

ผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม
จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้ และพฤติกรรม
ของ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

The effectiveness of Health education activity with Social support from Village
Health Volunteers to Preventive behaviour on hemorrhagic fever and diarrhea
among Family health Leaders in Trang Province

คณะผู้วิจัย

นายธีระศักดิ์	มักคูน
นายประสงค์	ปัญจเมธิกุล
นายปราโมทย์	แก่นอินทร์
นายประนอม	ตุลยกุล
นางสาวพนิดา	คุณาธรรม
นางจริยา	สุทธินนท์
นางอรุณี	ชัยชนวิทยา

ผศ.พญ.พิชญา ตันติเศรณี
ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พฤษภาคม 2543

ผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม
จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้ และพฤติกรรม
ของ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

The effectiveness of Health education activity with Social support from Village
Health Volunteers to Preventive behaviour on hemorrhagic fever and diarrhea
among Family health Leaders in Trang Province

คณะผู้วิจัย

นายธีระศักดิ์	มักคูน
นายประสงค์	ปัญญาเมธิกุล
นายปราโมทย์	แก่นอินทร์
นายประนอม	ตุลยกุล
นางสาวพนิดา	คุณาธรรม
นางจริยา	สุทธินนท์
นางอรุณี	ชัยชนวิทยา

ผศ.พญ.พิชญา ตันติเศรณี
ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พฤษภาคม 2543

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างที่ปรากฏนี้โดยได้รับความกรุณา คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุน จากบุคคลหลายฝ่ายได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิษญา ตันติเศรษฐี สถาบันเครือข่ายพัฒนาการส่งเสริมการวิจัยระดับพื้นที่ (สวรส.ภาคใต้) ที่ได้ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย นายแพทย์วิรัช เกียรติเมธา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง ให้การสนับสนุนการวิจัยสาธารณสุขอำเภอนาโยง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยบ้านมาบบอน และตำบลนาข้าวเสีย ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยคณะวิจัย ขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

คณะวิจัย

พฤษภาคม 2543

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงโดยนำกรอบแนวคิด PRECEDE Model มาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ในเชิงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรม และประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้อง รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีภูมิลำเนาในตำบลนาข้าวเสีย อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง จำนวน 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก คือ หมู่ที่ 4 บ้านออกวัดนาปด หมู่บ้านเปรียบเทียบ คือ หมู่ที่ 2 บ้านเกาะปุด ส่วนหมู่บ้านทดลองเรื่องโรคอุจจาระร่วง คือ หมู่ที่ 5 บ้านไสมงกุฏ และหมู่บ้านเปรียบเทียบ คือ หมู่ที่ 7 บ้านทุ่งแกเจีย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง หมู่บ้านละ 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่ม และสื่อประเภทวิดีโอทัศน์ ของจริง แผ่นพับ และโปสเตอร์ โดยดำเนินการเฉพาะในกลุ่มทดลองส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้อยู่ปกติตามธรรมชาติ การเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตพฤติกรรม และแบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะเวลาวิจัย 6 เดือน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2543 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2543

ผลการวิจัยพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง ถูกต้องขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรค อีกทั้งยังพบว่า ความรู้ การรับรู้ด้านต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ABSTRACT

The research aims to evaluate the effected of health education by social support of village health volunteer. The PRECEDE model to diagnose the effected of knowledge and behavior for preventing Dengue Hemorrhagic Fever and Diarrhea of the family health leader. The results from this research aim to apply for planning and group processing for changing behavior of family health leader. The quasi experimental model is research design. The family health leaders were sampling from 4 villages of tambol Nakhaosia in Nayong district. There are one village was a Dengue Hemorrhagic Fever preventing project and another one was a Diarrhea preventing project village. The other two villages are control area. The samples collected from 60 people of any village by interview form, observation form and social support asses form. The data were collected pre-intervention and after 6 month intervention. The media intervened are video, poster and documentary sheet.

The results found that family health leaders have a significant changing behavior for preventing Dengue Hemorrhagic Fever and Diarrhea. They have improving in knowledge of disease, risk factors, violence of disease. The results also showed the social support are significant relation for Dengue Hemorrhagic Fever and Diarrhea prevention behavior.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
ABTRACT	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย	2
3. กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
4. สมมติฐานในการวิจัย	5
5. ขอบเขตการวิจัย	5
6. ผลที่ได้รับจากการวิจัย	6
7. นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. โรคไข้เลือดออก	10
2. โรคอุจจาระร่วง	15
3. ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์	20
4. แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว	43
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	49
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
1. รูปแบบการวิจัย	58
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	64
5. การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	65
6. การวิเคราะห์ข้อมูล	71
7. สถิติที่ใช้ในการวิจัย	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
ส่วนที่ 1 ผลการทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก	73
ส่วนที่ 2 ผลการทดลองเรื่องโรคอุจจาระร่วง	79
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
1. สรุปผลการวิจัย	85
2. อภิปรายผล	86
3. ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	
1. แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออก	
2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเรื่องโรคอุจจาระร่วง	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละที่พบถุงน้ำในภษณะต่างๆ	14
2. ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องโรคไข้เลือดออก	74
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการทดลอง	76
4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ	77
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง	78
6. ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องโรคอุจจาระร่วง	79
7. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องโรคอุจจาระร่วง ก่อนและหลังการทดลอง	81

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า
8. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของ การปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และแรงสนับสนุน ทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ	82
9. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง	83

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
2. แสดงแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED สำหรับการวางแผนและประเมินผล การดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	21
3. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	25
4. กรอบการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม การป้องกัน โรคใช้เลือดออกของแม่บ้าน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	27
5. แสดง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค	32
6. แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรม การป้องกัน โรคใช้เลือดออกของแม่บ้าน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	33
7. แหล่งและวิธีการถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	46
8. เครือข่ายการประสานความร่วมมือระหว่างแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข	47
9. รูปแบบการทดลอง	58

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีแนวคิดให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา กำหนดให้คนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาทุกด้าน การพัฒนาสุขภาพของคนนับเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเอง ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนทุกรูปแบบจากภาครัฐ

กระทรวงสาธารณสุข ได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2521 โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข และช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพมากขึ้นโดยให้ประชาชนคัดเลือกตัวแทนในแต่ละกลุ่มบ้านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้เจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นบ่อยๆ เพื่อให้ อสม. เป็นผู้แนะนำหรือให้การช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน โดย อสม.แต่ละคนได้รับมอบหมายให้ดูแล 8-15 หลังคาเรือน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน,2537:1-92) ปัจจุบันจังหวัดตรังมี อสม.จำนวน 7,905 คน ซึ่งกระจายอยู่ทุกหมู่บ้านและชุมชนทั้งในและนอกเขตเทศบาล จำนวน 698 หมู่บ้าน 30 ชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง,2542:80) โดยเฉลี่ย อสม.ของจังหวัดตรัง 1 คน ได้รับมอบหมายให้ดูแล สุขภาพอนามัยเพื่อนบ้านประมาณ 12 หลังคาเรือน หรือประชาชน ประมาณ 60 คน แต่ปรากฏว่ายังไม่สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

ในปีงบประมาณ 2540 จังหวัดตรังได้พัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำ และการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่สมาชิกในครอบครัวเมื่อสมาชิกเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นบ่อยๆ เป็นการพัฒนาประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และพัฒนาต่อเนื่องตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน โดยคัดเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ๑ ละ 1 คน มาอบรมให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ประกอบด้วยความรู้ในด้านบริการสาธารณสุขของสถานอนามัยและโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ตนเอง และสมาชิกในครอบครัว และการพัฒนาครัวเรือนให้ได้ตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

หลังจากนั้น แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัว จะเป็นเครือข่ายประสานความร่วมมือกับอสม. ที่รับผิดชอบในกลุ่มบ้านนั้นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การดำเนินงานพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของจังหวัดตรังในปี 2540 - 2542 มีเป้าหมายดำเนินงานในหมู่บ้าน เขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ๆ ละ 1 หมู่บ้านต่อปี โดยได้ดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 396 หมู่บ้าน กระจายอยู่ใน 10 อำเภอ และมีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 20,850 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2542:80) จากการประเมินผลการปฏิบัติงานของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดตรัง (พาที ประมวลศิลป์ และคณะ 2542:6) พบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้และดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นไข้หวัดในระดับที่ถูกต้องเพียง ร้อยละ 1.2 ส่วนความรู้และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ป่วยอุจจาระร่วง พบว่า ที่ปฏิบัติได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 10 และเสนอแนะว่า ควรจะมีการประเมินหลักสูตรและปรับปรุงวิธีการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

จากรายงานการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญของจังหวัดตรัง ประจำปี 2540-2542 มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 185 , 369 และ 12 ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 3,454 , 3,239 และ 1,726 ต่อแสนประชากร ซึ่งทั้งสองโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดตรัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2542:64-67)

จากความเป็นมาและสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมรูปแบบต่างๆ จากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เฝ้าต่อการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลองในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

การจัดกิจกรรมสุขศึกษา

1. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อประเภทวีดิทัศน์ตัวแบบ ของจริง แผ่นพับ และโปสเตอร์เรื่องอันตราย ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
2. จัดกิจกรรมกลุ่มให้แกนนำฯ ได้สนทนาและอภิปรายปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
3. จัดกิจกรรมแกนนำฯ รมณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและแมลงวันในหมู่บ้าน
4. จัดกิจกรรมแกนนำฯ เผยแพร่ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และโปสเตอร์
5. จัดกิจกรรมสาธิตการใส่ทรายอะเบทตามโอ่งน้ำ และร่องน้ำ อ่างบัว หรืออ่างไร้ต่างๆ และบ่อน้ำขุดในบริเวณบ้านและฝึกปฏิบัติในหมู่บ้าน
6. จัดกิจกรรมกลุ่มให้แกนนำฯ ได้สนทนา และอภิปรายกลุ่มประเมินผลการดำเนินงานทุกเดือน

การให้แรงสนับสนุนแก่แกนนำฯ

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ ในการกระตุ้นเตือนให้คำคิดชมในการปฏิบัติ และไปเยี่ยมแกนนำฯ
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำ ปรีกษา ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ และข้อมูลข่าวสารผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน
3. ด้านเครื่องมือ ให้การสนับสนุนทรายอะเบท ปลาหางนกยูง ผงน้ำตาลเกลือแร่ และร่วมมือกับ แกนนำฯ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และแมลงวัน
4. ด้านการประเมิน ให้การยอมรับ เห็นคุณค่าเห็นงามกับการที่แกนนำฯ ได้ปฏิบัติอย่างถูกต้องในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง

ตัวแปรตาม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแกนนำฯ

1. ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรค
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค
4. การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
5. การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำฯสุขภาพในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1 การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบบริเวณบ้านในและในบ้าน
 - 5.2 การปิดฝาหม้อน้ำดื่มและโอ่งน้ำให้มิดชิด
 - 5.3 การใส่ทรายอะเบทในโอ่งน้ำใช้และร่องน้ำหรือใส่แป้ง, เกลือแกงในจานรองขาตู้กับข้าว แจกันดอกไม้และจานรองกระถางต้นไม้
 - 5.4 การเลี้ยงปลาหางนกยูงตามร่องน้ำและบ่อน้ำขุดในบริเวณบ้าน
 - 5.5 การตรวจหาลูกน้ำยุงลายตามโอ่งน้ำกิน อ่างน้ำใช้และทำลายลูกน้ำ
 - 5.6 กางมุ้งให้เด็กนอนหรือให้เด็กนอนในที่มุ้งตลอดเวลา กลางวันทุกครั้ง
 - 5.7 การเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของหมู่บ้าน
 - 5.8 การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหารภายหลังขับถ่ายและก่อนเตรียมอาหาร
 - 5.9 การเตรียมและการเก็บรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ
 - 5.10 การใช้ผ้าคั้น น้ำใช้ที่สะอาด
 - 5.11 การทำความสะอาดหัวนมและเต้านมก่อนให้นมบุตร
 - 5.12 การล้างขวดนม จุกนมและฝาครอบขวดนมเด็ก
 - 5.13 การเตรียมผงน้ำตาลเกลือแร่
 - 5.14 การใช้ส้วมและการกำจัดขยะที่ถูกต้อง
 - 5.15 การร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันของหมู่บ้าน

สมมติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังจากดำเนินการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงในทางที่ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้านต่อไปนี้

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
- 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
- 1.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
- 1.4 การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
- 1.5 การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง
- 1.6 แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

3. แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเขตจังหวัดตรัง โดยศึกษาผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง มีระยะเวลาวิจัย 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2543

ผลที่ได้รับจากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง

นิยามศัพท์

กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง หมายถึง การนำกระบวนการและกลวิธีทางด้านสุขศึกษา มาจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบไปด้วย การบรรยายประกอบสื่อ วิดีทัศน์และแผ่นพับ การสนทนาและอภิปรายกลุ่ม การสาธิตการใช้ทรายอะเบท หรือเกลือแกง ผงน้ำตาลเกลือแร่ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน และการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ เรื่อง การป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงผ่านศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในรูปแบบประกาศข้อความ โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ และผ่านทางหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้านในรูปแบบบทความ ประกาศข่าว และเทปสปอต โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และคณะ (Becher and et.al.,1975: 12) เกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคและการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรค มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านต่าง ๆ ตามประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House,1985: 123-140 อ้างใน สรวงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์ 2537: 34-35)

ยุงลาย หมายถึง ยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ลักษณะตามตัวมีเกล็ดสีดำขาวสลับกันเป็นริ้วรอยตามลำตัว และขา มีขนาดเล็ก

ลูกน้ำยุงลาย หมายถึง ลูกน้ำและตัวโม่ง ที่อยู่ในภาชนะทั้งในบ้านและนอกบ้านของยุงลายสายพันธุ์อีดีส (Aedes species)

โรคไข้เลือดออก หมายถึง คนที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเต็มที่ DHF (Dengue Haemorrhagic Fever) หรือ ไข้เลือดออกช็อค DSS(Dengue Shock Syndrome) หรือไข้ dengue

ทรายอะเบท หมายถึง สารเคมีที่มีชื่อทางการค้า อะเบท (Abate) หรือเทมเพลส (Temeplos) เป็นสารเคมีสำหรับฆ่าลูกน้ำยุงลาย ซึ่งอยู่ในสภาพเกลือบเม็ดทราย (1% Sandgranule)

เป็นสารเคมีในกลุ่มสารประกอบอินทรีย์ฟอสเฟต (Organophosphorus Compound) ซึ่งองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขเลือกใช้

โรคอุจจาระร่วง (Diarrhoea) หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้ง ขึ้นไปใน 1 วัน

ผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หมายถึง สารละลายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการผลิตไว้ โดยจำแนกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. น้ำตาลเกลือแร่ทั้งชนิดผงและชนิดน้ำที่ผลิตขึ้นโดยองค์การเภสัชกรรม
2. น้ำตาลเกลือแร่ทั้งชนิดผงและชนิดน้ำที่ผลิตขึ้นโดยสถานบริการของรัฐทุกแห่ง
3. น้ำตาลเกลือแร่ที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมในภาคเอกชน

น้ำตาลเกลือแร่ในข้อ 1-3 ดังกล่าว จะต้องเป็นสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ซึ่งเมื่อแตกตัวในสารละลาย จะมีคุณสมบัติดังนี้

- ก. มีค่าเข้มข้นรวม (Total substance concentration) = 200 - 300 mmol/L
- ข. มีความเข้มข้นของโซเดียม ระหว่าง 60-90 mmol/L
- ค. มีความเข้มข้นของโปแตสเซียม ระหว่าง 15-25 mmol/L
- ง. มีความเข้มข้นของคลอไรด์ ระหว่าง 50-80 mmol/L
- จ. มีความเข้มข้นของซิเตรต ระหว่าง 8-12 mmol/L
- ฉ. มีความเข้มข้นของกลูโคส อย่างน้อยเท่ากับโซเดียม แต่ไม่เกิน 111 mmol/L

สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ เหมาะสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทุกชนิด ตั้งแต่เริ่มต้นและโดยเฉพาะในรายที่เป็นอุจจาระร่วงอย่างแรง (อหิวาตกโรค) เพราะมีเกลือโซเดียมจำนวนมากพอ

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเลือก จัดการ และให้ความหมายต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล ถ้าหากบุคคลปราศจากการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถ มี “ความจำ” “ความคิด” หรือ “การเรียนรู้” ได้ และการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้นั้น อยู่กับการเลือกรับรู้ (Selective Perception) ของบุคคลซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าข่าวสารใดที่บุคคลจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติหรือการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เช่น การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นต้นการรับรู้สามารถจัดออกมาเป็นระดับของความรู้สึก และความคิดเห็นได้ตามแบบมาตรวัดความรู้สึกและความคิดเห็นแบบต่างๆ เช่น มาตรวัดความคิดของ Likert Scale และ Osgood Scale (Linzey, Hall, and Thomson 1975 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532:29)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง การรับรู้ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง เมื่อเป็นโรคที่มีความรุนแรง อาจจะเสียชีวิตได้หากไม่มีการป้องกันโรคที่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ หมายถึง การรับรู้ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาหรือความยากลำบากในการปฏิบัติแล้ว การปฏิบัติในการป้องกันโรค ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์สามารถป้องกันโรค และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเมื่อเวลาเป็นโรค

การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง หมายถึง พฤติกรรมการกระทำหรือการปฏิบัติของแกนนำสุขภาพในกลุ่มทดลองมีการดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบบริเวณบ้านและในบ้าน
2. การปิดฝาโอ่งน้ำดื่ม และโอ่งน้ำใช้ให้มิดชิด
3. การใส่ทรายอะเบทโอ่งน้ำใช้ หรือใส่เกลือแกงในจานรองขาตู้กับข้าว
4. การเลี้ยงปลาหางนกยูงตามร่องน้ำหรือแหล่งน้ำขัง
5. การตรวจหาลูกน้ำยุงลายตามโอ่งน้ำดื่ม น้ำใช้ และทำลายลูกน้ำยุงลาย
6. กางมุ้งให้เด็กนอน หรือให้เด็กนอนในมุ้งตลอดเวลากลางวัน
7. การรวมกลุ่มและเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
8. การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหารภายหลังขับถ่ายและก่อนเตรียมอาหาร
9. การเตรียมและการเก็บรักษาอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ
10. การใช้ผ้าปิดและน้ำใช้ที่สะอาด
11. การทำความสะอาดห้วนม และเต้านมก่อนให้นมบุตร
12. การล้างขวดนม จุกนมและฝาครอบขวดนม
13. การเตรียมผงน้ำตาลเกลือแร่
14. การใช้ส้วมและการกำจัดขยะที่ถูกต้อง
15. การร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันของหมู่บ้าน

แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขให้การสนับสนุนส่งเสริมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นผลให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ได้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในการวิจัยครั้งนี้แรงสนับสนุนหรือแรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้การยกย่อง ชมเชย กระตุ้นเตือน การรับรองถึงผลการปฏิบัติ คำแนะนำ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตามหลักการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ประเภท ของเฮาส์ (House, 1985:123-140 อ้างใน สรวงศ์ภักดิ์ ดวงคำ สวัสดิ์ 2537: 24-35) และแรงสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ในระดับ Macro Level และ Mezzo Level

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง สมาชิกคนหนึ่ง คนใดของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนหรือหมู่บ้านที่ได้รับเลือกจากประชาชนในหมู่บ้าน และหรือ ทางราชการได้แต่งตั้งขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนของชุมชนหรือหมู่บ้านในการประสานงาน หรือให้การช่วยเหลือทางการ ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ อาจเป็นผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้านในเวลาเดียวกันก็ได้

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การใช้วิธีการต่างๆ เช่น การสนทนา ประกอบภาพพลิก แผ่นภาพโปสเตอร์ ตัวอย่างของจริง และการอภิปรายกลุ่มของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มหรือ การสร้างความสัมพันธ์ในการดำเนินการ และการสรุป ทำให้เกิดความสัมพันธ์และแนวคิดที่กว้างขึ้น มีทักษะในการไตร่ตรอง และแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการตัดสินใจ และพัฒนาตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้องมากขึ้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวข้อง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมสุขภาพ และให้แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โรคไข้เลือดออก
2. โรคอุจจาระร่วง
3. ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์
 - 3.1 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุทางพฤติกรรมและปัจจัยทางด้านพฤติกรรมกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Model)
 - 3.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.3 กระบวนการกลุ่ม
 - 3.4 แรงสนับสนุนทางสังคม
4. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
5. งานวิจัยเกี่ยวข้อง
 - 5.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 5.2 กระบวนการกลุ่ม
 - 5.3 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 5.4 การป้องกันโรคไข้เลือดออก
 - 5.5 การป้องกันโรคอุจจาระร่วง

โรคไข้เลือดออก

ไข้เลือดออกเป็นโรคที่ติดต่อที่พบมากในเด็ก และเป็นได้ในทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ ระหว่าง 5-9 ปี ส่วนในเด็กโต และผู้ใหญ่ก็อาจพบได้ประปราย และอาการมักไม่รุนแรง การระบาดของโรคนี้พบในเอเชียอาคเนย์ เช่น ไทย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เป็นต้น ในประเทศไทยมีรายงานโรคตั้งแต่ พ.ศ.2501 การระบาดจะมีลักษณะปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี (สุรเกียรติ์ อาษานานุภาพ,2531:271)

สาเหตุและอาการโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็ก หลังจากได้รับเชื้อจากยุงลายกัดประมาณ 5-8 วัน อาการจะเริ่มด้วยการมีไข้สูงติดต่อกันประมาณ 2-3 วัน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามแขน ขา ปวดท้อง เจ็บลิ้นปี่ อาเจียน เบื่ออาหาร และบางรายอาจมีเลือดกำเดาออก หรือมีจุดเลือดออกเป็นผื่นแดงเล็ก ๆ ได้ผิวหนังในรายที่มีอาการรุนแรงในขณะที่ไข้ลดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปวดท้อง ชีพจรเบาเร็ว และหายใจเร็ว รวมทั้งอาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ และอาจมีอาเจียน หรือเลือดร่วมด้วย หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องในช่วงนี้ ผู้ป่วยอาจช็อก และเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนในรายที่มีอาการไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดอาการต่างๆ จะดีขึ้นและหายเป็นปกติภายใน 10 วัน

ความรุนแรงของไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 4 ขั้น คือ

- ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงมีเพียงไข้ และมีอาการที่ไม่เฉพาะหากทำการทดสอบทูนิเก จะให้ผลบวก
- ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้เลือดออก แต่ไม่มากตามอวัยวะต่างๆ เช่น ผิวหนัง เลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟัน แต่ยังมีแรงดันเลือดปกติ
- ขั้นที่ 3 ชีพจรเบาเร็ว แรงดันชีพจรแคบ หรือแรงดันเลือดต่ำ ผู้ป่วยมีอาการของภาวะระบบการไหลเวียนล้มเหลว อาจมีเลือดออกมาก เช่น เลือดออกบริเวณทางเดินอาหาร
- ขั้นที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น รอบปากเขียว เหงื่อซึม ช็อก วัดแรงดันเลือดไม่ได้ ชีพจรคลำไม่ได้ และมักจะตายในระยะนี้ (นิภา จรูญเวศน์, 2520: 340)

อาการแทรกซ้อน

นอกจากภาวะเลือดออกรุนแรงและภาวะช็อกแล้ว อาจเป็นปอดอักเสบ หรือหลอดลมอักเสบแทรกซ้อนได้ แต่มีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นน้อยมาก นอกจากนี้ถ้าให้น้ำเกลือมากเกินไป อาจเกิดภาวะปอดบวมน้ำเป็นอันตรายเป็นได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2531: 671-672)

การรักษา

ในระยะแรกของผู้ป่วยมีเพียงไข้ เบื่ออาหาร การรักษาที่เพียงให้ดื่มน้ำมากๆ ให้ยาลดไข้ที่ไม่ใช่พาราเซตามอล (ประสิทธิ์ พุตระกูล, 2521: 106) และควรใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตามตัวบ่อยๆ เพราะการให้ยาลดไข้ บางครั้งใช้ก็อาจไม่ลดก็ได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2531: 675) นอกจากนั้น ยากันอาเจียนอาจมีความจำเป็น ในเด็กบางรายที่มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนร่วม ในรายที่ทานอาหารไม่ได้ควรให้สารน้ำเข้าเส้นเป็นสิ่งที่ดี (ประสิทธิ์ พุตระกูล, 2521: 106)

การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก

วิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้มีผู้ศึกษามากมายสรุปผลการทดลองในแต่ละวิธีการที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมยุงและลูกน้ำ ทั้งทางด้านการใช้สารเคมี การควบคุมทางกายภาพ และทางชีวภาพ ตลอดจนวิธีการรักษา แต่ในทางปฏิบัติจริงในพื้นที่ทำไม่จึงไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ ดังนั้นวิธีการต่างๆ (technology) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงมีความจำเป็นในการศึกษาน้อยลง แต่การศึกษาทางด้านยุทธศิลป์ (strategies) ในการนำ Technology ต่างๆ ไปใช้ในการควบคุมโรคไข้เลือดออกน่าจะต้องทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้งนี้เพราะยุทธศิลป์ในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับสถานะความเป็นอยู่เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณีรวมทั้งลักษณะทางผู้นำและอาชีพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ตลอดทั้งการเฝ้าระวังระบาดวิทยาเพื่อให้ทราบว่ามีโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เท่าไร ให้รวดเร็ว และสามารถนำผู้ป่วยมารักษาได้ทันเวลา พร้อมทั้งดำเนินการควบคุมการระบาดในพื้นที่ไม่ให้โรคกระจายไปสู่ยุงและบุคคลอื่นได้ จำเป็นต้องศึกษาหาข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานต่าง ๆ เหล่านี้

เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบของการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้ง 3 อย่างคือ คนเป็นโรค (Susceptible host) เชื้อโรค (Agent) และแมลงนำโรค (Vector) ตามวิธีการ (Technology) แล้วสามารถพิจารณาได้ดังนี้

1. การป้องกันไม่ให้คนถูกยุงกัดโรคไข้เลือดออกเข้าสู่ร่างกายของคน (Mode of Transmission) ได้โดยการถูกยุงลายที่มีเชื้อ Virus Dengue และ Chickungunya กัด การป้องกันไม่ถูกยุงลายกัดมีหลายวิธีซึ่งแล้วแต่ความเหมาะสมของบุคคล สภาพแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ การป้องกันการถูกยุงกัด ได้แก่

- การใช้มุ้ง หรือมุ้งลวด
- ใช้สารเคมีทากันยุง (Repellent) ซึ่งมีหลายชนิดที่วางขายตามท้องตลาด
- สมุนไพรที่มีอยู่ในพื้นบ้าน เช่น น้ำคั้นตะไคร้หอม
- ให้นอนพักผ่อนในที่โล่งแจ้ง และมีลมพัด
- จุดยากันยุง หรือสุมไฟไล่ยุง
- ใช้หลอดไฟฟ้าดักยุงในบริเวณที่นั่งหรือพักผ่อน

2. การควบคุมเชื้อโรค (Agent) การควบคุมเชื้อโรค ไม่ให้กระจายอยู่ในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ เชื้อโรคที่อยู่ในคนจะต้องรีบทำการค้นหาผู้ป่วยให้รวดเร็วครบถ้วนและทันเวลาในการนำมารักษาเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดผู้ป่วยแล้วเชื้อโรคแพร่ไปสู่ผู้อื่นต่อไปได้

การทำลายยุงตัวแก่ เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในพื้นที่ใด คาดว่าผู้ป่วยนั้นอาจถูกยุงลายกัดและหรือ ในพื้นที่นั้นมียุงลายที่มีเชื้อ Virus ไข้เลือดออก จึงจำเป็นต้องมีการพ่นเคมีทำลายยุงใน

บ้านผู้ป่วย และบริเวณบ้านใกล้เคียงในรัศมี 100 เมตร เป็นอย่างน้อย เพื่อทำลายยุงที่อาจมีเชื้อ virus ไข่เลือดออกให้หมดไป และจะต้องพ่นยาฆ่ายุงในทันทีที่มีผู้ป่วยเกิดขึ้น เพื่อกันยุงที่มี Virus ไข่เลือดออก ไปกัดผู้อื่นทำให้เกิดการแพร่กระจายโรคต่อไป (ประหยัด แดงสุภา, 2541: 10-13)

3. การควบคุมแมลงนำโรค (Vector) การควบคุมแมลงนำโรค ได้แก่ การทำลาย ยุงตัวแก่ ทำลายลูกน้ำ และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในการทำลายยุงตัวแก่ในกรณีที่โรคสงบ หรือยังไม่มี การระบาดของโรคไข้เลือดออก มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปริมาณของยุงในพื้นที่ ซึ่งการพ่นทำลายยุง ตัวแก่จำเป็นต้องทำควบคู่กันไปกับการทำลายลูกน้ำ และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย วิธีการพ่นและการ ใช้สารเคมี ควรพ่นเดือนพฤษภาคม ทั้งนี้เพราะการระบาดมักจะเริ่มตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือน ตุลาคม ของทุกปี

การทำลายลูกน้ำและแหล่งเพาะพันธุ์

องค์การอนามัยโลก (WHO/Aedes Research Unit) ได้ทำการศึกษาวิจัยร่วมกับกรม วิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งแยกภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายใน ประเทศไทยไว้ 2 ลักษณะรวม 6 ประเภท ดังนี้

ลักษณะที่ 1 ภาชนะนอกบ้าน ได้แก่

1. ตุ่มน้ำนอกบ้าน
2. ภาชนะต่างๆ นอกเหนือจากตุ่ม เช่น ถังพลาสติก จานรองกระถางต้นไม้ กระจัง ขวด แจกันปักดอกไม้ ที่ศาลพระภูมิ ยางรถยนต์
3. แหล่งเพาะพันธุ์ธรรมชาติ โปรงไม้ กระบอไม้ไฟ กะลามะพร้าว กาบกล้วย

ลักษณะที่ 2 ภาชนะภายในบ้าน ได้แก่

1. ตุ่มน้ำภายในบ้าน
2. ภาชนะอื่นๆ เช่น แจกันดอกไม้ อ่างบัว ไห
3. จานรองขาตู้กับข้าวกันมด

จากการสำรวจภาชนะต่าง ๆ ที่มีลูกน้ำยุงลายพบว่าจานรองขาตู้กับข้าวกันมด จะพบ ลูกน้ำยุงลายมากที่สุด ส่วนถังเก็บน้ำคอนกรีตพบน้อยมาก ตามตารางที่ 1 (องอาจ เจริญสุข: 2538)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละที่พบลูกน้ำในภาชนะชนิดต่าง ๆ

ชนิดของภาชนะ	ร้อยละที่พบลูกน้ำ
โถ่งน้ำใช้	36.8
โถ่งน้ำดื่มขนาดเล็ก	36.4
จานรองขาตู้กับข้าวกันมด	62.9
ถังซิเมนต์ในห้องน้ำ	35.1
ภาชนะอื่นๆ	35.1
ซิเมนต์ขนาดใหญ่	6.2
ถังคอนกรีตเก็บน้ำฝน	0.3

การควบคุมลูกน้ำยุงลาย สามารถดำเนินการได้หลายวิธีในเวลาเดียวกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมโอกาส และสภาพแวดล้อม ซึ่งการควบคุมลูกน้ำยุงลายสามารถแบ่งพิจารณาได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การควบคุมลูกน้ำยุงลายทางกายภาพ ได้แก่
 - การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อทำลายภาชนะเก็บกักน้ำที่ไม่ใช้แล้ว เช่น กะลา กะโหลก กระถาง อ่างแตก โถ่ง ไห ขางรถยนต์ ขวด แก้ว ฯลฯ
 - เปลี่ยนถ่ายน้ำในภาชนะทุก ๆ 7 วัน ในแจกัน จานรอง ขาดูกับข้าว โถ่งน้ำใช้
 - ใช้กับดักลูกน้ำแบบขัน และกรวย ขางรถยนต์ทำเป็นแหล่งให้ยุงมาไข่แล้วนำไปกำจัด หรือใช้กระถางให้ยุงวางไข่
 - ใช้ฝาปิดโถ่งน้ำ ใช้ตาข่ายปิดกันยุงลงไปวางไข่
2. การควบคุมลูกน้ำโดยใช้สารเคมี
 - ทรายาอะเบท
 - น้ำมัน
 - เกลือแกง สารส้ม เพื่อปรับ pH ของน้ำ
 - ยาฆ่าแมลง
3. การควบคุมลูกน้ำทางชีวภาพ

Predator เช่น ปลาหางนกยูง ลูกปลาต่าง ๆ แมงเหนี่ยง ไร้เดือนฝอย (Nematoda *Roessimermis ninelsen*) ลูกน้ำยุงยักษ์ (*Toxorhynchites splendens*)

- Bateria Bti H-14
- Protozoa Lankesteria

โรคอุจจาระร่วง

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดคำจำกัดความของโรคอุจจาระร่วง เป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำปริมาณมาก ๆ แม้เพียงครั้งเดียวต่อวัน แต่การถ่ายบ่อยที่ลักษณะของอุจจาระเป็นปกติหรือการถ่ายอุจจาระของทารกแรกเกิดในระยะที่ถ่ายขี้เทา ซึ่งถ่ายบ่อยครั้งนั้นไม่ถือว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง (WHO: 1987 อ้างในวันดี วรวิทย์ 2534: 1)

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง

ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ โดยทั่วไปเกิดจากเชื้อโรตาไวรัส (Rotavirus) ประมาณร้อยละ 10-50 ,Shigella ร้อยละ 9-12 , Salmonella ร้อยละ 9-12 ; E.coli ร้อยละ 12 , Camylobacter jejuni ร้อยละ 8-12 ที่เหลือเป็นอหิวาต์

การติดต่อ

โดยการกินน้ำและอาหารที่มีเชื้อโรคอุจจาระร่วงปนเปื้อน

อันตรายที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

อันตรายที่สำคัญของโรคอุจจาระร่วงในเด็กมี 2 ประการคือการขาดน้ำและเกลือแร่ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้

การเกิดโรคอุจจาระร่วงแต่ละครั้งเท่ากับอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ(ภาวะขาดสารอาหาร)เฉียบพลันได้ เพราะการดูดซึมของลำไส้ลดลง ปริมาณอาหารที่กินก็ลดลงด้วย อันเนื่องมาจากเด็กเบื่ออาหาร และมารดามักจะเข้าใจว่าไม่ควรให้อาหารแก่เด็กขณะเกิดโรคอุจจาระร่วง การเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมักไม่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ แต่การเกิดโรคอุจจาระร่วงเรื้อรังที่เป็นอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน จะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกินและการดูดซึมอาหาร คือ

- กินได้น้อยลงเพราะเบื่ออาหาร และมารดาไม่ให้อาหารลูกขณะที่เป็นโรคอุจจาระร่วง
- เวลาที่อาหารอยู่ในลำไส้ ๆ จะบีบตัวเพิ่มขึ้น ทำให้อาหารเคลื่อนที่เร็ว ทำให้การดูดซึมลดลง
- เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากการติดเชื้อ ซึ่งเป็นผลให้การสร้างสารบางชนิดที่ช่วยให้การดูดซึมอาหารเสียสมดุลไป
- ในรายที่มีไข้ ร่างกายต้องการอาหารมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้อาหารที่ร่างกายเก็บสะสมไว้ เมื่อหยุดถ่ายเด็กต้องการอาหารชดเชยเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นอีกหลายสัปดาห์จึงจะมีน้ำหนักคืนมาเท่ากับก่อนป่วย

ผลกระทบของโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญ คือ ภาวะการขาดน้ำในช่วงแรก และภาวะการขาดสารอาหารในช่วงหลัง การรักษาจึงต้องป้องกันและรักษาภาวะการขาดน้ำในช่วงแรกด้วยการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) และให้อาหารเหลว เพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะการขาดสารอาหาร

การแสดงอาการของการขาดน้ำ

เพื่อจะได้ตัดสินใจว่าควรจะรักษาอย่างไร อาการที่สำคัญของการขาดน้ำ ได้แก่ อาการกระหายน้ำ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ปากแห้ง กระหม่อมบุ๋ม สูญเสียการยืดหยุ่นของผิวหนัง หายใจเร็วขึ้นเหมือนอาการหอบ ชีพจรเต้นเบาเร็ว ปัสสาวะน้อย ช็อค และอาจเสียชีวิตได้

การเฝ้าระวัง

มีการเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และควบคุมการระบาดในกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้แก่ ชุมชนแออัด ที่พักคนงานก่อสร้างขนาดใหญ่ กลุ่มชาวประมง และชุมชนที่มีปัญหาทางด้านสุขาภิบาล

พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

พฤติกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่งของโรคอุจจาระร่วง พฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ส่งผลต่ออัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วงด้วยกลไกต่างๆ คือ

- ทำให้เชื้อโรค (pathogenic agent) สามารถเข้าไปในร่างกาย (host) ได้
- มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความต้านทานโรคหรือความรุนแรงของโรค
- เกี่ยวข้องกับแหล่งเพาะเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมหรืออาหาร

พฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อโรคอุจจาระร่วงถูกกำหนดด้วยปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษาของประชาชน พฤติกรรมของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กจะมีอิทธิพลมากต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง ตามกลไกดังกล่าวมี ดังนี้

1. พฤติกรรมการล้างมือ มือเป็นอวัยวะที่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรครวมทั้งเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ดังนั้นจึงควรล้างมือด้วยน้ำสะอาดและสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังจากการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การที่แม่หรือคนเลี้ยงรวมทั้งตัวเด็กไม่ล้างมือภายหลังการใช้ส้วม จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการคือ เด็กที่มีเล็บดำสกปรก จะแสดงถึงพฤติกรรมที่ไม่ดีของทั้งเด็กและแม่เอง

2. พฤติกรรมเกี่ยวกับอาหาร ซึ่งหมายรวมถึง การเตรียมอาหาร การประกอบอาหาร การเก็บอาหาร วัตถุดิบ และอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบอาหาร ส่วนหนึ่งเกิดจากอาหารที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อนมาในอาหาร ส่วนหนึ่งมาจากการรับประทานอาหารนอกบ้าน หรืออาหารสำเร็จที่ขายตามข้างถนน ส่วนการเกิดอุจจาระร่วงในเด็กมักเกิดจากการประกอบอาหารในบ้านและมารดา

ผู้เลี้ยงดูเป็นผู้ประกอบเอง ดังนั้นเราจึงควรมีพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหาร คือ

- ปรงอาหารให้สุกและรับประทานเมื่อปรงสุกใหม่ ๆ
- ใช้ความร้อนให้มากพอในการอุ่นอาหาร
- ควรทำอาหารครั้งละน้อย ๆ เพื่อไม่ให้เหลือข้ามวัน
- อาหารบางชนิดต้องเก็บในตู้เย็นช่องที่เย็นจัด
- ผู้ประกอบอาหารต้องมีสุขภาพแข็งแรง แต่งกายสะอาด ไม่เป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ
- วัตถุดิบที่ใช้ประกอบอาหารทุกชนิดต้องสะอาด
- อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบอาหารต้องสะอาด
- น้ำใช้ต้องสะอาด
- ไม่ซื้ออาหารจากแหล่งที่ไม่สะอาด มีการปนเปื้อนเชื้อโรคมารับประทาน
- ต้องเก็บอาหารให้มิดชิดไม่มีแมลงวันตอม
- ล้างมือให้สะอาดก่อนประกอบอาหารและป้อนอาหารให้เด็ก
- ใช้ช้อนรับประทานอาหาร

3. พฤติกรรมเรื่องน้ำดื่ม น้ำใช้ และการกำจัดของเสีย

น้ำดื่มและน้ำใช้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ที่สำคัญในชุมชนต้องมีน้ำใช้อย่างเพียงพอ ภาชนะที่กักเก็บน้ำใช้ต้องสะอาดและต้องปกปิดให้มิดชิด บ้านที่ใช้น้ำจากแหล่งน้ำบ่อเจาะต้องให้อยู่ห่างจากส้วมในระยะที่ปลอดภัย น้ำดื่มต้องเป็นน้ำประปาหรือน้ำที่ผ่านการต้มให้เดือดแล้วจึงจะเหมาะสมสำหรับใช้เป็นน้ำดื่มของเด็ก

การกำจัดอุจจาระ ต้องถ่ายอุจจาระในส้วมราดน้ำที่สะอาด สำหรับเด็กการกำจัดอุจจาระภายในบ้านหรือถ่ายเรี่ยราดต้องรีบกำจัดโดยเร็ว และนำไปทิ้งในโถส้วม อย่าปล่อยให้แมลงวันตอม เพราะจะเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง

4. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูที่สำคัญ คือ

4.1 การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ (Breast feeding) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลป้องกันเด็กจากการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคอุจจาระร่วง ดังนั้นแม่ควรให้ลูกกินนมแม่ จะปลอดภัยจากโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่าการให้นมผสม เต้านมและหัวนมต้องสะอาดก่อนให้ลูกกินนม

4.2 การเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ในกรณีที่แม่มีความจำเป็นต้องเลี้ยงลูกด้วยนมผสมแม่ต้องระมัดระวังในเรื่องของความสะอาดของขวดนม จุกนมและฝาครอบขวดนม การผสมนมต้องถูกวิธี ต้องล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนการผสมนมและให้นมลูก โดยเฉพาะน้ำที่ใช้ผสมนมต้องเป็นน้ำดื่มสุก

5. พฤติกรรมการดูแลรักษาเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เราสามารถรักษาโรคอุจจาระร่วงขั้นต้นได้เองที่บ้านตั้งแต่เริ่มมีอาการ คือ

5.1 ให้ของเหลวหรือสารน้ำเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการขาดน้ำและเกลือแร่ ได้แก่

- สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (Oral Rehydration Salts หรือ ORS) ชนิดซองบรรจุเสร็จ 1 ซอง ผสมในน้ำดื่มสุก 1 ขวด ขนาดขวดน้ำปลา (750 ซีซี) ขนาดการดื่ม เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ให้ดื่ม 50-100 ซีซี (1/4- 1/2 แก้ว) เด็กอายุ 2-10 ปี ดื่ม 100-200 ซีซี (1/2 – 1 แก้ว)

- สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ได้ด้วยตนเองในครัว โดยใช้ส่วนผสมดังนี้ คือ น้ำตาลทรายขาว 2 ช้อนแกง , เกลือป่น ครึ่งช้อนชา , น้ำดื่มสุก 1 ขวดกลม ขนาดเท่าขวดน้ำปลา (750 ซีซี) , ของเหลวที่มีในบ้าน เช่น น้ำข้าวใส่เกลือ 2 หยิบมือ น้ำแกงจืดหรือโจ๊ก เด็กที่กินนมแม่ให้กินต่อไปไม่ต้องหยุด ส่วนเด็กที่กินนมผสมให้กินเพียงครึ่งหนึ่งของปริมาณที่เคยกิน ใน 4 ชั่วโมง สลับกับการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS)

5.2 ไม่ต้องงดอาหารระหว่างที่เด็กท้องร่วง

5.3 พาไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากอาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการ ดังนี้ คือ ยังคงถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก มีอาเจียนบ่อย ๆ ร่วมด้วย มีอาการกระหายน้ำ ดาลึกโหล กระหม่อมบวม กระสับกระส่าย กินอาหารหรือดื่มนมและน้ำไม่ได้ มีไข้ หรือถ่ายเป็นมูกเลือด

ข้อควรระวัง

ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาหยุดถ่ายเพื่อรักษาโรคอุจจาระร่วง เนื่องจากการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำหรือมูกเลือดเป็นกลไกของร่างกายที่จะขับของเสีย สารพิษ หรือเชื้อโรคออกจากร่างกาย การกินยาให้หยุดถ่ายจะทำให้อาการถ่ายหยุดไป แต่ไม่ได้ทำให้ร่างกายลดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ในเด็กเล็กถ้าให้ยาหยุดถ่ายเกินขนาดจะมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางและศูนย์การหายใจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นควรปรึกษาแพทย์จะเป็นการดีที่สุด

มาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน/หมู่บ้าน

เนื่องจากโรคอุจจาระร่วงเป็นโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ จึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันไว้ เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคในชุมชน โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. สร้างส้วม โดยแนะนำให้ประชาชนมีส่วนร่วมใช้ทุกหลังคาเรือน และถ่ายอุจจาระร่วงในส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยจะต้องคำนึงถึงบริเวณที่จัดสร้างส้วม คือ ควรอยู่ห่างจากแหล่งน้ำของชุมชน และไม่อยู่เหนือแหล่งน้ำ หากจำเป็นต้องถ่ายอุจจาระร่วงนอกส้วมให้ถ่ายในหลุมที่ขุดแล้วฝังหรือกลบทุกครั้งที่เสร็จสิ้นการถ่ายอุจจาระ
2. ปรับปรุงน้ำดื่มและน้ำใช้ เนื่องจากน้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นคนทุก ๆ คนจึงต้องการน้ำเพื่อดื่มและใช้ในปริมาณที่เพียงพอและต้องเป็น น้ำสะอาดไม่มีเชื้อโรคและมีสารที่เป็นพิษต่อร่างกายเจือปนอยู่ในน้ำ
3. ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเน้นในด้านการรักษาความสะอาดของบ้านเรือนและรอบ ๆ บ้าน โดยการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยวิธีการเผาหรือฝัง ไม่ปล่อยให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันและหนู ซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อโรคอุจจาระร่วงมาสู่คนได้ รวมทั้งการสร้างคอกสัตว์ให้พ้นใต้ถุนบ้าน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคจากสัตว์มาสู่คนด้วย
4. ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งประกอบไปด้วยภาชนะสำหรับใช้ในการปรุงอาหาร และถนอมอาหารจะต้องสะอาด และถูกหลักอนามัยปลอดจากเชื้อโรค รวมทั้งภาชนะที่ใช้ใส่อาหาร และวิธีการปรุงอาหารต้องสะอาดด้วย
5. ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล เช่น กินอาหารที่สุกใหม่ ๆ ดื่มน้ำที่ต้มเดือดแล้ว โดยเฉพาะจะต้องล้างมือด้วยสบู่ก่อนกินอาหารและหลังเข้าส้วมทุกครั้ง

คำแนะนำในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

1. ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มเดือดแล้ว
2. กินอาหารที่ทำสุกใหม่ ๆ และไม่มีแมลงวันตอม
3. งดกินอาหารที่ดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ หลู้ ก้อย ส้มตำ ฯลฯ หรือถ้าจะกิน ผักผักสดจะต้องล้างให้สะอาดจริง ๆ
4. อาหารที่เหลือ ก่อนรับประทานต้องนำมาอุ่นซ้ำอีกครั้ง
5. จาน ชาม หม้อ จะต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาใส่อาหาร
6. ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนกินอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ
7. เศษอาหารและขยะมูลฝอยควรฝังหรือเผาทำลายเสีย อย่าปล่อยให้ไว้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน หนู และแมลงสาบ
8. ถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ
9. พาบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด ตั้งแต่อายุ 9-12 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2536: 99)

ประชุมพร สุวรรณชฎ (2536 : 7- 8) ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคอุจจาระร่วงของกรมควบคุมโรคติดต่อ ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคอุจจาระร่วง ด้าน

พฤติกรรมและสังคมว่า ควรจะได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการกำจัดของเสีย ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค เช่น Germ concept วิธีปรุงอาหาร การเลี้ยงดูเด็ก ผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง กลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ กลวิธีการรักษาอุจจาระร่วงที่เหมาะสมสำหรับประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ และอื่น ๆ

ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์

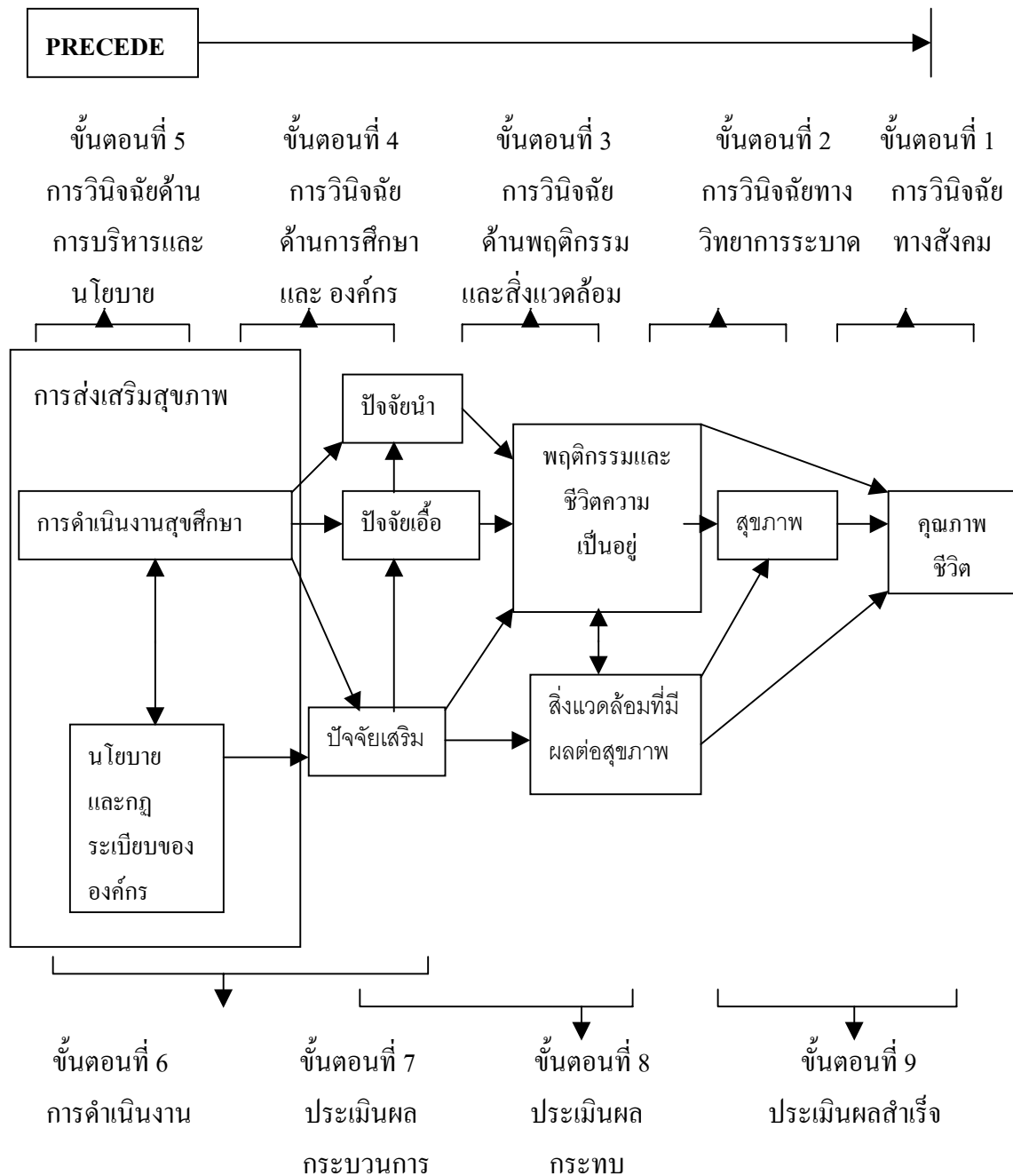
ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE-PROCEED Model

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ หรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีแนวคิดหนึ่งที่มักถูกอ้างอิงเสมอในการอธิบายความหมาย และการวางแผน การดำเนินงานสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรค คือ PRECEDE-PROCEED Model ของ Lawrence W. Green และ Marshall Kreuter (Green and Kreuter, 1991 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2538: 59-69) แบบจำลอง (Model) นี้ประกอบด้วย ส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ Environmental Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2 เป็นลักษณะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานประเมินผลส่วนนี้ เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)

PRECEDE PROCEED Model ใช้เพื่อการวางแผนในการดำเนินงาน และประเมินผลโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หรือ ส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากเป้าหมายที่อยากให้เกิดขึ้น (Outputs) ซึ่งตาม Model คือคุณภาพชีวิตหรือการมีสุขภาพที่ดี ตามแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 แสดงแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED สำหรับการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ



แหล่งที่มา : Lawrence W.Green and Marshall W. Kreuter.” Health Promotion;

An Educational and Environmental Approach” Toronto;Mayfield Publishing Comp.1991:p.24

จะเห็นว่า มีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพและการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 6 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1-6 เป็นการดำเนินงานตามแผน และในการประเมินผลอาจจะมีขั้นตอนที่ 7 หรือขั้นตอนที่ 8 ขึ้นอยู่กับความจำเป็นเหมาะสม ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นตอนต่าง ๆ โดยสรุป ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วย นักเรียน ลูกจ้าง หรือคนงาน และผู้บริโภคนั้น เป็นต้น ซึ่งสามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น ตัวชี้วัดของปัญหาสังคมอาจจะมีหลายตัว

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis)

ขั้นนี้เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะ ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม (ในขั้นที่ 1) ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

เมื่อได้วิเคราะห์ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 แล้ว ผู้บริหารส่วนมากมักจะดำเนินการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ หรือโครงการสุขภาพโดยทันที โดยปราศจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 โดยเฉพาะในแง่สาเหตุ-เหตุผล (Cause-effect) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ขั้นที่ 3 ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental และ health-related behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกใช้ขั้นที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือของบุคคลอื่น อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคล จึงให้เห็นว่า งานสุขภาพที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นจะต้องพิจารณาส่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจจะเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือระดับองค์กรที่เล็กลงมาก็ได้

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis)

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่ามีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ใน

กลุ่มปัจจัยน่าจะประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ซึ่งจะมีอิทธิพลในแง่ของการจูงใจ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยอื่น ๆ จะประกอบด้วยทักษะ ทรัพยากร หรือสิ่งที่ขัดขวางที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม ด้วยองค์ประกอบเหล่านี้อาจจะเป็นได้ทั้งด้านบวก (เสริมให้เกิด) และด้านลบ(ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม) ซึ่งเกิดจากแรงในสังคมหรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรส่วนบุคคล หรือทรัพยากรในชุมชนอาจจะมีไม่เพียงพอหรือเกินพอ เช่น องค์ประกอบด้านรายได้ กฎหมาย สถานภาพอาจจะเป็นไปได้ทั้งปัจจัยส่งเสริม และขัดขวางพฤติกรรม เป็นต้น ทักษะในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมก็ถือว่าเป็นปัจจัยอื่น ดังนั้น ปัจจัยอื่นนี้กล่าวโดยสรุป คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบสุดท้าย คือ ปัจจัยเสริม หมายถึง รางวัลที่บุคคลได้รับ หรือข้อมูลป้อนกลับที่มาจากบุคคลจากบุคคลอื่น หลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่ง ๆ แล้ว ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป

การวิเคราะห์องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วทั้ง 4 ขั้นนี้ จะช่วยให้ผู้วางแผนได้จัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ และนำไปสู่การพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม (Intervention) การตัดสินใจเลือกกิจกรรมนี้จะขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญขององค์ประกอบและทรัพยากรที่มีอยู่และที่ทำให้เกิด

ขั้นที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

ขั้นที่ 5 นี้เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์การและด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน อาจจะมีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผน/ดำเนินงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบาย หรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะแก้ไขได้โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ ในขั้นนี้ก็จะเกี่ยวข้องกับการจัดกลยุทธ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่นชุมชน หมู่บ้าน สถานประกอบการหรือโรงงาน โรงเรียน คลินิก สุขภาพ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

การดำเนินงาน และการประเมินผล จะถูกกำหนดใน Model ซึ่งอยู่ในขั้นที่ 6,7,8 และ 9 ตามลำดับ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่างๆ ตามความจำเป็นและความเหมาะสมซึ่งจริงๆ แล้ว การประเมินผลนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องและต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการวางแผนของ Model จะเห็นได้ว่า PRECEDE – PROCEED Model เพื่อวางแผนในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและประเมินผลโครงการนี้ จะเกี่ยวข้องกับการประยุกต์ศาสตร์ต่างๆ หลายศาสตร์หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ สหวิทยาการ (Multidisciplines) คือ วิชาการด้านระบาดวิทยา สังคมศาสตร์

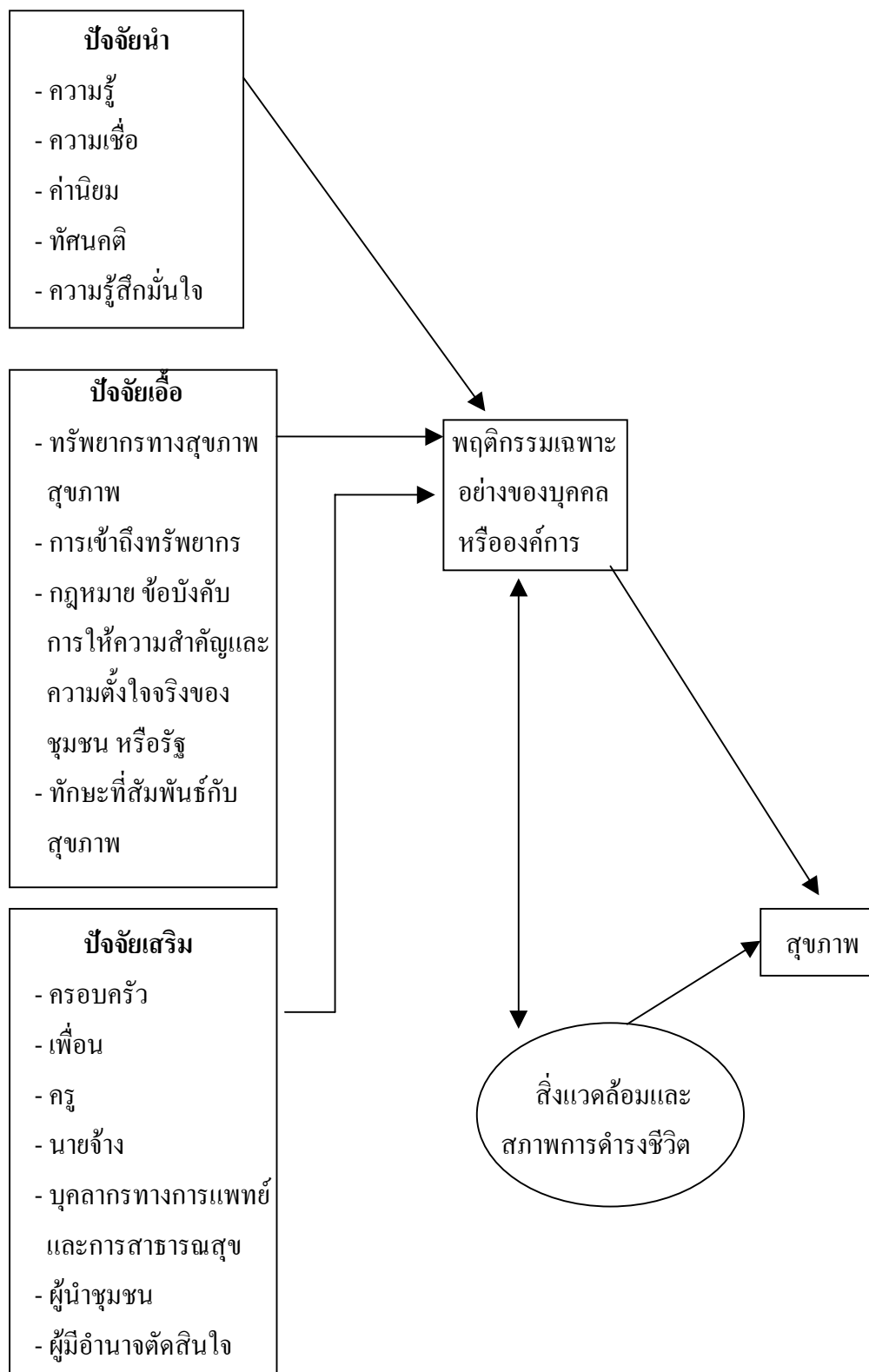
พฤติกรรมศาสตร์ และการศึกษา และการบริหารสาธารณสุข จะเห็นว่ากิจกรรมที่ทำในขั้นที่ 1,2 และบางส่วนของขั้นที่ 3 ใช้วิธีการด้านระบาดวิทยาและข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ กิจกรรมของขั้นที่ 3,4 จำเป็นต้องใช้วิชาการด้านทฤษฎี / แนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ นอกจากนี้ในขั้นที่ 5 และ 6 คือการวางแผน และการดำเนินงานตามแผน จำเป็นจะต้องใช้ความรู้ และประสบการณ์ทางด้านการบริหารจัดการและการศึกษา ในส่วนที่ 2 ของ Model คือ PROCEED ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนโครงการ การดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการ จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจทางด้านการบริหารรัฐศาสตร์ (Political Sciences) รวมการจัดการชุมชน (Community Organization)

PRECEDE-PROCEED Model นี้สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ และเนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยง มีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ คูแผนภูมิที่ 3 ประกอบ

ดังนั้น สิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคมนั้น จำเป็นต้องใช้หลายๆ วิธีการ ซึ่งวิธีการต่างๆ เกิดขึ้นจากการผสมผสานบูรณาการของศาสตร์หรือวิทยาการหลายๆแขนง ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ ชีวการแพทย์ (Biomedical Sciences) ประกอบด้วยศาสตร์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ รัฐศาสตร์ การศึกษา และการบริหาร

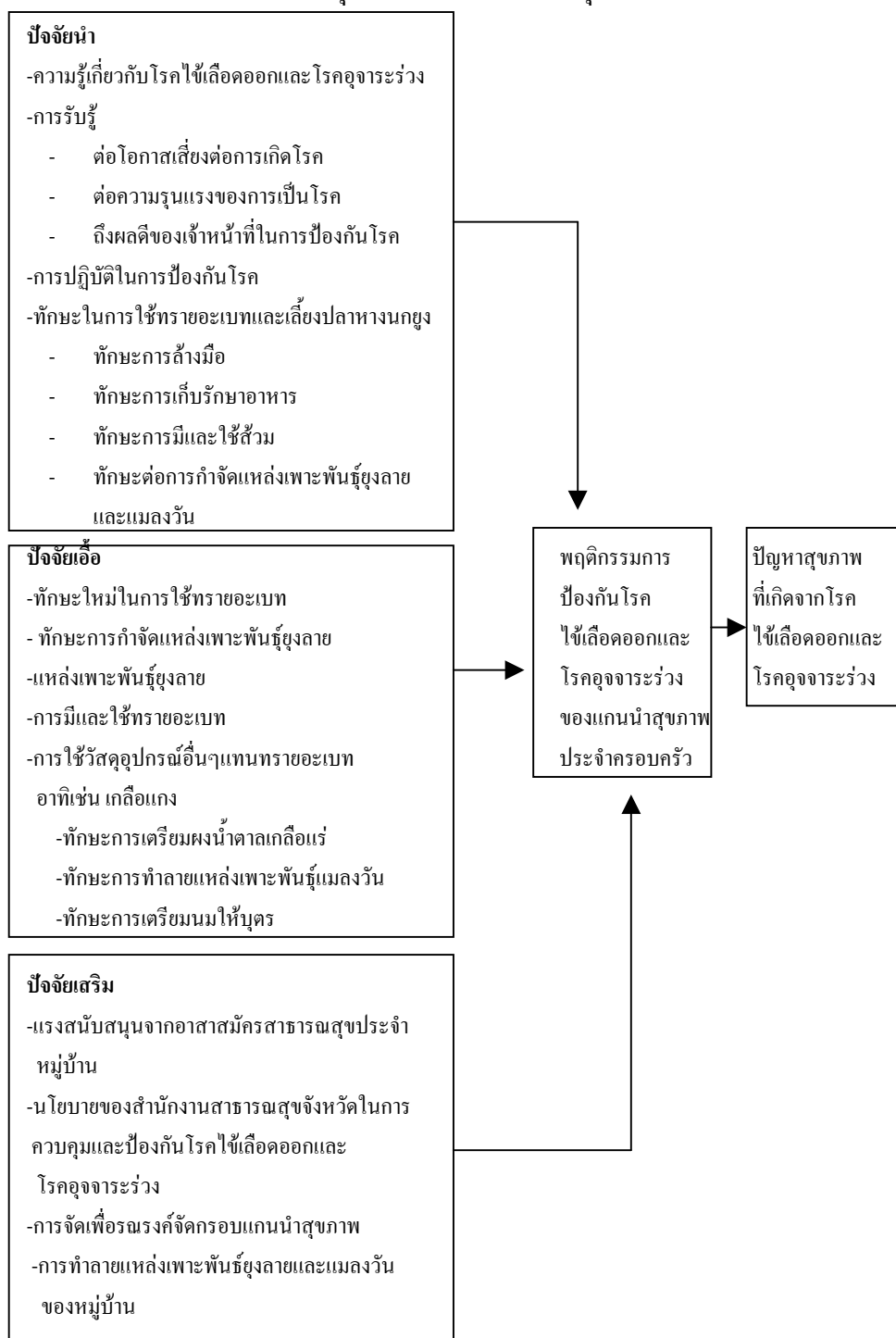
PRECEDE-PROCEED Model นี้ ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนในโครงการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งในสภาพแวดล้อมของชุมชน โรงเรียน สถานบริการทางการแพทย์ และสถานประกอบการหรือโรงงาน (Green and Kreuter,1991 : 25)

แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ



ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE-PROCEED Model ของ Lawrence W.Green และ Marshall .Kreuter (Green and Kreuter,1991 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2538 : 59-69) ขั้นตอนที่ 3,4 และ 5 มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัญหา และสาเหตุของพฤติกรรม ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดตรัง ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสภาพปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง เพื่อนำไปวางแผนดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้สอดคล้องกับปัจจัยส่วนที่ได้วิเคราะห์ค้นพบ ดังรายละเอียดตาม แผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 กรอบการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุปัจจัยทางด้านพฤติกรรม การป้องกันโรค
ไข้เลือดออกและ โรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดตรัง



ประยุกต์มาจาก : Green, Lawrence W.and Kreuter,Marshall อ้างในสรงค์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์ “การดำเนินงานบริโรคศึกษาด้านสาธารณสุขในชุมชน หน่วยที่ 10 “ ในเอกสารการสอนชุดวิชาบริโรคด้านสาธารณสุข หน่วยที่ 8-15 , สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มสธ.,2539 หน้า 93.

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้ เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยมและอื่น ๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527:171) ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานะชีวิตของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974:330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขาและการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ จะก่อให้เกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974:12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือความยากง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker et al., 1974: 205 - 216)

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Hachbaum 1958:1-28 อ้างใน รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์ 2530 :31) ดังนั้น เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1977:354-355) จึงได้สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและรักษาโรคของบุคคล

จากการที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค ผู้ที่มีระดับการรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น ด้วยกลวิธีต่าง ๆ ดังเช่น โรเซนสต็อก ได้เสนอวิธีการพัฒนาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 2 วิธี คือ โดยการสอน (Teaching Techniques) และการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Techniques)

วิธีการสอนนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของบุคคลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม (Group Influence) มาเป็นส่วนประกอบในการสอน โรเซนสต็อก (Rosenstock) ยังได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับชุมชน

1. ระดับบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยวิธีการสอนรายบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรคและผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับ จากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น ดังเช่น การศึกษาวิจัยของ นิตยา เพ็ญศิริินภา (2529:11-14) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหุ้่นาหนวดด้วยการให้สุศึกษาในระดับบุคคล

2. ระดับกลุ่ม เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโดยใช้แรงผลักดันทางสังคม เช่น จัดให้มีการอภิปรายโต้แย้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

3. ระดับชุมชน เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคมและสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและพฤติกรรมของบุคคล

ส่วนวิธีการปรับพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกหัดตนเอง ในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการคัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา วิธีการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย หรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักในคนอ้วน การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มี ต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อฐานะทางสังคม

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz and Becker, 1984: 44) สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ.1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือ ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและรักษา หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz and Becker, 1984:44) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้อง

ประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

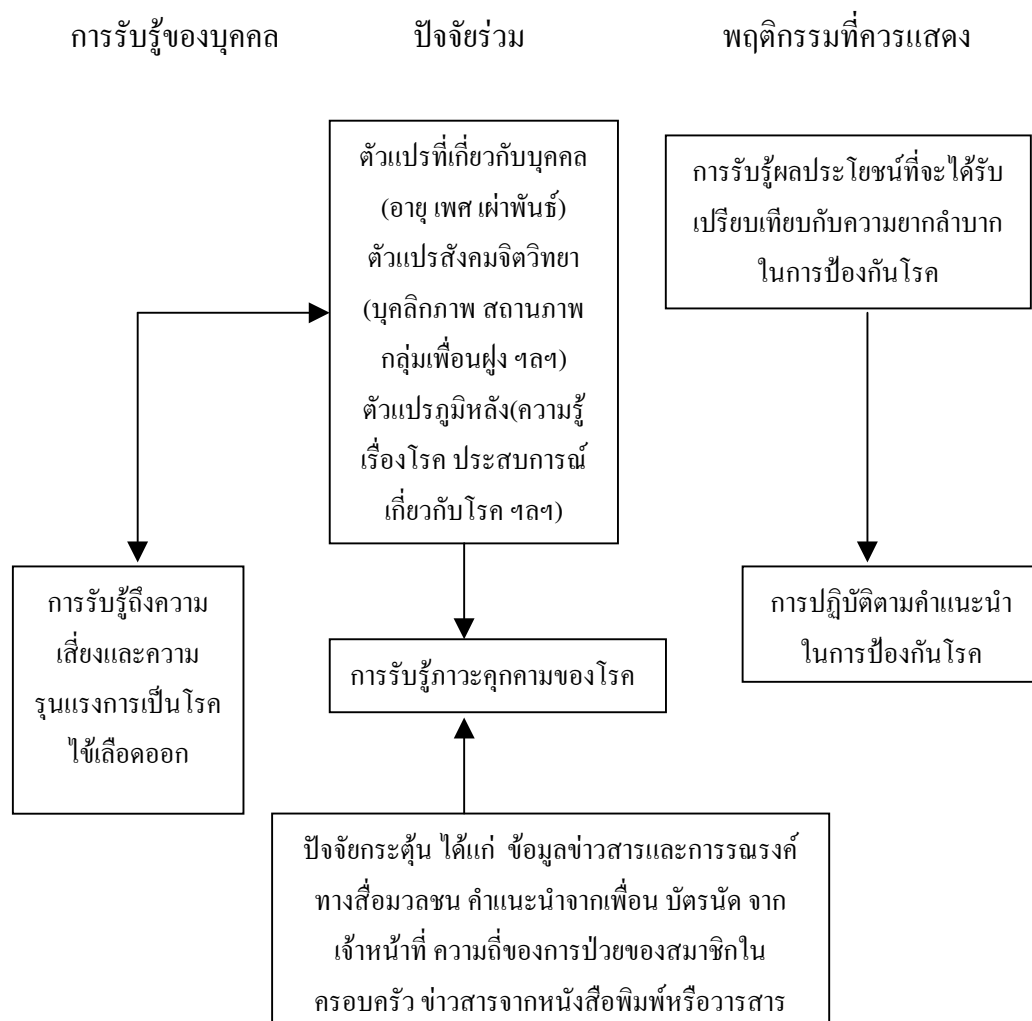
แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้างทางสังคม ทัศนคติ ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพ

เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมาย ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ เบคเกอร์และไมแมน (Backer and Maiman , 1975:12) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติการป้องกัน และได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ดังแผนภูมิที่ 5

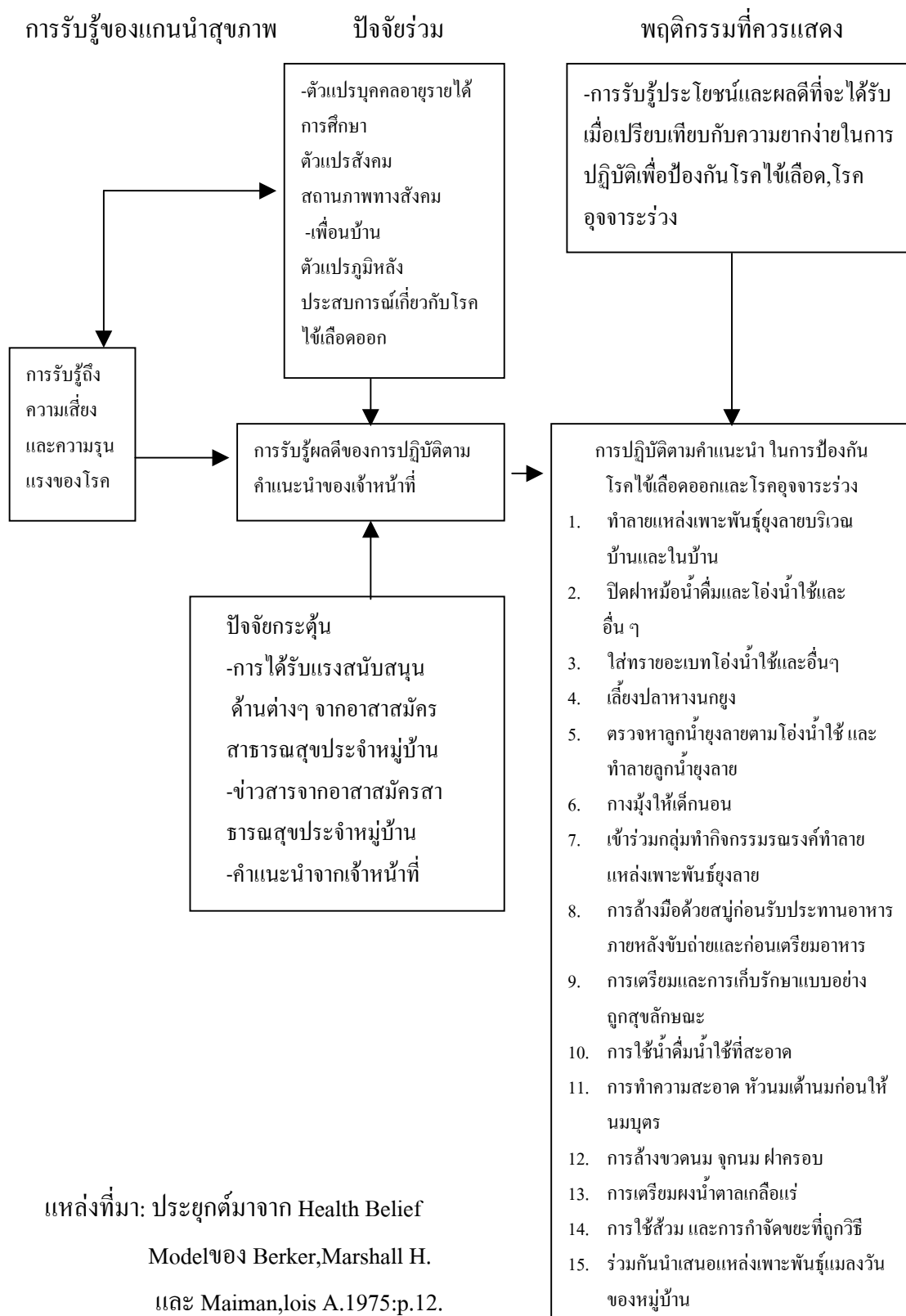
แผนภูมิที่ 5 แสดง “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค



แหล่งที่มา: Berker, Marshall H. and Maiman, Lois A. “Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation.” Medical Care, Vol 13. No. 1 January, 1975: 12.

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตามการรับรู้และปัจจัยร่วม 5 ปัจจัย ดังรายละเอียดตามแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกัน
โรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว



แหล่งที่มา: ประยุกต์มาจาก Health Belief
Model ของ Berker, Marshall H.
และ Maiman, Lois A. 1975: p.12.

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กระบวนการกลุ่ม เป็นเรื่องของการปฏิสัมพันธ์จากพฤติกรรมของบุคคลที่รวมกลุ่มกัน การปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มจะนำไปสู่การแก้ปัญหาโดยใช้อิทธิพลของกลุ่มและเป็นการจัดประสบการณ์ให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด ทักษะ และ การปฏิบัติด้วยตนเอง (มาลี สนิทเกศตริน, 2530: 428)

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การใช้กระบวนการกลุ่มโดยการอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มได้อภิปรายแสดงออกในรูปธรรม และนามธรรมแสวงหาข้อเท็จจริง ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น อิทธิพลกลุ่มช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการยอมรับอย่างสมัครใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร (สุริย์ จันทรโมลี, 2527: 208)

ปัจจุบันนักจิตวิทยาสังคมให้ความสนใจการนำกระบวนการกลุ่ม มาใช้เป็นพื้นฐานในการสนับสนุนให้บุคคลได้บรรลุจุดมุ่งหมาย หรือมีพฤติกรรมในทิศทางที่ต้องการ และสามารถนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ลักษณะ คือ เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง และเป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังต้องใช้วิธีการต่างๆ เพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) การประชุมกลุ่ม (Buzz session) และการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)

การอภิปราย เป็นวิธีการที่นำมาใช้อย่างมากในการให้สุศึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยน ความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ทางคำพูดได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายทั้งในรูปธรรมและนามธรรม ช่วยให้กลุ่มได้แสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การตัดสินใจของกลุ่ม เป็นการตัดสินใจโดยการฟังเหตุผล ข้อเท็จจริง ให้อิสระในการออกความคิดเห็นเต็มที่ ดังนั้นการอภิปรายกลุ่ม จึงสามารถนำมาใช้ในงานสุศึกษาได้ดี เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัวช่วยให้สมาชิกได้พิจารณาไตร่ตรองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะนำไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม อิทธิพลของกลุ่มช่วยให้สมาชิกเกิดการตัดสินใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุภาพ (สุริย์ จันทรโมลี, 2525: 88) สำหรับการเรียนรู้ กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผู้เรียนรู้จะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนรู้ ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทัศน เทียนเสน, 2531 : 31) วิธีการเรียนรู้ โดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน เราเ้าใจ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ของกลุ่มได้ลงมือ

ปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็นมีความรู้สึก และมีอารมณ์ร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ควรประกอบด้วย ลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผู้เรียนจะมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรม แทนการนั่งฟังคำบรรยาย
2. ผู้ให้ความรู้มีหน้าที่คอยประสาน และจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน
3. การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่ผู้เรียนทุกคนจะเป็นแหล่งที่มาของความรู้ด้วยทุกคน จะมีส่วนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ จึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ
4. การเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับ ความต้องการ และประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม
5. การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ จากตนเอง จากสมาชิก และจากกลุ่ม

องค์ประกอบในการจัดการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ เพื่อให้ความรู้แก่สมาชิกเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ที่กำหนดไว้นั้น จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบเหล่านี้ คือ การจัดตั้งกลุ่ม(Group Formation) ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation)

สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจัดตั้งกลุ่ม คือ

1.1 การให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม จำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดหมายเฉพาะ การทำกลุ่ม การกำหนดจุดมุ่งหมายจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้คือ

- ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่างๆ เช่น ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร ทฤษฎี ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังกำหนดจุดมุ่งหมายจะต้องคำนึงปรัชญา ทักษะ ความสามารถและความสนใจของเจ้าหน้าที่
- ลักษณะผู้จัดทำกลุ่ม
- นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่
- ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่

1.2 ขนาดกลุ่ม จำนวนสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดใด อีกทั้งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง(Marram , 1978:151)

กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คนขึ้นไป แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor,1982: 183) สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (Klerin,1972: 65) แต่ถ้าหากมีกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้น ควรมีสมาชิกจำนวน 4 -12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่น หากกลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้ ความสนใจซึ่งกันและกันจะน้อยลงเพราะสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันน้อยลง (Clack, 1977: 62)

การจัดรูปแบบของกลุ่มที่มีขนาดเล็ก ควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สมาชิกในกลุ่มหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face Group) จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วมเพราะจะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกรักใคร่ และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น(Withal and Levis , 1963 :684)

1.3 เวลาและสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม การกำหนดสถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดให้เป็น สดส่วนเฉพาะ มีความเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน หรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะในการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด เวลาในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลา ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที และความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Marram, 1978:151-153)

2. ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม

2.1 ผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของสมาชิกให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดี ดังนั้นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดีและเข้าใจการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978 : 151-154) ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

2.2 หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการ

1. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เื้ออำนวยการให้สมาชิกทุกคน ได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้าน

- ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย
- ความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม
- ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น

ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสกับสมาชิก ในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะ ของคน และความสามารถของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

2. ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศ ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดง ความรู้สึกความคิดเห็นในปัญหาต่างๆ ที่พบตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกันทั้งนี้ โดยให้บรรยากาศในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไปและสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพอใจ

3. ผู้นำกลุ่ม จะต้องตรวจตราดูแลความก้าวหน้าของการทำงานกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความ รับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้และจะต้องมีการ ประเมินผลความก้าวหน้าของการทำงานกลุ่มเป็นระยะ ๆ

4. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องมาจากสมาชิก แต่ละคนย่อมจะใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

2.3 วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่ม บรรลุจุดมุ่งหมายผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติในการ เป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้สมาชิกกลุ่ม ทุกคนเข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีการดำเนินงานของกลุ่ม การที่สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลมากขึ้น

2. สร้างแบบแผนของการทำงานกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ สมาชิกมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่โดยจะต้องมีการ วางแผนในเรื่องขอบเขต โครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการ รวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะสมาชิก

3. การกระตุ้นและเพิ่มพูนการปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้ สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกันกับตน มีความเข้าใจในปัญหา ซึ่งกันและกัน หาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ ในกลุ่มนั้นมากขึ้น โดยการใช้วัสดุอุปกรณ์ การเล่นเกมส์ หรืออื่น ๆ

4. การกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายและแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่ม ต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความ สนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมาก

ในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5. วางแผนการทำการกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มสามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้างที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่องหรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ

6. ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำการกลุ่มโดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำการกลุ่มและวิธีที่สมาชิกจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจ เต็มใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

7. การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำการกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำการกลุ่มเพื่อให้บรรลุจุดหมายที่กำหนดไว้

2.4 สมาชิกกลุ่มและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดนอกจากจะขึ้นอยู่กับดำเนินการของกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก ดังนั้นสมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยทำการกลุ่มโดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่เสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา และแนะวิธีจัดปัญหาของกลุ่ม
2. คอยกระตุ้นสนับสนุน คอยให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
3. ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะไม่เข้มงวด หรือเคร่งครัดมากเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียด และการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม
4. ตรวจสอบความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนในกลุ่ม
5. คอยประสานความคิดเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรมโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น
6. ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดเห็น และวิธีการใหม่ ๆ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

2.5 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience)

มาแรม (Marram,1978 :154-156) ได้ให้แนวคิดการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม จะต้องมีการมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างความสัมพันธ์ ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้อง

เป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้สมาชิก ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องกล่าวซ้ำ ให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกเพื่อสร้างความรู้สึกละเอียดอ่อนคลาไคลขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และการอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย จะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย ได้แสดงความรู้สึกละเอียดอ่อนและความคิดเห็นของตนออกมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มได้ระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีการแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยให้การช่วยเหลือสนับสนุนและการที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกอยู่ในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นระยะระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนมาเพื่อแก้ไข ปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาของตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำ ควรจะได้บอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวล ที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

(House, 1985 อ้างใน สรวงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2539 : 29-35)

1. ความหมาย แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แคพเพลน (Caplan, 1976 : 39-42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางด้านสังคม

หมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิซุก (Pilisuk, 1982:20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk , 1982: : 20)

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าจะมีความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนสังคมอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าเขาเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

4. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House อ้างใน Babara A.Israel ,1985: 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. Appraisal Support คือการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การคัดเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบ ต่าง ๆ

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

5. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb ,1985 :5-22) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

6. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

6.1.1 ผลโดยตรง จากรายงานการศึกษาวิจัยของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme, 1979: 186-204 อ้างใน Minkler 1981 :150) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 7,000 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

การศึกษาของ คอบบ์และแคสเซล (Cobb 1976 and Cassel 1961 อ้างใน Berkman and Syme, 1979:186-204) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

6.1.2 ผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กเลอร์ (Burgler อ้างใน Pilisuk ,1985 :94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.1.3 ผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคคอบบี (Cobb,1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.2 ผลต่อสุขภาพจิต

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore 1977 อ้างใน Minkler, 1981: 151)

ศึกษาในผู้ขายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan 1974 :7) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของ House ทั้ง 4 ประเภท

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Leader)

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยสามารถพึ่งตนเองได้ตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานต่างๆ

ยุทธวิธีการดำเนินงานดังกล่าว ได้แก่

1. การสนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสัมพันธ์ความผูกพันทั้งในระดับครอบครัวและในระดับชุมชนเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน

2. การส่งเสริมการพัฒนาประชาชนให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนมีส่วนร่วมในป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

ในส่วนของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา อสม.เป็นผู้มีบทบาทอย่างสูงในระดับหมู่บ้าน โดยแต่ละคนมีขอบเขตรับผิดชอบประมาณ 8- 15 หลังคาเรือนเพื่อสร้างเครือข่ายการประสานความร่วมมือ กับชุมชน ในแต่ละครอบครัว แต่จากการติดตามพบว่ามีปัญหาในการขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในระดับประชาชน ซึ่งในแต่ละครอบครัว มีสมาชิกของครอบครัว ที่ควรเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่

ตามธรรมชาติของวิถีครอบครัวไทยในแต่ละครอบครัว จะมีสมาชิกครอบครัว คนหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งคนที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกคนอื่นๆของครอบครัว ซึ่งกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่นี้ก็คือ "แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว" นั่นเอง และ

การพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยในสิ่งที่ถูกที่ควรแก่บุคคลเหล่านี้ก็จะเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของครอบครัวตนเองได้อย่างเป็นจริงมากขึ้น ทั้งยังมีส่วนในการที่จะก่อให้เกิดการพัฒนา ทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้ประชาชนในทุกครอบครัวมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั่นเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทุกครอบครัว มีบุคคลอย่างน้อย 1 คน ที่

1. มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ก็สามารถให้การดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้น และนำส่งสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมได้ทัน่วงที
3. เป็นทรัพยากรของท้องถิ่น ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนทางด้านสาธารณสุขและอื่นๆ

เป้าหมาย

ปี 2541 - 2542 ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน และขยายให้ ครอบคลุมเต็มพื้นที่ภายใน 5 ปี

ความหมาย

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแล จัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จึงเป็นบุคคลที่มีอยู่แล้วในแต่ละครอบครัว ซึ่งจะเป็นใครก็ได้ เช่น พ่อ แม่ ลูก ป้า น้า อา พี่ น้อง ที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนั้นๆ อนึ่งเนื่องจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากแหล่งต่างๆ ทั้ง สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่อบุคคล ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และบุคลากรอื่นๆที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความคาดเคลื่อนของความรู้จึงอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากแหล่งผู้ให้และผู้รับ จึงจำเป็นที่จะต้อง พัฒนาความรู้และทักษะของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ถูกต้องเพียงพอ และเหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว การที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจใฝ่รู้ และมีเวลาเพียงพอสำหรับการเรียนรู้ และการทำหน้าที่ดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แกนนำเหล่านี้สามารถรับรู้ได้มากขึ้นและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ

บทบาท

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นผู้มีบทบาทหน้าที่

- เป็นแกนหลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว
- เป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ให้แก่สมาชิกในครอบครัว
- เป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและการพัฒนา

สาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

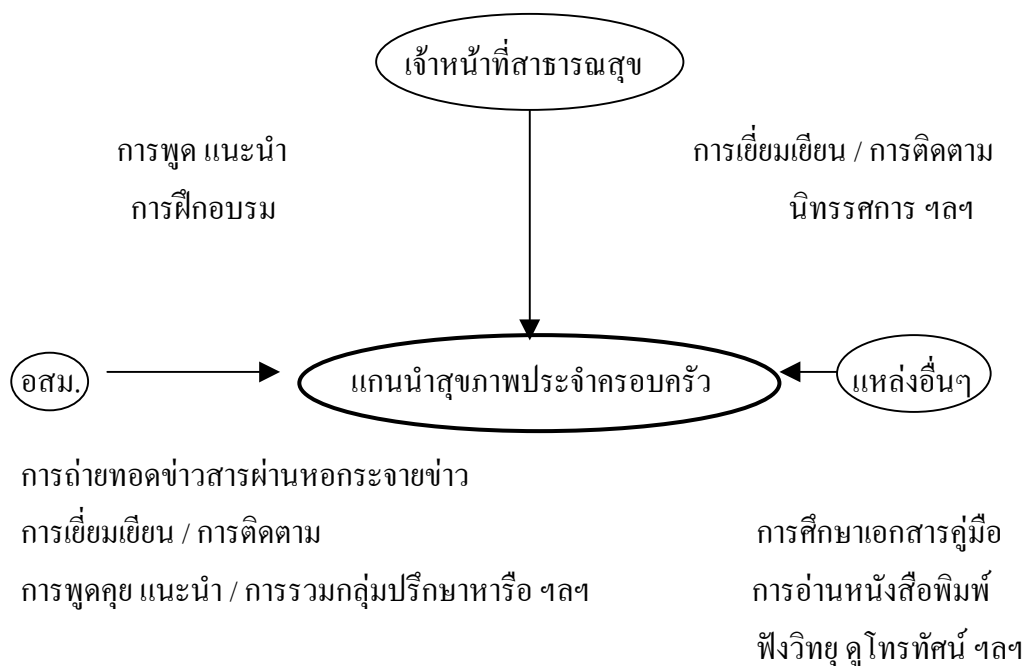
แนวทางการพัฒนา

การเตรียมชุมชน ในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเริ่มทำความเข้าใจกับ อสม. ให้เข้าใจเกี่ยวกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ดีเสียก่อน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องร่วมกับ อสม. ที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน/พื้นที่ ในการพิจารณาว่าในหลังคาเรือนใดมีใครบ้างที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่คุ้นเคยกับชุมชนจริงก็สามารถที่จะรู้ได้โดยง่ายว่าใครบ้างที่เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพของครอบครัว หรือก็คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่เจ้าหน้าที่และอสม. จะประสานและสร้างความร่วมมือต่อไป นอกจากจะต้องรู้ว่าเป็นใครแล้ว อสม. และเจ้าหน้าที่จะต้องรู้ถึงสถานะทางสุขภาพอนามัยของครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนนั้นเป็นอย่างไรบ้าง แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความมากน้อยเพียงไรและต้องการจะรู้อะไรเพิ่มเติม เพื่อใช้ในการวางแผนและการดำเนินงานพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวในระยะต่อไป

การถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำฯ สามารถที่จะเรียนรู้หรือรับรู้ความรู้ข่าวสารทางสาธารณสุขได้จากแหล่งต่างๆ ในหลายรูปแบบ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน/พื้นที่จะเป็นสื่อบุคคลหลักที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมทั้งต้องดูแล ติดตาม ช่วยเหลือ ให้อบรมปรึกษา เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในทุกครอบครัวของละแวกบ้าน/พื้นที่รับผิดชอบ มีความรู้และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม นอกเหนือจากการถ่ายทอดความรู้โดยตรงจาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็ควรจัดการสื่ออื่น เช่น สิ่งพิมพ์ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อใช้ในการเรียนรู้เอง และจะต้องให้คำชี้แนะแก่ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งความรู้อื่นๆ เช่น รายการสุขภาพทางทีวี และวิทยุ คลังสุขภาพในหนังสือพิมพ์ วารสาร และห้องสมุดต่างๆ เพื่อให้ได้รับความรู้จากแหล่งอื่นๆ ที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถจะค้นคว้าได้ด้วยตนเอง (ดังรูป) ทั้งนี้เพราะการเรียนรู้ที่

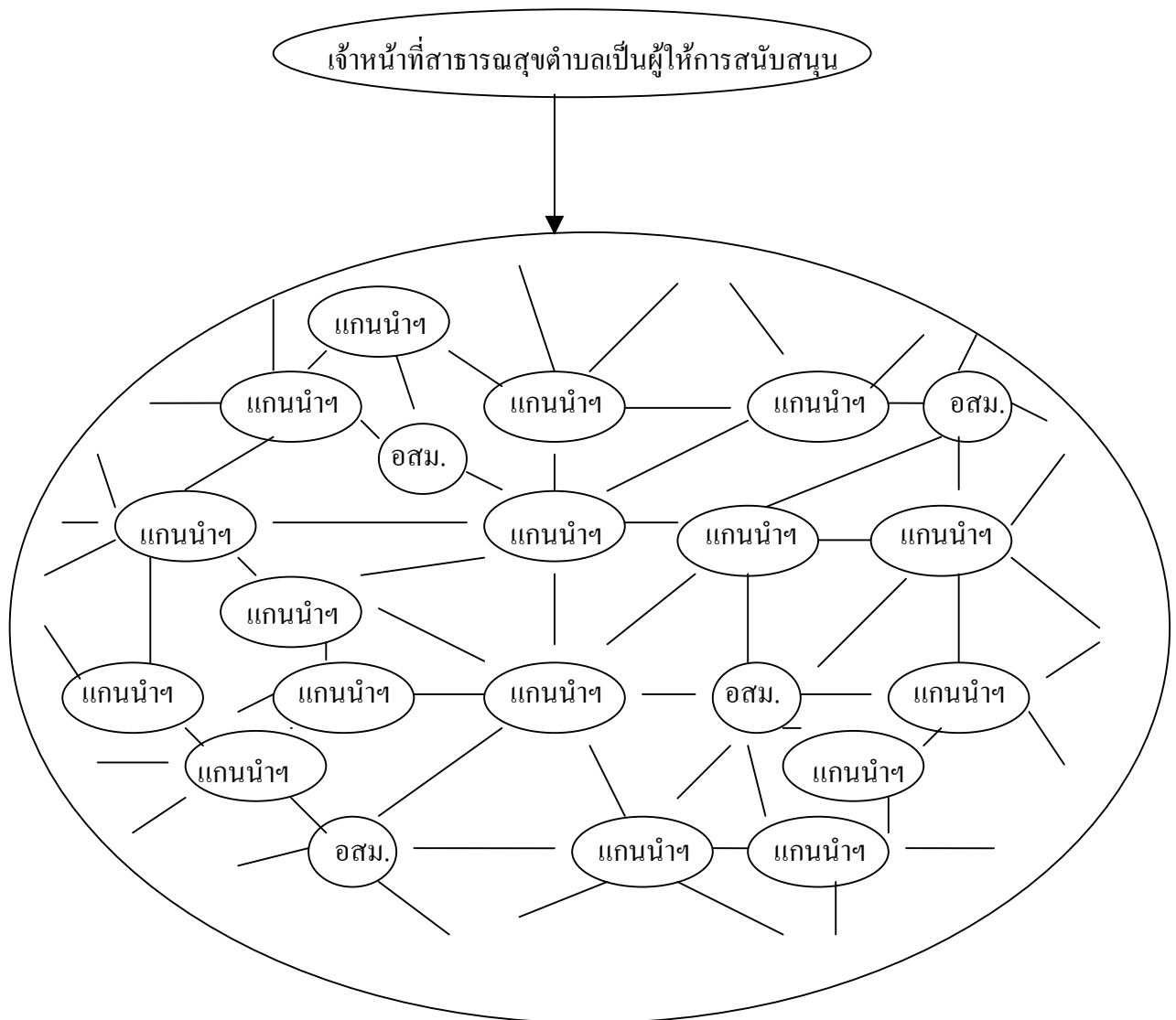
หลากหลาย ต่อเนื่องและเป็นธรรมชาติ จะช่วยให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีมากยิ่งขึ้น

แผนภูมิที่ 7 แหล่งและวิธีการถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว



การสร้างเครือข่าย แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการร่วมมือกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขของท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จะต้องเข้าไปประสานความร่วมมือกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเหล่านี้ อย่างเสมอภาค ทั้งถึงและต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนขึ้น

แผนภูมิที่ 8 เครือข่ายการประสานความร่วมมือระหว่างแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.



เนื้อหาความรู้

ความรู้พื้นฐานที่จำเป็น สำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วย

- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว
- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยเบื้องต้น
- ความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
- ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ครอบครัวสามารถมีบทบาทร่วม

การสนับสนุนการดำเนินงาน

เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานดังนี้

ส่วนกลาง ให้การสนับสนุนกับจังหวัดในการพัฒนาแกนนำฯ ได้แก่ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปแบบต่างๆ เช่น การประชุมชี้แจง จนท.สาธารณสุขระดับจังหวัด การติดตามและนิเทศงาน ฯ

ด้านวิชาการ เอกสาร ความรู้ ข้อมูลและสื่อต่างๆ ที่กรม / กองต่างๆ ให้การสนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ งบประมาณของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เงินหมวดอุดหนุนที่สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน (หมวด 800) และหมวดค่าใช้สอยฯ (หมวด 300) ที่สนับสนุนจังหวัด รวมทั้งงบประมาณที่จังหวัดได้รับการสนับสนุนจากกรม/ กองต่างๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน

ส่วนจังหวัด ให้การสนับสนุนกับพื้นที่ในการพัฒนาแกนนำฯ ได้แก่ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปแบบต่างๆ เช่น การประชุมชี้แจง จนท.สธ. ระดับอำเภอ / ตำบล การติดตามและนิเทศงาน ฯ ด้านวิชาการ การสนับสนุน เอกสาร ความรู้ ข้อมูลและสื่อต่างๆ ที่ได้รับจากกรม / กองต่างๆ และที่ผลิตขึ้นเอง

งบประมาณ ได้แก่ งบประมาณที่ได้รับจากสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เงินหมวดอุดหนุนที่สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน (หมวด 800) และหมวดค่าใช้สอยฯ (หมวด 300) ที่สนับสนุนจังหวัด รวมทั้งงบประมาณที่จังหวัดได้รับการสนับสนุนจาก กรม / กองต่างๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน

การติดตามประเมินผล ประกอบด้วย

- การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในพื้นที่จังหวัด
- การรายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน แบบ รง.302 ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน
- การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพอนามัย (health literacy) ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวควรมีการดำเนินงานในระยะต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1972: 843-854) ศึกษาในมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหุ้กเสบ พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอ จะนำบุตรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน

อุสมพร ปุริมทราบภิบาล (2532: 95-96) ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขภาพ เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่มีบุตร โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และอุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพร เกตุดาว (2533: ก-ข) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลโครงการสุขภาพต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การกระตุ้นให้เกิดความกลัว การสื่อสาร และกระบวนการกลุ่ม ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้/ทัศนคติ และการปฏิบัติในเรื่องพฤติกรรมความปลอดภัย ในการขับขี่รถจักรยานยนต์สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนงค์ทิพย์ ดุลยไชย (2533: ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพแบบกลุ่มวิชาชีพ ตามแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่กัญป่วยเป็นวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 33 ราย พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่

สุวิมล สันติสุข (2533 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพเรือ โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการอภิปรายกลุ่ม พบว่า ภายหลังการได้รับสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ การปฏิบัติ ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรค

เอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงการเป็นโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่ม

สุริย์ จันทรโมลี (2527 : 100-101) ได้กล่าวถึง การอภิปรายกลุ่มที่นำมาใช้ในงาน สุขศึกษา พบว่า ได้ผลดีสามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับ ทุกอายุ เพราะเป็นการอภิปราย ที่ไม่ได้นำไปทำการหาคำตอบที่ตายตัว หรือคำตอบที่แน่นอน อิทธิพลของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิก เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้วยการยอมรับสมัครใจ ซึ่งนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวร

อาภรณ์ รัตนวิจิตร (2533: ก-ข) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้ กระบวนการสู่ต่อการลดน้ำหนักในคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยศึกษาผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐานซึ่งมีดัชนีความหนาของร่างกายเท่ากับและมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในเขต จังหวัดระยอง จำนวน 30 คน ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีขนาดรอบเอวลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และลดน้ำหนักเพิ่ม ขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมลดน้ำหนัก ถูกต้องเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534: ข) ศึกษาผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โดยศึกษามารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอด ที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่าการ อภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม ในการที่จะทำให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้และมี พฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่

ทัศนีย์ พฤษชัย (2535: ข) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคและ พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยศึกษาหญิง ตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี ที่มาฝากครรภ์ แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลรามารักษ์ จำนวน 60 คน ผลการศึกษา พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้ คู่มือการปฏิบัติงานไปอ่านทบทวน ภายหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น พาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความรู้เรื่องโรคดีกว่า และมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม กว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ปกติ

เพิ่มพูน ธรรมเจริญ (2536: ข) ได้ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการ ปรับตัวเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่สาขารังสีรักษา ภาควิชารังสี วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 38 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม

ที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

การวิจัยเกี่ยวกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ผล

รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์ (2531:123) พบว่า การใช้แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครต่อต้านการโรคและเป็นผู้สอนสุขศึกษาแบบเพื่อนสอนเพื่อนแก่หญิงอาชีพพิเศษ มีผลทำให้หญิงอาชีพพิเศษที่ได้รับการสอนสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่ถูกต้อง

อจนา เขาวนประยูร(2531: 92-93) พบว่า การสนับสนุนและการให้กำลังใจจากผู้ใกล้ชิด ได้แก่ ผู้บังคับการค่าย พระภิกษุที่ดำรงวินัยในค่ายนับถือ และผู้มีประสบการณ์ในการงดสูบบุหรี่ ได้ทำให้ตำรวจตระเวนชายแดนผู้ที่สูบบุหรี่งดสูบบุหรี่ได้ และผู้ที่งดสูบบุหรี่ไม่ได้ก็ลดจำนวนบุหรี่ลง

มันทนา ศิลปเวชกุล (2532: 52-54) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมของสุขศึกษาที่ใช้และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี กลุ่มละ 50 คน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีจะมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อน การทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์

สรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2534: ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 116 คน แยกเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน กลุ่มควบคุม 56 คนพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชน มีความรู้ในเรื่องโอกาสเสี่ยงความรุนแรงของความผิดปกติของสมองและร่างกายอันเกิดจากสารไอโอดีนและทัศนคติต่อการดื่มน้ำเสริมไอโอดีนถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษา และมีการปฏิบัติในการเติมสารไอโอดีนลงในน้ำดื่ม ใช้เกลืออนามัยประกอบอาหารมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อารีรัตน์ พันธุ์ทอง (2535 ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดรักษาผู้ติดสารระเหย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน แยกเป็นกลุ่มทดลอง 45คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน พบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลประจำตึก มีประสิทธิผล

ทำให้ผู้ป่วยสภาวะหาย มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น ทั้งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การบำบัดรักษาอยู่ครบตามตารางการรักษา 21 วัน

เบิร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme, อ้างใน Meredith Minkler, 1981 :150) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ โดยศึกษาผู้ใหญ่ จำนวน 7,000 คน ซึ่งอาศัยอยู่ที่เมืองออลามิดา รัฐแคลิฟอร์เนีย นาน 9 ปี โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ ชีวิตความเป็นอยู่ โดยทั่วไป สุขภาพพฤติกรรม และวัดถึงการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรส จำนวนผู้ที่ติดต่อสัมพันธ์ ด้วยความถี่ในการติดต่อ การเข้าร่วมทางศาสนา การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ และอื่น ๆ พบว่า ผู้ที่มีผู้สนับสนุนทางสังคมน้อยมีอันตรายมากกว่าผู้สนับสนุนทางสังคมมากถึง 2-5 เท่า และมีอัตราป่วยมากกว่า ซึ่งทั้งนี้ไม่ขึ้นอยู่กับฐานะทางสุขภาพแต่เดิม และปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคที่มีมาแต่เดิมของเขา เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และอื่น ๆ ทั้งยังไม่ขึ้นกับการให้บริการทางสาธารณสุขที่ดีอีกด้วยและพบว่าความสัมพันธ์เกิดขึ้นทุกเพศ ทุกวัฒนธรรม และทุกระดับเศรษฐกิจ

แลงกลี (Langlie ,1977: 244-260) ได้ศึกษาผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน ถึงพฤติกรรมป้องกันโรค และรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน และอื่นๆ พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและเพื่อนมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าวดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

แบคแลนด์แลนด์ และแลนด์วอลล์ (Backland and Landwall อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ , 2528 : 594-595) พบว่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

เบอร์กลีเลอร์ (Burgler อ้างใน Pilisuk , 1985: 94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่แพทย์ได้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

บุญล้วน พันธุจินดา(2526:175-183) ได้รายงานว่ ในปี พ.ศ.2515 การระบาดของไข้เลือดออกไม่แน่นอน คือ ระบาดไม่พร้อมกัน โดยมีความสัมพันธ์กับฤดูฝน ถ้าท้องที่ใดมีฝนตกมาเร็ว การระบาดก็จะเกิดก่อน

สุชาติ เจตนเสน และองอาจ เจริญสุข (2518: 30) รายงานว่าในปี พ.ศ.2516 ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ และภาคอื่น ๆ มีผู้ป่วยมาก ในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม และจากการที่ทำการศึกษาในปี พ.ศ.2517 ในภาคใต้ที่จังหวัดสงขลา ซึ่งมีฝนตกชุก 2 ช่วง คือระหว่างเดือนกรกฎาคม- สิงหาคม

และระหว่างปลายเดือนตุลาคม-ธันวาคม โดยปริมาณฝนในช่วงหลังมากกว่าช่วงแรก แต่การระบาดของโรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นในช่วงฝนตกชุกช่วงแรก (กรกฎาคม-สิงหาคม)

ไพรัตน์ คุณะเกษม และคณะ (2521: 338-243) ได้ศึกษาการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดใน ประเทศไทย ปรากฏผลว่า ในปี พ.ศ.2517-2519 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคไข้เลือดออกใน โรงพยาบาลทั่วประเทศ มีสาเหตุมาจากเชื้อเด็งกีไวรัส ทั้ง 4 สายพันธุ์เป็นส่วนใหญ่ แต่พบสาเหตุเกิดจากเชื้อซิกนูนุยาได้บ้าง

นาทรีรัตน์ ตั้งขวิภา และคณะ (2524: 41-44) ได้ศึกษาระบาดของวิทยาของโรคไข้เลือดออกที่ จังหวัดระยอง โดยใช้ตัวอย่างเลือดจากเด็กอายุระหว่าง 4-14 ปี ในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม 2523 พบว่า โรคไข้เลือดออก ที่ทำให้เกิดจากการติดเชื้อสายพันธุ์ใด และเกิดติดเชื้อซ้ำสองด้วยสายพันธุ์ใด และพบว่าในกลุ่มอายุ 1-4 ปี มีความต้านทาน(แอนติบอดี) ต่อเชื้อเด็งกีไวรัส ร้อยละ 60-70 และในกลุ่มอายุ 3-14 ปี มีแอนติบอดีสูงถึงร้อยละ 70-100 และสมภพ อหันทริก และคณะ (2524:159-176) ได้รายงานการตรวจไข้เลือดออกทางห้องปฏิบัติการจากทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2523 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ติดเชื้อครั้งแรกมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และพบว่าโรคไข้เลือดออกเป็นได้กับบุคคลทุกอายุ แต่อายุที่พบมาก คือ ระหว่าง อายุ 5-9 ปี และการติดเชื้อเด็งกีไวรัสพบได้ตลอดปี

สมภพ อหันทริก (2526: 149-168) ได้ทำการศึกษาจากเลือดของผู้ป่วยที่ส่งตรวจจากทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2523 พบผู้ป่วยเกิดจากเชื้อเด็งกีไวรัส ร้อยละ 73 สำหรับในปี พ.ศ.2524 และ พ.ศ.2525 พบว่า ส่วนใหญ่ก็เกิดจากเชื้อเด็งกีเช่นเดียวกันถึงร้อยละ 68.8 และ 59.5 ตามลำดับ ส่วนที่เกิดจากเชื้อซิกนูนุยา ร้อยละ 0.7 ทั้ง 2 ปี

อุไรวรรณ ตันทะอาริยะ (2531: 64-65) ได้ศึกษาการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้วย การควบคุมยุงลาย โดยใช้ทรายอะเบท โดยอาศัยองค์กรอาสาสมัคร จังหวัดหนองคาย เมื่อเดือน มิถุนายน ถึงตุลาคม 2530 ด้วยการอบรมอาสาสมัคร เพื่อให้เป็นผู้ชักชวนสมาชิกเข้าร่วม โครงการ ไล่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำ และกำจัดภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หลังการดำเนินการ โครงการ พบว่ากลุ่มตัวแทนองค์กรต่าง ๆ เห็นความสำคัญของการป้องกันไม่ได้ยุงลงไปวางไข่ ในภาชนะต่าง ๆ และมีการกำจัดลูกน้ำกันทุกหลังคาเรือน

นันทรี ชมเชยนิติธรรม (2533 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่มีบุตร 5-9 ปี อำเภอเมืองนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน กลุ่มควบคุม 40 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม และการปฏิบัติตามคำแนะนำในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และพบว่าปัจจัยด้านอายุและการศึกษามีความสัมพันธ์ไปในทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปราโมทย์ แซ่เอ็ง (2535: ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยนำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครูและบิดา/มารดา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดการประถมศึกษา อำเภอเมืองนนทบุรี จำนวน 120 คน โดยการเลือกจำเพาะเจาะจง ตาม คุณลักษณะที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 60 คน จากโรงเรียนวัดลานนาบุญ ตำบล ตลาดขวัญ และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 60 คน จากโรงเรียนวัดตำหนักใต้ ตำบลท่าทราย โดยกลุ่ม ทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นรวมระยะเวลา 9 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2534 ถึง เดือนมกราคม 2535 การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การนำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมา ประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครูและบิดา/มารดาช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

สายพิน คงมาลัย และ ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล (2539: ก-ข) ทำการศึกษาเรื่องการ จัด กิจกรรมสุขศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านที่มีบุตร เรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านที่มีบุตรเรียนอยู่ชั้นประถม ศึกษ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยนำเอาหลักการแนวคิดการวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนในการแก้ไข พฤติกรรม” PRECEDE Model” ประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของแม่บ้าน และผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการจัด ประสบการณ์การเรียนรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และรูปแบบวิธีการทาง สุขศึกษา มาดำเนินการในการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อสนับสนุนส่งเสริมและจูงใจ ให้แม่บ้านมีการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นแม่บ้านที่มีบุตรเรียนอยู่ใน ชั้นประถมศึกษา อายุระหว่าง 15-44 ปี จำนวน 120 คน แยกกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน อาศัยอยู่ที่ บ้านห้วยน้ำลอย หมู่ 4 ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอดอนเจดีย์ และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 60 คน อาศัยอยู่บ้านสระยายโสม หมู่ 3 ตำบลสระยายโสม อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี รวมระยะเวลา 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา แผนการประชุม วิดีทัศน์ แผ่นพับ และโปสเตอร์ ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง แม่บ้านที่มีบุตรเรียนอยู่ใน ชั้นประถมศึกษามีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ถูกต้อง และดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้ ยังพบว่า แรง สนับสนุนจากครู ผู้สอนชั้นประถมหรือครูอนามัย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำรวจ คุณวุฒิ (2540: ก-ข) ได้ศึกษา เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โดยประยุกต์ในแนวคิดทฤษฎีจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์สและกระบวนกลุ่ม มาเป็นแนวคิดในการกำหนดกิจกรรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 120 คน กลุ่มทดลอง 60 คน ที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ 5 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบบันทึกกิจกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความคาดหวังในประสิทธิผลและความคาดหวังในความสามารถ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนดัชนีความชุกและสัดส่วนภาระหน้าที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายในกลุ่มทดลองมีค่าลดลง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง

กานดา วัฒนภัส และคณะ (Kanda Vathanophas et al.,1986:156-162 อ้างใน ระเด่น หัสดี และคณะ 2538 :34) ได้ศึกษาปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ พฤติกรรมมารดาและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการเกิดอุจจาระร่วงในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี เขตชุมชนแออัดกรุงเทพฯ พบว่า ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงแต่พฤติกรรมของมารดาในการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระร่วง รวมทั้งการใช้ภาชนะครอบอาหารที่มีผลต่อการเกิดอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันดี วรวิทย์ และคณะ (2531: 17-29 อ้างใน เทียร ใจบุญมา และคณะ, 2540: 34) ได้ศึกษาการเกิดอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปีในเขตเมือง พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสะอาด การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การใช้ภาชนะครอบอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับการล้างมือหลังจากถ่ายอุจจาระและการกำจัดอุจจาระจากพื้นดิน

สิทธิพันธ์ ไชยพันธ์ และคณะ (2531: 17-29) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชน ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงและต่ำ พบว่าเมื่อพิจารณาตามลักษณะของชุมชนที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงและต่ำ พบว่า พฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง การใช้แหล่งน้ำดื่มที่สะอาด การปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่ม การปรุงอาหาร การบริโภคอาหาร การใช้ส้วม การกำจัดน้ำโสโครกในชุมชนที่มีอัตราป่วยสูงจะมีพฤติกรรมอนามัยต่ำกว่าชุมชนที่มีอัตราป่วยต่ำ สอดคล้องกับเขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ

(2530) ได้ศึกษาปัจจัยด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำใช้ในบ้าน การปรับปรุงน้ำก่อนนำมาใช้ และการใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

จินตนา งามวิทยาพงศ์ (2530 : 94-110 อ้างใน นิศยา โชตินอก) ได้ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแออัดในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมการรักษามีลักษณะเป็นขั้นตอนและเปลี่ยนการรักษาไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหายป่วย วิธีการรักษาใช้ยาเกิน เป็นยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 30.1) รองลงมาเป็นสารละลาย (ร้อยละ 27.7)

อัญญา ชีรชัย (2529: 86-88) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่จังหวัดตราดพบว่า มารดาจะทำการรักษานูตรด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยไม่ปล่อยให้หายเอง การรักษาพยาบาลเริ่มแรกจะรักษาเอง ส่วนใหญ่จะใช้ยาแผนปัจจุบันแก้บุตร และใช้ยาสมุนไพร เช่น ใบฝรั่ง ถ้าไม่หายจะไปสถานบริการและไปสถานบริการเอกชน (คลินิก) มากที่สุด น้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลเอกชน

สุรีย์ สัตยวิเศษณ์ (2530: ข) ได้ศึกษาระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง พบว่า การศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุ 0-5 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาไอดีส และคณะ (Idis et al. 1981:314 อ้างในจินตนา งามวิทยาพงศ์, 2530:13) ที่พบว่าเด็กที่มารดาอ่านเขียนหนังสือไม่ออกมีอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วงสูงที่สุด คือ ร้อยละ 57.1 เด็กที่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และระดับปริญญา มีอัตราการป่วยโรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 50.6, 39.7 และ 31.8 ตามลำดับ ความแตกต่างในระดับการศึกษาของมารดากับอัตราการเกิดโรคดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดุสิต ชูรัตน์ และคณะ (2530: 61-83) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานะเศรษฐกิจ พบว่า โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความสัมพันธ์กับรายได้รวมของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะมีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของเด็กมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า

อังคณา จิราจินต์ (2530: 118) ได้ศึกษาประสบการณ์การมีบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง พบว่า ประสบการณ์ในการมีบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่แตกต่างกัน จะทำให้มารดามีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ มารดาที่เคยมีประสบการณ์บุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องมากกว่าที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ซึ่งแสดงว่าการที่บุคคลมีประสบการณ์มาก่อนสามารถประพฤติดนเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์

สุรี สัตยวิเศษณ์ (2533:17) ได้ศึกษาปัจจัยด้านอายุมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทยพบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูมารดาหรือผู้เลี้ยงที่มีอายุ

ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ 1.38 เท่าของเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาหรือผู้เลี้ยงดูที่มีอายุมากกว่า 25 ปี

เคล มูกิ และคณะ (Muhmaud EL-Mouqi et al.,1986:24-2 อ้างใน อังคณาพร สอนง่าย, 2531:46) ได้ทำการศึกษาในประเทศอียิปต์เกี่ยวกับการสอนให้มารดาสามารถรักษาโรคอุจจาระร่วงได้เองที่บ้าน โดยการสอนประยุกต์วิธีทางพฤติกรรมศาสตร์มาใช้โดยการให้ข่าวสารอย่างชัดเจน มีการสาธิตการฝึกปฏิบัติ ใช้ภาพถ่ายประกอบเพื่อสร้างความเข้าใจ ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความรู้ที่สำคัญ ๆ หลายเรื่อง และมีข้อมูลจำนวนมากส่งต่อไปให้ผู้อื่นอีก

เพ็ญศรี พิชัยสนิท และคณะ (2527:151-153 อ้างในทักษิณา ไกรราช 2539:80) พบว่า พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการให้นมของมารดา ในเรื่องการทำความสะอาดเต้านมก่อนให้นมบุตร พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการเตรียมนมผสมเรื่องความสะอาดของขวดนม และจุกนม พฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการเตรียมนอาหารให้บุตร ในเรื่องการล้างมือก่อนให้อาหารเด็ก วิธีการป้อนอาหาร การเก็บอาหารที่เตรียมไว้แล้ว ฯลฯ ในกลุ่มทารกที่เป็นโรคอุจจาระร่วงจะน้อยกว่ากลุ่มทารกปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

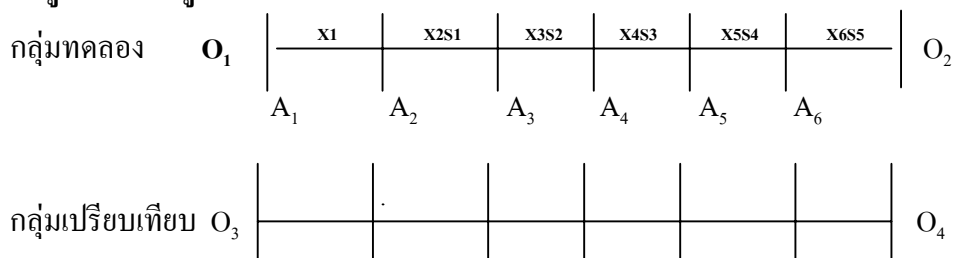
บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง โรคไข้เลือดออก 1 กลุ่ม กลุ่มเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม และกลุ่มทดลองโรคอุจจาระร่วง 1 กลุ่ม กลุ่มเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้เป็นไปตามปกติ ซึ่งอาจได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบการวิจัยดังแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 รูปแบบการทดลอง



O₁O₃ = การเก็บข้อมูลก่อน การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

O₂O₄ = การเก็บข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

X₁ – X₆ = การจัดกิจกรรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

S₁ – S₅ = การได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง

A₁ – A₆ = 1. หมู่บ้านทดลองโรคไข้เลือดออก ตรวจสอบลูกน้ำยุงลาย ตามโอ่งน้ำกินน้ำใช้ ราน้ำ อ่างปิ้งแกงกันดอกไม้ จานรองผู้กับข้าว การใส่ทรายอะเบท และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
 2. หมู่บ้านทดลอง โรคอุจจาระร่วง สังเกตพฤติกรรม ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องการล้างมือ การเตรียมอาหารการเก็บรักษาอาหาร การใช้น้ำดื่ม น้ำใช้ การทำความสะอาดห้วนม เต้านม การล้าง

ขวนมน จูคนม ฝากรอบ ขวนมน การเตรียมพวงน้ำตาลเกลือแร่ การใช้
ส้วม และการกำจัดขยะและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน
จังหวัดตรัง โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- ขั้นที่ 1 เลือกพื้นที่อำเภอนาโยง เป็นพื้นที่วิจัย เนื่องจากกระยะทางไม่ไกลจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง สะดวกในการเดินทาง และการเตรียม
โสตทัศนูปกรณ์ ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ และมีอุบัติการณ์ของโรค
ไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงสูง
- ขั้นที่ 2 จับสลากเลือกตำบล จำนวน 1 ตำบลได้แก่ ตำบลนาข้าวเสีย
- ขั้นที่ 3 จับสลากเลือกหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 2, 4, 5, 7
- ขั้นที่ 4 จับสลากเลือก หมู่บ้านทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก 1 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 4
บ้านออกวัฒนาปด หมู่บ้านเปรียบเทียบ 1 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 2 บ้าน
เกาะปุด หมู่บ้านทดลอง เรื่องโรคอุจจาระร่วง 1 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้าน
ไสขมภู และหมู่บ้านเปรียบเทียบ 1 หมู่บ้านได้แก่ หมู่ที่ 7 บ้านทุ่งแกเจีย
- ขั้นที่ 5 คัดเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
ในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ หมู่บ้านละ 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการกิจกรรมสุขภาพในหมู่บ้านทดลอง เรื่อง โรคไข้เลือดออก

1. แผนการสอนสุขภาพ ครั้งที่ 1 ให้ความรู้แก่ กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
และอันตรายการเป็นโรคไข้เลือดออก ลักษณะอาการ การติดต่อของโรค โดยใช้การบรรยายร่วมกับ
การชมวีดิทัศน์ ภาพพลิก และใช้ของจริง เช่นลูกน้ำ ตัวยุงลาย ปลาหางนกยูง ทราเยเบทและ
เกลือแกง
2. แผนการสอนสุขภาพ ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ตามแผนการสอนสุขภาพ ครั้งที่ 1
และสาธิตแสดงการใส่ทราเยเบทตามโอ่งน้ำ โอ่งน้ำใช้ และร่อนน้ำ การเลี้ยงปลาหางนกยูง ตาม
ร่อนน้ำ อ่างบัว หรืออ่างไขว้ต่างๆ และบ่อน้ำขุดในบริเวณบ้าน(ถ้ามี) หรือใส่เกลือแกง ในจานรอง
ขาตู้กับข้าว แจกันดอกไม้ และจานรองกระถางต้นไม้ และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เสร็จการ
สาธิตแล้วให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวไปฝึกปฏิบัติในหมู่บ้าน

3. แผนการประชุมครั้งที่ 1 เป็นการประชุมระหว่างแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่อง การแก้ไขปัญหาอุปสรรคการป้องกันโรค ไข้เลือดออก

4. แผนการประชุม ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจาก แผนการสอนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

5. ดำเนินการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง เพื่อไป ดำเนินการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยให้การอบรมในเรื่อง บทบาทหน้าที่ในการให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ คือ

- การสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยไปเยี่ยมเยียน ใต้ถาม ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง
- การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้คำแนะนำและให้เอกสารไปอ่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้ให้ แรงสนับสนุนทางสังคมแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง
- การสนับสนุนด้านเครื่องมือ เช่น ให้ทรายอะเบท และให้ปลาหางนกยูง การให้ คำปรึกษาช่วยเหลือแนะนำด้านต่าง ๆ
- การสนับสนุนทางด้านการประเมินโดยการบอกให้ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติ

6. สื่อและวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้จัดกิจกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

- วิดีทัศน์ เรื่อง การติดต่อของโรคไข้เลือดออก อาการของโรคไข้เลือดออกและวิธี การสังเกตอาการเบื้องต้น ความยาว 20 นาที ซึ่งผู้วิจัย สำนามาจากงานควบคุม โรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยมีเนื้อหาเน้นพาหนะนำเชื้อและ วิธีการป้องกันควบคุมไม่ให้แพร่กระจาย ใช้ประกอบการบรรยายตามแผนสอน สุขศึกษา ครั้งที่ 1และ2 และแผนการประชุมครั้งที่ 2
- วิดีทัศน์ เรื่อง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ความยาว 20 นาที เนื้อหาเน้นถึง โอกาสเสี่ยงของการได้รับเชื้อไข้เลือดออกจากยุงที่เป็นพาหะ โดยผู้วิจัยสำเนาจาก งานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ใช้ประกอบการบรรยาย ตามแผนการสอนสุขภาพศึกษาครั้งที่ 1และ2
- แผ่นพับ เรื่อง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีเนื้อหาเน้นเกี่ยวกับอันตรายของการ เป็นโรคไข้เลือดออก พาหนะนำโรค วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงโดยผู้วิจัย ขอความอนุเคราะห์แผ่นพับมาจากงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง สำหรับให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปศึกษากระตุ้น เดือนแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในแต่ละหลังคาเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ

- ไปสเตอร์เรื่อง แนะนำทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ที่เป็นพาหะนำโรค มีเนื้อหาเน้นเกี่ยวกับการวิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์มาจากงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง สำหรับนำไปติดที่บ้าน และละแวกบ้านต่างๆ เช่น ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

เครื่องมือในการจัดกิจกรรมสุขภาพศึกษาในหมู่บ้านทดลองเรื่องโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย

1. แผนการสอนสุขภาพศึกษา ครั้งที่ 1 ให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องโอกาสเสี่ยงและอันตรายจากการเป็นโรคอุจจาระร่วง ลักษณะอาการ การติดต่อของโรค โดยใช้การบรรยายร่วมกับการชมวิดิทัศน์ ภาพพลิก และการใช้ของจริง เช่น ผงน้ำตาลเกลือแร่ ผาชีกรอบอาหาร ขวดนม จุกนม และฝาครอบขวดนม
2. แผนการสอนสุขภาพศึกษา ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ตามแผนการสอนสุขภาพศึกษา ครั้งที่ 1 และสาธิตแสดงการล้างมือก่อนรับประทานอาหารก่อนเตรียมอาหาร และหลังขับถ่ายการเตรียมอาหารการเก็บอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน การเตรียมผงน้ำตาลเกลือแร่ การล้างขวดนม จุกนมและฝาครอบขวดนม และการกำจัดแหล่งเพาะแมลงวัน เสร็จการสาธิตแล้วให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ไปฝึกปฏิบัติในหมู่บ้าน
3. แผนการประชุม ครั้งที่ 1 เป็นการประชุมระหว่างแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกับอาสาสมัครสาธารณสุข เรื่อง การแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคอุจจาระร่วง
4. แผนการประชุม ครั้งที่ 2 เรื่องทบทวนความรู้ ให้แก่กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จากแผนการสอนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
5. ดำเนินการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อไปดำเนินการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยให้การอบรมในเรื่องบทบาทหน้าที่ในการให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ คือ
 - การสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยการไปเยี่ยมเยียน ใต้ถาม ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง
 - การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้คำแนะนำ ให้เอกสารแก่อาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลอง
 - การสนับสนุนด้านเครื่องมือ เช่น ผงน้ำตาลเกลือแร่ ขวดนม จุกนม ฝาครอบขวดนม และให้เวลาในการให้คำปรึกษาช่วยเหลือแนะนำด้านต่างๆ
 - การสนับสนุนทางด้านการประเมิน โดยการบอกให้ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติ

6. สื่อและโสตทัศนูปกรณ์สำหรับใช้จัดกิจกรรมสุขศึกษา ประกอบด้วย

- วิดีทัศน์ เรื่อง การติดต่อของโรคอุจจาระร่วง อาการของโรคอุจจาระร่วง และวิธีการสังเกตอาการเบื้องต้น ความยาว 20 นาทีซึ่งผู้วิจัยขอสนับสนุนจากงานควบคุมโรคติดต่อ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับพาหะนำเชื้อโรคและวิธีการป้องกันควบคุมไม่ให้แพร่กระจาย ใช้ประกอบการบรรยาย ตามแผนสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1 , 2 และแผนการประชุมครั้งที่ 2
- วิดีทัศน์ เรื่อง ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ความยาว 20 นาที เนื้อหานี้เน้นถึงโอกาสเสี่ยงของการได้รับเชื้อโรค จากน้ำและอาหารเป็นสื่อ โดยผู้วิจัยขอสนับสนุนจากงานควบคุมโรคติดต่อ ใช้ประกอบการบรรยาย ตามแผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1 และ 2
- แผ่นพับ เรื่อง ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง มีเนื้อหาเน้นเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นโรคอุจจาระร่วง พาหะนำโรค วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน โดยผู้วิจัย ขอความอนุเคราะห์แผ่นพับจากงานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
- โปสเตอร์ เรื่อง การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันที่เป็นพาหะนำโรค มีเนื้อหาเน้นเกี่ยวกับวิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน โดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์มาจากงานสุขศึกษา สำหรับนำไปติดที่บ้านและละแวกบ้านต่างๆ เช่น ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน บ้านอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และบ้านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. โรคไข้เลือดออก

1.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เรื่อง โรคไข้เลือดออก มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ ชื่อ ที่อยู่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม การดูแลสุขภาพในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง
- ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ
- ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีทั้งด้านบวก ด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	ถ้าตอบ	เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่เห็นด้วย	ให้ 0 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่แน่ใจ	ให้ 0 คะแนน
คำถามเชิงลบ	ถ้าตอบ	เห็นด้วย	ให้ 0 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่แน่ใจ	ให้ 0 คะแนน

1.2 แบบสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การปฏิบัติถูกต้องและตรวจไม่พบลูกน้ำยุงลาย	ให้คะแนน 2
การปฏิบัติไม่ถูกต้องแต่ตรวจไม่พบลูกน้ำยุงลาย	ให้คะแนน 1
การปฏิบัติไม่ถูกต้องและตรวจพบลูกน้ำยุงลาย	ให้คะแนน 0

1.3 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ระดับ คือ ทำ และไม่ทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีการปฏิบัติ	ให้คะแนน 1
ไม่มีการปฏิบัติ	ให้คะแนน 0

2. โรคอุจจาระร่วง

2.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เรื่องโรคอุจจาระร่วง มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ ชื่อ ที่อยู่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม การดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง
- ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ
- ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ของโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งมีทั้งด้านบวก ด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	ถ้าตอบ	เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่เห็นด้วย	ให้ 0 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่แน่ใจ	ให้ 0 คะแนน
คำถามเชิงลบ	ถ้าตอบ	เห็นด้วย	ให้ 0 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน
	ถ้าตอบ	ไม่แน่ใจ	ให้ 0 คะแนน

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ระดับ คือ มีการปฏิบัติและไม่มีการปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีการปฏิบัติ ให้คะแนน 1

ไม่มีการปฏิบัติ ให้คะแนน 0

2.3 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ระดับ คือ ทำ และไม่ทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีการปฏิบัติ ให้คะแนน 1

ไม่มีการปฏิบัติ ให้คะแนน 0

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเนื้อหาทฤษฎี เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างเครื่องมือซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบประเมิน ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามหลักเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา การใช้ภาษา และความตรงในเนื้อหา (Content Validity)

ขั้นตอนที่ 3 นำมาสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด โดยใช้จำนวน 40 คน ที่หมู่ที่ 4 และ 5 ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) โดยวิธี KR=20 ของ Kuder-Richardson และวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Power of Discrimination) ด้วยสถิติ t-test

ขั้นตอนที่ 4 นำข้อคำถามจากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 มาพิจารณารายข้อหากข้อใดมีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 1.75 จะตัดออก สำหรับค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ หากข้อใดมีค่าน้อยกว่า 0.6 นำไปปรับปรุงโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อน และตัดข้อที่ไม่สามารถปรับปรุงได้

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

หมู่บ้านทดลอง เรื่อง โรคไข้เลือดออก

การดำเนินการวิจัยใช้เวลา 24 สัปดาห์หรือ 6 เดือน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2543 ถึง 30 พฤศจิกายน 2543 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-4 (เดือน มิถุนายน 2543)

1. ประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำสถานีอนามัยบ้านมาบบอน ตำบลนาข้าวเสีย ซึ่งรับผิดชอบหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ เรื่อง โรคไข้เลือดออกเพื่อชี้แจงกระบวนการวิจัยและเพื่อให้เจ้าหน้าที่ร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัยทราบถึง วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว การสังเกตบริเวณบ้าน และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบบ้านกลุ่มตัวอย่าง

2. ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. ประชุมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน ชี้แจง ถึงการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และบอกให้ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้

4. เก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์ ความรู้ การรับรู้ด้านต่าง ๆ และการปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อนำไปวิเคราะห์ปัจจัยหลัก ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมก่อนจัดกิจกรรมสุขศึกษา

5. ประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้รับและสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทำวิจัย

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แนะนำแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง สาธิตวิธีการตรวจลูกน้ำยุงลายตามโอ่งน้ำกิน โอ่งน้ำใช้และร่องบริเวณบ้านที่พักอาศัย และวิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

สัปดาห์ที่ 5-6 (เดือน กรกฎาคม 2543)

ดำเนินการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 ให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการ

- บรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก และสาธิต เช่น ลูกน้ำ ตัวยุงลาย ปลาหางนกยูง ทรายอะเบท และเกลือแกงเป็นตัวอย่าง รวมกับการซักถามถึง โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เป็นผลของการเป็นโรคไข้เลือดออก

- สาธิตการใส่ทรายอะเบท ในโอ่งน้ำใช้และปลาหางนกยูง สำหรับใส่ร่อนน้ำและอ่างบัว รวมทั้งการใส่เกลือแกง ในจานรองขาตู้กับข้าว แจกันดอกไม้ และจานรองกระถางต้นไม้ ร่อนน้ำรอบบริเวณบ้านเรือนที่อยู่อาศัย และโอ่งน้ำใช้ ส่วนโอ่งน้ำดื่มต้องปิดฝา 2 ชั้น หลังจากการสาธิตดังกล่าวเสร็จสิ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจกทรายอะเบท ปลาหางนกยูง และเกลือแกง เพื่อให้ฝึกปฏิบัติและทดลองทำ โดยการนำไปฝึกปฏิบัติในหมู่บ้าน
- ร่วมประชุมและชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ในการให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
- ให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ชักถาม ข้อสงสัยเกี่ยวกับการตรวจหาลูกน้ำยุงลาย ตามโอ่งน้ำกิน โอ่งน้ำใช้ และร่อนน้ำ ตามบริเวณบ้านที่พักอาศัย

สัปดาห์ที่ 7-8 (เดือน กรกฎาคม 2543)

ดำเนินการจัดกิจกรรมสุศึกษา ครั้งที่ 2 ให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มทดลองโดยการทบทวน

- บรรยายประกอบสื่อทัศน ภาพพลิก และใช้ของจริง เช่น ลูกน้ำ ตัวยุงลาย ปลาหางนกยูง ทรายอะเบท และเกลือแกงเป็นตัวอย่าง รวมทั้งการชักถามถึง โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงที่เป็นผลของการเป็นโรคไข้เลือดออก
- ทบทวนและสาธิตการใส่ทรายอะเบท ในโอ่งน้ำใช้ และปลาหางนกยูงสำหรับใส่ร่อนน้ำและอ่างบัว รวมทั้งการใส่เกลือแกง ในจานรองขาตู้กับข้าว แจกันดอกไม้ และจานรองกระถางต้นไม้ ร่อนน้ำรอบบริเวณบ้านเรือนที่อยู่อาศัย และโอ่งน้ำใช้ ส่วนโอ่งน้ำดื่มต้องปิดฝา 2 ชั้น หลังจากการสาธิตดังกล่าวเสร็จสิ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจกทรายอะเบท ปลาหางนกยูง และเกลือแกง เพื่อให้ฝึกปฏิบัติและทดลองทำ โดยการนำไปฝึกปฏิบัติในหมู่บ้าน
- ร่วมประชุมและชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ในการไปให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
- แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตรวจหาลูกน้ำยุงลายตามโอ่งน้ำดื่ม น้ำใช้ ร่อนน้ำ อ่างบัว จานรองขาตู้กับข้าว แจกันดอกไม้ จานรองกระถางต้นไม้
- กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
- ประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามตามความคิดเห็นจากกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สัปดาห์ที่ 9 – 10 (เดือน สิงหาคม 2543)

1. ประชุมกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทดลอง อภิปรายปัญหาหารือร่วมกัน ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาหารือร่วมกัน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขไปให้การสนับสนุนกำลังใจ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการไปเยี่ยมเยียน แนะนำ กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในกลุ่มทดลองส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้อยู่ตามปกติ
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปเยี่ยมเยียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มและสังเกตพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วย

สัปดาห์ที่ 11-12 (เดือน สิงหาคม 2543)

1. กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตรวจหาลูกน้ำยุงลายตามโอ่งน้ำใช้ ร่องน้ำอ่างบัว จานรองขาตู้กับข้าว แจกันดอกไม้ และจานรองกระถางต้นไม้
2. กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
3. ประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สัปดาห์ที่ 13-14 (เดือน กันยายน 2543)

1. ทบทวนความรู้ กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง และอภิปรายปัญหาหารือกัน ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกับ แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยมีผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา
2. อาสาสมัครสาธารณสุขไปให้การสนับสนุนด้านกำลังใจ การให้คำปรึกษา และบอกถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำและกระตุ้นเตือนให้ แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัวได้ปฏิบัติในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและกางมุ้งให้เด็กนอนด้วยเวลากลางวัน
3. กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตรวจหาลูกน้ำยุงลายตามโอ่งน้ำใช้ ร่องน้ำอ่างบัว จานรองขาตู้กับข้าว แจกัน ดอกไม้และจานรองกระถางต้นไม้
4. กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
5. ประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สัปดาห์ที่ 15-20 (เดือน กันยายน - ตุลาคม 2543)

1. ปลอ่ยให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ตามปกติ
2. ในกลุ่มทดลองให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปให้แรงสนับสนุนโดยการไปเยี่ยมเยียนกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษา แนะนำแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นระยะๆ อย่างน้อย 1 ครั้งทุกสัปดาห์ ตลอดระยะเวลาทำการทดลอง

3. กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตรวจหาลูกน้ำยุงลายตามโอ่งน้ำใช้ ร่องน้ำ อ่างบัว จานรองขาตู้กับข้าว แจกัน ดอกไม้ และจานรองกระถางต้นไม้ เป็นประจำทุกสัปดาห์

4. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
สัปดาห์ที่ 21-24 (เดือน พฤศจิกายน 2543)

1. เก็บข้อมูลภายหลังการทดลองทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยเครื่องมือ
ชุดเดิม

2. ประเมินการได้รับแรงสนับสนุนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จาก
อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

หมู่บ้านทดลองเรื่องโรคอุจจาระร่วง

การดำเนินวิจัยนี้ ใช้เวลา 24 สัปดาห์ หรือ 6 เดือน เริ่มตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2543 - 30
พฤศจิกายน 2543

สัปดาห์ที่ 1-4 (เดือน มิถุนายน 2543)

1. ประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยตำบลนาข้าวเสีย ซึ่งรับผิดชอบ
หมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ เรื่อง โรคอุจจาระร่วง เพื่อชี้แจงกระบวนการวิจัยให้
เจ้าหน้าที่ ได้ทราบถึงวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของ
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว การสังเกต บริเวณบ้าน และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันเพื่อ
ให้เจ้าหน้าที่ ๆ ร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัย

2. ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข
ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. ประชุมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัย
และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และบอกให้ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการ
ศึกษาในครั้งนี้

4. เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ด้านต่างๆ และการปฏิบัติของแกนนำ
สุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง เพื่อไปวิเคราะห์ปัจจัยหลัก
ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ก่อนจัดกิจกรรมสุขศึกษา

5. ประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่แกนนำ
สุขภาพประจำครอบครัวได้รับและสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และการกำจัด
แหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการวิจัย

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนะนำ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
โดยสาธิตการล้างมือที่ถูกต้องวิธี การเตรียมผงน้ำตาลเกลือแร่ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน

สัปดาห์ที่ 5 – 6 (เดือน กรกฎาคม 2543)

ดำเนินการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1 ให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง โดยการ

- บรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก และใช้ของจริง เช่น สมู ฝาชี ร่วมกับการซักถามถึง โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงที่เป็นผลของการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง
- สาธิต การล้างมือ การเก็บอาหาร การเตรียมผงน้ำตาลเกลือแร่
- ร่วมประชุมและชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ ในการให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
- ให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

สัปดาห์ที่ 7 - 8 (เดือน กรกฎาคม 2543)

ดำเนินการ จัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1 ให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง โดยการ

- บรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก และใช้ของจริง เช่น สมู ฝาชี ผงน้ำตาลเกลือแร่ ร่วมกับการซักถามถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เป็นผลของการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง
- ทบทวน และสาธิตการล้างมือ การเก็บอาหาร การทำความสะอาด ขวดนม จุกนม ฝาครอบขวดนม และให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวฝึกปฏิบัติและทดลองปฏิบัติ
- ร่วมประชุมและชี้แจง อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ ในการให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
- กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน ในหมู่บ้าน
- ประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถาม ตามความคิดเห็นจากกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สัปดาห์ที่ 9-10 (เดือน สิงหาคม 2543)

1. ในกลุ่มทดลองประชุมกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอภิปราย ปัญหาร่วมกันตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขไปให้การสนับสนุน กำลังใจแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการไปเยี่ยมเยียน แนะนำ กระตุ้นเตือน ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ให้อยู่ตามปกติ

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ไปเยี่ยมเยียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วย

สัปดาห์ที่ 11-12 (เดือน สิงหาคม 2543)

1. กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน
2. ประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สัปดาห์ที่ 13 – 14 (เดือน กันยายน 2543)

1. ทบทวนความรู้ กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง และอภิปรายปัญหาร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับ แกนนำสุขภาพฯ โดยมีผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา

2. อาสาสมัครสาธารณสุข ไปให้การสนับสนุนด้านกำลังใจ การให้คำปรึกษาและบอกถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และกระตุ้นเตือนให้ แกนนำ สุขภาพประจำครอบครัวได้ปฏิบัติในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน การล้างมือก่อนเตรียมและรับประทานอาหารหลังการจับถ่าย การทำความสะอาดเต้านม หัวนม ก่อนให้นมบุตร การล้างขวดนม หัวนม ฝาครอบขวดนม การใช้น้ำดื่มที่สะอาด

สัปดาห์ที่ 15-20 (เดือน กันยายน - ตุลาคม 2543)

1. ปลอ่ยให้กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ตามปกติ
2. ในกลุ่มทดลองให้อาสาสมัครสาธารณสุข ไปให้และสนับสนุนโดยการไปเยี่ยมเยียนกระตุ้น เตือนให้คำปรึกษา แนะนำแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นระยะๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลอง

3. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน

สัปดาห์ที่ 21-24 (เดือน พฤศจิกายน 2543)

1. เก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยเครื่องมือชุดเดิม
2. ประเมินการได้รับแรงสนับสนุนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตและแบบประเมินที่สมบูรณ์ จำนวน 53 ชุด คิดเป็นร้อยละ 88.33

การวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลหลังจากที่ได้บันทึกข้อมูลแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วจึงนำมาลงรหัส และบันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows (statistical package for the social science for windows)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ค่าสถิติร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นลักษณะทางประชากร
2. ค่าสถิติ Paired Samples t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่ม
3. ค่าสถิติ Student's t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม
4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยผลการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้ และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ได้ศึกษาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ของตำบลนาข้าวเสีย อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง จำนวน 4 หมู่บ้านละ 60 คน คือ หมู่บ้านทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ 4 บ้านออกวัดนาปด หมู่บ้านเปรียบเทียบ คือ หมู่ที่ 2 บ้านเกาะปุด และหมู่บ้านทดลอง เรื่อง โรคอุจจาระร่วง หมู่ที่ 5 บ้านไสชมภู และหมู่บ้านเปรียบเทียบ หมู่ที่ 7 บ้านทุ่งแก้อย โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเรื่องโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for windows ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลการทดลอง เรื่อง โรคไข้เลือดออก

1. ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลอง
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลองในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

ส่วนที่ 2 ผลการทดลอง เรื่อง โรคอุจจาระร่วง

1. ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลอง
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลองในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ส่วนที่ 1 ผลการทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก

1. ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของหมู่ที่ 4 บ้านออกวัดนาปด ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 มีช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 34.0 เป็นภรรยา,สามีของหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 60.4 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.5 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่ ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 69.8 ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อ มีการเจ็บป่วย คือแม่บ้าน ร้อยละ 50.9

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมู่ที่ 2 บ้านเกาะปุด ซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 มีช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 37.7 เป็นภรรยา,สามี ร้อยละ 43.4 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.9 ส่วนใหญ่ ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 79.2 ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 35.8

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่อง โรคไข้เลือดออก

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	3	5.7	12	22.6
- หญิง	50	94.3	41	77.4
อายุ				
- 20-29 ปี	11	20.8	11	20.8
- 30-39 ปี	18	34.0	20	37.7
- 40-49 ปี	13	24.5	16	30.2
- 50-59 ปี	9	17.0	4	7.5
- 60 ปีขึ้นไป	2	3.8	2	3.8
ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว				
- หัวหน้าครอบครัว	7	13.2	11	20.8
- ภรรยา,สามี	32	60.4	23	43.4
- บุตร,บุตรสะใภ้,บุตรเขย	8	15.1	11	20.8
- พ่อ, แม่	6	11.3	8	15.1
ระดับการศึกษาสูงสุด				
- ประถมศึกษา	49	92.5	48	90.6
- มัธยมศึกษาตอนต้น	2	3.8	2	3.8
- มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	2	3.8	1	1.9
- อนุปริญญา / ปวส.	-	-	1	1.9
อาชีพหลัก				
- เกษตรกรรม	39	73.6	27	50.9
- ค้าขาย	1	1.9	3	5.7
- รับจ้าง	8	15.1	11	20.8
- แม่บ้าน	5	9.4	7	13.2
- อื่นๆ	-	-	5	9.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดำรงตำแหน่งทางสังคม				
- ไม่มี ตำแหน่งทางสังคม	37	69.8	42	79.2
- มี ตำแหน่งทางสังคม	16	30.2	11	20.8
ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน	1	6.3	-	-
กรรมการหมู่บ้าน/ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	8	50.0	2	18.2
กรรมการกลุ่มแม่บ้าน	7	43.7	4	36.4
กรรมการกลุ่มออมทรัพย์	-	-	5	45.4
ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย				
- แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัว	15	28.3	19	35.8
- พ่อบ้าน	2	3.8	3	5.7
- แม่บ้าน	27	50.9	16	30.2
- ญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา	-	-	6	11.3
- บุตร/หลาน	9	17.0	9	17.0

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง (หมู่ที่ 4 บ้านออกวัดนาปด) และ กลุ่มเปรียบเทียบ (หมู่ที่ 2 บ้านเกาะปุด) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการ ป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่อง โรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-value	df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน			
<u>ก่อนการทดลอง</u>							
1. ความรู้	5.45	0.91	5.60	0.99	-0.767	52	0.447
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	5.55	1.42	5.75	1.31	-1.905	52	0.062
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	6.92	1.72	7.02	1.45	-0.697	52	0.489
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	3.57	0.75	3.60	0.77	-3.055	52	0.485
<u>หลังการทดลอง</u>							
1. ความรู้	9.60	0.91	5.58	0.91	23.161	52	0.000
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	9.51	1.79	5.77	1.14	14.369	52	0.000
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	11.96	1.22	7.09	1.24	24.139	52	0.000
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	6.92	0.90	3.85	0.89	18.906	52	0.000

หมายเหตุ	ความรู้	มีคะแนนเต็ม	12	คะแนน
	การรับรู้ฯ	มีคะแนนเต็ม	14	คะแนน
	พฤติกรรมฯ	มีคะแนนเต็ม	14	คะแนน
	แรงสนับสนุนฯ	มีคะแนนเต็ม	9	คะแนน

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระยะก่อนการทดลองและหลังทดลองในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลองแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในระยะก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะก่อนและหลังการทดลอง เรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำฯ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-value	Df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน			
กลุ่มทดลอง							
1. ความรู้	5.45	0.91	9.60	0.91	-24.550	52	0.000
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	5.55	1.42	9.51	1.79	-14.937	52	0.000
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	6.92	1.72	11.96	1.22	-20.054	52	0.000
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	3.57	0.75	6.92	0.90	-21.351	52	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ							
1. ความรู้	5.60	0.99	5.58	0.91	0.172	52	0.864
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	5.57	1.31	5.77	1.14	-0.207	52	0.837
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	7.02	1.45	7.09	1.24	-0.663	52	0.510
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	3.60	0.77	3.85	0.89	1.828	52	0.73

หมายเหตุ	ความรู้	มีคะแนนเต็ม	12	คะแนน
	การรับรู้ฯ	มีคะแนนเต็ม	14	คะแนน
	พฤติกรรมฯ	มีคะแนนเต็ม	14	คะแนน
	แรงสนับสนุนฯ	มีคะแนนเต็ม	9	คะแนน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ก่อนการทดลองความรู้ เรื่อง โรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

หลังการทดลองพบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอสม.มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติตามฯ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	R	p	R	p
1. ความรู้	0.136	0.330	0.281	0.041
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	0.112	0.427	0.105	0.453
3. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	-0.060	0.668	0.278	0.044

ส่วนที่ 2 ผลการทดลอง เรื่อง โรคอุจจาระร่วง

1. ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องโรคอุจจาระร่วง ของหมู่ที่ 5 บ้านไสขมภู ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 34.0 เป็นภรรยา,สามี ร้อยละ 60.4จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.5 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 69.8 ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย คือ แม่บ้าน ร้อยละ 50.9

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมู่ที่ 7 บ้านทุ่งแก้งเจีย ซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.1 มีช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 39.6 เป็นภรรยา,สามี ร้อยละ 39.6 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.2 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.6 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 69.8 ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย คือ แม่บ้าน ร้อยละ 39.6 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ลักษณะทางประชากรของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่อง โรคอุจจาระร่วง

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	3	5.7	10	18.9
- หญิง	50	94.3	43	81.1
อายุ				
- 20-29 ปี	11	20.8	14	26.4
- 30-39 ปี	18	34.0	21	39.6
- 40-49 ปี	13	24.5	13	24.5
- 50-59 ปี	9	17.0	4	7.5
- 60 ปีขึ้นไป	2	3.8	1	1.9
ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว				
- หัวหน้าครอบครัว	7	13.2	13	24.5
- ภรรยา,สามี	32	60.4	21	39.6
- บุตร,บุตรสะใภ้,บุตรเขย	8	15.1	12	22.6
- พ่อ, แม่	6	11.3	7	13.2

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด				
- ประถมศึกษา	49	92.5	43	81.1
- มัธยมศึกษาตอนต้น	2	3.8	7	13.2
- มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช	2	3.8	2	3.8
- ปริญญาตรี	-	-	1	1.9
อาชีพหลัก				
- เกษตรกรรม	39	73.6	30	56.6
- ค้าขาย	1	1.9	2	3.8
- รับจ้าง	8	15.1	16	30.2
- แม่บ้าน	5	9.4	5	9.4
การดำรงตำแหน่งทางสังคมในระดับหมู่บ้าน / ตำบลหรือสูงกว่า				
- ไม่มี ตำแหน่งทางสังคม	37	69.8	37	69.8
- มี ตำแหน่งทางสังคม	16	30.2	16	30.2
ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน	1	6.3	-	-
กรรมการหมู่บ้าน/ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	-	-	2	12.6
กรรมการกลุ่มแม่บ้าน	8	50.0	7	43.7
กรรมการกลุ่มออมทรัพย์	7	43.7	7	43.7
ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย				
- แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	15	28.3	11	20.8
- พ่อบ้าน	2	3.8	6	11.3
- แม่บ้าน	27	50.9	21	39.6
- ญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา	-	-	8	15.1
- บุตร/หลาน	9	17.0	7	13.2

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง (หมู่ที่ 5 บ้านไผ่ขมิ้น) และ กลุ่มเปรียบเทียบ (หมู่ที่ 7 บ้านทุ่งแก้อย) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เรื่องโรคอุจจาระร่วง ก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-value	df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
ก่อนการทดลอง							
1. ความรู้	6.30	1.03	6.26	1.08	0.299	52	0.766
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	4.94	1.42	5.09	1.13	-0.893	52	0.376
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.43	1.03	3.34	1.09	0.637	52	0.527
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	3.49	0.78	3.58	0.63	-0.843	52	0.403
หลังการทดลอง							
1. ความรู้	10.75	1.36	6.36	0.92	21.742	52	0.000
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	10.45	0.75	5.06	1.10	26.454	52	0.000
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	6.36	0.88	3.40	0.97	17.395	52	0.000
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	6.60	1.17	3.64	0.76	16.399	52	0.000

หมายเหตุ	ความรู้	มีคะแนนเต็ม	15	คะแนน
	การรับรู้ฯ	มีคะแนนเต็ม	13	คะแนน
	พฤติกรรมฯ	มีคะแนนเต็ม	8	คะแนน
	แรงสนับสนุนฯ	มีคะแนนเต็ม	9	คะแนน

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ในระยะก่อนการทดลองและหลังทดลองในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลองแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เลือดออกและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เลือดออกและแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรค อูจาระร่วง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-value	Df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน			
กลุ่มทดลอง							
1. ความรู้	6.30	1.03	10.75	1.36	-19.404	52	0.000
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	4.94	1.42	10.45	0.75	-25.844	52	0.000
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.43	1.03	6.36	0.88	-18.942	52	0.000
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	3.49	0.78	6.60	1.17	-17.490	52	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ							
1. ความรู้	6.26	1.08	6.36	0.92	-0.896	52	0.374
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	5.09	1.13	5.06	1.10	0.629	52	0.532
3. พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.34	1.09	3.40	0.97	-1.000	52	0.322
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	3.58	0.63	3.64	0.76	-0.830	52	0.411

หมายเหตุ	ความรู้	มีคะแนนเต็ม	15	คะแนน
	การรับรู้ฯ	มีคะแนนเต็ม	13	คะแนน
	พฤติกรรมฯ	มีคะแนนเต็ม	8	คะแนน
	แรงสนับสนุนฯ	มีคะแนนเต็ม	9	คะแนน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ก่อนการทดลอง ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามฯ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	R	P	R	P
1. ความรู้	-0.016	0.912	0.268	0.052
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติฯ	0.124	0.375	0.304	0.027
3. แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	0.076	0.591	0.310	0.024

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง โดยประยุกต์หลักการและกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ของ Lawrence และคณะ มาใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ โดยพิจารณาถึงปัจจัยของบุคคลด้านความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง รวมทั้งใช้แนวคิด ทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker แนวคิดทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House มาใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีภูมิลำเนาในตำบลนาข้าวเสีย อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง จำนวน 4 หมู่บ้าน โดยแยกเป็นหมู่บ้านทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก 1 หมู่บ้าน หมู่บ้านเปรียบเทียบ 1 หมู่บ้าน และหมู่บ้านทดลองเรื่องโรคอุจจาระร่วง 1 หมู่บ้าน หมู่บ้านเปรียบเทียบ 1 หมู่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินแรงสนับสนุน และแบบสังเกตพฤติกรรม ก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for windows ใช้ค่าสถิติร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นลักษณะทางประชากร ใช้ค่าสถิติ Paired Samples t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่ม และใช้ค่าสถิติ Student's t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม ในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 และ 77.4 มีอายุในช่วง 30 – 49 ปี ร้อยละ 58.5 และ 67.9 ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว จะเป็นภรรยา และสามี ร้อยละ 60.4 และ 43.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.5 และ 90.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 73.6 และ 50.9 ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้านหรือตำบล ร้อยละ 69.8 และ 79.2 และผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย คือ แม่บ้าน ร้อยละ 50.9 และ 30.2

2. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เรื่องโรคอุจจาระร่วง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 และ 81.1 มีช่วงอายุ 30 – 49 ปี ร้อยละ 58.5 และ 64.1 ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว เป็นภรรยา และสามี ร้อยละ 60.4 และ 39.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.5 และ 79.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 73.6 และ 56.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้านหรือตำบล ร้อยละ 69.8 และ 69.8 และผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย คือ แม่บ้าน ร้อยละ 50.9 และ 39.6

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

6. แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง พบว่า ในกลุ่มทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่หลังการทดลอง พบว่า ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับ 0.05 สำหรับกลุ่มทดลองเรื่องโรคอุจจาระร่วง พบว่า ก่อนการทดลองไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่หลังการทดลอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิด PRECEDE Model มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและบรรยายโดยใช้วิธีทัศน์ แผ่นพับ ของจริง และโปสเตอร์ จัดกิจกรรม การสาธิต การประชุม เพื่ออภิปรายปัญหาอุปสรรค และให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง อันตรายและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จัดประสบการณ์ให้ โดยเข้าไปดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน และการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ให้แรงสนับสนุน กระตุ้น เตือน ไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่แกนนำสุขภาพฯ ให้มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เกตุดาว (2533 :ก – ข) ซึ่งได้นำแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงจูงใจเพื่อป้องกัน กระตุ้นให้เกิดความกลัว การสื่อสารและกระบวนการกลุ่ม ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องพฤติกรรม ความปลอดภัยในการรับรู้เรื่องรถจักรยานยนต์ สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สันติสุข (2533 : ก – ข) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์กองทัพเรือ โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการอภิปรายกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง ทหารเกณฑ์มีพฤติกรรมดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลอง ภายหลังการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่ม

และการให้แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว การจัดกิจกรรมสุขภาพ ให้ตรงกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุทางพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ทั้งยังสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่และใช้วิถีทัศน์ แสดงตัวแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง โดยในวิถีทัศน์นำเสนอถึงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แสดงความรุนแรงและอันตราย เมื่อเกิดเป็นโรค รวมทั้งใช้แผ่นพับเอกสาร เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง มาประกอบการบรรยายให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพฯ ได้มีการสนทนา อภิปรายปัญหาและหาแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง มีผลทำให้แกนนำสุขภาพฯ มีการปรับเปลี่ยนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุสมพร ปุริมทราภิบาล (2532 : ก - ข) การจัดโปรแกรมสุขภาพ เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่มีบุตร โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนงค์ทิพย์ ดุสยไชย (2533 : ก - ข) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพแบบกลุ่มวิชาชีพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่ภิกษุที่ป่วยเป็นวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นนทรี ชมเชยเนติธรรม (2533 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันและเปรียบเทียบโรคไข้เลือดออกของมารดาที่มีบุตรอายุ 5 - 9 ปี อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวกลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังการจัดกิจกรรมสุขภาพเพื่อ แกนนำสุขภาพฯ มีพฤติกรรมถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัย ได้ประยุกต์แนวคิด PRECEDE Model มาใช้ในการวิเคราะห์ ปัจจัยทางพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แล้วนำมาวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ให้กับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ให้สอดคล้องกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุทางพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง โดยสอดคล้องกับวิถีของชุมชนที่แกนนำสุขภาพฯอาศัยอยู่ และใช้สื่อวิถีทัศน์ และแผ่นพับประกอบการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มและประชุมกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวคิดของ สุริย์ จันทรโมลี กล่าวว่า การใช้กระบวนการกลุ่มโดยการอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มได้อภิปรายแสดงออกที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม แสวงหาข้อเท็จจริง ขอมรับความคิดเห็นของคนอื่น อิทธิพลกลุ่มช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการยอมรับอย่างสมัครใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร และการใช้ตัวแบบซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า "บุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น แล้วสร้างความคิดว่า จะสร้างพฤติกรรมใหม่อย่างไร จึงได้จัดประสบการณ์ให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ศึกษาตัวแบบในวิดีโอที่เป็นกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย" (Bandura A อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต : 2536) การได้ประยุกต์กรอบแนวคิดของ PRECEDE Model ของ Lawrence W.Green และคนอื่น ๆ มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาจัด กิจกรรมสุขศึกษาให้เหมาะสมในการแก้ปัญหา ส่วนปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการให้แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระตุ้นเตือน เยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ และแนะนำ วิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและหลักการของทฤษฎีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของ House ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เกตุดาว (2533 : ก - ข) ได้ทำการศึกษา เรื่องประสิทธิผลโครงการสุขศึกษาต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับจี้รถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับจี้รถจักรยานยนต์ สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเรื่องโรคไข้เลือดออก มีความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองเรื่องโรคอุจจาระร่วง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลอง ได้รับการจัดกิจกรรมสุขศึกษา โดยกระบวนการกลุ่ม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้กลุ่มแกนนำสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง และมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan,1976 (อ้างในสรงค์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์ ,2539 : 29-35) ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับจาก ครอบครัว ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครูหรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้และสอดคล้องกับการศึกษาของสายพัฒน คมมาลัย และชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล (2539 : ก – ข) ทำการศึกษา เรื่องการจัดกิจกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านที่มีบุตรอยู่ในชั้นประถมศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หลังการทดลอง การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง ดีวก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค ดังนั้นผู้หน้าที่เกี่ยวข้องและมีส่วนรับผิดชอบในการจัดอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ควรจะได้พิจารณาวางแผนการจัดอบรม การกำหนดเนื้อหาของหลักสูตร และวิธีการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนหรือการให้การอบรมแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ตามแนวทางนี้ ร่วมกับการนำบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาใช้ในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน และการให้กำลังใจ เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง

2. ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาควรจัดให้สอดคล้องกับ ปัจจัยทางพฤติกรรมส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และจัดเนื้อหากิจกรรมให้ใกล้เคียงกับประสบการณ์ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม และเน้นประสบการณ์ตรงให้มากที่สุด เช่น เห็นของจริง ได้สัมผัสพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับแกนนำสุขภาพที่สมัครใจเป็นสื่อบุคคลมาแล้วให้ฟังถึงประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง จะก่อให้เกิดความตระหนัก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง มากขึ้น

3. การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับการดำเนินกิจกรรมสุขศึกษา แสดงให้เห็นว่า การได้รับแรงสนับสนุนหรือแรงเสริมจากอาสาสมัครสาธารณสุข มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ก็จะเป็นบุคคลในละแวกเดียวกันกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์อันที่แน่นแฟ้นกับแกนนำสุขภาพ ซึ่งย่อมเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจ และมีความตั้งใจสูงที่จะให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังนั้น จึงควรได้มีการนำแรงสนับสนุนทางสังคม หรือแรงเสริม ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมค่อนข้างสั้นเพียง 6 เดือน ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วในระยะเวลาสั้น
2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป น่าจะเปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
3. นำรูปแบบการวิจัยการจัดกิจกรรมสุขศึกษานี้ ไปศึกษาในเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ เช่น โรคไข้สมองอักเสบ ไข้มาลาเรีย และศึกษาเปรียบเทียบ ในลักษณะต่างพื้นที่มากขึ้น เช่น จังหวัดในเขตหรือภาคเดียวกัน หรือจังหวัดที่มีปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วงเพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรค และข้อมูลต่าง ๆ เพื่อจะได้มีข้อมูลเพียงพอในการกำหนดเป็นนโยบายแนวทางในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการจัดกิจกรรมสุขศึกษาต่อไป

บรรณานุกรม

- คำนวน อึ้งชูศักดิ์. (2531) ทบทวนสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ พุกษาชีวะ. (2535). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นนทรี ชมเชยเนติธรรม. (2533) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดา ในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาทรีรัตน์ สังขวิภา และคณะ. (2525) การวิจัยระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย .วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
- บุญล้วน พันธุมจินดา. (2526) ปัญหาไข้เลือดออกในบ้านเรา. วารสารกรมวิทยาศาสตร์แพทย์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวียง สุวรรณ. (2532) พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประชุมพร สุวรรณชน.(2536) รายงานการศึกษา สถานการณ์และมาตรการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศ. ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประสิทธิ์ พุตระกูล. (2521) เวชปฏิบัติทั่วไป 2. ปัจจุบันพยาบาลทางกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ แซ่เอ็ง. (2535) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครูพร้อมมารดาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมืองนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. (2520) ไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- ปราณี เชิงทอง. (2522) คู่มือจัดนิทรรศการอย่างเร็วและง่าย. กรุงเทพฯ. สุวีริยาสาส์นการพิมพ์
- พาที ประมวลศิลป์ และคณะ. (2542) การประเมินโครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จังหวัดตรัง ปี 2540-2541. ตรัง:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.

- ระเด่น หัสดี จ่านง เอี่ยมสมบูรณ์ และชาญชัย พันธุ์งาม. (2538). การเฝ้าระวังและพัฒนา
พฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ของมารดาและผู้เลี้ยง
ดูเด็ก จังหวัดนครราชสีมา. กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี วรวิทย์. (2534). อุจจาระร่วงในเด็ก. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร เกตุดาว. (2533). ประสิทธิภาพโครงการสุศึกษาต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี
รถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น . วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ อหันทริก และคณะ.(2524) รายงานการตรวจไข่เลือดออกทางห้องปฏิบัติการ พ.ศ.2523.
วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สรศักดิ์ภูณ ดวงคำสวัสดิ์.(2539) การดำเนินงานบริโภคศึกษาด้านสาธารณสุขในชุมชน หน่วยที่ 10
ในเอกสารการสอนชุดวิชา บริโภคศึกษาด้านสาธารณสุขในชุมชน หน่วยที่ 8 –15
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช.
- สรศักดิ์ภูณ ดวงคำสวัสดิ์. (2534) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษา ร่วมกับการใช้ แรงสนับสนุน
ทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์
อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์)สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน คงมาลัย และชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล.(2539). การจัดกิจกรรมสุศึกษาที่มีผลต่อ
พฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านที่มีบุตรเรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษา
จังหวัดสุพรรณบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.
- สุริย์ จันทรโมลี. (2527).วิธีการทางสุศึกษา. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สุชาติ โสมประยูร.(2525). การสอนสุศึกษา.กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุเกียรติ อาษานานุภาพ.(2531). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. กรุงเทพฯ: เชนเอนการพิมพ์.
- สุวิมล สันติสุข .(2533).ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาในพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพเรือ. กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2537) *แนวทางการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล*. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.(2542) *ข้อมูลทั่วไปด้านสาธารณสุขของจังหวัดตรังกลางปี 2542. งานแผนงานและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง*.
- สำรอง คุณวุฒิ.(2540) *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเพื่อป้องกัน โรคไข้เลือดออกในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง,วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร)สาขาเอกสุขศึกษา.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- องอาจ เจริญสุข. (2538) *ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก
- อนงค์ทิพย์ ดุยไชย.(2533). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มวิชาชีพตามความแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่ภิกษุผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดโรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อารีรัตน์ พันธุ์ทอง.(2535) *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดสารระเหย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อุสมพร ปุรินทรภิบาล.(2535).*ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการมาตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- Bandura A.(1986) *Social Foundation of Thought and Action*. EnglewoodCliffs NJ.: Prentice-Mell.
- Becker,M.H. Maiman,L.A.(1975). *Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation Medical Care*.
- Green,Lawrence W.and kreuter,Marshall W.(1991).*Health PromotionPlanning: An Educational Environmental Approach*. Toronto: Mayfield Publishing Company.
- House,James S., Robbins, Cynthia.and Metzmen,Helen C.(1982) *The association of social relationship and Activities with mortality:prospective evidence from the Tecumsech Community health study*. “Am J. Epidemiology.

Minikler,M.(1981).”*Application of Social Support Thorery of HealthEducation : Implication work with the Elderly*”. Health Education Quarterly.

Pilisuk,Marc.(1982).”*Delivery of Social Support : The Social inoculation*” Am.J. Orthopsychiot.

Rosenstock, Irwin M.(1974). “*The Health Belief Model and prevention health belief*. “Health Education Monographs.

ภาคผนวก

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

**แบบสัมภาษณ์ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
เรื่อง โรคไข้เลือดออก**

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มี 2 ชุด คือ

1. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรง
และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
จำนวน 14 ข้อ

2. แบบสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของแกนนำสุขภาพ
ประจำครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

3. แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

1. ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม.....

2. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบลนาข้าวเสีย อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

3. เพศ

() ชาย

() หญิง

4. อายุ ปี

5. ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว

() 1. หัวหน้าครอบครัว

() 2. ภรรยา,สามี

() 3. บุตร,บุตรสะใภ้,บุตรเขย

() 4. พ่อ, แม่

() 5. อื่นๆ ระบุ

6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
- () 2. ประถมศึกษา
- () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
- () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
- () 5. อนุปริญญา / ปวส.
- () 6. ปริญญาตรี

7. ท่านมีอาชีพหลักอะไร

- () 1. เกษตรกรรม
- () 2. ค้าขาย
- () 3. รับจ้าง
- () 4. แม่บ้าน
- () 5. อื่นๆ ระบุ.....

8. การดำรงตำแหน่งทางสังคมในระดับหมู่บ้าน ตำบลหรือสูงกว่า

- () 1. ไม่มี
- () 2. มี ดำรงตำแหน่ง..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 1. สมาชิก อบต.
 - () 2. ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน
 - () 3. กรรมการหมู่บ้าน/ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
 - () 4. กรรมการกลุ่มแม่บ้าน
 - () 5. กรรมการกลุ่มออมทรัพย์
 - () 6. อื่นๆ ระบุ.....

9. เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านเจ็บป่วย ใครทำหน้าที่ดูแลการเจ็บป่วยของสมาชิกนั้น

- () 1. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
- () 2. พ่อบ้าน
- () 3. แม่บ้าน
- () 4.ญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา
- () 5. บุตร/หลาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ยุงลายมีลักษณะอย่างไร

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. ขาเป็นปล้องสีขาวยสลับดำ และหลังลายสีขาวยสลับดำ

() ข. ตัวขาวปนเทาและมีหลังลายเป็นสีขาวยสลับสีเทา

() ค. ตัวสีดำและมีหลังลายเป็นสีขาวยสลับดำก้นชี้ขึ้น

() ง. อื่นๆ.....

2. ยุงลายวางไข่ที่ไหน

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. ตามหลุมหรือบ่อน้ำสกปรกใต้พุ่มไม้ที่รกๆ

() ข. ตามลำน้ำหรือลำคลอง

() ค. ตามคูน้ำที่สะอาดหรือตามขาคู่กับข้าว

() ง. อื่นๆ.....

3. ยุงลายกัดเวลาใด

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. ตอนกลางคืน

() ข. ตอนหัวค่ำ

() ค. ตอนกลางวัน

() ง. อื่นๆ.....

4. ถ้าถูกยุงลายกัดจะป่วยเป็นอะไร

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. มีไข้และตัวสั่นเทาตลอดเวลา

() ข. มีไข้และตัวสีเหลือง

() ค. มีไข้และเลือดออกตามผิวหนัง

() ง. อื่นๆ.....

5. ยุงลายนำอันตรายมาสู่คนในวัยใด

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ทุกคน

() ข. ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทุกคน

() ค. ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทุกคน

() ง. อื่นๆ.....

6. คนที่ถูกยุงกัดมักมีอาการระยะเริ่มแรกอย่างไร

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. จับไข้สั่นหนาวๆร้อนๆประมาณ 3 วัน

() ข. มีไข้สูงเชื่องซึม ประมาณ 3 วัน

() ค. ไม่มีไข้ใน 3 วัน

() ง. อื่นๆ.....

7. อาการในระยะต่อมาของคนที่ถูกยุงลายกัด

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. มีผื่นแดงจ้ำๆใต้ผิวหนัง

() ข. มีผดผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า

() ค. ตัวเหลืองซีด

() ง. อื่นๆ.....

8. วิธีใดที่ป้องกันยุงลายไม่ให้วางไข่รอบๆบริเวณบ้าน

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. ทำความสะอาดคลองและแหล่งน้ำสกปรก

() ข. เก็บกวาดเศษภาชนะฝังหรือกลบไม่ให้มีน้ำขัง

() ค. ขุดลอกคลองให้น้ำไหลโดยสะดวก

() ง. อื่นๆ.....

9. วิธีใดป้องกันยุงลายไม่ให้วางไข่หรือลูกน้ำยุงลายในบ้าน

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. เก็บกวาดภาชนะ เศษผ้า สิ่งรกรุงรังต่างๆในบ้าน

() ข. ปิดฝาตุ่มน้ำกินและน้ำใช้ให้มิดชิด

() ค. จัดข้าวของในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยและสะอาด

() ง. อื่นๆ.....

10. วิธีใดป้องกันยุงลายไม่ให้วางไข่หรือลูกน้ำยุงลายตามจานรองน้ำชาตู้กับข้าว

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. ใส่เกลือ

() ข. ใส่น้ำตาล

() ค. ยังไม่มีวิธีที่เหมาะสม

() ง. อื่นๆ.....

11. ถ้าจะนอนกลางวันให้ปลอดภัยจากยุงลายกัด ควรเลือกนอนในที่

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. นอนในที่ปลอดโปร่งมีแสงสว่างทั่วถึง

() ข. นอนในที่มืดก็ได้แต่ต้องเปิดไฟนอน

() ค. นอนที่ไหนก็ได้ แต่ต้องนอนในมุ้ง

() ง. อื่นๆ.....

12. วิธีใดที่ช่วยเหลือเด็กเป็นไข้เลือดออก

() ไม่ทราบ

() ทราบ

() ก. ให้กินยาลดไข้

() ข. ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำ บิดให้หมาดๆ แล้วเช็ดตัว

() ค. ถูกต้องทั้ง ก. และ ข.

() ง. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ

คำชี้แจง ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือ เพียง 1 ช่อง ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์ ตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อความจะมีคำตอบเดียว และกรุณาทำแบบสัมภาษณ์ทุกข้อ การเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

1. ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์เลย
2. ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์เลย
3. เห็นด้วย หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์เลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
- การที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจะทำให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ	✓		

ข้อคำถาม

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1. ไข่เลือดออกรักษาได้โดยการกินยาลดไข่หาย			
2. เด็กที่ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์จะไม่ใช่เลือดออก			
3. โรคไข่เลือดออกไม่มีวัคซีนป้องกัน			
4. ดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุงอาศัยอยู่ทำให้เป็นไข่เลือดออกได้			
5. เป็นไข่เลือดออกไม่มีอันตรายถึงตาย			
6. หากทุกคนร่วมมือกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจะสามารถป้องกันโรคไข่เลือดออกได้			
7. การกำจัดยุงในบ้านเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน้าที่ของทางราชการ			
8. ยุงที่กัดกลางวันไม่มีพิษภัยหรือเป็นอันตราย			
9. การควบคุมไม่ให้มียุงลายในบ้านทำได้ง่ายไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด			
10. ควรปราบลูกน้ำยุงลายดีกว่าปราบตัวยุงลาย			
11. การป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดทำได้ยาก			
12. การสอนเด็กให้รู้เรื่องวิธีการป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดจะช่วยป้องกันโรคไข่เลือดออก			
13. อันตรายจากการถูกยุงกัด พ่อแม่และผู้ใหญ่ในบ้านจะต้องสอนอันตรายจากถูกยุงกัดให้แก่เด็กๆ			
14. คนเคยเป็นไข่เลือดออกมาแล้วจะมีภูมิคุ้มกันไม่ให้เป็นโรคนี้ซ้ำสองอีก			

**ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว
จำนวน 7 ข้อ**

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลนาข้าวเสีย อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
ชื่อ-สกุล.....

ที่	แหล่งอาศัยและพาะ พันธุ์ยุงลาย	กิจกรรมการปฏิบัติ
1.	โอ่งน้ำดื่ม	-มีทั้งหมดจำนวน.....ใบ พบลูกน้ำยุงลาย.....ใบ -ปิดฝาแล้วจำนวน.....ใบ -ใส่ทรายอะเบทแล้วจำนวน.....ใบ
2.	ตุ่ม โอ่งน้ำใช้	-มีทั้งหมดจำนวน.....ใบ พบลูกน้ำยุงลายจำนวน.....ใบ -ใส่ปลาหางนกยูงแล้วจำนวน.....ใบ -ใส่ทรายอะเบทแล้วจำนวน.....ใบ
3.	แจกันดอกไม้	-มีทั้งหมดจำนวน.....ใบ พบลูกน้ำยุงลายจำนวน.....ใบ -เปลี่ยนน้ำหรือเอาสำลีหรือกระดาษนี้ม่ออุดครอบปากแจกัน -ไม่ให้ยุงลายวางไข่จำนวน.....ใบ
4.	จานรองกระถาง ต้นไม้	-มีทั้งหมดจำนวน.....ใบพบลูกน้ำยุงลายจำนวน.....ใบ -ใส่ทรายอะเบทแล้วจำนวน.....ใบ -ไม่ให้ยุงลายวางไข่ จำนวน.....ใบ
5.	จานรองขาตู้กับข้าว	-มีทั้งหมดจำนวน.....ใบ พบลูกน้ำยุงลายจำนวน.....ใบ -ใส่ผงซักฟอกหรือเกลือครึ่งช้อนชาจำนวน.....ใบ -ใส่ทรายอะเบทแล้ว จำนวน.....ใบ
6.	ยางรถยนต์ที่ใช้แล้ว	-มีทั้งหมดจำนวน.....เส้น พบลูกน้ำยุงลายจำนวน.....เส้น ดัด แปลงยางรถยนต์ให้เป็นของใช้หรือเก็บปกปิดให้มิดชิด ไม่ให้น้ำขังแล้ว จำนวน.....เส้น
7.	เศษกระป๋อง กะลา	-มีทั้งหมดจำนวน.....ชิ้น พบลูกน้ำยุงลายจำนวน.....ชิ้น -ถุงพลาสติกที่น้ำขังได้เก็บทำลายแล้วหรือฝังดิน จำนวน.....ชิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สำรวจ

วัน.....เดือน.....พ.ศ. 2543

ชุดที่ 3 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
จำนวน 9 ข้อ

ชื่อ-สกุล แกนนำสุขภาพที่ได้รับแรงสนับสนุนฯ.....รหัส.....
 สัมภาษณ์เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือให้ตรงกับความเป็นจริง ตามที่ผู้ให้
 สัมภาษณ์ได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในเรื่อง
 ต่างๆดังต่อไปนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชื่อ.....สกุล.....

กิจกรรม	ไม่ทำ	ทำ
1. อสม.ได้มาเยี่ยมเยียนท่านเป็นประจำทุกสัปดาห์และพูดถึงโรคไข้เลือดออกกับท่าน		
2. อสม.ได้พูดถึงโอกาสเสี่ยงและอันตรายจากการเป็นไข้เลือดออกที่มีต่อร่างกายของคนเรา โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุระหว่าง 5 – 14 ปี		
3. อสม.ได้พูดถึงสาเหตุการเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของเรา		
4. อสม.ได้บอกถึงประโยชน์ของการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย		
5. อสม.ได้ช่วยเหลือท่านในการตรวจสอบหาภาชนะน้ำขุ่นในโอ่งน้ำกินและน้ำใช้และบอกถึงผลการตรวจสอบภาชนะน้ำขุ่นให้ท่านทราบ		
6. อสม.ได้ช่วยเหลือท่านโดยให้ทรายอะเบทใส่ในโอ่งน้ำใช้และรองน้ำรอบบ้าน		
7. อสม.ได้มายกย่องชมเชยและให้กำลังใจท่านในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบบ้านของท่าน		
8. อสม.ได้นำแผ่นพับ เอกสารหรือโปสเตอร์มาแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับท่านเป็นประจำทุกสัปดาห์		
9. อสม.ได้มาซักถามถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติในการใส่ทรายอะเบทและได้แนะนำวิธีการแก้ปัญหาให้ด้วย เช่น ใช้ปลาหางนกยูงใส่รองน้ำ แทนทรายอะเบท ใช้เกลือแกงหรือแป้งใส่ในแจกันดอกไม้ เป็นต้น		

ขอขอบคุณผู้ที่มาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

**แบบสัมภาษณ์ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
เรื่องโรคอุจจาระร่วง**

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มี 3 ชุดคือ

1. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดี
ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ | จำนวน 13 ข้อ |

2. แบบสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพ

ประจำครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

3. แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

1. ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม.....

2. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบลนาข้าวเสีย อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

3. เพศ

() ชาย

() หญิง

4. อายุ ปี

5. ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว

() 1. หัวหน้าครอบครัว

() 2. ภรรยา,สามี

() 3. บุตร,บุตรสะใภ้,บุตรเขย

() 4. พ่อ, แม่

() 5. อื่นๆ ระบุ

6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
- () 2. ประถมศึกษา
- () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
- () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
- () 5. อนุปริญญา / ปวส.
- () 6.ปริญญาตรี

7. ท่านมีอาชีพหลักอะไร

- () 1. เกษตรกรรม
- () 2. ค้าขาย
- () 3. รับจ้าง
- () 4. แม่บ้าน
- () 5 อื่นๆ ระบุ.....

8. การดำรงตำแหน่งทางสังคมในระดับหมู่บ้าน ตำบลหรือสูงกว่า

- () 1. ไม่มี
- () 2. มี ดำรงตำแหน่ง..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 1. สมาชิก อบต.
 - () 2. ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน
 - () 3. กรรมการหมู่บ้าน/ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
 - () 4. กรรมการกลุ่มแม่บ้าน
 - () 5. กรรมการกลุ่มออมทรัพย์
 - () 6. อื่นๆ ระบุ.....

9. เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านเจ็บป่วย ใครทำหน้าที่ดูแลการเจ็บป่วยของสมาชิกนั้น

- () 1. แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว
- () 2. พ่อบ้าน
- () 3. แม่บ้าน
- () 4.ญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา
- () 5. บุตร/หลาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. อาการอุจจาระร่วงมีสาเหตุมาจากอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. ได้รับเชื้ออุจจาระร่วงเข้าสู่ร่างกาย
() 2. แพนม แพ้อาหาร
() 3. เด็กกำลังยึดตัว เปลี่ยนท่า
() 4. เป็นโรคลำไส้พิการ ลำไส้ไม่ดูดซึมอาหาร
() 5. กินอาหารที่มีแมลงวันตอม
() 6. อื่นๆ ระบุ.....
2. คนเป็นโรคอุจจาระร่วงมีลักษณะการถ่ายเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. ถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน
() 2. ถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน
() 3. ถ่ายอุจจาระเหลว 1 – 2 ครั้งต่อวัน
() 4. ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำจำนวนมาก เพียง 1 ครั้ง/วัน
() 5. อื่นๆ ระบุ.....
3. อาการอุจจาระร่วงที่รุนแรงเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก
() 2. อาเจียนบ่อยๆ
() 3. กระหายน้ำมาก ตาโหลลึก
() 4. มีไข้หรือถ่ายเป็นมูกเลือด
() 5. อื่นๆ ระบุ.....
4. เด็กที่เป็นโรคอุจจาระร่วงแล้วเสียชีวิตมีสาเหตุมาจากอะไร
() 1. ร่างกายเสียน้ำและเกลือแร่ไปกับอุจจาระมากทำให้หมดสติแล้วตายได้
() 2. เด็กกลืนคอกอาหารและน้ำ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและตายได้
() 3. ร่างกายอ่อนเพลียมาก ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนและตายได้
() 4. อื่นๆ ระบุ.....
() 5. ไม่ทราบ

5. เมื่อบุตรของท่านเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่มีอาการอย่างไร

- () 1. ปากแห้ง คอแห้ง กระหายน้ำ
- () 2. ซึม ตาโหล อ่อนเพลียมาก กระหม่อมบวม
- () 3. กระสับกระส่าย กระวนกระวาย
- () 4. อื่นๆ ระบุ.....
- () 5. ไม่ทราบ

6. เมื่อเด็กถ่ายอุจจาระร่วงนานหลายสัปดาห์จะมีผลต่อร่างกายเด็กอย่างไร

- () 1. ทำให้เด็กขาดสารอาหาร ไม่เจริญเติบโตทั้งร่างกายและสมอง
- () 2. ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนและตายได้
- () 3. ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- () 4. อื่นๆ ระบุ.....

7. เด็กกินนมแม่มีโอกาสรับเชื้อโรคอุจจาระร่วงได้อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. มือแม่ไม่สะอาด
- () 2. หัวนม เต้านมแม่ไม่สะอาด
- () 3. อื่นๆ ระบุ.....
- () 4. ไม่ทราบ

8. ถ้าบุตรมีอาการอุจจาระร่วงระยะแรกท่านทำอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. ให้บุตรกินสารละลายน้ำตาลเกลือแร่เพื่อป้องกันการขาดน้ำและเกลือแร่
- () 2. ให้สารอาหารที่เป็นอาหารอ่อนหรือเป็นน้ำ เช่น โจ๊ก น้ำซุป น้ำแกง น้ำข้าว เป็นต้น
- () 3. งดให้อาหาร น้ำและนมในระหว่างบุตรมีอาการท้องร่วง
- () 4. อื่นๆ ระบุ.....
- () 5. ไม่ทราบ

10. การให้บุตรกินสารละลายน้ำตาลเกลือแร่และอาหารอ่อนหรือสารน้ำเพื่ออะไร

- () 1. ให้ทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่ร่างกายสูญเสียไปกับอุจจาระ
- () 2. ให้เป็นอาหารเสริมแก่ผู้ป่วยทำให้มีแรงไม่อ่อนเพลีย
- () 3. เป็นยาบำรุงทำให้ผู้ป่วยกินอาหารได้มาก
- () 4. อื่นๆ ระบุ.....
- () 5. ไม่ทราบ

11. เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก แม่ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือผงซักฟอกเมื่อไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. ก่อนเตรียมอาหารหรือก่อนขงนม
- () 2. ก่อนป้อนอาหารให้บุตร
- () 3. หลังถ่ายอุจจาระหรือหลังใช้ส้วม
- () 4. หลังกำจัดอุจจาระ
- () 5. หลังเทกระโถนและหลังล้างก้นบุตร
- () 6. อื่นๆ ระบุ.....
- () 7. ไม่ทราบ

12. เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก อาหารที่นำมาให้บุตรรับประทานควรมีลักษณะอย่างไรดีที่สุด

- () 1. อาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ
- () 2. อาหารที่ไม่มีแมลงวันตอม
- () 3. อาหารที่ใส่ภาชนะที่สะอาด
- () 4. อื่นๆ ระบุ.....
- () 5. ไม่ทราบ

13. เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก น้ำดื่ม และน้ำขงนมให้บุตรต้องเป็นน้ำอะไร (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- () 1. น้ำดื่มสุกเก็บในภาชนะที่สะอาดและมีดิด
- () 2. น้ำฝน
- () 3. น้ำประปา
- () 4. น้ำบรรจุขวด
- () 5. อื่นๆ ระบุ
- () 6. ไม่ทราบ

14. เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ควรกำจัดอุจจาระบุตรอย่างไร

- () 1. ให้เด็กถ่ายลงพื้นแล้วใช้น้ำราดลงทางระบายน้ำ
- () 2. ให้เด็กถ่ายในกระโถนแล้วล้างทิ้งในทางระบายน้ำ
- () 3. ให้เด็กถ่ายในกระโถนแล้วเทในส้วมเอน้ำราด
- () 4. อื่นๆ ระบุ.....

15. การกำจัดขยะไม่ถูกวิธีก่อให้เกิดการแพร่กระจายของโรคอุจจาระร่วงได้เพราะอะไร

- () 1. ขยะเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค ทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็ว
- () 2. ขยะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันตัวนำเชื้อโรคอุจจาระร่วง
- () 3. ขยะเป็นแหล่งอาหารสำหรับเชื้อโรค
- () 4. ขยะเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคความสกปรก

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ

- คำชี้แจง** ขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังแล้ว ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือ เพียง 1 ช่อง ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์ ตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อความจะมีคำตอบเดียว และกรุณาทำแบบสัมภาษณ์ทุกข้อ การเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้
- 4. ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์เลย
 - 5. ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์เลย
 - 6. เห็นด้วย หมายถึง ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ให้สัมภาษณ์เลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
- การที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจะทำให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ	✓		

ข้อคำถาม

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1. โรคอุจจาระร่วงเกิดจากการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำหรือนมที่ไม่สะอาด			
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคมาลาเรีย หัด ไข้หวัดใหญ่ ขาดสารอาหาร อาจเกิดอาการอุจจาระร่วงได้			
3. ผู้ที่มีอาการถ่ายเหลวตั้งแต่ 1 ครั้งต่อวัน ถือว่าป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง			
4. ผู้ที่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือดเพียงครั้งเดียวไม่ถือว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง			
5. ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยช็อก หมดสติได้			
6. เมื่อมีอาการอุจจาระร่วง ควรให้กินยาหยุดถ่ายทันที			
7. เมื่อมีอาการอุจจาระร่วงควรให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ เพื่อป้องกันการขาดน้ำของร่างกาย			
8. ควรนำผู้ป่วยพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการถ่ายไม่หยุด อาเจียนบ่อย อ่อนเพลียมาก มีไข้			
9. การดื่มน้ำดื่มสุกไม่สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			
10. ไม่จำเป็นต้องล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำธรรมดา ก่อนปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารและภายหลังจากถ่ายอุจจาระ			
11. การถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเป็นการป้องกันโรคอุจจาระร่วง			
12. การกำจัดขยะมูลฝอยเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงวันไม่สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			
13. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อภูมิคุ้มกันต้านทานในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้			

**ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัว จำนวน 8 ข้อ**

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลนาข้าวเสีย อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
ชื่อ-สกุล.....

กิจกรรม	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ
1. ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดทุกครั้งก่อนปรุงอาหารหรือ ก่อนรับประทานอาหาร		
2. ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดทุกครั้งหลังการใช้ส้วม		
3. ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุก		
4. รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ		
5. อาหารที่ค้างคืนได้อุ่นให้ร้อนก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง		
6. ผักสดหรือผลไม้ล้างด้วยน้ำสะอาดก่อนรับประทาน		
7. กำจัดขยะมูลฝอยทั้งในบ้านและนอกบ้าน		
8. ถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ		

ลงชื่อ.....ผู้สำรวจ

วันที่ เดือน..... พ.ศ. 2543

ชุดที่ 3 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จำนวน 9 ข้อ

ชื่อ-สกุล แกนนำสุขภาพที่ได้รับแรงสนับสนุนฯ.....รหัส.....

สัมภาษณ์เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือให้ตรงกับความเป็นจริง ตามที่ผู้ให้
สัมภาษณ์ได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในเรื่อง
ต่างๆดังต่อไปนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชื่อ.....สกุล.....

กิจกรรม	ไม่ทำ	ทำ
1. อสม.ได้มาเยี่ยมเยียนท่านเป็นประจำทุกสัปดาห์และพูดถึงโรคอุจจาระร่วงกับท่าน		
2. อสม.ได้พูดถึงสาเหตุการเกิดโรคอุจจาระร่วงในหมู่บ้านของเรา		
3. อสม.ได้บอกถึงอาการของโรคอุจจาระร่วง		
4. อสม.ได้บอกถึงอันตรายจากการเป็นโรคอุจจาระร่วง		
5. อสม.ได้บอกถึงการดูแลเบื้องต้นในกรณีที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เช่น การให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่		
6. อสม.ได้บอกวิธีการป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
7. อสม.ได้นำเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคอุจจาระร่วงมาให้ท่าน		
8. อสม.ได้มายกย่อง ชมเชย และให้กำลังใจท่านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
9. อสม.ได้มาซักถามถึงปัญหาอุปสรรคในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เช่น การให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ อาการอันตรายที่ต้องรีบนำส่งสถานีนอนามัย หรือ โรงพยาบาล		

ขอขอบคุณผู้ที่มาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัย