

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

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

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

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

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

จากการศึกษาทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมจะต้องเกิดการรับรู้ข่าวสารในสิ่งที่จะปฏิบัติ และมีความเชื่อว่ามีประสิทธิภาพแล้วจะก่อให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าในการปฏิบัติจึงจะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติ ดังเช่นแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการ

อธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ องค์ประกอบที่สำคัญที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมผู้ป่วย มี 5 ประการ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (perceived benefits and costs) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยร่วม (modifying factors) (กองสุขศึกษา 2542: 18-26) เช่นเดียวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation) โดย โรแลนด์ ดับบริล โรเจอร์ส (Ronald W. Rogers) ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร และการประเมินการรับรู้ที่มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากกระตุ้น และตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัวซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) (กองสุขศึกษา 2542: 35) และจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค ไข่เลื้อดออก ของกลุ่มแม่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ของ ศิรวา เรือระวิบูลย์ (2541: บทคัดย่อ) โดยใช้ทฤษฎีดังกล่าวเป็นตัวกำหนดโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มแม่บ้าน และมี การประเมินผลการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข่เลื้อดออกของกลุ่มแม่บ้าน ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลการสนองตอบเมื่อทำกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค การมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข่เลื้อดออก พบว่า ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน

การประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามโครงการ 4 ประสานด้านภัยโรค ไข่เลื้อดออก ในอำเภอลุมพินี จังหวัดร้อยเอ็ด เฉพาะจากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่าง พ.ศ. 2546 ยังไม่ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการไปแล้ว โดยเฉพาะการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค ไข่เลื้อดออกที่ดีขึ้น และการศึกษากรอบทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวมากำหนดเป็นโปรแกรมการให้สุขศึกษา ทำให้ทราบว่า สามารถทำให้ ผู้รับข่าวสารเกิดการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และประสิทธิผลการสนองตอบ ผู้วิจัยจึงได้นำการรับรู้ดังกล่าวนี้มาจัดทำเป็นกรอบในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อต้องการทราบถึงสภาพการณ์การรับรู้สารสนเทศโรคไข่เลื้อดออกของประชาชนหลังได้ดำเนินการให้สุขศึกษาตามกิจกรรมที่กำหนด

ในโครงการสิ้นสุดแล้ว เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการให้สุศึกษาตามโครงการ และนำผลการวิจัยไปปรับปรุงการให้สุศึกษาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดเนื้อหาขอบเขตของการนำเสนอสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน การปรับปรุงรูปแบบของสื่อให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้ของประชาชนในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งปรับปรุงช่องทางในการกระจายสื่อสู่ประชาชนให้เหมาะสมและสามารถเข้าถึงได้ เพื่อนำไปสู่การรับรู้สารสนเทศและเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป

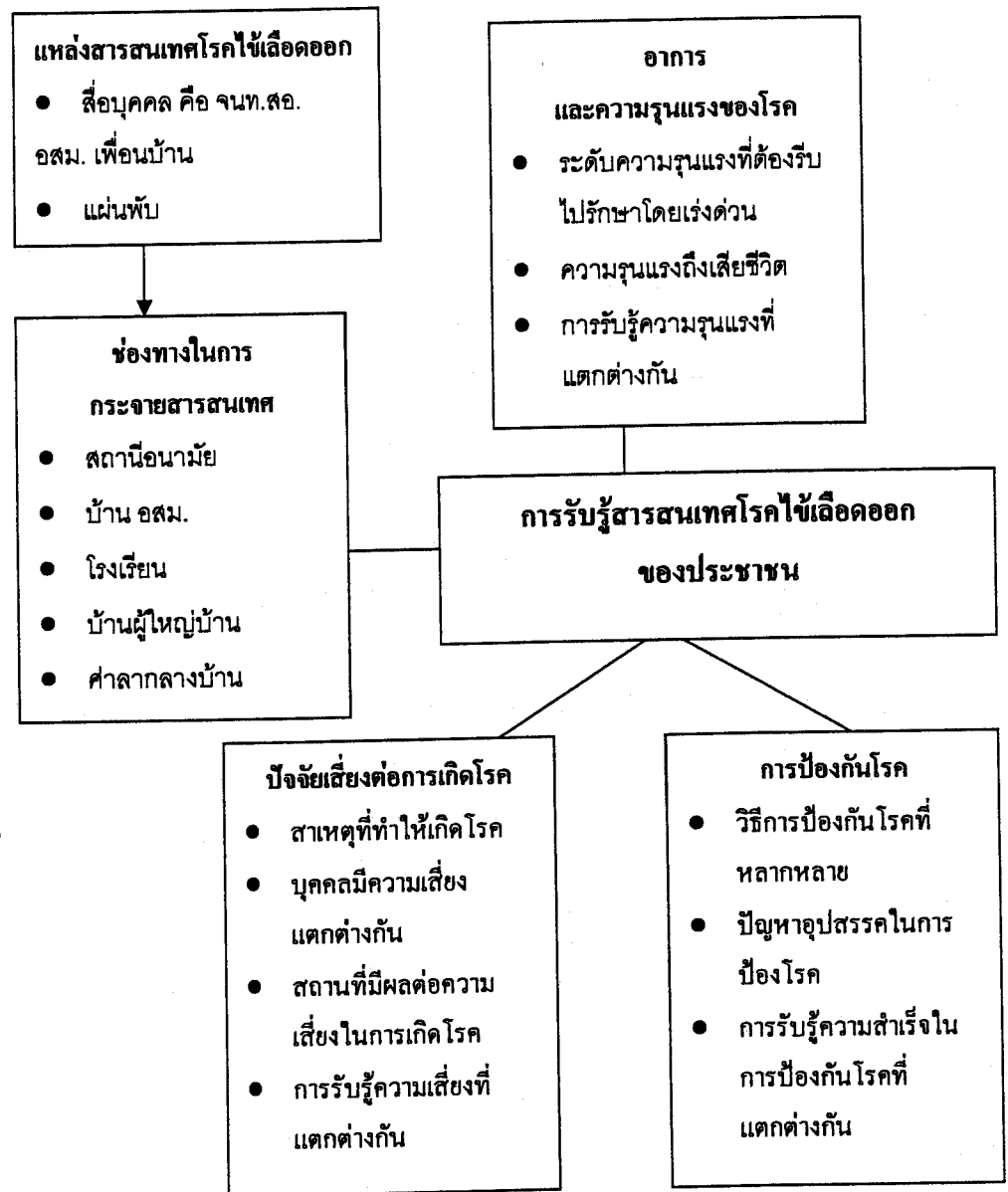
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 ศึกษาการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านอาการและความรุนแรงของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการป้องกันโรค

2.2 ศึกษาแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker) ซึ่งใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล โดยใช้ตัวแปรขององค์ประกอบของการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ได้แก่ การรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) และตัวแปรของปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (likelihood of action) คือ การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (perceived barriers) และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation) โดยโรเจอร์ส (Rogers) ซึ่งได้นั้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร โดยใช้ตัวแปร ความคาดหวังในประสิทธิผลของการสนองตอบ (response efficacy) และผู้วิจัยนำตัวแปรตาม ทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นมากำหนดกรอบการวิจัย ได้แก่ การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรค การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และการรับรู้การป้องกันโรค รวมทั้งได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของแหล่งสารสนเทศมากำหนดกรอบการวิจัยในส่วนของแหล่งสารสนเทศของประชาชน ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

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

5. นิยามศัพท์

5.1 แหล่งสารสนเทศโรคไข้เลือดออก หมายถึง บุคคลผู้ทำการเผยแพร่สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน หรือสื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อกระจายเสียงได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือ ป้ายณรงค์ เทปเสียง ที่ผลิตเพื่อวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน

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

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

5.4 การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเลือกจัดการและให้ความหมายต่อสารสนเทศที่มากกระทบตัวบุคคล ซึ่งเริ่มตั้งแต่การได้ยิน หรือการได้เห็น หรือการได้สัมผัส หรือการมีส่วนร่วม หรือการค้นคว้าด้วยตนเองโดยการอ่าน การพูดคุยกับบุคคล และให้ความสนใจต่อสารสนเทศที่มากกระทบนั้น ทำให้เกิดการยอมรับและสามารถให้ความหมาย ความรู้สึก และความคิดเห็นได้ตามแบบมาตรฐานวัดความรู้สึกและความคิดเห็นแบบต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติ หรือการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.5 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่อาจจะทำให้ตนเอง หรือบุคคลในครัวเรือนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้

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

5.7 การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การที่บุคคลสามารถบอกได้ว่ามีวิธีการอะไรบ้างเมื่อกระทำแล้วจะเป็นการป้องกันให้ตนเอง หรือบุคคลในครัวเรือนไม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

5.8 ดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลายรายหลังคาเรือน (House Index หรือค่า H.I.) หมายถึง ดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลายประเภทหนึ่ง มีค่าเป็นร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

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

การสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายและการคำนวณค่า H.I. ในหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านทำโดย อสม. เดือนละ 1 ครั้ง

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ประโยชน์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้รับทราบถึง สภาพการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด ผลการวิจัยจะนำไปปรับปรุงการกำหนดเนื้อหาขอบเขตของการนำเสนอสารสนเทศ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน ปรับปรุงรูปแบบของสื่อให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้ของประชาชนในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งปรับปรุงช่องทางการกระจายสื่อสู่ประชาชนให้ เหมาะสมและสามารถเข้าถึงได้ เพื่อนำไปสู่การรับรู้สารสนเทศ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป