



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Affecting Community Participation Behavior Level for Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Tumbol Klongkong, Amphur Mueang, Samut Songkhram Province

นามผู้วิจัย นายวีระพงษ์ มาณะกาด

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์อลิสรา นิตธรรม, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญจนา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Affecting Community Participation Behavior Level for Prevention and Control of
Dengue Hemorrhagic Fever in Tumbol Klongkong, Amphur Mueang,
Samut Songkhram Province

โดย

นายวีระพงษ์ มาจะกาด

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2552

วีระพงษ์ มาละภาค 2552: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, วท.ม. 113 หน้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับไม่ดี 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .269$) กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .196, r = .152, r = .168$ และ $r = .163$ ตามลำดับ) กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัดและความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .268$) กับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .623$) กับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Weerapong Machagad 2009: Factors Affecting Community Participation Behavior Level for Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Tumbol Klongkong, Amphur Mueang, Samut Songkhram Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 113 pages.

The purpose of descriptive research was to study Factors Affecting Community Participation Behavior Level for Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Tumbol Klongkong, Amphur Mueang, Samut Songkhram Province. Data were collected by constructed interview from. The analysis was made with Chi-square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistic. The correlation analysis of variance and the predicting factors of people protective health behavior for DHF control were analyzed by multiple regression analysis. The major results of research were: 1) Protective health behavior for DHF control among the people was at a poor level. 2) The biosocial factor such as gender, education level, income, namely the history of illness had significant correlation with protective health behavior for DHF control at .01 levels and occupation had significant relationship with protective health behavior for DHF control at .05 levels. 3) The predisposing factors such as perceiving susceptibility had positive correlation in low level ($r = .269$) with protective health behavior for DHF control at .001 levels, perceived severity, perceived benefits, Perceived barriers and attitude had positive correlation in low level ($r = .196$, $r = .152$, $r = .168$, and $r = .163$, respectively) with protective health behavior for DHF control at .01 levels. 4) The enabling factors such as sufficiency of resources for DHF control had positive correlation in low level ($r = .268$) with protection health behavior for DHF control at .01 levels. 5) The reinforcing factors such as relative's suggestion, perception of health staffs and availability to information had positive correlation in middle level ($r = .623$) with protection health behavior for DHF control at .01 levels.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์อติสา นิตินธรรม อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์สุวิห บุตรสวรรณ ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์สุวัฒน์ เกียรติเสวี ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ที่เป็น ประโยชน์ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์และมี คุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คุณกิติพงษ์ ทองเหลือ สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ที่ได้อนุญาต ให้เก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดสอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงครามทุกท่าน ที่ได้ ให้ความร่วมมือช่วยเหลือและสนับสนุน รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล ทำให้ วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อพัน คุณแม่สำรวย มาจะภาค และ คุณแม่มาลัย ชขรัตน์ ผู้ซึ่งมีส่วนในการให้กำลังใจ ความรักความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลเสมอมา รวมทั้งเพื่อนนิสิต ปริญญาโทสาขาวิชาสุขภาพศึกษาทุกท่าน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ที่ ให้ความช่วยเหลือตลอดมา คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

วีระพงษ์ มาจะภาค

มีนาคม 2552

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	3
การตรวจเอกสาร	9
อุปกรณ์และวิธีการ	50
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	63
ผลการวิจัย	63
ข้อวิจารณ์	76
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะ	86
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	90
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	97
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	99
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	113

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายหมู่บ้านที่ใช้ในการศึกษา	52
2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม	65
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	67
4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	67
5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	68
6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	68
7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	69
8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	69
9	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	70
10	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	70
11	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	72
12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	72
13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	74
14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	75
15	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	75

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การจำแนกอาการแสดงของการติดเชื้อไวรัสเด็งกี	13
2	การวิเคราะห์พฤติกรรม Health Belief Model	32
3	แสดงกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework 7 ขั้นตอน	43
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย	48

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Affecting Community Participation Behavior Level for Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Tambon Klongkong, Amphur Mueang, Samut Songkhram Province

คำนำ

ปัญหาของโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ในปัจจุบัน ได้ส่งผลทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วย และการตายของประชากรในหลายประเทศ ประมาณว่าทั่วโลกมีประชากรป่วยและตายด้วยโรคติดต่อ ปีละประมาณ 17 ล้านคน จากปัญหาที่เกิดขึ้นสาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การคมนาคมขนส่ง การเปลี่ยนแปลงของประชากร และพฤติกรรมมนุษย์ในการดำรงชีวิตที่มีลักษณะความเป็นอยู่ที่แออัดขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค ตลอดจนการปรับตัวของเชื้อโรคเองซึ่งภาวะการเจ็บป่วย และการตายของโรคติดต่อนั้น ทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศต่างๆ และยังได้ส่งผลต่อประชากร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านขนาดโครงสร้าง ตลอดจนแนวโน้มของประชากร ความต้องการแรงงาน และประชากรที่มีคุณภาพซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานกว่า 50 ปีโดยเริ่มมีการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและธนบุรี ส่วนใหญ่การระบาดเป็นแบบสูงปีต่ำปี หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ที่เป็นเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก และในระยะเวลา 49 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น และจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละครั้งที่มีการระบาดก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีการขยายพื้นที่การระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2545)

จากรายงานการเกิดโรคไข้เลือดออกของจังหวัดสมุทรสงคราม ในปี 2550 มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 98.47 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลทางระบาดวิทยา ของอำเภอเมืองสมุทรสงคราม

ในปี 2550 พบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 131.39 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2551) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร และสาเหตุหลักในบ้านที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกพบว่า ค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยและในหมู่บ้านที่เกิดโรค มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ไม่ให้เกิน ร้อยละ 10 ของประชากร พื้นที่ที่มีปัญหาพบผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด 3-6 เดือน คือ อำเภอเมืองสมุทรสงครามโดยตำบลที่มีการระบาดสูงสุดคือ ตำบลคลองโคน จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคพบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดมักพบในกลุ่มอายุระหว่าง 9-15 ปี ในการแก้ปัญหาได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้และทักษะในเรื่องโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้อง เน้นการป้องกันโรคล่วงหน้าในเชิงรุก การวิเคราะห์หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูงในการเกิดโรค การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้งในโรงเรียน วัด และชุมชน แต่สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสภาพดังกล่าวเมื่อพิจารณาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่าย การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเรื่องสำคัญและควรเร่งรัดให้เกิดขึ้น โดยประชาชนต้องตระหนักว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องสำคัญและต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน และพฤติกรรมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนของตนเอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2551)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญยิ่งและเป็นประเด็นให้ผู้วิจัยสนใจจึงศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น ดังนั้นเพื่อให้การควบคุมโรคเป็นผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ ที่จะดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกให้อยู่ในระดับไม่เกิน 50 ราย ต่อประชากรแสนคน ลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกหลังคาเรือน ให้มีจำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายไม่เกิน 10 หลังคาเรือน ในจำนวน 100 หลังคาเรือน หรือมีค่าดัชนี House Index (HI) ไม่เกิน 10 และเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ชุมชนของตนเองปราศจากโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
3. ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
4. ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
5. ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. นำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารในการแก้ไข ปรับปรุง กำหนดนโยบาย และพัฒนาพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
3. ผลของการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติม หรือ เป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มประชาชน ที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

เหตุผลที่เลือกศึกษาในชุมชนนี้เพราะ

1. เป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องมีการหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมที่ถูกต้อง
2. เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำติดต่อกัน 2-3 ปี จำเป็นต้องศึกษาถึงเหตุปัจจัยในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน
3. เป็นพื้นที่ชายทะเล และยังมีผู้ศึกษาในกลุ่มประชากรชาวประมงน้อย จึงไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับพื้นที่

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย
 - 1.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
 - 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก
 - 1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก
 - 1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
 - 1.5 การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
 - 1.6ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย
 - 2.1 ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด
 - 2.2 ความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
3. ปัจจัยเสริมตามแนวทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
 - 3.1 การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด
 - 3.2 การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 3.3 การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - 3.4 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ

4. ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งประกอบด้วย

4.1 เพศ

4.2 อายุ

4.3 ระดับการศึกษา

4.4 สภาพสมรส

4.5 อาชีพ

4.6 รายได้ของครอบครัว

4.7 จำนวนสมาชิกในครอบครัว

4.8 ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในบ้าน

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้วิจัยได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่ประชาชน ในตำบลคลองโคนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยสามารถดำเนินการได้ใน 3 ระดับ คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดกรอบนโยบายและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever หรือ DHF) หมายถึง โรคติดต่อโดยเชื้อไวรัสที่ชื่อ เดงกี (Dengue) นำโดยยุงลายเป็นตัวนำที่สำคัญ

ชุมชน หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 15ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยรู้เรื่อง และพักอาศัยอยู่ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

รายได้ หมายถึง รายได้ของผู้ตอบแบบสอบถามเฉลี่ยต่อเดือน

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดการแสดงผลพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งอาจมีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงผลพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความเชื่อว่าการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และอาจมีผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจได้

การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความเชื่อว่าการร่วมมือปฏิบัติในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะก่อให้เกิดผลดี ต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่ให้อายุและตายจากโรคไข้เลือดออก มีประโยชน์ช่วยลดอัตราป่วยและอัตราการตายของโรคไข้เลือดออก

การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางลบ ได้แก่ การเสียค่าใช้จ่าย ความ

สะดวก หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดกับอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำตัวทำให้เกิดความขัดแย้งหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่ชุมชนทำแล้วมีความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ต่อสิ่งต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข สารเคมีกำจัดยุงลาย ความคิดและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัดและความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจาก อันเป็นผลมาจากการกระทำ หรือการมีพฤติกรรมของตน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ

การตรวจเอกสาร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งทัศนคติที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
4. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
 - 4.1 แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 4.2 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)
 - 4.3 แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE
 - 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั่วไปตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

ตำบลคลองโคน เป็นพื้นที่ติดทะเลฝั่งอ่าวไทย มีพื้นที่ป่าชายเลน และลำคลองจำนวนมาก พื้นดินมีสภาพเป็นดินโคลน ชาวบ้านจึงเรียกพื้นที่นี้ว่า “คลองโคน”

ตำบลคลองโคนแบ่งการปกครองออกเป็น 7 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น 4,304 คน รวม 1,123 ครัวเรือน เป็นชาย 2,147 คน หญิง 2,157 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 130 คน/ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ประมาณ 15 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งสิ้น 33.69 ตารางกิโลเมตร (21,056 ไร่) โดยมีอาณาเขตติดต่อ (องค์การบริหารส่วนตำบลคลองโคน, 2551) ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อดำบลบางขันแตก	อำเภอเมืองสมุทรสงคราม
ทิศใต้	ติดต่อดำบลบ้านแหลม	จังหวัดเพชรบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อดำบลแหลมใหญ่	อำเภอเมืองสมุทรสงครามและอ่าวไทย
ทิศตะวันตก	ติดต่อดำบลยี่สาร	อำเภออัมพวา

ตำบลคลองโคน มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบชายฝั่ง มีป่าเสมและโกงกางบริเวณที่อยู่ติดชายเลนจะเป็นพื้นที่น้ำเค็ม และพื้นที่บางส่วนจะเป็นพื้นที่น้ำกร่อย ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการประมงและสวนมะพร้าว มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.84 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.47 ปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.14 และไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 6.47

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2548 มีจำนวน 12 ราย คิดเป็น 278.81 ต่อแสนประชากร ปี 2549 จำนวน 8 ราย คิดเป็น 185.87 ต่อแสนประชากร และปี 2550 จำนวน 18 ราย คิดเป็น 418.22 ต่อแสนประชากร(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2550)

จากข้อมูลข้างต้น พิจารณาได้ว่า พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนไม่ดี มีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้อัตราป่วยลดลง และคุณภาพชีวิตของประชาชนดียิ่งขึ้นตลอดไป

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก (Hemorrhagic disease)(สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2545) หมายถึง โรคที่ติดเชื้อมาจาก Dengue virus มีลักษณะของโรคที่สำคัญคือ มีไข้ร่วมกับ hemorrhagic disease มีตับโตและอาจมีภาวะช็อก มียุงลาย Aedes aegypti เป็นตัวนำที่สำคัญ

ระบาดวิทยา นับเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเด็งกีที่พบใหม่ (Hemorrhagic disease) พบครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ.2497 และต่อมาพบระบาดในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ.2501 หลังจากนั้นได้ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย โรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ช่วงอายุที่พบบ่อยคืออายุ 5-9 ปี พบทั้งเพศชายและเพศหญิง และมักเกิดในเมืองหรือชุมชนที่มีคนหนาแน่น ต่อมาในระยะหลังมีการระบาดในชุมชนเล็ก ๆ เนื่องจากการคมนาคมสะดวกในปัจจุบันพบผู้ป่วยได้ทุกจังหวัดและทุกภาคของประเทศไทยโรคนี้อาจระบาดในฤดูฝน ช่วงเดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน

สาเหตุของการเกิดโรค เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออก คือ Dengue virus อยู่ใน Family flaviviridae มีอยู่ 4 serotype (DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4) เชื้อ Dengue virus ทั้ง 4 ชนิดนั้นมีแอนติเจนบางส่วนร่วมกัน ดังนั้น เมื่อเชื้อตัวใดตัวหนึ่งเข้าสู่ร่างกายจะทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านต่อเชื้อตัวนั้น ซึ่งอยู่ได้ถาวรและยังต่อต้านข้ามไปเชื้อชนิดอื่น ๆ อีก 3 ชนิด (Cross reaction) แต่อยู่ไม่ถาวรโดยทั่วไปอยู่ได้นาน 6-12 เดือน หลังจากระยะนี้แล้ว คนที่ติดเชื้อ dengue ชนิดอื่นที่ต่างไปจากครั้งแรก ได้ถือเป็นการติดเชื้อซ้ำครั้งที่สอง การติดเชื้อซ้ำนี้เป็นที่เชื่อกันว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก (DHF)

เชื้อไวรัสที่พบบ่อยคือ Den-2 และ Den-4 ในระยะหลังพบเชื้อ Den-1 และ Den-3 มากขึ้น ในรายที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นช็อก (dengue shock syndrome) มักตรวจพบเป็นรายที่มีภูมิคุ้มกันต้านทานอยู่ก่อนอยู่ในระดับที่ไม่สามารถป้องกันโรคได้ และถ้ามีการติดเชื้อซ้ำด้วย Den-2 จะตรวจพบอาการรุนแรงได้

พาหะนำเชื้อ ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะที่สำคัญที่สุดสำหรับเชื้อ dengue และ hikungunya virus ในบางแห่งพบว่ายุงลายสวน (Aedes albopictus) อาจนำเชื้อ dengue ร่วมด้วย ยุงลายที่กัดคนเป็นยุงตัวเมีย โดยมากกัดเวลากลางวันช่วงเวลาที่ชอบกัดคือ 9.00 – 11.00 น. และตอนบ่าย เวลา 14.00 – 16.00 น. (2 – 3 ชั่วโมงก่อนพระอาทิตย์ตกดิน) การที่ยุงจะกัดมากหรือน้อย

ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิของอากาศ ชุงชอบกัดมากขึ้นถ้าอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 28 – 35 องศาเซลเซียส ในฤดูหนาวอุณหภูมิต่ำกว่า 26 องศาเซลเซียส ชุงจะกัดน้อยลง

แหล่งเก็บเชื้อ ได้แก่ คน และชุง นอกจากนี้ยังพบในลิงและสัตว์เลี้ยงอื่นร่วมด้วย

การติดต่อ โรคไข้เลือดออกติดต่อโดยมีชุงลายเป็นพาหะนำโรค การติดต่อเกิดจากการที่ชุงลายไปดูดกินเลือดจากผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัส dengue จากนั้นเชื้อไวรัสจะลงสู่กระเพาะชุงและฝังตัวในผนังกระเพาะ ชุงลายเพิ่มแบ่งจำนวนตัวมันเอง แล้วเดินทางไปยังส่วนหัวของชุงลายเข้าสู่ต่อมน้ำลายชุง เมื่อชุงบินไปดูดเลือดคนใหม่ ก็จะปล่อยเชื้อไวรัส dengue เข้าสู่กระแสเลือดของคนที่ถูกดูดเลือดใหม่ แล้วเชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนทำให้เกิดอาการป่วยเป็นโรคขึ้น

ระยะเวลา ที่เชื้อไวรัส dengue เดินทางจากกระเพาะชุงลายถึงต่อมน้ำลายชุงลายใช้เวลาประมาณ 8– 12 วัน

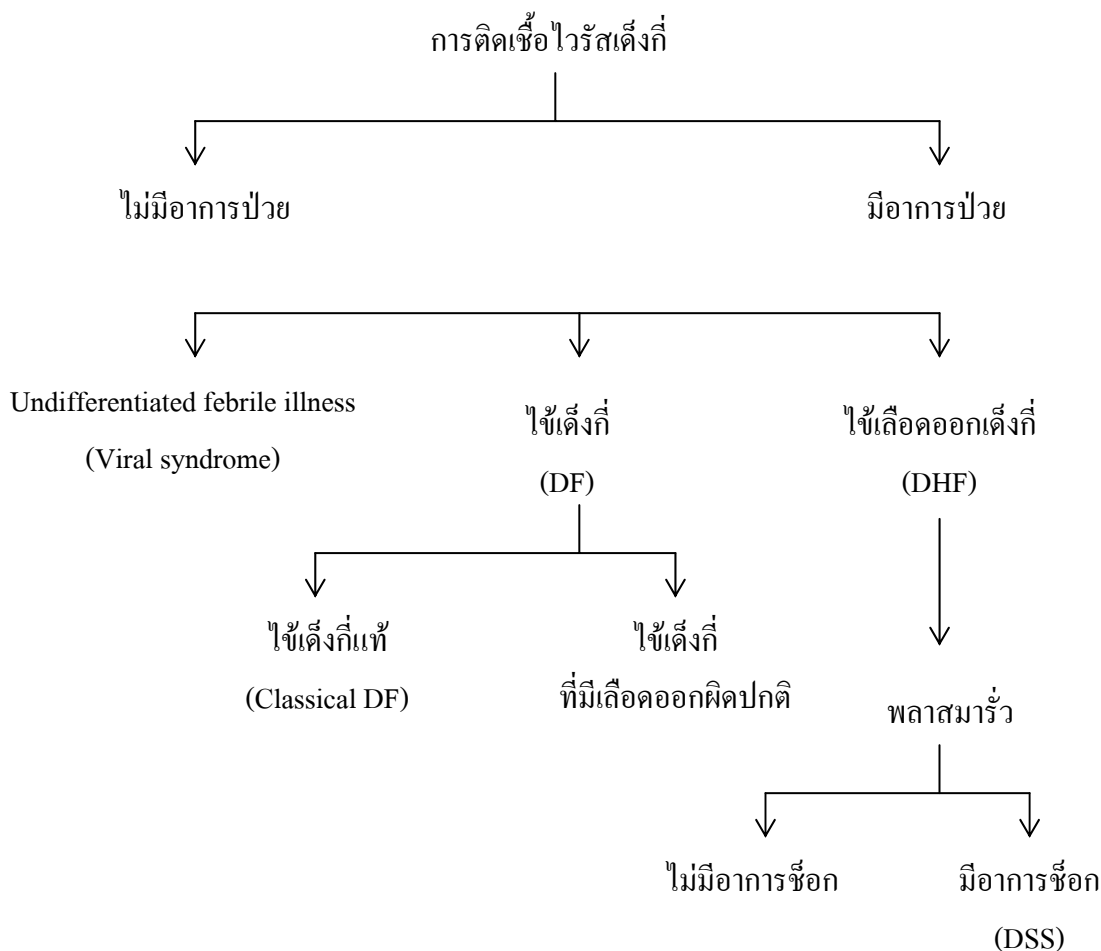
ระยะฟักตัวของโรค คือระยะเวลาที่เชื้อไวรัส dengue เข้าสู่กระแสเลือดของคนที่ถูกกัดแล้วดูดเลือดใหม่ แล้วเพิ่มจำนวนจนทำให้เกิดอาการป่วยขึ้น กินระยะเวลาตั้งแต่ 3 – 14 วัน โดยทั่วไปประมาณ 7 – 10 วัน

การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยง การติดเชื้อไวรัส dengue ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 – 90 ไม่แสดงอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรงองค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการของโรคไข้เลือดออกตามลักษณะอาการทางคลินิกดังนี้

1. Undifferentiated fever (UF) หรือ viral syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็ก ซึ่งปรากฏเพียงอาการไข้และบางครั้งมีผื่นแบบ maculopapular rash

2. ไข้เด็งกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ Classical DF คือมีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลการทดสอบทูนิเกตต์เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายก็อาจมีเกล็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน

3. ไข้เลือดออกเด็งกี (DHF) มีอาการคล้ายกับ DF ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรคคือ มีเกล็ดเลือดต่ำ และมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้นและเกล็ดเลือดต่ำ มีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การจำแนกอาการแสดงของการติดเชื้อไวรัสเด็งกี

ที่มา: สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก (2545)

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด DHF/DSS ทางด้านระบาดวิทยา

ทางด้านระบาดวิทยาต้องพิจารณาผู้ป่วย (Host) ไรรัส และพาหะนำโรค (vector) ร่วมกัน

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (Host)

1.1 เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค DHF มากกว่าผู้ใหญ่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำเหมือนกัน เด็กจะมีความเสี่ยงสูงกว่า มีข้อมูลจากการระบาดในประเทศคิวบา และประเทศบราซิล ซึ่งมีผู้ป่วยอายุมากกว่า 30 ปี เป็นจำนวนมาก แต่พบ DHF/DSS ในเด็กสูงกว่าในผู้ใหญ่

1.2 ภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยไข้เลือดออกส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการดี และดีกว่าเด็กที่ติดเชื้ออื่นๆ ผลการศึกษาได้มาจากการศึกษาเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กที่เป็น DHF กับเด็กที่เป็นโรคติดเชื้ออื่นๆ ได้แก่ ปอดอักเสบ และโรคอุจจาระร่วง และเด็กที่มาคลินิกเด็กดี

1.3 เชื้อชาติและพันธุกรรม จากการระบาดที่ประเทศคิวบาพบว่า นิโกรเป็นโรค DHF/DSS น้อยกว่าชนผิวขาว จากการที่ไม่มีการระบาดของ DHF ในทวีปแอฟริกาทั้งๆ ที่มีไวรัสเด็งกีทั้ง 4 ชนิด และมีขุณกลาย ทำให้คิดว่าน่าจะมีปัจจัยด้านโรคในด้านพันธุกรรมหรือเชื้อชาติซึ่งจะต้องศึกษากันต่อไป

1.4 เพศ พบว่าในรายที่เป็น DSS และรายที่ตายจะพบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านไวรัสและภูมิคุ้มกัน

2.1 พื้นที่ที่มีไวรัสเด็งกีหลาย ๆ serotype และมีภาวะ hyperendemicity หรือมีเชื้อหลาย serotype เป็นเชื้อประจำถิ่นในช่วงเวลาเดียวกัน (simultaneously endemic of multiple serotypes) ทำให้มีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง

2.2 มีการระบาดของไวรัสเด็งกีต่อเนื่องกัน (sequentially epidemic) พบว่าการติดเชื้อซ้ำ ด้วย DEN-2 และ DEN-3 มีอัตราเสี่ยงสูงในการที่จะเกิด DHF

2.3 การติดเชื้อทุติยภูมิ (secondary infection) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF มากกว่า การติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 160 เท่า พบว่าร้อยละ 87-99 ของผู้ป่วย DHF/DSS เป็นผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย DHF ที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ทุกรายมีแอนติบอดีต่อ เชื้อเด็งกีจากแม่

2.4 ความรุนแรงในการก่อโรค (Virulence) ถึงแม้ในปัจจุบันจะยังไม่มียวิธีตรวจหา ความรุนแรงในการก่อโรคของไวรัสเด็งกีได้โดยตรง

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (Vector)

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงลายเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอ ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ก็สามารถแพร่ เชื้อได้ แต่ไม่ติดเท่ากับยุงลายบ้าน โดยเฉพาะในฤดูฝน ยุงลายเพียง 2-3 ตัว อาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้ง ครอบครัวได้

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เด็งกี (DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรงจนถึงช็อก และถึงเสียชีวิตได้ (DHF และ DSS)

โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการ เกิดก่อนหลัง ดังนี้

1. ไข้สูงลอย 2-7 วัน
2. มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง
3. มีตับโตกดเจ็บบริเวณชายโครงด้านขวา
4. มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก

ลักษณะทางคลินิก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะไข้ ทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน มักมีหน้าแดง อาจมีคอแดง ในระยะไข้มีอาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดท้อง ส่วนใหญ่ไข้สูงลอย 2-7 วัน อาการเลือดออกที่ผิวหนังพบบ่อยที่สุด โดยการทดสอบทูนิเกตต์ได้ผลบวกตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียน และถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักมีสีดำ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่พบร่วมกับภาวะช็อก อาการตับโต พบได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย
2. ระยะวิกฤต/ช็อก เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา พบไม่ทุกราย โดยระยะรั่วมีประมาณ 24 - 48 ชั่วโมง อาการรั่วจะไปยังปอด/ช่องท้องมัก เกิด hypovolumic shock ซึ่งมักเกิดพร้อม ๆ กับ ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาช็อกขึ้นกับระยะเวลามีไข้ อาจเป็นตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค หรือวันที่ 8 ของโรค ผู้ป่วยมีอาการเลวลง กระสับกระส่าย ซีพจรเร็ว เบบ pulse pressure แคบ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่รู้สึก หิว ร้อน บ่นกระหายน้ำ และปวดท้อง ซึ่งอาจทำให้วินิจฉัยผิดได้
3. ระยะฟื้นตัว ระยะนี้มีการฟื้นตัวเร็ว ถ้าไข้ลดส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้น ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะฟื้นตัวเร็ว ระยะทั้งหมดของโรคไข้เลือดออกถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7-10 วัน

การวินิจฉัยโรค

ลักษณะอาการของโรคไข้เลือดออก ใช้การวินิจฉัยโรคจากอาการทางคลินิก 4 ประการ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ 2 ประการคือ

อาการทางคลินิก ได้แก่

1. ไข้เฉียบพลัน สูงลอยนาน 2-7 วัน
2. อาการเลือดออก อย่างน้อยมีการทดสอบทูนิเกตต์ให้ผลบวก ร่วมกับอาการเลือดออกอื่น ๆ เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดา อาเจียน/ถ่ายเป็นเลือด

3. ตับโต

4. ภาวะช็อก

5. การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

5.1 เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์ /ลบ.มม.

5.2 ฮีมาโตคริต เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 หรือมากกว่า

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้ง 2 นี้ มีความสำคัญเพราะจะบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของระบบการแข็งตัวของเลือด และการรั่วของพลาสมา เข้าไปในช่องท้อง/ช่องปอด

นอกจากนี้ยังใช้การทดสอบทูนิเกตต์ โดยใช้แถบรัดแขนของเครื่องวัดความดันโลหิตรัดที่ต้นแขนแล้วบีบลมเข้าแถบรัดให้ความดันขึ้นมีค่ากึ่งกลางระหว่างความดันโลหิตค่าบนและค่าล่าง (ซิสโตลิก และไดแอสโตลิก) เป็นเวลานาน 5 นาที แล้วปล่อยลมคลายแถบรัดออก ตรวจดูที่ผิวหนังส่วนล่างต่อจากบริเวณที่แถบรัดหากเห็นจุดเลือดออกที่ผิวหนังเท่าหรือมากกว่า 10 จุด ต่อพื้นที่ 1 ตารางนิ้ว ถือว่าตรวจได้ผลบวก หากไม่มีจุดเลือดออกหรือมีน้อยกว่า 10 จุดต่อพื้นที่ 1 ตารางนิ้ว ถือว่าได้ผลลบ

ผู้ป่วยไข้เลือดออกจะทดสอบทูนิเกตต์ได้ผลบวก ตั้งแต่วันที่ 2-3 ของการป่วย หากทดสอบก่อนหน้านี้อาจได้ผลลบ

ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอาการช็อกรุนแรง การทดสอบอาจให้ผลลบ หรือให้ผลบวกอ่อนๆ ผลบวกจะชัดเจนขึ้นเมื่อพ้นภาวะช็อก

ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นอาจมีโอกาทำให้การทดสอบทูนิเกตต์ได้ผลบวกบ้าง ดังนั้นการทดสอบทูนิเกตต์ จึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก ซึ่งจะต้องพิจารณา ร่วมกับประวัติการป่วย การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างอื่นด้วย

ระดับความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยไข้เลือดออกซึ่งมีการรั่วของพลาสมา ความรุนแรงของโรค แบ่งได้ 4 ระดับ (Grade) คือ

Grade I ผู้ป่วยไม่ซีด มี positive tourniquet test และ/หรือ easy bruising

Grade II ผู้ป่วยไม่ซีด แต่มีเลือดออก เช่น จุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาหรืออาเจียน/ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ

Grade III ผู้ป่วยไม่ซีด มีชีพจรเบาเร็ว, pulse pressure แคบหรือความดันโลหิตต่ำ ตัวเย็น เหงื่อออก กระสั่นกระส่าย

Grade IV ผู้ป่วยที่ซีด รุนแรงวัดความดันโลหิต และ/หรือจับชีพจร ไม่ได้

การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัส ที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและระดับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก การรักษา มีหลักปฏิบัติดังนี้

1. ในระยะไข้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในรายที่ปวดศีรษะและปวดเมื่อยตามตัว อาจให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ไม่ควรใช้ยาพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน และเลือดออกได้ง่ายขึ้น ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่มีไข้สูงเท่านั้น

2. ให้ผู้ป่วยได้น้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำ และขาดเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้ หรือสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มน้อยๆ

3. จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา การที่ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลง มักเกิดประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วย ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหาร ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำติดต่อกันหลายวัน หรือมีอาการปวดปัสสาวะน้อยลง กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

4. เมื่อนำผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์อาจตรวจเลือดดูปริมาณเกล็ดเลือดและฮีมาโตคริต และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและฮีมาโตคริต เป็นระยะๆ เพราะถ้าปริมาณเกล็ดเลือดเริ่มลดลง และฮีมาโตคริตเริ่มสูงขึ้นเป็นเครื่องชี้บ่งว่าพลาสมารั่วออกจากเส้นเลือด และอาจจะช็อกได้ซึ่งจำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย

5. โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยารับประทาน และแนะนำให้ผู้ปกครองเฝ้าสังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ โดยตรวจดูการเปลี่ยนแปลงตามข้อ 4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการหรือแสดงอาการช็อก อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ถึงแม้อาการไม่มากก็ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย และถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าวด้วยสารน้ำ หรือสาร Colloid อย่างระมัดระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การให้การรักษาดังกล่าวถือเป็น Medical emergency

สาเหตุการตาย ที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่มี Profound shock มี internal bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนจะมี prolonged shock การให้ fluid มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนทำให้มี fluid overload ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญได้เช่นกัน ในรายที่มีภาวะตับวาย ให้การรักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยตับวายจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะตับวายได้น้อย แต่เมื่อพบจะมีอัตราการตายสูงมาก

ความรู้เรื่องยูงลาย

วงจรชีวิตของยูงลาย มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นแบบสมบูรณ์ (complete metamorphosis) การเจริญเติบโตของยูงลาย แบ่งเป็น 4 ระยะ เป็นดังนี้

1. ไข่ (Egg) ลักษณะยาวรี เป็นฟองเดี่ยว ขนาดประมาณ 1 มิลลิเมตร ออกมาใหม่ ๆ มีสีขาวนวล ส่วนใหญ่ติดอยู่ข้างภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย ไข่จะเปลี่ยนเป็นสีดำภายในเวลา 12-24 ชั่วโมง

2. ระยะลูกน้ำ (Larva) ไม่มีขา ส่วนอกใหญ่กว่าส่วนหัว ส่วนท้องยาวเรียวยาวประกอบด้วยปล้อง 10 ปล้อง มีท่อหายใจบนปล้องที่ 8 ใช้ในการหายใจ การเปลี่ยนแปลงระยะการเจริญเติบโตของลูกน้ำต้องมีการลอกคราบทุกครั้ง

3. ตัวโม่ (Pupa) จากระยะลูกน้ำ จะมีการลอกคราบและเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นตัวโม่ มีรูปร่างคล้ายเครื่องหมายจุลภาค สีน้ำตาลอ่อน ต่อมาเปลี่ยนเป็นสีดำ มีท่อหายใจคู่หนึ่งอยู่ตอนหัว ลักษณะคล้ายแตร มีนิสซอบลอยนึ่งอยู่บนผิวน้ำ ตัวโม่ลอกคราบแล้วกลายเป็นยุง ใช้เวลาการในการเจริญเติบโต 1-2 วัน

4. ยุงลายตัวเต็มวัย (adult) ลักษณะที่เห็นได้ชัดคือ ลำตัวและขา มีจุดลายดำสลับขาว ขนาด 4-5 มม. มี 2 forms ได้แก่ type form ซึ่งพบทั่วไป queenslandensis ตัวชนิดเป็นยุงลายบ้าน และ formousus ตัวดำเป็นยุงลายป่า ยุงตัวผู้ลอกคราบออกมาก่อนยุงตัวเมียและมีขนาดเล็กกว่า ลักษณะแตกต่างกันที่หนวด ยุงตัวผู้หนวดหนาเป็นพุ่ม คูดน้ำหวานจากเกสรดอกไม้ และอาหารของมนุษย์ เพื่อไปสร้างพลังงาน ยุงตัวเมียมีหนวดบางและสั้น นอกจากน้ำหวานแล้วยังต้องการเลือดสำหรับนำไปใช้ในการเจริญของไข่ ปริมาณเลือดที่กินครั้งละประมาณ 0.75 มิลลิกรัม ยุงลายมักใช้ความพยายามหาเหยื่อที่ชอบ (คน) อย่างอดทนจนกระทั่งได้กินเลือดอิ่ม แต่หากถูกรบกวนขณะกินเลือด จะกลับมาหาเหยื่อรายเดิมหรือรายใหม่อีกครั้ง โดยทั่วไปยุงตัวผู้มีอายุเป็นสัปดาห์ถึงหนึ่งเดือน ขณะที่ยุงตัวเมียอายุ 1-3 เดือน แต่ในภาวะที่มีอาหารอุดมสมบูรณ์และอุณหภูมิเหมาะสม (ประมาณ 28 องศาเซลเซียส) ของห้องปฏิบัติการ อาจจะมีชีวิตอยู่ได้ 3-6 เดือน

การแพร่กระจาย

พบยุงลายบ้านครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.2450 แต่ไม่ได้บอกพื้นที่ซึ่งพบยุง ต่อมาในปี พ.ศ.2453 มีรายงานพบยุงลายบ้านที่ปทุมธานี และปี พ.ศ.2469 เริ่มพบยุงลายบ้านทั่วไปในกรุงเทพฯ น่าสงสัยว่าเป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย แหล่งเพราะพันธุ์ที่สำคัญได้แก่ ภาชนะขังน้ำกินน้ำใช้

WHO / ARU ได้แบ่งแหล่งอาศัยของยุงลายเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. แหล่งขังน้ำภายในบ้าน

1.1 คู่มขังน้ำภายในบ้าน

1.2 จานรองขาตู้กันมด

1.3 ภาชนะขังน้ำอื่นๆ เช่น บ่อคอนกรีตในห้องน้ำ แจกันดอกไม้ จานรองกระถางต้นไม้ ขวดใส่น้ำ ถาดรองน้ำจากตู้เย็นและแอร์คอนดิชัน เป็นต้น

2. แหล่งขังน้ำภายนอกบ้าน

2.1 คู่มขังน้ำภายนอกบ้าน

2.2 แหล่งขังน้ำอื่นๆ เช่น คอนกรีตใส่น้ำล้างเท้า ถังน้ำมันเก็บน้ำใช้ กระจัง ไหแตก ถ้วยแตก หม้อ แจกันที่ศาลพระภูมิ ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ รางน้ำฝน ขากรถยนต์ ภาชนะธรรมชาติ เช่น โปรงไม้ กะลา กาบใบไม้ กระจับปึกไม้ไผ่

การควบคุมยุงลาย วิธีการควบคุมและกำจัดลูกน้ำมีหลายวิธี ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และวิธีทางเคมีภาพ จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเภทของแหล่งเพาะพันธุ์ที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยต้องพิจารณาถึงความปลอดภัยต่อมนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม

1. การควบคุมโดยใช้วิธีทางกายภาพ

1.1 การปิดปากภาชนะเก็บน้ำ ด้วยฝาอลูมิเนียม หรือตาข่าย เพื่อปิดปากภาชนะเก็บน้ำได้อย่างมิดชิด

1.2 การหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน เหมาะสำหรับภาชนะเล็ก ๆ เช่น แจกันดอกไม้

1.3 การใส่ทรายธรรมชาติในจานรองกระถางต้นไม้

2. การควบคุมทางชีวภาพ

2.1 ลูกน้ำยุงยักมีศักยภาพในการกินลูกน้ำยุงลายดีมาก และสามารถกินตัวโม่งของยุงลายได้ แต่การเพาะเลี้ยงลูกน้ำยุงยักสิ้นเปลืองเวลาและแรงงาน

2.2 ปลากินลูกน้ำ (larvivorous) ในประเทศไทยมีปลาหลายชนิดกินลูกน้ำยุงเป็นอาหาร เช่นปลาหางนกยูง ปลาแกมบุงเซีย เป็นต้น

3. วิธีทางเคมีภาพ

การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นทรายเคลือบสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ใช้ใส่น้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย อัตราส่วนที่ใช้ ทรายกำจัดลูกน้ำ 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร แม้ว่าทรายกำจัดลูกน้ำ จะมีความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับ เนื่องจากทรายยังมีราคาค่อนข้างสูง ดังนั้นควรใส่ทรายกำจัดลูกน้ำเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น

การควบคุมป้องกันโรคตามหลักระบาดวิทยา

การควบคุมป้องกันตามหลักระบาดวิทยา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ (สมชาย, 2539)

1. การป้องกันในระยะเกิดโรคหรือการป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) นับว่ามีความสำคัญ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่ให้ผลการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ การป้องกันที่ได้ผล มีหลักการ 2 ประการ คือ

1.1 การป้องกันการรับเชื้อ ซึ่งก็คือการป้องกันยุงลายกัดนั่นเอง แต่จากนิสัยการออกหากินในเวลากลางวันของยุงลาย ทำให้ยากต่อการป้องกันด้วยวิธีนี้

1.2 การลดจำนวนประชากรยุงลายให้มีน้อยที่สุด เป็นการลดจำนวนพาหะนำโรคทำให้โอกาสที่จะแพร่เชื้อลดลง จึงเป็นวิธีที่ได้ผล สามารถดำเนินการได้โดย

1.2.1 การกำจัดยุงลายโดยใช้สารเคมี เป็นวิธีการที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก และไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงยากที่จะกำจัดยุงลายให้หมดไป

1.2.2 การกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยวิธีการต่างๆ อันได้แก่ วิธีทางด้านชีววิทยา เช่น การใช้ปลาหางนกยูงกินลูกน้ำ ฯลฯ สารเคมี ได้แก่การใช้ทรายที่มีฟอส และวิธีการทางกายภาพซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผลดีกว่าและได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการ เช่น การจัดหาฝาปิดภาชนะเก็บน้ำ การทำลายภาชนะที่ไม่ใช้แล้ว โดยการฝังดินหรือเผา ฯลฯ

2. การป้องกันในระยะเกิดโรค (Secondary Prevention) ได้แก่ การค้นหาและให้การรักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก อันเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไปสู่ผู้อื่น แต่คงไม่ได้ผลดีกับโรคไข้เลือดออก เพราะถ้ามีโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในชุมชนใด แล้วแสดงว่ายุงลายในชุมชนนั้นต้องมีเชื้ออยู่ในตัวยุง การรักษาผู้ป่วยจึงแทบไม่มีผลต่อการป้องกันโรคในชุมชน นอกจากเป็นการรักษาผู้ป่วยให้หายและป้องกันการเสียชีวิตเท่านั้น

มาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย

มาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินงานดังนี้ คือ (กรมควบคุมโรค, 2531) และ (Halsted, 1981)

1. การเฝ้าระวังและสำรวจจากระดับความชุกชุมของยุงลาย (Surveillance of *Aedes aegypti* population)
2. การควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแบบผสมผสาน โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชน (Integrated disease vector control and community) อันมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้คือ

2.1 การให้สุศึกษา (Health Education) นับว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจ อันจะก่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชนในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคนี้ กิจกรรมประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์ และการให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการเกิดโรค ความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคในเวลาที่เหมาะสม โดยรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดนิทรรศการออกกระจายข่าว การเยี่ยมบ้าน การนัดประชุม การใช้สื่อสุศึกษาชนิดต่างๆ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น

2.2 การกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Source Reduction) หรือทำลายลูกน้ำยุงลาย โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่

2.2.1 วิธีทางกายภาพ (Physical Control) ได้แก่ จัดหาฝาปิดตุ่มน้ำ 2 ชั้น การล้างและเปลี่ยนน้ำในภาชนะบ่อยๆ การเผาหรือฝังภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์ เป็นต้น

2.2.2 วิธีทางเคมี (Chemical Control) เช่น การใส่ทรายที่มีฟอสในภาชนะเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ ใส่เกลือ น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก หรือน้ำมัน/เกลือในขารองกันมด เป็นต้น

2.2.3 วิธีทางชีวภาพ (Biological Control) เช่น การใส่ปลาหางนกยูงในภาชนะเก็บน้ำ การใช้แบคทีเรียบางชนิด เป็นต้น

2.3 การใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัย (Adulticides) ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค

การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนั้นจะบังเกิดผลดีต้องผสมผสานหลายๆ วิธีเข้าด้วยกัน และจะต้องปฏิบัติโดยมีความครอบคลุมมากที่สุด ในชุมชนหนึ่งๆ ควรดำเนินการทุกหลังคาเรือน หากมีการควบคุมที่ดีในหลังคาเรือนส่วนใหญ่ แต่ยังคงมีแหล่งเพาะพันธุ์และยุงลายในบางหลังคาเรือน ยุงลายที่เหลืออกจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้น หากมีผู้นำเชื้อไวรัสเด็งกีเข้ามาในชุมชนนั้น ก็อาจเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ นอกจากนี้การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หากเป็นไปได้ควรมีการดำเนินการตลอดทั้งปี โดยมีเป้าหมายการควบคุมทั้งในบ้านเรือนและที่โรงเรียน เพราะโรงเรียนสามารถเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคไข้เลือดออกที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งในชุมชน

ความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคจะไม่ประสบความสำเร็จหากการดำเนินการต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของรัฐเพียงฝ่ายเดียว เจ้าหน้าที่สามารถสนับสนุน กระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายในชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2545)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยทั่วไป พบว่าได้มีการให้คำจำกัดความไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ (1978) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะที่เป็นกระบวนการพัฒนาว่า “การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ เพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคม จัดทรัพยากรเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นและเป็นการปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ โดยสมัครใจ” แต่การเข้าไปมี

ส่วนร่วมในทางสังคมด้วยความสมัครใจ ควรเป็นไปในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อกลุ่มคน และระหว่างกลุ่มต่อกลุ่ม ซึ่งถือว่าเป็นส่วนประกอบของกิจกรรมของกลุ่มนั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการก็ได้

Payakapan (1980) ได้สรุปแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นยุทธศาสตร์ของหลักการพัฒนาชุมชน ซึ่งจะนำประชาชนให้บังเกิดการพึ่งพาตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาต่างๆ ในชุมชน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

พัฒน์ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นกระบวนการทำให้ประชาชนมีความสมัครใจเข้าร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง เพื่อตัวเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ไพรัตน์ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สุจินต์ (2527) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่าหมายถึงกระบวนการที่ประชาชนมีความสมัครใจ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง ทั้งนี้ต้องมีใช่เป็นการกำหนดกรอบแนวคิดจากบุคคล

ภายนอก” ซึ่งตรงกับแนวคิดของอกิน (2527)ว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นหมายความว่า ให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ที่ทำทุกอย่าง ไม่ใช่เรากำหนดไปแล้วมาให้ประชาชนเข้ามา ร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่จะคิดขึ้นมา “ทั้งนี้เพราะ” การมีส่วนร่วมของประชาชน คือการที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการและ ควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการ ดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม ในการมี ส่วนร่วม ประชาชนได้พัฒนาการรับรู้ และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจในการกำหนด ชีวิตของตนอย่างเป็นตัวของตัวเอง” (ทวีทอง, 2527)

Lisk (1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า “การมีส่วนร่วมของ ประชาชนจะต้องมีความสัมพันธ์กับแนวความคิดของการเชื่อใจ และการยอมรับตนเองเพื่อที่จะ นำไปสู่การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืนซึ่งสามารถสังเกตได้จากระดับความพึงพอใจ ระดับ การไว้วางใจ และต้องครอบคลุมทัศนคติ ความคาดหวัง และกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน”

Turton (1987) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า “หมายถึง การรวม ความสนใจของแต่ละคน ซึ่งมีความเกี่ยวพันกันทางด้านความรู้สึกในกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะของ ความร่วมมือ ร่วมกำลัง จนกระทั่งเกิดการรวมกันเป็นกลุ่มขึ้น”

นิรันดร์ (2531) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้ บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยการกระทำดังกล่าวในช่วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ที่ ทรงประสิทธิภาพ กับทั้ง ทำงานดังกล่าวด้วยความรับผิดชอบ

สุริย์ (2531) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นการร่วมมือร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบ ด้วยกัน ไม่ว่าจะ เป็นของปัจเจกบุคคลหรือของกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนาและการมี ส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา และการลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจสำหรับมิติที่สาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานและการประเมินผล

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงอาจจะหมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามี ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่ถูกระบุขึ้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร ก่อให้เกิดผู้ได้รับประโยชน์และผู้เสียประโยชน์เข้าร่วมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกิจกรรมหรือ

ทุกขั้นตอน เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเพื่อเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้านของประชาชน

รูปแบบการมีส่วนร่วม

องค์การสหประชาชาติ (1978) หรือ United Nations (Department of International Economics and Affairs) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบคือ

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง (Spontaneous) เป็นโดยการอาสาสมัครหรือรวมตัวกันเองขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง โดยเป็นการกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ (Induced) เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ (Coerced) เป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ได้ผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

เจมส์ ค็อกซ์ (2526) ได้อธิบายขั้นตอนที่ควรเข้าไปมีส่วนร่วมไว้เป็น 3 ขั้นตอน

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาของชาวบ้าน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการมีส่วนร่วม คือ ร่วมศึกษาสาเหตุของปัญหาและความต้องการของกลุ่ม ร่วมคิดและตัดสินใจสร้างสรรค์ที่เป็นประโยชน์ ปฏิบัติ ติดตามและประเมินผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

นิรันดร์ (2531) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ได้แก่ ความศรัทธา ที่มีต่อความเชื่อถือ ความเกรงใจของบุคคลสำคัญ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ เช่นการลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์

โสภณ (2533) สรุปว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่างๆของชุมชนนั้น มีปัจจัย ทางสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อาชีพ ที่อยู่อาศัยเข้ามาเกี่ยวข้องและกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนจะ ได้รับความร่วมมือบรรลุความสำเร็จได้ จะต้องได้รับความเห็นพ้องต้องกันของชุมชนเป็นส่วนมาก หรือการดำเนินกิจกรรมในนามกลุ่มองค์กรของชุมชน

สำหรับแนวคิดของการมีส่วนร่วม (Concept of Participation) ที่จะพัฒนาครอบครัว กลุ่ม ละแวกบ้าน ชุมชน และสังคม ให้มีการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้เจริญก้าวหน้าขึ้นนั้นเกิดจากแนว ความคิดสำคัญ 3 ประการคือ (บุญชัย, 2535)

1. ความสนใจและห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจ ความห่วงกังวลส่วนบุคคล ซึ่งบังเอิญต้องกันกลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนร่วม
2. ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้นผลักดันให้พุ่ง ไปสู่การร่วมกลุ่ม วางแผน และลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้ จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดการริเริ่มกระทำที่ต่อสนองความ เห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของประชาชน(People Participation Theory) เช่นทฤษฎีการกระทำ ทางสังคม (The Theory of Social Action) นั้น Max Weber ได้ศึกษาเรื่อง “การกระทำของมนุษย์” (Human Action) โดยให้คำจำกัดความของคำว่า “การกระทำ” คือ เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งที่ เป็นแบบเปิดเผยและลึกลับ ซึ่งบุคคลผู้กระทำกำหนดให้มีความหมายเป็นส่วนตัวตามความคิดของ Weber ความเข้าใจในระบบความหมายของการกระทำเกิดขึ้นได้ 2 ประการคือ

1. ความหมายส่วนตัว จากการกระทำของบุคคลหนึ่ง สามารถเข้าใจได้จากการสังเกตโดยตรง

2. มีการเข้าใจสิ่งเร้า เราสามารถแสดงความรู้สึกออกมาด้วยตัวเองในการให้เหตุผล ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของผู้นำหรือถ้าการกระทำของบุคคลไม่มีเหตุผลแล้วอาจจะเข้าใจส่วนประกอบแห่งอารมณ์ที่มีการกระทำเกิดขึ้น โดยอาศัยการเข้าไปมีส่วนร่วมที่มีความเห็นอกเห็นใจต่อมนุษย์ ผู้สังเกตไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมด้วยกับแนวทฤษฎีหรือจุดมุ่งหมายสูงสุดหรือค่านิยมของผู้นำแต่โดยสติปัญญาแล้ว เราอาจจะเข้าใจสถานการณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องได้ อีกนัยหนึ่งการกระทำบางอย่างเกิดขึ้นจากแรงกระตุ้น การเข้าใจแรงกระตุ้นสามารถถือได้ว่าเป็นการอธิบายเวลาที่แท้จริงของการกระทำ เพราะว่าแรงกระตุ้นจะมีอยู่ในส่วนลึกของจิตใจ ผู้กระทำ และสำหรับผู้สังเกตนั้น แรงกระตุ้นเป็นพื้นฐานที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรม (ประสพสุข, 2531)

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ต้องมีตัวแปรด้านความเชื่อซึ่งเป็นตัวแปรทางจิตสังคม มามีส่วนกำหนดพฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยที่ความเชื่อเป็นส่วนประกอบด้านความคิดความเข้าใจในตัวบุคคล ซึ่งมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่ออาจเป็นผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ โดยทางตรงหรือทางอ้อม โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของการป้องกันโรคต่าง ๆ ตลอดจนการส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเอง (สมทรง, 2540)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต (3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น”

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมา พบว่านอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมปฏิบัติตัว ทางด้านสุขภาพ Becker *et al.* (1975) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่ พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

หลังจากนั้นแล้ว ยังได้มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยอื่น ๆ ที่อยู่ในปัจจัยร่วม (Modifying Factors) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior)

Becker *et al.* (1977) อธิบายองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้ อธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคล ที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และแต่ละคนจะมีความเชื่อในระดับนี้ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็น โรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคและรักษาสุขภาพไม่เหมือนกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความ โน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

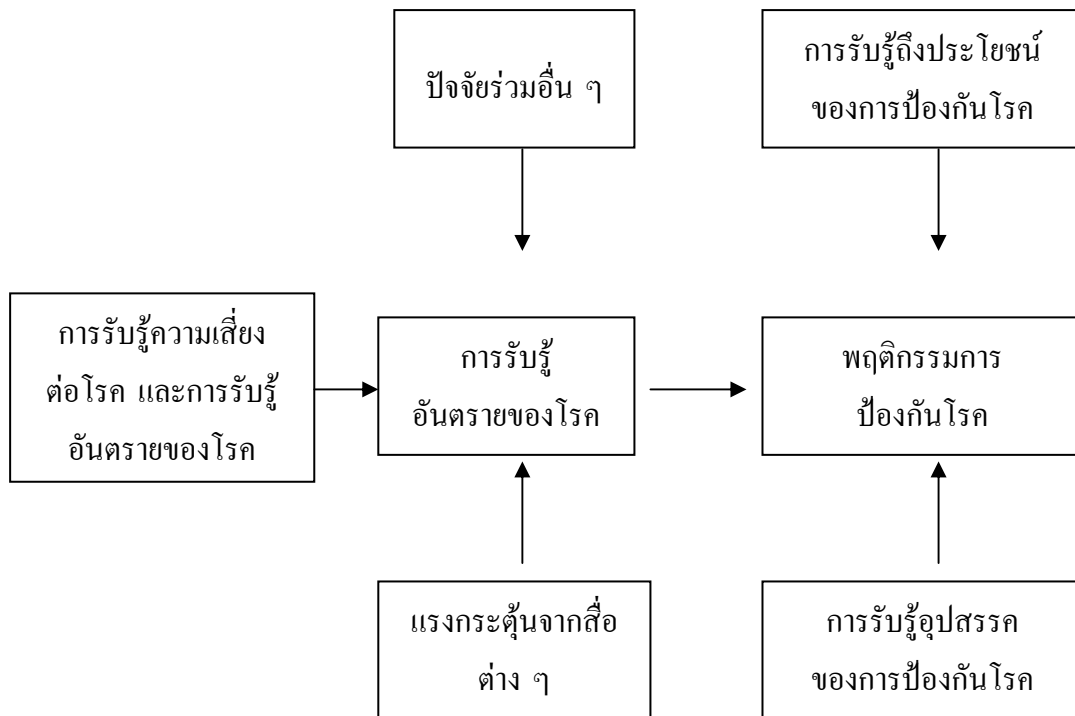
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (Perceived Benefits) หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ

โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลจากการตรวจพิเศษบางอย่าง ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบายหรือการปฏิบัติขัดกับอาชีพการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและใช้ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากองค์ประกอบข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ ของบุคคล ตัวแปรภูมิหลัง เช่น ความรู้เรื่องโรค ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง เป็นต้น



ภาพที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรม Health Belief Model

ที่มา: Becker *et al.* (1977)

แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะ สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎี ที่เป็นผลมาจากการศึกษาด้านสังคม จิตวิทยาซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” (ดวงผา, 2545)

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งนั้นคือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา และแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและแรงงาน ซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะจะช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นคงของสุขภาพ

Thoits (1982) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของแรงงาน และด้านอารมณ์ สังคม

Pender (1982) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ๆ โดยบุคคลในสังคมนั้นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ข่าวสารคำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม (2535) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและแรงงาน ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ

หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม (2535) กล่าวถึงหลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับแรงสนับสนุน ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรักความหวังดี ให้แก่ตนอย่างจริงจัง

1.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

1.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์ต่อสังคม

2. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือทางด้านจิตใจ

3. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพันการยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันหรือรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัสดุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลารูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ และความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน

2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) หมายถึง การเห็นพ้อง การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (Affirmation) และการได้รับข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อนำไปประเมินตนเอง และการเปรียบเทียบตนเองกับคนอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้การคัดค้าน คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยนั้นได้

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยตรงตามความจำเป็นในเรื่องวัตถุ สิ่งของหรือเงิน แรงงาน เวลา และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

Thoits (1982) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ คำอธิบาย ความรู้ และการได้รับข้อมูลป้อนกลับ

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางวัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสังคม (Socioemotional Support) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996) กล่าวว่า บุคคลอาจได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในสังคมของตนเอง หลายกลุ่ม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่บุคคลในครอบครัว เป็นกลุ่มแรกที่ทำให้การสนับสนุนแก่บุคคล เพราะมีความใกล้ชิดทราบถึงความต้องการ และสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่มีการพบปะกันแบบไม่เป็นทางการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต

3. องค์กรทางศาสนา (Religious Organizations) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต

4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (The Health Professional Support Systems) ไม่ค่อยมีบทบาทมากนัก เพราะบุคคลมักจะเลือกใช้แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนก่อน แต่หากได้รับการสนับสนุนน้อย บุคคลในกลุ่มนี้จะเข้ามามีบทบาทให้การสนับสนุนมากขึ้น

5. องค์กรอื่น ๆ (Organized Systems not directed by Health Professional) เป็นกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ที่มีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของสมาชิก และส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ สมาคมคนพิการ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล การได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะมีผลต่อการประเมินความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

ดวงผา (2545) กล่าวว่าไว้ว่า โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ ดังนั้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งตามกลุ่มสังคมได้ ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามี การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวสรุปได้ว่า แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็น อย่างยิ่ง ส่วนการสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครชุมชน มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงระดับกิจกรรมร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม การเข้าร่วมกับบุคคลต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเจาะจง ถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์
3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนที่รัก

แนวคิดรูปแบบจำลอง PRECEDE Model

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น บุญเยี่ยม(2533) ได้มีแนวคิดในการวิเคราะห์ห้อยู่ 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา องค์กรประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ

1. ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์ประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาการสังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์และสาขาอื่นๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมและพยายามหาทางแก้ปัญหาโดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green ที่มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคลที่มีสาเหตุมาจาก สหปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน สุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้ว พิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากร กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่ง que ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสัมพันธ์ของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจ ประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งในการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งประกอบประกอบของปัจจัยโน้มน้าวได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษาขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษาด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์ที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (อ้างถึงใน Green, 1991) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือการได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวดทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่า จะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป เมื่อความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่บุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชนรวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยและสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลามากกว่านั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่าย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตาม

พฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กรีนและคณะ ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามความหมายดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การคัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
5. ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้น อาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Phase: Selection of Educational Strategies)

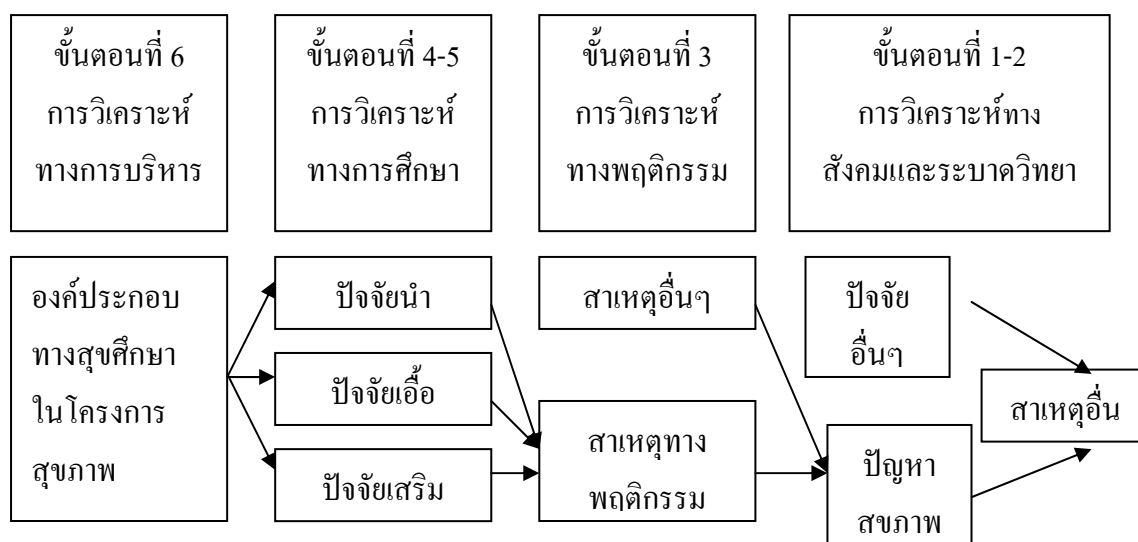
เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่งบประมาณ ระยะเวลาความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้จะไม่มีแสดงในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยขั้นตอนนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้วการประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมิน ผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว



ภาพที่ 3 แสดงกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework 7 ขั้นตอน

ที่มา: Green *et al.* (1991)

โดยหลักของ PRECEDE Framework การดำเนินการในเรื่องต่างๆ ถ้ามีผลต่อบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายในลักษณะที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแล้ว ย่อมจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น เพราะเมื่อใดก็ตามปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความเหมาะสมสอดคล้องกันก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมได้ในที่สุด ดังนั้น ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีของ PRECEDE Framework เป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดังกล่าว

สรุปจากทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยได้นำตัวแปรดังต่อไปนี้มาศึกษาซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค ประสบการณ์จากการป่วยหรือรู้จักผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำตัวแปร การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทำการวิจัยไว้หลายท่าน ดังนี้

พอชม (2543) ได้ทำการศึกษาร่วมกันของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ การมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี การมีสมาชิกเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการปฏิบัติต่างกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ผลดีหรือประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จूरีย์ และ บุญเลิศ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก คิดเป็น ร้อยละ 98.9 โดยรับจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.3 รองลงมาได้จากเอกสาร/แผ่นพับ/ อาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 69.0 มีส่วนร่วมในการสำรวจ/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย คิดเป็นร้อยละ 83.8 มีปัจจัยพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอยู่ ในระดับสูงทุกด้าน ประชาชนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า ความเชื่อต่อความรุนแรงของการป่วยเป็นโรค ไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.111$, $p < 0.05$) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ การรับฟังความรู้เป็นรายบุคคลมีส่วนร่วมในการสำรวจ/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย บ้านมีมุ้งลวด สถานภาพทางสังคมการได้รับข่าวสารทางโปสเตอร์ ทางวิทยุ และการรับฟังความรู้ เป็นรายกลุ่ม โดยสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชน ได้ ร้อยละ 16.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ทวารัตน์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลท่าทราย ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรีพบว่า ประชาชนตำบลท่าทรายมีความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก ทักษะคิด การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

รุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม คือ อาชีพหลัก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชน ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน การได้รับสิ่งสนับสนุนและการช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐและ การได้รับการส่งเสริมหรือกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม กรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำราญ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่เข้มแข็ง และชุมชนที่อ่อนแออยู่ในระดับดีปัจจัยทางชีวสังคมของชุมชนที่เข้มแข็ง ได้แก่ ตัวแปรอาชีพ รายได้เฉลี่ย ของชุมชนที่อ่อนแอซึ่งมีตัวแปรสมาชิก มีความสำคัญกับพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยนำของชุมชนที่เข้มแข็ง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรคความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของชุมชนที่อ่อนแอ ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์เจตคติต่อการควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กันพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเสริมของชุมชนที่เข้มแข็ง ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ประสบการณ์ป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสารของชุมชนที่อ่อนแอ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก

ไมตรี (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคการปฏิบัติตนและความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ตัวแปรตามดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบตัวแปรตามไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอธิบาย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทร์พร(2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิด ($r=.13$), การรับรู้ ($r=.13$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากร ($r=.36$), การมีทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($r=.55$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลที่ใกล้ชิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($r=.58$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

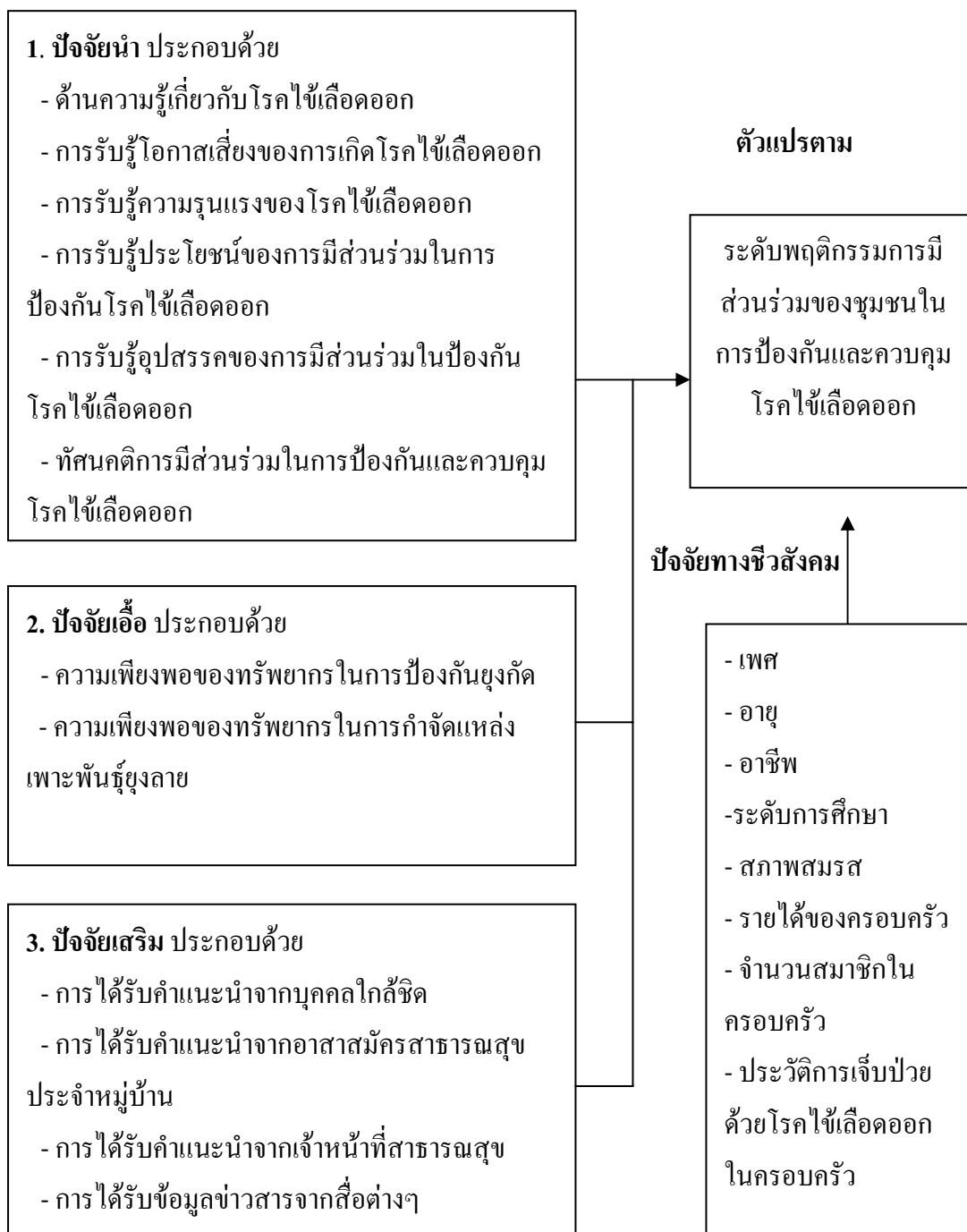
ระดับ .01 และพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สุนทร(2551)ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชาวตำบลสูงอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชาวตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และอาชีพที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ที่ได้รับและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องตามรายละเอียดข้างต้นพบว่า ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การเจ็บป่วยทั้งของตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มีผลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกทั้งสิ้น ซึ่งผู้วิจัยนำมาศึกษาโดยกำหนดเป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และปัจจัยทางชีวสังคม จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดและสมมติฐานการวิจัย ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร ดังภาพที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่1 ปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานที่2 ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในป้องกันโรคไข้เลือดออก และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานที่3 ปัจจัยเอื้อได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัดและความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานที่4 ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม

อุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงครามซึ่งมีวิธีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ครัวเรือนละ 1 คน จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 1,123 ครัวเรือน (องค์การบริหารส่วนตำบลคลองโคน, 2551) กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อยที่สุด คำนวณได้จากสูตรของ ทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

- เมื่อ
- n = ขนาดตัวอย่างประชากร
 - N = ขนาดของประชากร
 - e = ความคลาดเคลื่อนเท่าที่ยอมรับได้

$$\text{เมื่อ } N = 1,123 \quad e = 0.05$$

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{1123}{1+1123(0.05)^2} \\ &= 294.94 \end{aligned}$$

เมื่อกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 ได้ขนาดตัวอย่างประชากรที่เหมาะสมอย่างน้อยที่สุดเท่ากับ 295 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi Stage Random Sampling Method) (พวงรัตน์, 2538) มีลำดับขั้นตอนการสุ่มดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดย

1. เลือกอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด คือ อำเภอเมือง
2. เลือกตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง คือ ตำบลคลองโคน

ขั้นตอนที่ 2 เลือกสุ่มแบบโควตา (Quota sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนของครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 7 หมู่บ้าน ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายหมู่บ้านที่ใช้ในการศึกษา

หมู่ที่	ชื่อบ้าน	จำนวนครัวเรือน	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	บ้านคลองคต	155	41
2	บ้านคลองโคน	188	49
3	บ้านคลองโคน	124	33
4	บ้านแพรกทะเล	136	36
5	บ้านคลองช่อง	215	56
6	บ้านประชาหมื่น	136	36
7	บ้านคลองช่องน้อย	169	44
รวม		1,123	295

ขั้นตอนที่ 3 เลือกสุ่ม โดยบังเอิญ (Accidental sampling) เป็นการสุ่มจากสมาชิกของประชากร เป้าหมายที่เป็นใครก็ได้ที่มีลักษณะสอดคล้องกับนิยามของชุมชนที่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ตามจำนวนที่กำหนดของแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยศึกษา งานวิจัยเกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาสร้างขึ้นเองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ที่ครอบคลุม เนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยชีวสังคม บุคคลประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ในครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ ถูก-ผิด หรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-14 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 9.40 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 1.93 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ตอบถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

มีความรู้ระดับดี	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 10.36
มีความรู้ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ $8.44 - 10.36$
มีความรู้ระดับไม่ดี	คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 8.44

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยคำถามแต่ละข้อเป็นลักษณะ แบบประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ ในที่นี้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม มีมาตรวัด 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 24-39 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 31.68 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 2.61 คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก	ข้อความที่แสดงด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

เกณฑ์ประเมินการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงระดับดี คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 32.98

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 30.38- 32.98

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงระดับไม่ดีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 30.38

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก โดยคำถามแต่ละข้อเป็นลักษณะแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบวัดของลิเคอร์ท์ (Likert scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ ในที่นี้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม มีมาตรวัด 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 17-36 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 26.22 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 3.10 คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกระดับดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก	ข้อความที่แสดงด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

เกณฑ์ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกโดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงระดับดีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 27.77

การรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 24.6 - 27.77

การรับรู้ความรุนแรงระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 24.67

4. การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยคำถามแต่ละข้อเป็นลักษณะแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบวัดของลิเคอร์ท์ (Likert scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ ในที่นี้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม มีมาตรวัด 4 ระดับ

ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 19-38 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 28.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 3.23 คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก	ข้อความที่แสดงด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

เกณฑ์ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ระดับดี คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 31.59

การรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 28.36-31.59

การรับรู้ประโยชน์ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 28.36

5. การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยคำถามแต่ละข้อ เป็นลักษณะแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ ในที่นี้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม มีมาตรวัด 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 18-35 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 26.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 3.05 คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก	ข้อความที่แสดงด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

เกณฑ์ประเมินการรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัธยเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

การรับรู้อุปสรรคระดับดี คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 28.47

การรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 25.41-28.47

การรับรู้อุปสรรคระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 25.41

6. ทักษะการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยคำถามแต่ละข้อเป็นลักษณะแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ ในที่นี้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม มีมาตรวัด 4 ระดับ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 17-37 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 28.52 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 3.88 คะแนนสูงแสดงว่ามีการทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก	ข้อความที่แสดงด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

เกณฑ์ประเมินทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัธยเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

ทัศนคติระดับดี คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 30.46

ทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 26.58-30.46

ทัศนคติระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 26.58

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัดและความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 หน่วย ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 3-18 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 10.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 1.82 คะแนนสูงแสดงว่ามีปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับดี ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

มีและได้ซื้อใช้	2	คะแนน
มีแต่ไม่ได้ซื้อใช้	1	คะแนน
ไม่มี (ไม่ได้รับ, ไม่เพียงพอ)	0	คะแนน

เกณฑ์ประเมินปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัธยเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

การได้รับปัจจัยเอื้อระดับดี คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 10.91

การได้รับปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 10.91-9.09

การได้รับปัจจัยเอื้อระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 9.09

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม หมายถึง การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ โดยคำถามแต่ละข้อเป็นลักษณะวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ ในที่นี้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อความเหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ ได้รับมาก ได้รับค่อนข้างมาก ได้รับค่อนข้างน้อย ไม่ได้รับ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ยของ 13-48 กลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 33.24 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 6.48 คะแนนสูงแสดงว่ามีปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับการได้รับ	ให้คะแนน
ได้รับมาก	3
ได้รับค่อนข้างมาก	2
ได้รับค่อนข้างน้อย	1
ไม่ได้รับ	0

เกณฑ์ประเมินระดับการได้รับปัจจัยเสริมของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ดังนี้

การได้รับปัจจัยเสริมระดับดี คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 36.48

การได้รับปัจจัยเสริมระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 30.00-36.48

การได้รับปัจจัยเสริมระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 30.00

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยคำถามแต่ละข้อเป็นลักษณะแบบ ประเมินค่า (Rating scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว ตัวแปรนี้มีค่าต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 20-64 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวม (\bar{X}) คือ 42.47 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คือ 37.65 คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความที่แสดงด้านบวก	ข้อความที่แสดงด้านลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	0	3
ปฏิบัติมาก	1	2
ปฏิบัติน้อย	2	1
ไม่ได้ปฏิบัติ	3	0

เกณฑ์ประเมินระดับพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก โดยกำหนดค่าเฉลี่ยของการจัดระดับจากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ดังนี้

พฤติกรรมระดับดี คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ คือ > 47.29

พฤติกรรมระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 37.65-47.29

พฤติกรรมระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ < 37.65

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรป้องกันโรค ไข้เลือดออก
3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสอบถาม โดยมีข้อคำถามทั้งปลายเปิด และปลายปิด และมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไขในเนื้อหาของข้อคำถาม

การทดสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ถึงความเป็นไปได้ของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเนื้อหา การใช้ภาษา ตลอดจนในรายละเอียดอื่นๆ หลังจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือให้เกิดความสมบูรณ์ในทุกด้าน

2. หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ ประชาชนในตำบล แผลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นตำบลที่มีลักษณะพื้นที่และคุณลักษณะของ ประชากรใกล้เคียงกับตำบลคลองโคน จำนวน 30 คน จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ตามวิธีของ ครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha a) ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

2.1	แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยนำ	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76
2.2	แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยเอื้อ	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71
2.3	แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยเสริม	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89
2.4	แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม	ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

จากนั้นได้นำแบบสอบถามในส่วนดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในชุมชน ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. จัดประชุมชี้แจงการทำโครงการวิจัยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อจัดเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยในการเก็บแบบสอบถามของแต่ละหมู่บ้าน
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและ อสม. กับผู้ตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกชนิด
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกวันจนครบ ทั้งในเวลา และนอกเวลาราชการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากสภาพการประกอบอาชีพประมง ที่ทำงานไม่เป็นเวลาแน่นอน
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประมวลผลข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ โดยใช้สถิติดังนี้

1. ค่าสถิติพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ (Percentile) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับระดับพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคว์สแควร์ (Chi – square)

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยทดสอบ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กรณีศึกษา ตำบลคลองโคน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กรณีศึกษา ตำบลคลองโคน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยนำที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ประกอบด้วย ตัวแปร ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ประกอบด้วย ตัวแปรด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด และความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ปัจจัยเสริมตามแนวทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ประกอบด้วยตัวแปรด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ กับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชากรที่ศึกษา คือ หัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทน ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ครอบครัวละ 1 คน ทั้งหมด 1,123 คน คำนวณหาขนาดตัวอย่างได้จำนวน 295 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบง่าย โดยให้จำนวนตัวอย่างที่เลือกมาในแต่ละหมู่บ้าน เป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรศึกษา ในตำบลคลองโคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางด้านชีวสังคม ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม และข้อมูลด้านระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2 - test) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม)แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ด้วยวิธีการเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกจากนั้นยังใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยการ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมดนี้ กระทำในภาพรวมในแต่ละตอน ให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ ชัดเจนที่สุด

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่ง การนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 พรรณนาข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม หรือลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน

ส่วนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัย เสริมหรือปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อระดับพฤติกรรมการมี ส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน

ส่วนที่ 3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน เพื่อตรวจสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ส่วนที่ 1 พรรณนาข้อมูลลักษณะทางชีวสังคมหรือลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 295)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	116	39.3
หญิง	179	60.7
2. อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	60	20.3
30-50 ปี	124	42.0
มากกว่า 50ปี	111	37.7
$\bar{X} = 44.24$ SD. = 14.45 MAX = 79 MIN = 14		
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	67	22.7
ประถมศึกษา	148	50.2
มัธยมศึกษาและ ปวช.	78	26.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.7
4. สถานภาพสมรส		
โสด	40	13.5
สมรส	222	75.3
หม้าย /หย่า /แยกกันอยู่	33	11.2
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	5.4
ประมง/ทำสวน	142	48.1
รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ	5	1.7
ค้าขาย	49	16.7
รับจ้าง/บริษัทเอกชน	83	28.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 295)		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	164	55.6
5,000-10,000 บาท	75	25.4
มากกว่า 10,000 บาท	56	19.0
$\bar{X} = 7351.19$ SD. = 6951.69 MAX = 45000 MIN = 0		
7. สมาชิกในครอบครัว		
1-2 คน	51	17.3
3-4 คน	125	42.4
5-6 คน	87	29.5
7-8 คน	26	8.8
มากกว่า 8 คน	6	2.0
$\bar{X} = 4.19$ SD. = 1.84 MAX = 9 MIN = 1		
8. ประวัติการป่วยของสมาชิกในครอบครัว		
ไม่เคย	269	91.2
เคย	26	8.8

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 60.7 มีอายุ 30-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.2 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็น ร้อยละ 75.3 อาชีพหลักทำประมง/ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 48.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.6 มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วย ด้วยโรคไขข้อออก คิดเป็นร้อยละ 91.2

ส่วนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา

2.1 ปัจจัยนำที่มีผลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของชุมชน ประกอบด้วย 6 ตอนย่อย ได้แก่

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก

(n = 295)		
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	76	25.8
ระดับปานกลาง	114	38.6
ระดับไม่ดี	105	35.6

$\bar{X} = 9.40$, S.D. = 1.93

จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมา ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 35.6

2.1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

(n = 295)		
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	98	33.2
ระดับปานกลาง	99	33.6
ระดับไม่ดี	98	33.2

$\bar{X} = 31.68$, S.D. = 2.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมา ระดับดีและระดับไม่ดีเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.2

2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

(n = 295)		
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	223	75.6
ระดับไม่ดี	72	24.4

$\bar{X} = 26.22$, S.D. = 3.10

จากตารางที่ 5 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75.6 รองลงมา ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 24.4

2.1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

(n = 295)		
ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	90	30.5
ระดับปานกลาง	110	37.3
ระดับไม่ดี	95	32.2

$\bar{X} = 28.98$, S.D. = 3.23

จากตารางที่ 6 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมา ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 32.2

2.1.5 การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในป้องกันโรคไข้เลือดออก

(n = 295)

ระดับการรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในป้องกันโรค ไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	103	34.9
ระดับปานกลาง	79	26.8
ระดับไม่ดี	113	38.3

$\bar{X} = 26.94$, S.D. = 3.05

จากตารางที่ 7 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมา ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 34.9

2.1.6 ทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

(n = 295)

ระดับทักษะคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	79	26.8
ระดับปานกลาง	126	42.7
ระดับไม่ดี	90	30.5

$\bar{X} = 28.52$, S.D. = 3.88

จากตารางที่ 8 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับทักษะคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 30.5

2.2 ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

(n = 295)

ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	113	38.3
ระดับปานกลาง	95	32.2
ระดับไม่ดี	87	29.5

$\bar{X} = 10.0$, S.D. = 1.82

จากตารางที่ 9 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.2

2.3 ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

(n = 295)

การได้รับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	92	31.2
ระดับปานกลาง	109	36.9
ระดับไม่ดี	94	31.9

$\bar{X} = 33.24$, S.D. = 6.48

จากตารางที่ 10 พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับปัจจัยเสริมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.9 รองลงมาในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 31.9

2.5 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

(n = 295)		
ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	92	31.1
ระดับปานกลาง	99	33.6
ระดับไม่ดี	104	35.3

$\bar{X} = 42.47$, S.D. = 9.64

จากตารางที่ 11 พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมา ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.6

ส่วนที่ 3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน เพื่อตรวจสอบสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			χ^2 -test	df	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)					
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี			
1. เพศ				12.995	2	.002**
ชาย	40(34.4)	25(21.6)	51(44.0)			
หญิง	52(29.1)	74(41.3)	53(29.6)			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมกำบังและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน(ร้อยละ)			χ^2 -test	df	p-value
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี			
	(n = 295)					
2. อายุ				2.863	4	.581
น้อยกว่า 30 ปี	15(25.0)	24(40.0)	21(35.0)			
30-50 ปี	38(30.6)	43(34.7)	43(34.7)			
มากกว่า 50ปี	39(35.2)	32(28.8)	40(36.0)			
3. ระดับการศึกษา				21.380	6	.002**
ไม่ได้ศึกษา	12(32.8)	33(49.3)	22(17.9)			
ประถมศึกษา	61(41.2)	41(27.7)	46(31.1)			
มัธยมศึกษาและ ปวช.	18(23.1)	24(30.8)	36(46.1)			
ปริญญาขึ้นไป	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)			
4. สถานภาพสมรส				7.678	4	.104
โสด	14(27.5)	15(37.5)	11(35.0)			
สมรส	62(27.9)	78(35.1)	82(37.0)			
หม้าย /หย่า /แยกกันอยู่	16(48.5)	6(18.2)	11(33.3)			
5. อาชีพ				16.947	8	.031*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3(18.8)	9(56.2)	4(25.0)			
ประมง/ทำสวน	41(28.9)	46(32.4)	55(38.7)			
รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ	2(33.3)	0(0.0)	4(66.7)			
ค้าขาย	12(25.0)	23(47.9)	13(27.1)			
รับจ้าง	34(41.0)	21(25.3)	28(33.7)			
6. รายได้				19.665	4	.001**
น้อยกว่า 5,000 บาท	65(39.6)	45(27.4)	54(33.0)			
5,000-10,000 บาท	17(22.7)	36(48.0)	22(29.3)			
มากกว่า10,000 บาท	10(17.9)	18(32.1)	28(50.0)			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

(n = 295)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน(ร้อยละ)			χ^2 -test	df	p-value
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี			
	7. สมาชิกในครอบครัว					
1-2 คน	37(33.0)	44(39.3)	31(27.7)			
3-5 คน	22(34.4)	17(26.6)	25(39.0)			
6-9 คน	33(27.7)	38(32.0)	48(40.3)			
8. ประวัติการป่วยของสมาชิกในครอบครัว				12.965	2	.002**
ไม่เคย	88(32.7)	82(30.5)	99(36.8)			
เคย	4(15.4)	17(65.4)	5(19.2)			

* $p < .05$ ** $p < .01$

จากตารางที่ 11 พบว่าเพศ ระดับการศึกษา รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ สถานภาพการสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1 เป็นบางส่วน

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยนำเข้า	ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้ ความเข้าใจ	.008	.888
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.269***	.000
การรับรู้ความรุนแรง	.196**	.001
การรับรู้ประโยชน์	.152**	.009
การรับรู้อุปสรรค	.168**	.004
ทัศนคติ	.163**	.005

** $p < .01$

*** $p < .001$

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .269$) กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .196, r = .152, r = .168$ และ $r = .163$ ตามลำดับ) กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้ ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 เป็นบางส่วน

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเอื้อ	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัดและความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	.268***	.000

*** $p < .001$

จากตารางที่ 14 พบว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด ความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .268$) กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสริม	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ	.623***	.000

*** $p < .001$

จากตารางที่ 15 พบว่าปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง($r = .623$) กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

ข้อวิจารณ์

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กรณีศึกษา ตำบลคลองโคน เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงขอวิจารณ์เชื่อมโยงไปยังงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หรืองานวิจัยทางด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ได้มีผู้ดำเนินการศึกษาวิจัยไว้

จากการศึกษาและวิเคราะห์ถึงประเด็นต่างๆ ทำให้ได้ข้อค้นพบ และนำมาเป็นข้อวิจารณ์โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. จากการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมของประชาชน ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ไมตรี (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี และ สุนทร (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของชาวตำบลรุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกของประชาชน แสดงว่า การที่ประชาชนในพื้นที่ จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ยังคงคำนึงถึงบทบาทภาระหน้าที่ของตนเองในครอบครัว เช่น เพศชายมีหน้าที่ทำประมงก็ไม่มีเวลาในการเข้าร่วม

อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ไมตรี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี และสุนทร(2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของชาวตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชาวตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พอชม (2543) ได้ทำการ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ไมตรี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี และสุนทร(2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชาวตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับรุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน แสดงว่าระดับการศึกษา ยังคงเป็นปัจจัยในการกำหนดความนึกคิดที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมใดๆ และอาจเห็นว่าตนเองไม่มีความรู้ความสามารถในการเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สถานภาพการสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน แสดงว่า หากให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีสถานภาพสมรส กับสถานภาพโสด ก็จะได้ผลที่ไม่แตกต่างกัน

อาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พอชม (2543) ได้ทำการศึกษาร่วมกันของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี รุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ไมตรี (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีและสุนทร(2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของชาวตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมงมีเวลาไม่แน่นอน ทำให้ความสนใจที่จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน

รายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ไมตรี (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี และสุนทร(2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของชาวตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชาวตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของรุ่งทิพย์(2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง

จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อาจเนื่องมาจากรายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยจึงกลัวเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และเสียเวลาในการประกอบอาชีพหากเกิดการเจ็บป่วย ทำให้มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกค่อนข้างดีกว่า ครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับระดับพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในตำบล คลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พอชม (2543) ได้ทำการศึกษาร่วมกันของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าการที่เคยป่วยครั้งก่อนนั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการโรค ไข้เลือดออก จึงปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออกที่ถูกต้องก็เป็นได้

2. จากการศึกษาปัจจัยนำของประชาชน ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร(2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของชาวตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ทวารัตน์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลท่าทราย ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรีและไทรโยค (2547) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของแกนชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า ความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากประชาชนทุกคน มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออกที่ไม่แตกต่างกัน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอชม (2543) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ตำราญ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุม โรคไข้เลือดออกศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์ ไผ่เมตรี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชนอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี และอภิญา (2544) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าหากเพิ่มการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกเป็นไปในทางที่พึงปรารถนา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พอชม (2543) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ตำราญ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุม โรคไข้เลือดออกศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์ และไผ่เมตรี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชนอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมใน การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ทวารัตน์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลท่าทราย ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรง ของโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าหากเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้พฤติกรรมการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปในทางที่พึงปรารถนา

การรับรู้ต่ออุปสรรค พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพอชม (2543) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ 72 พรรษา” อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ทวารัตน์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลท่าทราย ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี สารานู (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์ และไมตรี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชนอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าหากลดอุปสรรคในการมีส่วนร่วม จะทำให้พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปในทางที่พึงปรารถนา

การรับรู้ถึงประโยชน์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวารัตน์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลท่าทราย ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี สารานู (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์และไมตรี (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชนอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปในทางที่พึงปรารถนา

ทัศนคติ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวารัตน์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลท่าทราย ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และ จันทร์พร (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่าทัศนคติของการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วม จะเป็นปัจจัยกำหนดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีด้วย

3. จากการศึกษาปัจจัยเอื้อของประชาชน ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัดและความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์พร (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การสร้างปัจจัยเอื้อที่เพียงพอ ก็จะทำให้ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเป็นไปในทางที่พึงประสงค์

4. จากการศึกษาปัจจัยเสริมของประชาชน ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ และจันทร์พร (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่าปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเสริมที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จะทำให้ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเป็นไปในทางที่พึงประสงค์

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ ลักษณะทางชีวสังคมกับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว ปัจจัยนำซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัดและความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในประชาชน ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 295 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหาภาษาที่ใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไข การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองกับประชาชนในตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับประชากร คือส่วนใหญ่มีอาชีพประมงและรับจ้าง พื้นที่ติดทะเล ระดับการศึกษาและรายได้ใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีการของ Cronbach (Cronbach' Alpha Coefficient) (Cronbach, 1970) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .76 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ได้ค่าความ

เชื่อมั่น = .71 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่น = .89 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่น = .85 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2551 - ธันวาคม 2551

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม ไรช้เลือดออก ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม: กรณีศึกษา ตำบลคลองโคน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม ไรช้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ชุมชน จะมีระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม ไรช้เลือดออกที่ถูกต้อง เป็นไปตามทฤษฎี PRECEDE ที่นำมาวิเคราะห์และทำให้ทราบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและ ควบคุม ไรช้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม ไรช้เลือดออก ในเขต ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการ ป้องกันและควบคุม ไรช้เลือดออกในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมาระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.6 และ ร้อยละ 31.1 ระดับดี
2. ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุม ไรช้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วย ไรช้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม ไรช้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการมี ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม ไรช้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ

สถานภาพการสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .269$) กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .196$, $r = .152$, $r = .168$ และ $r = .163$ ตามลำดับ) กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้ ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกส่วนความรู้ ความเข้าใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด ความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .268$) กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .623$) กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งผลจากการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการวิจัย พบว่าระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 35.3 ดังนี้

1.1 การที่จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมที่ถูกต้อง ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับคืออย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชนควรจัดโครงการและกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่องและจริงจัง เช่น จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกวันศุกร์

1.2 มุ่งเน้นกิจกรรมรณรงค์ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ประชาชนสามารถร่วมกิจกรรมได้ โดยพัฒนาพฤติกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันยุงลายกัดการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และเคมีภาพ

1.3 มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการรับรู้และทัศนคติทางด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลทำให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงในอนาคต

2. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านชีวิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

2.1 เพศ การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกต้องจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เช่นเพศชายกระตุ้นให้เกิดความเป็นผู้นำในการชักชวน หรือแนะนำบุคคลในครอบครัวให้ร่วมกิจกรรม เพศหญิง ส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลและการ ปฏิบัติตัวของบุคคลในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

2.2 ระดับการศึกษา ให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมุ่งเน้นการสร้างทักษะและ ทักษะคิดในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก เช่นจัดกิจกรรมรณรงค์ การ ออกตรวจชุมชนประเมินลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น

2.3 อาชีพ จัดกิจกรรมที่ใช้ชุมชนเป็นผู้กำหนดกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับการประกอบอาชีพ เช่นจัดกิจกรรมรณรงค์โรค ไข้เลือดออกในเวลาน้ำขึ้นเพราะ ประชาชนไม่สามารถออกทะเลไปทำการประมงได้ เป็นต้น

2.4 รายได้ การสร้างการรับรู้และทัศนคติ ของค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย จะช่วยลด ค่าใช้จ่ายได้ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ

2.5 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค ไข้เลือดออก คือ ครอบครัวที่ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรค ไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรสร้างการรับรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก กับ ครอบครัวที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก เพื่อให้เกิดความตระหนักในปัญหา เช่น ประชาสัมพันธ์หรือแจ้งข่าวสารทุกครั้งเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทันที หรือทุกสัปดาห์

3. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ดังนั้น

3.1 ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการกระตุ้นเตือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและทัศนคติ จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การจัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ได้เข้าร่วมให้สุศึกษาเมื่อมีการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน หรือแจกเอกสารแผ่นพับให้แก่ ประชาชนได้รับทราบ และตระหนักถึงวิธีป้องกันโรค ไข้เลือดออก หรือจัดกิจกรรมให้มีการเข้าถึง

สื่อต่าง ๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ให้ความรู้ข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกผ่านเสียงตามสายทุกวัน

3.2 ทำความเข้าใจกับประชาชนในเรื่องการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งทัศนคติ โดยส่งเสริมให้ประชาชนได้ปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ดีในเรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

4. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด และความเพียงพอของทรัพยากรในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้น

4.1 ควรให้การสนับสนุนสื่อศึกษา เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ให้เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4.2 ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพกับประชาชน ตลอดจนกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขรู้จักปรับปรุงใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้น

5.1 ควรส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การได้รับการชมเชย แนะนำ และการกระตุ้นเตือน จากชุมชนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.2 ควรส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินผล ได้แก่ การจัดกิจกรรมหรือโครงการตรวจประเมินลูกน้ำยุงลายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้เกิดความตระหนักในบทบาทการเป็นผู้ประเมินผล ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.3 ควรส่งเสริมให้มีการจัดประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่าง ๆ จากชุมชน เช่น เสียงตามสาย สื่อสิ่งพิมพ์ หรืองานเทศกาลต่างๆในชุมชน

5.4 ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข กับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ และขอสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรด้านอื่น ๆ เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.5 ควรมีการพัฒนาปรับปรุงงานทางด้านข้อมูลข่าวสารและการบันทึกรายงาน ให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ไม่มากจนเกินไป และควรสร้างเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเห็นประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารและรายงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเมือง และเขตชนบท เนื้อหา รูปแบบ ตลอดจนสภาพปัญหาของการมีส่วนร่วม
2. ควรมีการศึกษา รูปแบบ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับลักษณะพื้นที่
3. ควรมีการศึกษาถึงบทบาท และการมีส่วนร่วมในงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป
4. ควรวิจัยแบบเชิงทดลอง ที่มีการสร้างเสริมแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยฝึกทักษะด้านความคิด การค้นหาปัญหา และแนวทางการแก้ไขด้วยชุมชนเอง เพื่อชุมชนที่เข้มแข็งและลดอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก และโรคอื่น ๆ ได้

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. 2540. โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่. โรงพิมพ์การศาสนา, กรุงเทพฯ.

กรมควบคุมโรค. 2531. คู่มือปฏิบัติงานเรื่องโรคไข้เลือดออกและไข้สมองอักเสบ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____. 2533. การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการควบคุมแหล่งน้ำเพาะพันธุ์ยุงลาย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

จันทร์พร จิรเศรษฐพัฒนา. 2548. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. 2526. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. สักดิ์โสภากาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

จूरีย์ อุสาหะ และ บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน. กรมควบคุมโรคติดต่อ, กรุงเทพฯ.

ชลัช กลิ่นอุบล. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. เทพเนรมิตรการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ดวงผา วานิชรักษ์. 2545. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ทวารัตน์ ขันดี. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาตำบลท่าทราย ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. 2531. นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา ปัจจุบัน. ศักดิ์โสภากการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- นางเยาว์ หลีพันธ์. 2537. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำโครงการพัฒนาแหล่งน้ำขนาดเล็ก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชัย เกิดปัญญาวัฒน์. 2535. การศึกษาความเหมาะสมในการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญล้วน พันธุมจินดา. 2524. รายงานผลการศึกษาเรื่องการควบคุมยุงลายโดยความร่วมมือของประชาชน เพื่อนำไปสู่การควบคุมไข้เลือดออก. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา ศาสตร์การแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ประภาศรี พิทักษ์สินสุข. 2532. การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประสพสุข ดีอินทร์. 2531. การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัฒน์ บุญยรัตน์. 2527. การสร้างพลังชุมชนโดยขบวนการพัฒนาชุมชน. สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, กรุงเทพฯ.

- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. 2527. นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา
ปัจจุบัน ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. โรงพิมพ์ศักดิ์โสภารพิมพ์,
กรุงเทพฯ.
- พอชม จวีวัฒน์. 2543. การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการ “ประชาร่วมใจป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระชนมายุ
72 พรรษา” กรณีศึกษา : อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ไมตรี ธนาวัฒน์. 2547. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัด
สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รุ่งทิพย์ ผูกessler. 2546. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมชาย สุพันธุ์วิช. 2539. หลักการระบาดวิทยา. สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, กรุงเทพฯ.
- สมทรง รักเผ่า. 2540. กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.
สถาบันพระบรมราชชนก, กรุงเทพฯ.
- สุวิมล ตีรกานันท์. 2546. การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุนทร หาญศึก. 2551. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน
ชาวตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. โครงการวิจัย, ศรีสะเกษ.

- โสภณ หมวดทอง. 2533. การเฝ้าระวังมลพิษแหล่งน้ำของเกษตรกรในตำบลบางแม่นาง
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. 2545. โรคไข้เลือดออก ฉบับประจักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. 2550. คู่มือแนวทางการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก. สมุทรสงคราม. (เอกสารโรเนียว)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. 2551. รายงานประจำปี 2550. สมุทรสงคราม.
- สำราญ สิริภคมงคล. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษา
เปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- องค์การบริหารส่วนตำบลคลองโคน. 2551. รายงานประจำปี 2550. องค์การบริหารส่วนตำบล
คลองโคน(เอกสารผลงาน), สมุทรสงคราม.
- Becker, M.H. and L.A. Maiman. 1975. Sociobehavioral Determinants of Compliance with
Health and Medical Care Recommendations. **Medical Care** 13:12.
- Becker, M.H., L.A. Maiman, J. Kirsschht, D. Haefner and R. Drachman. 1977. "The Health
Model and compliance: A Field Experiment. **Journal of Health and Social
Behavior.** 11: 10 -24.
- Cobb, S. 1976. "Social Support as a Moderator of Life Stress". **Journal of Psychosomatic
Medicine** 38(10): 300-314.
- Cronbach, L.J. 1970. **Essential of Psychological Testing.** Education Psychology Harcourt
Brace and Co., New York.

- Green, L.W. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach**. Mayfield Publishing Company, Toronto. 506 p.
- Gottlieb, B.H. 1985. Social Network and social support: An overview or Research. Practice and Policy Implication. **Health Education Quarterly** 1 (2): 4-9.
- Halsted, S.B. 1981. “**Epidemiology and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Thailand**”. WHO. SEA EPIO.
- House, J.S. 1981. **Work Stress and social support**. Reading. M.A. Aololison, Wesley.
- Kahn, R.I. 1979. **Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Prospective**. Boulder Colo, West view Press.
- Lisk, F. 1985. **Popular Participation in Planning For Basic Needs.**: Black more Press, Great Britain.
- Payakapan. S. 1980. **People’s Participation in Slun Improvement: A Case Study of Wat Sroi Thong Slum in Bangkok**. Asian of Technology, Bangkok.
- Pender, J. 1982. **Health Promotion in Nursing Practice**. (2nd ed). Connecticut: Applenton & lange, New York.
- _____. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice**. (3nd ed). Stamford Connecticut, Applenton lange.
- Rosenstock, I.M. 1974. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. **Health Education Monographs** 2: 329-386.

Thoits, P.A. 1982. Methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23 (3): 145-149.

Turton, A. 1987. **Participation: Production, Power and Participation in Rural Thailand.** United Nations Research Institute for Social Development. (UNRISD), Switzerland.

United Nations. 1978. **Popular Participation in Decision Making for Development.** United Nation Publication, New York.

Yamane, T. 1973. **Statistics: Introductory Analysis.** Harper International Edition, Tokyo.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. นายแพทย์วีรชัย ปิตะวรรณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
2. ดร.สมพร เนติรัฐกร เจ้าหน้าที่วิเคราะห์แผนและนโยบาย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
3. นายกิตติพงษ์ ทองเหลือ สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงคราม
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงคราม

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก ในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระดับพฤติกรรม
การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัด
สมุทรสงคราม เพื่อต้องการทราบความรู้ และความคิดเห็นตามสภาพความเป็นจริง คำตอบที่ได้จาก
ส่วนอื่นที่นอกจากข้อความรู้ จึงเป็นคำตอบที่ไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกที่แท้จริง
ของท่าน คำตอบที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน แต่กลับจะเป็นประโยชน์กับ
ส่วนรวมและตัวท่าน เพราะผู้วิจัยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์ และหาแนวทางในการที่จะปรับปรุง
นโยบายเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งกำลังเป็นปัญหาอยู่ใน
ขณะนี้ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2	ข้อมูลด้านปัจจัยนำ	
	1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน 15 ข้อ
	2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	จำนวน 11 ข้อ
	3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	จำนวน 9 ข้อ
	4. การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก	จำนวน 10 ข้อ
	5. การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก	จำนวน 10 ข้อ
	6. ทักษะการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3	ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 4	ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5	ข้อมูลด้านระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน 16 ข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการตอบแบบสอบถาม

นายวีระพงษ์ มาณะภาค
(ผู้วิจัย)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ

- () ชาย () หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

3. ท่านจบการศึกษาสูงสุด

- () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมต้น () มัธยมปลาย
 () อนุปริญญา () ปริญญาตรีขึ้นไป
 () อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรสของท่าน

- () โสด () คู่ () หม้าย หย่า แยกกันอยู่

5. อาชีพของท่าน

- () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม
 () ประมง () ข้าราชการ
 () รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย
 () รับจ้าง () บริษัทเอกชน
 () อื่นๆ (ระบุ).....

6. รายได้ของครอบครัวท่าน เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัวท่าน.....คน

8. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่

- () ไม่เคย () เคย จำนวน.....คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน 3 ระดับ คือ ถูก ผิด

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ขอให้ท่านเลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความคิดเห็น เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดและขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
1.	ยุงทุกชนิดสามารถนำเชื้อโรคไข้เลือดออกได้			
2.	โรคไข้เลือดออกจะระบาดได้ตลอดทั้งปีเมื่อมียุงนำเชื้อโรคไข้เลือดออก			
3.	โรคไข้เลือดออกจะเกิดกับเด็กอายุ 5 – 14 ปีเท่านั้น			
4.	ยุงที่ออกหากินในเวลากลางคืนเป็นยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออก			
5.	ยุงที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกสามารถวางไข่ในแม่น้ำ ลำคลอง หรือป่าชายเลนที่น้ำทะเลท่วมถึงได้			
6.	ส่วนใหญ่จะพบลูกน้ำยุงที่เป็นพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกในคู่น้ำและโอ่งน้ำใส่น้ำดื่ม น้ำใช้			
7.	อาการสำคัญของโรคไข้เลือดออก คือ มีไข้ สูงเฉียบพลันหนาวสั่น ตัวเกร็ง			
8.	ภาวะช็อกส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีภาวะรู้สึกตัวดี พुरुรู้เรื่อง			
9.	การให้ยาฆ่าเชื้อเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาโรคไข้เลือดออก			
10.	ยาลดไข้ที่สามารถรับประทานได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก คือ พาราเซตามอล และ แอสไพริน			
11.	การกำจัดยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกจะต้องทำเป็นประจำทุก 7 วัน			
12.	การนอนในมุ้งหรือนอนในห้องที่มีมุ้งลวดไม่สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้			

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ/ ไม่แน่ใจ
13.	การปล่อยปลาในโอ่งน้ำสามารถกำจัดลูกน้ำยุงพาหะนำเชื้อโรค ไข่เลือดออกได้			
14.	การพ่นน้ำยาเคมีจะควบคุมกำจัดยุงพาหะนำเชื้อโรคไข่เลือดออก ในระยะยุงเต็มวัยเท่านั้น			
15.	ทรายกำจัดลูกน้ำหรือทรายที่มีฟอส หากใช้ในอัตราที่กำหนดจะไม่ มีอันตรายต่อผู้บริโภค			

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข่เลือดออก

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความ
คิดเห็น เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข่เลือดออกได้				
2.	ถ้ามีผู้ป่วยโรคไข่เลือดออกเกิดขึ้นเพียงคน เดียว อาจทำให้เกิดการระบาดของโรค ไข่เลือดออกในชุมชนได้				
3.	โรคไข่เลือดออกจะมีการระบาดเฉพาะใน ฤดูฝน				
4.	อาการไข้สูงเกิน 3 วัน มีโอกาสป่วยเป็นโรค ไข่เลือดออกได้				
5.	การสัมผัสเสมหะหรือน้ำมูกจากผู้ป่วยโรค ไข่เลือดออก ทำให้ป่วยเป็นโรคไข่เลือดออก ได้				

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6.	เด็กที่นอนในที่มืดทึบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีโอกาสถูกยุงกัดเท่ากับในที่อากาศถ่ายเทสะดวก				
7.	วัยผู้ใหญ่มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าวัยอื่นๆ				
8.	ผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมักจะถูกยุงกัดในเวลากลางวัน				
9.	ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก มีโอกาสเป็นซ้ำได้ถ้าถูกยุงมีเชื้อไข้เลือดออกกัด				
10.	ลูกน้ำที่อยู่ตามบ้านจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก				
11.	ภาชนะเก็บกักน้ำในบ้าน ถ้าไม่ปิดฝาุงพาหะนำเชื้อไข้เลือดออกจะไปวางไข่ได้โดยง่าย				

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความคิดเห็น เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	โรคไข้เลือดออกในปัจจุบันมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต				
2.	ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้ว ถ้าเป็นซ้ำอาการจะไม่รุนแรงมาก				
3.	เด็กอายุ 4 – 15 ปี เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมีอัตราการตายสูงกว่าวัยอื่น				
4.	ผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกบางคนจะมีอาการปวดท้อง				
5.	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกบางคน จะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน				
6.	การมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง เป็นอาการแสดงที่สำคัญของโรคไข้เลือดออกกว่าเข้าสู่ระยะที่รุนแรงแล้ว				
7.	ภาวะช็อคจะมีอาการกระสับกระส่าย คลำชีพจรไม่ได้ มือเท้าเย็น				
8.	การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว ทำให้เสียเวลาในการดูแลมาก				
9.	เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา				

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความคิดเห็น เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ในเวลากลางวันไม่จำเป็นต้องนอนในมุ้งหรือปิดประตูห้องที่มีมุ้งลวด เพราะมีมุ้งน้อยกว่าเวลากลางคืน				
2.	การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรักษาโรคไข้เลือดออก จะช่วยลดอันตรายของโรคได้				
3.	เมื่อเริ่มมีไข้ไม่ควรทานยาลดไข้เพราะจะปิดบังอาการที่แท้จริงของโรคไข้เลือดออกได้				
4.	เมื่อมีอาการไข้สูงเกิน 3 วัน ควรรีบปรึกษาแพทย์				
5.	การปิดฝาโอ่งน้ำทันทีหลังจากที่ใช้น้ำ เป็นการป้องกันการมาวางไข่ของยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกได้				
6.	การขัดล้าง ภาชนะในโอ่งน้ำใช้ ทุก 7 วันเป็นการป้องกันไม่ให้ลูกน้ำยุงเจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัย				
7.	การใส่ทรายเคมีกำจัดลูกน้ำตามปริมาณที่กำหนดในโอ่งน้ำกิน ก็เป็นอันตรายกับผู้ใช้ถึงชีวิตได้				
8.	การเข้าร่วมประชาคมกับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกไม่ใช่วิธีลดการเกิดโรคได้				
9.	เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในบ้านไม่ควรแจ้งให้ชุมชนทราบเพราะจะสร้างความตื่นตระหนกได้				
10.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมเดินรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกครั้งก็เพียงพอแล้วสำหรับการป้องกันโรคไข้เลือดออก				

2.5 การรับรู้อุปสรรคของการมีส่วนร่วมในป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความคิด
เห็น เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีอาการไอและน้ำมูกไหลร่วมด้วย				
2.	สมาชิกในครอบครัวไม่ได้สนใจเปลี่ยนถ่ายน้ำในภาชนะน้ำขังเช่น ในแจกัน จานรองกระถางต้นไม้ทุก 7 วัน				
3.	การทำงานนอกบ้านทุกวัน เป็นผลให้ลืมทำความสะอาดภาชนะใส่น้ำในบ้านเช่น โอ่ง ตุ่มน้ำ				
4.	ต้องขัดล้างภาชนะใส่น้ำใช้ก่อนใส่ทรายกำจัดลูกน้ำทุกครั้ง				
5.	การกำจัดลูกน้ำจำเป็นต้องทำทั้งในบ้านและนอกบ้าน				
6.	การป้องกันโรคไข้เลือดออกจะทำได้เลยหากไม่มีทรายเคมีกำจัดยุง				
7.	ชุมชนต้องร่วมมือกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะโรคไข้เลือดออก จึงจะได้ผล				
8.	การพ่นน้ำยาเคมีกำจัดยุงต้องให้สัมผัสตัวยุงจึงจะฆ่ายุงได้				
9.	การพ่นน้ำยาเคมีกำจัดยุงไม่จำเป็นต้องให้ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีและวิธีการใช้เครื่องพ่นเป็นผู้พ่น				
10.	การได้รับรู้ข่าวการป่วยของคนในชุมชนสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ทันทั่วทั้งที่				

2.6 ทักษะการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความคิด
เห็น เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่าง
ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น				
2.	การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นการ เสียเวลาในการประกอบอาชีพ				
3.	การที่ท่านทำความสะอาดภาชนะใส่น้ำทุก 7 วัน จะช่วยลดการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของ คนในครอบครัวได้				
4.	โรคไข้เลือดออกไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต				
5.	หากท่านเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้ว ท่าน จะไม่ป่วยอีก				
6.	การประชาสัมพันธ์เพื่อการแก้ไขปัญหาโรค ไข้เลือดออกควรทำสม่ำเสมอ				
7.	การกำจัดลูกน้ำยุง ธรรมดาได้ง่ายกว่าการกำจัด ยุงลายตัวแก่				
8.	การเปิดพัดลมไต่ยุงในเวลาตอนกลางวัน เพียงพอแล้วสำหรับการป้องกันยุงกัด				
9.	ถึงจะทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก็ไม่ช่วยให้โรค ไข้เลือดออกลดลงได้				
10.	การสนับสนุนจากส่วนราชการเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ที่ช่วยให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกสำเร็จ				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยอื่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่าง

1. บ้านท่านมีมุ้งลวดหรือมุ้งกางนอนหรือไม่

() มี	() ใช้ในสภาพดี
() ไม่มี	() ขาดและชำรุด

2. ในชุมชนของท่านมีผลิตภัณฑ์กำจัดยุงเช่น สเปรย์พ่นยุง ยาจุดกันยุง ขยายหรือไม่

() มี	() ได้ซื้อใช้
() ไม่มี	() ไม่ได้ซื้อใช้

3. ในชุมชนของท่านมีผลิตภัณฑ์ไล่ยุง เช่น ยาทากันยุง ขยายหรือไม่

() มี	() ได้ซื้อใช้
() ไม่มี	() ไม่ได้ซื้อใช้

4. ท่านได้รับทรายกำจัดลูกน้ำจากหน่วยงานราชการหรือไม่

() ได้รับ	() ใช้เป็นประจำ
() ไม่ได้รับ	() ไม่ได้ใช้

5. ในชุมชนของท่านมีที่รองรับขยะเพียงพอหรือไม่

() มีเพียงพอ	() ใช้เป็นประจำ
() ไม่มีเพียงพอ	() ไม่ได้ใช้

6. ภาชนะใส่น้ำในบ้านและนอกบ้านของท่านมีฝาปิดหรือไม่

() มีครบทุกภาชนะ	() ไม่ครบทุกภาชนะ
() ปิดฝาทันทีหลังเลิกใช้	() เปิดฝบบางครั้ง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

คำชี้แจง เลือกทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ

การให้คะแนน

ได้รับมาก หมายถึง ได้รับ 4 ครั้งขึ้นไป / เดือน

ได้รับค่อนข้างมาก หมายถึง ได้รับ 2 ครั้ง / เดือน

ได้รับค่อนข้างน้อย หมายถึง ได้รับ 1 ครั้ง / เดือน

ไม่ได้รับ หมายถึง รู้สึกว่าไม่เคยได้รับ

ข้อ	ข้อความ	ระดับการได้รับ			
		ได้รับ มาก	ได้รับ ค่อนข้าง มาก	ได้รับ ค่อนข้าง น้อย	ไม่ ได้ รับ
1.	คนในครอบครัวพูดถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่จะเกิดกับท่านและคนในบ้าน				
2.	ท่านหรือคนในครอบครัว แนะนำวิธีป้องกันไม่ให้ยุงกัด				
3.	ท่านหรือคนในครอบครัว แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อมีไข้สูง				
4.	ท่านหรือคนในครอบครัว ตักเตือนให้ปิดประตูมุ้งลวดหรือนอนในมุ้งทั้งกลางวันและกลางคืน				
5.	คนในครอบครัวท่านช่วยกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง				
6.	อสม.มาสำรวจภาชนะที่ขังน้ำ เช่น โอ่งน้ำ กระจับปี่ เพื่อประเมินความชุกชุมของลูกน้ำ				
7.	อสม. แนะนำวิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ต้องทำโดยพร้อมเพรียงกัน ทุกหลังคาเรือน				
8.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก				
9.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชักชวนให้ร่วมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งในบ้านและนอกบ้าน				

ข้อ	ข้อความ	ระดับการได้รับ			
		ได้รับ มาก	ได้รับ ค่อนข้าง มาก	ได้รับ ค่อนข้าง น้อย	ไม่ได้ รับ
10.	ท่านได้รับแจ้งข่าวสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
11.	ท่านได้รับข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกจากโทรทัศน์ วิทยุ หรือหอกระจายข่าว				
12.	ท่านได้รับข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกจากหนังสือพิมพ์หรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ				

ส่วนที่ 5 ข้อมูลระดับพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก

คำชี้แจง เลือกทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงข้อเดียว และขอให้ตอบให้ครบทุกข้อ
การให้คะแนน
ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ทำทุกครั้งหรือทุก 7 วัน
ปฏิบัติมาก ทำ 2 - 3 ครั้ง / เดือน
ปฏิบัติน้อย หมายถึง ทำอย่างน้อย 1 ครั้ง / เดือน
ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ทำกิจกรรมที่กล่าว

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1.	ท่านนอนในมุ้งหรือห้องที่มีมุ้งลวด ทั้งตอนกลางวันและกลางคืน				
2.	ท่านซื้อยาชุดมารับประทานเพื่อลดไข้				
3.	เมื่อท่านหรือคนในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยได้ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์				
4.	ท่านปิดภาชนะที่มีน้ำขังทันทีหลังการใช้น้ำ				

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติน้อย	ไม่ได้ปฏิบัติ
5.	ท่านเปลี่ยนน้ำในแจกัน ทุก 7 วัน				
6.	ท่านดักลูกน้ำทิ้งเมื่อพบในภาชนะที่ใส่น้ำ				
7.	ท่านขัดล้างภาชนะที่ใส่น้ำทุก 7 วัน				
8.	ท่านเลี้ยงปลาหางนกยูง หรือปลากินลูกน้ำในอ่างน้ำเพื่อกินลูกน้ำ				
9.	ท่านใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในภาชนะน้ำใช้				
10.	ท่านฉีดยากันยุงในบ้าน				
11.	ท่านเก็บหรือทำลายเศษภาชนะที่มีน้ำขังหรือไม่ใช้แล้ว เช่น กระจัง กระจ่างแตก ยางรถยนต์				
12.	ท่านทิ้งขยะในที่ที่จัดเตรียมไว้ของชุมชน เช่นถังขยะของ อบต.				
13.	ท่านพูดคุยกับคนในบ้านหรือเพื่อนบ้านเรื่องสถานการณ์โรคไข้เลือดออก				
14.	เมื่อมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคอื่นๆ ในบ้าน ท่านจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ				
15.	ท่านเข้าร่วมประชาคม หรือประชุมเรื่องโรคไข้เลือดออก				
16.	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ	นายวีระพงษ์ มาณะภาค
วัน เดือน ปีเกิด	23 ตุลาคม 2517
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนถาวรานุกูล จังหวัดสมุทรสงคราม - ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุข จังหวัดยะลา - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2550-2552)
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญาน
สถานที่ปฏิบัติงาน	สถานีอนามัยตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม