

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหาและปัญหา

การพัฒนาประเทศชาติให้มีความเจริญก้าวหน้าจำเป็นต้องทำ การพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมืองและสังคม ดังเช่น ยูวัลดี วูลิเมซี (2526 : 3) กล่าวว่า การพัฒนาประเทศหรือสังคมใด สังคมหนึ่งจำเป็นต้องสร้าง ความเจริญและความมั่นคงทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมืองและสังคม และปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็น ปัญหาที่มีความสำคัญซึ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ ดังเช่น ประมุข จันทรวิมล (2531 : 3) กล่าวว่า คนเป็นทรัพยากรอันมีค่าที่ สำคัญยิ่งของประเทศ เพราะคนเป็นผู้กำหนดแผนงาน และนำทรัพยากร ธรรมชาติ (Natural Resource) และทรัพยากรทุน (Capital Resource) มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า ประชากรในชาติจะ กระทำได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณภาพของคนหรือประชากรเป็นสำคัญ องค์ประกอบที่จะนำไปสู่การเป็นประชากรที่มีคุณภาพนอกจากการจัดการให้ มีบริการทางการศึกษาและบริการทางสังคมอื่น ๆ แล้วองค์ประกอบด้าน สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจนับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุด ประการหนึ่ง และสอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ (2533 : 9) ที่ได้เสนอว่า การพัฒนาประเทศของไทยในปีที่ ผ่านมาแม้ว่าจะมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับเป็นที่น่าพอ ใจ แต่ปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ศักยภาพใน การผลิตทำได้ไม่เต็มที่หรือลดลง ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาประเทศ และคุกคามไปถึงความมั่นคงความอยู่รอดของชาติ

จากข้อความนี้สรุปได้ว่าสุขภาพอนามัยเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการปกครอง

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังอยู่ในช่วงพัฒนา แต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงประสบปัญหาในการดำรงชีวิตในหลาย ๆ ด้าน นอกจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมแล้ว ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยก็ยังเป็นอีกปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนที่ต้องเผชิญกับโรคต่าง ๆ ดังเช่นสมโพธิ พุกกะเวส (2530 : 91) กล่าวว่า ในประเทศไทยมีโรคติดต่อเชื้อที่กำลังคุกคามชีวิตมนุษย์อยู่ทุกขณะ ได้แก่ วัณโรค (Tuberculosis) โรคไอกรน (Pertussis) โรคโปลิโอ (Poliomyelitis) โรคบาดทะยัก (Tetanus) โรคหัด (Measle) โรคคอตีบ (Diphtheria) โรคไข้รากสาดน้อย (Enteric fever) โรคอหิวาตกโรค (Cholera) โรคตับอักเสบจากไวรัส (Viral Hepatitis) โรคไข้สมองอักเสบ (Encephalitis) โรคบิด (Dysentery) โรคมาลาเรีย (Malaria) โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) โรคไข้เลือดออก (Hemorrhagic fever) ฯลฯ โรคเหล่านี้บางโรคมีวัคซีนป้องกันได้ โดยเฉพาะ 6 โรคแรกที่กำลังกล่าวถึงซึ่งเป็นโรคที่เกิดกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และกรมควบคุมโรคติดต่อ (2533 : 4) ยังได้กล่าวว่าโรคติดต่อทั้ง 6 เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กจำนวนมากต้องเสียชีวิต เจ็บป่วยและพิการ ในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลกมีเด็กไม่น้อยกว่า 5 ล้านคนต่อปีที่ต้องเสียชีวิตด้วยโรคเหล่านี้ และในประเทศไทยโรคต่าง ๆ เหล่านี้มักจะเกิดกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปีหนึ่ง ๆ จะมีผู้ป่วยและตายเป็นจำนวนมาก

จากข้อความนี้สรุปได้ว่าในปัจจุบันประชาชนของประเทศไทยยังคงต้องประสบกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ยังคงมีการป่วยด้วยโรคติดต่อ 6 โรค อันได้แก่ วัณโรค โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก โรคโปลิโอและโรคหัด ทั้ง ๆ ที่โรคติดต่อ 6 โรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่ยังคงมีโรคติดต่ออันตรายที่สามารถติดต่อและระบาดได้อย่างรวดเร็วในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สำหรับสาเหตุที่นับว่า ศรียาภัย

และสมพงษ์ จิตการณ (1983 : 121) ได้กล่าวว่า ในประเทศไทยโรคติดต่อเชื้อง่ากล่าวยังเป็นปัญหาเพราะการให้ภูมิคุ้มกันโรคยังครอบคลุมไม่ถึงถึง ทั่ว ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Programme on Immunization or EPI.) โดยมอบหมายให้อยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคติดต่อทำการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้งในแง่ความครอบคลุมประชากรให้ทั่วถึงและการเพิ่มชนิดของวัคซีน

ด้วยเหตุนี้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เพื่อป้องกันกาเป็นโรคติดต้อตั้งที่กล่าวมาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จึงมีความจำเป็นสำหรับประเทศไทยดังกรมควบคุมโรคติดต่อ (2533 : 4) กล่าวว่า จากการที่ยังมีโรคติดต้อตั้งที่กล่าวมาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จึงมีผลก็คือ การให้วัคซีนตามกลุ่มอายุ และจำนวนครั้งในห้วงเวลาที่เหมาะสมก็ จะสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคตั้งกล่าววได้ ฉะนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีกาให้วัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย (อภิรัตน์ อัมพันธ์, 2533 : 217) ได้เสนอข้อแนะนำว่า

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้มีการดำเนินการขึ้นเพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคติดต้อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ โรค วัณโรค โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก โรคโปลิโอ โรคหัด แต่ การเริ่มต้นของการให้วัคซีนป้องกันโรคแต่ละชนิดไม่ได้เริ่มพร้อมกันทั้งหมด เช่น มีการนำวัคซีนบีซีจี (Bacille Calmette Guerin or BCG.) มาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 และนำวัคซีนดิฟที (Diphtheria Pertussis Tetanus or DPT.) และวัคซีนโอฟี (Oral Polio Vaccine or OPV.) มาใช้ในปี พ.ศ. 2510 และปี พ.ศ. 2511 ตามลำดับ ระยะแรกของการนำวัคซีนมาให้บริการนั้นอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคข้างต้นยังไม่ลดลงอย่างเด่นชัด แต่กลับเพิ่มขึ้นในบางพื้นที่ สาเหตุของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ผ่านมามีได้ผลนั้นเนื่อง

จากสาเหตุประการแรกคือ ไม่มีการจัดทำแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จึงไม่มีการกำหนดเป้าหมายและความครอบคลุมสาเหตุประการที่ 2 คือ ไม่มีการกำหนดวิธีการให้บริการ เจ้าหน้าที่มักจะอยู่กับที่รอให้ผู้ปกครองพา เด็กมารับการฉีดวัคซีนหรือออกไปฉีดวัคซีนตามโรงเรียนโอกาสที่เด็กเล็ก โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จะได้รับวัคซีนมีน้อยมาก

ในปี พ.ศ. 2530 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการจัดทำ แผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขึ้น โดยกำหนดวิธีดำเนินงาน ประชากรกลุ่มเป้าหมายและเป้าหมายการให้วัคซีนให้ชัดเจนขึ้น โดย สอดคล้องกับโครงการพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-02524) ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525- 2529) และฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ตามลำดับ และในแผนพัฒนา สาธารณสุขฉบับที่ 6 กรมควบคุมโรคติดต่อได้ให้ความสำคัญของงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยยกกระดบังงานซึ่งเดิมอยู่ในงานควบคุมโรค ติดต่อกันไป แยกขึ้นมาเป็นแผนงานรองควบคุมโรคทำให้ได้ชื่อโครงการ ว่าแผนงานเร่งรัดขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Acceleration Expanded Programme for Immunization or AEPI.) โดยจะเร่ง ให้ประชาชนเป้าหมาย คือ เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เด็กในวัยเรียนและหญิง มีครรภ์ให้ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครบถ้วนในปี พ.ศ. 2530 เพื่อให้สอดคล้องกับโครงการรณรงค์ขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวประจำปี พ.ศ. 2530 ที่ว่า "การให้ภูมิคุ้มกันโรคเป็นโอกาสสำคัญของเด็กทุกคน" (Immunization : A Chance for Every Child) กระทรวง สาธารณสุขจึงได้กำหนดตารางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ตารางกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า
1 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข

อายุ	ชนิดวัคซีน	ป้องกันโรค	ครั้งที่
0 - 1 เดือน	ฉีด บีซีจี. (BCG.)	วัณโรค	-
2 - 3 เดือน	ฉีด ดีพีที. (DPT.)	คอตีบ บาดทะยัก	1
	กิน โอปวีวี. (OPV.)	โวกกรน โปลิโอ	1
4 - 5 เดือน	ฉีด ดีพีที. (DPT.)	คอตีบ บาดทะยัก	2
	กิน โอปวีวี. (OPV.)	โวกกรน โปลิโอ	2
6 - 7 เดือน	ฉีด ดีพีที. (DPT.)	คอตีบ บาดทะยัก	3
	กิน โอปวีวี. (OPV.)	โวกกรน โปลิโอ	3
9 - 12 เดือน	ฉีด หัด (Measles)	หัด	-
1 - 2 ปี	ฉีด ดีพีที. (DPT.)	คอตีบ บาดทะยัก	กระตุ้น
	กิน โอปวีวี. (OPV.)	โวกกรน โปลิโอ	กระตุ้น
4 - 7 ปี	ฉีด ดีพีที. (DPT.)	คอตีบ บาดทะยัก	กระตุ้น
	กิน โอปวีวี. (OPV.)	โวกกรน โปลิโอ	กระตุ้น

แหล่งที่มา : ประสพศรี อึ้งถาวร (การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค,
2528 : 61)

อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่ประเทศไทยมีการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นต้นมา จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเพิ่มขึ้นทุกปี แต่อัตราความครอบคลุมยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในปี พ.ศ. 2529 ได้รับวัคซีนดีพีที. ครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 71.1 วัคซีนโอฟีวี. ครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 70.9 วัคซีนหัด ร้อยละ 44.9 และวัคซีนบีซีจี. ร้อยละ 74.6 (อุทัยพร ดวีตรง, 2533 : 211) และในปีเดียวกันโดยเฉลี่ยภาคใต้มีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าภาคอื่น ๆ มาก (วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2530 : 17) และในปี พ.ศ. 2531 อัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของภาคใต้ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายและต่ำกว่าบางภาค ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 อัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จำแนกตามประเภทวัคซีน และรายภาคปีงบประมาณ 2531

ชนิดวัคซีน	เป้าหมาย	อัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี				
		ทั่วประเทศ (ร้อยละ)	ภาคเหนือ (ร้อยละ)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ)	ภาคกลาง (ร้อยละ)	ภาคใต้ (ร้อยละ)
บีซีจี.	100%	79.1	88.3	91.9	55.9	89.1
ดีพีที. ครบชุด	100%	70.4	74.2	81.7	56.6	69.6
โอฟีวี. ครบชุด	100%	69.8	74.8	80.0	56.4	69.5
หัด	100%	55.5	62.9	66.5	41.5	51.3
รวมทุกชนิดวัคซีน	100%	68.7	75.0	80.0	52.6	69.8

แหล่งที่มา : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2532 : 6)

จากตาราง 2 พบว่าอัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในปีงบประมาณ 2531 ทั้งประเทศ ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเมื่อพิจารณาเฉพาะภาคใต้จะเห็นได้ว่าภาคใต้มีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่จะสูงกว่าภาคกลาง คือ ภาคใต้ร้อยละ 69.8 ภาคเหนือร้อยละ 75.0 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 80.0 และภาคกลางร้อยละ 52.6

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากการเฝ้าระวังโรค กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานสรุปสถิติจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก โรคโปลิโอของทุกกลุ่มอายุทั่วประเทศพบว่า ปี พ.ศ. 2530 มีผู้ป่วยจำนวน 42,172 ราย และปี พ.ศ. 2531 มีผู้ป่วยจำนวน 36,016 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2532 : 2)

สำหรับจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงมีปัญหาด้วยโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งจากรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2531-2534 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคคอตีบ โรคไอกรน โรคบาดทะยัก ยังคงมีอยู่ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของจังหวัดปัตตานี
จำแนกตามรายโรคและปีงบประมาณ

ปีงบประมาณ								
ชนิดของโรค	2531		2532		2533		2534	
	จำนวน ป่วย	อัตรา ป่วย	จำนวน ป่วย	อัตรา ป่วย	จำนวน ป่วย	อัตรา ป่วย	จำนวน ป่วย	อัตรา ป่วย
คอติบ	1	0.20	0	0	6	1.13	1	0.18
ไอกรน	23	4.31	6	1.14	32	6.01	15	2.76
บาดทะยัก (ในทารก)	3	0.58	7	1.33	7	1.31	2	0.37
โปลิโอ	0	0	0	0	0	0	0	0
หัด	107	20.97	105	19.87	90	16.90	83	15.32

แหล่งที่มา : ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
(2534 : 3)

จากตาราง 3 พบว่าการป่วยด้วยโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในชุมชนจังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา มีแนวโน้มลดลงแต่เป็นไปอย่างไม่สม่ำเสมอ และปัจจุบันก็ยังคงมีโรคติดต่อดังกล่าวบางโรค คือ โรคคอติบ โรคไอกรน โรคบาดทะยักในเด็กทารก และโรคหัด ปรากฏอยู่ในอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 อัตราการเป็นโรคติดต่อในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ต่ำสุดต่อประชากรแสนคนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ลำดับที่	ชนิดของโรค	เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อประชากรแสนคน
1	โรคคอตีบ	0.05
2	โรคไอกรน	ไม่เกิน 1.00
3	โรคบาดทะยัก (ในทารก)	ปลอดโรคทุกคน
4	โรคโปลิโอ	ปลอดโรคทุกคน
5	โรคหัด	ไม่เกิน 15.00

แหล่งที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2535 : 2)

จากตาราง 3 กับตาราง 4 สรุปได้ว่าอัตราการเป็นโรคติดต่อในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในชุมชนจังหวัดปัตตานียังอยู่ในอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จากรายงานวิเคราะห์ผลงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของจังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ. 2531-2534 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนบีซีจี. (BCG.) ใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ส่วนอัตราการได้รับวัคซีนดีพีที. (DPT.) ครบชุด และวัคซีนหัดกลับลดลงในปี พ.ศ. 2532 และเพิ่มขึ้นในปีต่อมาในอัตราที่ไม่มากนัก สำหรับอัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเฉลี่ยทุกชนิดมีอัตราลดลงในปี พ.ศ. 2532 และกลับเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปีในอัตราที่ไม่มากนัก และยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ร้อยละ 100 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ประเมินผลงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของประชาชนในจังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2531-2534

ปี งบประมาณ/ เป้าหมาย	จำนวน เด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี	อัตราความครอบคลุมตามชนิดของวัคซีน				
		บีซีจี. (BCG.) ร้อยละ	ดีพีที. (DPT.) ครบชุด ร้อยละ	โอฟีวี. (OPV.) ครบชุด ร้อยละ	หัด (Measles) ร้อยละ	เฉลี่ยรวม ทุกชนิด วัคซีน ร้อยละ
2531/ (100%)	8,716	100	78.95	75.69	53.17	76.95
2532/ (100%)	8,991	98.59	72.41	72.25	51.28	73.63
2533/ (100%)	11,600	97.56	71.08	72.66	59.76	75.27
2534/ (100%)	11,740	98.00	82.00	81.01	69.05	82.52

แหล่งที่มา : ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2534 : 5)

จากตาราง 5 อัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในปี พ.ศ. 2534 พบว่าแต่ละชนิดวัคซีนยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และอัตราความครอบคลุมเฉลี่ยรวมทุกชนิดวัคซีนก็ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เช่นกัน ซึ่งแสดงว่าประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานีมีการนำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

เนื่องจากประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานีส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามและโดยสภาพโครงสร้างทางสังคมของชาวมุสลิมและหลักการศาสนาอิสลามจะให้ความสำคัญกับผู้นำเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้นำศาสนาอิสลามซึ่งเป็นผู้นำชุมชนกลุ่มหนึ่งจึงมีความสำคัญและมีอิทธิพลในทุก ๆ ด้านต่อประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานี ดังวิโรจน์ ชวีญเกือ (2530 : 5) กล่าวว่า ด้วยเหตุที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ผู้นำศาสนาอิสลามจึงเกิดขึ้นทั้งฝ่ายอาณาจักรและศาสนจักร ประกอบกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเป็นเสมือนวิถีชีวิตของชาวมุสลิมทั้งหลาย การดำเนินชีวิตจึงผิดแผกแปลกไปจากชุมชนอื่น ๆ ด้วยเหตุนี้ผู้นำชุมชนทางศาสนจักรที่สำคัญคือ โต๊ะอิหม่าม จึงมีบทบาทเป็นผู้มีอำนาจบารมี มีคุณธรรมพลังอิทธิพลที่จะเป็นผู้นำสังคมมุสลิม และเป็นผู้กำหนดชะตาการศึกษา สังคม ศาสนาและความเป็นไปอื่น ๆ และนิคม สุวรรณรุ่งเรือง (2531 : 21) กล่าวว่า การพัฒนาให้บริเวณจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความทัดเทียมกับบริเวณอื่น ๆ ของประเทศเป็นสิ่งที่ต้องการของรัฐบาล หลักการและปัจจัยสำคัญในการพัฒนาชุมชนที่รัฐต้องพิจารณาและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดคือ ผู้นำชุมชน ในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของสัญญา สัญญาวิวัฒน์ ที่กล่าวว่า หลักการพัฒนาชุมชนข้อหนึ่งที่ใช้กันอย่างทั่วไปในการพัฒนาชุมชนก็คือ การใช้ประโยชน์จากผู้นำท้องถิ่น (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2523 : 206) ทั้งนี้เพราะผู้นำท้องถิ่นมีคุณสมบัติหลายประการที่เป็นประโยชน์แก่กิจการงานในระยะแรกเป็นต้นว่าเป็นคนที่มีความรู้มากกว่าผู้อื่น เป็นคนที่ชาวบ้านเคารพนับถือ จะทำสิ่งใดมีคนเอาอย่างทำตามเป็นคนที่เป็นที่พึ่งของคนอื่นเมื่อคราวมีปัญหาหรือทุกข์ และที่สำคัญผู้นำท้องถิ่นมักจะเป็นผู้พิจารณาทำความเข้าใจสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ เข้าใจง่ายและยอมรับไปปฏิบัติผู้นำท้องถิ่นจึงเป็นเป้าหมายหรือด่านแรกของงานพัฒนาชุมชน เขาจะกลายเป็นกลุ่มคนพวกแรกที่ถูกพัฒนา (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2526 : 206) และบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ช่วย

ผลงานได้ดี และในบางครั้งยังช่วยเป็นวิทยากรในบางสาขาได้อีกด้วย (พจน์ สุจำนงค์ และคณะ, 2524 : 170) ดังเช่นผลการศึกษาของ ปรานอม วิศาลพัฒนสิน และวิจิตร ไส้ไทย (2526 : 119) พบว่าผู้นำท้องถิ่นร้อยละ 94 ยอมรับและเห็นด้วยว่าสถานอนามัยมีประโยชน์และมีความจำเป็นต่อประชาชน และการศึกษาของสมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2515 : 70) พบว่าผู้นำในชุมชนเป็นสื่อบุคคลที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับของใหม่ และทำให้ประชาชนยอมรับของใหม่ที่สำคัญ และจากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เช่น ผลการศึกษาของไกรสิทธิ์ ดันศิริรินทร์และคณะ (2524 : 88) พรพันธ์ บุญรัตพันธ์ และคณะ (2528 : 345-354) นฤมล สีนสุวรรณ (2528 : บทคัดย่อ) ไคเดียร์ และอีมิล (Didier and Emile, 1989 : 324-328) เป็นต้น พบว่าผู้ปกครองจะพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่นั้นนอกจากจะขึ้นกับตัวแปรต่าง ๆ แล้วผู้นำชุมชนก็เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ปกครองหรือมารดาที่จะพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค

จากข้อความนี้สรุปได้ว่าผู้นำท้องถิ่นมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อประชาชนในหลาย ๆ ด้าน ตลอดจนการยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำไปปฏิบัติ และผู้นำศาสนาอิสลามเป็นกลุ่มผู้นำท้องถิ่นกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานี ดังนั้นการที่ผู้นำศาสนาอิสลามมีการยอมรับและปฏิบัติในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อย่างไรก็ตาม ก็จะมีผลต่อการยอมรับและการปฏิบัติของประชาชนที่เป็นผู้ปกครองของเด็กด้วย

จากความสำคัญของผู้นำศาสนาอิสลามดังกล่าวมาจังหวัดปัตตานีจึงได้จัดโครงการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการจัดทำคู่มือ (การให้ความรู้ก่อนละหมาดวันศุกร์) โดยจัดทำเนื้อหาคู่มือและทำการฝึกอบรมผู้นำศาสนาอิสลามในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อให้ผู้นำศาสนาอิสลามทำการเผยแพร่ความรู้ และมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในชุมชนของจังหวัดปัตตานี อย่างไรก็ตามจาก

รายงานสรุปผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2534 : 9-10) พบว่าผู้นำศาสนาอิสลามได้ทำการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชนในชุมชนร้อยละ 62 เท่านั้น และได้อ่านคู่มือเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในวันศุกร์ทุกครั้งเพียงร้อยละ 20 (ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่ต่ำมาก) และจากการศึกษาของ บอโรเฮง ดีเฮาะ (2535 : 12) เรื่องอัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของบุตรในกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลามและการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีปี พ.ศ. 2534 โดยอัตราความครอบคลุมคำนวณได้จาก จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ฉีดวัคซีน คูณด้วย 100หารด้วยจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งหมดและจากการศึกษา พบว่าอัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ในอำเภอมาฆอและอำเภอชะหรีงซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เช่นเดียวกันกับประชาชนโดยทั่วไป ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 อัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก
อายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นบุตรของกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลาม
ในชุมชนจังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ. 2534

ลำดับที่	ชนิดของวัคซีน	จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี			จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ฉีดวัคซีน			ความครอบคลุม (ร้อยละ) ที่		
		อำเภอ	อำเภอ	รวม	อำเภอ	อำเภอ	รวม	อำเภอ	อำเภอ	รวม
		มาฮอ	สะหรีง		มาฮอ	สะหรีง		มาฮอ	สะหรีง	
1	บีซีจี. (BCG.)	204	410	614	181	390	571	88.73	95.12	91.93
2	ดีพีที. (DPT.)									
	ครบชุด	204	410	614	128	274	402	62.75	66.83	64.79
3	โอพีวี. (OPV.)									
	ครบชุด	204	410	614	139	282	421	68.14	68.72	68.46
4	หัด (Measles)	204	410	614	86	210	296	42.16	51.22	46.69
รวมทุกชนิดวัคซีน		818	1,640	2,456	534	1,156	1,690	65.44	70.49	68.81

แหล่งที่มา : บอโรเฮง ดีเฮาะ (อัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของบุตรในกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลามและการรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี, 2535 : 12)

จากตาราง 6 สรุปได้ว่าอัตราความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นบุตรของกลุ่มผู้นำศาสนา

อิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานียังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ทั้งในแต่ละชนิดวัคซีนและอัตราความครอบคลุมเฉลี่ยรวมทุกชนิดวัคซีนและจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีที่ได้รับครบทุกชนิดวัคซีนนั้นสามารถดูได้จากเด็กที่ฉีดวัคซีนหัด ซึ่งมีเพียงร้อยละ 46.69 (นับว่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาก) ซึ่งแสดงว่าผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่มีการยอมรับและปฏิบัติในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี น้อยมาก

เมื่อพิจารณาในประเด็นของการไม่ยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้วิจัยนั้น อาจกล่าวได้ว่าน่าจะเกิดจากผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีส่วนใหญ่เห็นว่าการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ยังไม่มีความจำเป็น เนื่องจากคิดว่าบุตรของตนไม่มีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคติดต่อโดยจะอ้างว่าตนเองไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันโรค ก็ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง และคิดว่าโรคติดต่อในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เป็นโรคที่ไม่รุนแรงเมื่อเป็นแล้วค่อยรักษา ส่วนบางคนไม่ต้องการให้บุตรของตนเองเจ็บและเป็นไข้จากการฉีดวัคซีน (วัคซีน ดีพีที. และหัด) และวัคซีนบางชนิดจะต้องให้หลายครั้งจึงจะได้ผล เช่น วัคซีน ดีพีที. และ โอปวี. จะต้องให้ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 เดือน ซึ่งทำให้ผู้นำศาสนาอิสลามที่เป็นผู้ปกครองเด็กเกิดความเบื่อหน่าย และเมื่อเด็กยังโตโอกาสติดตามผู้ปกครองไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่มีมากขึ้นจึงทำให้รับวัคซีนไม่ครบ และผู้นำศาสนาอิสลามบางส่วนยังมีความเข้าใจผิด โดยสงสัยว่า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี นั้นจะขัดกับหลักการศาสนาอิสลามในเรื่องการศรัทธาในอำนาจของอัลลอฮ์หรือไม่ จึงยังลังเลว่าจะยอมให้บุตรของตนรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ตลอดจนวัคซีนทุกชนิดจะบรรจุอย่างน้อยขวดละ 10 คน เมื่อเปิดขวดแล้วไม่สามารถเก็บนาน ๆ ได้ เพื่อป้องกันการสูญเสียวัคซีนโดยเปล่าประโยชน์ในการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แต่ละครั้งจะต้องนัดเด็กมาทำพร้อม ๆ กันอย่างน้อย 10 คนขึ้นไป จึงทำให้ผู้นำศาสนาอิสลามที่พาบุตรไปรับบริการรู้สึกเป็นห่วงและยุ่งยากที่ต้องรอเด็กคนอื่น ๆ ในการรับบริการแต่ละครั้ง

จากที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและความเชื่อในหลักการศาสนาอิสลามอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งในหลาย ๆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขอรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี และชี้ให้เห็นว่าผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีมีการยอมรับและปฏิบัติในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี น้อยมาก คือ นำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเฉลี่ยรวมทุกชนิดวัดขึ้นเพียงร้อยละ 68.81 และที่ได้รับวัคซีนครบทุกชนิดเพียงร้อยละ 46.69 (จากตาราง 6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาก) และมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี คือ เผยแพร่แก่ประชาชนในชุมชนร้อยละ 62 และอ่านคู่มือในวันศุกร์ทุกครั้งเพียงร้อยละ 20 ทั้ง ๆ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พยายามหาแนวทางแก้ไข โดยได้จัดโครงการการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี โดยการจัดทำคู่มือแล้วก็ตาม และโดยสภาพโครงสร้างทางสังคมมุสลิมผู้นำศาสนาอิสลามมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานีในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ประชาชนจะยึดถือและปฏิบัติตาม ถ้าหากสภาพการยังคงเป็นอยู่เช่นนี้ และไม่มีการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแล้ว อาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามและประชาชนในชุมชนจังหวัดปัตตานีและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศชาติในระยะยาวต่อไป

ด้วยเหตุผลและความสำคัญในประเด็นดังกล่าวนี้จึงทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจว่าทำไมผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีจึงไม่ค่อย

ยอมรับและปฏิบัติในเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และมีปัจจัยอะไรบ้างที่จะส่งผลทำให้ผู้นำศาสนาอิสลามเหล่านั้นเกิดการยอมรับมากขึ้น เพื่อที่จะนำปัจจัยเหล่านั้นไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีมีการยอมรับและนำไปปฏิบัติในครอบครัว และเผยแพร่แก่ประชาชนให้มีการยอมรับและนำบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มมากขึ้นจนบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมใหม่ ทฤษฎีผู้นำ ทฤษฎีรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย 2 แนวคิด คือ แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อในเรื่องโรคและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมใหม่ (Adoption Theory)

1.1 ความหมายของการยอมรับ (Adoption)

การยอมรับของบุคคลนั้นนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอย่างหนึ่ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลและการยอมรับนั้นได้มีผู้ให้แนวคิดและความหมายไว้หลายแบบแตกต่างกัน และที่น่าสนใจซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษารังนี้ มีดังนี้

เพลินพร ผิวงาม (2533 : 20 อ้างจาก Cartrite, 1949 : 253-267) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยน

แปลงพฤติกรรมของบุคคล พอสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของบุคคลนั้น ประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 3 ประการคือ โครงสร้างด้านความรู้ ความคิด (Cognitive Structure) โครงสร้างด้านการจูงใจ (Motivation Structure) และโครงสร้างด้านการปฏิบัติ (Active Structure) ซึ่งโครงสร้างทั้งสามนี้มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน และการจะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านใดจะต้องใช้ช่องทางเฉพาะเท่านั้น จึงจะเปลี่ยนแปลงได้คือ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความคิดจะต้องใช้การให้ความรู้ข่าวสารที่ผู้รับเข้าใจชัดเจน และสามารถยอมรับได้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านการจูงใจจะต้องใช้วิธีการให้ประชาชนได้ดูตัวอย่างที่ต้องการหรือการทำให้ดูเป็นแบบอย่างและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านการปฏิบัติจะต้องจัดโอกาสให้บุคคลได้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง ทำได้ง่าย และเป็นประโยชน์ต่อเขาก่อน และต่อไปจะเกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้เอง

เสถียร เขยประทับ (มปพ : 25) ได้ให้

ความหมายว่า การยอมรับ หมายถึง การตัดสินใจที่จะนำนวัตกรรมนั้นไปใช้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพราะคิดว่านวัตกรรมนั้นเป็นวิธีการที่ดีกว่า มีประโยชน์มากกว่าระยะเวลาที่ต้องใช้ในกระบวนการตัดสินใจตั้งแต่ขั้นความรู้จนถึงการยืนยัน เรียกว่าระยะเวลาของการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม (Innovation Decision Period) อาจกินเวลาหลาย ๆ ปีก็ได้ และการตัดสินใจด้านนวัตกรรมอาจเป็นทั้งด้านบวกคือ การยอมรับเอานวัตกรรมไปใช้ และผลด้านลบคือการปฏิเสธไม่ยอมรับนวัตกรรม

นิภา ลิขิตประเสริฐ (2532 : 22) การยอมรับ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมพร้อมใจรับบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ ด้วยความเต็มใจ พอใจ เลื่อมใส และเชื่อถือ โดยสามารถแสดงออกให้บุคคลอื่นๆ ทราบได้อย่างชัดเจนทางพฤติกรรมของบุคคล

เพลินพร มิวงาม (2533 : 20 อ้างจาก Foster, 1973 : 146-147) ได้ให้ความหมายของการยอมรับว่า หมายถึง การที่

ประชาชนได้เรียนรู้โดยผ่านการศึกษา สามารถบรรยายได้โดยผ่านชั้นการรับรู้ การยอมรับจะเกิดขึ้นได้หากมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้ นั้นจะได้ผลต่อเมื่อบุคคลนั้นได้ทดลองปฏิบัติ เมื่อเขาแน่ใจแล้วว่าสิ่งประดิษฐ์ นั้นสามารถให้ประโยชน์แก่เขาได้ เขาจึงจะกล้าลงทูลซึ่งสิ่งประดิษฐ์นั้น

นอกจากนั้น ฮอฟแลนด์ และจานิส์ (Hovland and Janis, 1959 : 4) ยังได้กล่าวอีกว่าการยอมรับนั้นเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ความเชื่อในสิ่งที่ได้รับ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การยอมรับหมายถึงเป็น กระบวนการ พฤติกรรมและความคิดเห็น ความเชื่อ ความพอใจและการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลในการที่จะรับเอาสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ตนเห็น เป็นสิ่งที่ดีกว่าทั้งรูปธรรมและนามธรรมไปปฏิบัติด้วยความพึงพอใจและการยอมรับจะเกิดขึ้นได้โดยผ่านขั้นตอนการเรียนรู้และได้ทดลองปฏิบัติมาขั้น หนึ่งแล้วโดยระยะเวลาในการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมอาจกินเวลานาน หลาย ๆ ปีก็ได้

1.2 ความหมายของนวัตกรรม

เสถียร เชยประทับ (มปพ : 20) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ความคิดใหม่ หรือสิ่งใหม่ที่สมาชิกในระบบสังคม เห็นว่าหรือนึกว่าเป็นของใหม่ คำว่าใหม่ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงความรู้ใหม่จริง ๆ คนอาจเคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องนวัตกรรมมาก่อน แต่ยังไม่ได้เกิดทัศนคติชอบหรือไม่ชอบนวัตกรรมนั้น หรือยังไม่เคยยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น

บาร์เน็ตต์ (Barnett, 1953 : 7) ได้กล่าวถึงความหมายของนวัตกรรมว่า มีความหมายครอบคลุมถึงเรื่องราวต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง อาจเป็นแนวความคิดใหม่ การปฏิบัติใหม่หรือสิ่งใหม่ ที่สามารถมองเห็นและสัมผัสได้ด้วยประสาททั้งห้า และที่ไม่สามารถสัมผัส

ได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า รวมทั้งที่เป็นแบบแผนพฤติกรรมความประพฤติ ตามระบบสังคมประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ ตลอดจนสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ และด้านที่ไม่เป็นวัตถุ ได้แก่ความเชื่อ ความนึกคิด ความศรัทธา ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากภายในจิตใจของบุคคล

โรเจอร์ (Rogers, 1962 : 13) ให้ความหมายว่านวัตกรรม หมายถึง ความคิดใหม่ การปฏิบัติใหม่ หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่ปัจเจกบุคคลหรือผู้อื่นในสังคมนั้น ๆ เห็นว่าเป็นของใหม่และรับเข้ามา

นอกจากนี้โรเจอร์ และชูแม็คเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 21) ได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับนวัตกรรมว่า โดยส่วนมากจะประกอบไปด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วนคือ

1) ส่วนที่เป็นความคิด (An Idea Component)

2) ส่วนที่เป็นวัตถุ (An Object Component)

นวัตกรรมทั้งหมดทุกแบบจะต้องมีส่วนที่เป็นความคิด ซึ่งก็มีอยู่ไม่น้อยที่ไม่มีส่วนที่เป็นวัตถุเลย นวัตกรรมในส่วนที่เป็นความคิดนี้ ไม่สามารถจะยอมรับได้โดยทางความรู้สึกที่สังเกตเห็นได้ แต่ต้องยอมรับโดยการตัดสินใจรับในเชิงสัญลักษณ์ (A Symbolic Adoption) อาทิ ลัทธินิยมการต่าง ๆ เหตุการณ์ใหม่ ๆ และข่าวลือทางด้านนวัตกรรมที่เป็นวัตถุนั้นสามารถจะถูกรับได้ด้วยกรกระทำ (An Action Adoption)

จากความหมายหลากหลายของนวัตกรรมที่มีผู้ให้ไว้ และได้กล่าวอ้างมาแล้วนั้นพอสรุปได้ว่า นวัตกรรมใหม่ หมายถึง ความคิดใหม่ การปฏิบัติใหม่หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นรูปธรรมคือ ส่วนที่เป็นวัตถุ และนามธรรม คือ ส่วนที่เป็นความคิดหรือแนวคิด รวมทั้งที่เป็นแบบแผนพฤติกรรมความประพฤติตามระบบสังคมประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ ซึ่งปัจเจกบุคคลและสมาชิกในสังคมนั้นถือว่าเป็นของใหม่

1.3 ทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมใหม่ของโรเจอร์และ
ชูแม็คเกอร์

ในการที่บุคคลจะยอมรับนวัตกรรมใหม่เข้าไปช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ นั้นตามแนวคิดของ โรเจอร์ และชูแม็คเกอร์ (Roger and Shoemaker, 1971 : 100-101) กล่าวไว้พอสรุปได้ว่า จะต้องผ่านกระบวนการการยอมรับ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้น คือ

1) ขั้นแห่งการรับรู้ (Awareness Stage) เป็นขั้นที่บุคคลต้นตัวรู้เรื่องราวต่าง ๆ อันเป็นสิ่งแปลกใหม่ โดยผ่านการสังเกต การฟังและการพบเห็นแต่ยังไม่รู้รายละเอียดปลีกย่อยของสิ่งนั้น ๆ

2) ขั้นสนใจและหาความรู้เพิ่มเติม (Interest Stage) บุคคลจะเกิดความสนใจสิ่งที่รับรู้มา และค้นคว้าหารายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยนำเอารายละเอียดนั้น ๆ ไปผสมผสานกับความรู้และประสบการณ์ของตน

3) ขั้นประเมินผล (Evaluation Stage) ในขั้นนี้บุคคลจะมีความซึ้งใจโดยคำนึงถึงผลได้ผลเสียก่อนจะนำแนวคิดใหม่นั้นไปทดลองทำดู

4) ขั้นแห่งการทดลอง (Trial Stage) เป็นขั้นที่บุคคลทดสอบถึงเรื่องอันเป็นแนวคิดใหม่นั้น เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าการนำแนวคิดนั้นไปใช้จะได้ผลเพียงใด

5) ขั้นยอมรับไปปฏิบัติตาม (Adoption Stage) บุคคลจะยอมรับแนวคิดสิ่งใหม่ไปทำตามที่ตนคิดไว้ว่าจะได้รับประโยชน์มากที่สุด ซึ่งบุคคลจะยอมรับเป็นเวลานานเท่าใดแต่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2528 : 98-99) ยังได้อธิบายว่า การที่สมาชิกในสังคมจะยอมรับสิ่งใหม่ช้าหรือเร็วตามกระบวนการการยอมรับนั้นมีประเด็นที่น่าพิจารณา 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ คุณลักษณะของนวัตกรรมและลักษณะของประชากรในสังคม

ACC. No.	001373
DATE RECEIVED	17 ส.ค. 2537
CALL No.

6/5.97
4/92

ในส่วนคุณลักษณะของนวัตกรรม โรเจอร์ (Rogers, 1962 : 124-133) กล่าวไว้พอสรุปได้ว่า นวัตกรรมใดจะถูกยอมรับหรือไม่นั้นนอกจากจะเกี่ยวกับตัวผู้รับและระบบสังคมนั้น ๆ ยังเกี่ยวกับลักษณะของนวัตกรรมนั้น ๆ เองด้วย และนวัตกรรมที่จะถูกยอมรับได้ง่ายนั้นมีลักษณะดังนี้

- 1) ได้ประโยชน์มากกว่าของเดิมที่มันเข้ามาแทนที่ (Relative Advantage)
- 2) สอดคล้องกับวัฒนธรรมที่รับ (Compatibility)
- 3) เกี่ยวกับความสลับซับซ้อน (Complexity) ไม่ควรมีความสลับซับซ้อนมากนัก
- 4) สามารถแบ่งแยกออกได้ (Divisibility) สามารถแบ่งเพื่อทดลองปฏิบัติทีละช่วงได้
- 5) สามารถสื่อสารกันได้ (Communicability) และสามารถเข้าใจได้ง่าย (Observability)

สำหรับลักษณะของประชากรในสังคมเป็นลักษณะทางด้านประชากรเป็นบุคคลิกภาพและค่านิยมของกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน สิ่งใหม่ชนิดเดียวกันอาจมีผลทำให้บุคคลบางกลุ่มรับได้อย่างรวดเร็วในขณะที่กลุ่มอื่นต้องใช้เวลาและโรเจอร์ (Rogers, 1962 : 168-171) ได้แบ่งลักษณะของบุคคลที่จะยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ออกเป็น 5 ประเภทคือ

- 1) นิกนนวัตกรรมหรือผู้นำนวัตกรรม (Innovator) เป็นบุคคลที่ชอบเสี่ยง กล้าได้กล้าเสีย พวกนี้กระหายที่จะนำแนวคิดใหม่ ๆ มาปฏิบัติ

- 2) ผู้ยอมรับเอาของใหม่มาใช้ในขั้นเริ่มแรก (Early Adopters) บุคคลพวกนี้มักมีการเกี่ยวข้องกับชุมชนกับตนเองมากกว่าพวกแรก ๆ มีระดับการเป็นผู้นำท้องถิ่น มักจะมีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมเผยแพร่เกี่ยวกับสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ จึงนับได้ว่า เป็นบุคคลที่ช่วยให้มีการแพร่ขยายสิ่งใหม่ ๆ เข้าสู่ชุมชนเร็วยิ่งขึ้น

3) บุคคลส่วนใหญ่ที่ยอมรับตาม (Early Majority) บุคคลพวกนี้จะยอมรับเอาของใหม่มาใช้ก่อนหน้าพวกชาวบ้าน โดยทั่วไปเพียงเล็กน้อย แต่ไม่ค่อยมีฐานะเป็นผู้นำด้านใดด้านหนึ่งมากนัก ดังนั้นระยะเวลาการยอมรับจะนานกว่าสองพวกแรก

4) บุคคลที่รับสิ่งใหม่ช้า (Late Majority) บุคคลพวกนี้เป็นพวกที่ยอมรับสิ่งใหม่และวิธีการใหม่ ๆ ช้ากว่าชาวบ้านไปเล็กน้อย

5) พวกล่าหลัง (Laggards) เป็นพวกสุดท้ายที่รับของใหม่มาใช้ พวกนี้มักมีความระแวงสงสัยในสิ่งใหม่และผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

นอกจากบุคคลแต่ละประเภทที่กล่าวมานั้น ยังมีความแตกต่างของสภาพเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของปัจเจกบุคคลอื่น ๆ อีก ที่สำคัญมีดังนี้ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2528 : 98-99)

1) อายุ กลุ่มบุคคลที่ยอมรับสิ่งใหม่มักจะมีอายุระหว่าง 20-50 ปี ถ้าอายุเกิน 50 ปี การรับสิ่งใหม่จะช้า

2) สถานภาพทางสังคม กลุ่มบุคคลที่ยอมรับสิ่งใหม่มักจะมีสถานภาพทางสังคมสูงกว่ากลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพสังคมต่ำ เช่น เป็นประธานกลุ่ม เป็นกรรมการหมู่บ้าน ฯลฯ

3) สถานภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่ยอมรับสิ่งใหม่มักจะมีสภาพทางเศรษฐกิจดีกว่ากลุ่มที่ยอมรับสิ่งใหม่ช้า เช่น บุคคลที่มีรายได้สูง มีที่ดินมากกว่า เป็นต้น

4) ระดับความรู้ความชำนาญงาน (Specialization) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่ยอมรับสิ่งใหม่มักจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญงาน เหนือกว่ากลุ่มบุคคลที่ยอมรับสิ่งใหม่ช้า

5) ความเป็นผู้กว้างขวาง (Cosmopolitaness) กลุ่มบุคคลที่ยอมรับสิ่งใหม่เร็วมักจะเป็นผู้ที่มีความกว้างขวาง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มบุคคลทั่วไป

6) ความคิดสร้างสรรค์หรือภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership) บุคคลที่มีลักษณะเป็นผู้นำในชุมชน มักจะเป็นผู้ที่ยอมรับสิ่งใหม่เร็วกว่าบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน

จากทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมใหม่ของโรเจอร์และ ชูมเมอร์เกอร์สรุปได้ว่าบุคคลหรือสังคมใดจะยอมรับนวัตกรรมใหม่นั้นขึ้นอยู่กับ ลักษณะเฉพาะของนวัตกรรมนั้น ๆ กับลักษณะของประชากรในสังคม และ คุณลักษณะบางประการของบุคคลที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคคลแต่ละ คนนั้นจะต้องผ่านกระบวนการการยอมรับที่นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะให้บุคคล ตัดสินใจรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมใหม่นั้น ๆ

1.4 หลักเกณฑ์พื้นฐานในการยอมรับสิ่งใหม่ของ

ดิเรก ฤกษ์หว่าย

ดิเรก ฤกษ์หว่าย ได้เสนอหลักเกณฑ์พื้นฐานในการยอมรับสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ไปใช้ในการประกอบการของบุคคล อัตรา การยอมรับจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณสมบัติขององค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ (สีกัดพงษ์ นิลไพรัช, 2532 : 12 อ้างอิงมาจาก ดิเรก ฤกษ์หว่าย, 2518 : 17-23)

- 1) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ซึ่ง เป็นผู้ที่มีความสามารถในการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ และคาดคะเน ได้อย่างแม่นยำ มีความสามารถในการถ่ายทอดข่าวสาร เช่น พูด เขียน ความมีเหตุผลตลอดจนมีความสามารถในการฟังและอ่านด้วย มีความรู้ ความชำนาญอย่างแท้จริง ในเรื่องที่จะนำไปเผยแพร่ต่อผู้รับ และมี ความสามารถในการเลือกสื่อกลางในการติดต่อ
- 2) องค์ประกอบทางด้านลักษณะของใหม่ หรือแนวคิด ใหม่ที่จะนำไปเผยแพร่ เพื่อให้เกิดการยอมรับต่อสิ่งเปลี่ยนแปลง สิ่งนั้นจะ ต้องมีความคล้ายคลึง ไม่ขัดแย้งกับสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน มีความเหมาะสม กับสิ่งที่อยู่ในสังคมนั้น สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และมี วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก และเมื่อปฏิบัติแล้วต้องอำนวยความสะดวกในด้านความ พึงพอใจหรือมีการยกย่อง
- 3) ผู้รับการเปลี่ยนแปลง (Clientele) เอง ซึ่ง ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบเหล่านี้ คือ ลักษณะพื้นฐานทั่วไป เช่น เพศ อายุ

การศึกษา ความสามารถในการรับข่าวสาร เช่น การฟัง การอ่าน ความรู้สึกนึกคิด มีทัศนคติที่ติดต่อกันเอง ต่อสิ่งใหม่ ๆ และต่อผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีปัญหาและความต้องการตลอดจนความสนใจโดยทั่วไปของตนเองและเพื่อนบ้านข้างเคียงหรือกลุ่มที่รับการเปลี่ยนแปลง

4) องค์ประกอบด้านสภาพสังคมและวัฒนธรรม เช่น ลักษณะการยึดครองที่ดินลักษณะทางสังคมบางประการที่เกี่ยวกับความเชื่อ ลักษณะองค์การทางสังคม ลักษณะแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ งานอดิเรกและอารมณ์ของคนในสังคม

5) สมรรถภาพในการดำเนินงานของสถาบันที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานือนามัย สถาบันวิจัยและส่งเสริมการเกษตร สถาบันจัดการเกี่ยวกับการตลาด และสถาบันเกี่ยวกับสื่อมวลชน

จากแนวคิดนี้สรุปได้ว่า นวัตกรรมใหม่จะได้รับการยอมรับจากสังคมนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านต่าง ๆ คือองค์ประกอบด้านผู้นำการเปลี่ยนแปลง ลักษณะของใหม่ ผู้รับการเปลี่ยนแปลง สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม สมรรถภาพในการดำเนินงานของสถาบันที่เกี่ยวข้อง

1.5 การยอมรับนวัตกรรมใหม่ตามทัศนะของศาสนาอิสลาม

การยอมรับนวัตกรรมใหม่ตามทัศนะของศาสนาอิสลาม

เท่าที่ผู้วิจัยได้ค้นคว้าและปรึกษากับผู้มีความรู้ในหลักการศาสนาอิสลาม พบว่าไม่มีทฤษฎีเฉพาะที่จะนำมาใช้ในการยอมรับและนำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ เพียงแต่มีหลักการกว้าง ๆ จากแนวคิดที่ได้จากอัล-ฮะดีษ (คำกล่าวของพระศาสดามูฮัมหมัด จากการรายงานของผู้ใกล้ชิดที่เชื่อถือได้) และจากอัล-กุรอาน ซึ่งพอจะสรุปได้ว่า หลักการศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการยอมรับนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง การพัฒนาที่ดีกว่า และผู้นับถือศาสนาอิสลามมีสิทธิที่จะรับนวัตกรรมใหม่ ๆ นั้นได้ถ้าไม่ขัดกับหลักการของศาสนาอิสลาม ดังได้มีกล่าวถึงในอัล-กุรอานความว่า "และประทานสติปัญญาแห่งความเข้าใจ การพูดการเรียนรู้และการจำแนก

ความดีความชั่ว ผู้ทรงบันดาลและราชันแห่งเอกภาพได้เลือกมนุษย์สำหรับความโปรดปรานของพระองค์โดยเฉพาะ พระองค์ทรงให้มนุษย์มีเกียรติยิ่งและให้ที่อยู่ในตำแหน่งอันสูงส่งในมวลการสร้างของพระองค์ พระองค์ทรงให้เขามีอิสระภาพและเสรีภาพในการเลือก ในการตัดสินใจ ในการกระทำ และทรงให้เขามีอำนาจแสวงหาและนำสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เขาให้มาเป็นประโยชน์ ผลก็คือมนุษย์ได้แปรสภาพของพิภพนี้เป็นอุทยานที่มีดอกไม้สวยงามหลากหลาย มนุษย์ได้คิดประดิษฐ์สิ่งต่าง ๆ มากมายเพื่อความสะดวกสบายสำหรับมนุษย์" (ดิเรก กุลศิริสวัสดิ์, 2529 : คำนำ) และอัล-ฮะดีษจากการรายงานของมุสลิม กล่าวว่า "ในบรรดาที่ถูกสร้างขึ้นมา อัลลอฮ์ได้ให้ตำแหน่งอันเป็นศูนย์กลางและเลอเลิศแก่มนุษย์ระบบทั้งหมดในเอกภาพมีเพื่อให้มนุษย์ได้เลือกใช้สอย เพื่อคิดค้นขึ้นมาเป็นประโยชน์"

(อับดุลการิม เกิดภักดี, ม.ป.พ. : 10) จากข้อความนี้หมายถึงศาสนาอิสลามได้ให้ความสำคัญกับการคิดค้น ประดิษฐ์ และนำสิ่งใหม่ ๆ มาใช้ โดยอัลลอฮ์ได้ให้เสรีภาพและโอกาสในการตัดสินใจแก่มนุษย์ที่จะนำแนวคิด การปฏิบัติและสิ่งใหม่ ๆ ทั้งจากการประดิษฐ์ขึ้นเองและแสวงหาจากที่อื่น เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์

นอกจากนี้ อัล-กุรอานได้กล่าวว่า "โอ้ อัลลอฮ์จะไม่ทรงเปลี่ยนแปลงสภาพของประชาชาติใด จนกระทั่งพวกเขาจะเปลี่ยนแปลงสิ่งที่อยู่ในจิตใจของเขาเสียก่อน" (กิตติมา อมรทัต และ อิมรอม มะลูลิม, 2526 : 16) จากข้อความนี้หมายถึงการที่สังคมใดจะมีการยอมรับสิ่งใหม่ ๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนานั้น จำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธาที่มีอยู่ในจิตใจของบุคคลโดยส่วนรวมในสังคมนั้น และจากอัล-ฮะดีษ จากการรายงานของมุสลิมกล่าวว่า "ผู้ที่มีตำแหน่งที่เลวที่สุดในทัศนะของอัลลอฮ์นั้น คือผู้ที่มีความรู้แต่ไม่ได้นำความรู้ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์" (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 126) และจากอัล-กุรอานได้กล่าวว่า "แท้จริงสัตว์ที่ชั่วร้ายที่สุดในทัศนะของอัลลอฮ์ คือ (มนุษย์) ที่ (มีสภาพ

เหมือนหนววก เป็นใบ้) คือ บรรดาผู้ที่ไม่มีการใช้ความตืดและสติปัญญา" (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 125) จากข้อความนี้หมายถึง ศาสนาอิสลามได้ส่งเสริมให้บุคคลมีการค้นคว้าและนำความรู้มาประดิษฐ์สิ่งใหม่ ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่มวลมนุษย์ แม้ว่าการค้นคว้าหรือการนำนวัตกรรมใหม่นั้นจะต้องไปศึกษาค้นคว้ามาจากแดนไกลที่ไม่ใช่ดินแดนของอิสลามก็ตาม ดังอัล-ฮะดีษ จากการรายงานของบัยฮากี ความว่า "จงไปแสวงหาความรู้ แม้จะต้องไปไกลถึงเมืองจีน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 : 125)

อย่างไรก็ตามถึงแม้หลักการศาสนาอิสลาม จาก อัล-กุรอานและอัล-ฮะดีษได้เน้นและให้ความสำคัญกับการค้นคว้าและการยอมรับนวัตกรรมใหม่มาใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา แต่นวัตกรรมใหม่นั้นจะตัดงไม่ตัดกับหลักการศาสนาอิสลามซึ่งมีรายละเอียดปลีกย่อยมากมายจนไม่อาจจะนำมากล่าวในที่นี้ได้ทั้งหมด แต่ก็ขอนำมากล่าวเพียงบางส่วน เช่น อัล-กุรอานได้กล่าวว่า "อัลลอฮ์ทรงอนุมัติการค้า แต่ห้ามการดอกเบีย" (ดีเรก กุลศิริสวีส์ดี, 2513 : 24) จากข้อความนี้หมายถึง การค้าหรือเก็บดอกเบีย เป็นสิ่งที่ผิดในหลักการศาสนาอิสลาม ดังนั้นการทำการค้าหรือสิ่งใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับดอกเบีย ศาสนาอิสลามก็ยอมรับไม่ได้ และจากการที่ข้อห้ามของศาสนาอิสลามมีมาก จึงทำให้เกิดความสับสนกับผู้นับถือศาสนาอิสลามที่จะรับนวัตกรรมใหม่ ๆ นั้นมาใช้ดังเช่น อัล-ฮะดีษ จากการรายงานของมุสลิม กล่าวว่า "สิ่งที่อนุมัตินั้นชัดเจน และสิ่งที่ต้องห้ามก็ชัดเจน และในระหว่างสิ่งทั้งสองนั้นยังมีบรรดาสิ่งที่คลุมเครือหรือบุคคลส่วนมากไม่รู้จกกับมัน ดังนั้นผู้ใดก็ตามที่เขาระมัดระวังบรรดาสิ่งที่คลุมเครือ เขาก็ได้ทำให้ศาสนาและศักดิ์ศรีของเขาพัฒนาแล้วและผู้ใดก็ตามที่ เขาได้ตกลงไปในบรรดาสิ่งที่คลุมเครือก็เท่ากับว่าเขาได้ตกลงไปในสิ่งที่ต้องห้าม เหมือนคนเลี้ยงสัตว์ไปเลี้ยงในบริเวณรอบ ๆ เขตสงวน เขาก็เกือบจะนำสัตว์เลี้ยงบุกรุกเข้าไปในเขตสงวนดังกล่าวนั้น" (อับดุลการิม เกิดภักดี, ม.ป.พ. : 36) จากข้อความนี้ หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่มีความคลุมเครือสงสัยว่าจะขัดหรือไม่ขัดกับหลักการศาสนาอิสลาม สิ่งนั้นก็ถูกนับว่าเป็นสิ่ง

ที่ขัดกับหลักการศาสนาอิสลาม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า นวัตกรรมใหม่ที่จะถูกยอมรับโดยผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามนั้น นอกจากนวัตกรรมนั้นจะให้ประโยชน์มากกว่าเดิมแล้วนวัตกรรมนั้นจะต้องไม่ขัดกับหลักการของศาสนาอิสลามอย่างชัดเจนด้วย ถ้าหากนวัตกรรมนั้นมีความคลุมเครือหรือสงสัยว่าจะขัดกับหลักการศาสนาอิสลามแล้ว นวัตกรรมใหม่นั้นก็จะถูกนับว่าขัดกับหลักการศาสนาอิสลาม และจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามอย่างแน่นอน

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การยอมรับนวัตกรรมใหม่ หมายถึงกระบวนการ พฤติกรรม ความพอใจ และการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลที่จะรับเอาแนวคิด การปฏิบัติและสิ่งของใหม่ ๆ มาใช้ ซึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการลักษณะของประชากรในสังคมและลักษณะของนวัตกรรมใหม่นั้นด้วย สำหรับการยอมรับนวัตกรรมใหม่ตามหลักการศาสนาอิสลามนั้น นอกจากจะขึ้นกับกระบวนการการยอมรับ ลักษณะของประชากรในสังคมแล้ว ลักษณะของนวัตกรรมใหม่นั้นจะต้องไม่ขัดกับหลักการศาสนาอิสลามอย่างชัดเจนด้วย

2. ทฤษฎีผู้นำ (Leadership Theory)

ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับผู้นำมีหลายทฤษฎีแต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาขอเสนอเพียงทฤษฎีผู้นำที่น่าสนใจ คือ ทฤษฎีกลุ่ม ทฤษฎีการตัดสินใจและแนวคิดเกี่ยวกับผู้นำตามทัศนะของศาสนาอิสลาม ดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของผู้นำ (Leaders)

มีผู้ให้ความหมายของคำว่าผู้นำ (Leader) ไว้หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้

อรุณ รัชธรรม (2527 : 187) ให้ความหมายว่า ผู้นำหมายถึง บุคคลซึ่งได้รับการแต่งตั้งหรือได้รับคำยกย่องขึ้นให้ เป็นหัวหน้าผู้ตัดสินใจ เพราะมีความสามารถในการปกครอง บังคับบัญชาและ จะให้ผู้ที่บังคับบัญชาหรือหมู่ชนไปในทางที่ดีหรือชั่วได้

ภิญโญ สาร (2514 : 223-224) ให้

ความหมายคำว่าผู้นำโดยอาศัยหลัก 3 ประการคือ

1) ผู้นำ คือ บุคคลใดบุคคลหนึ่งในกลุ่มหลาย ๆ คน ที่มีอำนาจ อิทธิพลหรือความสามารถในการจูงใจคนให้ปฏิบัติตามความคิดเห็น ความต้องการหรือคำสั่งของเขาได้

2) ผู้นำ คือ บุคคลที่มีอำนาจเหนือในการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)

3) ผู้นำแตกต่างจากหัวหน้าหรือผู้บริหาร คนสองคนอาจเป็นคน ๆ เดียวกันได้แต่ไม่จำเป็นต้องเสมอไป

2.2 ความหมายของผู้นำในทัศนะของศาสนาอิสลาม

ในพระมหาคัมภีร์อัล - กุรอานได้กล่าวและอธิบาย

ความหมายของคำว่า "ผู้นำ" ว่าหมายถึงผู้เรียกลูกน้องลงนรก (25 : 41) ทรงตั้งนบีอิบรอฮีมเป็น (ผู้นำ) มนุษยชาติ (2 : 124) "และพวกเราได้ให้มีหัวหน้าจากในหมู่พวกเขาंनाทาง (พวกเขา) ตามบัญญัติของเราขณะที่พวกเขามีความอดทน และพวกเขาเชื่อมั่นในโองการทั้งหลายของเรา (32 : 24) และเรา (อัลลอฮ์) ได้ตั้งให้เขาทั้งหลายเป็นหัวหน้า (เป็นแบบอย่าง) นำทาง (ประชาชน) ตามพระราชบัญญัติของเรา (21 : 73) (ดิเรก กุลศิริสวัสดิ์, 2512 : 25) อีกคำ ๆ หนึ่งที่เรามักได้ยินในหมู่ชนมุสลิม คือ "อิหม่าม" เป็นคำภาษาอาหรับแปลว่า ผู้นำ มีรากศัพท์มาจากภาษาอาหรับว่า (อะมาม) มีความหมายว่าอยู่ข้างหน้า ไปข้างหน้า ดังนั้นผู้เป็นอิหม่ามก็ย่อมหมายถึงผู้ที่อยู่ข้างหน้าหรือผู้นำ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2527 : 54)

จากข้อความที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ผู้นำ (Leader) คือผู้ที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดี มีความอดทน มีความเสียสละ มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ มีความฉลาดไหวพริบ รู้จักจูงใจคน รู้จักปรับตัว จึงได้รับการแต่งตั้งยอมรับและยกย่องจากสมาชิก และยังเป็นผู้ที่มีอำนาจ มีอิทธิพลในการตัดสินใจประโยชน์ที่จะได้รับต่อสมาชิกและสังคมส่วนรวม

2.3 ทฤษฎีกลุ่ม (Contingency Theories)

ทฤษฎีกลุ่ม (Contingency Theories) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการพัฒนาและการส่งเสริมประสิทธิภาพของผู้นำ และการทำนายผลสำเร็จขององค์กรจากลักษณะของผู้นำอย่างเชื่อถือได้ ทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาจากฟีดเลอร์ (Fiedler, 1967) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคมทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยฟีดเลอร์ ได้เริ่มจากการวัดบุคคลลักษณะของบุคคลที่เรียกว่า ความนิยมมาก-น้อยในการทำงานเป็นกลุ่ม (Esteem for The Least - Preferred Co - Worker) หรือมาตรา LPC ซึ่งเขาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของกลุ่ม และได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไปว่าบุคคลที่ได้คะแนนต่ำจะเป็นบุคคลที่ให้ความสำคัญกับงาน คือบุคคลที่มีพฤติกรรมมุ่งงาน (Task Motivated) และบุคคลที่ได้คะแนนสูงจะเป็นบุคคลที่ให้ความสำคัญกับการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากกว่าความสำคัญของงาน คือบุคคลที่มีพฤติกรรมมุ่งสัมพันธ์ (Relationship Motivated) และจากการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่า

1) ผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งงาน จะให้ความสำคัญกับรูปแบบการทำงานตามตำแหน่ง อิงแผนในการทำงาน ตรงไปตรงมา เป็นห่วงกับความสำเร็จของงานมากกว่า และมีลักษณะเผด็จการ จะให้รางวัลและลงโทษลูกน้องของตนตามลักษณะการทำงานของลูกน้องคนนั้น ๆ

2) ผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งสัมพันธ์ จะมีลักษณะตรงกันข้ามกันคือ ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากกว่า หลีกเลียงความขัดแย้งและรักษาขวัญของลูกน้องมากกว่า ชอบในเรื่องการมีส่วนร่วม และเป็นผู้นำที่มีความเกรงใจเอาอกเอาใจลูกน้องมากกว่า (Chemmers, 1984 : 95 - 96)

นอกจากนี้ฟีดเลอร์ (Fiedler) ยังอธิบายว่าลักษณะของผู้นำอย่างเดี๋ยวนั้นเพียงพอที่จะอธิบายถึงผลที่ได้จากผู้นำ และเขายังได้พัฒนารูปแบบขึ้นโดยพัฒนามาตรการควบคุมสถานการณ์ (Situation Control) โดยแบ่งออกเป็น 3 สถานการณ์และจากการศึกษาพบว่า

1) มาตรการควบคุมสถานการณ์สูง (High Situation Control) ซึ่งมีความชัดเจนในเรื่องของงานและการประสานงานของกลุ่ม ผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งงานนั้นสงบเรียบและไม่วุ่นวาย แต่ยึดเน้นความสำเร็จของงานจะมีความเหมาะสมที่สุดกับสถานการณ์ชนิดนี้

2) มาตรการควบคุมสถานการณ์ปานกลาง (Moderate Situation Control) ซึ่งงานมีความคลุมเครือและไม่ค่อยมีการประสานงานในกลุ่มผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งงานจะเกิดความกังวลใช้การแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วเกินไป และบางครั้งจะทำให้การตัดสินใจและการลงโทษมากเกินไป ความจริงใจความเคารพ และลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งสัมพันธ์สามารถที่จะแก้ปัญหาการเสียขวัญและสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ปัญหา และสามารถทำการตัดสินใจ ทำให้มีความเหมาะสมในสถานการณ์เช่นนี้

3) มาตรการควบคุมสถานการณ์ต่ำ (Low Situation Control) ซึ่งขาดความชัดเจนของงานและการประสานงานในกลุ่มกว่า 2 สถานการณ์ที่กล่าวมา จึงจำเป็นต้องมีผู้นำที่มีลักษณะมั่นคงและใช้คำสั่งซึ่งมีอยู่ในผู้นำที่มีพฤติกรรมมุ่งงาน (Chemmers, 1985 : 96)

2.4 ทฤษฎีการตัดสินใจ (Normative Decision Theory)

ทฤษฎีการตัดสินใจ (Normative Decision Theory) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งของทฤษฎีกลุ่ม (Contingency Theory) ที่ได้รับการยอมรับและรู้จักกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเสนอโดย วรูม และ เย็ตตัน (Vroom and Yetton) โดยทฤษฎีนี้ได้เน้นลักษณะการตัดสินใจของผู้นำ ซึ่งประกอบด้วย

1) ลักษณะเผด็จการ (Authorcratic Style) ผู้นำลักษณะนี้จะทำการตัดสินใจคนเดียวโดยปราศจากคำปรึกษาจากผู้ตาม

2) ลักษณะรับข้อปรึกษาหรือสภา (Consultative Style) ผู้นำลักษณะนี้จะทำการตัดสินใจหลังจากทำการประชุมปรึกษากับผู้ตาม

3) ลักษณะกลุ่ม (Group Style) ผู้นำลักษณะนี้จะอนุญาตให้ผู้ตามแบ่งกันรับผิดชอบในการทำการตัดสินใจ (Chemmers, 1984 : 97)

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำในทัศนะของศาสนาอิสลาม

เกี่ยวกับทฤษฎีผู้นำในทัศนะของศาสนาอิสลาม ศาสนาอิสลามพิจารณาผู้นำใน 2 ประเด็น กล่าวคือ (อังกฤษ บุญสิทธิ์, 2525 : 13)

2.5.1 ผู้นำในอุดมการณ์ หมายถึง พระผู้เป็นเจ้าของมุสลิมนับถือเป็นจุดรวมของมนุษย์ โดยเฉพาะอิสลามเน้นเรื่องศรัทธา เพราะความศรัทธาเป็นคุณสมบัติที่มีเกียรติสูงสุดแห่งวิญญาณของมนุษย์ กลุ่มชนที่ถูกรวมกันด้วยความศรัทธาอย่างเดียวกันทำให้เกิดสังคมขึ้นมา

ศาสนาอิสลามศรัทธาว่าพระเจ้า คืออัลลอฮ์ (ซุบฮานาฮูวตาอาลา) ผู้ทรงเดชานุภาพแต่เพียงพระองค์เดียว ปราศจากสิ่งใดมาร่วมภาคีกับพระองค์ เฉพาะพระองค์เท่านั้นที่ควรแก่การสักการบูชา พระองค์มิได้ทรงกำเนิดมาจากสิ่งใด พระองค์ คือพระเจ้า ผู้ทรงแต่งตั้งศาสนทูตจากบรรดามนุษย์ในสมัยต่าง ๆ ที่ล่วงมาแล้ว พลังอันยิ่งใหญ่ของพระองค์ไม่มีขอบเขตจำกัด อัลลอฮ์ (ซุบฮานาฮูวตาอาลา) คือพระเจ้าผู้ทรงดำรงเป็นนิรันดร์ไม่มีการสิ้นสุด พื้นฐานเบื้องต้นแห่งอิสลามคือศรัทธาต่อเอกภาพแห่งอัลลอฮ์ (ซุบฮานาฮูวตาอาลา) ซึ่งหมายถึงมุสลิมนับถืออัลลอฮ์ (ซุบฮานาฮูวตาอาลา) พระองค์เดียวเท่านั้นว่าเป็นพระเจ้าเที่ยงแท้ตลอดกาล นี่คือการสอนเบื้องต้นและเป็นคำสอนที่สำคัญที่สุดในศาสนาอิสลาม การศรัทธาต่อพระเจ้าเพียงพระองค์เดียวนั้น จะก่อให้เกิดความจริงใจในการแสวงหาสัจธรรมอย่างแท้จริงและจริงใจในการเสียสละเพื่อคติธรรมอันสูงสุด ทำให้เกิดความสงบใจและอึดเอิบในการที่ได้ตระหนักถึงพลังอันยิ่งใหญ่ที่คอยชี้ทางที่ถูกต้อง การศรัทธาต่อพระเจ้าจะยกระดับเป้าหมายชีวิตให้สูงขึ้นสู่มาตรฐานแห่งความถูกต้องและคุณงามความดี