

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่อง “การรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยแบ่งเป็น 4 หัวข้อหลัก ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
2. การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอเสลภูมิ
3. ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

1.1 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ (emerging disease) เมื่อประมาณ 40 ปีมานี้ และยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเป็นระยะ ๆ ทุก 3-5 ปี สำหรับประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออกกระบาดครั้งใหญ่ครั้งแรกใน พ.ศ. 2501 ในกรุงเทพฯ เป็นระยะเวลา 5 ปี ต่อจากนั้นมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี และแพร่กระจายไปยังจังหวัดต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ใน พ.ศ. 2545 พบผู้ป่วยในทุกจังหวัดของประเทศไทย และมีรูปแบบการระบาดเป็นแบบสูง 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปีแล้วเพิ่มสูงขึ้น สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2501 - พ.ศ. 2544 มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอด โรคนี้เป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 0-4 ปี และเป็นโรคที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal Variation) มีผู้ป่วยในฤดูฝน โดยจะเริ่มพบผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมของทุกปี และพบสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม หลังจากนั้นจะเริ่มลดลงเรื่อย ๆ (สิวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 1-4)

1.2 สาเหตุและอาการโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็ก หลังจากได้รับเชื้อจากยุงลายกัดประมาณ 5-8 วัน อาการจะเริ่มด้วยการมีไข้สูงติดต่อกันประมาณ 2-3 วัน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามแขนขา ปวดท้อง เจ็บลิ้นปี่ อาเจียน เบื่ออาหาร และบางรายอาจมีเลือดกำเดาออก หรือมีจุด

เป็นผื่นแดงเล็กๆ ได้ผิวหนัง ในรายที่มีอาการรุนแรงในขณะที่ไข้ลดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปวดท้อง ชีพจรเบาเร็ว และหายใจเร็ว รวมทั้งอาจมีเลือดออกใน กระเพาะอาหารและลำไส้ และอาจมีอาการอาเจียนหรือเลือดออกจากร่วมด้วย หากไม่ได้รับการรักษา ที่ถูกต้อง ในช่วงนี้ผู้ป่วยอาจช็อกและเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนในรายที่อาการไม่รุนแรงเมื่อ ไข้ลดอาการต่าง ๆ จะดีขึ้นและหายเป็นปกติภายใน 10 วัน

ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงมีเพียงไข้และมีอาการที่ไม่เฉพาะ หากทำการ ทดสอบพบนิเกจะทำให้ผลบวก

ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ แต่ไม่มาก เช่น ผิวหนัง เลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟัน แต่ยังมีแรงดันเลือดปกติ

ขั้นที่ 3 ชีพจรเบาเร็ว แรงดันชีพจรแคบหรือแรงดันเลือดต่ำ ผู้ป่วยมีอาการของ ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว อาจมีเลือดออกมาก เช่น เลือดออกบริเวณทางเดินอาหาร

ขั้นที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น รอบปากเขียว เหงื่อซึม ช็อก วัดแรงดันเลือดไม่ได้ และมักจะตายในระยะนี้ (นิภา จรูญเวศน์ 2520:340 อ้างใน ชีระศักดิ์ มัก กุ่น 2544:11)

อาการแทรกซ้อน นอกจากภาวะเลือดออกรุนแรงและภาวะช็อกแล้ว อาจเป็นปอด อักเสบ หรือหลอดลมอักเสบแทรกซ้อนได้ แต่มีโอกาสน้อยมาก นอกจากนี้ถ้าให้น้ำเกลือมาก เกินไปอาจเกิดภาวะปอดบวมน้ำเป็นอันตรายได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ 2531: 671-672 อ้างใน ชีระศักดิ์ มักกุ่น 2544: 11)

1.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะ สำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดี ถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วัยแรก การดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลักปฏิบัติ ดังนี้

1. ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่ เคยมีประวัติเคยชักหรือในเด็กที่อายุน้อยกว่า 6 เดือน หากจำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรให้ยา พาราเซตามอล ห้ามให้ยาพวกแอสไพรินเพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงานจะระคายเคืองทำ ให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye Syndrome ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราว เวลาที่ไข้สูงเท่านั้น (เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงเหลือน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส) การใช้ยาลดไข้มาก ไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย

2. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน

ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โออาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มบ่อยๆ

3. จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ภาวะช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้ามีไข้ 7 วัน ก็อาจช็อกในวันที่ 8 ได้ ควรสังเกตอาการนำของช็อก ซึ่งอาจมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบส่งโรงพยาบาลทันที (สุจิตรา นิมนานนิตย์ 2545:18)

1.4 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก ทางด้านระบาดวิทยาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก ได้แก่

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (host) มีดังนี้

- 1) เด็กมีความเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำเหมือนกันเด็กจะมีความเสี่ยงสูงกว่า
- 2) เพศ พบว่าในรายที่เป็น DSS (dengue shock syndrome) และรายที่ตายจะพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านไวรัสและภูมิคุ้มกัน มีดังนี้

- 1) พื้นที่ที่มีไวรัสเดงกี่หลาย ๆ serotype และมีภาวะ hyperendemicity หรือมีเชื้อหลาย serotype เป็นเชื้อประจำถิ่นในช่วงเวลาเดียวกัน(simultaneously endemic of multiple serotypes) ทำให้มีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง
- 2) มีการระบาดของไวรัสเดงกี่ต่อเนื่องกัน (sequentially epidemic) พบว่าการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 และ DEN-3 มีอัตราสูงที่จะทำให้เกิด DHF การศึกษาที่จังหวัดระยองพบว่า การติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 ตามหลัง DEN-1 มีความเสี่ยงสูงมากกว่า sequence แบบอื่น รองลงมาคือ DEN-2 ตามหลังด้วย DEN-3 และ DEN-2 ตามหลังด้วย DEN-4 ตามลำดับ
- 3) การติดเชื้อทุติยภูมิ (secondary infection) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF มากกว่าการติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 160 เท่า พบว่าร้อยละ 87-99 ของผู้ป่วย DHF/DSS เป็นผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย DHF ที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ทุกรายมีแอนติบอดีต่อเชื้อเดงกี่จากแม่
- 4) ความรุนแรงในการก่อโรค (Virulence) ซึ่ง ริโค เฮสส์ (Rico Hesse) ได้ศึกษา DEN-2 ที่แยกได้จากผู้ป่วย DHF/DSS ในที่ต่าง ๆ ได้สรุปว่า DEN-2 subtype จากเอเชียอาคเนย์ เป็นไวรัสที่มีความรุนแรงในการก่อโรค หรือมีความสามารถทำให้เกิด DHF/DSS ได้สูง

1.4.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค

1) ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงลายเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอ ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ก็สามารถแพร่เชื้อได้แต่ไม่ดีเท่ายุงลายบ้าน ยุงลายสวนเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำข้างตามโพรงไม้ หรือกระบอกไม้ไผ่ ส่วนยุงลายบ้านเพาะพันธุ์ในภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น

2) อุณหภูมิ และความชื้น ถ้าอุณหภูมิ และความชื้นเหมาะสม โดยเฉพาะในฤดูฝนยุงลายเพียง 2-3 ตัวอาจแพร่เชื้อให้สมาชิกในครอบครัวได้ ปัจจัยส่วนเสริมให้มีผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝนอีกประการหนึ่งนอกจากการมียุงลายมากขึ้นแล้ว คือ ในช่วงที่ฝนตกทั้งเด็กและยุงจะอยู่ในบ้านหรืออาคาร เด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้น

3) ระดับความชุกชุมของยุงลาย ซึ่ง พ.ศ.2545 ยังไม่ทราบระดับความชุกชุมของยุงที่จะทำให้เกิดการระบาดของ DHF ได้ แต่ความชุกชุมของยุงลาย *Ae.aegypti* ในประเทศไทยไม่ว่าจะใช้ตัวชี้วัดใดมาใช้ก็จะสูงมากและอาจสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้จะต้องมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดโรค DHF/DSS ขึ้น

4) การเพิ่มจำนวนประชากร โดยเฉพาะการเพิ่มของชุมชนเมืองจะเพิ่มประชากรทั้งคนและยุงลาย การเดินทางติดต่อที่สะดวกและเพิ่มมากขึ้น จะทำให้โรคกระจายไปได้ในระยะไกล เพราะลำพังยุงจะมีระยะบินได้เพียง 50-100 เมตร การกระจายจึงไปกับคนในช่วงที่มี Viremia ก่อนเริ่มมีอาการของโรค ดังนั้นความเจริญก้าวหน้าทางด้านคมนาคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการแพร่กระจายของโรค DHF ไปอย่างกว้างขวาง (สุจิตรา นิมนานิตย์ 2545: 10-11)

1.5 การป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้เลือดออกมีมาตรการดังนี้

1.5.1 มาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งหมายถึง การกำจัดมูลฝอยไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย (ในภาชนะขังน้ำใด ๆ) และการทำให้ลูกน้ำยุงลายหมดสิ้นไป (หากพบว่ามีลูกน้ำยุงลายอยู่ในภาชนะขังน้ำนั้น ๆ) วิธีการดำเนินการแบ่งเป็น

1) วิธีทางกายภาพ ได้แก่

(1) การปิดปากภาชนะเก็บน้ำ ด้วยผ้าตาข่ายในลอน ฝาอลูมิเนียม หรือวัสดุอื่นใดที่สามารถปิดปากภาชนะเก็บน้ำนั้นได้อย่างมิดชิดจนยุงลายไม่สามารถเล็ดลอดเข้าไปวางไข่ได้

(2) การหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน วิธีนี้เหมาะสำหรับภาชนะเล็ก ๆ ที่เก็บน้ำไม่มาก เช่น แจกันดอกไม้สด ทั้งที่เป็นแจกันที่หิ้งบูชาพระ แจกันที่ศาลพระภูมิ หรือแจกันประดับตามโต๊ะ รวมทั้งภาชนะและขวดประเภทต่าง ๆ ที่ใช้เลี้ยงพืชมงคล พืชคลุมดิน ออมทอง ไม้กวาดใบ ฯลฯ

- (3) การเติมน้ำเดือดจัด ๆ ทุก 7 วัน วิธีนี้ใช้ได้กับถ้วยหล่อขาตู้กับข้าว กันมด ซึ่งถ้าหากในช่วง 7 วันที่ผ่านมามีลูกน้ำเกิดขึ้นลูกน้ำก็จะถูกน้ำเดือดลวกตายไป
 - (4) การใช้กระซอนซ้อนลูกน้ำเพื่อลดจำนวนลูกน้ำในโถงน้ำ บ่อซีเมนต์ เก็บน้ำในห้องน้ำ ห้องส้วม ฯลฯ ให้ลดน้อยลงมากที่สุดอย่างรวดเร็ว
 - (5) การใส่ทรายธรรมชาติในจานรองกระถางต้นไม้ให้ลึกประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของความลึกของจานรองกระถางต้นไม้ เพื่อให้ทรายดูดซึมจากการรดน้ำต้นไม้ไว้ได้ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับกระถางต้นไม้ที่ใหญ่และหนัก ส่วนต้นไม้กระถางเล็กอาจใช้วิธีเทน้ำที่ขังอยู่ในจานรองกระถางต้นไม้ทิ้งไปทุก 7 วัน
 - (6) การเก็บทำลายเศษวัสดุที่ไม่ใช่แล้ว เช่น ขวด ไห กระป๋อง ฯลฯ และยางรถยนต์เก่าที่ไม่ใช่ประโยชน์ หรือการปกคลุมให้มิดชิดเพื่อมิให้เป็นที่รองรับน้ำได้
 - (7) การกลบ ถม หรือ การระบายน้ำ ไม่ให้มีแหล่งน้ำขัง
 - (8) การใช้ polystyrene beads ในบ่อหรือถังเก็บน้ำขนาดใหญ่ เนื่องจาก polystyrene beads จะลอยตัวอยู่บนผิวน้ำ หากใช้จำนวนมากพอให้ polystyrene beads แผ่นคลุมผิวน้ำได้อย่างสมบูรณ์จะทำให้ยุงลายขึ้นมาหายใจไม่ได้ ลูกน้ำก็จะตายไป
 - (9) การใช้ชันคักลูกน้ำลอยไว้ในโถงน้ำหรือบ่อซีเมนต์เก็บน้ำที่ปิดฝาไม่ได้ เมื่อลูกน้ำลงไปหากินที่ก้นโถงหรือก้นบ่อซีเมนต์ลอยตัวขึ้นมาหายใจที่ผิวน้ำ ลูกน้ำจะลอยตัวขึ้นมาบริเวณใต้ชันน้ำซึ่งเป็นเงามืดเข้ามาในปากกรวยและออกมาอยู่ในชันน้ำ เมื่อใช้ห้องน้ำและพบว่ามียุงลายอยู่ในชันน้ำให้นำไปเททิ้ง หรือทำลายลูกน้ำ
- 2) **วิธีทางชีวภาพ** มีสิ่งมีชีวิตหลายชนิดที่เป็นศัตรูลูกน้ำยุงลายโดยธรรมชาติ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลาย ได้แก่

- (1) ลูกน้ำยุงยักษ์ (*Toxorhynchites* spp) ซึ่งมีศักยภาพในการกินลูกน้ำยุงลายดีมาก โดยเฉลี่ยแล้วลูกน้ำยุงยักษ์ระยะที่ 4 หนึ่งตัวสามารถกินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 1 ได้ 940 ตัวต่อวัน กินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 2 ได้ 315 ตัวต่อวัน กินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 3 ได้ 60 ตัวต่อวัน และกินลูกน้ำยุงลายระยะที่ 4 ได้ 20 ตัวต่อวัน นอกจากนี้ยังสามารถกินตัวโม่งของยุงลายได้ 30 ตัวต่อวัน โดยการนำไปปล่อยในภาชนะที่ขังน้ำ มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ลูกน้ำกำจัดยุงลาย พบว่าสามารถควบคุมยุงลายได้นานหลายสัปดาห์ แต่มีปัญหาในการนำไปควบคุมยุงลายในเขตเมืองเนื่องจากลูกน้ำยุงยักษ์ไม่สามารถแพร่พันธุ์ในเขตเมืองได้เนื่องจากขาดแหล่งอาหาร
- (2) ปลากินลูกน้ำ (larvivorous fish) ซึ่งในประเทศไทยมีหลายชนิด เช่น ปลาหางนกยูง (*Poecilia* spp.) และปลาแกมบุเซีย (*Gambusia* spp.) เป็นต้น โดยนำไปปล่อยลงโถง

น้ำใช้ หรือภาชนะขังน้ำที่ไม่มีฝาปิด เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ ชุบน้ำ และคณะ (ในกองกฏวิทยา
ทางการแพทย์ 2533 อ้างใน แสงวิภา แสงธราทิพย์ 2545: 41) รายงานว่า การปล่อยปลาเกมบูเซีย
จำนวน 2 ตัวต่อคุ่มจะให้ประสิทธิผลในการควบคุมยุงลายดีที่สุด

นอกจากนั้นยังมีสิ่งมีชีวิตหลายชนิดที่นำไปใช้ในการควบคุมและกำจัด
ลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ แบคทีเรีย ไรน้ำจืด โปรโตซัวบางชนิด เชื้อรา ตัวอ่อนแมลงป่อง ค้างคาว
มวนวน มวนกรรเชียง และไส้เดือนฝอย

3) วิธีการเคมี ได้แก่

(1) การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นทรายเคลือบสารเคมีใน
กลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ใช้ใส่น้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วนที่ใช้ คือ ทรายกำจัดลูกน้ำ 1 กรัม
ต่อน้ำ 100 ลิตร องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับว่า ทรายกำจัดลูกน้ำที่ความปลอดภัยสูงต่อคน
และสัตว์ และให้ใช้ใส่น้ำดื่มได้ (Rozendaal 1997 อ้างใน สวีภา แสงธราทิพย์ 2545: 43)

(2) การใช้เกลือแกง น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก หรือน้ำยาซักล้างทั่วไป
โดยทั้งสี่อย่างนี้เป็นของคู่บ้านคู่ครัวที่สามารถนำมาใช้ในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้
โดยเฉพาะที่ถ้วยหลอชาตู้กับข้าว มีการศึกษาเกี่ยวกับการประสิทธิภาพในการนำไปใช้งานดังนี้
รุ่งทิพา ประสานทอง (2532) (อ้างใน สวีภา แสงธราทิพย์ 2545: 44)

ทำการศึกษาประสิทธิภาพของผงซักฟอก 4 ชนิดในการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย พบว่า น้ำที่
ผสมผงซักฟอกสามารถป้องกันยุงลายวางไข่ได้นาน 14-22 วัน (แล้วแต่ยี่ห้อของผงซักฟอก) ทั้งนี้
ต้องมีความเข้มข้นอย่างน้อย 0.80% (นั่นคือ ในถ้วยหลอชาตู้กับข้าวขนาดความจุ 200-250
มิลลิเมตร ต้องใช้ผงซักฟอกครึ่งช้อนชา) นอกจากนี้ผงซักฟอกยังมีประสิทธิภาพในการกำจัดลูกน้ำ
ยุงลายด้วย โดยในการทดลองได้แสดงความเป็นพิษต่อลูกน้ำยุงลายระยะที่ 3 มีค่า LC50 ที่ 24
ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 0.0127-0.0193 สามารถกำจัดยุงลายระยะที่ 3 ได้ 100%

กสิน สุภปรุณ, เอี่ยมเดือน กิ่งชาญศิลป์ และ พูนยศ เรียวแรงบุญญา (2541)
(อ้างใน แสงวิภา แสงธราทิพย์ 2545: 44) ได้ขยายผลสารซักล้าง 20% เพื่อฉีดพ่น จับ-ฆ่ายุง นำไป
ทดลองใช้ฉีดพ่นกำจัดลูกน้ำในถ้วยหลอชาตู้กับข้าว จานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์เก่า ฯลฯ
พบว่า การฉีดพ่นสารซักล้างลงในแหล่งเพาะพันธุ์ให้มีระดับความเข้มข้นของสารละลายน้ำยาซัก
ล้าง 0.5-1.0% หรือปริมาณ 5-10 มิลลิเมตร หรือโดยการฉีดพ่น 5-10 ครั้ง จะมีประสิทธิภาพในการ
ฆ่าลูกน้ำยุงลายได้ดีเช่นกัน

(3) การใช้สารยับยั้งการเจริญเติบโต (Insect Growth Regulator หรือ
IGR) เช่น methoprene เป็นต้น methoprene เป็นสารเคมีสังเคราะห์เลียนแบบ Juvenile hormone

ทำให้การเจริญเติบโตของลูกน้ำผิดปกติไปและตัวโม่งไม่สามารถลอกคราบออกเป็นตัวยุงได้ จึงมีผลทำให้ลูกน้ำและตัวโม่งตายไป แต่สารเคมีชนิดนี้มีราคาค่อนข้างสูง

1.5.2 มาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย ซึ่งหมายถึง การกั้นหรือด้านทานไว้ไม่ให้มียุงลายในบ้านรวมทั้งการหลีกเลี่ยงการถูกยุงลายกัด และหากพบว่ามียุงลายในบ้านจะต้องทำการขับไล่หรือทำให้หมดไป วิธีการป้องกันและการกำจัดลูกน้ำยุงลายมีหลายวิธี บางวิธีค่อนข้างซับซ้อนยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูง ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีการป้องกันตนเองและผู้ใกล้ชิดไม่ให้ถูกยุงลายกัด และวิธีการในการกำจัดยุงลายตัวเต็มวัยเป็นวิธีที่ประชาชนสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (สิวิกา แสงธราทิพย์ 2545: 59-62) ได้แก่

1) การป้องกันไม่ให้ถูกยุงลายกัด ได้แก่

- (1) การนอนในมุ้งโดยเฉพาะการนอนในเวลากลางวัน
- (2) การกรงหน้าต่างประตูและช่องลมด้วยมุ้งลวด ตรวจสอบราซ่อมแซมผ้าบ้าน ผ้าเพดานอย่าให้มีร่อง ช่องโหว่ หรือรอยแตก เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้ามาอยู่หรือหลบซ่อนในบ้าน
- (3) การเก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ เช่น เสื้อผ้าที่สวมใส่แล้วควรเก็บซักทันที หรือนำไปผึ่งแดดผึ่งภายนอกบ้าน ไม่ให้เป็นที่เกาะพักของยุงลาย
- (4) การใช้สารไล่ยุง (Mosoquito Repellents) สารไล่ยุงที่มีจำหน่ายส่วนใหญ่มีสารออกฤทธิ์จำพวก deet (N, N - Diethyl - m - toluamide) ในระดับความเข้มข้นต่าง ๆ กันและมีหลายรูปแบบ เช่น ชนิดเป็นขด เป็นแผ่น เป็นครีม เป็นน้ำ ฯลฯ ซึ่งเหมาะสำหรับการใช้งานที่แตกต่างกันไป เช่น ใช้ทาผิว ใช้ชุบเสื้อผ้า ใช้ชุบวัสดุปูพื้น เป็นต้น

2) การกำจัดยุงลาย ได้แก่

- (1) การใช้สารเคมี สารเคมีที่กำจัดยุงที่มีวางจำหน่ายตามร้านค้ามีทั้งแบบที่เป็นกระป๋องทรงกระบอกอัดน้ำยาเคมีสำหรับฉีดพ่นได้ทันที เมื่อใช้หมดแล้วไม่สามารถเติมน้ำยาเคมีใหม่ได้ และแบบที่เป็นกระป๋องสเปรย์ ซึ่งต้องเติมน้ำยาเคมีลงในกระป๋องฉีดเอง และเมื่อหมดแล้วสามารถเติมน้ำยาเคมีลงในกระป๋องใหม่ได้ ประเภทหลังนี้มีราคาถูกกว่าประเภทแรก แต่มักทำให้มือของผู้ฉีดเปรอะเปื้อนน้ำยาเคมีได้ ปัจจุบันสารเคมีกำจัดยุงมีทั้งชนิดสูตรน้ำมัน (oil based) และชนิดสูตรน้ำ (water based) ซึ่งชนิดสูตรน้ำจะปลอดภัยต่อคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมมากกว่า รวมทั้งไม่ทำให้เครื่องเรือนและสิ่งของเปรอะเปื้อนด้วย

(2) การใช้อุปกรณ์กำจัดยุง เช่น

- ก. ชนิดที่เป็นกับดักไฟฟ้าใช้ไฟบ้าน 220 โวลต์ มีหลักการคือใช้แสงไฟล่อให้ยุงบินเข้าไปหากับดัก เมื่อยุงบินไปถูกขั้วกรงที่มีไฟฟ้าก็จะถูกไฟฟ้าช็อตตายไป

ข. อุปกรณ์กำจัดขงไฟฟ้าแบบใช้เบตเตอรี่ (ถ่านไฟฉาย) มีรูปร่างคล้ายไม้เทนนิส แต่แทนที่จะเป็นเส้นเอ็นก็เป็นเส้นลวดซึ่งเมื่อเปิดสวิตช์ก็จะมีกระแสไฟไหลผ่าน ผู้ใช้จะต้องโบกให้ขงลวดถูกตัวขง ขงก็จะถูกไฟช็อตตาย

1.5.3 มาตรการการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ปรากฏว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ ดังนั้นจึงมิได้การหารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมีรูปแบบต่างๆ กัน ดังนี้

- 1) การรณรงค์ โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรม และประชาชนเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ขงลายในชุมชนเป็นครั้งคราว หรือในเทศกาลต่าง ๆ
- 2) การร่วมมือกับโรงเรียนในการสอนให้นักเรียนให้มีความรู้ในเรื่องการควบคุมขงลาย และมอบหมายกิจกรรมให้นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ขงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ทั้งที่ดำเนินการสม่ำเสมอตลอดปีหรือเป็นครั้งคราวรวมกับการรณรงค์
- 3) การจัดหาทรายกำจัดขงน้ำขงลายมาจำหน่ายในกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในราคาถูก บางแห่งอาจจัดอาสาสมัครไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ขงลายตามบ้านเรือน และใส่ทรายกำจัดขงน้ำขงลายให้เป็นประจำโดยคิดค่าบริการราคาถูก

ความร่วมมือของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องเป็นแบบผสมผสาน ประกอบด้วยความร่วมมือจากหลาย ๆ ด้าน เช่น

- ด้านสาธารณสุข ดำเนินการให้สุศึกษา สนับสนุนเคมีภัณฑ์ และการควบคุมโรค
- ด้านการศึกษา ดำเนินการสอนการควบคุม โรคแก่นักเรียน และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ด้านการปกครอง ดำเนินการให้การสนับสนุนการควบคุมโรคผ่านทาง ข่ายงานการปกครองท้องถิ่น
- ด้านประชาสัมพันธ์ ดำเนินการเผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค และการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวในการควบคุมโรค
- ด้านเอกชน ดำเนินการให้การสนับสนุนทรัพยากร หรือเข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอเสลภูมิ

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้จัดทำโครงการ 4 ประสานด้านภัยไข้เลือดออกขึ้นในปีงบประมาณ 2546 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข โรงเรียน บ้านและชุมชน ร่วมกันดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกตามภารกิจที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลง โดยมีกลวิธีให้ร่วมกันกำหนดบทบาทและมอบหมายภารกิจที่ชัดเจนและร่วมกันดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอำเภอ สรุปบทบาทแต่ละหน่วยงานในด้านการให้ความรู้แก่ประชาชนและการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)
สภาตำบล และ เทศบาล มีภารกิจที่ดำเนินการดังนี้
 - 1.1 ออกข้อบังคับส่วนท้องถิ่น หรือ เทศบัญญัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบและถือปฏิบัติ
 - 1.2 ส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อบต. หรือ สมาชิกเทศบาล หรือสมาชิกสภาตำบลมีส่วนร่วมในการกำจัดลูกน้ำในชุมชน
 - 1.3 ดำเนินการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ฟันน้ำยาเคมีกำจัดยุงในหมู่บ้านเสี่ยงสูง
 - 1.4 ดำเนินการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ฟันยากำจัดยุงในโรงเรียนทุกโรงเรียนก่อนเปิดเรียนเทอมแรก
 - 1.5 ประชาสัมพันธ์เชิงกว้างเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง
2. โรงพยาบาลเสลภูมิ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ พยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุข มีภารกิจที่ดำเนินการร่วมกันดังนี้
 - 2.1 พัฒนามาตรฐานการให้สุศึกษาแก่ประชาชน
 - 2.2 ประชาสัมพันธ์เชิงกว้างเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการดูแลตนเอง
3. สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ.) ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าสถานีอนามัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข (นวก.สช) และ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (จพง.สช.) มีภารกิจที่ดำเนินการร่วมกัน ดังนี้
 - 3.1 กำหนดมาตรฐานการให้สุศึกษาแก่ประชาชน และออกเยี่ยมให้ความรู้ในการป้องกันโรคแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบเดือนละ 1 ครั้ง
 - 3.2 การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงในการ

เกิดโรค และประเมินผลการควบคุมโรคในกรณีที่เกิดการระบาดขึ้น

3.3 ดำเนินการพัฒนางองค์ความรู้ให้แก่ อบต./เทศบาล/สภาตำบล ในเรื่อง ความสำคัญของการกำจัดลูกน้ำ วิธีการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำและการออกฤทธิ์

3.4 ดำเนินการพัฒนางองค์ความรู้ให้แก่ ครู และนักเรียนในโรงเรียน ในเรื่อง ความสำคัญของการกำจัดลูกน้ำ วิธีการสำรวจลูกน้ำ หลักการกำจัดลูกน้ำสำหรับนักเรียน

3.5 ดำเนินการพัฒนางองค์ความรู้ให้แก่ ประชาชน แกนนำหมู่บ้าน พระภิกษุ และองค์กรอื่น ๆ ในเรื่อง ความสำคัญของการกำจัดลูกน้ำ หลักการกำจัดลูกน้ำสำหรับประชาชน หลักการดูแลเมื่อสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก

3.6 ดำเนินการด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ โดยการประชาสัมพันธ์เชิงลึก เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

4. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลเสลภูมิและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมির่วมกันดำเนินการ มีภารกิจที่ ดำเนินการ คือ ประชาสัมพันธ์เชิงกว้างผ่านวารสารสุขภาพอำเภอเสลภูมิ และจัดทำป้ายขนาดใหญ่ ติดตั้งที่หน้าโรงพยาบาลให้ประชาชนรับทราบถึงสถานการณ์โรคในภาพรวมของอำเภอ แยกราย ตำบล รายหมู่บ้านและรายโรงเรียน ศึกษากรณีตัวอย่างหรือสรุปข้อมูลการป่วย เผยแพร่แนวกรรม ที่ชุมชนดำเนินการแล้วทำให้เกิดผลดี

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีภารกิจที่ดำเนินการดังนี้

5.1 ส่งเสริมการใช้ปลากินลูกน้ำ

5.2 สำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย และให้คำแนะนำในการกำจัดลูกน้ำ ยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง

5.3 ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

5.4 ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

6. โรงเรียนทั้งรัฐบาลและเอกชน มีภารกิจที่ดำเนินการดังนี้

6.1 จัดกิจกรรมรณรงค์พัฒนาสภาพแวดล้อมทั้งในโรงเรียนและชุมชน

6.2 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ทุกชั้นเรียน

6.3 จัดกิจกรรมห้องเรียนปลอดลูกน้ำ ปลอดยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก

6.4 จัดกิจกรรมโรงเรียนปลอดลูกน้ำ ปลอดยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก

6.5 จัดกิจกรรมพัฒนาสภาพแวดล้อมร่วมกับชุมชน ในกรณีเกิดโรค

ไข้เลือดออกขึ้นในชุมชน

7. บ้านและชุมชน มีภารกิจที่ดำเนินการ ดังนี้

7.1 ออกระเบียบเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชน และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบ

7.2 พัฒนาสภาพแวดล้อมในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องตลอดปี โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกวันศุกร์

7.3 ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อป้องกันโรค

7.4 รณรงค์พัฒนาสภาพแวดล้อม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายร่วมกับองค์กรอื่นๆ ในกรณีที่มีการเกิดโรคขึ้นในชุมชน

ในการดำเนินงานมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ โครงการ คือ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้กำหนดกิจกรรมย่อยที่หลากหลายเพื่อผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานตามบทบาทที่ได้กำหนดไว้ และมีกิจกรรมที่น่าสนใจ คือ การจัดประกวดบ้านปลอดยุงลาย ในระหว่างเดือน มกราคม 2546 – มีนาคม 2546 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายของประชาชนโดยการสร้างแรงจูงใจมีรางวัลเป็นผลตอบแทนซึ่งมีวิธีการทำงานคือ จนท.สอ. และ อสม. จัดอบรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และสอนเทคนิคการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนแก่ประชาชนเจ้าของบ้านเรือนในพื้นที่ดำเนินการเพื่อให้ทำการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านของตนเองและกำจัดลูกน้ำให้หมดไปหากพบว่ามีลูกน้ำเกิดขึ้น หลังจากนั้นให้ อสม. ที่รับผิดชอบในละแวกบ้านเข้าทำการตรวจรับรองและลงชื่อรับรองใน “บัตรรับรองบ้านปลอดยุงลาย” และรวบรวมบัตรรับรองดังกล่าว ส่ง จนท.สอ. ประจำสถานีอนามัยที่รับผิดชอบหมู่บ้านเพื่อจับสลากมอบรางวัลให้เจ้าของบ้านเรือนผู้โชคดีเป็นเงินรางวัล เดือนละ 1 ครั้ง โดยดำเนินการในหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และจากการประเมินผลในกิจกรรมดังกล่าวหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการ สรุปได้ดังนี้

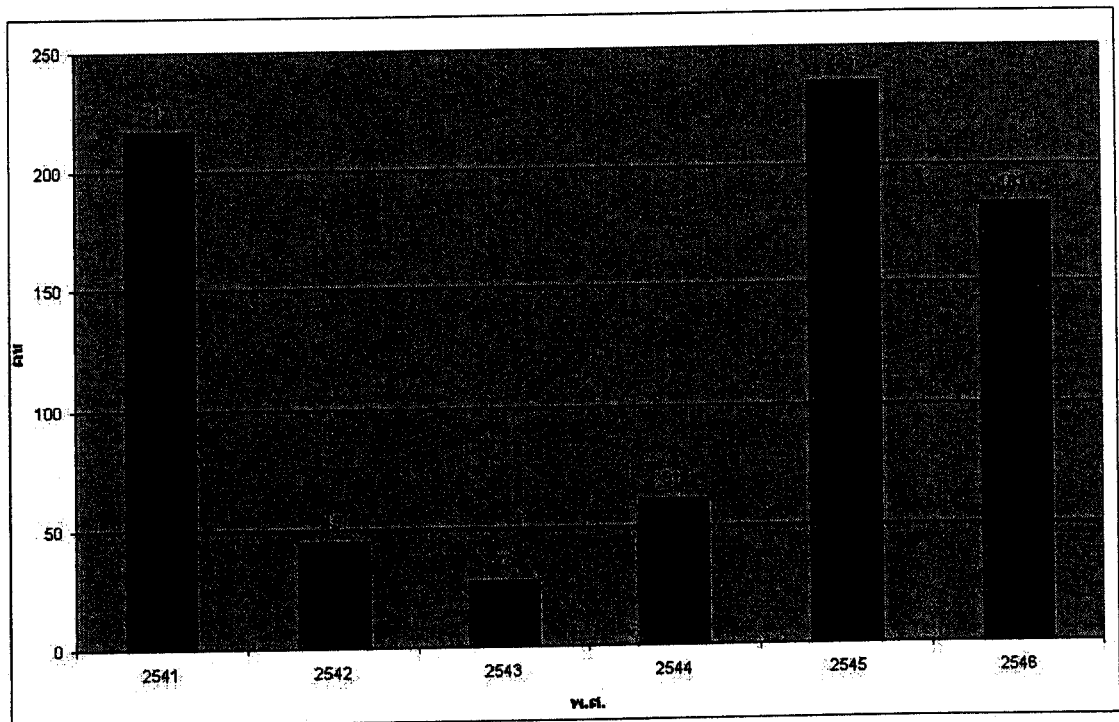
1. ประชาชนในหมู่บ้านที่ดำเนินการมีความพึงพอใจในกิจกรรมนี้ และได้ให้ความร่วมมือในการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนของตนเองด้วยดี โดยประเมินจากบัตรรับรองบ้านปลอดยุงลายที่ส่งเข้ามาจับสลากในแต่ละเดือนครอบคลุมประมาณ ร้อยละ 60 – 70 ของหลังคาเรือน

2. การดำเนินงานตามกิจกรรมนี้เป็นการประสานความร่วมมือกันในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในส่วนที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ได้แก่ ประชาชนในหมู่บ้าน อสม. และ จนท.สอ. ผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่ดูแลพื้นที่หมู่บ้านได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการแต่ไม่ได้เป็นแกนหลักในการดำเนินการ

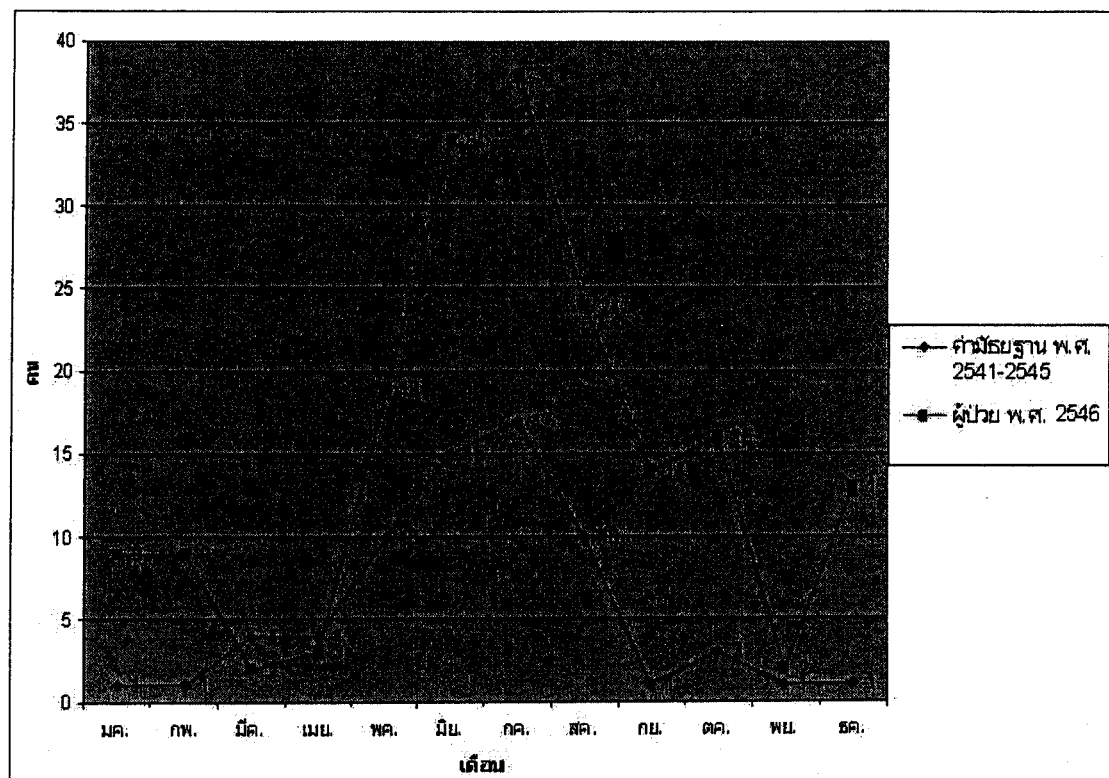
3. การควบคุมกำกับการดำเนินงาน พบว่า จนท. สอ. ได้มีการนิเทศและตรวจสอบการรับรองบัตรรับรองบ้านปลอดลูกน้ำของ อสม. ได้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด

จากการประเมินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นยังไม่ครอบคลุมถึง การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้รับการอบรม ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนของตนเอง ว่าเกิดจากการที่ประชาชนเห็นว่าประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หรือเป็นเพียงความต้องการเงินรางวัลเท่านั้น

ในส่วนการประเมินโครงการ 4 ประสานด้านกับโรคไข้เลือดออก ได้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการจากจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สรุปได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2.1 แผนภูมิผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อ.เสถภูมิ จ.ร้อยเอ็ด พ.ศ. 2541- 2546



ภาพที่ 2.2 แผนภูมิผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด พ.ศ. 2546
เปรียบเทียบค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2541-2546)

จากภาพดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ใน พ.ศ. 2546 ลดลงจากปีที่แล้วมาเล็กน้อยและเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน ปี พ.ศ. 2541- 2545 พบว่ามีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 45 คน) เมื่อจำแนกรายเดือนและเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานรายเดือน ระหว่าง พ.ศ. 2541 – 2545 ก็พบว่ามีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐานรายเดือนเกือบทุกเดือนเช่นกัน นอกจากการประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการจากจำนวนผู้ป่วยแล้ว ยังไม่ได้มีการประเมินผลโครงการนี้ในด้านอื่น ๆ เช่น ประเมินการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หรือ ประเมินการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

3. ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่องานพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (กองสุศึกษา 2542:13) และผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค สรุปได้ ดังนี้

3.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (กองสุศึกษา 2542:18)

กลุ่มบุคคลที่ร่วมกันพัฒนาแบบจำลองคือ กอดเฟรย์ เอ็ม ฮอ(Godfrey M. Hochbaum) เอส สตีเฟน เคจีเลส (S. Stephen Kegeles) ฮาวาร์ด เลเวน ไทย(Howard Leventhai) และเออร์วิน เอ็ด โรเซนสต็อก (Irvin M. Rosenstock) โดยได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) (วัลลา ดันตโยทัย 2543: 29) ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ” ดังนั้นบุคคลจึงแสดงออกตามที่สิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม และโรเซนสต็อก(Rosenstock) ได้อธิบายถึงความเชื่อที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคว่า บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ต่อมา เบคเกอร์(Becker) และ คณะ ได้ทำการปรับปรุงแบบจำลองเพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำในการปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค (กองสุศึกษา 2542:19-20)

องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้ (วัลลา ดันตโยทัย 2543: 31)

3.1.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ประกอบด้วย

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึง

โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากเพียงใด

2) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่จะเกิดตามมาในทุกๆ ด้าน ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่องาน ชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคม

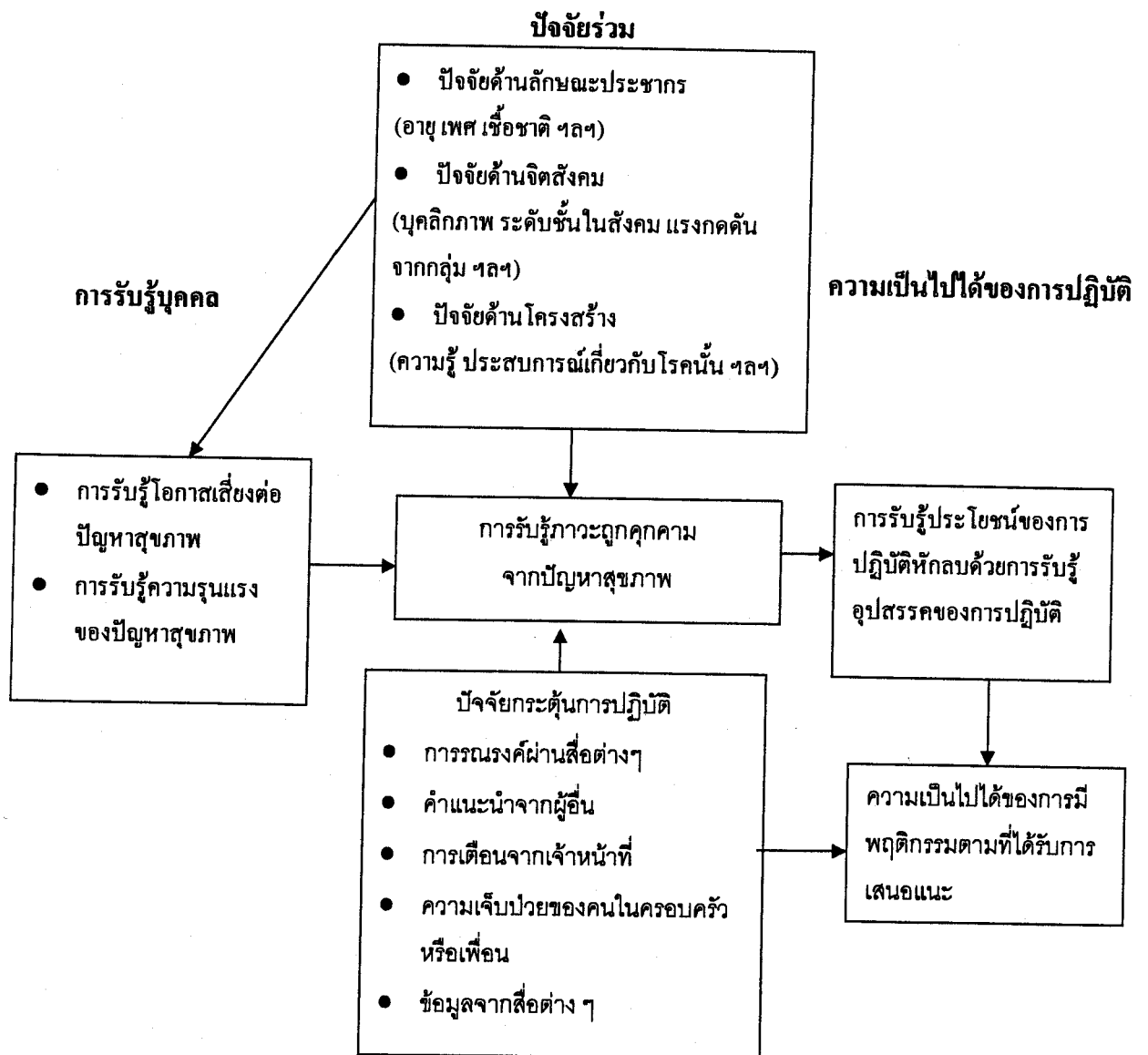
3) การรับรู้ภาวะคุกคาม (perceived threat) การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จะทำให้นุคคลรับรู้ภาวะคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

3.1.2 ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (demographic variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ
- 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม (sociopsychological variables) เช่น บุคลิกภาพ
ระดับชั้นในสังคม
- 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง (structural variables) เช่น ความรู้หรือประสบการณ์
ที่เกี่ยวกับโรคนั้น
- 4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติ
ที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือ
ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อ หรือบุคคลต่าง ๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด
 เป็นต้น

3.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (likelihood of action) มี 2 ปัจจัย
ที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ

- 1) การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพ
หรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้น ๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ
- 2) การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรือ
อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สบาย เป็นต้น



ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: วัลลา ตันตโยทัย (2543) “ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ใน สมจิต หนูนเจริญกรู้ง วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด บรรณาธิการ การส่งเสริมสุขภาพ แนว คิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล หน้า 31 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

3.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดยโรแลนด์ ดับบิล โรเจอร์ส (Ronald W. Rogers) ต่อมาถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่าง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) คือ การรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้ที่มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนสื่อที่มากระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ โรเจอร์ส (Rogers) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค(perceived probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ (กองสุศึกษา 2542: 35-42)

1. ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรงโดยการใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏเช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าถ้าไม่ทำจะเกิดอันตรายรุนแรง บางครั้งการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived probability) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง นอกจากนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคยังขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสร้อยต่อการเป็นโรคได้

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและ / หรือ ลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง มีการวิจัยพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามต่อสุขภาพอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดการคุกคามนั้นลง ได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง วิธีการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงจะช่วยให้บุคคลเกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง โดยที่วิธีการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง จะมี

รายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้การปฏิบัติตามมากขึ้น

ต่อมา แมคดักซ์(Maddux) และโรเจอร์ส(Rogers) ได้เพิ่มตัวแปรอีกหนึ่งตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy expectancy) ซึ่งมาจากทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดुरา (Bandura) ซึ่งแบนดुरาเชื่อว่าความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามอย่างแท้จริง และการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรมีผลให้ในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค โรเจอร์ส (Rogers) ได้พยายามปรับปรุงโดยการนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้สองลักษณะ คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อีกทั้งอาจส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวสนองตอบหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่พึงประสงค์ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเริ่มสูบบุหรี่ ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์คือความพึงพอใจในตนเอง(Intrinsic rewards) และความพึงพอใจภายนอก (extrinsic rewards) เช่นการเป็นที่ยอมรับในสังคม

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping response) ประกอบด้วยการรับรู้ มี 2 ลักษณะ คือ การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ไม่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลงคือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก

กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สารสนเทศและแหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพ ดังนี้

ศิวรา เขียวระวิบูลย์ (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี” ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรมให้สุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่ม การรณรงค์ การจัดนิทรรศการ การกระตุ้นเตือนด้วยจดหมาย และรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลการสนองตอบ มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนทดลอง และคิดว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนการรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลการสนองตอบมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวยังไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งสรุปว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

สุภัทรา สมบัติ (2543) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูไฉง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี” ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนดกิจกรรมได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การให้คำแนะนำประชาชน การประกวดหมู่บ้านดีเด่นด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านมีการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในประสิทธิผลตอบสนองต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกและคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนในการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองค่าดัชนีวัดความซุกซุนน้ำบุงลาย (BI.) ลดลง แสดงว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนดีขึ้น

ธีระศักดิ์ มักคูน และคณะ (2543) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพครอบครัว ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง” โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ได้ทำกิจกรรมสุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่ม และใช้สื่อประเภทวีดิทัศน์ ของจริง แผ่นพับโปสเตอร์ เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแรงสนับสนุนด้านสังคม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและอุจจาระร่วง ผลการศึกษาวិจัยพบว่า สามารถทำให้กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงถูกต้องขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในด้านการป้องกันโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรค อีกทั้งยังพบว่าความรู้และการรับรู้ด้านต่าง ๆ และการได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลยา เบียประดิษฐ์ (2544) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง” โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ สังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สัมภาษณ์ระดับลึก และการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีบทบาทด้านสุขภาพในครัวเรือน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของโรคไข้เลือดออกว่า เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจาก

ยุงลาย มีอาการไข้ตัวร้อนและมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ถ้าได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง

2. กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อผิดว่ายุงลายเกิดมาจากแหล่งน้ำที่อยู่ภายนอกบริเวณบ้าน มากกว่าในบ้าน และน้ำที่มีการถ่ายเทบ่อย ๆ จะทำให้ไม่เกิดลูกน้ำ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้น้ำไม่เหมาะสม เช่น ปกปิดภาชนะกักเก็บน้ำไม่สนิท และการปิดภาชนะกักเก็บน้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันสิ่งสกปรกและสิ่งมีชีวิตตกลงไปตาย ไม่ปกปิดภาชนะที่กักเก็บน้ำใช้

3. การป้องกันการเกิดโรคและกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นส่วนน้อยและไม่ครอบคลุมภาชนะที่ใช้กักเก็บน้ำที่มีอยู่ในครัวเรือน

4. การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นการทำงานเชิงรับไม่สามารถนำนโยบายของรัฐที่เน้นการมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติได้ ขาดการควบคุมกำกับและการประเมินผลอย่างจริงจัง

5. การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการทำงานตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้คิดริเริ่มเอง และการทำงานด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติได้น้อยเพราะขาดความมั่นใจและไม่มีเวลา

6. การถ่ายทอดความรู้ รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของชุมชนที่ให้ผลดี คือการจัดตั้งกลุ่มแกนนำรับผิดชอบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค จัดแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชนและมีการประเมินผลโดยชุมชน

ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งนี้คือ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนต้องเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องและปลูกจิตสำนึกในการป้องกันและควบคุมโรคให้เป็นหน้าที่ของประชาชนที่จะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และปรับเปลี่ยนระบบคิดของประชาชนให้วางแผนและแก้ปัญหาโดยชุมชน

ดวงผา วาณิชรักษ์ (2544) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก” โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองโดยการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบสร้างพลัง (Empowerment) กลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรค การติดต่อ การรักษา และเกิดการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา กำหนดกิจกรรมเพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน เพื่อส่งผลไปยังประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนในแต่ละครัวเรือน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตาม

คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีความทุกข์ของลูกน้ำยุงลายที่บ้าน วัด และโรงเรียน คี้นขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประจวบ เพลมหลัก (2547) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาระบบการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนาระบบการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และศึกษาปัญหาของการดำเนินการตามกระบวนการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่ได้พัฒนาขึ้น ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ อสม. มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรกเป็นการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของ อสม. ระยะที่สองเป็นการพัฒนาระบบการเรียนรู้และทดลองใช้กระบวนการเรียนรู้ใน อสม. ระยะที่สามเป็นการศึกษาปัญหาการดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า เมื่อนำปัญหามาใส่เป็นเนื้อหากิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ที่แบ่งเป็น 8 ขั้นตอนหลักคือ การเตรียมความพร้อม การปฐมนิเทศ การระบุปัญหาที่แท้จริง การค้นหาสาเหตุของปัญหา การค้นหาและตัดสินใจทางเลือกในการแก้ปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติ การดำเนินการตามแผน และการนำเสนอผลการปฏิบัติงาน ระหว่างการดำเนินการแต่ละขั้นตอนผู้วิจัย ผู้อำนวยการความสะอาดประจำกลุ่ม และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จะเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินการ จน อสม. เกิดเรียนรู้และปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย หลังการทดลองแล้ว อสม. มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีทักษะในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย และสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนกพล เกื้อมา และคณะ (2547) ได้จัดทำ “โครงการศึกษาความต้องการด้านสารสนเทศของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบประกันสุขภาพ” โดยทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มโครงการ 30 บาท กลุ่มประกันสังคม และกลุ่มสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ มีผลการศึกษาที่เกี่ยวกับแหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า ช่องทางการเข้าถึงสารสนเทศในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ศึกษาได้แก่

1. สื่อโทรทัศน์ โดยที่ประชาชนในกลุ่มคนที่มียุวัยและอาชีพที่แตกต่างกันจะมีช่วงเวลาในการเปิดรับสารที่แตกต่างกัน

2. สื่อบุคคล โดยที่ประชาชนในกลุ่มวัยเด็กใช้สื่อบุคคล ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เพื่อนบ้าน และในกลุ่มวัยสูงอายุจะใช้สื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่อนามัย อสม. แพทย์ เกษตรกร

พยาบาล ซึ่งประชาชนจะมีความต้องการสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อบุคคลมากที่สุดเพราะสามารถให้สารสนเทศสุขภาพที่ตรงกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของแต่ละบุคคลได้

3. สื่อท้องถิ่น ได้แก่ เสียงตามสาย และหอกระจายข่าว

ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2548) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การรับรู้และเข้าถึงสื่อสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย” มีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพ ดังนี้

1. สื่อที่ได้รับความนิยมจากประชาชน แบ่งตามประเภทของสื่อ ดังนี้

1.1 สื่อหนังสือพิมพ์ที่ได้รับความนิยม จำแนกเป็นหนังสือพิมพ์รายวัน ระดับประเทศ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ เดลินิวส์ และคมชัดลึก หนังสือพิมพ์ระดับท้องถิ่น ได้แก่ หนังสือพิมพ์เชียงราย เชียงรายนิวส์ และสื่อเชียงราย โดยนิยมอ่านคอลัมน์เกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วย และการตอบปัญหาทางการแพทย์ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ เดลินิวส์ ข่าวสด

1.2 สื่อนิคมสารเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ นิคมสารใกล้หมอ นิคมสารชีวิตจิต นิคมสารหมอชาวบ้าน

1.3 สื่อโทรทัศน์ที่ได้รับความนิยม คือ ช่อง 3 ช่อง 7 และช่อง 9 แต่รายการเกี่ยวกับสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างนิยมชมเป็นรายการในช่อง 7 ช่อง 3 และช่อง 5 รายการโทรทัศน์ที่ได้รับความนิยมในแต่ละช่อง คือ ช่อง 3 คือ รายการ ผู้หญิง ผู้หญิง ช่อง 5 คือ รายการบ้านเลขที่ 5 ช่อง 7 คือ รายการครอบครัวเรื่องผู้หญิง ช่อง 9 คือ รายการหมอสุรพล ช่อง 11 คือ รายการหน้าต่างสุขภาพ และช่องไอทีวี คือ รายการ Health Station

2. สื่อที่ประชาชนรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่อไปนี้เรียงจากมากไปหาน้อย คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ สื่อบุคคล นิคมสาร/วารสาร หอกระจายข่าว แผ่นพับ โบปปลิวและโปสเตอร์ และประชาชนได้แสดงความคิดเห็นว่า สื่อจะต้องมีความชัดเจน มีปริมาณข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มาก ซึ่งข้อมูลข่าวสารมีผลต่อความเข้าใจและการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. สื่อบุคคลเป็นสื่อที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นสื่อที่ประชาชนให้ความเชื่อถือมากที่สุด เพราะเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพประชาชนจะเลือกปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นลำดับแรก รองลงมาจะปรึกษาเพื่อน หรือญาติ และหาข้อมูลจากเอกสารและสื่อหนังสือพิมพ์

4. การสื่อสารผ่านสื่อมวลชนมีข้อจำกัดและมีผลต่อการรับรู้ การสร้างความตระหนักต่อสุขภาพ

วาสนา จันทร์สว่าง และคณะ (2548) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง “กระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพ” โดยทำการศึกษาโครงการที่รณรงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบาย 5 อ. คือ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ โรคยา และอนามัย ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณในการศึกษาโครงการจำนวน 106 โครงการและใช้วิธีวิจัยคุณภาพในการศึกษาโครงการจำนวน 20 โครงการ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กระบวนการสื่อสารรณรงค์ด้านสุขภาพขององค์กรต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารแบบสองทาง เนื้อหาเป็นเรื่องออกกำลังกาย การเผยแพร่ความรู้และจิตสำนึกเรื่องสุขภาพและเรื่องอาหาร สื่อที่ใช้คือ สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจและสื่อมวลชน ผลของการรณรงค์คือ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่รับรู้สนใจ ตระหนัก แต่ยังขาดจิตสำนึกและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. การสร้างพลังการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้ส่งสารจะต้องมีความรับผิดชอบสูง มีจิตสาธารณะ สารควรจะเป็นเรื่องของสุขภาพองค์กรรวม สื่อที่ใช้ในการรณรงค์ควรจะเป็นสื่อบุคคลและสื่อผสม ผู้รับสารควรจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสารการรณรงค์

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือผู้นำ แรงสนับสนุนทางสังคมงบประมาณ การมีส่วนร่วม และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายและการสื่อสารเครือข่าย การสร้างสุขภาพองค์กรรวมและการรณรงค์สู่ชุมชน โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง หรือเป็นสำคัญ

ชาร์มา (Sharma 2005) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสการพัฒนา และภาวะคุกคามในการให้สุขศึกษาในประเทศอินเดีย” โดยการศึกษาเอกสารจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า จุดแข็งของการให้สุขศึกษาในประเทศอินเดียประกอบด้วย การมีโครงสร้างการบริหารจัดการอย่างเป็นลำดับขั้น มีการฝึกอบรม จนท.ในการให้สุขศึกษาเป็นอย่างดี มีการกระจายสารสนเทศจากแหล่งสารสนเทศสู่ประชาชนอย่างทั่วถึง มีการสอนสุขศึกษาในโรงเรียน และมีความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ จุดอ่อนของการให้สุขศึกษาประกอบด้วย การที่นักสุขศึกษามุ่งเน้นการให้ความรู้ตามตำราเพียงอย่างเดียว การให้สุขศึกษาไปไม่ถึงชนบทและพื้นที่ทุรกันดาร ไม่มีการประกันคุณภาพของการให้สุขศึกษา ไม่มีการส่งเสริมความก้าวหน้าของนักสุขศึกษา ไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีวิธีการฝึกอบรมนักสุขศึกษาที่ล้าสมัย โอกาสในการพัฒนาประกอบด้วย วิถีชีวิตของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสื่อพื้นบ้าน ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เป็นผู้นำโดยอ้อม เช่น ผู้นำศาสนา หมอพื้นบ้าน หมอตำแยให้ดีขึ้น สร้างระบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษา เช่น การตลาดสังคม ให้แพทย์มีส่วนร่วม และการจัดการการให้สุขศึกษาและนักสุขศึกษาในอินเดีย

ภาวะคุกคามที่มีต่อการให้สุศึกษาประกอบด้วย การประเมินผลการให้สุศึกษาเป็นการประเมินในด้านเทคนิคการให้สุศึกษาของนักสุศึกษาไม่ได้ประเมินพฤติกรรมของประชาชน การให้สุศึกษาในเรื่องต่าง ๆ ตามโครงการเฉพาะแก่ชุมชนยังขาดการสร้างเครือข่ายที่จะทำการกระจายสารสนเทศลงชุมชนในระดับรากหญ้าให้เกิดการปฏิบัติได้

โฮแกน และ พาลเมอร์ (Hogan and Palmer 2005) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “แหล่งสารสนเทศที่กลุ่มผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV/AIDS) ชื่นชอบและนำไปปฏิบัติ” โดยวิธีการสำรวจความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพของเมืองต่าง ๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา สรุปผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแหล่งสารสนเทศ ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความชื่นชอบในการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์จาก แหล่งบุคคล ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข (health professionals) คนในครอบครัว และเพื่อน แหล่งสารสนเทศโรคเอดส์ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด คือ แพทย์ รองลงมาคือ จนท.ผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ (HIV-positive counselors) และนิตยสาร และแพทย์เป็นแหล่งสารสนเทศโรคเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า มีประโยชน์ ทำให้เกิดความเข้าใจ น่าเชื่อถือ และเข้าถึงได้มากที่สุด

ปราคาช (Pradesh 2006) ได้ศึกษา “ผลการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนในประเทศอินเดีย” โดยได้ศึกษาการทำงานตามกิจกรรมหลัก คือ การฝึกอบรมครูในโรงเรียนให้มีความรู้ในการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพนักเรียนและใช้เครื่องมือในการตรวจคัดกรองและการให้การดูแลสุขภาพนักเรียนเบื้องต้น และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปแนะนำการให้สุศึกษาของครูในโรงเรียน และคัดกรองนักเรียนซ้ำเพื่อส่งไปรักษาในสถานพยาบาล ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า ยังมีปัญหาการดำเนินงานจำแนกได้ 2 ส่วนหลัก คือ ในส่วนของกิจกรรมตามโครงการ และในส่วนของการบริหารจัดการโครงการ ปัญหาที่พบในส่วนของกิจกรรมตามโครงการคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ทำการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนตามแผนงาน เนื่องจากขาดพาหนะเดินทางไปโรงเรียนและขาดการควบคุมกำกับการทำงาน และครูส่วนใหญ่ไม่ได้นำเครื่องมือในการคัดกรองและการให้การดูแลสุขภาพนักเรียนเบื้องต้นมาใช้ในโรงเรียนหลังจากได้รับการฝึกอบรมมาใช้งานมาแล้ว ปัญหาในส่วนของการบริหารจัดการโครงการคือ ขาดการประเมินสภาพปัญหาที่แท้จริงก่อนดำเนินโครงการ ขาดการทดลองดำเนินงานโครงการในโรงเรียนบางแห่งก่อนนำมาใช้ในโรงเรียนทั้งหมด ขาดระบบการติดตามและการเฝ้าระวังปัญหาในการดำเนินโครงการ ระบบงานถูกออกแบบให้มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐแต่ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานบางกิจกรรมไม่ได้ผล เช่น การให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่มีความรู้ในหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนไปแนะนำครูใน

โรงเรียนในการสอนสุขศึกษาแก่นักเรียน หรือการทำการฝึกอบรมครูโดยที่ไม่เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของครูซึ่งกิจกรรมนี้ควรจะประสานงานให้กระทรวงศึกษาธิการดำเนินการเอง เป็นต้น

แอนเคม (Ankem 2006) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การใช้แหล่งสารสนเทศของผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยใช้วิธีการศึกษาวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สรุปผลการศึกษาได้ว่า แหล่งสารสนเทศที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งใช้มากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ (health care professionals) จุลสารทางการแพทย์ คนในครอบครัวหรือเพื่อน แหล่งสารสนเทศที่มีการใช้น้อยที่สุด คือ อินเทอร์เน็ต และกลุ่มสนับสนุน (support groups) แหล่งสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ หนังสือ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ และจุลสารทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะใช้แหล่งสารสนเทศบุคคล (ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ) และแหล่งสารสนเทศที่เป็นเอกสาร มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

โฮลมส์ และคณะ (Holmes et al 2006) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การสร้างและการทำงานของสัมพันธมิตร (Coalitions) ที่มีประสิทธิผล” โดยศึกษาการสร้างรูปแบบและการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศแคนาดาที่ประสานความร่วมมือกันเป็นสัมพันธมิตรในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจแก่ประชาชนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ในประเทศแคนาดามีการสร้างสัมพันธมิตร หรือเครือข่ายในการกระจายสารสนเทศโรคหัวใจโดยมีการประสานความร่วมมือและให้การสนับสนุนซึ่งกันตั้งแต่หน่วยงานระดับประเทศ หน่วยงานระดับภาค และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้โรคหัวใจแก่ประชาชน เพื่อให้การสนับสนุนชุมชนในด้าน การสื่อสาร การฝึกอบรม การสนับสนุน และทรัพยากร แก่อาสาสมัครของชุมชน ให้สามารถพัฒนานโยบาย และให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจแก่ประชาชนในชุมชนได้

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ดังนี้

1. ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจเลือดออกกว่า เป็นโรคที่อาการรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สาเหตุมาจากยุ่งลาย แต่การป้องกันโรคและกำจัดยุ่งลายทำได้ไม่ครอบคลุม และยังขาดความร่วมมือจากชุมชน

2. พฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจเลือดออกของประชาชน เป็นผลมาจากการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และความคาดหวังต่อประสิทธิผลในการสนองในกิจกรรมในการป้องกันโรค

3. การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจเลือดออกจำเป็นต้องมีการนำทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หรือ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (The Protection Motivation) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม หรือ แรงสนับสนุนทางสังคม หรือ การมี

ส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบสร้างพลัง (Empowerment) มาประยุกต์ใช้โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม จะสามารถทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้และเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีขึ้นได้

4. แหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพของประชาชน จำแนกได้ 3 ประเภทคือ ประเภท สื่อสารมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ ประเภทสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือ วารสาร แผ่นพับ ประเภท สื่อบุคคล ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทำงาน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนผู้ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัคร คือ อสม. และแหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความเชื่อถือและใช้งานมากที่สุด คือ สื่อบุคคล โดย ให้ความเชื่อถือและใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมากที่สุด

5. โครงการรณรงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับประเทศที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้ จัดทำขึ้นมีผลทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ และตระหนัก แต่ไม่สามารถทำให้เกิดจิตสำนึกและมีการ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องได้ และปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือ การสร้างเครือข่ายและการ สื่อสารเครือข่าย การสร้างสุขภาพองค์กรรวมและการรณรงค์สู่ชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง