

บทที่ 2

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ที่มา : <http://dhf.ddc.moph.go.th/picofkingpro.htm>

จากกระแสพระราชดำรัสที่อัญเชิญมา ประกอบกับสถิติสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ไข้เลือดออกในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการค้นหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและส่งผลทั้ง
ทางบวกและลบต่อการป้องกันและควบคุมโรคนี้ เพื่อที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างแนวทาง
กำหนดมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคนี้

คณะผู้วิจัยเห็นว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออกของประชาชนเป็นปัจจัย
หนึ่งที่มีผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก จึงได้ศึกษาวิจัย
เรื่องการประเมินรูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ประชาชนต้องการ : กรณีศึกษาเรื่อง
ไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

- 2.1 แนวคิดด้านการระบาด กลยุทธ์ การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก
 - 2.1.1 แนวคิดด้านระบาดวิทยาของการเกิดโรคไข้เลือดออก
 - 2.1.2 แนวคิดเรื่องกลยุทธ์ และมาตรการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
 - 2.1.3 แนวคิดเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 2.2 แนวคิดด้านการสื่อสาร : กระบวนการสื่อสาร การมีส่วนร่วมและเครือข่ายการสื่อสาร
 - 2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสาร
 - 2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม
 - 2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร
- 2.3 แนวคิดเรื่องสื่อสารสุขภาพและการออกแบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
 - 2.3.1 แนวคิดด้านการสื่อสารสุขภาพ
 - 2.3.2 แนวคิดด้านการออกแบบข้อมูลข่าวสารที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดด้านการระบาด กลยุทธ์ การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.1.1 แนวคิดด้านระบาดวิทยาของการเกิดโรคไข้เลือดออก

มีรายงานการระบาดของไข้เดงกี (DF) ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2322-2323 ในเอเชีย อาฟริกา และอเมริกาเหนือ ต่อมาการระบาดของไข้เลือดออก (DHF) ได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยเริ่มมีรายงานการเกิดโรคจากภูมิภาคแปซิฟิก อเมริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การระบาดใหญ่เกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 ปัจจุบันพบไข้เลือดออกทั้งในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ในทวีปอาฟริกา ทวีปอเมริกา ประเทศในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก

ประเทศไทยเริ่มพบโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 การระบาดใหญ่ในประเทศไทยครั้งแรกเกิดเมื่อปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพ-ธนบุรี สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501-2545 มีแนวโน้มที่สูงขึ้นและมีการระบาดหลายลักษณะ เช่น การระบาดปีเว้นปี ปีเว้น 2 ปี หรือระบาดติดต่อกัน 2 ปี แล้วเว้น 1 ปี แต่ในระยะ 15 ปีย้อนหลัง ลักษณะการระบาดมีแนวโน้มระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มอายุ 0-14 ปี อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายใกล้เคียงกัน พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)

สาเหตุของไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากยุงลาย *Aedes aegypti* ตัวเมีย บินไปกัดคนที่ป่วยเป็นไข้เลือดออก โดยเฉพาะช่วงที่มีไข้สูง เชื้อไวรัสเดงกีจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ 8-10 วัน เชื้อไวรัสเดงกีจะไปที่ผนังกระเพาะและต่อมน้ำลายของยุง เมื่อยุงกัดคนก็จะแพร่เชื้อสู่คน เชื้อจะอยู่ในร่างกายคนประมาณ 2-7 วันในช่วงที่มีไข้ หากยุงกัดคนในช่วงนี้ ก็จะรับเชื้อไวรัสมาแพร่ให้กับคนอื่น ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นเด็ก โรคนี้ระบาดในฤดูฝน ยุงลายชอบออกหากินในเวลากลางวัน ตามบ้านเรือนและโรงเรียน ชอบวางไข่ตามภาชนะที่มีน้ำขัง เช่น ยางรถยนต์ กะลา กระจับปี่ จานรองขาตู้กับข้าว แต่ไม่ชอบวางไข่ในท่อระบายน้ำ ห้วยหนองคลองบึง (กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)



ภาพที่ 2-1 ยุงลาย

ที่มา <http://www.thaivbd.org/>

วิธีการติดต่อ

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นแมลงนำโรคที่สำคัญ และในชนบทบางพื้นที่ จะมียุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นแมลงนำโรคร่วมกับยุงลายบ้าน เมื่อยุงลายตัวเมียกัด และดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข้ ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง และเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะเข้าสู่คนที่ถูกกัดต่อไป เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้คนนั้นป่วยได้

อาการของโรคไข้เลือดออกและการรักษา

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกัน ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี (dengue fever หรือ DF) ไป จนมีอาการรุนแรงมากจนช็อกและเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังคือ ไข้สูงลอย 2 - 7 วัน มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง ตับโต กดเจ็บ และมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก (สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)



ภาพที่ 2-2 อาการของเด็กที่ป่วยเป็นไข้เลือดออก

ที่มา <http://www.thaivbd.org/>

อาการไข้

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีอาการชัก โดยเฉพาะเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) และเมื่อตรวจในลำคอก็อาจพบ injected pharynx ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรือไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ในระยะไข้ขึ้น อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดทั่ว ๆ ไป และอาจปวดที่

ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูง นานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบ biphasic อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่นไข้หัดเยอรมัน (rubella) (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)

อาการเลือดออกและตับโต

ที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แตกง่าย โดยการทำ tourniquet test ให้ ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายอยู่ตาม แขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจอาเจียน และถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่ จะพบร่วมกับภาวะช็อก ในรายที่มีภาวะช็อกนาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)

ภาวะช็อก

ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนโลหิต ล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากการรั่วของพลาสมาไปยังช่องปอดหรือช่องท้องมาก เกิด hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่ช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงโดยมี pulse pressure เท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (ปกติ 30-40 มิลลิเมตรปรอท)

ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่จะยังคงมีสติ พุดรู้เรื่อง อาจกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทาง ศัลยกรรม ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วงๆ ตัวเย็นซีด จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ (profound shock) ความรู้สติเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะที่จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ ส่วนใหญ่ก็จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่ไม่รุนแรงเมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจจะมีอาการมือเท้าเย็นเล็กน้อย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง ในระบบ การไหลเวียนของโลหิต ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อรักษาในช่วงระยะต้น ๆ ก็จะอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)

การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก คือ มีไข้สูง มีเลือดออกง่ายทดสอบโดยการรัดแขนแล้วพบจุดเลือดออกตามร่างกาย เช่น เลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟัน เจ็บชายโครงขวาเนื่องจากตับโต ซ้ำอก ตรวจเลือดพบเกล็ดเลือดต่ำ เลือดข้นขึ้น และอาจตรวจน้ำเหลืองหรือเพาะเชื้อไวรัสจากเลือด เพื่อยืนยันการวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม ในระยะ 1-2 วันของไข้ อาจมีอาการไม่ชัดเจน ผลเลือดอาจจะยังปกติ จึงต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและเจาะเลือดซ้ำถ้าอาการไม่ดีขึ้น

การรักษาโรคไข้เลือดออก

เนื่องจากยังไม่มียาต้านเชื้อไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไวรัสเดงกี การรักษาตามอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยให้ยาพาราเซตามอลในช่วงที่มีไข้สูง ห้ามใช้ยาแอสไพริน เพราะจะทำให้เลือดออกรุนแรงขึ้น ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ยาแก้คลื่นไส้ และให้ดื่มน้ำเกลือแร่หรือน้ำผลไม้ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ป้องกันภาวะช็อกได้ระยะที่เกิดช็อกส่วนใหญ่จะเกิดพร้อม ๆ กับช่วงที่ไข้ลดลง ผู้ปกครองควรทราบอาการก่อนที่จะช็อก คือ อาจมีอาการปวดท้อง ปัสสาวะน้อยลง มีอาการกระสับกระส่ายหรือซึมลง มือเท้าเย็นพร้อมๆ กับไข้ลดลง หน้ามืด เป็นลมง่าย หากมีอาการเหล่านี้ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)

2.1.2 แนวคิดเรื่องกลยุทธ์ และมาตรการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

กลยุทธ์ และมาตรการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับประเทศ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (วิชัย สติมัย, 2551) ได้นำเสนอกกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง เน้นการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานระบบเฝ้าระวังพัฒนาระบบกลไกเพื่อการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมการควบคุมโรคในระดับประเทศ

กลยุทธ์ที่สำคัญประการแรก คือ สร้างความตระหนักว่าในบ้านมีลูกน้ำไม่ได้ ต้องร่วมมือกันกำจัดลูกน้ำอย่างจริงจัง ถ้าผลักดันความคิดนี้ให้เกิดเป็นกระแสแก่คนรุ่นใหม่จะทำให้บ้านและชุมชนปลอดลูกน้ำยุ่งยากได้ ประการที่สองคือการสร้างพันธมิตร ภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนการทำงาน โดยเน้นให้กระทรวงศึกษาธิการและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน ดังข้อมูลในตารางสรุปบทบาทและภารกิจในแผนแม่บทป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับประเทศ

ตารางที่ 2-1 บทบาทและภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแผนแม่บทป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกในระดับประเทศ

ภารกิจ	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
ป้องกัน	องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	จังหวัด/ส่วนกลาง
เฝ้าระวัง	สถานพยาบาลและ อาสาสมัคร	สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ควบคุมโรค	องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ	สำนักควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
รักษา	สถานเอนามัย โรงพยาบาล	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค
ระดมการมีส่วนร่วม ในสังคม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข	รัฐบาล
ศึกษาวิจัยและพัฒนา มาตรการใหม่	สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค	รัฐบาล

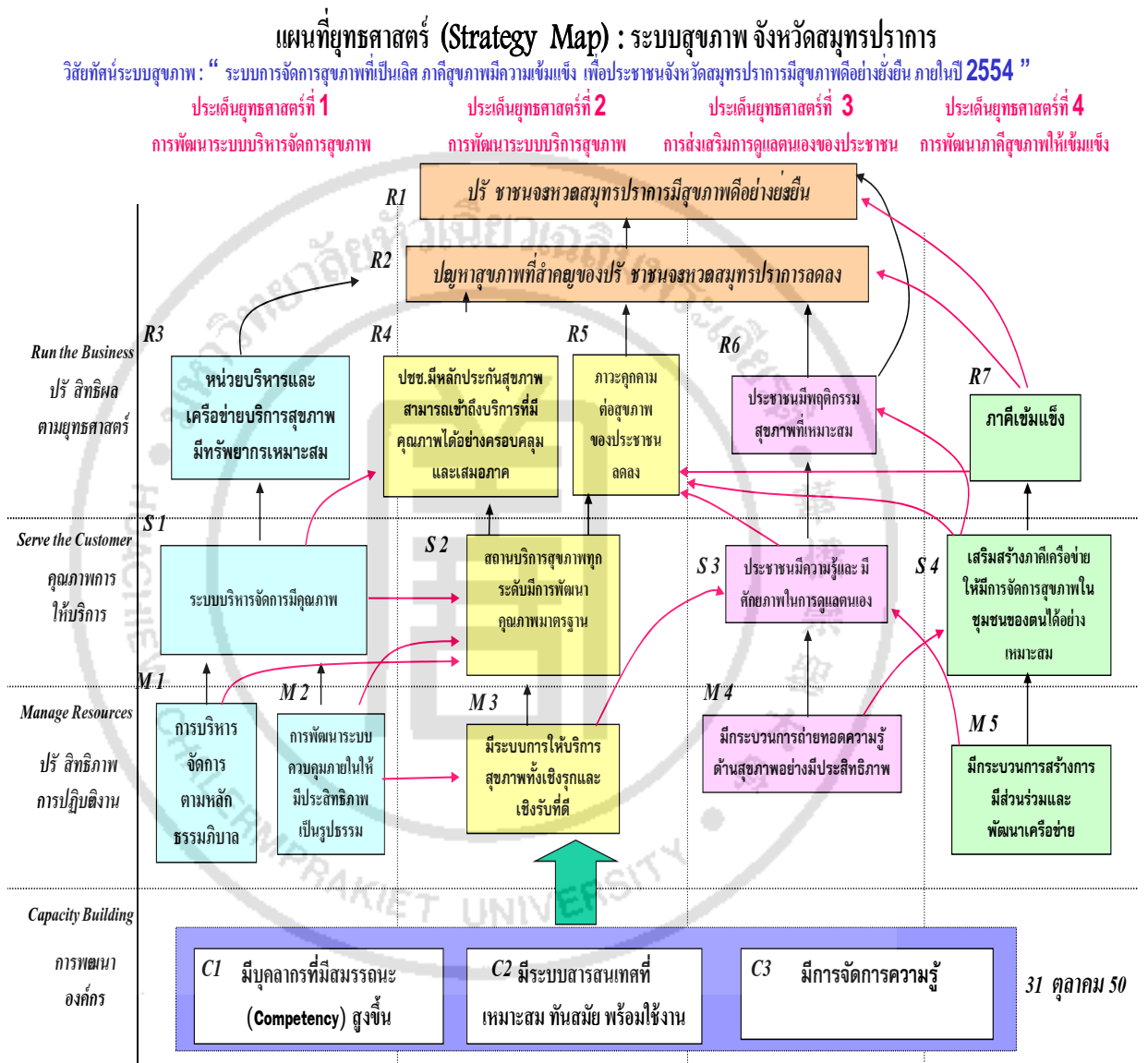
ที่มา : www.Thaidengue.com

กลยุทธ์และมาตรการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของจังหวัดสมุทรปราการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการได้จัดทำแผนกลยุทธ์การดำเนินงานสาธารณสุขที่มุ่งเน้น 4 ประเด็นหลักคือ 1) การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีบุคลากรที่มีสมรรถนะและจัดการระบบสารสนเทศให้ทันต่อเหตุการณ์ 2) ควบคุมประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การจัดบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะ 3) ควบคุมคุณภาพการให้บริการทั้งด้านการป้องกันและรักษา ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการจัดการสุขภาพในชุมชนได้อย่างเหมาะสม จนทำให้ประชาชนมีความรู้และมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และ 4) มีการบริหารจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพโดยเน้นตัวชี้วัดที่มีภาคี

เครือข่ายที่เข้มแข็ง ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพลดลง ประชาชน
 ได้รับความสุขด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียม ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 2-1

แผนภูมิที่ 2-1 แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) ระบบสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ



ที่มา : www.hpko.moph.go.th/centerblog/wp-content/upload.../strategymap.ppt

กลยุทธ์และมาตรการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน

การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียวไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ หรืออาจบังเกิดผลแต่เพียงชั่วคราวระยะเวลานั้น ๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์การควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนดังนี้ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์)

- ารณรงค์ โดยระดมความร่วมมือของผู้ในชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรม และประชาชน เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

- ร่วมมือกับ โรงเรียน เพื่อสอนนักเรียนให้มีความรู้เรื่องการควบคุมยุงลาย และมอบหมายหน้าที่ให้กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

- จัดจำหน่ายทรายกำจัดลูกน้ำในกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในราคาถูก หรือจัดอาสาสมัครไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือน และใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้เป็นประจำโดยคิดค่าบริการราคาถูก

การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ควรได้รับการส่งเสริมและปฏิบัติให้แพร่หลายมากที่สุด โดยเน้นปัจจัยสำคัญคือ ความครอบคลุม ความสม่ำเสมอ และความต่อเนื่อง ความร่วมมือของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องเป็นแบบผสมผสาน ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ออนไลน์) เช่น

- หน่วยงานสาธารณสุข ให้สุศึกษา สนับสนุนเคมีภัณฑ์ ควบคุมโรค ดูแลรักษาพยาบาล
- หน่วยงานการศึกษา สอนการควบคุมโรคแก่นักเรียน และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
- หน่วยงานการปกครอง สนับสนุนการควบคุมโรคผ่านทางข่างานการปกครองท้องถิ่น
- หน่วยงานประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค และการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัว ในการป้องกันและควบคุมโรค
- องค์กรเอกชน ให้การสนับสนุนทรัพยากร หรือเข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2.1.3 แนวคิดเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้าน ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี 2551พบว่า แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมักจะเป็นส่วนที่ถูกละเลย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2-2

ตารางที่ 2-2 ผลการสำรวจปริมาณลูกน้ำยุงลายในภาชนะและเครื่องใช้ในครัวเรือน

ภาชนะ	จำนวน	พบลูกน้ำ	%
ภาชนะที่ไม่ใช้แล้ว	3426	545	15.91
ภาชนะรองรับน้ำใช้	2782	451	16.21
จานรองกระถางต้นไม้	541	139	25.69
จานรองขาตู้กับข้าว	242	28	11.57
อื่นๆ	342	26	7.60
แจกัน	173	12	6.94
รวม	7506	1201	16.00

ที่มา : รายงานการประชุมโครงการพัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัดและการพัฒนางานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วันที่ 21-22 มกราคม 2551

การกำจัดลูกน้ำยุงลาย

จากข้อมูลแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในตารางที่ 2-2 เห็นได้ว่า จะเน้นการให้ข้อมูลและสร้างความตระหนักในเรื่องการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย มุลินธิสาธาณสุขไทย (กำจัดลูกน้ำทุกอาทิตย์ พิชิตไข้เลือดออก : ออนไลน์) ระบุว่าวิธีการที่ง่ายสุดในการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก คือการใช้ "หลัก 5 ป." ซึ่งเป็นวิธีทางกายภาพที่จดจำและนำไปปฏิบัติได้อย่างง่ายๆ ด้วยตนเอง คือ "ปิด เปลี่ยน ปล่อย ปรับปรุง ปฏิบัติ"

ปิด คือ ปิดฝาภาชนะ เช่น โอ่งน้ำ เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

เปลี่ยน คือ เปลี่ยนน้ำในภาชนะก้นไม่ให้ยุงลายไปวางไข่

ปล่อย คือ ปล่อยปลาให้กินลูกน้ำยุงลาย (บางกรณีอาจใช้ทรายอะเบท)

ปรับปรุง คือ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเน้นการ

กำจัดขยะและเศษวัสดุต่าง ๆ ที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์รอบ ๆ บ้าน

ปฏิบัติ คือ สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นประจำทุกสัปดาห์

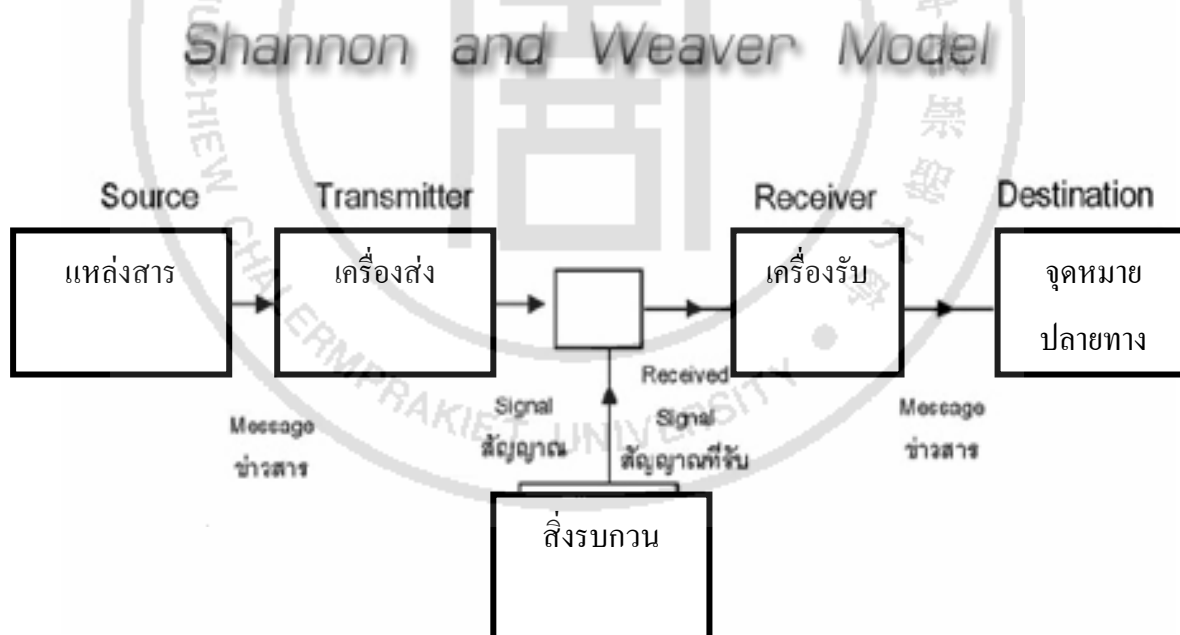
ป้องกันการถูกขงกัด

การป้องกันการถูกขงกัดอาจทำได้ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้ (สิวิกา แสงธราทิพย์ : ออนไลน์)

- 1) การจัดบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่มีมุมอับหรือกองผ้าที่จะเป็นจุดหลบซ่อนของขงลายได้
- 2) หากจะนอนพักผ่อนหรือนั่งเล่นในเวลากลางวันควรอยู่ในบริเวณที่มีลมพัดผ่านและมีแสงสว่างพอเพียง
- 3) อาจใช้ยากันขงหรือทาสารไล่ขง
- 4) นอนในมุ้ง
- 5) สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใช้สิ้ออื่น ๆ

2.2 แนวคิดด้านการสิ้อสาร : กระบวนการสิ้อสาร การมีส่วนร่วมและเครือข่ายการสิ้อสาร

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการสิ้อสาร



แผนภูมิที่ 2-2 แบบจำลองของแชนนอนและวีเวอร์

แชนนอนและวีเวอร์ (1949) ได้คิดรูปแบบจำลองทฤษฎีข่าวสารเพื่ออธิบายกระบวนการสิ้อสารอิเล็กทรอนิกส์และประยุกต์ใช้กับการสิ้อสารของมนุษย์ แบบจำลองนี้จะแสดงว่าประสิทธิภาพของการสิ้อสารขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ คือ ผู้ส่งสาร ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูล ทำหน้าที่ส่งข่าวสารไปสู่ผู้รับ ผ่านเครื่องส่งหรือตัวถ่ายทอด ในลักษณะของสัญญาณที่ถูกส่งไปในช่องทาง

ต่าง ๆ กัน เมื่อผู้รับได้รับสัญญาณจะแปลงเนื้อหาข่าวสารให้ตรงกับที่ผู้ส่งส่งมา แต่ในบางครั้ง สัญญาณที่ส่งออกอาจมีสิ่งรบกวนสอดแทรกทำให้การสื่อสารขาดความชัดเจนและด้อยประสิทธิภาพ สิ่งรบกวนมี 2 ประเภทคือ สิ่งรบกวนทางกายภาพที่เกิดขึ้นภายนอกตัวบุคคลเช่น เสียงจอแจหรือ สิ่งรบกวนทางใจ เช่น อารมณ์ไม่ดี คิดถึงสิ่งอื่นในขณะที่กำลังสื่อสาร นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการสื่อสาร 3 ประการคือ 1) ปัญหาด้านเทคนิค เรื่องความถูกต้องชัดเจนของสัญลักษณ์ 2) ปัญหาด้านการตีความหมายที่ไม่ตรงกันและ 3) ปัญหาด้านประสิทธิภาพ คือการส่งสารได้ผลตามที่ปรารถนาหรือไม่ (ปรมะ สตะเวทิน. 2546 : 47)

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งมีมาตรการหลักเน้นไปที่การควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคจะไม่สามารถประสบผลสำเร็จได้ถ้าหากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นความร่วมมือของประชาชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากชุมชนนั้นบรรลุเป้าหมายได้ในที่สุด

กาญจนา แก้วเทพ (2543 : 52-59) กล่าวว่า การพัฒนาที่แท้จริงต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญและมีบทบาทในการเชื่อมโยงคนให้เข้ามาพัฒนา ดังนี้

- ต้องให้ประชาชนมาเกี่ยวข้องในกระบวนการสื่อสารทั้งในฐานะของผู้รับสารและผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนและผลิตเนื้อหาของสื่อ
- ต้องเป็นการผลิตในท้องถิ่น บทบาทการสื่อสารที่มีต่อการมีส่วนร่วมอีกประการหนึ่งคือเรื่องเนื้อหา หากผลิตในท้องถิ่นจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะเกี่ยวข้องโดยตรงและเข้ากับบริบทของผู้รับสาร
- ด้านมนุษยธรรม หมายความว่า การสื่อสารและการใช้สื่อต้องยึด “คน” เป็นเป้าหมายไม่ใช่เทคโนโลยีหรือกำไร
- ด้านคุณค่า การสื่อสารและการใช้สื่อช่วยให้ประชาชนเชื่อมั่นในระบบคุณค่าดั้งเดิมอันดีงามที่มีอยู่ หากจะมีการเปลี่ยนแปลงต้องสอดคล้องกับคุณค่าเดิม
- ด้านการสร้างความเข้าใจ สื่อต้องช่วยให้ผู้รับสารสามารถเข้าใจปัญหาและสภาพแวดล้อมของตัวเอง
- ด้านความเป็นชุมชน การสื่อสารควรมานำมาใช้เพื่อเสริมสร้างความสมานฉันท์

โคทม อารียา ประธานแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน (รศส.) ได้กล่าวถึงระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน ว่าเป็นระบบการสื่อสารสองทางที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน (การพัฒนาหลักสูตรการสื่อสารสุขภาพ. 2551)

จากบทสังเคราะห์โครงการปฏิบัติการสื่อสารของกลุ่มสื่อชุมชน สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล (ดวงพร คำณวัฒน์ และคณะ. 2551 : 172-173) มีข้อค้นพบที่น่าสนใจเกี่ยวกับสื่อสารเพื่อการพัฒนา ดังนี้

- 1) การทำงานแบบให้ชุมชนมีส่วนร่วมต้องถือว่าชาวบ้านหรือคนในชุมชนเป็นหลัก ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง องค์กรภายนอกหรือนักวิชาการเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น ผู้นำชุมชนต้องมีบทบาทในการชักชวนชาวบ้านให้ร่วมในการพัฒนา
- 2) ในแต่ละชุมชนมีต้นทุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถที่หลากหลาย และมีจิตอาสา
- 3) นักวิจัยต้องปรับทัศนคติให้ยอมรับความเห็นที่แตกต่าง และมีความเชื่อมั่นว่าประชาชนสามารถพัฒนาชุมชนของตนเองได้
- 4) หากประชาชนมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น มีโอกาสร่วมคิด ร่วมมือ ร่วมได้รับผลประโยชน์จากโครงการที่ตรงกับความต้องการของชุมชนจะทำให้โครงการนั้นเข้มแข็งและประชาชนพึงพาตนเองได้จริง

2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร

เครือข่ายการสื่อสารระหว่างบุคคลสามารถจำแนกลักษณะการใช้ได้เป็น 2 ลักษณะคือ การสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal communication) ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีแบบแผนชัดเจนผ่านสายใยความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ผู้ส่งสารและผู้รับสารมีบทบาทหน้าที่และตำแหน่งที่ชัดเจน การสื่อสารจะเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น บันทึกรายงานต่าง ๆ หรือจะไม่ใช่ลายลักษณ์อักษร เช่น การสั่งด้วยวาจา และแบบไม่เป็นทางการ (Informal communication) เป็นการสื่อสารที่มีลักษณะเป็นส่วนตัวมากกว่า ไม่มีกฎระเบียบตายตัว คู่สื่อสารมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างอิสระ การสื่อสารจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว แต่ข้อมูลข่าวสารอาจจะมีโอกาสผิดเพี้ยนคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้ การสื่อสารในลักษณะนี้มีความเป็นกันเองมากและสามารถใช้ประโยชน์ในการสร้างบรรยากาศที่ดีได้ เช่น การสื่อสารกับประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งเครือข่ายตามทิศทางของไหลเวียนของข้อมูลข่าวสาร ได้ 3 แบบ คือ การสื่อสารจากบนลงล่าง (Downward communication) การสื่อสารจากล่างขึ้นบน (Upward communication) และการสื่อสารตามแนวนอน (Horizontal communication) (อิมจิต เลิศพงษ์สมบัติ, นุวรรณ ทับเที่ยงและอรุณี บัวเนี่ยว. 2551 : 27-31)

2.3 แนวคิดเรื่องสื่อสารสุขภาพและการออกแบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดด้านการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ คือการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อให้ความรู้และผลักดันให้บุคคลและชุมชนมีการตัดสินใจที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Healthy People 2010 : ออนไลน์)

Rimal และ Lapinski (2009) กล่าวว่า การสื่อสารสุขภาพต้องสัมพันธ์กับการพัฒนาสังคมในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อม สังคมและประเด็นทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมและสุขภาพของมนุษย์ ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อเรื่องการรับรู้ความเสี่ยง ค่านิยม สังคม อารมณ์ และสาเหตุของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง

มาตรการที่ใช้ในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ มักมุ่งเน้นที่การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร โดยไม่สนใจกระบวนการที่เกิดขึ้นในการสื่อสาร สิ่งที่ต้องให้ความสนใจอย่างยิ่ง คือ ช่องทางที่ใช้ในการเผยแพร่ กลุ่มเป้าหมายผู้รับสาร เนื้อหาสาร และการตอบสนองต่อสาร ต้องตระหนักว่าผู้รับสารเป็นสมาชิกของสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและจะแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับมาเป็นพฤติกรรมตามที่สังคมที่ตนสังกัดอยู่นั้นคาดหวัง เพื่อให้การสื่อสารสุขภาพมีประสิทธิภาพจึงต้องคำนึงถึงปัจจัย 3 เรื่อง ดังนี้

1) ในกระบวนการสื่อสาร ผู้รับสารมีการเลือกเปิดรับ เลือกตีความ ขึ้นอยู่กับปัจจัยระดับบุคคล เช่น ประสบการณ์ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความรู้ ฯลฯ และปัจจัยระดับสังคม เช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ค่านิยมทางสังคม และวัฒนธรรมประเพณี ฯลฯ

2) การให้ความหมายข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ส่งและผู้รับสารแตกต่างกัน

3) การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ทั้งผู้รับและผู้ส่งสารมีการเปลี่ยนแปลง

บทบาทกันได้อย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับสารและควรทดสอบข้อความที่ใช้สื่อสารเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน

นอกจากนี้การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (U.S. Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine : ออนไลน์) ควรมีคุณสมบัติดังนี้

- Accuracy - ความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร
- Availability - กลุ่มเป้าหมายสามารถได้รับข้อมูลอย่างสะดวก
- Balance - มีความเป็นกลาง นำเสนอทั้งข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมที่ต้องการให้ปฏิบัติ
- Consistency - มีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้
- Evidence-based - เนื้อหาและวิธีการเผยแพร่เป็นไปตามหลักวิชาการที่มีหลักฐานข้อพิสูจน์สนับสนุน

- Reach - เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมทั่วถึง
- Reliability - แหล่งข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ข้อมูลทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์
- Repetition - มีการตอกย้ำเป็นระยะๆ เพื่อเสริมแรงหรือกระตุ้นให้ตระหนักถึงข้อมูลข่าวสารที่สื่อสาร และยังเปิดโอกาสให้มีผู้ได้รับข้อมูลมากขึ้น
- Timeliness - ทันเหตุการณ์ เนื้อหาที่นำเสนอต้องตรงกับช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายต้องการมากที่สุด
- Understandability - เข้าใจง่าย ควรใช้ภาษาและรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- นอกจากนั้นยังเน้นว่าต้องใช้สื่อประสมหรือเผยแพร่ในหลายช่องทางการสื่อสาร เพื่อให้มีโอกาสเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด

จากการศึกษาของวาสนา จันทรสว่างและคณะ (อาจารย์ ชนะสมบุรณ์กิจ และ สุอังคณา แก้วบุญเรือง. ผู้เรียบเรียง. 2548 : 139-140) ได้ข้อสรุปที่น่าสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพด้วยการรณรงค์ ประกอบด้วย

- 1) ผู้นำโครงการมีอุดมคติ อุดมการณ์ จิตสาธารณะ และใช้หลักศาสนาในการดำเนินงาน
- 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เอกชน ธุรกิจ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3) งบประมาณ
- 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป้าหมาย และมีส่วนร่วมในการสื่อสารเป็นทั้งผู้ส่ง ผู้รับ ผู้เลือก และผู้ผลิตสารและสื่อ
- 5) การสร้างเครือข่ายการทำงานและการสื่อสาร
- 6) การมีแนวคิดสร้างสุขภาพองค์รวม
- 7) ความต่อเนื่องและการดำเนินงานครบวงจร
- 8) จัดการรณรงค์โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง
- 9) ใช้หลักการสื่อสารโน้มน้าวใจ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ สนใจ ตระหนัก เกิดจิตสำนึก และเน้นการสื่อสารสองทางให้มีความเข้าใจร่วมกัน
- 10) มีพลังในความสัมพันธ์จากการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ

2.3.2 แนวคิดด้านการออกแบบข้อมูลข่าวสารที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพ

Azjen & Fishbein (1985 : 11-39) ได้ระบุไว้ในทฤษฎี the Theory of Reasoned Action (TRA) ว่าการมีทัศนคติในทางบวกต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่จำเป็นจะต้องนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ตอบสนองตามทัศนคตินั้นเสมอไป และพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะเกิดขึ้นได้หากมีความตั้งใจและมีการวางแผนที่จะทำพฤติกรรมนั้นโดยจงใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับ การที่บุคคลมีความคิดความเชื่อที่สอดคล้องกับพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงถึงความพร้อมและสามารถทำนายการมีพฤติกรรมที่กำหนดของบุคคล ความตั้งใจเกิดจาก 3 ปัจจัยหลักคือ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ความคาดหวังถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรม การรับรู้ว่าตนเองควบคุมพฤติกรรมนั้นได้

การสร้างเนื้อหาข้อมูลเพื่อการสื่อสารสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) เป็นแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory : PMT) เกิดขึ้นในปี 2518 โดยโรเจอร์ (Roger R.W. 1975) เพื่อใช้เป็นกรอบในการสร้างข้อมูลและกิจกรรมการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการใช้ตัวแปร 4 ตัวดังนี้ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) ความรุนแรงหรืออันตรายจากภาวะคุกคาม 3) ความคาดหวังในผลของการแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้น และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขปัญหา (Block and Keller. 1998 : 1584 -1608)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

จากการวิจัยของอัญชลี ชัยมงคล (2550) เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่ ต.พรหมณี อ.เมือง จ.นครนายก พบว่าภายในเวลาเพียง 16 สัปดาห์หลังจากจัดกิจกรรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างพลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน มีความรู้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปกฤษณ์ จินดา (2549) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชนด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลสุรศักดิ์ อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานการศึกษาของธงชัย วรรณศิริ (2552) เรื่องการมีส่วนร่วมที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก ที่ ต. อุทัยสวรรค์ อ.นากลาง จ.หนองบัวลำภู ที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการสำรวจกลุ่มบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไปที่อยู่ในพื้นที่ พบว่าการมีส่วนร่วมของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในการป้องกันไข้เลือดออกสูงกว่าประชาชนทั่วไปอย่างชัดเจน

2.4.2 การรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมประชาชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก

จันทร์พร จิระเชษฐพัฒนา (2551) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากร การมีทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลที่ใกล้ชิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้นรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงควรมุ่งเน้นสนับสนุนส่งเสริมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งพบว่ามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

นิรันดร์ จันทสาร (2550) ได้สำรวจความคิดเห็นของผู้นำชุมชนใน ตำบลตำบองกลาง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าร้อยละ 78.8 ของผู้นำชุมชนระบุว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ ประชาชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สัมพันธ์ กุลพร เมธิน ประนิทานัง และ เจริญชัย คำแพง และคณะ(2548) ศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ประสพการณ์การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ประสพการณ์การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ปกครองเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านปัจจัยเสริม ได้แก่

สามีภรรยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ปกครอง
เด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ปกครองเด็กอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ
ผู้ปกครองเด็ก คือ ทรัพยากรสาธารณสุขซึ่งทำนายพฤติกรรมควบคุม และป้องกันโรค
ไข้เลือดออกของผู้ปกครองเด็ก ได้ร้อยละ 11 ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุน
ทรัพยากรสาธารณสุขให้เพียงพอในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

จำเนียร สุวรรณชาติ (2549) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์
แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของ อำเภอคลองหาด จังหวัด
สระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความ
รุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของ
การปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันตนเองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

แผนภูมิที่ 2-3 กรอบแนวคิดการวิจัย

