



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา	พลศึกษา
สาขา	ภาควิชา

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Relationship between Health Literacy and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors of Public Health Volunteers in Suanluang Subdistrict Municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province

นามผู้วิจัย นางอัญชลี จันทรินทรการ

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัณทรรัตน์ บุญช่วยชนาธิธิ, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา

(อาจารย์อวยพร ตั้งธงชัย, Ph.D.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญจนา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง
อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Relationship between Health Literacy and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and
Control Behaviors of Public Health Volunteers in Suanluang Subdistrict Municipality,
Krathum Baen District, Samut Sakhon Province

โดย

นางอัญชลี จันทรินทรการ

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อัญชลี จันทรินทราร 2557: ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาล
ตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร ปรินญาวิทยาสาตรมหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรณัฏฐ์ บุญช่วยชนาสิทธิ, Ph.D. 146 หน้า

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับ
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขต
เทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive
Research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาในกลุ่มประชากรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขต
เทศบาลตำบลสวนหลวง จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย
สถิติเชิงพรรณนา และค่าสถิติที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรคือ ค่าสถิติสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูงกับพฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.782$) โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
ส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ด้านป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับ
ปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี

Anchalee Chantarintrakorn 2014: Relationship between Health Literacy and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors of Public Health Volunteers in Suanluang Subdistrict Municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Assistant Professor Karuntharat Boonchuaythanasi, Ph.D. 146 pages.

This descriptive research was aim to study the relationship between health literacy and Dengue hemorrhagic fever prevention and control behaviors of public health volunteers in Suanluang subdistrict municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province. The population in this study are 240 public health volunteers in Suanluang subdistrict municipality. Questionnaire was used as a research instrument in the study. Data was analyzed by descriptive statistics and Pearson's product Moment Correlation Coefficient

The study results showed that health literacy had positive relationship with Dengue hemorrhagic fever prevention and control of public health volunteers at a .05 statistical significant level. Health literacy about Dengue hemorrhagic fever prevention and control of public health volunteers was in a moderate level. Dengue hemorrhagic fever prevention and control behaviors of public health volunteers was in a good level.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสีทธิ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องเกี่ยวกับงานวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ มีความถูกต้อง ครบถ้วนในเนื้อหา และมีคุณค่าทางวิชาการมากขึ้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ประธานการสอบ อาจารย์ ดร.อวยพร ตั้งธงชัย และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมพงษ์ นวรัตน์ คุณพิณญาดา อภัยฤทธิ และคุณสุวรรณ อติชัยมนตรี ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ ข้อเสนอแนะ พร้อมคำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำให้มีความถูกต้อง มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์ในภาควิชาพลศึกษาทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนและ มอบความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ขอบคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่าน ในเทศบาลตำบลสวนหลวง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่ให้การสนับสนุน ขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล และขอบคุณ เพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาสุศึกษาทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือ และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวที่ส่งเสริมและให้โอกาส ในการศึกษา คอยช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจตลอดมา และคุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ขอมอบแด่คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรม ให้อุปการะ และให้กำลังใจให้ผู้วิจัยมาตลอด และขอมอบ แด่คณะอาจารย์ทุกท่าน รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

อัญชลี จันทรินทรการ

เมษายน 2557

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการ	81
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	91
ผลการวิจัย	91
ข้อวิจารณ์	107
สรุปและข้อเสนอแนะ	116
สรุป	116
ข้อเสนอแนะ	117
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	120
ภาคผนวก	127
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	128
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	140
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์	142
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	146

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มเด็ก	17
2	การจำแนกระดับและการปฏิบัติสู่การเกิดพฤติกรรมของความฉลาดทางสุขภาพ	31
3	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	92
4	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านความรู้ความเข้าใจ	93
5	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการเข้าถึงข้อมูล	93
6	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการเข้าถึงข้อมูล	94
7	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านทักษะการสื่อสาร	95
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านทักษะการสื่อสาร รายข้อ	95
9	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการตัดสินใจ	97
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้านการตัดสินใจ รายข้อ	97
11	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของด้านการจัดการตนเอง	99

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการจัดการตนเอง รายข้อ	99
13	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	101
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการรู้เท่าทันสื่อ รายข้อ	101
15	จำนวนและร้อยละของระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	103
16	จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	104
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระดับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รายข้อ	104
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ ในภาพรวมกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	106
19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รายด้าน	106

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบการศึกษา Health literacy	16
2	แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ	29
3	วงจรชีวิตยุงลาย	37
4	การติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus infection)	38
5	พยาธิสภาพของ DHF	40
6	แสดงлимโฟไซต์ ที่พบในภาวะติดเชื้อไวรัส (atypical lymphocyte)	42
7	แสดงการเกิดการตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกัน (immune response) ต่อเชื้อไวรัสเดงกี	44
8	จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของตำบลสวนหลวงจําแนกตามปี	70
9	กรอบแนวคิดในการวิจัย	80

**ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง
อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร**

**Relationship between Health Literacy and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention
and Control Behaviors of Public Health Volunteers in Suanluang Subdistrict
Municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province**

คำนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever - DHF) ทั่วโลก มีจำนวนประมาณ 50 ล้านคน/ปี โดยสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า มีการระบาดไปทุกทวีป แม้แต่ประเทศสิงคโปร์ ซึ่งในอดีตเคยควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ แต่ยังพบว่าการระบาดเกิดขึ้น โดยสาเหตุการระบาดไปทั่วโลกเกิดขึ้นจากสาเหตุหลายปัจจัย อาทิ การเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทมาเป็นสังคมเมืองทั่วโลก ซึ่งไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า การเพิ่มของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็ว เกิดชุมชนเมืองใหญ่ซึ่งมีสภาพเป็นชุมชนแออัด ขาดสุขอนามัยที่ดี ทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพิ่มขึ้น และขาดการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่มีประสิทธิภาพ (ธีระพงษ์ และอุษา, 2556) องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้เตือนว่าประชากรโลกร้อยละ 40 เสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้เลือดออก โดยผู้ป่วยราว 38 ล้านคน หรือร้อยละ 75 ของผู้ป่วยทั้งหมด อยู่ในประเทศแถบอาเซียน เนื่องจากเป็นสภาพพื้นที่ในแถบร้อนชื้น เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของลูกน้ำยุงลาย โดยในขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะโลกร้อน เป็นผลทำให้ยุงลายแพร่พันธุ์ได้มากขึ้น และมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ในโลก เช่น ในประเทศเซเชลล์ เริ่มมีรายงานของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเที่ยวในแถบที่มีโรคชุกชุมโดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศในแถบมหาสมุทรแปซิฟิก (Jelinek, 2000)

สำหรับโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever - DHF) เป็นโรคติดเชื้อที่เริ่มระบาดในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2501 ในกรุงเทพมหานคร และระบาดเพิ่มมากขึ้นทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน (กฤตย์ดิวัฒน์ และคณะ, 2554) สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 27 สิงหาคม 2556 มีผู้ป่วย 109,468 ราย

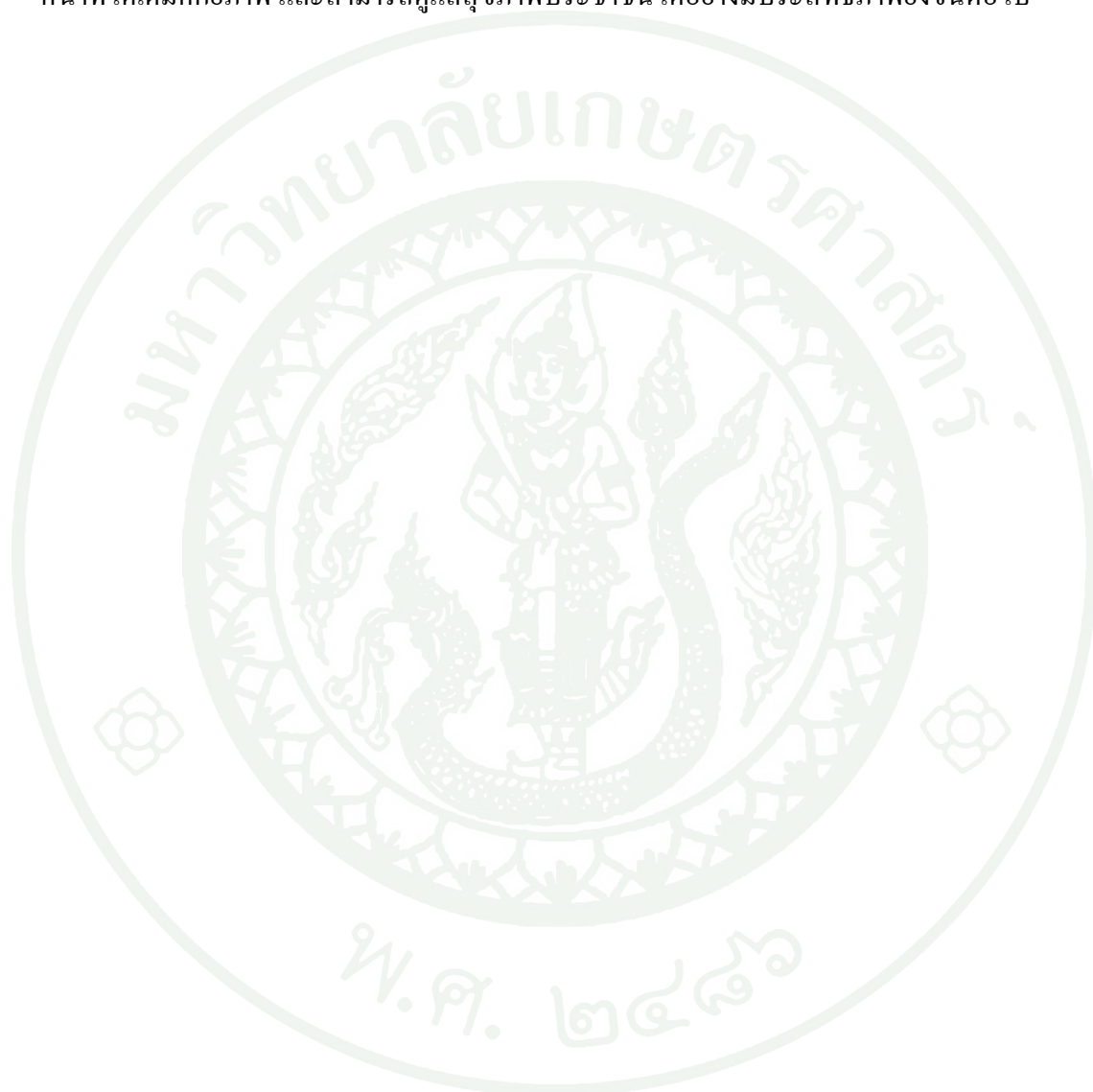
เสียชีวิต 102 ราย ซึ่งมากกว่าปีที่ผ่านมาถึง 3 เท่า ในช่วงเวลาเดียวกันของปี 2555 ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 36,587 ราย เสียชีวิต 37 ราย (กรมควบคุมโรค, 2556) ส่วนในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร สถานการณ์โรคไข้เลือดออกอยู่ในอันดับที่ 18 ของประเทศ โดยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 25 มิถุนายน 2556 พบผู้ป่วยแล้วจำนวน 390 คน เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง จำนวน 282 คน อำเภอกระทุ่มแบน 62 คน และอำเภอบ้านแพ้ว จำนวน 46 ราย สำหรับพื้นที่ตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน พบผู้ป่วยจำนวน 14 คน สูงเป็นอันดับสองรองจากตำบลอ้อมน้อย ที่พบผู้ป่วยจำนวน 18 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน, 2556) ปัญหาโรคไข้เลือดออก จึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ตำบลสวนหลวง จึงต้องมีการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไว้เป็นภารกิจที่สำคัญของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (เทศบาลตำบลสวนหลวง, 2556) ที่ต้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 (รวมที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับที่ 12 พ.ศ. 2546) มาตรา 50 (4) ป้องกันและระงับโรคติดต่อ โดยการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลสวนหลวง ใช้กลไกของระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรค และเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการแจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี จัดบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี และเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการร่วมดูแลสุขภาพอนามัยประชาชน ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี มีความเข้าใจ ใช้ความรู้ ประเมิน และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศโรคไข้เลือดออก เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และคนในชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกได้ คุณลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับความหมายของคำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” ซึ่ง กองสุศึกษาได้ให้คำนิยามไว้ว่าเป็น ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพ ส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2554)

ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน กล่าวคือ เป็นตัวช่วยใหม่ของสาธารณสุข ที่องค์การอนามัยโลกหันมาณรงค์เรื่องความฉลาดทางสุขภาพ ด้วยสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ ประการแรก ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์การระบาดของโรคภัยต่างๆ ทวีจำนวนขึ้นเร็ว รุนแรง และการระบาดเป็นไปอย่างกว้างขวาง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ซึ่งประชาชนจำเป็นต้องรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจในสิ่งที่ได้ยิน และได้อ่าน ประการที่สองหลายประเทศยังมีช่องว่างระหว่างความรู้กับความไม่รู้ของประชากรในประเทศที่ทำให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน และประการสุดท้าย เรื่องบริการ

สุขภาพ สวัสดิการสังคม เป็นเรื่องจำเป็นที่ประชาชนทุกคนต้องเรียนรู้เพื่อให้สามารถใช้สิทธิของตนได้อย่างเหมาะสม (ทัศนีย์, 2536) และจากการศึกษาของ Dewalt and Hink (2009) พบว่า เด็กที่ผู้ปกครองมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะมีการเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของเด็กสูงขึ้น 4.6 เท่า และจำนวนวันที่เด็กขาดเรียนเพิ่มขึ้น 2.8 เท่า และผู้ปกครองที่มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับต่ำกว่า จะทำให้เด็กมีอาการของโรคหอบหืดและความรุนแรงของโรคสูงกว่า และต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการสูงกว่า ซึ่งหมายความว่า ปัญหาเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสาธารณสุขน้อย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยน้อย อาการและความรุนแรงของโรคสูงขึ้น เข้าโรงพยาบาลบ่อย และนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาลตามมา ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009)

ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข รับผิดชอบและควบคุมงานในฝ่ายบริการสาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสวนหลวง มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ใช้กลไกของระบบสุขภาพภาคประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้กับประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ดังเช่น โรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นบพาทหน้าทีหลักของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบ เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมและป้องกันโรคต่าง ๆ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กองสุศึกษา, 2554) สำหรับประเด็นความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ตำบลสวนหลวง พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับ 1 และอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบนต่อเนื่องในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2551 พบผู้ป่วยจำนวน 40 ราย สูงเป็นอันดับ 1 ของอำเภอกระทุ่มแบน และปี 2552-2556 พบผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบน คือ จำนวน 36 ราย, 85 ราย, 69 ราย, 13 ราย และ 14 ราย ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่ออธิบายถึงความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยได้นำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูล

ทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก และความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับ จะสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ และสามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. ความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง
2. พฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทราบถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง ผลของการวิจัยจะได้ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อหารูปแบบจัดโปรแกรมสุขภาพในการพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
2. ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

3. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง ผลของการวิจัยจะเป็นข้อมูลและแนวทางจัดโปรแกรมสุขภาพเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในด้านอื่น ๆ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกัน ควบคุมและการแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย เนื่องจากเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันของพื้นที่ตำบลสวนหลวง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา (Contents) การศึกษาวิจัยในเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง ซึ่งศึกษาตามแนวความคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam ประกอบด้วย

- 1.1 ความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.2 การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.3 ทักษะการสื่อสาร ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
- 1.4 ทักษะการตัดสินใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก
- 1.6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ขอบเขตด้านประชากร (Population) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 240 คน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

3. ขอบเขตด้านเวลา (Time) คือ ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือน มิถุนายน 2556 – เมษายน 2557

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam ประกอบด้วย

- 1.1 ความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.2 การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.3 ทักษะการสื่อสาร ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.4 ทักษะการตัดสินใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก
- 1.6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน การปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ ชีวเนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดีได้ โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

1.1 ความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลและสารสนเทศ จากสิ่งที่ส่งสมจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ ทักษะ เพื่อนำมาควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

1.2 การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความสามารถในการได้รับข้อมูล เข้าถึงข้อมูลในเรื่องการวิธีการหรือมาตรการที่นำมาใช้ เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรค จากสื่อแหล่งต่างๆ ได้แก่ นุคกลางรสาธารณสุข หอกระจายข่าว โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ประชาสัมพันธ์

1.3 ทักษะการสื่อสาร ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความสามารถในการกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มหรือในชุมชน ด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน หรือการใช้สื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้รับสารเกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1.4 ทักษะการตัดสินใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความสามารถในการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง จากหลายๆ ทางเลือกที่ได้พิจารณา หรือประเมินอย่างดีแล้วว่า เป็นทางที่สามารถควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับตนเอง และชุมชน กำหนดทางเลือก หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออก

1.5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก หมายถึง การใช้ข้อมูลเป็นเครื่องมือในการกำหนดเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับตนเอง และประชาชนในชุมชน

1.6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การมีทักษะในการเข้าถึง การวิเคราะห์ และการประเมินความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของเนื้อหาสารที่นำเสนอ

2. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง วิธีการหรือมาตรการที่นำมาใช้เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรค และลดอัตราการเกิด และอัตราการตายจากโรคไข้เลือดออก ด้วยมาตรการแทรกแซงต่างๆ เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์ของโรค ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม รวมทั้งหยุดยั้งกระบวนการที่จะตามมาจากการเกิดโรคไข้เลือดออก

3. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง กลุ่มบุคคลในชุมชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสาธารณสุข มาตรฐาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งปฏิบัติงานในลักษณะอาสาสมัคร โดยได้รับการคัดเลือกจากหลายวิธีในแต่ละชุมชน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขมาตรฐานชุมชน และเพื่อเป็นผู้นำในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย และให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในชุมชน ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอ กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 240 คน

4. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การดำเนินการตามหลัก 5 ป 1 ข ได้แก่ การปิดฝาโอ่งหรือภาชนะขังน้ำให้มิดชิด เปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน เช่น น้ำในแจกัน โอ่งน้ำ จานรองขาตู้กับข้าว การปล่อยปลากินลูกน้ำในภาชนะต่างๆ เช่น ปลาหางนกยูง การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและนอกบ้าน การลงมือปฏิบัติจนเป็นนิสัย รวมถึงการขัดล้างไข่ยุงลายที่อาจติดอยู่กับภาชนะต่างๆ ที่ใช้ใส่น้ำ

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพื่อเป็นกรอบในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ
2. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
3. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
4. ข้อมูลของเทศบาลตำบลสวนหลวง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ

ความเป็นมา

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นคำศัพท์ที่นำเสนอใหม่ต่อสังคมไทย ประกอบจากคำว่า ความฉลาด (Literacy) หมายถึง การรู้หนังสือ หรือความสามารถในการอ่าน เขียน พูด ภาษาหลักการคำนวณ และคิดแก้ปัญหาการทำงานหรือการดำรงชีวิตในสังคมเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตัวเองและพัฒนาดตนเองได้ และคำว่า สุขภาวะ หรือสุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะ

ของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

โดยสังเขปได้อธิบายถึง “ความฉลาด” มีมากมายหลายประการ อาทิ การอ่านหนังสือ ความสามารถในการจำ ความคิด ความรู้ ทักษะชีวิต การใช้ชีวิต การประสบความสำเร็จ ฯลฯ ปัจจัยพื้นฐานสำคัญของความฉลาด คือ การอ่านหนังสือได้หรือการรู้หนังสือ ประเทศต่างๆ ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการอ่านหนังสือหรือการรู้หนังสือ ส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือและใช้อัตรา การรู้หนังสือ (literacy rate) ของประชาชนเป็นดัชนี สะท้อนถึงคุณภาพและ ศักยภาพในการพัฒนาประเทศชาติที่สำคัญประการหนึ่ง ยกตัวอย่างเช่น องค์การสุขภาพของแคนาดาได้ใช้เรื่องการรู้หนังสือ (literacy) เป็นตัวทำนายการมีงานทำ การเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชน และสภาวะสุขภาพของประชาชน อันเป็นความสำเร็จของการพัฒนาชาติ ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความสำคัญของการรู้หนังสือเป็นวาระระดับชาติที่รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายประชาชน สุขภาพดี (Healthy People 2010 และ 2020) ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ มีการประเมินระดับชาติเรื่องการรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดย NAAL (2006) พบว่า คนอเมริกันจำนวนมาก มีปัญหาในการรับรู้ การทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้าน สุขภาพ ทำให้คนกลุ่มนี้ถูกจับตามองว่าเป็นคนที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ (limited health literacy) หรือมีสภาวะที่ยังไม่ฉลาดพอ ตัวอย่างเช่น การอ่านฉลากยาไม่ออก การอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตามแพทย์สั่งไม่ถูกต้อง ฯลฯ สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) มีที่มาจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ.2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ได้ระบุถึงความสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy ในการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคล และการกระทำหรือการปฏิบัติตัวโดยรวม ที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งเน้นใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ 2) การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 3) การเพิ่มการไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการธำรงรักษาสุขภาพ 4) การพัฒนาการวัด/ประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้ง การรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยองค์กรอนามัยโลกได้รณรงค์และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกมุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพเพื่อสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการ

ข้าราชการสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน เนื่องจากการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพส่งผลกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงประกาศเชิญชวนประเทศสมาชิก ให้มุ่งเน้นความสำคัญในการพัฒนาองค์ประกอบฐานรากของความฉลาดทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลและการปฏิบัติที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ที่เกี่ยวข้องด้วย (WHO, 2009)

นิยาม และคุณลักษณะหรือองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ ทำให้สามารถรับรู้ เรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร คิด และเลือกหนทางที่จะปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ใน พื้นที่ต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ความฉลาดทางสุขภาพ จึงเป็นหนทางสำคัญ และนับได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานไปสู่การมีสุขภาพดี ครอบคลุมทั้ง 4 มิติตามธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กำหนดความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “ภาวะของมนุษย์ ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” โดยนายแพทย์ ประเวศ วะสี ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ 4 ด้าน คือ กาย จิต สังคม ปัญญา เชื่อมโยงกันแบบบูรณาการ ประกอบด้วย (1) กาย ได้แก่ ความแข็งแรง ปลอดภัย พิษปลอดภัย มีปัจจัยสี่ (2) จิต ได้แก่ ความดี ความงาม ความสงบ ความมีสติ (3) สังคม ได้แก่ สังคม สัมพันธ์ สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม และ สังคมสันติ และ (4) ปัญญา ได้แก่ รู้รอบ รู้เท่าทัน ทำเป็น อยู่ร่วมกันเป็น บรรลุอิสรภาพ (กองสุขศึกษา, 2554)

คำนิยามที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยาม “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทาง การ รับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี อยู่เสมอ” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540)

2. Nutbeam (2000, 2008) ได้ให้คำนิยาม ความฉลาดทางสุขภาพไว้ดังนี้ (1) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ปี ค.ศ. 2000) (2) “สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (ปี ค.ศ. 2008) และ (3) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (ปี ค.ศ. 2009)

3. Zarcadoolas *et al.* (2005) ได้ให้คำนิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคล ในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็น แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

4. Ishikawa *et al.* (2008) ได้ให้คำนิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

จากการทบทวนนิยามและความหมายของ Health literacy พบว่า ยังมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่างๆ คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุด เป็นนิยามของ Nutbeam ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคล ส่วนนิยามอื่นๆ มีความแตกต่างออกไป เช่น การอ่านข้อความ การคำนวณตัวเลข ความจำ ความรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจหลังจาก ใช้ข้อมูล และความเท่าเทียมด้านสุขภาพ เป็นต้น

การใช้คำเรียก “Health literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทย มีหลายคำ ดังนี้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2540) แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยาม

2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน ด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสารสร้างสุขภาพของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

3. ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้ ศาสตราจารย์สุมน อมรวิวัฒน์ ให้แนวคิดว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด” เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนรู้เพื่อรู้ (learning to learn) หรือการฝึกฝน ให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (learning to do) หรือการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (learning to live together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของ มวลมนุษย์ และการเรียนรู้เพื่อชีวิต (learning to be) หรือการมีสติปัญญา ไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกรู้คิดและจินตนาการที่จำเป็น ประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบและอย่างเป็นธรรม ซึ่งองค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ให้ความสำคัญ กับวิธีเรียนรู้ 4 แบบนี้ว่า “เสาหลักของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้” (กองสุขศึกษา, 2554)

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการให้คำนิยาม และการกำหนดคำในภาษาไทยที่เหมาะสม ได้พิจารณาจากคำที่มีปรากฏแล้ว และคำที่น่าจะเหมาะสมตามความหมาย การสื่อความ และการสร้างความเข้าใจ รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับคำเรียกที่มีการกำหนดไว้แล้วในบริบทต่าง ๆ อาทิ คำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (ในงานพัฒนาสุขภาวะทางด้าน จิตใจ ของกรมสุขภาพจิต) ความไม่ฉลาด หรือ โง่ (ซึ่งสื่อแบบตรงไปตรงมา และเข้าใจง่าย) จึงได้มีการกำหนดคำเรียกภาษาไทยว่า “ความฉลาดทาง สุขภาพ” และกำหนดคำนิยามไว้ว่า หมายถึง “ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี”

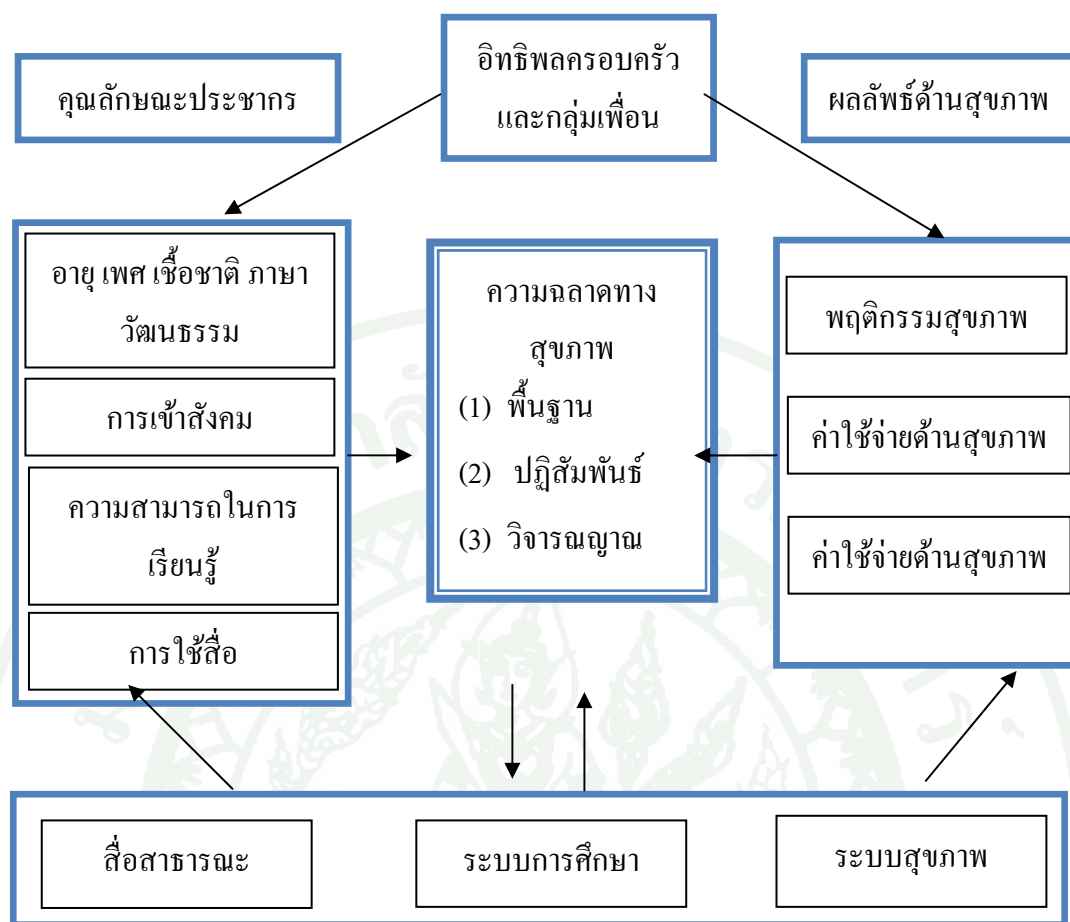
ความฉลาดทางสุขภาพกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรอง โรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (กองสุขศึกษา, 2554)

บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล ข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนัก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (Dewalt and Hink, 2009)

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (WHO, 2009)

คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น จากกรอบการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของ Manganello (2008) พบว่าปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม จะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าถึงสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพล ของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ ได้จำแนกความฉลาดทางสุขภาพ เป็น 4 ระดับ คือ ระดับขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ระดับวิจรณ์ญาณ (critical health literacy) และได้เพิ่ม media literacy หรือการรู้เท่าทันสื่อไว้ในลำดับสุดท้ายของระดับการพัฒนา ความฉลาดทางสุขภาพ โดยนิยามความหมายของ “การรู้เท่าทันสื่อ” ไว้ว่า “สถานะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของ เนื้อหา ประเมินคุณค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่างๆ” ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบการศึกษา Health literacy

ที่มา: Manganello (2008)

มุมมองเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ซึ่ง Manganello (2008) ถือว่าเป็นระดับสุดท้ายของความฉลาดทางสุขภาพนั้น ยังไม่ค่อยได้รับการตอบรับเท่าที่ควร นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องสื่อก็มีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อขึ้น อาทิ การวิเคราะห์และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ การจัดทำหลักสูตรสอนการรู้เท่าทันสื่อ ฯลฯ

Rootman (2002) ได้กล่าวถึงความฉลาดทางสุขภาพ เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงาน สุขศึกษา หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Nutbeam (2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษา (health education) และ กิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ

กองสุศึกษา (2554) ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ พบการสังเคราะห์งานวิจัยของ นฤมล และเดช (2554) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลกับพฤติกรรมสุขภาพหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กเป็นหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มเด็ก

ผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ข้อค้นพบ
Davis et al. (1996)	ผู้ปกครอง เด็ก	REALM	ความเข้าใจเกี่ยวกับ แผ่นพับ ประชาสัมพันธ์ วัคซีนโรคโปลิโอ	เด็กที่มีความฉลาดทางสุขภาพ ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเข้าใจแผ่นพับ ประชาสัมพันธ์โรคโปลิโอ น้อยกว่าคนที่มีความฉลาดทาง สุขภาพระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$)
Hawthorne (1997)	เด็กนักเรียน อายุ 11-12 ปี ที่เรียนอยู่ใน โรงเรียน ประถมศึกษา ปีที่ 6 ใน เมลเบิร์น จำนวน 3,019 คน	ไม่ระบุ	การสูบบุหรี่ของ วัยรุ่น การดื่ม แอลกอฮอล์ใน วัยรุ่น	ปัจจัยที่สามารถทำนายการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนหญิงได้แก่ การมีเพื่อนสูบบุหรี่ ($OR=6.7$) การรู้หนังสือในระดับต่ำ ($OR=4.4$) และการดื่มแอลกอฮอล์ ($OR=3.9$) สำหรับเด็กผู้ชาย ปัจจัยที่สามารถทำนายการสูบบุหรี่ได้แก่ การมีเพื่อนสูบบุหรี่ ($OR=8.6$) การรู้หนังสือในระดับต่ำ ($OR=4.2$) และการดื่ม แอลกอฮอล์ ($OR=3.1$) อย่างไรก็ตามระดับการรู้หนังสือต่ำ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ข้อค้นพบ
				ไม่สามารถทำนายการดื่มแอลกอฮอล์ได้ในกลุ่มเด็กผู้หญิง แต่สามารถทำนายได้ในกลุ่มผู้ชาย (OR=2.6)
Conwell et al. (2003)	วัยรุ่นอายุ 14 ปี และแม่ จำนวน 5,247 ครอบครัว	WRAT	การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น	การสูบบุหรี่ของเด็กอายุ 14 ปี มีความสัมพันธ์กับสภาพปัญหาภายในและภายนอก การหยุดเรียนการดื่มเหล้าและการใช้ยา การมีระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพที่สูงขึ้นในกลุ่มเด็กผู้ชายจะลดปริมาณการสูบบุหรี่
Campbell et al. (2004)	ผู้ปกครอง เด็ก	REALM	ความรู้เกี่ยวกับเอกสารความยินยอมสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์	ความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ (LL) เป็นปัจจัยทำนายที่ดีกับความเข้าใจเกี่ยวกับเอกสารความยินยอมในการทำวิจัย ($p<0.001$)
Sleath et al. (2006)	มารดาจรจัด 164 คนจากบ้านอนาถาใน North Carolina	REALM	ปัญหาในการให้ยา แก่ลูกของตนเอง	มารดาจรจัดที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำมีการรายงานว่ามีปัญหาในการให้ยา แก่ลูกตนเองมากกว่า ($p=0.14$)
DeWalt et al. (2007)	เด็กอายุ ระหว่าง 3-12 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหอบหืด และ	REALM	การเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่เด็ก	เด็กที่มีผู้ปกครองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีการเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า (0.97-2.0) การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของเด็กสูงขึ้น

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ข้อค้นพบ
	ผู้ปกครองที่ใช้ศึกษาคือ 150 ครอบครัว		ขาดเรียน	4.6 เท่า (1.8-12) และจำนวนวันที่เด็กขาดเรียนเพิ่มขึ้น 2.8 เท่า (2.3-3.4) และผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับต่ำกว่าจะทำให้เด็กมีอาการของโรคหอบหืดและความรุนแรงของโรคสูงกว่า และต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการสูงกว่า
Rosenthal et al. (2007)	ผู้ดูแลเด็กอายุ 1-4 ปี จำนวน 157 คน	REALM	คุณภาพในการดูแลเด็ก	ร้อยละ 34 ของผู้ดูแลเด็กมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ และความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับคุณภาพในการดูแลเด็กในระดับต่ำกว่า ($p=0.3$) มีความสามารถในการช่วยเหลือการสร้างความมั่นใจต่ำกว่า ($p=0.1$)
Sanders et al. (2007)	ผู้ดูแลเด็กอายุ 12 เดือน – 12 ปี แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลในเมือง 290 คน	STOFHLA	การใช้บริการสุขภาพและต้นทุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ	ร้อยละ 22 ของผู้ดูแลเด็กมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ดูแลกับการใช้บริการสุขภาพและต้นทุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของเด็ก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ข้อค้นพบ
Yin et al. (2007)	ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กจำนวน 292 ครอบครัว	TOFHLA	การใช้เครื่องมือดวงยาที่ไม่ได้มาตรฐาน	ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีการใช้เครื่องมือดวงยาที่ไม่ได้มาตรฐานสูงกว่าผู้ดูแลสุขภาพในระดับต่ำมีการใช้เครื่องมือดวงยาที่ไม่ได้มาตรฐานสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กปกติ (ร้อยละ 19.2 และ 34.7, $p=0.01$)
Gong et al. (2007)	เด็กและผู้ปกครองจำนวน 102 ครอบครัว	TOFHLid	สุขภาพฟันของเด็ก	ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพฟันของเด็ก
Sharif and Blank (2007)	เด็กอายุ 6 – 19 ปี และผู้ปกครองในรัฐ New York จำนวน 171 ครอบครัว	S-TOFHLA	ดัชนีมวลกาย	ความฉลาดทางสุขภาพของเด็กมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.37$) และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหาร ($r=0.4$)
Chang (2010)	วัยรุ่นอายุ 16 – 18 ปี ใน 6 จังหวัดของไต้หวัน จำนวน 1,601 คน	cS-TOFHLA	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของตนเอง	วัยรุ่นที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำมีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่ำกว่าวัยรุ่นที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพปกติ (AOR:0.59,0.58) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ข้อค้นพบ
Murphy et al. (2010)	วัยรุ่นอายุ 16-24 ปี ที่ติดเชื้อ HIV ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 186 คน	TOFHLA S-TOFHLA	- การกินยาอย่างต่อเนื่อง - จำนวนไวรัส - ความเชื่อ - ประสิทธิภาพในตนเองด้านการกินยา - การนัดพบแพทย์ - จำนวนครั้งในการเข้าห้องฉุกเฉิน - จำนวนวันที่ต้องพักโรงพยาบาล - การได้รับการรักษา	- ระดับความฉลาดทางสุขภาพ - ไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างต่อเนื่อง จำนวนไวรัส - ความเชื่อ ประสิทธิภาพในตนเองด้านการกินยา การนัดพบแพทย์ จำนวนครั้งในการเข้าห้องฉุกเฉิน จำนวนวันที่ต้องพักโรงพยาบาล แต่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการรักษา

ที่มา: กองสุศึกษา (2556)

จากตาราง สามารถสรุปได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน โดยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจได้ในสิ่งที่ได้ยิน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า การเจ็บป่วย อาการและความรุนแรงของโรคลดลง

กองสุศึกษา (2554) ได้กล่าวว่า บุคคลจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพอันเป็นทักษะ กระบวนการทางสังคมและปัญญาเพื่อนำไปสู่ความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนนั้นได้มีการกำหนดความหมายเพื่อความเข้าใจตรงกัน ดังนี้

1. การเข้าถึง (Access) หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบเชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผล

ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ

2. การเข้าใจ (Understanding) หมายถึง การตีความ แปลความ อ้างอิง จำแนกประเภทและลักษณะสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องกับกฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อประมวลความรู้ ความคิดรวบยอดจากข้อมูลและสารสนเทศนั้น

3. การประเมิน (Assessment) หมายถึง การตรวจสอบ อ้างอิง ทำนาย วิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงตัดสินข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วยหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อเลือกและสรุปเป็นหลักการและแนวปฏิบัติที่เหมาะสม

4. การใช้ความรู้ (Utilization) หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์ โดยคิดพิจารณาตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ และหน้าที่ตามกฎหมาย ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต

5. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวน ตอรอง และรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ หน้าที่ กฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อกระตุ้น ชักนำความคิดและวิธีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม

เครื่องมือและการวัดความฉลาดทางสุขภาพ

กองสุศึกษา (2554) ได้กล่าวถึงการวัดความฉลาดทางสุขภาพ ว่าเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรกๆ ขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสาร และการ สุขศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมาย ส่งผลให้การรักษายาบาลไม่ได้ผลอย่างทีควร ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ขึ้น

เครื่องมือที่ใช้การวัดความฉลาดทางสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วจากต่างประเทศและในประเทศที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) ได้แก่

1.1 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM (เรียกชื่อสั้นๆ ว่า เรลล์ม)

1.2 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM (เรียกชื่อสั้นๆ ว่า เอส-เรลล์ม)

1.3 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): health information comprehension and numeracy (เรียกชื่อสั้น ๆ ว่า โท-ฟล่า)

1.4 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Short-Test of Functional Health Literacy in Adult (S-TOFHLA) (เรียกชื่อสั้นๆ ว่า เอส-โท-ฟล่า)

1.5 แบบทดสอบความจำคำศัพท์สำคัญ หรือ Wide Range Achievement Test (WRAT): Word Recognition (เรียกชื่อสั้นๆ ว่า แวร์ริท)

1.6 แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพพื้นฐาน การสื่อสาร และวิจารณ์ญาณ หรือ Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL)

1.7 แบบประเมินระดับชาติเรื่องความรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL)

1.8 แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-Health Literacy Scales (eHEALS)

1.9 แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ภาษาสเปน ในการพูดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ The Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adult (SAHLSA)

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือที่มีรายงานว่าใช้ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพอีก ได้แก่ Set of Brief Screening Questions (SBSQ), Health Activities Literacy Scale (HALS), Rapid Estimate of Adults Literacy in Dentistry-30 (REALD-30), Literacy Assessment for Diabetes (LAD), Stieglitz Informal Reading Assessment for Diabetes (SIRAD), Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer text (SIRACT), Medical Achievement Reading test (MART)

2. เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Child & Teenage) ได้แก่

2.1 แบบทดสอบการจำคำศัพท์ทางการแพทย์ในกลุ่มวัยรุ่น หรือ REALM-Teen: medical word recognition test for adolescents and teens. ประยุกต์จากแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ อย่างเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM)

2.2 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชน หรือ TOFHLA for teens: health information comprehension and numeracy for teens ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพ ระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA)

2.3 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชน แบบสั้น หรือ STOFHLA: The Short Test of Functional Health Literacy ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านระดับพื้นฐาน ในกลุ่มผู้ใหญ่ และพัฒนาให้เป็นแบบสั้น

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้น และนำเสนอในรายงานการวิจัยต่างๆ ยังมีการนำออกมาเผยแพร่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณลักษณะด้านความจำ การคำนวณตัวเลข การประเมินการรับสื่อ และเริ่มมี

การใช้การจำแนกระดับของ Nutbeam (2000) มาพัฒนาเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือและการวัดความฉลาดทางสุขภาพมีการพัฒนาไปตามการให้คำนิยามและความหมาย รวมทั้งการกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนสามารถ สะท้อนถึงความฉลาดทางสุขภาพและมีความเฉพาะเจาะจงมากพอที่สามารถวัดได้ ดังนั้น จึงยังคงต้องมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่ และกลุ่มวัยต่างๆ ต่อไปในอนาคต

แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาด มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และการเรียนรู้เรื่องความฉลาดทางสุขภาพโดยศึกษาพัฒนาการ คำนิยาม และความหมาย ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพชัดเจนขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยคุณลักษณะ เหล่านี้ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (intervention) และสร้างแนวทางพัฒนาในด้านต่างๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนา “ความฉลาด” ให้เกิดขึ้น ซึ่งอาจจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่ บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือ ไม่ได้หรือพูดไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติ รวมทั้งมีปัญหาในการใช้ภาษาหลักและภาษาท้องถิ่นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เช่น คนที่เรียนหนังสือน้อย คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติ คนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2. กลุ่มประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (low-literacy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ข้อจำกัดและอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้มีน้อย แต่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการ เรียนรู้ทำให้การดูแลเรื่องสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย คนที่ไม่ชอบถาม คนขี้อาย คนพูดเสียงเบา คนที่บอกอะไรไม่ค่อยได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก คนที่ไม่ช่างสังเกต กรอกรข้อมูลในแบบฟอร์ม ตกหล่นไม่ครบถ้วน เป็นต้น

3. กลุ่มประชาชนทั่วไป (general populations)

ประชาชนกลุ่มนี้เป็นประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความสามารถ และสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาทิ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด ระวังอารมณ์รุนแรงไม่ได้ เมมาแล้วขับซึรดกินอาหารตามใจปาก เที่ยวหญิงขายบริการ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรค ฯลฯ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups)

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นทั้งผู้พิทักษ์ด้านสุขภาพของประชาชน ทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ บุคคลกลุ่มนี้ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน ครูสุขศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขด้านต่างๆ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ อาทิ ทำให้ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะอ่านคำแนะนำที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจ คำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย ฯลฯ

เมื่อกล่าวถึงคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (1999) ซึ่งว่าควรประกอบด้วย ทักษะสำคัญ 6 ประการคือ (1) ทักษะด้าน ตัวเลข หรือ quantitative (2) ทักษะด้านเหตุและผลที่พิสูจน์ได้ หรือ scientific literacy (3) ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ หรือ technological literacy (4) ทักษะความเข้าใจทางวัฒนธรรม หรือ cultural literacy (5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อหรือ media literacy และ (6) ทักษะการใช้อุปกรณ์ และเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือ computer literacy

การกำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพอาจสะท้อนได้จากมาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติ (The National Health Education Standards: NHES) ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษาของสหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดคุณลักษณะ

8 ประการที่ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการไปตามช่วงชั้น ประกอบด้วย (1) มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพดี (2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ ครอบครัว เพื่อน วัฒนธรรม สื่อ เทคโนโลยี ฯลฯ (3) มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม (4) มีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ (5) มีทักษะในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ (6) มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ (7) มีทักษะในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ และ (8) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (กองสุศึกษา, 2554)

จากการทบทวนองค์ความรู้และการศึกษาพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลก สมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล และเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน เนื่องจากส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้ง กำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนเอง

องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy)

Nutbeam (2000, 2008) จำแนกความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจ และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยอธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่าน และความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล ทั้งข้อความเขียนและวาจาจาก

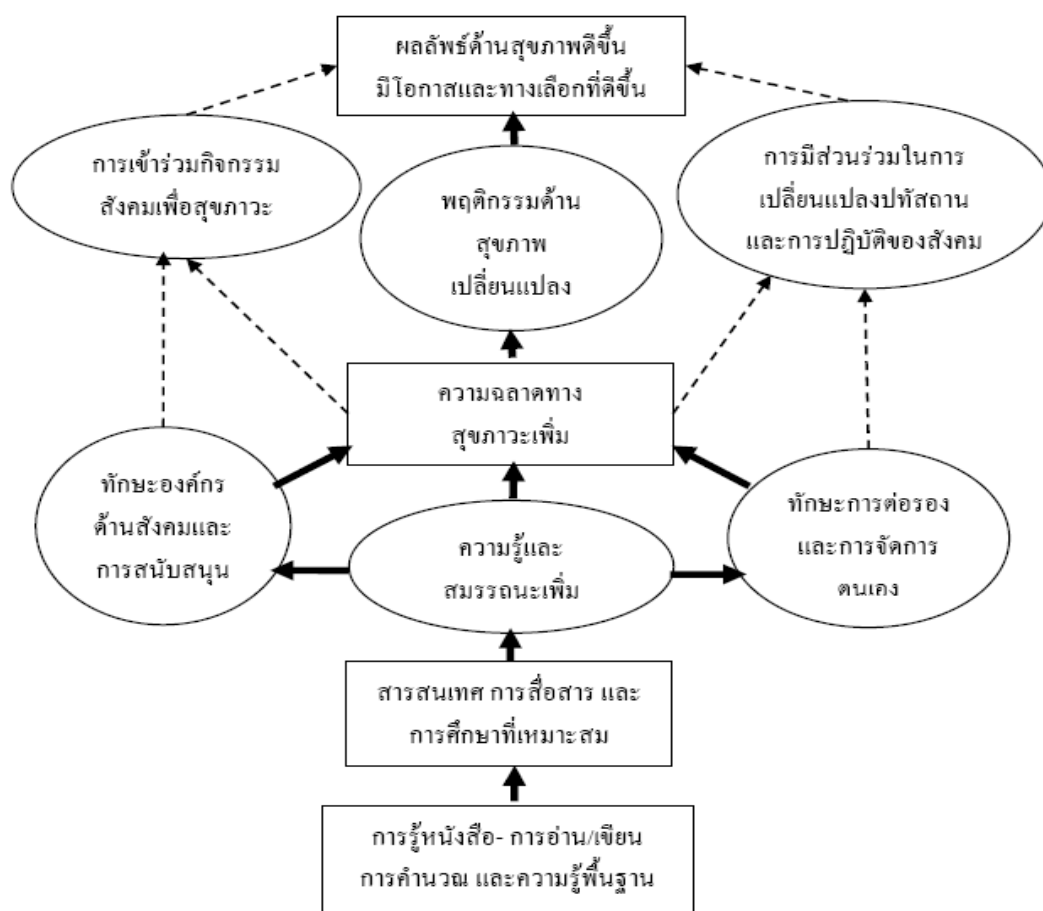
แพทย์ พยาบาล เกษีกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้เข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม/การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ มี 6 ข้อ ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)
2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)
3. ทักษะการสื่อสาร (communication Skill)
4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)
5. การจัดการตนเอง (self-management)
6. การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy)

นอกจากคำนิยามและการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพแล้ว Nutbeam ได้เสนอแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่นำไปสู่การปฏิบัติ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

ที่มา: Nutbeam (2008)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความฉลาดทางสุขภาพ คือ การรู้หนังสือ ที่ประกอบด้วย การอ่าน การเขียน การคำนวณ และความรู้เบื้องต้นของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะการเรียนรู้พื้นฐานที่สามารถจะนำมาพัฒนาโดยการให้ความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความรู้และสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เมื่อความรู้และสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และด้วยความรู้และสมรรถนะนี้เองเมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งยึดมั่น สนับสนุนสิ่งที่เป็นความรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพ นอกจากนี้ความรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นยังทำให้บุคคลมีทักษะในการต่อรองและการจัดการตนเอง เช่น การเลือกทาโลชั่นป้องกันยุงหรือการสวมใส่เสื้อผ้าที่มีแขนยาว กางเกงขายาวเพื่อป้องกันยุงกัดเมื่ออยู่นอกบ้าน หรือบริเวณที่มียุงชุม หรือการที่ประชาชนสามารถจัดการ ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้านและ

นอกบ้านของของตนเอง เพื่อป้องกันแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เข้าใจและทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

ความฉลาดทางสุขภาพจะมีผลทางตรงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น กรณีเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน เพื่อป้องกันมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย วงจรชีวิตของยุงลาย ว่ามีบริเวณใดบ้างที่ยุงลายจะวางไข่ เช่น บริเวณจานรองกระถางต้นไม้ แจกันดอกไม้ แก้วน้ำศาลพระภูมิ เป็นต้น ในขณะเดียวกันความรู้เรื่องวงจรชีวิตของยุงลาย เช่น เมื่อยุงวางไข่ ประมาณ 2-3 วันจะกลายเป็นลูกน้ำ หลังจากนั้น 4-5 วันจะกลายเป็นตัวโม่ง และอีก 1-2 วัน จะกลายเป็นยุงลายตัวเต็มวัย ซึ่งโดยรวมแล้วประมาณ 7-8 วัน หลังจากการวางไข่ แล้วกลายเป็นตัวเต็มวัย จึงนำไปสู่มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามหลัก 5 ป 1 ข ที่ต้องมีการดำเนินการทุก 7 วัน

การประยุกต์แนวคิดสู่การปฏิบัติ

จากคำนิยาม แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว เมื่อนำมาปฏิบัติ จะต้องมุ่งเน้นในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ
2. การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ
3. การเพิ่มการไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการธำรงรักษาสุขภาพ
4. การพัฒนาการวัด/ประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสม

ดังนั้น เพื่อให้การจัดกิจกรรมมีความชัดเจน เข้าใจได้ง่ายว่ากิจกรรมนั้นๆ สัมพันธ์อย่างไรกับความฉลาดทางสุขภาพ ผู้สอนและผู้จัดกิจกรรมสามารถวิเคราะห์ได้จากตารางจำแนกระดับและสมรรถนะของความฉลาดทางสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกระดับและการปฏิบัติสู่การเกิดพฤติกรรมของความฉลาดทางสุขภาพ

การปฏิบัติสู่การเกิด พฤติกรรม ของความ ฉลาด ทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับปฏิบัติส่วนตัว (Functional Literacy: F)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy: I)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy: C)
การเข้าถึง (Access: Ac)	ใช้ความสามารถใน การฟัง การดู การอ่าน การพูด การเขียน การ สืบค้น และการคำนวณ เพื่อให้ได้ ข้อมูล และ สารสนเทศที่ต้องการ เกี่ยวกับ สุขภาพ	แลกเปลี่ยนข้อมูลและ สารสนเทศเกี่ยวกับ สุขภาพ เพื่อให้ได้ แนวคิด ความรู้ทาง สุขภาพ ในการดูแล สุขภาพ แก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่ม คุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และ สังคม	สืบค้น ตรวจสอบข้อมูล และ สารสนเทศ ด้าน สิทธิ หน้าที่ ซึ่งรัฐและ กฎหมายกำหนด กับ แนวคิดและความรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ ทางเลือกในการเอาชนะ อุปสรรคเชิงโครงสร้าง ของวัฒนธรรมและ สังคมที่มีอิทธิพลต่อ ความฉลาดทางสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม
การเข้าใจ (Understanding: Un)	ตีความ แปลความ อ้างอิง และแยกแยะ ลักษณะสำคัญของ ข้อมูลและสารสนเทศ ที่เข้าถึงเพื่อให้ได้ ข้อมูลสารสนเทศทาง สุขภาพที่ถูกต้อง	แลกเปลี่ยนข้อมูลและ สารสนเทศเกี่ยวกับ สุขภาพ เพื่อให้ได้ แนวคิด ความรู้ทางสุข ภาวะ ในการดูแล สุขภาพ แก้ปัญหา ลด ความเสี่ยง และเพิ่ม คุณภาพชีวิตของ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และ สังคม	สืบค้น ตรวจสอบข้อมูล และสารสนเทศ ด้าน สิทธิและ หน้าที่ซึ่งรัฐ และกฎหมาย กำหนด กับแนวคิดและความรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อให้ ได้ทางเลือกในการ เอาชนะอุปสรรคเชิง โครงสร้างของ วัฒนธรรมและสังคมที่ มี อิทธิพลต่อความ ฉลาดทาง สุขภาพของ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การปฏิบัติสู่การเกิด พฤติกรรม ของความ ฉลาด ทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับปฏิบัติส่วนตัว (Functional Literacy: F)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy: I)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy: C)
การประเมิน (Assessment: As)	ตรวจสอบ อ้างอิง ทำนาย วิเคราะห์และ เปรียบเทียบเชิงตัดสิน ข้อมูลและสารสนเทศ ที่เข้าใจ เพื่อเลือก และ สรุปเป็นข้อมูลและ สารสนเทศที่ถูกต้อง สำหรับนำไปใช้ ส่วนตน	ร่วมกับผู้อื่น นำข้อมูล และสารสนเทศ ที่ผ่าน การตรวจสอบมา วิเคราะห์ วิจัย และ สรุป เพื่อให้ได้แนวคิด และความรู้ทางสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพ แก้ปัญหา ลดความ เสี่ยงและเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของตนเอง ครอบครัวชุมชน และ สังคม	วิพากษ์ และสรุปวิธี ปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิ และหน้าที่ซึ่งรัฐและ กฎหมายกำหนดที่ สอดคล้องกับแนวคิด และความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวทางใน การเอาชนะอุปสรรค เชิงโครงสร้างของ วัฒนธรรมและสังคมที่ มีอิทธิพลต่อความ ฉลาดทางสุขภาพของ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม
การใช้ความรู้ (Utilization: Ut)	ใช้ความรู้ที่ผ่านการ ประเมินแล้ว ไป ประยุกต์อย่าง เหมาะสมเพื่อ แก้ปัญหาลดความ เสี่ยง และเพิ่มคุณภาพ ชีวิตให้กับตนเอง	ร่วมกันประยุกต์ แนวคิดความรู้ ความ เข้าใจที่ผ่านการ ประเมิน เพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยงและเพิ่ม คุณภาพชีวิตของ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม	เข้าร่วม ริเริ่มกิจกรรม ส่งเสริมหรือ เปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทางสุขภาพะ โดยคำนึง ถึงสิทธิและหน้าที่ซึ่ง รัฐและกฎหมายกำหนด เพื่อเอาชนะอุปสรรค เชิงโครงสร้างของ วัฒนธรรมและสังคมที่ มีอิทธิพลต่อความ ฉลาดทางสุขภาพของ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การปฏิบัติสู่การเกิด พฤติกรรม ของความ ฉลาด ทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับปฏิบัติส่วนตัว (Functional Literacy: F)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy: I)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy: C)
การสื่อสาร (Communication: Co)	บอกเล่าความรู้ การ ปฏิบัติผลที่เกิด ข้อจำกัดและเหตุผล ของการใช้ความรู้เพื่อ เผยแพร่ข้อมูลและ สารสนเทศที่ใช้ แก้ปัญหา ลดความ เสี่ยง และเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของตนเอง	ร่วมกับผู้อื่นสื่อ แนวความคิดความรู้และ ประสบการณ์จากการ ปฏิบัติอย่างมีหลักการ และเหตุผลเพื่อ ชักชวน ต่อบรอง และ รณรงค์การแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่ม คุณภาพชีวิตให้กับ ครอบครัว และชุมชน	เลือกและใช้การ สื่อสารที่มีพลัง เพื่อ เผยแพร่ความรู้และ ประสบการณ์เกี่ยวกับ ความฉลาดทางสุขภาพ ที่คำนึงถึงความเชื่อ สิทธิ และหน้าที่ตาม ตามกฎหมาย และที่ ส่งเสริมหรือ เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ทางวัฒนธรรม ซึ่งมี อิทธิพลต่อความฉลาด ทางสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม ชุมชน

ที่มา: กองสุศึกษา (2556)

จากตารางที่ 2 ระดับและพฤติกรรมของความฉลาดทางสุขภาพ คือ ระดับปฏิบัติส่วนตัวระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งสอดคล้องกับระดับการรู้หนังสือ (Literacy) ของผู้เรียนและประชาชนทั่วไป ในส่วนของพฤติกรรมความฉลาดทางสุขภาพ หรือ ทักษะ กระบวนการทางสังคม และปัญญาสู่การเกิดความฉลาดทางสุขภาพ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน การใช้ความรู้ และการสื่อสารซึ่งเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของความฉลาดทางสุขภาพ จะมีรายละเอียดและการพัฒนาสูงขึ้นตามระดับของความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือการจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรม และการประเมินสัมฤทธิ์ผลของความฉลาดทางสุขภาพได้ (กองสุศึกษา, 2556)

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ไวรัสเดงกี (Dengue hemorrhagic fever: DHF) เป็นไวรัสที่มียุงเป็นพาหะนำโรคที่พบการแพร่ระบาดได้มากที่สุดในโลก มีผู้ติดเชื้อ 50-100 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกมากกว่า 10,000 รายต่อปี ไวรัสเดงกีเป็นไวรัสชนิด RNA จัดอยู่ใน family Flaviviridae มี 4 สายพันธุ์ (serotype) ได้แก่ DEN1 DEN2 DEN3 และ DEN4 การติดเชื้อไวรัสเดงกีสายพันธุ์หนึ่ง จะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์นั้นตลอดไป (homotypic immunity) แต่จะสามารถป้องกันข้ามไปยังไวรัสเดงกีสายพันธุ์อื่นได้เพียงชั่วคราว (heterotypic immunity) ผู้ป่วยจึงสามารถติดเชื้อไวรัสเดงกีสายพันธุ์อื่น ๆ ที่แตกต่างจากการติดเชื้อครั้งแรกได้และเกิดการติดเชื้อครั้งต่อมา เรียกว่าการติดเชื้อแบบทุติยภูมิ ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

ยุงลายชนิด *Aedes aegypti* เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ ยุงดังกล่าวสามารถแพร่เชื้อไวรัสเดงกีไปยังผู้อื่นได้หลังจากดูดเลือดของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสเดงกีไปแล้ว 7-10 วัน หลังจากนั้นไวรัสเดงกีจะอยู่ในยุงไปตลอดชีวิตของยุง ยุงชนิดนี้มักกัดในเวลากลางวัน และชอบกัดขณะอุณหภูมิ 28-35 องศาเซลเซียส ระยะฟักตัวของโรค 3-15 วันโดยส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 5-6 วัน ผู้ป่วยมักจะมีไวรัส เดงกีในเลือดไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีไข้

ระบาดวิทยา

โรคไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever: DHF) จัดเป็นโรคซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทยซึ่งจัดเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดมากกว่า 1 สายพันธุ์ (hyperendemic area) การติดเชื้อไวรัสเดงกีในรูปแบบของ DHF เริ่มต้นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยมีการระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ.2497 ทั้ง ๆ ที่มีรายงานการติดเชื้อไวรัสเดงกีในรูปแบบไข้เดงกี (dengue fever: DF) มานานหลายศตวรรษจากภูมิภาคต่างๆ ของโลก การระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยครั้งแรกเกิดขึ้นที่กรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2501 จากนั้นการระบาดของโรคได้แพร่กระจายไปยังจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ สำหรับสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในระดับโลกพบว่าการระบาดของไวรัสเดงกีไปทุกทวีปทั่วโลกในสองทศวรรษที่ผ่านมาแม้แต่ประเทศสิงคโปร์ซึ่งในอดีตเคยควบคุมการระบาดของโรคได้ยังเกิดมีการระบาดขึ้นอีก สาเหตุของการระบาดของไวรัสเดงกีไปทั่วโลกเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ อาทิ การเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทมาเป็นชุมชนชาวเมืองซึ่งไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า การเพิ่มของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วเกิดชุมชนเมืองใหญ่ซึ่งมีสภาพเป็นชุมชนแออัดขาดสุขอนามัยที่ดี มีแหล่ง

เพาะพันธุ์ยังเพิ่มขึ้น สภาพความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไปและขาดการควบคุมประชากรยุงที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการเดินทางที่รวดเร็วและสะดวกสบายในปัจจุบันทำให้สามารถนำยุงลายและเชื้อไวรัสเดงกีไปกับยุงตลอดจนบุคคลที่อยู่ในระยะฟักตัวของโรคหรือในระยะที่มีอาการป่วยไปยังที่ต่างๆ ได้โดยง่าย

มีรายงานว่า การเกิดภาวะโลกร้อนทำให้มีการแพร่กระจายของยุงลาย และมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ในโลก เช่น ในประเทศเซเชลล์ เริ่มมีรายงานของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเที่ยวในแถบที่มีโรคชุกชุม โดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศในแถบมหาสมุทรแปซิฟิก นักท่องเที่ยวจากทวีปยุโรปมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีจากการมาท่องเที่ยวในแถบเอเชียเมื่อมาท่องเที่ยวมากกว่า 3-4 สัปดาห์และอัตราการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นเมื่ออยู่นานขึ้น การศึกษาในคนเยอรมันพบว่ามีการติดเชื้อระหว่างเริ่มรับเชื้อไปจนถึงจุดเกิดภูมิคุ้มกัน (seroconversion) ของโปรตีนต่อต้านเชื้อเดงกีในร่างกาย (dengue antibody) ในผู้ที่มาท่องเที่ยวในแถบเอเชียร้อยละ 4.7 ซึ่งบ่งว่ามีการติดเชื้อแบบเฉียบพลัน ตัวเลขดังกล่าวสูงกว่าที่พบในคนที่ไปเที่ยว แอฟริกาและลาตินอเมริกา รายงานจากประเทศตะวันตก เช่น ประเทศในทวีปยุโรป ทวีปอเมริกากลางและอเมริกาใต้ พบว่าการติดเชื้อไวรัสเดงกี เป็นสาเหตุของไข้ที่สำคัญรองจากไข้มาลาเรียและโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยที่เพิ่งเดินทางกลับจากการไปท่องเที่ยว โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้ใหญ่และพบว่าป่วยเป็น DF มากกว่า DHF การที่พบผู้ป่วย DHF มากขึ้นในประเทศแถบอเมริกากลาง ลาตินอเมริกา อินเดีย จีนตอนใต้อาจเนื่องมาจากการระบาดของไวรัสเดงกีหลายสายพันธุ์ (serotype) ในพื้นที่นั้นเช่นเดียวกับการระบาดในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งการพบว่าการระบาดของสายพันธุ์ DEN-2 จากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร่วมด้วย

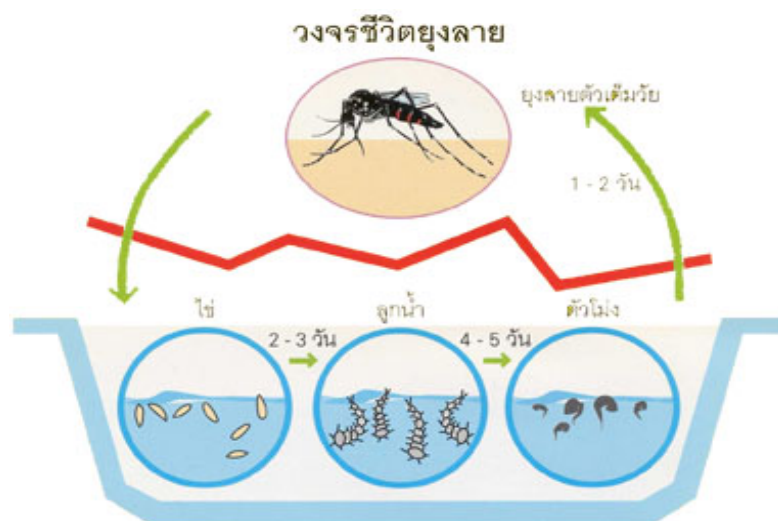
ในประเทศไทย พบโรคไข้เลือดออกได้ตลอดทั้งปีแต่พบได้บ่อยในฤดูฝน ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 50-150 คนต่อประชากร 100,000 คน และเคยมีอัตราการป่วยจากโรคนี้อันสูงถึง 200-300 คนต่อประชากร 100,000 คนในบางปี ระยะแรกของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยมักมีการระบาดปีเว้นปีหรือปีเว้นสองปีแต่ในระยะหลังกลับพบว่าการระบาดไม่มีแบบแผนแน่นอน อย่างไรก็ตามแม้ว่าอัตราป่วยเพิ่มขึ้นแต่กลับพบว่าอัตราตายของโรคไข้เลือดออกลดลงอย่างมากจนเหลือเพียงร้อยละ 0.15 ซึ่งแสดงถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต เด็กเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้บ่อยที่สุดและอัตราตายสูงโดยเฉพาะในช่วงอายุ 5-9 ปี ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีตโดยพบได้บ่อยขึ้นในเด็กโตและวัยรุ่น รวมทั้งมีรายงานของผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ 15-25 ปีเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทย อินเดีย และสิงคโปร์ การติดเชื้อในผู้ใหญ่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 20-30 แม้จะมีเปอร์เซ็นต์

ไม่สูงเมื่อเทียบกับเด็ก แต่ก็มีจำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวนมากได้ในช่วงที่มีการระบาดของโรค ผู้ใหญ่ที่มีการติดเชื้อมักมีอาการ เช่น ไข้สูง ปวดตามกล้ามเนื้อมากจนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล รูปแบบของการติดเชื้อพบได้ทั้งไข้เดงกี (DF) และไข้เลือดออก (DHF) โดยที่ไข้เลือดออก (DHF) ต่างจากไข้เดงกี (DF) คือมีการรั่วของพลาสมา (leakage of plasma) อาการเริ่มจากมีไข้สูงทันที ไข้มักสูงลอย เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ อาการ 2-3 วันแรกจะคล้ายกับไข้เดงกี (DF) อาการจะรุนแรงที่สุดในช่วงวันที่ 2-7 พบจุดมีเลือดออกเล็กๆ กระจายตามลำตัว และใบหน้า บางรายอาจมีเลือดกำเดาออก อาเจียนเป็นเลือด หรือปัสสาวะเป็นเลือด เมื่อทำ tourniquet test จะให้ผลบวกที่ชัดเจน บางรายอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำหรือภาวะช็อคร่วมด้วย (dengue shock syndrome, DSS) อย่างไรก็ตามรายงานการติดเชื้อไวรัสเดงกีในผู้ใหญ่อาจน้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจาก แพทย์ผู้ดูแลอาจไม่ได้คิดถึงอาการติดเชื้อนี้ในผู้ใหญ่โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเพียงเป็นไข้ ปวดเมื่อยตามตัว และหายป่วยเองจึงไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเดงกี (ธีระพงษ์ และอุษา, 2556)

สาเหตุและการติดต่อ

เชื้อไวรัสเดงกีเป็นไวรัส มี 4 สายพันธุ์ (serotype) คือ DEN1, DEN2, DEN3 และ DEN4 โดยทั้ง 4 สายพันธุ์มีแอนติเจน (antigen) บางชนิดร่วมกันทำให้เกิดเป็นปฏิกิริยาระหว่างแอนติเจนกับแอนติบอดีซึ่งจะทำให้เกิดการต่อต้านแอนติเจนที่คล้ายกันแต่คนละชนิดกัน (cross-reaction) ได้แต่ไม่ถาวร ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (permanent immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆอีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้นๆ (partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือน หลังจากนั้นจะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆที่ต่างจากครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี

การติดต่อ มียุงลายเป็นพาหะนำโรค ติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน - นานที่สุด 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้



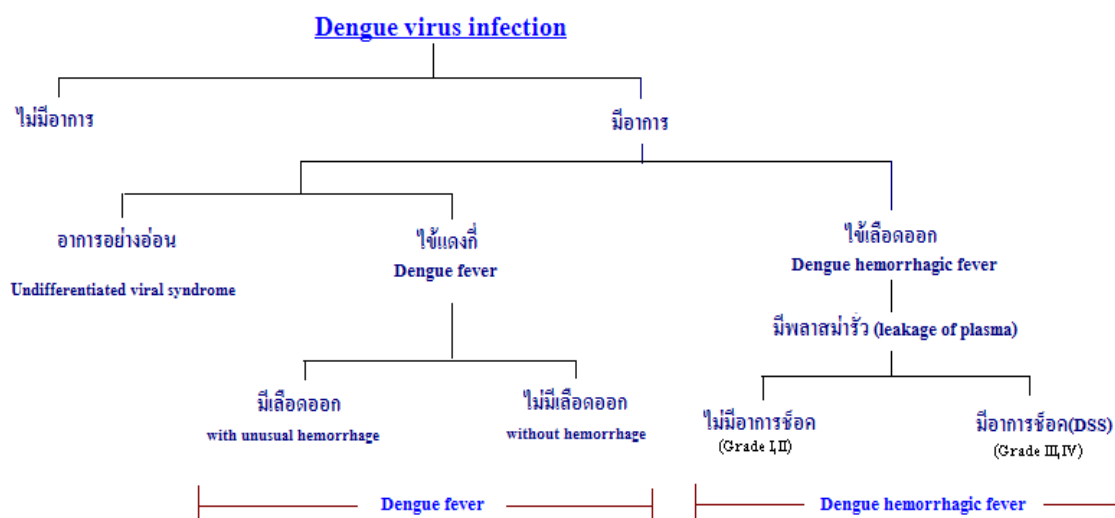
ภาพที่ 3 วงจรชีวิตยุงลาย

ที่มา: จรัญ (2556)

แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านจึงมักอยู่ตามโอ่งน้ำดื่ม และน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝาทั้งภายในและภายนอกบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายชนิดนี้พบว่า ร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้านและร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่นอกบ้าน นอกจากโอ่งน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่นๆ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ จานรองขาตู้กันมด จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน อ่างล้างเท้า ขางรถยนต์ ไห ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ เศษภาชนะ เช่น โอ่งแตก เศษกระป๋อง กะลา เป็นต้น ในขณะที่ยุงลายสวนชอบวางไข่นอกบ้านตามกาบใบของพืชจำพวก มะพร้าว กัลยัว พลับพลึง ต้นบอน ถ้วยรองน้ำยาง โปรงไม้ กะลา กระบอกไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง ฯลฯ

การติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus infection)



ภาพที่ 4 การติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus infection)

ที่มา: จรัญ (2556)

การติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus infection) หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้แดง (dengue fever หรือ DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้ จะพบอาการทางคลินิกได้ดังนี้

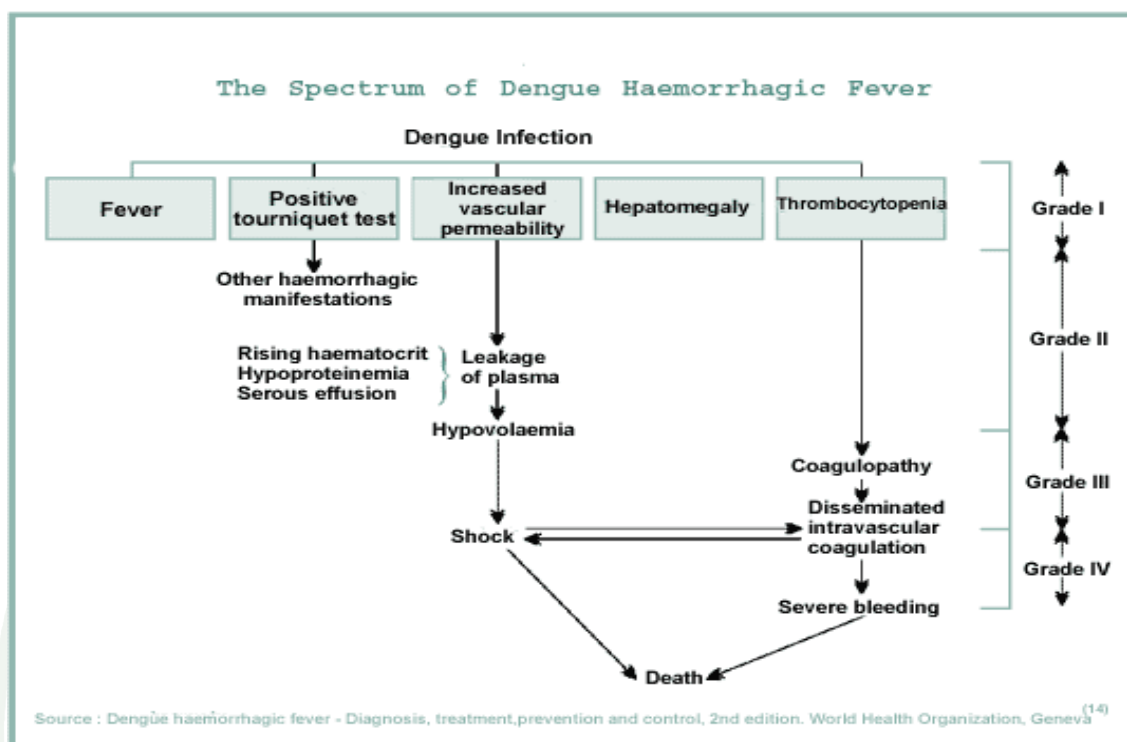
1. ติดเชื้อโดยไม่มีอาการ
2. มีอาการไข้แยกจากสาเหตุอื่นได้ยาก (undifferentiated viral syndrome) มีอาการคล้ายคลึงกับการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ ไม่สามารถวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกได้ จะมีไข้ 2-3 วัน บางครั้งอาจมีผื่นแบบ maculopapular rash
3. ไข้แดง (Dengue fever, DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีเพียงไข้หรือมีอาการแดงที่ชัดเจนคือ ปวดศีรษะ มีไข้สูงเฉียบพลัน ปวดกล้ามเนื้อตามตัว ปวดข้อ ปวดบวมตา บางรายอาจมีเลือดออกที่ผิวหนัง ส่วนใหญ่จะพบเม็ดเลือดขาวต่ำ บางรายอาจพบเกล็ดเลือดต่ำ เมื่อทำการทดสอบ tourniquet test จะให้ผลบวกที่ชัดเจน

4. ไข้เลือดออก (Dengue haemorrhagic fever: DHF) ไข้เลือดออก (DHF) ต่างจากไข้แดงก่ (DF) คือมีการรั่วของพลาสมา (leakage of plasma) อาการเริ่มจากมีไข้สูงทันที ไข้มักสูงลอย เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ อาการ 2-3 วันแรกจะคล้ายกับไข้แดงก่ (DF) อาการจะรุนแรงที่สุดในช่วงวันที่ 2-7 พบจุดมีเลือดออกเล็กๆ กระจายตามลำตัว และใบหน้า บางรายอาจมีเลือดกำเดา ออก อาเจียนเป็นเลือด หรือปัสสาวะเป็นเลือด เมื่อทำทูนิกเกต์ เทส (tourniquet test) จะให้ผลบวกที่ชัดเจน ลักษณะอาการที่เด่นชัด 4 ประการ คือ ไข้สูงเฉียบพลัน เลือดออก ตับโต และมีอาการช็อก (Dengue shock syndrome, DSS)

ในรายที่มีอาการช็อก เกิดจากระบบหมุนเวียนโลหิตล้มเหลว เนื่องจากการรั่วของพลาสมา โดยพบว่าผนังของหลอดเลือดฝอยมีการซึมผ่าน (permeability) เพิ่มขึ้นเกิดการรั่วของพลาสมา พบอัลบูมิน (albumin) ต่ำ ปริมาตรเลือดของผู้ป่วยลดลง เกิดภาวะช็อกที่เกิดจากการสูญเสียปริมาณเลือดในร่างกาย (hypovolumic shock) สามารถดูได้จากค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit) ที่สูงขึ้น

จากการศึกษาพบว่า DHF ส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อทุติยภูมิ (secondary infection) เพราะผู้ป่วยจะมีแอนติบอดี (antibody) จากการติดเชื้อครั้งแรก (primary infection) ทำให้เกิดการส่งเสริมการติดเชื้อได้มากขึ้น (antibody-dependent enhancement) ส่วนการติดเชื้อครั้งแรก (primary infection) จะมีอาการไม่รุนแรง ส่วนใหญ่จะหายเอง ในทำนองเดียวกันในเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปี จะมี antibody IgG ของเชื้อเดงกีไวรัส (dengue virus) ที่ผ่านรกจากแม่ มาจำนวนหนึ่ง ซึ่งเป็น passive dengue IgG antibody แต่มีปริมาณน้อยไม่สามารถป้องกันโรคได้แต่สามารถทำให้เกิด antibody-dependent enhancement ได้เช่นกัน

พยาธิสภาพของ DHF



ภาพที่ 5 พยาธิสภาพของ DHF

ที่มา: จรัญ (2556)

จากรูปภาพข้างบนสามารถสรุปพยาธิสภาพโดยรวมของ DHF คือ

1. มีไข้สูงลอยตลอดเวลา
2. เมื่อทำทูนิกเกต์ เทส (tourniquet test) จะให้ผลบวก โดยพบเป็นจุดเลือดออก ตามตัว แขนขา และใบหน้า
3. มีการเพิ่มขึ้นของการซึมผ่านผนังหลอดเลือด เกิดการรั่วของพลาสมา ทำให้ปริมาตรเลือดลดลง ซึ่งจะทำให้มีอาการช็อก (hypovolaemia) และอาจเสียชีวิตได้
4. มีตับโต (hepatomegaly) จะคลำได้ในวันที่ 3-4 ของโรค แต่ไม่พบดีซ่าน (jaundice)

5. มีเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) เกิดความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (coagulopathy) ทำให้เกิดการแข็งตัวในหลอดเลือด (Disseminated Intravascular Coagulation, DIC)

ระดับความรุนแรงของ DHF สามารถแบ่งได้เป็น 4 grade คือ

Grade I มีไข้และมีอาการร่วมอื่นๆแต่ไม่จำเพาะ แต่เมื่อตรวจทูนิเกต์ เทส (tourniquet test) จะให้ผลบวก

Grade II อาการเหมือน grade I แต่ที่เพิ่มเติมคือ พบเลือดออกเป็นจุดเลือดใต้ผิวหนัง

Grade III ระบบไหลเวียนโลหิตเริ่มล้มเหลวเกิดอาการช็อค ชีพจรเร็ว เบา pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำริมฝีปากเขียว ตัวเย็น กระสับกระส่าย

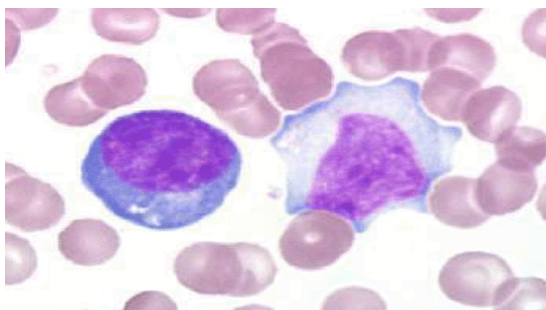
Grade IV แสดงอาการช็อครุนแรง ความดันโลหิตและชีพจรวัดไม่ได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจทูนิเกต์ เทส (tourniquet test) คือ วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดที่มีขนาด cuff พอเหมาะ กับขนาดต้นแขนส่วนบนของผู้ป่วย คือ ครอบคลุมประมาณ 2 ใน 3 ของต้นแขน บีบความดันไว้ ที่กึ่งกลางระหว่าง systolic คือ ความดันระยะหัวใจบีบตัว ความดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัวเพื่อสูบฉีดโลหิตออกไปเลี้ยงร่างกาย และ diastolic pressure คือ ความดันระยะหัวใจคลายตัว ความดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว หลังจากที่หัวใจบีบตัวเพื่อสูบฉีดโลหิตออกไปเลี้ยงร่างกายแล้ว ความดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวมีค่าน้อยกว่าความดันเลือดระยะหัวใจบีบตัว รัศคั้งไว้ประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นจึงคลายต้น รอ 1 นาทีหลังคลาย ความดันจึงอ่านผลการทดสอบ ถ้าตรวจพบจุดเลือดออก เท่ากับหรือมากกว่า 10 จุดต่อตารางนิ้วถือว่า ให้ผลบวก ให้บันทึกผลเป็นจำนวนจุด ต่อตารางนิ้ว ทั้งรายที่ให้ผลบวกและรายที่มีน้อยกว่า 10 จุด พบว่าความไว (sensitivity) ของทูนิเกต์ เทส (tourniquet test) อยู่ที่ 53%, 91% และ 99% ของวันที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ และมีความจำเพาะ (specificity) อยู่ที่ประมาณ 75% ทั้งนี้ทูนิเกต์ เทส (tourniquet test) สามารถทำให้เกิดผลบวกปลอม (false positive) ได้เช่นกัน โดยอาจจะเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตัวอื่น

2. การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC)

2.1 เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell: WBC) ส่วนใหญ่จะพบเม็ดเลือดขาวปกติหรือต่ำลง ซึ่งเกิดจากภาวะ active hemophagocytosis โดยระยะ 1-3 วันแรกจะพบว่า lymphocyte ต่ำลง ทำให้เกิดภาวะเกี่ยวกับเม็ดเลือดขาว (relative neutrophilia) และจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ลดลง (absolute lymphopenia) แต่หลังจากนี้เม็ดเลือดขาวชนิดแกรนูโลไซต์ (granulocyte) จะต่ำลงในช่วงวันที่ 3-8 จะพบภาวะ relative lymphocytosis และ absolute neutropenia และจะพบ atypical lymphocyte ประมาณร้อยละ 15-35%



ภาพที่ 6 แสดงลิมโฟไซต์ ที่พบในภาวะติดเชื้อไวรัส (atypical lymphocyte)

ที่มา: จรัญ (2556)

2.2 ฮีมาโตคริต (Hematocite: Hct) และฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) ค่า Hct มักสูงเกินกว่า 40% บางรายอาจพบสูงถึง 50-60% ส่วนค่า Hb จะพบว่าสูงมากกว่า 14 g/dl ซึ่งค่า Hb และ Hct ที่สูงขึ้นเกิดจากการรั่วของพลาสมา การตรวจ Hct เป็นระยะสามารถเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยได้

2.3 เกร็ดเลือด (Platelet) ผู้ป่วยจะมีเกล็ดเลือดต่ำลงประมาณวันที่ 3 โดยส่วนใหญ่จะต่ำกว่า 100,000/cu.mm เกล็ดเลือดจะสูงขึ้นหลังจากวันที่ 7 ไปแล้ว และจะเข้าสู่ภาวะปกติในวันที่ 9-10 ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกล็ดเลือดต่ำลงคือ

2.3.1 มีการกดไขกระดูก ทำให้เซลล์ในไขกระดูกมีจำนวนน้อยและการเจริญเติบโตหยุดอยู่ชั่วขณะ (maturation arrest) ที่สำคัญคือ มีการหยุดการเจริญเติบโตอย่างกะทันหัน (maturation arrest) ของเมกาคาริโอไซต์ (megakaryocyte)

2.3.2 ในไขกระดูกมีการสร้างเม็ดเลือดขาวขนาดเล็ก (small lymphocyte) โมโนไซต์ (monocyte) เรติคูลัม เซลล์ (reticulum cell) และฮิสโตไซต์ (Histocyte) เพิ่มขึ้นซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเซลล์เหล่านี้มีการจับกินเกร็ดเลือด (platelet) เพิ่มขึ้น

2.3.3 ภูมิคุ้มกันของร่างกายที่รวมกับโปรตีนของสารภูมิแพ้เกิดสารที่เรียกว่าอิมมูนคอมเพล็กซ์ (immune complex) ที่เกิดขึ้นอย่างมากในผู้ป่วย DHF อาจทำให้เกร็ดเลือด (platelet) มีการดูดซึม (absorb) เอาแอนติบอดี (antibody) ไว้บนผิวของเกร็ดเลือด (platelet) ไว้มาก ซึ่งทำให้เกร็ดเลือด (platelet) ถูกจับกินโดยตับและม้าม

3. การตรวจทางเคมี (chemistry)

3.1 อัลบูมิน (Albumin) ในกระแสเลือดมีปริมาณลดลง เนื่องมาจากการรั่วของพลาสมา ในรายที่รุนแรงจะมีค่า albumin ต่ำมาก อัตราส่วน A:G (albumin:globulin) น้อยกว่า 1

3.2 SGOT,SGPT สูงขึ้น และจะสูงมากในรายที่รุนแรง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากภาวะที่มีออกซิเจนในเนื้อเยื่อร่างกายต่ำกว่าปกติ (anoxia) และมีการทำลายเซลล์ตับ

3.3 ALP, GGT และบิลิรูบิน (bilirubin) ปกติ

3.4 ธาตุหรือสารที่เกี่ยวข้องกับไอออน (ionic substances) ที่ละลายน้ำได้ (Electrolyte) พบว่ามีภาวะเกลือโซเดียมต่ำ (hyponatremia) คือ มีระดับ sodium (Na^+) และ chloride (Cl^-) ต่ำ และจะมีความรุนแรงอย่างมากในภาวะช็อก ซึ่งมีสาเหตุมาจาก มีการอาเจียน เหงื่อออกมาก และเบื่ออาหาร นอกจากนี้ยังพบว่า มีระดับ ของ CO_2 ในกระแสเลือดต่ำลงมาก

4. การตรวจหาแอนติบอดี (antibody) ต่อเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus)

4.1 การติดเชื้อปฐมภูมิ (Primary infection) หรือการติดเชื้อครั้งแรกร่างกายจะสร้าง antibody ต่อเชื้อไวรัส โดยพบ

4.1.1 IgM จะถูกสร้างประมาณวันที่ 5 หลังจากมีอาการ และสูงนานประมาณ 1-3 สัปดาห์ บางครั้งอาจจะอยู่ได้นานถึง 60 วัน

4.1.2 IgG จะตรวจพบประมาณวันที่ 14 และจะอยู่นานตลอดชีวิต

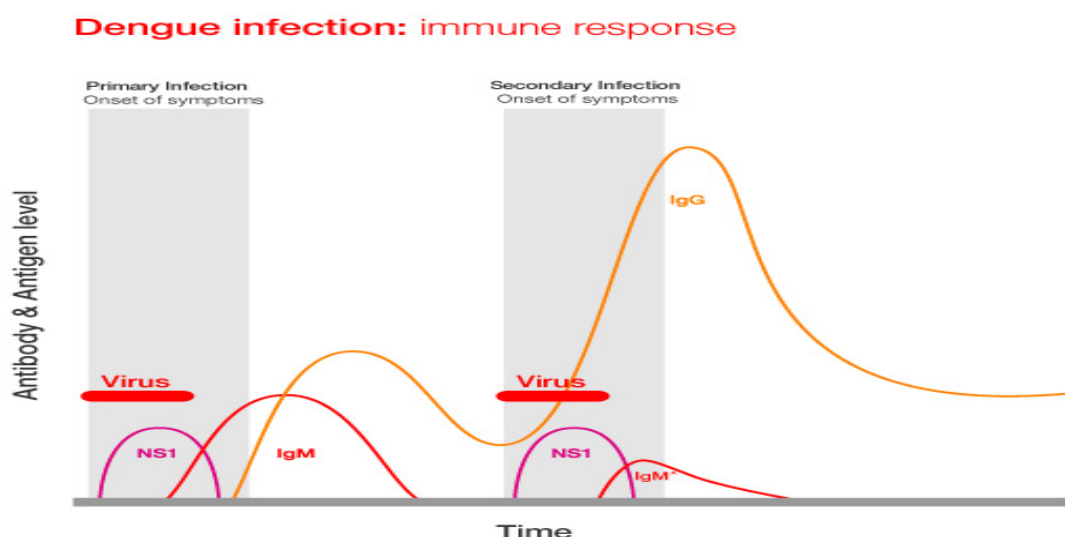
4.2 การติดเชื้อทุติยภูมิ (Secondary infection)

4.2.1 IgM จะถูกสร้างหลังจากติดเชื้อประมาณ 20 วัน จะพบในปริมาณต่ำ หรือบางครั้งไม่สามารถวัดได้ หรือมีระยะเวลาที่อยู่ในกระแสเลือดน้อยกว่า การติดเชื้อปฐมภูมิ (Primary infection) หรือการติดเชื้อครั้งแรก

4.2.2 IgG จะสูงขึ้นภายในวันที่ 1-2 หลังจากที่มีอาการและจะพบในปริมาณสูงกว่า การติดเชื้อปฐมภูมิ (Primary infection) และจะอยู่สูงนาน 30-40 วัน

5. การตรวจ Dengue NS1 antigen

Dengue NS1 antigen จะถูกสร้างตั้งแต่วันแรกหลังจากมีอาการไข้และจะสูงนานประมาณ 9 วัน โดยจะพบได้ทั้ง primary และ secondary infection ปัจจุบันเป็นที่นิยมใช้ตรวจหาเชื้อ dengue virus ในวันแรกๆ



ภาพที่ 7 แสดงการเกิดการตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกัน (immune response) ต่อเชื้อไวรัสเดงกี

ที่มา: จรัญ (2556)

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะเลือดออกรุนแรงพบได้ไม่น้อยในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีปัญหาในการรักษา และมักเป็นสาเหตุร่วมที่สำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วย อาจมีเลือดออกทั่วไปในกระเพาะอาหาร บางรายเป็นแผลขนาดใหญ่ลักษณะแบบกระเพาะอาหารอักเสบรุนแรง หรือแผลในกระเพาะอาหาร (stress ulcer) ได้ ควรหลีกเลี่ยงการทำหัตถการใด ๆ ที่อาจทำให้เลือดออก เช่น การใส่สายยางเข้าในกระเพาะอาหาร การผ่าตัดใส่สายเพื่อให้สารน้ำ การเจาะปอด การกรวดน้ำ ไชสันหลัง เป็นต้น ผู้ป่วยเพศหญิงอาจมีประจำเดือนออกมากกว่าปกติจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดไส้ติ่งเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง กรณีจำเป็นพึงกระทำด้วยความระมัดระวังและต้องเตรียมเลือด พลาสมา และเกร็ดเลือดไว้ให้พร้อม

ภาวะตับวาย และการแพ้ยาแอสไพริน หรือชื่อทางการแพทย์ คือ กลุ่มอาการราย (Reye-like syndrome) สามารถพบได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงและเป็นสาเหตุร่วมที่สำคัญในการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ไส้ติ่งอักเสบอาจเป็นภาวะที่พบร่วมด้วยในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกี โดยไวรัสอาจทำให้เกิดต่อมต่อมน้ำเหลืองของลำไส้มีการเจริญเติบโตที่มากกว่าปกติ (lymphoid hyperplasia) และเป็นสาเหตุของการอักเสบของไส้ติ่งได้เช่นเดียวกับที่รายงานการพบความสัมพันธ์ระหว่างไส้ติ่งอักเสบกับไวรัสหัด สมมติฐานของการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยติดเชื้อเดงกีควรได้รับการพิสูจน์ต่อไป โดยการหาหลักฐานสนับสนุน โดยเฉพาะการตรวจแอนติเจน (antigen) ของไวรัสเดงกีในชิ้นเนื้อของไส้ติ่ง

ภาวะปอดอักเสบพบได้ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกีโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กเล็ก ผู้ป่วยอาจมีไข้และหอบเป็นอาการนำ การตรวจภาพรังสีปอดพบมีการอักเสบ (interstitial infiltration) เช่นเดียวกับที่พบในภาวะปอดอักเสบที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสทั่วไป บางรายอาจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) หากแพทย์ผู้รักษาไม่นึกถึงว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีและทำการเจาะกรวดน้ำในเยื่อหุ้มปอดจะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงได้ การติดตามอาการทางคลินิก การตรวจนับเม็ดเลือด และการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีการตรวจแบบด่วนรู้ผลทันที (rapid test) จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าภาวะปอดอักเสบดังกล่าวเกิดจากไวรัสเดงกีหรือเกิดจากการติดเชื้ออื่นร่วมด้วย

การดูแลรักษาผู้ป่วย

ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวก แอสไพริน เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิดการแพ้ยาแอสไพริน หรือชื่อทางการแพทย์ คือ กลุ่มอาการราย (Reye syndrome) ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น (เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงเหลือน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส) การใช้ยาลดไข้มากเกินไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย ให้ผู้ป่วยได้น้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือ สารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มบ่อย ๆ จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วันก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้

การป้องกันและควบคุมโรค

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสเดงกี ทำได้โดยการควบคุมยุงลายซึ่งยังมีปัญหาในการควบคุมอยู่หลายประการ การปราบยุงลายและลูกน้ำ เป็นเรื่องที่ได้รับการรณรงค์อย่างต่อเนื่องและต้องอาศัยความร่วมมือความเข้าใจและความสนใจจากบุคคลหลายฝ่าย ทำได้โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ โดยการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้ทั่วถึงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ถ้าพบลูกน้ำยุงลายในภาชนะใส่น้ำ ให้กำจัดโดยใส่ทรายอะเบทลงไป ควรขจัดถังภาชนะใส่น้ำที่พบลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน แล้วเทน้ำที่มีลูกน้ำลงบนพื้นแห้ง และทิ้งหรือทำลายภาชนะขังน้ำที่ไม่ได้ใช้ เนื่องจากในขณะนี้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเดงกียังอยู่ในระหว่างการพัฒนา มาตรการต่อยุงพาหะและมาตรการต่อคนจึงยังคงเป็นมาตรการหลักในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

หลังจากการค้นพบไวรัสเดงกีในปี ค.ศ.1943 นักวิจัยได้พยายามวิจัยพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเดงกีหลายรูปแบบมาอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดองค์ความรู้ และคุณูปการจากการวิจัยพัฒนาขึ้นมากมาย ที่สำคัญ ได้แก่ วัคซีนที่ทำจากเชื้อเป็นที่นำมาทำให้อ่อนกำลังลง แต่สามารถก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันได้ (live attenuated dengue vaccine) ในช่วงแรกได้ทำการเพาะเลี้ยงเชื้อเป็นทีนำมาทำให้อ่อนกำลังลง ในสมองหนูและมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ต่อมามีการค้นพบเทคโนโลยีการเพาะเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อ ทำให้การพัฒนาวัคซีนมีความก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับ มีการพัฒนาวัคซีน

ในเซลล์เพาะเลี้ยงที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสูง เมื่อเทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรมประกอบกับองค์ความรู้พื้นฐานทางพันธุกรรมของไวรัสเดงกี และพยาธิกำเนิดของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น จึงมีการพัฒนาวัคซีนที่ทำจากเชื้อเป็นที่นำมาทำให้อ่อนกำลังลงโดยใช้เทคนิคการกลายพันธุ์ (deletion/substitution mutant) ตลอดจนนำเทคนิคนี้มาพัฒนาไวรัสลูกผสมชนิดต่างๆ เช่น ไคมิร่า(chimera) ที่ใช้ไวรัสไข้เหลืองเป็นกระดูกสันหลัง (backbone) ต่อกับส่วน prME ของไวรัสเดงกี เป็นต้น

การทดสอบการก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันได้ (live attenuated dengue vaccine) ในคนเริ่มต้นในอาสาสมัครผู้ใหญ่ โดยใช้วัคซีนชนิดโมโนวาเลนต์ (monovalent) เมื่อพบว่ามีความปลอดภัยและมีภูมิคุ้มกันขึ้นดี จึงพัฒนาเป็นวัคซีนรวมชนิดไบวาเลนต์ (bivalent) ไตรวาเลนต์ (trivalent) และ เตตราวาเลนต์ (tetravalent) ตามลำดับ การทดสอบเบื้องต้นในอาสาสมัครพบว่าการก่อให้เกิดภูมิคุ้มกัน (live attenuated dengue vaccine) ชนิดเตตราวาเลนต์ (tetravalent) มีความปลอดภัยและทำให้เกิดภูมิคุ้มกันแบบเป็นกลาง (neutralizing) ต่อเชื้อไวรัสเดงกีทั้ง 4 สายพันธุ์ (serotype) ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการทดสอบว่าวัคซีนดังกล่าว สามารถสร้างแอนติบอดีที่ป้องกันโรคในธรรมชาติได้หรือไม่

การป้องกันโรค

เน้นทำใน 3 ร. ได้แก่ โรงเรียน (บ้าน ชุมชน วัด) โรงเรียน และ โรงพยาบาล ด้วยมาตรการ 5 ป. 1 ข. ได้แก่

ป ที่ 1 คือ ปิดฝาโอ่งหรือภาชนะขังน้ำให้มิดชิด

ป ที่ 2 คือ เปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน เช่นน้ำในแจกัน โอ่งน้ำใช้ จานรองขาตู้กับข้าว

ป ที่ 3 คือ ปลอ่ยปลากินลูกน้ำ ในภาชนะต่างๆ เช่น ปลาหางนกยูง

ป ที่ 4 คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทั้งในบ้านและนอกบ้าน

ป ที่ 5 คือ เจ้าของบ้านต้องลงมือปฏิบัติเองจนเป็นนิสัย ไม่ต้องรอเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งการป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดโดยเฉพาะเวลากลางวัน เช่น กางมุ้งเวลานอน จุกยากันยุงหรือทายากันยุง

1 ข คือ ขั้วล่างไข่มุขลายที่อาจติดอยู่กับภาชนะต่างๆ ที่ใช้ใส่น้ำ เช่น อ่างปลา แจกันดอกไม้ กระถางต้นไม้ อ่างน้ำ เพื่อกำจัดไข่มุขลายเพราะไข่มุขของยุงที่ติดอยู่กับขอบภาชนะต่างๆ นั้นจะเป็น เม็ดเล็กๆ สีดำถ้าไม่สังเกตอาจมองไม่เห็น บางภาชนะอาจมีไข่มุขติดอยู่หลายพันจนถึงเป็นหมื่นฟอง ไข่เหล่านี้อยู่ได้นานถึง 2 ปี สามารถอยู่รอดและฟักตัวเป็นยุงลายได้ถึงร้อยละ 80 เมื่อไข่มุขน้ำท่วม ถึงจะฟักตัวกลายเป็นลูกน้ำอย่างรวดเร็วภายในเวลา 20 – 60 นาที

มาตรการ 5 ปล. 1 ข. จึงยังเป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดใช้เป็นแนวทางในการ ควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ ประชาชนป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน, 2556)

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ในอดีตประชาชนได้มีการดูแลตนเองด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการส่งเสริม สุขภาพมานานแล้ว จะเห็นได้จากในสมัยก่อนจะมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” คอยให้ การดูแลเมื่อมีผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้ยาสมุนไพรรักษา รวมทั้งการมี “หมอตำแย” คอยให้การช่วยเหลือ ทำคลอดแก่หญิงที่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ผสมผสานกับการแพทย์ แผนปัจจุบันโดยในขั้นแรกได้นำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน โดย จัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ต่อมา มีการ ชักชวนให้ประชาชนเข้าเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการพ่นยาเคมีกำจัด ยุงกันปล่องป้องกันโรคมมาลาเรีย นอกจากนี้ยังได้มีการทดลองหารูปแบบต่างๆ ในหลายพื้นที่ แต่ที่ ชัดเจนและมีความสำคัญคือ “โครงการสารภี” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำเอาประชาชน เข้ามาฝึกอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย และเป็นแม่แบบนำไปทดลองในจังหวัดต่างๆ จนกระทั่ง กลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “พสส./อสม.”

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนมาเป็นเวลานาน ดังจะเห็นได้จาก การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน อันที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวและทุกชุมชนมีสุขภาพดี โดยใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ซึ่งการดำเนินงาน ตามกลยุทธ์ดังกล่าว จะให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” เป็นหลัก โดยถือว่า “คน” เป็นทั้งเป้าหมาย และอุปกรณ์ ในการพัฒนาที่สำคัญที่สุด และในการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น

นอกจากจะให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังเห็นถึงความสำคัญของการกำลังคนที่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชนว่า เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้มีการพัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุข” ขึ้นมาและปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและสถานการณ์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยมีลำดับการพัฒนา ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543)

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบทเพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเอง สำหรับอาสาสมัคร ใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่องโดยกำหนดให้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) 1 คน รับผิดชอบดูแล 8-15 หลังคาเรือน และให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 1 คนต่อหมู่บ้าน ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้จัดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมครบ 100 % และมีการขยายการดำเนินงานเข้าไปในบางส่วนของเขตเมืองโดยเฉพาะในชุมชนแออัด นอกจากนี้ยังจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาท้องถิ่นในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 เป็นระยะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมากขึ้น ได้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่ฟื้นฟูสภาพ และพื้นที่ที่ย้าย รวมทั้งอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน อีกด้วยในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการพัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานใหม่ โดยเฉพาะในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นั้น ได้มีการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เช่น อบรมยกฐานะ ผสส. เป็น อสม. ทั่วประเทศจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตลอดจนเป็น ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขหมู่บ้าน หลักเกณฑ์ และคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นั้นควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่เพื่อนบ้านในละแวกคุ้มให้การยอมรับและนับถือ
2. สมักใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ

3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน อยู่ประจำหมู่บ้านในช่วง 1-2 ปี
4. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้
5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน
6. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล หรือ พระภิกษุ

ขั้นตอนและวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นั้น กำหนดให้ชุมชนมีส่วนคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะอาสาเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยมีขั้นตอนและวิธีการคัดเลือกดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจัดประชุมผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เดิม และประชาชนทั้งหมดในหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงถึงรายละเอียดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
2. มอบหมายให้ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร่วมกันเป็นผู้สรรหาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้ารับการอบรม โดยคัดเลือกจากแต่ละคุ้ม ในอัตรา 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือนในกรณีที่คุ้มนั้นๆ มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คน ให้ประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทน แล้วลงมติด้วยเสียงข้างมากตัดสิน

หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ผ่านการคัดเลือกจะได้เข้ารับการอบรม ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาท เนื้อหาหลักสูตรแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. กลุ่มความรู้พื้นฐานบังคับ ประกอบด้วยวิชาพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข อันได้แก่ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สิทธิ การทำงานเป็นกลุ่ม การค้นหาปัญหา และการแก้ไขสาธารณสุขวิทยาส่วนบุคคล การตรวจวินิจฉัยโรค การปฐมพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การไช้ยา การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคการฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วย

ไปยังสถานบริการสาธารณสุข การฝึกปฏิบัติใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นต้น ในช่วงนี้จะมีระยะเวลาการอบรม 3 วัน

2. กลุ่มความรู้เฉพาะ ประกอบด้วยความรู้ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่หรือท้องถิ่นของตนเอง มีการปรับปรุงเนื้อหาและหลักสูตรตามความเหมาะสม และให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่องทุกเดือนตามหลักสูตรบังคับ กำหนดอบรมเดือนละ 1 วัน ดังนั้นหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จึงรวมเป็นทั้งหมด 12 วัน หลังจากนั้นก็จะได้รับการบันทึกลงทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้รับในประกาศนียบัตรและมีบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นอกจากนี้แล้วก็จะมีการอบรม พื้นฟูและอบรมเฉพาะกิจในงานใหม่ ๆ ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอยู่เรื่อย ๆ วาระการดำรงตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้วจะมีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระก็จะมีการพิจารณาต่อบัตร โดยพิจารณาจากผลงานและการเข้าร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน มีประชาชนและองค์กรในหมู่บ้านเป็นผู้พิจารณา สำหรับกรณีที่พื้นสภาพเนื่องจากการเสียชีวิต ลาออก ย้ายที่อยู่ หรือประชาชนลงมติให้พื้นสภาพ ก็จะมีการคัดเลือกและสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ใหม่เพื่ออบรมเข้ามาทดแทนคนเดิมสวัสดิการและขวัญกำลังใจ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้เสียสละอย่างมากจึงได้จัดสวัสดิการบางส่วนให้เพื่อเป็นการจูงใจ สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เช่น ให้ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลฟรีทั้งครอบครัว ให้มีค่าตอบแทนในระหว่างการอบรมต่อเนื่อง จัดให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่ มอบเข็มเชิดชูเกียรติแก่ผู้ปฏิบัติงานมานานครบ 10 ปี ตลอดจนประกาศเกียรติคุณกรณีที่ทำงานดีเด่น ส่งเสริมให้มีรูปแบบ จัดตั้งชมรมและมีกองทุนฌาปนกิจเพื่อช่วยสงเคราะห์แก่ครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เสียชีวิต เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543)

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ด้วยการขยายบทบาทหน้าที่ของ อสม.ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่นๆ ของชุมชนมากขึ้น โดยนอกจากจะทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมมือประสานงานกับผู้นำอื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน มีความเข้มแข็งสามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน

สำหรับช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มีการบัญญัติการกระจายอำนาจจากการบริหารราชการส่วนกลางไปสู่การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น รวมทั้งมี

การปรับวิธีคิดและเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานในการสร้างสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่าคนในสังคมไทยทุกคน จะมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาครวม ทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความเพียงพอทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ และมี ส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย ได้อย่างรู้เท่าทัน อยู่กับการเน้นพึ่งตนเองในชุมชน พลิกฟื้นภูมิปัญญาและพัฒนาศักยภาพคน ตลอดจน การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ตัดสินใจ ใช้เงินในการพัฒนาสุขภาพมาเป็นเงินอุดหนุนการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีอำนาจการตัดสินใจ โดยใช้เงิน เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการงานพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่มิติใหม่ในการดูแลสุขภาพของคนไทยที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” ในอนาคต

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพคนและความ เข้มแข็งของชุมชน คนไทยทุกคนได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา คุณธรรม จริยธรรม อารมณ์ มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะในการประกอบอาชีพ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี และอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข เพิ่มจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 10 ปี พัฒนากำลังแรงงานระดับกลางที่มีคุณภาพเพิ่มเป็น 60% ของกำลังแรงงานทั้งหมด และเพิ่มสัดส่วนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาเป็น 10 คน ต่อประชากร 10,000 คน อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง นำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลลงในระยะยาว

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ยังคงไว้ซึ่งหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเหมือนเดิมภายใต้หลัก “คนคือศูนย์กลางการพัฒนา” โดยใช้หลักเศรษฐกิจเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับประเด็นการปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรให้เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคม

ในด้านการสนับสนุนขวัญกำลังใจให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นอาสาสมัครที่อาสาดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน กระทรวงสาธารณสุข

ได้จัดสวัสดิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หลายประการ เช่น สิทธิการรักษาพยาบาลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และครอบครัว สิทธิในการรับค่าตอบแทนการอบรม ประชุม สิทธิโควตาการศึกษาต่อของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และบุตร การเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ทำงานครบ 10 ปี 20 ปี 30 ปี เป็นต้น และล่าสุดกำหนดให้มีค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ค่าป่วยการ อสม.) เป็นนโยบายของรัฐบาลสนับสนุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 จนถึงปัจจุบัน คนละ 600 บาทต่อเดือน โดยเบิกจ่ายตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2556)

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตามนัยแห่งความหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน พิจารณากิจกรรมและองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 ประการ ตามคู่มือการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การรักษาพยาบาล ได้แก่ งานบริการเกี่ยวกับการตรวจโรค รักษาโรคปฐมพยาบาล การจ่ายยา การใช้สมุนไพรรักษาโรค และการส่งต่อผู้ป่วย
2. การป้องกันโรค ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคบิด โรคเอดส์ รวมถึงการป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น ป้องกันอุบัติเหตุ ค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ งานบริการทางด้านอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานด้านสุขภาพจิต งานทันตกรรม และงานโภชนาการ
4. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ งานบริการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้พิการ และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543)

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กำหนดมีดังนี้

1. เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข

1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น

1.3 แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

2. เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขและเพื่อนบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างเร่งด่วนในเรื่องสำคัญ

2.2 รับข่าวสารและจดบันทึกใน “สมุดบันทึกการปฏิบัติงานของ อสม.”

3. เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนาสาธารณสุขในเรื่องต่างๆ ดังนี้

3.1 การใช้สถานบริการและการใช้ยา

3.2 การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและการป้องกัน

3.3 การสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด

3.4 การรักษาอนามัยร่างกาย

3.5 โภชนาการและสิ่งแวดล้อม

3.6 การป้องกันโรคและควบคุมโรคประจำท้องถิ่น

3.7 การวางแผนครอบครัว

3.8 การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการดูแลเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่ปกติ

3.9 การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน

3.10 การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต

3.11 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

3.12 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคที่ไม่ติดต่อที่สำคัญ

3.13 การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย

3.14 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

3.15 การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผล กระดูกหัก ข้อมือเคลื่อน

3.16 การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนโบราณ

4. ให้บริการช่วยเหลือและรักษาพยาบาล

4.1 ให้การช่วยเหลือ และการรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่อง ไข้ตัวร้อน ไข้มาลาเรีย ปวดเมื่อย ท้องผูก เจ็บหู ปวดท้อง ปวดหัว ปวดหลัง เหน็บชา ปวดเอว พยาธิลำไส้ โลหิตจาง ฝี ผื่น คันบนผิวหนัง และเจ็บตา

4.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับแผลสด น้ำร้อนลวก สุนัขกัด ยาพิษ กระดูกหัก ชักข้อเคลื่อน จมน้ำ ไฟไหม้ และงูกัด

4.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุข และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการ

4.4 จ่ายยาเมื่อคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว (รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข ด้านต่อไปนี้

5.1 โภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก และร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวของอาหารและขาดธาตุไอโอดีน

5.2 อนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากครรภ์ และตรวจครรภ์ตามกำหนดและให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด

5.3 สร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

5.4 ควบคุมโรคประจำถิ่น โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอูจากระงั่งตรวจหาไขหวัดใหญ่ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรียและเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

5.5 ควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค โดยใช้น้ำยาตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจระดับคลอรีนในน้ำบริโภค

5.6 ทัศนสาธารณสุข โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

5.7 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ โดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยในชุมชน

5.8 โรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้บริการ

5.9 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยการจัดกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาหม้ออายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน

5.10 การป้องกันโรคเอดส์ โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์

5.11 การควบคุมป้องกันและการแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย โดยการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศ และร่วมมือประสานงานกับองค์กรต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

6. เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ตามกระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

7. คຸ້ມครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขประชาชนในหมู่บ้านเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้านกรรมการหมู่บ้านและกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานการดำเนินงานระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543)

หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างเร่งด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องระบาดหรือโรคติดต่อต่างรับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่การใช้บริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพปากและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคที่ไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไข

มลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายยุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระตุกหักข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้ และกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็น ใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการตรวจอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนโดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543)

จากการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ไขวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี แต่ในการศึกษาคั้งนี้มุ่งศึกษาในฐานะที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นประชาชนคนหนึ่งในชุมชน ซึ่งโดยพื้นฐานก็ควรจะมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในประเด็นพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และประเด็นความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพราะปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคระบาดในชุมชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไข้เลือดออก ประชาชนจำเป็นจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจในสิ่งที่ได้ยิน ได้อ่าน จึงจะนำไปสู่การมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และบุคคลอื่นได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้การป่วยลดลงได้

ข้อมูลของเทศบาลตำบลสวนหลวง

บทบาทอำนาจหน้าที่

เทศบาล เป็นองค์กรที่มีความใกล้ชิดกับปัญหาและความต้องการของประชาชน ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ 1) เนื่องด้วยสมาชิกสภาท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่นล้วนแต่เป็นสมาชิกของชุมชน 2) เนื่องด้วยกลุ่มคนเหล่านี้เป็นผู้ที่มาจากการคัดเลือก คัดสรรจากประชาชนในท้องถิ่นและกลุ่มคนเหล่านี้ก็นับได้ว่าเป็นผู้แทนของประชาชน อำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นไปตามที่มีการบัญญัติไว้ในกฎหมาย ซึ่งระบุถึงกิจกรรมที่ท้องถิ่นสามารถจัดดำเนินการ หรือ ทำได้ ทั้งนี้ กฎหมายที่ระบุถึงภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ พระราชบัญญัติเทศบาล แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่12) พ.ศ. 2546 อย่างไรก็ดี หากพิจารณาจากขอบข่ายและอำนาจหน้าที่ตามข้อบัญญัติในกฎหมาย แล้วก็จะพบว่ากฎหมายได้ให้อำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจะดำเนินกิจกรรมหรือการให้บริการสาธารณะต่างๆ ได้อย่างค่อนข้างกว้างขวาง ทั้งนี้ลักษณะของภารกิจตามกฎหมายข้างต้น จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ หนึ่ง “หน้าที่ที่ต้องจัดทำ” ซึ่งหมายถึง ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องจัดทำหรือจัดให้มีขึ้นภายในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง สอง “หน้าที่ที่อาจจะจัดทำ” ซึ่งหมายถึง กลุ่มภารกิจที่กฎหมายเปิดโอกาสให้กับท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการจัดทำได้ หากท้องถิ่นมีความพร้อมและศักยภาพเพียงพอ

ภารกิจหน้าที่เทศบาล

เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่าง ดังนั้นกฎหมายจึงมีการระบุภารกิจหน้าที่ของเทศบาลไว้อย่างชัดเจน โดยมีหน้าที่ที่ต้องดำเนินการ ดังนี้

1. รักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน
2. ให้มีและบำรุงทางบกและทางน้ำ
3. รักษาความสะอาดของถนนหรือทางเดินหรือที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอยและปฏิกูล
4. ป้องกันและระงับโรคติดต่อ
5. ให้มีเครื่องใช้ในการดับเพลิง
6. ให้ราษฎรได้รับการศึกษาอบรม
7. ส่งเสริมการพัฒนาเด็กสตรี เด็ก เยาวชนผู้สูงอายุและผู้พิการ
8. บำรุงศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
9. หน้าที่อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นหน้าที่เทศบาล

ข้อมูลสภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลตำบลสวนหลวง

ตำบลสวนหลวงได้รับการจัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลสวนหลวง ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2538 ภายหลังจากที่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2538 ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 111 ตอน 53 ก ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2537 ต่อมากระทรวงมหาดไทยพิจารณาแล้วเห็นว่าองค์การบริหารส่วนตำบลสวนหลวงมีศักยภาพ และมีสภาพเหมาะสม สมควรยกฐานะเป็นเทศบาล อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ซึ่ง

แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2546 และมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 จึงยกฐานะองค์การบริหารส่วนตำบลสวนหลวง เป็น “เทศบาลตำบลสวนหลวง” ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2551 โดยมีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น

ที่ตั้งของเทศบาลตำบลสวนหลวง

เทศบาลตำบลสวนหลวง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอกระทุ่มแบน อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอ กระทุ่มแบนประมาณ 7 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากจังหวัดสมุทรสาครประมาณ 22 กิโลเมตร โดยมีถนนเศรษฐกิจ 1 เชื่อมระหว่างถนนเพชรเกษมกับถนนพระราม 2 ตัดผ่านกลางตำบลสวนหลวง และมีคลองภาษีเจริญไหลผ่านกลางตำบล

เนื้อที่ของตำบลสวนหลวง

ตำบลสวนหลวงมีเนื้อที่ทั้งหมด 16.95 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 11,057 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน
ทิศใต้	ติดต่อกับตำบลคลองมะเดื่อ ตำบลแคราย อำเภอกระทุ่มแบน
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับกรุงเทพมหานคร
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับตำบลท่าไม้ ตำบลตลาด อำเภอกระทุ่มแบน

ลักษณะภูมิประเทศ

เป็นที่ราบลุ่มมีคลองภาษีเจริญไหลผ่านกลางตำบล ทำให้มีหมู่บ้านและชุมชนตั้งอยู่เป็นจำนวนมากบริเวณริมฝั่งคลอง

จำนวนหมู่บ้าน

เทศบาลตำบลสวนหลวงแบ่งการปกครองออกเป็น 13 หมู่บ้าน 14 ชุมชน

จำนวนประชากร

ตำบลสวนหลวง มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 17,152 ครัวเรือน มีจำนวนประชากร 28,297 คน (ณ เดือน มกราคม 2556)

หมายเหตุ ยังไม่นับรวมจำนวนประชากรแฝง ที่อพยพเข้ามาหางานทำในเขตพื้นที่ตำบลสวนหลวง อีกประมาณ 20,000-30,000 คน

ลักษณะทางเศรษฐกิจ

อาชีพของประชากรในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลสวนหลวง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ รับจ้างตามโรงงานอุตสาหกรรม อาชีพรองลงมา คือ เกษตรกรรม ซึ่งรายได้จากการประกอบอาชีพหลัก ก่อนหักค่าใช้จ่ายเฉลี่ย/ครัวเรือน/ปี ประมาณ 42,368 บาท

หน่วยธุรกิจในเขตพื้นที่ตำบลสวนหลวง ประกอบด้วย

1. โรงแรม 2 แห่ง
2. ร้านค้า 850 แห่ง
3. โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ 15 แห่ง, ขนาดกลาง 71 แห่ง และขนาดเล็ก 105 แห่ง

ลักษณะทางสังคม

1. สถาบันการศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลสวนหลวง

1.1 โรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านสวนหลวง และโรงเรียนวัดใหม่หนองพะอง

1.2 สถานศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศพด.บ้านไต้ตั้ง, ศพด.ค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน และศพด.คลองภาษีเจริญ

2. สถาบันและองค์กรทางศาสนา

2.1 วัด จำนวน 1 แห่ง

2.2 ศาลเจ้า จำนวน 2 แห่ง

3. ด้านการสาธารณสุข

3.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.สวนหลวง และ รพ.สต.บ้านรางปลาชิว

3.2 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 4 แห่ง

4. ด้านอื่น ๆ

4.1 ค่ายทหาร 1 แห่ง ได้แก่ ค่ายกำแพงเพชรอัครโยธิน ปัจจุบันมี 4 กองพัน

4.2 สถานีวิทยุกระจายเสียงจำนวน 2 แห่ง

4.3 หอกระจายข่าว แบบเสียงไร้สาย จำนวน 55 แห่ง

4.4 ปั๊มน้ำมัน 1 แห่ง

ลักษณะโครงสร้างพื้นฐาน

1. ด้านการคมนาคม

1.1 มีถนนสายหลักเป็นถนนลาดยางติดต่อกับอำเภอตลอดเส้นทาง 3 สาย

1.2 ถนนซอยภายในหมู่บ้าน มีทั้งถนนลาดยางและถนนคอนกรีต

1.3 การเดินทางจากตำบลสวนหลวงไปอำเภอกระทุ่มแบน และไปจังหวัดสมุทรสาคร มีรถประจำทางและรถยนต์รับจ้าง

2. ด้านการไฟฟ้า

ปัจจุบันปริมาณการผลิตและจำหน่ายกระแสไฟฟ้าของสำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค อำเภอกระทุ่มแบน และสำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคตำบลอ้อมน้อย มีเพียงพอกับความต้องการของประชาชนละ โรงงานอุตสาหกรรม ทุกชุมชนทุกครัวเรือนมีกระแสไฟฟ้าใช้และโคมไฟฟ้าสาธารณะภายในชุมชน

3. ด้านแหล่งน้ำธรรมชาติ

มีลำคลองธรรมชาติ จำนวน 16 สาย ได้แก่ คลองภาษีเจริญ คลองไต้สัง คลองสหราษฎร์ คลองแครายเก่า คลองสี่สาร คลองนางสาว คลองหมื่นปารมภ์ คลองแครายใหม่ คลองสี่วาตากล่อม คลองราษฎร์สามัคคี คลองราษฎร์นิคม คลองแนวลิขิต คลองอ้อมแถม คลองศรีสำราญ คลองศรีบุญเรือง และคลองอ่อนใจ

4. ด้านการประปา

กิจกรรมประปาของเทศบาลตำบลสวนหลวง โดยการขุดเจาะบ่อบาดาลขนาดเล็ก และขนาดกลาง สูบน้ำขึ้นมาผลิตให้เป็นน้ำสะอาดตามหลักวิชาการ และวิธีอันเหมาะสม เพื่อใช้ในการอุปโภคบริโภค โดยการจ่ายน้ำไปตามท่อเมนผ่านมาตรวัดน้ำ บริการให้แก่ประชาชนในทุกชุมชน มีบ่อบาดาลทั้งสิ้น จำนวน 28 บ่อ ปัจจุบันการให้บริการน้ำเพื่ออุปโภคบริโภค ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้น้ำ เนื่องจากในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวงได้มีการขยายตัวของบ้านพักอาศัย โรงงาน และสถานประกอบการอื่นๆ เพิ่มขึ้น ประกอบกับปริมาณน้ำใต้ดินมีจำนวนลดลง และในจังหวัดสมุทรสาครถือเป็นเขตอนุรักษ์น้ำบาดาล การขุดเจาะบ่อบาดาล ต้องขออนุญาตต่อกรมทรัพยากรน้ำ ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงให้ดำเนินการประสานกับการประปาส่วนภูมิภาคในการขอขยายเขตจำหน่ายน้ำประปาให้ครอบคลุมพื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง

5. ด้านการโทรคมนาคม

การโทรคมนาคมในเขตพื้นที่ตำบลสวนหลวง จัดให้บริการโดยสำนักบริการโทรศัพท์อำเภอกระทุ่มแบน และองค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย รวมทั้งได้มีการติดตั้งโทรศัพท์สาธารณะตามชุมชนต่างๆ ในเขตพื้นที่ตำบลทั่วทั้งชุมชน

ลักษณะทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

1. ทรัพยากรธรรมชาติ

สภาพพื้นที่ของตำบลสวนหลวง เป็นที่ราบลุ่ม มีเนื้อที่ทั้งหมด 11,057 ไร่ มีลำคลองธรรมชาติจำนวน 16 สาย ซึ่งคลองสายหลัก คือ คลองภาษีเจริญที่เชื่อมต่อกับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ไหลผ่านกลางตำบล และไหลลงสู่แม่น้ำท่าจีน ลักษณะของพื้นที่จึงถูกแบ่งเป็นฝั่งเหนือและฝั่งใต้ มีถนนสวนหลวง 1 เชื่อมต่อจากอำเภอกระทุ่มแบน ผ่านชุมชน จรดเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันมีถนนพุทธสาครเป็นถนนสายหลัก จึงเป็นเหตุให้สภาพพื้นที่ของตำบลสวนหลวงมีทำเลที่เหมาะสมแก่การก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรม และประกอบกิจการต่างๆ

2. สิ่งแวดล้อม

ตำบลสวนหลวงเป็นพื้นที่ในเขตปริมณฑล ซึ่งค่อนข้างจะมีความเจริญเติบโตและมีการขยายตัวของชุมชนอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านที่อยู่อาศัยและโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งแนวโน้มมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการขยายตัวของชุมชนธุรกิจ เป็นต้นว่า มีการก่อสร้างอาคารของการเคหะแห่งชาติ 5 ชั้น 10 หลัง และธุรกิจบ้านจัดสรร และโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมตามมา ทั้งเรื่องปัญหาขยะมูลฝอย เช่น การจัดเก็บขนขยะ สถานที่ทิ้งและกำจัดขยะมูลฝอย ปัญหาการระบายน้ำเสียลงสู่คลองภาษีเจริญ ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพน้ำในคลองภาษีเจริญต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ ยังมีปัญหาจากการประกอบกิจการและการขยายตัวของชุมชนส่งผลกระทบต่อปัญหามลพิษทางกลิ่น เสียง อากาศ เป็นเหตุให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมและไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

โครงสร้างการเมืองและการบริหารราชการ

โครงสร้างฝ่ายการเมือง ของ เทศบาลตำบลสวนหลวงมีโครงสร้างเป็น 2 ส่วน คือ สมาชิกเทศบาลตำบลสวนหลวง จำนวน 12 คน และนายกเทศมนตรีตำบลสวนหลวง ซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชน

โครงสร้างการบริหารราชการ ภารกิจหน้าที่และการบริหารงานของเทศบาลตำบลสวนหลวง แบ่งเป็น 8 กอง 1 หน่วยงาน ภายใต้การกำกับดูแลของนายกเทศมนตรี และปลัดเทศบาล ซึ่งกำหนดส่วนราชการและหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. สำนักงานปลัดเทศบาล มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการบริหารทั่วไป งานธุรการ งานพิมพ์ดีด งานการเจ้าหน้าที่ งานสวัสดิการ งานประชุม งานเกี่ยวกับการตราเทศบัญญัติ งานนิติกร งานการพาณิชย์ งานรัฐพิธี งานประชาสัมพันธ์ งานจัดทำแผนพัฒนาเทศบาล งานจัดทำเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย งานสนับสนุนเกี่ยวกับอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน งานสวัสดิการสังคม งานอื่นที่มีได้กำหนดไว้ว่าเป็นงานของส่วนราชการบริหารใด และงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

2. กองคลัง มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน การตรวจเงิน การหักภาษีเงินได้และการนำส่งภาษี งานเกี่ยวกับการตัดโอนเงินเดือน งานรายงานคงเหลือประจำวัน งานขออนุมัติเบิกตัดปี และขอขยายเวลาเบิกจ่าย งานการจัดทำงบแสดงฐานะทางการเงิน งบทรัพย์สิน หนี้สิน เงินสะสม งานการจัดทำบัญชีทุกประเภท งานทะเบียนคุมเงินรายได้ รายจ่าย งานพัสดุและทรัพย์สิน งานสถิติการคลัง งานจัดเก็บรายได้ งานผลประโยชน์และงานพัฒนารายได้ งานจัดทำและปรับปรุงแผนที่ภาษี และทะเบียนทรัพย์สินและงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

3. กองช่าง มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาเมือง งานโครงสร้างพื้นฐาน งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต จัดระเบียบชุมชน ประกอบด้วย งานสถาปัตยกรรม งานวิศวกรรม งานผังเมือง งานระบบสาธารณสุขโรค งานควบคุมอาคาร งานควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิง งานที่ดินสาธารณประโยชน์ งานพัฒนาและปรับปรุงชุมชนแออัด งานควบคุมแนวเขต บำรุงรักษาถนน สะพาน เขื่อน ท่าเทียบเรือ ท่อระบายน้ำ และงานที่เกี่ยวข้องกับงานวิศวกรรมโยธา และคลองสาธารณประโยชน์ งานบริเวณ

สถานที่ งานสวนสาธารณะ งานประสาทรบบประปา งานสุขาภิบาล และงานไฟฟ้าสาธารณะ และงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

4. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานการสาธารณสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกัน และรักษาโรค การรักษาความสะอาด การอนุรักษ์และฟื้นฟู ตลอดจนทรัพยากรธรรมชาติ วางแผนประสาน คุ้มครองดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากร ป่าไม้ ดิน น้ำ ตลอดจนทรัพยากรธรรมชาติอื่น รวมทั้งจัดการและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ การเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบและดำรงไว้ซึ่งสภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของสิ่งมีชีวิต และงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

5. กองการศึกษา มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานจัดการศึกษา ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีอันดีงามของประชาชน การสนับสนุนบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ และทรัพย์สินต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา ส่งเสริม ทำนุบำรุงและรักษาไว้ซึ่งศิลป ประเพณี ขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีของท้องถิ่น วัฒนธรรมด้านภาษา การดำเนินชีวิต ส่งเสริม สนับสนุนการเล่นกีฬา การส่งเสริมและพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวและงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

6. กองการประปา มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการผลิตน้ำประปา งานจำหน่ายน้ำประปา การให้บริการ งานมาตรวัดน้ำ งานการเงินการบัญชี งานจัดเก็บรายได้ งานพัสดุและทรัพย์สินของกิจการประปา งานบำรุงรักษาหรือซ่อมแซมครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างที่ใช้ในงานกิจการประปา การเตรียมน้ำสำรองเพื่อการดับเพลิง และงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

7. กองสวัสดิการสังคม มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการสงเคราะห์ การส่งเสริมสวัสดิการเด็กและเยาวชน การพัฒนาชุมชน การจัดระเบียบชุมชนหนาแน่นและชุมชนแออัด การจัดให้มีและสนับสนุนกิจกรรมศูนย์เยาวชน การส่งเสริมประเพณีท้องถิ่น และงานสาธารณะ การให้คำปรึกษา แนะนำหรือตรวจสอบเกี่ยวกับงานสวัสดิการสังคม และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

8. กองวิชาการและแผนงาน มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านวิชาการและการวางแผน ซึ่งแบ่งหน่วยงานรับผิดชอบออกเป็น 3 ฝ่าย 5 งาน คือ งานธุรการ งานวิเคราะห์นโยบายและแผนงานนิติการ งานจัดทำงบประมาณ และงานประชาสัมพันธ์

9. ฝ่ายตรวจสอบภายในและระบบบัญชี มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการตรวจสอบถ่วงดุล ให้ความเห็น และข้อเสนอแนะแก่ปลัดเทศบาลเกี่ยวกับงานการเงิน บัญชี ทะเบียน และเอกสารที่เกี่ยวข้อง งานตรวจสอบเอกสารการเบิกจ่ายเงิน งานตรวจสอบเอกสารการรับเงินทุกประเภท งานตรวจสอบภาษีทั้งภายในและภายนอก งานตรวจสอบการเก็บรักษาหลักฐานการเงิน บัญชี การจัดเก็บรายได้ งานตรวจสอบพัสดุและการเก็บรักษา งานตรวจสอบทรัพย์สิน งานตรวจสอบการทำประโยชน์ ทรัพย์สินของเทศบาล และควบคุมตรวจสอบด้านอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในตำบลสวนหลวง

ตำบลสวนหลวง อยู่ในเขตปริมณฑล มีพื้นที่ติดต่อกับกรุงเทพมหานคร รองรับความเจริญ และการขยายตัวจากกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอุตสาหกรรมและชุมชน มีอัตราการขยายตัวสูงมาก มีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรจากจังหวัดต่างๆ มาประกอบอาชีพจำนวนมาก มีโรงงานตั้งอยู่ในพื้นที่เกือบ 200 แห่ง ก่อให้เกิดปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมตามมา แม้ว่าจังหวัดสมุทรสาครได้มีการประกาศให้จังหวัดสมุทรสาครเป็นเขตควบคุมมลพิษ เมื่อปี พ.ศ. 2538 ที่ผ่านมาแล้วก็ตาม

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพและรูปแบบการเจ็บป่วยของประชากรได้เปลี่ยนแปลงไป การเจ็บป่วยที่พบเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าโรคติดเชื้อ รวมถึงโรคหรืออาการอันเกิดจากสภาพสังคม และวิถีชีวิต ในยุคอุตสาหกรรม เช่น โรคเรื้อรังหลายๆ ชนิดที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ สังคมเมืองอุตสาหกรรม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น รวมถึงปัญหาด้านมลภาวะสิ่งแวดล้อม

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ พบปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยใช้เกณฑ์ คือ ปัญหาที่มีความรุนแรง และมีความยากในการแก้ปัญหา สามารถสรุปปัญหาที่สำคัญ นำมาจัดกลุ่มได้ 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 6 เรื่อง ได้แก่

1. โรคเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูง

3. โรคหัวใจและหลอดเลือด

4. ภาวะอ้วนลงพุง

5. โรคเมร็งเต้านม

6. โรคเมร็งปากมดลูก

กลุ่มที่ 2 ปัญหามลภาวะทางสิ่งแวดล้อม

1. มลภาวะทางอากาศ

2. มลภาวะทางน้ำ

3. มลภาวะทางเสียง

กลุ่มที่ 3 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคติดต่อ มี 1 เรื่อง ได้แก่

1. โรคไข้เลือดออก โดยมีสถิติย้อนหลัง 10 ปี ดังนี้

1.1 ปี 2546 พบผู้ป่วยจำนวน 29 ราย

1.2 ปี 2547 พบผู้ป่วยจำนวน 16 ราย

1.3 ปี 2548 พบผู้ป่วยจำนวน 13 ราย

1.4 ปี 2549 พบผู้ป่วยจำนวน 28 ราย

1.5 ปี 2550 พบผู้ป่วยจำนวน 47 ราย

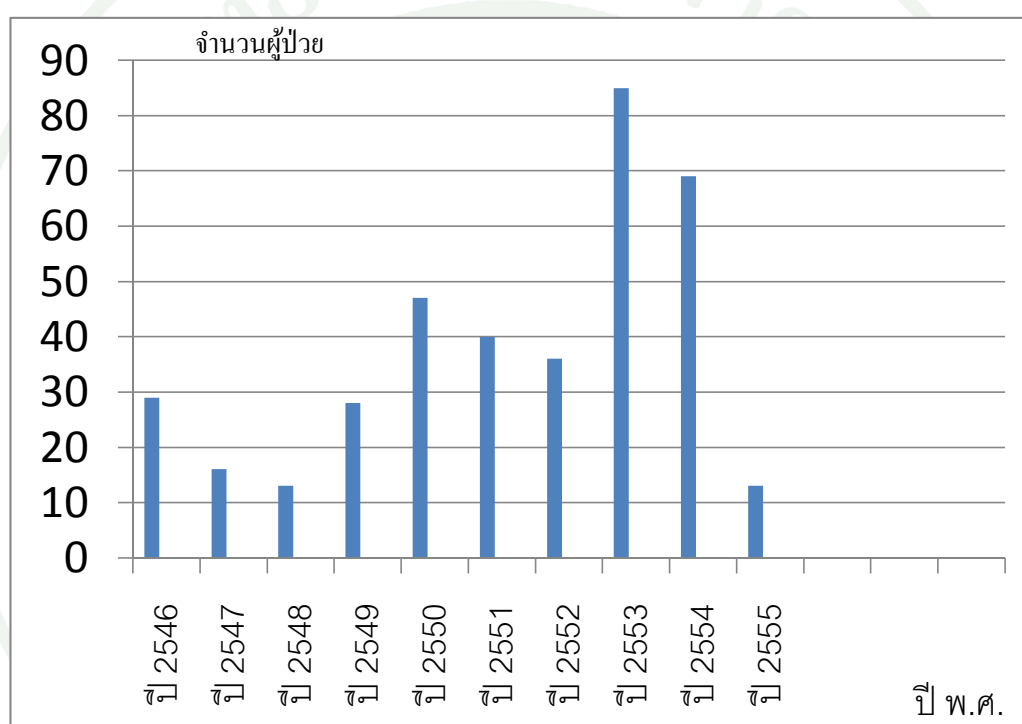
1.6 ปี 2551 พบผู้ป่วยจำนวน 40 ราย * สูงเป็นอันดับ 1 ของอำเภอกระทุ่มแบน

1.7 ปี 2552 พบผู้ป่วยจำนวน 36 ราย * สูงเป็นอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบน

1.8 ปี 2553 พบผู้ป่วยจำนวน 85 ราย * สูงเป็นอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบน

1.9 ปี 2554 พบผู้ป่วยจำนวน 69 ราย * สูงเป็นอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบน

1.10 ปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 13 ราย * สูงเป็นอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบน



ภาพที่ 8 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของตำบลสวนหลวงจำแนกตามปี

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน (2556)

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของชุมชน พบปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก ที่พบติดอันดับอัตราป่วยที่สูงเป็นอันดับ 1 และอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบนต่อเนื่องในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา และในปี 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 14 ราย เป็นอันดับ 2 ของอำเภอกระทุ่มแบน จากสถิติดังกล่าวสิ่งที่สังเกตได้พบว่า ในปี 2555 และปี 2556 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอกระทุ่มแบนในภาพรวมลดจำนวนลง เช่นเดียวกันกับที่ตำบลสวนหลวง จำนวนผู้ป่วยก็ลดลง แต่ยังคงติดอันดับ 2

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ซึ่งมีพื้นที่พื้นรับผิดชอบทั้งหมด 2 เขตสาธารณสุข ได้แก่ เขตสาธารณสุขที่ 4 ประกอบด้วยจังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม และ เขตสาธารณสุขที่ 5 ประกอบด้วย จังหวัดสมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ได้มีศึกษาการคาดการณ์ หรือพยากรณ์โรค (Forecasting) ไข้เลือดออก ซึ่งเป็นการพยากรณ์เหตุการณ์ของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สาธารณสุขเขต 4 และเขต 5 ตามนโยบายกรมควบคุมโรค ได้มีนโยบายให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต ดำเนินการพยากรณ์โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ พบว่าลักษณะการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สาธารณสุขเขต 4,5 ในเขตสาธารณสุขที่ 4,5 พบว่ารูปแบบและแนวโน้มการเกิดโรค จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง พบว่าในช่วงตั้งแต่ปี 2545-2549 รูปแบบการระบาด 2 ปีเว้น 1 ปี ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 พบว่ารูปแบบเป็นแบบ 2 ปีเว้น 2 ปี โดยพบการระบาดหนักในปี 2551 ด้วยอัตราป่วยเท่ากับ 215.81 ต่อประชากรแสนคน และปี 2554 อัตราป่วยเท่ากับ 188.62 ต่อประชากรแสนคน โดยเริ่มมีการระบาดปี 2550-2551 (ด้วยอัตราป่วย 171.44 และ 215.81 ต่อประชากรแสนคน) และลดลงในปี 2552-2553 (ด้วยอัตราป่วย 120.01 และ 119.17 ต่อประชากรแสนคน)

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คือ ภูมิทัศน์ทางของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้าย สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ การขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ นโยบายของผู้บริหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง และมีผลกระทบอย่างต่อเนื่องกับการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก เป็นอย่างยิ่งและยังมีส่วนทำให้รูปแบบการเกิดโรคมีความผันแปรไปในแต่ละปีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จึงมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน (Multiple Risk Factors) ดังนั้นแนวคิดด้านการรายงานสถานการณ์โรค จึงเปลี่ยนไปสู่การสร้างสรรค์ความคิด โดยการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการ “ป้องกัน” และ “เตือนภัย” ในเหตุการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น นำไปสู่การทำนาย (Forecast) หรือพยากรณ์ (Prediction) ซึ่งเป็นภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Assessment) ที่ใช้เป็นเครื่องมือคาดการณ์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น และเป็นเครื่องมือช่วยให้ฝ่ายบริหารสามารถตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย แผนงานและกลยุทธ์ในการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อไป (เทศบาลตำบลสวนหลวง, 2556)

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. เน้นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายก่อนฤดูระบาดและในช่วงมีการระบาด
2. พัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายในชุมชน
3. รายงานโรคไข้เลือดออก (DF/DHF/DSS) ทั้งรายที่สงสัยและที่ได้รับการยืนยันทันทีเพื่อการควบคุมโรค
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระดับอำเภอ ให้สามารถดำเนินการควบคุมโรคได้
5. ให้ข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์
6. ให้สถานพยาบาลทุกแห่ง เตรียมพร้อมทั้งบุคลากรและอุปกรณ์

นโยบายของจังหวัดสมุทรสาคร ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

มาตรการสำคัญที่จะป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากการควบคุมยุงลาย ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างจริงจังให้ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพแล้ว ต้องมีระบบเฝ้าระวังและสอบสวนที่เข้มแข็ง และมีความไวในการค้นหาผู้ป่วย ตรวจจับความผิดปกติ และพยากรณ์สถานการณ์หรือการระบาดได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยความตั้งใจและความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง

ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เริ่มที่ลูกน้ำยุงลาย และการควบคุมการระบาด โดยมีขอบเขตในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องตามผลการประชุม The strategic plan for prevention and control of Dengue in Asia-Pacific (2007-2015) ดังนี้

1. การเพิ่มความเข้มแข็งในการพยากรณ์การระบาด และการค้นหาผู้ป่วยอย่างฉับไว มีแนวทางในการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพในระบบเตือนภัยการระบาดโดยใช้ความร่วมมือจาก อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติในการดำเนินงาน มีการเฝ้าระวังทาง กีฏวิทยา และ Dengue serotype

2. ปรับปรุงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยการเพิ่มขีดความสามารถของสถานพยาบาลในการรักษา DF/DHF /DSS และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติทางแพทย์และมีแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติ

3. สนับสนุน การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านกระบวนการกำจัดขยะพาหะนำโรคแบบบูรณาการ มีแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ การวิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานในแต่ละพื้นที่ สนับสนุนให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก โดยผ่านนโยบายสาธารณะ พัฒนาคู่มือ และเผยแพร่ รวมทั้งผลักดันให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เน้นโครงการบ้านสะอาดน่าอยู่ รมรณรงค์กำจัดภาชนะที่มีศักยภาพในการขังน้ำอันจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ เมื่อมีฝนตกหรือน้ำท่วมขัง รวมทั้งสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดความตระหนักในการเก็บกวาดล้างวัสดุ และกองขยะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

4. สนับสนุนนวัตกรรมใหม่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการปรับนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น มีการกำกับดูแลและเฝ้าระวังพาหะนำโรคใน โรงเรียน วัด บ้าน และชุมชน รวมทั้งแหล่งอื่นๆ สร้างเครือข่ายสำหรับผู้ประกอบการขารยนต์และประสานให้มีการกำจัด หรือ Recycle ขารยนต์ ซึ่งเป็น Key Container ที่สำคัญ

นโยบายของเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

นโยบายควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เริ่มที่การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กำจัดลูกน้ำยุงลาย และการควบคุมการระบาด โดยมีลงพื้นที่สำรวจปัญหา การประชุมแต่ละชุมชน เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องตามนโยบายของจังหวัดสมุทรสาคร ถ่ายทอดลงมาสู่ นโยบายในระดับอำเภอกระทุ่มแบน ดังนี้

1. การเพิ่มความเข้มแข็งในการพยากรณ์การระบาด และการค้นหาผู้ป่วยอย่างฉับไว มีแนวทางในการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพในระบบเตือนภัยการระบาดโดยใช้ความร่วมมือจาก อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แคนนำเครือข่ายสุขภาพในตำบล ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในตำบลสวนหลวง

2. ปรับปรุงมาตรฐานระบบการรายงาน Case ผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลกระทุ่มแบน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งในพื้นที่ กับเทศบาลตำบลสวนหลวง ให้ข้อมูลเที่ยงตรง รวดเร็ว มีมาตรฐานในการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

3. สนับสนุน การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ผ่านกระบวนการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย กำจัดยุงลายพาหะนำโรคแบบบูรณาการ มีแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ การวิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานในแต่ละชุมชน สนับสนุนให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก โดยผ่านนโยบายสาธารณะ พัฒนาคู่มือ และเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ผ่านกระบวนการแกนนำสุขภาพ และ อสม. รวมทั้งผลักดันให้ชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เน้นโครงการบ้านสะอาดน่าอยู่ รมรงค์กำจัดภาชนะที่มีศักยภาพในการขังน้ำอันจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ เมื่อมีฝนตกหรือน้ำท่วมขัง สนับสนุน โครงการคัดแยกขยะ เพื่อนำขยะไปสู่กระบวนการรีไซเคิล รวมทั้งสนับสนุนองค์ความรู้ให้ประชาชน เกิดความตระหนักในการเก็บกวาดล้างวัสดุ และกองขยะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

4. สนับสนุนนวัตกรรมใหม่ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการปรับนโยบาย สาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น มีการกำกับดูแลและเฝ้าระวังพาหะนำโรคใน โรงเรียน วัด บ้าน และชุมชน รวมทั้งแหล่งอื่นๆ สร้างเครือข่ายสำหรับผู้ประกอบการยางรถยนต์และประสานให้มีการ กำจัด หรือ รีไซเคิล ยางรถยนต์

ความต้องการของประชาชน (Need Assessment)

คือ กระบวนการศึกษา สํารวจ วิเคราะห์สภาพปัญหา ความจำเป็นความต้องการของชุมชน ซึ่งในประเด็นปัญหาโรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขของคนในชุมชนตำบลสวนหลวง ซึ่ง พบอัตราการป่วยที่สูงอยู่ต่อเนื่องทุกปี แม้ว่าในปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 13 ราย ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่ น้อยลงของทุกตำบลในพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน แต่จากการศึกษาการคาดการณ์ หรือพยากรณ์โรค (Forecasting) ไข้เลือดออก ในพื้นที่ตำบลสวนหลวง พบว่าลักษณะการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ มีรูปแบบและแนวโน้มการเกิดโรค จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง พบว่าในช่วงตั้งแต่ปี 2545-2556 รูปแบบการระบาด 2 ปีเว้น 2 ปี โดยข้อมูลสถิติผู้ป่วยในปี 2555 -2556 เป็นช่วงที่มีการเว้น 2 ปี แต่

นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระทุ่มแบน ได้คาดการณ์ หรือพยากรณ์โรค (Forecasting) ใช้เลือดออก ว่าสาเหตุที่จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก ในปี 2555-2556 ลดน้อยลงอาจมีสาเหตุมาจากการประสบปัญหาน้ำท่วมใหญ่ปลายปี 2554 หลังจากพ้นภาวะวิกฤติน้ำท่วมแล้ว ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน มีการรณรงค์ Big Cleaning Day หลายต่อหลายครั้ง มีการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นจำนวนมาก เป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่น้อยลง ทำให้อัตราป่วยในภาพรวมของอำเภอกระทุ่มแบน และตำบลสวนหลวง มีผู้ป่วยที่ลดลงกว่าปีอื่นๆ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน, 2556)

สำหรับปีงบประมาณ 2556 ได้มีการจัดประชุมทำแผนบูรณาการงานป้องกันและควบคุมโรคร่วมกันระหว่างเทศบาลตำบลสวนหลวง และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระทุ่มแบน ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลกระทุ่มแบน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ในพื้นที่ตำบลสวนหลวง ได้มีการสรุปภาพรวมของการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เมื่อปีงบประมาณ 2555 ที่ผ่านมาถึงผลการดำเนินงานโครงการปัญหา และอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ตลอดจนความต้องการของประชาชน โดยได้มีการรายงานต่อผู้บริหารเทศบาล ประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานในปี 2556 ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ให้มีการส่งเสริมดำเนินงานกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กำจัดลูกน้ำยุงลาย และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านของตนเองและสถานที่สาธารณะให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเน้นให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน และรอบบ้านของตนเองให้สะอาด น่านอน และน่าอยู่

2. พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชนที่รับผิดชอบ โดยเป็นแกนนำในการให้ความรู้ประชาชนในควบคุมและป้องกันโรค ดึงประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

3. ปรับปรุงระบบรายงาน Case ผู้ป่วยไข้เลือดออกจากสถานบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลกระทุ่มแบน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), และโรงพยาบาลอื่นๆ ใกล้เคียง) ให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และพัฒนาศักยภาพหน่วยเคลื่อนที่เร็วของตำบลสวนหลวง ให้มีประสิทธิภาพ พร้อมรับสถานการณ์

4. ให้ความรู้ประชาชน ถึงศักยภาพของประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหา มุ่งเน้นให้มีพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วม ไม่เป็นเพียงฝ่ายรับที่นั่งรอให้เจ้าหน้าที่มาให้บริการ

5. สนับสนุนนวัตกรรมชุมชน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการปรับนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น มีการกำกับดูแลและเฝ้าระวังพาหะนำโรคใน โรงเรียน วัด บ้านและชุมชน รวมทั้งแหล่งอื่นๆ การมอบปลาหางนกยูงให้กับประชาชน สร้างเครือข่ายให้ประชาชนรู้จักการคัดแยกขยะ นำขยะไปรีไซเคิล ช่วยลดปัญหาขยะ ลดปัญหาแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

จากนั้น ได้ผลักดันโครงการรณรงค์ป้องกันแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกเข้าสู่แผนงานของเทศบาล เพื่อจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินโครงการในแต่ละปีงบประมาณ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และความฉลาดทางสุขภาพ

ยุวดี (2541) ศึกษาเรื่องความซุกซมลูกน้ำยุงลาย ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สำราญ (2546) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

บัณฑิตฐ (2546) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดยโสธร รูปแบบของการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง

โดยให้โปรแกรมการเรียนรู้พัฒนาพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม เน้นการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 95 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t -test และสถิติหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบเพียร์สัน หลัง การศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำการเกิดโรคไข้เลือดออกระดับสูงมาก ด้านพฤติกรรมควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นระดับพฤติกรรมดีร้อยละ 100 โดยมีพฤติกรรมหลังการศึกษาดี เพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การ รับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมและป้องกัน โรค ไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังพบว่า หลัง การจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมโรคและป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม มีผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ การเป็นโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมควบคุมและป้องกัน โรค ไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กฤตย์ดิวัฒน์ และคณะ (2554) ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนใน พื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมี กระบวนการปฏิบัติงาน 9 ขั้นตอนโดยขั้นตอนที่ 4 ด้านการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ใน ประเด็นการมี มนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงานให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อให้ กลุ่มเครือข่ายสามารถนำพลังความสามารถที่มีในตัวคนมาใช้สื่อสารงานด้านการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก และให้สามารถดำเนินกิจกรรมในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ

เชษฐา และคณะ (2555) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลวันยาวและตำบลวังสรรพรส อำเภอลำลูก จังหวัดจันทบุรีเป็นการวิจัย เชิงสำรวจโดยใช้แบบสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในเขตพื้นที่สองตำบลในอำเภอลำลูก จังหวัดจันทบุรี จำนวน 138 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบของฟิชเชอร์ ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถระบุการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยสามารถ ระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ

นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกินกว่าร้อยละ 80.00 มีความเห็นว่าการมีบุคลากรภาพ
 วิกฤตกังวลและภาวะวิกฤติในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทางจิต และอาสาสมัครสาธารณสุข
 เกินกว่าร้อยละ 96.00 เห็นว่าการออกกำลังกาย การพบปะผู้คนและการรับบริการให้การปรึกษาเป็น
 กิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีอาการดีขึ้น ในประเด็นความคิดเห็นต่อบุคคลที่มี
 ปัญหาทางจิตพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต
 และมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิควรได้รับการ
 พัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตและทักษะการให้คำปรึกษา เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวมีความ
 ใกล้ชิดกับประชาชน จึงได้รับความไว้วางใจในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ใน
 ชุมชนของตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Dewalt and Hink (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ Health Literacy and Child Health Outcomes
 พบว่าเด็กที่มีผู้ปกครองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีการเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น
 1.4 เท่า การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของเด็กสูงขึ้น 4.6 เท่า และจำนวนวันที่เด็กขาดเรียนเพิ่มขึ้น
 2.8 เท่า และผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับต่ำจะทำให้เด็กมีอาการของ
 โรคหอบหืดและความรุนแรงของโรคสูงกว่า และต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการสูงกว่า ซึ่งหมายความว่า
 ปัญหาเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสุขภาพน้อย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการ
 และความรุนแรงของโรคสูงขึ้น เข้าโรงพยาบาลบ่อย และนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระในเรื่อง
 ค่ารักษาพยาบาลตามมา ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ
 ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพ
 ของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

Caroline *et al.* (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับ
 ความพร้อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพ เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาด
 ทางสุขภาพ กับความพร้อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปฏิบัติตามเพื่อดูแลสุขภาพ โดยกลุ่ม
 ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 68 คน ได้รับการดูแล และการให้ความรู้ด้านวิชาการ
 เกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบในคลินิกเบาหวาน ใช้เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่
 (Adults) ได้แก่ แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Rapid
 Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ
 ทำให้มีปัญหาในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีความสามารถน้อย ในการนำ

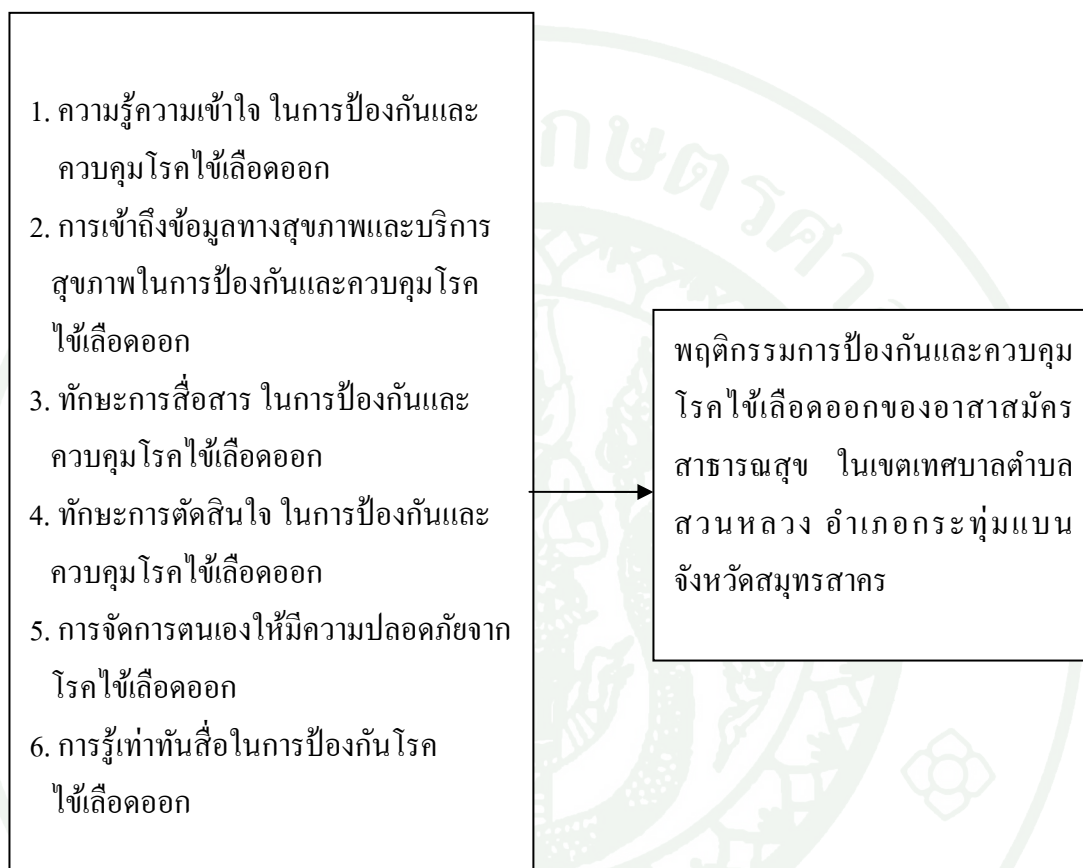
ระบบแนวทางการดูแลตนเอง และการจัดการกับโรคเบาหวานที่ตนเองเป็นอยู่ และความฉลาดทางสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และความฉลาดทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันโรค ประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและบริการสุขภาพ มีทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจากเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เทศบาลตำบลสวนหลวง ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคอาศัระบบสุขภาพภาคประชาชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขมาเป็นกลไกที่สำคัญในการดำเนินงาน ดังที่ทราบแล้วว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถ และพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรค ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้นำผลการวิจัยดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยได้นำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง

อุปกรณ์และวิธีการ

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร มีรูปแบบการวิจัย กลุ่มเป้าหมายและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาในกลุ่มประชากรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 240 คน ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ในปี พ.ศ. 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1.1 ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถาม จากตำราการสร้างเครื่องมือในการวิจัย เพื่อนำมากำหนดโครงสร้าง และสำนวนภาษาของข้อคำถาม

1.3 วิเคราะห์เนื้อหาความฉลาดทางสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากนั้นกำหนดโครงสร้างเนื้อหา ประยุกต์

แนวคิด ทฤษฎี มาใช้สร้างข้อคำถามให้เนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย

1.4 เสนอแบบสอบถาม ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษา และนำแบบสอบถามไปปรับปรุง แก้ไข

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านระเบียบวิธีวิจัย การใช้ภาษา เนื้อหางานวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการ สาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence:IOC) ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .66 มาใช้ในการเป็นเครื่องมือในการทำวิจัย (บุญใจ, 2553) และปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก และปรับภาษาให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2 นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Tryout) กับ อสม.ในพื้นที่ตำบลอื่น ๆ ในอำเภอกระทุ่มแบน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ ทำการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ตรวจสอบความเชื่อมั่นในแบบวัดประเมินค่า ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีของ Cronbach ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .80 ขึ้นไปจึงยอมรับได้ (บุญใจ, 2553) ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถาม ความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านความรู้ความเข้าใจเท่ากับ .820 ด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ .802 ด้านทักษะการสื่อสาร เท่ากับ .931 ด้านการตัดสินใจ เท่ากับ .827 ด้านการจัดการตนเอง เท่ากับ .890 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ .893 ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก .877

2.3 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อ ตรวจสอบและปรับปรุงโดยการตัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออก และนำเครื่องมือที่ได้ไปเก็บข้อมูลจริง กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน 2557 จำนวน 240 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะการตอบแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ (Open ended) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามความรู้ความเข้าใจตามกรอบองค์ความรู้ที่จำเป็น (Essential knowledge) เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก สาเหตุ การติดต่อ การป้องกัน

1.2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก

1.3 วิธีการป้องกันและควบคุมโรค

1.4 การปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และแต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก ลักษณะข้อคำถามเชิงบวก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ หรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ให้คะแนน 1 หมายถึง ตอบ ใช่

ให้คะแนน 0 หมายถึง ตอบ ไม่ใช่

ให้คะแนน 0 หมายถึง ตอบ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

การประเมินผลความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยประยุกต์โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยจากค่ามัธยฐานเลขคณิต ของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนอยู่ใน $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2} \sigma$

2. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ มี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การประเมินระดับของการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนอยู่ใน $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2} \sigma$

3. แบบสอบถามทักษะการสื่อสาร เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการสื่อสารข้อมูลเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงการโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับ มี 5 ตัวเลือก ในลักษณะของมาตราประเมินค่าประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การประเมินระดับของการสื่อสารด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับของการสื่อสาร จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

- | | |
|--------------|--|
| ระดับดี | หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด |
| ระดับปานกลาง | หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ |
| ระดับไม่ดี | หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2} \sigma$ |

4. แบบสอบถามการตัดสินใจ ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 5 ตัวเลือก ในลักษณะของมาตราประเมินค่าประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การประเมินระดับของการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการตัดสินใจ จากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$

ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2} \sigma$

5. แบบสอบถามการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการจัดการบ้านเรือนของตนเองเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 5 ตัวเลือก ในลักษณะของมาตราประเมินค่าประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การประเมินระดับของการจัดการตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการตัดสินใจ จากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$

ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2} \sigma$

6. แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของสื่อ ประเมินสื่อ เพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งชี้แนะแนวทางสถานการณ์ มี 5 ตัวเลือก โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

การประเมินระดับของการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรู้เท่าทันสื่อ จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี	หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$
ระดับไม่ดี	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2} \sigma$

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเชิงบวก เป็นการถามถึงการปฏิบัติตัวในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ประกอบด้วย ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงตัวเลือกเดียวดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติประจำ

การประเมินระดับของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรู้เท่าทันสื่อ จากค่ามัธยมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\mu + \frac{1}{2} \sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2} \sigma$

ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2} \sigma$

การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว คือ ตัวแปรต้น ความฉลาดทางสุขภาพ ตัวแปรตาม พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใดพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) หรือค่า r ที่มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บอกให้ทราบถึงขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร ส่วนเครื่องหมาย $\pm$ ที่อยู่หน้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บอกให้ทราบถึงทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปร (บุญใจ, 2553)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. เมื่อ $r = \pm 1.00$ | หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ |
| 2. เมื่อ $r > .70$ | หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง |
| 3. เมื่อ $r < .30$ | หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ |
| 4. เมื่อ r มีค่าระหว่าง .30-.70 | หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง |
| 5. เมื่อ $r = 0$ | หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน |

วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. ประสานงานกับกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในแต่ละชุมชน ในการนัดกลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถาม

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามแก่ อสม. ที่ตอบแบบสอบถาม

4. เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็น อสม. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล

2. ความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

2.1 ความรู้ความเข้าใจ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายผลการวิจัย

2.2 การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกนำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.3 การสื่อสาร ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก นำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.4 การตัดสินใจ ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก นำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก นำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.6 ความรู้เท่าทันสื่อในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาในกลุ่มประชากรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 240 คน ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์อธิบายลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และระดับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ผลการวิเคราะห์ที่อธิบายข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เกี่ยวกับเพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

(N = 240 คน)

	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	47	19.6
	หญิง	193	80.4
การศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	125	52.1
	มัธยมศึกษาตอนต้น	47	19.6
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	49	20.4
	ปวส./อนุปริญญา	9	3.8
	ปริญญาตรี	10	4.1
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	11	4.6
	รับจ้าง	82	34.2
	ข้าราชการบำนาญ	1	0.4
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	56	23.3
	แม่บ้าน	87	36.3
	อื่น ๆ	3	1.2
รายได้	ต่ำกว่า 5,000 บาท	99	41.3
	5,000-10,000 บาท	99	41.3
	10,001-15,000 บาท	19	7.9
	15,001-20,000 บาท	14	5.8
	มากกว่า 20,000 บาท	9	3.7
ระยะเวลาในการเป็น	1-5 ปี	127	52.9
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	6-10 ปี	78	32.5
	11-15 ปี	13	5.4
	16-20 ปี	8	3.3
	21 ปีขึ้นไป	14	5.7

จากตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 36.3 มีรายได้ต่อเดือนในช่วงเงินเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และรายได้ต่อเดือนในช่วงเงินเดือน 5,001-10,000 บาท เท่ากัน ร้อยละ 41.3 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 52.9

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านความรู้ความเข้าใจ

(N = 240 คน)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (μ 9.61-10.00)	214	89.2
ระดับปานกลาง (μ 8.27-9.60)	26	10.8
ระดับไม่ดี (μ 0.00-8.26)	0	0

$\mu = 8.94$ $\sigma = 1.34$ min = 6 max = 10

จากตารางที่ 4 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.2 รองลงมา มีคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.8

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการเข้าถึงข้อมูล

(N = 240 คน)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (μ 4.29-5.00)	88	36.7
ระดับปานกลาง (μ 3.60-4.28)	83	34.6
ระดับไม่ดี (μ 1.00-3.59)	69	28.7

$\mu = 3.94$ $\sigma = .68$

จากตารางที่ 5 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูล การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.7 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 34.6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .68

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการเข้าถึงข้อมูล รายข้อ

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	μ	σ	ระดับ
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ท่านสามารถค้นหาค้นหาจากแหล่งข้อมูลได้หลาย ๆ ช่องทาง	3.91	.92	ปานกลาง
2. ท่านมีแหล่งข้อมูลอย่างเพียงพอสำหรับสืบค้นข้อมูลด้านการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.92	.92	ปานกลาง
3. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งก่อน นำไปใช้ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	4.12	.98	ปานกลาง
4. ท่านทราบและรับรู้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการระบาดหรือเกิดโรค ไข้เลือดออกในชุมชนของท่าน	4.20	.90	ปานกลาง
5. ท่านสามารถค้นคว้าข้อมูลเรื่องโรคไข้เลือดออก จากแหล่ง ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	3.93	.99	ปานกลาง
6. ท่านอ่านข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกจาก เอกสารประกอบการอบรม แผ่นพับ นิตยสาร สื่อสิ่งพิมพ์	4.09	.93	ปานกลาง
7. ท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจาก แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.98	1.00	ปานกลาง
8. ท่านติดตามรับชม รับฟังข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์โรค ไข้เลือดออกจากสื่อแหล่งต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ	3.98	.95	ปานกลาง
9. ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกจากอินเทอร์เน็ตได้	2.92	1.49	ไม่ดี
10. ท่านทราบ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางเทศบาลหรือหน่วยงาน สาธารณสุขอื่น ๆ จัดขึ้น เช่น การอบรมให้ความรู้กิจกรรม รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.42	.83	ดี

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านทราบ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางเทศบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ จัดขึ้น เช่น การอบรมให้ความรู้กิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($\mu = 4.42$, $\sigma = .83$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากอินเทอร์เน็ตได้ ($\mu = 2.92$, $\sigma = 1.49$)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านทักษะการสื่อสาร

(N = 240 คน)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร		จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	(μ 4.28-5.00)	87	36.3
ระดับปานกลาง	(μ 3.45-4.27)	79	32.9
ระดับไม่ดี	(μ 1.00-3.44)	74	30.8
$\mu = 3.86$ $\sigma = .82$			

จากตารางที่ 7 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.3 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.9 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .82

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านทักษะการสื่อสาร รายข้อ

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร	μ	σ	ระดับ
1. ท่านสามารถสรุปเนื้อหาจากการอ่านเอกสารให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แล้วเล่าให้คนอื่นฟังได้อย่างเข้าใจ	3.98	1.04	ปานกลาง
2. ท่านค้นคว้าข้อมูลโดยการอ่านเอกสารเกี่ยวกับการใช้สารเคมีต่าง ๆ ที่ใช้กำจัดลาย	3.63	1.14	ปานกลาง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร	μ	σ	ระดับ
3. ท่านสามารถเขียนวงจรชีวิตของยุงลาย เพื่ออธิบายวิธีตัดวงจรชีวิตของยุงลาย ในการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้	3.23	1.41	ไม่ดี
4. ท่านตีความจากการฟังข้อมูลเรื่องการจัดสภาพบ้านเรือน แล้วสามารถนำมาดูแลบ้านเรือนของท่านให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	4.16	.87	ปานกลาง
5. ท่านสามารถอธิบายวิธีการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับเพื่อนบ้านในชุมชนได้	4.06	.91	ปานกลาง
6. เมื่อมีคนมาสอบถามท่านเกี่ยวกับการการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ท่านสามารถตอบคำถามให้เขาเข้าใจได้	4.21	.93	ปานกลาง
7. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก	4.00	.97	ปานกลาง
8. ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านให้ดำเนินการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้าน	4.05	.87	ปานกลาง
9. ท่านติดตามรับฟังข่าวสาร สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก เพื่อนำมาเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดของโรค	4.13	.94	ปานกลาง
10. ท่านสามารถเขียนแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เสนอแนะต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้บริหารท้องถิ่นได้	3.19	1.39	ไม่ดี

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร เป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อมีคนมาสอบถามท่านเกี่ยวกับการการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ท่านสามารถตอบคำถามให้เขาเข้าใจได้ ($\mu = 4.21$, $\sigma .93$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสามารถเขียนแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เสนอแนะต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้บริหารท้องถิ่นได้ ($\mu = 3.19$, $\sigma = 1.39$) และท่านสามารถเขียนวงจรชีวิตของยุงลาย เพื่ออธิบายวิธีตัดวงจรชีวิตของยุงลาย ในการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ ($\mu = 3.23$, $\sigma = 1.41$)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทาง
สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการตัดสินใจ

(N = 240 คน)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (μ 4.78-5.00)	104	43.3
ระดับปานกลาง (μ 4.25-4.77)	70	29.2
ระดับไม่ดี (μ 1.00-4.24)	66	27.5

$\mu = 4.51$ $\sigma = .53$

จากตารางที่ 9 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 43.3 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 29.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .53

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุม
และป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้านการตัดสินใจ รายข้อ

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ	μ	σ	ระดับ
1. ท่านตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับสมาชิกในครอบครัวของท่านได้	4.38	.86	ปานกลาง
2. ท่านคำนึงถึงผลดีที่จะได้รับ มีมากกว่าผลเสีย ท่านจึงลงมือดูแลบ้านเรือนให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	4.36	.80	ปานกลาง
3. ท่านตัดสินใจไปขอทรายอะเบทจากเทศบาล หรือ รพ.สต.มาใช้ในภาชนะเก็บน้ำในบ้านท่านเอง โดยไม่รอให้เจ้าหน้าที่มาแจก	4.15	1.07	ไม่ดี
4. เมื่อเจ้าหน้าที่ขอความร่วมมือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านและในชุมชน ท่านตัดสินใจเข้าร่วมทันที	4.68	.64	ปานกลาง
5. เมื่อทราบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในละแวกใกล้บ้าน ท่านจะรีบแจ้งสมาชิกในบ้านให้ช่วยกันเฝ้าระวัง และป้องกันโรคทันที	4.63	.65	ปานกลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ	μ	σ	ระดับ
6. ท่านกำหนดแนวทางให้สมาชิกในบ้านร่วมกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ด้วยการใส่ทรายอะเบท และนอนกางมุ้ง	4.53	.70	ปานกลาง
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เทศบาลจัดขึ้น เพราะเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อท่านและครอบครัว	4.68	.58	ปานกลาง
8. การระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนใกล้เคียงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ท่านตัดสินใจว่ากะลา หยอดทรายอะเบท เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	4.50	.71	ปานกลาง
9. เมื่อเจ้าหน้าที่แนะนำหลัก 5 ป 1 ข คือ ปิด เปลี่ยน ปล่อย ปรับปรุง ปฏิบัติประจำ และการขัดล้างภาชนะเก็บน้ำ ท่านตัดสินใจปฏิบัติตาม เพราะเชื่อว่าป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้	4.63	.62	ปานกลาง
10. เมื่อเจ้าหน้าที่ของเทศบาลมารณรงค์ฉีดพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย ท่านตัดสินใจเปิดบ้านให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการฉีดพ่น	4.57	.88	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ เป็นรายชื่อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เมื่อเจ้าหน้าที่ขอความร่วมมือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านและในชุมชน ท่านตัดสินใจเข้าร่วมทันที ($\mu = 4.68$, $\sigma = .64$) และท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เทศบาลจัดขึ้น เพราะเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อท่านและครอบครัว ($\mu = 4.68$, $\sigma = .58$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านตัดสินใจไปขอทรายอะเบทจากเทศบาล หรือ รพ.สต.มาใส่ในภาชนะเก็บน้ำในบ้านท่านเอง โดยไม่รอให้เจ้าหน้าที่มาแจก ($\mu = 4.15$, $\sigma = 1.07$)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ด้านการจัดการตนเอง

(N = 240 คน)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (μ 4.54-5.00)	83	34.6
ระดับปานกลาง (μ 3.89-4.53)	92	38.3
ระดับไม่ดี (μ 1.00-3.88)	65	27.1
$\mu = 4.21 \quad \sigma = .64$		

จากตารางที่ 11 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 34.6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .64

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการจัดการตนเอง รายข้อ

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง	μ	σ	ระดับ
1. ท่านเห็นสาเหตุที่ทำให้เพื่อนบ้านป่วยเป็นไข้เลือดออก จึงนำมาสร้างแนวทางในการป้องกันไข้เลือดออกให้กับสมาชิกในครอบครัวท่านเอง	4.37	.80	ปานกลาง
2. ท่านมีกระบวนการดูแลสุขภาพแวดล้อมในบ้านของท่านอย่างครอบคลุมทุกจุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	4.40	.71	ปานกลาง
3. ท่านดูปริมาณน้ำในโอ่งหรือภาชนะเก็บน้ำ แล้วสามารถคำนวณปริมาณทรายอะเบทที่จะใส่ลงไปได้อย่างเหมาะสม	4.27	.91	ปานกลาง
4. ท่านออกกฏระเบียบให้คนในบ้าน ช่วยกันดูแลบ้านเรือนให้สะอาด ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	4.23	.86	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง	μ	σ	ระดับ
5. ท่านคอยควบคุม ติดตามดูอายุการใช้งานของทรายอะเบทที่ใส่ลงในภาชนะเก็บน้ำ แล้วคอยเปลี่ยนเมื่อถึงกำหนดหมดอายุใช้งาน	4.22	.93	ปานกลาง
6. ท่านกำหนดให้ 1 วันใน 1 สัปดาห์เป็นวันกำจัดลูกน้ำยุงลาย เช่น กำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวันอาทิตย์	3.93	1.09	ปานกลาง
7. ท่านพูดคุยตกลงกันในครอบครัว ให้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันโรคไข้เลือดออกตามหลัก 5 ป 1 ข	4.20	.90	ปานกลาง
8. ท่านจัดสรรเวลา เพื่อมาดูแลบ้านเรือนของท่านตามแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	4.20	.80	ปานกลาง
9. การเปลี่ยนถ่ายน้ำในโอ่งหรือภาชนะเก็บน้ำ ท่านจัดการครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเปลี่ยน ถ่ายน้ำ ล้าง และขัดให้สะอาดก่อน	4.40	.83	ปานกลาง
10. ท่านสร้างเครือข่ายและประสานความร่วมมือกับเพื่อนบ้านในชุมชนในการช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน	3.92	1.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเป็นรายข้อ พบมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ท่านมีกระบวนการดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านของท่านอย่างครอบคลุมทุกจุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ($\mu= 4.40$, $\sigma= .71$) และการเปลี่ยนถ่ายน้ำในโอ่งหรือภาชนะเก็บน้ำ ท่านจัดการครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเปลี่ยน ถ่ายน้ำ ล้าง และขัดให้สะอาดก่อน ($\mu= 4.40$, $\sigma= .83$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสร้างเครือข่ายและประสานความร่วมมือกับเพื่อนบ้านในชุมชนในการช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน ($\mu= 3.92$, $\sigma= 1.04$)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

(N = 240 คน)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	(μ 4.51-5.00)	83	34.6
ระดับปานกลาง	(μ 3.90-4.50)	92	38.3
ระดับไม่ดี	(μ 1.00-3.89)	65	27.1

$\mu = 4.20 \quad \sigma = .60$

จากตารางที่ 13 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 34.6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการรู้เท่าทันสื่อ รายข้อ

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	μ	σ	ระดับ
1. เมื่อได้รับคำแนะนำ จากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ท่านจะต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติมสำหรับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ตนเอง	3.98	.76	ปานกลาง
2. ท่านวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ก่อนที่จะลงมือทำ	4.01	.79	ปานกลาง
3. โฆษณาทางโทรทัศน์ของกรมควบคุมโรค และ สปสช. สโลแกน “เก็บให้เกลี้ยง ไม่เลี้ยงยุงลาย สบายกายสบายใจกันทั้งครอบครัว ” ชักชวนให้จัดสภาพบ้านเรือนให้สะอาดเป็นระเบียบ ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	4.07	.87	ปานกลาง

ตารางที่ 14 (ต่อ)

(N = 240 คน)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	μ	σ	ระดับ
4. ข้อความบนป้ายประชาสัมพันธ์ “ภัยร้ายไข้เลือดออก ช่วยกัน บอกหยอดยั้ง ครอบรั้วกันระวัง แผลงเพาะพันธุ์โกสต์ตัวคุณ ” บอกให้ทราบถึงการป้องกันโรคไข้เลือดออกทำได้โดยการ หยอดทรายอะเบท และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ใกล้ตัว	4.35	.73	ปานกลาง
5. สปอตโฆษณาทางวิทยุ “ปิด เปลี่ยน ปล่อย ปรับ ปฏิบัติ และ ขัดล้าง ยุงลาย มาตรการกำจัดยุงลาย ตัวรายนำไข้เลือดออก ที่ต้องบอกต่อ”เป็นการชักชวนให้ดำเนินการควบคุมโรค ไข้เลือดออกตามหลัก 5 ป 1 ข และช่วยกันบอกต่อคนอื่นให้ ดำเนินการด้วย	4.28	.77	ปานกลาง
6. ข้อความ “ไม่มีลูกน้ำ ไม่มียุงลาย ไม่มีไข้เลือดออก” เตือนสติ ให้ดูแลบ้านเรือนให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เมื่อไม่มียุงลาย ก็จะไม่มีการเกิดโรคไข้เลือดออก	4.43	.68	ปานกลาง
7. สโลแกนบนโปสเตอร์ “ยุงลาย ฆาตรกรร้ายทำลายชีวิต กำจัด ลูกน้ำทุกอาทิตย์ พิชิตไข้เลือดออก” บอกให้ทราบถึงว่ายุงลาย เป็นสัตว์นำโรคไข้เลือดออกที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จึงต้องมี การกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์จะช่วยป้องกันโรค ไข้เลือดออกได้	4.34	.77	ปานกลาง
8. ข้อความบนแผ่นพับให้ความรู้ “5 ป 1 ข ปรายยุงลาย วายร้าย ของโรคไข้เลือดออก” เป็นการสนับสนุนให้ใช้แนวทาง ดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามหลัก 5 ป 1 ข	4.33	.74	ปานกลาง
9. ท่านมีการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาบนสื่อจากแหล่งที่ เชื่อถือได้ ก่อนนำมาปฏิบัติและแนะนำต่อเพื่อนบ้าน	4.10	.89	ปานกลาง
10. เมื่อได้รับคำแนะนำ จากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ท่านจะต้อง แสวงหาความรู้เพิ่มเติมสำหรับการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกให้ตนเอง	4.14	.88	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ เป็นรายชื่อ พบมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อความ “ไม่มีลูกน้ำ ไม่มียุงลาย ไม่มีไข่เลือดออก” เดือนสติให้ดูแลบ้านเรือนให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เมื่อไม่มียุงลาย ก็จะไม่มีโรคไขเลือดออก ($\mu = 4.43$, $\sigma = .68$) และรองลงมา ข้อความบนป้ายประชาสัมพันธ์ “ภัยร้ายไขเลือดออก ช่วยกันบอกหยอดยั้งยั้ง ควรรีบกันระวัง แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ” บอกให้ทราบถึงการป้องกันโรคไขเลือดออกทำได้โดยการหยอดทรายอะเบท และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายใกล้ตัว ($\mu = 4.35$, $\sigma = .73$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อได้รับคำแนะนำจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ท่านจะต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติมสำหรับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไขเลือดออกให้ตนเอง ($\mu = 3.98$, $\sigma = .76$)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

(N = 240)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านการควบคุม และป้องกันโรคไขเลือดออก		จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	(μ 2.57-5.00)	80	33.3
ระดับปานกลาง	(μ 1.62-2.56)	92	38.3
ระดับไม่ดี	(μ 1.00-1.61)	68	28.4

$\mu = 2.09$ $\sigma = .94$

จากตารางที่ 15 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 33.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .94

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

(N = 240 คน)

ระดับพฤติกรรมกรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (μ 4.75-5.00)	95	39.6
ระดับปานกลาง (μ 4.14-4.74)	89	37.1
ระดับไม่ดี (μ 1.00-4.13)	59	23.3

$\mu = 4.44$ $\sigma = .60$

จากตารางที่ 16 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมกรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 39.6 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 37.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระดับพฤติกรรมกรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รายข้อ

(N = 240 คน)

พฤติกรรมกรป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	μ	σ	ระดับ
1. ท่านจัดหาฝาปิดภาชนะ/โอ่งใส่น้ำใช้บริเวณบ้าน และในห้องน้ำ	4.40	1.06	ปานกลาง
2. ท่านเปลี่ยนน้ำในโอ่ง/ภาชนะกักเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ทุกสัปดาห์	4.35	.99	ปานกลาง
3. ท่านเปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้/จานรองขาตู้/แก้วน้ำศาลพระภูมิ/จานรองกระถางต้นไม้ทุกสัปดาห์	4.47	.80	ปานกลาง
4. หลังจากเปลี่ยนน้ำในภาชนะกักเก็บน้ำต่าง ๆ ท่านมีการจัดล้างทำความสะอาดภาชนะด้วยทุกครั้ง	4.49	.73	ปานกลาง
5. ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและรอบๆ บ้าน	4.32	.85	ปานกลาง
6. ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่อยู่รอบบ้าน ทำลายเศษขยะหรือวัสดุที่ไม่ใช่แล้วโดยวิธีการเผา ผึ่ง เก็บ คว่ำภาชนะที่ไม่ใช่แล้วเพื่อป้องกันไม่ให้มีน้ำขัง	4.37	.85	ปานกลาง
7. ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบๆ บ้าน และจัดบ้านเรือนให้เป็นระเบียบ สะอาด ไม่รกรุงรังเพื่อไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	4.42	.79	ปานกลาง

ตารางที่ 17 (ต่อ)

(N = 240 คน)

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	μ	σ	ระดับ
8. ท่านใส่ทรายอะเบทลงในจานรองขารองตู้ ภาชนะใส่น้ำใช้ในทุก 3 เดือน เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงวางไข่	4.43	.89	ปานกลาง
9. หากท่านต้องนอนกลางวัน ท่านนอนในห้องที่มีมุ้งลวด/กางมุ้ง	4.48	.97	ปานกลาง
10. เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในบ้านหรือในชุมชน ท่านจะทำลายลูกน้ำ/ยุงลาย และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยเร็ว	4.63	.64	ปานกลาง

 $\mu = 4.44$ $\sigma = .60$

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นรายชื่อ พบมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในบ้านหรือในชุมชน ท่านจะทำลายลูกน้ำ/ยุงลาย และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยเร็ว ($\mu = 4.63$, $\sigma = .64$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและรอบ ๆ บ้าน ($\mu = 4.32$, $\sigma = .85$)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ ในภาพรวม กับพฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ความฉลาดทางสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	
ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการ ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.)	.782	.000**

จากตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .782$)

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รายด้าน

ความฉลาดทางสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	
ด้านความรู้ความเข้าใจ	.331	.000**
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	.610	.000**
ด้านทักษะการสื่อสาร	.623	.000**
ด้านการตัดสินใจ	.775	.000**
ด้านการจัดการตนเอง	.775	.000**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	.603	.000**

จากตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้าน ความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .331$) ด้านการเข้าถึงข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมและ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .610$) ด้านทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .623$) ด้านการตัดสินใจ มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .775$) ด้านการ จัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .775$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .603$)

ข้อวิจารณ์

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มูบแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยศึกษาในกลุ่มประชากรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั้งหมด 240 คน พบข้อมูลการวิเคราะห์ที่นำมาเป็นข้อวิจารณ์ได้ดังนี้

สมมุติฐาน ของการวิจัยครั้งนี้ คือ ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบล สวนหลวง จากการศึกษพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูง กับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .782$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ การดูแลตนเอง การป้องกันโรค กล่าวคือ บุคคลที่มีความ ฉลาดทางสุขภาพระดับสูง จะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการใช้ข้อมูลข่าวสาร การเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างมีความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์

ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองได้ รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดีได้ (Dewalt *et al.*, 2004) รวมถึงมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้น้อยกว่าบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำที่มักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า (NAAL, 2003) และการศึกษาของบัณฑิตย (2546) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ได้รับการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้รับข้อมูลความรู้ในเรื่องโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของบรรเทิง และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชาชนที่ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก นำมาวิเคราะห์และปฏิบัติโดยการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน และรอบบ้านให้ถูกสุขลักษณะอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 49.3 รองลงมา การกำจัดขยะมูลฝอยและลูกน้ำยุงลาย และการปฏิบัติตนไม่ให้ป่วยเป็นโรค ร้อยละ 42.3 และ 31.8 ตามลำดับ และพบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = .115$, $p\text{-value} < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยของนฤมล และเดช (2554) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พบว่าเด็กที่มีผู้ปกครองที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่ดี จะมีการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กสูงขึ้น 4.6 เท่า จำนวนวันขาดเรียนของเด็กเพิ่มขึ้น 2.8 เท่า และพบว่าวัยรุ่นที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่ดี จะมีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่ำกว่าวัยรุ่นที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง จะลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ดีกว่ากลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีความฉลาดอยู่ในระดับไม่ดี

สำหรับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมทั้ง 6 ด้านของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.3 ($\mu = 2.09$, $\sigma = .94$) หากวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยจำแนกเป็นรายด้านของความฉลาดทางสุขภาพ ในด้านความรู้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.331$) เป็นไปตามสมมุติฐาน ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม (เฉลิมพล, 2541) และการเรียนรู้เป็นกระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร และเป็นสิ่งจำเป็นที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม (Green and Kreuter, 1999) อย่างไรก็ตามการเกิดพฤติกรรม

ของบุคคลนั้น ยังมีองค์ประกอบอย่างอื่นหลายประการ ได้แก่ องค์ประกอบด้านจิตวิทยา วุฒิภาวะ ความต้องการภายใน ทักษะคติ ความเชื่อ ความสนใจ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมของมนุษย์ องค์ประกอบด้านสังคม วัฒนธรรม ครอบครัว มีส่วนช่วยในการหล่อหลอมขัดเกลาพฤติกรรมที่เหมาะสม มีอิทธิพลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และเกิดพฤติกรรมเลียนแบบของบุคคลในสังคมอีกด้วย (เฉลิมพล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของยูวดี (2541) ที่พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับการศึกษาของวาทีนิ (2544) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการศึกษาของลำราญ (2546) ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิพย์ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ทางด้านการเข้าถึงข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางบวก ที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .610$) เป็นไปตามสมมุติฐาน อธิบายได้ว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและควบคุมโรคจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้สามารถเข้ารับบริการ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับกรมควบคุมโรค (2557) ได้อธิบายแนวทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชน ว่าต้องอาศัยกลยุทธ์สร้างความเข้าใจให้ประชาชน และสนับสนุนแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านโรคติดต่อที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูล จึงจะทำให้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ และนิรันดา (2554) พบว่า การที่ประชาชนรับทราบ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค จะส่งผลให้มีการป้องกันตนเองได้ดี เช่น การให้ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่โดยการล้างมือบ่อย ๆ เกิดเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ที่เป็นพื้นฐานของการป้องกันโรคอื่นๆ ได้ โดยผลการศึกษาดังกล่าวนี้นำไปส่งผลให้กรมควบคุมโรคได้ทำการเผยแพร่ข่าวสารโรคและภัยสุขภาพเชิงรุกในโรคอื่น ๆ ด้วย และจากการศึกษาของสุสัณหา (2555) ที่ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่ พบว่า สตรีร้อยละ 42.7-55.4 ไม่ทราบถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละเรื่องที่มีอยู่ในสถานบริการ จึงทำให้มีปัญหาสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ไม่ถูกต้อง ผลการวิจัยจึงทำให้การพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพเฉพาะแรงงานข้ามชาติสตรี เพื่อแรงงานกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพได้โดยง่ายและสนใจให้มีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดี

เมื่อพิจารณาคุณค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เรื่องการทราบและการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางเทศบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ จัดขึ้น เช่น เรื่องการอบรมให้ความรู้ กิจกรรมรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ($\mu = 4.42$, $\sigma = .83$) ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีการแจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทราบเกี่ยวกับการอบรม หรือกิจกรรมรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ และนิรันดา (2554) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเป็นแกนนำที่แข็งขันในการทำให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ หันมาดูแลสุขภาพอย่างจริงจัง เป็นตัวอย่างของกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง และบุคคลอื่นในชุมชน หากมีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการพบปะแลกเปลี่ยน สังสรรค์ข่าวสารด้านสุขภาพ กลุ่มนี้จะมีการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปเผยแพร่ต่อประชาชนในชุมชนได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด คือ เรื่องการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกทางอินเทอร์เน็ต ($\square = 2.92$, $\square = 1.49$) ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยใช้ช่องทางอินเทอร์เน็ต ในการค้นคว้าหาความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นั้นทำได้ไม่ดี หรือน้อยคนที่จะสามารถค้นคว้าหาข้อมูลจากทางอินเทอร์เน็ตได้ด้วยตนเอง ประเด็นนี้ Barron and Ivers (1996) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการใช้งานอินเทอร์เน็ตว่า การสามารถสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตได้จะทำให้มีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลใหม่ และเป็นข้อมูลที่ทันต่อสถานการณ์ ได้เรียนรู้ประสบการณ์จากแหล่งอื่น ๆ เพราะอินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลจากหลาย ๆ แห่ง เช่น นิตยสาร วารสาร ผลการวิจัยหรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ประโยชน์กับตนเองและท้องถิ่นได้

ทางด้านทักษะการสื่อสาร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวก ที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .623$) เป็นไปตามสมมุติฐาน และที่เป็นเช่นนี้ กองสุขศึกษา

(2554) ได้อธิบายเรื่องทักษะการสื่อสารว่า เป็นกระบวนการสำคัญทางสุขศึกษาที่นำมาใช้พัฒนาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่มีความสามารถในการสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี มีความตระหนัก มีทักษะในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะการสื่อสารในระดับปฏิสัมพันธ์ เพื่อให้สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นให้เข้าใจ และยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ ลดปัญหาสาธารณสุขในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ที่มลินี (2557) กล่าวว่าทักษะการสื่อสารและการใช้สื่อประเภทต่าง ๆ (multi media) รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน ที่ทำให้นุคคลเกิดความตระหนักในระดับปัจเจกบุคคล และสังคม รวมทั้งเป็นแรงเสริมให้คนในสังคมค้นหา และมีพฤติกรรมเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตย์ดิวัฒน์ และคณะ (2554) ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนในพื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลนาชะอัง จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติงาน 9 ขั้นตอนโดยขั้นตอนที่ 4 ด้านการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในประเด็นการมี มนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงานให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อให้กลุ่มเครือข่ายสามารถนำพลังความสามารถที่มีในตัวคนมาใช้สื่อสารงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และให้สามารถดำเนินกิจกรรมในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาคุณค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อมีคนมาสอบถามเกี่ยวกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ท่านสามารถตอบคำถามให้เขาเข้าใจได้ ($\mu = 4.21, \sigma = .93$) ซึ่งเป็นทักษะด้านการพูด และอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะด้านการฟัง และการอ่านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสามารถเขียนวงจรชีวิตของยุงลาย เพื่ออธิบายวิธีตัดวงจรชีวิตของยุงลาย ในการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ ($\mu = 3.23, \sigma = 1.41$) อยู่ในระดับไม่ดี และท่านสามารถเขียนแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เสนอแนะต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้บริหารท้องถิ่นได้ ($\mu = 3.19, \sigma = 1.39$) อยู่ในระดับไม่ดีเช่นกัน ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวงจะมีความสามารถในการทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน ในระดับปานกลาง แต่ทักษะในด้านการเขียนอยู่ในระดับที่ไม่ดี ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลจะสื่อสารด้วยการเขียนเพื่อให้ผู้อื่นได้เข้าใจนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามามีส่วนช่วยให้สามารถเขียนได้ดี เช่น มีความสนใจในเรื่องที่จะเขียน การได้อ่านมากและฟังมากซึ่งจะช่วยให้มีข้อมูลเพียงพอต่อเรื่องที่จะเขียน การเก็บบันทึกข้อมูล

การสังเกตและจดจำ และได้ฝึกฝนการเขียนอย่างเป็นประจำ จะทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้ผ่าน การเขียนได้เป็นอย่างดี (ภาทิพ, 2557) โดยที่ทักษะด้านการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน เป็นพื้นฐาน ความรู้ของบุคคล และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความฉลาดทางสุขภาพ เป็นทักษะที่สามารถ จะพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นำมาปรับเปลี่ยนข้อมูล สื่อสาร และพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่เกี่ยวข้องด้วยความรู้และสมรรถนะนี้เอง เมื่อ ได้มีการนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความรู้ที่ ถูกต้องจากการศึกษาค้นคว้า และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยน เมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ ได้รับการฝึกฝนให้มีทักษะในการจัดระเบียบและชี้แนะชุมชน/สังคม การพัฒนาทักษะการเจรจา และการจัดการตนเอง ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เมื่อเจอเข้ากับสถานการณ์ จริงในการตัดสินใจ เช่น เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ จะมีวิธีสื่อสารและปฏิบัติอย่างไร ให้เพื่อนเข้าใจ และมีสุขภาพที่ดี ฯลฯ ความฉลาดทางสุขภาพดังกล่าวย่อมส่งผลทางตรงต่อวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้ มีสุขภาพดี หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม (กองสุขศึกษา, 2554)

ด้านการตัดสินใจ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวก ที่ระดับสูง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .775$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ทักษะการ ตัดสินใจของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการ วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา กำหนดทางเลือกและวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยคำนึงถึงผลดีที่จะได้รับมีมากกว่าผลเสีย กำหนดแนวทาง ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ร่วมเฝ้าระวังการเกิดโรคด้วยตนเอง และร่วมกับเครือข่าย ในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของวรพจน์ (2557) ที่ได้กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการ แก้ไขปัญหา กำหนดแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เป็นความสามารถ ในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือ เลือกวิธีการปฏิบัติการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีอย่างเหมาะสม เพื่อผลประโยชน์ที่ดีที่สุด ให้สามารถ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ตามแนวทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของ บุคคล กลุ่ม หรือทั้งองค์กรได้ โดยที่พฤติกรรมของบุคคลจะมีความแตกต่างกัน แต่ละบุคคลจะต้อง มีความเข้าใจ และมีข้อมูลก่อน จึงจะทำให้การตัดสินใจในแต่ละเรื่องประสบความสำเร็จได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน ได้เข้าร่วมประชุม รับการอบรมการส่งเสริม สุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชน จึงทำให้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานอำเภอเข้มแข็งโรคไข้เลือดออกที่กำหนดจุดหมายปลายทางการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน โรคไข้เลือดออกโดยในระดับภาคีให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) / ผู้นำชุมชน/ ประชาสังคม แก่นนำต่าง ๆ ในพื้นที่ สามารถพัฒนาชุมชนให้สามารถตัดสินใจและแสดงบทบาทการสร้างสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างชัดเจน (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, 2554)

ด้านการจัดการตนเอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .775$) เป็นไปตามสมมุติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Creer (2000) ได้กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการควบคุมภาวะเจ็บป่วย เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมอาการความเจ็บป่วยของโรคด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค ด้วยการหาความรู้ พัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวาลย์ (2555) ที่กล่าวไว้ว่าการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ บุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างมีระบบ ซึ่งปัจจุบันนำการจัดการตนเองมาปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูและสุขภาพ โดยที่การจัดการตนเองจะทำให้บุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับโรค สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ (2554) ได้นำแนวทางการจัดการตนเองมาบรรจุไว้ในแนวทางการดำเนินงานอำเภอเข้มแข็งโรคไข้เลือดออก ที่กำหนดให้มีการประสานความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งหวังให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถติดตาม และควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค เกิดความร่วมมือในการส่งเสริมความรู้ พัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยตนเอง

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวก ที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .603$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน และสอดคล้องกับ Jone (n.d.) ที่ได้กล่าวว่า การรู้เท่าทันสื่อว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้รับสื่อ โดยช่วยให้ตระหนัก

ว่าเนื้อหาจากสื่อ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมช่วยให้บุคคลไม่ถูกรอบงำจากสื่อหรือหลงเชื่อเรื่องต่าง ๆ โดยง่าย การรู้เท่าทันสื่อจะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับสื่อสามารถเลือกรับสื่อ และใช้สื่ออย่างมีประสิทธิภาพในบริบทต่าง ๆ เช่นเดียวกับ Buckingham (2003) ที่เห็นว่าการรู้เท่าทันสื่อเป็นแนวคิดที่มองผู้รับสื่อเป็นผู้มีความกระตือรือร้น มีความสามารถในการวิเคราะห์และใช้สื่อได้เป็นอย่างดี โดยผู้รู้เท่าทันสื่อจะเป็นผู้บริโภคสื่ออย่างมีเหตุผล เป็นผู้เรียนรู้ที่จะกำกับพฤติกรรมของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า การรู้เท่าทันสื่อเป็นความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเปรียบเทียบวิธี การเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น สามารถประเมินข้อความสื่อ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน หรือสังคม (กองสุศึกษา, 2556) สำหรับการสร้างการรู้เท่าทันสื่อ อนงค์นาฏ และกิติมา (2556) ได้กล่าวว่าสื่อต่าง ๆ นั้นมีส่วนช่วยในการสร้างการรู้เท่าทันสื่อ และมีส่วนในการชี้นำเรื่องต่าง ๆ ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อมวลชนซึ่งมีทั้งคุณอนันต์และโทษมหันต์ ดังนั้น จะต้องหาวิธีการเรียนรู้ให้มีการบริโภคสื่ออย่างมีวิจารณญาณ รู้จักแยกแยะ และรู้เท่าทัน สามารถใช้ประโยชน์จากสื่อเพื่อนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งยังสอดคล้องกับแนวคิดของจินตนา (2550) กล่าวว่า การรู้เท่าทันสื่อนั้น ผู้รับสื่อมีทักษะการคิดวิจารณ์โดยสามารถเข้าใจ วิเคราะห์ตีความ ประเมินสื่อและสิ่งที่ได้รับจากสื่อได้โดยไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสื่อ ตระหนักถึงผลกระทบของสื่อที่มีต่อบุคคลและสังคมและรู้จักเลือกรับและใช้สื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชนและสังคม

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 39.6 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 37.1 แต่ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 23.3 ที่มีระดับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี โดยเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นรายข้อ พบมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในบ้านหรือในชุมชน ท่านจะทำลายลูกน้ำ/ยุงลาย และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยเร็ว ($\mu = 4.63$, $\sigma = .64$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและรอบ ๆ บ้าน ($\mu = 4.32$, $\sigma = .85$) และท่านเปลี่ยนน้ำในโอ่ง/ภาชนะกักเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ทุกสัปดาห์ ($\mu = 4.35$, $\sigma = .99$) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ยังปฏิบัติไม่ครอบคลุมตามมาตรการ 5 ป. 1 ข. โดยเฉพาะใน ป.ที่ 4 การปรับปรุงดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างเป็นประจำโดยไม่ต้องรอให้เกิดการเจ็บป่วยก่อนแล้วจึงทำ และ ป.ที่ 2 เรื่องการเปลี่ยนน้ำในโอ่งและภาชนะกักเก็บน้ำดื่ม น้ำ

ใช้ทุกสัปดาห์ ซึ่งมาตรการ 5 ป. 1 ข. เป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยความร่วมมือร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ประชาชนป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน, 2556)

จากผลการวิเคราะห์และข้อค้นพบ แสดงให้เห็นว่าความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2009) ที่กล่าวว่า ความฉลาดทางสุขภาพจะมีผลทางตรงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ หากบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้นไปด้วย เนื่องจากจะมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ จัดการตนเอง และสามารถรู้เท่าทันสื่อได้ ทั้งนี้ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพนั้น จะต้องมีความรู้ด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เป็นพื้นฐาน เนื่องจากทักษะด้านการสื่อสารดังกล่าวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะนำมาปรับเปลี่ยนข้อมูล สื่อสาร และพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่เกี่ยวข้องด้วยความรู้ (ระดับปฏิบัติส่วนตัว) และสมรรถนะนี้เอง เมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น (ระดับปฏิสัมพันธ์) และสามารถความรู้ที่ถูกต้องจากการศึกษาค้นคว้า และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยน เมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝนให้มีทักษะในการจัดระเบียบ และชี้แนะชุมชน/สังคม การพัฒนาทักษะการเจรจาและการจัดการตนเอง (ระดับวิจารณ์ญาณ) ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของเทศบาลตำบลสวนหลวง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี มีการนำความรู้ไปดูแลป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้านของตนเอง และร่วมกับสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกันดูแลสิ่งแวดล้อมในชุมชนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น (ระดับปฏิสัมพันธ์) แต่ในระดับวิจารณ์ญาณ การผนวกปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝน ชี้แนะต่อชุมชน เสนอแนะแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารของเทศบาล อยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จึงควรพัฒนาให้มีความฉลาดทางสุขภาพให้มีครอบคลุมทั้งระดับปฏิบัติส่วนตัว ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ เพื่อใช้ความรู้ ความเข้าใจดูแลตนเอง และนำความรู้ไปสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อป้องกันและควบคุมโรค นำประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝนให้มีทักษะในการจัดระเบียบ และชี้แนะชุมชน/สังคม และรู้จักใช้ความคิด และรู้จักความรับผิดชอบต่อสังคมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนในพื้นที่ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มูบแบน จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภท การวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาในกลุ่มประชากรอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 240 คน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความฉลาด ทางสุขภาพของ Nutbeam เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามได้นำไป ทดลองใช้ (Tryout) กับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ตำบลอื่น ๆ ในอำเภอกะทู้มูบแบน จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลอง ใช้ตรวจสอบความเชื่อมั่นในแบบวัดประเมินค่าด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้ความ เข้าใจเท่ากับ .820 ด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ .802 ด้านทักษะการสื่อสาร เท่ากับ .931 ด้านการ ตัดสินใจ เท่ากับ .827 ด้านการจัดการตนเอง เท่ากับ .890 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ .893 ค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก .877 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าสถิติที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรคือ วิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เริ่มดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2557

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถ สรุปข้อมูลได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 36.3 มีรายได้ต่อเดือนในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท และรายได้ต่อเดือนในช่วง 5,001-10,000 บาท เท่ากัน คือ ร้อยละ 41.3 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 52.9

2. ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในภาพรวมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 33.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .94

3. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในภาพรวมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 39.6 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 37.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .60

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก ที่ระดับสูง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .782$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดังนั้น เทศบาลตำบลสวนหลวง จึงควรจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ในด้านการตัดสินใจ และการจัดการตนเองให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เช่น โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจัดให้มีการเรียนรู้ตามฐานปฏิบัติการ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้เรียนรู้และฝึกการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึง

ฝึกฝนในเรื่องการจัดการตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ได้จัดขึ้นตามฐานการเรียนรู้ในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม

2. จากผลการวิจัยยังพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดังนั้น เทศบาลตำบลสวนหลวง จึงควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายในชุมชน หรือสนับสนุนสื่อให้ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไว้ประจำทุกศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน และจากการพิจารณารายละเอียดใน รายชื่อ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากช่องทางอินเทอร์เน็ตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ยังอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้น จึงควร พิจารณาจัดระบบการสื่อสารสุขภาพ และจัดบริการศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดศูนย์บริการอินเทอร์เน็ต และจัดการอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เรียนรู้วิธีการใช้และการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถสืบค้น เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันได้โดยง่าย รวดเร็ว และทันสมัย และสามารถนำข้อมูลสุขภาพที่ได้ มาแนะนำประชาชนในชุมชนต่อไปได้

3. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากการพิจารณารายชื่อ พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตามหลัก 5 ป.1 ข. พบว่า ยังไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกสัปดาห์ใน ป.ที่ 2 เรื่องการเปลี่ยนน้ำในโอ่ง/ภาชนะกักเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ และ ป.ที่ 4 เรื่องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมดูแลป้องกัน และสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ดังนั้น เทศบาลตำบลสวนหลวง จึงควรจัดกิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแส หรือสร้างวัฒนธรรมให้แต่ละครัวเรือนได้การปฏิบัติตามหลัก 5 ป. 1 ข ครบทุกข้อ หรืออาจทำประชาคมหมู่บ้าน เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อให้คนในชุมชนร่วมกันดำเนินการตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามหลัก 5 ป. 1 ข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยพัฒนาการปฏิบัติสู่การเกิดพฤติกรรมของความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฏิบัติส่วนตัว ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ

2. ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ ทางด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มแกนนำอื่น ๆ ในชุมชนที่เป็นภาคีเครือข่ายงานป้องกันและควบคุมโรค เช่น ในกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ผู้นำชุมชน เป็นต้น เนื่องจากเป็นแกนนำในชุมชนที่มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน

3. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในด้านอื่น ๆ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การควบคุมป้องกันและการแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย เนื่องจากเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันของพื้นที่ตำบลสวนหลวง



เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. 2557. **ผังจุดหมายปลายทางเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทั่วไป.**

แหล่งที่มา: www.plan.ddc.moph.go.th/.../สำนักโรคติดต่อทั่วไป/สำนักโรคติดต่อ,
18 เมษายน 2557.

กองประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร. 2556. **การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก.** แหล่งที่มา:
www.prbangkok.com/บทความ/19499-การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก, 9 กันยายน 2556.

กองสุศึกษา. 2554. **ความฉลาดทางสุขภาพ.** โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด,
กรุงเทพฯ.

_____. 2556. **แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. และลดเสี่ยง.** โรงพิมพ์กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

กฤตย์ดิวัฒน์ นัตถทอง, อรพินทร์ ชูชม, จันทนา ภาคบงกช และ อ้อมเดือน สดมณี. 2554.
“การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร”.
วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 17 (1): 80-92.

จันทร์พร จิระเชษฐพัฒนา. 2551. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จรัญ ปัดดาโน. 2556. **ไข้เลือดออก (Dengue Haemorrhagic Fever).** แหล่งที่มา: <http://www.medtechzone.com/knowledge/dengue.php>, 21 ตุลาคม 2556.

จินตนา ต้นสุวรรณนนท์. 2550. **ผลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้เท่าทันสื่อของนักศึกษามหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนดุสิต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เฉลิมพล ต้นสกุล. 2541. **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, กรุงเทพฯ.

เชษฐา แก้วพรม, วราภรณ์ จรเจริญ, โสภณศิริ ยุทธวิสุทธิ, อรัญญา บุญธรรม และ ดลนา ประทุม. 2555. **ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลวันยาวและตำบลวังสรรพรส อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี**. (รายงานการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.

ศุภณัฐ บุตรสีทา. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ไพฑูรย์พงษ์. 2553. **ความฉลาดทางสุขภาพ: ตัวช่วยใหม่ของสาธารณสุข**. แหล่งที่มา: <http://thaihl.org/wp-content/uploads/2010/10/HLjournal.pdf>, 9 กันยายน 2556.

ธีระพงษ์ ตันทวิเชียร และ อุษา ทิสยากร. 2556. **Dengue**. แหล่งที่มา: <http://www.med.cmu.ac.th/HOME/file/5509Dengue.pdf>, 12 กันยายน 2556.

นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุน้ำ. 2554. **การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1)**. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด., กรุงเทพฯ.

บรรเทิง สุพรรณ, พูนสุข ช่วยทอง, สุปรียา ต้นสกุล และ วงเดือน ปั่นดี. 2555. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อการพัฒนาความรู้วิจัยอย่างยั่งยืน**. วันที่ 25-26 ธันวาคม 2555. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ

เบญจมาภรณ์ ภิญญไพฑูรย์ และ นิรันดา ไชยพาน. 2554. **การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสำรวจพฤติกรรมประชาชน ปี 2554**. แหล่งที่มา: <http://www.riskcomddc.com/document/adminpr/book>, 18 เมษายน 2557.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2553. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. บริษัท ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด, กรุงเทพฯ.

บัณฑิตฐ สร้อยจักร. 2546. การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกใน อาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพ 1(3): 70-81.

ภาทิพ ศรีสุทธี. 2557. โครงการจัดทำแหล่งเรียนรู้ภาษาไทย. แหล่งที่มา: http://www.st.ac.th/bhatips/tip49/talk_write.html, 18 เมษายน 2557.

มลณี สมภพเจริญ. 2557. สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพ. แหล่งที่มา: <http://www.phhe.ph.mahidol.ac.th/JOURNAL/No110/1Marinee.PDF>, 18 เมษายน 2557.

ยุวดี ตาทิพย์. 2541. ความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนตำบลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. การค้นคว้า แบบอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งทิพย์ ผูกเกษร. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. 2555. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหัวใจ ลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต. แหล่งที่มา: http://www.hospital.tu.ac.th/Deposit_web/ProjectDQ/research/paper/pdf, 18 เมษายน 2557.

วรพจน์ บุษราคัมวดี. 2557. องค์การและการจัดการ. แหล่งที่มา: <http://fms.vru.ac.th/research/vorapot/A10-5.pdf>, 18 เมษายน 2557.

วาทีณี วิชญาณุโรจน์. 2544. กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์และประสิทธิผลของโครงการประชาร่วมใจ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ.** บริษัทดีไซร์ จำกัด, กรุงเทพฯ.

สุวิมล ตรีภานนท์. 2546. **การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ.** โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุสัณหา ยิ้มแย้ม. 2555. การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญ
พันธุ์ ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 42 (3): 68-82.

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2543. **สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของงาน
สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในประเทศไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

สำนักงานเทศบาลตำบลสวนหลวง. 2556. **แผนแม่บทกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่เทศบาลตำบลสวนหลวง ต.ก.55- ก.ย.56.** กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลตำบลสวนหลวง, สมุทรสาคร. (อัคราเนนา)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. 2554. **คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอเข้มแข็ง
ต้นแบบโรคไข้เลือดออก.** แหล่งที่มา: [http://www.dpc10.ddc.moph.go.th/data/download.
php?file=725_7.pdf](http://www.dpc10.ddc.moph.go.th/data/download.php?file=725_7.pdf), 18 เมษายน 2557.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2556. **เอกสารชี้แจงประกอบการดำเนินงานตามแผนงาน
โครงการ ประจำปีงบประมาณ 2556.** แหล่งข้อมูล: [http://issuu.com/dr.sirichai/docs/
26014269b95bf6](http://issuu.com/dr.sirichai/docs/26014269b95bf6), 18 เมษายน 2557.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน. 2556. ข้อมูลผู้ป่วยยืนยันโรคไข้เลือดออก สรุปสถานการณ์
โรคไข้เลือดออก อำเภอกระทุ่มแบน 1 ม.ค.-25 มิ.ย.56. สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ
กระทุ่มแบน, สมุทรสาคร. (อัดสำเนา)

สำราญ สิริภคมงคล. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษา
เปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอของจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อนงค์นาฏ รัศมีเวียงชัย และ กิติมา สุรสนธิ. 2556. การรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ในโรงเรียนชุมชนประชาธิปไตยวิทยาการ. แหล่งที่มา: <http://doc.qa.tu.ac.th/documente/.pdf>, 18 เมษายน 2557.

อภิญา ปานชูเชิด, เรือเอกหญิง. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุน
ทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น
ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Barron and Ivers. 1996. ประโยชน์ของอินเทอร์เน็ตทางการศึกษา. แหล่งที่มา: http://khunphanz.blogspot.com/2012/09/blog-post_10.html, 3 เมษายน 2557.

Buckingham, D., S. Banaji, D. Carr, S. Cranmer and R. Willett. 2005. **The media literacy of children and young people: A review of the research literature.** Project Report. OFCOM, London.

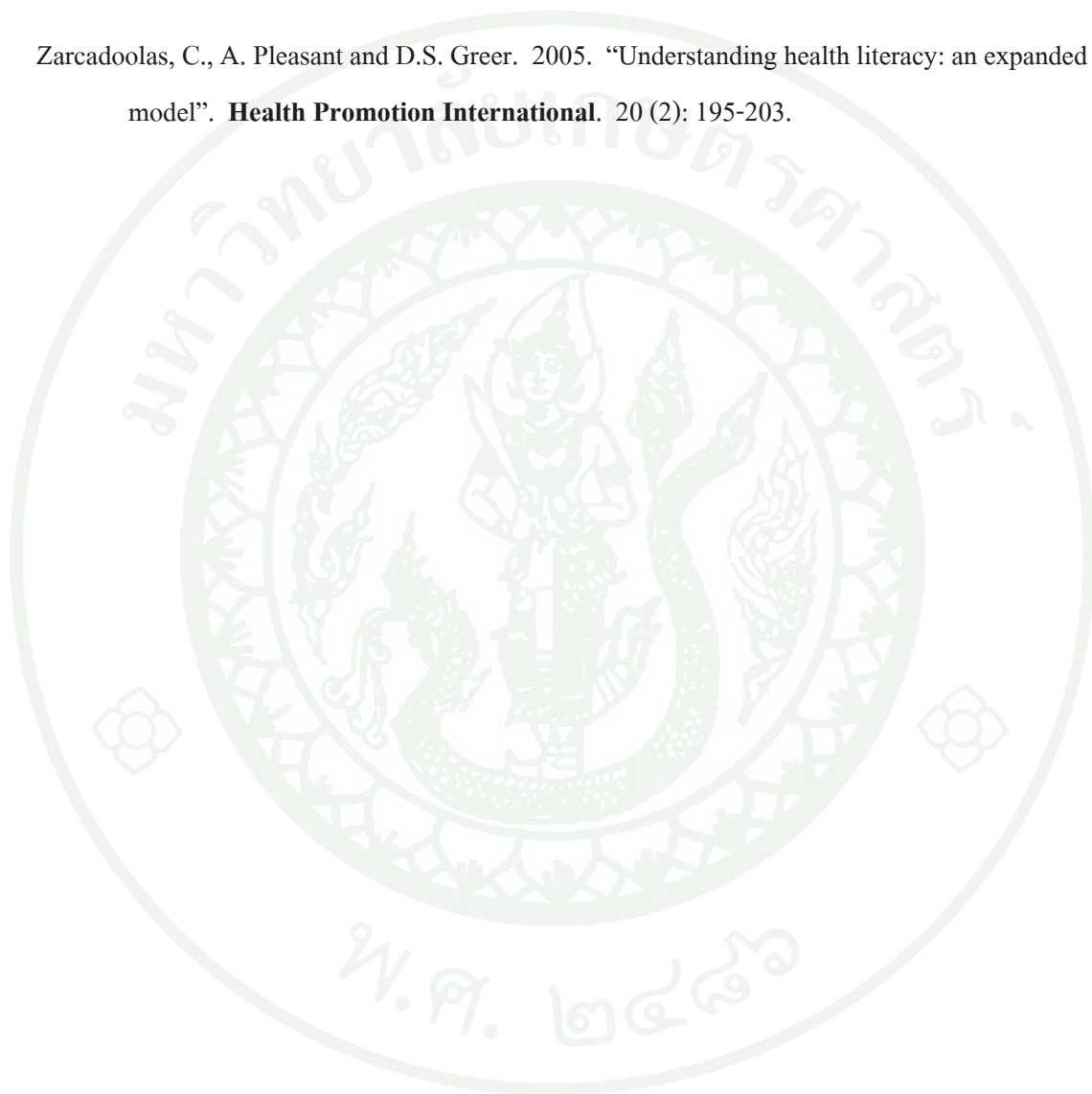
Caroline, K., G. Elizabeth and E. Dawn . 2013. **The Relationship Between Health Literacy and Diabetes Knowledge and Readiness to Take Health Actions.** Available Source: <http://tde.sagepub.com/content/33/1/144.short>.

Creer, L. T. 2000. **Self-management of chronic illness.** Handbook of self-regulation. California: Academic

- Dewalt, D.A. and A. Hink. 2009. Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. **Pediatrics** 124 (3): 265-274.
- Green, L. W. and M.W. Kreuter. 1999. **Health promotion planning an educational and ecological approach** (3rd ed.). Toronto: Mayfield. prevention in Sarawak, Malaysia.
- Ishikawa, H., K. Nomura, M. Sato and E. Yano. 2008. "Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers". **Health Promotion International**. 23 (3): 269-274.
- Jelinek, T. 2000. Dengue fever in international travelers. **Clin Infect Dis** 31 (1): 144-7.
- Jones, J. L. n.d. **Media Literacy**. Available Source: from <http://www.askdrjami.org>, September 9, 2013.
- Manganello, J.A. 2008. "Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research". **Health Education Research** 23 (5): 840-847.
- NALL. 2006. **Nation Assessment of Adult Literacy. The Health Literacy of America's Adults Results the 2003 National Assessment of Adult Literacy**. U.S. Department of Education.
- Nutbeam, D. 2000. **Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century**. Available Source: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.abstract>, September 9, 2013.
- _____. 2008. The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine**. 67: 2,072-2,078.
- Rootman, I. 2002. **Health Literacy and Health Promotion**. Available Source: http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=175, September 9, 2013.

World Health Organization. 2009. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples *In the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development.* 26-30 October 2009. Nairobi, Kenya.

Zarcadoolas, C., A. Pleasant and D.S. Greer. 2005. "Understanding health literacy: an expanded model". **Health Promotion International.** 20 (2): 195-203.







--	--	--

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง
อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อสม. จำนวน...5...ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
จำนวน..60...ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน..
10....ข้อ

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจาก อสม. อ่านคำชี้แจงแต่ละส่วนให้เข้าใจ และตอบแบบสอบถาม
ให้ครบทุกข้อคำถาม ตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ อสม. ให้ความร่วมมือ
เป็นอย่างดี

นางอัญชลี จันทรินทรกร

นิสิตปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อสม.

คำชี้แจง กรุณาให้ข้อมูลให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่สุด โดยให้ อสม.เติมข้อความลงในช่องว่าง..... หรือขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในกรอบ ☐ หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. การศึกษาสูงสุด

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

☐ ปวส./อนุปริญญา

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

3. อาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการบำนาญ

☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ แม่บ้าน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

4. รายได้

☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท

☐ 5,000-10,000 บาท

☐ 10,001-15,000 บาท

☐ 15,001-20,000 บาท

☐ มากกว่า 20,000 บาท

5. ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี.....เดือน

☐ 1-5 ปี

☐ 6-10 ปี

☐ 11-15 ปี

☐ 16-20 ปี

☐ 20 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.1 ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถาม แล้วกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้ของท่าน โดยให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

- ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูก
- ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นผิด
- ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่ทราบหรือไม่รู้คำตอบนั้น ให้ท่านเลือก คำตอบได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ข้อที่	ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
1.	โรคไข้เลือดออกระบาดเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนเท่านั้น			
2.	ยุงลายชอบวางไข่ในน้ำคร่ำ และน้ำเน่าเสีย			
3.	เมื่อคนปกติได้รับเชื้อไข้เลือดออกเข้าสู่ร่างกาย โดยถูกยุงลายกัดจะเกิดอาการของโรคภายใน 5-8 วัน			
4.	เมื่อใส่ทรายอะเบทในภาชนะที่มีน้ำขัง จะป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายได้นาน 3 เดือน			
5.	การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ คือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค			
6.	การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ควรทำทุกอาทิตย์			
7.	การดูแลความสะอาด และจัดสิ่งของในบ้านเรือนให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันโรคไข้เลือดออกได้			
8.	การใส่น้ำส้มสายชูในจานรองกระถางต้นไม้ จะช่วยป้องกันไม่ให้ยุงลายมาวางไข่ได้			
9.	การเปลี่ยนถ่ายภาชนะใส่น้ำ และขัดล้างทุกสัปดาห์จะช่วยป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้			
10.	การณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว			

2.2 การเข้าถึงข้อมูล (access) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่สุด

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก ท่านสามารถค้นหาจากแหล่งข้อมูลได้ หลาย ๆ ช่องทาง					
2. ท่านมีแหล่งข้อมูลอย่างเพียงพอสำหรับสืบค้นข้อมูล ด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก					
3. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก					
4. ท่านทราบและรับรู้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการระบาดหรือ เกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนของท่าน					
5. ท่านสามารถค้นคว้าข้อมูลเรื่องโรคไข้เลือดออก จาก แหล่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง					
6. ท่านอ่านข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค ไข้เลือดออกจากเอกสารประกอบการอบรม แผ่นพับ นิตยสาร สื่อสิ่งพิมพ์					
7. ท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออกจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
8. ท่านติดตามรับชม รับฟังข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์ โรคไข้เลือดออกจากสื่อแหล่งต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ					
9. ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกจากอินเทอร์เน็ตได้					
10. ท่านทราบ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางเทศบาลหรือ หน่วยงานสาธารณสุขอื่น ๆ จัดขึ้น เช่น การอบรมให้ ความรู้กิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก					

2.3 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่สุด

ข้อความ	ระดับทักษะ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
1. ท่านสามารถสรุปเนื้อหาจากการอ่านเอกสารให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แล้วเล่าให้คนอื่นฟังได้อย่างเข้าใจ					
2. ท่านค้นคว้าข้อมูลโดยการอ่านเอกสารเกี่ยวกับการใช้สารเคมีต่าง ๆ ที่ใช้กำจัดลาย					
3. ท่านสามารถเขียนวงจรชีวิตของยุงลาย เพื่ออธิบายวิธีตัดวงจรชีวิตของยุงลาย ในการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้					
4. ท่านตีความจากการฟังข้อมูลเรื่องการจัดสภาพบ้านเรือน แล้วสามารถนำมาดูแลบ้านเรือนของท่านให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย					
5. ท่านสามารถอธิบายวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับเพื่อนบ้านในชุมชนได้					
6. เมื่อมีคนมาสอบถามท่านเกี่ยวกับการการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ท่านสามารถตอบคำถามให้เขาเข้าใจได้					
7. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก					
8. ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านให้ดำเนินการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้าน					
9. ท่านติดตามรับฟังข่าวสาร สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก เพื่อนำมาเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดของโรค					
10. ท่านสามารถเขียนแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เสนอแนะต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้บริหารท้องถิ่นได้					

2.4 การตัดสินใจ ในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก (decision skill)

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่สุด

ข้อความ	ระดับของการตัดสินใจ				
	ทุก ครั้ง	บ่อยครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
1. ท่านตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกให้กับสมาชิกในครอบครัวของท่านได้					
2. ท่านคำนึงถึงผลดีที่จะได้รับ มีมากกว่าผลเสีย ท่านจึง ลงมือดูแลบ้านเรือนให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย					
3. ท่านตัดสินใจไปขอทรายอะเบทจากเทศบาล หรือ รพ. สต.มาได้ในขณะเก็บน้ำในบ้านท่านเอง โดยไม่รอ ให้เจ้าหน้าที่มาแจก					
4. เมื่อเจ้าหน้าที่ขอความร่วมมือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลายในบ้านและในชุมชน ท่านตัดสินใจเข้า ร่วมทันที					
5. เมื่อทราบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในละแวก ใกล้บ้าน ท่านจะรีบแจ้งสมาชิกในบ้านให้ช่วยกันเฝ้า ระวัง และป้องกันโรคทันที					
6. ท่านกำหนดแนวทางให้สมาชิกในบ้านร่วมกันกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ด้วยการใส่ทรายอะเบท และนอนกางมุ้ง					
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่เทศบาลจัดขึ้น เพราะเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อท่าน และครอบครัว					
8. การระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนใกล้เคียงเป็น เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ท่านตัดสินใจว่ากะลา หยอด ทรายอะเบท เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย					

ข้อความ	ระดับของการตัดสินใจ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
9. เมื่อเจ้าหน้าที่แนะนำหลัก 5 ป 1 ข คือ ปิด เปลี่ยน ปลดปล่อย ปรับปรุง ปฏิบัติประจำ และการจัดล้างภาชนะ เก็บน้ำ ท่านตัดสินใจปฏิบัติตาม เพราะเชื่อว่าป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้					
10. เมื่อเจ้าหน้าที่ของเทศบาลมารณรงค์ฉีดพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย ท่านตัดสินใจเปิดบ้านให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการฉีดพ่น					

2.5 การจัดการตนเอง (self-management) ให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่สุด

ข้อความ	ระดับของการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
1. ท่านเห็นสาเหตุที่ทำให้เพื่อนบ้านป่วยเป็นไข้เลือดออก จึงนำมาสร้างแนวทางในการป้องกันไข้เลือดออกให้กับสมาชิกในครอบครัวตนเอง					
2. ท่านมีกระบวนการดูแลสุขภาพแวดล้อมในบ้านของท่าน อย่างครอบคลุมทุกจุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย					
3. ท่านดูปริมาณน้ำในโอ่งหรือภาชนะเก็บน้ำ แล้วสามารถคำนวณปริมาณทรายอะเบทที่จะใส่ลงไปได้อย่างเหมาะสม					

ข้อความ	ระดับของการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
4. ท่านออกกฐะเบียบให้คนในบ้าน ช่วยกันดูแล บ้านเรือนให้สะอาด ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย					
5. ท่านคอยควบคุม ติดตามดูอายุการใช้งานของ ทรายอะเบทที่ใส่ลงในภาชนะเก็บน้ำ แล้วคอยเปลี่ยน เมื่อถึงกำหนดหมดอายุใช้งาน					
6. ท่านกำหนดให้ 1 วันใน 1 สัปดาห์เป็นวันกำจัดลูกน้ำ ยุงลาย เช่น กำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวันอาทิตย์					
7. ท่านพูดคุยตกลงกันในครอบครัว ให้ปฏิบัติตาม แนวทางป้องกันโรคไข้เลือดออกตามหลัก 5 ป 1 ข					
8. ท่านจัดสรรเวลา เพื่อมาดูแลบ้านเรือนของท่านตามแนว ทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้					
9. การเปลี่ยนถ่ายน้ำในโอ่งหรือภาชนะเก็บน้ำ ท่านจัดการ ครบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเปลี่ยน ถ่ายน้ำ ล้าง และขัด ให้สะอาดก่อน					
10. ท่านสร้างเครือข่ายและประสานความร่วมมือกับเพื่อน บ้านในชุมชนในการช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในชุมชน					

2.6 การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่สุด

ข้อความ	ระดับการเห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เมื่อได้รับคำแนะนำ จากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ท่านจะต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติมสำหรับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ตนเอง					
2. ท่านวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียในการปฏิบัติตามคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ก่อนที่จะลงมือทำ					
3. โฆษณาทางโทรทัศน์ของกรมควบคุมโรค และ สปสช. สโลแกน “เก็บให้เกลี้ยง ไม่เลี้ยงยุงลาย สบายกาย สบายใจกันทั้งครอบครัว ” ชักชวนให้จัดสภาพบ้านเรือนให้สะอาดเป็นระเบียบ ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย					
4. ข้อความบนป้ายประชาสัมพันธ์ “ภัยร้ายไข้เลือดออก ช่วยกันบอกหยอดยั้ง คว้ารีบกันระวัง แหล่งเพาะพันธุ์ใกล้ตัวคุณ ” บอกให้ทราบถึงการป้องกันโรคไข้เลือดออกทำได้โดยการหยอดทรายอะเบท และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายใกล้ตัว					
5. สปอตโฆษณาทางวิทยุ “ปิด เปลี่ยน ปล่อย ปรับ ปฏิบัติ และขัดล้างไข่ยุงลาย มาตรการกำจัดยุงลาย ตัวรายนำ ไข้เลือดออก ที่ต้องบอกต่อ”เป็นการชักชวนให้ดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามหลัก 5 ป 1 ข และช่วยกันบอกต่อคนอื่นให้ดำเนินการด้วย					
6. ข้อความ “ไม่มีลูกน้ำ ไม่มียุงลาย ไม่มีไข้เลือดออก” เตือนสติให้ดูแลบ้านเรือนให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เมื่อไม่มียุงลาย ก็จะไม่มีการเกิดโรคไข้เลือดออก					

ข้อความ	ระดับการเห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. สโลแกนบนโปสเตอร์ “ยุงลาย ฆาตกรร้ายทำลายชีวิต กำจัดลูกน้ำทุกอาทิตย์ พืชไร่ไล่เลือดออก” บอกให้ ทราบถึงว่ายุงลายเป็นสัตว์นำโรคไล่เลือดออกที่เป็น อันตรายถึงชีวิตได้ จึงต้องมีการกำจัดลูกน้ำยุงลายทุก สัปดาห์จะช่วยป้องกันโรคไล่เลือดออกได้					
8. ข้อความบนแผ่นพับให้ความรู้ “5 ป 1 ขปราบยุงลาย วายร้ายของโรคไล่เลือดออก” เป็นการสนับสนุนให้ ใช้แนวทางดำเนินการควบคุมโรคไล่เลือดออกตาม หลัก 5 ป 1 ข					
9. ท่านมีการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาบนสื่อ จากแหล่งที่เชื่อถือได้ ก่อนนำมาปฏิบัติและแนะนำ ต่อเพื่อนบ้าน					
10. ท่านนำข้อมูลที่ได้รับจากสื่อแหล่งต่าง ๆ มา เปรียบเทียบเพื่อหาแนวทางที่ปฏิบัติได้ง่ายและเป็น ประโยชน์ในการป้องกันโรคไล่เลือดออก					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไล่เลือดออก

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่สุด

ข้อความ	ระดับพฤติกรรม				
	ทำ ประจำ	บ่อยครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
1. ท่านจัดหาฝาปิดภาชนะ/โอ่งใส่น้ำใช้บริเวณบ้าน และในห้องน้ำ					
2. ท่านเปลี่ยนน้ำในโอ่ง/ภาชนะกักเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ทุก สัปดาห์					

ข้อความ	ระดับพฤติกรรม				
	ทำ ประจำ	บ่อยครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย
3. ท่านเปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้/จานรองขาตู้/แก้ว น้ำศาลพระภูมิ/จานรองกระถางต้นไม้ทุกสัปดาห์					
4. หลังจากเปลี่ยนน้ำในภาชนะกักเก็บน้ำต่าง ๆ ท่านมี การขัดล้างทำความสะอาดภาชนะด้วยทุกครั้ง					
5. ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและ รอบ ๆ บ้าน					
6. ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่อยู่รอบ บ้าน ทำลายเศษขยะหรือวัสดุที่ไม่ใช่แล้วโดย วิธีการเผา ฟัง เก็บ คั่วภาชนะที่ไม่ใช่แล้วเพื่อ ป้องกันไม่ให้น้ำขัง					
7. ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน และจัด บ้านเรือนให้เป็นระเบียบ สะอาด ไม่รกรุงรังเพื่อ ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย					
8. ท่านใส่ทรายอะเบทลงในจานรองขาตู้ ภาชนะ ใส่น้ำใช้ในทุก 3 เดือน เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงวางไข่					
9. หากท่านต้องนอนกลางวัน ท่านนอนในห้องที่มีมุ้ง ลวด/นอนกางมุ้ง					
10. เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในบ้านหรือในชุมชน ต้องเร่งทำลายลูกน้ำ/ยุงลาย และแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายโดยเร็ว					



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. นายแพทย์สมพนธ์ นวรัตน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
2. นางพินัญดา อภัยฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ กองสุศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
3. นายสุววรรณ อติชัยมนตรี นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1
กรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๐๙๗.๑๗๕๑



คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน เขตจตุจักร กทม.
๑๐๙๐๐

๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน นายแพทย์สมพนธ์ นวรัตน์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือการวิจัย จำนวน ๓ ชุด
๒. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นางอัญชลี จันทรินทรากร นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้รับอนุมัติให้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา โดยมี ผศ.ดร.กรัณพรัตน์ บุญช่วยอนาลิทธิ์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ขณะนี้การจัดทำวิทยานิพนธ์อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นบุคคลที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินระเบียบวิธีวิจัย การใช้ภาษา เนื้อหางานวิจัย ให้กับนิสิตดังกล่าว เพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.วรวิมล ถิระวัฒน์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ภาควิชาพลศึกษา

โทร.๐๒ ๕๔๒ ๘๖๗๓, ๐๘๑ ๖๑๕ ๗๗๓๓

โทรสาร ๐๒ ๕๔๒ ๘๖๗๓

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๐๔/๑๙๗๙



คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน เขตจตุจักร กทม.
๑๐๔๐๐

๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๐

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้นำตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน คุณพินญาดา อภัยฤทธิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๒. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นางอัญชลี จันทรินทรกร นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้รับอนุมัติให้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา โดยมี ผศ.ดร.กรณ์พรรัตน์ บุญช่วยอนาธิทธิ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ขณะนี้การจัดทำวิทยานิพนธ์อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นบุคคลที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตจากท่านเป็นผู้นำตรวจคุณภาพของเครื่องมือ ด้านระเบียบวิธีวิจัย การใช้ภาษา เนื้อหางานวิจัย ให้กับนิสิตดังกล่าว เพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.วรพิมพ์ ธีระวัฒน์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ภาควิชาพลศึกษา

โทร.๐๒ ๕๔๒ ๘๖๗๓, ๐๔๑ ๖๑๕ ๗๗๓๓

โทรสาร ๐๒ ๕๔๒ ๘๖๗๓

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๑๐๔/๑๗๕๒



คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๕๐ ถนนงามวงศ์วาน เขตจตุจักร กทม.
๑๐๔๐๐

๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตยืมเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
เรียน คุณสุวรรณ อติชัยมนตรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๒. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย นางอัญชลี จันทรินทรการ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้รับอนุมัติให้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา โดยมี ผศ.ดร.กรรณิการ์ บุญช่วยธนาลิทธิ์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการดำเนินการสร้างเครื่องมือการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นบุคคลที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตยืมจากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านระเบียบวิธีวิจัย การใช้ภาษา เนื้อหางานวิจัย ให้กับนิสิตดังกล่าว เพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.วรพิมพ์ ลิธะวัฒนา)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ภาควิชาพลศึกษา

โทร.๐๒ ๕๔๒ ๘๖๗๑, ๐๔๑ ๖๑๕ ๗๗๓๑

โทรสาร ๐๒ ๕๔๒ ๘๖๗๑

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ - นามสกุล	นางอัญชลี จันทรินทรากร
วันเดือนปีเกิด	12 เมษายน 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	- วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยบูรพา - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข (นักบริหารงาน สาธารณสุข ระดับ 6)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มูมแบน จังหวัดสมุทรสาคร