ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัย นายเจริญ นิลสุ **ปริญญา** ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สารสนเทศศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล (2) รองศาสตราจารย์ มาลี ล้ำสกุล (3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชราพร เกิดมงคล **ปีการศึกษา** 2549

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ด้านอาการและความรุนแรงของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการป้องกันโรค (2) ศึกษาแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ.) แบบเจาะลึกรายบุคคล จำนวน 3 คน การสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่ได้จากการคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงจากประชาชนที่อาศัยในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3 หมู่บ้าน จำแนกเป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ หมู่บ้านละ 8-9 คน รวม 26 คน การศึกษาเอกสาร และการสำรวจหมู่บ้านเพื่อจัดทำแผนที่แสดงการกระจายตัวของแหล่งสารสนเทศ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และจัดกลุ่มเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกว่าเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากที่สุด คือ การที่เด็กถูกยุงลายกัดตอนนั่งดูโทรทัศน์ภายในบ้านเรือนของตนเอง การป้องกันโรคมีหลายวิธีและมีความสำคัญแตกต่างกัน วิธีที่ผู้ร่วมวิจัยเห็นว่าสำคัญที่สุดคือ การเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำหรืออ่างอาบน้ำในห้องน้ำ เมื่อพิจารณาแผนที่การกระจายสารสนเทศในหมู่บ้าน พบว่า ผู้ร่วมวิจัยให้ความสำคัญแหล่งสารสนเทศมากที่สุด 3 แหล่ง คือ จนท.สอ. อสม. และแผ่นพับ ผู้ร่วมวิจัยมีความต้องการแสวงหาสารสนเทศจาก จนท.สอ. มากที่สุด และผู้ร่วมวิจัยทั้งสามหมู่บ้านมีการรับรู้ที่แตกต่างกันในเรื่องของอาการและความรุนแรงของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค การป้องกันโรค แหล่งสารสนเทศ และการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้าน

คำสำคัญ การรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออก แหล่งสารสนเทศ โรคไข้เลือดออก

Thesis title: Perceived Information of Selaphum District Residents About Dengue Hemorrhagic Fever
Researcher: Mr. Charoen Nilsu; **Degree:** Master of Arts (Information Science);
Thesis advisors: (1) Dr. Somporn Puttpithakporn, Associate Professor;
(2) Malee Lumsakul, Associate Professor; (3) Dr. Patcharaporn Kerdmongkol,
Assistant Professor; **Academic year:** 2006

ABSTRACT

The purpose of this research was to study 1) the information perception of people about the dengue hemorrhagic fever regarding its symptoms and severity, risk factors, and the disease prevention; and 2) information resources about the dengue hemorrhagic fever of the people in Selaphum district, Roi-et province.

The data collection methods of this qualitative study were the in-depth interviews with 3 public health personnel and the focus-group discussion among 26 people selected purposively from 3 small-, medium- and high-risk villages. In addition, related literature was reviewed and the three villages' information dissemination channels were surveyed. All the interview scripts were analyzed using the content analysis technique.

Results found that the participants from all the villages perceived the dengue hemorrhagic fever as a fatal disease. The most important perceived risk factor was children being bit by mosquitoes while they were watching television in their own houses. A host of methods could be used to prevent the disease and the most important was changing water in jars or water tanks regularly. Together with the information dissemination maps, the participants ranked highly three information sources: public health personnel, village health volunteers and leaflets. They expressed the highest interest in getting information from public health personnel. There are differences in perceived information of the participants in the three villages in all areas: symptoms, severity, risk factors, disease prevention, information sources and information dissemination.

Keywords : information perception, information sources
Dengue hemorrhagic fever

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร พุทธาพิทักษ์ผล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ มาลี ล้ำสกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชราพร เกิดมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดมาตลอด จนกระทั่งเสร็จเรียบร้อยสมบรูณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ให้การสนับสนุนด้านเงินทุนสำหรับการวิจัย ประจำภาคการศึกษาที่ 2/2526 จนกระทั่งการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ นายวิทยา โคตรท่าน นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความอนุเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการรายการ (Moderator) ในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์แขนงวิชาสารสนเทศศาสตร์ สาขาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณความรักและกำลังใจที่สำคัญยิ่งจาก คุณแม่ลำใย นิลสุ และกำลังใจจากคนใกล้ชิดที่ดูแลห่วงใยกันตลอดมาจากครอบครัว “บ้านอุ่นไอรัก”

เจริญ นิลสุ

ธันวาคม 2549

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

กรอบแนวคิดการวิจัย 4

ขอบเขตการวิจัย 6

นิยามศัพท์ 6

ประโยชน์ของการวิจัย 9

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 10

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 10

การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอเสลภูมิ 18

ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 23

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 28

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 37

ระเบียบวิธีวิจัย 37

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 39

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 41

การดำเนินการวิจัย 42

การวิเคราะห์ข้อมูล 46

บทที่ 4 ผลการวิจัย 48

บริบทหมู่บ้าน 49

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ลักษณะของผู้ร่วมวิจัย 50
การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 52
แหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 93
สรุปผลการวิจัย 93
อภิปรายผล 98
ข้อเสนอแนะ 105
บรรณานุกรม 110
ภาคผนวก 115
ก แบบฟอร์มเก็บข้อมูลผู้ร่วมวิจัยและกรอบคำถามการทำกลุ่มแบบโฟกัส 116
ข แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล 119
ค แบบฟอร์มวิเคราะห์เนื้อหาจากการทำกลุ่มแบบโฟกัส 121
ง ตัวอย่างการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส 123
จ ตัวอย่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล 134
ประวัติผู้วิจัย 140

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1 การออกแบบกลุ่มแบบ Multiple-Category Design เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส 40

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของผู้ร่วมวิจัยแยกรายหมู่บ้าน 51

ตารางที่ 4.2 สรุปการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก 55

ตารางที่ 4.3 สรุปการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก 60

ตารางที่ 4.4 ร้อยละความถี่ของคำที่กล่าวถึงการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก จำแนกมาตรการและรายหมู่บ้าน 64

ตารางที่ 4.5 สรุปผลการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก 70

ตารางที่ 4.6 แหล่งสารสนเทศของประชาชนจำแนกประเภทและรายหมู่บ้าน 74

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 5
ภาพที่ 2.1 แผนภูมิผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอเสลภูมิ พ.ศ. 2541- 2546 21
ภาพที่ 2.2 แผนภูมิผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอเสลภูมิ พ.ศ. 2546 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 22
ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ 25
ภาพที่ 3.1 แผนภูมิความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนและผลลัพธ์การวิจัย 45
ภาพที่ 4.1 แผนที่แสดงที่ตั้งของหมู่บ้านที่ทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส 50
ภาพที่ 4.2 แผนภูมิการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 63
ภาพที่ 4.3 แผนภูมิแสดงร้อยละความสำคัญของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 76
ภาพที่ 4.4 แผนภูมิแสดงร้อยละความสำคัญของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง 76
ภาพที่ 4.5 แผนภูมิแสดงร้อยละความสำคัญของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงสูง 77
ภาพที่ 4.6 ช่องทางการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 80
ภาพที่ 4.7 ช่องทางการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง 82
ภาพที่ 4.8 ช่องทางการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านเสียงสูง 83
ภาพที่ 4.9 แผนภูมิความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสารสนเทศของประชาชนในหมู่บ้าน 91

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขมานานกว่า 40 ปี พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกใน พ.ศ. 2501ที่กรุงเทพมหานคร และในระยะเวลา 5 ปีต่อมามีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี และได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก การแพร่กระจายเป็นไปอย่างรวดเร็ว จนในปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 – พ.ศ. 2545 ได้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง 2 ครั้ง คือ ใน พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2544 โดยใน พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วย 129,954 ราย อัตราป่วย 211.42 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 424 ราย ใน พ.ศ. 2544 มีจำนวนผู้ป่วย 139,732 ราย อัตราป่วย 225.82 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 244 ราย (สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 1-2) และใน พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้ป่วย 93,131 ราย อัตราป่วย 150.45 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 139 ราย (สำนักระบาดวิทยา 2545: 421) และในพื้นที่ของอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกเช่นเดียวกันคือ ใน พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วย 217 ราย หลังจากนั้นได้ลดลงเหลือ 45 ราย และ 27 ราย ใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543 ตามลำดับ และได้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 61 รายใน พ.ศ. 2544 และเป็น 235 ราย ใน พ.ศ. 2545 อัตราป่วย 191.81 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยระดับประเทศในปีเดียวกันแต่ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต (ศูนย์ควบคุมโรคอำเภอเสลภูมิ 2546: 3) ในด้านความสูญเสียทางเศรษฐกิจมีการวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลเด็ก พบว่า ต้นทุนรวมโดยเฉลี่ยในการให้การรักษาผู้ป่วย 1 รายเท่ากับ 3,367.49 บาท และมีการประมาณต้นทุนในการรักษาตั้งแต่ พ.ศ. 2538 – พ.ศ. 2540 เท่ากับ 45,521,956.64 บาท 127,934,324.90 บาท และ 74,844,599.60 บาท ตามลำดับ (เพ็ญศรี สุโรจน์ 2537: บทคัดย่อ)

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยเกิดจากไวรัสเดงกี่ ชื่อ Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ยุงตัวเมียจะกัดและดูดเลือดผู้ป่วยในระยะไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงไปฟักตัวอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะและเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วออกจากเซลล์ผนังกระเพาะเข้าสู่ต่อมน้ำลายของยุงที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีกก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไป

ยังผู้ถูกกัด และเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5 –8 วัน ก็จะทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ (สุจิตรา นิมมานนิตย์ 2545: 8) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก ได้แก่ คน ตัวเชื้อโรค ได้แก่ ไวรัสเดงกี่ และพาหะนำโรคคือ ยุงลายบ้าน โดยถ้าปริมาณเพียงพอถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ การป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกจึงมีมาตรการหลักเน้นไปที่การควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค หรือตัวต้นเหตุของการเกิดโรค (สาลินี เซ็นเสถียร 2545:123) โดยใช้วิธีการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ซึ่งมีรูปแบบต่าง ๆ คือ 1) การรณรงค์โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรม และประชาชนเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนเป็นครั้งคราว หรือในเทศกาลต่าง ๆ 2) การร่วมมือกับโรงเรียนในการสอนนักเรียนให้มีความรู้เรื่องการควบคุมยุงลาย และมอบหมายกิจกรรมให้นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ซึ่งโรงเรียนบางแห่งมีการดำเนินการสม่ำเสมอตลอดปี และบางแห่งดำเนินการเป็นครั้งคราวร่วมกับการรณรงค์ และ 3) การจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำมาจำหน่ายในกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในราคาถูก บางแห่งอาจจัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือนและใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้เป็นประจำโดยคิดค่าบริการในราคาถูกหรือไม่คิดค่าบริการ

อำเภอเสลภูมิ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น โดยจัดทำ “โครงการ 4 ประสานต้านภัยโรคไข้เลือดออก” และเริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2546 โดยเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สาธารณสุข โรงเรียน บ้าน และชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยร่วมกันกำหนดบทบาทและมอบภารกิจที่ชัดเจน เพื่อดำเนินการกระตุ้นให้ประชาชาชนเกิดความร่วมมือและดำเนินการควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคด้วยตนเอง จากการประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการจากรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกใน พ.ศ. 2546 พบว่า จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกตั้งแต่เดือน มกราคม 2546 – ธันวาคม 2546 มีจำนวนทั้งสิ้น 183 คน ลดลงจาก พ.ศ. 2545 เล็กน้อย แต่ยังคงสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี (พ.ศ. 2541 – พ.ศ. 2545) ที่มีจำนวนเพียง 45 คน (ศูนย์ควบคุมโรคอำเภอเสลภูมิ 2546: 4)

จากการศึกษาทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมจะต้องเกิดการรับรู้ข่าวสารในสิ่งที่จะปฏิบัติ และมีความเชื่อว่าเมื่อปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าในการปฏิบัติจึงจะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติ ดังเช่นแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการ

อธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ องค์ประกอบที่สำคัญที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมผู้ป่วย มี 5 ประการ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (perceived benefits and costs) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยร่วม (modifying factors) (กองสุขศึกษา 2542: 18-26) เช่นเดียวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation) โดย โรแนลด์ ดับบริล โรเจอร์ส (Ronald W.Rogers) ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร และการประเมินการรับรู้นี้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากระตุ้น และตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัวซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) (กองสุขศึกษา 2542: 35) และจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มแม่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ของ ศิวรา เธียระวิบูลย์ (2541: บทคัดย่อ) โดยใช้ทฤษฎีดังกล่าวเป็นตัวกำหนดโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มแม่บ้าน และมีการประเมินผลการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้าน ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลการสนองตอบเมื่อทำกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค การมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน

การประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามโครงการ 4 ประสานต้านภัยโรคไข้เลือดออก ในอำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เฉพาะจากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่าง พ.ศ. 2546 ยังไม่ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการไปแล้ว โดยเฉพาะการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีขึ้น และการศึกษากรอบทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวมากำหนดเป็นโปรแกรมการให้สุขศึกษา ทำให้ทราบว่า สามารถทำให้ผู้รับข่าวสารเกิดการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และประสิทธิผลการสนองตอบ ผู้วิจัยจึงได้นำการรับรู้ดังกล่าวนี้มาจัดทำเป็นกรอบในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อต้องการทราบถึงสภาพการณ์การรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกของประชาชนหลังได้ดำเนินการให้สุขศึกษาตามกิจกรรมที่กำหนด

ในโครงการสิ้นสุดแล้ว เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการให้สุขศึกษาตามโครงการ และนำผลการวิจัยไปปรับปรุงการให้สุขศึกษาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดเนื้อหาขอบเขตของการนำเสนอสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน การปรับปรุงรูปแบบของสื่อให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้ของประชาชนในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งปรับปรุงช่องทางในการกระจายสื่อสู่ประชาชนให้เหมาะสมและสามารถเข้าถึงได้ เพื่อนำไปสู่การรับรู้สารสนเทศและเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป

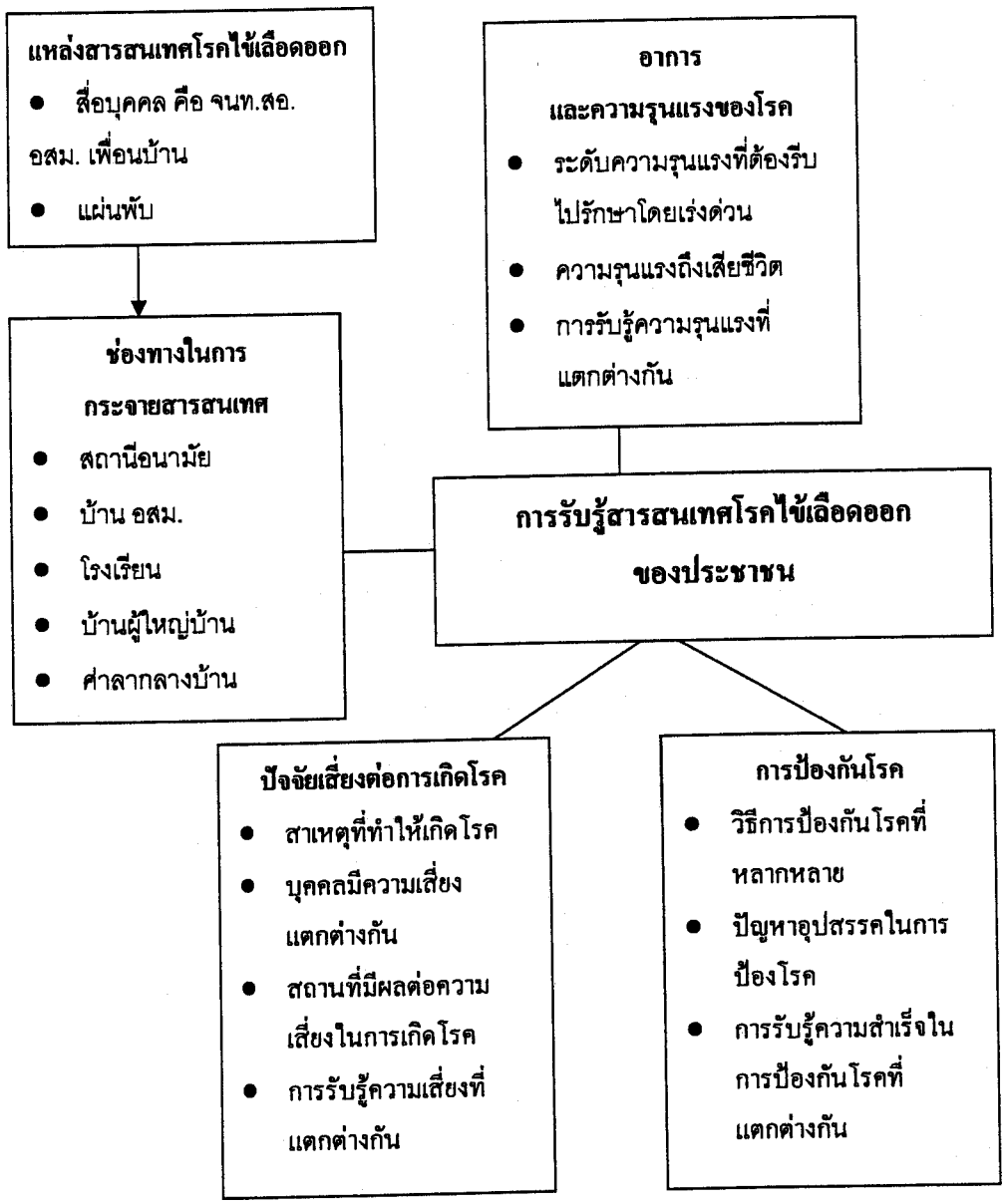
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 ศึกษาการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านอาการและความรุนแรงของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการป้องกันโรค

2.2 ศึกษาแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker) ซึ่งใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยใช้ตัวแปรขององค์ประกอบของการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ได้แก่ การรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) และตัวแปรของปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (likelihood of action) คือ การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (perceived barriers) และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation) โดยโรเจอร์ส (Rogers) ซึ่งได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร โดยใช้ตัวแปรความคาดหวังในประสิทธิผลของการสนองตอบ (response efficacy) และผู้วิจัยนำตัวแปรตามทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นมากำหนดกรอบการวิจัย ได้แก่ การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรค การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และการรับรู้การป้องกันโรค รวมทั้งได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของแหล่งสารสนเทศมากำหนดกรอบการวิจัยในส่วนของแหล่งสารสนเทศของประชาชน ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นเวลาต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี และทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว หรือ ดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครัวเรือน ครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 21,513 คน โดยศึกษาถึง การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2547 – กรกฎาคม 2547

5. นิยามศัพท์

5.1 แหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออก หมายถึง บุคคลผู้ทำการเผยสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน หรือสื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อกระจายเสียงได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือ ป้ายรณรงค์ เทปเสียง ที่ผลิตเพื่อวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน

5.2 สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หมายถึง ข้อมูลจากแหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออกที่ได้บอกกล่าว เผยแพร่ หรือ ประกาศ ให้ประชาชนได้ทราบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก การเฝ้าระวังอาการป่วย วิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

5.3 ประชาชน หมายถึง บุคคลซึ่งประกอบด้วย บุคคลทั่วไป และบุคคลผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมในตำแหน่งอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

5.4 การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเลือก จัดการและให้ความหมายต่อสารสนเทศที่มากระทบตัวบุคคล ซึ่งเริ่มตั้งแต่การได้ยิน หรือการได้เห็น หรือการได้สัมผัส หรือการมีส่วนร่วม หรือการค้นคว้าด้วยตนเองโดยการอ่าน การพูดคุยกับบุคคล และให้ความสนใจต่อสารสนเทศที่มากระทบนั้น ทำให้เกิดการยอมรับและสามารถให้ความหมาย ความรู้สึก และความคิดเห็นได้ตามแบบมาตรวัดความรู้สึกและความคิดเห็นแบบต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติ หรือการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.5 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่อาจจะทำให้ตนเอง หรือบุคคลในครัวเรือนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้

5.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่าเมื่อตนเอง หรือบุคคลในครัวเรือนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะมีส่งผลต่อสุขภาพอย่างไร และอยู่ในระดับใด เช่น มีอาการเล็กน้อย หรือมีอาการรุนแรงไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ หรือทำให้เกิดความพิการต่อร่างกาย หรือทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น

5.7 การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่ามีวิธีการอะไรบ้างเมื่อกระทำแล้วจะเป็นการป้องกันให้ตนเอง หรือบุคคลในครัวเรือนไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

5.8 ดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลายรายหลังคาเรือน (House Index หรือ ค่า H.I.) หมายถึง ดัชนีวัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายประเภทหนึ่ง มีค่าเป็นร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$H.I. = \frac{\text{จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

แพนท์ และ เซลพ์ (Pant and Self) (WHO, 1993 อ้างใน สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 86) ได้ให้แนวทางเกี่ยวกับการแปลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายไว้ว่า พื้นที่ ที่มีค่า H.I. มากกว่า 10 แสดงว่า เป็นพื้นที่ ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการแพร่โรคไข้เลือดออก และพื้นที่ ที่มีค่าH.I. น้อยกว่า 1 แสดงว่า เป็นพื้นที่ ที่มีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดการแพร่โรคไข้เลือดออก

การสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและการคำนวณค่า H.I.ในหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านทำโดย อสม. เดือนละ 1 ครั้ง

5.9 ค่า H.I.เฉลี่ยในรอบปี หมายถึง ผลรวมของค่า H.I. ที่วัดได้ในหมู่บ้านในรอบ พ.ศ. 2546 หารด้วยจำนวนครั้งที่มีการวัดค่า H.I ในหมู่บ้าน เขียนได้เป็นสูตรดังนี้

$$\text{ค่า H.I เฉลี่ยในรอบปี} = \frac{\text{ผลรวมของค่า H.I. ที่วัดได้ในหมู่บ้านใน พ.ศ. 2546}}{\text{จำนวนครั้งที่มีการวัดค่า H.I ในหมู่บ้านใน พ.ศ. 2546}}$$

5.10 ค่าดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลาย (Breteau Index หรือค่า B.I.) หมายถึง ดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลายประเภทหนึ่งที่มีค่าเป็นจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$B.I. = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

แพนท์ และ เซลพ์ (Pant and Self) (WHO, 1993 อ้างใน สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 86) ได้ให้แนวทางเกี่ยวกับการแปลค่า B.I. ไว้ว่า พื้นที่ ที่มีค่า B.I. มากกว่า 50 มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการแพร่โรคไข้เลือดออก พื้นที่ ที่มีค่า B.I. น้อยกว่า 5 มีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดการแพร่โรคไข้เลือดออก

5.11 หมู่บ้านเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หมายถึง หมู่บ้านที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมีโอกาสจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก โดยใช้เกณฑ์ในการกำหนด คือ ค่า H.I. ร่วมกับการระบาดของโรคและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก แบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.11.1 หมู่บ้านเสี่ยงสูง คือ หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคและการระบาดของโรค ใน พ.ศ. 2546 และมีค่า H.I. เฉลี่ยตลอดทั้งปีมากกว่า 10

5.11.2 หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง คือ หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคแต่ไม่มีการระบาดของโรค ใน พ.ศ.2546 และมีค่า H.I. เฉลี่ยตลอดทั้งปีระหว่าง 1 – 10

5.11.3 หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ หมู่บ้านที่ไม่มีการเกิดโรค หรือมีค่า H.I. ตลอดทั้ง พ.ศ.2546 น้อยกว่า 1

5.12 หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่พบผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน โดยนับจากบัตรรายงานโรค(รง.506) ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในรอบ พ.ศ. 2546

5.13 หมู่บ้านมีการเกิดโรคและการระบาดของโรคไข้เลือดออก หมายถึง หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคและมีการควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพ นับจากช่วงระยะเวลาที่พบผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านรายแรกและรายสุดท้ายห่างกันเกินกว่า 14 วัน โดยนับจากวันที่เริ่มป่วยในบัตรรายงานโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในรอบ พ.ศ. 2546

5.14 หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคแต่ไม่มีการระบาดของโรค หมายถึง หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคและมีการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ นับจากช่วงระยะเวลาที่พบผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านรายแรกและรายสุดท้ายห่างกันไม่เกิน 14 วัน โดยนับจากวันที่เริ่มป่วยในบัตรรายงานโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในรอบ พ.ศ. 2546

5.15 ทรายกำจัดลูกน้ำ หมายถึง สารเคมีกลุ่ม Organo-Phosphorous Compound ที่มีฤทธิ์ในการกำจัดลูกน้ำ (larvicide) มีความเข้มข้น 1% โดยน้ำหนัก เนื้อยาถูกเคลือบไว้บนเม็ดทราย

6. ประโยชน์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำให้รับทราบถึง สภาพการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยจะนำไปปรับปรุงการกำหนดเนื้อหาขอบเขตของการนำเสนอสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน ปรับปรุงรูปแบบของสื่อให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้ของประชาชนในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งปรับปรุงช่องทางในการกระจายสื่อสู่ประชาชนให้เหมาะสมและสามารถเข้าถึงได้ เพื่อนำไปสู่การรับรู้สารสนเทศ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่อง "การรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด" โดยแบ่งเป็น 4 หัวข้อหลัก ได้แก่

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

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

1.1 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดใหม่ (emerging disease) เมื่อประมาณ 40 ปีมานี้ และยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเป็นระยะ ๆ ทุก 3 – 5 ปี สำหรับประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดครั้งใหญ่ครั้งแรกใน พ.ศ. 2501 ในกรุงเทพ ฯ 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 (สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 1-4)

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

เป็นผื่นแดงเล็กๆ ใต้ผิวหนัง ในรายที่มีอาการรุนแรงในขณะที่ไข้ลดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปวดท้อง ชีพจรเบาเร็ว และหายใจเร็ว รวมทั้งอาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ และอาจมีอาการอาเจียนหรือเลือดออกร่วมด้วย หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ในช่วงนี้ผู้ป่วยอาจช็อกและเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนในรายที่อาการไม่รุนแรงเมื่อไข้ลดอาการต่าง ๆ จะดีขึ้นและหายเป็นปกติภายใน 10 วัน

ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงมีเพียงไข้และมีอาการที่ไม่เฉพาะ หากทำการทดสอบทูนิเกจะให้ผลบวก

ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ แต่ไม่มาก เช่น ผิวหนัง เลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟัน แต่ยังมีแรงดันเลือดปกติ

ขั้นที่ 3 ชีพจรเบาเร็ว แรงดันชีพจรแคบหรือแรงดันเลือดต่ำ ผู้ป่วยมีอาการของระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว อาจมีเลือดออกมาก เช่น เลือดออกบริเวณทางเดินอาหาร

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

อาการแทรกซ้อน นอกจากภาวะเลือดออกรุนแรงและภาวะช็อกแล้ว อาจเป็นปอดอักเสบ หรือหลอดลมอักเสบแทรกซ้อนได้ แต่มีโอกาสเกิดน้อยมาก นอกจากนี้ถ้าให้น้ำเกลือมากเกินไปอาจเกิดภาวะปอดบวมน้ำเป็นอันตรายได้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ 2531: 671-672 อ้างใน ธีระศักดิ์ มักคุ้น 2544: 11)

1.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก การดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลักปฏิบัติ ดังนี้

1. ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่เคยมีประวัติเคยชักหรือในเด็กที่อายุน้อยกว่า 6 เดือน หากจำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรให้ยาพาราเซตามอล ห้ามให้ยาพวกแอสไพรินเพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงานจะระคายเคืองทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye Syndrome ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น (เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงเหลือน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส) การใช้ยาลดไข้มากไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย

2. ให้ผู้ป่วยได้น้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน

ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มบ่อย ๆ

3. จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ภาวะช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้ามีไข้ 7 วัน ก็อาจช็อกในวันที่ 8 ได้ ควรสังเกตอาการนำของช็อก ซึ่งอาจมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบส่งโรงพยาบาลทันที (สุจิตรา นิมมานนิตย์ 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 hyperendimicity หรือมีเชื้อหลาย seroptype 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 ทุกรายมีแอนติบอดีย์ต่อเชื้อเดงกี่จากแม่

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 ยุงลายสวนเพาะพันธุ์ตามแหล่งน้ำขังตามโพรงไม้ หรือกระบอกไม้ไผ่ ส่วนยุงลายบ้านเพาะพันธุ์ในภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น

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

3) ระดับความชุกชุมของยุงลาย ซึ่ง พ.ศ.2545 ยังไม่ทราบระดับความชุกของยุงที่จะทำให้เกิดการระบาดของ DHF ได้ แต่ความชุกของยุงลาย Ae.aegypti ในประเทศไทยไม่ว่าจะใช้ตัวชี้วัดใดมาใช้ก็จะสูงมากและอาจสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้จะต้องมีส่วนร่วมกันในการทำให้เกิดโรค DHF/DSS ขึ้น

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

1.5 การป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้เลือดออกมีมาตรการดังนี้

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

1) วิธีทางกายภาพ ได้แก่

(1) การปิดปากภาชนะเก็บน้ำ ด้วยผ้าตาข่ายไนล่อน ฝาอลูมิเนียม หรือวัสดุอื่นใดที่สามารถปิดปากภาชนะเก็บน้ำนั้นได้อย่างมิดชิดจนยุงลายไม่สามารถเล็ดลอดเข้าไปวางไข่ได้

(2) การหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน วิธีนี้เหมาะสำหรับภาชนะเล็ก ๆ ที่เก็บน้ำไม่มาก เช่น แจกันดอกไม้สด ทั้งที่เป็นแจกันที่หิ้งบูชาพระ แจกันที่ศาลพระภูมิ หรือแจกันประดับตามโต๊ะ รวมทั้งภาชนะและขวดประเภทต่าง ๆ ที่ใช้เลี้ยงพลูด่าง พลูฉลุ ออมทอง ไผ่กวนอิม ฯลฯ

(3) การเติมน้ำเดือดจัด ๆ ทุก 7 วัน วิธีนี้ใช้ได้กับถ้วยหล่อขาตู้กับข้าวกันมด ซึ่งถ้าหากในช่วง 7 วันที่ผ่านมามีลูกน้ำเกิดขึ้นลูกน้ำก็จะถูกน้ำเดือดลวกตายไป

(4) การใช้กระชอนช้อนลูกน้ำเพื่อลดจำนวนลูกน้ำในโอ่งน้ำ บ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำ ห้องส้วมฯลฯ ให้ลดน้อยลงมากที่สุดอย่างรวดเร็ว

(5) การใส่ทรายธรรมดาในจานรองกระถางต้นไม้ให้ลึกประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของความลึกของจานรองกระถางต้นไม้นั้น เพื่อให้ทรายดูดซึมจากการรดน้ำต้นไม้ไว้ได้ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับกระถางต้นไม้ที่ใหญ่และหนัก ส่วนต้นไม้กระถางเล็กอาจใช้วิธีเทน้ำที่ขังอยู่ในจานรองกระถางต้นไม้ทิ้งไปทุก 7 วัน

(6) การเก็บทำลายเศษวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว เช่น ขวด ไห กระป๋อง ฯลฯ และยางรถยนต์เก่าที่ไม่ใช้ประโยชน์ หรือการปกคลุมให้มิดชิดเพื่อมิให้เป็นที่รองรับน้ำได้

(7) การกลบ ถม หรือ การระบายน้ำ ไม่ให้มีแหล่งน้ำขัง

(8) การใช้ polystyrene beads ในบ่อหรือถังเก็บน้ำขนาดใหญ่ เนื่องจาก polystyrene beads จะลอยตัวอยู่บนผิวน้ำ หากใช้จำนวนมากพอให้ polystyrene beads แผ่คลุมผิวน้ำได้อย่างสมบรูณ์จะทำให้ยุงลายขึ้นมาหายใจไม่ได้ ลูกน้ำก็จะตายไป

(9) การใช้ขันตักลูกน้ำลอยไว้ในโอ่งน้ำหรือบ่อซีเมนต์เก็บน้ำที่ปิดฝาไม่ได้ เมื่อลูกน้ำลงไปหากินที่ก้นโอ่งหรือก้นบ่อซีเมนต์ลอยตัวขึ้นมาหายใจที่ผิวน้ำ ลูกน้ำจะลอยตัวขึ้นมาบริเวณใต้ขันน้ำซึ่งเป็นเงามืดเข้ามาในปากกรวยและออกมาอยู่ในขันน้ำ เมื่อใช้ห้องน้ำและพบว่ามีลูกน้ำอยู่ในขันน้ำให้นำไปเททิ้ง หรือทำลายลูกน้ำ

2) วิธีทางชีวภาพ มีสิ่งมีชีวิตหลายชนิดที่เป็นศัตรูลูกน้ำยุงลายโดยธรรมชาติและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลาย 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 (larvivorus fish) ซึ่งในประเทศไทยมีหลายชนิด เช่น ปลาหางนกยูง (Poecilia spp.) และปลาแกมบูเซีย (Gambusia spp.) เป็นต้น โดยนำไปปล่อยลงโอ่ง

น้ำใช้ หรือภาชนะขังน้ำที่ไม่มีฝาปิด เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ ชูศักดิ์ และคณะ (ในกองกีฏวิทยาทางการแพทย์ 2533 อ้างใน แสงวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 41) รายงานว่า การปล่อยปลาแกมบูเซีย จำนวน 2 ตัวต่อตุ่มจะให้ประสิทธิผลในการควบคุมยุงลายดีที่สุด

นอกจากนั้นยังมีสิ่งมีชีวิตหลายชนิดที่นำไปใช้ในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ แบคทีเรีย ไรน้ำจืด โปรโตซัวบางชนิด เชื้อรา ตัวอ่อนแมลงปอง ด้วงดิ่ง มวนวน มวนกรรเชียง และไส้เดือนฝอย

3) วิธีทางเคมี ได้แก่

(1) การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นทรายเคลือบสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ใช้ใส่น้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วนที่ใช้ คือ ทรายกำจัดลูกน้ำ 1 กรัม ต่อน้ำ 100 ลิตร องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับว่า ทรายกำจัดลูกน้ำที่ความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ และให้ใช้ใส่ในน้ำดื่มได้ (Rozendaal 1997 อ้างใน สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 43)

(2) การใช้เกลือแกง น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก หรือน้ำยาซักล้างทั่วไป โดยทั้งสี่อย่างนี้เป็นของคู่บ้านคู่ครัวที่สามารถนำมาใช้ในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ โดยเฉพาะที่ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าว มีการศึกษาเกี่ยวกับการประสิทธิภาพในการนำไปใช้งานดังนี้

รุ่งทิวา ประสานทอง (2532)(อ้างใน สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 44) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของผงซักฟอก 4 ชนิดในการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย พบว่า น้ำที่ผสมผงซักฟอกสามารถป้องกันยุงลายวางไข่ได้นาน 14-22 วัน (แล้วแต่ยี่ห้อของผงซักฟอก) ทั้งนี้ต้องมีความเข้มข้นอย่างน้อย 0.80% (นั่นคือ ในถ้วยหล่อขาตู้กับข้าวขนาดความจุ 200-250 มิลลิเมตร ต้องใช้ผงซักฟอกครึ่งช้อนชา) นอกจากนี้ผงซักฟอกยังมีประสิทธิภาพในการกำจัดลูกน้ำยุงลายด้วย โดยในการทดลองได้แสดงความเป็นพิษต่อลูกน้ำยุงลายระยะที่ 3 มีค่า LC50 ที่ 24 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 0.0127-0.0193 สามารถกำจัดยุงลายระยะที่ 3 ได้ 100%

กสิน ศุภปฐม, เอื้อมเดือน กิ่งชาญศิลป์ และ พูนยศ เรียวแรงบุญญา (2541) (อ้างใน แสงวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 44) ได้ขยายผลสารซักล้าง 20% เพื่อฉีดพ่น จับ-ฆ่ายุง นำไปทดลองใช้ฉีดพ่นกำจัดลูกน้ำในถ้วยหล่อขาตู้กับข้าว จานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์เก่า ฯลฯ พบว่าการฉีดพ่นสารซักล้างลงในแหล่งเพาะพันธุ์ให้มีระดับความเข้มข้นของสารละลายน้ำยาซักล้าง 0.5-1.0% หรือปริมาณ 5-10 มิลลิเมตร หรือโดยการฉีดพ่น 5-10 ครั้ง จะมีประสิทธิภาพในการฆ่าลูกน้ำยุงลายได้ดีเช่นกัน

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

ทำให้การเจริญเติบโตของลูกน้ำผิดปกติไปและตัวโม่งไม่สามารถลอกคราบออกเป็นตัวยุงได้ จึงมีผลทำให้ลูกน้ำและตัวโม่งตายไป แต่สารเคมีชนิดนี้มีราคาค่อนข้างสูง

1.5.2 มาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย ซึ่งหมายถึง การกั้นหรือต้านทานไว้ไม่ให้มียุงลายในบ้านรวมทั้งการหลีกเลี่ยงการถูกยุงลายกัด และหากพบว่ามียุงลายในบ้านจะต้องทำการขับไล่หรือทำให้หมดไป วิธีการป้องกันและการกำจัดลูกน้ำยุงลายมีหลายวิธี บางวิธีค่อนข้างซับซ้อนยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูง ในที่นี่จะกล่าวถึงวิธีการป้องกันตนเองและผู้ใกล้ชิดไม่ให้ถูกยุงลายกัด และวิธีการในการกำจัดยุงลายตัวเต็มวัยเป็นวิธีที่ประชาชนสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 59-62) ได้แก่

1) การป้องกันไม่ให้ถูกยุงลายกัด ได้แก่

(1) การนอนในมุ้งโดยเฉพาะการนอนในเวลากลางวัน

(2) การกรุหน้าต่างประตูและช่องลมด้วยมุ้งลวด ตรวจตราซ่อมแซมฝาบ้าน ฝ้าเพดานอย่าให้มีร่อง 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 และแบบที่เป็นกระป๋องสี่เหลี่ยม ซึ่งต้องเติมน้ำยาเคมีลงในกระป๋องฉีดเอง และเมื่อหมดแล้วสามารถเติมน้ำยาเคมีลงในกระป๋องใหม่ได้ ประเภทหลังนี้มีราคาถูกกว่าประเภทแรก แต่มักทำให้มือของผู้ฉีดเปรอะเปื้อนน้ำยาเคมีได้ ปัจจุบันสารเคมีกำจัดยุงมีทั้งชนิดสูตรน้ำมัน (oill based) และชนิดสูตรน้ำ (water based) ซึ่งชนิดสูตรน้ำจะปลอดภัยต่อคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมมากกว่า รวมทั้งไม่ทำให้เครื่องเรือนและสิ่งของเปรอะเปื้อนด้วย

(2) การใช้อุปกรณ์กำจัดยุง เช่น

ก. ชนิดที่เป็นกับดักไฟฟ้าใช้ไฟบ้าน 220 โวลท์ มีหลักการคือใช้แสงไฟล่อให้ยุงบินเข้าไปหากับดัก เมื่อยุงบินไปถูกซี่กรงที่มีไฟฟ้าก็จะถูกไฟฟ้าช็อตตายไป

ข. อุปกรณ์กำจัดยุงไฟฟ้าแบบใช้แบตเตอรี่ (ถ่านไฟฉาย) มีรูปร่างคล้ายไม้เทนนิส แต่แทนที่จะเป็นเส้นเอ็นก็เป็นเส้นลวดซึ่งเมื่อเปิดสวิทซ์ก็จะมีกระแสไฟไหลผ่าน ผู้ใช้จะต้องโบกให้ซี่ลวดถูกตัวยุง ยุงก็จะถูกไฟช็อตตาย

1.5.3 มาตรการการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาปรากฏว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยหน่วยงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ ดังนั้นจึงมีได้การหารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมีรูปแบบต่างๆ กัน ดังนี้

1) การรณรงค์ โดยการระดมความร่วมมือของผู้นำชุมชน นักเรียน กลุ่มกิจกรรมและประชาชนเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนเป็นครั้งคราว หรือในเทศกาลต่าง ๆ

2) การร่วมมือกับโรงเรียนในการสอนให้นักเรียนให้มีความรู้ในเรื่องการควบคุมยุงลาย และมอบหมายกิจกรรมให้นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนทั้งที่ดำเนินการสม่ำเสมอตลอดปีหรือเป็นครั้งคราวร่วมกับการรณรงค์

3) การจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายมาจำหน่ายในกองทุนพัฒนาหมู่บ้านในราคาถูก บางแห่งอาจจัดอาสาสมัครไปสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามบ้านเรือน และใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายให้เป็นประจำโดยคิดค่าบริการราคาถูก

ความร่วมมือของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องเป็นแบบผสมผสานประกอบด้วยความร่วมมือจากหลาย ๆ ด้าน เช่น

- ด้านสาธารณสุข ดำเนินการให้สุขศึกษา สนับสนุนเคมีภัณฑ์ และการควบคุมโรค
- ด้านการศึกษา ดำเนินการสอนการควบคุมโรคแก่นักเรียน และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ด้านการปกครอง ดำเนินการให้การสนับสนุนการควบคุมโรคผ่านทางข่ายงานการปกครองท้องถิ่น
- ด้านประชาสัมพันธ์ ดำเนินการเผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค และการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตื่นตัวในการควบคุมโรค
- ด้านเอกชน ดำเนินการให้การสนับสนุนทรัพยากร หรือเข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอเสลภูมิ

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้จัดทำโครงการ 4 ประสานต้านภัยไข้เลือดออกขึ้นในปีงบประมาณ 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 ส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรปกครองท้องถิ่น ได้แก่ อบต. หรือ สมาชิกเทศบาล หรือสมาชิกสภาตำบลให้มีส่วนร่วมในการกำจัดลูกน้ำในชุมชน

1.3 ดำเนินการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ พ่นน้ำยาเคมีกำจัดยุงในหมู่บ้านเสี่ยงสูง

1.4 ดำเนินการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ พ่นยากำจัดยุงในโรงเรียนทุกโรงเรียนก่อนเปิดเรียนเทอมแรก

1.5 ประชาสัมพันธ์เชิงกว้างเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

2. โรงพยาบาลเสลภูมิ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข มีภารกิจที่ดำเนินการร่วมกันดังนี้

2.1 พัฒนามาตรฐานการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

2.2 ประชาสัมพันธ์เชิงกว้างเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการดูแลตนเอง

3. สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ.) ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าสถานีอนามัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข (นวก.สธ) และ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (จพง.สช.) มีภารกิจที่ดำเนินการร่วมกัน ดังนี้

3.1 กำหนดมาตรฐานการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน และออกเยี่ยมให้ความรู้ในการป้องกันโรคแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบเดือนละ 1 ครั้ง

3.2 การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงในการ

เกิดโรค และประเมินผลการควบคุมโรคในกรณีที่เกิดการระบาดขึ้น

3.3 ดำเนินการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ อบต./เทศบาล/สภาตำบล ในเรื่อง ความสำคัญของการกำจัดลูกน้ำ วิธีการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำและการออกฤทธิ์

3.4 ดำเนินการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ ครู และนักเรียนในโรงเรียน ในเรื่อง ความสำคัญของการกำจัดลูกน้ำ วิธีการสำรวจลูกน้ำ หลักการกำจัดลูกน้ำสำหรับนักเรียน

3.5 ดำเนินการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ ประชาชน แกนนำหมู่บ้าน พระภิกษุ และองค์กรอื่น ๆ ในเรื่อง ความสำคัญของการกำจัดลูกน้ำ หลักการกำจัดลูกน้ำสำหรับประชาชน หลักการดูแลเมื่อสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก

3.6 ดำเนินการด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ โดยการประชาสัมพันธ์เชิงลึก เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

4. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเสลภูมิและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิร่วมกันดำเนินการ มีภารกิจที่ดำเนินการ คือ ประชาสัมพันธ์เชิงกว้างผ่านวารสารสุขภาพอำเภอเสลภูมิ และจัดทำป้ายขนาดใหญ่ติดตั้งที่หน้าโรงพยาบาลให้ประชาชนรับทราบถึงสถานการณ์โรคในภาพรวมของอำเภอ แยกราย ตำบล รายหมู่บ้านและรายโรงเรียน ศึกษากรณีตัวอย่างหรือสรุปข้อมูลการป่วย เผยแพร่นวตกรรมที่ชุมชนดำเนินการแล้วทำให้เกิดผลดี

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีภารกิจที่ดำเนินการดังนี้

5.1 ส่งเสริมการใช้ปลากินลูกน้ำ

5.2 สำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย และให้คำแนะนำในการกำจัดลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง

5.3 ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

5.4 ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

6. โรงเรียนทั้งรัฐบาลและเอกชน มีภารกิจที่ดำเนินการดังนี้

6.1 จัดกิจกรรมรณรงค์พัฒนาสภาพแวดล้อมทั้งในโรงเรียนและชุมชน

6.2 จัดกิจกรรมการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกชั้นเรียน

6.3 จัดกิจกรรมห้องเรียนปลอดลูกน้ำ ปลอดยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก

6.4 จัดกิจกรรมโรงเรียนปลอดลูกน้ำ ปลอดยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก

6.5 จัดกิจกรรมพัฒนาสภาพแวดล้อมร่วมกับชุมชน ในกรณีเกิดโรคไข้เลือดออกขึ้นในชุมชน

7. บ้านและชุมชน มีภารกิจที่ดำเนินการ ดังนี้

7.1 ออกระเบียบเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชน และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบ

7.2 พัฒนาสภาพแวดล้อมในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องตลอดปี โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกวันศุกร์

7.3 ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อป้องกันโรค

7.4 รณรงค์พัฒนาสภาพแวดล้อม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายร่วมกับองค์กรอื่นๆ ในกรณีที่มีการเกิดโรคขึ้นในชุมชน

ในการดำเนินงานมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ คือ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้กำหนดกิจกรรมย่อยที่หลากหลายเพื่อผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานตามบทบาทที่ได้กำหนดไว้ และมีกิจกรรมที่น่าสนใจ คือ การจัดประกวดบ้านปลอดยุงลาย ในระหว่างเดือน มกราคม 2546 – มีนาคม 2546 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายของประชาชนโดยการสร้างแรงจูงใจมีรางวัลเป็นผลตอบแทน ซึ่งมีวิธีการทำงานคือ จนท.สอ. และ อสม. จัดอบรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และสอนเทคนิคการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนแก่ประชาชนเจ้าของบ้านเรือนในพื้นที่ดำเนินการ เพื่อให้ทำการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านของตนเองและกำจัดลูกน้ำให้หมดไปหากพบว่ามีลูกน้ำเกิดขึ้น หลังจากนั้นให้ อสม.ที่รับผิดชอบในละแวกบ้านเข้าทำการตรวจรับรองและลงชื่อรับรองใน “บัตรรับรองบ้านปลอดยุงลาย” และรวบรวมบัตรรับรองดังกล่าว ส่ง จนท.สอ.ประจำสถานีอนามัยที่รับผิดชอบหมู่บ้านเพื่อจับสลากมอบรางวัลให้เจ้าของบ้านเรือนผู้โชคดีเป็นเงินรางวัล เดือนละ 1 ครั้ง โดยดำเนินการในหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และจากการประเมินผลในกิจกรรมดังกล่าวหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการ สรุปได้ดังนี้

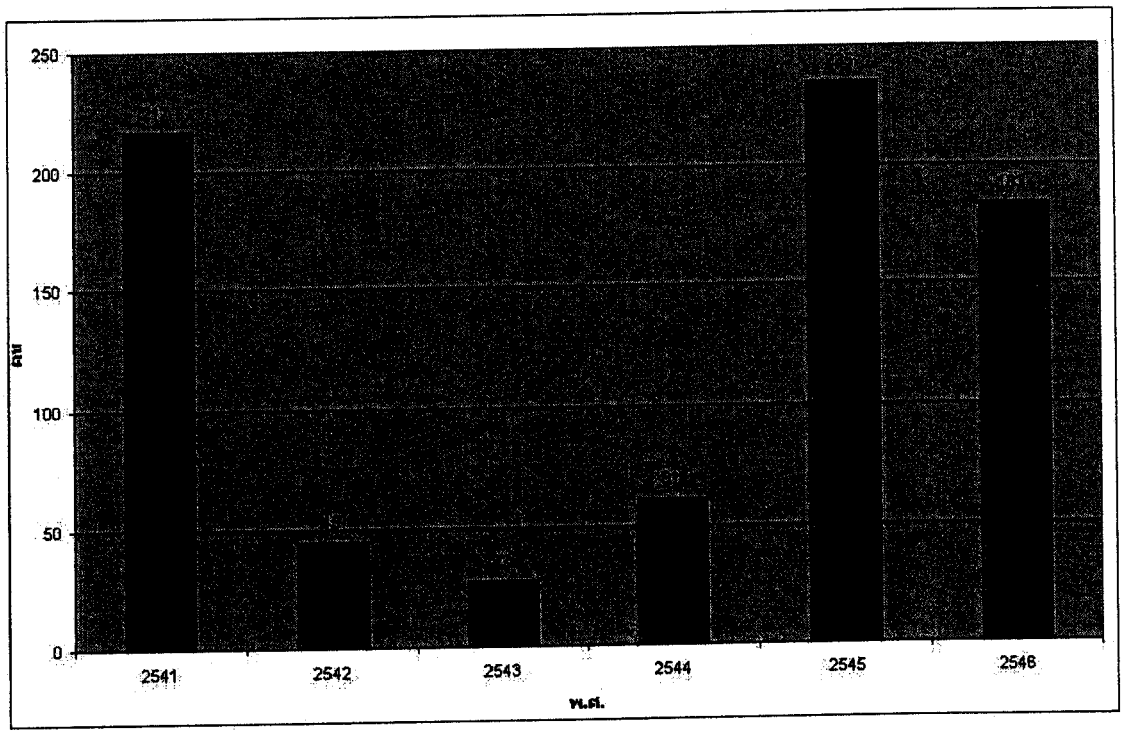
1. ประชาชนในหมู่บ้านที่ดำเนินการมีความพึงพอใจในกิจกรรมนี้ และได้ให้ความร่วมมือในการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนของตนเองด้วยดี โดยประเมินจากบัตรรับรองบ้านปลอดยุงลายที่ส่งเข้ามาจับสลากในแต่ละเดือนครอบคลุมประมาณ ร้อยละ 60 – 70 ของหลังคาเรือน

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

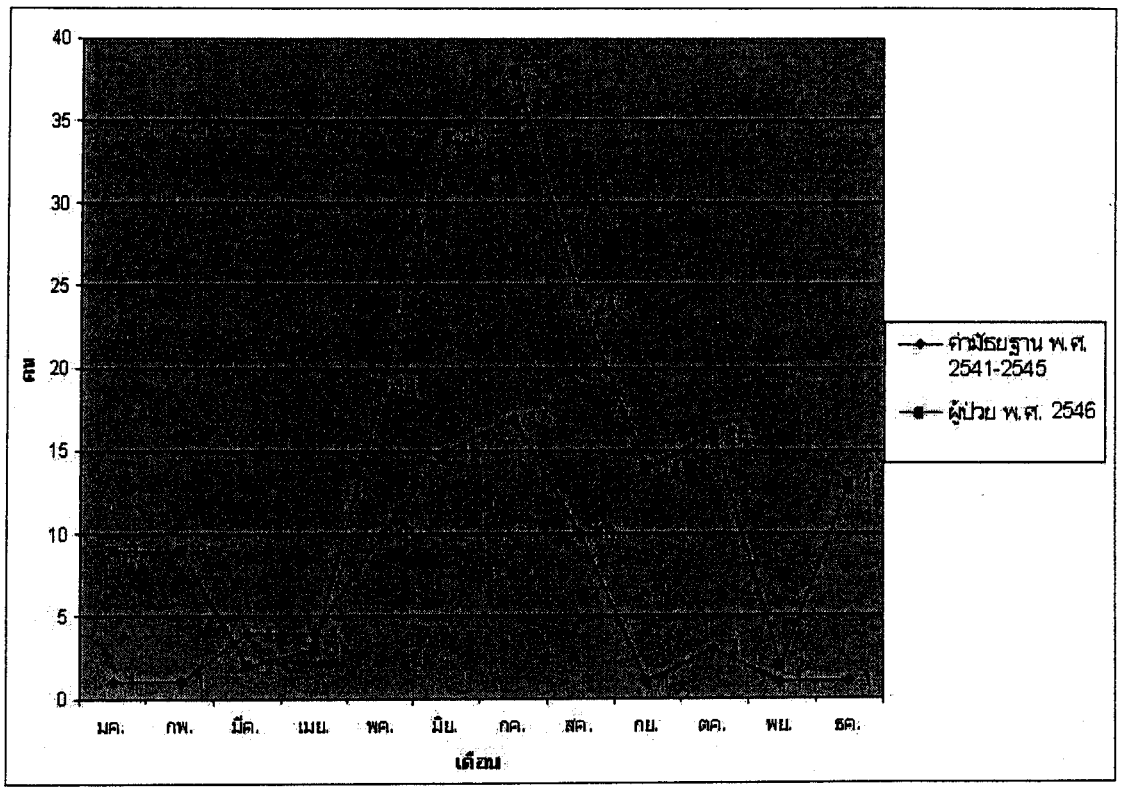
3. การควบคุมกำกับการดำเนินงาน พบว่า จนท. สอ.ได้มีการนิเทศและตรวจสอบการรับรองบัตรรับรองบ้านปลอดลูกน้ำของ อสม. ได้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด

จากการประเมินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นยังไม่ครอบคลุมถึง การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้รับการอบรม ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนของตนเอง ว่าเกิดจากการที่ประชาชนเห็นว่าประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หรือเป็นเพียงความต้องการเงินรางวัลเท่านั้น

ในส่วนการประเมินโครงการ 4 ประสานต้านภัยโรคไข้เลือดออก ได้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการจากจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สรุปได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2.1 แผนภูมิผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อ.เสลภูมิ 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 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หรือ ประเมินการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

3. ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (กองสุขศึกษา 2542:13) และผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค สรุปได้ ดังนี้

3.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (กองสุขศึกษา 2542:18)

กลุ่มบุคคลที่ร่วมกันพัฒนาแบบจำลองคือ กอดเฟรย เอ็ม ฮอ(Godfrey M. Hochbaum) เอส สตีนเฟน เคจีเลส (S. Stephen Kegeles) ฮาวาร์ด เลเวนไทย(Howard Leventhai) และเออร์วิน เอ็ด โรเซนสตอกค์ (Irvin M. Rosenstock) โดยได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ เคร์ท เลวิน (Kurt Lewin) (วัลลา ตันตโยทัย 2543: 29) ที่กล่าวว่า "โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ" ดังนั้นบุคคลจึงแสดงออกตามที่สิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม และโรเซนสตอกค์(Rosenstock) ได้อธิบายถึงความเชื่อที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคว่า บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ต่อมา เบคเกอร์(Becker) และ คณะ ได้ทำการปรับปรุงแบบจำลองเพื่อใช้ อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำในการปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค (กองสุขศึกษา 2542:19-20)

องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้ (วัลลา ตันตโยทัย 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 ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคม

3) การรับรู้ภาวะคุกคาม (perceived threat) การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

3.1.2 ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติได้แก่

1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร(demoqraphic variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม(sociopsychological variables) เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม

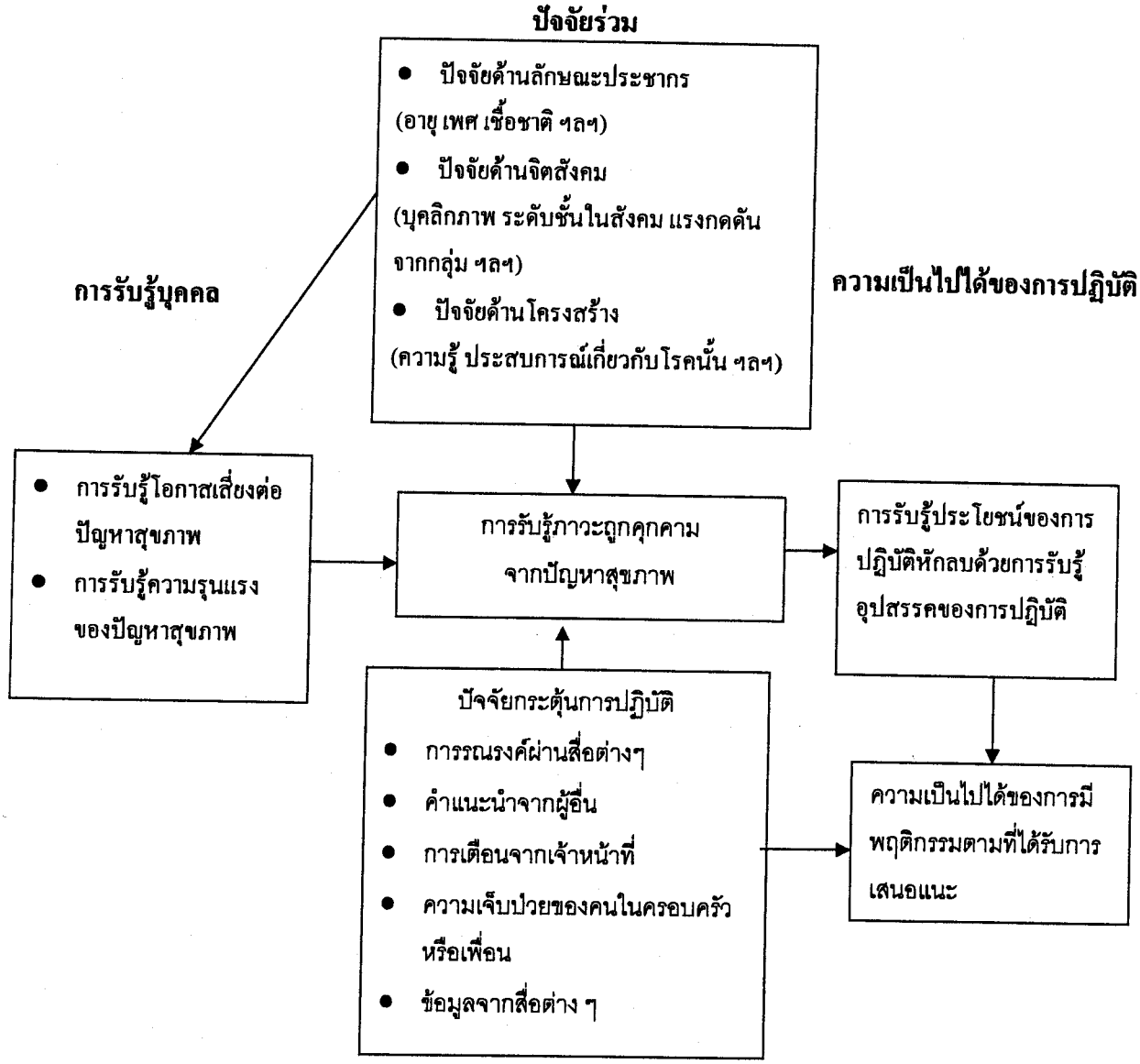
3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง(structural variables) เช่น ความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวกับโรคนั้น

4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อ หรือบุคคลต่าง ๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

3.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (likelihood of action) มี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ

1) การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้น ๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ

2) การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย เป็นต้น



ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา : วัลลา ตันตโยทัย (2543) "ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ" ใน สมจิต หนุนเจริญกรุง วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด บรรณาธิการ *การส่งเสริมสุขภาพ แนว คิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล* หน้า 31 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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

1. ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการขู่ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรงโดยการใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏเช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าถ้าไม่ทำจะเกิดอันตรายรุนแรง บางครั้งการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived probability) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง นอกจากนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและ / หรือ ลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง มีการวิจัยพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามต่อสุขภาพอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง วิธีการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงจะช่วยให้บุคคลเกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง โดยที่วิธีการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง จะมี

รายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้การปฏิบัติตามมากขึ้น

ต่อมา แมดดุ๊กซ์(Maddux) และโรเจอร์ส(Rogers) ได้เพิ่มตัวแปรอีกหนึ่งตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy expectancy) ซึ่งมาจากทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามอย่างแท้จริง และการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรจะมีผลให้ในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้

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

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

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

กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สารสนเทศและแหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพ ดังนี้

ศิวรา เธียระวิบูลย์ (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี" ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้าน โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงในการป้องกันโรคกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรมให้สุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่ม การรณรงค์ การจัดนิทรรศการ การกระตุ้นเตือนด้วยจดหมาย และรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลการสนองตอบ มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนการรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลการสนองตอบมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งสรุปว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงในเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

สุภัทรา สมบัติ (2543) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุฎโง้ง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี" ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนดกิจกรรมได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การให้คำแนะนำประชาชน การประกวดหมู่บ้านดีเด่นด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านมีการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในประสิทธิผลตอบสนองต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกและคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนในการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองค่าดัชนีวัดความชุกลูกน้ำยุงลาย (BI.) ลดลง แสดงว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนดีขึ้น

ธีระศักดิ์ มักคุ้น และคณะ (2543) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "ผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพครอบครัว ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง" โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ได้ทำกิจกรรมสุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่ม และใช้สื่อประเภทวีดีทัศน์ ของจริง แผ่นพับโปสเตอร์ เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแรงสนับสนุนด้านสังคม เพื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและอุจจาระร่วง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า สามารถทำให้กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงถูกต้องขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในด้านการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรค อีกทั้งยังพบว่าความรู้และการรับรู้ด้านต่าง ๆและการได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

1. กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของโรคไข้เลือดออกว่า เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจาก

ยุงลาย มีอาการไข้ตัวร้อนและมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ถ้าได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง

2. กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อผิดว่ายุงลายเกิดมาจากแหล่งน้ำที่อยู่ภายนอกบริเวณบ้านมากกว่าในบ้าน และน้ำที่มีการถ่ายเทบ่อย ๆ จะทำให้ไม่เกิดลูกน้ำ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้น้ำไม่เหมาะสม เช่น ปกปิดภาชนะกักเก็บน้ำไม่สนิท และการปิดภาชนะกักเก็บน้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันสิ่งสกปรกและสิ่งมีชีวิตตกลงไปตาย ไม่ปกปิดภาชนะที่กักเก็บน้ำใช้

3. การป้องกันการเกิดโรคและกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นส่วนน้อยและไม่ครอบคลุมภาชนะที่ใช้กักเก็บน้ำที่มีอยู่ในครัวเรือน

4. การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นการทำงานเชิงรับไม่สามารถนำนโยบายของรัฐที่เน้นการมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติได้ ขาดการควบคุมกำกับและการประเมินผลอย่างจริงจัง

5. การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการทำงานตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้คิดริเริ่มเอง และการทำงานด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติได้น้อยเพราะขาดความมั่นใจและไม่มีเวลา

6. การถ่ายทอดความรู้ รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของชุมชนที่ให้ผลดี คือ การจัดตั้งกลุ่มแกนนำรับผิดชอบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค จัดแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชนและมีการประเมินผลโดยชุมชน

ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งนี้คือ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนต้องเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องและปลูกจิตสำนึกในการป้องกันและควบคุมโรคให้เป็นหน้าที่ของประชาชนที่จะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และปรับเปลี่ยนระบบคิดของประชาชนให้วางแผนและแก้ปัญหาโดยชุมชน

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

คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่ บ้าน วัด และโรงเรียน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประจวบ แหลมหลัก (2547) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง "การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน" ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนากระบวนการเรียนทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และศึกษาปัญหาของการดำเนินการตามกระบวนการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนที่ได้พัฒนาขึ้น ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ อสม. มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรกเป็นการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของ อสม. ระยะที่สองเป็นการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และทดลองใช้กระบวนการเรียนรู้ใน อสม. ระยะที่สามเป็นการศึกษาปัญหาการดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า เมื่อนำปัญหามาใส่เป็นเนื้อหากิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ที่แบ่งเป็น 8 ขั้นตอนหลักคือ การเตรียมความพร้อม การปฐมนิเทศ การระบุปัญหาที่แท้จริง การค้นหาสาเหตุของปัญหา การค้นหาและตัดสินทางเลือกในการแก้ปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติ การดำเนินการตามแผน และการนำเสนอผลการปฏิบัติงาน ระหว่างการดำเนินการแต่ละขั้นตอนผู้วิจัย ผู้อำนวยความสะดวกประจำกลุ่ม และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จะเป็นผู้สนับสนุนการการดำเนินการ จน อสม. เกิดเรียนรู้และปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย หลังการทดลองแล้ว อสม. มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีทักษะในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย และสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อเนกพล เกื้อมา และคณะ (2547) ได้จัดทำ "โครงการศึกษาความต้องการด้านสารสนเทศของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบประกันสุขภาพ" โดยทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มโครงการ 30 บาท กลุ่มประกันสังคม และกลุ่มสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ มีผลการศึกษาที่เกี่ยวกับแหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า ช่องทางการเข้าถึงสารสนเทศในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ศึกษาได้แก่

1. สื่อโทรทัศน์ โดยที่ประชาชนในกลุ่มคนที่มีวัยและอาชีพที่แตกต่างกันจะมีช่วงเวลาในการเปิดรับสารที่แตกต่างกัน

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

พยาบาล ซึ่งประชาชนจะมีความต้องการสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อบุคคลมากที่สุดเพราะสามารถให้สารสนเทศสุขภาพที่ตรงกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของแต่ละบุคคลได้

3. สื่อท้องถิ่น ได้แก่ เสียงตามสาย และหอกระจายข่าว

ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2548) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "การรับรู้และเข้าถึงสื่อสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย" มีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพ ดังนี้

1. สื่อที่ได้รับความนิยมจากประชาชน แบ่งตามประเภทของสื่อ ดังนี้

1.1 สื่อหนังสือพิมพ์ที่ได้รับความนิยม จำแนกเป็นหนังสือพิมพ์รายวันระดับประเทศ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ เดลินิวส์ และคมชัดลึก หนังสือพิมพ์ระดับท้องถิ่น ได้แก่ หนังสือพิมพ์เชียงรัฐ เชียงรายนิวส์ และสื่อเชียงราย โดยนิยมอ่านคอลัมน์เกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วย และการตอบปัญหาทางการแพทย์ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ เดลินิวส์ ข่าวสด

1.2 สื่อนิตยสารเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ นิตยสารใกล้หมอ นิตยสารชีวจิต นิตยสารหมอชาวบ้าน

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 รายการครบเครื่องเรื่องผู้หญิง ช่อง 9 คือ รายการหมอสุรพล ช่อง 11 คือ รายการหน้าต่างสุขภาพ และช่องไอทีวี คือ รายการ Health Station

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

3. สื่อบุคคลเป็นสื่อที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นสื่อที่ประชาชนให้ความเชื่อถือมากที่สุด เพราะเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพประชาชนจะเลือกปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นลำดับแรก รองลงมาจะปรึกษา เพื่อน หรือ ญาติ และหาข้อมูลจากเอกสารและสื่อหนังสือพิมพ์

4. การสื่อสารผ่านสื่อมวลชนมีข้อจำกัดและมีผลต่อการรับรู้ การสร้างความตระหนักต่อสุขภาพ

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

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

2. การสร้างพลังการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้ส่งสารจะต้องมีความรับผิดชอบสูง มีจิตสาธารณะ สารควรจะเป็นเรื่องของสุขภาพองค์รวม สื่อที่ใช้ในการรณรงค์ควรจะเป็นสื่อบุคคลและสื่อผสม ผู้รับสารควรจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสารการรณรงค์

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือผู้นำ แรงสนับสนุนทางสังคม งบประมาณ การมีส่วนร่วม และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายและการสื่อสารเครือข่าย การสร้างสุขภาพองค์รวมและการรณรงค์สู่ชุมชน โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง หรือเป็นสำคัญ

ซาร์มา (Sharma 2005) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "การวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสการพัฒนา และภาวะคุกคามในการให้สุขศึกษาในประเทศอินเดีย" โดยการศึกษาเอกสารจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า จุดแข็งของการให้สุขศึกษาในประเทศอินเดียประกอบด้วย การมีโครงสร้างการบริหารจัดการอย่างเป็นลำดับชั้น มีการฝึกอบรม จนท.ในการให้สุขศึกษาเป็นอย่างดี มีการกระจายสารสนเทศจากแหล่งสารสนเทศสู่ประชาชนอย่างทั่วถึง มีการสอนสุขศึกษาในโรงเรียน และมีความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ จุดอ่อนของการให้สุขศึกษาประกอบด้วย การที่นักสุขศึกษามุ่งเน้นการให้ความรู้ตามตำราเพียงอย่างเดียว การให้สุขศึกษาไปไม่ถึงชนบทและพื้นที่ทุรกันดาน ไม่มีการประกันคุณภาพของการให้สุขศึกษา ไม่มีการส่งเสริมความก้าวหน้าของนักสุขศึกษา ไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีวิธีการฝึกอบรมนักสุขศึกษาที่ล้าสมัย โอกาสในการพัฒนาประกอบด้วย วิถีชีวิตของประชาชนที่เกี่ยวพันกับสื่อพื้นบ้าน ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เป็นผู้นำโดยอ้อม เช่น ผู้นำศาสนา หมอพื้นบ้าน หมอตำแยให้ดีขึ้น สร้างระบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษา เช่น การตลาดสังคม ให้แพทย์มีส่วนร่วม และการจัดการการให้สุขศึกษาและนักสุขศึกษาในอินเดีย

ภาวะคุกคามที่มีต่อการให้สุขศึกษาประกอบด้วย การประเมินผลการให้สุขศึกษาเป็นการประเมินในด้านเทคนิคการให้สุขศึกษาของนักสุขศึกษาไม่ได้ประเมินพฤติกรรมของประชาชน การให้สุขศึกษาในเรื่องต่าง 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

ปราเดช (Pradesh 2006) ได้ศึกษา "ผลการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนในประเทศอินเดีย" โดยได้ศึกษาการทำงานตามกิจกรรมหลัก คือ การฝึกอบรมครูในโรงเรียนให้มีความรู้ในการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพนักเรียนและใช้เครื่องมือในการตรวจคัดกรองและการให้การดูแลสุขภาพนักเรียนเบื้องต้น และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปแนะนำการให้สุขศึกษาของครูในโรงเรียน และคัดกรองนักเรียนซ้ำเพื่อส่งไปรักษาในสถานพยาบาล ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า ยังมีปัญหาการดำเนินงานจำแนกได้ 2 ส่วนหลัก คือ ในส่วนของกิจกรรมตามโครงการ และในส่วนของการบริหารจัดการโครงการ ปัญหาที่พบในส่วนของกิจกรรมตามโครงการคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ทำการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนตามแผนงาน เนื่องจากขาดพาหนะเดินทางไปที่โรงเรียนและขาดการควบคุมกำกับการทำงาน และครูส่วนใหญ่ไม่ได้นำเครื่องมือในการคัดกรองและการให้การดูแลสุขภาพนักเรียนเบื้องต้นมาใช้ในโรงเรียนหลังจากได้รับการฝึกอบรมมาการใช้งานมาแล้ว ปัญหาในส่วนของการบริหารจัดการโครงการคือ ขาดการประเมินสภาพปัญหาที่แท้จริงก่อนดำเนินโครงการ ขาดการทดลองดำเนินงานโครงการในโรงเรียนบางแห่งก่อนนำมาใช้ในโรงเรียนทั้งหมด ขาดระบบการติดตามและการเฝ้าระวังปัญหาในการดำเนินโครงการ ระบบงานถูกออกแบบให้มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐแต่ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ของแต่ละหน่วยงานที่ชัดเจน 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 all 2006) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "การสร้างและการทำงานของสัมพันธมิตร (Coalitions) ที่มีประสิทธิผล" โดยศึกษาการสร้างรูปแบบและการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศแคนาดาที่ประสานความร่วมมือกันเป็นสัมพันธมิตรในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจแก่ประชาชนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ในประเทศแคนาดามีการสร้างสัมพันธมิตร หรือเครือข่ายในการกระจายสารสนเทศโรคหัวใจโดยมีการประสานความร่วมมือและให้การสนับสนุนซึ่งกันตั้งแต่หน่วยงานระดับประเทศ หน่วยงานระดับภาค และอื่น ๆที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้โรคหัวใจแก่ประชาชน เพื่อให้การสนับสนุนชุมชนในด้าน การสื่อสาร การฝึกอบรม การสนับสนุน และทรัพยากร แก่อาสาสมัครของชุมชน ให้สามารถพัฒนานโยบาย และให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจแก่ประชาชนในชุมชนได้

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ดังนี้

1. ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกว่า เป็นโรคที่อาการรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สาเหตุมาจากยุงลาย แต่การป้องกันโรคและกำจัดยุงลายทำได้ไม่ครอบคลุมและยังขาดความร่วมมือจากชุมชน

2. พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน เป็นผลมาจากการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และความคาดหวังต่อประสิทธิผลในการสนองในกิจกรรมในการป้องกันโรค

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

ส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบสร้างพลัง (Empowerment) มาประยุกต์ใช้โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม จะสามารถทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีขึ้นได้

4. แหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพของประชาชน จำแนกได้ 3 ประเภทคือ ประเภทสื่อสารมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ ประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือ วารสาร แผ่นพับ ประเภทสื่อบุคคล ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนผู้ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครคือ อสม. และแหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความเชื่อถือและใช้งานมากที่สุด คือ สื่อบุคคล โดยให้ความเชื่อถือและใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมากที่สุด

5. โครงการรณรงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับประเทศที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดทำขึ้นมีผลทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ และตระหนัก แต่ไม่สามารถทำให้เกิดจิตสำนึกและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องได้ และปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือ การสร้างเครือข่ายและการสื่อสารเครือข่าย การสร้างสุขภาพองค์รวมและการรณรงค์สู่ชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยในการวิจัยในครั้งนี้เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และใช้เทคนิคเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพหลายวิธี เนื่องจากเป็นวิธีการทำให้เข้าใจสภาพการณ์การรับรู้สารสนเทศของประชาชนได้อย่างลึกซึ้ง และทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ปรากฏได้อย่างละเอียดและรอบด้านจากแหล่งข้อมูลหลายประเภทในพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาตรวจสอบ สรุป และตีความหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส การศึกษาเอกสาร และการจัดทำแผนที่การกระจายตัวของแหล่งสารสนเทศ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) การสัมภาษณ์นี้มีหลักการที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นกว้าง ๆไว้สำหรับเริ่มต้นการสนทนา และให้อิสระแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ในการตอบคำถามตามได้ตามต้องการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามทัศนะของผู้ถูกสัมภาษณ์ทีละน้อยโดยไม่ใช้การชี้นำของผู้สัมภาษณ์ ซึ่งมีข้อดี คือ มีการโต้ตอบกันและเปิดโอกาสให้แสดงทัศนะต่อประเด็นที่ทั้งผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันได้ทันที และได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดและมีจำนวนมาก (จันทิมา เขียวแก้ว 2545: 294) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมาย คือ

1.1.1 ประชาชนที่อาศัยนอกพื้นที่ทำการศึกษา ที่มีสถานะภาพที่แตกต่างกัน จำนวน 3 คน คือ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างกรอบคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (focus group interviewing) ซึ่งต่อไปในรายงานการวิจัยนี้เรียกว่าการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส (focus group interview)

ประเด็นในการสัมภาษณ์ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการป่วย สาเหตุ การป้องกันโรค และแหล่งความรู้ หรือแหล่งสารสนเทศให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

1.1.2 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ.) โดยทำการสัมภาษณ์ จนท.สอ. ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่รับผิดชอบหมู่บ้านในพื้นที่ที่ทำการศึกษาจำนวน 3 คน โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบบทบาทของ จนท.สอ. ในฐานะที่เป็นแหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญและให้ความเชื่อถือมากที่สุด และเป็นการสอบทานข้อมูลแบบสามมิติ (triangulation) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส (จันทิมา เขียวแก้ว 2545: 308)

ประเด็นในการสัมภาษณ์ ได้แก่ บทบาทของ จนท.สอ. และบทบาทของ อสม. ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แหล่งสารสนเทศที่ได้รับการสนับสนุนและการกระจายแหล่งสารสนเทศ

1.2 การสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส (focus group interview) วิธีนี้ใช้เก็บข้อมูลประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในพื้นที่ทำการศึกษาจำนวน 3 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 8-9 คน ใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45 นาที เหตุผลที่เลือกใช้วิธีนี้เนื่องจากเป็นกระบวนการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ได้ข้อมูลอย่างมีคุณภาพและมีความหลากหลายและครบถ้วนมากขึ้น เพราะมีกระบวนการที่ทำให้สมาชิกในกลุ่มสนทนาเปิดเผยข้อมูลทั้งในด้านความคิด ประสบการณ์ ทัศนะ ในแต่ละประเด็นที่อภิปรายมากขึ้น และทำให้ผู้วิจัยสามารถเรียนรู้ถึงเหตุผล แนวคิด ความรู้สึก หรือทัศนะของผู้ร่วมกลุ่มแต่ละคนจากประเด็นหัวข้ออภิปราย ทั้งในด้านที่เหมือนและแตกต่างกันโดยไม่จำเป็นจะต้องมีความรู้ในประเด็นอภิปราย (Morgan 1998 : 9-12)

กรอบคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส มาจากผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มประชาชนที่อาศัยนอกพื้นที่ที่ทำการศึกษา มีประเด็นหลักคือ การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

1.3 การศึกษาเอกสาร (review of documents) เหตุผลที่ผู้วิจัยใช้วิธีนี้เนื่องจากการศึกษาเอกสารเป็นวิธีการเก็บข้อมูลทางอ้อมจากเอกสารที่สำคัญ (unobtrusive method) ที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา และมีข้อดี คือ การเก็บข้อมูลไม่ต้องวุ่นวายกับตัวบุคคล ผู้วิจัยไม่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ถูกวิจัย และโดยทั่วไปผู้ถูกวิจัยไม่มีโอกาสที่จะรับรู้ถึงข้อมูลดังกล่าว (จันทิมา เขียวแก้ว 2545: 298)

การวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเอกสารโครงการ 4 ประสานต้านภัยโรคไข้เลือดออกในส่วนเกี่ยวกับบทบาทของ จนท.สอ และ อสม.ในการป้องกันโรค เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์บทบาทของแหล่งสารสนเทศ (จนท.สอ. และ อสม.) ให้มีความสมบรูณ์มากขึ้น

1.4 การจัดทำแผนที่การกระจายตัวของแหล่งสารสนเทศ การจัดทำแผนที่แสดงให้เห็นถึงการกระจายตัวของแหล่งสารสนเทศและช่องทางในการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้าน เพื่อช่วยทำให้การนำเสนอผลการวิจัยมีความสมบรูณ์ยิ่งขึ้น วิธีการจัดทำแผนที่โดยการสัมภาษณ์ จนท.สอ. และผู้ทำการวิจัยออกสำรวจพื้นที่จริง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนซึ่งประกอบด้วย บุคคลทั่วไป และบุคคลผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมในตำแหน่งอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป ครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 21,513 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นดังนี้

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล คือ 1) ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านอื่นที่ไม่ใช่หมู่บ้านที่จะทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส จำนวน 3 คน ใช้วิธีการคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงให้มีลักษณะที่คล้ายกันกับกลุ่มที่จะทำการสัมภาษณ์แบบโฟกัส 2) จนท.สอ. ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่รับผิดชอบหมู่บ้านในพื้นที่ที่ทำการศึกษา (หมู่บ้านที่ทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส) จำนวน 3 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบสุ่ม

2.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ผ่านการจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ หมู่บ้านเสี่ยงสูง หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ โดยคัดกรองให้เหลือกลุ่มละ 1 หมู่บ้านจำนวนหมู่บ้านละ 10 คน รวม 30 คน ซึ่งต่อไปนี้ในงานวิจัยนี้เรียกว่า "ผู้ร่วมวิจัย"

2.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกโดยวิธีเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1) การจัดกลุ่มหมู่บ้าน ใช้การเกิดโรค (มีผู้ป่วย) และการระบาดของโรคใน พ.ศ. 2546 และ ค่า H.I. เฉลี่ยทั้งปีเป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม ดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงสูง คือ หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคและการระบาดของโรคใน พ.ศ.2546 และมีค่าH.I เฉลี่ยตลอดทั้งปีมากกว่า 10

(2) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง คือ หมู่บ้านที่มีการเกิดโรคในปี พ.ศ.2546 แต่ไม่มีการระบาดต่อเนื่อง และมีค่า H.I. เฉลี่ยทั้งปีอยู่ระหว่าง 1-10

(3) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ หมู่บ้านที่ไม่มีการเกิดโรค หรือมีค่า H.I.เฉลี่ยทั้งปี พ.ศ. 2546 น้อยกว่า 1

2) การคัดกรองหมู่บ้านในแต่ละกลุ่มให้เหลือ 1 หมู่บ้าน ใช้อัตราการป่วยและค่า H.I. เฉลี่ยตลอดทั้งปีเป็นเกณฑ์ดังนี้

(1) กลุ่มหมู่บ้านเสี่ยงสูง เลือกหมู่บ้านที่มีอัตราการป่วยสูงสุด และในกรณีมีหมู่บ้านที่มีอัตราการป่วยใกล้เคียงกัน ให้เลือกหมู่บ้านที่มีค่าH.I. เฉลี่ยตลอดทั้งปีสูงสุด

(2) กลุ่มหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ใช้วิธีการคัดเลือกเช่นเดียวกันกับข้อ (1)

(3) กลุ่มหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ เลือกหมู่บ้านที่มีค่า H.I. เฉลี่ยทั้งปีน้อยที่สุด

3) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส ออกแบบการคัดเลือกกลุ่มเป็นแบบ Multiple-Category Design (KRUEGER and CASEY 2000: 31) ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มเป็นจำนวนหมู่บ้านละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครัวเรือนเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

(2) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเด็กอายุระหว่างแรกเกิด ถึง 14 ปี อาศัยอยู่ด้วย ทั้งที่เคยป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

(3) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ เป็นกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่มีสภาพเป็นผู้นำทางสังคม ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ประชาชนทั่วไป

ตารางที่ 3.1 การออกแบบกลุ่มแบบ Multiple-Category Design เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส

ประเภทหมู่บ้าน	ประเภทกลุ่ม	จำนวนกลุ่ม (O =1 กลุ่ม)
หมู่บ้านเสี่ยงสูง	กลุ่มตัวอย่างที่สมาชิกในครัวเรือนเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก	O
หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง	กลุ่มตัวอย่างที่สมาชิกในครัวเรือนมีอายุระหว่างแรกเกิด ถึง 14 ปี ทั้งที่เคยป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	O
หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ	กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำทางสังคม และประชาชนทั่วไป	O

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้สารสนเทศ และแหล่งสารสนเทศ (ภาคผนวก ก)

3.2 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างปลายเปิด ใช้สัมภาษณ์ จนท.สอ. ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้านที่ทำการศึกษา และส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ แหล่งสารสนเทศ และ การกระจายสื่อสารสนเทศ (ภาคผนวก ข)

3.3 แบบวิเคราะห์เนื้อหา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการสัมภาษณ์รายบุคคล และการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส (ภาคผนวก ค)

3.4 แบบบันทึกในการสัมภาษณ์รายบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์ เทปเสียง

3.5 แบบบันทึกในการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส ได้แก่ แบบบันทึกช่วยจำของผู้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มและผู้ช่วย แบบบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์ เทปเสียง

3.6 แบบแจกแจงข้อมูล ใช้ในการแจกแจงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแจกแจงความสำคัญของคำที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์รายบุคคล และสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเนื้อหาทฤษฎี เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา การใช้ภาษา และความตรงของเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 3 นำไปทดลองสัมภาษณ์ในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับปรุงแก้ไขและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

5. การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล มีสองขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยการกำหนดพื้นที่และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ดังนี้

5.1.1 กำหนดพื้นที่ที่จะทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะลึกรายบุคคล การกำหนดพื้นที่ที่จะทำการสัมภาษณ์ประชาชนในช่วงเดือน มกราคม 2547 โดยวิธีเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจงที่ไม่ใช่หมู่บ้านที่ทำการศึกษา แต่อยู่ในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ คือ บ้านท่าม่วง หมู่ที่ 1 ตำบลท่าม่วง บ้านหนองฟ้า หมู่ที่ 7 ตำบลโพธิ์ทอง และคุ้มโรงพยาบาล หมู่ที่ 7 ตำบลขวัญเมือง

5.1.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึง จนท.สอ. ที่รับผิดชอบหมู่บ้านที่จะทำการสัมภาษณ์ เพื่อขอความร่วมมือให้แจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์รายบุคคล

2) ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยผู้วิจัย ในพื้นที่จำนวน 3 หมู่บ้าน ดังนี้

- วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 สัมภาษณ์ประชาชนที่เคยพาบุตรหลานเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคไข้เลือดออกที่โรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา ที่คุ้มโรงพยาบาล หมู่ที่ 7 ตำบลขวัญเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

- วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2547 สัมภาษณ์ประชาชนผู้ทำหน้าที่ผู้ใหญ่บ้าน ที่หมู่บ้านท่าม่วง หมู่ที่ 1 ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

- วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2547 สัมภาษณ์ประชาชนผู้ทำหน้าที่เป็น อสม. ที่หมู่บ้านหนองฟ้า ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.3 รวบรวมข้อมูลและประมวลผลเบื้องต้น เพื่อนำมาทำกรอบคำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส ในระหว่างวันที่ 10 – 28 กุมภาพันธ์ 2547

5.2 ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย การกำหนดพื้นที่หมู่บ้านเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส การเตรียมการก่อนทำการสัมภาษณ์ การดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ดังต่อไปนี้

5.2.1 การกำหนดพื้นที่หมู่บ้านเพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส โดยวิธีทำการประมวลผลข้อมูลจากรายงานบัตรรายงานโรค และรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในรอบ พ.ศ. 2546 เพื่อจัดกลุ่มและคัดกรองหมู่บ้านที่จะทำการเก็บข้อมูลตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงเดือน มีนาคม 2549 ได้แก่ หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ หมู่บ้านผักกาดหญ้า หมู่ที่ 2 ตำบลนาเลิง

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง คือ หมู่บ้านโนนสนามหมู่ที่ 3 ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ และหมู่บ้านเสี่ยงสูง คือ หมู่บ้านน้ำจั้น หมู่ที่ 3 ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

5.2.2 การเตรียมการก่อนทำการสัมภาษณ์ การเตรียมการโดยขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยผู้รับผิดชอบหมู่บ้านที่จะการเก็บข้อมูล ให้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส ตามลักษณะที่ผู้วิจัยกำหนดในช่วงต้นเดือน เมษายน 2547

5.2.3 ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส มีรายละเอียดดังนี้

1) คัดเลือกผู้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม (moderator) ซึ่งมีลักษณะเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทในสาขาวิชาสุขศึกษา หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

2) ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยแต่งตั้งผู้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม (moderator) ได้แก่ นายวิทยา โคตรท่าน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

3) ผู้วิจัยและ ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม (moderator) ร่วมกันดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

(1) วางแผนการสัมภาษณ์ โดยการเตรียมหัวข้อที่จะทำการสัมภาษณ์ อุปกรณ์ในการสัมภาษณ์ สถานที่ และขั้นตอนดำเนินการสัมภาษณ์ วิธีการรวบรวมและจัดกลุ่มข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเตรียมการเขียนรายงาน

(2) คัดเลือกสมาชิกเพื่อเข้าร่วมกลุ่ม โดยร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยผู้รับผิดชอบหมู่บ้านที่สามาชิกกลุ่มอาศัยอยู่ และให้มีลักษณะตามที่ผู้วิจัยกำหนด ในระหว่างวันที่ 1- 5 เมษายน 2547

(3) ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยผู้รับผิดชอบหมู่บ้านที่สมาชิกกลุ่มอาศัยอยู่ โดยจัดทำหนังสือเชิญสมาชิกกลุ่มเข้าร่วมการสัมภาษณ์กลุ่มตามสถานที่และเวลาที่กำหนด

(4) ลงพื้นที่เป้าหมาย โดยผู้วิจัยเข้าพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายเพื่อชี้แจงถึงความสำคัญของการสัมภาษณ์กลุ่ม และทำการนัดหมายเกี่ยวกับการสัมภาษณ์กลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเป็นรายบุคคล เพื่อทำความคุ้นเคยและประเมินความร่วมมือในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์กลุ่ม ในระหว่างวันที่ 10 – 15 เมษายน 2547

(5) ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มในหมู่บ้านเป้าหมาย ดังนี้

- หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ได้แก่ หมู่บ้านผักกาดหญ้า หมู่ที่ 2 ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 20 เมษายน 2547

- หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ หมู่บ้านโนนสนาม หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 21 เมษายน 2547

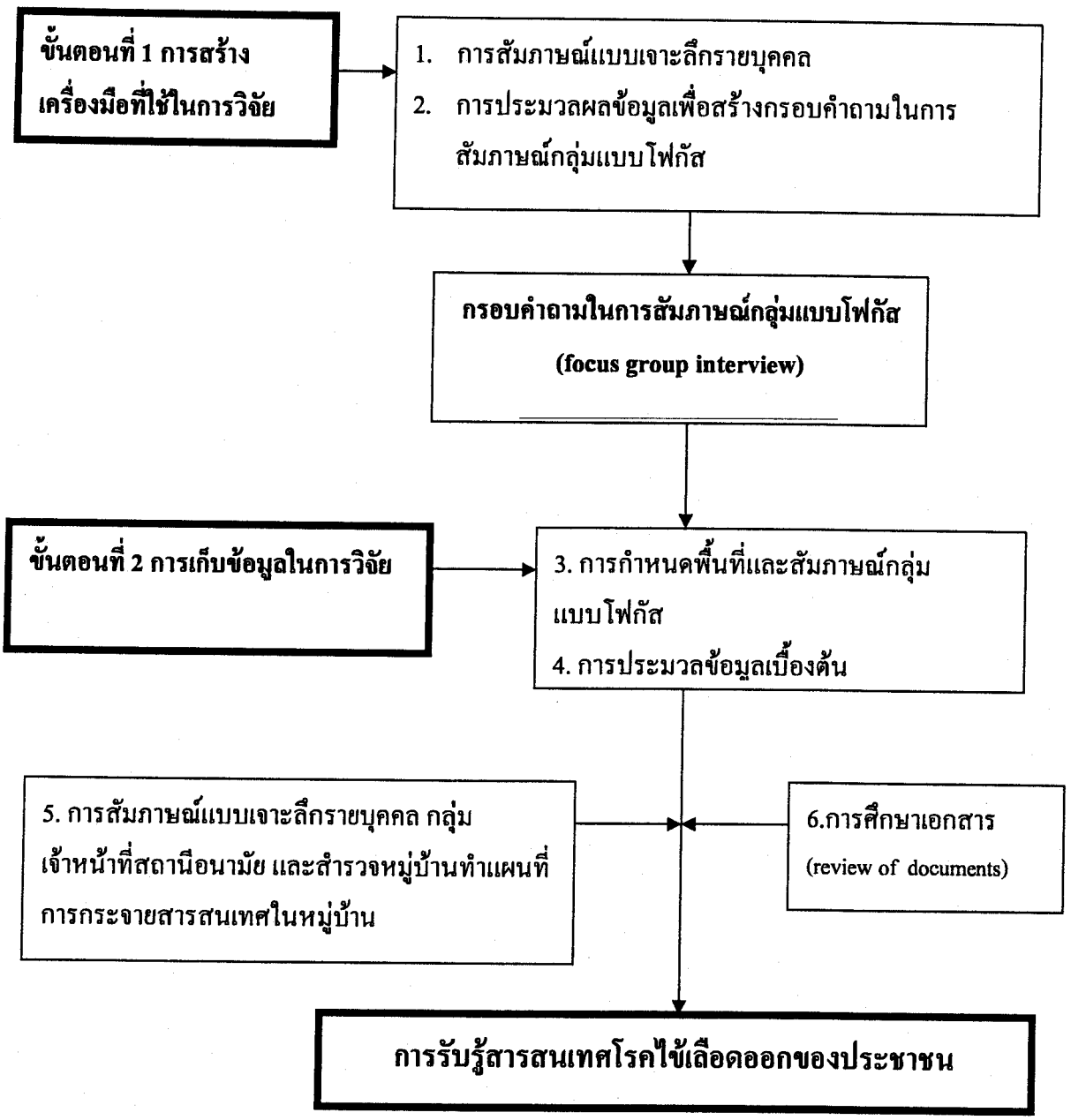
- หมู่บ้านเสี่ยงสูง ได้แก่ หมู่บ้านน้ำจั้น หมู่ที่ 3 ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 22 เมษายน 2547

วิธีการสัมภาษณ์ให้ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม (moderator) เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ และผู้วิจัยเป็นผู้ช่วย โดยทำหน้าที่บันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์โดยการบันทึกในแบบบันทึก และบันทึกเทปเสียง บันทึกช่วยจำ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์กลุ่มประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และร่วมกันรวบรวมข้อมูลที่ได้เพื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ต่อการทำกลุ่ม 1 ครั้ง และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาเขียนรายงานการสัมภาษณ์

5.2.4 ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ในกลุ่ม จนท.สอ. ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่หมู่บ้านที่ทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส โดยมีเป้าหมายแห่งละ 1 คน รวม จำนวน 3 คน พร้อมทั้งสำรวจหมู่บ้านเพื่อทำแผนที่การกระจายสารสนเทศในหมู่บ้าน และนำผลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และเขียนรายงานการสัมภาษณ์ ดังนี้ สถานีอนามัยบ้านผักกาดหญ้า หมู่ที่ 2 ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 10 กรกฎาคม 2547 สถานีอนามัยบ้านโนนสนาม หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2547 และสถานีอนามัยบ้านน้ำจั้น หมู่ที่ 3 ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 12 กรกฎาคม 2547

5.2.5 การศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารโครงการ 4 ประสานต้านภัยโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นโครงการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่อำเภอเสลภูมิได้จัดทำขึ้น และเริ่มดำเนินการในเดือน ตุลาคม 2546 เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์บทบาทของ จนท.สอ. และ อสม. ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากขั้นตอนการวิจัยเขียนเป็นผังความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย และผลลัพธ์ที่ได้ ดังนี้



ภาพที่ 3.1 แผนภูมิความสัมพันธ์ระหว่าง ขั้นตอน และ ผลลัพธ์การวิจัย

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

6.1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคล ทำดังนี้

6.1.1 ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์ เทปเสียง และบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์

6.1.2 แจกแจงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบแจกแจงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม MS-Excel)

6.1.3 วิเคราะห์และจัดกลุ่มเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบวิเคราะห์เนื้อหา

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส (Focus Group Interview) ทำดังนี้

6.2.1 ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์ เทปเสียง แบบบันทึกช่วยจำของผู้ดำเนินการสัมภาษณ์และผู้ช่วย และบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์

6.2.2 ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีการสอบทานข้อมูลแบบสามมิติ (triangulation) ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูล (data triangulation) ที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส มาตรวจสอบกับเอกสารและผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลในกลุ่ม จนท.สอ.

2) การตรวจสอบผู้วิจัย (investigator triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกี่ยวกับแหล่งสารสนเทศและช่องทางการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้าน มาใช้ในการสำรวจพื้นที่จริงในหมู่บ้าน

6.2.3 แจกแจงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบแจกแจงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม MS-Excel)

6.2.4 วิเคราะห์และจัดกลุ่มเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบวิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มเนื้อหาที่ได้จากการวิเคราะห์ และนำมาแจกแจงความถี่โดยใช้แบบแจกแจง และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม MS-Excel)

6.3 เขียนรายงานการวิจัยฉบับเต็ม โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 5 บท ได้แก่ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย บทที่ 4 ผลการวิจัย และบทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

7. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

7.1 ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ใช้อธิบายข้อมูลที่เป็นลักษณะทางประชากรของกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส และแจกแจงความถี่ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

7.2 ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส มาอธิบายการรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออก

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ (1) ศึกษาการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ในด้านความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และการป้องกันโรค และ (2) ศึกษาแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยทำการศึกษาในหมู่บ้านที่มีความแตกต่างกันในด้านการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 3 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ) วิธีการศึกษาใช้วิธีสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส และสัมภาษณ์รายบุคคล ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. บริบทหมู่บ้านที่ทำการศึกษา
2. ลักษณะของผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้าน
3. การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
   - 3.1 การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรค
     - 3.1.1 การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรค
     - 3.1.2 สรุปการรับรู้ความรุนแรงของโรค
   - 3.2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
     - 3.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วย
     - 3.2.2 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค
     - 3.2.3 สรุปการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
   - 3.3 การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก
     - 3.3.1 การให้ความสำคัญต่อวิธีการป้องกันโรค
     - 3.3.2 สรุปการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก
4. แหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน
   - 4.1 ประเภทของแหล่งสารสนเทศ
   - 4.2 แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญ
   - 4.3 แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนต้องการ
   - 4.4 ช่องทางการกระจายสารสนเทศของแหล่งสารสนเทศ
   - 4.5 บทบาทของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้าน
   - 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้าน

1. บริบทหมู่บ้าน

หมู่บ้านที่ทำการศึกษามีจำนวน 3 หมู่บ้าน มีที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ ขนาดของหมู่บ้าน จำนวนประชากร ฐานะทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษา ดังนี้

1.1 หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอ ห่างจากอำเภอประมาณ 7 กิโลเมตร เส้นทางคมนาคมสู่อำเภอเป็นถนนลาดยาง บริเวณที่ตั้งบ้านเรือนของประชาชนตั้งบนฝั่งลำน้ำชี สภาพพื้นที่เป็นที่ลุ่ม ในฤดูฝนมีน้ำท่วมบริเวณรอบนอกหมู่บ้านเกือบทุกปีและในบางปีที่ฝนตกชุก น้ำจะท่วมบริเวณที่ตั้งบ้านเรือนของประชาชน

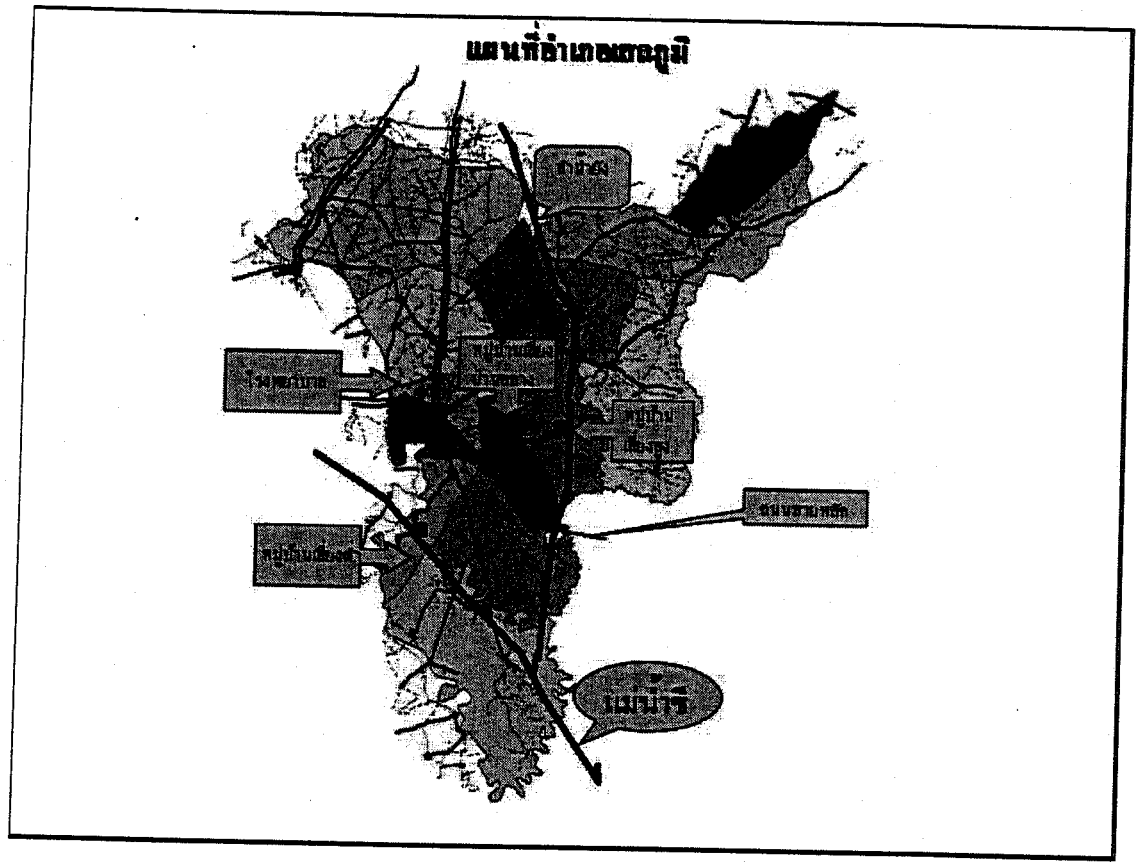
หมู่บ้านมีบ้านเรือนจำนวน 104 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 695 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา โดยทำนาปีละ 2 ครั้ง และในยามว่างจะปลูกหม่อนเลี้ยงไหมในบริเวณสวนหลังบ้าน หรือปลูกผักเป็นอาชีพเสริมจึงทำให้มีฐานะค่อนข้างดี และมีบางส่วนประกอบอาชีพรับราชการ ซึ่งส่วนใหญ่จะไปทำงานที่อื่นในลักษณะไปกลับทุกวัน

ระดับการศึกษาของประชาชนส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) และมีบางส่วนที่จบระดับปริญญาตรี ซึ่งจะไปทำงานที่สำนักงาน ห้างร้าน หรือรับราชการที่ต่างจังหวัด (นารี โพธิจักร์ 2547 ,10 กรกฎาคม)

1.2 หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ตั้งอยู่กึ่งกลางของอำเภอ เป็นทางผ่านเข้าสู่แหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักของอำเภอ คือ บึงเกลือ ห่างจากอำเภอประมาณ 5 กิโลเมตร เส้นทางคมนาคมสู่อำเภอเป็นถนนลาดยาง มีบ้านเรือนจำนวน 58 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 312 คน ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา และมีอาชีพเสริม คือ ปลูกผักสวนครัวส่งขายที่ตลาดในอำเภอ และบางส่วนจะรับจ้างเย็บผ้าส่งโรงงาน ในฤดูว่างนาบางส่วนจะอพยพครอบครัวไปรับจ้างซ่อมเรือบริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก ทำให้ประชาชนที่นี่มีรายได้และฐานะดี ระดับการศึกษาของประชาชนส่วนใหญ่จบชั้นประถมภาคบังคับ (ป.4 หรือ ป.6) (พีรภัทร บุญชมพู 2547, 11 กรกฎาคม)

1.3 หมู่บ้านเสี่ยงสูง ตั้งอยู่บริเวณตะวันออกเฉียงเหนือของอำเภอ ติดกับอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ หรือ บึงเกลือ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของอำเภอ ห่างจากอำเภอประมาณ 8 กิโลเมตร เส้นทางคมนาคมจากอำเภอเข้าสู่หมู่บ้านเป็นถนนลาดยาง มีบ้านเรือนจำนวน 174 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 1,129 คน สภาพหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ค่อนข้างแออัด มีลักษณะคล้ายชุมชนแออัดในเมือง เนื่องจากเป็นที่ตั้งของแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียง จึงมีผู้คนพลุกพล่านแวะเยี่ยมเยือนหมู่บ้านเป็นประจำ โดยเฉพาะช่วงเทศกาลสงกรานต์หมู่บ้านจะมีคนมาท่องเที่ยวไม่ต่ำกว่า 5 พันคนต่อวัน

ประชาชนในหมู่บ้านส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมภาคบังคับ แต่มีรายได้และฐานะค่อนข้างดี เนื่องจะประกอบอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลักและปลูกผักสวนครัวส่งขายที่ตลาดสดในอำเภอในฤดูว่างนา ส่วนประชาชนวัยหนุ่มสาวจะไปรับจ้างเย็บตามโรงงานที่กรุงเทพมหานคร (ถาวร พิเนตร 2547, 13 กรกฎาคม)



ภาพที่ 4.1 แผนที่แสดงที่ตั้งของหมู่บ้านที่ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบโฟกัส

2. ลักษณะของผู้ร่วมวิจัย

2.1 ลักษณะของผู้ร่วมวิจัยในสถานีอนามัย ผู้ร่วมวิจัยในสถานีอนามัย หมายถึง จนท.สอ. ที่รับผิดชอบหมู่บ้านที่ทำการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสแห่งละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เป็นชายจำนวน 2 คน หญิงจำนวน 1 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน ทำงานในตำแหน่งหัวหน้าสถานีอนามัย จำนวน 1 คน และระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน มีประสบการณ์ทำงานจำนวน 8 ปี 19 ปี และ 24 ปี ตามลำดับ

2.2 ลักษณะของผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้าน ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้าน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ทำการศึกษา หมู่บ้านละ 8-9 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 26 คน มีลักษณะดังนี้

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของผู้ร่วมวิจัยแยกรายหมู่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป	เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง
เพศ			
ชาย	-	1	3
หญิง	9	8	5
ช่วงอายุ			
20 – 30 ปี	-	4	-
31 – 40 ปี	7	3	8
มากกว่า 40 ปี	2	2	-
การศึกษา			
ประถมศึกษา	4	8	6
มัธยมศึกษาต้น	-	1	2
มัธยมศึกษาปลาย	4	-	-
ปริญญาตรี	1	-	-
สถานะภาพในครัวเรือน			
หัวหน้าครัวเรือน	1	1	3
คู่สมรส	7	8	5
ผู้อาศัย	1	-	-
ตำแหน่งในสังคม			
ประชาชนทั่วไป	1	6	5
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	7	3	3
ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน)	1	-	-
สมาชิกในครัวเรือน อายุต่ำกว่า 14 ปี			
มี	6	7	8
ไม่มี	3	2	-

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของผู้ร่วมวิจัยแยกรายหมู่บ้าน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง
สมาชิกครัวเรือนที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก			
เคยป่วย	-	5	8
ไม่เคยป่วย	9	4	-

3. การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

การรับรู้สารสนเทศในงานวิจัยนี้ คือ การที่บุคคลมีการสนองตอบต่อสารสนเทศที่มากระทบตัว ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผู้ร่วมวิจัยมีการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย และมีความรุนแรงของโรคถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ แต่ก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยที่ผู้ร่วมวิจัยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค และการป้องกันโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรค การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่าเมื่อตนเอง หรือบุคคลในครัวเรือนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะมีอาการอย่างไรและมีความรุนแรงในขั้นใด ในการสรุปผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบอาการที่ได้กล่าวถึงลักษณะความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมาเป็นกรอบในการสรุปผล ซึ่งอาการความรุนแรงของโรคจำแนกได้ 4 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง มีเพียงอาการไข้เท่านั้น ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆแต่ไม่มากนักและความดันโลหิตยังปกติ ขั้นที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆมากขึ้นและความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลง ขั้นที่ 4 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหนักและเข้าสู่ภาวะช็อกและถึงตายได้ (นิภา จรูญเวศน์ 2520:340 อ้างใน ธีระศักดิ์ มักคุ้น 2544:11) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

3.1.1 การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรค

1) การรับรู้ที่เหมือนกัน ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกันว่า

อาการของโรคไข้เลือดออกจำแนกได้ 3 ระดับด้วยกันคือ 1) ระดับที่มีอาการเล็กน้อยผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งจะมีเพียงอาการไข้และเมื่อกินยาลดไข้แล้วอาการจะทุเลาลง (โฟกัส01/85 ผต.4) ซึ่งหมายถึงการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคในขั้นที่1 และ 2) ระดับที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นที่ต้องนำไปรับการรักษาพยาบาลกับ จนท.สอ. หรือแพทย์ในโรงพยาบาลโดยเร่งด่วน ซึ่งหมายถึงการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคในขั้นที่ 2 และขั้นที่ 3 และ 3) ระดับที่มีอาการรุนแรงมากจนถึงขั้นที่ทำให้เสียชีวิตได้หากเข้ารับการรักษาพยาบาลล่าช้า ซึ่งหมายถึงการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคในขั้นที่ 4

2) การรับรู้ที่แตกต่างกัน ผู้ร่วมวิจัยของแต่ละหมู่บ้านมีความสามารถรับรู้ถึงลักษณะอาการสำคัญที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคจนถึงขั้นที่จะต้องรีบนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วนที่ แตกต่างกันดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้สามารถรับรู้ถึงลักษณะอาการที่แสดงถึงความรุนแรงได้เร็วกว่าผู้ร่วมวิจัยหมู่บ้านอื่น ๆ โดยได้กล่าวถึงลักษณะอาการสำคัญของโรคที่ตนเองเห็นว่ามีความรุนแรง คือ มีอาการไข้เป็นระยะเวลานานประมาณ 1 สัปดาห์ขึ้นไป (โฟกัส01/75 ผต.4) หรือมีลักษณะอาการไข้ที่เป็น ๆ หาย ๆ และมีอาเจียนร่วมด้วย (โฟกัส01/79 ผต.10,โฟกัส01/88 ผต.4) หรือมีลักษณะอาการไข้สูงลอย และมีอาการชักร่วมด้วย (โฟกัส01/91 ผต.4) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีเพียงอาการความรุนแรงขั้นที่ 1 ก็เห็นว่ามีความจำเป็นต้องรีบพาไปรับการรักษาพยาบาล

(2) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้มีการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคได้ล่าช้ากว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จะเห็นได้จากการกล่าวถึงลักษณะอาการที่ต้องรีบนำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลว่ามีลักษณะ คือ ผู้ป่วยมีอาการไข้นาน 3-4 วัน ปวดศีรษะ นอนซึม (โฟกัส02/122ผต.10) หรือเบื่ออาหาร ตัวเย็น หนาวสั่น อาเจียน (โฟกัส02/124ผต5) หรือมีเหงื่อออก มีจุดจ้ำเลือดขึ้นตามตัว (โฟกัส02/123ผต.9) ซึ่งเป็นลักษณะอาการความรุนแรงในขั้นที่ 2

(3) หมู่บ้านเสี่ยงสูง ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคล่าช้ากว่าทั้ง 2 หมู่บ้าน ซึ่งได้กล่าวถึงลักษณะอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคที่ต้องรีบพาไปรับการรักษาพยาบาลว่ามีลักษณะอาการ ไข้สูงลอย ซึม ปวดท้อง (โฟกัส03/15ผต.8) หรือไข้สูงลอยและ มีจุดจ้ำเลือดขึ้นตามตัว (โฟกัส03/19ผต.6) หรือไข้สูงลอย ปวดศีรษะ ปวดท้อง และมีอาเจียนร่วม (โฟกัส 03/21ผต.5,โฟกัส03/22 ผต.4,โฟกัส03/23ผต.2) หรือไข้สูง ปวดศีรษะ เล็บมือมีสีดำคล้ำ (โฟกัส03/22ผต.1) ซึ่งเป็นลักษณะอาการความรุนแรงในขั้นที่ 3 และ 4

3) สาเหตุที่นำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลล่าช้าจนทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น ผลการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสทั้ง 3 หมู่บ้าน นอกจากจะทำให้ทราบว่าผู้ร่วมวิจัยทุก

หมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกันว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงในระดับที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากนำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า และยังได้ทราบสาเหตุที่ทำให้นำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลล่าช้าจากผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ สรุปได้ดังนี้

(1) การขาดความเอาใจใส่ในการเฝ้าระวังอาการป่วย เนื่องจากผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยไม่ได้ใส่ใจสังเกตอาการที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เพราะว่าอาการของโรคที่มีทั้งไข้และตัวเย็นสลับกันไป จนบางครั้งทำให้คิดว่าเด็กหายป่วยแล้วจึงไม่ใส่ใจเฝ้าติดตามอาการ ทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น(โฟกัส01/77 ผต.1,โฟกัส01/78 ผต.9,โฟกัส01/79 ผต.10)

(2) การขาดประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ) เช่น จนท.สอ.ไม่สามารถบอกได้ทันทีว่าผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่ ทำได้เพียงแต่ให้ผู้ปกครองเด็กที่ป่วยเฝ้าสังเกตอาการเท่านั้น ประกอบกับการขาดความเอาใจใส่ในการเฝ้าระวังอาการป่วยของผู้ปกครองเด็ก จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น(โฟกัส 01/78 ผต.9,โฟกัส01/79 ผต.10)

(3) ผู้ปกครองเด็กขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคไข้เลือดออก ซึ่งส่วนใหญ่เด็กจะอยู่ในความดูแลของผู้ปกครองที่เป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย และเมื่อเด็กป่วย กลุ่มผู้ปกครองเหล่านี้ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค จึงไม่สามารถเฝ้าสังเกตอาการได้ จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจึงจะพาไปรับการรักษาพยาบาล (โฟกัส01/80 ผต.4) ดังเช่นผู้ร่วมวิจัยที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้กล่าวไว้ว่า

"ไปหาหมออนามัยก็บอกเพียงว่าดูอาการไปก่อน .. และผู้ใหญ่ก็ไม่สังเกตดูอาการเด็กว่าเป็นอย่างไร ถ้าคนที่เคยอบรมอย่างพวกเรา (อสม.) *ก็จะสังเกตอาการ เช่น ถ้ามี อาการไข้จะเดี๋ยวเป็น เดี๋ยวหาย และมีอาการอาเจียนด้วย ก็จะได้รีบนำส่งหมอ.. ก็เลยได้ไปพูดแนะนำชาวบ้านในการสังเกตอาการ เช่น ถามผู้ปกครองเด็กดูว่าเด็กมีอาการไข้เป็นอย่างไร มีอาเจียนมั้ย ถ้ามีก็ได้แนะนำให้รีบพาไปหาหมออนามัย* (เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย) *เพื่อหมออนามัยจะได้รีบส่งโรงพยาบาล "* (โฟกัส01/79 ผต.10)

3.1.2 สรุปการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสนอกจากได้รับทราบว่า ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกันว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงในระดับที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากนำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า และยังได้ทราบถึงความสามารถในการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน สรุปได้ดังตาราง

ตารางที่ 4.2 สรุปการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ที่เหมือนกัน	การรับรู้ที่แตกต่างกัน		
	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ	หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง	หมู่บ้านเสี่ยงสูง
โรคไข้เลือดออกมีอาการรุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากเข้ารับการรักษาล่าช้า	-มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ขั้นที่ 1	-มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ขั้นที่ 2	มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ขั้นที่ 3- 4

จากตารางที่ 4.2 แสดงว่าผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้าน มีความสามารถในการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน คือ ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเพียงเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคเริ่มเข้าสู่ขั้นที่ 1 ซึ่งเป็นการรับรู้ที่เร็วกว่าผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางมีความสามารถในการรับรู้ถึงอาการความรุนแรงของโรคเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคที่เข้าสู่ขั้นที่ 2 ซึ่งเริ่มมีภาวะเลือดออกแล้วแต่ยังไม่มากนัก และผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีความสามารถในการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคที่ล่าช้าที่สุด เพราะว่าเกิดการรับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ขั้นที่ 3 หรือขั้นที่ 4 แล้ว ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยเริ่มมีเลือดออกมากขึ้นและความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลงจนเข้าสู่ภาวะช็อกทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ซึ่งความสามารถในการรับรู้อาการความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างกันนี้ มีผลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลด้วยเช่นกัน

3.2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่ และมีปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้ตนเองหรือบุคคลในครัวเรือนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ ผู้ร่วมวิจัยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย การรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ดังต่อไปนี้

3.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วย ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง

3 หมู่บ้าน พบว่ามีการรับรู้ที่เหมือนกันว่าคนทุกเพศทุกวัยมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และเด็กจะมีโอกาสป่วยมากกว่าผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กเล็กจะมีโอกาสป่วยมากกว่าเด็กโต ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการถูกยุงกัด มีรายละเอียดที่แตกต่างกันแยกรายหมู่บ้าน ดังนี้

1) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำและหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ผลการวิจัยพบว่า ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก เพราะยังไม่สามารถหาวิธีป้องกันยุงกัดได้อย่างดีพอ (โฟกัส 01/102 ผต.9) และผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุน้อย เนื่องจากยังไม่สามารถดูแลตนเองไม่ให้ถูกยุงกัดได้ (โฟกัส01/98 ผต.10) หรือผู้ปกครองเด็กไม่ได้ระมัดระวังป้องกันอย่างดีพอ (โฟกัส02/39 ผต.7) หรือจากพฤติกรรมของเด็กเอง เช่น เด็กบางคนจะชอบเข้าไปวิ่งเล่นซุกซนในบริเวณในป่าหรือในสวนหลังบ้าน จึงทำให้มีโอกาสถูกยุงกัดได้มากขึ้น (โฟกัส01/106ผต8,โฟกัส01/109ผต5, โฟกัส01/112 ผต.4,โฟกัส01/113 ผต.3)

2) หมู่บ้านเสี่ยงสูง ผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับรู้ว่าเด็กมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเช่นเดียวกัน และมีความคิดเห็นว่าเด็กที่เคยป่วยมาก่อนแล้ว จะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเด็กที่ไม่เคยป่วย เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน ดังเช่นคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

"ผมคิดว่าคนเดิม (คนที่เคยป่วย) *นั่นล่ะ... ลูกคนนี้สังเกตดูว่าเวลาเลิกเรียนจะไปนั่งดูโทรทัศน์ในบ้าน...คนมาด้วยกัน*(ส่วนลูกอีกคน)*ก็ไม่เท่าไหร่เพราะว่าไม่ชอบดูโทรทัศน์จะไปหาเล่นในทุ่ง* (วิ่งเล่นในทุ่งนา)" (โฟกัส03/48ผต.8)

3.2.2 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านรับรู้เหมือนกันว่าปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คือ การถูกยุงกัดในสถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ ภายในอาคารบ้านเรือน บริเวณนอกอาคารบ้านเรือน และในโรงเรียน มีรายละเอียดดังนี้

1) ภายในอาคารบ้านเรือนของตนเอง ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ของทุกหมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกันว่า การที่เด็กถูกยุงกัดภายในบ้านของตนเองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุดถึงแม้ว่าจะมีการป้องกันแล้วก็ตาม (โฟกัส01/117.ผต1) และเด็กที่เสี่ยงต่อการถูกยุงกัด คือ เด็กที่อยู่ในวัยเรียนเพราะเด็กจะชอบนั่งดูโทรทัศน์ภายในบ้านเรือนในช่วงเวลาเลิกเรียนหรือวันหยุดมากกว่าที่จะวิ่งเล่นนอกบ้าน จึงทำให้ถูกยุงกัดได้ประกอบไม่มีการป้องกันที่ดีพอ เช่น เปิดพัดลมไล่ยุงแทนการจุดยากันยุง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

"เสี่ยงสูงที่สุด ผมคิดว่าอยู่บ้านเพราะว่าเด็กดูโทรทัศน์"(โฟกัส03/57ผต8)

นอกจากนั้นผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางและหมู่บ้านเสี่ยงสูง ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่มียุงชุกชุมในบ้านเรือน ดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้บางคนมีความคิดเห็นว่า สาเหตุที่ทำให้มียุงชุกชุม คือ การขาดความร่วมมือกันป้องกันการเกิดยุงลายและกำจัดลูกน้ำยุงลายของประชาชนภายในหมู่บ้าน เพราะว่ายังมีประชาชนในหมู่บ้านบางคนที่ไม่ให้ความร่วมมือ จึงทำให้มียุงลายเกิดขึ้นภายในบ้านและบินข้ามไปกัดคนในบ้านเรือนที่อยู่ใกล้เคียงกันได้ เพราะว่ายุงมีรัศมีการบินไกลมีระยะทางถึง 100 เมตร (โฟกัส02/78ผต.5)

ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนบางคนไม่ให้ความร่วมมือ ได้แก่ ไม่มีเวลาทำการกำจัดลูกน้ำยุงลาย (โฟกัส02/76ผต1) ลักษณะนิสัยเฉพาะตัวที่ดื้อรั้นไม่เชื่อฟังคำแนะนำ (โฟกัส 02/82ผต.1,โฟกัส02/94ผต.5) และขาดการรับรู้ข่าวสารซึ่งเกิดจากการไม่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ดังเช่นคำกล่าวต่อไปนี้

"คนพวกนี้ไม่เคยเข้าอบรม หรือ เข้าประชุมอะไรเลย" (โฟกัส02/95ผต.2)

(2) หมู่บ้านเสี่ยงสูง ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้มียุงชุกชุมในบ้านเรือน ดังนี้

ก. สภาพแวดล้อมภายในหมู่ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ส่งผลต่อปริมาณความชุกของยุง เช่น การมีร่องระบายน้ำในหมู่บ้านกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดยุงลายเพราะร่องระบายน้ำอุดตันทำให้มีน้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง หรือความเจริญด้านวัตถุส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กทำให้มีโอกาสถูกยุงกัดมากขึ้น ดังเช่นคำกล่าวของ จนท.สอ. ประจำหมู่บ้าน และผู้ร่วมวิจัยต่อไปนี้

"น้ำในร่องระบายน้ำที่นี่ไม่ใช่น้ำเสีย น้ำจะใสมาก เพราะว่า ในช่วงหน้าแล้ง ร่องระบายน้ำจะมีดินไหลลงไปและทำให้อุดตัน กลายเป็นบ่อพักน้ำ เป็นช่วง ๆ เวลาที่น้ำจากห้องน้ำไหลลงร่องระบายน้ำก็จะไหลตกตะกอนไปเรื่อย ๆ จนถึงปลายท่อน้ำจะใสมาก ไปดูแล้วมีลูกน้ำเยอะมาก เวลารณรงค์ก็จะเอาน้ำยาพ่นผสมกับน้ำมัน เทราดร่องน้ำ ทำให้ลูกน้ำตายเยอะ" (สภ.03/ผต.1)

"เท่าที่สังเกตดู เพิ่งจะมีไข้เลือดออก ในปีสองปีที่ผ่านมานี้เอง สมัยก่อนไม่มีร่องน้ำด้วยซ้ำ น้ำก็ไหลตามร่องถนน และสกปรกกว่านี้ด้วย คิดว่าน่าจะเป็นเพราะว่า ทุกปีมันก็มียุงเหมือนกันนั่นแหละ แต่ก่อนไม่มีโทรทัศน์ดู เด็กก็ไม่ได้มานั่งรวมกันดูโทรทัศน์เหมือนสมัยนี้ สภาพหมู่บ้านก็เหมือนเดิม หรือสะอาดขึ้นกว่าเดิม แต่ไม่เข้าใจเหมือนกันว่าทำไมตอนนี้มันถึงมีไข้เลือดออกมาก ตามความคิดของผมมันมีแหล่งน้ำมากขึ้น เช่น มีโอ่งมากขึ้น มีร่องน้ำมากขึ้น เพราะทุกวันนี้สร้างบ้านก็จะถมดินและทำกำแพงล้อมไว้เพื่อกันดินพัง ก็จะทำให้มีร่องน้ำตามกำแพง มีน้ำขัง และยุงอาจจะเกิดจากตรงนี้ก็ได้ ก็ไม่รู้นะ" (โฟกัส03/108ผต.8)

ข. สภาพที่ตั้งของหมู่บ้านที่ติดกับอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่และมีร่องระบายน้ำภายในหมู่บ้านทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง (โฟกัส03/111ผต.5,โฟกัส03/112ผต.4, โฟกัส03/113ผต.3,)

ค. แบบแปลนของบ้านเรือนที่พักอาศัยเปลี่ยนแปลงไป เช่น จากที่มีลักษณะที่เป็นบ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูงได้เปลี่ยนเป็นแบบบ้านสองชั้น มีชั้นบนเป็นไม้ส่วนชั้นล่างก่ออิฐถือปูน ไม่มีหน้าต่างหรือมีหน้าต่างน้อย และชาวบ้านไม่ชอบเปิดหน้าต่างเนื่องจากไม่มีคนอยู่ในบ้านช่วงเวลากลางวัน ทำให้สภาพภายในบ้านมืดทึบ ประกอบมีห้องน้ำอยู่ภายในชั้นล่างของบ้าน และไม่ได้ทำการกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างถูกต้องจึงทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ส่งผลให้ปริมาณของยุงที่อาศัยในบริเวณบ้านเรือนเพิ่มมากขึ้น เพราะยุงลายที่ชอบอยู่ในที่มืดและเย็น (โฟกัส03/109ผต.7,โฟกัส03/114ผต.2,โฟกัส03/115ผต.1)

ง. การกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะขังน้ำทำได้ไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในโอ่งน้ำ หรืออ่างเก็บน้ำในห้องน้ำ หรือในโอ่งแดงขนาดใหญ่ เพราะเป็นภาชนะที่ประชาชนใช้เก็บน้ำไว้ดื่ม จึงทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง (โฟกัส03/83ผต.4,โฟกัส03/92 ผต.3,โฟกัส03/115ผต.1)

2) บริเวณนอกอาคารบ้านเรือน ผู้ร่วมวิจัยของแต่ละหมู่บ้านได้กล่าวถึงรายละเอียดการถูกยุงกัดที่แตกต่างกัน ดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เห็นว่า ทั้งผู้ใหญ่และเด็กวัยก่อนเรียนมีโอกาสถูกยุงกัดในบริเวณสวนหลังบ้าน หรือ สวนหม่อน เนื่องจากต้องเข้าไปทำสวนหรือเก็บใบหม่อนเป็นประจำ และเด็กเล็กวัยก่อนเรียนชอบวิ่งเล่นซุกชนในบริเวณนี้เช่นกัน (โฟกัส 01/106.ผต8,โฟกัส01/109.ผต5,โฟกัส01/112.ผต4,โฟกัส01/113.ผต3)

(2) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้จำนวน 2 คน มีความคิดเห็นเช่นเดียวกันกับผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (โพกัส02/40ผต.2,โพกัส01/47ผต.8) และผู้ร่วมวิจัยบางคนมีความคิดเห็นว่า เด็กวัยรุ่นมีโอกาสถูกยุงกัดนอกบ้านได้เช่นกัน เพราะชอบไปนั่งเล่นรวมกลุ่มกันบริเวณใต้ต้นไม้ตอนกลางคืน (โฟกัส02/45ผต.5)

(3) หมู่บ้านเสี่ยงสูง ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้บางคนมีความคิดเห็นว่าสาเหตุที่เด็กถูกยุงกัดบริเวณนอกบ้านเรือนเนื่องจากไปวิ่งเล่นกับเพื่อน (โฟกัส03/69 ผต.6)

3) ภายในบริเวณโรงเรียน ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีการรับรู้เหมือนกันว่าโรงเรียนเป็นสถานที่ที่เด็กมีโอกาสถูกยุงกัด และทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้เช่นเดียวกันกับภายในบ้านเรือนของตนเอง แต่มีความเสี่ยงน้อยกว่า (โฟกัส03/52 ผต.8) และผู้ร่วมวิจัยแต่ละหมู่บ้านได้กล่าวถึงสาเหตุที่เด็กมีโอกาสถูกยุงกัดในบริเวณโรงเรียนที่แตกต่างกัน ดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ผู้ร่วมวิจัยกล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กนักเรียนถูกยุงกัด ดังนี้

ก. ครูในโรงเรียนไม่ใส่ใจดำเนินการป้องกันโรคอย่างจริงจัง เช่น การปล่อยให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียน ทำให้มียุงชุกชุมในบริเวณห้องเรียน ถึงแม้ว่าครูจะมีประสบการณ์ในการดำเนินการป้องกันโรค เช่น เคยพานักเรียนออกรณรงค์ป้องกันโรคในหมู่บ้านมาแล้วก็ตาม (โฟกัส01/119.ผต10,โฟกัส01/130.ผต10)

ข. การจัดสภาพแวดล้อมในห้องเรียนที่ไม่เหมาะสมทำให้เป็นที่หลบซ่อนของยุง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัย ดังต่อไปนี้

"ห้องอนุบาล หลังห้องน้ำ ห้องเก็บโต๊ะ ห้องครัว ก็มียุงเยอะ โดยเฉพาะห้องอนุบาลจะมีบ้านหลังน้อยในห้อง (ของเด็กเล่น) *ให้เด็กเข้าไปเล่น ก็จะมียุงหลบอยู่ตามช่องต่าง ๆ ในบ้านน้อย "* (โฟกัส01/ 123 ผต.4)

"การจัดห้อง การเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบ การจัดเก็บโต๊ะเก้าอี้ไม่เป็นระเบียบทำให้มีมุมมืดซอกเยอะ" (โฟกัส01/126 ผต.3)

"ตามที่สังเกตดู ห้องเรียน บริเวณพื้นห้องจะสะอาด แต่ตามใต้ลิ้นชักโต๊ะเรียนที่ใช้เก็บหนังสือเรียน จะมียุงหลบอยู่ในซอกหนังสือที่อยู่ใต้ลิ้นชักโต๊ะมาก" (โฟกัส 01/127 ผต.3)

ค. การป้องกันยุงกัดไม่ดีพอ เช่น ไม่ติดมุ้งลวดในห้องเรียน หรือการเปิดพัดลมเพื่อไล่ยุงไม่ให้กัดเด็กในห้องเรียนทำให้ป้องกันยุงกัดไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ เนื่องจากการใช้พัดลมชนิดแขวนกับเพดานในห้องเรียนที่มีเพดานสูง ทำให้แรงลมจากพัดลมส่งมาถึงตัวเด็กไม่แรงพอที่จะทำการไล่ยุงไม่ให้กัดเด็กได้ (โฟกัส01/126ผต.10)

(2) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ผู้ร่วมวิจัยได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กนักเรียนถูกยุงกัด ดังนี้

ก. สภาพที่ตั้งของโรงเรียนที่ตั้งอยู่ใกล้ป่า และไม่ได้พ่นสารเคมีกำจัดยุงลายในโรงเรียน (โฟกัส02/56ผต.2)

ข. ลักษณะอาคารเรียนที่มีขนาดใหญ่ ทำให้ดูแลกำจัดยุงลายไม่ทั่วถึง (โฟกัส02/55ผต.5)

ค. ผู้ปกครองไม่ได้ติดตามดูแลเด็กนักเรียนอย่างใกล้ชิด (โฟกัส02/54ผต.2)

(3) หมู่บ้านเสี่ยงสูง ผู้ร่วมวิจัยได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กนักเรียนถูกยุงกัด คือขาดการป้องกันยุงกัดเด็กที่ดีพอ (โฟกัส03/55 ผต.7,โฟกัส03/56 ผต.2,โฟกัส03/60 ผต.2)

3.2.3 สรุปการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกพบว่าผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้าน มีการรับรู้ที่เหมือนกันหลายประเด็น และมีการรับรู้ที่แตกต่างกันในบางประเด็น สรุปได้ตามตาราง

ตารางที่ 4.3 สรุปการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ที่เหมือนกัน	การรับรู้ที่แตกต่างกัน		
	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ	หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง	หมู่บ้านเสี่ยงสูง
- บุคคลและความเสี่ยงของบุคคลต่อการป่วย - พาหะนำโรค - ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการป่วย	-มีการรับรู้ที่ถูกต้อง	-มีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเรื่องพฤติกรรมของยุงลาย	- มีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเรื่อง แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

จากตารางที่ 4.3 สามารถอธิบายรายละเอียดในด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกที่เหมือนกันและที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) *การรับรู้ที่เหมือนกัน* ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกัน คือ

(1) คนทุกคนมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

(2) ระดับความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของบุคคลมีความแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ร่วมวิจัยของแต่ละหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่า บุคคลในครัวเรือนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยไม่เท่ากัน เช่น คนที่มีอายุน้อยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยมากกว่า หรือคนที่เคยป่วยมาแล้วจะมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนที่ไม่เคยป่วย

(3) ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก และการถูกยุงลายกัดทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

(4) ทุกคนมีโอกาสที่จะถูกยุงกัดได้ทุกแห่งไม่ว่าในบ้านเรือน บริเวณนอกบ้านเรือน หรือในโรงเรียน

(5) การถูกยุงกัดภายในบ้านเรือนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด

(6) พฤติกรรมของบุคคลมีผลต่อความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก เช่น เด็กที่นั่งดูโทรทัศน์ภายในบ้านจะมีโอกาสถูกยุงกัดมากกกว่าเด็กที่ไปวิ่งเล่นในทุ่งนา

2) การรับรู้ที่แตกต่างกัน เปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงในแต่ละหมู่บ้านได้ดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้ มีการรับรู้ที่ถูกต้องถึงสาเหตุที่ทำให้ถูกยุงกัดในที่ต่างๆ เช่น สาเหตุที่ถูกยุงกัดภายในบ้านเรือน คือ การขาดการป้องกันยุงกัดที่ดีพอ สาเหตุที่ถูกยุงกัดภายนอกบ้านเรือน คือ การที่บุคคลเข้าไปภายในบริเวณสวนหลังบ้าน ซึ่งอาจจะมีแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายได้ และสาเหตุที่ถูกยุงกัดในโรงเรียน คือ การที่ครูขาดความสนใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียน ส่งผลให้ปริมาณความชุกของยุงลายมีมากขึ้น

(2) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ถูกต้อง คือ การระบุว่า เด็กวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเพราะชอบไปนั่งเล่นใต้ต้นไม้ช่วงเวลากลางคืน เพราะว่าผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกต้องเป็นผู้ที่ถูกยุงลายกัดเท่านั้น และลักษณะนิสัยการออกหากินของยุงลายจะออกหากินในช่วงเวลากลางวันและพลบค่ำในบริเวณในบ้านพักอาศัย ไม่ใช่ที่โล่งแจ้งและช่วงกลางคืนดังที่ผู้ร่วมวิจัยเข้าใจ และจากการรับรู้ดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ร่วมวิจัยยังขาดความรู้เรื่องพฤติกรรมของยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก

(3) หมู่บ้านเสี่ยงสูง ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ถูกต้อง คือ การระบุว่าสาเหตุที่ทำให้มียุงชุกชุมมาก เนื่องจากสภาพที่ตั้งของหมู่บ้านที่ติดกับอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ และมีร่องระบายน้ำในหมู่บ้าน จึงทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เพราะว่ายุงลายจะวางไข่ในน้ำขังที่ใสนิ่งและสะอาดเท่านั้นไม่ใช่น้ำในอ่างเก็บน้ำที่มีน้ำไหลและขุ่น หรือ ร่องระบายน้ำที่มีน้ำคลำขังอยู่ตามที่เข้าใจ และจากการรับรู้ดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ร่วมวิจัยยังขาดความรู้เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก

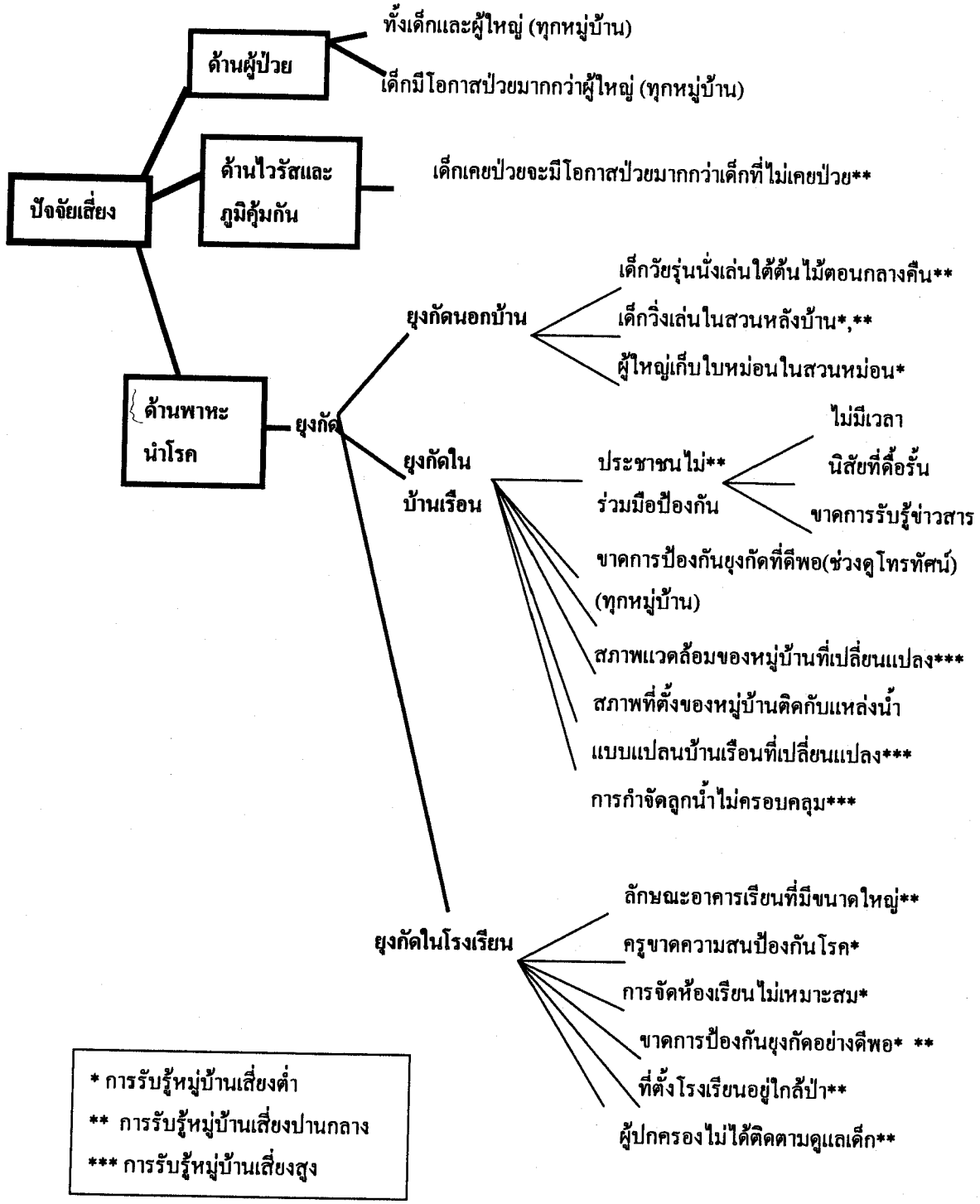
3.2.4 แผนภูมิการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกในทางระบาดวิทยา จำแนกได้ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านไวรัสและภูมิคุ้มกันโรค ปัจจัยด้านพาหะของโรค (สุจิตรา นิมมานนิตย์ 2545: 10-11) และผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบในการสรุปผลการวิจัย จากผลการวิจัยทั้งสามหมู่บ้านสามารถนำมาจำแนกได้ทั้ง 3 ด้านแสดงให้เห็นว่า ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงได้ถูกต้องครบถ้วน และสามารถระบุถึงสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรคได้โดยที่มีความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันในแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้านมีการรับรู้ว่า บุคคลทั้งเด็กและผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และเด็กจะมีโอกาสป่วยมากกว่าผู้ใหญ่

2) ปัจจัยด้านไวรัสและภูมิคุ้มกัน ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงซึ่งมีลูกที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมาแล้ว มีการรับรู้ว่าเด็กที่เคยป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากกว่าเด็กที่ไม่เคยป่วย

3) ปัจจัยด้านพาหะนำโรค ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้าน มีการรับรู้ว่าพาหะนำโรคได้แก่ยุงลาย และคนที่ถูกยุงลายกัดจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก สถานที่ที่จะถูกยุงกัดมีทั้งภายในอาคารบ้านเรือนของตนอง บริเวณนอกอาคารบ้านเรือน และภายในบริเวณโรงเรียน ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ การที่เด็กถูกยุงกัดตอนที่นั่งดูโทรทัศน์ภายในบ้านอาคารบ้านเรือนของตนเอง

ผู้วิจัยได้นำกรอบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้ง 3 ด้านดังกล่าวข้างต้นมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส สามารถอธิบายถึงสภาพการรับรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้าน รวมทั้งทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ร่วมวิจัยต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆได้อย่างดี เช่น 1) ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางได้รับรู้สาเหตุที่ทำให้ต้องเสี่ยงต่อการถูกยุงลายกัดทั้งบริเวณในบ้านและนอกบ้านว่ามาจากการขาดความร่วมมือในการป้องกันโรคจากประชาชนบางคน เนื่องมาจากบุคคลเหล่านั้นไม่มีเวลาที่จะทำกิจกรรม หรือมีนิสัยที่ดื้อรั้นไม่เชื่อฟังคำแนะนำของคนอื่น หรือการขาดการรับรู้ข่าวสารอันเนื่องมาจากการไม่เคยเข้าร่วมในการประชุมหรือกิจกรรมต่าง ๆที่ทางหมู่บ้านจัดขึ้น หรือการที่เด็กวัยรุ่นเสี่ยงต่อการถูกยุงลายกัดเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ชอบนั่งรวมกลุ่มกันใต้ต้นไม้เวลากลางคืน 2) ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูง ได้รับรู้ถึงสาเหตุที่ต้องเสี่ยงต่อการถูกยุงลายกัดทั้งในบริเวณในบ้านและนอกบ้านว่ามาจากสภาพแวดล้อม เช่น แบบแปลนบ้านเรือนที่พักอาศัยเปลี่ยนแปลงทำให้เอื้อต่อการเป็นที่เพาะพันธุ์และพักอาศัยของยุงลาย หรือมีร่องระบายน้ำในหมู่บ้าน หรือสภาพหมู่บ้านติดกับอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายได้ และ 3) จากข้อ 1) และ ข้อ 2) ทำให้ทราบถึงการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของผู้ร่วมวิจัยบางกลุ่ม คือ ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางยังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมของยุงลาย และผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงยังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย รายละเอียดเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอธิบายเป็นแผนภูมิในภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 แผนภูมิการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

3.3 การรับรู้การป้องกันโรค การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่ามีวิธีการอะไรเมื่อกระทำแล้วจะเป็นการป้องกันให้ตนเอง หรือ บุคคลในครัวเรือนไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และผู้ร่วมวิจัยมีการรับรู้การป้องกันโรค ดังนี้

3.3.1 การให้ความสำคัญต่อวิธีการป้องกันโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ 2 มาตรการ คือ (1) มาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งหมายถึงการกำกับดูแลไม่ให้มีลูกน้ำยุงลายในภาชนะใด ๆ และการทำให้ลูกน้ำยุงลายหมดสิ้นไปหากพบว่ายุงลายอยู่ในภาชนะขังน้ำนั้น ๆ และ(2) มาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย ซึ่งหมายถึงการกั้นหรือต้านทานไว้ไม่ให้มียุงลายในบ้านรวมทั้งการหลีกเลี่ยงการถูกยุงลายกัด และหากพบว่ามียุงลายในบ้านจะต้องทำการขับไล่หรือทำให้หมดไป (สีวิกา แสงธาราทิพย์ 2545: 59-62) ทั้งนี้ในแต่ละมาตรการยังจำแนกวิธีดำเนินการได้ 3 วิธี คือ วิธีทางกายภาพ วิธีทางชีวภาพ วิธีทางเคมี และผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบในการสรุปผลการวิจัยการรับรู้การป้องกันโรค แยกรายมาตรการ รายวิธี รายหมู่บ้าน ดังตาราง

ตารางที่ 4.4 ร้อยละความถี่ของคำที่กล่าวถึงการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก จำแนกรายมาตรการและรายหมู่บ้าน

มาตรการป้องกันโรค	เสี่ยงต่ำ		เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงสูง	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
มาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย						
- วิธีทางกายภาพ						
- สำรวจลูกน้ำยุงลาย	5	23	3	13	1	4
- เปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำ หรืออ่างน้ำในห้องน้ำ	5	23	8	34	6	24
- ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	1	4	2	9	3	12
- ขุดลอกร่องระบายน้ำ	-	-	-		1	4
- วิธีทางชีวภาพ						
- ปล่อยปลากินลูกน้ำ	-	-	3	13	-	-

ตารางที่ 4.4 ร้อยละความถี่ของคำที่กล่าวถึงการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก จำแนกรายมาตรการและรายหมู่บ้าน (ต่อ)

มาตรการป้องกันโรค	เสี่ยงต่ำ		เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงสูง	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
- วิธีทางเคมี						
- ใส่ทรายอะเบท	4	18	2	9	1	4
รวมมาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย	*15*	*68*	*18*	*78*	*12*	*48*
มาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย						
- วิธีทางกายภาพ						
- ใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าช็อตยุง	-		-		1	4
- กางมุ้งนอน	2	9	-		1	4
- เปิดพัดลม	3	14	3	13	4	16
- วิธีทางเคมี						
- ฉีดยา / จุดยากันยุง	-		-	-	5	20
- พ่นสารเคมี	2	9	2	9	2	8
รวมมาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย	*7*	*32*	*5*	*22*	*13*	*52*
รวมทุกมาตรการ	22	100	23	100	25	100

ตารางดังกล่าวเป็นการแจงนับความถี่ของจำนวน "คำ" ที่ให้ความหมายถึง "การรับรู้การป้องกันโรค" ที่ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้านได้กล่าวถึง และนับมาปรับค่าเป็น "ร้อยละ" ของความถี่เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ในทั้ง 3 หมู่บ้าน และนำค่าร้อยละของความถี่ของ "คำ" มาจัดลำดับความสำคัญของ "คำ" นั้น ๆ ซึ่งอธิบายโดยละเอียด ดังนี้

การให้ความสำคัญต่อวิธีการป้องกันโรคของผู้ร่วมวิจัยในแต่ละหมู่บ้าน จะมีความแตกต่างกันแยกรายมาตรการ ดังนี้

1. มาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความสำคัญในวิธีการป้องกันโรคที่อยู่ในมาตรการนี้ คือ การสำรวจยุงลาย การเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำหรืออ่างน้ำในห้องน้ำ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การขุดลอกร่องระบายน้ำ การปล่อยปลากินลูกน้ำ และการใส่ทรายอะเบท

2. มาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความสำคัญในวิธีการป้องกันโรคที่อยู่ในมาตรการนี้ คือ การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าช็อตยุง การกางมุ้งนอน การเปิดพัดลม การฉีดยา/ จุดยากันยุง และการพ่นสารเคมี

รายละเอียดการของการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผู้ร่วมวิจัยให้ความสำคัญในแต่ละวิธีการแยกรายมาตรการมีดังต่อไปนี้

1) การให้ความสำคัญต่อมาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำและหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ได้ให้ความสำคัญต่อมาตรการนี้มากกว่ามาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย โดยมีรายละเอียดแยกรายกิจกรรม คือ

(1) การสำรวจลูกน้ำยุงลาย วิธีดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยในทุกหมู่บ้านได้กล่าวถึง โดยผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำจะให้ความสำคัญมากกว่าทุกหมู่บ้าน และมากทุกกิจกรรมที่ดำเนินการในหมู่บ้านนี้ ยกเว้น วิธีการเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำหรืออ่างน้ำที่ผู้ร่วมวิจัยให้ความสำคัญเท่ากัน ถึงแม้ว่ากิจกรรมนี้จะไม่ใช่วิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยตรงก็ตาม แต่เป็นวิธีที่นำไปสู่การดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคในวิธีอื่นๆ และผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านนี้ได้ให้ข้อมูลว่า อสม.ประจำหมู่บ้านได้สำรวจลูกน้ำยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง (โฟกัส 01/132 ผต.3 ,ฟกัส 02/21 ผต. 9) โดยบางครั้งจะออกสำรวจร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย (โฟกัส 03/97ผต. 7),(สภ01/34ผต.1,สภ02/28ผต., สภ03/16ผต.1,สภ03/18ผต.1)

(2) การเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำ หรืออ่างน้ำในห้องน้ำ ในภาพรวมเป็นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้ให้ความสำคัญมากที่สุด และได้เรียกวิธีการนี้ว่า "การล้างโอ่ง" หรือ "การคว่ำโอ่ง" หรือ "การทำความสะอาดห้องน้ำ" ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำ หรืออ่างน้ำในห้องน้ำในกรณีที่พบลูกน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำไม่ให้เติบโตเป็นยุงลายต่อไป และบางครั้งอาจจะใส่ทรายอะเบทลงในโอ่งน้ำหรืออ่างน้ำเพื่อป้องกันไม่ให้มีลูกน้ำยุงลายเกิดขึ้น ความถี่ในการทำประมาณสัปดาห์ละครั้ง โดยส่วนใหญ่จะทำในวันศุกร์ของสัปดาห์ (โฟกัส 01/6 ผต.1, โฟกัส 01/7 ผต.2 , โฟกัส 01/10 ผต.3 , โฟกัส 01/11 ผต.4 , โฟกัส 01/35 ผต.9)

นอกจากนั้นผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ยังมีความคิดเห็นว่าการเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำหรืออ่างอาบน้ำ เป็นวิธีที่สามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด (โฟกัส02/91 ผต.2) แต่ในทางปฏิบัติแล้วยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือนเพราะว่า

เจ้าของบ้านเรือนบางคนในหมู่บ้านไม่ให้ความร่วมมือ จึงทำให้เกิดการแพร่พันธุ์ของยุงลายไปสู่บ้านเรือนที่อยู่ใกล้เคียงกันได้ (โฟกัส 02/75 ผต.5 ,โฟกัส 02/78ผต.5,โฟกัส 02/87 ผต.2)

(3) การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านกล่าวถึงเช่นเดียวกันกับสองวิธีการข้างต้น โดยได้ให้ความหมายว่า เป็นการจัดเก็บและทำลายเศษภาชนะได้แก่ เศษกระป๋อง เศษกะลามะพร้าว ที่ถูกทิ้งไว้ภายในบริเวณบ้าน หรือบริเวณสวนหลังบ้านเพื่อไม่ให้เป็นที่ขังน้ำซึ่งอาจจะทำให้ยุงลายมาวางไข่ได้ เป็นต้น (โฟกัส 01/7ผต.2 , โฟกัส 02/21 ผต.8 ,โฟกัส 03/99 ผต.5)

(4) การขุดลอกร่องระบายน้ำ เป็นวิธีที่ผู้ร่วมวิจัยเฉพาะในหมู่บ้านเสี่ยงสูงเท่านั้นที่กล่าวถึง และได้ให้ความคิดเห็นว่า เป็นวิธีที่จะป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ (โฟกัส 03/96 ผต.8) เนื่องจากเข้าใจว่าร่องระบายน้ำในหมู่บ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยยังไม่พบว่ายุงลายจะวางไข่ในร่องระบายน้ำได้ แต่จากการสัมภาษณ์ จนท.สอ. ประจำหมู่บ้านเสี่ยงสูงทำให้ทราบข้อมูลเพิ่มเติมว่าโอกาสที่ยุงลายจะวางไข่ในร่องระบายน้ำในหมู่บ้านนั้นมีความเป็นไปได้เช่นเดียวกัน และ จนท.สอ.ยังได้ให้ความเห็นว่าร่องระบายน้ำในหมู่บ้านไม่ได้เป็นที่กักเก็บน้ำเสียหรือน้ำครำดังที่ทุกคนเข้าใจ จากการเข้าเยี่ยมหมู่บ้านของ จนท.สอ. พบว่าน้ำที่ขังในร่องระบายน้ำเป็นน้ำใสและมีลูกน้ำจริง เมื่อมีการรณรงค์กำจัดลูกน้ำในหมู่บ้านจึงได้นำน้ำยาเคมีผสมกับน้ำมันราดลงในร่องระบายน้ำเพื่อเป็นการกำจัดยุงลายทุกครั้ง (สภ.03/ผต.1) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นการสนับสนุนแนวคิดตามทฤษฎีของ ครูท ลีวิน (Krut Lewin) ที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลจะแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามผู้ที่อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

(5) การปล่อยปลากินลูกน้ำ เป็นวิธีที่เฉพาะผู้ร่วมวิจัยซึ่งทำหน้าที่ อสม. ในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางเท่านั้นที่กล่าวถึง และได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าการปล่อยปลาในโอ่งน้ำใช้ เป็นการกำจัดลูกน้ำยุงลาย เพราะว่าปลาจะกินลูกน้ำยุงลายในโอ่งน้ำ แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องหมั่นเปลี่ยนน้ำในโอ่งบ่อย ๆ เพื่อป้องกันปลาตาย (โฟกัส 02 / 89 ผต.2, โฟกัส 02 / 90 ผต.3)

(6) การใส่ทรายอะเบท เป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สารเคมีที่เรียกว่า "ทรายอะเบท" เป็นสารเคมีชนิดหนึ่งที่ออกฤทธิ์ทำให้ลูกน้ำยุงลายตายได้ แต่ไม่มีอันตรายต่อคนถ้าใช้ในปริมาณที่กำหนด ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้กล่าวถึงกิจกรรมนี้ และ เมื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญ พบว่า ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำจะให้ความสำคัญมากกว่า และผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้ให้ข้อมูลที่ตรงกันว่า อสม.ในหมู่บ้านจะเป็นผู้ที่ทำการใส่ทรายอะเบท โดยมีวิธีดำเนินการ คือ จะทำการออกสำรวจลูกน้ำยุงลายในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบเป็นประจำ เช่น สัปดาห์ละครั้ง หรือ ทุกวันศุกร์ พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำชาวบ้านในวิธีการป้องกันยุงกัด

วิธีการกำจัดลูกน้ำ เช่น การล้างโอ่งเป็นประจำ และใส่ทรายอะเบทลงในโอ่งน้ำของชาวบ้านเพื่อเป็นการกำจัดลูกน้ำยุงลาย มีความถี่ในการใส่ทรายอะเบท ประมาณ 3 เดือน ต่อครั้ง (โฟกัส 01 / 6 ผต.1, โฟกัส 02 / 16 ผต.3 ,โฟกัส 02 / 21 ผต.9,โฟกัส 03 / 105 ผต.1)

2) การให้ความสำคัญต่อมาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงจะให้ความสำคัญต่อมาตรการนี้มากกว่าทุกหมู่บ้าน และมากกว่ามาตรการแรก มีรายละเอียดแยกรายกิจกรรมดังนี้

(1) การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าช็อตยุง วิธีนี้เป็นวิธีการกำจัดยุงลายทางกายภาพที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงเพียงหมู่บ้านเดียวเท่านั้นที่กล่าวถึง โดยเรียกอุปกรณ์ชนิดนี้ว่า "ไม้ปิงปองพัดฆ่ายุง" ซึ่งเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่มีจำหน่ายตามท้องตลาดทั่วไป และให้ความเห็นว่าเป็นวิธีการกำจัดยุงลายที่ดีกว่าการใช้ยาฉีดยุงเนื่องจากไม่มีกลิ่นเหม็น ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

"ก็เปิดพัดลมบ้าง ฉีดยาบ้าง และ ซื้ออะไรนะ ไม้ปิงปองพัดฆ่ายุง (อุปกรณ์ไฟฟ้าสำหรับช็อตยุง) ตีตายหมด ใช้พัดเวลาถูกยุงมันก็ช็อตตัวยุงตายเรียบเลย เวลาจะใช้ก็เสียบชาร์ตไฟก่อน เสร็จแล้วก็เอาออกมาเวลาพัดก็กดปุ่ม ยุงก็จะบินมาถูกตายข่ายที่ไม้พัดไฟก็จะดูดไหม้ยุง ดีกว่ายาฉีดเพราะมันไม่เหม็น" (โฟกัส 03 / 94 ผต.1)

จากการสัมภาษณ์ จนท.สอ.ประจำหมู่บ้านเสี่ยงสูง ทราบว่าเป็นวิธีการที่ควรจะส่งเสริมอีกวิธีการหนึ่งนอกเหนือจากการใส่ทรายอะเบท ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ที่นี่ไม่เน้นเรื่องทรายอะเบทเท่าไหร่นัก กำลังรณรงค์กับ อสม. เปลี่ยนวิธีใหม่ ไม่เน้นการใส่ทรายอะเบท แต่จะให้ชาวบ้านซื้อไม้ตียุงหรือไม้ปิงปองฆ่ายุง ..สะดวกดี ก่อนใช้ก็เสียบชาร์ตไฟก่อน เวลาใช้ถอดปลั๊กออก เอาไปแกว่งไปมา ยุงก็จะบินมาถูกก็จะถูกไฟดูดตาย อีกอย่างมันก็ไม่เหม็นเหมือนยาฉีด หรือ ยากันยุง ...อุปกรณ์นี้น่าส่งเสริม ราคาอันหนึ่งประมาณ 90 บาท ..ดีกว่าจะใช้สารเคมี. ใช้ได้ดีในบ้านป้องกันยุงกัด.. โดยเฉพาะช่วงเด็กดูโทรทัศน์ ... ทรายอะเบทก็ใส่เฉพาะในห้องน้ำ" (สภ01/ผต.1)

(2) กางมุ้งนอน วิธีดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำและหมู่บ้านเสี่ยงสูงได้กล่าวถึง เมื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญ พบว่า มีระดับความสำคัญค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่นในมาตรการเดียวกัน และผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำได้ให้ความเห็นว่าสามารถป้องกันยุงกัดได้ในช่วงที่เด็กนอนกลางวัน เพราะยุงลายหากินในเวลากลางวัน ทำให้เด็กมีโอกาสถูกยุงกัดได้ (โฟกัส 01/6 ผต.1,โฟกัส 01/35 ผต.9) แต่ยังไม่สามารถป้องกันยุงกัดได้ดีพอ เพราะ เด็กยังมีโอกาสที่จะถูกยุงกัดและเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ เช่นเดียวกันกับวิธีเปิดพัดลมไล่ยุง

"เสี่ยง คะ เพราะบางครั้งเราก็ไม่สามารถป้องกันยุงกัดได้แม้ว่า บางครั้ง

เปิดพัดลมไล่ยุงหรือกางมุ้ง ยุงก็ยังกัดได้" (โฟกัส 01/102 ผต.9)

(3) เปิดพัดลม เป็นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้กล่าวถึง และเมื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญ พบว่ามีความสำคัญในระดับมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่นในมาตรการเดียวกัน วัตถุประสงค์ที่เปิดพัดลมคือเพื่อไล่ยุงไม่ให้กัดบุตรหลานขณะนั่งดูโทรทัศน์ภายในบ้านในช่วงเวลากลางวัน หรือพลบค่ำ หรือช่วงที่เด็กนอนเวลากลางวัน แต่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำและเสี่ยงปานกลางยังมีความเห็นตรงกันว่า ไม่ใช่วิธีที่ดีนัก เพราะยังไม่สามารถป้องกันยุงกัดได้ดีพอ ทำให้เด็กมีโอกาสถูกยุงกัดและเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ (โฟกัส 01/102 ผต.9,โฟกัส01/108 ผต.8,โฟกัส01/117 ผต.1,โฟกัส 02/43 ผต.3 ,โฟกัส 02/44 ผต.4)

(4) ฉีดยา /จุดยากันยุง เป็นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงหมู่บ้านเดียวที่ได้กล่าวถึง และได้ให้ข้อมูลว่าเป็นวิธีที่ใช้เพื่อป้องกันยุงกัดเป็นครั้งคราวเฉพาะเวลาที่บุตรหลานนั่งดูโทรทัศน์ในช่วงเวลาพลบค่ำหรือตอนกลางวันเท่านั้น (โฟกัส 03/84 ผต.6,โฟกัส 03/ 85 ผต.5 ,โฟกัส 03/88 ผต.3,โฟกัส 03/94 ผต1)

(5) พ่นสารเคมี เป็นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้กล่าวถึง และได้ให้รายละเอียดว่า เป็นวิธีที่กระทำเป็นครั้งคราวในหมู่บ้านมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของยุงลายมาก ซึ่งมาจากผลการคำนวณหา BI. และ HI. หรือ หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยด้วยไข้เลือดออก หรือสถานที่ที่เป็นแหล่งรวมของผู้คนจำนวนมาก ได้แก่ วัด หรือ โรงเรียน ผู้ทำการพ่นยุงได้แก่ อสม. โดยในบางครั้งก็มี จนท.สอ. ร่วมปฏิบัติด้วย การพ่นสารเคมีมีความถี่ประมาณปีละ 2 ครั้ง (โฟกัส 01/67 ผต.4,โฟกัส 01/133 ผต.10, โฟกัส 02/56 ผต.2, โฟกัส 03/103 ผต.3, โฟกัส 03/104 ผต.2)

ผลการศึกษาดังข้างต้นนี้สรุปได้ว่า ผู้ร่วมวิจัยในทุกหมู่บ้านได้กล่าวถึงวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลายกิจกรรม เมื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญเป็นกลุ่มกิจกรรมแยกตามมาตรการ พบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมที่อยู่ในมาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายมากกว่ามาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย กิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้กล่าวถึง คือ การสำรวจลูกน้ำยุงลาย การเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำหรืออ่างน้ำในห้องน้ำ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การเปิดพัดลมไล่ยุง การพ่นสารเคมีกำจัดยุง เมื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญเปรียบเทียบรายกิจกรรม พบว่ากิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านให้ความสำคัญมากที่สุด คือ กิจกรรมการเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำหรืออ่างน้ำในห้องน้ำ

3.3.2 สรุป ผลการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาพบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้กล่าวถึงกิจกรรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความหลากหลายและแตกต่างกัน นำมาสรุปให้เห็นถึงการรับรู้วิธีการป้องกันโรคจำแนกได้สองประเภทคือ การรับรู้ที่เหมือนกัน กับการรับรู้ที่แตกต่างกันสรุปได้ ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 สรุปผลการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ที่เหมือนกัน	การรับรู้ที่แตกต่างกัน		
	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ	หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง	หมู่บ้านเสี่ยงสูง
- การรับรู้วิธีการป้องกันโรคจัดอยู่ในระดับดี	-รับรู้ว่าการป้องกันโรคประสบผลสำเร็จเพราะได้รับความร่วมมือด้วยดี	-รับรู้ว่าการป้องกันโรคยังไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากขาดความร่วมมือ	- รับรู้ว่าการป้องกันโรคไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากปัจจัยภายนอก

จากตารางดังกล่าวสามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

1) การรับรู้ที่เหมือนกัน ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกันว่า

(1) โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีกิจกรรมที่หลากหลายและมีความสำคัญแตกต่างกัน กล่าวคือ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านเห็นว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และได้กล่าวถึงกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลายกิจกรรม เมื่อจัดลำดับความสำคัญทำให้ทราบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความสำคัญในแต่ละกิจกรรมที่กล่าวถึงแตกต่างกัน เช่น หมู่บ้านเสี่ยงต่ำและหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางได้ให้ความสำคัญกับมาตรการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายมากกว่ามาตรการป้องกันและกำจัดยุงลาย ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงได้ให้ความสำคัญในมาตรการป้องกันและกำจัดยุงลายมากกว่าแต่มีความแตกต่างกันกับมาตรการแรกไม่มากนัก

(2) การดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ และความพร้อมเพรียงกันในการปฏิบัติจากประชาชนทุกคน กล่าวคือจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่ากิจกรรรมบางอย่างที่คิดว่าเป็นกิจกรรมที่ดีที่สุด แต่เมื่อนำมาปฏิบัติแล้วหากขาดความร่วมมือจากประชาชนในหมู่บ้านแล้ว จะไม่สามารถทำให้การป้องกันโรคประสบผลสำเร็จได้ เช่น การเปลี่ยนน้ำในโอ่งน้ำหรืออ่างน้ำในห้องน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายยังไม่สามารถป้องกันการแพร่พันธุ์ของยุงลายได้ เนื่องจากมีประชาชนที่เป็นเจ้าของบ้านเรือนบางคนไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ จึงทำให้เกิดการแพร่พันธุ์ไปสู่บ้านเรือนที่อยู่ใกล้เคียงกันได้

(3) การดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ต้องปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง กล่าวคือ ผลการศึกษาพบว่าผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าการดำเนินการ

บางกิจกรรมต้องมีการร่วมกันปฏิบัติ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดความร่วมมือ และมีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย เริ่มต้นด้วยการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำโดย อสม. ที่รับผิดชอบละแวกบ้าน เมื่อพบลูกน้ำยุงลายจะแนะนำให้เจ้าของบ้านทำกิจกรรมต่าง ๆเพื่อเป็นการจัดลูกน้ำ เช่น ล้างโอ่ง หรือใส่ทรายอะเบทลงในโอ่งน้ำ โดยมีความต่อเนื่องในการสำรวจลูกน้ำยุงลายและล้างโอ่งน้ำประมาณสัปดาห์ละครั้ง ส่วนการใส่ทรายอะเบทประมาณ 3 เดือนต่อครั้ง

(4) การป้องกันโรคบางกิจกรรมมีความจำเป็นจะต้องมีผู้นำในการปฏิบัติ กล่าวคือ ผลการศึกษาพบว่าผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่า การดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคบางกิจกรรมต้องมีผู้นำในการปฏิบัติเพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ เช่น การสำรวจลูกน้ำยุงลาย หรือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หรือการใส่ทรายอะเบท เป็นต้น ซึ่งผู้นำในการปฏิบัติได้แก่ อสม. หรือ จนท.สอ. บางกิจกรรมอาจจะต้องอาศัยผู้มีความรู้เฉพาะ เช่น การคำนวณหาค่า BI. และ HI. เพื่อวางแผนในการกำจัดยุงลาย หรือการพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลายจำเป็นจะต้องอาศัยผู้มีความชำนาญในการปฏิบัติ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

(5) กิจกรรมการป้องกันโรคที่สามารถปฏิบัติได้จริงต้องมีความสะดวกในการปฏิบัติ กล่าวคือ ผลการศึกษาพบว่าผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้ให้ความสำคัญต่อวิธีการเปิดพัดลมอยู่ในระดับต้น ๆ และมากกว่าวิธีการฉีดยา/จุดยากันยุง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่จะใช้วิธีนี้เพื่อการป้องกันไม่ให้ยุงกัดมากกว่าการฉีดยา/จุดยากันยุง ถึงแม้จะทราบดีว่าอาจจะไม่ได้ผลในการป้องกันโรคดีนัก เช่น การเปิดพัดลมเพื่อไล่ยุงเวลาที่เด็กนั่งดูโทรทัศน์ในบ้านในช่วงพลบค่ำหรือช่วงกลางวันในวันหยุดเรียน อาจจะมีเด็กบางคนถูกยุงกัดได้เนื่องจากไม่ได้นั่งอยู่ในรัศมีที่แรงลมจากพัดลมพัดมากระทบถึงตัวได้ แต่เนื่องจากว่าพัดลมเป็นเครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีประจำบ้านอยู่แล้วจึงทำให้มีความสะดวกที่จะนำมาใช้ได้ทันที ซึ่งแตกต่างกับ “ยาจุดกันยุง” หรือ “ยาฉีดยุง” ที่จะต้องไปซื้อหาเพื่อสำรองไว้เผื่อใช้งาน

(6) กิจกรรมการป้องกันโรคที่ได้รับความสนใจจากประชาชนจะต้องมีความทันสมัย กล่าวคือ ผลการศึกษาพบว่าผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงได้กล่าวถึงอุปกรณ์กำจัดยุงชนิดหนึ่งที่ผู้ร่วมวิจัยเรียกว่า “ไม้ปิงปองฆ่ายุง” ซึ่งมีรูปทรงและวิธีใช้ที่แปลกและแตกต่างกับอุปกรณ์กำจัดยุงที่พบเห็นโดยทั่วไปว่า ปัจจุบันในหมู่บ้านนี้ประชาชนส่วนใหญ่ได้นิยมใช้อุปกรณ์ชนิดนี้มากขึ้นทั้งที่ไม่เคยได้รับการแนะนำจาก จนท.สอ.มาก่อน และอาจจะมีความยุ่งยากในการใช้งานก็ตามแต่ก็ทำให้เกิดความเพลิดเพลินในการใช้ได้ เช่น การที่ใช้ไม้ปิงปองฆ่ายุงจะต้องแกว่งไปมาเพื่อให้กระทบกับตัวยุงและช็อตยุงให้ตายคล้ายกับการตีลูกปิงปองในการเล่นกีฬาปิงปอง ซึ่ง

แสดงให้เห็นว่า ความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคอย่างเดียวอาจจะไม่พอเพียงในการตัดสินใจของประชาชนในการเลือกทำกิจกรรมนั้น และอาจจะต้องมีความทันสมัยเป็นตัวแปรในการตัดสินใจร่วมด้วย

(7) การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านจัดอยู่ในระดับดี กล่าวคือ เมื่อนำผลการศึกษาถึงประเภทของกิจกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้านรับรู้ มาเปรียบเทียบกับแนวทางการป้องกันโรคที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ผู้ร่วมวิจัยทั้งสามหมู่บ้านมีการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับการป้องกันโรคใน "ระดับดี" เพราะสามารถระบุกิจกรรมได้อย่าง ครบถ้วนและถูกต้อง ถึงแม้ว่าในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำจะระบุว่า "การขุดลอกร่องระบายน้ำ" เป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นผลพวงมาจากการรับรู้ที่ผิดพลาดว่า ร่องระบายน้ำ หรือ หนองน้ำ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายก็ตาม แต่ไม่ได้ส่งผลทางลบต่อการป้องกันโรคแต่ประการใด เพราะว่าได้มีการปฏิบัติในกิจกรรมอื่น ๆ ควบคู่กันไปด้วย

2) การรับรู้ของผู้ร่วมวิจัยที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้นำคำให้สัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัยในแต่ละหมู่บ้านที่กล่าวถึงวิธีการป้องกันโรคมาเปรียบเทียบกับกระบวนการรับรู้การเผชิญปัญหา (coping response) ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The protection motivation) วิเคราะห์ได้ว่า ผู้ร่วมวิจัยแต่ละหมู่บ้านรับรู้ว่าตนเองเผชิญปัญหาในการป้องกันโรคที่ต่างกัน ในด้านผลสำเร็จของการป้องกันโรคในหมู่บ้าน พบว่า มีการรับรู้ถึงผลสำเร็จในการป้องกันโรคที่แตกต่างกันแยกรายหมู่บ้านดังนี้

(1) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ผู้ร่วมวิจัยหมู่บ้านนี้รับรู้ว่า การดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของตนเองนั้นประสบผลสำเร็จ และได้ให้ข้อมูลว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จริงหากมีการร่วมมือกันกำจัดยุงลาย (โฟกัส01/3 ผต.4) เพราะว่าในรอบ 2 ปีที่ผ่านมาในหมู่บ้านนี้ไม่มีคนป่วยด้วยโรคนี้ (โฟกัส 01/4 ผต.3) อันเป็นผลมาจากการร่วมมือร่วมใจรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องโดยมี อสม.ในหมู่บ้านเป็นแกนนำ มีการรวมกลุ่มกันออกทำการสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านเป็นประจำ และนำผลการสำรวจที่ได้มาคำนวณหาค่าความชุกของยุงลาย เพื่อวางแผนในการป้องกันโรคจนได้รับความร่วมมือจากประชาชนในหมู่บ้านเป็นอย่างดี และหากมีเจ้าของบ้านเรือนคนใดไม่ยอมให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ อสม.จะรายงานให้ จนท.สอ.ประจำหมู่บ้านได้รับทราบ เพื่อจะได้ออกเยี่ยมพบปะชี้แจงถึงเหตุผลในการทำกิจกรรมดังกล่าวจนได้รับความร่วมมือด้วยดี

(2) หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ผู้ร่วมวิจัยหมู่บ้านนี้รับรู้ว่า การดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของตนเองยังไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะว่ามีผู้ป่วย

ด้วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านนี้ทุกปี สาเหตุหลักที่ทำให้การป้องกันโรคไม่ประสบผลสำเร็จคือ การขาดความร่วมมือจากประชาชนที่เป็นเจ้าของบ้านเรือนบางคนในหมู่บ้านที่ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำในการกำจัดยุงลายของ อสม. เช่นไม่ยอมใส่ทรายอะเบทลงในโอ่งน้ำที่มีลูกน้ำ จึงทำให้เกิดการแพร่พันธุ์ของยุงลายไปสู่บ้านเรือนที่อยู่ใกล้เคียงกันได้ ผู้ร่วมวิจัยที่ทำหน้าที่ อสม.ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จากการที่ออกสำรวจลูกน้ำยุงลายจะพบลูกน้ำมากในบ้านเรือนหลังเดิม แสดงให้เห็นว่าเจ้าของไม่ยอมทำตามคำแนะนำถึงแม้ว่าเจ้าของบ้านเรือนบางคนจะมีความรู้สูง หรือ รับราชการก็ตาม ซึ่งมีสาเหตุมาจากไม่มีบุตรหลานที่อยู่ในวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หรือไม่มีเวลาในการทำกิจกรรม หรือลักษณะนิสัยเฉพาะบุคคลที่ดื้อรั้นและการขาดการรับรู้สารสนเทศ

(3) หมู่บ้านเสี่ยงสูง ผู้ร่วมวิจัยหมู่บ้านนี้รับรู้ว่า การดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะโรคนี้ยังมีการระบาดในหมู่บ้านทุกปี และยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงว่าเกิดจากอะไรแม้ว่าจะได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกว่าเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถทำการแก้ไขได้ เช่น สภาพที่ตั้งของหมู่บ้านที่อยู่ติดกับหนองน้ำขนาดใหญ่จึงทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย หรือภายในหมู่บ้านมีร่องระบายน้ำทำให้มีน้ำขังในร่องน้ำเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หรือ แบบแปลนการสร้างที่อยู่อาศัยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีห้องน้ำอยู่ภายในตัวบ้านทำให้เป็นที่อยู่อาศัยและเพาะพันธุ์ของยุงลาย หรือความเจริญด้านเทคโนโลยีทำให้ประชาชนมีโทรทัศน์รับฟังข่าวสารและความบันเทิงมากขึ้น จนทำให้พฤติกรรมของเด็กที่อยู่ในวัยเรียนเปลี่ยนไปและเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากขึ้น เช่น จากเดิมที่เคยวิ่งเล่นซุกซนตามท้องทุ่งนาหลังเวลาเลิกเรียนหรือวันหยุดเรียนมาเป็นการนั่งรวมกลุ่มกันดูโทรทัศน์ภายในบ้านเรือน จึงทำให้มีโอกาสถูกยุงกัดได้มากขึ้นถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดโดยการเปิดพัดลมไล่ยุงแล้วก็ตาม

4. แหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาแหล่งสารสนเทศในประเด็นประเภทของ แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญ แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนต้องการ ช่องทางในการกระจายสารสนเทศของแหล่งสารสนเทศ และบทบาทของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ประเภทของแหล่งสารสนเทศ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนจากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้าน และจากการสัมภาษณ์ จนท.สอ. ประจำหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน สรุปผลดังตาราง

ตารางที่ 4.6 แหล่งสารสนเทศของประชาชนจำแนกประเภทและรายหมู่บ้าน

ประเภทแหล่งสารสนเทศ	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ	หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง	หมู่บ้านเสี่ยงสูง
1. ประเภทบุคคล	- จนท.สอ. อสม. แพทย์/พยาบาล ครู เพื่อนบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้เข้าร่วมประชุม	- จนท.สอ. อสม. แพทย์/พยาบาล ผู้ใหญ่บ้าน	- จนท.สอ. อสม. แพทย์/พยาบาล ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้าน
2. ประเภทสื่อสิ่งพิมพ์	- แผ่นพับ	-	-

จากตารางที่ 4.6 อธิบายประเภทของ แหล่งสารสนเทศของประชาชนทั้ง 3 หมู่บ้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. แหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออกที่ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ จำแนกได้ 2 ประเภทคือ ประเภทบุคคล และประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ แหล่งสารสนเทศส่วนใหญ่ในทุกหมู่บ้านคือ ประเภทบุคคล ซึ่งประกอบด้วยกลุ่ม เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ได้แก่ จนท.สอ. แพทย์/พยาบาล ครู ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐที่เข้าร่วมประชุม และกลุ่มประชาชนทั่วไป ได้แก่ อสม. และเพื่อนบ้าน และมีเพียงผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำหมู่บ้านเดียวที่รับรู้ว่ามี "แผ่นพับ" ซึ่งเป็นแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ในหมู่บ้าน

2. แหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ นอกเหนือจากแผ่นพับที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำรับรู้ว่าเป็นแหล่งสารสนเทศที่มีในหมู่บ้านแล้ว ผลจากการสัมภาษณ์ จนท.สอ. ได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมว่า ยังมี หนังสือ โปสเตอร์ ป้ายผ้ารณรงค์ ภาพพลิก และเทปเสียง ซึ่ง

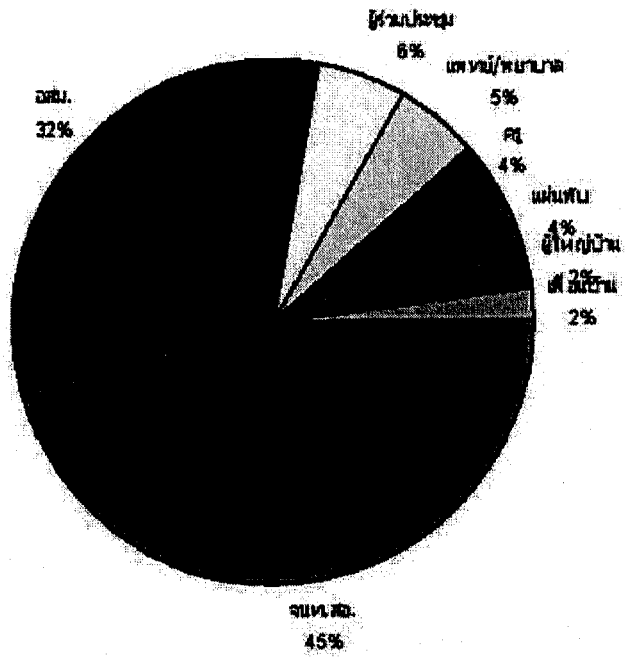
เป็นสื่อประเภทกระจายเสียง ซึ่งสื่อเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กระจายผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อจัดสรรแก่ จนท.สอ. นำไปเผยแพร่ให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบ และสื่อประเภทนี้มีจำนวนน้อยจนบางครั้ง จนท.สอ. ต้องทำสำเนาเพิ่มเองและคัดเลือกสื่อเพื่อมอบให้แก่ อสม. ครู หรือ ผู้ใหญ่บ้าน ตามความเหมาะสม เพื่อให้นำไปเผยแพร่แก่ประชาชนในหมู่บ้านต่อไป (สภ.01/52 ผต.1,สภ.02/42 ผต., สภ.03/4 ผต.1)

3. ผลการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส พบว่า ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้กล่าวถึงแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสารมวลชน ได้แก่ วิทยุ และโทรทัศน์ว่าเป็นแหล่งสารสนเทศที่ให้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกแก่ตนเอง เช่นผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำได้กล่าวถึงการเผยแพร่สารสนเทศโรคไข้เลือดออกทางสื่อโทรทัศน์ (โฟกัส 01/39 ผต.9) แต่ผู้วิจัยตรวจสอบแล้วพบว่าไม่ใช่การเผยแพร่สารสนโรคไข้เลือดออก แต่เป็นการโฆษณาขายครีมบำรุงเส้นผมที่นำภาพของยุงลายมาเป็นสื่อที่สร้างความสนใจเท่านั้น ซึ่งมีข้อสังเกตว่าหากหน่วยงานที่รับผิดชอบการเผยแพร่สารสนเทศโรคไข้เลือดออกผ่านทางโทรทัศน์ จะนำเทคนิคการสร้างความสนใจเช่นนี้มาปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการนำเสนอจะสามารถกระตุ้นความสนใจและการรับรู้ของประชาชนได้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่ชอบดูโทรทัศน์เป็นประจำ และในส่วนของสื่อวิทยุที่ผู้ร่วมวิจัยกล่าวถึงว่าได้รับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกจากสื่อนี้ แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ไม่พบว่าผู้ร่วมวิจัยได้กล่าวถึงสารสนเทศโรคไข้เลือดออกที่รับรู้จากสื่อวิทยุแต่อย่างใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปว่าวิทยุและโทรทัศน์ ไม่ใช่แหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออกที่ประชาชนรับรู้

4.2 แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญ ผู้วิจัยได้จัดลำดับความสำคัญของแหล่งสารสนเทศโดยการแจงนับจำนวน "คำ" ที่ระบุไว้ในส่วนที่ผู้ร่วมวิจัยกล่าวถึง และนำมาปรับค่าเป็นร้อยละ พบว่า แหล่งสารสนเทศที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้านให้ความสำคัญส่วนใหญ่เป็นแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล และแหล่งสารสนเทศที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านให้ความสำคัญมากที่สุด คือ จนท.สอ. รองลงมาได้แก่ อสม.

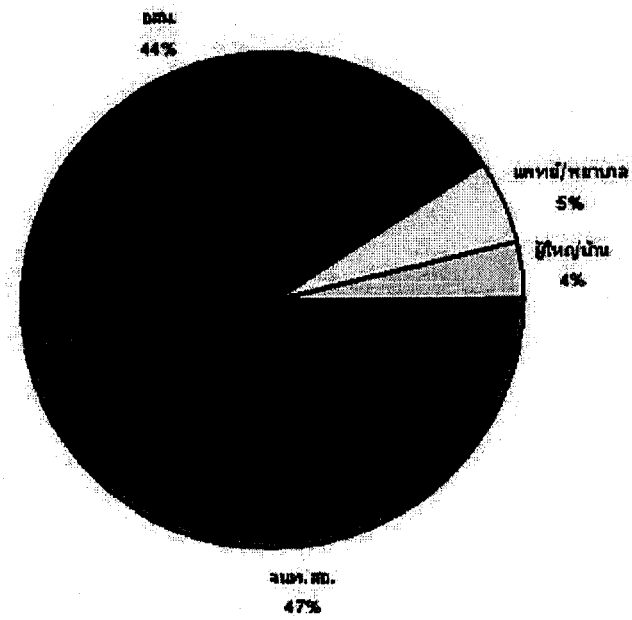
นอกจากนั้นพบว่า การให้ความสำคัญต่อแหล่งสารสนเทศชนิดต่าง ๆ มีความแตกต่างกันในแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้

4.2.1 หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ แหล่งสารสนเทศที่ผู้ร่วมวิจัยให้ความสำคัญเรียงลำดับจากมากสุดไปหาน้อยสุดได้แก่ จนท.สอ. (ร้อยละ 45) อสม. (ร้อยละ 32) ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ การประชุมร่วมระหว่างภาครัฐและประชาชนในหมู่บ้าน และการประชุมประจำเดือนของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 6) แพทย์/พยาบาล (ร้อยละ 5) ครู และ แผ่นพับ (ร้อยละ 4 เท่ากัน) ผู้ใหญ่บ้าน และเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 2 เท่ากัน)



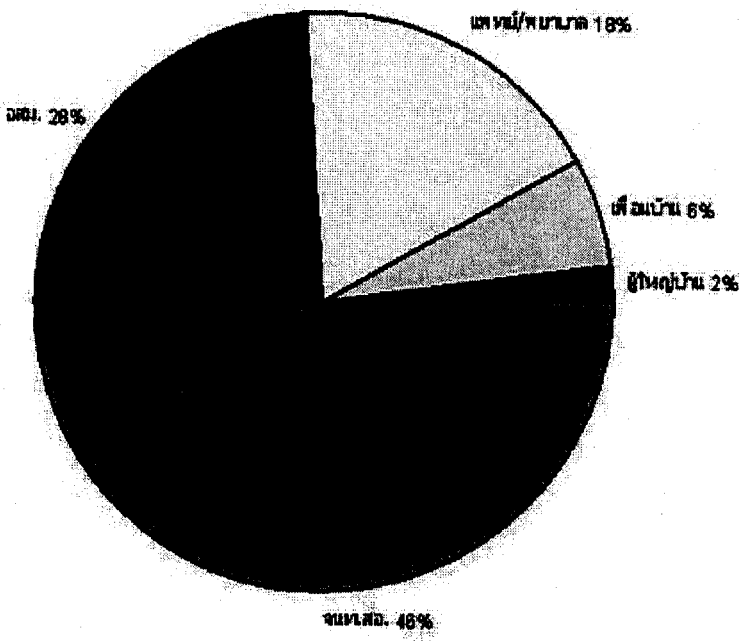
ภาพที่ 4.3 แผนภูมิแสดงร้อยละความสำคัญของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

4.2.2 หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง แหล่งสารสนเทศที่ผู้ร่วมวิจัยให้ความสำคัญเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ จนท.สอ.(ร้อยละ 47) อสม.(ร้อยละ 44) แพทย์ /พยาบาล (ร้อยละ 5) และผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 4)



ภาพที่ 4.4 แผนภูมิแสดงร้อยละความสำคัญของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง

4.2.3 หมู่บ้านเสี่ยงสูง แหล่งสารสนเทศที่ผู้ร่วมวิจัยให้ความสำคัญเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ จนท.สอ. (ร้อยละ 46) อสม. (ร้อยละ 28) แพทย์/พยาบาล (ร้อยละ 18) เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 6) และผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 2)



ภาพที่ 4.5 แผนภูมิแสดงร้อยละความสำคัญของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงสูง

4.3 แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนต้องการ จากการสอบถามผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้าน เกี่ยวกับแหล่งสารสนเทศที่ผู้ร่วมวิจัยแสวงหาเมื่อมีความต้องการสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่าผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 หมู่บ้านต้องการทราบสารสนเทศจาก “จนท.สอ.” มากที่สุด นอกจากนั้นพบว่ามีแหล่งสารสนเทศอื่น ๆ ที่ผู้ร่วมวิจัยแต่ละหมู่บ้านต้องการสารสนเทศจากแหล่งต่าง ๆแตกต่างกัน ดังนี้

4.3.1 หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ได้แก่ จนท.สอ (โฟกัส01/136 ผต.1,โฟกัส01/137 ผต.2, โฟกัส01/138 ผต.3,โฟกัส01/139 ผต.4, โฟกัส01/140 ผต.5, โฟกัส01/141 ผต.6,โฟกัส01/142 ผต.8, โฟกัส01/143 ผต.9,โฟกัส01/144 ผต.10) ครู (โฟกัส01/148 ผต.8) แพทย์/พยาบาล ประจำโรงพยาบาล (โฟกัส01/144 ผต.10)

4.3.2 หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง และหมู่บ้านเสี่ยงสูง ได้แก่ จนท.สอ. (โฟกัส 02/103 ผต.8, โฟกัส 02/104 ผต.9) , (โฟกัส 03/121 ผต.7, โฟกัส 03/123 ผต.4) อสม.(โฟกัส 02/102 ผต.1) , (โฟกัส 03/120 ผต.8) ผู้ใหญ่บ้าน (โฟกัส 02/104 ผต.9) , (โฟกัส 02/104 ผต.9)

4.4 ช่องทางการกระจายสารสนเทศของแหล่งสารสนเทศ

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ จนท.สอ. ประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้านเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับแหล่งสารสนเทศ และได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สามารถจำแนกช่องทางการกระจายสารสนเทศของแหล่งสารสนเทศต่าง ๆ ในหมู่บ้านโดยใช้สถานที่เป็นเกณฑ์ จำแนกรายหมู่บ้านได้ดังนี้

4.4.1 หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ช่องทางการกระจายสารสนเทศของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านนี้ได้แก่

1) สถานีอนามัย หมู่บ้านนี้มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ในบริเวณหมู่บ้าน เป็นสถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในหมู่บ้านและหมู่บ้านข้างเคียง แหล่งสารสนเทศและเครื่องมือสำหรับกระจายสารสนเทศในสถานีอนามัย มีดังนี้

(1) แหล่งสารสนเทศที่มีในสถานีอนามัย ได้แก่

ก. แหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล ได้แก่ จนท.สอ. ซึ่งในสถานีอนามัยแห่งนี้ มีเจ้าหน้าปฏิบัติงานประจำสถานีอนามัย จำนวน 3 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานีอนามัย จำนวน 1 คน และ เจ้าหน้าที่ระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน

ข. สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง ได้แก่ โปสเตอร์ หนังสือแผ่นพับ และ เทปเสียง โดยได้รับแจกจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการกระจายสารสนเทศ มีดังนี้

ก. จนท. สอ. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยนอกจากจะเป็นแหล่งสารสนเทศแล้ว ยังทำหน้าที่กระจายแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียงให้แก่แหล่งสารสนเทศอื่น ๆ เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ครู และประชาชนผู้มารับบริการ (สภ. 01/26 ผต.1)

ข. มุมประชาสัมพันธ์ ภายในอาคารสถานีอนามัยจะมีมุมประชาสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วย บอร์ดประชาสัมพันธ์ กล่องใส่แผ่นพับ และชั้นวางหนังสือ โดย จนท.สอ. ผู้รับผิดชอบจะนำโปสเตอร์มาปิดที่บอร์ด จัดวางหนังสือที่ชั้นวางหนังสือ และใส่แผ่นพับในกล่องใส่แผ่นพับ เพื่อให้ประชาชนที่มารับบริการได้หยิบอ่านและนำกลับไปบ้านด้วย (สภ.01/52 ผต.1)

2) ศาลากลางบ้าน เป็นสถานที่ประชุมพบปะกันทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการของประชาชนในหมู่บ้าน แหล่งสารสนเทศที่มีในศาลากลางบ้านคือ โปสเตอร์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เครื่องมือในการกระจายสารสนเทศ คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ซึ่ง จนท.สอ จะนำโปสเตอร์มาปิดที่บอร์ดแห่งนี้เป็นครั้งคราว

3) โรงเรียน ภายในบริเวณโรงเรียนมีอาคารห้องสมุดเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปและจัดได้ว่าเป็นช่องทางในการกระจายสารสนเทศในโรงเรียน โดยที่แหล่งสารสนเทศ คือ หนังสือเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ จนท.สอ. นำมามอบให้ทางโรงเรียนเก็บไว้ที่ห้องสมุดแห่งนี้เพื่อให้ผู้มาใช้ห้องสมุดได้อ่าน (สภ.01/26 ผต.1)

4) บ้านผู้ใหญ่บ้าน บริเวณบ้านของผู้ใหญ่บ้าน มีแหล่งสารสนเทศ และเครื่องมือกระจายสารสนเทศ ดังนี้

(1) แหล่งสารสนเทศ ได้แก่ โปสเตอร์ เอกสารประชาสัมพันธ์ เทปเสียง ที่ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ จนท.สอ. นำมามอบให้

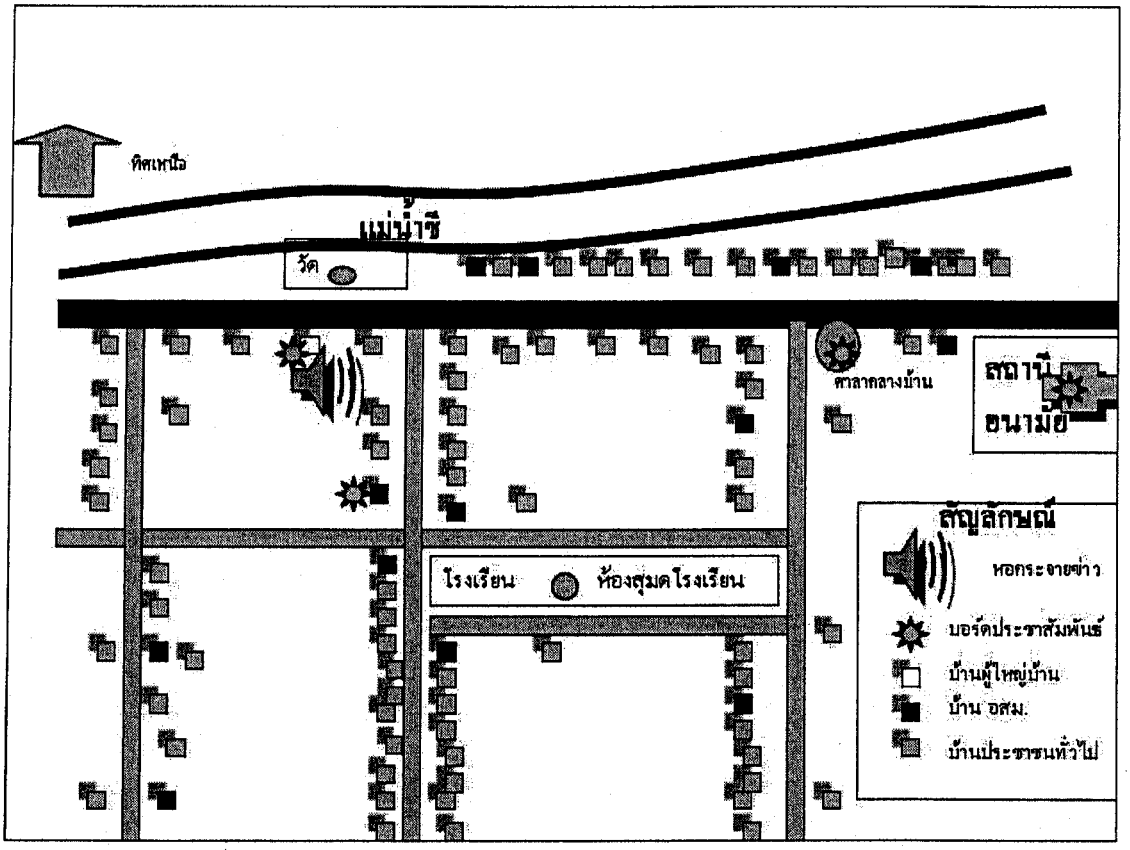
(2) เครื่องมือการกระจายสารสนเทศ ได้แก่

ก. บอร์ดประชาสัมพันธ์ มีไว้เพื่อปิดประกาศข่าวสารทางราชการ เมื่อ จนท. สอ.ได้รับแจกโปสเตอร์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจะนำมามอบให้ผู้ใหญ่บ้านปิดประกาศ

ข. หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน มีไว้เพื่อประกาศข่าวสารต่าง ๆ ที่หน่วยงานราชการส่งไปประชาสัมพันธ์ โดยมีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ทำหน้าที่ประกาศ มีการกระจายข่าวในช่วงเช้าตั้งแต่เวลาประมาณ 05.30 น. -06.00 น. เป็นประจำทุกวัน มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตลอดปี และในช่วงรณรงค์ป้องกันโรค จนท.สอ.จะส่งเอกสารความรู้ หรือเทปเสียง ให้ผู้ใหญ่บ้านเปิดผ่านหอกระจายข่าวเป็นบางครั้ง (สภ.01/16 ผต.1, สภ.01/18 ผต1, สภ.01/22 ผต.1)

5) บ้านประธาน อสม. เป็นที่ตั้งศูนย์ข้อมูลด้านสาธารณสุขของหมู่บ้าน และ อยู่ในละแวกบ้านเดียวกันกับบ้านของผู้ใหญ่บ้าน แหล่งสารสนเทศที่มีคือ เอกสารข่าวสาร และโปสเตอร์ที่ให้ความรู้ด้านสาธารณสุข รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ได้รับมาจาก จนท.สอ. โดยมีบอร์ดประชาสัมพันธ์สำหรับปิดประกาศเป็นช่องทางในการกระจายสารสนเทศ

6) บ้านอสม. เป็นที่อยู่อาศัยของ อสม. ซึ่งเป็นแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล และบ้าน อสม. นี้ถือว่าเป็นช่องทางในการกระจายสารสนเทศจาก อสม. เพราะที่ตั้งของบ้าน อสม. ในหมู่บ้านนี้มีการกระจายตัวในทุกละแวกบ้าน และประชาชนในละแวกบ้านเดียวกันกับ อสม.จะมีความคุ้นเคยกับ อสม. เป็นอย่างดี เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยจะมาปรึกษากับ อสม. ก่อนที่จะไปสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล



ภาพที่ 4.6 ช่องทางกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

4.4.2 หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ช่องทางในการกระจายสารสนเทศหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ

1) สถานีอนามัย หมู่บ้านนี้มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ในหมู่บ้าน แหล่งสารสนเทศในสถานีอนามัย คือ จนท.สอ. ที่มีจำนวน 3 คน และภาพพลิก ซึ่งจนท.สอ.จะใช้ภาพพลิกเป็นสื่อสุขศึกษาในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ผู้มารับบริการ (สภ.02/42 ผต.) และมีช่องทางในการกระจายสารสนเทศเช่นเดียวกันกับสถานีอนามัยของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

2) โรงเรียน ภายในบริเวณโรงเรียนมีแหล่งสารสนเทศคือ โปสเตอร์ หรือเอกสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ จนท. สอ. จะนำ มาให้ทางโรงเรียนเป็นประจำ มีเครื่องมือในการกระจายสารสนเทศ เช่นเดียวกับหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ ห้องสมุดโรงเรียน บอร์ดประชาสัมพันธ์ หอกระจายข่าวของโรงเรียน แต่ จนท.สอ.ไม่ได้ใช้หอกระจายข่าวแห่งนี้ในการกระจายสารสนเทศไข้เลือดออก (สภ.02/12 ผต, สภ.02/22 ผต.)

3) บ้าน อสม. ที่ตั้งบ้านเรือนของ อสม. ถึงแม้จะกระจุกตัวในบางละแวกบ้าน แต่ในภาพรวมของหมู่บ้านแล้วมีการกระจายครบทุกละแวกบ้าน จัดได้ว่าเป็นที่อยู่ของแหล่งสารสนเทศและช่องทางกระจายสารสนเทศ เช่นเดียวกันกับหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

4) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นแหล่งรวมข้อมูล ความรู้ด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน และจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน มีแหล่งสารสนเทศคือ อสม. ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาปฏิบัติงาน และโปสเตอร์ที่ได้มาจากสถานีอนามัย มีเครื่องมือในการกระจายสารสนเทศ คือ บอร์ดประชาสมพันธ์

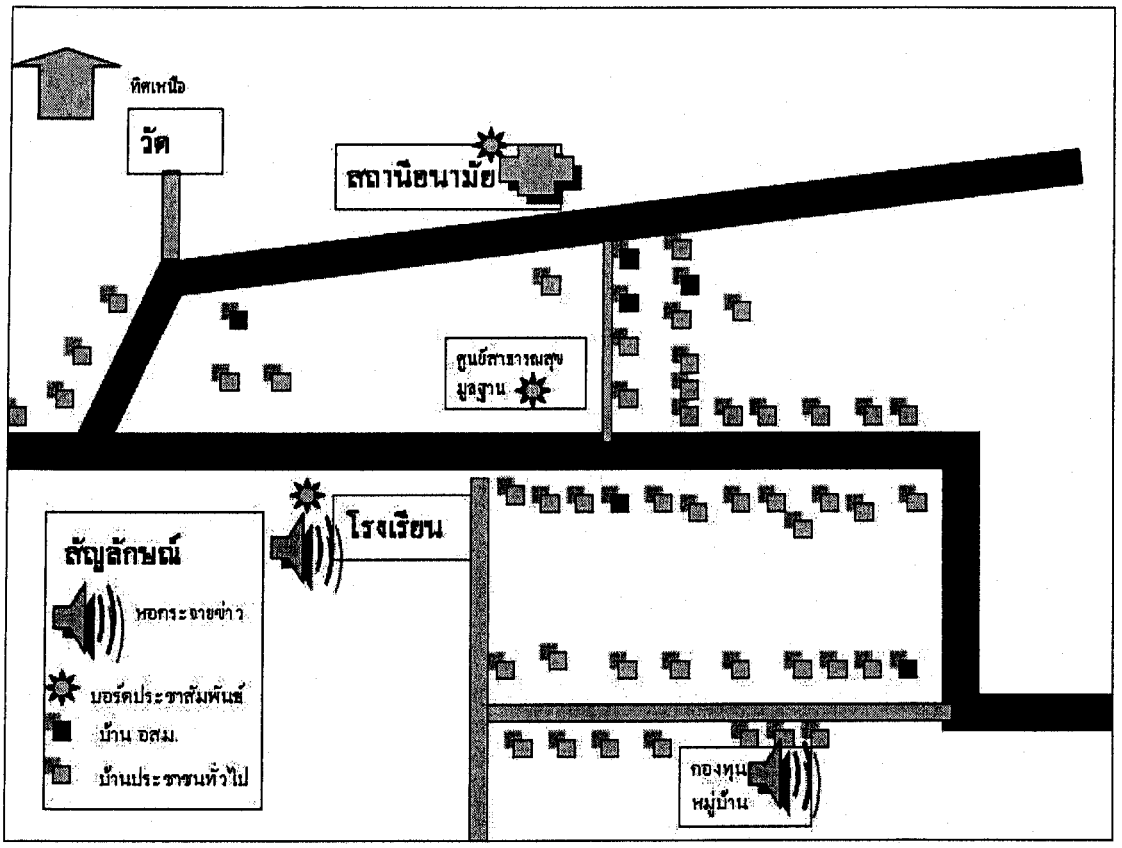
5) ร้านค้ากองทุนหมู่บ้าน เป็นสถานที่จำหน่ายสินค้าประจำหมู่บ้าน มีแหล่งสารสนเทศและเครื่องมือกระจายสารสนเทศ ดังนี้

(1) แหล่งสารสนเทศ คือ โปสเตอร์ แผ่นพับ เอกสาร และเทปเสียงที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

(2) เครื่องมือในการกระจายสารสนเทศ คือ

ก. บอร์ดประชาสัมพันธ์ ซึ่ง ส่วนใหญ่ อสม. จะนำโปสเตอร์มาปิดประกาศที่นี่

ข. หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยมีผู้ทำหน้าที่กระจายข่าวหลายคน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทำการกระจายข่าวตามภารกิจที่ตนเองรับผิดชอบ (โฟกัส 02/114 ผต.4,โฟกัส 02/115 ผต.5) ส่วนในเรื่องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้กระจายข่าวคือ อสม. โดยจะรับข่าวสารมาจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในรูปของ แผ่นพับ จดหมายข่าว หรือเทปเสียง ความถี่ของการกระจายข่าวไม่สม่ำเสมอ เป็นครั้งคราว (สภ.02 /18 ผต.)



ภาพที่ 4.7 ช่องทางกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง

4.4.3 หมู่บ้านเสี่ยงสูง ช่องทางในการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านนี้คล้ายกันกับหมู่บ้านเสี่ยงต่ำโดยมีช่องทางดังนี้

1) สถานีอนามัย สถานีอนามัยแห่งนี้ตั้งอยู่ในหมู่บ้านเช่นเดียวกับสองหมู่บ้านข้างต้น มีแหล่งสารสนเทศ คือ จนท.สอ. จำนวน 3 คน และแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ คือ ป้ายผ้ารณรงค์ที่ จนท.สอ. นำป้ายผ้ารณรงค์แขวนไว้ที่รั้วด้านหน้าของสถานีอนามัย และมีเครื่องมือกระจายสารสนเทศ เช่นเดียวกันกับทั้งสองหมู่บ้าน

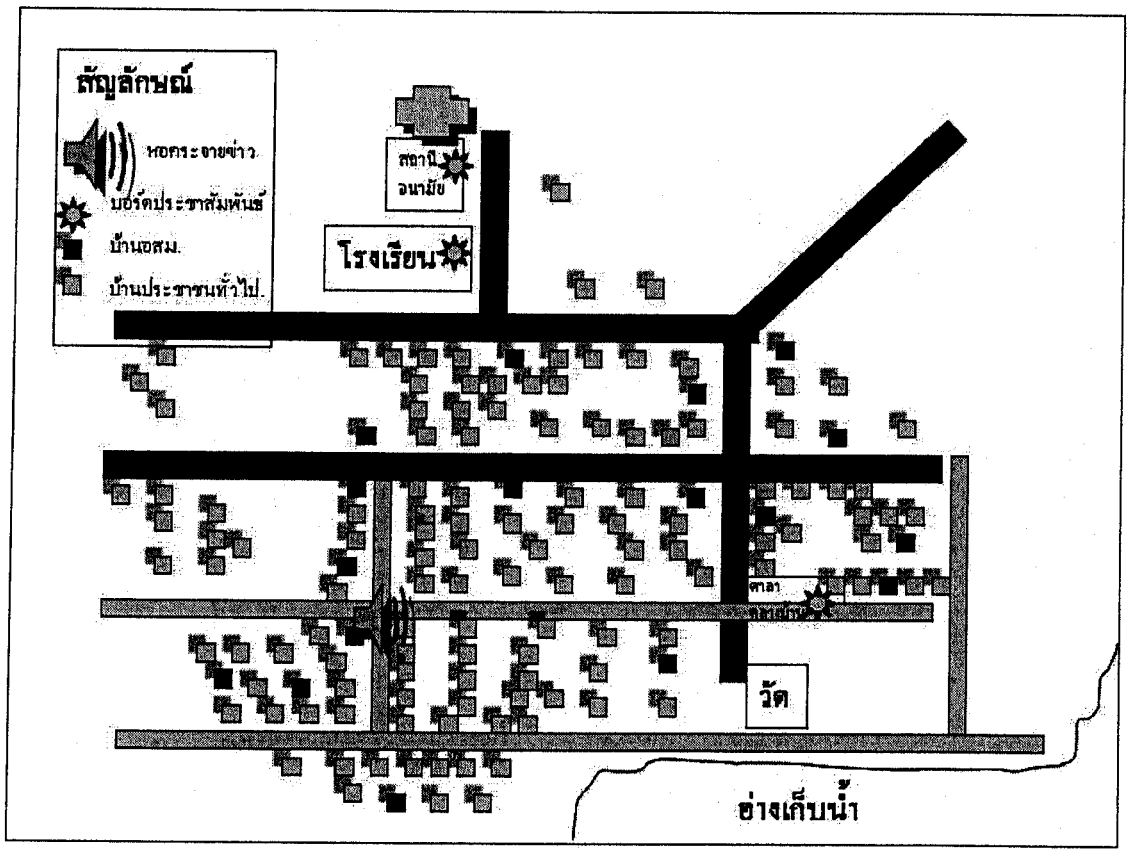
2) โรงเรียน ในโรงเรียนมีแหล่งสารสนเทศคือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ครูได้รับแจกมาจาก จนท.สอ. และเครื่องมือในการกระจายสารสนเทศ คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์สำหรับปิดประกาศ (สภ.03/8 ผต.1)

3) ศาลากลางบ้าน ในบริเวณศาลากลางบ้านมีแหล่งสารสนเทศ คือ แผ่นพับหรือ โปสเตอร์ที่ประธาน อสม. ได้รับแจกจาก จนท.สอ.ที่เข้าไปเยี่ยมหมู่บ้าน จะนำมาปิดเพื่อประชาสัมพันธ์ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์

4) บ้านประธาน อสม. ในบ้านประธาน อสม. มีแหล่งสารสนเทศ คือ

ประธาน อสม. และ หนังสือราชการ จาก จนท.สอ. เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์ เช่น ประกาศกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก และมีเครื่องมือในการกระจายสารสนเทศ คือ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีการกระจายเสียงเป็นครั้งคราวโดยมีผู้นำชุมชนเป็นผู้ประกาศข่าว (สภ.03/10 ผต.1, /12ผต.1)

5) บ้าน อสม. บ้านเรือนของ อสม. มีลักษณะกระจายตัวตามละแวกบ้านทั้งหมู่บ้าน จัดได้ว่าเป็นที่อยู่ของแหล่งสารสนเทศและเครื่องมือการกระจายสารสนเทศ เช่นเดียวกันกับทั้งสองหมู่บ้าน



ภาพที่ 4.8 ช่องทางกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านเสี่ยงสูง

4.5 บทบาทของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้าน ผู้วิจัยขอนำเสนอเฉพาะบทบาทของ จนท.สอ. และ อสม. ซึ่งเป็นแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลที่ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้ให้ความสำคัญมากที่สุด และมีข้อมูลประกอบการนำเสนอที่ชัดเจน ดังนี้

4.5.1 บทบาทของ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ.) ผลการศึกษาพบว่า จนท.สอ. ในสถานีอนามัยของทั้ง 3 หมู่บ้านมีบทบาทที่เหมือนกัน จึงขอนำเสนอในภาพรวมดังนี้

1) บทบาททั่วไป จนท.สอ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติในที่สถานีอนามัย จำแนกตามตำแหน่ง ได้แก่ หัวหน้าสถานีอนามัย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานทันตาภิบาล และ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แต่ละตำแหน่งจะมีหน้าที่เฉพาะที่แตกต่างกันและมีหน้าที่หลักเดียวกัน คือ ให้การรักษาพยาบาล ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการป้องกันและควบคุมโรค ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการ ประชาชนในหมู่บ้านจะคุ้ยเคยกันดีกับ จนท.สอ. และเรียก เจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานีอนามัยว่า "หมออนามัย"

2) บทบาทที่ถูกกำหนดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก คณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคอำเภอเสลภูมิ (2546:4) ได้มีการกำหนดบทบาทของ จนท.สอ ในการดำเนินการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก คือ

(1) การให้การรักษาพยาบาล หน้าที่ จนท.สอ. คือ จะต้องเฝ้าติดตามผู้ที่ป่วยหรือผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และนำมาให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องโดยเร็วที่สุด

(2) การประสานงานกับหน่วยงานในท้องถิ่น ในการควบคุมโรค การประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรค

3) บทบาทที่ปฏิบัติในฐานะแหล่งสารสนเทศ จากผลการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสของผู้ร่วมวิจัย และสัมภาษณ์ จนท.สอ.ประจำสถานีอนามัยทั้ง 3 หมู่บ้านพบว่า บทบาทหลักของ จนท.สอ.ในฐานะเป็นแหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออก คือ การเผยแพร่ความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่กลุ่มบุคคลต่างๆ ในหมู่บ้าน โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนผู้มารับบริการที่สถานีอนามัย อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ครู สมาชิก อบต. และประชาชนทั่วไป ซึ่งมีวิธีการและเนื้อหาความรู้ที่แตกต่างกันไป ดังนี้

(1) ให้ความรู้รายบุคคล แก่บุคคลต่าง ๆ ดังนี้

ก. ผู้มารับบริการที่สถานีอนามัย ได้แก่ บิดา มารดา หรือ ญาติที่พาเด็กที่สงสัยจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมารับการรักษาที่สถานีอนามัย โดยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการของโรค วิธีสังเกตอาการ วิธีการรักษาโรคเบื้องต้น สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก วิธีการป้องกันโรค (สภ.01/47 ผต.1, สภ.02/38 ผต.,สภ.02/40 ผต. สภ.03/40 ผต.2) โดยการอธิบาย หรือ การใช้ภาพพลิกประกอบการอธิบาย ซึ่งตรงกันกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส

> *".....อย่างตอนที่ลูกสาวผมป่วยก็พามาหาหมออนามัย หมอก็บอกอาการว่าตั้งแต่เริ่มต้นเป็นอย่างไรบ้างเพราะบางคนอาจจะไม่รู้ ถ้าไม่จำเป็นก็อย่ากินยาหรือกินยานิดหน่อย"* (โฟกัส 03/13 ผต.8)

"พาลูกไปหาหมออนามัยบ่อย ...หมอพูดให้ฟัง ว่าให้คว่ำโอ่ง และ อสม.ไปสำรวจลูกน้ำ" (โฟกัส 02/17ผต.4)

ข) เจ้าของบ้านเรือนที่ไม่ให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย เช่นในการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านของ อสม. โดยมีวิธีการ คือ จนท. สอ. จะออกเยี่ยมบ้านเรือนที่ไม่ให้ความร่วมมือหลังจากที่ อสม.ได้แจ้งรายชื่อให้ทราบ โดยการออกไปพบปะพูดคุยให้ความรู้แก่ เจ้าของบ้านเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งสอบถามสาเหตุที่เจ้าของบ้านไม่ให้ความร่วมมือ และให้หาแนวทางร่วมกันในการป้องกันโรคโดยวิธีอื่นนอกจากวิธีการที่ อสม. แนะนำ (สภ.01/34 ผต.1)

(2) ให้ความรู้รายกลุ่ม แก่กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ดังนี้

ก. กลุ่ม อสม. วิธีการให้ความรู้แก่กลุ่ม อสม. ของ จนท.สอ. คือ การเรียกประชุมชี้แจงวิธีการทำงานในการควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ อสม. เกิดความรู้ และนำความรู้ที่ได้ไปแนะนำประชาชนในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ โดยจัดประชุมที่สถานีอนามัยเดือนละ 1 ครั้ง มีเนื้อหาความรู้คือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดยุงลาย วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย วิธีการใช้ทรายอะเบทเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย (สภ.03/14 ผต.1, สภ. 01/30ผต.1, สภ.02/34ผต.) และบางครั้ง จนท.สอ. จะลงพื้นที่ร่วมกับ อสม. เพื่อควบคุมกำกับตรวจสอบการปฏิบัติงานของ อสม. และแก้ไขปัญหาในกรณีที่เจ้าของบ้านเรือนไม่ให้ความร่วมมือกับ อสม. (สภ.01/34ผต.1, สภ.02/28ผต., สภ.03/16ผต.1, สภ.03/18ผต.1)

ข. กลุ่มผู้นำองค์กร เช่น สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) , ผู้อำนวยการโรงเรียน โดยการจัดประชุมแนะนำวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก (สภ.02/70ผต.1)

*ค. กลุ่ม*อื่นๆ เช่น ประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน ครู โดยการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนในการประชุมระหว่างภาครัฐและประชาชน (โฟกัส01/28ผต.4)

(3) การกระจายแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง แหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง ได้แก่ โปสเตอร์ แผ่นพับ เทปเสียง ที่ จนท.สอ. ได้รับจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีจำนวนจำกัด จึงทำให้มีการคัดเลือกสื่อเพื่อแจกจ่ายให้กลุ่มต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดประโยชน์จากการใช้สื่อแต่ละชนิดมากที่สุด และมีความถี่ในการกระจายที่ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับว่าจะได้รับสื่อเหล่านี้ในช่วงใด และโดยส่วนใหญ่จะได้รับสื่อเหล่านี้จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประมาณปีละ 2 ครั้ง โดยครั้งแรกจะได้รับในเดือนมกราคม ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก และครั้งที่สองจะได้รับในเดือนพฤษภาคม ซึ่งเป็นช่วงเริ่มฤดูฝนและเริ่มมีผู้ป่วย และมีรายละเอียดดังนี้

ก. การกระจายแผ่นพับ จนท.สอ.จะทำการคัดเลือกสื่อนี้ให้ อสม. เพื่อนำไปอ่านและนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดให้ประชาชนละแวกบ้านที่รับผิดชอบอีกครั้งหนึ่ง

ข. การกระจายโปสเตอร์ จนท.สอ.จะทำการคัดเลือกสื่อนี้ให้แก่ ประธาน อสม. เพื่อนำไปปิดประชาสัมพันธ์ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ที่มีในหมู่บ้าน หรือ ให้แก่ ครู เพื่อนำไปจัดบอร์ดให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียน

ค. การกระจายหนังสือที่ให้ความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออก จนท.สอ.จะทำการคัดเลือกสื่อนี้ให้แก่ ครู เพื่อนำไปเก็บไว้ที่ห้องสมุดในโรงเรียน เพื่อให้ ครู นักเรียน อสม. หรือ ประชาชนทั่วไปได้ศึกษาหาความรู้

ง. การกระจายเทปเสียงซึ่งบรรจุบทความ หรือ เพลงหมอลำ ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จนท.สอ.จะทำการกระจายสื่อนี้ให้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อสม. นำไปเปิดกระจายเสียงที่หอกระจายข่าวภายในหมู่บ้านเป็นครั้งคราว

(4) สรุปบทบาทของ จนท. สอ. กล่าวโดยสรุปได้ว่า จนท. สอ. ได้ทำหน้าที่ในฐานะแหล่งสารสนเทศ คือ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในหมู่บ้านโดยสอดแทรกความรู้ขณะทำปฏิบัติงานตามบทบาทที่ถูกกำหนดในการการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างครบถ้วนด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น ให้ความรู้รายบุคคลในระหว่างที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก หรือระหว่างการออกเยี่ยมประชาชนเจ้าของบ้านเรือนที่ไม่ให้ความร่วมมือ การให้ความรู้รายกลุ่ม เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ สมาชิก อบต. หรือ ผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อการประสานงานกับหน่วยงานในท้องถิ่น หรือ การจัดประชุมให้ความรู้แก่ อสม. ที่สถานีอนามัย การกระจายสื่อสารสนเทศชนิดต่าง ๆ ให้แก่ กลุ่มคนต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ให้แก่หน่วยงานและบุคคลต่าง ๆในหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทที่คณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคอำเภอเสลภูมิ (2546:4) กำหนดให้ จนท.สอ. จะต้องให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนและพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่หน่วยงานและบุคคลต่าง ๆด้วยเช่นกัน

4.5.2 บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการศึกษาพบว่า อสม. ทั้ง 3 หมู่บ้านมีบทบาทที่เหมือนกัน จึงขอนำเสนอเป็นภาพรวมดังนี้

1) บทบาททั่วไป อสม. คือประชาชนที่สมัครใจช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขของ จนท.สอ. มีหน้าที่หลักคือ เผยแพร่ข่าวสารสาธารณสุขจาก จนท.สอ. สู่ประชาชนในหมู่บ้าน นอกจากนั้นยังเป็นผู้นำด้านสุขภาพในหมู่บ้าน คือ การปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีและให้คำแนะนำ หรือความรู้แก่ประชาชนทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการ

ควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคประจำถิ่นหรือประจำฤดูกาลที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านเป็นประจำเช่น โรคอุจจาระร่วง โรคเลปโตสไปโรซีส(Leptospirosis) โรคเอดส์ และโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

2) บทบาทที่กำหนดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก คณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคอำเภอเสลภูมิ (2546:7) ได้มีการกำหนดบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ การส่งเสริมการใช้ปลากินลูกน้ำ การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น การสำรวจความชุกลูกน้ำยุงลาย และการดำเนินการควบคุมโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

3) บทบาทที่ปฏิบัติในฐานะแหล่งสารสนเทศ จากการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสผู้ร่วมวิจัยและสัมภาษณ์ จนท.สอ. ทั้ง 3 หมู่บ้าน พบว่า บทบาทหลักของ อสม. ในฐานะเป็นแหล่งสารสนเทศไข้เลือดออก คือ การถ่ายทอดความรู้โรคไข้เลือดออกจาก จนท.สอ. สู่ประชาชนในละแวกบ้านที่ อสม.รับผิดชอบ ซึ่งมีวิธีการและเนื้อหาความรู้ดังนี้

(1) การให้ความรู้แก่ประชาชนรายบุคคล อสม. เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากบุคคลที่ประชาชนในหมู่บ้านให้การยอมรับว่า มีมนุษย์สัมพันธ์กับเพื่อนบ้านในละแวกบ้านเดียวกันเป็นอย่างดี และไปมาหาสู่พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านในละแวกบ้านเดียวกันเป็นประจำ อสม.จึงทำหน้าที่นำข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพไปบอกแก่ประชาชนในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ หรือข่าวสารที่คาดว่าจะเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข เช่น เมื่อคาดว่าจะเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน อสม.จะออกเยี่ยมเพื่อนบ้านเพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติการป้องกันโรค หรือเฝ้าระวังโรค และถ้าหากมีการพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก จะให้คำแนะนำวิธีการสังเกตอาการ หรือแนะนำให้พาผู้ป่วยไปทำการรักษาที่สถานีอนามัย

ก. แหล่งสารสนเทศของ อสม. สารสนเทศที่ อสม.นำไปให้ความรู้แก่ประชาชนได้มาจากหลายแหล่งด้วยกัน คือ

ก) แหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล ได้แก่ จนท.สอ โดยที่ จนท.สอ. จะเชิญ อสม. มาประชุมที่สถานีอนามัยเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อนำไปถ่ายทอดให้ประชาชนรับทราบ และสารสนเทศส่วนใหญ่จะได้มาจากแหล่งนี้

ข) แหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือคู่มือ ซึ่งจะได้รับเผยแพร่จาก จนท.สอ. เพื่อให้ อสม.ได้รับฟังหรือนำไปอ่าน และนำความรู้ที่ได้ไปแนะนำประชาชนในละแวกบ้านที่รับผิดชอบ

ค) ความรู้และประสบการณ์เดิมของ อสม. ได้แก่ความรู้จากระบบการศึกษา หรือ ประสบการณ์จากการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. จากคำให้สัมภาษณ์ของ จนท.สอ.ดังนี้

"สรุปว่าสื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่มี ก็เป็นพวกแผ่นพับ"

"ใช่พวกแผ่นพับธรรมดา แต่ที่ อสม.มีความรู้ ก็เพราะส่วนใหญ่มี

พื้นฐานการศึกษาค่อนข้างดี เช่น จบ ปวช. หรือ อย่างต่ำ ม.6 พวกนี้จะเป็นแกนหลักในการทำงาน" (สภ.01/53 ผถ.,สภ.01/54 ผต.1)

ข. สารสนเทศโรคไข้เลือดออกที่ อสม.ให้ความรู้แก่ประชาชน สรุปได้ดังนี้

ก) วิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่ง อสม. จะให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยในกรณีที่พบว่า มีผู้ป่วยด้วยอาการไข้และสงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก เพื่อมุ่งหวังให้นำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ถูกต้องโดยเร็วหากญาติสามารถสังเกตอาการเริ่มแรกของโรคไข้เลือดออกได้

ข) วิธีการป้องกันโรค ได้แก่ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น การเทน้ำในโอ่งน้ำที่มีลูกน้ำ การล้างโอ่งน้ำทุก 5 วัน การคว่ำเศษภาชนะที่ไม่ใช้เพื่อไม่ให้มีน้ำขัง เช่น กะลามะพร้าว กระป๋อง การกำจัดลูกน้ำยุงลาย เช่น การใส่ทรายอะเบทในโอ่งน้ำ การป้องกันยุงกัด เช่น การแนะนำให้กางมุ้งนอนในเวลากลางวัน การจัดสภาพบ้านเรือนเพื่อไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยและเพาะพันธุ์ของยุงลาย

(2) การปฏิบัติเป็นตัวอย่าง มีกิจกรรมที่ อสม. ดำเนินการดังนี้

ก. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย เป็นกิจกรรมของกลุ่ม อสม.ที่ปฏิบัติเป็นตัวอย่างในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และ อสม.ทั้ง 3 หมู่บ้านได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกเดือน ผู้ร่วมวิจัยหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่ทำหน้าที่ อสม. ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ดังนี้

ก) เพื่อการสื่อสารวิธีการป้องกันโรคกับประชาชนในหมู่บ้าน (โฟกัส 01/62 ผต.4) กล่าวคือ อสม.ในหมู่บ้านจะนัดหมายและออกปฏิบัติงานในวันเดียวกันเพื่อจะเดินสำรวจลูกน้ำยุงลายตามภาชนะที่ขังน้ำในบริเวณบ้านเรือนของประชาชนที่อยู่ในละแวกบ้าน เมื่อพบลูกน้ำจะแนะนำให้เจ้าของบ้านเรือนกำจัดลูกน้ำ เช่น เปลี่ยนน้ำโอ่งน้ำ หรือใส่ทรายอะเบท โดยบางครั้งก็ทำการกำจัดลูกน้ำให้เอง มีความถี่ในการสำรวจประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งบางครั้งจะทำงานร่วมกับ จนท.สอ. หรือ ร่วมกับครู และนักเรียน หากมีการรณรงค์ในฤดูกาลแพร่ระบาด

ข) เพื่อการวางแผนกำจัดยุงลายในหมู่บ้านโดยใช้ข้อมูลจากค่า B.I. และ H.I (โฟกัส 01/64 ผต.4) โดยมีวิธีดำเนินการ คือ ระหว่างทำการสำรวจจะบันทึกข้อมูลไว้ และนำข้อมูลมาคำนวณ ค่า B.I. (ดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลาย) และ H.I. (ดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลายรายหลังคาเรือน) เพื่อพยากรณ์ปริมาณยุงลายและหากพบว่าละแวกบ้านใดคาดว่าจะปริมาณยุงลายมากจะนัดกันไปทำการกำจัดยุงลายต่อไป (โฟกัส 01/67 ผต.4,โฟกัส 01/676ผต.3, โฟกัส 01/132 ผต.3)

การสำรวจลูกน้ำยุงลายของกลุ่ม อสม. ทำให้ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านเกิดการรับรู้ว่าเป็นวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกอีกวิธีหนึ่ง และได้ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมที่เกิดตามจากการเดินสำรวจลูกน้ำยุงลาย เป็นลำดับต้น ๆ เช่น การใส่ทรายอะเบท การเทน้ำในโอ่งน้ำที่มีลูกน้ำทิ้ง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านได้ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมนี้มากที่สุด

ข. การพ่นสารเคมีกำจัดยุงลาย กิจกรรมนี้เป็นการปฏิบัติร่วมกันกับ จนท.สอ. เพื่อการควบคุมโรค ซึ่งจะดำเนินการในกรณีที่มีการเกิดโรคขึ้นในหมู่บ้าน ทำให้ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านเกิดการรับรู้เหมือนกันว่าเป็นกิจกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญกิจกรรมหนึ่ง

4) สรุปบทบาทของ อสม. จากผลการศึกษาบทบาทของ อสม. ทำให้สรุปได้ว่า บทบาทหลักของ อสม. คือเป็นตัวแทนในการเผยแพร่สารสนเทศที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งสารสนเทศหลายแหล่งลงสู่ประชาชนในหมู่บ้านในรูปของการสาธิตและปฏิบัติจริง โดยมี จนท.สอ.คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือในกรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติ แม้ว่าบทบาทที่ อสม. ปฏิบัติจริงในฐานะเป็นแหล่งสารสนเทศจะไม่ครบถ้วนตามบทบาทที่กำหนดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการกำจัดยุงลาย หรือ การส่งเสริมการใช้ปลากินลูกน้ำ แต่กิจกรรมบางอย่าง ที่ อสม.ได้ปฏิบัติจริงและมีความต่อเนื่องทำให้ผู้ร่วมวิจัยในทุกหมู่บ้านเห็นภาพและเกิดการรับรู้ว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

เมื่อเปรียบเทียบบทบาทของ อสม. กับบทบาทของ จนท.สอ. ในฐานะที่เป็นแหล่งสารสนเทศด้วยกันพบว่ามีความแตกต่างกัน คือ อสม.จะทำการเผยแพร่สารสนเทศแก่ประชาชนในรูปแบบการให้ความรู้รายบุคคลเป็นหลัก ในขณะ จนท. สอ. เน้นการให้ความรู้รายกลุ่มเป็นหลัก และจากความแตกต่างของบทบาทนี้ประกอบกับสถานภาพของ อสม.ที่เป็นประชาชนด้วยกัน จึงทำให้ อสม.มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับประชาชนในหมู่บ้านมากกว่า จนท. สอ. ที่เป็นข้าราชการ และการเผยแพร่สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของ อสม. จะเน้นการปฏิบัติจริงตามบ้านเรือนของประชาชน ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่าง อสม.กับประชาชนที่ชัดเจนมากขึ้น ทำให้ประชาชนสามารถเห็นได้ จับต้องได้ ลองทำดูได้ หรือที่เรียกว่าเป็นการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ที่รวดเร็วขึ้น

ลักษณะเด่นของการเผยแพร่สารสนเทศของ อสม. นอกจากการปฏิบัติให้เห็นจริงแล้ว คือ ยังมีการรวมกลุ่มกันปฏิบัติ และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน ทำให้เกิดการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญให้ความร่วมมือในปฏิบัติ นอกจากนั้น

ยังทำให้สามารถติดตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของประชาชนที่เป็นผลมาจากการเผยแพร่สารสนเทศของ อสม. ได้

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้าน จากการศึกษาผู้วิจัยได้จัดลำดับชั้นโดยใช้หลักเกณฑ์การเข้าถึงแหล่งสารสนเทศของประชาชนกลุ่มป้าหมาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านทั้ง 3 หมู่บ้าน ดังนี้

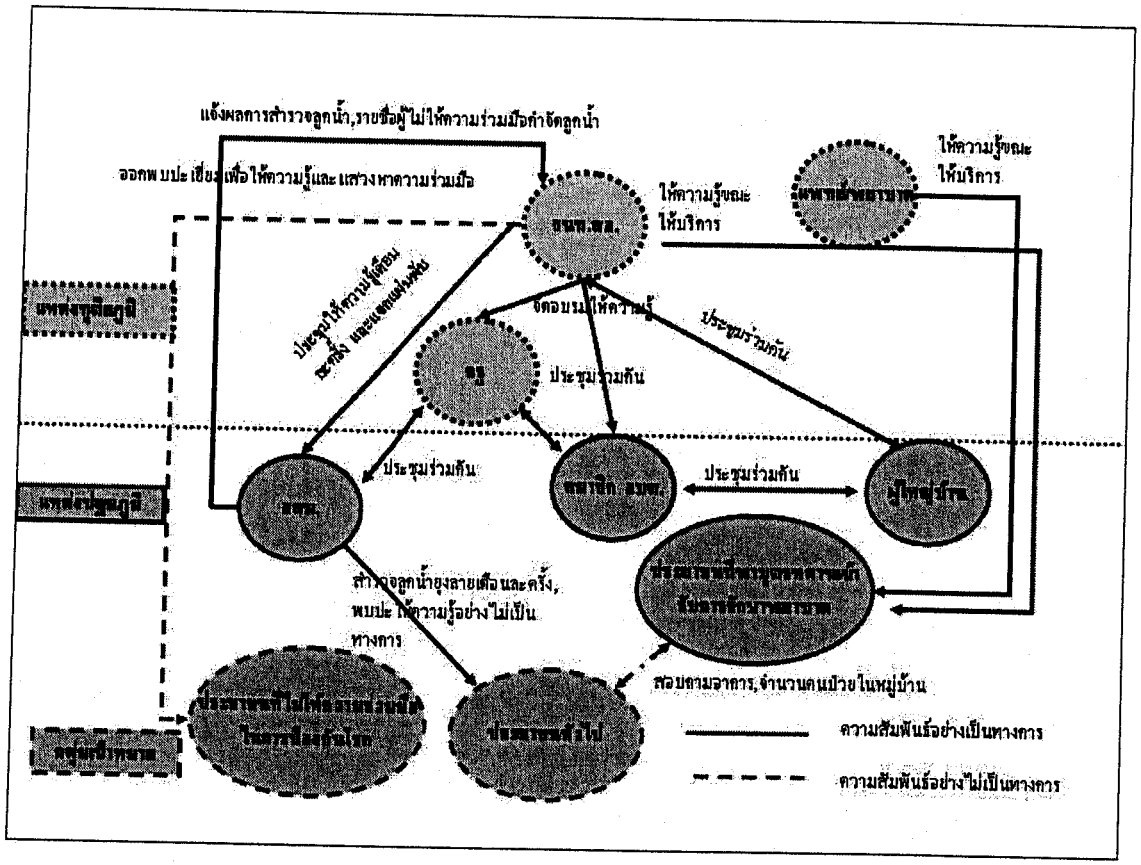
1) แหล่งสารสนเทศระดับปฐมภูมิ หมายถึง แหล่งสารสนเทศที่มีอยู่ใกล้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกเนื่องจากอยู่ภายในบริเวณหมู่บ้าน ได้แก่ แหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ หนังสือคู่มือ หรือเอกสารต่าง ๆที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล ได้แก่ ประชาชนทั่วไปในหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ อสม. แต่ผู้ที่มีบทบาทที่ชัดเจนที่สุด คือ อสม. ซึ่งมีบทบาทหลักในฐานะเป็นแหล่งสารสนเทศ คือ การถ่ายทอดความรู้จาก จนท.สอ.สู่ประชาชนในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งจัดได้ว่าเป็นช่องทางกระจายสารสนเทศสู่ประชาชนที่มีกระบวนการจัดการสารสนเทศ และมีการจัดรูปแบบวิธีการนำเสนอสารสนเทศแก่ประชาชนใหม่โดยมี จนท.สอ. คอยให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในบางครั้ง

กระบวนการจัดการความรู้ของ อสม. คือการนำความรู้ที่ได้จากแหล่งสารสนเทศหลายแหล่ง ซึ่งได้แก่ จนท.สอ. สื่อสิ่งพิมพ์ ประสบการณ์ และความรู้ที่ได้จากระบบการศึกษา มาผสมผสานกันและจัดรูปแบบการนำเสนอใหม่ที่เป็นการทาง คือ กิจกรรมการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และที่ไม่เป็นทางการ คือ การพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านในละแวกบ้านหรือการเยี่ยมเยือนผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

2) แหล่งสารสนเทศระดับทุติยภูมิ หมายถึง แหล่งสารสนเทศที่อยู่ห่างไกลจากประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และเมื่อกลุ่มเป้าหมายมีความต้องการสารสนเทศจากแหล่งดังกล่าวจะต้องเดินทางไปยังสถานที่ที่ทำงานของบุคคลเหล่านั้น ซึ่งได้แก่ ครู แพทย์/พยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล และ จนท.สอ. ซึ่งมีบทบาทหลักในฐานะเป็นแหล่งสารสนเทศ คือ การพัฒนาความรู้เรื่องการควบคุมโรคและป้องกันโรคไข้เลือดออก แก่ กลุ่มบุคคลในหมู่บ้าน เช่น อสม. อบต. ประชาชนที่มารับบริการที่สถานีอนามัย และประชาชนในหมู่บ้านบางคน เช่น ผู้ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค โดยส่วนใหญ่แล้ว จนท.สอ จะเป็นผู้ส่งสารสนเทศในรูปแบบต่าง ๆ สู่ประชาชนในหมู่บ้านผ่าน อสม.

สรุปได้ว่า แหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล ทั้ง 2 ระดับมีเป้าหมายเดียวกัน

คือ การให้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนในหมู่บ้าน และมีความสัมพันธ์ระหว่างกันดังแผนภูมินี้.



ภาพที่ 4.9 แผนภูมิความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสารสนเทศของประชาชนในหมู่บ้าน

จากแผนภูมิดังกล่าวข้างต้นอธิบายได้ว่า แหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออกทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิต่างมีความสัมพันธ์กัน โดยความสัมพันธ์แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) ความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ซึ่งหมายถึง กิจกรรมที่แหล่งสารสนเทศได้ปฏิบัติตามบทบาทหลักได้รับมอบหมาย และ 2) ความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง กิจกรรมที่แหล่งสารสนเทศได้ปฏิบัติเพิ่มจากบทบาทหลัก หรือ กิจกรรมที่ทำโดยไม่ได้ถูกกำหนด เช่นการที่กลุ่มประชาชนที่เคยพาบุตรหลานเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล หรือสถานีอนามัย ได้บอกกล่าวถึงอาการป่วยที่บุตรหลานตนเองเป็นให้แก่เพื่อนบ้านที่สอบถามฟัง เป็นต้น

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในแผนภูมิพบสิ่งที่น่าสังเกตว่า แหล่งสารสนเทศทุกระดับในหมู่บ้านต่างมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการเพื่อส่งผ่านสารสนเทศโรคไข้เลือดออกให้แก่กัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปเผยแพร่ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ แต่เมื่อ

ตรวจสอบการเชื่อมโยงความสัมพันธ์จากแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พบว่า มีเพียง อสม.เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างเป็นทางการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มีเพียง อสม. เท่านั้นที่ทำการเผยแพร่สารสนเทศให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน นอกจากนั้น พบว่า ส่วนการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ครู สมาชิก อบต. และผู้ใหญ่บ้าน กับประชาชนทั่วไปทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการยังไม่เกิดขึ้นแต่อย่างใด ซึ่งแสดงว่า จนท.สอ. ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ในการเผยแพร่สารสนเทศโรคไข้เลือดออกสู่ประชาชนในหมู่บ้าน

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง "การรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด" สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1.1.1 ศึกษาการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และวิธีการป้องกันโรค

1.1.2 ศึกษาแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ประชาชนหัวหน้าครัวเรือน หรือ ผู้มีหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครัวเรือน ที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเสลภูมิติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยในเขตอำเภอเสลภูมิ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง หรือ "ผู้ร่วมวิจัย" คือ ประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้านที่ทำการแบ่งกลุ่มหมู่บ้านโดยใช้ อัตราป่วย การระบาดของโรค และค่าดัชนีวัดความชุกลูกน้ำยุงลายรายหลังคาเรือน (H.I.) เป็นเกณฑ์ จำแนกได้ 3 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง และหมู่บ้านเสี่ยงสูง จำนวนหมู่บ้านละ 8- 9 คน รวม 26 คน และ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (จนท.สอ.) ในหมู่บ้านดังกล่าวแห่งละ 1 คน รวม 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์รายบุคคลและแบบสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส วิธีดำเนินการวิจัยคือ การสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส และสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยในสถานีอนามัยโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและการแจกแจงความถี่ และใช้สถิติค่า ร้อยละ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของผลการวิจัย

1.3 สรุปผลการวิจัย จากการศึกษาวิจัยเรื่อง "การรับรู้สารสนเทศโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด" สรุปผลการวิจัยในด้านการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน และแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้ดังนี้

1.3.1 การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วย และ การรับรู้การป้องกันโรค มีรายละเอียดที่สรุปได้ดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกันว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงมากจนถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า แต่มีระดับความไวในการรับรู้ความรุนแรงที่ต่างกัน คือ ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคที่ได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางและหมู่บ้านเสี่ยงสูงไม่สามารถสังเกตอาการความรุนแรงในระยะเริ่มต้นได้จนผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจึงจะพาไปรับการรักษาซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

2) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีการรับรู้ที่เหมือนกันว่า ทุกคนเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก แต่มีความเสี่ยงแตกต่างกัน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วย คือ การที่ถูกยุงลายกัดในสถานที่ต่าง ๆ ทั้งบริเวณภายในบ้านเรือนของตนเอง บริเวณรอบนอกบ้านเรือน เช่น ในสวนหลังบ้าน และในบริเวณโรงเรียน และปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ การที่ถูกยุงกัดตอนที่นั่งดูโทรทัศน์ภายในบ้านเรือนของตนเอง แต่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางยังขาดความรู้เรื่องพฤติกรรมการหากินของยุงลาย และผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงสูงยังขาดความรู้เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

3) การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านจัดได้ว่าอยู่ในระดับดี สรุปดังนี้

(1) โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีกิจกรรมที่หลากหลายและมีความสำคัญที่แตกต่างกัน

(2) การดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจกันและความพร้อมเพรียงกันในการปฏิบัติจากประชาชนทุกคน และต้องปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง

(3) การป้องโรคบางกิจกรรมมีความจำเป็นที่จะต้องมีผู้นำในการปฏิบัติ และกิจกรรมการป้องกันโรคที่สามารถปฏิบัติได้จริงต้องมีความสะดวกในการปฏิบัติ และความทันสมัย

สิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยแต่ละหมู่บ้านมีการรับรู้ที่แตกต่างกันคือ การรับรู้ถึงผลสำเร็จในการป้องกันโรคในหมู่บ้าน กล่าวคือ ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีความคิดเห็นว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของตนเองประสบผลสำเร็จ ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางเห็นว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จมากนักเนื่องจากยังขาดความร่วมมือจากประชาชนบาง

กลุ่ม และผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำเห็นว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ประสบผลสำเร็จ มีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น สภาพแวดล้อมของหมู่บ้าน หรือ ความเจริญด้านเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้พฤติกรรมของเด็กจากที่เคยวิ่งเล่นซุกซนตามทุ่งนามาเป็นนั่งรวมกลุ่มดูโทรทัศน์ภายในบ้านทำให้มีโอกาสถูกยุงลายกัดมากขึ้น

1.3.2 แหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออกของประชาชน สรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเรื่องต่าง ๆ ได้ดังนี้

1) ประเภทของแหล่งสารสนเทศ แหล่งสารสนเทศของผู้ร่วมวิจัยในทุกหมู่บ้านจำแนกได้สองประเภท คือ แหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ และแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ตัวแทนภาครัฐ ได้แก่ จนท.สอ. แพทย์/พยาบาล ครู ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ตัวแทนภาครัฐที่เข้าร่วมประชุม และประชาชนทั่วไป ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อนบ้าน

แหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และประเภทสื่อกระจายเสียง ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือ เทปเสียง ภาพพลิก ป้ายผ้ารณรงค์ มีจำนวนน้อย จนท.สอ.จะต้องทำสำเนาเพิ่ม และเลือกแจกจ่ายให้บุคคลบางกลุ่ม เช่น อสม. หรือ ครู เพื่อให้นำไปอ่านและนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่แก่ประชาชนต่ออีกครั้งหนึ่ง

2) แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญ แหล่งสารสนเทศที่ผู้ร่วมวิจัยในทุกหมู่บ้านได้ให้ความสำคัญมากที่สุด คือ จนท.สอ. รองลงมาได้แก่ อสม.

3) แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนต้องการ ผู้ร่วมวิจัยในทุกหมู่บ้านมีความต้องการที่จะแสวงหาสารสนเทศจาก จนท.สอ. มากที่สุด แต่ในลำดับรองลงมามีความแตกต่างกัน คือ หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ ครู แพทย์หรือพยาบาลใน รพ. ตามลำดับ หมู่บ้านเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง คือ อสม. และผู้ใหญ่บ้าน ตามลำดับ

1.3.3 ช่องทางการกระจายสารสนเทศของแหล่งสารสนเทศ ช่องทางการกระจายสารสนเทศของแหล่งสารสนเทศจำแนกโดยใช้ประเภทของสถานที่เป็นเกณฑ์ที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน คือ สถานีอนามัย โรงเรียน บ้าน อสม. และเหมือนกันเฉพาะในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูง คือ ศาลากลางบ้าน และบ้านประธาน อสม. ส่วนที่เพิ่มเติมในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และ หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือบ้านผู้ใหญ่บ้าน

1.3.4 บทบาทของแหล่งสารสนเทศประจำหมู่บ้าน บทบาทของแหล่งสารสนเทศที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ได้แก่ บทบาทของ จนท.สอ. และ บทบาทของ อสม. ดังนี้

1) บทบาทของ จนท.สอ. บทบาทที่ปฏิบัติในฐานะแหล่งสารสนเทศ คือ การเผยแพร่ความรู้เรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่ กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ดังนี้

(1) การให้ความรู้รายบุคคล แก่ผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยในเรื่องสาเหตุ อาการ วิธีการรักษาโรคเบื้องต้น วิธีการป้องกันโรค และประชาชนเจ้าของบ้านเรือนที่ไม่ให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในเรื่องวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการป้องกันโรค

(2) การให้ความรู้รายกลุ่มแก่กลุ่มบุคคลต่าง ๆ เช่น ให้ความรู้แก่กลุ่ม อสม. โดยการประชุมประจำเดือนที่สถานีอนามัยเพื่อให้ความรู้ในเรื่อง การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยปลอดยุงลาย วิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลาย วิธีการใช้ทรายอะเบท ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้นำองค์กร เช่น สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้อำนวยการโรงเรียน โดยการจัดประชุมแนะนำวิธีดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ความรู้แก่กลุ่มทั่วไป เช่น ประชาชนทั่วไป ผู้ใหญ่บ้าน ครู ในระหว่างประชุมประจำเดือนร่วมกันระหว่างภาครัฐและประชาชน

(3) การกระจายแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง โดยการทำการคัดเลือกและกระจายสื่อ ให้แก่ อสม. ครู ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. ตามความเหมาะสมเพื่อนำไปเผยแพร่สู่ประชาชน

โดยสรุปแล้ว จนท.สอ. ได้นำกิจกรรมตามบทบาทในฐานะแหล่งสารสนเทศเข้าไปสอดแทรกในกิจกรรมที่ปฏิบัติตามบทบาทต่าง ๆ ด้วยรูปแบบที่แตกต่างกันเพื่อให้ประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรค และเพื่อให้เกิดการประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรค และการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่หน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เป็นต้น

2) บทบาทของ อสม. บทบาทที่ปฏิบัติในฐานะแหล่งสารสนเทศ คือ การถ่ายทอดความรู้โรคไข้เลือดออก จาก จนท. สอ.สู่ประชาชนในละแวกบ้านที่ อสม.รับผิดชอบ ซึ่งมีเนื้อหาความรู้และวิธการที่แตกต่างกันดังนี้

(1) การให้ความรู้แก่ประชาชนรายบุคคล โดยการออกเยี่ยมเพื่อนบ้านเพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติการป้องกันโรคหรือการเฝ้าระวังโรค และหากพบเห็นผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกจะให้คำแนะนำวิธีการสังเกตอาการ หรือแนะนำให้พาผู้ป่วยไปทำการรักษาที่สถานีอนามัย โดย อสม. ได้รับความรู้มาจาก จนท.สอ. แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือคู่มือที่ได้รับการเผยแพร่จาก จนท.สอ. รวมทั้งจากความรู้และประสบการณ์เดิมของ อสม

(2) การปฏิบัติตนเป็นตัวอย่าง โดยมีกิจกรรม คือ การสำรวจลูกน้ำยุงลายซึ่ง อสม.ทุกหมู่บ้านได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกเดือน ในระหว่างการสำรวจ อสม.จะทำการใส่ทรายอะเบท หรือ ล้างโอ่งน้ำที่มีลูกน้ำยุงลายจนทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้และให้ความสำคัญต่อ

กิจกรรมดังกล่าว และการพ่นสารเคมีกำจัดยุงลาย ที่ อสม.ร่วมกับ จนท.สอ. ดำเนินการเพื่อเป็นการควบคุมโรคในกรณีที่มีการเกิดโรคขึ้นในหมู่บ้าน

โดยสรุป อสม.ได้เน้นการปฏิบัติให้เห็นจริง ทำให้ประชาชนสามารถเห็นได้ จับต้องได้ ลองทำตามได้ ที่เรียกว่าการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับซึ่งถือว่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชนทำให้เกิดการรับรู้ที่รวดเร็วขึ้น ลักษณะเด่นของ อสม.คือ มีการรวมกลุ่มปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือปฏิบัติ และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถติดตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของประชาชนที่เป็นผลมาจากการเผยแพร่สารสนเทศของ อสม.ได้

1.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้าน จากการศึกษาได้จัดลำดับชั้นของแหล่งสารสนเทศของประชาชนในหมู่บ้าน ได้ 2 ระดับ คือ

1) แหล่งสารสนเทศระดับปฐมภูมิ ได้แก่ แหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง และแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน คือ ผู้ใหญ่บ้าน ครู สมาชิก อบต. ประชาชนทั่วไป และ อสม. โดยเฉพาะ อสม. จะมีการจัดการความรู้โดยนำสารสนเทศที่ได้จากแหล่งต่าง ๆมาผสมผสานกันและจัดรูปแบบการนำเสนอใหม่

2) แหล่งสารสนเทศระดับทุติยภูมิ คือ แพทย์/พยาบาลประจำโรงพยาบาล จนท.สอ. และ ครู หากประชาชนต้องการสารสนเทศจากแหล่งนี้จะต้องเดินทางไปยังสถานที่ทำงานของแหล่งสารสนเทศ

ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสารสนเทศระดับต่าง ๆ คือ แหล่งสารสนเทศระดับทุติยภูมิ เช่น จนท. สอ. จะเป็นผู้ส่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในรูปแบบต่าง ๆ สู่ประชาชนในหมู่บ้านโดยผ่าน อสม. ซึ่งเป็นแหล่งสารสนเทศระดับปฐมภูมิ เพื่อนำไปเผยแพร่สู่ประชาชนต่อไป และความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ เนื่องจาก อสม.มีหน้าที่หลักที่จะต้องเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพจาก จนท.สอ. สู่ประชาชนในหมู่บ้าน บางครั้ง อสม.จะมีการส่งสารย้อนกลับแก่ จนท.สอ. ในรูปแบบรายงานค่าดัชนีวัดความชุกลูกน้ำยุงลาย (BI.) และ ค่า HI. ที่ได้จากการสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านเพื่อเป็นการบอกถึงผลสำเร็จของการให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน

2. อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทราบถึงการรับรู้สารสนเทศและแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนใน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ หมู่บ้านเสี่ยงปานกลาง และหมู่บ้านเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัสในกลุ่มตัวอย่างที่เรียกว่า "ผู้ร่วมวิจัย" ที่ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงในทั้งสามหมู่บ้านและสัมภาษณ์ จนท.สอ.ที่รับผิดชอบหมู่บ้านดังกล่าวแบบเจาะลึกรายบุคคล

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถจำแนกผลของการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามลักษณะเฉพาะของผู้ร่วมวิจัยที่มีความแตกต่างกันในตำแหน่งทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย อสม.หรือผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนที่มีจำนวนใกล้เคียงกันได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากข้อกำหนดของผู้วิจัยที่ได้ให้ความหมายของประชาชนซึ่งเป็นประชากรในการศึกษาว่าหมายถึงประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อนเอ็ด ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันในด้านตำแหน่งทางสังคมหรือไม่ และวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการทราบถึงสภาพการณ์ของการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในภาพรวมอย่างลึกซึ้ง โดยไม่ได้คำนึงถึงตัวแปรในด้านตำแหน่งทางสังคมของผู้ร่วมวิจัยที่แตกต่างกันแต่อย่างใด ดังนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้จึงถือว่าเป็นการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคเลือดออกของประชาชนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันในตำแหน่งทางสังคมหรือไม่

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผล ใน 2 ประเด็นหลักคือ แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญและต้องการใช้มากที่สุด และเครือข่ายกระจายสารสนเทศที่มีประสิทธิผล ดังนี้

2.1. แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญและต้องการใช้มากที่สุด มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนให้ความสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความสำคัญต่อแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลได้แก่ จนท.สอ. อสม. ครู ผู้ใหญ่บ้าน และเพื่อนบ้านมากกว่าแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง แสดงให้เห็นว่าแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลสามารถสื่อสารให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดการรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า และจากผลการศึกษาของ อเนกพล เกื้อมา และคณะ (2547:68) ได้พบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในเขตชุมชนหนองหอย เทศบาลนครเชียงใหม่จะได้รับสารสนเทศในการดำรงชีวิตประจำวันจากสื่อโทรทัศน์มากกว่าสื่ออื่น ๆ แต่เมื่อมีความต้องการข้อมูลสุขภาพจะเลือกใช้วิธีพูดคุย ซักถามความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องการจากบุคคลเท่านั้น เพราะเห็นว่าเป็น

ช่องทางที่จะทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความต้องการมากกว่า ซึ่งเป็นการยืนยันได้ว่าแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลมีประสิทธิภาพในการสื่อสารมากกว่าแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง สาเหตุอาจจะเป็นเพราะว่าแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลใช้รูปแบบการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนโดยตรง เช่น อสม. เดินสำรวจลูกน้ำยุงลายตามละแวกบ้านเป็นประจำ หรือ จนท.สอ. เดินพบปะให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้านเป็นครั้งคราว จึงทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้มากกว่าสื่ออื่น ๆ ดังนั้นควรจะใช้แหล่งสารสนเทศประเภทบุคคลเป็นแกนหลักในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แต่ควรจะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มทักษะแก่ผู้ที่จะทำการเผยแพร่ในด้านวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อน ดังเช่นในประเทศอินเดียได้ทำการฝึกอบรมแพทย์ฝึกหัด หรือ ผู้ทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพของรัฐให้มีความรู้และทักษะในการให้ความรู้ด้านสุขภาพก่อนที่จะให้ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน (Sharma 2005)

ถึงแม้ว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับแหล่งสารสนเทศประเภทบุคคล แต่ผลการวิจัยก็ได้พบว่ายังมี อสม. ในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่ได้ให้ความสำคัญกับ แผ่นพับ ซึ่งเป็นแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาแหล่งสารสนเทศที่กลุ่มผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV/AIDS) ชื่นชอบและนำไปปฏิบัติ ของ โฮแกน และพาลเมอร์ (Hogan and Palmer 2005) ที่พบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับแหล่งสารสนเทศบุคคลเช่น แพทย์ หรือ ผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ มากเป็นลำดับแรก แต่ยังมีกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มที่ให้ความสำคัญแก่ นิตยสาร ซึ่งเป็นสื่อสิ่งพิมพ์มากเป็นลำดับแรกเช่นเดียวกัน ส่วนสาเหตุที่ อสม. หมู่บ้านเสี่ยงต่ำได้ให้ความสำคัญแก่สื่อสิ่งพิมพ์ประเภทแผ่นพับอาจจะมาจากการมีโอกาสเข้าถึงสื่อประเภทนี้มากกว่าบุคคลอื่น เพราะผลการศึกษาพบว่า จนท.สอ เลือกที่จะแจกจ่ายแผ่นพับซึ่งมีจำนวนน้อยให้เฉพาะ อสม.ก่อน เพื่อต้องการให้นำไปอ่านและนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่สู่ประชาชนต่ออีกครั้ง และจากการที่ จนท.สอ. เลือกที่จะให้ อสม.ได้อ่านสื่อแผ่นพับมากกว่าที่จะแจกจ่ายให้ประชาชนทั่วไปด้วยเหตุผลข้างต้นแล้ว อาจจะเป็นเพราะว่า จนท.สอ. เห็นว่า อสม.มีความสนใจและความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศในสื่อแผ่นพับมากกว่าประชาชนทั่วไป เพราะแผ่นพับเป็นสื่อที่ต้องใช้ความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศมากกว่าสื่อบุคคล เนื่องจากต้องใช้ความสามารถในการอ่าน การตีความหมาย ซึ่งต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ ที่มีอยู่เดิมจึงจะสามารถแปลความหมายได้ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ที่จัดทำสื่อ

จากผลการวิจัยพบว่า อสม. ในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำได้รับความรู้โรคไข้เลือดออกจาก จนท.สอ.เป็นประจำทุกเดือน และมีประสบการณ์ในการออกสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน ประกอบกับส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จึงน่าที่จะมีมีความสนใจและ

ความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศในสื่อแผ่นพับมากกว่าประชาชนทั่วไปในหมู่บ้าน ซึ่งมีผลการศึกษาของ โฮแกน และพาลเมอร์ (Hogan and Palmer 2005) สนับสนุนว่าระดับการศึกษามีผลต่อความสนใจในประเภทของสื่อที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมจะให้ความสำคัญสื่อวีดิทัศน์เป็นลำดับแรก และเมื่อกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นจะให้ความสำคัญต่อสื่อวีดิทัศน์น้อยลงแต่จะให้ความสำคัญกับสื่อสิ่งพิมพ์มากขึ้น

2.1.2 แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนต้องการใช้มากที่สุด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยทุกหมู่บ้านมีความต้องการสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มเติมจาก จนท.สอ. มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปรีชา อุปโยคินและคณะ (2548:บทคัดย่อ) ที่พบว่ากลุ่มเป้าหมายเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เลือกปรึกษา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาเหตุที่ผู้ร่วมวิจัยต้องการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจาก จนท.สอ. มากกว่าบุคคลประเภทอื่น ๆ อาจจะเป็นเพราะว่า จนท.สอ. มีบทบาทในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่โดดเด่นในชุมชนมากกว่าบุคคลอื่น ๆ เพราะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยตรง และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น อีกทั้งเป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในชุมชน ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงและใช้บริการได้สะดวกและเป็นที่พึ่งของประชาชนในยามเจ็บป่วยได้ แต่ จนท.สอ.มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถกระจายสารสนเทศแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง เพราะว่า จนท.สอ. ในแต่และพื้นที่มีจำนวนน้อยและต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ให้บริการแก่ประชาชนในเชิงตั้งรับที่สถานีอนามัย จึงทำให้ผู้ที่มีโอกาสเข้าถึงส่วนใหญ่จะมีเฉพาะผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพที่สถานีอนามัยเท่านั้น ดังนั้น จนท. สอ. ควรจะต้องเพิ่มบทบาทในการกระจายสารสนเทศแก่ประชาชนในเชิงรุกมากขึ้น โดยใช้กลยุทธ์เพื่อให้การกระจายสารสนเทศสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง เช่น การขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมเดิมเฉพาะ จนท.สอ.กับ อสม. เป็นให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกระจายสารสนเทศ เช่น การอาศัยเครือข่ายของสถานีวิทยุชุมชนที่มีการกระจายเสียงครอบคลุมเกือบทุกหมู่บ้าน การพัฒนาความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือ อบต. หรือการจัดอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการกระจายสารสนเทศของ อสม. เพื่อให้การกระจายสนเทศสู่ประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แหล่งสารสนเทศที่ประชาชนต้องการมากที่สุดอาจจะไม่ใช่เป็นแหล่งสารสนเทศที่เป็นประโยชน์มากที่สุดเสมอไป ดังเช่น จากผลการศึกษาของ แอนเคม (Ankem 2006) ที่ศึกษาการใช้แหล่งสารสนเทศของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า แหล่งสารสนเทศที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ เอกสารแนะนำให้ความรู้ และสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน แต่ผลการศึกษาถึงแหล่งสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุดกลับ

พบว่า เอกสารหรือหนังสือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นแหล่งสารสนเทศที่เป็นประโยชน์มากที่สุด และมากกว่า แพทย์ ผู้ทำการรักษาซึ่งเป็นแหล่งสารสนเทศที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดด้วย แต่การวิจัยของผู้วิจัยในครั้งนี้ไม่ได้ถามผู้ร่วมวิจัยถึงแหล่งสารสนเทศที่ใช้ประโยชน์มากที่สุด จึงไม่มีผลการวิจัยมาเปรียบเทียบได้ และควรจะทำการศึกษาถึงประเด็นนี้ในโอกาสต่อไป อย่างไรก็ตาม การให้สารสนเทศแก่ประชาชนของผู้ให้บริการสุขภาพ ควรจะคำนึงถึงผลการศึกษาของ แอนเดม ด้วย และเมื่อได้ให้คำแนะนำต่าง ๆแก่ผู้รับบริการแล้วควรจะต้องแจกจ่าย เอกสาร แผ่นพับ หรือคู่มือประกอบคำแนะนำควบคู่ไปด้วย เพราะจะทำให้ผู้รับบริการสามารถนำข้อมูลไปใช้ปฏิบัติได้อย่างทันความต้องการหากไม่สามารถจดจำคำแนะนำของผู้ให้บริการได้ทั้งหมด

2.2 เครือข่ายการกระจายสารสนเทศที่มีประสิทธิผล มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 รูปแบบของการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการกระจายสารสนเทศโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน เริ่มต้นจาก จนท.สอ. สู่ประชาชนโดยผ่านกลุ่มบุคคลในพื้นที่ได้แก่ อสม. ครู อบต. ผู้นำชุมชน และจากผลการศึกษาของ โฮลมส์ และคณะ (Holmes et al 2006) ก็พบว่า ในประเทศแคนาดาได้ใช้รูปแบบอาสาสมัครในชุมชนเป็นแกนหลักในการเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน แต่มีความแตกต่างกันคือ ในประเทศแคนาดามีการเตรียมความพร้อมของให้กับชุมชนในด้านต่าง ๆ ก่อนที่จะให้อาสาสมัครลงปฏิบัติงานในพื้นที่จริง ได้แก่ การฝึกอบรม การเตรียมโครงสร้างการสื่อสาร การเตรียมความพร้อมในการให้การสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร และการเตรียมความพร้อมของทรัพยากร

จากผลการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของแหล่งสารสนเทศในหมู่บ้านพบว่า มีเพียง จนท.สอ. และ อสม. เท่านั้นที่ทำงานร่วมกันเพื่อกระจายสารสนเทศสู่ประชาชน ส่วนกลุ่มบุคคลอื่น เช่น ครู อบต. และผู้นำชุมชนยังไม่พบบทบาทดังกล่าวที่ชัดเจนนัก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายัง จนท.สอ. ยังไม่สามารถนำนโยบายของรัฐที่เน้นการมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติได้อย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กลุยา เบียประดิษฐ์ (2544 :บทคัดย่อ) ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากขาดการเตรียมโครงสร้างการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านที่ดีพอ เช่น ขาดการจัดตั้งเป็นเครือข่ายการกระจายสารสนเทศสุขภาพในหมู่บ้านที่ประกอบด้วยสมาชิกที่หลากหลายแต่มีวัตถุประสงค์เดียวกัน ร่วมกันกำหนดบทบาทในการกระจายสารสนเทศให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่สมาชิกแต่ละบุคคล มีระบบการจัดหาและดูแลสมาชิกให้คงอยู่ในเครือข่ายฯ มีการจัดฝึกอบรมให้ความรู้และวิธีการกระจายสารสนเทศให้แก่สมาชิกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งภาครัฐจะต้องให้การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างพอเพียง เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อสุขศึกษา และเงินงบประมาณ ผลจากการขาดการเตรียมโครงสร้างการกระจายสารสนเทศนี้ จึงทำให้มีเป็นเพียง จนท. สอ. เท่านั้นที่เป็นแกนหลักในการกระจายสารสนเทศ และ

ทำได้เพียงการจัดประชุมให้ความรู้ของแก่ตัวแทนหน่วยงานต่าง ๆในหมู่บ้านเช่น ครู อบต. ผู้นำชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการกระจายสารสนเทศแก่ประชาชนในหมู่บ้านเท่านั้น จึงทำกลุ่มบุคคลเหล่านี้ไม่เกิดความตระหนักว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องทำร่วมกัน เพราะเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของ จนท.สอ. และ อสม.โดยตรง ดังนั้นการสร้างรูปแบบการกระจายสารสนเทศในหมู่บ้านที่มีประสิทธิผล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างเครือข่ายการกระจายสารสนเทศสุขภาพในหมู่บ้านให้เกิดขึ้นให้ได้ก่อน รวมทั้งมีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินการจากภาครัฐอย่างพอเพียง

เครือข่ายการกระจายสารสนเทศสุขภาพอาจจะไม่จำเป็นต้องสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมด แต่อาจจะเป็นการรวมตัวกันของเครือข่ายที่มีอยู่เดิม เช่น การรวมกันระหว่าง จนท.สอ. กับเครือข่าย อสม. หรือกับ ชมรมครูและผู้ปกครองของโรงเรียน หรือกับ คณะกรรมการหมู่บ้าน หรือกับชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน หรือกับ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือกับ แกนนำสุขภาพครอบครัว โดยที่สมาชิกของเครือข่ายเหล่านี้มีความต้องการที่ตรงกันเพื่อจะทำการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดขึ้นกับบุตรหลานของตนทั้งในหมู่บ้านหรือในโรงเรียน และเมื่อมีการรวมกันเป็นเครือข่ายแล้วจำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน เช่น กำหนดให้ จนท.สอ.ซึ่งมีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกมีบทบาทในด้านฝึกอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกของแต่ละเครือข่าย หรือกำหนดให้ครูในโรงเรียนมีบทบาทในด้านจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออกในแก่นักเรียนโรงเรียน

ผลการวิจัยพบว่าการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงเรียนยังไม่ได้ผลดีนักเพราะว่ายังมียุงลายชุกชุมในโรงเรียน เนื่องมาจากครูยังไม่ใส่ใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเผยแพร่สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจาก จนท.สอ. ผ่านครูยังไม่ประสบผลสำเร็จ และสอดคล้องกับการประเมินผลโครงการอนามัยโรงเรียนในประเทศอินเดีย ของ ปราเดช (Pradesh 2006) ที่พบว่า การให้ความร่วมมือของครูในการใช้เครื่องมือการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้นหลังจากที่ครูผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาแล้วยังไม่ดีนักเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจาก จนท.สอ ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในกิจกรรมด้านการเรียนการสอน หรือ การฝึกอบรม จึงไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ตามความต้องการของครู ดังนั้นในส่วนการฝึกอบรมหรือการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ครูในโรงเรียนควรจะมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโรงเรียนเป็นผู้ดำเนินการ และ จนท.สอ. ควรจะมีบทบาทเฉพาะในการจัดหาเอกสาร คู่มือที่เกี่ยวกับความรู้โรคและการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ครูได้ศึกษาค้นคว้าและดำเนินการฝึกอบรมกันเองเพราะจะทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ตรงกับความต้องการของครูผู้เข้ารับการอบรมได้

บทบาทหลักของเครือข่ายกระจายสารสนเทศสุขภาพในหมู่บ้านที่ควรจะเป็น คือ การกระจายสารสนเทศสุขภาพอย่างมีเป้าหมาย โดยจะต้องดำเนินการจัดทำแผนการกระจายสารสนเทศด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งจะต้องทราบถึงสภาวะสุขภาพของชุมชนว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคใดบ้าง สถานการณ์ของโรคมีแนวโน้มเป็นอย่างไร และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการระบาดของโรคมีอะไรบ้าง ทั้งนี้สมาชิกของเครือข่ายทุกคนจะต้องมีบทบาทร่วมกันในการเฝ้าระวังโรคที่คาดว่าจะเป็นปัญหาต่อสุขภาพ และมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการจัดทำแผนฯได้อย่างเหมาะสม ในการนำเสนอข้อมูลสุขภาพให้ประชาชนได้รับทราบนั้น วนิดา วิระกุล และคณะ (2547: 241) ได้เสนอแนะประเด็นของข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพที่สมาชิกเครือข่ายควรนำเสนอ สรุปได้ว่าควรจะต้องนำเสนอข้อมูลให้รอบด้าน อาทิเช่น ขนาดของปัญหา เหตุผลของความจำเป็น วิธีดำเนินการ และหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนในแก้ไขปัญหา เป็นต้น

2.2.2 บทบาทการกระจายสารสนเทศของบุคคลในเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า บทบาทในการกระจายสารสนเทศของบุคคลต่าง ๆในหมู่บ้านมีจุดเด่นและปัญหาในการกระจายสารสนเทศที่แตกต่างกันดังนี้

1) บทบาทของ จนท.สอ. ผลการวิจัยพบว่า จนท.สอ.ที่รับผิดชอบหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีบทบาทในการส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม.ที่เป็นรูปธรรมมากกว่าหมู่บ้านอื่น ๆ เช่น ร่วมเดินสำรวจลูกน้ำยุงลาย ฝึกสอนให้ อสม.ทำการวิเคราะห์ค่า BI. จากข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในละแวกบ้าน และนำข้อมูลมาวางแผนการรณรงค์ในครั้งต่อไป การจัดระบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. และร่วมแก้ไขปัญหาการทำงานของ อสม. การให้ความรู้แก่ อสม.อย่างต่อเนื่อง การเผยแพร่เอกสาร แผ่นพับ เพื่อให้ อสม.นำไปศึกษาและแปลความรู้ที่ได้จากการอ่านเป็นสารสนเทศไปเผยแพร่สู่ประชาชนในละแวกบ้านที่รับผิดชอบ จึงทำให้การทำงานของ อสม.ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความเข้มแข็ง ส่งผลให้การป้องกันโรคไข้เลือดออกประสบผลสำเร็จด้วยดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประจวบ แหลมหลัก (2547: บทคัดย่อ) ที่ทำการทดลองให้ จนท.สอ. เป็นผู้ให้การผู้สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ของ อสม ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จนทำให้ อสม.สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบได้สูงกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จนท.สอ. เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการผลักดันการทำงานของ อสม. ดังนั้น จนท.สอ. ควรจะต้องมีบทบาทในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของ อสม.อย่างใกล้ชิด ให้การสนับสนุนความรู้และทรัพยากรในการทำงานอย่างเพียงพอเพื่อให้ อสม. ได้ทำการเผยแพร่สารสนเทศแก่ประชาชนในหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยยังพบว่า บทบาทในการเผยแพร่สารสนเทศของ จนท.สอ. มีเพียงการความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่กลุ่มต่าง ๆ เท่านั้น และไม่พอเพียงที่ทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การให้สุขศึกษาในประเทศอินเดีย ของ ชาร์มา (Sharma :2005) ที่พบว่า จุดอ่อนในการให้สุขศึกษาประการหนึ่ง คือ การมุ่งเน้นการให้ความรู้ตามตำราเพียงอย่างเดียว และไม่สามารถทำผู้รับเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ดังนั้นการดำเนินการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของ จนท.สอ. แก่ประชาชนในชุมชน ควรจะต้องการนำทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หรือ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (The Protection Motivation) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม หรือ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม หรือ การมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบสร้างพลัง (Empowerment) มาประยุกต์ใช้เพื่อกำหนดโปรแกรมการให้สุขศึกษาในเรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน ซึ่งจากผลการวิจัยของ ศิวรา เธียระวิบูลย์ (2541) สุภัทรา สมบัติ (2543) และ ดวงผา วานิชรักษ์ (2544) ต่างพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นมาจัดเป็นโปรแกรมการให้สุขศึกษาในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน มีประสิทธิผลทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

2) บทบาทของ อสม. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยแต่ละหมู่บ้านรับรู้ถึงความสำเร็จของการป้องกันโรคในหมู่บ้านที่แตกต่างกัน คือ ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงเห็นว่าการป้องกันโรคยังไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากยังมีผู้ป่วยและมีการระบาดของโรคเป็นประจำทุกปี แต่ผู้ร่วมวิจัยในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำเห็นว่าการป้องกันโรคในหมู่บ้านประสบความสำเร็จด้วยดี เพราะในรอบ 2 ปีที่ผ่านมาไม่มีคนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และประชาชนร่วมมือกันป้องกันโรคด้วยดี เนื่องจาก อสม. มีบทบาทในการเผยแพร่สารสนเทศที่ชัดเจน เช่นการรวมกลุ่มกันออกสำรวจลูกน้ำยุงลาย เพื่อสื่อสารให้ประชาชนในละแวกบ้านรับรู้ถึงกิจกรรมและร่วมมือกันทำการป้องกันโรคเป็นประจำทุกเดือน และมีการนำข้อมูลค่า B.Iและค่า H.I มาใช้วางแผนเพื่อออกกระตุ้นเตือนประชาชนในละแวกบ้านที่คาดว่าจะมียุงชุกชุมให้ทำกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาในการทำงานจะแจ้งให้ จนท.สอ. ทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไข แสดงให้เห็นว่า อสม. มีบทบาทเป็นแรงสนับสนุนให้ประชาชนในหมู่บ้านให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธีระศักดิ์ มักคุ้นและคณะ (2543:บทคัดย่อ) ที่ทำการทดลองให้ อสม. เป็นแรงสนับสนุนการป้องกันโรคของแกนนำสุขภาพครอบครัว เช่น กำหนดให้ อสม.กระตุ้นเตือนแกนนำ ฯ โดยให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกันโรคเป็นประจำ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและ

โรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพครอบครัวเช่นเดียวกัน ในการที่ อสม. จะมีบทบาทเป็นแรงสนับสนุนประชาชนได้ดี จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทการเผยแพร่สารสนเทศจากเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือ จากเป็นผู้สาธิตกิจกรรมการป้องกันโรคมาเป็นผู้กระตุ้นเตือนและช่วยเหลือให้ประชาชนมีการรับรู้และมีการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยมี จนท.สอ. เป็นผู้ให้การส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างใกล้ชิด

3. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

3.1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งสารสนเทศประเภทสื่อบุคคล และให้ความสำคัญกับ จนท.สอ มากที่สุด รองลงมาคือ อสม. ดังนั้นจึงควรจะพัฒนาประสิทธิภาพการเผยแพร่สารสนเทศให้กับ จนท.สอ. และ อสม. เพื่อให้สามารถทำการเผยแพร่สารสนเทศสู่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิผลมากขึ้น ดังนี้

1) ควรจะจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับ จนท.สอ. เป็นประจำทุกปี เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น ทักษะในการจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในหมู่บ้านโดยเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง และปลูกจิตสำนึกในการป้องกันโรคให้เป็นหน้าที่ของประชาชนที่จะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หรือเพิ่มพูนทักษะในการประเมินผลการให้สุขศึกษา หรือ ทักษะในการจัดการทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

2) ปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงานของ จนท.สอ.ในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน จากเดิมที่มุ่งเน้นเพียงการจัดประชุมให้ความรู้แก่กลุ่มต่าง ๆ มาเป็นผู้สนับสนุนให้บุคคลในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประชาชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนให้สุขศึกษา ดำเนินการให้สุขศึกษา และประเมินผลการให้สุขศึกษาได้เอง โดยใช้เทคนิคการกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม หรือ AIC ซึ่งมีขั้นตอนแรก คือ ขั้นตอนการสร้างความรู้เพื่อให้คนในชุมชนได้รับรู้ถึงสภาพการณ์ของโรคไข้เลือดออกในชุมชน และกำหนดวิสัยทัศน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนที่สอง คือ ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการพัฒนา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่จะ

ช่วยให้ประชาชนในชุมชนกำหนดกิจกรรมเพื่อดำเนินการ ซึ่ง จนท.สอ.จะต้องเป็นผู้ให้การช่วยเหลือให้มีการนำทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หรือ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค(The Protection Motivation) ร่วมกับเทคนิค กระบวนการกลุ่ม หรือการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม หรือ การมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบสร้างพลัง (Empowerment) มาประยุกต์ใช้เพื่อกำหนดโปรแกรมการให้สุขศึกษาในเรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนในชุมชน และขั้นตอนสุดท้ายคือ ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการนำแผนกิจกรรมมาปฏิบัติโดยชุมชน ซึ่ง จนท.สอ จะต้องส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มแกนนำรับผิดชอบในชุมชนและให้มีการประเมินผลโดยชุมชน

3) จนท.สอ. ควรจะต้องเป็นผู้สนับสนุนให้การทำงานของ อสม.ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และให้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสู่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนในกระบวนการเรียนรู้ของ อสม.ในขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ การเตรียมความพร้อม การปฐมนิเทศ การระบุปัญหาที่แท้จริง การค้นหาสาเหตุของปัญหา การค้นหาและตัดสินทางเลือกในการแก้ปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติ การดำเนินการตามแผน และการนำเสนอผลการปฏิบัติงาน ซึ่งจากการทดลองดำเนินการของ ประจวบ แหลมหลัก (2547:บทคัดย่อ) พบว่าส่งผลให้ อสม.มีการทำงานที่ดีขึ้น

4) ควรจะต้องมีการจัดตั้งเครือข่ายการกระจายสารสนเทศให้ครอบคลุมถึงระดับหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถกระจายสารสนเทศลงสู่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง ซึ่งควรจะต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการกำหนดบทบาทในการเป็นสมาชิกเครือข่ายกระจายสารสนเทศ ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ และโรงพยาบาลเสลภูมิ ควรจะต้องจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ ให้เพียงพอในการดำเนินการให้สุขศึกษาในชุมชน และควรจะต้องสนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักต่อการป้องกันโรคแก่ประชาชนทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล หรือ หมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยส่งเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายและการสื่อสารเครือข่ายในชุมชน และให้มีการรณรงค์สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดการรณรงค์ โดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการรณรงค์ต่อเนื่อง

- จนท สอ. จะดำเนินการแสวงหาความร่วมมือจาก ครู หรือ สมาชิก อบต. ในการถ่ายทอดความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคคลเหล่านี้ ให้มีการเชื่อมโยงสู่ประชาชนในหมู่บ้านได้อย่างทั่วถึงนอกเหนือจากการถ่ายทอดความรู้ผ่าน อสม. เพียงอย่างเดียว ซึ่งการแสวงหาความร่วมมือสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น การแสวงหาความร่วมมือจากครูในโรงเรียน อาจจะร่วมกับผู้บริหารโรงเรียนนำใช้รูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาพัฒนาเป็น

รูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออก มาใช้ในโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยนำองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 องค์ประกอบมาดำเนินการ ได้แก่ การกำหนดเป็นนโยบายโรงเรียน การบริหารจัดการในโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ (ลดการเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก) จัดให้มีโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างโรงเรียนและชุมชน และการดำเนินการให้สุขศึกษาในโรงเรียน ซึ่งกิจกรรมข้างต้นนี้จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จาก จนท.สอ. ผ่านครู ลงสู่ประชาชนในหมู่บ้านได้

- อบต. โดย สมาชิก อบต. หรือ คณะกรรมการบริหาร อบต. ควรจะบรรจุโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแผนงานประจำปี ของ อบต. เนื่องจากเป็นหน้าที่ของ องค์การบริหารส่วนตำบลที่จะต้องดำเนินการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ ตามมาตรา 67 (2) ของ พ.ร.บ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3 พ.ศ.2542) และจะต้องจัดระบบบริการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลตามที่กำหนดตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ข้อ 19 โดยในส่วนการแสวงหาความร่วมมือ อบต. ในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน สามารถทำได้โดย จนท.สอ. ควรจะต้องผลักดัน ซึ่งมีแนวทางในการผลักดันคือ การจัดอบรมสมาชิก อบต. หรือ คณะกรรมการบริหาร อบต. ในพื้นที่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคไขเลือดออก โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงในในการป้องกันโรคร่วมเทคนิคการกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม หรือ AIC เพื่อให้ ผู้เข้าอบรมสามารถประเมินถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออกและประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้ และจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านเสนอบรรจุในแผนงานประจำปีของ อบต.ต่อไป นอกจากนั้น จนท.สอ.ควรจะนำเสนอข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ให้ สมาชิก อบต.ได้รับทราบเป็นประจำ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนในเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและพิจารณาอนุมัติบรรจุในแผนงานประจำปีตามที่เสนอ

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่าประชาชนในบางหมู่บ้านยังมีการรับรู้พฤติกรรมของยุงลาย แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ตลอดจนวิธีการป้องกันยุงกัดที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรจะต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนใหม่ โดยเน้นหนักการให้ความรู้เกี่ยวกับยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคในเรื่อง ประเภทและรูปร่างลักษณะของยุงลาย วงจรชีวิตและชีวนิสัยของยุงลาย แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย และการให้ความรู้ในการป้องกันและกำจัดยุงลายควรจะเน้นหนักในวิธีการป้องกันยุงกัดที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการเปิดพัดลมไล่ยุงที่ประชาชนส่วนใหญ่มักจะใช้ไล่ยุงให้บุตรหลานขณะนั่งดูโทรทัศน์ เช่น การสารเคมีกำจัดยุง หรือ

สารไล่ยุง ที่มีความปลอดภัยต่อคน สัตว์เลี้ยงและสิ่งแวดล้อม หรือ การใช้อุปกรณ์กำจัดยุง เช่น "ไม้ปิงปองฆ่ายุง" ที่ประชาชนบางกลุ่มให้ความนิยมใช้อยู่ก่อนแล้วเพราะไม่มีกลิ่นเหม็นเหมือนกับยาฉีดกันยุงและมีราคาไม่แพงเกินไป

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจในสื่อประเภทสิ่งพิมพ์และสื่อกระจายเสียง ทั้งที่มีการกระจายสื่อเหล่านี้ไปตามช่องทางต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านแล้ว ดังนั้นควรจะต้องปรับปรุงการจัดทำสื่อ หรือปรับปรุงช่องทางการกระจายสื่อใหม่ เช่น การจัดทำสื่อประเภทสิ่งพิมพ์ ซึ่งได้แก่ เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ ควรจะต้องคำนึงถึงการใช้ภาษาที่ง่ายในการอ่าน และการทำความเข้าใจเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และไม่เป็นภาษาราชการเกินไป มีการใช้ภาพประกอบที่สื่อสารเข้าใจง่ายโดยไม่ต้องใช้คำบรรยายประกอบ หากเป็นสื่อกระจายเสียงควรจะใช้ภาษาท้องถิ่น ในการพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่อกระจายเสียงจะต้องทำร่วมกันหลายฝ่ายที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข นักภาษาศาสตร์ นักการศึกษา เป็นต้น และควรเปิดโอกาสให้ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายร่วมกำหนดเนื้อหาเพื่อไม่ให้ขัดต่อความความเชื่อ หรือวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนการกระจายสื่อประเภทแผ่นพับ ควรจะให้มีปริมาณที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย หากเป็นโปสเตอร์ หรือป้ายประกาศ ควรจะติดตั้งในพื้นที่สัญจรของชุมชน หากเป็นสื่อกระจายเสียงควรจะเพิ่มช่องทางจากเดิมใช้ หอกระจายข่าว เป็นวิทยุชุมชน เพราะในปัจจุบันเป็นช่องทางที่ประชาชนในท้องถิ่นให้ความสนใจเป็นอย่างมาก

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบถึงสภาพการณ์การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในกลุ่มบุคคลต่าง ๆในชุมชน เช่น อสม. สมาชิก อบต. ครู ผู้นำหมู่บ้าน ผู้ปกครองเด็กที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และประชาชนทั่วไป ในเรื่องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความคาดหวังต่อประสิทธิผลในการสนองตอบในการป้องกันโรค ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

3.2.2 ควรศึกษาโดยใช้แบบการวิจัย เช่น การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงในในการป้องกันโรคร่วมเทคนิคการกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม หรือ AIC ในการกำหนดกิจกรรมดำเนินการ

3.2.3 ควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายในการกระจายสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกลงสู่ชุมชนที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล

3.2.4 ควรศึกษาถึงบทบาทหน้าที่และนโยบายประจำปีขององค์กรต่าง ๆที่แหล่ง

สารสนเทศบุคคลสังกัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โดยการศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารองค์กร ว่ามีส่วนสนับสนุน หรือเป็นปัญหาอุปสรรคต่อบทบาทในการกระจายสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของบุคลากรในสังกัดอย่างไรบ้าง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กองสุขศึกษา (2542) *แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ* กรุงเทพมหานคร

กุลยา เบียประดิษฐ์ (2544) "การศึกษาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(วัฒนธรรมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 พฤศจิกายน 2549 จาก http://thesis.tiac.or.th/

จันทิมา เขียวแก้ว (2545) "การวิจัยเชิงคุณภาพทางสารสนเทศศาสตร์" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางสารสนเทศศาสตร์* หน่วยที่ 5 หน้า 260-335 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์

ดวงผกา วานิชรักษ์ (2544) "รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 17 พฤศจิกายน 2549 จาก http://thesis.tiac.or.th/

ถาวร พิเนตร (2547, 13 กรกฎาคม) หัวหน้าสถานีอนามัย สัมภาษณ์โดย เจริญ นิลสุ สถานีอนามัยบ้านหัวคู ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ธีระศักดิ์ มักคุ้น และคนอื่น ๆ (2543) "ผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกันกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้พฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง" สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข

นารี โพธิจักร์ (2547, 10 กรกฎาคม) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สัมภาษณ์โดย เจริญ นิลสุ สถานีอนามัยบ้านผักกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประจวบ แหลมหลัก (2547) "การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน" วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาการศึกษานอกระบบโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 15 พฤษภาคม 2549 จาก http://thailis-ac.car.chula.ac.th /CU_DC/Thesis/

ปรีชา อุปโยคิน และคนอื่น ๆ (2548) "โครงการวิจัยเรื่อง การรับรู้และการเข้าถึงสื่อสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย" สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข

พีรภัทร บุญชมพู (2547, 11 กรกฎาคม) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สัมภาษณ์โดย เจริญ นิลสุ สถานีอนามัยบ้านโนนสนาม ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เพ็ญศรี สุโรจน์ (2537) "การวิเคราะห์ต้นทุนรักษาโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเด็ก" วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษศาสตร์ (เศรษฐศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 27 กันยายน 2546 จาก http://thesis.tiac.or.th/

วาสนา จันทร์สว่าง และคนอื่น ๆ (2548) "รายงานวิจัย เรื่อง กระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพ" สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข

วนิดา วิระกุล และคนอื่น ๆ (2547) "การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ" ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กระทรวงสาธารณสุข

วัลลา ตันตโยทัย (2543) "ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ" ใน สมจิต หนุนเจริญกรุง วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด บรรณาธิการ *การส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล* หน้า 29-46 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ศิวรา เธียระวิบูลย์ (2541) "การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 พฤศจิกายน 2549 จาก http://thesis.tiac.or.th/

ศูนย์ควบคุมโรคอำเภอเสลภูมิ (2546) "รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำเดือนธันวาคม 2546" (จุลสาร)

สำนักงานระบาดวิทยา (2545) "รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน ปีที่ 33 ฉบับที่ 12 ธันวาคม 2545" (จุลสาร)

สีวิกา แสงธาราทิพย์ (2545 ก) "ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก" ใน *โรคไข้เลือดออก ฉบับประเกียรณก* หน้า 1-6 กรุงเทพมหานคร สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

(2545 ข) "การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย" ใน *โรคไข้เลือดออก ฉบับ*

ประเกียรณก หน้า 35-58 กรุงเทพมหานคร สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

(2545 ค) "การป้องกันและกำจัดยุงลาย" ใน *โรคไข้เลือดออก ฉบับ ประเกียรณก* หน้า 59-66 กรุงเทพมหานคร สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

(2545 ง) "การสำรวจยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก" ใน *โรคไข้เลือดออกฉบับประเกียรณก* หน้า 67-87 กรุงเทพมหานคร สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

สุจิตรา นิมมานนิตย์ (2545 ก) "การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยง" ใน *โรคไข้เลือดออก ฉบับประเกียรณก* หน้า 9-11 กรุงเทพมหานคร สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

(2545 ข) "การดูแลรักษาผู้ป่วย" ใน *โรคไข้เลือดออก ฉบับประเกียรณก* หน้า 18-20 กรุงเทพมหานคร สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

สุภัทรา สมบัติ (2543) "ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุฎโง้ง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 17 พฤศจิกายน 2549 จาก http://thesis.tiac.or.th/

อเนกพล เกื้อมา และคนอื่น ๆ (2547) "โครงการศึกษาความต้องการด้านสารสนเทศของประชาชน ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า" สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข

Ankem, Kalyani. (2006). "Use of Information Source by Cancer Patients : Results of a Systematic Review of the Research Literature." Retrieved August 5, 2006, from http://informationr/ir/11- 3/paper/254.html.

Holmes, Peggy. and others. (2006). "The Newfoundland and Labrador Heart Health Program Dissemination Story: The Formation and Functioning of Effective Coalitions." Retrieved May 29, 2006, from http://www.infoet.st-johns.nf.ca/nhhp/docs/disseminationStory.html.

Hogan, T.P. & Palmer, C.L. (2005). Information Preferences and Practices among People Living with HIV/AIDS: Results from a Nationwide Survey. *Journal of the Medical Library Association (JMLA),* 93(4), October 2005, pp. 431-439. Retrieved August 5, 2006

from http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1250318 - &blobtype=pdf

Krueger, Richard A. Casey, Mary Anne. (2000). "Focus Group: A Practical Guide For Applied Research." Thousand Oaks, California : Sage Publications.

Morgan, David L. (1998) "The Focus Group Guidebook: Focus Group Kit 1." Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Pradesh, Andra. (2006). "The Aandhra Pradesh School Health Project (APSHP)." Retrieved May 29, 2006, from http://www.schoolsandhealth.org/case%20histories /Andhra%20pradesh.htm.

Sharma, Manoj. (2005). "Health Education In India: A strengths, Weakness, Opportunities, and Threats (SWOT) Analysis" *The International Electronic Journal of Health Education, 2005; 8: 81- 86. 81.*. Retrieved May 29, 2006, from http://www.aahperd.org/iejhe/2005/sharma.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มเก็บข้อมูลผู้ร่วมวิจัยและกรอบคำถามการทำกลุ่มแบบโฟกัส

แบบฟอร์มเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย และกรอบคำถามการทำกลุ่มแบบโฟกัส

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ-สกุล ผู้ให้สัมภาษณ์ (ระบุคำนำหน้า) .....

   อายุ..... ปี ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด .....

2. ที่อยู่ปัจจุบัน .....

   ระยะเวลาที่อยู่อาศัยโดยประมาณ..... ปี (ต้องไม่น้อยกว่า 1 ปี)

3. สถานภาพในครัวเรือน ( ) หัวหน้าครัวเรือน ( ) คู่สมรสหัวหน้าครัวเรือน ( ) อื่น ๆ ระบุ .....

4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี ( ) มี จำนวน .....คน ( ) ไม่มี

5. จำนวนสมาชิกที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ( ) มี จำนวน.....คน ระบุปีที่ป่วย..... ( ) ไม่มี

6. ปัจจุบันนี้เป็นหรือเคยเป็นในตำแหน่งต่าง ๆเหล่านี้หรือไม่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานหมู่บ้าน ครู/อาจารย์ อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล พระสงฆ์ / ผู้นำทางศาสนาอื่น ๆ แพทย์ประจำตำบล ผู้ทรงคุณวุฒิประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครของหน่วยงานของราชการ)

6.1 ( ) เป็น ระบุตำแหน่ง ..... ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ถึงปัจจุบัน ..... ปี

6.2 ( ) เคยเป็น ระบุตำแหน่ง..... ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง ระหว่าง ปี พ.ศ. ..... ถึง ปี พ.ศ. .....

6.3 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก หรือไม่

( ) เคย จำนวน .....วัน หน่วยราชการที่จัด (ระบุ).....

( ) ไม่เคย

6.4 ( ) ไม่เคยเป็น

ส่วนที่ 2 กรอบคำถามสำหรับการทำกลุ่มแบบโฟกัส

1. ท่านเคยได้ยินได้ฟังเรื่องราวเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มาแล้ว ไม่ว่าจะจากที่ใด ๆ ก็ตาม ท่านรู้มาว่าอย่างไรบ้าง จากแหล่งใดบ้าง
2. ท่านคิดว่า โรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่มีอาการรุนแรง หรือไม่ และถ้าเห็นว่ามีอาการรุนแรง จะอยู่ในระดับใด เช่น รุนแรงน้อย ปานกลาง มาก และเพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น
3. ท่านคิดว่าบุคคลในครอบครัวของท่าน มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก หรือไม่ และอะไรที่ท่านคิดว่า น่าจะทำให้คนในครอบครัวท่านเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
4. ท่าน หรือ ชุมชนของท่านได้มีการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างไรบ้าง
5. หากท่านมีความสนใจที่จะอยากรู้เรื่องราวเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มเติม ท่านคิดว่าท่านจะหาความรู้จากใคร หรือแหล่งใดบ้าง

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

ชื่อสถานีอนามัย.....ประเภท หมู่บ้านรับผิดชอบ ( )เสี่ยงต่ำ ( ) ปานกลาง ( ) สูง

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

1.2 ตำแหน่ง.....

1.3 ประสบการทำงาน.....ปี

1.4 ระดับการศึกษา.....

2. กรอบคำถาม

2.1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้านรับผิดชอบ (ประชากร ระยะทาง จำนวนหลังคาเรือน ระดับการศึกษาของประชาชน ระดับรายได้ประชาชน อาชีพหลัก อาชีพรอง)

.....

.....

.....

2.2 กิจกรรมที่ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (การให้ความรู้ การป้องกัน การติดตาม ควบคุมกำกับ การควบคุมโรค การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ)

.....

.....

2.3 สื่อสุขศึกษาและการกระจายสารสนเทศ (ประเภทของสื่อ เครื่องมือกระจายสารสนเทศ วิธีการกระจายสารสนเทศ การได้รับการสนับสนุน)

.....

.....

.....

2.4 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

.....

.....

.....

ผู้สัมภาษณ์..... วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....

ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทำกลุ่มแบบโฟกัส

แบบฟอร์มวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการทำกลุ่มแบบโฟกัส

KWIC (Key-Word-In-Context) .....

กลุ่มหมู่บ้าน.....

1 คำ.....

ผู้ตอบ	**รายละเอียดคำตอบ**

สรุปความถี่ของคำ.....**ครั้ง**

2. คำ.....

ผู้ตอบ	**รายละเอียดคำตอบ**

ตัวอย่าง

KWIC: **แหล่งสารสนเทศ (ประเภทแหล่งสารสนเทศ (บุคคล , สื่อสารมวลชน,สื่อสิ่งพิมพ์),ความสำคัญของแหล่ง , บทบาทของแหล่งสารสนเทศ , สนเทศที่ได้จากแหล่ง (รูปแบบที่ได้รับ,เนื้อหา,ความถี่ในการได้รับ) ,ประสิทธิภาพในการให้สารสนเทศจำแนกตามแหล่ง,แหล่งที่ประชาชนแสวงหา)**

กลุ่มที่ 1 หมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ)

---

1. **"หมออนามัย"**

6. ผต.1: "วิทยุ ก็พูด โทรทัศน์ ก็พูด และ **ทาง อนามัย ก็แนะนำให้ฟังว่า ป้องกันอย่างไร ท่านก็บอกว่า ให้ทาง อสม.*(อาสาสมัครสาธารณสุข)* ไปแนะนำยุงลาย *(ควบคุมยุงลาย)*และเตรียมลูกน้ำ *(กำจัดลูกน้ำ)* และเอาทรายอะเบทไปใส่ให้ แนะนำลูกบ้านให้ล้างโอ่งและใส่ทรายอะเบท** และเมื่อครบสามเดือนแล้ว พวก อสม. เราก็เอาไปใส่ให้ใหม่ แนะวิธีการล้างโอ่ง แนะนำเวลานอนเวลากลางวันก็ให้กางมุ้ง เพราะยุงลายหากินเวลากลางวัน"

7. ผต.2: "ได้ยินจากทางวิทยุ **และคุณหมออนามัย ท่านก็แนะนำ** เพราะเป็น อสม. *(ผู้ตอบ ทำหน้าที่เป็น อสม.)* ท่านบอกให้ไปกำจัดลูกน้ำ **โดยให้ไปบอกประชาชนในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ ให้ทำความสะอาดอ่างน้ำทุกวันศุกร์ เพื่อจะได้ไม่มีลูกน้ำ และยุงจะเกิดไม่ได้** *(ไม่มียุงเกิดขึ้น)* นอกจากพวกที่อยู่ในป่า ให้คว่ำภาชนะที่มีน้ำขัง"

.....

"หมออนามัย : ความถี่ 12 ครั้ง

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส

ตัวอย่างการสัมภาษณ์กลุ่มแบบโฟกัส

แบบฟอร์ม โฟกัส 01

กลุ่มที่ 1 หมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา **(หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ)**

สถานที่ สถานีอนามัยบ้านผัดกาดหญ้า ตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

จำนวนผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ 9 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป

คำย่อ 1. ผถ. หมายถึง ผู้ถาม (ผู้ดำเนินรายการ)

2. ผต. หมายถึง ผู้ตอบ (ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์) แบ่งย่อยเป็น ผต.1 – ผต.10 หมายถึง ผู้ตอบคนที่ 1 ถึง ผู้ตอบคนที่ 10

กติกาในการประชุม ใช้เกมส์ "ของขวัญมหัศจรรย์" ถ้าใครจะพูดจะต้องจับและบีบที่ห่อของขวัญก่อน และถ้าจะให้ใครพูด ก็ส่งห่อของขวัญให้คนนั้น

เริ่มต้น : ผู้ดำเนินรายการ กล่าวแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ และกติกาในการพูด และให้ผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์กล่าวแนะนำตัวทีละคน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และ ซักซ้อมการตอบโดยเริ่มจากคำถามแรก

1.ผถ. (ผู้ถาม:ผู้ดำเนินรายการ) : "คิดว่าโรคไข้เลือดออกป้องกันได้หรือไม่"

2. ผต. (ผู้ตอบ) : ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ทุกคนตอบว่า **สามารถป้องกันได้**
และมีกล่าวเสริม ดังนี้

3. ผต.4 "ป้องกันได้ ถ้าร่วมกันกำจัดลูกน้ำยุงลาย"

4. ผต.3 : "ได้ ดูจากในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา หมู่บ้านนี้ไม่มีผู้ป่วย"

5. ผถ.: "สรุปว่าทุกคน มีความเห็นตรงกันว่าโรคไข้เลือดออก สามารถป้องกันได้ คำถามต่อไป คือ อยากถามว่า ส่วนใหญ่เคยได้ยินได้ฟัง เรื่องไข้เลือดออก มาจากที่ไหนบ้าง "

6. ผต.1: "วิทยุ ก็พูด โทรทัศน์ ก็พูด และ ทาง อนามัย ก็แนะนำให้ฟังว่า ป้องกันอย่างไร ท่านก็บอกว่าให้ทาง อสม.***(อาสาสมัครสาธารณสุข)*** ไปแนะนำยุงลาย ***(ควบคุมยุงลาย)***และเตรียมลูกน้ำ ***(กำจัดลูกน้ำ)*** และเอาทรายอะเบทไปใส่ให้ แนะนำลูกบ้านให้ล้างโอ่งและใส่ทรายอะเบท และเมื่อครบสามเดือนแล้ว

พวก อสม. เราก็เอาไปใส่ให้ใหม่ แนะวิธีการล้างโอ่ง แนะนำเวลานอนเวลากลางวันก็ให้กางมุ้ง เพราะยุงลายหากินเวลากลางวัน"

7. ผต.2: "ได้ยินจากทางวิทยุ และคุณหมออนามัย ท่านก็แนะนำ เพราะเป็น อสม. ***(ผู้ตอบ ทำหน้าที่เป็น อสม.)*** ท่านบอกให้ไปกำจัดลูกน้ำ โดยให้ไปบอกประชาชนในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบ ให้ทำความสะอาดอ่างน้ำทุกวันศุกร์ เพื่อจะได้ไม่มีลูกน้ำ และยุงจะเกิดไม่ได้ ***(ไม่มียุงเกิดขึ้น)*** นอกจากพวกที่อยู่ในป่า ให้คว่ำภาชนะที่มีน้ำขัง"

8. ผต3: "จากข่าวสารทางโทรทัศน์ ทางวิทยุ ทางแผ่นพับ"

9 ผถ: "สรุปได้ว่าอย่างไร เท่าที่จำได้"

10. ผต.3: "ในนาม อสม. ***(ในฐานะที่ผู้ตอบ ทำหน้าที่เป็น อสม.)*** แนะนำชาวบ้านในละแวกบ้านที่รับผิดชอบ ให้รณรงค์ทุกวันศุกร์ ทำความสะอาดโอ่ง ทุกวันศุกร์ของเดือนให้สำรวจละแวกบ้านของตนเองรับผิดชอบ มันถึงจะอยู่ได้ ***(ไม่มียุงลาย)*** ใส่ทรายอะเบทให้ในโอ่งน้ำของชาวบ้าน ถ้ามีลูกน้ำก็แนะนำคว่ำโอ่งทิ้ง และแนะนำวิธีกำจัด"

11. ผต4: "จากโทรทัศน์ วิทยุ และจากสถานีอนามัย คุณหมอท่าน บอกให้ ไปสำรวจละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบทุกวันศุกร์ เอาทรายลง ***(ใส่ทรายอะเบทในโอ่งน้ำ)*** และนำชาวบ้านให้ล้างโอ่ง ทำความสะอาดบ้านเรือน"

12 . ผถ. : "เอาล่ะ และขอถามคุณ..(ผต.5) ใหม่ ว่า ระหว่างที่คุณหมออนามัย และ อสม. ใครเป็นคนพูดถึงโรคไข้เลือดออก บ่อยที่สุด เท่าที่เคยได้ยินมา"

13. ผต.5: "คุณหมออนามัย"

14. ผถ. "ส่วนใหญ่ คุณหมออนามัย เน้นย้ำเรื่องไหน ครับ"

15. ผต.5: "ส่วนใหญ่ก็เน้นย้ำ เรื่องไข้เลือดออก เรื่องยุงลาย"

16. ผถ.: "หมออนามัย บอกให้ อสม. ไปทำ หรือ ให้ อสม. ไปบอกความรู้แก่ชาวบ้าน"

17. ผต.5 " ไปปฏิบัติด้วย และ ไปบอกชาวบ้านด้วย"

18. ผถ. "คุณหมออนามัยพาทำ หรือว่า ฝากให้ อสม.ไปพาชาวบ้านทำ"

19. ผต.5" ทำด้วยกัน"

20. ผถ. : "ขอถามพี่..(ผต6) ซึ่งจากข้อมูล พี่.... จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ถือว่าสูงสุดกว่าทุกคน อยากจะถามว่า ได้ความรู้เรื่องไข้เลือดออก จากที่ไหนบ้าง และเอาไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง"

21. ผต.6 : "รู้มาจากตอนเรียน ชั้นประถม"

22. ผถ. : "และในตอนปัจจุบันนี้ ได้ยินมาจากไหนบ้าง ที่หมู่บ้านของเรามีหอกระจายข่าวมั้ยครับ และเคยได้ยินเรื่องไข้เลือดออกทางหอกระจายข่าว บ้างมั้ยครับ"

23. ผต.6 : "ได้ยินบ้าง และทางหมออนามัยท่านก็ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวด้วย"

24. ผถ. : " ใครเป็นคนพูดทางหอกระจายข่าว"

25. ผต6 : "ส่วนมากเป็นผู้ใหญ่บ้าน"

26. ผถ.: "ผู้ใหญ่บ้าน พูดเรื่องไข้เลือดออก บ่อยมั้ย เดือนหนึ่ง กี่ครั้ง"

27. ผต6.: "ก็นาน ๆ ที"

28. ผต.4: "ส่วนมากจะจากการประชุม มีการประชุมร่วมกันที่โรงเรียนระหว่างผู้ใหญ่บ้านทั้งสองหมู่บ้าน ครู และเจ้าหน้าที่จากอนามัย มีข่าวสารอะไรก็จะพูดกัน ชาวบ้านที่ร่วมประชุมก็จะได้รู้ได้ฟังว่า มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง"

29. ผต.4: "ส่วนมากก็ได้ยินจาก อสม. ด้วยกันนี้ล่ะ"

30. ผถ.: "ถามไปที่ พี่..(ผต.8)ว่าได้ยินเรื่องไข้เลือดออก จากที่ไหนบ้าง บ่อยเท่าไหร่"

31. ผต8: "จากทางอำเภอก็ได้ยิน เวลาเข้าประชุม จาก อสม."

32. ผถ.: "จากที่อื่น มีมั้ยครับ"

33. ผต.8: "ถ้าที่มีคนมาก ๆ ก็มีการพูดคุยสู่กันฟัง"

34. ผถ.: "ถามไปที่คุณ...(ผต.9) ครับ คำถามเดียวกันครับ แต่เป็นที่ที่เราได้ยิน และได้ฟังด้วย"

35. ผต.9: "จากสื่อโทรทัศน์ จากทางสถานีอนามัย สาธารณสุข และจากการประชุม ใหญ่ของชาวบ้านร่วมกันที่โรงเรียน ท่านก็แนะนำให้ชาวบ้านร่วมกันกำจัดลูกน้ำ อาทิตย์หนึ่งก็ให้คว่ำโอ่ง นอนก็ให้กางมุ้ง"

36. ผถ. : "ไปที่คุณพี่.... ครับ"

37. ผต.10 : "จากข่าวสารต่าง ๆ จากทางสถานีอนามัย จากทางสถานีวิทยุและโทรทัศน์ แผ่นพับ"

38. ผถ. : "ตามที่พูด ๆ กัน แหล่งข่าวจะได้จากโทรทัศน์เป็นอันดับหนึ่ง ที่เห็นในโทรทัศน์เป็นภาพโฆษณาอะไรบ้างครับ

39. ผต.9: "ภาพโฆษณาที่กัดหัวล้าน ขนาดปิดหัวเหลือแต่หัวล้านไว้ยุงมันยังกัดได้"

หมายเหตุ : ตรวจสอบแล้วเป็นการโฆษณาขายครีมบำรุงเส้นผมสำหรับผู้ชาย แต่ใช้ภาพยุงลายกัดที่บริเวณศรีษะที่ไม่มีเส้นผมของคน สรุปว่า มีภาพยุงลายตัวหนึ่ง และมีคำพูดว่า ยุงลายเป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออก แล้วต่อมามีภาพยุงตัวนั้นพยายามจะกัดผู้ชายคนหนึ่ง ซึ่งนอนคลุมผ้าห่มเพื่อป้องกัน

ไม่ให้ยุงลายกัด แต่ยังเหลือบริเวณ ศีรษะ ซึ่งไม่มีเส้นผม เป็น หย่อม ๆ ยุงจึงไปกัดบริเวณ นั้นได้ และมีคำพูดโฆษณาว่าให้ไปหาซื้อครีมบำรุงเส้นผมมาใช้ เพื่อให้มีเส้นผมดก ขึ้น ยุงจะได้ไม่กัด

40. ผถ.: "เห็นแล้วก็เกิดความสนุกสนาน เลยทำให้จำได้ อันดับสอง คือ วิทยุ อยากทราบว่าฟังสถานีไหนบ้าง เอ็ฟเอ็ม หรือ เอเอ็ม และรายการใดบ้าง"

41. ผต.2: เอ็ฟเอ็มก็ฟัง เอเอ็ม ก็ฟัง"

42. ผต.4 : "รายการร่วมด้วยช่วยกัน"

43. ผต.2: "รายการสาธารณสุขพบประชาชน ที่เอา อสม. มาพูดให้ฟัง ตอนเช้า ๆ ของสถานีกรมประมงร้อยเอ็ด ที่บอกว่า จังหวัดร้อยเอ็ด มีอำเภอใดบ้างที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้ว กี่คน"

44. ผถ.: "อันดับที่สาม ได้ยินมาจากไหน ครับ"

45. ผต.4 : "จากสถานีอนามัย ให้ข่าวสารไปบอก อสม. แจ้งละแวกบ้านที่รับผิดชอบ"

46. ผถ. : "แต่แปลกที่ไม่มีใครพูดถึงหอกระจายข่าว"

47. ผต.4:"พูดคะ ก่อนที่จะประชุมหอกระจายข่าวก็ออกก่อน ***(แจ้งให้ข่าวสารในการประชุมให้ทราบก่อนทางหอกระจายข่าว)***"

48. ผต.2 และ คนอื่น ๆ พูดพร้อมกัน : "หอกระจายข่าว นาน ๆทีจะประกาศ ทางหมออนามัยก็เอาเทปไปเปิด"

49. ผถ.: "เป็นลักษณะประกาศเรียกคน แทนการตี กอรอ ***(ตีเกราะเพื่อเรียกคนประชุมในสมัยก่อน)*** ในสมัยก่อน มากกว่า เพราะไม่มีการดำเนินการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว"

50. เสียงจากผู้เข้าร่วมประชุมตอบพร้อมกัน : "ใช่"

51. ผถ.: "ไม่ใช่อะไรหรอก ผมเคยมีประสบการณ์ ตอนที่ผมเคยดูแลการใช้หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ได้ไปสำรวจหอกระจายข่าวตามหมู่บ้านต่าง ๆ ส่วนใหญ่ หอกระจายข่าวจะตั้งที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน บางหมู่บ้าน เมียผู้ใหญ่บ้านบอกว่า หอกระจายข่าวทำให้เปลืองไฟ ไม่เปิดให้ ไม่มีกุญแจก็ไม่ได้เปิด ไม่รู้ว่า ที่หมู่บ้านของเราเป็นอย่างนี้มั้ย"

52. ผต.3: "ก็คงจะเปลืองไฟที่บอก นั้นละ"

53. เสียงจากที่ประชุม : "ไม่หรอก บางครั้งผู้ใหญ่บ้านก็ไม่อยู่ จึงไม่ค่อยจะได้เปิด"

54. ผต.4: "เคยขอมาลงที่ สถานีอนามัย(ขอหอกระจายข่าว) ให้ อสม. รับผิดชอบ เผื่อว่ามีข่าวสารอะไรก็ให้ อสม.ผลัดเวรกันไปพูด ก็ไม่ได้ ผู้ใหญ่บ้านบอกว่า ไม่มีงบให้"

55. ผถ. : "ที่ผู้ใหญ่บ้านได้มา ได้มาในงบอะไรครับ"

56. ผต.3 + ผต.4 : "งบ สส."

57 ผถ. : "เป็นของหมู่บ้านใช่มั้ย"

58. ที่ประชุมตอบ : "ใช่"

59. ผถ. : "แล้วที่จะขอหอกระจายข่าวมาติดตั้งเป็นของกลุ่ม อสม. เป็นไปได้ หรือไม่"

60. ผต.3 : "คงจะไม่ได้ แต่ทุกวันนี้ ส่วนใหญ่ก็มีแต่ พวก อสม.นี่แหละที่ไปพูดหอกระจายข่าว แต่ก็มีคนฟังบ้าง ไม่ฟังบ้าง"

61. ผต.4 : "สู้ อสม.ไปบอกต่อแก่ประชาชนเองในละแวกบ้านไม่ได้ จะดีกว่า "

62. ที่ประชุม : " พวกเ อสม. จะสื่อสารโดยตรงกับชาวบ้านในละแวกบ้านเลย อาทิตย์หนึ่ง พวก อสม. ก็จะช่วยกันกำจัดในละแวกบ้าน และแต่ละเดือนทุกวันที่ 19 จะมีการสุ่มตรวจ เปลี่ยนละแวกบ้านกันตรวจ"

63. ผถ. : "ใครพาทำครับ"

64. ผต.4 : "หมออนามัย และพวก อสม. ก็จะแบ่งกันออกตรวจ"

65. ผถ. : "มีเฉพาะ อสม. หรือ มีโรงเรียน (ครูและนักเรียน)ออกมาร่วมด้วยมั้ยครับ"

66. ผต.3 : "ไม่ค่ะ มีแต่พวก อสม.นี่แหละ ที่ออกไปพ่นยุง ไปคว่ำโอ่ง ไปสำรวจ"

67. ผต.4 : "โรงเรียนก็มีบ้างแต่เป็นการออกรณรงค์ร่วมกัน อสม. ไปสำรวจแล้ว ก็เอามาคำนวณค่า บีไอ ***(BI)*** , เอชไอ***(HI)*** ว่า ละแวกบ้านใด มีค่ามาก ก็จะนัดวันกันไปพ่นยา***(พ่นสารเคมีกำจัดยุงลาย)"***

68. ผถ. : "ที่ว่า คำนวณค่า บีไอ , เอชไอ อสม.ทุกคน ทำเป็นใช่มั้ย"

69. ผต.4 : "ไม่ค่ะ บางคน เข้ามาเป็น อสม. ใหม่ ก็ทำไม่เป็น"

70 ผต.3 + ผต.2 : "คนที่ทำไม่เป็น ก็สำรวจเฉย ๆ แล้วเอาให้น้อง..ผต.4 คำนวณให้"

71. ผถ. : "มีประมาณกี่คนที่ทำเป็น"

72 ผต.4 : " อสม. หมู่บ้านนี้มีทั้งหมด 12 คน ทำเป็น ประมาณ 6-7 คน"

73 ผถ: "ก็สรุปว่า ข้อแตกต่างระหว่าง หมออนามัย กับ อสม. คือ อสม. จะเน้นการปฏิบัติ โดยมีเจ้าหน้าที่วางแผน บริหารจัดการให้ และ อสม. เองก็มีการช่วยเหลือกัน ก็ถือว่าสุดยอด ข้อต่อไปอยากจะทราบว่า โรคไข้เลือดออก มีความรุนแรง เพียง ใด จากข้อมูล ผู้เข้าร่วมประชุม คนหนึ่งที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คือ น้องแชมป์ อยากจะถามน้อง แชมป์ว่า ตอนนั้นมีอาการอย่างไร"

หมายเหตุ : น้องแชมป์ เป็นผู้เข้าร่วมประชุมที่ไม่เข้าเกณฑ์กลุ่มเป้าหมาย"

74 แชมป์ : "จำไม่ได้ครับ"

75. ผต.4 (ตอบแทน) : "ตอนน้องแชมป์ ป่วยตอนแรก นึกว่าเป็นไข้ธรรมดา ไปหาหมอ หมอวินิจฉัยไม่ได้ และปล่อยให้ป่วยเป็นอาทิตย์ และพาไปหาหมอ .....ที่คลินิค ในเมืองร้อยเอ็ด จนหมอ...ด่าว่าปล่อยให้ป่วยนาน จึงส่งเข้าโรงพยาบาล"

76 ผถ. : "แล้วท่านอื่น ๆ เคยมีคนในครัวเรือนป่วยเป็นไข้เลือดออกมั้ยครับ ..... (ไม่มี) ...คิดว่าไข้เลือดออกทำให้ถึงตายได้มั้ย ... *(ที่ประชุมตอบ: "ตายได้")* ....คิดว่าตายเพราะอะไร"

77. ผต.1.: "เพราะผู้ปกครองเด็กไม่ค่อยได้สนใจ ไม่ดูอาการเด็กว่า ไข้เป็นอย่างไร บางที่ก็ว่าเป็นธรรมดา บางทีก็ตัวร้อน บางทีก็ตัวเย็น เลยนึกว่าหายแล้ว ทำให้ไปหาหมอช้า"

78. ผต.9: "ไปหาหมอก็มีแต่บอกว่าเป็นไข้เฉย ๆ เลยทำให้ส่งรักษาช้า เอายาไปให้กินก็ไม่ได้ดูอาการของเด็ก"

79. ผต10. : "ไปหาหมออนามัยก็บอกเพียงว่าดูอาการไปก่อน .. และผู้ใหญ่ก็ไม่สังเกตดูอาการของเด็กว่าเป็นอย่างไร ถ้าคนที่เคยอบรมอย่างพวกเรา (อสม.) ก็จะสังเกตว่าอาการได้ว่า เช่น ถ้ามี อาการไข้จะเดี๋ยวเป็น เดี๋ยวหาย และมีอาการอาเจียนด้วย ก็จะได้รีบนำส่งหมอ.. ก็เลยได้ไปพูดแนะนำชาวบ้านในการสังเกตอาการ เช่น ถามผู้ปกครองเด็กดูว่าเด็กมีอาการไข้เป็นอย่างไร มีอาเจียน มั้ย ถ้ามีก็ได้แนะนำให้รีบพาไปหาหมออนามัย เพื่อหมออนามัยจะได้รีบส่ง โรงพยาบาล "

80. ผต.4 : "ส่วนมากเด็ก จะอยู่กับ ปู่ กับ ย่า ไม่ได้อยู่กับพ่อ-แม่ , ปู่-ย่า ซึ่งแก่เฒ่าแล้วก็ไม่รู้จักสาเหตุใด ๆ (ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก)"

81. ผต10 : "ส่วนมาก (อสม.) ก็จะไปถามอาการเอาเอง ว่า ลูกหลานเป็นอย่างไรบ้าง ถ้ารู้ว่าเป็นมากก็จะได้รีบให้คำแนะนำ"

82. ผถ : "สรุปว่า อาการเลือดออกจะมีอาการไข้นำมาก่อน ในตัว อสม. หลาย ๆ ท่านก็จะแยกเป็นไข้เด็กกับ ไข้ผู้ใหญ่ .. ไข้เด็ก..อสม. ตามไปเยี่ยมเลยใช่มั้ย.....(ผต.10: "ใช่") ...เมื่อกี้นี้ก็ได้ยินบางท่านพูดว่าบางคนก็ไม่สนใจ นิ่งนอนใจ ในที่นี้หมายความว่าปล่อยให้มีอาการไข้นานเท่าไร"

83.ผต.4 : "บางครั้งก็เป็นอาทิตย์ (สัปดาห์)"

84. ผต.1 : " บางทีพ่อแม่อาจจะเผลอลืม เพราะเด็กบางคนเป็นไข้ก็ยังวิ่งเล่น ก็นึกว่าหายแล้ว"

85. ผต.4 : "บางครั้งให้กินยาลดไข้ก็หาย ก็ไปวิ่งเล่น"

86. ผถ. : "แสดงว่าเด็กที่เป็นไข้จะไม่ค่อยมีอาการซึม ยังไม่ซึม แต่จะมีอาการไข้มาก่อน"

87. ผต.10 : "จ้า.. ถ้าเด็กมันซ่วง *(ไข้ลด)* ก็จะไปวิ่งเล่น เวลามันเป็นมามันก็มานอน"

88. ผต.4 : "ทุกวันนี้ เวลาพบเด็ก เป็นไข้ก็พยายามถามอยู่เสมอว่า อาเจียนบ่อยมั้ย เพราะกลัวจะเป็นไข้เลือดออก"

89.ผต.10 : "ทุกวันนี้ก็ดีขึ้น เวลาเด็กไปรักษาที่โรงพยาบาล หมอก็จะตรวจดูก่อนว่าเป็นไข้เลือดออกมั้ย โดยใช้สายยางรัดแขนดู และให้คำแนะนำให้สังเกตดูอาการ และบอกว่าถ้าไม่หายก็ให้พามาใหม่"

90. ผถ. : "ประเด็นที่อยากจะรู้เพิ่มเติมคือ อาการไข้มีไข้สูงและไข้ต่ำ ประเด็นนี้ อสม.อย่าง เรา ๆ นี้ พอจะแยกได้มั้ยว่า ไข้สูงนี้เป็นอย่างไร มีวิธีวัดหรือดูอย่างไร ถึงเรียกว่าไข้สูง เพื่อจะได้บอกผู้ปกครองเด็ก ได้ถูกว่าควรจะพาไปหาหมอ"

91. ผต.10 + ผต.1 + ผต.4 : "ตัวร้อน เช็ดตัวไม่ลด คลำคลึงดูตัวเห็นว่าตัวร้อนมาก ***(เอามือวัดไข้)***บางคนก็มีอาการชัก เด็ก บางคนเราก็ไม่รู้ว่าเป็นไข้ ก็ให้ไปโรงเรียน พอสาย ๆหน่อย เด็กนอนตื่นขึ้นมา ก็มีอาการตัวร้อนมาก และ ชักก็มี ตอนแรกก็ไม่รู้ว่าเด็กเป็นไข้เลือดออก แต่ตรวจดูประวัติแล้วว่าเคยเป็น"

(สรุปว่า : ไข้สูงลอยเฉียบพลัน บางคนจะมีอาการชักร่วมด้วย)

92. ผต.3 : "เดี๋ยวนี้ ไข้เลือดออก ไม่เป็นแต่ในเด็ก ผู้ใหญ่ก็เป็นได้"

93. ผถ. : "ครับ ทุกวันนี้เชื้อมันกลายพันธุ์ได้"

94. ผต.4 : "เหมือนกับที่พูดว่า ก่อนนั้นยุงมันออกหากินเป็นเวลา เฉพาะตอนเช้า ถึง เที่ยง มันก็ไปนอน แต่เดี๋ยวนี้ มันออกหากิน บ่ายสามโมง จนถึง ห้าโมง บางตัวหากินจนถึงกลางคืนก็ไม่นอน"

95. ผถ. : "คำถามต่อไปครับ ทุกท่านคิดว่า คนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของท่าน ใครบ้างมีโอกาสป่วยเป็นไข้เลือดออก มากที่สุด เริ่มต้นที่พี่.... อยากจะให้บอกว่า ในครัวเรือน มี่กี่คน และใครมีโอกาส ป่วยเป็นไข้เลือดออก มากที่สุด"

96. ผต.10. : "ลูกสองคน อายุ 8 ปี และ 12 ปี มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า"

97 ผถ. : "ลูก สองคน ใครมีโอกาส เสี่ยงมากกว่า กัน"

98. ผต.10. :คนอายุ 8 ปี เพราะยังเล็ก ดูแลตนเองยังไม่ได้ บางครั้งไม่รู้ว่า ยุงกัดด้วยซ้ำ"

99. ผถ. "ต่อไป คุณพี่..ผต.9"

100. ผต.9 : "ที่บ้านอยู่ด้วยกันสี่คน มีแต่ผู้ใหญ่"

101. ผถ. : "คิดว่า ผู้ใหญ่มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย เป็นไข้เลือดออก มั้ย"

102. ผต.9. : "เสี่ยง คะ เพราะบางครั้งเราก็ไม่สามารถป้องกันยุงกัด ได้ แม้ว่า บางครั้ง เปิดพัดลมไล่ยุง หรือกางมุ้ง ยุงก็ยังกัดได้"

103. ผถ. : "คุณพี่..ผต.8 ครับ ที่บ้านอยู่กันกี่คนครับ"

104. ผต.8 : " อยู่กัน 5 คน"

105. ผถ. : "ตามข้อมูล มีเด็กอายุ 7 ปี และ 5 ปี ที่บ้านด้วย คิดว่า เด็กสองคนนี้ใครมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก มากกว่ากัน"

106. ผต.8. : "คนอายุ 5 ปี เพราะเด็กมันดื้อ วิ่งเล่นซุกซนที่อื่น ๆ และเข้าป่าบ่อย"

107. ผถ. : "เด็กนอนกลางวันมั้ย เวลานอนดูแลเด็กอย่างไร กางมุ้งให้มั้ย"

108. ผต.8. : "นอน เป็นบางวัน เวลานอนก็เปิดพัดลมไล่ยุงให้"

109. ผต.5. : "ที่บ้านอยู่กัน 7 คน คนที่คิดว่าเสี่ยงกว่าใครในบ้าน คือ ลูกคนสุดท้อง เพราะยังเด็ก และ ดื้อ เข้าไปในป่า บ่อย"

110. ผถ. : "ผมสงสัยว่า ที่ว่าเด็กเข้าป่า นี่ ไปทำอะไร ครับ"

111. ผต.5 : "เข้าไปยิงกะปอมบ้าง ไปเก็บมะม่วงบ้าง อะไรทำนองนี้"

112. ผต.4 : "คนที่เสี่ยงที่สุดในบ้าน คือ ลูกอายุ 5 ปี เพราะชอบไปวิ่งเล่นซ่อนหากันในป่ามอนบ่อย"

113. ผต.3 : "อยู่บ้านด้วยกัน สี่คน หลานอายุ 7 ปี เสี่ยงที่สุด แต่ ผู้ใหญ่ก็เสี่ยง เหมือนกัน เพราะเข้าไปเก็บใบมอนในสวนบ่อย บางครั้งยุงกัดก็ไม่รู้ตัว"

114. ผต.2. : "ที่บ้านอยู่ด้วยกันสามคน ลูกก็เข้าโรงเรียนมัธยมแล้ว แต่เวลาวันเสาร์-อาทิตย์ ก็ชอบหมกตัวอยู่ในบ้าน ก็มีโอกาสเสี่ยงเหมือนกัน"

115. ผถ. : "คิดว่าตอนที่เด็กอยู่ที่โรงเรียน มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย มั้ย"

116. ผต.2 : "ไม่น่าจะเสี่ยง เพราะเด็กเดินเรียน"

117. ผต.1 : "ที่บ้านอยู่ด้วยกันเจ็ด คน คิดว่าคนที่เสี่ยงที่สุด คือลูกชายคนเล็ก เพราะว่า ช่วงปิดเทอม เด็กจะนอนดูโทรทัศน์ทั้งวัน แต่ก็เปิดพัดลมไล่ยุง"

118. ผถ. : "ที่พูดมาส่วนใหญ่ จะเห็นว่าเด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย เมื่อตอนอยู่ที่บ้าน อยากจะทราบความคิดเห็นของคนที่มีลูกเรียนที่โรงเรียนประถมในหมู่บ้าน ของเราว่าตอนเด็กอยู่ที่โรงเรียน มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยมั้ย"

119 ผต.10 : "คิดว่าที่โรงเรียนก็มีโอกาสเสี่ยงเหมือนกัน เพราะในโรงเรียนไม่ค่อยจะสนใจเรื่องน้ำขัง ทำให้เกิดยุงลายได้ ไม่สนใจจะคว่ำโอ่งน้ำที่มีลูกน้ำ และอีกอย่างหนึ่ง ห้องเรียนก็มีแต่ห้องทึบ ๆ ยิ่งเด็กชั้นอนุบาล ครูก็ไม่ได้สนใจดูแล คิดว่าในห้องเรียนก็มียุง เพราะบางครั้งไปที่โรงเรียนก็เห็นมียุงตามห้องเรียน"

120. ผถ. : "ที่โรงเรียนมีการป้องกันยุงกัดเด็กอย่างไร มีมุ้งลวดมั้ย"

121. ผต.10 : "ก็เปิดพัดลมไล่ยุง แต่ไม่มีมุ้งลวด เปิดหน้าต่าง เพดานห้องก็สูง เปิดพัดลมติดเพดานก็ไล่ยุงไม่ค่อยจะได้ อีกอย่างเด็กก็นอน ในห้องก็มีมุมมีซอกเยอะ ยุงก็อาศัยตามซอกตู้บ้าง"

122. ผถ. : "คนอื่น ๆ ที่มีลูกเข้าเรียนประถม มีประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงในโรงเรียนมั้ยครับ .....เหมือน ๆ กัน นะครับ"

123. ผต.4 : "ห้องอนุบาล หลังห้องน้ำ ห้องเก็บโต๊ะ ห้องครัว ก็มียุงเยอะ โดยเฉพาะห้องอนุบาลจะมีบ้านหลังน้อยในห้อง ให้เด็กเข้าไปเล่น ก็จะมียุงหลบอยู่ตามช่องต่าง ๆ ในบ้านน้อย "

124. ผถ. : "ตามที่ฟัง ๆ จับใจความได้ว่า ที่ห้องเรียนมีมุมมีซอกเยอะ นี่หมายถึง ห้องรกรุงรัง ทำให้มีซอกมุม หรือ แปลนห้องเป็นอย่างนั้น"

125. ผต.4 : "เกิดจากความรกรุงรัง"

126. ผต.10 : "การจัดห้อง การเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบ การจัดเก็บโต๊ะเก้าอี้ไม่เป็นระเบียบ ทำให้มีมุมมีซอกเยอะ"

127. ผต.3 : "ตามที่สังเกตดู ห้องเรียน บริเวณพื้นห้องจะสะอาด แต่ตามใต้ลิ้นชักโต๊ะเรียนที่ใช้เก็บหนังสือเรียน จะมียุงหลบอยู่ในซอกหนังสือที่อยู่ใต้ลิ้นชักโต๊ะมาก"

128. ผถ. : "เห็นว่ามีการประชุมร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่โรงเรียน อสม. และโรงเรียน ไม่ได้มีการแนะนำให้กำจัดยุงเหรอครับ"

129. ผต.3 : "แนะนำ และโรงเรียนก็ทำบ้าง เวลา หมออนามัย และ อสม.ไปพาทำ"

130. ผต.10 : "ครูพานักเรียนออกรณรงค์ ในหมู่บ้าน แต่ที่โรงเรียนไม่ค่อยสนใจ จะทำ"

131. ผถ. " มีประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ คือโอกาสเสี่ยง ในวัด เพราะที่ไปพบเห็นหลายวัด พบว่า พระ ในวัดมักจะไม่กล้า ฆ่ายุง เลยอยากจะทราบว่าจะช่วยกันแก้ไข ได้อย่างไร"

132. ผต.3 : "พวก อสม. ก็พากันไปรณรงค์ กำจัดลูกน้ำยุงลาย ที่วัด ทุกวันศุกร์ และ สำรวจลูกน้ำยุงลายเดือนละครั้ง"

133. ผต.10 : "ยุงที่วัดก็เยอะ แต่ไม่มีคนกำจัด ตามห้อง ต่าง ๆ ในกุฏิพระ ก็มาก แต่เวลาพวกเราไปกำจัด ท่านก็ให้เข้าไปทำ เอาทรายอะเบทไปใส่ในโอ่งน้ำ ให้ ไปพ่นยา ท่านก็ให้ไปพ่น นาน ๆ ที ครั้งหนึ่ง"

134. ผต.3 : "กุฏิพระ ในวัดจะเป็นแบบสมัยเก่า ทำให้ทึบ ติดมุ้งลวดไม่ได้ เลยทำให้มียุงเยอะ อีกอย่าง พระ – เณร ก็ไม่กางมุ้งนอน พระก็จะปักกลดนอน ทำให้ยุงเข้าไปหลบในกลดได้ อีกอย่าง ในวัด ก็มีป่าหญ้ามาก"

135. ผถ. : "ตามที่ทุกท่านเล่ามานี่ คือสิ่งที่ทุกท่านได้รับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่ว่า ความรุนแรง หรือ สามารถบอกได้ว่าที่ใด น่าจะเป็นที่เสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออก และใครบ้างที่เสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออก ทีนี้ถ้าพวกเราอยากจะได้ความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อย่างเช่น เท่าที่ผมเรียนมาทราบว่า ในตัวยุงไม่มีเชื้อไข้เลือดออก เว้นแต่ว่า คนใดคนหนึ่งป่วยเป็นไข้เลือดออก และเมื่อยุงตัวใดไปกัดผู้ป่วย ถึงจะมีเชื้อไข้เลือดออก ในตัว และไปกัดคนอื่น ๆ ถึงจะปล่อยเชื้อไปยังคนอื่น ๆ ซึ่งความรู้เหล่า นี้ ถ้าท่านอยากจะได้เพิ่มเติม อยากจะทราบว่า จะมีวิธีการหาความรู้เหล่านั้น โดยวิธีใด หรือ ไปถามใคร และอยากรู้เรื่องใดบ้าง "

136. ผต.1 : "อยากจะรู้กับ หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุข ***(หมออนามัย)***"

137. ผต.2: "ถ้า ***(หมออนามัย)*** รู้ว่ามีใคร(ในหมู่บ้าน) เป็นไข้เลือดออก ก็อยากจะให้แจ้งให้พวกเราทันที

138 ผต.3 : "เหมือนกัน ถ้าหมออนามัยรู้ว่าใครป่วยก็อยากจะให้รีบบอก อสม. เพื่อที่จะไปช่วยกำจัดยุง"

139. ผต.4: "อยากจะให้ (หมออนามัย) แจ้งข่าว ไปยังโรงเรียน ก่อน เพราะอยู่กับเด็ก ต่อมาก็คือ ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อจะได้ประกาศทางหอกระจายข่าว ให้ลูกบ้านได้รับทราบ"

140. ผต.5: "เหมือนกัน"

141. ผต.6 : " ก็คล้าย ๆ กัน แต่พวกที่ให้ข้อมูลที่แน่นอน ที่สุด คือ หมออนามัย และทุกคนควรจะรู้เพื่อจะได้ป้องกันตนเอง"

142. ผต.8 : "อยากรู้โดยตรงกับคุณหมอ (หมออนามัย) นอกนั้นก็จากทางโรงเรียน ทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน"

143. ผต.9 : "ทาง อนามัย และเมื่อมีข่าวการป่วย หมอก็จะแจ้งต่อ อสม. เพื่อจะได้ กำจัด"

144. ผต.10 : "อยากจะให้ทาง โรงพยาบาล หรือ อนามัย แจ้งข่าวการป่วย แก่ ทางหมู่บ้าน หรือ ทางโรงเรียน เพื่อจะได้ ประสานกันหาทางแก้ไข ต่อไป"

145. ผถ. : " จากประเด็นนี้ทำให้รู้ว่า แหล่งความรู้ไข้เลือดออก ที่อยากรู้และน่าเชื่อถือที่สุด คือ หมออนามัย"

ผู้ดำเนินรายการ ได้พูดคุยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และอื่น ๆ และ กล่าวขอบคุณ ผู้เข้าร่วมประชุม ปิดการประชุม

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

ตัวอย่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

แบบฟอร์ม สภ 01

หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (ผต.1 = เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้ปฏิบัติงาน , ผถ = ผู้ทำการสัมภาษณ์ (ผู้วิจัย)

1.ผถ.: ขอทราบข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้านและระยะทางห่างจากอำเภอ

2.ผต. :หลังคาเรือน 104 หลัง ประชากร 695 คน ห่างจากอำเภอ ประมาณ 7 กิโลเมตร

3.ผถ : ส่วนใหญ่ประชาชนทำอาชีพอะไร

4.ผต. : ทำนา

5.ผถ: นอกฤดูทำนาทำอะไร

6.ผต. : ที่นี่ทำนาปีละ 2 ครั้ง นอกจากทำนา จะปลูกหม่อนเลี้ยงไหม ปลูกผัก

7.ผถ :ประชาชนที่นี่ประกอบอาชีพข้าราชการมากไหม

8.ผต.: มีบ้างแต่ไปรับราชการที่อื่น เช้าไป เย็นกลับ

9.ผถ: วัยแรงงานทำงานที่นี่ หรือที่อื่น

10.ผต.: ส่วนใหญ่ทำงานต่างจังหวัด พวกที่ไปส่วนใหญ่จะจบปริญญาตรี ไปทำงานออฟฟิต หรือไปเป็นข้าราชการต่างถิ่น

11.ผถ.:การศึกษาส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับใด

12.ผต.: จบชั้น ม.3 ที่นี่ บางส่วนก็จะไปเรียนต่อที่อื่น จนจบปริญญาตรี ก็จะไปทำงาน สำนักงาน หรือไปเป็นข้าราชการที่อื่น

13.ผถ : ที่นี่มีหอกระจายข่าวกี่แห่ง

14.ผต: 3 แห่ง มีที่วัด บ้านผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน

15.ผถ. : ทั้ง 3 แห่งมีตารางการกระจายเสียงเป็นประจำหรือไม่

16. ผต. : มีเฉพาะที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน

17 ผถ.: กระจายเสียงช่วงไหน

18. ผต. : ประมาณ ตี 5 ครึ่ง ถึง 6 โมงเช้า ถ้าเปิดเช้ากว่านี้จะรบกวนพระเวลาทำวัด

19. ผถ. : เนื้อหาที่กระจายเสียงส่วนใหญ่เป็นอะไร

20. ผต. : ประกาศข่าวของส่วนราชการต่าง ๆที่ส่งไปให้ หรือบางครั้งก็เปิดเทปที่ส่งไปให้ ในส่วนของสถานีอนามัย จะส่งประกาศ หรือ เทปให้ไปเปิด ในช่วงรณรงค์เรื่องต่างๆ

21. ผถ. : แล้วเรื่องไข้เลือดออก ได้ให้กระจายเสียงช่วงใด

22. ผต. : โรคไข้เลือดออกจะให้ประชาสัมพันธ์ตลอดปี แต่ถ้าเป็นโรคเลปโต จะประชาสัมพันธ์ช่วงหน้าฝน

23. ผถ: มีที่ปิดโปสเตอร์ที่ไหนบ้าง

24. ผต. ที่บ้านผู้ใหญ่บ้านและโรงเรียน

25 ผถ.: แล้วโปสเตอร์โรคไข้เลือดออกที่แจกให้ส่วนใหญ่จะนำไปปิดที่ไหน

26. ผต. ที่ศูนย์ข้อมูลบ้านประธาน อสม. บ้านผู้ใหญ่บ้าน และที่โรงเรียน โดยเฉพาะโรงเรียนจะมาเอาโปสเตอร์บ่อย ไปจัดบอร์ดที่โรงเรียน และที่โรงเรียนก็มีห้องสมุดต่างหาก เปิดให้ชาวบ้านไปใช้ได้ เวลาได้หนังสือเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก็จะเอาไปไว้ที่ห้องสมุด ให้คนได้อ่าน บางทีก็เป็นตำราเรียนที่เกี่ยวกับไข้เลือดออก

27.ผถ. : ในส่วนของเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย ในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทำอะไรบ้างที่เป็นหลัก

28. ผต.: .ให้ความรู้

29. ผถ. : ให้อย่างไร

30. ผต.: .ให้ความรู้แก่ อสม. และทีมผู้นำในหมู่บ้านก่อน เมื่อเขามีความรู้แล้วจึงให้ไปพูดคุยกับประชาชนในละแวกบ้าน

31. ผถ. : ที่ได้สัมภาษณ์ อสม. ทราบว่า หมออนามัยได้ออกให้ความรู้ร่วมกับ อสม. ด้วย อยากทราบว่าออกไปช่วงใด มีเหตุการณ์ผิดปกติอะไร หรือว่าเป็นแผนปกติประจำเดือนที่ต้องออกไป

32. ผต.: เป็นแผนปกติที่ต้องออกไปประจำเดือน เช่นการรณรงค์กำจัดลูกน้ำของ อสม. ประจำเดือน

33. ผถ. : ออกไปทุกเดือนมั้ย

34. ผต. : ทุกเดือน เพราะตามที่ให้ อสม. สำรวจและกำจัดลูกน้ำประจำเดือน อสม.จะบันทึกหมายเหตุว่ามีบ้านหลังใดบ้างที่ไม่ให้ความร่วมมือ เมื่อรู้แล้ว เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะลงพื้นที่ในบ้านที่ไม่ให้ความร่วมมือ ไปให้ความรู้ ไปสอบถามถึงสาเหตุที่ไม่ให้ความร่วมมือ และสอบถามวิธีที่เขาเห็นว่าจะป้องกันไม่ให้มียุงในบ้านเขาได้ ให้เขารับรองว่าจะไม่ให้มียุงเกิดขึ้นถ้าไม่ให้ความร่วมมือตามวิธีที่ อสม. แนะนำหรือทำให้

35.ผต.: โดยสรุป ในช่วงต้นเดือนจะให้ อสม.ไปดำเนินการสำรวจก่อน และส่งแบบสำรวจไม่เกิน วันที่ 5 หลังจากเรารู้ว่ามีบ้านหลังใดที่ทำยาก ก็จะลงพื้นที่เฉพาะหลังที่ทำยาก ส่วนที่ทำง่ายก็ปล่อยให้เป็นหน้าที่ของ อสม.

36. ผถ. : ช่วงที่ อสม. และเจ้าหน้าที่อนามัย ออกไป สำรวจ ไปใส่ทรายอะเบท เจ้าของบ้านอยู่หรือไม่

37. ผต. : อยู่ เพราะ เมื่อพวกเราใส่ทรายอะเบทแล้ว ก็จะให้เจ้าของบ้านเซ็นชื่อรับทราบด้วย ว่าได้ใส่ทรายอะเบทให้แล้วในโอ่งใบไหนบ้าง เพราะว่า เมื่อปีที่ผ่านมามีปัญหาว่า เมื่อเราใส่ทรายอะเบทให้แล้ว พอเรากลับมาเจ้าของบ้านก็เอาทรายอะเบทที่ใส่ให้ทิ้ง เวลามีปัญหาขึ้นมาก็บอกว่าไม่ได้รับทรายอะเบท เราจึงแก้ปัญหาโดยทำทะเบียนคุม และให้เจ้าของบ้านเซ็นชื่อรับทรายอะเบท

38. ผถ.: เวลาใส่ทรายอะเบทให้ชาวบ้าน ได้บอกคุณสมบัติและวิธีการใช้ หรือ อายุการใช้งานหรือไม่

39. ผต. : บอก เราบอกว่าทรายอะเบทที่ใส่ให้จะหมดอายุวันใด เวลาล้างโอ่งถ้ายังไม่ถึงวันหมดอายุอย่าพึ่งทิ้ง และถ้าถึงวันหมดอายุพวกเราจะมาเปลี่ยนให้ใหม่

40. ผถ. : ชาวบ้านมีการต่อต้านหรือไม่ เวลาเราไปใส่ทรายอะเบทให้

41. ผต. ก็มีปัญหาบ้าง ส่วนใหญ่จะเป็นโอ่งแดงใหญ่ที่เก็บน้ำไว้กิน ชาวบ้านจะไม่ยอมให้ใส่ทรายอะเบท ก็เลยแก้ปัญหาโดยบอกว่าถ้าไม่ให้ใส่ทราย ชาวบ้านจะต้องหาฝาโอ่ง หรือ ผ้ามุ้งมาปิดให้มิดชิดอย่าให้ยุงไปไข่ใส่ได้ ถ้ายังไม่มีฝาปิด พวกราก็จำเป็นจะต้องใส่ทรายอะเบทให้ พอเดือนต่อมาถ้าพบว่ายังไม่มีฝาปิดโอ่ง พวกเราก็ใส่ทรายอะเบทให้

42. ผต. : มาตรการต่อมาถ้าไม่ยอม เราก็ส่งให้ ผู้ใหญ่บ้านดำเนินการปรับ ถ้าหลังคาเรือนใดตรวจพบว่ามีลูกน้ำ ผู้ใหญ่บ้านก็จะปรับเงินหลังละ 5 บาท

46. ผถ.: เวลามีผู้ป่วยที่เป็นไข้ สงสัยว่าจะป่วยเป็นไข้เลือดออก มาตรวจที่สถานีอนามัย ส่วนใหญ่แล้วได้ให้คำแนะนำอะไรบ้าง

47. ผต.: อธิบายเรื่องอาการให้ฟัง ก่อนอื่นเราก็เจาะเลือดวัดฮีมาโตคริต เป็นไกด์ลายน์ก่อน หลังจากนั้นก็ทำการรักษาตามอาการ ... และอธิบายเรื่องสาเหตุให้ฟัง ถ้าไม่เชื่อก็ให้ไปดูรอบๆบริเวณบ้านว่ามียุงมากมั้ย

48. ผถ.: ตามที่ไปสัมภาษณ์ชาวบ้านทั้ง 3 หมู่บ้าน ชาวบ้านก็ทราบดีว่า โรคไข้เลือดออกเกิดจากอะไร และ ชาวบ้านก็ทำการป้องกันตามที่หมออนามัยแนะนำ แต่ก็สงสัยว่าทำไมมันถึงมียุง ..พวกเขาบอกว่ายุงมันอยู่ในร่องระบายน้ำ ..ท่านเห็นว่าจริงมั้ย ผมว่าตามหลักการที่เรียนมายุงลายมันจะไม่อยู่ในน้ำครำ

49. ผต. : อยู่...ปัจจุบันนี้น้ำสกปรกยุงลายก็อยู่ ไม่ธรรมดา ตามที่เห็นน้ำขุ่น ๆ ไม่น่ามียุง มันก็ยังมี

50. ผต. : มีจริง ๆ ไปดูมาแล้ว น้ำในท่อน้ำทิ้ง ยังมียุง

51. ผถ.: แล้วได้รับเอกสาร แผ่นพับเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จาก สสอ. (สำนักงานสาธาณสุขอำเภอ) มากมั้ย

52. ผต.: ก็ไม่มาก ..และได้ไปทำสำเนาเพิ่ม ได้มาก็แจก อสม. บ้างแต่ต้องให้ได้ครบทุกคน และที่เหลือก็แจกให้คนไข้บ้าง จะเอาเอกสารที่ได้มาไปวางที่มุมประชาสัมพันธ์ด้านหน้า ให้คนไข้หยิบอ่านและถือกลับบ้านด้วย...

53. ผถ. : สรุปว่า สื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่มี ก็เป็นพวกแผ่นพับ

54. ผต. : ใช่พวกแผ่นพับธรรมดา แต่ที่ อสม.มีความรู้ ก็เพราะส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาค่อนข้างดี เช่น จบ ปวช. หรือ อย่างต่ำ ม.6 พวกนี้จะเป็นแกนหลักในการทำงาน

55. ผถ. : แล้วพวกม้วนเทปล่ะ

56. ผต. : แจกผู้ใหญ่บ้าน

57. ผถ. : หมออนามัยไปพูดหอกระจายข่าว มั้ย

58. ผต.: ส่วนใหญ่จะไม่ไปพูด เพราะกระจายเสียงตั้งแต่เช้า ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใหญ่บ้านพูด และบางครั้งก็จะเป็นพวก อสม. ถ้ามีปัญหาที่ชาวบ้านถามมา หรือสงสัยอะไร อสม.ก็จะมาถามพวกเรา และพวกเราก็ให้เอกสารไป พวกเขาก็จะเอาไปให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศตามเอกสารที่ได้รับมา

59. ผถ.: แล้วพวกพ่นยุง พ่นตอนช่วงใด

60. ผต.: พ่นเพื่อป้องกันโรค เพราะที่นี่ไม่มีผู้ป่วยนานแล้ว

61. ผถ.: การทำงานของ อสม. เป็นอย่างไร

62. ผต.: ก็สนใจดี ถ้าเป็นหญิงจะทำงานดี ที่หมู่บ้านนนี้มีแต่ อสม.หญิง มี ชายคนเดียวเอาไว้แบกเครื่องพ่นยุง

63. ผถ. : รายได้ของชาวบ้านเป็นอย่างไร

64. ผต.: รายได้ดี ทำนาปีละ 2 ครั้ง แต่ละคนมี ไร่นามาก ขายข้าวได้ปีละแสน ถึงสองแสน

65.ผถ.: เห็นว่าที่นี่น้ำท่วมบ่อย

66.ผต.: ท่วมทุกปี

67. ผถ. : แล้วชาวบ้านอยู่อย่างไร

68. ผต. : ท่วมเฉพาะทุ่งนา ในบริเวณหมู่บ้านไม่ท่วม

69. ผถ.:ทาง อนามัยได้ประสานงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างไรบ้าง

70. ผต. : จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค แก่ สมาชิก อบต. รวมทั้งประชุมแนะนำวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายเจริญ นิลสุ
วัน เดือน ปีเกิด	23 ธันวาคม 2506
สถานที่เกิด	อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ประวัติการศึกษา	สศ.บ.(บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2533
	ค.บ. (คอมพิวเตอร์ศึกษา) สถาบันราชภัฏมหาสารคาม พ.ศ. 2542
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข