

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษารูปแบบการให้สุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผู้วิจัยค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. บริบทของอำเภอโกรกพระและสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ
2. ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
4. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
5. รูปแบบการให้สุขศึกษา
6. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเลือดออก
7. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
8. การสนทนากลุ่ม
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบความคิดในการวิจัย

บริบทของอำเภอโกรกพระและสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ

1. สภาพทางกายภาพ

1.1 ที่ตั้ง

อำเภอโกรกพระ ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของจังหวัดนครสวรรค์ ห่างจากศาลากลางจังหวัด ประมาณ 17 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 248 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 185,746 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 2.57 ของพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ เดิมตั้งอยู่ที่ ตำบลเนินศาลา เรียกว่า อำเภอเนินศาลา ซึ่งห่างจากเชิงเขาหลวงไปทางทิศตะวันออกประมาณ 3 กิโลเมตร ตามหลักฐาน อำเภอเนินศาลา ตั้งขึ้นระหว่าง ปี ร.ศ. 113-117 (พ.ศ. 2437-2441) ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ต่อมาในปี ร.ศ. 118-120 (พ.ศ. 2442-2444) ซึ่งสมัยนั้นการคมนาคมทางบกไม่สะดวก การสัญจรทางแม่น้ำเจ้าพระยาสะดวกกว่า จึงได้ย้ายอำเภอมายังอยู่ริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาที่บ้านโกรกพระ และได้เปลี่ยนชื่อจาก อำเภอเนินศาลา เป็น อำเภอโกรกพระ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

1.2 อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อ	อำเภอเมืองนครสวรรค์
ทิศใต้	ติดต่อ	อำเภอพยุหะคีรี และอำเภอเมืองอุทัยธานี
ทิศตะวันออก	ติดต่อ	อำเภอเมืองนครสวรรค์ และอำเภอพยุหะคีรี
ทิศตะวันตก	ติดต่อ	อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

1.3 สภาพภูมิประเทศ

ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสลับกับลูกคลื่นลอนลาด มีแม่น้ำไหลผ่าน 3 สาย ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำตากแดด และ คลองบางประมุง บริเวณทิศตะวันตกมีภูเขาหลวงวางตัวเป็นแนวยาว ทิศตะวันออกมีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่าน นอกจากนั้นยังมีบึงขนาดใหญ่ในบริเวณตอนกลางหลายแห่งด้วยกัน

1.4 สภาพภูมิอากาศ

ลักษณะภูมิอากาศ จัดอยู่ในลักษณะร้อนชื้นแบบสะวันนา คือ มีฤดูฝน และ ฤดูแล้งเห็นได้ชัดเจน โดยได้รับอิทธิพล จากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ และ ลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ จากสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศดังกล่าว จึงทำให้อำเภอโกรกพระ ประสบภัยธรรมชาติ ทั้งภัยแล้ง อุทกภัย และวาตภัย

2. สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

2.1 การประกอบอาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทำไร่ และ ทำสวน โดยมีพื้นที่ทำการเกษตร ประมาณ 143,180 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 77.08 ของพื้นที่ทั้งหมด พืชหลักได้แก่ ข้าว ข้าวโพด ข้าวฟ่าง อ้อย พืชสวน ได้แก่ ทุเรียน กุ้งขาว กุ้งกุลาดำ มะนาว และ การปลูกผักต่างๆ อาชีพเสริม ได้แก่ รับจ้าง จักสาน และเลี้ยงสัตว์

2.2 การปกครอง

อำเภอโกรกพระ มีจำนวน 9 ตำบล 63 หมู่บ้าน 8,991 หลังคาเรือน ประชากร 36,860 คน องค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง เทศบาล 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลโกรกพระ (3 หมู่บ้าน) เทศบาลตำบลบางประมุง (8 หมู่บ้าน)

ตารางที่ 2.1 แสดงเขตการปกครองของอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

รหัส	ตำบล	จำนวน หลังคาเรือน	ประชากร ทะเบียนราษฎร	พื้นที่ (ตร.กม.)	ความหนาแน่น (คน/ตร.กม.)
01	โกรกพระ	2,274	9,661	29.8	330
02	ยางตาล	1,023	4,047	21.7	186
03	บางมะฝ่อ	1,025	4,341	17.4	249
04	บางประมุง	1,184	5,217	42.3	123
05	นากลาง	767	2,949	35.3	82
06	ศาลาแดง	728	2,823	31.6	88
07	เนินกร้าว	701	2,918	30.9	93
08	เนินศาลา	787	2,978	23.3	120
09	หาดสูง	502	1,926	15.7	122
รวม อ.โกรกพระ		8,991	36,860	248	149

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ(2548 :2)

จากการตาราง เขตการปกครองของอำเภอโกรกพระ พบว่า ตำบลที่มีประชากรมากที่สุด ได้แก่ ตำบลโกรกพระ รองลงมา ได้แก่ ตำบลบางประมุง ตำบลที่มีประชากรน้อยที่สุด ได้แก่ ตำบลหาดสูง

2.3 การศึกษา

โรงเรียน	ทั้งหมด	25	แห่ง	แยกเป็น		
- ประถมศึกษา รัฐบาล		23	แห่ง	นักเรียน	3,567	คน
- ประถมศึกษา เอกชน		1	แห่ง	นักเรียน	303	คน
- มัธยมศึกษา		1	แห่ง	นักเรียน	846	คน
				นักเรียน	ทั้งหมด	4,716
- อนุบาล	777	คน		ป.1-ป.6	2,544	คน
- ม.1-ม.3	1,067	คน		ม.4-ม.6	328	คน

2.4 การศาสนา

จำนวน วัดพุทธ 24 แห่ง สำนักสงฆ์ 4 แห่ง

ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม ตามลำดับ

2.5 การสาธารณสุข

1. สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง	1 แห่ง
ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่สถานีอนามัย	2 แห่ง
สถานีอนามัยทั่วไปในเครือข่าย	7 แห่ง

2. สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน

คลินิกแพทย์	2 แห่ง
คลินิกพยาบาล	2 แห่ง
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน บรรจุนเสร็จ	5 แห่ง
ร้านขายยาแผนโบราณ	6 แห่ง

3. ชุมชน

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	63 แห่ง		
ชมรมผู้สูงอายุ	8 ชมรม สมาชิก	740	คน
ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข	1 ชมรม สมาชิก	559	คน

ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลโกรกพระ
อำเภอโกรกพระ จังหวัด นครสวรรค์

รายละเอียด		รพช.	ศอ.	รวม
1.รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	คน	8,898	15,648	24,637
	ครั้ง	44,268	72,702	116,970
2.รักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	คน	2,865	-	2,865
	ครั้ง	7,297	-	7,297
อัตราการครองเตียง	%	67.57	-	67.57

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ (2548 :6)

จากตารางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกพบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 24,637 คนมา
รับบริการ 116,970 ครั้ง และ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำนวน 2,865 คน มารับบริการ 7,297 ครั้ง
อัตราการครองเตียง คิดเป็น 67.57 %

ตารางที่ 2.3 แสดงสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกที่สำคัญ 10 อันดับ ปีงบประมาณ 2547 ของ
อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

อันดับ	สาเหตุการป่วย	จำนวน (ราย)	อัตราป่วย / แสนประชากร
1.	โรกระบบหายใจ	24,474	71,767.1
2.	โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริม	19,873	58,275.2
3.	โรกระบบไหลเวียนเลือด	15,057	44,152.8
4.	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ	6,972	20,312.6
5.	โรคติดเชื้อและปรสิต	4,141	12,143.0
6.	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	3,531	10,354.2
7.	โรคภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	2,490	7,301.6
8.	โรกระบบประสาท	1,940	5,688.8
9.	โรคตาส่วนประกอบของตา	1,640	4,809.1
10.	โรคหูและปุ่มกกหู	1,523	4,466.0

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ (2548 :10)

จากการแยกประเภทผู้ป่วยพบว่า อาการแสดงที่ไม่สามารถจำแนกโรคได้ มีอัตราป่วย 42,739.4 ต่อแสนประชากร และสาเหตุจากภายนอกอื่นๆที่ทำให้ป่วย มีอัตราป่วย 25,435.5 ต่อแสนประชากร จัดอยู่ในอันดับที่ 4 , 5 หมายความว่า ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการวินิจฉัยโรคและพัฒนาบุคลากรให้ทราบอาการป่วยที่แน่นอนเพื่อประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย

ตารางที่ 2.4 แสดงอันดับโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2547 (ม.ค. 47 – 30 ก.ย. 47)
ของอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)	อัตราต่อแสนประชากร
1	อุจจาระร่วง	613	1,663.04
2	อาหารเป็นพิษ	112	303.85
3	โรคตาแดง	81	219.75
4	สุกใส	48	130.22
5	ไข้หวัดใหญ่	39	105.80
6	ไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ	36	97.66
7	ปอดบวม ปอดอักเสบ	34	92.24
8	ไข้เลือดออก ไข้เต็งก็	20	54.25
9	วัณโรคปอด	12	32.55

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ (2548 :13)

จากการแสดงอันดับโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบว่า โรคที่มีอัตราการป่วยมากที่สุด ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง รองลงมาได้แก่ อาหารเป็นพิษ ส่วนโรคที่มีอัตราการป่วยน้อยที่สุด ได้แก่ วัณโรคปอด

ตารางที่ 2.5 แสดงโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี 2545 – 2547 อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์
(ปี 2547 ข้อมูล ตั้งแต่ 1 มกราคม – 30 กันยายน 2547)

ลำดับ	ชื่อโรค	อัตราป่วย/แสนประชากร		ปี พ.ศ. 2547	
		ปี พ.ศ. 2545	ปี พ.ศ. 2546	จำนวน (ราย)	อัตราป่วย/แสน
1	วัณโรคปอด	43.2	35.90	12	32.55
2	คางทูม	2.71	25.64	3	8.13
3	หัด	13.57	7.69	3	8.13
4	คอตีบ	2.71	10.25	2	5.42
5	หัดเยอรมัน	5.43	0	0	0
6	โปลิโอ	0	0	0	0
7	คอตีบ	0	0	0	0
8	ไอกรน	0	0	0	0
9	บาดทะยัก	0	0	0	0

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ (2548 :14)

จากการแสดงอันดับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ปี พ.ศ. 2547 พบว่าโรคที่มีอัตราการป่วยมากที่สุดได้แก่ วัณโรคปอด รองลงมา ได้แก่ คางทูม และ หัด ส่วนโรคที่ไม่พบผู้ป่วย ได้แก่ หัดเยอรมัน โปลิโอ คอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก

ตารางที่ 2.6 แสดงจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2535 – 2547 อำเภอโกรกพระ
จังหวัดนครสวรรค์

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
2535	28	82.34
2536	33	96.36
2537	18	51.86
2538	0	0
2539	10	28.26
2540	29	81.64
2541	63	176.97
2542	25	68.05
2543	10	27.18
2544	234	644.23
2545	68	184.55
2546	54	138.47
2547	20	54.25

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ (2548 :15)

จากการแสดงอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก พบว่าปีที่มีอัตราการป่วยมากที่สุด
ได้แก่ ปี พ.ศ. 2544 รองลงมาได้แก่ ปี พ.ศ. 2545 ส่วนปีที่ไม่มีการอัตราการป่วย ได้แก่ ปี พ.ศ. 2538

ตารางที่ 2.7 แสดงจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2547 (ม.ค. 47 – ก.ย. 47) ของ
อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์

ลำดับที่	ตำบล	จำนวน (ราย)	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
1	เนินกร้าว	4	137.08
2	หาดสูง	2	103.68
3	นากลาง	3	101.83
4	บางประมุง	5	95.84
5	บางตาล	3	74.13
6	บางมะฝ่อ	1	23.04
7	โกรกพระ	2	20.32
8	ศาลาแดง	0	0.00
9	เนินศาลา	0	0.00

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ (2548 :16)

จากตารางแสดงอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก พบว่าตำบลมีอัตราการป่วยมากที่สุด
ได้แก่ ตำบลเนินกร้าว รองลงมาได้แก่ ตำบลหาดสูง ส่วนตำบลที่ไม่มีอัตราการป่วย ได้แก่
ตำบลศาลาแดง และตำบลเนินศาลา (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกรกพระ. 2547 : 1-10)

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นมา เพื่อที่จะเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของ
มนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพล
ต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติแตกต่างกันออกไปขึ้น
กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา
การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อดั้งเดิม ความสนใจ ค่านิยม และอื่น ๆ การรับรู้
ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ และคิดว่า
สิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบ หรือไม่พึงปรารถนา

ต่อมา เบคเกอร์ (Baker อ้างถึงใน คงผา วานิชรักษ์, 2545 : 36 - 39) เป็นผู้ปรับปรุงแบบ
แผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยได้เพิ่ม

ปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึงความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และควรรใช้เวลาในการรักษาการเกิด โรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์ และ เบคเกอร์ สรุปผลการศึกษา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดในผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้เจนซ์และเบคเกอร์ ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบายหรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัยบุคคล

จึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้ อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สิ่งเร้าภายนอกเช่นข่าวสารคำแนะนำของสมาชิกครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับ ปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพการวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) หมายถึง ปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือองค์ประกอบ ดังกล่าว ข้างต้น ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้างทางสังคม ทักษะคิด ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนใน ด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่น เดียวกัน

ผู้วิจัยเชื่อว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ ของการป้องกัน อุปสรรค แรงจูงใจ และ ปัจจัยร่วม มีผลในการร่วมมือป้องกัน และ ควบคุมโรค โดยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนเข้าสู่ชุมชนได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนำมาใช้ทำนายและ อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ได้ 3 รูปแบบ คือ

พฤติกรรมการป้องกัน โรค (Prevent health behavior)

พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)

พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (The health belief model and prevent health behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้เป็นพื้นฐานในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ คาลส์และคอบบ์ (Cals and Cobb อ้างถึงใน ควงหา วานิชรักษ์, 2545 : 39) อธิบายถึง พฤติกรรม สุขภาพว่าหมายถึงพฤติกรรมใดๆที่บุคคลกระทำโดยมีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อ เป็นการป้องกันโรคหรือค้นหาโรค ซึ่งจะแตกต่างกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย คือ การป้องกันโรค หมายถึงการกระทำใดๆ ของบุคคลที่รู้ว่าตนเองเจ็บป่วยเพื่อที่จะประเมินสุขภาพของตนและค้นหา วิธีการแก้ไขให้หายจากอาการเจ็บป่วยโดยที่รู้ว่าตนเองป่วยต่อมา เบคเกอร์และคณะ ได้ปรับปรุง

แผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคจนเป็นที่รู้จักและยอมรับของบุคคลทั่วไป

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (The Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากผลการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “ การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคล ผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์และมีอำนาจเหนือตัวเรายู่ตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ การปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แคพเพลน (Caplan อ้างถึงใน ศิรา เชียรวิบูลย์. 2542 : 38) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับ โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบบ์ (Cobb อ้างถึงใน ศิรา เชียรวิบูลย์. 2542 : 38) ได้ให้ความหมายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง และเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

กาห์น (Kahn อ้างถึงใน ดวงผา วานิชรักษ์. 2545 : 41) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมาย ระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การขึ้นรับรับรอง หรือ การเห็นพ้องต้องกันกับพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทางด้านเงิน ทอง หรือสิ่งของอื่นๆ

บาร์เรรา (Barrera อ้างถึงใน ดวงผา วานิชรักษ์. 2545 : 41) ให้ความหมายของคำว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด ความช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

พิลิสอก (Pilisuk อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์. 2545 : 53) ให้ความหมายของคำว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

จากความหมาย หรือคำจำกัดความของบุคคลต่างๆ สามารถสรุปความหมายในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ได้ดังนี้ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2535 : 594)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก “ผู้ให้แรงสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือ กลุ่มบุคคลและมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

องค์ประกอบหลักที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมมีดังนี้คือ

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ ให้ความรัก และความหวังดีต่อตน อย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารเป็นลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

กาห์น (Kahn อ้างถึงใน ศิวรา เจริญวิบูลย์. 2542 : 39) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงถึงอารมณ์ในเชิงบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่งซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ หรือการเคารพ

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งการกระทำ และความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคล เกี่ยวกับการให้สิ่งของ หรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจเป็นวัสดุ เงิน ข้อมูลข่าวสาร

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House อ้างถึงใน เทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์. 2545 : 54 - 55) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย และการกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องในการรับรองรวมถึงการสนับสนุนที่อาจเป็นการช่วยเหลือทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสาร

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument support) เช่น แรงงาน เงิน และเวลา เป็นต้น

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอทเลียบ (Gottlieb 1986 : 5-22) ได้แบ่ง ระดับของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับมหภาค(Macro level) เป็นระดับที่พิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยดูจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง(Meso level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดกัน

3. ระดับจุลภาค(Micro level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือ คนรัก

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

แคปเพลน (Caplan อ้างถึงใน กิรวา เรือระวิบูลย์. 2542 : 40) ได้ทำการศึกษาว่า การให้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียดซึ่งมีผลต่อร่างกาย และ จิตใจช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนอดกลั้นต่อปัญหาได้มากขึ้น โดยในกลุ่มคนที่ต้องทำงานและเผชิญกับความเครียดมาก ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจสูง ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ แลงกาลี (Langlie อ้างถึงใน กิรวา เรือระวิบูลย์. 2542 : 40) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนมาก จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่นๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย นอกจากนี้ เบคแลนด์ และ ลันด์วอลล์ (Bakeland and Lundwall อ้างถึงใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ 2535 :585) ยังพบว่า สาเหตุสำคัญที่คนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและจากการวิจัยทางด้านพฤติกรรม การวางแผนครอบครัว (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2535 : 595) ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุน

ทางสังคม ช่วยให้คนยอมรับบริการด้านการวางแผนครอบครัวมากขึ้นซึ่ง สอดคล้องกับ แคมแพน และคณะ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ 2535 : 585) ที่พบว่า คนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะไปใช้บริการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลน้อยกว่าคนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับ เบรคแมนและซิม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ 2535 : 586) ที่ได้ศึกษาสภาวะทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนที่เมืองอลาเมดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลา 9 ปีติดต่อกัน ผลการศึกษาพบว่าคนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม คือ คนไร้ญาติขาดมิตร จะป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่างๆบ่อยกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากนี้ เบอร์เกอร์ (Burgher อ้างถึงใน ศิวรา เชื้อระวีบุญ. 2542 : 40) ยังพบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนและควบคุมพฤติกรรมโดยผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีนี้มีเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1975 โดย Ronald W.Rogers (Mackay อ้างถึงใน ศิวรา เชื้อระวีบุญ. 2542 : 28) ต่อมาได้นำมาปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ.1983 โดยเริ่มจาก การกระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) คือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสารการประเมินการรับรู้มีมาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัวซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่นำมากระตุ้น และ ในการตรวจสอบประเมินการเรียนรู้ โรเจอร์ส (Rogers อ้างถึงใน ศิวรา เชื้อระวีบุญ. 2542 : 28) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการรู้ว่าถ้ากระทำหรือมากระทำพฤติกรรมบางอย่าง อาจจะทำให้บุคคลได้รับผลร้าย โดยใช้สื่อเป็นสื่อสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่ถูกต้อง สุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต เป็นต้น โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเล็กน้อย (Mackay อ้างถึงใน ศิวรา เชื้อระวีบุญ. 2542 : 30) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้า ร่วมกับการรู้ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้น มีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคล ต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรค

กว่าการกระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และ พฤติกรรมได้ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับ ผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจ ที่จะลดการมีพฤติกรรมเสี่ยง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Percieved probability) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ ที่ถูกความต่อสุขภาพ ซึ่งทำให้นึกถึงเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำตัวอย่างเช่นให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความ เรื่อง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในหน้าข้อความของแบบสอบถามว่าตนเชื่อหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ การใช้แบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะปรับปรุงพฤติกรรม อาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้ นั้น ไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคจะไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีกต่อไปว่าความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น การสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเอง ว่าเขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำขู่ บุคคลปฏิบัติตามได้แตกต่างจากตัวแปรอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่ถูกความต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคจากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล และมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาสเคราะห์กรรม โชคชะตา หรือ อำนาจอื่นๆ และไม่ตั้งใจที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสาร หรือการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Wallston and Wallston อ้างถึงใน ศิรรา เขิบระวิบูลย์. 2542 : 32)

ดังนั้น ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในตนสูงในการตรวจสอบองค์ประกอบของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โรเจอร์ส และ แมคคอกซ์ (Mackay อ้างถึงใน ศิวรา เจริญวิบูลย์.2542 : 32) ได้ทำให้ผู้ที่สูญบุหรืมีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกบุหรื สามารถกระทำได้ง่ายคือ บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือกระทำไ้ยากมาก ก็จะมี ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลจากการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำให้ บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรืเขาจะสามารถเลิกบุหรืได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Back และ Lund (Mackay อ้างถึงในศิวรา เจริญวิบูลย์. 2542 : 32) พบว่าความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำจะมีแนวโน้มให้เกิดความไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลงแต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติจะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อ การปฏิบัติอย่างมาเช่นกัน ดังนั้น ประสิทธิภาพของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจึงมิได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้นหากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเองได้ด้วย

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไป การยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้สูงเมื่อบุคคลมองเห็นประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบว่า ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้น ด้วยเช่นกัน และในทางกลับกัน ถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจในการปฏิบัติตามก็จะมีลดน้อยลงไปด้วย เช่น ผู้ที่สูญบุหรืตั้งใจที่จะ สูญบุหรืเพิ่มขึ้น และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ แต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูง หรือกรณีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรค การบอกว่าเขาสามารถรักษาได้โดยที่เขาไม่คิดเชื่อซ้ำอีก ก็จะ ส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

การวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรค โรเจอร์ส (Rogers อ้างถึงใน ศิวรา เขียววิบูลย์, 2542 : 33) ได้พยายามปรับปรุง โดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองโดยสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบคือ

1.การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal)

2.การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal)

กระบวนการรับรู้เรื่องดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้ จากการสังเกต และ ลักษณะบุคลิกภาพ หรือ ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จํานำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบได้แก่ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบที่ไม่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยงความเชื่อในทางศาสนา และ ความคิดฟุ้งสว่สว่ๆ แฉ่งๆ เช่น การไม่รัดเข็มขัดนิรภัย การเริ่มต้นสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ คือ ความพึงพอใจในตนเอง และ ความพึงพอใจจากภายนอก เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม (Steven and Rogers อ้างถึงใน ศิวรา เขียววิบูลย์, 2542 : 33)

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวัง 2 ลักษณะคือ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จ และ เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่สำคัญในความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการตอบสนองลดลงคือ ความไม่สะดวก ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยากอาการแทรกซ้อนและความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Rogers อ้างถึงใน ศิวรา เขียววิบูลย์, 2542 : 35)

ปฏิสัมพันธ์ในการร่วมกันของกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินเผชิญปัญหา จะเกิดตัวแปรแทรกซ้อนขึ้นมาคือ แรงงูใจที่จะทำพฤติกรรมซึ่งในการวัดแรงงูใจนี้ใช้วิธีการตามทฤษฎีของ ฟิชไบน์ (Fishbein) ก็คือ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม (Ajzen and Fishbein อ้างถึงใน ศิวรา เขียววิบูลย์, 2542 : 35) และความตั้งใจนั้นจะเป็นเครื่องทำนายอย่างแม่นยำ ถ้าได้รับการวัดในระดับความเฉพาะเจาะจงเดียวกัน ความตั้งใจนั้นมั่นคงและพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้

การควบคุมของจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ การตอบสนอง และ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อ ความตั้งใจซึ่งความตั้งใจ จะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ การตอบสนองก็มีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และการรับรู้ และการคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูงด้วย ก็จะส่งผลเพื่อความตั้งใจในทางกลับกัน ถ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ ก็จะลดความตั้งใจลง

บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการตอบสนอง ต่อการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ และ ถ้าเขาเชื่อว่า ตนเองไม่มีความสามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะต้องเพิ่มการรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองให้สูง จึง จะเพิ่มความตั้งใจขึ้นได้ อย่างไรก็ดี ความตั้งใจจะสูงที่สุด เมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังใน ผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้น จะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงอันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ในการศึกษา ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้เสนอแนะ ให้บุคคลนั้นมีความเชื่อใน ความรุนแรงของโรคเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ และ ความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะบางอย่างมีประสิทธิภาพ การนำแนวคิด ของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาวิธีการทางสุขภาพ เพื่อให้เกิด การตื่นตัว รับรู้ในความรุนแรงของพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มองเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มีความตั้งใจมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือใน

การเพิ่ม ความสามารถเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อพัฒนาความสามารถของ ตนเอง (Bandura อ้างถึงใน ศิวรา เรือระวิบูลย์. 2542 : 36) 4 ประการดังนี้

1. จัดกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จด้วยตัวเอง (Performance accomplishment) เพื่อสามารถปฏิบัติสำเร็จ ก็จะเพิ่มความพยายาม เพิ่มความมั่นใจ มีทักษะ มีความพอใจ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติและเป็นกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆต่อไป

1.1 เรียงลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายาก

1.2 การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาร่วมกันในกลุ่ม

1.3 การได้รับกำลังใจหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอ้างอิง

1.4 ฝึกให้สามารถให้กำลังใจตนเองเป็นและช่วยตัวเองได้

2. จัดกิจกรรมให้เห็นตัวอย่างผู้อื่น (Vicarious experience) กระบวนการเรียนรู้ เกิดจากการได้เห็นตัวอย่างรูปแบบหรือตัวแบบ ที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตพฤติกรรมของคนอื่น ซึ่งมีสภาพปัญหาคล้ายกับตัวเองอาจจะแสดงออกมาทางด้านลบทำให้มองเห็นผลเสียหรืออาจแสดงออกมาทางบวกที่ก่อให้เกิดความคิดที่สร้างสรรค์ ถ้วนเป็นแรงจูงใจให้เกิดการตัดสินใจ ตั้งใจ และ ใช้ความพยายามเพื่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3. จัดกิจกรรมการพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) เพื่อกระตุ้นชักจูงใจให้เกิด การยอมรับมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความกระตือรือร้น มีการตัดสินใจ ตั้งใจ และพยายามเพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่พึงประสงค์ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การอภิปราย การอบรม การวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหากลุ่ม โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้บุคคลอ้างอิงเป็นผู้ชักจูงใจ

4. การจัดกิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) การรุกร้าทางอารมณ์ มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล (Bandura อ้างถึงใน ศิวรา เรือระวิบูลย์. 2542 : 37) ดังนั้น จึงต้องจัดระดับการกระตุ้นอารมณ์อย่างเหมาะสม สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การให้เกิดการรับรู้ ถึงความสามารถของตนเองโดยการเน้นให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อกลุ่มตัวอย่างอันจะมีผลต่อความตั้งใจ และความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนตลอดจนความยั่งยืน ของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ต่อไป

รูปแบบการให้สุขศึกษา

วิธีการให้สุขศึกษา

วิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้ เรื่องใด เรื่องหนึ่งด้านสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนเรื่องสุขภาพอนามัยที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน (นิภา มนุญจุ. 2528 : 23) วิธีการสุขศึกษามีผลทำให้เกิด

การเรียนรู้ เกิดความเชื่อ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การพิจารณาความเหมาะสมในการนำวิธีการให้สุขศึกษาไปใช้ให้ได้ผลตามเป้าหมาย ควรคำนึงถึงหลักต่อไปนี้

1. วิธีการมีความเหมาะสมกับเนื้อหาสาระหรือไม่
2. มีวิธีการช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจในเนื้อหาที่ต้องการถ่ายทอดมากนักน้อยเพียงใด
3. ทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับได้ใช้ประสาทสัมผัสหลาย ๆ ด้านมากนักน้อยเพียงใด
4. วิธีการที่นำไปใช้นั้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ประสบการณ์ และความต้องการของผู้เรียนหรือผู้รับหรือไม่
5. วิธีการช่วยให้ผู้เรียนหรือผู้รับเกิดการพัฒนาความรู้ทางด้านการเรียนมากนักน้อยเพียงใด
6. ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนหรือผู้รับได้มีส่วนร่วมในการถ่ายทอดให้ความรู้มากนักน้อยเพียงใด

ในการเลือกใช้วิธีการให้สุขศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการได้รับความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการผ่านประสบการณ์ หรือจากการศึกษาในสิ่งนั้นการเรียนรู้ก็จะเกิดขึ้นได้ง่าย นักศึกษาจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศของใจทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับเกิดการอยากเรียนรู้ และเกิดการเชื่อมโยงการเรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์จริง ซึ่ง คอลบ์ (Kolb อ้างถึงในประภาเพ็ญ และสวิง . 2542: 64) ให้ความเห็นว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ การมีประสบการณ์ตรง การสังเกต การให้ข้อคิดกลับ การสร้างแนวคิดหลักที่เป็นนามธรรม การวางนัยสำคัญและการตรวจสอบว่าแนวคิดนั้นนำมาใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้หรือไม่

การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)

การอภิปรายกลุ่ม คือการประชุมพิจารณาหรือการอภิปรายระหว่างบุคคลประกอบด้วย ผู้นำกลุ่มและสมาชิกตั้งแต่ 6-20 คน ร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มสนใจร่วมกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน วิธีการอภิปรายกลุ่มนิยมนำมาใช้กันอย่างมาก เพราะจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เพื่อหาความร่วมมือในการช่วยแก้ไข ปัญหา นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มยังช่วยให้ผู้เรียนหรือผู้รับได้ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น ก่อให้เกิดการใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ในเรื่องนั้น ๆ เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และอิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวรต่อไป (ถวิไล ชาราโภชนและคณะ. 2533 : 133)

การอภิปรายกลุ่ม สามารถแยกออกได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. การคิด คือ การไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ ให้ถ่องแท้ด้วยสติปัญญาของตนเอง ตามปัญหาที่เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ซึ่งเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งที่ติดตัวคนเราอยู่ตลอดเวลาไม่มีบุคคลใด

อำนาจ หรือกฎหมายใดห้าม และในเวลาเดียวกันไม่มีใครสามารถนำความคิด หรือคิดแทนความคิดของคนอื่นได้เช่นกัน

2. การร่วมกับเพื่อนในการรวมกลุ่มจะช่วยให้คนเรามีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเองสู่กลุ่มดีกว่าอยู่คนเดียว ซึ่งจะไม่มีโอกาสถ่ายทอดไปยังคนอื่นได้ การร่วมคิดยังสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เจตคติซึ่งกันและกัน โดยนำความเป็นจริงมาพูดเมื่อนำสองความคิดผสมผสานกันก็จะเกิดความคิดที่สามซึ่งความคิดนี้เองจะเป็นจุดมุ่งหมายของการรวมกลุ่มหรือ อภิปรายกลุ่มนั่นเอง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร นัตรศุภกุล. 2522: 135-136)

การรณรงค์ (Campaign)

การรณรงค์ คือ การสื่อสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยไปสู่ประชาชน ซึ่งเป็นกลวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติตนของประชาชนให้ถูกต้องมีรูปแบบของการชักชวนให้ประชาชนเกิดความสนใจในเรื่องสุขภาพอนามัยการป้องกันโรค และการรักษาความปลอดภัย การรณรงค์ประกอบด้วยวิธีหลายอย่าง เช่น การทำกิจกรรมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขการให้บริการเฉพาะกรณีในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นที่นิยมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยใช้สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ในรูปแบบการโฆษณา บทความหรือการแสดงที่มีจุดมุ่งหมายสอดแทรกความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคเข้าไปในเนื้อเรื่องในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (ศิรรา เขียวระวีบุลย์. 2542 : 47-48)

ประเภทของการรณรงค์สามารถแบ่งออกได้ตามเกณฑ์การพิจารณาได้ 2 หลักเกณฑ์ ดังนี้

1. การรณรงค์ใช้เกณฑ์เรื่องระยะเวลาการปฏิบัติตามการจัดประเภทโดยคำนึงถึงเงื่อนไขด้านเวลาของการรณรงค์มี 2 ลักษณะ

1.1 การรณรงค์เฉพาะกิจ เป็นการรณรงค์ที่มีการจัดทำเพื่อหวังผลให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การรณรงค์ทำด้วยสื่อประเภทต่างๆ จำนวนมากๆ พร้อมๆ กัน ด้วยความถี่สูงมาก การใช้สื่อมวลชนและสื่อบุคคลไปพร้อมๆ กันเพื่อกลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมแนวทางที่ต้องการนับว่าสิ้นสุดการรณรงค์

1.2 การรณรงค์แบบต่อเนื่อง เป็นการรณรงค์ที่มีกำหนดวัตถุประสงค์ให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมไปในแนวทางที่ต้องการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ด้วยการสร้างการรับรู้ และ ความสนใจให้เกิดขึ้นในกลุ่มเป้าหมายก่อนแล้วจึงค่อยสร้างความต้องการให้เกิดขึ้นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่ต้องการใช้สื่อแต่ละประเภทตามความเหมาะสมและใช้สื่อมวลชนในการความสนใจให้สร้างการรับรู้ที่เกิดขึ้น เพื่อโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายไปในแนวทางที่ต้องการ และมีการติดตามผลภายหลังการรณรงค์เพื่อมิให้เกิดการหยุดชะงักหรือสิ้นสุดลงที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ

2. การรณรงค์โดยใช้เกณฑ์เรื่องประเภทขององค์กรผู้จัดทำ แบ่งออกได้ 3 ลักษณะ คือ

2.1 การรณรงค์ที่จัดทำโดยหน่วยงานภาครัฐที่เกิดขึ้นในกรณีต่าง ๆ คือ

2.1.1 เมื่อเริ่มโครงการหนึ่งโครงการใด ประชาชนไม่เคยรับรู้มาก่อน และโครงการนั้นต้องการความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย เช่น โครงการพัฒนาชายฝั่งตะวันออก โครงการสร้างเขื่อน โครงการสร้างโรงไฟฟ้าปรมาณู เป็นต้น

2.1.2 เมื่อเริ่มจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีแก่ประชาชน ช่วยส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โครงการรณรงค์ป้องกันยาเสพติด

2.1.3 เมื่อมีกฎหมายระเบียบราชการใหม่ๆ ที่ประชาชนต้องทราบและปฏิบัติตาม เช่น โครงการเผยแพร่ความรู้เรื่องภาษีอากร ภาษีอากรร้านค้า เป็นต้น

2.1.4 เมื่อมีปัญหาวิกฤติเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งเป็นผลร้ายแก่ประเทศ

2.1.5 จำเป็นต้องทำโครงการระยะสั้น ๆ เพื่อแก้ไขป้องกันการเข้าใจผิด หรือ จนกว่าสถานการณ์จะคลี่คลาย เช่น การรณรงค์การประหยัดพลังงานไฟฟ้า เมื่อเกิดวิกฤติการขาดพลังงาน เป็นต้น

2.1.6 เมื่อมีความเข้าใจผิดในการปฏิบัติงานของทางราชการหรือรัฐบาล

2.2 การรณรงค์ที่จัดในหน่วยงานธุรกิจเอกชนจะใช้การรณรงค์ เป็นการประชาสัมพันธ์ ลักษณะการเผยแพร่ (Publicity) อาจจัดทำขึ้นในกรณี ดังนี้

2.2.1 เผยแพร่สินค้าหรือบริการขององค์กรที่ไม่เคยมีมาก่อน หรือขยายสาขา หรือผลิตภัณฑ์ที่เพิ่มขึ้น

2.2.2 เข้าร่วมโครงการรณรงค์ของหน่วยงานราชการ หรือหน่วยงานเอกชนได้จัดโครงการลักษณะที่เป็นสาธารณะประโยชน์ โดยรับเป็นผู้อุปถัมภ์ค่าใช้จ่ายในการจัดการ

2.2.3 การสร้างภาพพจน์ที่ดีแก่องค์กรโดยใช้การประชาสัมพันธ์ลักษณะ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีเป้าหมายให้ประชาชนเห็นว่าองค์กรเป็นหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบ

2.3 การรณรงค์ที่จัดทำโดยองค์กรสาธารณกุศลและวิชาชีพ การรณรงค์ในลักษณะการรณรงค์เพื่อหารายได้เพื่อดำเนินกิจการขององค์กร เพื่อเพิ่มยอดขาย จำนวนสมาชิกขององค์กรมากขึ้นเพื่อเผยแพร่แนวคิดขององค์กรให้ประชาชนเข้าใจและยอมรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์

การจัดนิทรรศการ (Exhibition)

การจัดนิทรรศการ คือการนำเอาวัสดุสิ่งของหรืออุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการถ่ายทอดให้ความรู้มาจัดแสดงอย่างมีระเบียบเพื่อเข้าใจให้บุคคลกลุ่มเป้าหมาย หรือบุคคลทั่วไปเกิดความสนใจ และเข้ามศึกษาหาความรู้โดยไม่จำกัดจำนวน การจัดนิทรรศการเป็นวิธีการเผยแพร่ความรู้แบบมวลชนนิยมมากตามหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจะเห็นได้จากการจัดงานต่างๆ นิทรรศการมีประโยชน์ดังนี้ (อภิญา ทองเกิด, 2544 : 17)

1. สามารถแสดงให้เห็นโครงของความคิดได้เร็วกว่าการอธิบาย และยังกระตุ้นให้ผู้ชมเกิดความอยากรู้ อยากเห็นต่อไป
2. สามารถนำความคิดที่จัดกระจายมารวมเข้าด้วยกัน และทำให้เกิดแนวคิดรวบยอดได้
3. ทำให้ผู้ชมเข้าใจสื่อที่เป็นนามธรรม โดยการแสดงให้เห็นลักษณะของวัสดุสิ่งของ
4. นิทรรศการดึงดูดความสนใจ และสร้างสมาธิให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ชม เนื่องจากการจัดที่เป็นระบบและต่อเนื่องกัน และแสวงหาการเคลื่อนไหวประกอบด้วย

ประเภทนิทรรศการสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท (อภิญา ทองเกิด.2544: 18) คือ

1. นิทรรศการแบบชั่วคราว (Temporally exhibits) เป็นนิทรรศการที่จัดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เพื่อให้ผู้ชมได้รับความรู้ทางวิชาการ เช่น งานวันอนามัยโลก งานวันภาษาไทย งานวันเอดส์โลก งานสัปดาห์ธรรมะกึ่งศตวรรษโลก เป็นต้น

2. นิทรรศการแบบถาวร (Permanent exhibits) เป็นนิทรรศการที่จัดขึ้นอยู่กับที่ในอาคาร และเปิดโอกาสให้ผู้ชมเข้าชมได้ตลอดจนกว่ามีการซ่อมแซม หรือเคลื่อนย้าย หรือเปลี่ยนแปลงวัสดุสิ่งของที่ใช้ในการแสดง เช่น พิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์ท้องฟ้าจำลอง เป็นต้น

3. นิทรรศการแบบเคลื่อนที่ (Mobile or Travelling exhibits) เป็นนิทรรศการสามารถโยกย้ายไปแสดงตามที่ต่าง ๆ ได้ ทั้งภายในและภายนอกอาคาร ส่วนใหญ่มักเป็นนิทรรศการที่แสดงเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น และมีขนาดไม่ใหญ่โตมากจนเกินไป สะดวกต่อการติดตั้งและรื้อถอนได้ง่าย

การบรรยายประกอบสื่อ

การบรรยายเป็นวิธีที่คุ้นเคยกันมาเป็นเวลานานและนิยมใช้กันเรื่อยมา เป็นวิธีสอนที่จัดทำได้ง่าย มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และการจดบันทึก ผู้สอนเป็นผู้เตรียมเนื้อหา ศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา หนังสือ การศึกษาวิจัยตลอดจนประสบการณ์การทำงานและแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อนำมาบอกเล่าอธิบาย (สุริย์ จันทร์โมลิ. 2524:52)

การบรรยายเป็นการสื่อความหมายทางเดียว โดยผู้บรรยายเป็นศูนย์กลางหรือเป็นหลักในการพูด เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้ผู้ฟังได้มากในเวลาจำกัด ถ่ายทอดความรู้ทางทฤษฎี หลักพื้นฐานและข้อเท็จจริงได้ดี ทำให้ผู้ฟังไม่ต้องเสียเวลาไปศึกษา เพราะผู้บรรยายได้สรุปสาระสำคัญต่างๆ ให้แล้ว แต่การสอนอาจเกิดความผิดพลาดได้ จึงต้องมีสื่อเพราะสื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ให้กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเราสามารถเข้าใจในสิ่งที่ป็นรูปธรรม (Concrete) หรือใกล้เคียงกับประสบการณ์ตรงหรือจริงได้ดีกว่า และเร็วกว่าสิ่งที่ป็นนามธรรม (Abstract) หรือสิ่งที่ต้องเรียนรู้ด้วยความคิดจินตนาการ (ระเด่น หัสดี และสุรางค์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2536 : 36)

1. สไลด์ (Slide) คือ ภาพนิ่งมีลักษณะโปร่งแสง เป็นสิ่งที่ผู้สอนสามารถทำตัวเองในเวลาเพียงเล็กน้อยโดยใช้กล้องโพลารอยด์ถ่ายภาพจากวัตถุของจริงหรือจากรูปภาพอีกหนึ่งด้วยการ

ให้แสงเพียงพอจะได้ภาพที่มีสีสดใส และสวยงามตามธรรมชาติแล้วนำไปฉายด้วยเครื่องฉายสไลด์ สำหรับสอนเป็นกลุ่มใหญ่ (นิพนธ์ สุขปรีดี อ้างถึงใน นันทพร กลิ่นจันทร์.2540 : 53 – 54) คุณค่าของสไลด์ในการสอน

- 1.1 ช่วยให้ผู้เรียนเอาใจใส่บทเรียนมากขึ้น
- 1.2 ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน
- 1.3 ช่วยประกอบการอธิบายของผู้สอนให้เข้าใจมากขึ้น
- 1.4 ผู้เรียนสามารถจะดูภาพได้นานเท่าที่ปรารถนา
- 1.5 ให้สอนได้ทุกระดับ ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงมหาวิทยาลัย และอื่นๆ
- 1.6 ใช้ในการทบทวนบทเรียน ช่วยให้ผู้เรียนจำสิ่งที่เรียนผ่านมาแล้วได้มาก

2. หนังสือคู่มือ (Hand Book) เป็นสิ่งพิมพ์ทางการศึกษาชนิดหนึ่ง จัดทำขึ้นในรูปของหนังสือเล่ม โดยมักจะมีเนื้อหาที่กระชับ และมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อข้องใจ เมื่อเกิดปัญหา ต้องการอธิบาย หรือต้องการให้เฉลยปัญหา หรือต้องการหาความรู้บางอย่าง เพื่อให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว (โกชัย สาริกบุตรและสมพร สาริกบุตร อ้างถึงใน นันทพร กลิ่นจันทร์. 2540 : 54) หลักในการสร้างหนังสือคู่มือ ควรออกแบบปกและรูปเล่มให้สวยงาม สะดุดตา และดึงดูดใจผู้อ่าน มีเนื้อหาสาระดี ให้ประโยชน์แก่ผู้อ่าน ใช้ประโยชน์สั้น ๆ ชัดเจน ควรใช้ประโยคบอกเล่าตรงไปตรงมา เขียนให้อ่านง่าย เข้าใจง่าย ส่วนประกอบอื่น ๆ ที่จำเป็นมีส่วนให้หนังสือน่าอ่านและน่าสนใจ ได้แก่ ขนาดของตัวอักษร จะต้องมีความใหญ่เหมาะสมแก่กับผู้เรียน ควรมีภาพประกอบตามความจำเป็นเพราะจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจและจดจำได้ดีกว่าการมีแต่ตัวหนังสือ พื้นที่ว่างเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีความกว้างไว้เฉยๆ บ้าง โดยไม่มีตัวอักษรใดปรากฏอยู่เลย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านได้หยุดพักสายตาบ้างเป็นระยะ (ปฐม นิกมานนท์ อ้างถึงใน นันทพร กลิ่นจันทร์. 2540 : 54) หนังสือคู่มือสามารถใช้ได้เป็นสื่อหลัก และสื่อประกอบการสอน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเวลาตายตัว สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ ตามความพร้อมของผู้เรียน นอกจากนี้ยังเป็นสื่อที่ประหยัด ลงทุนน้อยแต่ได้ผลคุ้มค่า เพราะสามารถนำกลับมาใช้ได้หลายครั้ง หากอ่านบ่อยจะช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการอ่าน และช่วยให้เข้าใจ

เนื้อหา ได้ละเอียดขึ้น ขั้นตอนในการสร้างหนังสือคู่มือ มีดังนี้

- 2.1 เลือกหัวข้อเรื่อง ศึกษาเนื้อหาที่จะสอนเป็นเช่นไร
- 2.2 ประเมินผู้เรียน เพื่อให้ทราบความต้องการ และข้อจำกัดของผู้เรียน
- 2.3 กำหนดวัตถุประสงค์ของหนังสือว่าต้องการให้ผู้เรียนรู้ประเด็นใดจากคู่มือ
- 2.4 รวบรวมและจัดเนื้อหา โดยรวบรวมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในหนังสือคู่มือ

2.5 ทดสอบหนังสือคู่มือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการสอน และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปจัดพิมพ์

2.6 จัดพิมพ์รูปเล่มเอกสารให้สวยงามมีภาพประกอบข้อมูลน่าสนใจ และนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กระทรวงสาธารณสุข(2542 : 25 - 30) ได้กำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1. ประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ พร้อมทั้งชี้แจงประชาชนทราบและเข้าร่วมกิจกรรม
3. ประชุมกลุ่มแม่บ้านเพื่อนบ้านเรื่องการป้องกัน โรคไข้เลือดออกโดยแบ่งความรับผิดชอบตามละแวกบ้านของ อสม. ตามรูปแบบที่ได้จากการประชุมกลุ่ม
 - 3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออก
 - 3.2 ระบุแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
 - 3.3 กำหนดวันสำรวจลูกน้ำยุงลาย วิธีกำจัด และผู้รับผิดชอบ
 - 3.4 กำหนดวันสำรวจลูกน้ำยุงลาย เดือนละ 1 ครั้ง และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สัปดาห์ละ 1 วัน พร้อมกันทั้งหมู่บ้าน
4. เป็นศูนย์กลางการกระจายสิ่งสนับสนุน (ศสมช./อสม.)
 - 4.1 เอกสาร/แผ่นพับ
 - 4.2 ทรายอะเบท
 - 4.3 ปลาหางนกยูง
 - 4.4 กองทุนฝักปิดโอ่งน้ำ/ผ้าพลาสติก/ปลาหางนกยูง
5. การให้การกระตุ้นเตือนด้วยวาจาหรือผ่านหอกระจายข่าว ในการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง
6. การให้ความสนับสนุนทางสังคมแก่ พระ แม่บ้าน เพื่อนบ้าน ครู และ นักเรียนโดยการให้คำชมเชย ให้คำแนะนำปรึกษาและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก
7. จัดประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ร่วมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคและใช้กระบวนการกลุ่มในการแก้ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป
- 8 ประเมินผลกิจกรรม

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก(Dengue Haemorrhagic Fever)หรือ DHF เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง มีลักษณะของโรคที่สำคัญคือ มีไข้ร่วมกับอาการเลือดออกอาจมีอาการตับโตร่วมด้วยในบางราย อาจมีอาการช็อกถึงตายได้ โรคไข้เลือดออกนี้มีขลุ่ยหลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ และจัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่มีขลุ่ยเป็นพาหะนำโรค (ปริณณณ ฝกนณนท. 2543 : 13)

โรคไข้เลือดออก ซึ่งมีความแตกต่างจากโรคไข้เด็งกี (Dengue Fever) หรือ DF ซึ่งมีอาการไม่รุนแรง ในเด็กจะมีอาการเป็นไข้ และอาจมีผื่นร่วมด้วย ส่วนผู้ใหญ่จะมีอาการเป็นไข้สูง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อและมีผื่น อาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ และ ข้ออาจมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการถึงเสียชีวิต ดังนั้น จึงแตกต่างจากโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีอาการเลือดออกร่วมด้วย และหากมีอาการช็อกอาจเรียกอีก ชื่อหนึ่งว่า Dengue Shock Syndrome (DSS)

สาเหตุและการเกิดโรค

เชื้อที่เป็นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก คือ เชื้อไวรัสซึ่งในปัจจุบัน จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริณณณ ฝกนณนท. 2543 : 13 - 14) พบว่า เชื้อไวรัสเป็นสาเหตุสำคัญ คือ Dengue Virus ซึ่งเป็น RNA Virus อยู่ในกลุ่มเชื้อ Family Togaviridae กลุ่ม Subgroup Flavivirus มีอยู่ 4 Serotype คือ Serotype 1,2,3,4 เชื้อ Dengue virusทั้ง 4 Serotype นี้มีสารก่อโรค (Antigen) บางส่วนร่วมกัน ดังนั้นเมื่อเชื้อตัวใดตัวหนึ่งเข้าสู่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อตัวนั้นซึ่งอยู่ได้ถาวร และยังคงต้านไปยังเชื้อตัวอื่น ๆ อีก 3 ชนิด การติดเชื้อข้ามกลุ่ม (Cross reaction) แต่อยู่ ไม่ถาวร โดยทั่วไปอยู่ได้นาน 6-12 เดือน หลังจากระยะนี้แล้วคนที่เคยติดเชื้อซ้ำครั้งที่ 2 การติดเชื้อซ้ำ เป็นที่เชื่อกันว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก (DHF)

จากผลการศึกษาของโรงพยาบาลเด็กกรุงเทพฯ ร่วมกับแผนกไวรัสวิทยาของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทยทหาร พบว่าร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เป็นผู้ติดเชื้อซ้ำ (Secondary Infection) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกจากการติดเชื้อครั้งแรกมักเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งทุกรายจะมีภูมิคุ้มกันต้านที่ได้รับมาโดยตรง (Passive antibody) ผ่านมาจากแม่จึงถือได้ว่าคล้ายเป็นการติดเชื้อซ้ำครั้งที่ 2 เชื้อไวรัสที่แยกจากผู้ป่วยดังกล่าว มีทั้ง 4 ชนิด แต่ที่พบบ่อยคือ Dengue 2 และ 4 ในระยะหลังเริ่มพบเชื้อชนิดเด็งกี 1 และ 3 มากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าในรายที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นช็อก Dengue Shock Syndrome (DSS) มักตรวจพบว่าแต่ก่อนมีภูมิคุ้มกันต้านอยู่ในระดับที่ไม่สามารถ ป้องกันโรคได้ และถ้ามีอาการติดเชื้อด้วย Dengue 2 จะตรวจพบอาการรุนแรงขึ้น

การติดต่อ

โรคไข้เลือดออก ติดต่อกับขลุ่ยหลายที่มีเชื้อไวรัส การติดต่อกเกิดจากการที่ขลุ่ยหลายไปดูดเลือดจากผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสเด็งกี จากนั้นเชื้อจะลงสู่กระเพาะขลุ่ยหลายฝังตัวในผนังกระเพาะขลุ่ยหลาย

เมื่อขุณยาลบินไปจุดเลือดคนใหม่ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสเข้าสู่กระแสเลือดของคนที่ถูกขุณยักัด แล้วเชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น จนทำให้เกิดอาการป่วยเป็นโรค (ปริญา ผกานนท์. 2543 : 14)

ระยะเวลาที่เชื้อไวรัสตั้งกั เดินทางจากกระเพาะขุณยาลถึงต่อมน้ำลายขุณยาล
ใช้เวลาประมาณ 8-12 วัน

ระยะที่เชื้อไวรัสตั้งกั เข้าสู่กระแสเลือดของคนที่ถูกขุณยาลกัดแล้วเพิ่มขึ้น
จนทำให้เกิดอาการป่วยเรียกว่า ระยะฟักตัวของโรค ใช้เวลา 3-14 วันโดยทั่วไปใช้เวลา 7-10 วัน

อาการ

หลังจากที่เด็กถูกขุณยาลที่มีเชื้อไวรัสตั้งกั กัดเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายผ่านระยะฟักตัว
ซึ่งกินเวลาประมาณ 7 - 10 วัน แล้วผู้ป่วยจะเริ่มอาการของโรค เริ่มด้วยอาการไข้ซึ่งมักเกิดขึ้น
กะทันหัน เด็กอาจไปโรงเรียนได้ตามปกติในตอนเช้า ตอนเย็นกลับบ้านเริ่มมีอาการตัวร้อนจัด
เด็กจะมีหน้าตาแดง บางคนจะบ่นปวดรอบกระบอกตา และ ปวดศีรษะ ส่วนมากจะไม่ค่อยไ
ไม่ค่อยมีน้ำมูกไหล ไม่เหมือนกับผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัด หรือผู้ป่วยที่เป็นหัดในระยะแรก ๆ ถึงแม้ว่า
บางรายจะเจ็บคอด้วยก็ตาม โดยทั่วไปเด็กจะมีอาการซึม เบื่ออาหารและท้องผูก อาการอาเจียนและ
ปวดท้องเป็นอาการที่พบบ่อย ไข้มักจะสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4-5 วัน บางรายอาจมีไข้เพียง 2-3
วัน ส่วนมากแล้วระยะไข้ไม่เกิน 7 วัน (ปริญา ผกานนท์. 2543 : 16 - 17)

อาการเลือดออก เป็นที่มาของชื่อโรคพบได้เสมอ คือ จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง
จะเห็นเป็นจุดกลม ๆ สีแดงคล้าย ๆ กับตุ่มขุณยักัด แต่เล็กกว่าและอยู่ลึกกว่าเวลากดผิวหนังให้ตึงจุด
จะเห็นได้ชัดเจนเหมือนเดิม ผิดกับตุ่มขุณยักัดจะหายไป บริเวณที่กัดมักจะพบจุดเลือดออกนี้ได้บ่อย
คือ ตามแขน ตามขา รักแร้ ที่หน้า ตามลำตัว บางรายอาจมีรอยเขียวช้ำ ผู้ป่วยมักมีเส้นเลือดฝอย
เปราะกว่าธรรมดา เห็นได้จากการตรวจโดยใช้สายรัดแขนที่ใช้วัดความดันโลหิตรัดไว้จะมีจุดเลือด
ออกขึ้นที่แนวบริเวณต่ำกว่าที่รัดไว้เป็นจำนวนมากกว่าคนปกติ ซึ่งบางรายอาจมีเลือดกำเดาออกโดย
เฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่เคยมีเลือดกำเดาออกบ่อยๆ อยู่แล้ว เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ก็อาจมี
เลือดออกทางจมูกได้มาก

อาการตับโตเด็กบางคนจะบ่นแน่นท้องและเจ็บบริเวณชายโครงขวาซึ่งเป็น
ตำแหน่งของตับ นอกจากอาการดังกล่าวก็อาจจะมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ต่อมน้ำเหลืองโต หรือ
บางรายอาจมีผื่นคล้ายหัดแต่บางกว่า และสีจางกว่าและส่วนมากผื่นจะอยู่เพียง 1-2 วัน หรืออาจจะ
สั้นกว่านั้น

ในรายที่อาการไม่รุนแรง หลังจากไข้ 3-4 วัน อาการต่างๆ ดังกล่าวก็จะเริ่มดีขึ้น
จะกลับเป็นปกติเมื่อไข้ลดลง จุดเลือดออกที่เกิดขึ้นก็จะหายไปในระยะ 2-3 วัน เด็กจะเริ่มอาการ
อยากอาหารและรับประทานอาหารได้ตามปกติ ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าเด็กดีขึ้นแล้ว บางรายเมื่อไข้
ลดลงเด็กจะมีอาการ มือเท้าเย็น เหงื่อออก ซึมอยู่เป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ แล้วเด็กก็จะเริ่มอาการดีขึ้น

อย่างรวดเร็วหลังจากที่ได้รับการรักษาประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อาการรุนแรงมากจนทำให้ถึงตายได้

ถ้าไม่ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ ผู้ที่ป่วยหลังจากมีไข้ 3-4 วัน อาการจะเลวลง ผู้ป่วยซึมและอาเจียน บางรายปวดท้อง อาการที่เป็นสัญญาณอันตราย คือ มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก กระหายน้ำ กระสับกระส่าย ชีพจรเบาและเร็ว เป็นอาการเริ่มแรกของการช็อก ซึ่งมักจะเกิดพร้อมกับมีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก อาจพิจารณาอาการทางคลินิก และ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้ (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก.2548: 1)

อาการทางคลินิก (Clinical Criteria)

1. ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและสูงลอยประมาณ 2-7 วัน
2. อาการเลือดออกอย่างน้อยมีการทดสอบด้วยทูนิเกตต์ (Tourniquet test) ให้ผลบวก

ร่วมกับมีอาการเลือดออกอื่นๆ เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดาไหล อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด

3. คับโต มักกดเจ็บ
4. การไหลเวียนเลือดผิดปกติ หรือ ช็อก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000 เซลล์/ลบ.มม.
2. ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีการเพิ่มของฮีมาโทคริตมากกว่า 20%

เช่น จาก 35% เป็น 42% หรือมีการรั่วของพลาสมา

การทดสอบทูนิเกตต์ (Tourniquet test)

ใช้แถบรัดแขนของเครื่องวัดความดันโลหิต รัดที่ต้นแขนแล้ว บีบลมเข้าแถบรัดให้ความดันโลหิตขึ้น มีค่ากึ่งกลางระหว่าง ความดันโลหิตค่าบน และ ความดันโลหิตค่าล่าง (systolic และ diastolic) เป็นเวลานาน 5 นาที แล้วปล่อยลมคลายแถบรัดออกตรวจดูผิวหนังส่วนล่างต่อจากบริเวณที่แถบรัด หากเห็นมีจุดเลือดออกที่ผิวหนังมากกว่า 20 จุด ต่อพื้นที่ 1 ตารางนิ้ว ถือว่าตรวจได้ผลบวก ซึ่งแสดงว่ามีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกสูง หากไม่มีจุดเลือดออก หรือ มีน้อยกว่า 20 จุดต่อพื้นที่ 1 ตารางนิ้ว ถือว่าได้ผลลบ ซึ่งโอกาสที่จะเป็นโรคไข้เลือดออกน้อย แต่ต้องดู ผลการตรวจทางด้านอื่นร่วมด้วย

ผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่มีอาการช็อกอย่างรุนแรง การทดสอบอาจให้ผลลบ หรือให้ผลบวก การอ่านผลบวกจะชัดเจนขึ้นเมื่อพันภาวะช็อก ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นอาจมีโอกาสทดสอบทูนิเกตต์ได้ผลบวกบ้างแต่จะไม่มาก ดังนั้นการทดสอบทูนิเกตต์ จึงเป็นวิธีคัดกรองวิธีหนึ่งที่ช่วย

ในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกซึ่งจะต้องพิจารณาพร้อมกับประวัติการป่วยการตรวจร่างกาย และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างอื่น

การนับเกล็ดเลือด

เกล็ดเลือดเป็นส่วนประกอบของเลือด สร้างจากไขกระดูกมีหน้าที่ช่วยให้เลือดแข็งตัวและหยุดเลือดเวลามีบาดแผล คนปกติมีเกล็ดเลือดประมาณ 200,000 – 500,000 เซลล์ต่อเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร การตรวจนับเกล็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการโดยป้ายเลือดบนแผ่น สไลด์ แล้วย้อมสีส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ เกล็ด Objective กำลังขยาย 900-1000 เท่า (Oil field) ในคนปกติจะพบเกล็ดเลือดโดยเฉลี่ย 4 -10 เซลล์ต่อหนึ่ง Oil field หากต่ำกว่า 2-3 เซลล์ต่อหนึ่ง Oil field แสดงว่า ปริมาณเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า 100,000 เซลล์ต่อ 1 ลูกบาศก์ มิลลิเมตร)

ระดับความรุนแรงของโรค

ในระยะ 2-3 วัน แรกของการป่วย อาการโรคไข้เลือดออกจะคล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อชนิดอื่น ๆ ที่เกิดจากไวรัสและแบคทีเรีย การทดสอบทูนิเกตได้ให้ผลบวกในระยะ 2-3 วันแรกของการป่วยร่วมกับการมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติจะช่วยบอกได้ว่าไม่ใช่การติดเชื้อแบคทีเรีย และการตรวจพบจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ พร้อมทั้งค่าฮีมาโตคริตที่สูงขึ้นจะช่วยสนับสนุนว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคแบ่งระดับโดยลักษณะอาการสำคัญคือ การมีเลือดออกและช็อก เป็น 4 ระดับ (เกรด) ดังนี้

เกรด 1 มีไข้ ไม่มีเลือดออกหากทดสอบทูนิเกตจะได้ผลบวก

เกรด 2 มีไข้ และ มีเลือดออกตามผิวหนัง หรือ อวัยวะอื่น

เกรด 3 มีอาการของระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว หรือช็อกได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ช่วงกว้างของความดันโลหิตแคบลง ความดันโลหิตต่ำลง ผิวหนังเย็น กระสับกระส่าย

เกรด 4 มีการช็อกรุนแรง จับชีพจรวัดความดันโลหิตไม่ได้

ไข้เลือดออก เกรด 3 และ 4 เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Dengue Shock Syndrome มีอาการรุนแรงกว่าเกรด 1 และ 2 หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาผู้ป่วยอาจเสียชีวิต ได้อัตราป่วย (Case-fatality rate) ของ Dengue Shock Syndrome สูงกว่าร้อยละ 10

ไข้เลือดออก (DHF) แตกต่างจากไข้เด็งกี (Dengue Fever หรือ DF) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อไวรัสตัวเดียวกัน ไข้เด็งกี เป็นโรคที่รุนแรงน้อยกว่า ถ้าเป็นในเด็กมักจะมีไข้ และอาจมีผื่นร่วมด้วย ถ้าเป็นในผู้ใหญ่จะมีลักษณะ 3 ประการ คือ มีไข้สูง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ และมีผื่น (Maculopapular rash) อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อรุนแรงมากจนได้ชื่อว่า “Break Bone Fever” ไข้เด็งกีไม่มีเลือดออกไม่มีอาการช็อกและผู้ป่วยไม่เสียชีวิต

การรักษา

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะไข้สูง

1. การลดไข้ แนะนำให้ใช้ยาพาราเซตามอล 10 มก./กก./ครั้ง เฉพาะเมื่อเวลามีไข้ สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส ระยะห่างของการใช้ยาลดไข้ไม่ควรน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ถ้าให้ยาลดไข้แล้ว ไข้ไม่ลด แนะนำให้เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น ห้ามใช้ยาแอสไพริน ยาหิวสังหี ยาลดไข้ชนิดอื่น ๆ และ ยาของเพราะอาจจะทำให้เลือดออกมากในกระเพาะลำไส้ นอกจากนี้แอสไพรินอาจทำให้เกิดอาการ ทางสมอง (Reye syndrome) ได้

2.อาหาร ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายถ้าเบื่ออาหารหรือรับประทาน อาหารได้น้อย แนะนำให้ดื่มนม น้ำผลไม้ หรือน้ำเกลือแร่แทนน้ำเปล่า ถ้าผู้ป่วยมีอาเจียนมาก แนะนำให้จิบน้ำเกลือครั้งละน้อยๆบ่อยๆ(ควรจิบรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีสีแดงหรือดำ) พยายามหลีกเลี่ยงการให้น้ำเกลือโดยไม่จำเป็น

3. ควรหลีกเลี่ยงยาอื่นๆ ที่ไม่จำเป็น

3.1 ถ้าผู้ป่วยมีอาเจียนมากอาจพิจารณาให้ยาโดมเพอริโดน(Domperidone) 1มก./ กก./วัน แบ่งเป็น วันละ 3 ครั้ง ควรให้ในระยะสั้นๆ เท่านั้น

3.2 ยากันชัก ถ้าผู้ป่วยกินยากันชักอยู่ สามารถกินยาต่อได้ สำหรับผู้ที่ไม่มียาประจำ แต่มีประวัติชักเมื่อมีไข้ พิจารณาให้ไดอะซีแพม (Diazepam) ในรายที่มีความเสี่ยงสูงว่าจะชักอีก

3.3 ยาประเภทสเตียรอยด์ (Steroid) การศึกษาเปรียบเทียบแล้วว่าไม่สามารถ ป้องกันภาวะช็อกในโรคไข้เลือดออก

3.4 H₂ – blocker เช่น ยาไซเมทิดีน (Cimetidine) ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบ ว่าให้ผลดีในรายที่มีอาการปวดท้องมากและในเด็กโตที่มีประวัติเป็น โรคกระเพาะอยู่ก่อนอาจ พิจารณาให้ถ้าผู้ป่วยมีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

4. ต้องให้คำแนะนำอาการของภาวะช็อกแก่ผู้ปกครอง จะได้รับนำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลทันทีที่มีอาการ ดังต่อไปนี้คือ

4.1 มีอาการเลวลงเมื่อไข้สูง

4.2 เลือดออกผิดปกติ

4.3 อาเจียนมาก

4.4 ปวดท้องมาก

4.5 ซึมไม่ดื่มน้ำ บางรายอาจกระหายน้ำตลอดเวลา

4.6 กระสับกระส่าย เหงื่อไหลวาว ร้องกวนมากในเด็กเล็ก

4.7 ความประพฤติเปลี่ยนแปลง เช่น พูดยังไม่รู้เรื่อง เพื่อ

4.8 ตัวเย็น เหงื่อออก ตัวลาย

4.9 ไม่ปัสสาวะเป็นเวลานานเกิน 6 ชั่วโมง

5. การตรวจติดตาม ควรนัดผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกมาตรวจติดตาม ทุกรายทุกวันตั้งแต่วันที่ 3 ของโรคเป็นต้นไป (ถ้าเป็นไปได้) หรือ อาจนัดตรวจอาการติดตามตามความเหมาะสม ซึ่งขึ้นกับอาการของผู้ป่วย และความสะดวกของผู้ปกครองจนกว่าผู้ป่วยจะมีไข้ลดลง 24 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนปกติ ในการตรวจติดตามจะต้องติดตามในประเด็นต่อไปนี้

5.1 ประวัติ ต้องถามอาการเลือดออก การรับประทานอาหาร จำนวนน้ำดื่ม อาการอาเจียน ปริมาณปัสสาวะ

5.2 ตรวจร่างกายเน้นที่สัญญาณชีพ , การทดสอบด้วยทูนิกัดซ์ ถ้าผลการตรวจยังไม่มีผลบวก และการตรวจขนาดของตับ

5.3 ตรวจเม็ดเลือด(CBC)เพื่อดูเม็ดเลือดขาว (WBC) และการจำแนกเม็ดเลือดขาว (differential count) รวมทั้งดูค่า ฮีมาโตคริต และ Platelet count

ถ้าตรวจพบเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 5,000เซลล์/ลบ.มม. มีเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) และเม็ดเลือดขาวชนิดอтипิกอล (Atypical) เพิ่มขึ้น จะเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าผู้ป่วยรายนี้น่าจะมีไข้ลดลงภายใน ระยะเวลา 24 ชั่วโมง ข้างหน้า หรือผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะวิกฤติของโรค

ถ้าตรวจพบ Platelet น้อยกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม. และ ฮีมาโตคริต เพิ่มขึ้น แสดงว่า ผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะวิกฤติของโรค

ตรวจ LFT (ไม่แนะนำให้ทำทุกราย) เพื่อดูค่า SGOT (AST) และ SGPT (ALT) ถ้าพบ SGOT สูงมากกว่า 60 U จะเป็นเครื่องชี้บ่งว่าผู้ป่วยจะเป็นไข้เลือดออก โดยมีค่า Positive predictive value = 80% ถ้าตรวจพบ SGOT/SGPT สูงเกิน 200 U อาจเป็นข้อควรระวังให้แพทย์ติดตามว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะตับล้มเหลว (Hepatic failure) และภาวะสมองพิการจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) ได้

6. การจัดมุมผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่เด็กผู้ป่วยนอกในช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ควรจัดทำมุมผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกไว้ สังเกตอาการร่วมกันหรือเรียก่ามุนนั้นว่า เติงกัคอนเนอร์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลอย่างใกล้ชิด และ เพื่อเป็นการรวมผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก และการดูแลเบื้องต้น

การดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะวิกฤติ

1. ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีมุ้งลวด หรือ ที่ป้องกันยุงโดยเฉพาะ เพื่อความสะดวกในการดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อไวรัสเด็งกีในโรงพยาบาล ถ้าไม่สามารถจัดให้มีหอผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ควรจัดให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกอยู่ในบริเวณเดียวกัน โดยจัดที่ให้ผู้ป่วยที่มีอาการช็อกหรืออาการ ไม่คงที่ให้อยู่ใกล้เตียงกันและใกล้กับแผนกต้อนรับพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ในระยะวิกฤติ และในผู้ป่วยที่มีอาการช็อกควรวัดถี่กว่านั้น เช่น ทุก 10-15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่

3. เจาะ ฮีมาโตคริต อย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมง ในระยะวิกฤติ ถ้าผู้ป่วยมีอาการช็อก หรือ อาการไม่คงที่หรือมีเลือดออกมากหรือสงสัยว่าจะมีเลือดออกภายในต้องเจาะฮีมาโตคริตถี่กว่านั้น อาจเป็นทุก 1-2 ชั่วโมง

4. มีแบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพ , ฮีมาโตคริต ของผู้ป่วยไว้ที่ข้างเตียง เพื่อความสะดวกในการประเมินอาการของผู้ป่วย

5. ผู้ป่วยที่มีอาการช็อกทุกรายควรได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก หรือ ผ่านทางจมูก

6. ถ้าผู้ป่วยมีเลือดออกมาก ต้องทำการห้ามเลือดอย่างถูกวิธี เช่น การอุดรูจมูกเพื่อห้ามเลือดในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลมาก

7. ไม่ควรทำหัตถการที่รุนแรงในผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกมากขึ้น เช่น ห้ามใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG-tube) โดยเด็ดขาดในผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือสงสัยว่าจะมีเลือดออกในกระเพาะ

8. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติควรทำด้วยความละมุนละม่อม

9. การเอาใจใส่ดูแลของแพทย์และพยาบาลในช่วงระยะวิกฤติเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการที่ผู้ป่วยจะสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤติของโรคไปได้

การดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น

1. งดการให้น้ำเกลือ

2. ให้ผู้ป่วยพัก ดูแลไม่ให้มีการกระทบกระแทก หรือการทำหัตถการที่รุนแรงในผู้ป่วย เช่น ถอนฟัน ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

3. ถ้าผู้ป่วยยังไม่อยากรับประทานอาหาร อาจเนื่องมาจากมี bowel ileus จากการที่มีโปแทสเซียมต่ำ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารผลไม้ หรือดื่มน้ำผลไม้ หรือให้สารละลายโปแทสเซียมคลอไรด์

ภาวะแทรกซ้อน (Complication)

ที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคไข้เลือดออกคือ ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ซึ่งอาจมีอาการในรูปแบบ (ศิวรา เรือระวิบูลย์. 2542 : 24) ดังนี้

- 1.1 ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary congestion)
- 1.2 ภาวะปอดบวมน้ำเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema)
- 1.3 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

อาการและการแสดงของภาวะน้ำเกินได้แก่

1.1 ผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอัด กระสับกระส่ายท้องแน่นตึง บางรายอาจมีปลายมือปลายเท้าเขียว จากภาวะการหายใจบกพร่อง (Respiratory insufficiency)

1.2 หอบ , หายใจเร็ว ,ชีพจรเร็ว บางรายอาจมีชีพจรแคบได้จากการที่มีความดันภายในช่องอกเพิ่มขึ้น (Increase intrathoracic pressure)

1.3 ตรวจพบปอด มีเสียง Rhonchi หรือ Crepitation

ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะน้ำเกินจะเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากในการรักษาสาเหตุที่พบบ่อย คือ

1.4 ผู้ป่วยที่ได้รับน้ำเกลือตั้งแต่ระยะวันแรก ๆ ของการมีไข้สูง โดยที่ยังไม่เข้าสู่ระยะที่มีการรั่วของพลาสมา

1.5 ผู้ป่วยที่มีการรั่วของพลาสมาอย่างมากและได้รับ Hypotonic solution มาตั้งแต่ระยะแรก

1.6 ผู้ป่วยที่มีการรั่วของพลาสมาอย่างมากแต่ได้รับเฉพาะ Crystallloid solution ไม่ได้ Colloidal solution ที่จะ Hold volume ได้ดีกว่า

1.7 ผู้ป่วยที่ได้รับน้ำเกลือโดยไม่มีการปรับลดระดับเป็นเวลานาน

1.8 ผู้ป่วยที่น้ำหนักมากกว่า 40 กก. และไม่ได้คิดปริมาณน้ำเกลือตาม Ideal body weight

1.9 ผู้ป่วยที่มีการตกเลือดภายในร่างกาย แล้วไม่ได้ให้เลือด ให้แต่ Crystallloid solution เท่านั้น

1.10 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง โซเดียมต่ำ เนื่องจากคั่งแต่น้ำเปล่าในปริมาณมากในช่วงไข้โดยไม่ได้คั่งน้ำเกลือแร่หรือน้ำผลไม้

การป้องกันและควบคุมโรค

เนื่องจากวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยฉะนั้นการป้องกันและควบคุมโรคที่ได้ผลมากที่สุด ควรจะเป็นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในที่นี้จะแบ่งแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็น 2 ระยะ (เทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์. 2545 : 35) ดังนี้

1. แผนระยะสั้น (Emergency control) ใช้เมื่อมีการระบาดของโรค เป็นการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย พ่นเป็นละอองฝอย หรือพ่นแบบ Ultra low volume (ULV) โดยพ่นสารเคมีจากเครื่องพ่นผ่านรูพ่น กระจายออกมาเป็นละอองฝอย เพื่อให้สัมผัสกับตัวยุง ต้องพ่นสารเคมีอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันประมาณ 10 วัน

2. แผนระยะยาว (Long-term control) จำเป็นต้องเน้นการให้ความรู้แก่ชุมชน ให้ตระหนักถึงอันตรายของโรค อาจจะทำสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เอกสารสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หรือ อาจผ่านกลุ่มคนที่สามารถสื่อไปยังชุมชนได้ เช่น ครู บุคลากรสาธารณสุข เพื่อถ่ายทอดความรู้โดยเฉพาะวิธีการควบคุมยุงพาหะนำโรค ซึ่งเป็นกลวิธีที่สำคัญที่สุด ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Regularity & Sustainability)

การควบคุมยุงพาหะนำโรค

1. กำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่

1.1 ปิดภาชนะเก็บน้ำกินน้ำใช้ด้วยฝาปิด 2 ชั้น โดยเสริมด้วยผ้ามุง ผ้ายาง หรือ ผ้าพลาสติก

1.2 เมา ฝิง ทำลาย ภาชนะหรือวัสดุที่ไม่ใช้บริเวณรอบ ๆ บ้าน เพื่อมิให้เป็นที่ยอมรับน้ำซึ่งอาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้

2. การทำลายลูกน้ำยุงลาย

2.1 วิทยาภาพ (Physical control) คว่ำ เมา ฝิง ภาชนะวัสดุ ที่อาจเป็นแหล่งเกิดลูกน้ำยุงลายได้

2.2 วิธีใช้สารเคมี (Chemical control)

2.2.1 การใส่ทรายอะเบท (Abate 1 %) ใส่ในภาชนะน้ำดื่ม น้ำใช้ อัตรา 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร หรือทรายอะเบท 1 ช้อนชา ต่อน้ำ 100 ลิตร (5 ปี๊บ) ใส่ทรายอะเบท 1 ครั้ง จะมีฤทธิ์ทำลายลูกน้ำยุงลายประมาณ 2 เดือนครึ่งถึง 3 เดือน

2.2.2 น้ำส้มสายชู น้ำมัน ผงซักฟอก เกลือแกง ชัน ในปริมาณที่พอเหมาะใส่ในที่ที่ห่อผ้าตุ๊กตัมด

2.3 วิธีชีวภาพ (Biological control) ได้แก่ นอนในมุ้ง หรือนอนในมุ้งที่ชุบน้ำยาฆ่ายุง หรือใช้ยากันยุง

การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการควบคุมยุงลายจะให้ผลดี ต้องผสมผสานกันทั้งการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและการกำจัดยุงตัวเต็มวัยและต้องปฏิบัติให้มีความครอบคลุมสูงที่สุดในชุมชนหนึ่ง ๆ ควรดำเนินการทุกครัวเรือน หากมีการควบคุมที่ดีในครัวเรือนส่วนใหญ่ แต่ยังมี

แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบางครัวเรือนยุงพาหะที่เหลืจะมีจำนวนมากที่จะทำให้เกิดโรคระบาดได้นอกจากนี้ยังต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หากเป็นไปได้ควรมีการควบคุมยุงลายอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี (เทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์. 2545 : 35 - 36)

ยุงพาหะนำโรค

โดยทั่วไปยุงลายเป็นแมลงจำพวกหนึ่งจัดอยู่ใน Class Insecta (Hexapoda), Order Diptera, Family Culicidae นิสยของยุงโดยทั่วไปมักจะวางไข่บนผิวน้ำ หรือ ตามขอบภาชนะที่มีน้ำขัง 1-5 วัน ก็จะกลายเป็นตัวอ่อน (Larva) ตัวอ่อนของยุงเรียกว่า ลูกน้ำ (Instar) และมีการลอกคราบ 4 ครั้ง เป็นลูกน้ำระยะที่ 1,2,3 และ 4 ใช้เวลา 7-10 วัน ระยะที่เป็นลูกน้ำ กินอาหารเก่งจึงเป็นระยะที่เหมาะสมในการควบคุม เมื่อลอกคราบครั้งสุดท้ายจะเป็นตัวโม่ง (Pupa) ในระยะตัวโม่งจะเคลื่อนไหวช้าหรือจะไม่เคลื่อนไหวเลย ระยะนี้จะไม่กินอาหาร ประมาณ 1-2 วัน จะลอกคราบเป็นตัวเต็มวัย (Adult) เมื่อออกจากคราบตัวโม่งใหม่ ๆ จะไม่สามารถบินได้ทันทีต้องรอเวลาที่ต้องรอเวลาระยะหนึ่งเพื่อให้เลือดฉีดเลี้ยงเส้นปีก ทำให้เส้นปีกแข็งจึงจะบินได้ระยะเวลานี้ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง พอบินได้ก็พร้อมที่จะหาอาหาร และผสมพันธุ์ โดยปกติยุงตัวผู้จะเกิดก่อนตัวเมีย 1-2 วัน ปีกทำให้เส้นปีกแข็งจึงจะบินได้ ระยะนี้ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ยุงตัวผู้และยุงตัวเมียจะกินน้ำหวานเพื่อเป็นพลังงานในการบิน หลังจากผสมพันธุ์แล้ว ตัวเมียจะหาอาหารซึ่งจะเป็นเลือดคนหรือเลือดสัตว์ขึ้นอยู่กัชนิดของยุงกินเลือดจะทำให้ไข่สุกพร้อมที่จะวางไข่ ยุงตัวเมีย จะผสมพันธุ์ครั้งเดียว และสามารถวางไข่ไปได้ตลอดชีวิตระยะเวลาเจริญเติบโตของยุงขึ้นกับอาหารอุณหภูมิและความชื้น (สิวรา เรือระวิบูลย์. 2542 : 27)

แหล่งเพาะพันธุ์ยุงมีอยู่มากมาย เช่นหนองน้ำแอ่งน้ำหรือลำธารในป่ากระบอกไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง ภาชนะเก็บขังน้ำในบ้านเรือน ท่อระบายน้ำโสโครก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของยุง

ยุงพาหะนำโรคใช้เลือดออก ยุงพาหะนำโรคใช้เลือดออก คือ ยุงลาย ซึ่งเป็นยุงในตระกูล Aedes มีลักษณะโดยทั่วไปคือ เป็นยุงที่มีขนาดปานกลาง ลำตัวและขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้อง ๆ ขาหลังปลายปล้องสุดท้ายขาวหมด ยุงพวกนี้หากินเวลากลางวัน ช่วงเวลาพบมากที่สุดคือ 9.00-11.00 น. และเวลา 13.00-14.30 น. ยุงลายจะพบมากในช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่น ๆ พบว่าความชุกชุมของยุงลายจะลดลงเล็กน้อย

แหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่ง โส สระอาด โดยเฉพาะน้ำฝน เป็นที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายจึงมักอยู่ตามโอ่งน้ำกินน้ำใช้ที่ปิดฝาทั้งภายใน และ นอกบ้าน นอกจากโอ่งน้ำและมีภาชนะอื่นๆ เช่น ถังซีเมนต์ จานรองขาตู้กันมด จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน อ่างล้างเท้า ขางรถยนต์ ไห ขวด เศษภาชนะ เช่น โอ่งแตก เศษกระป๋อง กะลา นอกจากนี้ยุงลายยังสามารถวางไข่ได้กับาใบของพืชพวกมะพร้าว

กล้วย พลับพลึง ต้นบอน กระบองไม้ไผ่ ฯลฯ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่พบภายในบ้านส่วนใหญ่จะเป็น โอ่งน้ำใช้ ถังซิเมนต์ในห้องน้ำ งานรองขาตู้กันมด โอ่งน้ำดื่ม สำหรับเพาะพันธุ์ในโรงเรียนซึ่งเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้อีกแห่งหนึ่ง จะพบลูกน้ำยุงลายในถังซิเมนต์ในห้องน้ำเช่นกัน แต่พบต่างในปัจจุบันจากการศึกษาพบว่า ยุงลายสามารถไข่ได้ในท่อโสโครก และมีการเจริญเติบโตอย่างเป็นปกติเหมือนในน้ำสะอาด

วงจรชีวิตและการแพร่กระจาย

วงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วยระยะต่างๆ 4 ระยะ ยุงลายไข่ที่ละฟองในภาชนะขังน้ำฝนหรือน้ำสะอาดไข่มีสีดำตัวเมียวางไข่ครั้งละ 140-144 ฟองยุงลายจะออกไข่เล็กน้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงลดน้อยลงตอนเย็น ไข่จะฟักเป็นตัว ภายใน 4 วัน ไข่สามารถทนความแห้งได้เป็นปี ลูกน้ำมี Siphon สั้นและลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำ ว่ายน้ำคล้ายงูเลื้อย ไม่ชอบแสง ลูกน้ำมี 4 ระยะ ประมาณ 9 วัน ก็เป็นดักแด้ (หรือ 4 - 7 วัน ในอากาศอบอุ่น) จากดักแด้จะใช้เวลา 2 - 3 วัน ลอยกราบเป็นตัวเต็มวัย หลังจากนั้น 2 - 3 ชั่วโมง ผสมพันธุ์กินเลือดแล้วอีก 2-3 วัน ตัวเมียจะวางไข่ ยุงลายชอบกินเลือดคน หากินเวลากลางวัน ถ้ากลางคืนแสงสว่างพอก็ออกกินเลือดด้วย ยุงซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยที่สำคัญ มีอยู่ 2 ชนิด คือ

1. ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ซึ่งเป็นพาหะหลัก
2. ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพวกพาหะรอง

การแพร่กระจายยุงลายในประเทศไทย

เชื่อกันว่ายุงลายบ้านเป็นยุงลายที่เป็นแหล่งกำเนิดอยู่ที่ทวีปแอฟริกา ต่อมายุงนี้ได้แพร่กระจายไปยังประเทศต่างๆ ระหว่างเส้นละติจูดที่ 40 องศาเหนือและใต้ โดยติดไปกับพาหนะที่ใช้การคมนาคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางเรือ สำหรับประเทศไทยไม่มีใครทราบแน่นอนว่ายุงลายได้เข้ามาแพร่พันธุ์ตั้งแต่เมื่อใด แต่มีรายงานปรากฏในวารสารวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการพบยุงลายในประเทศไทยเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2450 โดย Theobald FV เข้าใจว่าเป็นระยะต้น ยุงลายจะแพร่พันธุ์อยู่เฉพาะเมืองใหญ่ ต่อมาในปี พ.ศ.2508 จากรายงานของ Scanlon J.E. ปรากฏว่ายุงลายมีจำกัดอยู่เฉพาะเมืองใหญ่ แต่พบอยู่ทั่วไปทุกเมืองรวมทั้งในชนบทภาคต่างๆ ของประเทศไทย จะยกเว้นก็แต่เฉพาะชนบทที่แยกตัวห่างออกจากเส้นทางคมนาคมเท่านั้น จาก การวิจัยที่คอยบุย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าการแพร่กระจายของยุงลายจะถูกจำกัดโดย ความสูงของพื้นที่ คือ จะไม่พบยุงลายบ้าน ที่ระดับความสูง 1,000 ฟุต จากระดับน้ำทะเลต่างจากยุงลายสวนซึ่งสามารถพบได้ทุกระดับความสูง แม้กระทั่งบนยอดเขาสูง 6,000 ฟุต

วงจรชีวิตของยุงลาย

ยุงลายตัวเต็มวัย (Adult) เมื่อออกจากตัวโม่งเป็นเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง จึงจะเริ่มกินอาหารในขณะเดียวกันก็จะเริ่มผสมพันธุ์กัน ยุงลายตัวเมียจะเก็บเชื้อ (Sperm) ไว้ในถุง Spermatheca

ตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวก็จะสามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต จากนั้นยุงลายจะออกหาอาหารคือเลือดเพื่อนำไปช่วยสร้างไข่ในรังไข่ให้เติบโตและวางไข่ติดภาชนะด้านในเหนือระดับน้ำเล็กน้อยหรือตามผิวภาชนะที่เย็นและมีความชื้นสูง ยุงลายตัวเมียวางไข่โดยเฉลี่ยครั้งละ ประมาณ 140 – 144 ฟอง และวางไข่ได้ 4–5 ครั้ง ตลอดชีวิต ดังนั้นยุงลายตัวเมียจึงมีอายุได้ 30–45 วัน

ไข่ยุงลาย มีลักษณะ รีคล้ายกระสวย เมื่อกใหม่ ๆ ไข่จะมีสีขาวนวล ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล และ ค่ำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง ไข่จะฟักเป็นลูกน้ำได้โดยใช้เวลาประมาณ 1 - 2 วัน ถ้าภาชนะยังไม่เติมน้ำหรือยังไม่มีน้ำท่วมไข่ ไข่จะยังไม่ฟักและจะทนความแห้งแล้งในสภาพนั้นเป็นเวลาหลายเดือน เมื่อเติมน้ำหรือมีน้ำท่วมไข่ ไข่ก็จะฟักออกมามีอายุประมาณ 30 นาที แต่ร้อยละของไข่ที่จะฟักออกเป็นตัวลูกน้ำจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป

ลูกน้ำ ลูกน้ำยุงลายมี 4 ระยะ มีการลอกคราบ 4 ครั้ง จากลูกน้ำระยะที่ 1 จนลอกคราบครั้งสุดท้ายเป็นตัวโม่ง (Pupa) ใช้เวลาประมาณ 6 – 8 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ อาหาร และความหนาแน่นของลูกน้ำภายในภาชนะ ลูกน้ำจะกินอาหารซึ่งมีอยู่ในภาชนะขังน้ำนั้น เช่น ตะไคร่น้ำ ขี้มูลสัตว์ เศษอาหารที่หล่นลงในตุ่ม เชื้อแบคทีเรียและพวกสัตว์เซลล์เดียวที่อยู่ในภาชนะขังน้ำนั้น แหล่งที่อยู่ของลูกน้ำยุงลายบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2533 พบว่า แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบ้านทั้งภายในและภายนอกบ้าน คือ ตุ่มน้ำดื่ม น้ำใช้ คิดเป็นร้อยละ 70.82 จานรองขาตู้กับข้าว คิดเป็นร้อยละ 13.49 ส่วนยุงสวน จะพบในภาชนะธรรมชาติ เช่น กะลามะพร้าว โพรงไม้ กาบใบพืช เช่น พลับพลึง บอน และกระบอกไม้ไผ่ที่น้ำขัง เป็นต้น

ตัวโม่ง ลูกน้ำยุงลายจะลอกคราบออกมาเป็นตัวโม่ง (ดักแด้) ซึ่งมีส่วนหัวและอกรวมเป็นชิ้นเดียวกัน (Cephalothorax) ระยะนี้จะหยุดกินอาหารแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายใน ส่วนบนหัวจะมีท่อหายใจ (Trumpest) 1 คู่ ตัวโม่งจะใช้เวลาประมาณ 30 – 40 ชั่วโมง หรือประมาณ 1–2 วัน ก็จะลอกคราบเป็นตัวเต็มวัย

ตัวเต็มวัย ตัวโม่งเมื่อจะลอกออกจากคราบจะลอยนิ่งและเกิดรอยแตกรูป (T) ที่ด้านบนทางหลัง ในส่วนหัวและอกให้ตัวเต็มวัยหลุดจากคราบ ตัวเต็มวัยเมื่อออกจากคราบใหม่ ๆ จะเกาะนิ่งอยู่บนผิวน้ำ เพื่อให้ปีกแห้งและเลือดฉีดเข้าเส้นปีก แล้วจึงบินออกหากิน ยุงลายเป็นยุงที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งกำเนิด โดยทั่วไปมักบินไปไม่เกิน 50 เมตร ตามปกติยุงลายตัวผู้จะเกิดก่อนตัวเมีย 1 วัน ยุงตัวผู้จะมีอายุอยู่ได้นาน 7-10 วัน ตัวเมียจะมีอายุอยู่ประมาณ 1-1.5 เดือน ยุงลายโดยทั่วไปจะหากินเวลากลางวัน อาหารยุงลาย ตัวเมียและตัวผู้คือน้ำหวานจากเกสรของพืชหรือผลไม้ นอกจากนี้ยุงตัวเมียังต้องกินเลือดคนหรือสัตว์เลือดอุ่นเพื่อต้องการโปรตีนในเลือดไปทำให้ไข่สุก ตามปกติยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์

แหล่งเกาะพักของยุงลายในบ้านเรือน พบว่า ยุงตัวเมียร้อยละ 90 เกาะตามท่อน้ำหรือแขวนต่าง ๆ ในบ้านมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่พบเกาะอยู่ตามฝาบ้าน แหล่งเกาะพักของยุงลายตัวเมีย จากการศึกษาที่จังหวัดระยอง พบว่า เกาะตามเสื้อผ้าแขวนห้อย ร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้งและเชือก ร้อยละ 15.7 สิ่งแขวนห้อยอื่นๆร้อยละ 16.3 และพบมีเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้น ที่เกาะตามข้างฝาบ้าน และจากการศึกษาพฤติกรรมการกัดของยุงลายบ้านที่กรุงเทพฯ พบว่าจะกัดในช่วงกลางวัน ตั้งแต่ตีสี่จนถึงเที่ยงและพบว่ายุงกัดคนได้มากได้แก่ 9.00 - 10.00 น. และ 16.00-17.00 น. นอกจากนี้ยังพบว่ายุงลายบ้านชอบกัดคนในบ้าน ส่วนยุงลายสวน ชอบกัดคนบริเวณนอกบ้านมีส่วนน้อยที่เข้ามากัดคนในบ้าน ส่วนค่าเฉลี่ยของปริมาณเลือดที่กินจะมีค่าประมาณ 0.75 มิลลิลิตรและเมื่อกินเลือดแล้วประมาณ 3 วันก็จะวางไข่ (ดวงผา วานิชรักษ์, 2545 : 20 - 21)

การสำรวจลูกน้ำยุงลาย

วิธีดำเนินงาน ตรวจสอบแหล่งเพาะพันธุ์ในบ้าน และรอบบริเวณบ้านในทั่วทุกซอกทุกมุม จำนวนบ้านที่สำรวจขึ้นอยู่กับพื้นที่และความหนาแน่นของหลังคาเรือน ในการสำรวจจะใช้ไฟฉายส่องดูภายในภาชนะว่ามีลูกน้ำหรือไม่ ถ้าพบลูกน้ำระยะใดก็ตามเพียงตัวเดียวก็ให้ถือว่าภาชนะนั้นมีลูกน้ำและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่ดีของยุงลาย และภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์จะต้องเป็นภาชนะที่มีน้ำขังอยู่เท่านั้น ภาชนะใดไม่มีน้ำขังอยู่จะไม่นับว่าเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ในการสำรวจ ลูกน้ำนี้จะนับภาชนะทุกชนิดและทุกภาชนะจะต้องจดบันทึกลงในแบบฟอร์มการสำรวจลูกน้ำ และที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ภาชนะที่จัดว่าอยู่ในบ้านเรือน หรือนอกบ้าน ให้ผู้สำรวจชี้ชยาชคาบ้านเป็นหลัก ภาชนะใดอยู่ในชยาชคาบ้านถึงแม้จะอยู่นอกตัวบ้านก็ให้ถือเป็นภาชนะภายในบ้าน ส่วนภาชนะที่พ้นชยาชคาบ้านถือเป็นภาชนะที่พ้นชยาชคาบ้านถือเป็นภาชนะนอกบ้านทั้งหมด

เมื่อสำรวจเสร็จให้รวบรวมแบบฟอร์ม และรวมจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ และภาชนะที่ไม่พบลูกน้ำที่ได้จากการสำรวจทั้งหมดจำนวนบ้านที่สำรวจ จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (ดวงผา วานิชรักษ์, 2545 : 21)

การวัดระดับความชุกชุมของยุงลาย

การวัดความชุกชุมของยุงลาย องค์การอนามัยโลกได้แนะนำไว้กว้าง ๆ 2 วิธี คือ

1. Visual Larval Survey คือ สำรวจหาลูกน้ำในภาชนะขังน้ำของแต่ละบ้าน โดยวิธีการสุ่มสำรวจ 50 ถึง 100 บ้านต่อเมืองหรือชุมชน ทั้งนี้เพราะว่า ได้พบว่า ลูกน้ำที่พบตามภาชนะทั้งในและนอกบ้านเป็นลูกน้ำยุงลายบ้าน ถึงร้อยละ 90-98 จากผลการสำรวจจะนำเอาค่าเป็นร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index : HI) จำนวนร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index : CI) ไปเป็นค่าเปรียบเทียบ

2. Adult Survey คือ การใช้คนเป็นเหยื่อล่อให้ยุงตัวเต็มวัยมาเกาะในช่วงเวลาหนึ่ง จับยุงทุกตัวที่มาเกาะแล้วนำไปแยกชนิด และ เจลลี่เป็นอัตราการจับยุงได้ ต่อคนต่อชั่วโมง (Landing Rate) เป็นค่าเปรียบเทียบ (ควงผา วานิชรักษ์. 2545 : 35)

ดัชนีที่ใช้วัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Larval Index)

ในการพิจารณาถึงปริมาณของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนั้น มีดัชนีหลายตัวที่ใช้วัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งจะกล่าวถึงเฉพาะตัวดัชนีที่น่าสนใจ (ควงผา วานิชรักษ์. 2545 : 35 - 36) ดังนี้คือ

1. Container Index (CI) เป็นดัชนีที่ใช้แสดงร้อยละของจำนวนภาชนะ ที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในทางระบาดวิทยานั้นถือว่าดัชนีนี้ ไม่ให้ประโยชน์ต่องานด้านระบาดวิทยามากนัก เพราะครัวเรือนที่มีจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำมากกว่า ซึ่งอาจทำให้การทํานายการเสี่ยงต่อการระบาดของโรคน้อยลงกว่าหรือมากกว่าที่เป็นจริง

2. House Index (HI) เป็นดัชนีที่แสดงถึงร้อยละของจำนวนครัวเรือน ที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นดัชนีที่หยาบที่สุดในการทํานายความเสี่ยงในการติดต่อของโรค เพราะว่าไม่ได้คำนึงถึงจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ในครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย อย่างไรก็ตามดัชนีนี้มีประโยชน์มากสำหรับนักระบาดวิทยา และนักกฏวิทยาที่จะทราบโอกาสในการเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกในแต่ละที่เป็นอย่างไร

3. Breteau Index (BI) เป็นดัชนีที่แสดงถึงจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายใน 100 ครัวเรือน ซึ่งถือว่าเป็นดัชนีที่ดีที่สุดในการประมาณความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลาย เพราะเป็นการพิจารณาทั้งจำนวนครัวเรือนและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย

4. The Larval Density Index (LDI) เป็นดัชนีซึ่งใช้วัดค่าเฉลี่ยของจำนวนลูกน้ำต่อครัวเรือน

5. Stegomyia Index (SI) เป็นดัชนีที่ใช้วัดภาชนะ ที่พบลูกน้ำยุงลายต่อประชากร 1,000 คน เป็นดัชนีอีกตัวหนึ่งสำหรับงานด้านระบาดวิทยา แต่ในทางปฏิบัติพบว่าดัชนีตัวนี้มีปัญหาในด้านการสำรวจลูกน้ำเนื่องจากประชากร ซึ่งถูกสำรวจไม่อยู่บ้าน เช่น ต้องไปทำงานหรือไม่อยู่บ้านเป็นระยะเวลานานในช่วงหนึ่ง ซึ่งทำให้ค่าของจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายไม่น่าเชื่อถือ

การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

ยุงลายเป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก การป้องกันที่ดีที่สุดก็คือ กำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และพยายามหาทางป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด ยุงลายมักจะวางไข่ตามภาชนะที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้นแหล่ง

เพาะพันธุ์ขุลงลายบ้านจึงมักอยู่ตาม โองน้ำคืมและน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝา ทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกบ้าน นอกจากโองน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่นๆ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ งานรองขาตู้กันมด แจกัน งานรองกระถางต้นไม้ อ่างล้างเท้า ขางรถยนต์ โห ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ เศษภาชนะเช่น โองแตก กะลา เศษกระป๋อง เป็นต้น ในขณะที่ขุลงลายสวนขอบวางไข่นอกบ้านตามกาบใบของพืช จำพวก กล้วยมะพร้าว พลับพลึง ต้นบอน ด้วยรองน้ำขางพารา โพรงไม้ กะลา กระบอกไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง สำหรับแหล่งเพาะพันธุ์ในโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นบ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ และแจกันปลูกต้นพลูด่าง กองโรคติดต่อทั่วไปได้ดำเนินการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ขุลงลายในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศเมื่อ พ.ศ. 2533 พบว่า แหล่งเพาะพันธุ์ขุลงลายบ้านทั้งภายในและภายนอกบ้าน คือ โองน้ำคืมและน้ำใช้ร้อยละ 70.82, งานรองขาตู้กันมด ร้อยละ 15.68, ที่เหลือเป็นภาชนะอื่น ๆ เช่น โห ถังน้ำมัน แจกัน ขางรถยนต์เก๋าร้อยละ 13.49 ส่วนขุลงลายสวน จะพบในภาชนะธรรมชาติ เช่น กะลามะพร้าว โพรงไม้ กาบใบของพืช จำพวกกล้วย พลับพลึง บอน ด้วยรองน้ำขาง และตามกระบอกไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง เป็นต้น และจากการศึกษาของ อองอาจ เจริญสุข และคณะ (2524) พบว่า ขุลงลายสามารถวางไข่ได้ในที่ระบายน้ำโสโครก และมีการเจริญเติบโตอย่างปกติ เหมือนในน้ำสะอาดทั้งที่ภายในที่ระบายน้ำมีเศษขยะและดินอยู่เป็นจำนวนมาก จากปรากฏการณ์ El Nino ก่อให้เกิดภาวะแห้งแล้ง และ อุณหภูมิสูงขึ้น ในหลาย ๆ ประเทศ ภาวะแห้งแล้งมีผลกระทบต่อจำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ขุลงลาย เนื่องจากขุลงลายเพาะพันธุ์อยู่ในภาชนะขังน้ำต่าง ๆ ซึ่ง ภาชนะเหล่านั้น อยู่ภายในบ้านเรือนเป็นส่วนใหญ่ ในภาวะแห้งแล้งนี้ประชาชนยังจะทำการกักตุน น้ำไว้ใช้และบริโภคมามากขึ้น(ทำให้ดูเหมือนว่าจำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ขุลงลายยังเพิ่มมากขึ้น) ลูกน้ำขุลงลายสามารถเจริญเติบโตจนครบวงจรชีวิตได้ แม้ว่าภาชนะนั้นจะมีน้ำขังอยู่สูงเพียง 1/4 นิ้ว ส่วน อุณหภูมิที่สูงขึ้นก็มีผลกระทบต่อขุลงลายโดยทำให้ขุลงลายเจริญเติบโตจนครบวงจรชีวิตได้เร็วขึ้นขุลงลายออกหากินถี่ขึ้นและไวรัสสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในตัวขุลงได้เร็วขึ้น หรือ อีกนัยหนึ่ง คือ ระยะฟักตัวของไวรัสในตัวขุลงลายนั้นสั้นลง นอกจากนี้ หมู่บ้านที่อยู่บนภูเขา เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น โดยก่อนหน้านี้นักพบ ขุลงลายบ้านได้ที่ระดับความสูงไม่เกิน 1,000 เมตร แต่ในปัจจุบันมีรายงานจากอุณหภูมิบนภูเขาสูงขึ้น ทำให้ขุลงลายสามารถเพาะพันธุ์ได้ (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 17 - 18)

มาตรการในการควบคุมพาหะนำโรค เนื่องจากในวงจรชีวิตของขุลงลาย ประกอบไปด้วย 4 ระยะ ที่มีความแตกต่างกันทางชีววิทยาและนิเวศวิทยา ทำให้วิธีการควบคุม กำจัดขุลงลายในแต่ละระยะก็แตกต่างกันไปด้วย

3.1 ระยะไข่ ไข่ขุลงลายมีขนาดเล็กมาก ทนต่อความแห้งแล้ง และ สารเคมี การกำจัดระยะไข่อย่างง่าย ๆ กระทำได้โดยการขัดล้างตามผิวภาชนะต่างๆ แต่มักไม่สะดวกในทางปฏิบัติ

3.2 ระบายลูกน้ำและตัวมด การควบคุมกำจัดระยะลูกน้ำตัวมดกระทำได้ง่าย และ สะดวกที่สุด เนื่องจากลูกน้ำยุงลายและตัวมดอยู่ในภาชนะขังน้ำต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ภายใน และ ภายนอกบ้าน จึงเป็นเป้าหมายให้ควบคุมกำจัดได้ผลดีกว่าระยะอื่น ๆ วิธีที่ง่ายและสะดวกที่สุด ในการควบคุมกำจัดลูกน้ำและตัวมด โดยการลดหรือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ได้แก่

3.2.1 ปกปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิดให้มิดชิด บางครั้งปากภาชนะกับฝา ปิดเข้ากันได้ไม่สนิท มีรูหรือช่องว่างให้ยุงลายแทรกตัวเข้าไปวางไข่ได้ ควรปิดภาชนะนั้นด้วย ฝาหนัง หรือผ้ายาง หรือผ้าพลาสติก ก่อนชั้นหนึ่ง แล้วจึงปิดฝาชั้นนอก

3.2.2 ภาชนะที่ปกปิดไม่ได้เช่น บ่อซิเมนต์ในห้องน้ำ ให้ใส่ทรายอะเบท เพื่อกำจัดลูกน้ำ หรือหมั่นขัดล้าง เปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน หรือเลี้ยงปลาหางนกยูงจำนวน 2-10 ตัว แล้วแต่ขนาดของบ่อ เพื่อช่วยกินลูกน้ำ

3.2.3 การคว่ำภาชนะที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ เป็นการป้องกันไม่ให้รองรับ น้ำ และมีน้ำขัง

3.2.4 การเผา ฝัง ทำลาย หรือ กลบทิ้ง วัสดุที่อาจเก็บขังน้ำเป็นแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายได้ เช่น ใยมะพร้าว กะลามะพร้าว ขางรถยนต์เก่า กระป๋อง ขวด เป็นต้น

3.2.5 ใส่เกลือ 1/2 ช้อนชา หรือน้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา หรือผงซักฟอก 1/2 ช้อนชา ลงในจานรองขาตู้กันมด ทำให้ยุงลายไม่วางไข่ (แต่ต้องเปลี่ยนน้ำใหม่และใส่ สารเคมีดังกล่าวใหม่ทุกเดือน มิฉะนั้นน้ำจะเกิดฝ้าทำให้มดเดินบนผิวน้ำได้) หรือเทน้ำเค็มลงไป ในจานรองขาตู้กันมดทุก 7 วันเพื่อฆ่าลูกน้ำ หรือใส่ขี้เถ้าแทนการใช้น้ำ เพราะขี้เถ้า และ ขี้เถ้าสามารถป้องกันไม่ให้มดขึ้นตู้กับข้าวได้

3.2.6 จานรองกระถางต้นไม้ที่มีน้ำขังก็เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ ให้ ใส่ทรายธรรมชาติ ลงไปในจานรองนั้นประมาณ 3 ใน 4 ของความลึกจาน เพื่อให้ทรายดูดซับน้ำ ส่วนเกินจากการรดน้ำต้นไม้ไว้

3.2.7 หมั่นเปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกันหรือภาชนะใส่น้ำที่ปลูกต้นไม้ เช่น พลูด่างทุก 7 วัน หรือใช้กระดานิม ๆ อุดปากแจกันไว้

การควบคุมกำจัดลูกน้ำและตัวมดโดยไม่ใช้สารเคมีเป็นการรักษาสิ่งแวดล้อม ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และความร่วมมือจาก หน่วยงาน/องค์กรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

3.3 ระบายเต็มวัย ควบคุมกำจัดโดยใช้สารเคมี การใช้กับดัก และการป้องกัน ตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด ดังนี้

3.3.1 การใช้สารเคมี การพ่นละอองฝอย หรือ การพ่นแบบ Ultra low volume (ULV) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่น โดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นกระจายน้ำออกมา

เป็นละอองฝอยที่มีขนาดเล็กมากละอองน้ำจะกระจายอยู่ในอากาศและสัมผัสกับตัวยุงที่บินอยู่ เครื่องพ่นน้ำยาเคมีประเภทนี้ มีทั้งแบบสะพายหลัง และแบบที่ต้องติดตั้งบนรถยนต์

3.3.2 การใช้กับดัก เป็นการก่อกำยุงบินเข้ามาติดกับดักเพื่อทำให้ตายต่อไป เช่น กับดักแบบใช้แสงล่อ (แสงจากหลอดไฟ black light) , กับดักยุงไฟฟ้าใช้แสงล่อยุงเข้ามา เมื่อยุงบินมากระทบถูกซี่กรงที่มีไฟฟ้าก็จะตายไป, กับดักยุงแบบใช้กลิ่นเสียง เป็นต้น

3.3.3 การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด นอนในมุ้ง (แม้ว่าจะเป็นเวลาเช้า กลาง วันบ่าย หรือเย็น เนื่องจากยุงลายหากินในเวลากลางวัน) จะใช้มุ้งธรรมดาหรือมุ้งชุบสารเคมีก็ได้ หรือจะนอนในห้องที่ปูด้วยมุ้งลวดก็ได้ แต่ต้องแน่ใจว่าในห้องนั้นไม่มียุงลายเล็ดลอดเข้าไปอาศัยอยู่ ใช้ยาทากันยุงกัด ยาเหล่านี้มีทั้งชนิดน้ำ ชนิดผง และชนิดที่เป็นครีม ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติในการไล่ยุงไม่ให้เข้ามาใกล้ หรือใช้เครื่องไล่ยุงไฟฟ้า แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากแผ่นกระดาษชุบสารเคมี มีคุณสมบัติไล่ยุงนั้นอาจเป็นอันตรายกับเด็กอ่อน และทารกได้ รวมทั้งอาจก่อให้เกิดความระคายเคืองเมื่อสัมผัสถูกผิวหนัง รวมทั้งไอระเหยอาจทำให้ระคายเคืองตาด้วยจึงควรศึกษาวิธีใช้ให้เข้าใจก่อนใช้งาน

แม้ว่าการควบคุมตัวเต็มวัยโดยการใช้สารเคมีจะเป็นวิธีการที่ดีและให้ผลรวดเร็ว แต่ให้ผลเพียงระยะสั้น สารเคมีส่วนใหญ่มีราคาแพง ต้องใช้อุปกรณ์ / เครื่องพ่นเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ควรมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีและวิธีการใช้เครื่องพ่นเป็นอย่างดี สารเคมีบางชนิดมีพิษสูงต่อสัตว์เลี้ยง จึงควรใช้สารเคมีเฉพาะเมื่อจำเป็น เช่น เมื่อคัดวงจรการแพร่โรคในการควบคุมการระบาด เป็นต้น นอกจากนี้การใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องอยู่เสมอ ๆ ทำให้ยุงบางส่วนไม่สัมผัสกับละอองของสารเคมีโดยตรง หรือสัมผัสน้อย เมื่อยุงบางส่วนไม่ตายก็จะเป็นสาเหตุให้ยุงนั้นค่อย ๆ พัฒนาความต้านทานสารเคมี ในไม่ช้ายุงจะดื้อต่อสารเคมี ทำให้การควบคุมกำจัดด้วยสารเคมี นั้น ๆ ไม่ได้มีผลอีกต่อไป การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนั้น จะบังเกิดผลดีต้องผสมผสานหลายๆ วิธีเข้าด้วยกัน และต้องปฏิบัติโดยมีความครอบคลุมมากที่สุดในชุมชนหนึ่ง ๆ ควรดำเนินการทุกหลังคาเรือน และจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการควบคุมโรคไข้เลือดออกการควบคุมโรคจะไม่ประสบความสำเร็จหากการดำเนินการต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียวโดยไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 19 - 21)

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยพอสรุปได้ว่าแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่ ภาชนะที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำฝนมักเป็นแหล่งน้ำที่ยุงชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้นจึงพบยุงน้ำตามโอ่งน้ำดื่ม โอ่งน้ำใช้ที่ไม่มีฝาปิด บ่อซีเมนต์ในท้องน้ำ งานรองขาตู้กันมด งานรองกระถางต้นไม้ แจกัน ขางรถยนต์ เศษภาชนะ เป็นต้น การควบคุมยุงลายที่ได้ง่ายและสะดวกที่สุด คือการควบคุมยุงในระยะที่เป็นลูกน้ำ หรือตัวโม่ง ซึ่งได้แก่การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนเป็นสำคัญ

ผู้วิจัยจึงได้สร้างรูปแบบการให้สุศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข

การสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion)

ความหมายของการสนทนากลุ่ม ได้มีผู้ที่ให้ความหมายของ การสนทนากลุ่ม ไว้ ดังนี้

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงวดี (2536 : 2) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่ม ไว้ว่า การสนทนากลุ่ม คือ การรวบรวมข้อมูลจากการนั่งสนทนากับผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่ม ซึ่งผู้ร่วมสนทนากลุ่มนี้ ได้มาจากการเลือกสรรตามหลักเกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดไว้ว่าจะเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบตรงประเด็น และสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษามากที่สุด

วาริ เกิดคำ (2542 : 173) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิควิธีในการรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ คำตอบที่ได้มาจากการสนทนากลุ่มจะเป็นคำตอบในเชิงเหตุผล แรงจูงใจ ตลอดจนการตัดสินใจของบุคคล และรวมถึงทัศนคติต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งต่างๆ ที่เราสนใจศึกษา

อุดม จำรัสพันธ์ และคณะ (2545 : 98) กล่าวว่า การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 7-8 คน มาร่วมแสดงความคิดเห็นที่ได้รับการกระตุ้นจากคำถามของผู้ประเมิน โดยมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น และปฏิกิริยาของสมาชิกของกลุ่มเป้าหมายระหว่างการแสดงความคิดเห็น ที่อาจจะนำไปใช้ประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิควิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนั่งสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนาในประเด็นต่างๆ ตามที่กำหนด เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ

การสนทนากลุ่มมีบรรยากาศเป็น “การนั่งจับเข่าคุยกัน” (อ้างถึงใน วาริ เกิดคำ.2542 : 173) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนากับผู้วิจัย และระหว่างผู้ร่วมสนทนาด้วยกันเองทุกคนมีอิสระในการอภิปรายประเด็นได้อย่างเต็มที่ ตามที่ตนเองมีประสบการณ์เพื่อถ่ายทอดให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกันในการรวบรวมข้อมูลวิธีนี้ผู้วิจัยจะต้องนัดหมายให้สมาชิกมารวมกัน ณ ที่ใดที่หนึ่ง สมาชิกที่เข้าร่วมสนทนาจะต้องเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ และเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา มีภูมิหลังที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Homogeneous) การสนทนากลุ่มจะถูกดำเนินการ และควบคุมด้วยบุคคลที่เรียกว่า ผู้นำการสนทนา (Moderator) ซึ่งนับว่าเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการสนทนากลุ่มเพราะจะเป็นผู้นำการสนทนาให้ดำเนินไปตามทิศทางของงานวิจัย จะต้องเป็นบุคคลที่ช่างพูด ช่างคุย และเข้ากับ

บุคคลได้ทุกระดับ และจะต้องเป็นบุคคลที่มีไหวพริบดีสามารถยกประเด็นที่เกิดจากการสนทนากันมาตั้งเป็นคำถามซักถามกันต่อไปได้อีก จะทำให้ได้รายละเอียดในทางลึกมากยิ่งขึ้น

ความสำคัญของการสนทนากลุ่ม

วาริ เกิดคำ (2542 : 173 - 174) ได้ให้ความสำคัญของการสนทนากลุ่มไว้ดังนี้

1. เทคนิคการสนทนากลุ่ม จะช่วยประหยัดเวลาว่าการสัมภาษณ์รายบุคคล กลุ่มมีโอกาสได้พูดคุยสนทนาซักถามถกประเด็นต่างๆ ได้ชัดเจนได้เรียนรู้แง่มุมของคนภายในกลุ่มด้วยกัน เกิดภาวะความรู้สึกร่วม รับรู้ รับประเด็นต่างๆ ซึ่งสภาพการณ์นี้จะไม่เกิดในการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และการสนทนากลุ่มในสนามก็สามารถพูดคุยจัดทำได้ง่ายๆ

2. คุณภาพของข้อมูล ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของกลุ่มว่ามีความเป็นกันเอง อยากพูดจากัน อยากร่วมแสดงความคิดเห็น และไม่มีผู้ใดผูกขาดการพูด หรือมีท่าทางใช้อำนาจเหนือความคิดผู้ใด ฯลฯ และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้นำการสนทนาว่าจะสามารถจัดการกลุ่มให้เกิดการพูดคุยดำเนินไปอย่างราบรื่น สนุกสนาน ทุกคนกระตือรือร้น เวลาผ่านไปอย่างไม่เบื่อหน่าย รวมทั้งได้เนื้อหาข้อมูลครบถ้วนตามหัวข้อที่ต้องการ

3. มีความคล่องตัวในการแสดงความคิดเห็นได้ตอบกันอย่างต่อเนื่อง ในบางครั้งมีแนวความคิดใหม่ๆ เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการสร้างโอกาสในการพัฒนาแนวความคิดใหม่ๆ ที่มีศักยภาพ

4. การที่มีผู้นิยมใช้ในการสนทนากลุ่มกันอย่างแพร่หลายนั้น เป็นเพราะเชื่อกันว่าเสียค่าใช้จ่ายน้อย นอกจากนี้ยังมีความรวดเร็วในการรายงานผล ทั้งนี้ถ้าหากผู้วิจัยไม่ต้องการบันทึกที่ถอดออกมาจากเทป ก็จะสามารถทราบผลอย่างคร่าวๆ ของการวิจัยนั้นๆ ภายในเวลาเพียง 2-3 วัน เท่านั้น

ขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนใหญ่ 3 ขั้นตอน คือ (วาริ เกิดคำ. 2542 : 174 - 182)

1. ขั้นเตรียมการสนทนา

1.1 สิ่งแรกที่ต้องทำในเรื่องของการสนทนากลุ่ม คือ การกำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษากำหนดหัวข้อเรื่องนี้อาจจะเกิดมาจากแนวคิด ทฤษฎี หรือ เรื่องที่สนใจศึกษานั้นเอง

1.2 กำหนดตัวแปร หรือ ตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา ซึ่งการกำหนดตัวแปรนั้น ก็จำแนกแยกแยะมาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั่นเอง วัตถุประสงค์ต้องการทราบอะไร ก็กำหนดตัวแปรออกมาแล้วนำมาสร้างเป็นคำถามย่อยๆ

1.3 เขียนแนวคำถาม โดยแนวคำถามทุกข้อจะต้องประกอบด้วยตัวแปร แล้วนำมา

สร้างเป็นคำถามที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยชัดเจนที่สุดนั่นเอง นั่นก็คือนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละข้อไปจำแนกเป็นตัวแปรแล้วสร้างคำถามย่อยๆ โดยมีหลักเกณฑ์ว่าคำถามแต่ละคำถามต้องตั้งสมมุติฐานย่อยๆ ไว้ในตัวเองว่า ทำไมเป็นอย่างนี้ เพราะอะไร ทำไม อย่างไร เขียนคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อให้ได้คำตอบออกมาในเชิงเป็นเหตุเป็นผลนั่นเอง การเรียงคำถามควรจะเริ่มจากคำถามง่ายๆ เพื่อการเข้าใจ และสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคยกันระหว่างผู้นำการสนทนา และผู้ร่วมสนทนา สำหรับคำถามหลักนั้นควรอยู่ในช่วงกลางๆ ของการสนทนา เพราะเมื่อสมาชิกกลุ่มคุ้นเคยบรรยากาศดีแล้ว ก็สนทนากันในประเด็นที่สำคัญจะได้คำตอบมากขึ้น และเมื่อซักถามประเด็นสำคัญแล้วในตอนท้ายของการสนทนาจึงจะเป็นคำถามเบาๆ ง่ายๆ อีกครั้งเพื่อผ่อนคลายบรรยากาศในการสนทนา

1.4 กัดเลือกบุคลากร บุคลากรในการสนทนากลุ่มจะประกอบด้วย ผู้นำการสนทนา สมาชิกกลุ่ม และผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลสมบูรณ์ หรือไม่จึงต้องพิถีพิถันในการเลือกเป็นพิเศษ

1.4.1 กัดเลือกผู้นำการสนทนา (Moderator) โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกว่า ผู้นำการสนทนาหากไม่ใช่ผู้วิจัยเอง จะต้องเป็นผู้ที่รู้เบื้องหลังความต้องการ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดี รู้จักทฤษฎี และรู้จักวิธีการควบคุมปัญหา ควบคุมการสนทนาแบบกลุ่มเป็นอย่างดี ผู้นำการสนทนาจะต้องชักจูงให้สมาชิกกลุ่มอธิบายความรู้สึกในประเด็นที่ซักถามนั้นออกมาให้ได้ว่า มีความคิดเห็น หรือ มีทัศนคติอย่างไร ผู้นำการสนทนาจะต้องรู้จักนำทฤษฎี หรือ ความสนใจมาตั้งเป็นสมมุติฐานตลอดเวลา และ จะต้องทดลองสมมุติฐานเล็กๆ เหล่านั้นก่อนล่วงหน้าโดยการถามปัญหาที่จะนำไปสู่การสนทนาที่ชัดเจนซึ่งสมมุติฐานนี้เป็นสมมุติฐานย่อย ซึ่งต่างจากสมมุติฐานหลักที่ตั้งไว้แต่แรก ควบคู่ไปกับจุดประสงค์ของการวิจัย ในการนั่งสนทนา

ผู้นำการสนทนาจะต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับประกอบการสนทนาไปด้วย โดยพยายามหาความสัมพันธ์ของข้อมูลนั้นกับข้อมูลอื่นๆ ที่ได้รับมาก่อนผู้นำการสนทนาที่ดีจะต้องมีความชำนาญในการตั้งสมมุติฐานเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ปรากฏขึ้นในวงสนทนา การตั้งสมมุติฐานย่อยๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้นำการสนทนาสามารถสร้างคำถามได้อย่างเหมาะสม และตรงกับจุดมุ่งหมายช่วยให้ผู้นำการสนทนาสามารถสร้างคำถามได้อย่างเหมาะสมและตรงกับจุดมุ่งหมายช่วยให้ผู้นำการสนทนาถามตรงแนวตามที่ต้องการ

1.4.2 การคัดเลือกสมาชิกสนทนา การคัดเลือกสมาชิก เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการสนทนากลุ่ม เรียกได้ว่าสำคัญเท่าๆ กับการดำเนินการสนทนากลุ่มเลยทีเดียว เพราะหากไม่ได้บุคคลตรงตามเป้าหมายมาเข้าสนทนากลุ่ม ผลการสนทนาก็ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือถ้าได้บุคคลประเภทบุคคลนอกเรื่องก็จะทำให้การสนทนากลุ่มล้มเหลวกลางคัน หรือถ้าได้บุคคลที่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็น และพูดจาเพื่อข้อมูลภาพ

ของข้อมูลก็ค่อยลงไป ผู้วิจัยควรคิดว่าโดยหลักของการจัดสนทนากลุ่มแล้วสมาชิกกลุ่มไม่ใช่จะเป็นใครก็ได้ เพราะแม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพไม่เน้นการเป็นตัวแทน แต่การวิจัยลักษณะนี้นั้นถึง การที่สมาชิกกลุ่มเป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชน หรือกลุ่มเป้าหมาย ที่จะสามารถพูดคุยได้ตอบใน รูปแบบของกลุ่มการสนทนา ในอันที่จะแสดงทัศนะ และค่านิยมของสังคม ตลอดจนสะท้อนถึง ประสบการณ์รอบๆ ตัวได้ดี และควรหลีกเลี่ยงบุคคลที่ไม่เหมาะสมในการเข้ากลุ่ม เช่น คนที่เป็น ผู้บังคับบัญชา คนที่ขี้อายเกินไป คนที่พูดเก่งจนควบคุมการสนทนาเพียงคนเดียวคนที่ฟังไม่ค่อย ได้ยิน คนที่มีปัญหาทางจิตเป็นต้นใจ เป็นต้น ซึ่งลักษณะที่ไม่เหมาะสม หรือไม่เข้าข่ายเหล่านี้ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้อาจบิดเบือน หรือทำให้ผู้วิจัยไม่ได้ข้อมูลในเรื่องสำคัญๆ ที่ต้องการ เช่น ถ้ามี นายจ้างอยู่ในกลุ่มเกี่ยวกับลูกจ้าง ก็อาจทำให้ลูกจ้างไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แท้จริง เพราะกลัว นายจ้างอาจจะเลิกจ้าง เป็นต้น

การคัดเลือกบุคคลในการเข้าร่วมสนทนา มีข้อสังเกต ดังนี้ (นิพนธ์ กันธเสวี และ กณะ. 2545 : 259 - 260)

1.4.2.1 กลุ่มที่ไม่แตกต่างกัน (Homogeneous group) จะทำให้ได้ข้อสรุปขอ การสนทนาที่คล้ายคลึงกัน

1.4.2.2 กลุ่มที่มีความแตกต่างกัน (Heterogeneous group) ซึ่งจะเป็นการดี ถ้าเป็น การรวบรวมข้อมูลตัวที่มีการกระจายค่ามาก ๆ เพราะจะได้ข้อสรุปบนพื้นฐานความแตกต่างกัน แสดงความคิดเห็น

2.5 เตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ในการจัดสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ในการ รวบรวมข้อมูล คือ เทปบันทึกเสียง เพราะในวงการสนทนานั้น ตลอดการดำเนินสนทนากลุ่มจะมี การถกประเด็นปัญหา การโต้แย้ง เป็นกระแสดวงความคิดได้ตอบกันตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องบันทึก เสียงเอาไว้เพราะคำตอบที่เป็นการถกประเด็นกันด้วยเหตุผล ถือเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนา กลุ่ม เทปบันทึกเสียงจะเป็นอุปกรณ์บันทึกข้อมูลที่ดีที่สุดที่สามารถเก็บรายละเอียด และข้อคำตอบ ได้ละเอียดที่สุด คำตอบที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหากันมากมาย มีการแสดงความคิดเห็น ซึ่งกัน และกัน แลกเปลี่ยนความเห็นกันมากมาย นั่นคือ จุดที่ละเอียดที่สุดของการวิเคราะห์ข้อมูล นั้นเองและการตีความต้องพิจารณาละเอียดลงไปถึงเหตุผลที่ถกโต้แย้งหรือเสนอคำตอบความเห็นนี้ จะช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลได้คำตอบที่ดีที่สุดใน การจัดสนทนากลุ่มจะใช้เทปบันทึกเสียง 2 เครื่องบันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกันประมาณ 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไปในระหว่าง การเปลี่ยนเทป และ เป็นประโยชน์สำหรับป้องกันการบันทึกข้อมูลไม่ติด นอกจากนี้ก็กันหาย และแบ่งกันฟังในกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนนอกจากเทปบันทึกข้อมูลแล้ว ก็จะต้องมีสมุดจดบันทึก ข้อมูลด้วยสำหรับผู้จดบันทึกคำสนทนา นอกจากนี้ก็มีอุปกรณ์สนามอื่นๆอีก เช่น ถ่านไฟฉาย เทปเปล่า ดินสอ ฯลฯ นอกจากนี้ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่

น้ำดื่ม ขนม หรือ อาจจะเป็นรูปภาพ อุปกรณ์ต่างๆ ที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจเรื่อง หรือ ประเด็นที่เราสนใจจะถามมากยิ่งขึ้น

2.6 จัดเตรียมสถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม ควรมีการกำหนดให้แน่นอน ควรเป็น สถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน แดดไม่ร้อน ผู้เข้าร่วมกลุ่มรู้จักดี

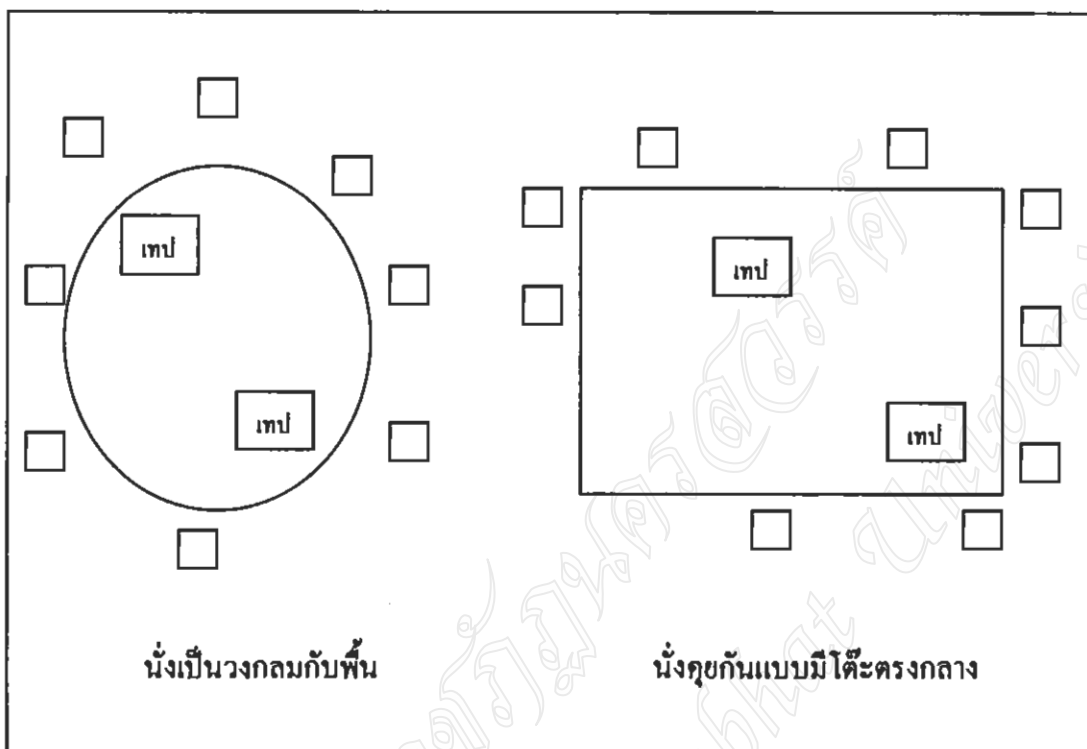
2.7 จัดเตรียมของกำนัล ของที่ระลึกมอบไว้ก่อนจากกันให้ไว้แก่สมาชิกกลุ่มที่ได้ สละเวลาอันมีค่ามาร่วมวงสนทนา มิใช่เป็นค่าจ้าง แต่มอบให้รำลึกถึงกันว่าเราเคยมานั่งถกประเด็น ปัญหาด้วยกัน

2.8 กำหนดระยะเวลาของการดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม ผู้นำการอภิปราย ควรจะ ใช้เวลาในการสนทนาไม่เกิน 2 ชั่วโมง 15 นาที นับแต่เริ่มคำถาม เพราะถ้านานกว่านี้สมาชิกกลุ่ม จะถ้า คำตอบที่ได้ค่อนข้างเป็นคำตอบที่ผู้ตอบเพื่อให้เสร็จสิ้นการสนทนา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะน้อยลง

2. ขั้นตอนการสนทนา

เมื่อสมาชิกกลุ่มมาพร้อมกันแล้ว ก็เริ่มดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนาในที่นี้ คือ ผู้นำการสนทนา แนะนำตนเอง และทีมงาน อันประกอบด้วย ผู้นำ การสนทนา ผู้จดบันทึก และผู้บริการทั่วไป บางครั้งถ้ามีผู้สังเกตการณ์ (Observer) ก็แนะนำด้วย แล้วอธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสนทนา วัตถุประสงค์ของการวิจัย และบอกว่าจะมีการบันทึก เทปคำสนทนาตลอดจนถกประเด็นปัญหา นอกจากนี้ ก็จะมีผู้คอยจดบันทึกคำสนทนาด้วยแล้วจึง เริ่มถามนำด้วยคำถามอุ่นเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นใน การสนทนาหลังจากพิจารณาว่ากลุ่มเริ่มคุ้นเคยกันดีแล้วก็เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ ชักใช้ไล่เลียงคำถาม โดยการทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็น และได้แย้งกันให้พอสมควร พยายามสร้าง บรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาด้วยตนเอง ควบคุมเกมไม่ให้หยุดนิ่ง อย่าซักถามคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ถามไม่ใช่ถามคนเดียว แต่ เป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่มให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถ้า ไม่จำเป็นอย่าซักถามรายคน ผู้นำการสนทนาจะต้องเป็นผู้ที่ช่างคุยช่างซัก เป็นผู้ที่มีการสรรค่าใน การพูดคุยมีการเว้นจังหวะการถามที่ดี

การนั่งสนทนากันอาจจะจัดนั่งแบบเป็นวงกลมนั่งบนพื้น หรือนั่งบนเก้าอี้ และมีโต๊ะ กลางแบบนั่งรับประทานอาหารร่วมกันก็ได้ดังเช่น ผังการนั่งตามรูป



ภาพที่ 2.1 ภาพการนั่งสนทนากลุ่ม

ที่มา : วาริ เกิดคำ (2542 :181)

การนั่งแบบเป็นวงกลมนั้นจะดูเป็นธรรมชาติมากกว่า ให้บรรยากาศเป็นการนั่งสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้มากกว่าวงสนทนาจะมีลักษณะเป็นกันเอง แต่ถ้านั่งเก้าอี้มีโต๊ะตรงกลาง ให้ลักษณะของการนั่งสนทนามีความรู้สึกว่าเป็นทางการบรรยากาศการสนทนาถ้าผู้เข้าสนทนากลุ่มไม่คุ้นเคยกันมาก่อน จะไม่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าทำการศึกษากับกลุ่มชาวบ้านในชนบท การนั่งเก้าอี้ และมีโต๊ะตรงกลาง เหมาะสำหรับการสนทนากลุ่มกับบุคคลบางระดับ เช่น ผู้มีความรู้ มีการศึกษา นักธุรกิจ ฯลฯ ซึ่งมักจะมีการรับประทานอาหารร่วมกันที่โต๊ะ แล้วคุยกันไปพร้อมทานอาหาร

3. ขั้นสรุปผลการสนทนา

ข้อมูลของการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง และในแบบจดบันทึก การสนทนาของผู้ร่วมสนทนาที่อยู่ในเทปจะถูกถอดออกมาเป็นบทคำสนทนาโดยละเอียดทุกคำพูด ทุกบททุกตอน เหตุผลที่ถอดเทปละเอียดทุกคำพูด เพราะถือว่าจุดประเด็นสำคัญของคำตอบในการวิเคราะห์อยู่ที่บทของการเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันของสมาชิกภายในกลุ่ม การถอดละเอียดทุกคำพูดจะช่วยให้อ่านแล้วได้เข้าใจ และสามารถมองภาพของการสนทนากลุ่มนั้นๆ ได้ว่ามีบรรยากาศเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมในการถกประเด็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มเป็นอย่างไร มี

การโต้แย้งกันดี หรือไม่ ดังนั้นเป็นต้น บางโครงการวิจัยจะถอดเทปเพียงบางส่วน อาจถอดเพียง 80% , 50 % หรือ 30% แล้วแต่ว่าผู้ศึกษาต้องการความละเอียดของข้อมูลมากน้อยแค่ไหน

การถอดเทปข้อมูล ถ้าถอดละเอียดทุกคำพูดก็จะเป็นประโยชน์ ต่อการวิเคราะห์ ข้อมูลเพราะง่ายต่อการอ่าน และสรุปคำตอบ นอกจากนั้นคำตอบที่ถอดออกมาเป็นบทสนทนา กลุ่ม นั้น นอกจากจะใช้วิเคราะห์ในเรื่องที่สนใจศึกษานั้นแล้ว ยังสามารถหยิบยกมาวิเคราะห์เรื่องอื่น ๆ ได้อีก เพราะในวงสนทนาในแต่ละครั้ง ไม่ใช่ถกเถียงกันเพียงประเด็นเดียวแต่จะมีประเด็นอื่นๆ คิดค้นออกมาด้วย ดังนั้นจึงสามารถนำมาวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์แบบข้อมูลทุติยภูมิต่อไปได้อีก นั่นคือ จัดสนทนากลุ่มเพียงหนึ่งเรื่องสามารถวิเคราะห์ได้หลายเรื่องในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัย ก็จะอ่านจากบทสนทนาที่ถอดเทปออกมา แล้วจลคำตอบที่ละเอียดที่สุด และให้เหตุผลที่ดีที่สุดลง ในกระดาษจดข้อมูล ซึ่งจัดทำไว้แล้ว เขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ว่าเป็นคำพูดของ ใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไหร่ เรียงเอาไว้ในคำถามเรื่องอะไร ทำให้เป็นระบบเดียวกัน แล้วก็ วิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา เหมือนกับการตีความ หรือวิเคราะห์ ข้อมูลในเชิงคุณภาพวิธีอื่นๆ เช่นกัน ถ้ามีผู้วิเคราะห์หลายคน และมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือ แปลผลไม่ตรงกัน ก็จะกลับไปฟังรายละเอียดในเทปใหม่เพื่อความกระจ่างนั่นเอง การที่มีการถก ประเด็นปัญหาในคำตอบของสมาชิกกลุ่มจะเป็นการช่วยไม่ให้ผู้วิจัยลำเอียง ในการตีความเป็นคำตอบ แต่ละคำตอบจะมีเหตุผลห้อยท้ายมาเสมอ ประกอบกับในแต่ละเรื่องจะจัดสนทนาหลายกลุ่ม ดังนั้น จึง สามารถนำคำตอบในเรื่องเดียวกันมาตรวจสอบความชัดเจนของเหตุผลกันได้ (cross check) ซึ่งจะขจัด ความลำเอียงของผู้วิจัยได้

ข้อดี และ ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มมีข้อดี และ ข้อจำกัด ดังนี้ (วาริ เกิดคำ . 2542 : 183-185 และ สาลิกา เมธนาวัน . 2545 : 23-24)

1. ข้อดีของการสนทนากลุ่ม

1.1 เป็นการนั่งสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลายๆ คนที่เป็นกลุ่ม ดังนั้นจึง ก่อให้เกิดการสนทนากันในเรื่องที่สนใจ ไม่มีการปิดบัง เพราะกลุ่มส่วนใหญ่มีการแสดงความคิดเห็น ถ้าประเด็นต่างๆ ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ ก็สามารถซักถามต่อไปได้ เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนที่สุดที่สุดในกลุ่ม

1.2 การสนทนากลุ่ม จะเป็นการสร้างบรรยากาศสนทนาให้เป็นกันเอง ระหว่าง ผู้นำการสนทนากับสมาชิกกลุ่มสนทนาหลายๆ คนพร้อมกัน จึงลดภาวะการเขินอายออกไปสมาชิก กลุ่มกล้าพูด กล้าแสดงความคิดเห็นเป็นเพราะมีพวกที่ลักษณะคล้ายๆ กันอยู่ด้วยกัน

1.3 การใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ถ้าผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนา แม้ว่าแนวคำถามจะไม่ละเอียดนัก หรือ ยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่ควร แต่เมื่อดำเนินการสนทนาไปแล้ว ผู้วิจัยก็สามารถสร้างแนวคำถามขึ้นมาโดยการตั้งคำถามต่อจากคำตอบที่สมาชิกกลุ่มตอบมา หรือ วิพากษ์คำถามนั้น โดยการโต้แย้ง ซึ่งวิธีการดังนี้ จะช่วยให้ได้ข้อมูลละเอียดลออ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษายิ่งขึ้น

1.4 คำตอบจากการสนทนากลุ่ม ก็มีลักษณะเป็นคำตอบเชิงเหตุผลต่างๆ กับ การรวบรวมข้อมูลแบบเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้ประโยชน์เสริมในการอธิบายข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ

1.5 ระยะเวลาและงบประมาณ ของผู้วิจัยในการศึกษาเรื่องเดียวกันจากประชากร บางกลุ่ม และในชุมชนบางแห่ง เพราะแทนที่จะต้องเสียเวลาไปนั่งสังเกตการณ์ และเข้าร่วม ทำความสนทนากันเป็นเดือน เป็นปี

1.6 ทำให้ได้รายละเอียดลึกซึ่งสามารถตอบคำถามประเภททำไม และอย่างไร ซึ่ง การวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถบอกได้

1.7 การสนทนากลุ่มจะช่วยลดอิทธิพลของวัฒนธรรม และคุณค่าต่างๆ ของสังคมนั้น ได้ เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

2. ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

2.1 ถ้าวัตถุประสงค์ของการวิจัยยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ก็ยากต่อการกำหนดตัวแปร และ การสร้างแนวคำถาม การสนทนากลุ่มก็จะไปคนละทิศละทาง และได้คำตอบไม่สอดคล้องกับสิ่งที่อยากจะรู้จริงๆ

2.2 การสร้างแนวคำถาม ถ้าวางรูปแบบคำถามไม่ราบรื่น และไม่ต่อเนื่องกันจะทำให้การถามวกวนคนถามก็เบื่อ คนร่วมกลุ่มสนทนาก็งง ไม่ทราบว่ากำลังคุยอะไรกันแน่

2.3 การคัดเลือกสมาชิกผู้เข้าร่วมวงสนทนาจะต้องได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดย ต้องมีลักษณะต่างๆ ที่เหมือนกัน ซึ่งค่อนข้างจะหายาก

2.4 ถ้าพฤติกรรม หรือ ความคิดเห็น หรือทัศนคติบางอย่าง ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับ ของชุมชนอาจจะไม่ได้รับการเปิดเผยในวงสนทนากลุ่ม

2.5 ถ้าผู้นำการสนทนาไม่ได้รับการฝึกฝน ให้เป็นผู้ดำเนินการสนทนาที่ดี เตรียมตัว ไม่พร้อม นั่งคุยเกมการสนทนาไม่ได้นานก็จะทำให้วงสนทนาดำเนินไปได้ไม่ราบรื่น อาจจะทำให้รูปกลุ่มเสียไปเลยก็ได้

2.6 การสนทนากลุ่มทำได้เพียงบางเรื่องเท่านั้น มิใช่ว่าจะทำการศึกษาได้ทุกเรื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาว่า เรื่องใดควรจะใช้การสนทนากลุ่ม ถ้าใช้การสนทนากลุ่มจะคุ้มกัน หรือไม่ จะได้คำตอบมากมายพอกับการวิเคราะห์ และตีความเพียงใด

2.7 ควรใช้ผู้นำการสนทนาที่สามารถพูดภาษาของสมาชิกในกลุ่มสนทนาหรือในพื้นที่

ที่ทำการศึกษ เพื่ออำนวยความสะดวกความหมาย การถาม การสร้างบรรยากาศ ตลอดจนการควบคุมเกมให้เป็นกันเอง

2.8 เหตุการณ์ หรือ พฤติกรรม หรือ คำตอบในบางประเด็นคำถามที่สมาชิกกลุ่มคิดว่า เป็นเรื่องธรรมดา และเคยชินอยู่แล้ว บางทีสมาชิกกลุ่มนึกไม่ถึง ถึงแม้หามาตอบทำให้นักวิจัยไม่ได้คำตอบในประเด็นดังกล่าว

อย่างไรก็ตามการจัดสนทนากลุ่มก็ยังเป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้กันมาก และมีจุดเด่น คือ การนำเอาพลวัตรของกลุ่มมาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็น และทัศนะของตนออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ (สาธิตา เมธนาวัน. 2545 : 24) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นทัศนคติความคิดเห็น และแบบแผนพฤติกรรมที่อยู่เบื้องหลัง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.งานวิจัยภายในประเทศ

จันทร์เพ็ญ ปรัชติ (2531) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับกลุ่มแม่บ้านในเรื่องบัตรประกันสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือน หรือตัวแทนหัวหน้าครัวเรือนที่ยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพ อำเภอคอนคม จังหวัดนครปฐม กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 109 คน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 102 คน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มแม่บ้านมีความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในการซื้อบัตรสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข

อุไรวรรณ ตัณฑะอารียะ (2531) ได้วิจัยเรื่อง การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้วยการควบคุมยุงลาย โดยใช้ทรายอะเบท โดยอาศัยองค์กรอาสาสมัครจังหวัดหนองคาย เมื่อเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 ด้วยการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เป็นผู้ชักชวนให้สมาชิกเข้าร่วมโครงการใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำ และกำจัดภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หลังการดำเนินโครงการ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้แทนองค์กรต่างเห็นความสำคัญของการป้องกันไม่ให้ยุงลายลงไปวางไข่ในภาชนะต่าง ๆ และมีการกำจัดลูกน้ำกันทุกหลังคาเรือน

มันทนา ศิลปเวชกุล (2532) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสามี มีความรู้ ทัศนคติ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อน การทดลอง และ

สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์

สุวารี สุขุมาลวรรณ (2533) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่า ความพอเพียงของสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 99

นิศย์ ทศนนิยมและอุดม สุวรรณรงค์ (2539) ได้วิจัยเรื่อง การศึกษาและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยประชาชนมีส่วนร่วม โดยการประชุมผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และชาวบ้านยังไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกอย่างชัดเจนการดำเนินการควบคุมโรคมักขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญ

เพียงเพลิน พูลพิพัฒน์ (2540) ได้วิจัยเรื่อง การประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดสมุทรสงคราม ตามโครงการเร่งรัดการควบคุมยุงลายนำไข้เลือดออกปี 2540 โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดความชุกชุมของยุงลาย เป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักให้ความร่วมมือดำเนินการควบคุมยุงลายโดยผ่านงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การประเมินผลสำเร็จของโครงการวัดจากความครอบคลุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย โดยใช้เฉพาะค่า Breteau Index (BI) และจำนวนผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานได้ครอบคลุมได้มากกว่า 90 % ค่า (BI) ในหมู่บ้านที่ดำเนินการมีค่าน้อยกว่า 75 และจำนวนผู้ป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้านที่ไม่ได้ดำเนินการ

อัญชนา และคณะ (2540) ได้วิจัยเรื่อง การนำกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมไปควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมพบว่าชุมชนได้ร่วมมือกันกำหนดมาตรการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ภายในชุมชนและจากการสำรวจทางกีฏวิทยา ผลการวิจัยพบว่า ค่า Breteau Index (BI) ลดลง ประชาชนในชุมชนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาของชุมชน ขอมร่วมมือที่จะแก้ปัญหา

ประโยชน์ ฉวีจันทร์ (2542) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกแกนนำสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุข) อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีกลุ่มตัวอย่าง คือแกนนำสาธารณสุข 404 คน เก็บข้อมูล เดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2541 ผลการวิจัยพบว่า แกนนำสาธารณสุขมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.30 และ ระดับสูงร้อยละ 42.10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสาธารณสุข ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การได้

รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออกการได้รับคำสั่ง/ชักชวนให้ร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกการยอมรับและการให้ความร่วมมือจากชุมชนและการมีผู้ป่วยไข้เลือดออกในครอบครัวหรือในหมู่บ้าน

นิภาภรณ์ หวะสุวรรณ (2544) ได้วิจัยเรื่อง การประเมินผลโครงการประชาชนร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การประเมินผลใช้กรอบแนวคิด CIPP Model เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ บัตรรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.505) และแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย ผลการวิจัยพบว่า การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชน มีการรณรงค์มากที่สุด รองลงมาสำรวจลูกน้ำยุงลาย และมีการประชุมชี้แจงน้อยที่สุด ด้านการป้องกันไม่ให้ยุงกัดนั้น ผลการวิจัยพบว่า ใช้วิธีนอนกางมุ้งมากที่สุด รองลงมาจุดยากันยุง และเปิดพัดลมไล่ยุง ด้านพฤติกรรมกรรมการควบคุมหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในตม่น้ำคืมอยู่ในระดับดีมาก ในกิจกรรมใช้ผ้าปิดตลอดเวลา ภาชนะตม่น้ำ อยู่ในระดับดีมากในกิจกรรมการเปลี่ยนถ่ายน้ำประจำทุกสัปดาห์โดยภาพรวมพฤติกรรมกรรมการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามภาชนะต่างๆ อยู่ในระดับดี แต่ความถี่ของพฤติกรรมต่าง ๆ อยู่ในระดับพอใช้ทุกพฤติกรรม

2.งานวิจัยต่างประเทศ

เบิร์กแมนและไซม์(Berkman and Symes. 1979) ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพ โดยมีประชากรได้แก่ประชาชน จำนวน 7,000 คน ที่อาศัยเมือง อลามิกา รัฐแคลิฟอร์เนีย โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยถามถึงสถานสมรส จำนวนผู้ที่ติดต่อสัมพันธ์ด้วย ความถี่ในการติดต่อ การเข้าร่วมทางด้านศาสนาและอื่นๆ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอันตรายมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2-5 เท่า และมีอัตราป่วยมากกว่า ซึ่งทั้งนี้ไม่ขึ้นอยู่กับฐานะทางสุขภาพเดิมและปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคที่ที่มีมาแต่เดิม

อินเซนและคณะ(Insen and others.1985) ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำกับเพศ สถิติปัญญา การศึกษา และสถานภาพสมรส ของผู้ป่วยซึ่งได้ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการเรื่องการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะคิดด้านสุขภาพ และการปฏิบัติในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

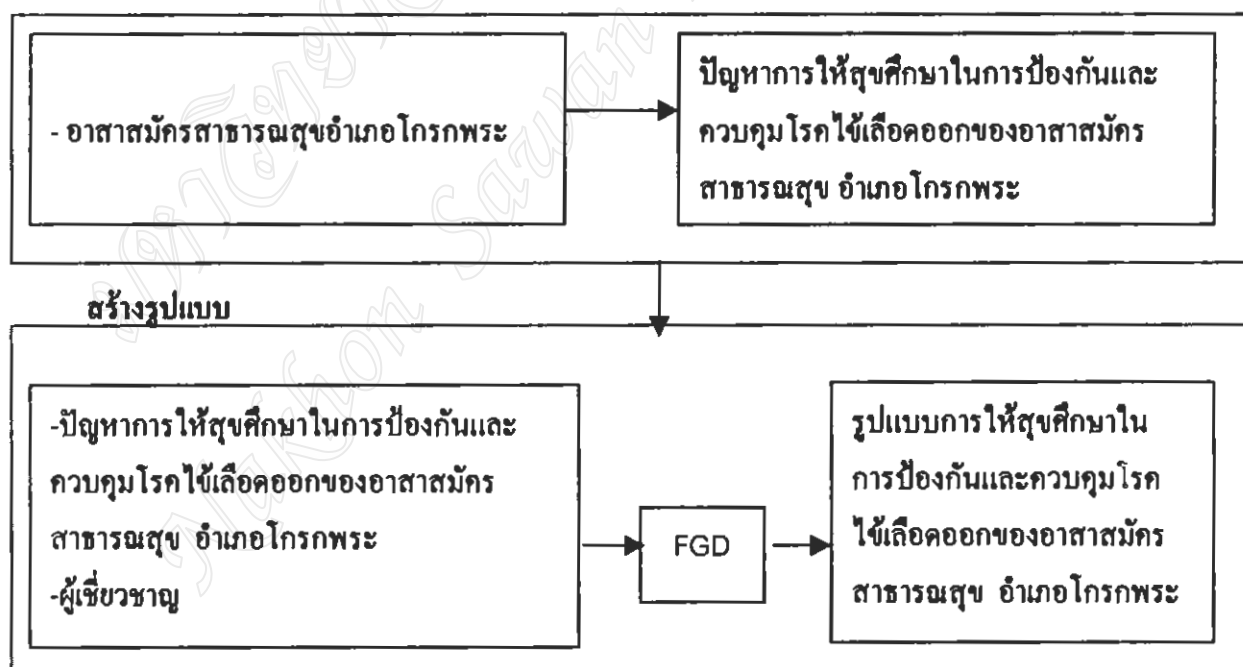
เคิร์ชท์และคณะ (Kirscht and others.1985) ได้วิจัยเรื่อง ทักษะคิดเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเป็นวัณโรค โรคมะเร็ง และ โรคในช่องปาก โดยมีประชากรได้แก่ประชาชน จำนวน 7,000 คน ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของการเป็นวัณโรค มะเร็ง และความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและแก้ไขต่อการเกิดโรคได้สูง

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก มีแนวโน้มสูงขึ้นและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก ซึ่งควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งปัจจัยสำคัญในการแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่จะได้ผลดี คือ การที่ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชนมาก หากอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ในการป้องกัน และ ควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี จะเป็นกำลังสำคัญในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้แก่ประชาชน ผู้วิจัยจึงต้องสร้างรูปแบบการให้ศึกษาในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับ ความเชื่อด้าน สุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการป้องกันโรค รูปแบบการให้ศึกษาซึ่งสามารถ เขียนเป็นกรอบความคิดดังภาพ 2.2

กรอบความคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นกรอบความคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพต่อไปนี้

ศึกษาปัญหา



ภาพที่ 2.2 กรอบความคิดในการพัฒนารูปแบบการให้ศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์