะมีการบริโภคก๊วยปลาดิบบ่อยครั้งกว่า โดยมีปัจจัยที่เป็นตัวแปรสนับสนุนทางภูมิศาสตร์ของหมู่บ้านที่อยู่ติดกับแหล่งน้ำขนาดใหญ่

วัฒนา จันทิโร (2541) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการฝึกอบรมแกนนำสุขภาพให้มีความรู้และมอบหมายให้ไปให้คำแนะนำ

ประชาชน เรื่องการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ จัดรายการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านและจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ พบว่า ประชาชนมีความรู้ พฤติกรรมการบริโภค และเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น อัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มควบคุมลดลง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุนทรา ไพฑูรย์, สมศักดิ์ นิลพันธุ์ (มปป.) ได้ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกับการเกิดมะเร็งตับ, พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีดินประสิว เช่น ปลาสำรา ปลาจ่อม ปลาต้ม ปลาเค็ม ไข่กรอกหรือสารพิษอัลฟาทอกซิน ในถั่วลิสงป่น พริกป่น รูปแบบการศึกษา Case - Control Study กลุ่มศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งตับ จำนวน 53 ราย กลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้ที่ไม่เป็นมะเร็งตับที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย มีอายุใกล้เคียงกัน จำนวน 147 ราย เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากฝ่ายเวชกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ แล้วติดตามสัมภาษณ์ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ พร้อมกับเก็บอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato's Thick smear ผลการศึกษา พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยมะเร็งตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเสี่ยงเป็น 1.57 เท่าของผู้ไม่ติดเชื้อ

Natthawut Kaewpitoon, et al. (2008) ได้ศึกษาพบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยโรกระบบท่อน้ำดี (hepatobiliary) ประกอบด้วย ท่อน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอุดตัน ตับโต ถุงน้ำดีอักเสบ cholelithiasis และมะเร็งท่อน้ำดี การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเกิดจากกินปลาดิบหรือผลิตภัณฑ์จากปลาดิบ เป็นประเพณีและความนิยมของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตชนบทของประเทศไทยในพื้นที่เสี่ยงสูง จำเป็นต้องจัดให้สุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

Natthawut Kaewpitoon, et al. (2007) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล จำนวน 1077 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.50 อายุระหว่าง 15-20 ปี ร้อยละ 37.26 พบว่า ได้รับข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 31.37 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 18.72 โทรทัศน์ร้อยละ 14.38 หัวหน้าสถานีอนามัยร้อยละ 12.31 แพทย์และพยาบาลร้อยละ 9.18 หนังสือพิมพ์ร้อยละ 5.72 อินเทอร์เน็ตร้อยละ 5.37 และอื่น ๆ ร้อยละ 12.95 กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับการติดต่อของโรคอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.11 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเกี่ยวกับการกินในระดับดีร้อยละ 79.72 มีเจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 71.10 และ 60.83 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระที่ไม่ถูกสุขลักษณะและการบริโภคปลาดิบร้อยละ 39.26 และ 41.42 ตามลำดับ

S. Sayasone, et al. (2007) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอ เขตชนบท ของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 13 ชุมชน ชุมชนละ 15 ครอบครัว ได้สัมภาษณ์และตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato—Katz technique จำนวนทั้งหมด 814 คน พบว่า อัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 58.5 ในระดับชุมชนอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ ($r = 0.76$, $P = 0.003$) โรคพยาธิใบไม้ตับมีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจึงมีความจำเป็นในการประเมินเพื่อพัฒนากิจกรรมให้เพียงพอเหมาะสมสำหรับการควบคุม

P. Sithithaworn, et al (2003) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับ พยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นพยาธิตัวแบนที่ติดต่อทางอาหาร มีความสำคัญเพราะ สำหรับผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนี้จะเป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรกระบบท่อน้ำดี (hepatobiliary) และมะเร็งท่อน้ำดี อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดี

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับพบว่า ถึงแม้ในภาพรวมของประเทศจะมีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับลดลง แต่เมื่อพิจารณาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับยังสูง เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชน นอกจากนี้ พยาธิใบไม้ตับยังมีสัมพันธ์กับการก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือมะเร็งตับ

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรี อายุ 35 - 60 ปี เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ชนิภา เอี่ยมสะอาด (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่มของผู้ป่วยโรคจิตสควทวารหนัก แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคจิตสควทวารหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำและแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $p\text{-value} < 0.05$

บึงอร ฉางทรัพย์และคณะ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหอนอนพยาธิลำไส้ของแม่บ้านชุมชนสวนอ้อย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิลำไส้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิลำไส้ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มีค่าสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิลำไส้

สุภาภรณ์ นารี (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทัศนศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรีและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี พบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

รัชฎลักษณ์ โมราษณัฐ (2548) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโภชนาการ และคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโภชนาการ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยของโรคที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวในการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยของโรคที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการ

ควบคุมภาวะการเจ็บป่วยของโรคที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่มักพบบ่อยใน ผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

วัฒนะ หาคำ (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหัวหน้าครอบครัว พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ผลประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

S. Iriyama, et al. (2007) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจในการบังคับตนเองป้องกันเอดส์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย ในกาดมันดูล ประเทศเนปาล เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จำนวน 183 คน ที่มีอายุระหว่าง 14–19 ปี พบว่า นักเรียนมีความตั้งใจในการบังคับตนเอง ร้อยละ 53 นักเรียนที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการบังคับตนเอง มีค่า odds ratio 1.86 (95% CI 1.02–3.38) และค่า adjusted odds ratio 1.94 (95% CI 1.05–3.58) แต่นักเรียนที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการบังคับตนเอง

Baghiani Moghadam M. H., et al. (2005) ได้ศึกษาผลการให้สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพของช่างตัดผมเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายความสนใจของช่างตัดผมในการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี แก่ลูกค้า โดยรูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 70 คน ในแต่ละกลุ่มจะแบ่งเป็นชาย 35 คน หญิง 35 คน พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองมีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$) การรับรู้ภาวะคุกคามเพิ่มขึ้น 9.80 เป็น 10.61 แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบลดลงจาก 9.97 เป็น 9.0

Sharifirad G.H., et al. (2005) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยศึกษาแบบกึ่งทดลองและ cohort study กลุ่มละ 54 คน พบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีการดูแลเท้าดีขึ้น

Doris A. Abood, et al. (2003) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้โภชนาการศึกษแก่พนักงานของมหาวิทยาลัยโดยการส่งเสริมลดพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งและหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 25 คน กิจกรรมที่ให้เกี่ยวกับความรู้ทางโภชนาการและสาธิตการฝึกควบคุมอาหาร พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ผลประโยชน์ของการฝึกปฏิบัติและความรู้เรื่องโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการลดอาหารที่ให้พลังงาน ไขมันอิ่มตัว และคลอเลสเตอรอล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผลของโปรแกรมสุขศึกษา มีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

เจษฎา สุรวรรณ (2550) ได้ศึกษา การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก ร้อยละ 77.27 ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 100 การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง

คุณฉวี อายุวัฒน์ (2550) ได้ศึกษากระบวนการวางแผนพัฒนาแบบมีส่วนร่วม พบว่ามีการเตรียมชุมชนในบางพื้นที่ในเรื่องความคิดเกี่ยวกับความสำคัญของกระบวนการวางแผนพัฒนาชุมชน โดยคณะทำงานของชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างชัดเจน ทั้งในขั้นตอนเตรียมการ การประชุมประชาคม การนำแผนไปปฏิบัติเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส

พูนสินธ์ พงษ์ประเทศ (2550) ได้ศึกษา การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา โรงเรียนระดับมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพนักเรียนมีความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาศักยภาพ 4.10 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ทัศนคติเพิ่มขึ้น 19.98 คะแนน ส่วนด้านการมีส่วนร่วม พบว่านักเรียน ผู้บริหารโรงเรียน คณะอาจารย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน สามารถนำแผนปฏิบัติ ร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม

ลักขณา เนตรยัง (2547 อ้างถึงใน คุษฎี อายุวัฒน์, 2550) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยใช้เทคนิคแนวคิด AIC : กรณีศึกษา บ้านนาสี คา หมู่ 7 ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุม ได้แนวทางการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลายทั้งหมด 6 โครงการ จากการดำเนินงานพบว่า การมีส่วนร่วมชุมชนมีส่วนทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและยั่งยืนเพราะชุมชนมีส่วนร่วม ในทุกกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระตุ้นให้ชุมชนดำเนินงานตาม โครงการ

ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล (2545) ได้ศึกษากระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไป ประยุกต์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน พบว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปใช้ใน กระบวนการแก้ปัญหาของชุมชน ได้ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัวในการแสดงความคิดเห็น ร่วมกันถึงปัญหาในชุมชนมากยิ่งขึ้น มีการวางแผนและการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

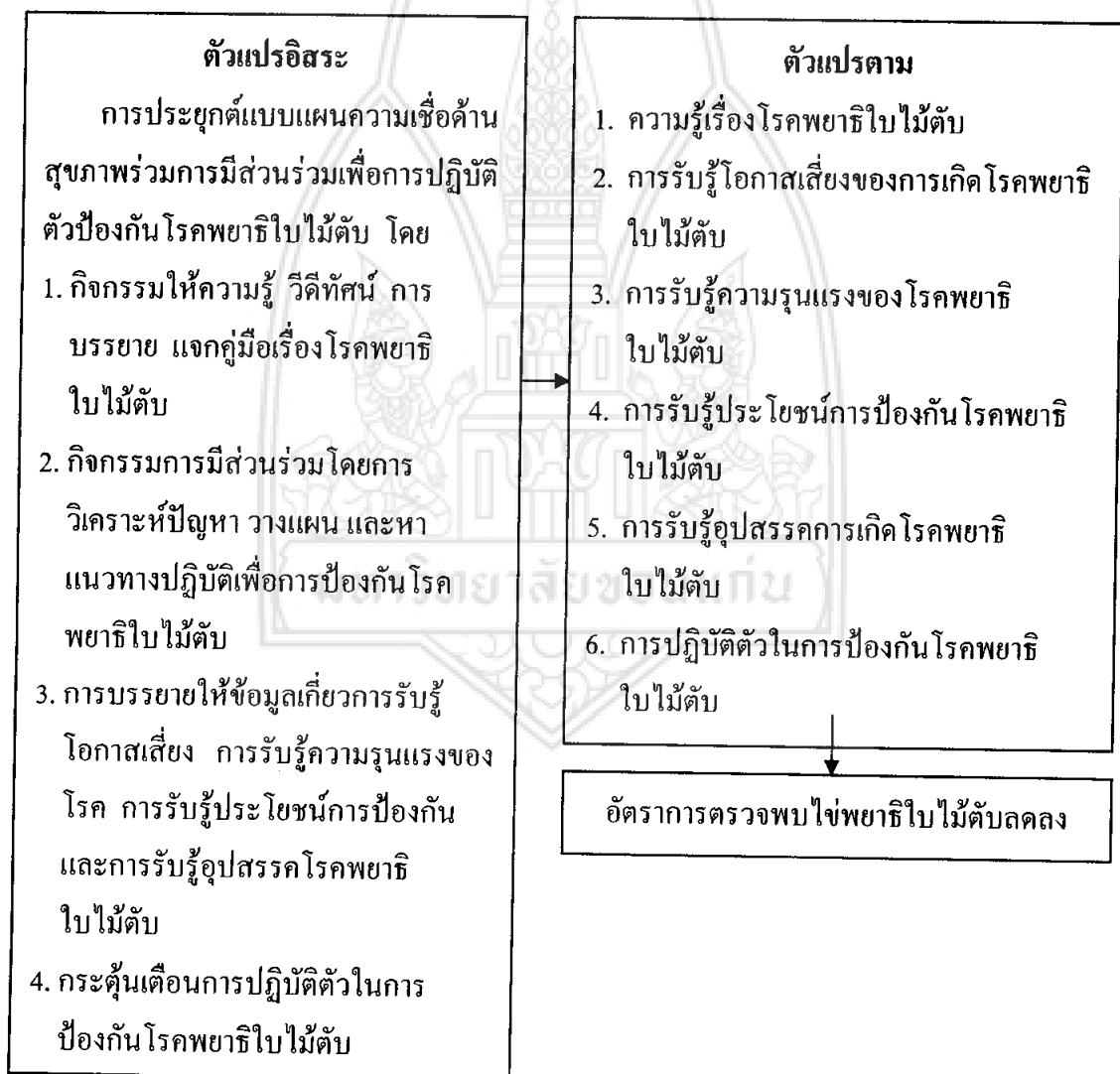
แก้วกล้า ทาสาลี (2544) ได้ศึกษาการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อ ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิตัวตืด จังหวัดเลย พบว่า ก่อนและหลังดำเนินการ จะมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน ภาพรวมประชาชนก่อนดำเนินการมีส่วนร่วมในระดับต่ำ หลัง ดำเนินการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับดี

จิรภัทร ศรีศิริ และคณะ (2541) ได้ศึกษาพบว่า การวางแผนงาน/โครงการ ด้านโรค พยาธิใบไม้ตับสำหรับชุมชน ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนเพราะเป็นสิ่งที่ชุมชนนั้น ต้องการจริง ๆ (real need) ก่อให้เกิดความพร้อมในการให้ความร่วมมือกับส่วนราชการและส่วน ราชการควรมีการปรับกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับความต้องการชุมชนและให้ทันยุค ทันเหตุการณ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมพบว่า กระบวนการ วางแผนแบบมีส่วนร่วมมีผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดการปฏิบัติกิจกรรมในทางที่ดีขึ้นและเกิดเป็น รูปธรรม ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและยั่งยืน

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการนำในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมมาใช้ ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย