

บทที่ 2

ผลงานวิจัยและงานเขียนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
2. ดัชนีที่ใช้ในการวัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
3. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขของลาวต่อการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก
4. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกัน และควบคุมไข้เลือดออก

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

1. สาเหตุ และการติดต่อของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทย และประเทศต่างๆ ในเอเชียอาคเนย์ เกิดจากเชื้อไวรัส เดงกีจึงเรียกชื่อว่า Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

1.1 เชื้อสาเหตุ

ไวรัสเดงกีเป็น RNA virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae(เดิมเรียกว่า Group B arbovirus) มี 4 Serotypes: DEN-1,DEN-2,DEN-3 และ DEN-4 ทั้ง 4 Serotypes มี Antigen ร่วมกันจึงทำให้มี Cross Reaction และ Cross Protection ได้ในระยะสั้นๆ ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใด ชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต แต่จะไม่มีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ อีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้นๆ ประมาณ 6-12 เดือน หลังจากนั้นจะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ ที่ต่างจากครั้งแรกเป็นการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี (สุจิตรา นิมมานนิตย์. 2545, น.7-8)

1.2 พาหะที่สำคัญ

ใช้เลือดออกมีพาหะที่สำคัญคือยุงลาย ซึ่งมี 2 ชนิด ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และ ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ทั้งสองชนิดมีแหล่งเพาะพันธุ์แตกต่างกัน *Aedes aegypti* เป็น ยุงที่เป็นพาหะหลักในเขตเมือง มีแหล่งเพาะพันธุ์ตามภาชนะที่มนุษย์สร้างขึ้น (man-made container) เช่น โอ่งน้ำ บ่อซีเมนต์ อ่างปลูกบัว ถ้วยรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์เก่า เศษวัสดุต่างๆ ที่มีน้ำขังเป็นต้น ส่วน *Aedes albopictus* มักวางไข่ตาม ภาชนะบรรจุน้ำตามธรรมชาติ (Natural container) เช่น โพงไม้ กระบอกไม้ไผ่ ตอไม้ไผ่ กะลามะพร้าว กาบใบพืช จำพวกกล้วย รางน้ำฝนที่อุดตัน ถ้วยรองน้ำยางพารา เป็นต้น ยุงลายมีความชุกชุมในช่วงฤดูฝน มากกว่าฤดูอื่น ถ้าอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ยุงลายบ้าน (*Aedes Aegypti*) แพร่เชื้อได้มากขึ้นนอกจากนี้ยังพบว่าการผสมพันธุ์ของยุงลายบ้านและยุงลายป่า ทั้ง 2 เพศผู้ และเพศเมียมี polygamy ซึ่งสัมพันธ์กับการแพร่เชื้อ Virus dengue ยุงลายเพศเมียมักออกหากินกลางวัน ตอนเช้ามากกว่าตอนบ่าย โดยมี ความชุกของการออกหากินต่ำสุดในช่วง 13.00-14.00 นาฬิกา ยุงลายเพศเมียสามารถมีชีวิตอยู่เพียงแต่ 3-4 วันโดยไม่ดูดเลือดมนุษย์ จึงมีความ จำเป็น ออกหากินเฉลี่ยวันเว้นวันเพื่ออยู่รอด ความเจริญก้าวหน้าทางด้านคมนาคมจึงเป็นปัจจัยที่ สำคัญในการแพร่กระจายของ Virus dengue ไปอย่างกว้างขวางเพราะยุงลายสามารถเกาะติดไป กับพาหนะ เครื่องนุ่งห่มของคนเดินทางไปได้ อย่างง่ายดาย ความชุกของยุงลายมักมีการ เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล จิตติ จันทรแสงและคณะ (จิตติ จันทรแสงและคณะ, 2542) ได้ศึกษา วิธีการสำรวจความชุกของยุงลาย 3 แบบพบว่า การสำรวจลูกน้ำ เหมาะสมที่สุด (เขตที่มีความชุก สูง) รองลงมาคือ การสำรวจไข่ และตัวเต็มวัย (เขตที่มีความชุกต่ำ) นอกจากยุงลาย 2 ชนิดแล้ว เชื้อ virus dengue serotype 1,2,3 สามารถเจริญเติบโตได้ดีในลูกน้ำยุงยักษ *Toxorhynchites splendens* และ *Toxorhynchites amboinensis* แต่ไม่สามารถเจริญเติบโตได้ใน *Toxorhynchites brevipalpis* ในวงจรชีวิตยุงลายประกอบด้วยระยะต่างๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) ระยะดักแด้ หรือกลางวัย (ตัวไม่ง) และระยะตัวเต็มวัย (ตัวยุง) ทั้ง 4 ระยะมีความ แตกต่างกันทั้งรูปร่าง ลักษณะ และการดำรงชีวิต ยุงลายมักวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำ เล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยวๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ยุงลาย จะวางไข่น้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงลดน้อยลงในเวลาเย็น จาก การศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่ายุงลายจะวางไข่มากที่สุดก่อนพระอาทิตย์ตกดิน ตามปกติ ยุงลายจะออกหากินกลางวัน อย่างไรก็ตาม หากว่าในช่วงกลางวันมันไม่ได้กินเลือด หรือกินเลือด ไม่อิมยุงลายก็จะออกหากินในเวลาพลบค่ำด้วย หากในห้องนั้น หรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างเพียงพอ

แต่ยุงลายไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ จะพบยุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิ และความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนฤดูอื่นๆ จะพบว่าความชุกของยุงลายลดลงเล็กน้อย แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านส่วนมากจะ อยู่ตามบ้านเรือน และพบว่ายุงตัวเมียร้อยละ 90 จะเกาะพักตามสิ่งห้อยแขวนต่าง ๆ ในบ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เกาะพักตามข้างฝาบ้าน จากการศึกษาแหล่งเกาะพักของยุงลายภายในบ้านเรือน พบว่ายุงลายเกาะพักตามเสื้อผ้าที่ห้อยแขวนร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้ง และเชือกมุ้งร้อยละ 15.7 สิ่งห้อยแขวนอื่นๆ ร้อยละ 15.3 และมีเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่เกาะตามข้างฝาบ้าน ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะซึ่งน้ำที่มีน้ำนิ่ง และใส น้ำนั้นอาจสะอาด หรือไม่ ก็ได้ น้ำฝนเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด สำหรับระยะทางที่ยุงลายสามารถบินได้ จากการศึกษาพบว่า ยุงลายเพศเมียสามารถบินได้เฉลี่ย 57 เมตรต่อวัน สูงสุด 154 เมตร ต่อวัน ในขณะที่ยุงลายเพศผู้สามารถบินได้ เฉลี่ย 44 เมตรต่อวันสูงสุด 113 เมตร ต่อวัน จึงนำระยะทางบินของยุงมาใช้ในการกำหนดเทคนิคการพ่นเคมีเพื่อควบคุมการระบาดของไข้เลือดออก ดังนั้นถ้าหากชุมชนใดชุมชนหนึ่งพบผู้ป่วย 1 ราย จึงควรพ่นเคมีที่บ้านผู้ป่วย และบ้านที่อยู่ในรัศมี 100 เมตรโดยรอบบ้านผู้ป่วยเพื่อกำจัดยุงลาย (สัวิกา แสงธราทิพย์. 2545,น.30-34)

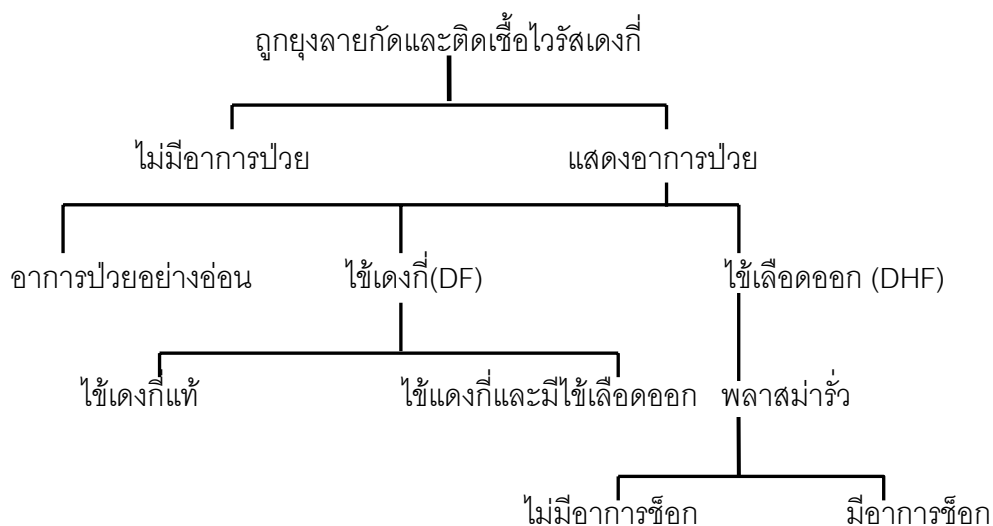
1.3 การติดต่อ

ยุงลายเป็นพาหะที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวัน และดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยในระยะไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดเชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายจากนั้นมันจึงพร้อมที่จะสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ โดยเฉลี่ยภายหลังดูดเลือดของผู้ป่วยที่มีเชื้อ Virus 7-10 วัน เชื้อจะอยู่ในยุงตลอดชีวิต เมื่อเชื้อจากยุงเข้าสู่ร่างกายคนเรา จะมีระยะฟักตัว 5-8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน และนานที่สุด 15 วัน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบเชื้อ virus อยู่ในเลือดไม่เกิน 5-7 วันนับแต่เริ่มมีไข้ (สุจิตรา นิมนานนิตย์, 2545, น.9)

1.4 รูปแบบการติดเชื้อ และปัจจัยเสี่ยง

1.4.1 การติดเชื้อไวรัสเดงกี ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยโดยเฉพาะ อย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเดงกีไว้ดังนี้ (<http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/012-23.pdf>)

ภาพที่ 2.1
กลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเดงกี



ในพื้นที่ๆ มีโรคไข้เลือดออก Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) มักจะมีโรคไข้เดงกี Dengue Fever (DF) อยู่ด้วยแต่สัดส่วนของ DHF และ DF จะแตกต่างกันแต่ละพื้นที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของไวรัสเดงกีที่สามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรคดังนี้:

Undifferentiated Fever (UF) หรือ viral syndrome มักพบในทารก หรือในเด็กเล็กซึ่งปรากฏเพียงอาการไข้ และบางครั้งมีผื่นแบบ Maculopopular rash

ไข้เดงกี Dengue Fever (DF) มักเกิดกับเด็กโต หรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง หรือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรือ อาจเกิดอาการแบบ Classical Dengue Fever คือ มีไข้สูงกระตุก ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลการทดสอบ ทูรินเกตเป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำได้

ไข้เลือดออก Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) มีอาการคล้ายกับ Dengue Fever ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค อย่างเช่น มีเกร็ดเลือดต่ำ และมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วมากขึ้นผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นเรียกว่า Dengue Shock Syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมา สามารถตรวจได้จากการพบระดับ ฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง (สุจิตรา นิมนานิตย์, 2545, น.9)

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด DHF ทางด้านระบาดวิทยาต้องพิจารณาผู้ป่วย (host) ไวรัส และพาหะนำโรค

1.4.2.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (Host)

1.4.2.1.1 เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค DHF มากกว่าผู้ใหญ่ และการติดเชื้อซ้ำจะมีอาการรุนแรงกว่าผู้ใหญ่

1.4.2.1.2 ภาวะโภชนาการผู้ป่วย DHF ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการดี และดีกว่าเด็กที่ติดเชื้ออื่นๆ

1.4.2.1.3 เชื้อชาติ และพันธุกรรม พบว่า นิโกรเป็นโรค DHF น้อยกว่าชนชาติผิวขาว

1.4.2.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (Vector)

ยุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอ ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวนก็สามารถแพร่เชื้อได้ แต่ไม่ดีเท่าที่ยุงลายบ้าน ยุงลายเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำขัง ตามโพรงต้นไม้ หรือกระบอกไม้ไผ่ ส่วนยุงลายบ้านเพาะพันธุ์ในภาชนะน้ำขังที่คนทำขึ้น ถ้าอุณหภูมิความชื้นเหมาะสม โดยเฉพาะในฤดูฝน ยุงลายเพียง 2-3 ตัว อาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้งครอบครัวได้ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝน อีกประการหนึ่งนอกจากการมีจำนวนยุงมากขึ้นแล้ว คือในช่วงฝนตกทั้งเด็กและผู้ใหญ่จะอยู่ในบ้านหรืออาคาร เด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้น (สุจิตรา นิมนานิตย์, 2545, น.10-11) กลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ พบว่าเด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนมากพบในเด็กกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาเป็นกลุ่ม 10-14 ปี และ 0-4 ปีตามลำดับ ส่วนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจะพบน้อยมากเพราะอาจมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรค อย่างไรก็ตามกลุ่มดังกล่าวก็มีแนวโน้มติดเชื้อเพิ่มขึ้นแต่ละปี (คานวณ อึ้งชูศักดิ์, 2546, น. 12)

1.5 อาการ และอาการแสดงของโรคไข้เลือดออก

หลังได้รับเชื้อจากยุง ประมาณ 5-8 วันผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรคซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกัน เริ่มแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี ไปจนถึงอาการรุนแรงมาก มีอาการช็อก และเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามอาการที่สำคัญที่เป็นรูปธรรมค่อนข้างเฉพาะจะประกอบไปด้วย ไข้สูงลอย 2-7 วัน มีอาการเป็นผื่นแดง หรืออาการเลือดออกส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง มีอาการตับโตและเจ็บเวลาใช้มือกด มีภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว หรือภาวะช็อก ผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกรายจะมีไข้สูง

เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส บางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีอาการชักมาก่อนหรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (Flushed face) ตรวจดูคอก็อาจพบมี Injected pharynx แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหล หรือ อาการไอซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรก รวมทั้งโรคระบบทางเดินหายใจได้ ในเด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ในระยะนี้อาการทางเดินอาหารจะพบว่ามีอาการเบื่ออาหาร อาเจียน บางรายมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งระยะแรกจะปวดทั่วๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีอาการตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอย อยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายจะมีไข้แบบ biphasic ได้ อาจมีผื่นแดงแบบ Erythema หรือ Maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ กับผื่นที่เกิดจากหัดเยอรมัน อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุด คือที่ผิวหนัง ซึ่งพบว่าเส้นเลือดเปราะบางแตกง่าย ในเมื่อทำ Tourniquet test จะให้ผลบวกชัดเจน (การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตรัดที่ต้นแขนแล้วบีบลมเข้าให้ความดันขึ้นประมาณ 40 mmHg เป็นเวลา 5 นาทีแล้วปล่อยลมออกจะพบจุดเลือดออกเล็กๆ ประมาณ 10 จุดหรือมากกว่า 10 จุดต่อตารางนิ้ว) นอกจากนั้นอาจพบจุดเลือดออกเล็กๆ จะกระจาย อยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดา หรือเลือดออกตามไรฟัน ถ้าฉี่ดยา หรือเจาะเลือดจะพบรอยชำเขี้ยว หรือมีอาการเลือดไหลนาน ในรายที่รุนแรงจะพบอาเจียน และอุจจาระเป็นเลือด (Melena) อาการเลือดออกทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีภาวะช็อกอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่วันเริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ ประมาณ 1 ใน 3 ผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการของระบบการหมุนเวียนล้มเหลวเนื่องจากการรั่วซึมของพลาสมาออกไปยังช่องปอดและช่องท้องมาก นำไปสู่อาการช็อกซึ่งเรียกว่า Hypovolemic chock ซึ่งมักเกิดในระยะเดียวกันกับอาการไข้ที่ลดลงอย่างรวดเร็วโดยส่วนใหญ่ตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป อาการดังกล่าวจะเลวลงถ้าไม่ได้รับการรักษา คนไข้จะมีรอบปากสีเขียว ผิวสีม่วง ตัวเย็นซีด วัดชีพจร และความดันโลหิตไม่ได้ ความรู้สึกเปลี่ยนไป คนไข้จะเสียชีวิตภายใน 12 - 24 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีภาวะช็อก แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการช็อกอย่างถูกต้อง และทัน่วงทีก่อนที่จะเข้าสู่ระยะช็อกร้ายแรงที่เรียกว่า Profound chock ส่วนใหญ่ก็สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจมีอาการมือ เท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของชีพจร และความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วไหลของพลาสมาออกไปแต่ไม่มากนักทำให้เกิดภาวะช็อกได้ เมื่อได้รับการรักษาระยะหนึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะดีขึ้น อย่างรวดเร็ว (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2545, น.12-13)

1.6 การดูแลรักษาผู้ป่วย

1.6.1 การรักษาโรค เป็นการรักษาตามอาการเพราะขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออกอย่างไรก็ตามการรักษา และประคับประคองจะได้รับผลดีถ้าหากคนไข้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (สุจิตรา นิมนานนิตย์, 2545, น.18-19)

1.6.2 หลักปฏิบัติในการรักษาดังนี้ ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 เดือนจำเป็นต้องให้ยาลดไข้ประเภทพาราเซตามอลแต่ห้ามใช้ยาพวกลีโพรพรีน เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน และเลือดออกง่าย

ผู้ป่วยต้องได้รับน้ำ และเกลือแร่อย่างเพียงพอ เพื่อชดเชยน้ำที่เสียไปเนื่องจากอาการไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียนซึ่งเป็นเหตุให้ขาดน้ำ และเกลือโซเดียม จึงควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ และสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ หรืออาจให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดถ้าหากอาการขาดน้ำมากขึ้น

ต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบ และป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลาซึ่งจะมีอาการเริ่มต้น อย่างเช่น ปวดท้อง กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็นโดยส่วนมากมักเกิดในระยะไข้ลดลงประมาณวันที่ 3 เป็นต้นไป

พาผู้ป่วยไปรับตรวจที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล แพทย์จะตรวจเลือดเพื่อดู และติดตามปริมาณเกร็ดเลือด ความเข้มข้นของเลือด เพื่อติดตามอาการบ่งชี้ของภาวะช็อก

โดยทั่วไปผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะระยะแรกที่มีอาการไข้สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้รับยาไปรับประทาน และแนะนำผู้ปกครองเฝ้าสังเกตอาการ หรืออาจนัดมาติดตามอาการ และตรวจเกร็ดเลือด-ความเข้มข้นของเลือดเป็นระยะๆ ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงอาการช็อกต้องรับเข้ารักษาที่โรงพยาบาลทันที

1.7 การป้องกัน และการควบคุมโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกจะเกิดได้ต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ คน หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค (Host) เชื้อไวรัสไข้เลือดออกได้แก่ไวรัสเดงกีชนิด 1, 2, 3, 4 และยุงลายที่เป็นพาหนะนำเชื้อมาสู่คน หากชุมชนใดมีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ อยู่อย่างครบถ้วนโรคไข้เลือดออกก็สามารถจะเกิด และระบาดในชุมชนนั้นได้ ในระยะผ่านมาถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนา และทดลองใช้วัคซีนในประเทศไทย แต่ก็มีปัญหาคือวัคซีนที่ผลิตจากเชื้อสายพันธุ์หนึ่งจะไม่สามารถป้องกันการ

เกิดโรคได้ทั้ง 4 สายพันธุ์ เพราะไข่เลือดออกเกิดได้จากเชื้อทั้งสี่สายพันธุ์จึงไม่คุ้มค่าที่จะนำวัคซีนมาใช้เพื่อป้องกันโรค

ดังนั้น กลวิธีป้องกัน และควบคุมโรคไข่เลือดออกในปัจจุบันก็คือการควบคุมยุง หรือ ป้องกันยุงลายไม่ให้มากัดคน สามารถทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ง่าย ทั้งประหยัดและมีประสิทธิภาพ ก็คือการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายซึ่งประกอบด้วยหลายวิธี ตั้งแต่วิธีทางกายภาพ วิธีทางชีวภาพ และวิธีทางเคมี จึงควรให้เลือกใช้อย่างเหมาะสมกับประเภทของแหล่งเพาะพันธุ์ที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยพิจารณาทั้งในด้านความปลอดภัยต่อมนุษย์ สัตว์เลี้ยง และสิ่งแวดล้อม ด้านความสะดวกในการใช้ ด้านค่าใช้จ่ายและอื่นๆ ซึ่งแหล่งเพาะพันธุ์อาจใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งก็สามารถควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ผลดีเช่น การใส่ปลาหางนกยูงลงในอ่างบัว เป็นต้น แต่แหล่งเพาะพันธุ์บางแห่งต้องใช้วิธีการหลายๆ วิธีร่วมกัน เป็นการบริหารจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management) เช่น ยางรถยนต์เก่าที่มีอยู่จำนวนมาก ทั้งนี้ยางรถเก่าอาจนำไปดัดแปลงใช้ประโยชน์ได้ทันที (ทำรั้ว ปลูกดอกไม้หรือพืชล้มลุก) ในขณะที่บางส่วนรอการดัดแปลงเป็นสินค้า (ทำเป็นถังใส่ขยะ เป็นเก้าอี้) ยางรถยนต์ในส่วนนี้จึงควรเก็บในที่ร่มหรือหาวัสดุปกคลุมให้มิดชิด บางแห่งมียางรถยนต์มหาศาลที่ไม่อาจปกคลุมให้มิดชิดทั้งหมดได้ ในกรณีนี้จำเป็นต้องฉีดพ่นสารกำจัดลูกน้ำร่วมด้วยซึ่งอาจจะเป็นสารเคมีหรือสารชีวภาพ และป้องกันไม่ให้ยุงกัดโดยวิธีต่างๆ นิยมใช้การควบคุมยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์ (สัฎฐา แสงธราทิพย์, 2545, น.35-55)

ดัชนีที่ใช้ในการวัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ในการพิจารณาถึงปริมาณของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนั้นมีความสามารถที่จะใช้ดัชนีหลายตัวที่ใช้วัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ดังนี้

1. ดัชนีลูกน้ำยุงลาย

1.1 Container Index (CI)

แสดงถึงร้อยละของภาชนะที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ในทางระบาดวิทยานั้นถือว่าดัชนีนี้ไม่ให้ประโยชน์มากนัก เพราะครัวเรือนที่มีภาชนะน้อยกว่าอาจมีความหนาแน่นของจำนวนลูกน้ำมากกว่าครัวเรือนที่มีภาชนะมากกว่า (สุวิภา โกสุมวัชรภรณ์, กฤตยา แสงเจริญ,

ดารุณี จงอุดมการณ์, มาริสา ไกรฤกษ์, 2536, น. 7 อ้างจาก สำเร็จ แหียงกระโทก, 2535) ซึ่งอาจทำให้เกิดการทํานายการเสี่ยงต่อการระบาดน้อยกว่า หรือมากกว่าที่เป็นจริง

1.2 House Index (HI)

แสดงถึงร้อยละของครัวเรือนที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย เป็นดัชนีที่หยาบที่สุดในการทํานายความเสี่ยงในการติดต่อของโรค เพราะว่าไม่ได้คำนึงถึงจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย อย่างไรก็ตามดัชนีนี้มีประโยชน์มากต่อนักระบาดวิทยาและนักกฏิทยาที่จะทราบถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคใช้เลือดออกในแต่ละพื้นที่

1.3 Breataux Index (BI)

แสดงถึงจำนวนของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ใน 100 ครัวเรือนซึ่งถือว่าเป็นดัชนีที่ดีที่สุดในการประมาณความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลายเพราะเป็นการพิจารณา ทั้งจำนวนครัวเรือน และภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย นอกจากนั้นยังมี Larvae Density Index (LDI) ได้แก่จำนวนค่าเฉลี่ยของลูกน้ำยุงลาย ต่อ 1 ชั่วโมงที่ตรวจพบ หรือนับลูกน้ำทั้งหมด ในภาชนะต่าง ๆ (Bang et al., 1981) และ Stegomyia Index (SI) ได้แก่จำนวน ภาชนะที่พบลูกน้ำต่อประชากรที่สำรวจในพื้นที่ 1,000 คน ทั้งสองดัชนีนี้ไม่ค่อยมีการนำใช้มากนัก (สุวิภา โกสุมวัชรภรณ์, กฤตยา แสงเจริญ, ดารุณี จงอุดมการณ์, มาริสา ไกรฤกษ์, 2536, น.7)

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขของลาวต่อการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

National policy on prevention and control of dengue fever/

Dengue hemorrhagic fever. Year, 2006

การสกัดกั้นการเกิดระบาดของโรคไข้เลือดออกในขอบเขตทั่วประเทศถึงปีค.ศ. 2009 ลดอัตราป่วยให้ได้อัตรา 50 และอัตราป่วยตายให้น้อยกว่า ร้อยละ 1 เทียบกับปี ค.ศ 2001 หน่วยงานมีส่วนร่วมนของชุมชนในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์โดยการโฆษณา สุขศึกษา ใช้การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ให้มากเท่าที่จะทำได้ จัดตั้งกระบวนการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย อย่างต่อเนื่อง ติดตามข้อมูลด้านการระบาด (HI, BI, CI) ส่งเสริมการใช้ทรายอาเบท ถ้ามีการระบาดร้ายแรงสามารถฉีดพ่นสารเคมีเพื่อฆ่ายุงตัวแก่ และคุ้มครองกรณีไข้เลือดออก

แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

1. แนวคิดพื้นฐานทางพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ได้มีหลาย ๆ ท่านให้ความหมายไว้แต่ในที่นี้ขอนามากล่าวแต่บางท่านที่ให้ไว้ดังต่อไปนี้ ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม (Behavior) ไว้ว่า “พฤติกรรม” หมายถึง กิจกรรม หรือ การกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ตันสกุล, 2549, น.4 อ้างจาก ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, น. 2) โดยลักษณะของพฤติกรรม มี 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

1.1.1 พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึงลักษณะของการกระทำ หรือ กิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การกิน การเดิน การนั่ง หรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เป็นต้น

1.1.2 พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึงลักษณะของการกระทำ หรือ กิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถที่จะรับรู้ หรือทราบได้ว่า มีพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นโดยอาศัยเครื่องมือต่างๆ มาช่วยในการสังเกต พฤติกรรมเช่น ความคิด ความฝัน ทศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อ เป็นต้นสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การกิน การเดิน การนั่ง หรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เป็นต้น

Coachman ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพ” ได้แก่คุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคคล อาทิ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่น ๆ ซึ่งหมายความรวมถึง ลักษณะ บุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำ และลักษณะนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ตันสกุล, 2549:9 อ้างถึง Coachman, 1982, P 169)

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรม หรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไว้เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่ หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นจะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ตันสกุล, 2549, น.10 อ้างจากปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541, น.18)

ธนวรรธน์ อิมสมบุญ กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะด้วยกัน คือลักษณะการกระทำที่เป็นผลดี หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ และลักษณะการไม่กระทำที่เป็นผลดี ผลเสียต่อสุขภาพซึ่งแสดงออกด้วย 3 ระดับด้วยกันคือ

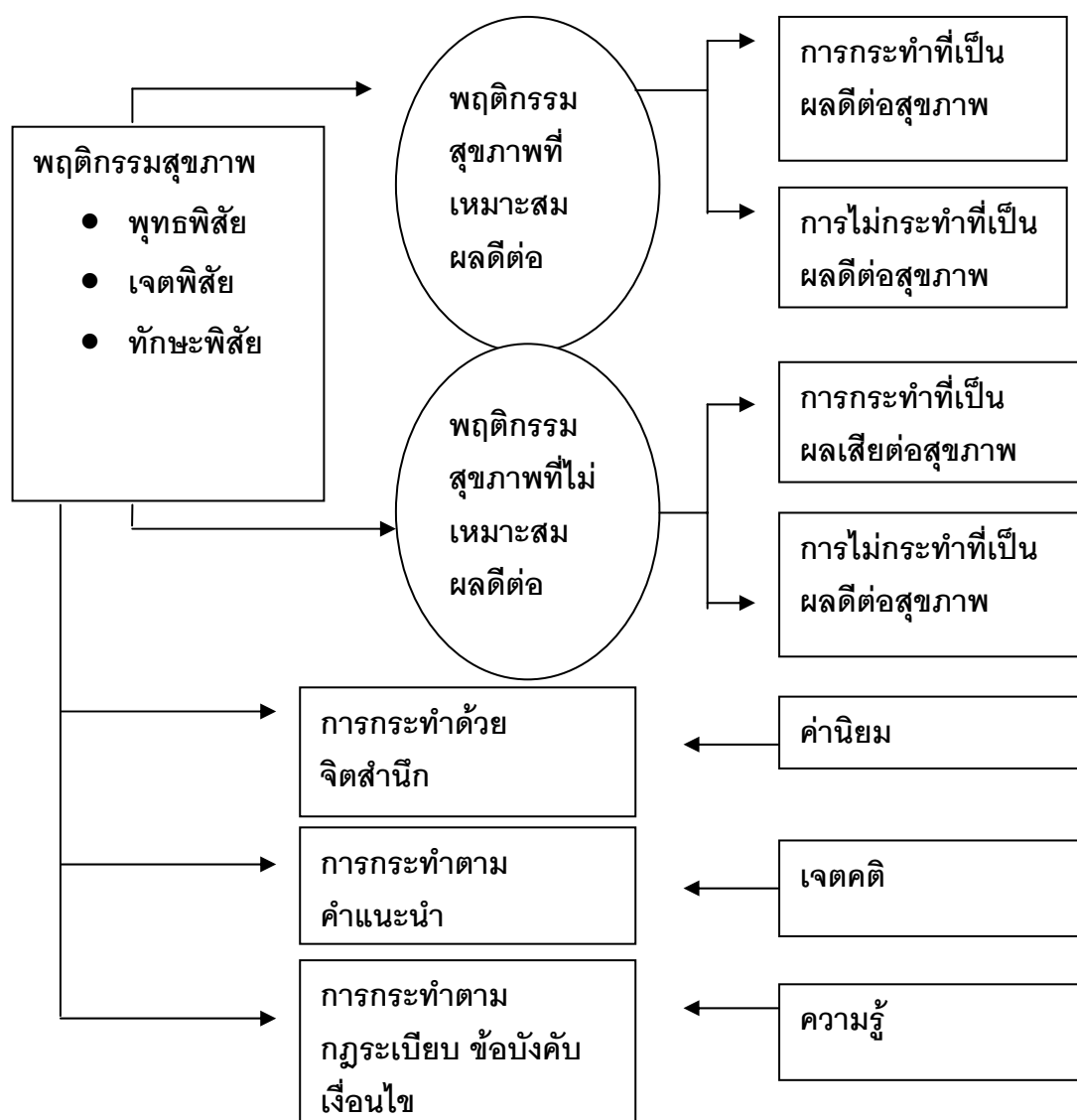
ระดับที่หนึ่ง เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์

ระดับที่สอง เป็นการปฏิบัติตามข้อแนะนำ หรือแนวทางที่ควรปฏิบัติต่างๆ

ระดับที่สาม เป็นการปฏิบัติ หรือการกระทำที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง ในลักษณะของ ค่านิยมทางสุขภาพ หรือสไตลชีวิตของคน โดยมีจิตสำนึก และจิตวิญญาณเป็นพื้นฐาน (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ตันสกุล, 2549, น.12 อ้างจากธนวรรธน์ อิมสมบุญ, 2534)

ภาพที่ 2.2

กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (ธนวรรธน์ อิมสมบุญ, 2534)



1.2 รูปแบบ และลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

สามารถจำแนกได้ 4 ประเภท คือ

1.2.1 พฤติกรรมการเจ็บป่วย หรือพฤติกรรมการรักษาโรคเป็นการแสดงออก หรือการกระทำของบุคคล ที่แสดงออกเวลาเจ็บป่วย มีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือสังคมเกิดขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบคือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ค่านิยม ความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานบริการสาธารณสุขที่มีในชุมชน โดยมีการศึกษาแล้วว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยนั้น ประชาชน หรือบุคคลต่างๆ จะมีพฤติกรรมในการรักษาโรคต่างกันด้วย สาเหตุใหญ่ 2 สาเหตุ คือ อาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ประชาชนจะเลือกใช้ วิธีการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน และคนต่างกลุ่มต่างเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ จะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน ตัวอย่าง พฤติกรรมการเจ็บป่วย หรือพฤติกรรมการรักษาโรคได้แก่การไปรับบริการของสถานบริการสาธารณสุข เช่นสถานเอนกมัย คลินิก โรงพยาบาล การเชื่อไสยศาสตร์ เช่น หมอกลางบ้าน หมอเวทมนต์ หมอรักษาตัวเอง หรือปล่อยไว้เฉยๆ ใหหายเอง เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ต้นสกุล, 2549, น.11)

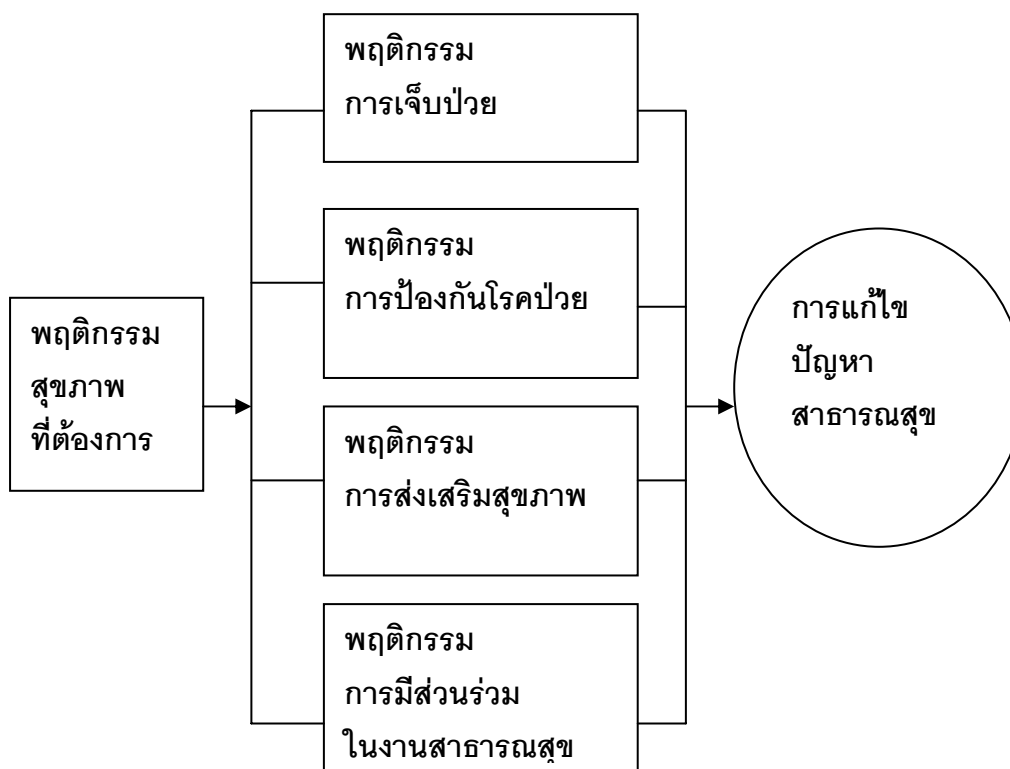
1.2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำ หรือการแสดงออก ของบุคคลเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่พฤติกรรมการไม่กินอาหารดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และการขับถ่าย

1.2.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคล เพื่อการดูแลรักษา และสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ แข็งแรงอยู่เสมอ ได้แก่การพาลูกไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์อายุ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารตรงตามเวลา และอาหารหลักครบ 5 หมู่ เป็นต้น

1.2.4 พฤติกรรมมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคล ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพที่ดี อาทิ เช่น การร่วมรณรงค์ในการกวาดล้างโรคโปลิโอ การร่วมกิจกรรมรณรงค์คว่ำกระป๋อง กะลา ในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การพาสุนัขไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

ภาพที่ 2.3

กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (ธนวรรธนภูมิสมบุญ, 2542)



2. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์

2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมและพัฒนามาใช้เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลตั้งแต่ ปีค.ศ. 1952 โดยโรเซนสต็อก (Rosenstock) ซึ่งได้อธิบายถึงองค์ประกอบพื้นฐานของแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมและบทบาทในการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โดยสรุปว่า การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น บุคคลดังกล่าวจะต้องมีความเชื่อดังนี้ เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงพอสมควร (Perceived severity) การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค (Perceived effectiveness of action) และการปฏิบัติดังกล่าวจะไม่มีอุปสรรคที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ต้นสกุล, 2549, น.58) ต่อมา เบคเคอร์ และ

คณะ (Becker and Others.1974, P.332) ได้ทำการปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ทำนายนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยต่างๆ ได้แก่ แรงจูงใจ (Motivation) และปัจจัยร่วมอื่นๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย อย่างเช่น ชายที่รักร่วมเพศกับชายคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคตับอักเสบบี จึงไปพบแพทย์เพื่อรับวัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว (de Wit et al.,2005) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น ระดับการศึกษาของแต่ละบุคคล สังคม ศาสนาเป็นต้น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีหลักการในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ที่มิระดับการรับรู้สูงย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่า ผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้ในระดับต่ำ สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น ด้วยกลวิธีต่างๆ โรเซนสต็อค (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ตันสกุล, 254, น.59 อ้างจาก Rosenstock,1966, p.284) ได้เสนอวิธีปรับปรุงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 2 วิธีด้วยกัน คือวิธีการสอน (Teaching techniques) และวิธีการปรับพฤติกรรม (Behavior modification techniques) วิธีการสอนเป็นวิธีการที่มีความสำคัญในระดับพื้นฐานในการที่จะทำให้นักบุคคลเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งวิธีการสอนสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การใช้โศดทัศน์อุปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal influence) และการใช้อิทธิพลกลุ่ม (Group influence) โรเซนสต็อค ได้แบ่งวิธีเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็น 3 ระดับ คือระดับบุคคล ระดับกลุ่มและระดับชุมชน อย่างเช่นการศึกษาของ (Sam, K. G., Andrade, H. H., Pradhan, L., Pradhan, A., Sones, S. J., Rao, P. G., et al., 2008) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่ออันตรายของยาฆ่าแมลงในกลุ่มชาวเกษตรกรจำนวน 76 คนที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับการใช้ยาฆ่าแมลงเป็นประจำ ที่เมือง Udupi ภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าหลังการอบรม 1 เดือน กลุ่มเกษตรกร ดังกล่าวมีความรู้และเจตคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและมีพฤติกรรมในการควบคุมการใช้ยาฆ่าแมลงอย่างปลอดภัยกว่าเดิม

2.1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก การใช้เวลานานในการรักษาโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาท และฐานทางเศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างเช่น คนไข้ที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal cancer) จะมีพฤติกรรมเอาใจใส่ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักอย่างเคร่งครัดเพราะเขารู้ว่าโรคนี้อันตรายร้ายแรงและมีโอกาสเกิดซ้ำอีก (Mullencs et al., 2003) ในสถานการณ์ที่เป็นจริงถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หรือมีความเชื่อหรือความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจปฏิบัติไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2.1.3 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงผลประโยชน์ หรือข้อดีข้อเสียในการปฏิบัติให้หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค ว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสม รวมถึงคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่จะต้องได้รับความเชื่อถือและความไว้วางใจในการดูแลรักษา อย่างเช่น พฤติกรรมของผู้หญิงผิวดำที่เชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่แรก ซึ่งมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ (Graham, 2002)

2.1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาหรืออุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งอาจได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างเช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ที่อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย การมารับบริการ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่าง อาจขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และอื่นๆ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวอาจเป็นผลอันก่อให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย กล่าวคือ ในการที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน หรือพฤติกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพนั้นเขาจะต้องประเมินถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ เปรียบเทียบกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพวกเขา ถ้าหากเขาคิดว่าผลที่จะได้รับมีน้อยกว่าหรือมีอุปสรรคมาก กว่าผลที่จะได้รับ เขาเหล่านั้นจะไม่ปฏิบัติตาม ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สามารถใช้ทำนายระดับความร่วมมือในการรักษา อย่างเช่น การศึกษาของ

(Burak & Meyer, 1997) พบว่าความกลัวเจ็บและความกระดากอาย ระหว่างผู้หญิงในมหาวิทยาลัยเป็นอุปสรรคต่อการตรวจมะเร็งเร็กปากมดลูก (Peptest) นอกจากนั้นยังมีผู้หญิงที่รับรู้ว่าการตรวจมะเร็งเร็กปากมดลูกเป็นเรื่องที่สำคัญมากแต่เพราะความกลัวเจ็บ และความกระดากอาย รวมทั้งไม่รู้สถานที่ๆ จะไปรับบริการจึงทำให้พวกเขาให้ความสำคัญต่อความร้ายแรงของโรคง่กล่าวน้อยลงและในที่สุดจึงไม่ได้ตรวจมะเร็งเร็กปากมดลูก (Byrd et al., 2004)

2.1.5 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึงความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่นความสนใจต่อสุขภาพทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก หรือเกิดจากสิ่งเร้าภายนอก เช่นข่าวสาร คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เพื่อน สื่อมวลชน เป็นต้น ดังนั้นการที่ผู้ปฏิบัติจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับระดับแรงจูงใจว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยทั่วไปแล้วสามารถที่จะประเมินแรงจูงใจด้วยการวัดระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2.1.6 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึงปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้แก่ ประชากร (อายุ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา เป็นต้น) โครงสร้าง เจตคติ ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวถือเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และการรักษาสุขภาพ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมีการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่ออธิบาย และทำนายพฤติกรรมของบุคคลในรูปแบบต่างๆ 3 รูปแบบ ได้แก่พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) พฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role Behavior) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้กล่าวถึงการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการเน้นหนักในรูปแบบพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยสร้างแรงจูงในการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออก ความรุนแรงของโรคใช้เลือดออก อุปสรรคในการรักษา ผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคใช้เลือดออกในชุมชนของเมืองจำพอน ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล และชุมชนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแข็งแกร่งในการป้องกันและควบคุมใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ภาพที่ 2.4

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค

ที่มา: Becker and Maiman, 1975, P.12

(http://www.jstor.org/stable/2955344.pdf. Accessibilty 2nd, June, 2009)

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลการศึกษาด้านจิตวิทยาสังคม ซึ่งพบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าเราอยู่ตลอดเวลา ทฤษฎีดังกล่าวมีหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

คอบ (Cobb, 1976, P.300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้ดีกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979, P.85) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

บาร์ริรา (Barrera, 1982, P.70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลย้อนกลับและการมีส่วนร่วมทางสังคม

พิลิสุก (Pilisuk, 1982, P.20) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่เฉพาะแต่การช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่รวมถึงความรู้ดีกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

มากัว (Maguire, 1983, P.51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็น ความรู้สึก หรือเจตคติ ที่รับรู้ถึงความพอใจ เมตตา กรุณา และช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติ พี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน เมื่อบุคคลเหล่านี้มารวมกัน หรือประสานกันโดยมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือก็จะเกิดเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม

ฮับบาร์ด มูแคลนแกมย์ และบราวน์ (Hubbard, Murklenkam and Brown, 1984, P. 226) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในด้านดีทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสรุปเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม ในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคม หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าและการได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคล

ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ตันสกุล, 2549, น.63-64)

ในการพัฒนาพฤติกรรมสามารถประยุกต์รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมของ House เพื่อมาใช้ในการจัดโปรแกรมในการให้สุศึกษา (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ตันสกุล, 2549, น. 64) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1.3.2.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่นการให้ความสนใจ ยอมรับนับถือ ห่วงใย กระตุ้นเตือน ถามไถ่ เป็นต้น

1.3.2.2 การสนับสนุนทางโดยการประเมิน (Appraisal support) เช่นการให้ข้อมูล ย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา การช่วยเหลือทางตรงหรือทางอ้อม

1.3.2.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่การให้คำปรึกษา แนะนำ การตักเตือน การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

3. วิธีการทางสุศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสอนสุศึกษา

3.1 ความหมายของวิธีการสอนสุศึกษา

วิธีการให้สุศึกษา หมายถึงกระบวนการจัดโอกาส และประสบการณ์ การเรียนรู้เรื่องสุภาพ อนามัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้กับบุคคลหรือประชาชนเพื่อพัฒนาหรือเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนในเรื่องสุภาพไปในทางที่เกิดผลดีต่อสุภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน วิธีการสุศึกษามีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ ทางสุภาพไปยังประชาชน มีผลทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเชื่อและเปลี่ยนเจตคติ และมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุภาพที่ถูกต้อง ดังนั้นในการพิจารณาถึงความเหมาะสมของวิธีการสุศึกษา ซึ่งมีอยู่หลายแบบก่อนจะนำไปใช้ให้เกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงควรต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

- วิธีการที่จะใช้นั้นมีความเหมาะสมกับเนื้อหาสาระที่จะต้องถ่ายทอดหรือไม่
- วิธีการที่จะใช้นั้นสัมพันธ์กับระดับความรู้ ประสบการณ์ และความต้องการของผู้เรียน หรือผู้รับความรู้ หรือ ไม่
- ช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจในเนื้อหาสาระที่จะต้องถ่ายทอดมากนักน้อยเพียงใด
- ทำให้ผู้เรียนรู้ หรือผู้รับ ได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายๆ ทางมากนักน้อยเพียงใด

- เปิดโอกาสให้ผู้เรียนรู้ หรือผู้รับได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน และถ่ายทอดความรู้ มาก น้อยเพียงใด

- ช่วยให้ผู้เรียนรู้ หรือผู้รับเกิดการพัฒนาทางด้านความรู้มากน้อยเพียงใด ในการเลือก ใช้วิธีการสุศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ฟังเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะโดยผ่านประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้นๆ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าสิ่งนั้นสั้น และง่าย ผู้ให้ความรู้จะต้องสร้างบรรยากาศให้ผู้เรียน อยากเรียน และช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงการเรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์จริง ซึ่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากองค์ประกอบ 6 อย่างคือ การมีประสบการณ์ตรง การสังเกต การให้ข้อคิดกลับ (Reflection) การสร้างแนวคิดหลักที่เป็นนามธรรม การวางนัยสำคัญ และตรวจสอบว่าแนวคิดนั้นนำมาใช้ได้ในสถานการณ์ปัจจุบัน หรืออนาคต ได้หรือไม่ (บุญยง เกียรติการค้า เอกสารสุศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2534, หน่วย 8-15, น. 381)

3.2 วิธีการสอนสุศึกษา

เป็นที่ยอมรับกันในวงการศึกษาว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ส่วนสำคัญอยู่ที่ "วิธีการสอน" วิธีการสอนในแต่ละวิชาชีพจะมีความแตกต่างกันบ้าง ซึ่งวิธีการที่นำมาใช้ในการสอนสุศึกษา แบ่งเป็นหมวดใหญ่ ๆ ได้ สามหมวดอย่างเช่น การให้สุศึกษารายบุคคล การให้สุศึกษาแบบกลุ่ม และการให้สุศึกษาแบบมวลชน (สุริย์ จันทรโมลี, 2527, น. 8) อย่างไรก็ตาม วิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้เรื่องสุขภาพโดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสุขภาพแบบถาวร ผู้เรียนเกิดความพอใจ เต็มใจเรียนรู้เพื่อให้เกิดแนวคิดที่ดีสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตของประชาชน วิธีการดังกล่าวได้ถูกเลือกสรรเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่การให้สุศึกษาแบบกลุ่มซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การจัดนิทรรศการ ซึ่งจะเสนอแนวคิด และวิธีการสอนของแต่ละวิธีดังนี้

การบรรยาย (Lecture) คือการพูดที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความคิดเห็นต่างๆ ของผู้พูดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ ต่อผู้ฟัง การบรรยายเป็นการให้ความรู้ที่ค่อนข้างจะเป็นทางการ แต่ก็เป็วิธีที่ง่ายในการสื่อความหมายแบบทางเดียว (One way communication) โดยผู้บรรยายจะเป็นศูนย์กลาง หรือเป็นหลัก (Teacher centered) ผู้บรรยายจะเป็นผู้จัดทำดำเนินการทั้งหมด และผูกขาดการพูดแต่เพียงผู้เดียวส่วนผู้ฟังนั้นแทบจะไม่มีโอกาสได้ซักถาม ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ หรือเนื้อหาสาระทางวิชาการต่างๆ ได้มากในเวลาอันจำกัด การบรรยายสามารถใช้กับผู้ฟังจำนวนน้อย หรือมากก็ได้ ถ้าใช้สื่อบางอย่างประกอบการบรรยายเช่น ใช้ Power point โทรทัศน์ วิทยู สามารถถ่ายทอด

ความรู้ไปยังผู้ฟังเพิ่มมากขึ้น สามารถใช้ได้เป็นอย่างดีในการถ่ายทอดความรู้ทางทฤษฎี หลักการ พื้นฐาน และข้อเท็จจริงต่างๆ ทำให้ผู้ฟังไม่ต้องเสียเวลาไปศึกษาหาความรู้เองเพราะผู้บรรยายได้สรุปสาระสำคัญต่างๆ ให้แล้ว นอกจากนั้นยังเป็นการพัฒนาทักษะของผู้ฟัง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการรับรู้ อย่างมีเหตุ มีผลในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลในเบื้องต้น และเป็นการปูพื้นฐานที่จะนำไปสู่การอภิปรายกลุ่มได้อย่างมีเหตุมีผล (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2534, น.447-449)

การอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) เป็นวิธีการที่นำมาใช้อย่างกว้างขวางในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยการที่สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้แสดงความคิดเห็น และประสบการณ์ ทางคำพูด เป็นการแสดงบุคลิกภาพ ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายในรูปธรรม และนามธรรม ช่วยให้กลุ่มได้หาข้อเท็จจริง แปลความหมายของข้อเท็จจริง ใช้วิจารณ์ญาณแยกแยะความเข้าใจของตัวเอง ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น และใช้หลักในการตัดสินใจโดยการฟังเหตุผล ข้อเท็จจริง ความถูกต้อง และความเหมาะสมตามหลักประชาธิปไตย สมาชิกแต่ละคนมีอิสระในการออกความคิดเห็น และให้ความร่วมมือในการค้นหาทางแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ หรือเกี่ยวข้องอยู่มากกว่าจะพูดถึงข้อเท็จจริงอย่างเดียว การอภิปรายกลุ่มช่วยฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาาร่วมกัน หรือเป็นการฝึกทักษะในการทำงานแบบเป็นทีม เพราะงานบางอย่างไม่สามารถทำตามลำดับได้ หรือทำได้ไม่ได้ผล แต่จะได้รับความสำเร็จถ้าทำโดยกลุ่ม การอภิปรายกลุ่มเหมาะสำหรับสมาชิกกลุ่มประมาณ 10-12 คน การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พิจารณา ไตร่ตรอง อย่างรอบคอบทุกแง่ ทุกมุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดความเหมาะสม อิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เกิดการตัดสินใจด้วยการยอมรับ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร (สุรีย์ จันทรโมลี, 2527, น. 100-101)

การสาธิต (Demonstration) เป็นการแสดงโดยใช้เครื่องมือประกอบ เพื่อช่วยให้ผู้ดูได้เข้าใจอย่างแจ่มแจ้งในเรื่องที่ต้องการจะให้ผู้ การสาธิตจึงเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในเรื่องที่ต้องการชักชวนให้ผู้ดูปฏิบัติตาม หรือเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เช่นการทำความสะอาดภาชนะบรรจุน้ำที่ถูกต้อง การใส่ทรายอาเบทในน้ำใช้ การใส่ห้วงคุมกำเนิด การแปรงฟันที่ถูกต้อง การตรวจเบาหวานด้วยตนเอง เป็นต้น การให้สุขศึกษาด้วยการสาธิตทำให้ผู้ดูได้เห็นของจริง และจดจำได้นาน ซึ่งบางอย่างเปิดโอกาสผู้ดูได้ใช้ประสาทสัมผัส ทั้ง 5 ช่วยในการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี นอกนั้นยังดึงดูดความสนใจ และเร้าใจให้ผู้ดูติดตามตลอดเวลา เป็นผลทำให้ได้รับความรับรู้ตามต้องการ ทั้งประหยัดเวลาในการอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้ (สุรีย์ จันทรโมลี, 2527, น.196-197)

การจัดนิทรรศการ (Exhibition) คือการนำเอาวัตถุสิ่งของ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการจะให้รู้มาจัดแสดงอย่างเป็นระเบียบ เพื่อเร่งรัดให้บุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย หรือบุคคลทั่วไปเกิดความสนใจ และเข้ามามีส่วนร่วมศึกษาหาความรู้ โดยไม่จำกัดจำนวน ปัจจุบันการจัดนิทรรศการเป็นวิธีการเผยแพร่ความรู้แบบมวลชนที่นิยมใช้กันมากตามหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ดังจะเห็นได้จากการจัดงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการทางด้านการค้า หรืองานเทศกาลต่างๆ ดังนี้

- สามารถแสดงให้เห็นเข้าใจเค้าโครงพื้นฐานของความคิด ได้เร็วกว่าการอธิบายเป็นตัวหนังสือ และยังกระตุ้นให้ผู้ชมเกิดความอยากรู้ อยากเห็นต่อไปด้วย
- สามารถนำเอาความคิด ที่กระจัดกระจายมารวมเข้าด้วยกัน และทำให้เกิดเป็นแนวคิดรวมยอดขึ้นมาใหม่
- ทำให้ผู้ชมเข้าใจสื่อ ที่เป็นนามธรรม ด้วยการแสดงให้เห็นลักษณะของวัสดุสิ่งของ

หลักการทั่วไปในการจัดนิทรรศการ โดยปกติจัดขึ้นเพื่อแสดงถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งและเน้นให้เห็นว่าเรื่องนั้นๆ มีลักษณะเด่นพิเศษ ควรจัดให้เข้าใจง่าย มีชื่อเสียง และหัวข้อแจ่มแจ้งไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งเป็นระเบียบเรียบร้อย ใช้ภาพหรืออุปกรณ์ที่มองเห็นแล้วเข้าใจง่าย พยายามอย่าให้ละเอียดหรือเรื่องที่จะต้องอ่านมากเกินไป ควรจัดให้สะดุดตา น่าสนใจ เช่น จัดระยะ หรือช่วงต่างๆ ให้เหมาะสม ใช้สื่อให้สวยงาม และมีชีวิตชีวาและถ้าจำเป็นอาจใช้แสงไฟฟ้าเข้าช่วย (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2534, น.447)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ

1. ที่ประเทศไทย:

กองโรคติดต่อทั่วไป ได้ทำการ สุ่มตรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศทุกภาคประเทศไทย พบว่าแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบ้าน ทั้งภายใน และภายนอกบ้านคือ โถงน้ำดื่ม และน้ำใช้ ร้อยละ 70.82 จานรองขาตู้กับข้าวกันมด ร้อยละ 15.68 ที่เหลือเป็นภาชนะอื่นๆ เช่น ไห ถังน้ำมัน แจกัน และยางรถยนต์เก่า ร้อยละ 13.49 (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2533, เอกสารประกอบการบรรยาย (<http://www.planuthai.myokhost.com/page 2.php>. Retrieved May 19, 2009) เช่นเดียวกับ จิตติ จันทรแสง และคณะ ได้สำรวจการแพร่กระจาย และดัชนีความชุกของยุงลายในชนบท ปี พ.ศ.2532-2534 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้โดยใช้วิธีการสำรวจตามแบบมาตรฐาน WHO คือ Visual Larval Survey แล้วคำนวณหาค่าดัชนี

ความชุกของยุงลายได้แก่ ค่า House Index, Breteau Index, Container Index ซึ่งรวมมี 64 หมู่บ้าน และพบว่าภาชนะที่พบมากที่สุดคือตุ่มน้ำ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ พบโดยเฉลี่ย 1.29, 1.32, 0.58 ใบต่อบ้าน ตามลำดับ ค่าดัชนีความชุกของยุงลาย อยู่ในเกณฑ์สูงทั้ง 3 ภาค โดยเฉลี่ย BI มีค่า 225.14, 189.75, 106.44 ตามลำดับ จากการนำค่า Log ฐาน 10 กับค่าเฉลี่ย BI มาเขียนเป็น Scatter plots พบว่า ร้อยละ 78.75 ของพื้นที่ซึ่งมี อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า 100 จากข้อมูลการวิเคราะห์นี้จึงใช้เป็นมาตรฐาน ในการกำหนดแนวทาง การควบคุมยุงลายโดยกำหนดว่า พื้นที่ใดที่ทำการควบคุมยุงลายค่า BI จะต้องต่ำกว่า 100 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ (จิตติจันท์แสงและคณะ, 2536, น.85-101)

องอาจ เจริญสุข พร้อมคณะ (เอกสาร อัดสำเนา, 2529-2530, น.3-4) ได้ทำการศึกษา โดยการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และจับยุงลายตามฤดูกาลของ 9 หมู่บ้านในชนบท รวม 2 ปี พบว่าทุก หมู่บ้าน ทุกฤดูกาล ความชุกของยุงลายสูงมาก พอที่จะทำให้โรคไข้เลือดออกระบาดได้ตลอดปี ค่าเฉลี่ยของทุกดัชนี House Index (HI), Container Index (CI), Breteau Index (BI), Female Landing Rate (FLR) ในฤดูฝนมากกว่าฤดูร้อน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติทั้ง 2 ปี ($P\text{-Val} < 0.05$, one tail T-test) CI, BI, และ FLR ฤดูหนาวน้อยกว่าฤดูฝน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ปี ($P\text{-Val} < 0.05$, one tail T-test) ส่วน HI ในฤดูหนาวน้อยกว่าฤดูฝนเฉพาะปีแรกเท่านั้น ($P\text{-Val} < 0.05$, one tail T-test) BI ฤดูฝนสูงกว่าฤดูร้อน และฤดูหนาวในปีที่ 1 และปีที่ 2 ประมาณ 0.6 และ 0.8 เท่าตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยของ FLR ตลอด 2 ปี และฤดูฝนเพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกัน ของปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Val} < 0.05$, one tail T-test) ถ้าหากไม่มีการควบคุม ยุงลาย จำนวนยุงลายจะเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในฤดูฝนแต่ละปี อย่างช้า ๆ และกลับลดลงอีกในฤดู หนาว และฤดูร้อนที่จะมาถึง ค่าเฉลี่ยของของ 2 ปีของภาชนะในบ้าน พบลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 45.49 มากกว่าภาชนะนอกบ้าน ซึ่งมีเพียง ร้อยละ 22.84 ภาชนะที่ไม่ปิดฝา พบลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 37.43 มากกว่าภาชนะที่ปิดฝาคือมีเพียงร้อยละ 22.05 ชนิดของภาชนะที่มี percent การ พบลูกน้ำยุงลายสูงสุด ได้แก่ ขาตุ๋นก้นมด, โอ่งน้ำใช้, โอ่งน้ำดื่ม, ภาชนะอื่นๆ ภายนอกและในบ้าน, ถังซีเมนต์ ห้องน้ำ โอ่งซีเมนต์ขนาดใหญ่ และถังคอนกรีตเก็บน้ำฝน เท่ากับ ร้อยละ 62.9, 36.8, 36.4, 35.1, 35.1, 6.2 และ 0.3 ตามลำดับ ไข่ยุงลายสามารถแตกตัว และเจริญได้ดีในน้ำโสโครก (Polluted Water) เท่าๆ กับน้ำสะอาด และมีความสมบูรณ์มากกว่าในน้ำสะอาดอีกด้วย ยุงลาย ชอบไขในน้ำโสโครก แม้ว่าน้ำนั้นจะสะอาด หรือ สกปรกก็ตาม และจะต้องอยู่ในภาชนะ หรือ ลักษณะ คล้ายภาชนะ ป่อ และคลองไม่เป็นแหล่งเพราะพันธุ์ของยุงลายในปัจจุบัน

ดวงผา วานิชรักษ์ และคณะ (<http://www-ddc.moph.go.th/module/html/data1.htm>. Retrieved Decmber 22, 2008) ได้ทำการศึกษา ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP) ใน ประชากร 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก หลังการ ทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมี ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP) และดัชนีลูกกลู่น้ำ (index) ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งแกร่งและต่อเนื่อง

สุวิทย์ พัฒน์มณี (2537, น.63-64) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับ และไม่ได้รับ โปรแกรมสุข ศึกษาในเขต อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการทดลองคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรม สุขภาพด้านการรับรู้สูง และการปฏิบัติในการป้องกัน-ควบคุมไข้เลือดออกสูงขึ้นจาก 81.71 เป็น 90.13 และ 5.15 เป็น 8.07 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 8.42 ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงเป็น 0.55 และพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 2.86 ส่วนกลุ่มควบคุม ยังคงเป็น 0.11

ลำยวน ไชกชัยชำนาญกิจ (2547, น.58-62) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ในการป้องกัน และควบคุมไข้เลือดออก ในชุมชนอำเภอพระประแดง จังหวัด สมุทรปราการ พ.ศ.2547 โดยใช้การสัมภาษณ์ หัวหน้า หรือ ผู้แทน 967 ครัวเรือน และสำรวจความ ชุกของลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน และสถานที่ไม่ใช่ครัวเรือน ผ่านการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ของประชาชนในแต่ละครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67, 77.4, 68.7 ตามลำดับ และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างความรู้ กับการปฏิบัติ และ ทักษะกับการปฏิบัติ

ไมตรี ธนาวัดนะ (2547, น.87-92) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุข ศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก พบว่าหลังการ ดำเนินการตามโปรแกรมสุขศึกษาแกนนำ ชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีที่เป็นกลุ่ม ทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมาก และพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<.01)

อุดม รอดสา (2547, น.83) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของนักรการภารโรงที่โรงเรียน เขต เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา นักรการภารโรงกลุ่มทดลองมี ความรู้สูง เจตคติและการปฏิบัติดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<.05)

นาริรัตน์ ทวีฉลาด (2547, น.62) ที่ศึกษาเกี่ยวผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอปรางสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่าหลังการดำเนินการตามโปรแกรมสุขศึกษา แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกดีกว่า ก่อนการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$)

วันเพ็ญ รัตนกมลกานต์ (2547, น.91-92) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่หมู่บ้านของตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาที่เป็นกิจกรรมในทางปฏิบัติ พบว่าพฤติกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ดีวก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .05$)

ธีรพัฒน์ สุทธิประภา (2547, น.71-72) ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในหมู่บ้านปกติ หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง และหมู่บ้านเสี่ยงสูงของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < .05$) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความอันตราย การรับรู้อุปสรรคและผลประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง

Limtragool, P., Stoeckel, J., Charoenchai, A., & Panichacheewakul, P (1992) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครบ้านใน 8 หมู่บ้านภาคเหนือของประเทศไทย วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับอัตราการครอบคลุมของการให้วัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านควบคุม 8 หมู่บ้าน และหมู่บ้านทดลอง 8 หมู่บ้านหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา และติดตามความคืบหน้าใน 4 เดือนต่อมา ในหมู่บ้านทดลองพบว่าอัตราการครอบคลุมของการให้วัคซีนในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ระดับความรู้ของมารดาและอาสาสมัครเพิ่มขึ้น รวมทั้ง การมีส่วนร่วมในการวางแผนและประสานงานของอาสาสมัครดีขึ้นแตกต่างจากหมู่บ้านควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ อย่างเช่น อัตราครอบคลุมในเด็กต่ำกว่า 1 ปี ในหมู่บ้านทดลองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65 เป็นร้อยละ 89 ขณะที่หมู่บ้านควบคุมยังคงเป็นร้อยละ 56 เป็นต้น

Malee Geounupakul, Piyarat Butraporn, Peter Kunstadter, Somjai Leemingsawat, & Aranut Pracheun, 2007, P.546-559 ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้โปรแกรม

สุขศึกษาต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้หญิงในหมู่บ้านที่เป็นชาวเขาของจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มีการวัดผลครั้งที่ 1 ก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาแล้ววัดผลอีกในเดือนที่ 3, 6, 9, และ 12 พบว่าจำนวนผู้หญิงในหมู่บ้านทดลองมีความความนับถือตัวเองและมีความมั่นใจในตนเองสูงขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียรวมทั้งการใช้มุ้งย้อมยา และใช้ยากันยุงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < .001$

สุภาพร องค์สุริยานนท์ (2008, น.33-38) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าหลังให้โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเรื้อรังขั้นสุดท้าย มีความรู้และปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) ผู้ป่วยทุกรายสามารถชะลอการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ โดยไม่ต้องบำบัดทดแทนไตได้

นิพนธ์ โตวิวัฒน์, วณิดา กิริติกรณสุภักดิ์และดิเรค นวนสกุล (2542, น.508-515) ได้ศึกษาประสิทธิผลของสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกในจังหวัดอุทัยธานี หลังให้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่าตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกถูกต้องและดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นไข้เลือดออก การรับรู้ผลประ โยชน์ของปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ในการป้องกันไข้เลือดออกของตัวแทนหลังคาเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) ผ่านการติดตามของอาสาสมัคร ระยะ 8 สัปดาห์ พบว่าจำนวนเรือนที่เป็นตัวแทนหลังคาเรือนในกลุ่มทดลองไม่น้อยกว่า ร้อยละ 86 มีความสม่ำเสมอในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลายครบถ้วน ส่งผลให้ความชุกของดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านลดลง

Songporn Chuntharapat, Wattana Sripotchanart, & Julianna Phongthanasarn, 1999, P.123-138 ได้ศึกษาผลการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน หลังให้โปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ความถี่และค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนการปฏิบัติตรวจเต้านม ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$)

4.2 งานวิจัยในประเทศ

Marshall H.Becker, Lois A.Maiman, Jonh P.Kirsch, Don P. Haefner, Robert & H.Drachman,1977, PP.348-366 ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์ของมารดาที่มีลูกอ่อนเกินไป นักวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มที่1และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม โดยการให้ Interventionในกลุ่มที่ 1 ด้วยข้อมูลที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับมากเกี่ยวกับภาวะความ เสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับเด็กอ่อนเกินไป กลุ่มที่ 2 ให้ข้อมูลเหมือนกลุ่มที่ 1 แต่ลดระดับความกลัวให้น้อยกว่ากลุ่มที่ 1 ส่วนกลุ่มที่ 3 ไม่ได้ให้ Intervention จากนั้นทำการ ติดตามและวัดผล 4 ครั้งในระยะ 2 เดือน ในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่าง มากระหว่าง การรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรคในเด็กของมารดากับการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนักตัวของเด็ก และมีความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะคุกคามของมารดาต่อการเกิดโรคใน เด็กของพวกเขา กับ การนัดพบเพื่อติดตามผลแต่ละระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปร ตามที่สำคัญอย่างเช่น น้ำหนักตัวของเด็ก พบว่าในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มลดลงไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบผลแต่ละระยะ ก่อนและหลังพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่ม ควบคุมพบว่าน้ำหนักตัวเด็กและตัวแปรอื่นๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

SM Hazavehei, MH Taghdisi, & M Saidi, 2007, p.1-11 ศึกษาเกี่ยวกับการ ประยุกต์ใช้แบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน วัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยง ในการวิวัฒนาการไปสู่โรคกระดูกพรุนในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่น จำนวนตัวอย่างได้แก่นักศึกษาที่เป็น ผู้หญิงจำนวน 216 ที่สุ่มมาจากโรงเรียนกลางของเมือง Garmdsar ประเทศ อิหร่าน แบ่งเป็นสาม กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 (กลุ่มทดลอง) ให้โปรแกรมตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ให้โปรแกรมแบบเดิมๆ ตามหลักสูตรของโรงเรียน ส่วนกลุ่มที่ 3 (ควบคุม) เป็นกลุ่มที่ ไม่ได้ให้โปรแกรมสุขศึกษา จากการประเมินผล ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษาระยะห่างกัน 1 เดือนพบว่า

กลุ่มที่ 1 ค่าเฉลี่ยของ Domainsต่างๆ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างเช่น

ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน (P-value<.001)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกระดูกพรุน (P-value<.001)

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน (P-value<.001)

การรับรู้ถึงผลประโยชน์เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการขยายไปสู่โรคกระดูกพรุน (P-value<.001)

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคกระดูกพรุน ($P\text{-value} < .001$)
 กลุ่มที่ 2 ค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนและการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกระดูกพรุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Domains อื่นไม่มีการเปลี่ยนแปลง
 กลุ่มที่ 3 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย

Saleh MA, al-Ghamdi YS, al-Yahia OA, Shaqran TM, & Mosa AR, p.1999 พบว่าหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษาทำให้นักเรียนชั้นมัธยม ในเมือง Buraidah City ประเทศ Saudi Arabia มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $P\text{-value} < .05$ เช่นเดียวกับการศึกษาของ

Tran Tan Tram et al (2003, P.174-180) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ เจตคติและของปฏิบัติของมารดาที่มีลูกอายุต่ำกว่า 15 ปี ใน 4 ชุมชนของเมือง ภาคใต้ของประเทศไทย เวียดนาม พบว่าหลังให้โปรแกรมสุขศึกษาทำให้ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของมารดาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Klepp, K. I., Ndeki, S. S., Seha, A. M., Hannan, P., Lyimo, B. A., Msuya, M. H., et al. (1994, PP.1157-1162) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษา เกี่ยวกับ AIDS สำหรับนักเรียนชั้นประถมต้นใน Tanzania พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่านักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

Khanom, K., & Salahuddin, A. K. (1983, PP.18-24) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกัน โรคในเด็ก ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

Salazar-Lindo, E., Chea-Woo, E., Kohatsu, J., & Miranda, P. R. (1991, P227-234) ได้ประเมินผลของโปรแกรม การอบรมการบริหารจัดการทางคลินิกสำหรับโรคท้องร่วงในเด็กทารกที่ประเทศเปรู พบว่าหลังการอบรมแพทย์และพยาบาลมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติดีขึ้น โดยเฉพาะความรู้ทางด้านการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาแบบให้น้ำเกลือแร่ทางปาก และการรักษาด้วยยา ซึ่งเห็นว่าการรักษาด้วยการทดแทนน้ำเกลือแร่ทางปากในสถานที่ให้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 23 ($P\text{-value} < .007$) ในขณะเดียวกันพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นลดลงจากร้อยละ 85.7 เป็น 64.8 ($P\text{-value} < .025$)

El Nour, N. M. (1992, P.935-939) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเด็กแทนนมแม่ต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของมารดาและบิดา ซึ่งส่วนมาก ไม่รู้หนังสือและมาจากชนบท พบว่าหลังการให้ความรู้มารดาและบิดาของเด็กมีความรู้สูงขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญ และพบว่าระดับการศึกษาของแม่เป็นปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งมีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็ก

Vu Sinh nam et.al (1997) ได้ทำการศึกษาทดลองโดยการรณรงค์ให้ประชาชนใช้ ไร่น้ำจืด (Mesocyclops) และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยการอบรมประชากรเป้าหมาย เกี่ยวกับกิจกรรมให้การศึกษาชุมชนพบว่า ในระยะเวลา 18 เดือนประชาชนในแต่ละครัวเรือนมีความเข้าใจต่อวิธีการติดต่อของโรคไข้เลือดออก(DF/DHF) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38 เป็นร้อยละ 95.3 เกี่ยวกับการใช้ Mesocyclops ในการควบคุมลูกน้ำและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ (breeding place) พบว่าระยะ 1 ปี ในถังน้ำหรือภาชนะที่มี Mesocyclops จำนวน ภาชนะบรรจุน้ำที่พบลูกน้ำยุงลาย (Aedes larvae infested water containers) ลดลงจากร้อยละ 21.7 และในระยะ 15 เดือนปรากฏไม่พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลาย (infested containers) เลย เกี่ยวกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ในระยะ 1 ปีพบว่า ปริมาณภาชนะที่ถูกทิ้งเกลื่อนได้ลดลง ถึง 5.1 เท่าเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน (baseline) เกี่ยวกับการเฝ้าระวังพาหะนำโรค พบว่าประชากรยุงได้ลดลงเทียบข้อมูลพื้นฐานจำนวนหลังคาเรือนที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 หลังคา(House Index) ลดลง 2.8 เท่า และจำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (Container Index) ก็ลดลงถึง 3.6 เท่า และได้ลดลงตามลำดับอย่างน่าพอใจ ยิ่งไปกว่านั้นในการเฝ้าระวังด้านเซรุ่มวิทยา (serological surveillance) พบว่าไม่มีกรณีรายงาน (case report) ทั้งสองกลุ่มคือ ชุมชนที่ทำการทดลองและควบคุม เพราะฉะนั้นการป้องกันและควบคุมจึงเน้นถึง KAP ของประชาชน ถ้าประชาชนเข้าใจปัญหา เขาก็จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ลูกน้ำ และป้องกันไม่ให้ยุงกัด ในอดีตการควบคุมไข้เลือดออกโดยหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีผลสำเร็จช่วงระยะเวลาสั้นๆ ไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นกุญแจสำคัญ (Main Key) การรณรงค์โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรม ประชาชน เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ การร่วมมือกับโรงเรียน ในการสอนนักเรียนให้มีความรู้ในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำมาจำหน่าย

ที่เมือง Havana, Cuba จัดโครงการนำร่องในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

(Intersectional coordination) Sanchez L et al (2005,P.82-91) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี นักวิจัยได้ใช้วิธีแบบมีส่วนร่วมเพื่ออำนวยความสะดวกในการสนทนา มีการพัฒนาแผนการร่วมมือระหว่างภาคต่างๆ ในการป้องกันไข้เลือดออกวัตถุประสงค์หลัก คือ การออกแบบ

และการดำเนินกิจกรรมการสื่อสารและการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน และควบคุมไข้เลือดออกเพื่อลดผ่นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายโดยวิธีการต่างๆ อย่างเช่น กำจัดภาชนะที่ไม่ได้ใช้ทั้งในและนอกบ้าน การปกปิดถังน้ำ การทำความสะอาดบริเวณที่อยู่อาศัย และสถานที่สาธารณะ การสื่อสาร และการเคลื่อนไหวทางสังคม ระยะ 1 ปี พบว่าในเขตทดลองความรู้เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 49.7 ความรู้เรื่องอาการของโรคไข้เลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.1 อัตราส่วนของครัวเรือนที่กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 44 House Index ลดลงจากร้อยละ 3.72 (base line) เป็นร้อยละ 0.61 ในเขตควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจาก House Index เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 1.31 เป็น ร้อยละ 1.65

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ประมวลมานั้นสามารถที่จะสรุปได้ว่า การที่ประชาชนในชุมชนจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่ถูกต้องนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายๆ อย่างเกี่ยวข้องขอบเขตความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ รวมทั้งการร่วมมือแบบพหุภาคีระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชนและชุมชน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญทางสังคม อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานจะบรรลุผลได้นั้น ประชาชนทุกคนจะต้องมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้อง ทั้งด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันโรค และอุปสรรคของการปฏิบัติ อันจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจจาก 2 อย่างที่สำคัญได้แก่แรงจูงใจที่เกิดจากความรับรู้ และแรงจูงใจที่เกิดจากแรงสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นตัวแปรอันสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาไข้เลือดออกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วมในการดำเนินการ ส่วนร่วมในผลประโยชน์และส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลจึงจะเกิดผลรับที่ยั่งยืนได้