

**การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8  
ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโค่น จังหวัดสระบุรี**

**วิโรจน์ จันทวีโร**

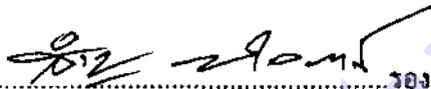
**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ยุทธศาสตร์การพัฒนา  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี  
ปีการศึกษา 2549**

การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8  
ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี

วิโรจน์ จันททีโร

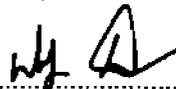
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ยุทธศาสตร์การพัฒนา  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี  
ปีการศึกษา 2549  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี

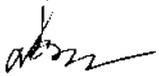
มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี อนุมัติวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนาพฤติกรรม  
การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี  
เสนอโดยนายวิโรจน์ จันทโร เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา

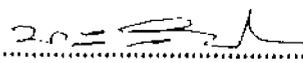
  
.....รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สำราญ พงษ์โอภาส)  
วันที่ 1 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2550

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรพงษ์ ปานาทกุล)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ เรือนนงการ)

  
.....กรรมการ  
(ดร.แสน สมนึก)

  
.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ  
(ดร.มะลิ วิมาโน)

|                   |   |
|-------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี |
| อาจารย์ที่ปรึกษา  | ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.ประเสริฐ เรือนนระการ<br>ดร.แสน สมนึก                                      |
| ชื่อนักศึกษา      | วิโรจน์ จันทศิริ  |
| สาขา              | ยุทธศาสตร์การพัฒนา  |
| ปีการศึกษา        | 2549  |

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพพฤติกรรม การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ปัญหา และความต้องการการพัฒนา 2) แสวงหาแนวทาง และวิธีการพัฒนาและดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนา 3) พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี โดยอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อมั่น ว่าเกษตรกร หมู่ที่ 8 จำนวน 28 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน สมาชิก อบต.จำนวน 2 คน อสม.จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน มีศักยภาพ เพียงพอที่จะพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรได้ โดยใช้การพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ด้านเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู เป็นกรอบในการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูที่เป็นปัญหาควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ 1) ด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู 3 ประเด็น คือ ขาดความรู้ด้านพาหะนำโรค ช่องทางเชื้อโรค แพร่ออกจากสัตว์พาหะและการติดต่อโรคจากคนสู่คน 2) ด้านเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกัน โรคฉี่หนูทุกประเด็น และ 3) ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูทุกประเด็น

ปัญหาในการพัฒนา คือ เกษตรกรขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีเจตคติ ความเชื่อต่อโรคฉี่หนูไม่ถูกต้อง ขาดความตระหนัก ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ถูกต้อง

2. ความต้องการในการพัฒนา ได้แก่ การจัดกระบวนการศึกษาให้บุคคลเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านความรู้และด้านเจตคติความเชื่อของบุคคล ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่จะทำให้บุคคล เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู คือ การเสริมสร้าง ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู การสร้างจิตสำนึกเพื่อตระหนักถึงปัญหาและการปฏิบัติตน แรงจูงใจเพื่อ

ป้องกันโรคร่วมกัน ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีดัชนีชี้วัดความสำเร็จ คือ ร้อยละระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคน้หนูเพิ่มขึ้น

4. ผลการพัฒนพฤติกรรมกำรป้องกันโรคน้หนูของเกษตรกรเป็นดังนี้

4.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคน้หนู เกษตรกรที่ศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคน้หนูเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนากุ่ข้อตามดัชนีที่กำหนด

4.2 ด้านเจตคติความเชื่อต่อกำรป้องกันโรคน้หนู เกษตรกรที่ศึกษามีเจตคติความเชื่อต่อกำรป้องกันโรคน้หนูเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนากุ่ข้อตามดัชนีที่กำหนด

4.3 ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคน้หนู เกษตรกรที่ศึกษามีการปฏิบัติในการป้องกันโรคน้หนูเพิ่มขึ้นทุกข้อ แต่เพิ่มตามดัชนีที่กำหนดเพียง 2 ข้อ คือ 1) ความถี่ในการรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆ 2 การรับประทานผักสด ผลไม้ จากไร่นาโดยไม่ล้างน้ำ

Thesis Title            The Development of Preventing Behavior of Leptospirosis of the  
Agriculturists in Moo 8, Banklab Subdistrict, Nong Don District,  
Saraburi Province

Thesis Advisors        Asst. Prof. Dr. Prasert Ruannakarn  
Dr. Saen Somnuek

Name                    Wirote Jantateero

Concentration          Development Strategy

Academic Year         2006

### **ABSTRACT**

This research and development aims to 1) study the state of preventing behavior of leptospirosis of the agriculturists, problems, and development needs, 2) determine guidelines and methods for development, including, the key performance indicators for success for development, 3) develop behavior in preventing leptospirosis of the agriculturists in Moo 8, Banklab Subdistrict, Nong Don District, Saraburi Province. The study based on the belief that the agriculturists mentioned above and others involved, namely 3 community leaders, 2 members of subdistrict administrative organization, 6 village public health volunteers, and 3 public health officers would have potentiality enough to develop preventing behavior of leptospirosis of the agriculturists by using 3 aspects of development, : knowledge and understanding of leptospirosis, attitude, the belief in preventing leptospirosis and practices in preventing leptospirosis as a research concept.

The findings indicated that:

1. the behavior that caused problems and should be developed, namely 1) knowledge and understanding about 3 aspects of leptospirosis, i.e. a lack of knowledge on carrier of disease, ways of spreading leptospirosis and contamination from person to person, 2) attitude: beliefs in preventing leptospirosis, and 3) self-practices in preventing leptospirosis.

Development problems are as follows: agriculturists lack correct knowledge and understanding, negative attitude, a lack of awareness, which resulted in incorrect preventing behavior.

2. development needs: providing education process for persons to change their behavior, attitude and beliefs, a component which will help persons change their behavior.

3. guidelines and methods for preventing behavior of leptospirosis are promoting knowledge on leptospirosis, creating consciousness for persons to aware of the problems and practices, motivating for participating in prevention, as well as the regulations on health beliefs. The key indicators for success is the increasing percentage of level of leptospirosis preventing behavior.

4. after the development the results are as follows:

4.1 the agriculturist increased their knowledge and understanding in every item according to the indicators set.

4.2 they increased their positive attitude and beliefs in every item according to the indicators set.

4.3 they increased practices in preventing behavior of leptospirosis in every item; however, there are only 2 items that increased according to the indicators, i.e. 1) frequency of eating half-cooked meat, and 2) eat fresh vegetables, fruits from farm / garden without rinsing.

## ประกาศขอบคุณ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลือ แนะนำอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ เรือนนงการ และ ดร.แสน สมนึก ที่ได้ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วยความเคารพยิ่ง

ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาของแบบสอบถาม ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ซึ่งได้แก่แพทย์หญิงณัฐพร ประกอบ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลลพบุรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาสกร เตชะขันหมาก ประธานสาขาวิทยาศาสตร์การพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี ดร.สุพจน์ เกิดสุวรรณ อาจารย์พิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี ผู้นำหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ ๘ ตำบลบ้านกล้วย คณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองโดน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบ้านกล้วยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

วิโรจน์ จันทศิริ

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 1 บทนำ.....  | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....                                | 1    |
| คำถามการวิจัย.....   | 3    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....  | 3    |
| ขอบเขตการวิจัย.....  | 4    |
| วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 4    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ.....   | 5    |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....                                     | 6    |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                        | 8    |
| บริบทบ้านกลาง หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไครน จังหวัดสระบุรี | 8    |
| โรคฉี่หนู.....   | 12   |
| ทฤษฎีการปฏิบัติ สิ่งกำหนดพฤติกรรม.....                             | 25   |
| การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....                           | 42   |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนา.....                            | 57   |
| คำถามการวิจัย .....  | 57   |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....  | 58   |
| วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 58   |
| ผลการวิจัย.....  | 62   |
| สภาพปัจจุบันของพฤติกรรมกำบังกันโรคฉี่หนู.....                      | 63   |
| ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมกำบังกันโรคฉี่หนู.....          | 69   |
| บทที่ 4 แนวทางและวิธีการพัฒนาการป้องกันโรคฉี่หนู.....              | 74   |
| คำถามการวิจัย .....  | 74   |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....  | 74   |

|  | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 4 (ต่อ)  |      |
| วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 75   |
| ผลการวิจัย.....  | 76   |
| สรุปแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมและดัชนีชี้วัดความสำเร็จ..... | 79   |
| บทที่ 5 การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู.....               | 80   |
| คำถามการวิจัย .....  | 80   |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....                                      | 80   |
| วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 80   |
| ผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู.....                     | 85   |
| การนำไปใช้ประโยชน์.....  | 87   |
| บทที่ 6 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....                        | 88   |
| สรุปผลการวิจัย.....  | 88   |
| อภิปรายผล.....   | 95   |
| ข้อเสนอแนะ.....  | 99   |
| บรรณานุกรม.....  | 100  |
| ภาคผนวก.....   | 107  |
| ประวัติผู้ทำวิจัย.....   | 117  |

## สารบัญตาราง

|          |   | หน้า |
|----------|---|------|
| ตาราง 1  | ลักษณะทางประชากรของเกษตรกร.....   | 63   |
| ตาราง 2  | ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกร.....                                | 64   |
| ตาราง 3  | เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร.....                             | 65   |
| ตาราง 4  | การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร.....                                  | 67   |
| ตาราง 5  | การสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร.....                               | 68   |
| ตาราง 6  | สภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคฉี่หนู<br>ของเกษตรกร ..... | 72   |
| ตาราง 7  | แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร.....                             | 79   |
| ตาราง 8  | ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8.....                      | 86   |
| ตาราง 9  | เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8.....                   | 86   |
| ตาราง 10 | การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8.....                        | 87   |
| ตาราง 11 | ยุทธศาสตร์การเสริมพลังสร้างสุขนิสสัยไกลโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8.....          | 91   |

## สารบัญภาพ

|   | หน้า |
|---|------|
| ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกำป้องกันโรคฉีหนู.....          | 5    |
| ภาพ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....                                    | 32   |
| ภาพ 3 รูปแบบดั้งเดิมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....                   | 33   |
| ภาพ 4 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....                                 | 36   |
| ภาพ 5 ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.. | 46   |
| ภาพ 6 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....                   | 46   |
| ภาพ 7 การจัดวงสนทนาในการประชุมกลุ่ม.....                                | 48   |
| ภาพ 8 แผนภาพแสดงขั้นตอนการได้มาซึ่งยุทธศาสตร์กำป้องกันโรคฉีหนู.....     | 78   |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคฉี่หนู หรือ โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คน (Zoonosis) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เลปโตสไปรา (Leptospira) ชนิดเกลียว (Spirochete) มีการกระจายอยู่ทั่วโลกโดยเฉพาะในเขตร้อน มีรายงานการพบผู้ป่วยคนแรกปี พ.ศ. 2429 ที่ประเทศเยอรมัน ปี พ.ศ. 2485 ที่ประเทศอังกฤษ ปี พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และมีการระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2538 ที่ประเทศนิคากัว ในประเทศไทยโรคฉี่หนูพบได้ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ถือเป็นโรคประจำถิ่นโดยตรวจพบโรคฉี่หนูครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2485 ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 4 ราย (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544, หน้า 3) และพบอัตราป่วยและอัตราการตายของโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2543 เป็นปีที่พบผู้ป่วยมากที่สุด เกิดการระบาดรุนแรงมากที่สุดจำนวนผู้ป่วยทั้งประเทศ 14,285 ราย เสียชีวิต 362 ราย (อัตราป่วย 23.13 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.53) ปี 2544 จำนวนผู้ป่วยลดลงเหลือ 10,217 ราย เสียชีวิต 171 ราย (อัตราป่วย 16.45 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.57) ปี 2545 มีผู้ป่วย 6,864 ราย เสียชีวิต 95 ราย (อัตราป่วย 10.97 ต่อแสนประชากร) ปี 2548 ผู้ป่วยลดลงเหลือ 2,760 ราย เสียชีวิต 39 ราย (อัตราป่วย 4.45 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.14) ผู้ป่วยโรคฉี่หนูมากที่สุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและอุบัติการณ์สูงสุดในเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม (รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา, 2549, หน้า 274) กลุ่มที่ติดเชื้อสูงสุด คือ เกษตรกรผู้ประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์และกรรมกรรับจ้าง กลุ่มอายุที่พบมีตั้งแต่ อายุ 15 – 66 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสกับน้ำหรือโคลน ในขณะที่มีบาดแผลที่เท้า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในภาครัฐ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เป็นเงิน 1,800 บาท ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนและต้องล้างไต ค่ารักษาจะเพิ่มขึ้นอีก 1,000 บาท รวมกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยไม่รวมค่ารักษาพยาบาลในส่วนของรัฐ ซึ่งอยู่ระหว่าง 2,790-24,700 บาท ดังนั้นค่าใช้จ่ายรวมเป็น 4,590-26,500 บาท ปี พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 13,461 ราย ค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคฉี่หนู รวมเป็นเงิน 61,785,990 - 356,716,500 บาท (เสาวภา พรสิริพงษ์, และคนอื่นๆ, 2544, บทคัดย่อ) เป้าหมายการปฏิบัติงานควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ อัตราป่วย ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมาไม่เกิน 13 ต่อแสนประชากร อัตราตายไม่เกิน 1.2 ต่อแสนประชากร (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 2546, หน้า 23)

สถานการณ์โรคฉี่หนูในจังหวัดสระบุรี ตั้งแต่ปี 2529 – 2548 มีรายงานพบผู้ป่วยโรคฉี่หนู ประปรายตลอดมาเกือบทุกปี จำนวน 253 ราย เสียชีวิต 11 ราย จากสถิติพบว่าโรคฉี่หนูมีการระบาด เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2541, 2542 จำนวน 23, 44 ราย ปี 2543 มีสถิติผู้ป่วยสูงสุดถึง 70 ราย หลังจากนั้นสถิติโรคเริ่มลดลงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์สูงคือตั้งแต่ปี 2544 – 2548 เป็นจำนวน 23, 14, 26, 18 และ 19 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2549, หน้า 4)

อำเภอหนองโดนเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสระบุรี มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม น้ำท่วมขัง ในฤดูฝน ลาดเอียงจากทิศตะวันออก-ทิศตะวันตก ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา (ส่วนใหญ่ เป็นนาเช่า)ทั้งนาปลังและนาปีมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ต่อมารัฐบาลมีนโยบายเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร เพื่อตอบสนองความต้องการด้านอาหารของมนุษย์ เริ่มมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยขยายพื้นที่ ทำการเพาะปลูก มีการสร้างระบบชลประทานทดน้ำเข้าพื้นที่เพาะปลูก มีการจัดรูปที่ดิน ทำให้ สิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลง การตกของฝนมีการเปลี่ยนแปลง ชาวนาทำนาไม่พร้อมกัน ระบบนิเวศมี และวิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงจากการทำนาปลังและนาปี มาเป็นการทำนาหว่านน้ำตม เริ่มมีการใช้ ปุ๋ยเคมี ใช้ยาฆ่าแมลง ใช้สารเร่งผลผลิตต่างๆ เพื่อเพิ่มผลผลิตจากการทำนา โดยเฉลี่ย 2 ปี ทำนา 5 ครั้ง สภาพพื้นดินในนาเป็นโคลนตมเฉอะแฉะตลอดเวลา เหล่านี้นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วน ทำลายสมดุลย์ของสภาพแวดล้อมในธรรมชาติส่งผลกระทบต่อมนุษย์และสัตว์ในระบบนิเวศวิทยา (พวงทอง บุญทรง, และเสริมศักดิ์ หงส์นาค. 2548, หน้า 77) การเพิ่มประชากรหนูทำให้เชื้อโรคฉี่หนู มีการแพร่กระจายเป็นวงกว้างเพิ่มขึ้น จึงเริ่มมีรายงานผู้ป่วยโรคฉี่หนูตั้งแต่ปี 2544 จำนวน 2 ราย อัตราป่วย 51.28 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 25.64 ต่อ แสนประชากร ปี 2545 พบผู้ป่วยจำนวน 9 ราย อัตราป่วย 230.77 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วย เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย 25.64 ต่อแสนประชากร ปี 2546, 2547, 2548 พบผู้ป่วย 1, 2, 4 ราย และตั้งแต่ มกราคม-พฤศจิกายน 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 24 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองโดน, 2549, หน้า 3)

จากรายงานการสอบสวนโรคฉี่หนูของสถานีอนามัยตำบลบ้านกล้วย พบว่า ตำบลบ้านกล้วย มีผู้ป่วยโรคฉี่หนูตั้งแต่ปี 2544-2549 เท่ากับ 1, 5, 1, 1, 1 และ 4 รายตามลำดับ รวม 13 ราย โดยเฉพาะปี 2544 และ 2545 มีผู้เสียชีวิตปีละ 1 ราย และในปี 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 4 ราย อัตราป่วย 105.26 ต่อแสนประชากร (สถานีอนามัยตำบลบ้านกล้วย, 2549, หน้า 1) ซึ่งถือว่าเป็นเกินกว่า เป้าหมายของกระทรวงกำหนดไว้ หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยสูงสุดได้แก่ บ้านกลางหมู่ที่ 8 มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 14 ถึง 61 ปี มีอาชีพทำนา จากลักษณะการเกิดโรค พบว่า มีการกระจายตัวของผู้ป่วยอยู่ในเกือบทุกหมู่บ้านจึงอาจสันนิษฐานได้ว่า สภาพพื้นที่ในเขตตำบล บ้านกล้วย น่าจะมีแหล่งแพร่เชื้อโรคฉี่หนูซึ่งพร้อมที่จะแพร่กระจายหากมีปัจจัยเอื้อต่างๆ อีกทั้งจาก

รายงานการสอบสวนโรคฉี่หนูยังพบอีกว่า ผู้ป่วยบางรายยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนู บางรายยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฉี่หนู และบางรายยังไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันโรคฉี่หนู ประการสำคัญผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบาดแผลบริเวณเท้าซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคฉี่หนูที่ผ่านมา พบปัญหาและอุปสรรค คือ เชื่อโรคมียหลายสายพันธุ์ สร้างระบบภูมิคุ้มกันหรือใช้ยาป้องกันไม่ได้ การขนส่งโรคทางห้องปฏิบัติการทำได้ยาก ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ใช้เวลานาน และยังไม่ทราบธรรมชาติการอยู่รอดของเชื้อโรคการเข้าสู่ร่างกายคน และพาหะนำโรคที่ชัดเจน พบพาหะนำโรคหลายชนิด เช่น หนู วัว ควาย หมู อาการของโรคคล้ายๆโรคอื่น ทำให้ผู้ป่วยสับสนในการดูแลตนเอง ไปพบแพทย์ช้า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในการป้องกันโรค ไม่เห็นความสำคัญของอันตรายจากโรคฉี่หนู ประการสำคัญที่สุดคือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของเกษตรกร จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระจายของโรคอย่างกว้างขวางในโอกาสต่อไป

#### คำถามการวิจัย

จะพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี ได้อย่างไร โดยประกอบด้วยคำถามย่อย 3 คำถาม คือ

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี เป็นอย่างไร
2. แนวทางและวิธีการพัฒนา และดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี คืออะไร
3. จะพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี ได้อย่างไร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนา และดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี
3. เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไผ่ จังหวัดสระบุรี

### ขอบเขตการวิจัย

#### 1. ขอบเขตพื้นที่

การวิจัยจะใช้พื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

#### 2. ขอบเขตประชากร

2.1 ผู้มีส่วนอย่างสำคัญในการพัฒนา (insiders) ได้แก่ เกษตรกรในพื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ที่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรม จำนวน 28 คน

2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา (outsiders) ได้แก่

2.2.1 ผู้นำหมู่บ้าน (ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

สมาชิก อบต.)

จำนวน 7 คน

2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุข

จำนวน 6 คน

2.2.3 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบ้านกล้วย

จำนวน 3 คน

2.2.4 ผู้เชี่ยวชาญงานป้องกันโรคฉี่หนู

จำนวน 1 คน

#### 3. ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกรมควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่

3.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู

3.2 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู

3.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู

#### 4. ขอบเขตระยะเวลา

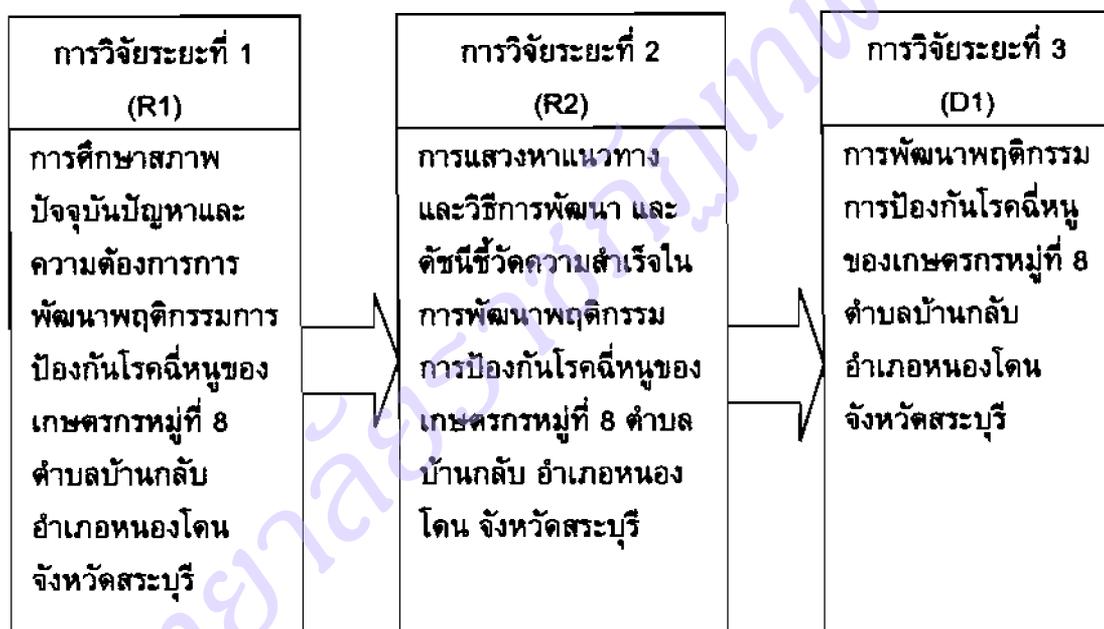
ระยะเวลาการศึกษาวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2549 – มีนาคม 2550

### วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนาการเรียนรู้โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อมั่นว่าเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วยมีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูได้ ถ้าได้รับการแนะนำแนวทางและวิธีการพัฒนาที่ถูกต้องและเหมาะสมเพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนเจตคติจนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) โดยเริ่มตั้งแต่ศึกษา

สภาพปัจจุบันความรู้ เจตคติ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู นำไปสู่การร่วมกัน แสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู และร่วมกันปฏิบัติการเพื่อพัฒนา พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู โดยเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย โดยแบ่งการดำเนินงานไว้ 3 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน ดังนี้



ภาพ 1 กรอบการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

#### นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู หมายถึง การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติของ เกษตรกรไม่ให้เกิดโรคฉี่หนู ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ (1) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคฉี่หนูอย่างถูกต้อง (2) การสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาโรคฉี่หนู (3) การสร้างแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค (4) การปฏิบัติตนด้านการกำจัดหนูในบริเวณบ้านและพื้นที่เกษตรกรรม ของ เกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคฉี่หนู หมายถึง

- 1) การส่งเสริมให้เกษตรกรหาความรู้เรื่องโรคฉี่หนูจากข่าวต่างๆทางหนังสือพิมพ์ เอกสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว วิทยุ โทรทัศน์ เป็นประจำทุกวัน

2) การสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความรู้กับเกษตรกรในเขตรับผิดชอบร่วมกับการสำรวจลูกน้ำยุงลาย เพื่อความสะดวกเนื่องจากอยู่ใกล้และสามารถจัดเวลาให้เหมาะสมกับภาระกิจ โดยใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ คู่มือ อสม.เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส แผ่นพับ เอกสารเตือนความจำ

3) การให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูโดยบรรยายพร้อมใช้สื่ออุปกรณ์ช่วยสอน ได้แก่ คอมพิวเตอร์พร้อมเครื่องฉายภาพ การถาม-ตอบปัญหา ร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก โดยอธิบายถึงความรุนแรงของโรค พร้อมยกตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคตินำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

การสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาโรคฉี่หนู หมายถึง

1) การสร้างจิตสำนึกเพื่อตระหนักถึงปัญหาโรคฉี่หนู โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาตำบล อสม.เป็นตัวอย่างที่ดีในการสวมรองเท้าบูต เมื่อต้องย่ำน้ำ ลุยโคลน สวมถุงมือขณะทำงานที่ต้องสัมผัสน้ำ หรือเมื่อชำแหละหนู

2) การประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือน โดยใช้เครื่องขยายเสียงบ้านผู้ใหญ่บ้านช่วยในการกระตุ้นให้ทำความสะอาดบ้านและพื้นที่ทำการเกษตรอย่างต่อเนื่อง

3) การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตน สิ่งกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกัน โดยบุคคลจะปฏิบัติเมื่อรู้ว่าการปฏิบัติสามารถหลีกเลี่ยงภาวะสุขภาพที่ไม่ดีได้ รู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และเชื่อว่าสามารถปฏิบัติได้ ให้กับ อสม.

การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค หมายถึง

1) การกระตุ้นเตือนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าปฏิบัติงานในหมู่บ้านเป็นปกติอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

2) การให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการเกิดโรคฉี่หนูโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แจงสถานการณ์โรคให้ อสม.นำไปประชาสัมพันธ์แก่เกษตรกรทราบ

3) การขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานควบคุมโรคที่ 2

การกำจัดหนูในบริเวณบ้านและพื้นที่เกษตรกรรม หมายถึง

1) จัดบริเวณบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบ

2) ทำคันทนาให้สะอาดไม่มีหญ้าขึ้นรกและมีขนาดเพียง 30 ซม.

3) จัดกิจกรรมกำจัดหนูพร้อมกัน

ผู้นำหมู่บ้าน หมายถึง ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เกษตรกร หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพทำนา อาชีพที่ต้องสัมผัสน้ำในนา สัมผัสดินที่ชื้นแฉะตามทุ่งนา และอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

โรคฉี่หนู หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เลปโตสไปรา มีอาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้ เจ็บพลงัน ปวดศีรษะรุนแรง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง (มักปวดที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อ หลังและท้อง) ตาแดง อาจมีไข้ติดต่อกันหลายวันสลับกับระยะไข้ลด และมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ทำให้ความรู้สึกสับสน เพ้อ ซึม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ไอมีเสมหะ อาจมีเลือดปน และเจ็บหน้าอก

แหล่งรังโรค หมายถึง สัตว์พาหะที่มีเชื้อเลปโตสไปราอาศัยอยู่ในร่างกาย อาจไม่แสดงอาการ แต่มีการติดเชื้อที่ท่อไต และสามารถปล่อยเชื้อออกมากับปัสสาวะ ทำให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรค

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรบ้านกลาง หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ครั้งนี้ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ มีดังนี้

1. ได้พัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการแก้ไขปัญหาโรคฉี่หนู โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้เชื้อเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งถือเป็นหัวใจของการแก้ไขปัญหา
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางหรือกำหนดเป็นมาตรการ นโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคฉี่หนู ในระดับพื้นที่
3. นักวิชาการ นักวิจัย หรือผู้ที่สนใจสามารถนำแนวทางที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดต่อของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกลาง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรีในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้กำหนดสมมุติฐาน กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นของการศึกษาไว้ 4 ประเด็น คือ

1. บริบทบ้านกลาง หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกลาง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี
2. โรคติดต่อ
3. ทฤษฎีการปฏิบัติคน สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

#### บริบทของบ้านกลาง หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกลาง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

ประชาชนชาวตำบลบ้านกลาง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี เป็นชาว ไทยพวน ที่สืบทอดเชื้อสายจากชาวไทยพวนประเทศลาว ปัญญา สังข์ทิพย์ (2535, หน้า 29) ได้กล่าวถึง ไทยพวน ไว้ดังนี้

ไทยพวน เป็นคนไทยสาขาหนึ่ง มีถิ่นฐานอยู่ทางฝั่งแม่น้ำโขงแขวงเมืองเชียงขวาง บริเวณภูพาน (ภูเข่า) ประเทศลาว คนพวนยืนยันตนเองว่าเป็นคนไทย โดยสังเกตได้จากการพูดจา เช่น ไทยบ้านเต้อ (ใต้) ไทยบ้านกลาง ไทยบ้านเหนือ เป็นต้น

คนไทยพวน เป็นชนชาติไทยกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่ง เคยมีถิ่นฐานเดิมอยู่ที่เขตเมือง “พวน” อยู่ทางทิศตะวันออกของนครเวียงจันทน์ ติดต่อแดนญวน (เวียดนามเหนือเดิม) คนไทยพวนที่อยู่ในเมืองพวนสมัยนั้นมีชนเผ่าหลายภาษาปะปนกัน เช่น ลาวเวียง ผู้ไทยดำ ผู้ไทยขาว ลาวโซ่งดำ ลาวโซ่งขาว ลาวโซ่งลายและจีนฮ้อ แต่คนพื้นเมืองเป็นชนพวกข่า คนเมืองพวนมีจารีตประเพณีขนบธรรมเนียมท้องถิ่นเหมือนกัน แม้ภาษาพูดสำเนียงเพี้ยนไปบ้างแต่ฟังกันรู้เรื่องมีภาษาอักษรหรือหนังสือธรรมเป็นของตนเอง คนเมืองพวนแม้จะแยกมาอยู่แหลมทองของไทยหลายจังหวัด ก็ยังภูมิใจเรียกตนเองว่า “พวน” ที่เรียกชื่อว่าเมืองพวนเพราะตั้งอยู่ใกล้ภูเข่าที่เรียกว่า “ภูพวน” ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ เจ้าอนุวงศ์สวามีภักดีญวนแล้วยกกองทัพไทยเรื่อยลงมาถึงนครราชสีมา เกิดการสู้รบกับคุณหญิงโม ทักษิณของเจ้าอนุวงศ์ก็ถูกตีแตก ครอบครัวย้ายมาเวียงจันทน์รวมทั้งไทยพวนได้ถูกกวาดต้อนมาเป็นเชลยศึก อพยพลงมาตามริมแม่น้ำตั้งบ้านเรือนอยู่ที่บ้านเชียง อีกส่วนหนึ่งถูกต้อนลงมากรุงเทพฯ ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และจังหวัดอื่นๆรวม 17 จังหวัด ครอบครัวไทยพวนที่อพยพครั้งนั้นเมื่อมาถึงสระบุรี ได้พากันแสวงหาที่อยู่ ที่ทำกิน ได้ตั้ง

บ้านเรือนอยู่ที่อำเภอหนองโคน ตามหมู่บ้านต่างๆ คือ บ้านกล้วย บ้านครัว บ้านคลอง บ้านคลองบุญ บ้านทองย้อยและบ้านหนองแร่ โดยเฉพาะที่ตำบลบ้านกล้วยมีชนเผ่าไทยพวนอาศัยอยู่จำนวนมาก และยังมีสืบทอดวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีให้คงอยู่ต่อไป คือประเพณี “กำฟ้า”

“กำฟ้า” เป็นประเพณีหนึ่งของชาวไทยพวน ที่ปฏิบัติติดต่อกันมาเป็นเวลาช้านานและปฏิบัติกันอย่างเคร่งครัดไม่ขาด เป็นประเพณีที่ปลูกฝังความเชื่อถือกันหนาแน่น แม้กาลเวลาจะผ่านไปเป็นร้อยๆปี แต่ประเพณีก็ยังมั่นคง เชื่อว่าจะสืบทอดต่อไปยังลูกหลานในวันข้างหน้า ประเพณีกวนข้าวทิพย์ ซึ่งยังคงทำกันอยู่ในทุกหมู่บ้านของชาวไทยพวน แต่ก็มีบางประเพณีที่เลือนลางไปจากประเพณีเดิมบ้าง เช่น ประเพณีบุญข้าวหลาม เดิมที่ชาวไทยพวนทำกันในเดือนยี่นั้น ก็นำมารวมกันเสียในประเพณีกำฟ้า มีการทำข้าวหลามใส่บาตร และแจกเพื่อผู้ญาติมิตร ส่วนกิจกรรมเสริมประเพณีเดิม เช่น การเล่นมอญซ่อนผ้า ช่างรำ ไม้ทิ่ม และเล่นตะหมาบैया (เล่นสะบ้า) หายไปหมดสิ้น ประเพณีกำฟ้าที่นั่นถือกันว่าเป็นประเพณีที่สำคัญ โดยทั่วไปมักจะจัดพิธีกำฟ้าเดือน 3 ขึ้น 3 ค่ำ เพราะเป็นฤดูกาลที่ว่างจากงาน

“บ้านกล้วย” เป็นชื่อตำบล ตำบลหนึ่งของอำเภอหนองโคน ได้ถือกำเนิดมาเมื่อประมาณ 200 กว่าปีมาแล้ว ในช่วงแรกมีชาวพวนเข้ามาอาศัยอยู่เพียงไม่กี่ครอบครัว โดยอาศัยอยู่ ณ บริเวณบ้านกล้วยเก่า ซึ่งเป็นที่ตั้งของ หมู่ที่ 2, 3, 4 และหมู่ที่ 5 ในปัจจุบันเนื่องจากภูมิประเทศเป็นรูปกระทะคว่ำ น้ำท่วมไม่ถึง บริเวณรอบๆ ไม่มีแม่น้ำลำคลอง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมตามฤดูกาล หน้าแล้งปลูกถั่ว ปลูกงา มีการทำนาสืบทอดมาตั้งแต่บรรพบุรุษเฉพาะในช่วงฤดูฝน เมื่อหมดฤดูฝนจึงไม่มีที่เก็บน้ำไว้เพื่ออุปโภค บริโภค ชาวพวนบางส่วนจึงย้ายไปอยู่กับชาวพวนที่อพยพไปอยู่แถวจังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งฤดูแล้งไม่อดน้ำ มีน้ำกินน้ำใช้อย่างสะดวกสบาย แต่ในปีนั้นเองจังหวัดสุพรรณบุรีได้เกิดน้ำท่วมทำให้ได้รับความเดือดร้อนอีก ส่วนผู้ที่อยู่ทางตำบลบ้านกล้วยได้ช่วยกันขนทรายหาแหล่งน้ำ โดยสังเกตดูในดอนเข้าๆพื้นดินจะมีความชุ่มชื้น บริเวณนั้นในดอนเย็นๆ จะขุดหลุมลึกประมาณ 1 คืบแล้วเอาสำลีสางไว้ในหลุมใช้กะลาครอบ ถ้าแหล่งใดมีน้ำสำลีที่อยู่ในหลุมนั้นจะเปียก เมื่อค้นหาโดยวิธีนี้แล้วจึงขุดบ่อตรงบริเวณที่สำลียเปียกชุ่ม จึงพบแหล่งน้ำกิน น้ำใช้อย่างเพียงพอมาจนถึงปัจจุบัน ส่วนพวกที่ไปอยู่จังหวัดสุพรรณบุรีได้รับความเดือดร้อนจากน้ำท่วมบ้านเรือน จึงพากันอพยพครอบครัวกลับคืนมาอยู่ที่เดิมอีกครั้งหนึ่ง ด้วยเหตุนี้เองจึงเรียกว่า “บ้านกล้วย” มาจนถึงปัจจุบันนี้ วันหนึ่งได้เกิดไฟไหม้ขึ้นทั่วทั้งหมู่บ้าน หลังจากนั้นได้เกิดโรคระบาดขึ้นคือ โรคอหิวาต์และโรคฝีดาษ ทำให้ชาวบ้านตายกันเป็นจำนวนมาก จึงพากันอพยพกระจัดกระจายไปอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ ซึ่งส่วนหนึ่งได้อพยพมาอาศัยอยู่ในหมู่ 8 บ้านกลางและเนื่องจากว่าบ้านกลางอยู่ระหว่างบ้านสองคอนกับบ้านคลองจึงเป็นเหตุให้เรียกว่า “บ้านกลาง”

ชาวไทยพวนบ้านกล้วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ผู้ชายจึงมีฝีมือในการจักสานเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำมาหากิน และอุปกรณในชีวิตประจำวัน เช่น แอกควาย คันไถ แอบข้าว หวดนึ่งข้าว สุ่มจับปลา ข้องใส่ปลา สุ่มไก่ การถักแห ผู้หญิงจะมีความชำนาญเกี่ยวกับการทอผ้า มีการทอผ้าใช้เอง ทั้งผ้าซิ่น ผ้าตัดเสื้อ และผ้าขาวม้า ซึ่งผ้าขาวม้านั้นถือเป็นผ้าสาระพัดประโยชน์ ใช้โพกศีรษะ ใช้กันแดด ใช้ปิดกวางค ใช้นุ่ง ใช้ผูกเปลให้เด็กนอน และยังใช้ประโยชน์อื่นๆอีกมากมาย

ผู้สูงอายุ กล่าวว่า ชาวไทยพวนบ้านกล้วยส่วนใหญ่รักถิ่นฐาน รักพวกพ้องของตนเองและสืบทอดเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษที่เป็นพี่น้องกัน จึงนิยมปลูกบ้านอยู่อาศัยอยู่ในละแวกเดียวกัน ซึ่งมีคำพูดแต่โบราณพูดถึงชาวบ้านกล้วยว่า “ถ้าไก่บินหลงขึ้นไปบนหลังคาบ้านแล้วจะหาทางลงไม่ได้” ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่จะปลูกอยู่บริเวณที่ดอน ที่น้ำท่วมไม่ถึง ล้อมรอบด้วยที่นาซึ่งจะอยู่ในบริเวณที่ลุ่ม เพราะฉะนั้นที่อยู่อาศัยและที่นาจึงอยู่ห่างไกลกัน ประกอบกับในอดีตการคมนาคมไม่สะดวก ไม่มีรถยนต์ ชาวบ้านใช้พาหนะ คือเกวียนที่ใช้ควายลาก หรือเรียกว่า “เกวียนเทียมควาย” จึงต้องออกไปทำนาแต่เช้ามืดก่อนฟ้าสว่าง ในปัจจุบันลูกหลานได้สืบทอดนิสัยของความขยันต่อมา แม้การคมนาคมจะสะดวกสบายขึ้นมีถนนหนทาง แต่ชาวไทยพวนบ้านกล้วยยังคงสืบทอดวัฒนธรรมดั้งเดิม จึงยังคงไปทำนาตั้งแต่เช้ามืดก่อนฟ้าสว่างเช่นเดิม

ตำบลบ้านกล้วย มีอาณาเขต ทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลนายาว อำเภอพระพุทธรบาท ทิศใต้ ติดต่อกับตำบลคอนทอง ทิศตะวันออก ติดต่อกับตำบลบ้านโปร่ง อำเภอหนองโดน ทิศตะวันตก ติดต่อกับตำบลกกโก และตำบลโคกสำพาน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี แบ่งการปกครองตามลักษณะการปกครองท้องที่ออกเป็น 10 หมู่บ้าน ภูมิประเทศส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นที่ราบลุ่ม การคมนาคมมีความสะดวกทั้งทางรถยนต์และทางรถไฟ มีรถไฟสายเหนือและรถโดยสารประจำทางผ่าน มีบ้านเรือนอยู่ติดกันหนาแน่น จำนวนประชากรประมาณ 4,400 คน มีบ้าน 982 หลังคาเรือน มีร้านขายของชำประมาณ 40 ร้าน โรงเรียนประถมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา 2 แห่ง วัด 5 วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง โรงเรียนข้าว 1 แห่ง สถานีอนามัย 1 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง ในปี พ.ศ. 2498 ได้มีการขุดคลองส่งน้ำชัยนาท-ป่าสัก (คลองอนุศาสนันท์) ซึ่งคลองดังกล่าวขุดผ่านตำบลบ้านกล้วย ส่งผลให้ตำบลบ้านกล้วยมีน้ำใช้อุดมสมบูรณ์ขึ้น ประชาชนจึงยึดอาชีพทำนาตลอดเรื่อยมา จนถึงปี พ.ศ. 2531 รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการผลิตพืชผลทางการเกษตร พื้นที่นาตั้งแต่หมู่ที่ 1 – 8 ได้รับการจัดรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม พื้นที่นาทุกแปลงจะมีถนนและคูส่งน้ำ คูระบายน้ำถึงทั่วทุกแปลง ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมการผลิตของรัฐบาลกลาง ส่งผลให้เกษตรกร ทำนา 5 ครั้ง ใน 2 ปี และในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้หนู

จำนวน 1 ราย ซึ่งต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคฉี่หนู ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยด้วยโรคฉี่หนูอีก 5 ราย เสียชีวิต 1 ราย และมีผู้ป่วยด้วยโรคฉี่หนูทุกปีตลอดมา

หมู่ 8 มีชื่อเรียกในท้องถิ่นว่า "บ้านกลาง" มีอาณาเขตทิศเหนือ ติดต่อกับหมู่ที่ 7 บ้านตลาดทิศใต้ ติดต่อกับหมู่ที่ 1 บ้านหนองแร่ ตำบลคอนทอง ทิศตะวันออก ติดต่อกับหมู่ที่ 1 บ้านสองคอน และทิศตะวันตก ติดต่อกับหมู่ที่ 6 บ้านคลองเจริญ มี 74 หลังคาเรือน ประชากร 294 คน ชาย 135 คน หญิง 159 คน มีรายได้จากการทำนา 64 หลังคาเรือน 251 คน มีผู้เกี่ยวข้องกับการทำงาน 46 คน มีผู้ประกอบการอาชีพทำนา 28 คน (สถานีอนามัยตำบลบ้านกลับ, 2549, หน้า 1-2)

ประชากรหมู่ที่ 8 ประกอบอาชีพทำนามาตั้งแต่บรรพบุรุษโดยเฉพาะในปัจจุบันมีการทำนาถึง 5 ครั้งใน 2 ปี ลักษณะการทำนาแบบนาหว่านน้ำคม ซึ่งเมื่อเกี่ยวข้าวเสร็จแล้วจะตากฟางให้แห้งแล้วเผาฟางพร้อมคอขังข้าว เสร็จแล้วจึงปล่อยน้ำเข้านาเพื่อไถนาโดยใช้รถไถนาแบบเดินตาม เมื่อไถเสร็จแล้วจะคาดนาเพื่อย่ำดินและหญ้าให้ละเอียดโดยเดินตามรถ เมื่อตีดินและหญ้าจนและเข้ากันดีแล้วจึงเกลี่ยดินโคลนที่ละๆนั้นให้เรียบเสมอกันเรียกว่าการทำเทือก ซึ่งนิยมนั่งบนแท่นทำเทือก เมื่อทำเทือกเสมอกันดีแล้วจึงจะหว่านข้าวโดยเดินย่ำโคลนหว่านข้าวจนทั่วท้องนา และยังมีขั้นตอนอื่นๆ เช่น การไถร่องเพื่อให้พื้นนามีน้ำหล่อเลี้ยงดินข้าวอย่างเพียงพอ มีขั้นตอนการขุดฟันหญ้าปรับแต่งหัวคันนาซึ่งส่วนใหญ่เกษตรกรมักไม่สวมรองเท้าบูต มีการทำนาตลอดปีดินจึงมีสภาพที่ชื้นแฉะตลอดเวลาเหมาะสมกับการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค โดยเฉพาะเชื้อโรคฉี่หนูที่ชอบอาศัยอยู่ในดินที่ชื้นแฉะ ปี พ.ศ. 2545 จึงมีผู้ป่วยด้วยโรคฉี่หนู จำนวน 2 ราย และประชาชนหมู่ที่ 8 ประกอบอาชีพทำนา จำนวน 28 คน มีอาชีพเกี่ยวข้องกับการทำงาน จำนวน 46 คน มีความรู้น้อยและมีพฤติกรรมการทำงานแบบเดิมๆ คือ มีการทำนาด้วยเท้าเปล่า โดยมีผู้สวมรองเท้าบูตเพียง 1 ราย สวมรองเท้ากันหอยเชอรี่ จำนวน 10 ราย (อุคม พหลยุทธ, 2549, กันยายน 14) ฉะนั้นประชาชนหมู่ที่ 8 จึงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคฉี่หนู เนื่องจากมีองค์ประกอบหลายประการที่เอื้อต่อการสัมผัสเชื้อซึ่งได้แก่ การทำนาด้วยเท้าเปล่า ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่เท้า การทำนาตลอดทั้งปีซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่มขึ้น มีความรู้น้อยจึงขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค จึงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรศึกษาพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว เพื่อหาแนวทางการป้องกันโรคฉี่หนูต่อไป

## โรคฉี่หนู

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2544, หน้า 5), เสาวภา พรสิริพงษ์ และคนอื่นๆ (2542, หน้า 1), ประวิทย์ ชูเกียรติขันธ์, และสงคราม เหลืองทองคำ (2542, หน้า 1) ได้กล่าวถึงโรคฉี่หนูไว้ พอสรุปได้ดังนี้

โรคฉี่หนูเป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คน โรดेंट-บอร์น อินเฟกชัน (Rodent-borne infection) ที่จัดว่าเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่จะกล่าวถึงนี้ได้แก่ โรคเลปโตสไปโรซิส หรือโรคฉี่หนู เป็นที่ทราบกันดีว่า โรคฉี่หนูเริ่มระบาดในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยอาการทางคลินิกของโรคฉี่หนูคือ ไข้เฉียบพลัน ซึ่งเป็นอาการคล้ายคลึงกับโรคที่มีความรุนแรงอื่นๆ อีกหลายชนิด ดังนั้นแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงควรมีความรู้และคิดถึงการวินิจฉัยแยกโรคเหล่านี้ด้วย โรคฉี่หนู เกิดจากเชื้อ เลปโตสไปโรซิส อินเทอร์โรแกนส์ (*leptospira interrogans*) ซึ่งเป็นสไปโรชิตขนาดเล็ก ก่อให้เกิดพยาธิสภาพและอาการได้หลายระบบ เป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อมาจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นกับชนิดของเชื้อและปริมาณเชื้อที่ได้รับ การติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน หายเองได้ อาการรุนแรงหรือถึงขั้นเสียชีวิต โรคนี้พบได้ทั่วโลกแต่พบในเขตเมืองร้อนได้บ่อยกว่า พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง การติดต่อของโรคเกิดจากการสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะสัตว์ที่มีเชื้อหรือสัมผัสโดยอ้อมกับน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อจากปัสสาวะของสัตว์ เชื้อจะไชเข้าทางผิวหนัง เยื่อบุอ่อน หรือไชเข้าตามรอยแผล กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อโรคนี้ได้แก่ ชาวนา ชาวไร่ เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ ผู้มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ กรรมกรขุดลอกท่อระบายน้ำ คนงานฆ่าสัตว์

### 1. ระบาดวิทยาของโรคฉี่หนู

เชื้อ เลปโตสไปรา อินเทอร์โรแกนส์ (*L.interrogans*) แบ่งเป็น 23 ซีโรกรุปและแบ่งย่อยเป็นซีโรวารี่ได้อีกมากกว่า 200 ชนิด ในประเทศไทยขณะนี้มีรายงานพบแล้วเกือบทุกซีโรกรุป และมีรายงานพบเชื้อก่อโรคซีโรวารี่ใหม่ๆ เพิ่มขึ้นตลอดเวลาทั้งในคนและในสัตว์

เชื้อ เลปโตสไปรา อินเทอร์โรแกนส์ สามารถมีชีวิตอยู่ในน้ำหรือในดินที่มีความชื้นและความเป็นกรดต่ำพอเหมาะได้นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน โดยเฉพาะน้ำที่ไหลนิ่งเอื่อยๆ สัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรคมีทั้งสัตว์ป่า อาทิเช่น กระรอก กวาง สุนัขจิ้งจอก และสัตว์เลี้ยงต่างๆ เช่น สุกร หนู สุนัข โค กระบือและแมว เป็นต้น สัตว์เหล่านี้อาจไม่แสดงอาการใดๆ แต่จะมีการติดเชื้อที่ท่อไตและปล่อยเชื้อออกมาในปัสสาวะของมันได้เป็นเวลานานหลายสัปดาห์ หลายเดือนหรืออาจตลอดชีวิต ทำให้เชื้อนี้สามารถแพร่กระจายในฝูงสัตว์และมีการติดต่อมายังคนได้ เชื้อเลปโตสไปราแต่ละชนิดมีสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรคหลักๆ ต่างกัน เช่น เลปโตสไปรา อิกทีโรฮีโมราเกีย (*L.icterohaemorrhagiae*)

และ เลปโตสไปรา โคเปนเฮเกน (*L.copenhagani*) พบได้ในหนู เลปโตสไปรา โปโมนา (*L.pomona*) พบได้ในสุกร เลปโตสไปรา ฮาร์ดโจ (*L.hardjo*) พบได้ใน โค กระบือ เลปโตสไปรา คานีโคลา (*L.canicola*) พบได้บ่อยในสุนัข เป็นต้น

การระบาดในปัจจุบันมีข้อมูลเบื้องต้นว่า แหล่งแพร่เชื้อมักจะอยู่ในนาและแหล่งน้ำในธรรมชาติ เนื่องจากสามารถแยกเชื้อได้ในหนูนาทุกชนิดและไม่พบเชื้อในหนูบ้าน เช่น หนูทุกใหญ่ที่จังหวัดนครราชสีมาพบว่ามีกรดเชื้อถึงร้อยละ 40 และหนูท่อที่จับได้จากจังหวัดขอนแก่นพบการติดเชื้อในอัตราสูงถึงร้อยละ 37 นอกจากนี้ยังแยกเชื้อซึ่งก่อโรคได้จากสัตว์อื่นๆ ด้วย ได้แก่ กระบือ และโค และพบว่าพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การไถนา ถอนกล้า ใส่ปุ๋ย และหาปลา ล้วนต้องแช่อยู่ในน้ำเป็นเวลานานทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อที่ปนเปื้อนอยู่ในนาและในแหล่งน้ำได้มาก

## 2. พยาธิกำเนิด

คาริกา กิ่งเนตร (2548, หน้า 13) กล่าวถึงพยาธิกำเนิดของโรคนี้หนูไว้ดังนี้

หลังจากเชื้อเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังหรือเยื่อบุภาคแผล เชื้อจะเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 24 ชั่วโมง และกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ เชื้อจะเจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนจนก่อให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆได้ในคนที่ไม่เคยมีภูมิคุ้มกันโรคนี้มาก่อน ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับอาการของโรคติดเชื้ออื่นๆที่เป็นผลจากการหลังสารเอ็นโดท็อกซินออกมาในกระแสเลือด (endotoxinaemia) และมีรายงานการตรวจพบสารอื่นๆซึ่งคล้ายคลึงกับสารหลายชนิดในผู้ป่วยโรคนี้

## 3. อาการ/อาการแสดงของโรค

เฉลิมชาติ แจ่มจรรยา, ศุภล ศรีสุขวัฒนา, และสมชาย ตุ่นแก้ว (ม.ป.ป. หน้า 358) กล่าวถึงอาการ/อาการแสดงของโรคดังนี้

โรคเลปโตสไปโรซิส มีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อและตาอักเสบ บางครั้งมีอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ดีซ่าน โลหิตจาง และมีเลือดออกตามเยื่อและผิวหนัง อาจจะมีผื่นเกิดขึ้น อาการเหล่านี้จะปรากฏอยู่เป็นเวลา 2-3 วันถึง 3 สัปดาห์ เมื่อหายแล้วอาจกลับเป็นใหม่ได้อีก

คาริกา กิ่งเนตร (2548, หน้า 14) กล่าวถึงอาการของโรคนี้หนูไว้ดังนี้

อาการในคนอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับชนิดและปริมาณของเชื้อ โดยปกติจะมีระยะฟักตัวประมาณ 5-14 วัน ผู้ที่ได้รับเชื้อจำนวนหนึ่งอาจไม่มีอาการทางคลินิก ส่วนผู้ที่มีอาการทางคลินิกอาจแบ่งระยะตามพยาธิกำเนิดเป็น 2 ระยะ

ระยะแรก เป็นระยะ 4-7 วันแรกของการดำเนินโรคซึ่งสามารถแยกเชื้อเลปโตสไปราได้จากเลือดและน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงอย่างทันทีทันใด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

อย่างรุนแรง มักปวดที่ท้อง โคนขา กล้ามเนื้อหลังและท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตาแดง อาจมีไข้ติดต่อกันหลายวันสลับกับระยะไข้ลด และมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีผื่นที่เพดานปาก โลหิตจางมีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อ ติบและไตวาย ตีข่าน อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เพ้อ ซึม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ไอมีเสมหะ อาจมีเลือดปน และเจ็บหน้าอกมักพบใน 3 วันแรกของโรคและเป็นอยู่ได้นานถึง 1 สัปดาห์

ระยะที่สอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อกำจัดโรค หรือหลังจากเริ่มอาการไข้ประมาณ 1 สัปดาห์ โดยจะมีช่วงที่ไข้ลงประมาณ 1-2 วัน แล้วกลับมีไข้ขึ้นใหม่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักปวดศีรษะ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการกินยาแก้ปวด มีอาการสับสน ไข้ต่ำๆ คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ม่านตาอักเสบ ผื่น หน้าที่ของติบและไตผิดปกติ ระยะนี้กินเวลาประมาณ 4-30 วัน และจะพบเชื้อเลปโตสไปราในเลือดและน้ำไขสันหลังได้ใน 1-2 วันแรกและหลังจากนั้นเชื้อจะออกมาในปัสสาวะนาน 1-3 สัปดาห์

อาการปอดอักเสบรูปแบบไม่แน่ชัด (Atypical pneumonia syndrome) พบได้ในผู้ป่วย เลปโตสไปโรซิส

เยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบปราศจากเชื้อ (Aseptic meningoencephalitis) อาจเกิดได้จากเชื้อเลปโตสไปราทุกชนิดแต่มักพบมากจากเชื้อ เลปโตสไปรา คานีโคลา , เลปโตสไปรา อิกทีโรอีโมราเกียร์ และ เลปโตสไปรา โฟโมนา

ในประเทศไทยมีรายงานสำรวจพบโรคนีในกลุ่มผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุ 2.2% ถึง 18.9% การสำรวจในปี 2534-2536 โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (คาริก้า กิงเนตร, 2548, หน้า 14) พบความชุก 4.8% แต่รายงานในโรงพยาบาลเด็กพบความชุกสูงถึง 36.11%

แม้ว่าอาการของโรคจะค่อนข้างหลากหลายโดยอาจมีอาการเด่นของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งที่ถูกทำลาย ไม่ว่าจะเป็นไต ตับ ระบบหายใจ หรือระบบไหลเวียนโลหิต แต่จากรายงานที่มีอยู่ในประเทศไทยอาการที่พบได้บ่อยมากคือ ไข้สูง (88.8-100%) ปวดศีรษะ (68-100%) ปวดกล้ามเนื้อ (76-100%) และตาแดง (74-100%) สำหรับอาการเหลือพบน้อยกว่าคือ 37-70% อาการอื่นๆ ได้แก่ ผื่น จุดเลือดออกตามผิวหนัง ไอเป็นเลือด ตับโต ม้ามโต เป็นต้น

ความรุนแรงของโรคจะขึ้นกับชนิดและปริมาณของเชื้อ เช่น เชื้อชนิด เลปโตสไปรา อิกทีโรอีโมราเกียร์ และ เลปโตสไปรา บาตาเวียร์ (*L.bataviae*) มักจะก่ออาการรุนแรง (ตีข่าน เลือดออกและไตวาย) มากกว่าชนิดอื่นๆ เช่น เลปโตสไปรา คานีโคลา, เลปโตสไปรา กริบไปทิบโพซา (*L.grippotyphosa*) และ เลปโตสไปรา ฮาร์คโจ การติดเชื้อเลปโตสไปรานั้น มักเกิดอาการของโรคไม่มีตีข่าน (anicteric illness) มากกว่าที่จะเป็นแบบตีข่าน (icteric disease) ซึ่งแม้แต่เชื้อ เลปโตสไปรา

อิคทีโรฮีโมราเกียร์ ที่มักทำให้เกิดอาการดีซ่าน ไตถูกทำลาย มีภาวะเลือดออก และลงท้ายด้วยอัตราป่วยที่ค่อนข้างสูงนั้น ก็มักพบดีซ่านได้ไม่เกิน 10% อัตราการป่วยตายโดยเฉลี่ยต่ำ แต่จะเพิ่มขึ้นในคนไข้สูงอายุ และอาจสูงถึง 20 เปอร์เซ็นต์ หรือมากกว่าในคนไข้ที่มีดีซ่าน และไตถูกทำลาย แต่ไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเพียงพอ ซึ่งรวมทั้งการล้างไต (renal dialysis) ด้วย สาเหตุการตายมักมาจากตับ และไตวาย ในปัจจุบัน พบว่า การมีเลือดออกมาก และกลุ่มอาการทางเดินหายใจล้มเหลว (adult respiratory distress syndrome) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็ว สาเหตุการตายอาจมาจากการเต้นของหัวใจผิดปกติเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบก็ได้

#### 4. อาการทางคลินิก

วาราลักษณ์ ตั้งคณะกุล (2548, หน้า 24) กล่าวถึงอาการทางคลินิกของโรคฉี่หนูแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

4.1 กลุ่มที่ไม่มีอาการเหลือง (อาการไม่รุนแรง) อาการทางคลินิกที่พบในกลุ่มที่อาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไข้เฉียบพลัน (ไข้ขึ้นสูง 38-40c อาจมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย) เยื่อบุตาขาวแดง (conjunctival suffusion) ปวดศีรษะและกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อหลัง มีอาการกดเจ็บกล้ามเนื้อดังกล่าวร่วมด้วย อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน พบตั้งแต่หนึ่งวันจนหลายวัน ลักษณะของไข้มีลักษณะเป็น biphasic (ระยะมีไข้สลับกับระยะไข้ลดและระยะกลับมีไข้อีกครั้ง) ระยะแรกเป็นระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือดและน้ำไขสันหลัง (septicemic stage) ระยะนี้มีไข้สูงประมาณ 4-7 วัน ตามด้วยระยะไม่มีไข้และไม่มีอาการ 1-3 วัน หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่สอง (immune stage) ระยะนี้สั้น ประกอบด้วยไข้ขึ้นอีกครั้ง (recurrence of fever) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) และมีเชื้อออกมาในปัสสาวะ (leptospiuria) อย่างไรก็ตามลักษณะของไข้ที่เป็น biphasic ไม่พบในผู้ป่วยทุกราย

4.2 กลุ่มที่มีอาการเหลือง (อาการรุนแรง) อาการทางคลินิกในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ไม่พบลักษณะไข้แบบ biphasic กลุ่มนี้อาการในระยะแรก (septicemic illness) จะไม่หายไป ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นโดยมีอาการเหลือง และไตวาย อาการทางคลินิกประกอบด้วย อาการที่พบในกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงร่วมกับอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพในสภาวะต่างๆ ได้แก่ มีพื้นที่เพดานปาก (palatal exanthem) มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อบุ ตับและไตวาย ดีซ่าน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (ทำให้ความรู้สึกสับสน เพ้อ ซึม) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ โดยมีอาการไอหรือไม่ไอเป็นเลือด (hemoptysis) กลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบไม่ถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มนี้อาการเหลืองจะเกิดระหว่างวันที่ 4 - 6 ของโรค ปัสสาวะออกน้อย เกิดในสัปดาห์ที่ 2 ของโรคแต่อาจพบได้ตั้งแต่วันที่ 4 ของโรค ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในระยะนี้หรือในต้นสัปดาห์ที่สามจาก

ภาวะไตวาย ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรงเป็นสาเหตุการตายของโรคได้ การเสียชีวิตเนื่องจากภาวะไตวายพบน้อย อัตราป่วยตายในกลุ่มที่ภาวะรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาพบร้อยละ 15-40

#### 5. อาการแสดงที่สำคัญทางคลินิก

วรลักษณ์ คังคณะกุล (2548, หน้า 25)กล่าวถึงอาการแสดงที่สำคัญทางคลินิกไว้ดังนี้

5.1 ภาวะเยื่อบุตาบวมแดง (conjunctival suffusion) เกิดขึ้นในตาทั้งสองข้าง ภายใน 3 วันแรกของโรค และอยู่ได้นานตั้งแต่ 1 วันถึง 1 สัปดาห์ อาจพบร่วมกับเลือดออกที่ตาขาว (conjunctival hemorrhage) ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้

5.2 กดเจ็บกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะที่น่อง

5.3 มีเลือดออกแบบต่างๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีอาการเหลือง เช่น จุดเลือดออกตามผิวหนัง (petechiae), ผื่นเลือดออก (purpuric spots), เลือดออกใต้เยื่อบุตา (conjunctival hemorrhages) หรือเสมหะเป็นเลือดบางครั้งอาจพบเพียงผื่นเลือดออก 2-3 แห่งที่หน้าอก ท้อง หรือแขน เชื่อว่าเกิดจากเส้นเลือดฝอยที่เปราะ ซึ่งสามารถตรวจพบได้โดยการทดสอบความเปราะของเส้นเลือดฝอยด้วยปลาย [Tourniquet for capillary fragility (Hess) test\*] แต่การตรวจหาระยะเวลาที่เลือดออก (bleeding time), การหอดตัวของลิ่มเลือด (clotting time) และ การตรวจดูการแข็งตัวของลิ่มเลือด (prothrombin time) มักจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตามในรายที่มีอาการรุนแรง (classical wiet's disease) พบว่าค่า prothrombin time ผิดปกติได้

5.4 ผื่น อาจพบได้หลายแบบ เช่นผื่นแดงราบ (erythematous), ผื่นแดง (macular), ผื่นและตุ่มแดง (maculopapular), ผื่นลมพิษ (urticaria) ซึ่งผื่นเหล่านี้ อาจพบเฉพาะที่หรือได้ทั้งตัว ผื่นมักจะเป็นชั่วคราวหรือบางรายอาจพบมากกว่าหนึ่งสัปดาห์ก็เป็นได้

5.5 อาการเหลือง มักจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการตรวจทางคลินิก ถ้ามีอาการเหลืองน้อยๆ อาจจะต้องตรวจในที่ๆมีแสงสว่างเพียงพอ อาการเหลืองจะอยู่ระหว่างวันที่ 4-6 ของโรค แต่ก็อาจจะได้เร็วตั้งแต่วันที่ 2

การตรวจเฮสเทส (\*Hess test) คือ การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตวัดดันแขนที่ความดันโลหิตเท่ากับค่าที่อยู่ระหว่างความดัน diastolic และ systolic เป็นเวลา 5-10 นาที แล้วตรวจสอบว่ามีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (petechiae) ในพื้นที่เส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 เซนติเมตร ที่บริเวณท้องแขนด้านในได้บริเวณที่วัดความดันโลหิตหรือไม่ ถ้าพบว่ามีประมาณ 10-20 จุด แสดงว่าอาจมีอาการเปราะของเส้นเลือดฝอย (suspected) ถ้าพบว่ามีมากกว่า 20 จุด แสดงว่ามีความเปราะของเส้นเลือดฝอย

## 6. กลุ่มเสี่ยง

วราลักษณ์ ดังคณะกุล (2548, หน้า 25-26) ได้กล่าวถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคนี้ไว้ดังนี้

6.1 กลุ่มเสี่ยงได้แก่กลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสสัตว์ (หมู วัว ควาย หมา แมว หนู เป็นต้น) ซึ่งได้แก่เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ ชาวนา ชาวไร่ คนขุดลอกคลอง คนฆ่าสัตว์ คนแล่นเนื้อ สัตวแพทย์ หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับสัตว์ ซึ่งกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มักจะเป็นผู้ชายวัยหนุ่ม ซึ่งสัมผัสเชื้อระหว่างหรือหลังจากฤดูฝน แต่กับคนที่เดินทางไปชนบทอาจติดเชื้อได้จากการลงว่ายน้ำ ดกน้ำ ชีจักรยานภูเขา หรือล่าสัตว์ การสัมผัสน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อเลปโตสไปรามักจะเป็นสาเหตุของการระบาด

6.2 การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นในบ้านเนื่องจากสัตว์เลี้ยง โดยเฉพาะสุนัข ซึ่งมักเกิดการติดเชื้อในเด็กหรือแม่บ้าน การให้วัคซีนป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสกับสุนัขสามารถป้องกันการเกิดโรคในสุนัขได้แต่ไม่ป้องกันการเป็นพาหะนำโรค อาชีพอื่นที่อาจติดเชื้อได้ เช่น ผู้ทำงานในห้องปฏิบัติการ ผู้ที่ทำงานกับท่อระบายน้ำ เพราะฉะนั้นการซักประวัติทางระบาดวิทยาควรจะต้องถามอาชีพ และกิจกรรมที่อาจทำให้สัมผัสเชื้อได้ง่ายขึ้นภายใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตลอดจนสัตว์เลี้ยงในบ้านหรืออุบัติเหตุต่างๆ

6.3 การติดเชื้อเลปโตสไปราจำเป็นต้องมีสภาวะแวดล้อมที่เอื้อและช่วยในการแพร่เชื้อ ฉะนั้นในบางพื้นที่ซึ่งมีอากาศค่อนข้างอุ่น ฝนตกบ่อย และเป็นพื้นที่ปลูกข้าวหรือพืชไร่ ผู้ที่ทำงานในพื้นที่นี้จะมีโอกาสสัมผัสปัสสาวะของสัตว์ที่มีเชื้อนี้อยู่ได้บ่อย

## 7. ภาวะแทรกซ้อน

วราลักษณ์ ดังคณะกุล (2548, หน้า 27) กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะต่างๆไว้ดังนี้

ไต : ภาวะแทรกซ้อนทางไตพบได้บ่อยสุด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความผิดปกติอาจพบตั้งแต่ความผิดปกติของปัสสาวะอย่างเดียวจนถึงไตวายมักจะตรวจพบไข่ขาว ในปัสสาวะในทุกระยะของโรค

อาการปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออกเลยในสัปดาห์ที่สอง หรือในวันที่สี่ของโรค อาการนี้อาจจะเกิดเพียงชั่วคราวหรือเป็นอยู่ถึงสองสัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางไตแทรกซ้อนมักจะพบปัญหาทางตับด้วย เมื่อภาวะทางไตทรุดลงผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของเสียคั่ง (uremia) อาจตรวจพบค่า BUN ได้มากกว่า 70 mmol/l (400 mg/dl) Creatinine มากกว่า 1.32mmol/l (15mg/dl) ผู้ป่วยที่อาการหนักมักจะเสียชีวิตในปลายสัปดาห์ที่สองหรือสัปดาห์ที่สาม ในผู้ป่วยบางรายอาจจะเป็นภาวะไตวายโดยที่ไม่มีอาการปัสสาวะน้อย (non-oliguric renal failure)

อาการปัสสาวะออกมาก (diuresis) เป็นอาการแสดงที่บ่งบอกว่าไตเริ่มดีขึ้น การตรวจพบความผิดปกติของปัสสาวะไม่ได้เป็นตัวชี้บ่งความรุนแรงของไต ผู้ป่วยที่มีอาการไตวายอย่างรุนแรง อาจตรวจพบความผิดปกติในปัสสาวะเพียงเล็กน้อยพยาธิสภาพที่ไตวายแบบ acute tubular necrosis เชื่อว่าเป็นผลจาก toxic effect ของเชื้อเลปโตสไปรา ภาวะไตวายในผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส จะสามารถกลับเป็นปกติได้ และไม่เป็นสาเหตุของไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีพยากรณ์โรคที่ดี

ตา : ภาวะเยื่อบุตาบวมแดง (conjunctival suffusion) เป็นอาการแสดงที่พบในระยะ ติดเชื้อในกระแสเลือด และมักจะตรวจพบอาการกลัวแสงและเลือดออกที่เยื่อบุตาขาว อาการทางต้ามักจะหายได้เองภายในหนึ่งสัปดาห์ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา อาการทางตาที่พบไม่บ่อย แต่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การอักเสบของท่อหน้าม่านตา (anterior uveal tract) โดยเฉพาะม่านตา (iris) ซึ่งจะเริ่มในสัปดาห์ที่สอง แต่จะเกิดได้ในช่วง 6-12 เดือน อาการอาจจะเป็นกับตาข้างเดียวหรือตาทั้งสองข้าง และอาจเป็นครั้งเดียวหรือหลายครั้งก็ได้ พยากรณ์โรคมักจะดี ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังอาจตาบอดได้ อาการอักเสบนี้จะเกิดขึ้นภายหลังในรายที่อาการไม่รุนแรง

ตับ : อาการเหลืองเป็นตัวชี้บ่งความรุนแรงของโรคที่สำคัญ โดยทั่วไปจะเกิดในวันที่ 4-6 ของโรคแต่ก็อาจจะได้เร็วขึ้นในวันที่ 2 หรืออาจเริ่มเหลืองในวันที่ 9 ตับมักจะโตขึ้นและกดเจ็บ อาการเหลืองเกิดจากมีการทำลายของเซลล์ตับเอง และเกิดจากสารบิลิรูบินที่มากขึ้นจากเลือดออกในเนื้อเยื่อและการแตกของเม็ดเลือดแดง รวมทั้งมีการคั่งของบิลิรูบินเองและการขับถ่ายที่น้อยลง

#### 8. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

วรลักษณ์ ดังคณะกุล (2548, หน้า 27-28) กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะต่างๆไว้ดังนี้

8.1 ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ จะพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มักพบลักษณะไม่จำเพาะ แต่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation พบได้บ่อยกว่าชนิดอื่น ภาวะหัวใจโต หัวใจวายหรือเลือดออกในผนังหัวใจพบน้อยมากโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยกะทันหันได้ ความผิดปกติในหัวใจจะกลับมาเป็นปกติในสัปดาห์ที่ 2-3

8.2 ภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น เลือดออกในปอดอาจสัมผัสในสัปดาห์ที่สอง หรือตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมงแรก และมักทำให้ผู้ป่วยไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก และเชื่อว่าผู้ป่วยที่ไอเป็นเลือดอาจเสียชีวิตจากภาวะขาดเลือดและอาจเสียชีวิตจากภาวะขาดออกซิเจนได้

8.3 ภาวะเลือดออก พบได้บ่อยเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือด มักจะพบในผู้ป่วยที่มีอาการเหลือง เลือดออกเกิดได้ในทุกอวัยวะ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ถ้าเลือดออกมากในระบบทางเดินอาหาร

8.4 หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเลปโตสไปรา มักเกิดการติดเชื้อเข้าไปในมดลูก ซึ่งจะทำให้เด็กเสียชีวิตและแท้งในที่สุด ถ้าติดเชื้อในระยะใกล้คลอดเด็กที่เกิดมาจะมีอาการของโรค เลปโตสไปโรซิสแต่กำเนิด (congenital leptospirosis) เชื้อเลปโตสไปราสามารถออกมากับน้ำนมได้ ในระยะที่เชื้ออยู่ในกระแสเลือด (septicemic stage)

8.5 ความผิดปกติทางจิต เช่น psychosis, กระสับกระส่าย พฤติกรรมผิดปกติ อาจจะ พบได้ถึง 15% ในผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส

#### 9. การติดต่อของโรค

คาริกา กิ่งเนตร (2548, หน้า 12) กล่าวถึงการติดต่อของโรคนี้หนูไว้ดังนี้

เชื้อถูกปล่อยออกมาจากปัสสาวะ และปนเปื้อนอยู่ตามน้ำ ดินทรายเปียกชื้นหรือพืช ผัก เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผลและรอยขีดข่วน เยื่อของ ตา ปาก และจมูก นอกจากนี้ยังสามารถไชเข้าสู่ผิวหนังปกติที่เปียกชุ่มเนื่องจากแช่น้ำอยู่นาน คนมักติดเชื้อโดยอ้อมขณะ ย่ำดินโคลน แช่น้ำท่วม หรือว่ายน้ำ หรืออาจติดโรคโดยตรงจากการสัมผัสเชื้อในปัสสาวะ หรือเนื้อสัตว์ ที่ปนเปื้อน เชื้ออาจเข้าสู่ร่างกายโดยการกินอาหารและน้ำ หรือการหายใจเอาละอองนิ่วเคลือบจาก ของเหลวที่ปนเปื้อนเชื้อเข้าไปแต่พบได้น้อย ส่วนการติดจากคนถึงคน มีรายงานการติดต่อจากปัสสาวะ ผู้ป่วยเพียงรายงานเดียว แม้ว่าจะพบเชื้อในปัสสาวะของผู้ป่วยได้นาน 1-11 เดือนก็ตาม แต่การ ติดต่อจากแม่ไปทางรกทำให้ทารกตายในครรภ์นั้นมีรายงาน 2 ราย

#### 10. ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

วาราลักษณ์ ตั้งคณะกุล (2548, หน้า 30) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงไว้ 3 ประการดังนี้

- 10.1 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสน้ำ และสัตว์
- 10.2 พื้นที่เสี่ยง พื้นที่นา มีหนูชุกชุม มีน้ำท่วมขัง การสุขาภิบาลไม่ดี
- 10.3 ช่วงเวลาที่เสี่ยง ช่วงเดือนมิถุนายน – ตุลาคม

#### 11. ธรรมชาติการเกิดโรค

คาริกา กิ่งเนตร (2548, หน้า 8-10) รวบรวมธรรมชาติการเกิดโรคไว้ดังนี้

การเกิดโรคพบได้ทั่วโลก (ยกเว้นเขตขั้วโลก) ทั้งในเมืองและในเขตชนบท ทั้งใน ประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่มีสัตว์หลายชนิดทั้งสัตว์เลี้ยงและสัตว์ ป่าเป็นแหล่งรังโรคที่ปล่อยเชื้อออกมาจากปัสสาวะ และคนอาจติดโรคโดยการสัมผัสโดยตรงกับ ปัสสาวะสัตว์ หรือโดยทางอ้อมกับการสัมผัสกับน้ำหรือดินทรายที่ปนเปื้อนเชื้อ

### 11.1 กลุ่มเสี่ยง

คนทุกกลุ่มอายุ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความไวต่อการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน แต่ถ้าเป็นการติดเชื้อจากการประกอบอาชีพ มักเป็นกลุ่มคนในวัยทำงานและเป็นเพศชายมากกว่า

#### 11.1.1 กลุ่มอาชีพ ได้แก่ คนที่มีโอกาสสัมผัสสัตว์หรือปัสสาวะสัตว์อยู่เสมอๆ

1) เกษตรกร เช่น ชาวนา ชาวไร่ ชาวไร่อ้อย คนงานฟาร์มเลี้ยงสัตว์ (โค สุกร ปลา) คนจับหนูขาย ในกลุ่มนี้มีรายงานการติดเชื้อโรคในชาวนามากที่สุด ซึ่งสัมผัสต่อความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ จากการที่ต้องแช่น้ำ ย่ำโคลนอยู่เป็นเวลานาน ชาวไร่ก็อาจติดเชื้อโรคในช่วงฤดูเก็บเกี่ยว โดยที่มือและเท้าต้องสัมผัสพื้นดินเปียกชื้น ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ความหนาแน่นของหนูและปริมาณน้ำฝนในช่วงเก็บเกี่ยว

2) กรรมกร เช่น คนงานขุดลอกท่อระบายน้ำ เหมืองแร่ โรงฆ่าสัตว์

3) กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ สัตวแพทย์ นักวิทยาศาสตร์ในห้องทดลอง ทหารตำรวจ ปฏิบัติหน้าที่ตามป่าเขา

11.1.2 กลุ่มนันทนาการ มีรายงานทั้งผู้ป่วยรายเดียว และรายงานการระบาดในกลุ่มนันทนาการท่องเที่ยวป่า น้ำตก ทะเลสาบ ผู้ที่ว่ายน้ำในแหล่งน้ำจืดโดยเฉพาะบริเวณน้ำนิ่งหรือไหลเอื่อยๆ

11.1.3 กลุ่มประชากรทั่วไป ได้แก่ ผู้มีประวัติยาหรือแช่น้ำท่วมขัง ผู้ที่บ้านมีหนูมากและบริเวณบ้านอับชื้นแสงแดดส่องไม่ถึง หรือบริเวณรอบบ้านมีแหล่งน้ำเฉอะแฉะ ผู้ที่เลี้ยงสัตว์ เช่น สุนัข หนู แม่บ้านขณะเตรียมอาหารจากเนื้อสัตว์ ผู้ที่กินอาหารหรือน้ำที่ไม่ถูกปรุงด้วยความร้อนหรือปล่อยอาหารหรือน้ำทิ้งไว้โดยไม่ปิดภาชนะ

11.2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค ปัจจัยหลักได้แก่ ปริมาณน้ำฝน และอุณหภูมิ โดยในเขตร้อนชื้นโรคนี้มักพบมากในช่วงปลายฤดูฝนต่อฤดูหนาว ในเขตหนาวมักจะพบโรคมากในฤดูที่มีอากาศอบอุ่น

ในเขตร้อนชื้นการเกิดโรคมักจะเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อมีฝนตก ซึ่งเชื่อจะออกมาเป็นสิ่งแวดล้อมมากขึ้น นอกจากนี้พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงจะมีมากกว่าเขตหนาว เช่น การเดินเท้าเปล่าหรือการใส่รองเท้าแตะซึ่งไม่ช่วยป้องกันการสัมผัสน้ำได้ทั้งหมด การมีกิจกรรมนอกบ้านได้ตลอดปี โดยเฉพาะการไถ่น้ำในคูคลอง การที่มีจำนวนหนูและสุนัขจรจัดจำนวนมาก และการที่ใช้กระบือในการทำนา เป็นต้น

การระบาดในภาคอีสานในปี 2539 และ 2540 ถือได้ว่าเป็นการติดเชื้อจากการประกอบอาชีพ แต่การศึกษาผู้ป่วยในภาคใต้ ที่จังหวัดสงขลา ในช่วงปี 2528-2531 (คาริกา กิ่งนคร, 2548,

หน้า 10) ในผู้ป่วย 252 รายนั้น พบว่ามีความแตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติย่ำน้ำท่วมขัง เป็นเพศชายประมาณสองเท่าของเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ (71.82%) แต่ก็พบผู้ป่วยที่เป็นเด็กในสัดส่วนที่สูงกว่าการระบาดในภาคอีสานคือ 28.17 % และพบว่ามีภาวะกระจายตามฤดูกาลที่ชัดเจนและเกิดมากในฤดูฝน (ตุลาคม-ธันวาคม) นอกจากนี้ช่วงปี 2521-2524 (สุจิตรา นิมนานิตย์, อุษา ทิสยากร, และจุรี นิสานนท์, 2527, หน้า 69-78) ได้รายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในเด็ก 13 ราย อายุระหว่าง 5 – 14 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็กมีประวัติสัมผัสโรคช่วงน้ำท่วม

ในภาคอีสานช่วงปี 2540-2544 มีรายงานโรคเลปโตสไปโรซิสระบาดแบบมีแหล่งโรคร่วม (common source outbreak) โดยพบว่าแหล่งน้ำเช่นสระน้ำเก่าที่ทิ้งไว้หลายปีเป็นแหล่งโรคเนื่องจากมีหนูอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก

## 12. การวินิจฉัยโรค

เนื่องจากอาการทางคลินิกของโรคนี้พบบ่อยเกิดจากภาวะที่มีเชื้อเลปโตสไปราในกระแสโลหิต ส่วนหนึ่งร่วมกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆซึ่งเกิดได้ทั่วร่างกาย ทำให้พบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีอาการทางคลินิกเป็นกลุ่มอาการต่างๆมากมาย อาทิเช่น

12.1 กลุ่มอาการไข้เฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ร่วมกับอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตาแดง ฯ โดยไม่มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง หรืออาการซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

12.2 กลุ่มอาการไข้เฉียบพลันร่วมกับอาการตัวเหลืองตาเหลือง อาจพบว่ามีคัมโบกเด็บริ่วมด้วย โดยไม่พบความผิดปกติของการทำงานของไต

12.3 กลุ่มอาการไข้เฉียบพลันร่วมกับความผิดปกติของการทำงานของไต เช่น การตรวจปัสสาวะพบความผิดปกติหรือพบการเพิ่มขึ้นของระดับยูเรีย หรือ creatinine โดยไม่พบอาการตัวเหลืองตาเหลือง

12.4 กลุ่มอาการไข้เฉียบพลันร่วมกับอาการตัวเหลืองตาเหลือง และความผิดปกติของการทำงานของไตร่วมด้วย

12.5 กลุ่มอาการไข้เฉียบพลันร่วมกับความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ความรู้สึกตัวผิดปกติ หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

12.6 กลุ่มอาการเฉียบพลันร่วมกับอาการทางระบบหายใจ เช่น ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย การหายใจล้มเหลว เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ตรวจพบกลุ่มอาการต่างๆเหล่านี้จะให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสได้โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อนี้และไม่สามารถ

สาเหตุของการติดเชื้ออื่นๆได้ ซึ่งทำให้เกิดกลุ่มอาการเหล่านั้นซึ่งพบได้บ่อยๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เฉียบพลันร่วมกับอาการตัวและตาเหลือง แต่ไม่พบนิ่วในถุงน้ำดีหรือไม่มีประวัติดื่มสุราจัดหรือเป็นโรคตับเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคทางเดินน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่พบบ่อยหรือผู้ป่วยที่มีอาการไข้เฉียบพลันร่วมกับอาการหอบเหนื่อย หรือไอเป็นเลือด แต่ภาพรังสีปอด ไม่พบปอดอักเสบซึ่งพบทั่วไปและตรวจเสมหะไม่พบเชื้อโรค เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสทางคลินิกจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกโรคจากการติดเชื้อต่างๆหลายชนิด ขึ้นอยู่กับกลุ่มอาการผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งเชื้อโรคที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อแบคทีเรียแกรมลบ เช่น เอชเชอริเชีย โคลิ (*Escherichia coli*), เคล็บซิเลลลา เอสเอสพี (*Klebsiella spp.*) หรือเชื้อแกรมบวก เช่น สแตปทีลโลค็อกคัส ออเรียส (*Staphylococcus aureus*) เป็นต้น ในรายที่มีอาการรุนแรงมากต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก เซปติคซีมีค เมลลิออยโดซิส (septicemic melioidosis) ด้วยเสมอเนื่องจากโรคเหล่านี้มีอัตราการตายสูงและรักษาด้วยยาต้านจุลชีพที่ต่างกันข้อสังเกตที่สามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้แก่ ผู้ป่วยโรคเมลลิออยด์โตซิสส่วนใหญ่เป็นชาวนา และมักจะมีโรคประจำตัวเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวานและนิ่วในไตร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีโรคหลายโรคซึ่งมีอาการและอาการแสดงไม่แตกต่างจากโรคเลปโตสไปโรซิสเลย เช่น โรคไขวากสาตใหญ่หรือสเตรปโทค็อกคัส ไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรง เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสเสมอ

### 13. การรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสส่วนใหญ่มีการพยากรณ์โรคดี ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องอย่างรวดเร็วและการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมักเกิดจากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ทันท่วงที ทำให้มีการดำเนินโรคต่อไปเป็นผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งบางครั้งยังไม่มีการรักษาที่ได้ผลดีในปัจจุบัน เช่น ไอเป็นเลือดอย่างรุนแรง การหายใจล้มเหลว เป็นต้น

#### การรักษาตามอาการ

ในรายที่มีอาการไข้เฉียบพลันโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการตรวจพบดั่งกล่าวข้างต้นได้แก่ การให้ยาลดไข้ เป็นต้น ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรงหรือมีการตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งบ่งชี้ว่าอาจมีการดำเนินโรคที่รุนแรงต่อไปได้ควรรับการรักษาพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการวัดความดันโลหิตและการตรวจปัสสาวะบ่อยๆในระยะแรก ถ้าพบว่ามีอาการแสดงของการขาดสารน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ หรือปัสสาวะออกน้อย หรือเริ่มมีความผิดปกติของการทำงานของไต ควรให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ร่วมกับยาที่ขยายหลอดเลือดไต หรือยาขับปัสสาวะถ้า

จำเป็น แล้วติดตามวัดปริมาณปัสสาวะเพื่อประเมินผลการรักษา ต้องระวังการให้สารน้ำมากเกินไป  
ด้วยในรายที่ปัสสาวะออกน้อย

การรักษาตามอาการอื่นๆ ขึ้นกับภาวะแทรกซ้อนที่พบ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายหรือ  
เลือดออกผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยเริ่มหรือมีอาการไอเป็นเลือดร่วมด้วยควรรับไว้รักษา  
ในหออภิบาล เนื่องจากอัตราการตายสูงมาก ต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจอย่างทันท่วงที เมื่อ  
เริ่มพบมีภาวะการหายใจล้มเหลว ในรายที่มีภาวะไตวายให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย  
จากสาเหตุอื่นๆ เช่น งดอาหารโปรตีน ป้องกันภาวะเสียสมดุลย์ของสารอิเล็กโกลิต์ต่างๆ โดยเฉพาะ  
สารโปแตสเซียม เป็นต้น ไม่มีหลักฐานว่าการให้เกร็ดเลือดทดแทนในรายที่มีเกร็ดเลือดต่ำจะป้องกัน  
ภาวะเลือดออกผิดปกติได้จึงควรพิจารณาให้เฉพาะรายที่มีปัญหาเลือดออกผิดปกติเท่านั้น การรักษา  
ตามอาการเหล่านี้มีความสำคัญเป็นอย่างมากเท่ากับการให้ยาต้านจุลชีพซึ่งจะกล่าวต่อไป

#### 14. การรักษาจำเพาะ

ผู้ป่วยซึ่งอาการไม่รุนแรงอาจหายได้เองโดยไม่ได้รับยาต้านจุลชีพ ส่วนในรายที่มี  
อาการรุนแรง มีข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ยาต้านจุลชีพรักษาผู้ป่วยโรคนี้น้อย  
มากจนไม่สามารถสรุปได้ว่าควรใช้ยาต้านจุลชีพชนิดใดเป็นการรักษามาตรฐานได้ อย่างไรก็ตามใน  
ขณะนี้การรักษาด้วยยาเพนนิซิลิน ยังเป็นยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาโรคนี้โดยทั่วไป ขนาดที่ใช้  
ได้แก่ 1.5 ล้านยูนิต ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละ 4 ครั้ง นอกจากนั้นอาจใช้ยาแอมพิซิลินขนาด 4  
กรัมต่อวันแบ่งฉีดเข้าหลอดเลือดดำครั้งละ 1 กรัมเป็นเวลา 7 วัน และถ้าผู้ป่วยแพ้ยาในกลุ่มนี้อาจ  
ใช้ด็อกซีซัยคลินขนาด 200 มิลลิกรัมต่อวันฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน 5-7 วัน แต่ขณะนี้  
ไม่มียาด็อกซีซัยคลินชนิดฉีดจำหน่ายในประเทศไทย หรืออาจใช้ยาอิริโทรมัยซินได้เช่นเดียวกัน  
การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะดังกล่าวมีรายงานว่าช่วยลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้  
เชื่อนี้คือยาคลอสแตรมเฟนิคอล

ในรายที่มีอาการไม่รุนแรงอาจเลือกใช้ด็อกซีซัยคลินกินครั้งละ 100 มก.วันละ 2 ครั้ง  
นาน 7 วัน หรือ ยาเอม็อกซิซิลิน หรือ แอมพิซิลินกินขนาด 500 มก.วันละ 4 ครั้งนาน 5-7 วัน

ปัจจุบันยังไม่มีรายงานผลการรักษาผู้ป่วยด้วยยาปฏิชีวนะใหม่ๆการศึกษาความไวของ  
ยาเหล่านี้ในห้องทดลองพบว่า เซฟโฟทาซิม (cefotaxime) เป็นยาที่มีความไวสูงต่อเชื้อนี้ (MIC  
0.05 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร สำหรับเชื้อซีโรวาริ ออทัมนาลิส (*autumnalis*) และ โคเปนเฮเกน  
(*copenhageni*) และสามารถใช้รักษาโรคนี้ได้ในสัตว์ทดลอง ส่วนยา เซฟไตรแอกซอน ceftriaxone  
พบว่าเป็นยาที่มีความไวสูงต่อเชื้อนี้เช่นกัน อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเพื่อยืนยันประสิทธิผล

ของยาทั้งสองชนิดนี้เปรียบเทียบกับยาเพ็นนิซิลินในผู้ป่วย ผู้ป่วยซึ่งมีอาการรุนแรงมักจะหายเป็นปกติใน 2-6 สัปดาห์หลังการรักษา

#### 15. วิธีการป้องกันและควบคุมโรค

วิธีการป้องกันและควบคุมโรค ควรมีการดำเนินการดังนี้

##### 15.1 จัดระบบการเฝ้าระวังโรค

##### 15.2 ลดการเบียดเชื้อในสภาวะแวดล้อม

##### 15.3 แก้ไขการปนเปื้อนเชื้อในสภาวะแวดล้อม

##### 15.4 การป้องกันและหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อ

##### 15.5 สอบสวน ป้องกันและควบคุมการระบาด

ซึ่ง โสภณ หอมกรุ่น (2548, บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสของประชาชนหมู่ที่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอโนนรัมย์ จังหวัดชัยนาท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมาย ปัญหาหรืออุปสรรคและความต้องการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส 2) แสวงหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมายและ 3) พัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมาย ประชากรเป้าหมายครั้งนี้ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ หมู่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอโนนรัมย์ จังหวัดชัยนาท จำนวน 126 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน อสม. จำนวน 3 คน อบต.จำนวน 1 คน เกษตรตำบล จำนวน 1คน และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสและแบบสังเกตพฤติกรรม สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อของประชากรเป้าหมายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้านการลดการปนเปื้อนเชื้อในสภาวะแวดล้อมของประชากรเป้าหมายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมายครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอื่น เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นได้

การนำองค์ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู ไปใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนความรู้เรื่อง โรคฉี่หนู ทำให้ทราบสาเหตุของเชื้อโรค ระบาดวิทยา อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ ชุมชนชาติการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งจะนำไปใช้ในการศึกษาสภาพปัญหาในการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู (R1)

### ทฤษฎีการปฏิบัติตน สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมได้แก่

1.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) เช่น ความต้องการมีสุขภาพดี ความเชื่อในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.2 การรับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น (perceived susceptibility)

1.3 การรับรู้ถึงอันตราย หรือความรุนแรงของโรคต่อสถานภาพของตน (perceived severity)

2. การคาดคะเนว่าพฤติกรรมนั้นจะส่งผลหรือมีประสิทธิภาพในการควบคุมขจัดหรือป้องกันโรค (perceived benefits) และบุคคลจะพิจารณาถึงความสะดวกที่จะปฏิบัติรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคต่างๆ (perceived barriers)

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (cues to action) เป็นปัจจัยทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ มีปัจจัยภายใน เช่น เคยเจ็บป่วยเป็นโรคนั้น หรือไม่อยากเป็นซ้ำอีก และปัจจัยภายนอกเช่น การได้รับคำแนะนำบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน การได้รับข่าวสารข้อมูลทางวิทยุและสิ่งพิมพ์ เป็นต้น

### พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior Model)

ผลจากการประมวลรูปแบบของพฤติกรรมอนามัย (health behavior model) จำนวน 14 รูปแบบ ประกอบไปด้วยตัวแปร 109 ตัวแปร สามารถรวบรวมองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยได้ 6 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ความยากง่ายต่อการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2. การประเมินผลข้อดี ข้อเสียของการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
  3. แนวความคิดและความเชื่อที่มีต่ออาการของโรคและความรุนแรงของโรค
  4. คุณลักษณะทางด้าน Social-network
  5. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค
  6. คุณลักษณะทางด้านประชากร
- องค์ประกอบต่างๆเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งนั้น

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้/พุทธิปัญญา (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคต่างๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น
  2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาชูกำลัง ความรู้สึกชอบบริโภคผัก เป็นต้น
  3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมาเกี่ยวข้องกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย
- กลวิธีปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (behavior modification)
- เป็นกลวิธีการควบคุมพฤติกรรมของตนเองที่ถูกนำมาใช้ในเรื่องพฤติกรรมการกินมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน
1. การเตือนความจำ (reminders) เป็นวิธีการสร้างแรงกระตุ้นให้คนไปปฏิบัติคนทางด้านพฤติกรรมอนามัยตัวอย่างเช่น ใช้แรงกระตุ้นการเตือนความจำจากบุคคลอื่น เช่น จดหมายเตือนหรือโทรศัพท์เตือนให้ปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ หรืออาจเป็นข้อความหรือรูปภาพที่เตือนให้ระมัดระวังเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกาย
  2. การนำสู่พฤติกรรมสุขภาพ (tailoring the behavior) เป็นวิธีการวางแนวทางพฤติกรรมที่จะให้คนปฏิบัติให้สอดคล้องกับนิสัย ขนบธรรมเนียมประเพณี และการปฏิบัติประจำวัน ตัวอย่าง

ได้แก่ การให้คนไต่จดเว้นอาหารประเภทที่มี cholesterol สูง หรืออาหารประเภทไขมันมาก ในวันพระ ทุกวันพระ หากปฏิบัติเป็นประจำก็จะช่วยให้การปฏิบัติใหม่ติดเป็นนิสัยได้

3. การวางกรอบพฤติกรรม (shaping) คือการให้รางวัลเมื่อบุคคลนั้นสามารถปฏิบัติ เข้าใกล้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การชมเชยเมื่อคนได้ออกกำลังกายทุกวัน หรือระมัดระวังเรื่อง อาหารทุกวัน เป็นต้น

4. การให้คำมั่นสัญญา (contingency contracting) เป็นการให้คำมั่นระหว่างเจ้าหน้าที่ กับบุคคลหรือระหว่างบุคคลกับสมาชิกในครอบครัว โดยตัวที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะวาง เป้าประสงค์ของการปฏิบัติเอง ลงมือปฏิบัติ และควบคุมเองให้เป็นไปตามแผน ตัวอย่างเช่น ในการ ควบคุมการปฏิบัติเรื่องอาหาร การควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

5. การควบคุมตนเอง (self monitoring) เป็นวิธีการที่บุคคลศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมของเขาเอง เช่น จดข้อมูลเรื่อง การบริโภคอาหารและเปรียบเทียบกับ มาตรฐานที่ตนจะต้องปฏิบัติว่าห่างไกลแค่ไหน ตนจะต้องทำอะไรจึงจะให้บรรลุเป้าประสงค์ที่ ต้องการ

ในกรณีที่จะให้ได้บรรลุถึงการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ ประชาชนมีความจำเป็นจะต้องเรียนรู้แนวทางใหม่ในการศึกษาองค์ประกอบทางจิตวิทยาและสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต

การจะก่อให้เกิดการควบคุมตนเอง ได้ต้องสอดคล้องกับชีวิตประจำวันและสภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ปฏิบัติ นั้น เจ้าหน้าที่จะต้องไม่ลืมองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากผลการวิจัยพบว่า วิธีการที่ได้ผลดีในการ ปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมจะต้องประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเกิดขึ้นได้ก็คือตัวเจ้าหน้าที่เอง จะต้องมึบทบาทในการพัฒนา สร้างเสริมให้ประชาชนได้มีแนวคิดในการแก้ไขปัญหายของตนเอง ควบคุมตนเอง บทบาทใหม่ของเจ้าหน้าที่นั้นจะไม่ใช่ผู้ให้หรือประชาชนเป็นผู้รับแต่เจ้าหน้าที่จะต้อง เป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนได้ริเริ่มแก้ไขปัญหายของตนเองให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและ สภาพทางสังคมของเขาเอง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน เพราะว่าพฤติกรรม การกินนั้นเกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้ที่สะสมมาตั้งแต่เด็ก อีกประการหนึ่งพฤติกรรมของบุคคล นั้นถูกควบคุมและหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อม การจะปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม จากของเดิมไปสู่ ของใหม่เราจำเป็นจะต้องทราบองค์ประกอบทั้งทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการ

ปฏิบัติของคน มิฉะนั้นแล้วบุคคลซึ่งได้รับการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเมื่อกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมเดิม ก็จะกลับไปปฏิบัติตามสภาพเดิมอีก

#### เจตคติ ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความหมายของความเชื่อ ความเชื่อเป็นเรื่องของการยอมรับข้อความหรือเรื่องใดๆที่เป็นข้อเท็จจริง (fact) หรือความจริง (truth) ความเชื่อนั้นไม่จำเป็นว่าแต่ละคนจะปฏิบัติทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับว่าเรื่องนั้นมีความจำเป็นสำหรับตนเองหรือไม่ ความเชื่อบางอย่างอาจปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ถ้าเห็นว่าเป็นไปในทางที่ทำให้บุคคลเสื่อมเสียหรือมีผลเสียต่อสุขภาพ นักจิตวิทยาได้แนะนำวิธีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. การชักชวน (persuasion) ได้แก่การแนะนำบอกเล่าหรือได้รับความรู้เพิ่มพูนขึ้น

2. การเปลี่ยนกลุ่ม (group change)

3. การโฆษณาชวนเชื่อ (propaganda) เป็นการชักชวนให้บุคคลหันมาสนใจหรือรับรู้ โดยการสร้างสิ่งแปลกๆใหม่ๆ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรคและวิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยมอื่นๆ (บุญมา จำปาเทศ, นิวัฒน์ พินิชกชกร, อุสา จิตยุดิ, จิตรา หามนตรี, และสุมาลี เจริญผล, 2543, หน้า 25)

#### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ ที่อธิบายถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลโดยอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับคุณค่าและความคาดหวังของบุคคล และยังอธิบายถึงพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคลและสิ่งที่บุคคลคาดหวังจากการกระทำ กล่าวคือ บุคคลจะคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นก่อนจะแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้สิ่งนั้นออกมาสามารถนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (percieved susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสที่จะเป็นโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในแต่ละระดับไม่เท่ากันดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ด้วยการ

ปฏิบัติและป้องกันเพื่อรักษาสุขภาพไม่เหมือนกัน ((บุญมา จำปาเทศ, นิวัฒน์ พิณิชชกร, อุสา จิตยุดิ, จิตรา หามนตรี, และสุมาลี เจริญผล, 2543, หน้า 26)

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกัน รักษาโรคของบุคคล

จากการที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค ผู้มีระดับการรับรู้สูงย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้มีการรับรู้ในระดับต่ำ จึงควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ วิธีการพัฒนาระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 2 วิธี คือ วิธีการสอน (teaching techniques) และวิธีปรับพฤติกรรม (behavior modification techniques)

1.1 วิธีการสอน มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรคต่อบุคคลด้วยวิธีสอนต่างๆ เช่น การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (personal influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม (group influence) มาเป็นส่วนประกอบในการสอนและ ยังได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม ระดับชุมชน

1.1.1 ระดับบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยวิธีการสอนรายบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรคและผลประโยชน์ที่คนจะได้รับจากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น

1.1.2 ระดับกลุ่ม เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโดยใช้แรงผลักดันจากสังคม เช่น จัดให้มีการอภิปรายโต้แย้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

1.1.3 ระดับชุมชน เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคม และสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และพฤติกรรมของบุคคล

1.2 วิธีการปรับพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคม ให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา วิธีการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย หรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (percieved seriousness of severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงและความพิการของโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (percieved benefits) หมายถึง การแสวงหาการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรม นอกจากความเข้าใจในคำแนะนำแล้วยังรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมป้องกันโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (percieved barriers) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในด้านค่าใช้จ่ายและด้านจิตใจต่อการปฏิบัติ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความขัดแย้งหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมิน ระหว่างปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความพอใจที่จะได้รับคำแนะนำความร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ สิ่งเร้าภายนอกเช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัวความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้างทัศนคติ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันรักษาสุขภาพอนามัยเช่นกัน

ปัจจัยที่ผลต่อความเชื่อ เนื่องจากความเชื่อเกิดจากการรับรู้ การเรียนรู้และการเพิ่มพูนประสบการณ์ของบุคคล ฉะนั้นเราจึงอาจเปลี่ยนแปลงความเชื่อของบุคคลได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมีดังนี้

1. เพศ พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีความเชื่อของการรับรู้คล้ายกัน
2. อายุ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการ ประสบการณ์และระดับวุฒิภาวะในคนปกติ
3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อในการดูแลผู้ป่วย

4. ระดับการศึกษา มีผลทำให้ความเชื่อของบุคคลแตกต่างกันออกไปเพราะทำให้บุคคลมีการเรียนรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. ลักษณะอาชีพและรายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ

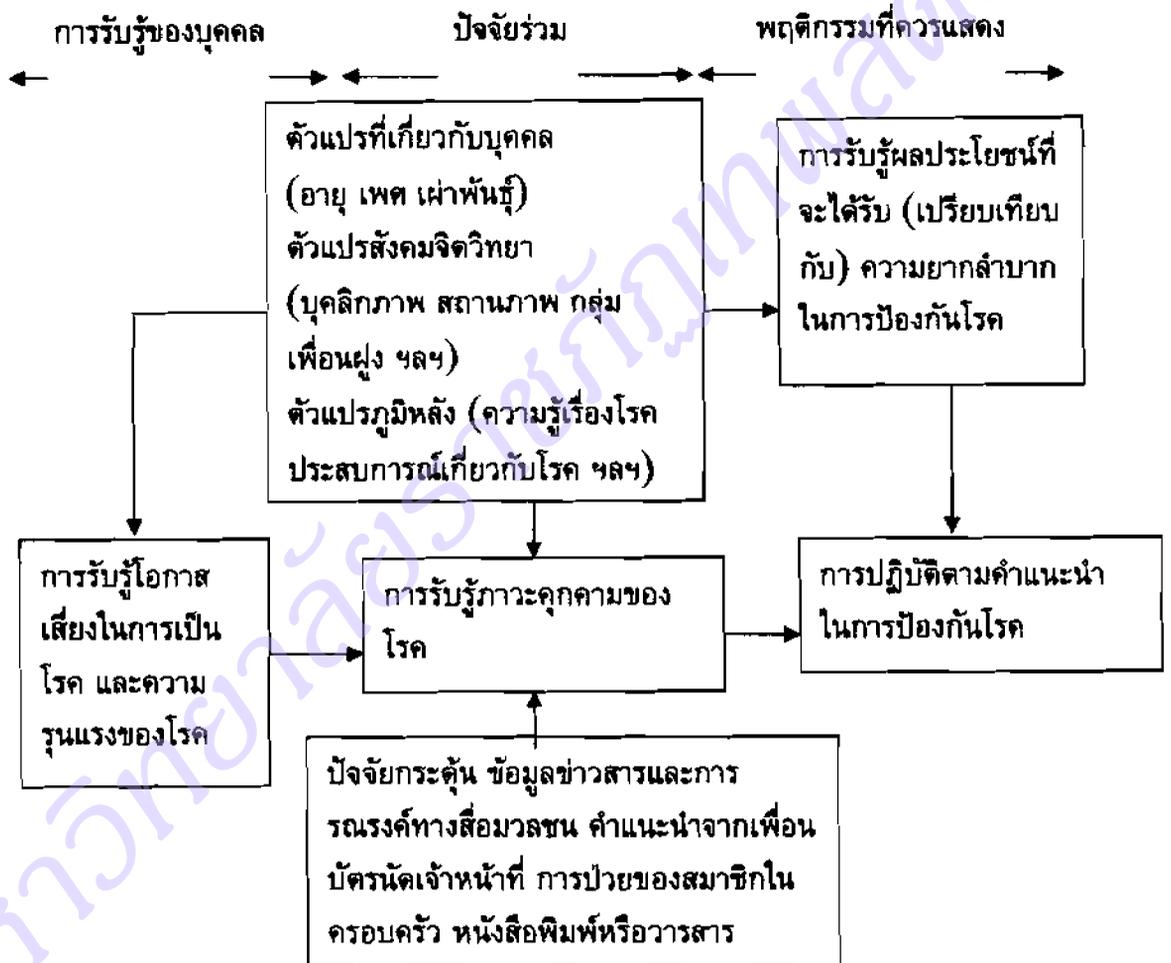
6. จำนวนสมาชิกและลักษณะครอบครัว สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในเรื่องการปฏิบัติต่อสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่มีการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษไปสู่ลูกหลานโดยขบวนการขัดเกลาทางสังคมที่มีความละเอียดอ่อนและเป็นสิ่งที่ปลูกฝังในจิตใจของบุคคลในครอบครัวและในสังคมนั้นๆ

7. แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อเพราะการตัดสินใจปฏิบัติของบุคคลต้องมาจากการรับรู้ ซึ่งการที่จะรู้ได้ต้องอาศัยกระบวนการสื่อสาร การได้รับคำแนะนำจากสื่อต่างๆ เช่น จากบุคคล จากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำทุกประการของมนุษย์ที่ทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกายทุกเช้า การตรวจร่างกายประจำปี

การปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคล เป้าหมายเพื่อที่จะให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี หลีกเลี่ยงโรค (curative health behaviors) และป้องกันไม่ให้เกิดสภาวะที่เป็นโรคได้ง่าย (preventive health behaviors) ในกระบวนการจัดการศึกษา ถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และด้านเจตคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร

สำหรับการปฏิบัติทางสุขภาพ คือ พฤติกรรมใดๆ ก็ตามที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงขจัดความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งครอบคลุมกว้างขวางทั้งพฤติกรรมการป้องกัน (preventive health behaviors) และพฤติกรรมการรักษา (curative health behaviors) ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อทางสุขภาพ (health belief) เป็นสำคัญ ซึ่งเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975, หน้า 12) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคและได้มีการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ดังรายละเอียดตาม ภาพ 2



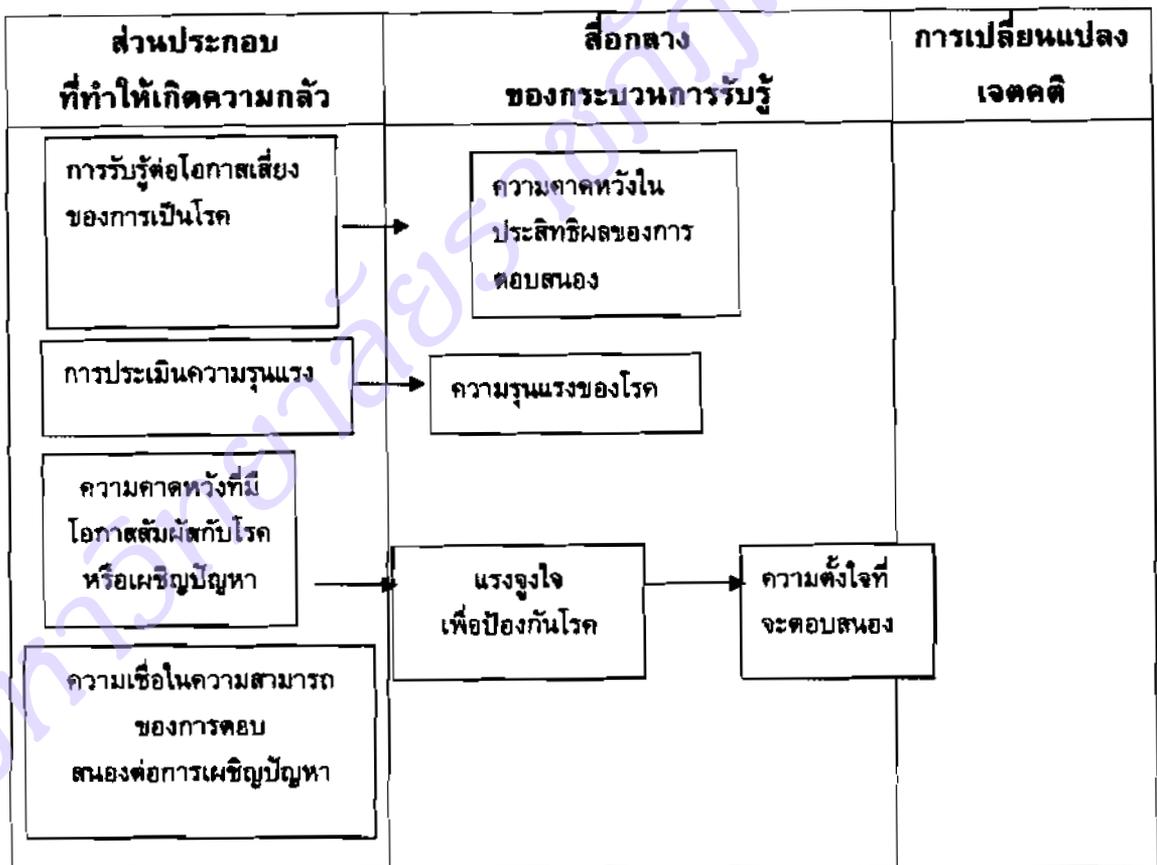
ภาพ 2 “แบบความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : (Becker, Marshall H, and Maiman, Lois A. "Medical Care. Vol.13 No.1 January 1975, p. 12)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The protection motivation theory )

ทฤษฎีเรื่องแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดย Ronald W.Rogers มีขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ.2518 กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542, หน้า 35-42) ได้เป็นผู้รวบรวมแนวคิดและสาระของทฤษฎีไว้ ดังนี้

ทฤษฎีนี้เริ่มต้นมาจาก การนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพและ ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นการรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากระตุ้นตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง



ภาพ 3 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers), 2518

ที่มา : (กองสุศึกษา, 2542, หน้า 37)

ความรุนแรงของโรค (noxiousness) สามารถพัฒนาได้จาก การรู้ว่าถ้าจะกระทำหรือ

ไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระคายเคืองปอดเล็กน้อย โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม ได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชู อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ขณะที่มีการกระตุ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรค คิดว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ในการตรวจสอบองค์ประกอบ เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงๆ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และไม่ทำให้ไม่เกิดอันตราย

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived probability) จะใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสรักษาการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ในความรุนแรงของโรค

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) กระทำได้โดยการเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและ/หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างแรง และไม่มีความตั้งใจที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่ฟังและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติ ตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

จากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปร ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (perceived susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (perceived severity) การรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (perceived benefits) การรับรู้ปัญหาอุปสรรค (perceived

barriers) ต่อมาแมคคูกซ์และโรเจอร์ ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัว คือความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self efficacy expectancy) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมี่พื้นฐานมาจากความเชื่อด้านสุขภาพและความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบบคูรากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้าง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าวกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยคำพูด ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตาม โดยแท้จริง โดยสรุปการที่บุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ แต่ต่างจากตัวแปรอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคจากกลุ่มคนที่เชื่ออำนาจในตนและกลุ่มที่เชื่ออำนาจนอกตน พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล และมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่นๆ และไม่ตั้งใจที่จะแสวงหา ข้อมูลข่าวสารหรือการปฏิบัติตนที่จะป้องกันโรค ดังนั้นผู้ที่เชื่ออำนาจในตน จึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค โรเจอร์ ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือการรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองมาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 รูปแบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat Appraisal)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping response)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือการรับรู้ในความรุนแรงของโรค (perceived severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรม อีกทั้งอาจส่งผล



ของตนเอง (self efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อนและความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค จะกระทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่า อันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนอง ด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

#### วิธีการทางสุขศึกษา (Health Education Method)

สมทรง รัชต์เฝ้า, และสรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540, หน้า 51 - 63) กล่าวว่า

วิธีการทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุขภาพทางที่ดีตลอดไป

1. ลักษณะวิธีการทางการศึกษา วิธีการทางการศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน สามารถแบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติได้หลายแบบด้วยกัน ได้แก่ วิธีการศึกษารายบุคคล วิธีการศึกษารายกลุ่ม วิธีการศึกษาชุมชน วิธีการศึกษาสื่อมวลชน วิธีการศึกษาดังกล่าวต่างก็มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ในลักษณะที่ต่างกัน

2. วิธีการศึกษารายบุคคล ได้แก่ การถาม-ตอบ การบรรยาย การสาธิต การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป การให้คำปรึกษา ซีดีรอม (CD-rom) สำเร็จรูป วิดิทัศน์สำเร็จรูป และคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ประโยชน์ของวิธีการสอนรายบุคคล ได้แก่

2.1 สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด

2.2 สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำปรึกษาแนะนำ

เฉพาะบุคคล

2.3 ผู้รับความรู้มีโอกาสได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ

- 2.4 สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้
- 2.5 ช่วยสอนทักษะพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้
- 2.6 สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการอธิบายเหตุผล และเสนอแนะข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้
3. วิธีการสุศึกษารายกลุ่ม ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม บรรยาย การสาธิต สัมมนาและ นิทรรศการ
- ประโยชน์ของวิธีการสุศึกษาเป็นกลุ่ม
- 3.1 ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์
- 3.2 กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ แนวคิดและการ ปฏิบัติตัว
- 3.3 ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจแก้ปัญหาสุขภาพที่มีในท้องถิ่น
- 3.4 ทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิด
- 3.5 สามารถสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นให้เกิดแก่บุคคล ในกลุ่ม
- 3.6 สามารถสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันแบบเป็นกลุ่ม
4. วิธีการสุศึกษาชุมชน ได้แก่ การจัดชุมชนหรือการเตรียมชุมชน การแสดงความคิดเห็น ของชุมชนหรือประชาพิจารณ์ การฝึกอบรม การใช้ต้นแบบ
- ประโยชน์ของวิธีการสุศึกษาชุมชน
- 4.1 ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของชุมชนและหาทางช่วยเหลือได้ถูกต้อง
- 4.2 ทราบถึงแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งที่เป็นบุคคล สถาบัน เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนแหล่งทรัพยากรตามธรรมชาติหรือมนุษย์สร้างขึ้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาวางแผน ดำเนินงานสุศึกษา
- 4.3 เพื่อทราบถึงสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนในการนำมาประกอบการ พิจารณา
- 4.4 เข้าถึงค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมประจำถิ่นอันเป็นแนวทาง ในการปรับตัวให้เข้ากับชุมชนนั้น
- 4.5 เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับชุมชนและบุคลากรของหน่วยงานอื่นในชุมชน
- 4.6 ประชาชนมีโอกาสพัฒนาตนเองโดยการร่วมมือกันทำงานเพื่อชุมชน
- 4.7 ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจะมีความถาวรเพราะประชาชนเป็นผู้ดำเนินงาน

## ด้วยตนเอง ด้วยความสมัครใจ

5. วิธีการศึกษามวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สิ่งตีพิมพ์รูปเล่ม เช่น ตำรา วารสาร จุลสาร ฯลฯ หอกระจายข่าว สายด่วนสุขภาพ (health line) การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

### ประโยชน์ของวิธีการศึกษามวลชน

- 5.1 นำข่าวสาร ความรู้และข้อเท็จจริง ไปถึงประชาชนในระยะเวลาอันรวดเร็ว
- 5.2 ให้ข่าวสารเฉพาะเรื่องหรือแนวคิดหรือกระจายความคิดได้ตามต้องการและรวดเร็ว
- 5.3 สามารถกระตุ้นให้ประชาชนสนใจปัญหาสุขภาพและคิดแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง
- 5.4 สามารถชักชวนประชาชนให้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมที่ต้องการได้ ทำให้ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติที่เกิดขึ้นนั้นคงทน
- 5.5 สามารถใช้ร่วมกับวิธีการอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยของพรทิพย์ ไตท่าโรง (2541, บคคัย๑) เรื่องการส่งเสริมการมารับบริการ การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงจูงใจ ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมศึกษาในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงจูงใจ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมศึกษา โปรแกรมศึกษาประกอบด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ การใช้ตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม แจก ปฏิทินความรู้ และการจูงใจ

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงจูงใจ สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยและควรนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มสตรีอื่นต่อไป

การวิจัยของสุรศักดิ์ ชรรณเป็นจิตต์ (2541, บทคัดย่อ) เรื่องการประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานและการปฏิบัติตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความ รุนแรงของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและ พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและถูกต้อง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าสำหรับระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมและ ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้

การวิจัยของเสาวลักษณ์ ขันทอง (2544, บทคัดย่อ) เรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน เขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อหาวิธีการทาง สุขศึกษาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสร้างพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนที่พักอาศัย จำนวน 50 คน ที่พัก อาศัยในเขตชุมชนบ้านนาเก่า เทศบาลแหลมฉบัง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ การ รับรู้ผลดี และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสร้างพลังในตน ทำให้ครัวเรือนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง ทางด้านการรับรู้ และความตั้งใจในการปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ยื่นๆ ได้

การวิจัยของศุภรัตน์ จงเจริญพรชัย, และคนอื่นๆ (2540, บทคัดย่อ) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน จำนวน 70 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 34 คน จัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดในกลุ่มทดลอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบในการให้สุขศึกษา ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้สุขศึกษาคตามปกติใช้เวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคที่ได้รับต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีว่ากลุ่มเปรียบเทียบในส่วนของรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการทดลอง และดีว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมความดันโลหิตค่าบนและค่าล่างดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ดีว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตามโปรแกรมสุขศึกษาที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวต่อโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มกลวิธีในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

จักรพงษ์ รวิยะวงษ์ (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค โดยมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ดีขึ้น และ โปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับความสามารถตนเอง แรงจูงใจเพื่อการ ป้องกันโรคมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในทางที่ดีขึ้น วิธีการสุขภาพที่นิยมใช้ ได้แก่ การบรรยาย การใช้ตัวแบบ การจัดกิจกรรมกลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม การให้คู่มือ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้โปรแกรมสุขภาพร่วมกับ ความสามารถตนเองและแรงจูงใจป้องกันโรคเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันโรคในครั้งนี้

#### การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีวิจัยไม่ยึดติดรูปแบบมาตรฐานใดๆ ใช้วิธีการ วิจัยเชิงคุณภาพแต่มีขั้นตอนมากกว่า มีการปฏิบัติการ การประเมินสถานการณ์เพื่อปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสม เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน วิธีการรวบรวมข้อมูลต้องมีความกลมกลืนและ ขึ้นอยู่กับการตกลงร่วมกันระหว่างนักวิจัยและประชาชนในชุมชน (สิทธิณัฐ ประพุกนิตสาร, 2545, หน้า 33-34)

เบญจา ยอดคำเนิน-แอ็ดติงค์, บุปผา สิริรัตมี, และวาทีณี บุญชะลัดกี (2536, หน้า 53) กล่าวว่า วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พิจารณาถึงลักษณะเฉพาะของเทคนิคหรือวิธีการต่างๆ ที่ใช้ ในกระบวนการวิจัย เป็นแนวทางพิจารณา การใช้วิธีการวิจัยแต่ละชนิดไม่มีข้อจำกัดตายตัว ขึ้นกับ การออกแบบ การวางวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถาม และตัวนักวิจัยเอง

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเหมาะที่จะใช้กับการวิจัยที่มีลักษณะต่อไปนี้

1. การวิจัยเพื่อหาสมมุติฐาน เพื่อนำไปทดสอบด้วยวิธีการเชิงปริมาณอีกทีหนึ่ง
2. การวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการความหมาย กระบวนการ หรือคำอธิบายของพฤติกรรม หรือ ปรากฏการณ์ต่างๆ
3. การวิจัยในสังคมหรือชุมชนขนาดเล็ก ไม่ซับซ้อนมากนัก หรือมีข้อจำกัดบางประการ เช่น คนส่วนมากไม่รู้หนังสือ
4. การวิจัยในเรื่องที่มีลักษณะเป็นนามธรรม เช่น ความเชื่อทางศาสนา ทัศนคติ โลกทัศน์
5. ในกรณีที่ผลการวิจัยเชิงปริมาณให้คำตอบไม่ชัดเจน หรือในกรณีที่ข้อมูลเชิงปริมาณอย่าง เดียวให้คำตอบได้ไม่หนักแน่น การวิจัยเชิงคุณภาพอาจเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เป้าหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองในการนำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้าน ซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนได้ตระหนักในปัญหาของตนเอง และเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชน
2. เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการวิเคราะห์ การเก็บรวบรวม การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญห ารวมทั้งดำเนินการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ
3. เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
4. เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

### ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีความมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าไปศึกษามีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยกลุ่มเข้าไปมีส่วนร่วมกับนักวิจัยทุกขั้นตอนอย่างเท่าเทียม มีการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติในสนามการวิจัยที่ไม่ยึดกับทฤษฎี ด้วยความเชื่อมั่นในความสามารถของมนุษย์ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจ และกระทำอย่างเท่าเทียม ทั้งที่มีความแตกต่างกัน นักวิจัยจึงมิใช่มีบทบาทเพียงผู้วิจัยเท่านั้น หากแต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ ไปกับกลุ่มในการปรับปรุงสภาวะที่เห็นพ้องต้องกันให้ดีขึ้น รวมทั้งบทบาทการเป็นผู้กระตุ้น ให้เกิดการสะท้อนการปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

ถ้ามองว่านักพัฒนา/นักวิจัยในรูปแบบการพัฒนาและการวิจัยดั้งเดิมเป็นผู้มีอำนาจเหนือคนในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ถือครองแนวทางการแก้ปัญหา และกรอบแนวทางการศึกษาชุมชน ก็จะได้เห็นว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างนักวิจัย/นักพัฒนากับคนในชุมชน โดยในการวิจัยรูปแบบนี้ คนในชุมชนมีโอกาสสิทธิ และอำนาจในการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา และกรอบแนวทางการศึกษาชุมชนเท่าๆ กับนักวิจัย/นักพัฒนา เพราะนักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะถือว่า คนในชุมชนเป็นผู้ที่มีความรู้ดีเท่าๆ กับนักวิจัย/นักพัฒนาในการศึกษาชุมชน การกำหนดปัญหา การเลือกปฏิบัติการ และการวิเคราะห์ประเมินผล ในการดำเนินการดังกล่าวจึงต้องปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม (ชินษรฐา กาญจนรังษิณนท์, 2548, หน้า 8)

ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยขั้นตอน ต่อไปนี้ คือ

1. ศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชน หากผู้วิจัยไม่รู้จักชุมชนที่จะศึกษามาก่อน อาจเริ่มด้วยการสำรวจบริเวณชุมชนต่างๆ ไปก่อน เป็นการทำความรู้จักสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจกับชุมชน ซึ่งจะทำให้นักวิจัยและชุมชนเริ่มมองเห็นโจทย์วิจัยที่เหมาะสม จากนั้นจึงร่วมมือกับชุมชนศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชนที่เกี่ยวกับโจทย์วิจัยอย่างเจาะจง

2. ค้นหาปัญหาสำคัญในโจทย์วิจัยนั้นและระบุความต้องการที่จำเป็น ในปัญหาสำคัญนั้น ซึ่งหากดำเนินการปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแล้วจะทำให้ดีขึ้น

3. นำปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นไปร่วมสร้างแผนปฏิบัติการกับชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งวางระบบติดตามประเมินร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การสะท้อนให้เกิดการเรียนรู้ การปรับปรุง และการดำเนินการ

4. นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติร่วมกัน โดยสมาชิกในชุมชนผู้เกี่ยวข้องต่างมีบทบาทในการปฏิบัติอย่างจริงจัง

5. มีการกำกับติดตามว่าเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ได้ เพียงใด

6. นำข้อมูลและข้อสังเกตต่างๆ มาสะท้อนร่วมกันเพื่อให้เกิดการวิพากษ์ตามกระบวนการวิภาควิธี จนนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน เป็นวงจรอย่างต่อเนื่องจนกว่าเป้าหมายในแผนปฏิบัติการจะบรรลุ

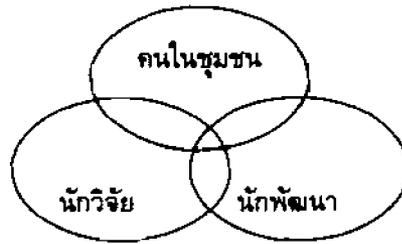
7. ดำเนินการประเมินผลว่าเป้าหมายที่ได้จากแผนปฏิบัติการนั้นเป็นอย่างไร

มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใด เกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากการทำงานตามแผนปฏิบัติการในการประเมิน ชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญในการร่วมประเมิน เช่นการเก็บข้อมูล การให้ข้อสังเกต ในการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อค้นพบรวมทั้งการนำเข้าสู่กระบวนการวิภาควิธี

สุชาติ อรุณเมือง (2548, บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่อง การสร้างพลังองค์กรชุมชนเพื่อการควบคุมลुकน้ำยุงลายในชุมชนร่วมใจพัฒนาเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพลังองค์กรชุมชน เพื่อการควบคุมลुकน้ำยุงลายในชุมชนร่วมใจพัฒนา เทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในทุกขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา เริ่มตั้งแต่การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนา การแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนา การกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนา แล้วร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาจนสามารถสร้างพลังองค์กรชุมชนเพื่อการควบคุมลुकน้ำยุงลายในชุมชนร่วมใจพัฒนา โดยใช้การสร้างพลังองค์กรเพื่อการควบคุมลुकน้ำ

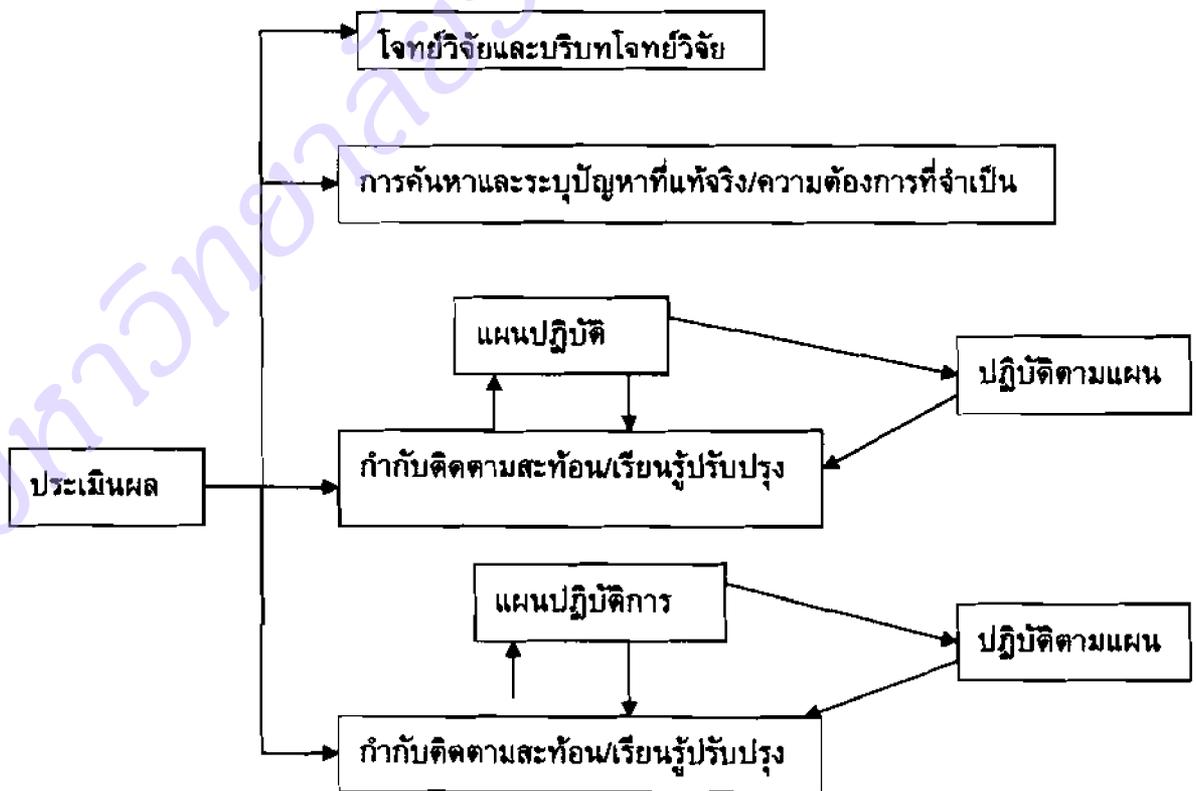
ยุงลายคือ 1) การรับรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย 2) ความภาคภูมิใจในตนเอง 3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง 4) การมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และ 5) พฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายเป็นกรอบการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า แนวทางและวิธีการสร้างพลังองค์กรชุมชน เพื่อการควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชนร่วมใจพัฒนา คือ การถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อต่างๆ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย ส่งหนังสือขอความร่วมมือในการควบคุมลูกน้ำยุงลายจากนายกเทศมนตรีเมืองชัยนาท และมีการติดตามสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผลให้องค์กรชุมชนได้พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่ดี และมีทักษะในการปฏิบัติในการสร้างพลังองค์กรชุมชนเพื่อการควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชนร่วมใจพัฒนา มากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้สามารถนำไปใช้สร้างพลังองค์กรชุมชนเพื่อการควบคุมลูกน้ำยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันเทศบาลเมืองชัยนาท ก็สามารถนำประสบการณ์การเรียนรู้จากการวิจัยและพัฒนานี้ไปใช้ในการพัฒนาชุมชนอื่นๆ ต่อไป

เฉลิมศรี ยศธแสนย์ (2548, บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรีโดยเป็นการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ตั้งอยู่บนฐานที่เชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย สามารถร่วมกันพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ถ้าได้รับการเสริมพลังอย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นการวิจัยและพัฒนาโดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญจากทุกฝ่ายในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการพัฒนา การแสวงหาแนวทางและวิธีพัฒนา การกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนา และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพัฒนา ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้ทุกฝ่ายมาร่วมกันเรียนรู้จากปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนตามความเหมาะสม โดยใช้แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารซึ่งต้องควบคุมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของอาหาร การรับประทานยาให้ถูกขนาดและถูกเวลา ตามแผนการรักษาของแพทย์ และการออกกำลังกายที่หนักพอ นานพอ และมีความสม่ำเสมอเป็นกรอบการวิจัย ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถจัดกิจกรรมการพัฒนาได้ครบทุกกิจกรรม โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยาโดยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง



ภาพ 5 ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

นอกจากนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ยังได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาจริงตามบทบาทหน้าที่ของตน  
ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม



ภาพ 6 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับชุมชน ผ่านการวิพากษ์จากมุมมองต่างๆของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ (strategic partner) มีการพิจารณาข้อดีข้อเสียและข้อต่อรอง (trade-off) โดยการใช้ข้อมูล ประสบการณ์ การศึกษาเบื้องต้นของทุกฝ่ายร่วมกัน จนกระทั่งเกิดความยินยอมร่วมกัน (consensus) ว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

การที่บุคคลจะระบุปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นมิใช่เพียงการสอบถามตรงๆเท่านั้น การสอบถามตรงๆอาจได้การระบุปัญหาและความต้องการที่ฉาบฉวย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้กระตุ้นการเรียนรู้ (learning facilitator) จะต้องร่วมเรียนรู้ไปกับชุมชนด้วยการตั้งคำถามที่ทำให้คิดเชิงระบบเป็นไปตามลำดับ รวมไปถึงการศึกษาค้นคว้าในประเด็นนั้นอย่างต้องแท้ทั้งการศึกษาเกี่ยวกับบริบทของตนเองและบริบทภายนอกที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเปลี่ยนสภาพจากความไม่รู้ไปสู่สภาพที่มีความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับโลกภายในคนและโลกภายนอกคน

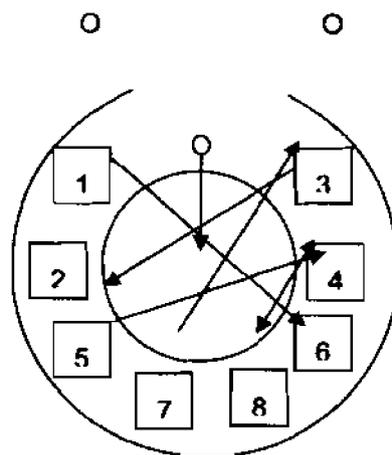
กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการวิภาษวิธี เป็นกระบวนการสำคัญในทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นจนบรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตามกระบวนการวิภาษวิธี ต้องการวิทยากรกระบวนการ (facilitator) เป็นคนกลางในการดำเนินการวิพากษ์ในขั้นตอนต่างๆ เนื่องจากการวิพากษ์นั้นอาจทำให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งหากผู้วิจัยใช้ทักษะกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ก็จะเป็นเงื่อนไขสำคัญให้กระบวนการวิภาษวิธีที่มีความตึงเครียดนั้น เกิดพลังในการปฏิบัติจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง แม้แต่คนที่เฉื่อยเฉื่อย ก็จะถูกกระตุ้นให้ไม่สามารถเฉื่อยได้อีกต่อไป

ข้อมูลสำคัญที่นักวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องบันทึกรวบรวมเพื่อทำการวิเคราะห์ คือ บันทึกข้อคำถามและการวิพากษ์ของคนที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่างๆ ข้อมูลเหล่านี้อาจได้มาจากการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งนักวิจัยต้องนำข้อมูลเหล่านั้นมาตีความตามแนวทางของทฤษฎีวิพากษ์ (critical theory)

##### 5. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิควิธีของการวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความแตกต่างไปจากการสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) ซึ่งเป็นการถามตอบระหว่างผู้สัมภาษณ์กับสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มขณะที่การสนทนากลุ่มจะมีสมาชิกทุกคนในกลุ่มเป็นศูนย์กลางของการสื่อสาร

ภายในกลุ่ม นักวิจัยที่ขาดความเข้าใจ/ประสบการณ์ของการดำเนินการสนทนากลุ่ม มักจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มโดยที่กักตัวเองว่าทำการสนทนากลุ่ม ซึ่งโดยหลักการของการสนทนากลุ่มแล้วนั้น ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้โยนประเด็นคำถามให้กลุ่ม เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในระหว่างการโยนประเด็นคำถาม ว่ากลุ่มมีความเห็นด้วย (pro) หรือเห็นขัดแย้ง (con) อย่างไร ซึ่งผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะได้มาจาก หลักเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดว่า จะเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบตรงประเด็นและสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษาได้มากที่สุด ในขณะที่เดียวกันสมาชิกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะต้องมีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Homogeneous) จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่เหมาะสมคือ 6-8 คน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, และกรรณิการ์ สุขเกษม, 2547, หน้า 134 ) เพราะถ้ากลุ่มใหญ่กว่านี้ วงสนทนาอาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยสมาชิกหันหน้าเข้าสนทนากันเอง ซึ่งจะยากต่อการสรุปประเด็นปัญหาหรือวิเคราะห์ข้อมูล แต่ต้องไม่น้อยกว่า 4 คน เพราะการสนทนากลุ่มไม่ได้ใช้กลุ่มที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติ แต่เกิดจากการรวมกลุ่มให้เกิดขึ้นแล้วทำบรรยากาศในวงสนทนาให้เป็นธรรมชาติ และสร้างสรรคให้เกิดการสนทนากันในลักษณะที่เป็นการพูดคุยกัน แสดงความคิดเห็น ทั้งสอดคล้องและการโต้แย้ง ดังนั้น ถ้าผู้เข้าร่วมสนทนา น้อยกว่า 4 คน ก็จะไม่เกิดการโต้แย้งหรือการแสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร เพราะกลุ่มเล็กเกินไป ที่นั่งสำหรับการสนทนากลุ่มต้องจัดเป็นวงกลมเสมอ ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) จะต้องอยู่ในวงเดียวกับสมาชิกที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่าง การจัดวงสนทนาควรเป็นดังภาพ 7



ภาพ 7 การจัดวงสนทนาในการประชุมกลุ่ม

## 6. องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่ม

องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่มควรประกอบด้วย

### 6.1 การกำหนดเรื่องที่จะศึกษา

6.2 กำหนดประเด็นหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษาเพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา

6.3 แนวคำถามหรือกรอบคำถาม คือแนวทางในการสนทนากลุ่มซึ่งได้จากการนำคำถามที่ร่างไว้มาเรียบเรียงเป็นข้อย่อย หรือผูกเป็นเรื่องราว

### 6.4 บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม

6.4.1 ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator/facilitator) เป็นผู้โยนประเด็นคำถาม และกำกับการสนทนาให้เป็นไปตามแนวทางของเรื่องที่จะศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ผู้ดำเนินการสนทนา ถือเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้การสนทนาบรรลุเป้าหมาย จึงต้องมีคุณลักษณะ คือ รู้ถึงความต้องการ หรือ เป้าหมายของการศึกษา มีบุคลิกภาพดี มีมนุษยสัมพันธ์ สุภาพ อ่อนโยน มีอารมณ์ขัน สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ สามารถพูดเพื่อการสื่อสารได้ดี โดยผู้ดำเนินการสนทนา มีหน้าที่ในการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดการสนทนากลุ่ม ขอความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและยินยอมให้บันทึกข้อมูล ควบคุมประเด็น จังหวะของการสนทนา และเวลา ทำตัวเป็นผู้เรียนรู้ ให้ผู้สนทนาได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี ยืดหยุ่นเปิดใจคทนต่อการรบกวนหรือไม่ร่วมมือ ระวังน้ำเสียงและท่าที รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมสนทนา

6.4.2 ผู้จดบันทึกการสนทนา (note taker/recorder) เมื่อเริ่มการสนทนาผู้จดบันทึกการสนทนา ต้องวาดแผนผังการนั่งของผู้ร่วมสนทนาทุกคน พร้อมมีหมายเลขและชื่อกำกับไว้ เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนารู้ว่ามิใครบ้าง อีกทั้งเพื่อตนเองใช้ประโยชน์ในการจดบันทึก และสังเกตพฤติกรรมผู้จดบันทึกการสนทนา มีหน้าที่จดบันทึกคำสนทนาทุกคำพูดที่จดทันและบันทึกปฏิบัติการตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น รวมถึงการถอดเทปการสนทนา ข้อควรระวัง คือ ต้องไม่ร่วมสนทนาด้วย แต่สามารถซักถามประเด็นต่างๆ ได้เมื่อ ปิดวงสนทนาแล้ว

6.4.3 ผู้ช่วยทั่วไป (assistant/caretaker) มีหน้าที่ จัดเตรียมอุปกรณ์สนามให้พร้อม จัดสถานที่เตรียมความพร้อมในการสนทนากลุ่ม ควบคุมเครื่องบันทึกเสียง และเปลี่ยนเทปขณะที่ทำการสนทนา คอยกั้นไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในวงสนทนาเข้าไปเสนอความคิดเห็นในกลุ่ม หรือเข้าไปรบกวนสมาธิของผู้ร่วมสนทนา กันผู้ที่ จะเข้ามาร่วมวงสนทนาโดยไม่ได้รับเชิญ อำนวย

ความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนา และผู้จัดบันทึก คู่มือบริการเครื่องตีพิมพ์และของขบเคี้ยวแก่ผู้ร่วมสนทนา

6.5 อุปกรณ์สนาม (field instruments) อุปกรณ์ที่สำคัญคือเครื่องบันทึกเสียง เพราะจะสามารถบันทึกรายละเอียด เหตุผล ข้อคำตอบ ความคิดเห็น ได้ละเอียดที่สุดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการตีความต้องพิจารณาละเอียดลงไปถึงเหตุผลที่ถูกโต้แย้งหรือเสนอความคิดเห็นที่สอดคล้อง ควรมีเครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง บันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกัน 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไประหว่างการเปลี่ยนเทป และป้องกันการผิดพลาด รวมไปถึงการแบ่งกันฟังกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน นอกจากเครื่องบันทึกเสียงแล้วยังมี สมุดบันทึกคำสนทนาและอุปกรณ์เครื่องเขียน ที่จำเป็นในการจดบันทึก เป็นต้น

6.6 อุปกรณ์เสริมการสนทนากลุ่ม เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้วงการสนทนากลุ่มดำเนินไปด้วยบรรยากาศราบรื่นและเป็นธรรมชาติไม่เคร่งเครียด สร้างบรรยากาศให้เป็น "การจับเข่าคุยกัน" อุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่ม ขนม ของคบเคี้ยว เป็นต้น

6.7 สถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม (location) ควรกำหนดให้แน่นอน ศึกษาในหมู่บ้านไหนก็จะจัดกลุ่มที่นั่นให้สะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนามากที่สุด ผู้ร่วมสนทนากลุ่มต้องรู้จักดี แต่จำเป็นต้อง เงียบไม่มีเสียงรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก แดดไม่ร้อน ไม่เป็นจุดสนใจของคนในหมู่บ้านที่ผ่านไปมา

6.8 ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมสนทนา (remuneration) มอบให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มก่อนจากกัน ที่ได้ตลอดเวลาอันมีค่าของเขามาร่วมวงสนทนากับเรา มิใช่เป็นค่าจ้าง แต่มอบเป็นที่ระลึกถึงกันว่าเราเคยมาร่วมถกประเด็นปัญหาด้วยกัน

6.9 ระยะเวลา (time) ระยะเวลาของการสนทนากลุ่ม ควรใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์, บุญผา ศิริวิทย์, และวาทีณี บุญชะลิกษ์, 2536, หน้า 405 ) เพราะถ้านานกว่านี้ผู้ร่วมสนทนาจะเหนื่อยถ้า คำตอบที่ได้จะไม่ค่อยตั้งใจคิด จะตอบเพื่อให้จบๆ ไป การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะน้อยลง

## 7. การดำเนินการสนทนากลุ่ม

การดำเนินการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ร่วมสนทนาพร้อมก็เริ่มดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนา แนะนำตัวเองและทีมงาน (ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วยทั่วไป) ให้ผู้ร่วมสนทนารู้จัก อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการทำการสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการศึกษา และบอกให้ทราบว่า จะมีการบันทึกเสียง ตลอดจนการจดประเด็นปัญหา แล้วจึงเริ่มเกริ่นนำด้วยคำถามอ่อนเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนา แล้วจึงเริ่มคำถามที่จัดเตรียมไว้

โดยทั้งช่วงให้มีการถกประเด็นและโต้แย้งกันพอสมควร พยายามสร้างบรรยากาศให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ร่วมสนทนา ควบคุมเกมไม่ให้หยุดนิ่ง อย่าซักใครคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ถามไม่เจาะจงถามใครเพียงคนเดียว แต่เป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่ม ให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ในการสนทนาจะพบกับคนที่พูดมากที่สุด และคนที่พูดน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องควบคุมเกมให้ได้ อย่าให้เกิดการข่มทางความคิด หรือชักนำผู้อื่นให้คล้อยตามกับคนที่พูดเก่ง (dominate) และพยายามกระตุ้นให้คนที่พูดน้อยได้แสดงความคิดเห็น ในการสนทนากลุ่ม ควรีประมาณ 6-10 คำถาม เป็นคำถามปลายเปิด เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับ.....” “คุณได้ข้อมูลเกี่ยวกับ.....มาอย่างไร ”

#### 8. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลแบบการสนทนากลุ่ม ข้อมูลของการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในแบบฉบับบันทึก และเทปบันทึกเสียง ข้อมูลในเทปควรถูกถอดอย่างละเอียดทุกคำพูดจะช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจ และสามารถมองภาพของการสนทนาได้ว่ามีบรรยากาศเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นอย่างไร มีการโต้แย้งอย่างไร ความตะกุกตะกักของคำพูด และสำนวนวาจา จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์และเข้าใจประเด็นคำตอบหรือแม้แต่นำความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบ แต่บางกรณีการถอดเทปอาจมีเพียงบางส่วนก็เป็นได้ ทั้งนี้แล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนงบประมาณและระยะเวลาที่มี

ในการวิเคราะห์ข้อมูลนักวิจัยจะจดคำตอบที่ละเอียดที่สุดและให้เหตุผลที่ดีที่สุด เขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ว่าเป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไร เรียงไว้ในคำถามเรื่องอะไร แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

#### 9. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Depth Interview) แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (Individual depth interview) เป็นการซักถามพูดคุยกันระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นการถามเจาะลึกถึงคำตอบอย่างละเอียดถี่ถ้วน การถามนอกจากจะให้ข้อบิยายแล้ว จะต้องถามถึงเหตุผลด้วย การสัมภาษณ์แบบนี้ จะใช้ได้ดีกับการศึกษาวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล เจตคติ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ ในลักษณะต่างๆ

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการสัมภาษณ์และสนทนาแบบเจาะประเด็นด้วยการเชิญผู้ร่วมสนทนามารวมเป็นกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 5-7 คน แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนะกันอย่างกว้างขวางในประเด็นต่างๆที่เราต้องการแล้วพยายาม

หาข้อสรุป การสนทนากลุ่มนี้เหมาะกับการวิจัยที่ต้องการหารูปแบบโครงสร้าง แนวคิดใหม่ๆรวมทั้งค้นหาตัวกำหนดพฤติกรรมและบุคลิกภาพของมนุษย์

#### 10. การสังเกต (Observation)

การสังเกตเป็นการค้นหาพฤติกรรมเพื่อให้รู้ว่ามีมนุษย์คิดอะไร ทำอะไรโดยการเฝ้าดูพฤติกรรมมนุษย์โดยตรง

##### ประเภทของการสังเกต

10.1 การสังเกตแบบเป็นทางการกับไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Observation)

10.1.1 การสังเกตแบบไม่เป็นทางการเป็นการสังเกตที่มีโครงสร้างน้อย ให้อิสระกับผู้สังเกตอย่างเต็มที่ จะบันทึกข้อมูลอะไรและอย่างไรก็ได้ แต่จะต้องสังเกตระหัดก่อน สรุปและจัดระเบียบข้อมูลที่ได้

10.1.2 การสังเกตแบบเป็นทางการนั้น เน้นการสังเกตที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นโครงสร้างแน่นอนว่าจะสังเกตอะไรบ้าง และจะต้องบันทึกผลสังเกตอย่างไร

10.2 การสังเกตแบบมีโครงสร้างกับแบบไม่มีโครงสร้าง (Structured and Unstructured Observation)

10.2.1 การสังเกตแบบมีโครงสร้าง เป็นการสังเกตที่กำหนดสิ่งที่สังเกตไว้แน่นอนเป็นการเฉพาะว่าจะสังเกตพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์อะไรบ้างก่อนหลัง และมักจะมีเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยการสังเกต ซึ่งทำเป็นแบบฟอร์มเตรียมไว้ล่วงหน้า

10.2.3 การสังเกตแบบไม่มีโครงสร้างนั้นเป็นการปล่อยให้ผู้สังเกต สังเกตอย่างอิสระ ไม่ได้กำหนดว่าจะต้องทำอะไร ก่อน หลัง และจะต้องสังเกตอะไรเป็นการเฉพาะบ้าง แต่จะให้สังเกตพฤติกรรม/ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดภายในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น

10.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับแบบไม่มีส่วนร่วม (Participant and onparticipant Observation )

10.3.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้สังเกตจะต้องเข้าไปปะปนกับผู้ถูกสังเกต และทำกิจกรรมร่วมกับผู้ถูกสังเกต ซึ่งอาจจะทำกิจกรรมเหมือนกับสมาชิกคนหนึ่งของผู้ถูกสังเกตอย่างสมบูรณ์ ทำกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ถูกสังเกตเท่านั้น

10.3.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตแบบที่กล่าวมาแล้วในข้อ 10.1 และข้อ 10.2 นั้นถือว่าการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมทั้งสิ้น

#### 10.4 การสังเกตในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมกับสภาพธรรมชาติ (Laboratory and Field Observation)

10.4.1 การสังเกตในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุม เป็นการสังเกตในห้องปฏิบัติการที่มีการควบคุมตัวแปรภายนอกอื่นๆ และสังเกตอย่างเฉพาะเจาะจง มีโครงสร้างกำหนดเป็นระเบียบ ระบบเอาไว้ก่อนล่วงหน้า

10.4.2 การสังเกตในสภาพธรรมชาติ เป็นการสังเกตในสนามตามสภาพที่เกิดขึ้นในธรรมชาติ ไม่มีการควบคุมตัวแปรภายนอกไม่มีโครงสร้างที่จะใช้สังเกตแน่นอน คงปล่อยให้ไปไปตามธรรมชาติ มีพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์อะไรที่เกิดขึ้นก็สังเกตจดบันทึกเอาไว้เท่านั้น

##### ความถูกต้องของการสังเกต (Validity)

การสังเกตจะมีความถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับข้อกำหนดข้อมูลและลักษณะข้อมูลของสิ่งที่ต้องการสังเกตว่า กำหนดไว้ชัดเจน ครบถ้วนมากน้อยเพียงใด ใช้วิธีการสังเกตอย่างไร และผู้สังเกตมีความรู้ ความสามารถ และมีสภาพพร้อมในการสังเกตเพียงใด ฉะนั้นการตรวจสอบความถูกต้องของการสังเกตจึงพิจารณาจาก

1. ความสอดคล้อง ชัดเจน และครบถ้วนของข้อมูลและลักษณะข้อมูลที่กำหนดไว้ให้สังเกตกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาเป็นผู้ตรวจสอบ
2. วิธีที่ใช้ในการสังเกต พิจารณาว่าวิธีการสังเกตที่ใช้อยู่ นั้นจะได้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนมากน้อยเพียงใด
3. ผู้สังเกต พิจารณาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสภาพพร้อมของผู้สังเกต เช่น ผู้สังเกตจะต้องมีความรอบรู้ในเรื่องที่สังเกตเป็นอย่างดี มีประสาทสัมผัสที่ไวและใช้การได้ดี มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจที่จะไปสังเกต สามารถควบคุมความลำเอียงส่วนตัวที่จะมีผลต่อการสังเกตได้ เป็นต้น

ณัฐพร ประกอบ (2547, บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาสภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปัญหาหรืออุปสรรคความต้องการการพัฒนาพฤติกรรม 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3) เพื่อแสวงหาแนวทางพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ 4) เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้ตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปัญหาหรืออุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรม 3) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อทราบสภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและปัญหาหรืออุปสรรค 4) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางพัฒนาพฤติกรรม 5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการพัฒนา 6) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับเจ้าหน้าที่ให้บริการ 7) แบบบันทึกการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 8) แนวทางการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วยเพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคหลังการพัฒนาพฤติกรรม

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเสริมจัด การรับประทานอาหารกระป๋อง การรับประทานอาหารหมักดอง การรับประทานเบหมีกิ่งสำเร็จรูป และการเติมผงชูรสในการปรุงอาหาร หลังการพัฒนามีความแตกต่างกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โสภณ หอมกรุ่น (2548, บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนหมู่ที่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมาย ปัญหาหรืออุปสรรคและความต้องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส 2) แสวงหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมายและ 3) พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมาย ประชากรเป้าหมายครั้งนี้ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ หมู่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท จำนวน 126 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน อสม. จำนวน 3 คน อบต.จำนวน 1 คน เกษตรตำบล จำนวน 1คน และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสและแบบสังเกตพฤติกรรม สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อของประชากรเป้าหมายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้านการลดการปนเปื้อนเชื้อในสภาวะแวดล้อมของประชากรเป้าหมายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรเป้าหมายครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอื่น เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พฤติกรรมการป้องกันโรคไขเลือดออก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นได้

นันทวรรณ มีสะอาด (2548, บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรหมู่ที่ 6 ตำบลหนองกระทุ่ม อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร โดยเป็นการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อมั่นว่า เกษตรกรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรหมู่ที่ 6 ตำบลหนองกระทุ่ม อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี มีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ ถ้าได้รับการเสริมพลังอย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญจากทุกฝ่ายในทุกขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา เริ่มตั้งแต่ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาหรืออุปสรรคและความต้องการการพัฒนา การแสวงหาแนวทางหรือวิธีการพัฒนา การกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้เป็นการสร้างโอกาสให้ทุกฝ่ายมาร่วมกันเรียนรู้จากการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาแต่ละขั้นตอนความเหมาะสม โดยใช้พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 4 ด้าน คือ ด้านการเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านการขนส่งและการเก็บรักษาสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และด้านการทำลายภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

### ผลการวิจัยพบว่า

การพัฒนาทำให้เกษตรกรได้พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งมีสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นและเกษตรกรปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้ ในขณะเดียวกันยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่ต้องเจ็บป่วย

ไม่ต้องเสียเวลารักษาพยาบาล รวมทั้งส่งผลให้ลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของประเทศส่งผลให้จิตใจเกษตรกรดี นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของเกษตรกร โดยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ประสบการณ์จากการวิจัยและพัฒนาได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ จากการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาที่เกษตรกรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทุกฝ่ายสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะเดียวกันยังสามารถนำประสบการณ์การเรียนรู้จากการวิจัยและพัฒนาไปใช้ในการพัฒนาเกษตรกร ชุมชนใกล้เคียงต่อไปได้

การนำองค์ความรู้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการวิจัย

จากงานวิจัยเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นกลไกสำคัญในกระบวนการพัฒนา เนื่องจากการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ ขณะเดียวกันยังสามารถเป็นแนวคิดในการสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อที่จะจัดการปัญหาในอนาคตได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบันที่ต้องการองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาในกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย การจะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการในการพัฒนา และร่วมกำหนดแนวทางพัฒนาสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรในครั้งนี้

### บทที่ 3

## สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี

ในการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี เป็นการพัฒนาระบวนการเรียนรู้โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อมั่นว่า ผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู มีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของตนเองได้ ถ้าได้รับการเสริมพลัง (Empowerment) อย่างเหมาะสม ดังนั้น ในการวิจัยนี้จึงเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ในการวิจัย ที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในทุกขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. คำถามการวิจัย

#### 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

#### 3. วิธีดำเนินการวิจัย

#### 4. ผลการวิจัย

##### 4.1 สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

##### 4.2 สภาพปัจจุบันพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร

##### 4.2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู

##### 4.2.2 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู

##### 4.2.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู

##### 4.2.4 การสังเกต

##### 4.2.5 การสัมภาษณ์

##### 4.3 ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี

### คำถามการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันของพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี เป็นอย่างไร

2. ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี คืออะไร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการวิจัย โดยในขั้นตอนที่ 1 นี้เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ทุกฝ่ายได้มาร่วมกันศึกษาสภาพ พฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรในปัจจุบัน รวมทั้งร่วมกันระบุปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ประกอบกัน โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

##### 1. กรอบการวิจัย

ในการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ใช้กรอบการวิจัยเรื่องมาตรการการป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส ของกรมควบคุมโรคติดต่อ ดังนี้

- 1.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู
- 1.2 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู
- 1.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู

##### 2. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น ผู้ที่มีส่วนอย่างสำคัญในการพัฒนา (Insiders) และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา (outsiders) พฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ผู้มีส่วนอย่างสำคัญ ในการพัฒนา ได้แก่ เกษตรกรทั้งชายและหญิงทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ที่มีพฤติกรรมการประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับเกษตรกรรม เช่น ทำนา จับสัตว์น้ำ รับจ้างที่เกี่ยวข้องกับการปลูกข้าวเลี้ยงสัตว์ จำนวน 28 คน

2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ได้แก่

2.2.1 ผู้นำหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกล้วย จำนวน 7 คน

2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน

2.2.3 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบ้านกล้วย จำนวน 3 คน

3. วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการวิจัยขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือ ได้แก่

3.1 แบบสอบถาม สำหรับเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษารายได้ตลอดปี ช่องทางรับรู้อาการโรคฉี่หนู เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 สภาพการป้องกันโรคฉี่หนู แบ่งเป็น 3 หัวข้อใหญ่

1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู สอบถามความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคพาหะนำเชื้อโรค แหล่งแพร่เชื้อ การรับเชื้อ อาการป่วย การรักษา และการป้องกันโรคมูลักษณะคำถามทดสอบความรู้ แบบเลือกคำตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 11 ข้อ

2) เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติ มีลักษณะคำถามวัดระดับความคิดเห็น 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ

3) การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฉี่หนู มีลักษณะคำถามวัดระดับการปฏิบัติ 5 คำตอบ คือ ทำทุกวัน/ทำทุกครั้ง ทำวันเว้นวัน/ทำบ่อยครั้ง ทำสัปดาห์ละครั้ง/ทำบางครั้ง ทำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์/ทำนานๆครั้ง ไม่เคยทำ จำนวน 12 ข้อ

3.2 แบบสังเกตพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยได้ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกต และค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ นำมาแก้ไขปรับปรุงเป็นบางส่วนเพื่อใช้สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 เพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้จากการสอบถามอีกทางหนึ่ง

3.3 แนวทางสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา และความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8

วิธีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยจะดำเนินการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับความรู้อุบัติการณ์เกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือ

2. แบบสังเกตพฤติกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวทางในการป้องกันโรคฉี่หนู ของ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือ

3. การสร้างแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้นำแนวทางในการป้องกันโรคฉี่หนู ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถาม สภาพการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง และเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ 9 หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลพบุรี นักวิชาการ และอาจารย์พิเศษมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี เป็นผู้ตรวจสอบ โดยนำไปหาค่าดัชนี ความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (IOC : Index of Item – Objective Congruence) (วัฒนา สุนทรชัย, 2547 หน้า 15-34) โดยนำข้อคำถามที่ได้ค่าดัชนี ความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 จำนวน 7 ข้อ มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่เป็นข้อคำถาม ไปทดลองใช้ (try out) ที่หมู่ 6 ตำบลบ้านกล้วย เป็นหมู่บ้านข้างเคียงกับหมู่ที่ 8 มีลักษณะชีวิตความเป็นอยู่ใกล้เคียงกับพื้นที่ทำวิจัย จำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .802

3. ตรวจสอบคุณภาพแบบสังเกตพฤติกรรม โดยผู้เชี่ยวชาญ

4. ตรวจสอบคุณภาพแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยและพัฒนาแก่ทีมงาน อสม. เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันที่ 21 มกราคม 2550

4.2 ผู้วิจัยและทีมงานเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยสอบถามเกษตรกรที่ศึกษาตามแบบสอบถาม ในระหว่างวันที่ 22 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2550

4.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสังเกตพฤติกรรม ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2550

4.4 ผู้วิจัยและคณะได้สนทนากลุ่มกับกลุ่มเกษตรกรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเก็บข้อมูลประเด็นปัญหา อุปสรรคและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคฉี่หนู ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2550 โดยมีผู้ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน (รายชื่อดังปรากฏในภาคผนวก)

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเสร็จเรียบร้อยแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

##### 5.1 ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

5.2 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ (quantitative analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงน้ำหนักหาความถี่ ค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตาราง

5.3 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (qualitative analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การตีความ (interpretation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

5.4 เกณฑ์การพิจารณาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนู และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู ที่เป็นปัญหาสมควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ ร้อยละความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนู และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู แต่ละข้อย่อย ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ดังนี้

5.4.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู พิจารณาจากร้อยละของผู้ที่ตอบถูกในข้อคำถามแต่ละข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ข้อใดถ้าจำนวนผู้สอบตอบถูกร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผู้สอบมีความรู้เรื่องนั้นดีมาก ถ้าผู้สอบตอบถูกร้อยละ 70-79 ถือว่าผู้สอบมีความรู้เรื่องนั้นอยู่ในระดับดี ถ้าผู้สอบตอบถูกร้อยละ 50-69 ถือว่าผู้สอบมีความรู้เรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าผู้สอบตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 50 ถือว่าผู้สอบมีความรู้เรื่องนั้นน้อย (บุญธรรม กิจปริตยาบริสุทธิ์, 2547, หน้า 365) ควรได้รับการพัฒนา

5.4.2 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู พิจารณาจากร้อยละของผู้ที่แสดงความคิดเห็น ในข้อคำถามแต่ละข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ข้อใดถ้าจำนวนผู้สอบแสดงความคิดเห็นร้อยละ 80 ขึ้นไปถือว่าผู้สอบมีเจตคติเรื่องนั้นดีมาก ถ้าผู้สอบแสดงความคิดเห็นร้อยละ 70-79 ถือ

ว่าผู้สอบมีเจตคติเรื่องนั้นอยู่ในระดับดี ถ้าผู้สอบแสดงความคิดเห็นร้อยละ 50-69 ถือว่าผู้สอบมีเจตคติเรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าผู้สอบแสดงความคิดเห็นน้อยกว่าร้อยละ 50 ถือว่าผู้สอบมีเจตคติเรื่องนั้นน้อย ควรได้รับการพัฒนา

5.4.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู พิจารณาจากร้อยละของผู้ที่มีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำในข้อคำถามแต่ละข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ข้อใดถ้าจำนวนผู้สอบมีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 80 ขึ้นไปถือว่าผู้สอบมีพฤติกรรมการปฏิบัติเรื่องนั้นดีมาก ถ้าผู้สอบมีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 70-79 ถือว่าผู้สอบมีพฤติกรรมการปฏิบัติเรื่องนั้นอยู่ในระดับดี ถ้าผู้สอบมีพฤติกรรมการปฏิบัติร้อยละ 50-69 ถือว่าผู้สอบมีพฤติกรรมการปฏิบัติเรื่องนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าผู้สอบมีพฤติกรรมการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 50 ถือว่าผู้สอบมีพฤติกรรมการปฏิบัติเรื่องนั้นน้อย ควรได้รับการพัฒนา

5.4.4 ข้อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

5.4.5 ข้อเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู เกณฑ์การให้คะแนนเป็นลักษณะสเกลมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามระดับเจตคติโดยเรียงลำดับจากสูงมาต่ำ

5.4.6 ข้อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู เกณฑ์การให้คะแนนเป็นลักษณะสเกลมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามระดับการปฏิบัติโดยเรียงลำดับจากสูงมาต่ำ

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ดังนี้

#### 1. สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อค้นหาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามจากเกษตรกรที่ประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์ และรับจ้างทำนา จำนวน 28 คน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 89.29 มีอายุระหว่าง 61-72 ปีร้อยละ 42.86 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 92.88 ประกอบอาชีพทำนา ร้อยละ 89.29 มีรายได้ต่ำกว่า 126,000 บาทต่อปีร้อยละ 75.00 รับรู้ข่าวสารโรคฉี่หนู 1-2 ช่องทาง ร้อยละ 46.43 รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรของเกษตรกร หมู่ที่ 8

|                     | ลักษณะทางประชากร         | จำนวนคน | ร้อยละ |
|---------------------|--------------------------|---------|--------|
| เพศ                 | ชาย                      | 25      | 89.29  |
|                     | หญิง                     | 3       | 10.71  |
| อายุ                | 35-47 ปี                 | 5       | 17.86  |
|                     | 48-60 ปี                 | 11      | 29.28  |
|                     | 61-72 ปี                 | 12      | 42.86  |
| การศึกษา            | ประถมศึกษา               | 26      | 92.88  |
|                     | มัธยมศึกษา               | 2       | 7.14   |
| อาชีพ               | ทำนา                     | 25      | 89.29  |
|                     | เลี้ยงสัตว์, รับจ้างทำนา | 3       | 10.71  |
| รายได้ต่อปี         | ต่ำกว่า 126,000 บาท      | 21      | 75.00  |
|                     | 126,001-350,000 บาท      | 7       | 25.00  |
| รับข่าวสารโรคฉี่หนู | 1 – 2 ช่องทาง            | 21      | 75.00  |
|                     | มากกว่า 2 ช่องทาง        | 7       | 25.00  |

2. สภาพปัจจุบันของพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอนองโตน จังหวัดสระบุรี

การเสนอสภาพปัจจุบันของพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ผู้วิจัยนำเสนอโดยยึดกรอบการวิจัยเป็นสำคัญคือ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู 2) เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูและ 3) การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูรายช้อย่อย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูรายช้อย่อยในแต่ละด้านมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 ถือว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนา ตามรายละเอียด ดังนี้

### 2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู

2.1.1 จากการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจของเกษตรกร เป็นดังนี้

1) ระดับความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 50 มี 3 ข้อ คือ เรื่องสัตว์นำโรค ช่องทางเชื้อโรค ถูกขับออกจากสัตว์พาหะนำโรค ช่องทางติดต่อโรค ควรได้รับการพัฒนา

- 2) ระดับความรู้ปานกลางร้อยละ 50-69 มี 2 ข้อ คือ สาเหตุการเสียชีวิต  
ช่องทางติดต่อ ช่องทางเชื้อเข้าสู่ร่างกาย
- 3) ระดับความรู้ดีร้อยละ 70- 79 มี 4 ข้อ คือ โรคฉี่หนูเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน  
ช่องทางเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ความทันเวลาในการวินิจฉัยโรค การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันที  
เมื่อกลับถึงบ้านพัก
- 4) ระดับความรู้ดีมากร้อยละ 80 ขึ้นไป มี 2 ข้อ คือ อาการของโรค การ  
ป้องกันตนเอง รายละเอียดปรากฏในตาราง 2

ตาราง 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| รายการ   | ผู้ที่ตอบถูก |        | ระดับความรู้<br>โรคฉี่หนู |
|--|--------------|--------|---------------------------|
|  | จำนวน        | ร้อยละ |                           |
| 1.โรคฉี่หนูเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนชนิดหนึ่ง   | 20           | 71.43  | ดี                        |
| 2.โรคฉี่หนูมีตัว ควาย สุนัข แมวเป็นสัตว์นำโรค  | 6            | 21.43  | น้อย                      |
| 3.เชื้อโรคฉี่หนูถูกขับออกมาพร้อมฉี่หนู   | 11           | 39.28  | น้อย                      |
| 4.โรคฉี่หนูมีอาการปวดศีรษะ ไข้หนาวสั่น<br>ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง                      | 23           | 82.14  | ดีมาก                     |
| 5.คนป่วยเป็นโรคฉี่หนูมีโอกาสเสียชีวิต<br>เพราะหัวใจล้มเหลวตับวายและไตวาย                           | 16           | 57.14  | ปานกลาง                   |
| 6.โรคฉี่หนูติดต่อได้จากการสัมผัสเยี่ยวหนู  | 18           | 64.29  | ปานกลาง                   |
| 7.เชื้อโรคฉี่หนูเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผล ทางผิวหนัง<br>ที่แฉะน้ำนานๆ ทางตา ทางจมูก ทางปาก           | 21           | 75.00  | ดี                        |
| 8.โรคฉี่หนูมีโอกาสติดต่อจากคนสู่คนได้  | 7            | 25.00  | น้อย                      |
| 9.โรคฉี่หนูสามารถรักษาหายได้ง่ายถ้าผู้ป่วยมาพบ<br>แพทย์เร็ว และไม่เกิดอาการแทรกซ้อน                | 21           | 75.00  | ดี                        |
| 10.โรคฉี่หนูสามารถป้องกันได้ ถ้ารู้จักป้องกันตนเอง<br>โดยสวมรองเท้าบูตก่อนย่ำน้ำลุยโคลน            | 25           | 89.29  | ดีมาก                     |
| 11.หลังเลิกทำนา หาบปลาหรือทำงานอื่นในนาทุกครั้ง<br>ต้องอาบน้ำฟอกสบู่ป้องกันการป่วยเป็นโรคฉี่หนูได้ | 22           | 78.57  | ดี                        |

2.1.2 จากการสนทนากลุ่มเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่า เกษตรกรยังมีความรู้โรคฉี่หนูน้อยเนื่องจาก โรคฉี่หนูมีพาหะนำโรคหลายชนิด ไม่รู้ว่าเชื้อโรคฉี่หนูอยู่ในปัสสาวะของหนู และโรคฉี่หนูสามารถติดต่อได้

“ไม่รู้จริงๆว่า สัตว์เลี้ยงอย่างแมว หมา วัว ควาย ก็เป็นตัวนำโรคได้”

“ไม่แน่ใจว่าเชื้อโรคออกมากับเยี่ยวของมัน”

“จริงหรือที่ติดต่อจากคนป่วยได้”

สรุปข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและประเด็นการสนทนากลุ่ม สภาพปัญหาที่พบของพฤติกรรม การป้องกันโรคฉี่หนู ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคฉี่หนู มีความสอดคล้องกับสภาพวิถีการดำเนินชีวิตของเกษตรกร โดยกล่าวว่า

“เข้าซึ้นก็ออกไปนาไม่ค่อยเข้าวสาร เย็นกว่าจะกลับเข้าบ้านก็ค่ำแล้ว กินข้าวแล้วเข้านอนไม่มีเวลาอ่านหนังสือ ดูทีวี หรือดูทีวีก็ไม่มีข่าวโรคฉี่หนู”

“หมอมาช่วยสอนหน่อยแล้วกัน”

“ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เรื่องนี้มากนัก ที่เคยรู้มาก็ลืมแล้ว หมอช่วยมาสอนใหม่หน่อย จะได้รู้มากขึ้น” โดยให้ความเห็นต่อไปว่า

“ก็กลัวเหมือนกัน แต่ไม่รู้จะทำอย่าง

2.2 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู จากการศึกษาพบว่าเกษตรกรมีเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู ดังนี้

2.2.1 ระดับเจตคติ ความเชื่อน้อยทุกเรื่อง คือ เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การพักผ่อนตัวหลังป่วย ภาวะของครอบครัว ความแข็งแรงของร่างกาย การป่วยหรือไม่ป่วย การติดต่อโรคจากคนสู่คน สภาพคันทนา การสวมรองเท้าบูต อันตรายของโรค ที่อยู่อาศัยของเชื้อโรค การเดินเท้าเปล่า และขนาดของคันทนา รายละเอียดปรากฏในตาราง 3

ตาราง 3 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| รายการ  | เห็นด้วยมากที่สุด | ระดับเจตคติ |      |
|---|-------------------|-------------|------|
|   | จำนวน             | ร้อยละ      |      |
| 1.ผู้ป่วยโรคฉี่หนูต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง       | 3                 | 10.71       | น้อย |
| 2.ผู้ป่วยโรคฉี่หนูเมื่อรักษาหายแล้วต้องพักผ่อนตัวอีกระยะหนึ่ง | 2                 | 7.14        | น้อย |
| 3.เมื่อมีคนป่วยเป็นโรคฉี่หนูครอบครัวจะมีภาวะเพิ่มขึ้น         | 6                 | 21.43       | น้อย |

ตาราง 3 (ต่อ)

| รายการ   | เห็นด้วยมากที่สุด |        | ระดับเจตคติ |
|--|-------------------|--------|-------------|
|  | จำนวน             | ร้อยละ |             |
| 4.โรคฉี่หนูทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงและอ่อนเพลีย                            | 8                 | 28.57  | น้อย        |
| 5.การไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนูย่อมดีกว่า ป่วยแล้วไปรักษา                      | 11                | 39.29  | น้อย        |
| 6.ถ้าเราป่วยเป็นโรคฉี่หนูคนในบ้านมีโอกาสติดโรคจากเราได้                  | 3                 | 10.71  | น้อย        |
| 7.คันทารกจะมีอันตรายจากโรคฉี่หนู   | 1                 | 3.57   | น้อย        |
| 8.เราจะไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนูถ้าเราสวมรองเท้าบูตลงน้ำทุกครั้ง              | 7                 | 25.00  | น้อย        |
| 9.การป่วยเป็นโรคฉี่หนูจะมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต                        | 10                | 35.71  | น้อย        |
| 10.พื้นดินบริเวณนาของเราเชื่อโรคฉี่หนู                                   | 12                | 42.86  | น้อย        |
| 11.การเดินทางลุยน้ำลุยโคลนโดยไม่สวมรองเท้าบูต<br>เสี่ยงป่วยเป็นโรคฉี่หนู | 12                | 42.86  | น้อย        |
| 12.ขนาดของคันทนาทำให้เราเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคฉี่หนู                    | 2                 | 7.14   | น้อย        |

2.2.2 จากการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่า เกษตรกรยังมีเจตคติไม่ถูกต้องเนื่องจาก ไม่รู้ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเพราะใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรี ไม่เชื่อว่ามีเชื้อโรคฉี่หนูในบริเวณที่นา ไม่เชื่อว่าโรคฉี่หนูมีอันตรายถึงชีวิต คิดว่าต้องมีคันทนาใหญ่ๆ เอาไว้กั้นน้ำ ไว้ใช้เดินสะดวกดี

“ใช้บัตร 30 บาทไม่รู้ว่าใช้จ่ายเท่าไร”

“มันไม่มีน้ำเชื้อโรคฉี่หนูนี้ ผมทำนามาตั้งนานไม่เห็นมี”

“คันทนาใหญ่ๆกั้นน้ำได้ดี คันทนาเล็กเดินลำบาก”

สรุปข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและประเด็นการสนทนากลุ่ม สภาพปัญหาที่พบของพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ด้านเจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนู มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้สำรวจมาโดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ให้ความเห็นเห็นว่า เมื่อก่อนแถวนี้ไม่มีโรคฉี่หนู เชื่อว่านาไม่มีเชื้อโรค ถ้าป่วยก็ไปหาหมอ เคี้ยวนี้ก็รักษาฟรีไม่ใช้หรือ

“โรคฉี่หนูเป็นแล้วตายด้วยหรือบ้านเรามีใครตายไหม”

“ใส่ไม่ได้หรือกรองเท้า ดินบ้านเรามันไม่เหมือนดินที่อื่น”

“เชื่อมันอยู่กลางนา แถวคันทนาไม่ค่อยมีหรือ”

2.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู จากการศึกษาพบว่าเกษตรกรมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ดังนี้

2.3.1 ระดับการปฏิบัติน้อยทุกเรื่อง คือ พฤติกรรมการรวบรวมขยะ การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำความสะอาดคันทนา การใช้อุปกรณ์ดักหนู การเบื้อหนู ระยะทางที่วางสโมสรรหนู การรับประทานเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ การกินผัก ผลไม้โดยไม่ทำความสะอาด การเดินเท้าเปล่า ในนา การทำงานเกิน 6 ชั่วโมง การย่ำน้ำเมื่อมีบาดแผล และการปิดพลาสติกเมื่อมีบาดแผลก่อนย่ำน้ำ รายละเอียดปรากฏในตาราง 4

ตาราง 4 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| รายการ  | ปฏิบัติทุกครั้ง |        | ระดับปฏิบัติ |
|---|-----------------|--------|--------------|
|   | จำนวน           | ร้อยละ |              |
| 1.ทำนรวบรวมขยะและเศษอาหารโดยการฝังหรือเผา                                   | 1               | 3.57   | น้อย         |
| 2.ทำนทำความสะอาดบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย                            | 10              | 35.71  | น้อย         |
| 3.ความถี่ในการทำความสะอาดคันทนาโดยถางหญ้าปรับแต่งคันทนาให้มีขนาดเพียง 1 ฟุต | 2               | 7.14   | น้อย         |
| 4.ความถี่ในการใช้กรง กับดักหรือกาวดักหนูบริเวณที่นา                         | 1               | 3.57   | น้อย         |
| 5.การวางยาเบื้อและตรวจสอบยาเบื้อหนูเป็นประจำทุก 3 วัน                       | 1               | 3.57   | น้อย         |
| 6.การวางสโมสรรหนูหรือที่ใส่เหยื่อพิษเป็นระยะ 50 ตารางเมตรต่อจุดทุก 3 วัน    | 1               | 3.57   | น้อย         |
| 7.ทำนไม่รับประทานเนื้อสัตว์เครื่องในสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ                        | 14              | 50.00  | น้อย         |
| 8.การรับประทานผักสดผลไม้จากไร่นาต้องล้างน้ำให้สะอาด                         | 13              | 46.43  | น้อย         |
| 9.ทำนไม่เดินลุยน้ำ ลุยโคลนในนา ด้วยเท้าเปล่า                                | 2               | 7.14   | น้อย         |
| 10.ทำนไม่ทำงานถางหญ้าหาลานนาติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง                         | 1               | 3.57   | น้อย         |
| 11.เมื่อมีบาดแผลที่มือ เท้า จะไม่ย่ำน้ำลุยโคลน                              | -               | -      | น้อย         |
| 12.ถ้ามีแผลที่มือ เท้าแม้ปิดพลาสติกทำนจะไม่ย่ำน้ำ ลุยโคลน                   | -               | -      | น้อย         |

2.3.2 จากการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเกษตรกรมีการปฏิบัติตนยังไม่ถูกต้อง คิดว่าเกษตรกรยังไม่ตระหนักในการปฏิบัติตัว ไม่ให้ความสำคัญ และพูดว่า มันเป็นความไม่เคยชินกับการสวมรองเท้าบู๊ต เดินเท้าเปล่ามาตั้งแต่รุ่นปู่รุ่นทวด ไม่เห็นเป็นอะไร เคยใส่รองเท้ากันหอยบาดเท้าเดินสะดวกดี

“รองเท้ามันเล็ก ใส่ไม่ได้”

“ดินบ้านเรามันเหนียว ใส่รองเท้าแล้วเดินไม่ได้”

“ก็มันเคยเดินเท้าเปล่า มันสะดวกดี”

สรุปสภาพการป้องกันโรคฉี่หนูสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากแบบสอบถาม

3. การสังเกตพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ต.บ้านกล้วย อ.หนองโดน จ.สระบุรี พบว่าเกษตรกรที่เฝ้าสังเกต จำนวน 12 คนมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูแตกต่างกัน รายละเอียดปรากฏในตาราง 5

ตาราง 5 การสังเกตพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| พฤติกรรม                              | ผู้มีพฤติกรรม |        |
|---------------------------------------|---------------|--------|
|                                       | จำนวน         | ร้อยละ |
| 1. สวมรองเท้าบู๊ตทำงาน                | 1             | 8.33   |
| 2. ทำความสะอาดร่างกายเมื่อกลับถึงบ้าน | 2             | 16.67  |
| 3. ไม่เก็บผักจากนามารับประทาน         | 11            | 91.67  |
| 4. ไม่เล่นน้ำคลอง หนอง บึง            | 12            | 100.00 |
| 5. ลงน้ำเมื่อมีบาดแผล                 | 5             | 41.67  |
| 6. ขำทะเลสัตว์โดยไม่สวมถุงมือ         | 4             | 33.33  |
| 7. ไม่กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ          | 11            | 91.67  |
| 8. ทำความสะอาดบริเวณนาเป็นประจำ       | 11            | 91.67  |

สรุปข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และข้อมูลจากการสังเกตสภาพปัญหาที่พบของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยให้ความเห็นว่า ไม่ค่อยให้ความสนใจเรื่องร่างกาย

คิดว่าเป็นผลเล็กน้อยไม่น่าจะเป็นอะไร ทำมาสิบทอดกันมากก็ทำกันมาแบบนี้ หนูโนนา ก็มีเยอะเห็น เขาใช้ไฟช็อค ยาเปือมันรู้แล้วมันไม่กินหรอก บ้านเรานาจัดรูปนะทำนาไม่พร้อมกันทำจัดหนูลำบาก

“วางยาเปือมันก็ไม่ค่อยกิน ต้องช็อคด้วยไฟฟ้า”

“ใช้ยาไล่มันไปที่อื่นแต่กลิ่นมันเหม็นมากเลยนะ”

“ทำนาไม่พร้อมกัน มันย้ายที่กินไปเรื่อย “

### ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมกำป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

จากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า เกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ยังมีพฤติกรรมกำป้องกันโรคฉี่หนู ที่เป็นปัญหา ดังนี้

#### 1. ด้านความรู้ในการกำป้องกันโรคฉี่หนู

1.1 ความรู้เรื่องสัตว์พาหะนำโรค ร้อยละ 21.43

1.2 ความรู้เรื่องช่องทางที่เชื้อโรคถูกขับออกมาจากสัตว์พาหะ ร้อยละ 39.29

1.3 ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูมีโอกาสติดต่อจากคนสู่คนได้ ร้อยละ 25.00

#### 2. ด้านเจตคติ ความเชื่อต่อการกำป้องกันโรคฉี่หนู

2.1 เจตคติเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 10.71

2.2 เจตคติเรื่องระยะพักฟื้นตัวหลังหายป่วย ร้อยละ 7.14

2.3 เจตคติเรื่องการมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.43

2.4 เจตคติเรื่องความแข็งแรงของร่างกายภายหลังป่วย ร้อยละ 28.57

2.5 เจตคติเรื่องการไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนูย่อมดีกว่าป่วยแล้วไปรักษา ร้อยละ 39.29

2.6 เจตคติเรื่องการติดต่อโรคจากคนป่วยในบ้าน ร้อยละ 10.71

2.7 เจตคติเรื่องค่านารกจะมีอันตรายจากโรคฉี่หนู ร้อยละ 3.57

2.8 เจตคติเรื่องการใส่รองเท้าบู๊ตลงน้ำ ร้อยละ 25.00

2.9 เจตคติเรื่องความรุนแรงของโรค ร้อยละ 35.71

2.10 เจตคติเรื่องเชื้อโรคบริเวณนา ร้อยละ 42.86

2.11 เจตคติเรื่องการใส่รองเท้าบู๊ตลุยโคลน ร้อยละ 42.86

2.12 เจตคติเรื่องขนาดความกว้างของคันนา ร้อยละ 7.14

#### 3. ด้านพฤติกรรมกำปฏิบัติตนในการกำป้องกันโรคฉี่หนู

3.1 พฤติกรรมกำรวบรวมขยะและเศษอาหาร ร้อยละ 3.57

3.2 พฤติกรรมกำทำความสะอาดบ้าน ร้อยละ 35.71

- 3.3 พฤติกรรมการทำความสะอาดคันทนา ร้อยละ 7.14
- 3.4 พฤติกรรมการใช้กรง กับคักหรือกาวคักหนู ร้อยละ 3.57
- 3.5 พฤติกรรมการวางยาเบื่อและตรวจสอบยาเบื่อหนูทุก 3 วัน ร้อยละ 3.57
- 3.6 พฤติกรรมการวางสโมสรหนูหรือที่ใส่เหยื่อพิษ ร้อยละ 3.57
- 3.7 พฤติกรรมการไม่รับประทานเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 50.00
- 3.8 พฤติกรรมการรับประทานผักสด ผลไม้ ต้องล้างน้ำ ร้อยละ 46.43
- 3.9 พฤติกรรมการไม่เดินลุยน้ำ ลุยโคลนด้วยเท้าเปล่า ร้อยละ 7.14
- 3.10 พฤติกรรมการไม่ทำงานในนาติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง ร้อยละ 3.57
- 3.11 พฤติกรรมการไม่ย่ำน้ำเมื่อมีบาดแผล ร้อยละ -
- 3.12 พฤติกรรมการไม่ย่ำน้ำเมื่อมีแผลแม้ปิดพลาสติก ร้อยละ -

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี มีความเสี่ยงต่อการป่วยโรคฉี่หนู ดังนั้นเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้สภาพปัญหา ยอมรับปัญหาดังกล่าวว่าเป็นปัญหาของเกษตรกรในพื้นที่โดยตรง ผู้วิจัยจึงนำประเด็นพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูที่ยังไม่ถูกต้องทั้ง 3 ด้าน เข้าสู่กระบวนการกลุ่มเพื่อยืนยันสภาพปัญหา โดยเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนสมาชิก อบต. นักวิชาการสาธารณสุข ประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมจำนวน 14 คน ร่วมประชุมในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2550 โดยแนวทางการสนทนาประกอบด้วย 3 ตอน คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติคนที่ยังไม่ถูกต้อง
2. ปัญหาอุปสรรค ที่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูที่ไม่ถูกต้อง
3. ความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

#### ความต้องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

จากผลการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่มีความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ดังนี้

1. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่าควรให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูแก่เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติมเรื่องพาหะนำโรคฉี่หนูมีหลายชนิด เชื้อโรคถูกขับออกมาพร้อมกับปัสสาวะของสัตว์นำโรค และโรคฉี่หนูสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้

“ก็มันไม่รู้ ถ้ารู้ผมจะได้ระวัง”

“ไม่รู้ก็เลยไม่กลัว หมอมาสอนหน่อยก็ดี”

2. ด้านเจตคติความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่า น่าจะเป็นการให้ความรู้มากกว่าเพราะเชื่อแบบนี้มาคั้งนานแล้ว เพราะความไม่รู้ ถ้าได้รับความรู้แล้ว น่าจะทำให้เปลี่ยนความเชื่อได้บ้าง ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะพักฟื้นตัวหลังหายป่วย ภาวะค่าใช้จ่าย ความแข็งแรงของร่างกายภายหลังป่วย การไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนูย่อมดีกว่า ป่วย การติดต่อโรคจากคนในบ้าน คั้นนารก การใส่รองเท้าบู๊ตลงน้ำ ความรุนแรงของโรค เชื้อโรคบริเวณนา การใส่รองเท้าบู๊ตลุยโคลน ขนาดความกว้างของคันทนา

“ถ้าได้รับความรู้แล้วเราจะได้อป้องกันมันได้ จะได้ระวังตัวถูก”

“ทางหญ้าหัวคันทนาสักหน่อยก็กันโรคได้แล้วใช้ไหมหมอ”

3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม มีความเห็นว่า ต้องให้ความรู้แก่เกษตรกร เรื่องการรวบรวมขยะและเศษอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทำความสะอาดคันทนา การใช้กรง กับดักหรือกาวดักหนู การวางยาเบื่อและตรวจสอบยาเบื่อหนูทุก 3 วัน การวางสโมสรหนูหรือที่ใส่เหยื่อพิษ การรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆ การรับประทานผักสด ผลไม้ โดยไม่ล้างน้ำ การเดินลุยน้ำ ลุยโคลนด้วยเท้าเปล่า การทำงาน ถางหญ้าหาปลาในนาติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง การย่ำน้ำเมื่อมีบาดแผล การปิดพลาสติกเมื่อมีบาดแผลที่มือ เท้า

“ถ้าชาวบ้านมีความรู้เพิ่มขึ้น น่าจะปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง”

“หมอทำคำเตือนไว้ให้อ่านที่บ้านหน่อยก็ดี จะได้ไม่ลืม”

ความต้องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู จากการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ต้องการได้รับความรู้เรื่องโรคฉี่หนูที่ถูกต้อง เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง และต้องการข้อความและผู้คอยกระตุ้นเตือน

สรุปผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร

จากการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรเป้าหมายในครั้งนี้ พบว่าเกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู แตกต่างกัน และต้องมีการพัฒนา รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 6

ตาราง 6 สภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| ด้าน                                     | สภาพปัจจุบัน   | ปัญหาความต้องการการพัฒนา  |
|--|--|---|
| 1.ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู    | มีระดับความรู้น้อย<br>1. เรื่องสัตว์นำโรค<br>2. แหล่งนำโรค<br><br>3. ช่องทางติดต่อ   | ต้องการมีความรู้<br>1. เรื่องชนิดของสัตว์นำโรคต่างๆ<br>2. เรื่องช่องทางที่เชื้อถูกขับออกจากร่างการสัตว์ที่เป็นแหล่งเพาะเชื้อ<br>3. เรื่องช่องทางการติดต่อของเชื้อโรคจากแหล่งแพร่เชื้อเข้าสู่ร่างกายคน |
| 2.เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู | มีระดับเจตคติ ความเชื่อ<br>1.เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา<br>2.เรื่องระยะพักฟื้นตัว<br>3.เรื่องการมีภาระเพิ่มขึ้น<br>4.เรื่องสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง<br>5.เรื่องการไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนู<br>6.เรื่องการติดต่อโรคกับคนในบ้าน<br>7.เรื่องอันตรายจากสภาพคันทนา<br>8.เรื่องการสวมรองเท้าบูต<br>9.เรื่องความรุนแรงของโรค<br>10.เรื่องแหล่งแพร่เชื้อโรคฉี่หนู<br>11.เรื่องการสวมรองเท้าบูต<br>12.เรื่องขนาดคันทนา | ต้องการมีเจตคติ ความเชื่อที่ดี<br>1.ต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องจนเกิดการปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อให้ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติคนที่ถูกต้อง  |
| 3.การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู      | มีระดับการปฏิบัติตนน้อย<br>1.เรื่องการรวบรวมขยะและเศษ  | ต้องมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง<br>1.ต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องจนเกิด  |

ตาราง 6 (ต่อ)

| ด้าน | สภาพปัจจุบัน   | ปัญหาความต้องการ<br>การพัฒนา   |
|------|--|--|
|      | อาหารโดยฝังหรือเผา<br>2.เรื่องการจัดบ้านให้เป็นระเบียบ<br>เรียบร้อย<br>3.เรื่องปรับแต่งคันทนา<br>4.เรื่องการใช้อุปกรณ์คัทหนู<br>5.เรื่องการวางยาเบื่อหนู<br>6.เรื่องการวางสโมสรหนู<br>7.เรื่องการรับประทานเนื้อสัตว์<br>เครื่องในสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ<br>8.เรื่องการทำความสะอาดผักสด<br>ผลไม้ จากไร่ นา<br>9.เรื่องการไม่เดินเท้าเปล่า<br>10.เรื่องระยะเวลาการทำงาน<br>11.เรื่องการไม่ย่ำน้ำเมื่อมีบาดแผล<br>12.เรื่องการไม่ย่ำน้ำเมื่อมีแผลแม้<br>ปิดพลาสติกเกอร์ | การปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ<br>และนำไปสู่การปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรม<br>การปฏิบัติคนที่ถูกต้อง |

## บทที่ 4

### แนวทางและวิธีการพัฒนา และดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนา พฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโคน จังหวัดสระบุรี

การวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรม  
ป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร และการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรม  
ป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรเป็นอย่างไร และดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรม  
ป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร คืออะไร โดยนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)  
ข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการพัฒนาที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้เป็นแนวทาง  
ในการดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. คำถามการวิจัย
2. วัตถุประสงค์การวิจัย
3. วิธีดำเนินการวิจัย
4. ผลการวิจัย
5. แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนู
6. ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ

#### คำถามวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 2 มุ่งแสวงหาคำตอบสำหรับคำถามที่สำคัญ 2 คำถาม คือ

1. แนวทาง และวิธีการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8  
ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโคน จังหวัดสระบุรี เป็นอย่างไร
2. ดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร  
หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโคน จังหวัดสระบุรี คืออะไร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ประการ คือ

1. เพื่อแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของ  
เกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโคน จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนู  
ของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโคน จังหวัดสระบุรี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 2 ( $R_2$ ) เพื่อกำหนดแนวทางและวิธีการในการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโค่น จังหวัดสระบุรี มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

### 1. กรอบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องมาตรการการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกรมควบคุมโรคติดต่อ ดังนี้

- 1.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู
- 1.2 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู
- 1.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู

### 2. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย

2.1 ผู้มีส่วนอย่างสำคัญ ได้แก่ เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉี่หนู ที่เข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ จำนวน 6 ราย

2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน ได้แก่

- |                                |            |
|--------------------------------|------------|
| 2.2.1 ผู้นำชุมชน               | จำนวน 3 คน |
| 2.2.2 อสม.                     | จำนวน 3 คน |
| 2.2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข     | จำนวน 1 คน |
| 2.2.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา | จำนวน 1 คน |

### 3. วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยระยะที่ 2 ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมความคิดเห็นตามประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนด เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนอย่างสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทาง วิธีการพัฒนาและดัชนีชี้วัดความสำเร็จ โดยเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ประเด็นปัญหา และความต้องการที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ 1) พฤติกรรม การป้องกันโรคฉี่หนูที่เป็นปัญหาจากการวิจัยระยะที่ 1 2) ปัญหา อุปสรรคและความต้องการในการพัฒนา 3) แนวทางการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันโรคฉี่หนูมาเป็นประเด็นในการสนทนา การประชุมระดมความคิดเห็น

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การจดบันทึกข้อมูล

### 4. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการตีความข้อมูล

## ผลการวิจัย

แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกร

ในการแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนอย่างสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และระดมความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางและวิธีการพัฒนา โดยการสนทนากลุ่ม รวม 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 18.00 –19.30 น. ณ ศาลาประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 8 เป็นการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาตำบล และ อสม. จำนวน 14 คน เพื่อให้ผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 และร่วมกันแสวงหาแนวทาง วิธีการและกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร

ครั้งที่ 2 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 10.00-11.30 น. ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี โดยสนทนากลุ่มของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันโรคฉี่หนู ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และผู้วิจัย รวม 3 คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของแนวทางวิธีการ และดัชนีชี้วัดความสำเร็จ และเฝ้าแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูไปใช้พัฒนา พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

ครั้งที่ 3 วันที่ 4 มีนาคม 2550 เวลา 09.00-10.30 น. ณ ศาลาประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 8 เพื่อเป็นการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ได้แก่ หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทน รวมทั้งสิ้น 18 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนสำคัญได้รับทราบแนวทาง วิธีการพัฒนาและดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู รับฟังข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นในการพัฒนา

จากการประชุมระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 ครั้ง แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร 3 ประเด็น คือ ประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ประเด็นเจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนู และประเด็นการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู ซึ่งจะขอนำเสนอดังนี้

### 1. แนวทางเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู

ผู้ที่มีส่วนสำคัญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีความเห็นว่าแนวทางการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ได้แก่ ต้องควบคุมตนเอง หาความรู้จากข่าวต่าง ๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ เอกสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว วิทยุ โทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องคอยมาให้ความรู้ มากระตุ้นเตือน ควรมีคู่มือ หรือแผ่นพับ

“ไม่ค่อยได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนน้อย”

“ไม่ค่อยมีการประชาสัมพันธ์เหมือนโรคไข้เลือดออก”

“ให้ อสม. นำข่าวเกี่ยวกับโรคฉี่หนูและนำความรู้มาบอกบ่อยๆ เป็นระยะๆ”

สรุปแนวทางและวิธีการพัฒนาตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การได้รับการเสริมสร้างความรู้ การได้รับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เช่น การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

## 2. แนวทางการปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู

ผู้ที่มีส่วนสำคัญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีความเห็นว่าแนวทางการปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อต่อโรคฉี่หนู ได้แก่ การมีความรู้เรื่องโรคฉี่หนูน้อย ทำให้ไม่กลัวโรคฉี่หนู ไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรค ควรมีคู่มือ แผ่นพับ มีผู้คอยเตือน มีการประชาสัมพันธ์

“ในอดีตไม่เคยมีใครป่วยและเชื่อว่าไม่มีเชื้อโรคอยู่ในนาหรือแหล่งน้ำ”

“ไม่ทราบเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะใช้สิทธิ 30 บาท”

“ให้ อสม. นำข่าวเกี่ยวกับโรคฉี่หนูและนำความรู้มาบอกบ่อยๆ เป็นระยะๆ เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหา”

สรุปแนวทางและวิธีการพัฒนาตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การที่ผู้นำชุมชน อสม. ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ใส่รองเท้าบูตเมื่อต้องย่ำน้ำลุยโคลน สวมถุงมือเมื่อต้องทำงานสัมผัสน้ำหรือทำนา การประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือน ให้มีการจัดกิจกรรมการทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้านอย่างต่อเนื่อง การได้รับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เช่น การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

## 3. แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู

ผู้ที่มีส่วนสำคัญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีความเห็นว่าแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ ต้องควบคุมตนเอง หากความรู้จากข่าวต่างๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ เอกสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว วิทยุ โทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องคอยมาให้ความรู้ มากกระตุ้นเตือน ควรมีคู่มือ หรือแผ่นพับ มีการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว ทำความสะอาดบ้านและพื้นที่เกษตรกรรมพร้อมๆกัน

“เป็นความเคยชินที่ปฏิบัติสืบต่อเนืองมา”

“มีความสะดวกในการเดินลุยเท้าเปล่าในนา”

“ต้องทำให้มีความรู้มาก ๆ ก่อนถึงจะปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง”

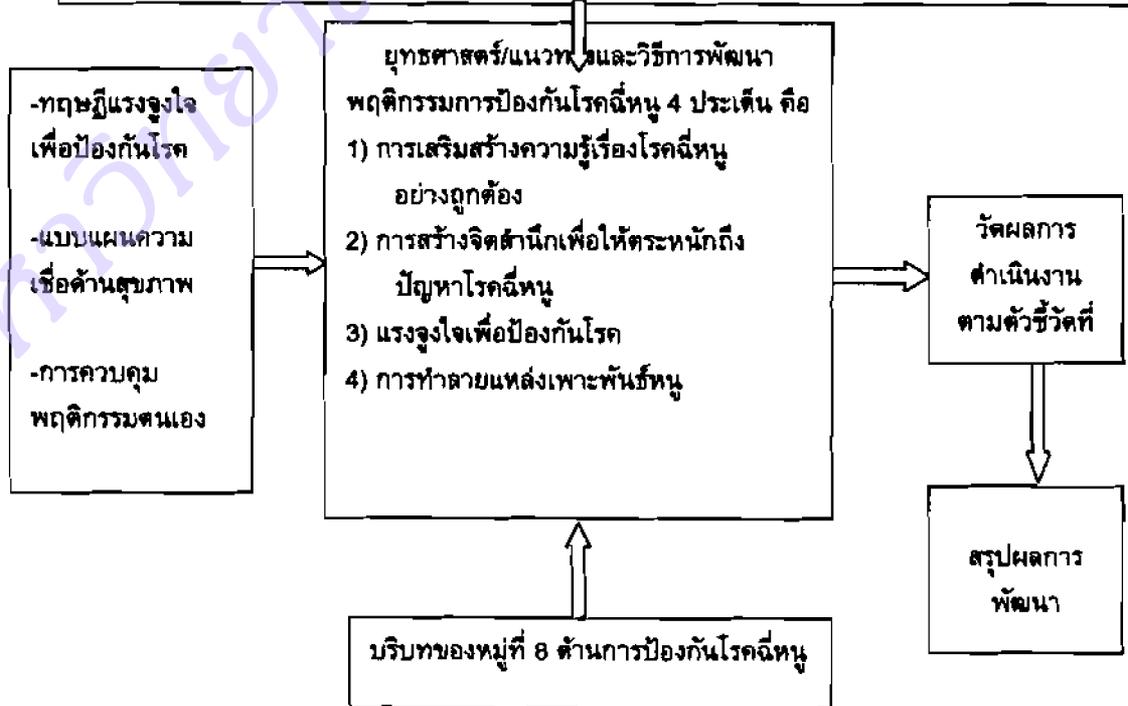
สรุปแนวทางและวิธีการพัฒนาตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ต้องกระตุ้นให้เกิดความกลัวเมื่อเจ็บป่วยหนักต้องได้รับความเจ็บปวด ทรมาน ต้องให้ผู้นำชุมชน อสม. ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ใส่รองเท้าบูตเมื่อต้องย่ำน้ำลุยโคลน สวมถุงมือเมื่อต้องทำงานสัมผัสน้ำหรือทำนา การประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือน ให้มีการจัดกิจกรรมการทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้านอย่างต่อเนื่อง การได้รับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการป้องกันตนเอง

### แผนภาพแสดงขั้นตอนการได้มาซึ่งยุทธศาสตร์การป้องกันโรคฉี่หนู

**ผลการศึกษาจาก R 1**

สภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการพัฒนา

- (1) ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคฉี่หนู จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่
  - ความรู้เรื่อง สัตว์นำโรค ช่องทางเชื้อโรคออกจากสัตว์พาหะ การติดต่อ
- (2) เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู จำนวน 12 ประเด็น ได้แก่
  - เจตคติความเชื่อเรื่อง ค่าใช้จ่าย ระยะพักตัว การมีภาวะเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกาย การไม่ป่วยดีกว่าป่วย การติดต่อ คันนารก การใส่รองเท้าบูตลงน้ำ ความรุนแรงของโรค เชื้อโรคบริเวณนา การใส่รองเท้าบูตลุยโคลน ขนาดความกว้างของคันนา
- (3) การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู จำนวน 12 ข้อ ได้แก่
  - การปฏิบัติตนเรื่อง การรวบรวมขยะ การทำความสะอาดคันนา การวางกับดักหนู การวางยาเบื่อหนู การวางสโมสรรหนู การไม่รับประทานเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ การรับประทานผัก ผลไม้ โดยไม่ล้างน้ำ การไม่เดินลุยน้ำด้วยเท้าเปล่า การไม่ทำงานในนาเกิน 6 ชั่วโมง การไม่ย่ำน้ำเมื่อมีบาดแผล การไม่ย่ำน้ำเมื่อมีบาดแผลแม้ปิดพลาสติก



ภาพ 8 ขั้นตอนการได้มาซึ่งยุทธศาสตร์การป้องกันโรคฉี่หนู

สรุปแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมและดัชนีชี้วัดการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย คือ ยุทธศาสตร์การเสริมพลังสร้างสุขนิสัยไกลโรคฉี่หนู ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 มีรายละเอียดปรากฏในตาราง 7

ตาราง 7 การเสริมพลังสร้างสุขนิสัยไกลโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8

| ประเด็นยุทธศาสตร์                                   | กิจกรรมที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์  | ดัชนีชี้วัด                                  | เกณฑ์  |
|---|---|--|--|
| 1. การเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคฉี่หนูอย่างถูกต้อง  | 1. การถ่ายทอดความรู้โดย อสม. ร่วมกับการสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ แผ่นพับ เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ของกรมควบคุมโรค เอกสารเตือนความจำ แจกให้ประชาชนทุกครอบครัว<br>2. การให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการบรรยายโดยผู้เชี่ยวชาญ   | ร้อยละของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู | ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 |
| 2. การสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาโรคฉี่หนู | 1. ผู้นำชุมชน อสม. ทำตัวอย่างที่ดี ใส่รองเท้าบูตเมื่อย่ำน้ำ ลุยโคลน สวมถุงมือเมื่อต้องทำงานสัมผัสน้ำหรือทำหนู<br>2. การประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือนการจัดกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่อง การทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้าน<br>3. การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงอันตรายหรือความรุนแรงของการเกิดโรค<br>4. การควบคุมพฤติกรรมตนเอง ได้แก่ การเตือนความจำ การนำสู่พฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมตนเอง | ร้อยละของเจตคติความเชื่อต่อโรคฉี่หนู         | ระดับเจตคติต่อโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50                  |

ตาราง 7 (ต่อ)

| ประเด็น<br>ยุทธศาสตร์         | กิจกรรมที่สอดคล้อง<br>กับประเด็นยุทธศาสตร์  | ดัชนีชี้วัด                                | เกณฑ์  |
|-------------------------------|---|--|--|
|                               | 5. เจตคติความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การชักชวน การเปรียบเทียบกลุ่ม การโฆษณาประชาสัมพันธ์   |  |  |
|                               | 6. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาส เสี่ยงโดยใช้ โสภิตศนูปรกรณ์ การใช้อิทธิพลกลุ่ม   |  |  |
|                               | 7. การกระตุ้นให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถและแสดงความสามารถนั้น เมื่อทำแล้วได้ผลตามที่คาดหวังก็จะลองปฏิบัติตามและปฏิบัติต่อเนื่องจนเกิดเจตคติความเชื่อใหม่            |  |  |
| 3. แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค    | 1. การกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยแจ้งข้อมูลข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยใช้กระบวนการทางปัญญามาคิดแก้ปัญหาสิ่งคุกคามนั้น เพื่อลดความรุนแรง ความเสี่ยงจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง | ร้อยละของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู | ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 |
| 4. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์หนู | 1. จัดบริเวณบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบเดือนละ 1 ครั้ง<br>2. ทำคันทนาให้มีขนาด 30 ซม. ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์<br>3. กำจัดหนูโดยใช้ไฟหรือด่างขาวตั้งท้อง                              | ร้อยละของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู | ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 |

ผู้วิจัยได้นำผลผลิตของการวิจัยระยะที่ 2 คือ แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูและตัวชี้วัดความสำเร็จ ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

## บทที่ 5

### การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยระยะที่ 3 (D) ซึ่งมีความสำคัญมากในการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ขอนำเสนอ เป็น 6 ตอนได้แก่

1. คำถามการวิจัย
2. วัตถุประสงค์การวิจัย
3. วิธีดำเนินการวิจัย
4. ผลการวิจัย

4.1 การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

4.2 ผลการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

#### คำถามการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 3 มีคำถามการวิจัยคือจะพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรีได้อย่างไร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพรวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร และประเมินผลการพัฒนาตามแนวทาง และวิธีการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร ที่ได้มาจากการวิจัยระยะที่ 2 รายละเอียด การดำเนินการวิจัยและพัฒนา มีดังนี้

##### 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการวิจัยระยะที่ 2 ได้แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของ เกษตรกรและผ่านกระบวนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้

ในแนวทางปฏิบัติ และเมื่อนำไปปฏิบัติจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรได้ดังต่อไปนี้

### 1.1 แนวทางหรือวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

1.1.1 การเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคฉี่หนูอย่างถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่และ อสม.อย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม

1.1.2 การสร้างจิตสำนึกของเกษตรกร ผู้นำชุมชน อสม.เป็นตัวอย่างที่ดี มีการประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือน การทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย พื้นที่เกษตรกรรมการปฏิบัติตน สิ่งกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพการควบคุมพฤติกรรมตนเอง เจตคติความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค การกระตุ้นให้รู้ว่าคุณเองมีความสามารถ

1.1.3 การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกัน

1.1.4 การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์หนู

1.2 ดัชนีวัดความสำเร็จการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ได้แก่ คะแนนรายชื่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรในแต่ละด้านที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นร้อยละ 50

1.2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูมีคะแนนรายชื่อที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 50

1.2.2 เจตคติความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูมีคะแนนรายชื่อที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 50

1.2.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูมีคะแนนรายชื่อที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 50

### 2. ประชากร

2.1 ผู้มีส่วนอย่างสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรได้แก่ เกษตรกรที่ประกอบอาชีพ ทำนา จับสัตว์น้ำ รับจ้างที่เกี่ยวข้องกับการทำนา และเลี้ยงสัตว์ จำนวน 28 คน

2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรได้แก่

2.2.1 ผู้นำหมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลับ จำนวน 7 คน

2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน

2.2.3 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบ้านกลับ จำนวน 3 คน

### 3. วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา

ในการวิจัยระยะนี้ มีวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาหลายวิธีประกอบกัน โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 มาปรับใช้ ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 สำหรับเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของประชากรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไค่น จังหวัดสระบุรี

3.2 แบบสังเกตพฤติกรรม เพื่อใช้สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร

3.3 การประชุมกลุ่มเพื่อเสนอผลการวิจัยจากระยะที่ 2 ให้ผู้มีส่วนอย่างสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาได้รับทราบ

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจากการวิจัยระยะที่ 1 ในการเก็บข้อมูล โดยประชุมชี้แจงผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวกับข้อคำถามในเครื่องมือ ในวันที่ 27 พฤษภาคม 2550

4.2 ผู้ร่วมวิจัยนำแบบสอบถาม กระจายให้กลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างวันที่ 27 พฤษภาคม 2550 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2550

4.3 ผู้วิจัยและคณะออกเก็บรวบรวมข้อมูล ตามเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเดียวกับกลุ่มที่เคยสอบถามในการวิจัยระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2550 ถึง วันที่ 5 มิถุนายน 2550

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

5.1 ผู้วิจัยและคณะตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูล

5.2 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของประชากรที่ศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง

5.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูก่อนและ หลังการพัฒนา วิเคราะห์โดยใช้การเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนากับเกณฑ์ในตัวชี้วัดผลสำเร็จ

#### วิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางและวิธีการพัฒนาจากการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อบต. อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีรายละเอียดของกระบวนการพัฒนา 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

##### 1. ขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนการพัฒนา

เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปตามแนวทางและวิธีการพัฒนาที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนการพัฒนาดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมด้านคน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง เพื่อรับทราบวัตถุประสงค์ของการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ในช่วงวันที่ 5 – 10 มีนาคม 2550

1.2 เตรียมความพร้อมด้านสื่อวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับโรคฉี่หนู คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส คู่มือ อบท. ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในช่วงวันที่ 5 – 10 มีนาคม 2550

1.3 เตรียมความพร้อมด้านความรู้ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู เจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนู การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในวันที่ 18 มีนาคม 2550

1.4 เตรียมความพร้อมด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานควบคุมโรคที่ 2 องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกล้วย สถานีอนามัยตำบลบ้านกล้วย เพื่อขอรับการสนับสนุน ในระหว่างวันที่ 1 – 10 มีนาคม 2550

## 2. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยและคณะได้ดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย แบบมีส่วนร่วมดังต่อไปนี้

### 2.1 การเสริมสร้างความรู้ ในเรื่องโรคฉี่หนู

2.1.1 เกษตรกรต้องทราความรู้เรื่องโรคฉี่หนูจากข่าวต่างๆทางหนังสือพิมพ์ เอกสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว วิทยุ โทรทัศน์

2.1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความรู้กับเกษตรกรในเขตรับผิดชอบร่วมกับการสำรวจจุดน้ำขุ่นลาย เพื่อความสะดวกเนื่องจากอยู่ใกล้และสามารถจัดเวลาให้เหมาะสมกับกิจกรรม โดยใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ คู่มือ อสม.เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส แผ่นพับ เอกสารเตือนความจำ

2.1.3 การให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู โดยบรรยายพร้อมใช้สื่ออุปกรณ์ช่วยสอน ได้แก่ คอมพิวเตอร์พร้อมเครื่องฉายภาพ การถาม-ตอบปัญหา ร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก โดยอธิบายถึงความรุนแรงของโรค พร้อมยกตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคตินำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

### 2.2 การสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหา

2.2.1 การสร้างจิตสำนึกเพื่อตระหนักถึงปัญหาโรคฉี่หนู โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาตำบล อสม.เป็นตัวอย่างที่ดีในการสวมรองเท้าบู๊ต เมื่อต้องย่ำน้ำ ลุยโคลน สวมถุงมือ ขณะทำงานที่ต้องสัมผัสผืนน้ำ หรือเมื่อขำแหละหนู

2.2.2 การประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือน โดยใช้เครื่องขยายเสียงบ้านผู้ใหญ่บ้านช่วยในการกระตุ้นให้ทำความสะอาดบ้านและพื้นที่ทำการเกษตรอย่างต่อเนื่อง

2.3 การปฏิบัติตน สิ่งกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกัน

2.3.1 การกระตุ้นเตือนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าปฏิบัติงานในหมู่บ้านเป็นปกติอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ในระหว่างวันที่ 11 มีนาคม 2550 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2550

2.3.2 การให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการเกิดโรคฉี่หนูโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แจ่งสถานการณโรคให้ อสม.นำไปประชาสัมพันธ์แก่เกษตรกรทราบ ในระหว่างวันที่ 11 มีนาคม 2550 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2550

2.3.3 การขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานควบคุมโรคที่ 2 ในระหว่างวันที่ 11 มีนาคม 2550 ถึง 30 พฤษภาคม 2550

#### 2.4 การจัดกิจกรรมกำจัดหนู

2.4.1 กำจัดหนูพร้อมกันโดยใช้ไฟช็อต กับดักหนูและการไล่ตีหนูระหว่างรถเกี่ยวข้าวกำลังเกี่ยวข้าวในระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม ถึง 30 พฤษภาคม 2550

#### 3. ชั้นประเมินหลังการพัฒนา

ผู้วิจัยและคณะได้ทำการประเมินผลการพัฒนา ดังนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูในระหว่างวันที่ 1 – 5 มิถุนายน 2550

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูก่อนและหลังได้รับการพัฒนา

#### ผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร

หลังจากผู้วิจัยได้นำแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 มาดำเนินการ เป็นระยะเวลา 73 วัน ได้เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหลังการพัฒนา จำนวน 28 คน ผลการพัฒนาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของประชากรเป้าหมายในแต่ละด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา

จากการวิจัยระยะที่ 3 พบสภาพพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ของประชากรเป้าหมายหลังการพัฒนาเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา รายละเอียดดัง ตาราง 8

ตาราง 8 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| ข้อความ                                       | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา |
|---|--------------|--------------|
|   | ร้อยละ       | ร้อยละ       |
| 1.โรคฉี่หนูมีวัว ควาย สุนัข แมวเป็นสัตว์นำโรค | 21.43        | 85.71        |
| 2.เชื้อโรคฉี่หนูถูกขับออกมาพร้อมฉี่หนู        | 39.29        | 96.43        |
| 3.โรคฉี่หนูมีโอกาสติดต่อกับคนสูดคนได้         | 25.00        | 53.57        |

จากตาราง 8 พบว่าเกษตรกรที่ศึกษาหลังจากได้รับการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรครด้นหนู มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นทุกข้อ

ตาราง 9 เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรครด้นหนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| ข้อความ  | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา |
|--|--------------|--------------|
|  | ร้อยละ       | ร้อยละ       |
| 1.ผู้ป่วยโรครด้นหนูต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง                   | 10.71        | 50.00        |
| 2.ผู้ป่วยโรครด้นหนูเมื่อรักษาหายแล้วต้องพักฟื้นตัวระยะหนึ่ง                | 7.14         | 42.86        |
| 3.เมื่อมีคนป่วยเป็นโรครด้นหนูครอบครัวจะมีภาระเพิ่มขึ้น                     | 21.43        | 50.00        |
| 4.โรครด้นหนูทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง และอ่อนเพลีย                            | 28.57        | 67.86        |
| 5.การไม่ป่วยเป็นโรครด้นหนูย่อมดีกว่าป่วยแล้วไปรักษา                        | 39.29        | 78.57        |
| 6.ถ้าเราป่วยเป็นโรครด้นหนูคนในบ้านมีโอกาสติดโรคจากเรา                      | 10.71        | 46.43        |
| 7.ถ้าคันทารกจะมีอันตรายจากโรครด้นหนู                                       | 3.57         | 60.71        |
| 8.เราจะไม่ป่วยเป็นโรครด้นหนูถ้าสวมรองเท้าบูตลงน้ำทุกครั้ง                  | 25.00        | 64.29        |
| 9.การป่วยเป็นโรครด้นหนูจะมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้                      | 35.71        | 71.43        |
| 10.พื้นดินบริเวณนาของเราเชื่อโรครด้นหนู                                    | 42.86        | 57.14        |
| 11.การเดินทางลุยน้ำ ลุยโคลนโดยไม่สวมรองเท้าบูต<br>เสี่ยงป่วยเป็นโรครด้นหนู | 42.86        | 71.43        |
| 12.ขนาดของคันทารกทำให้เราเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรครด้นหนู                    | 7.14         | 39.29        |

จากตาราง 9 พบว่าเกษตรกรที่ศึกษาหลังจากได้รับการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรครด้นหนู มีระดับเจตคติต่อการป้องกันโรครด้นหนูเพิ่มขึ้นทุกข้อ

ตาราง 10 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรครด้นหนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8

| ข้อความ   | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา |
|---|--------------|--------------|
|   | ร้อยละ       | ร้อยละ       |
| 1.ทำนรวบรวมขยะและเศษอาหารเป็นประจำ  | 3.57         | 17.86        |
| 2.ทำนทำความสะอาดบ้านเป็นประจำเรียบร้อย  | 35.71        | 39.29        |
| 3.ความถี่ในการทำความสะอาดคันทารกโดยทางหญ้าปรับแต่งคันทารกให้มีขนาดเพียง 1 ฟุต | 7.14         | 21.43        |

ตาราง 10 (ต่อ)

| ข้อความ  | ก่อนการพัฒนา<br>ร้อยละ | หลังการพัฒนา<br>ร้อยละ |
|--|------------------------|------------------------|
| 4.ความถี่ในการใช้กรง กับคักหรือกาวบริเวณที่นา                                | 3.57                   | 7.14                   |
| 5.การวางยาเบื่อและตรวจสอบยาเบื่อหนูเป็นประจำทุก 3 วัน                        | 3.57                   | 3.57                   |
| 6.การวางสโมสหรหนูหรือที่ใส่เหยื่อพิษเป็นระยะ 50 ตารางเมตร<br>ต่อจุดทุก 3 วัน | 3.57                   | 7.14                   |
| 7.ท่านไม่รับประทานเนื้อสัตว์เครื่องในสัตว์สุก ๆ ติบ ๆ                        | 50.00                  | 75.00                  |
| 8.การรับประทานผักสด ผลไม้ จากไร่นาต้องล้างน้ำให้สะอาด                        | 46.43                  | 57.14                  |
| 9.ท่านไม่เดินลุยน้ำ ลุยโคลนในนาด้วยเท้าเปล่า                                 | 7.14                   | 10.71                  |
| 10.ท่านไม่ทำงาน ทางหญ้าหาลาในนาติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง                       | 3.57                   | 10.71                  |
| 11.เมื่อมีบาดแผลที่มือ เท้า จะไม่ย่ำน้ำลุยโคลน                               | -                      | 21.43                  |
| 12.ถ้ามีแผลที่มือ เท้าแม้อปิดพลาสติกที่ท่านจะไม่ย่ำน้ำลุยโคลน                | -                      | 25.00                  |

จากตาราง 10 พบว่าเกษตรกรที่ศึกษาหลังจากได้รับการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู มีระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นทุกข้อ ยกเว้นข้อ 5 เท่ากับระยะที่ 1

#### การนำไปใช้ประโยชน์

จากยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 และนำมาพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ทั้ง 3 ด้าน ในการวิจัยระยะที่ 3 ซึ่งผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรม การป้องกันโรคฉี่หนูทั้งสามด้าน คีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน จึงคิดว่าการให้ความรู้เรื่องโรค อย่างถูกต้อง การสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหา การปฏิบัติตนเพื่อสิ่งกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ เป็นยุทธศาสตร์ที่ดี และสามารถปรับใช้หรือถ่ายโอนยุทธศาสตร์ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายใหม่ เช่น กลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง นอกจากนี้ยังสามารถนำยุทธศาสตร์ไปปรับใช้ในพื้นที่เสี่ยงต่อ การเกิดโรคใกล้เคียงได้

## บทที่ 6

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ครั้งนี้ ขอนำเสนอการสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะเป็น 3 ตอน ดังนี้

1. สรุปการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร โดยพัฒนาการมีส่วนร่วมของเกษตรกรเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อมั่นว่า ผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูทุกฝ่ายมีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูได้ ถ้าได้รับการเสริมศักยภาพได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) เริ่มตั้งแต่ศึกษาสภาพปัจจุบันความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู นำไปสู่การร่วมกันแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนา การกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู โดยเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เป็นกรอบการวิจัย ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู 2) เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู และ 3) การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู โดยใช้กระบวนการสร้างโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาได้มีโอกาสทำกิจกรรมและเรียนรู้การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ

1. ผู้มีส่วนอย่างสำคัญ ได้แก่ เกษตรกรทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ที่มีพฤติกรรมกรรมการประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับเกษตรกรกรรม เช่น ทำนา จับสัตว์น้ำ รั้งจ้างที่เกี่ยวข้องกับการปลูกข้าวเลี้ยงสัตว์ จำนวน 28 คน

2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล บ้านกล้วย อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 17 คน

วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู แบบสังเกตพฤติกรรม แนวทางสนทนากลุ่ม (focus group discussion) วิธีการสร้างและตรวจสอบ

คุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามสภาพการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้างและเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน โดยนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำตอบรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (IOC : Index of Item – Objective Congruence) เป็นรายข้อ การหาความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น .802 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องตรงประเด็นของข้อคำถามทุกข้อคำถาม การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณด้วยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตีความและการวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### 1. การวิจัยระยะที่ 1

##### 1.1 สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการพัฒนา

1.1.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูมากกว่าเกณฑ์ จำนวน 8 ข้อ และน้อยกว่าเกณฑ์ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนา จำนวน 3 ข้อ ได้แก่

- 1) โรคฉี่หนูมีวัฏ ความ สุนัข แมวเป็นสัตว์นำโรค
- 2) เชื้อโรคฉี่หนูถูกขับออกมาพร้อมฉี่หนู
- 3) โรคฉี่หนูมีโอกาสติดต่อจากคนสู่คนได้

1.1.2 ด้านเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเกษตรกรมีเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนาทุกข้อ

1.1.3 ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเกษตรกรมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนาทุกข้อ

##### 1.2 ปัญหาและความต้องการการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

###### 1.2.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู

1) ปัญหา คือ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูน้อยกว่าเกณฑ์และควรได้รับการพัฒนาจำนวน 3 ข้อ ได้แก่

- 1.1) ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูมีวัฏ ความ สุนัข แมวเป็นสัตว์นำโรค
- 1.2) ความรู้เรื่องเชื้อโรคฉี่หนูถูกขับออกมาพร้อมฉี่หนู
- 1.3) ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูมีโอกาสติดต่อจากคนสู่คนได้

2) ความต้องการการพัฒนา คือ ต้องการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูจำนวน 3 ข้อ ได้แก่

- 2.1) ชนิดของสัตว์นำโรคต่าง ๆ
- 2.2) ช่องทางที่เชื้อถูกขับออกจากร่างกาย
- 2.3) ช่องทางการติดต่อของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายคน

### 1.2.2 ด้านเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู

1) ปัญหา คือ มีเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูน้อยกว่าเกณฑ์และควรได้รับการพัฒนา จำนวน 12 ข้อ ได้แก่

- 1.1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- 1.2) ระยะพักฟื้นตัวหลังหายป่วย
- 1.3) การมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น
- 1.4) โรคฉี่หนูทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงอ่อนเพลีย
- 1.5) การไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนูย่อมดีกว่าป่วยแล้วต้องป่วยแล้วไปรักษา
- 1.6) ถ้าป่วยเป็นโรคฉี่หนูคนในบ้านอาจติดโรคได้
- 1.7) คันทารกจะมีอันตรายจากโรคฉี่หนู
- 1.8) การใส่รองเท้าบูตลงน้ำสามารถกันโรคฉี่หนูได้
- 1.9) ความรุนแรงของโรคอาจทำให้เสียชีวิต
- 1.10) มีเชื้อโรคฉี่หนูบริเวณที่นา
- 1.11) การใส่รองเท้าบูตลุยโคลนกันโรคฉี่หนูได้
- 1.12) ขนาดความกว้างของคันนาทำให้มีโอกาสเสี่ยงป่วยเป็นโรคฉี่หนู

2) ความต้องการการพัฒนา คือ ต้องการมีเจตคติ ความเชื่อที่ดีต่อโรคฉี่หนู โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องจนเกิดการปรับเปลี่ยนเจตคติให้ถูกต้อง นำสู่พฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง

### 1.2.3 ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู

1) ปัญหา คือ มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูน้อยกว่าเกณฑ์และควรได้รับการพัฒนา จำนวน 12 ข้อ ได้แก่

- 1.1) การรวบรวมขยะและเศษอาหาร
- 1.2) การทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้าน
- 1.3) การทำความสะอาดปรับแต่งคันนา
- 1.4) ความถี่ในการใช้กรง กับคักหนูหรือกาวดักหนู
- 1.5) การวางยาเบื่อและตรวจสอบยาเบื่อหนูทุก 3 วัน
- 1.6) การวางสโมสรรหนูหรือที่ใส่เหยื่อพิษ
- 1.7) การไม่รับประทานเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆ
- 1.8) การรับประทานผักสด ผลไม้ ต้องล้างน้ำให้สะอาด
- 1.9) การไม่เดินลุยน้ำ ลุยโคลนด้วยเท้าเปล่า
- 1.10) การไม่ทำงาน ถางหญ้าหาปลาในนาติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง
- 1.11) การไม่ย่ำน้ำเมื่อมีบาดแผลที่ มือ เท้า
- 1.12) การไม่ย่ำน้ำเมื่อมีแผลที่มือ เท้าแม้ปิดพลาสติกแล้ว

2) ความต้องการการพัฒนา คือ ต้องการการปฏิบัติคนที่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องจนเกิดการปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อที่ถูกต้องไปสู่การปฏิบัติคนที่ถูกต้อง

## 2. ผลการวิจัยระยะที่ 2

2.1 การแสวงหาแนวทางและวิธีการการพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ ในการพัฒนา ผลการแสวงหาแนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร จากการวิจัยระยะที่ 1 ได้ยุทธศาสตร์คือ “ยุทธศาสตร์การเสริมพลังสร้างสุขนิสัยไกลโรคฉี่หนู”

2.1.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความรู้และด้านเจตคติของบุคคล ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ทงหนดาวร ทั้งเชิงรุกแบบตัวต่อตัว แบบรายกลุ่ม และการบรรยายในห้องประชุม ร่วมกับการเตือนความจำ การจัดกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู

- 1) การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคฉี่หนู
- 2) การสร้างจิตสำนึกเพื่อตระหนักถึงปัญหาโรคฉี่หนู
- 3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
- 4) การกำจัดหนูในบริเวณบ้านและพื้นที่เกษตรกรรม

## 2.2 ตัวชี้วัดความสำเร็จการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร

ตาราง 11 ยุทธศาสตร์การเสริมพลังสร้างสุขนิสัยไกลโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8

| ประเด็นยุทธศาสตร์                                 | กิจกรรมที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์  | ดัชนีชี้วัด   | เกณฑ์  |                                       |
|---|---|---|--|---------------------------------------|
| 1.การเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคฉี่หนูอย่างถูกต้อง | 1.การถ่ายทอดความรู้โดย อสม. ร่วมกับการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ แผ่นพับ เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ของกรมควบคุมโรค เอกสารเตือนความจำ แจกให้ประชาชนทุกครอบครัว | ร้อยละของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู   | ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 50 |                                       |
| 2.การสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนัก                 | 2.การให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการบรรยายโดยผู้เชี่ยวชาญ   | 1.ผู้นำชุมชน อสม.ทำตัวอย่างที่ดี ใส่รองเท้าบูตเมื่อขำน้ำ ลุยโคลน สวมถุงมือเมื่อต้องสัมผัสน้ำหรือทำหนุ | ร้อยละของเจตคติ ความเชื่อต่อโรคฉี่หนู                            | ระดับเจตคติ ต่อโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นเป็น |

ตาราง 11 (ต่อ)

| ประเด็นยุทธศาสตร์                 | กิจกรรมที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์  | ดัชนีชี้วัด                                | เกณฑ์  |
|-----------------------------------|---|--|--|
| ถึงปัญหาโรคฉี่หนู                 | 2.การประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือนจัดกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่อง<br>การทำความสะอาดบ้านและบริเวณ<br>3.การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงอันตรายหรือความรุนแรงของการเกิดโรค<br>4.การควบคุมพฤติกรรมตนเอง ได้แก่ การเตือนความจำ การนำสู่พฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมตนเอง<br>5.เจตคติความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การชักชวน การเปรียบเทียบกลุ่ม การโฆษณาประชาสัมพันธ์<br>6.แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยใช้ไสตท์สนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลกลุ่ม<br>7.การกระตุ้นให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถและแสดงความสามารถนั้น เมื่อทำแล้วได้ผลตามที่คาดหวังก็จะลองปฏิบัติตามและปฏิบัติต่อเนื่องจนเกิดเจตคติความเชื่อใหม่ |  | ร้อยละ 50  |
| 3.การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค | 1.การกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยแจ้งข้อมูลข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยใช้กระบวนการทางปัญญา มาคิดแก้ปัญหาสิ่งคุกคามนั้น เพื่อลดความรุนแรง ความเสี่ยงจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง   | ร้อยละของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู | ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 |
| 4.การกำจัดหนูในบริเวณบ้าน         | 1.จัดบริเวณบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบเดือนละ 1 ครั้ง   | ร้อยละของการปฏิบัติตนในการ                 | ระดับการปฏิบัติตนใน  |

ตาราง 11 (ต่อ)

| ประเด็นยุทธศาสตร์   | กิจกรรมที่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์   | ดัชนีชี้วัด      | เกณฑ์                                     |
|---------------------|--|------------------|---|
| และพื้นที่เกษตรกรรม | 2. ทำคันทนาให้มีขนาด 30 ซม. ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธ์<br>3. กำจัดหนูโดยใช้ไฟช็อตช่วงข้าวตั้งท้อง | ป้องกันโรคฉี่หนู | การป้องกันโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 |

### 3. ผลการวิจัยระยะที่ 3

#### 3.1 การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ผลการวิจัยมีดังนี้

##### 3.1.1 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคฉี่หนู

1) การส่งเสริมให้เกษตรกรหาความรู้เรื่องโรคฉี่หนูจากชาวต่าง ๆ ทางหนังสือพิมพ์ เอกสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว วิทยุ โทรทัศน์ เป็นประจำทุกวัน

2) การสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความรู้กับเกษตรกรในเขตรับผิดชอบร่วมกับการสำรวจลูกน้ำยุงลาย เพื่อความสะดวกเนื่องจากอยู่ใกล้และสามารถจัดเวลาให้เหมาะสมกับภารกิจ โดยใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ คู่มือ อสม. เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส แผ่นพับ เอกสารเตือนความจำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3) การให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนู โดยบรรยายพร้อมใช้สื่ออุปกรณ์ช่วยสอน ได้แก่ คอมพิวเตอร์พร้อมเครื่องฉายภาพ การถาม-ตอบปัญหา ร่วมกับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก โดยอธิบายถึงความรุนแรงของโรค พร้อมยกตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคตินำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง 1 ครั้ง จำนวน 32 คน

##### 3.1.2 การสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหา

1) การสร้างจิตสำนึกเพื่อตระหนักถึงปัญหาโรคฉี่หนู โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาตำบล อสม. เป็นตัวอย่างที่ดีในการสวมรองเท้าบู๊ต เมื่อต้องย่ำน้ำลุยโคลน สวมถุงมือขณะทำงานที่ต้องสัมผัสน้ำ หรือเมื่อขานหละหนู โดยปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง

2) การประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือน โดยใช้เครื่องขยายเสียงบ้านผู้ใหญ่บ้านช่วยในการกระตุ้นให้ทำความสะอาดบ้านและพื้นที่ทำการเกษตรอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3) การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตน สิ่งกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถตนเองในการป้องกันโรค แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกัน โดยบุคคลจะปฏิบัติเมื่อรู้ว่าการปฏิบัติสามารถหลีกเลี่ยงภาวะสุขภาพที่ไม่ดีได้ รู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และเชื่อว่าสามารถปฏิบัติได้ ให้กับ อสม. จำนวน 2 ครั้ง

### 3.1.3 การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

1) การกระตุ้นเตือนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าปฏิบัติงานในหมู่บ้านเป็นปกติอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ในช่วงวันที่ 11 มีนาคม 2550 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2550

2) การให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการเกิดโรคฉี่หนูโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แจ่งสถานการณโรคให้ อสม.นำไปประชาสัมพันธ์แก่เกษตรกรทราบ ในช่วง 11 มีนาคม 2550 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2550

3) การขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานควบคุมโรคที่ 2 ในช่วงวันที่ 11 มีนาคม 2550 ถึง 30 พฤษภาคม 2550

### 3.1.4 การกำจัดหนูในบริเวณบ้านและพื้นที่เกษตรกรรม

1) จัดบริเวณบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบเดือนละ 1 ครั้ง

2) ทำคันทนาให้สะอาดไม่มีหญ้าขึ้นรกและมีขนาดเพียง 30 ซม.

3) จัดกิจกรรมกำจัดหนูพร้อมกันในระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม 2550 ถึง 30 พฤษภาคม 2550

3.2 ผลการดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร สรุปเป็น 3 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ของเกษตรกรที่ศึกษาหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.2.2 ด้านเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรที่ศึกษาหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.2.3 ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรที่ศึกษาหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนดเพียง 2 ข้อ ดังนี้

1) ความถี่ในการรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆ ร้อยละ 75

2) การรับประทานผักสด ผลไม้ จากไร่นาโดยไม่ล้างน้ำ ร้อยละ 57.1

### อภิปรายผล

#### 1. สภาพพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรที่ศึกษา

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับกลวิธีและผลการปฏิบัติงานป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยงของเขต 6 ซึ่งได้แก่ การใช้กลยุทธ์ทางด้านระบาควิทยา และการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยใช้ อสม และแกนนำชุมชน การใช้กลยุทธ์ด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก โดยผ่านสื่อต่างๆ ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว และแผ่นพับ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม การใช้มาตรการทางสังคม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การ

พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข การสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ การนิเทศ ติดตามและประเมินผล และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรค (นิรมล เมืองโสม, 2545, หน้า 99) และสอดคล้องกับมาตรการป้องกันควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิส ของสำนักงานโครงการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ การจัดบ้านเรือนให้สะอาด เพื่อลดการแพร่พันธุ์หนู การกำจัดและทำลายแหล่งแพร่พันธุ์หนู การสวมรองเท้าบูตเมื่อต้องย่างบนพื้นที่ชื้นแฉะ (ประวิทย์ ชุมเกษียร, 2548, หน้า 63)

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ทราบสภาพพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ที่ศึกษาและพบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูที่เป็นปัญหาและควรได้รับการพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูรายข้อที่มีความรู้น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูมีวัว ควาย สุนัข แมวเป็นสัตว์นำโรค ความรู้เรื่องเชื้อโรคฉี่หนูถูกขับออกมาพร้อมฉี่หนู ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูมีโอกาสติดต่อจากคนสู่คนได้ สาเหตุเพราะเกษตรกรยังไม่ให้ความสำคัญ ยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ขาดความรู้ ขาดความเข้าใจ โดยบอกว่าโรคนี้เป็นกับคนอีสานบ้านเราไม่เคยมี เมื่อรับทราบข่าวว่ามีผู้ป่วยในตำบลข้างเคียงก็จะไม่เชื่อ เมื่อสอบถามความรู้ จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูที่เป็นความรู้ทั่วไปของโรค แต่ในความรู้ที่เป็นรายละเอียดเล็กๆ นั้นจะไม่ค่อยทราบ และไม่ค่อยให้ความสำคัญ บอกว่าให้สอน อสม.เดี่ยว อสม.ก็มาบอกเอง โดยเกษตรกรส่วนใหญ่ เห็นว่าเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเป็นหน้าที่ของ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อบต. ซึ่งเป็นตัวแทนของข้าราชการในอำเภอ ประชาชนในหมู่บ้านจะให้ความเคารพและเชื่อถือเสมอ ดังนั้นถ้าราชการจะให้ทำอะไรก็ให้บอกผู้นำหมู่บ้านเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา วรวิพันธ์สกุลและนิตยา โชตินอก (2541, บทคัดย่อ) ได้สำรวจพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอหนองบุญนาค จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ให้ความสำคัญกับหนูมากกว่าสุนัข แมว โค กระบือ

สำหรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ด้านเจตคติ ความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูมีเจตคติ ความเชื่อน้อยทุกข้อ ได้แก่ เจตคติเรื่องผู้ป่วยโรคฉี่หนูต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เจตคติเรื่องผู้ป่วยโรคฉี่หนูเมื่อรักษาหายแล้วต้องพักฟื้นตัวระยะหนึ่ง เจตคติเรื่องเมื่อมีคนป่วยเป็นโรคฉี่หนูครอบครัวจะมีภาระเพิ่มขึ้น เจตคติเรื่องโรคฉี่หนูทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง และอ่อนเพลีย เจตคติเรื่องการไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนูย่อมดีกว่าป่วยแล้วไปรักษา เจตคติเรื่องถ้าเราป่วยเป็นโรคฉี่หนูคนในบ้านมีโอกาสติดโรคจากเรา เจตคติเรื่องค่านารกก็ไม่มียันตรายจากโรคฉี่หนู เจตคติเรื่องเราจะไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนู ถ้าเราสวมรองเท้าบูตลงน้ำทุกครั้ง เจตคติเรื่องการป่วยเป็นโรคฉี่หนูจะมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ เจตคติเรื่องพื้นดินบริเวณนาของเราไม่มีเชื้อโรคฉี่หนูอยู่ เจตคติเรื่องการเดินลุยน้ำ ลุยโคลนโดยไม่สวมรองเท้าบูตเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคฉี่หนู เจตคติเรื่องขนาดของค่านาทำให้เราเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคฉี่หนู สาเหตุเพราะ เกษตรกรมีความเชื่อที่ไม่มีเชื้อโรคฉี่หนูในบริเวณที่นาของตน เนื่องจากประกอบอาชีพทำนาสืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ค่าดอกเบี้ยยธนาคารเกษตรและสหกรณ์ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ประกอบกับเป็นพื้นที่เขตจัดรูปที่ดิน ยังไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคฉี่หนู หรือถึงป่วยเป็นโรคฉี่หนูก็ไม่กลัวเพราะว่าไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ประกอบกับการทำนาในปัจจุบันต้องแข่งขันกับเพื่อนบ้าน และ

แข่งขันกับหนี้สิน โดยกล่าวว่าไม่ทำก็ได้เพราะเสียค่าเช่ามาแล้วต้องทำให้คุ้มค่าเช่า ทั้งค้ำปุย ค่ายา ค่าหอโมน จึงมีโอกาสดำเนินการหลายครั้ง อีกทั้งประกอบอาชีพอื่นไม่เป็นจึงต้องทำมาค่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา วชิรพันธ์สกุลและนิตยา โชตินอก (2541, บทคัดย่อ) ได้สำรวจพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอหนองบุนนาค จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการฆ่าและหนูว่าไม่ทำให้ติดโรคเลปโตสไปโรซิส รวมทั้งเห็นว่าหนูตามบ้านเรือนไม่สามารถทำให้เกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ เหมือนมี (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงออกไปทำนาเวลา 06.01-09.00 น. มากกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำ

สำหรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคฉี่หนู มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยทุกข้อ ได้แก่ การปฏิบัติเรื่องรวบรวมขยะและเศษอาหารเป็นประจำ การปฏิบัติเรื่องทำความสะอาดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย การปฏิบัติเรื่องความถี่ในการทำความสะอาดคันทนาโดยถางหญ้าปรับแต่งคันทนาให้มีขนาดเพียง 1 ฟุต การปฏิบัติเรื่องความถี่ในการใช้กรง กับดักหรือกาวดักหนูบริเวณที่นา การปฏิบัติเรื่องการวางยาเบื่อและตรวจสอบยาเบื่อหนูเป็นประจำทุก 3 วัน การปฏิบัติเรื่องการวางสโมสรหนูหรือที่ใส่เหยื่อพิษเป็นระยะ 50 เมตรต่อจุดทุก 3 วัน การปฏิบัติเรื่องความถี่ในการรับประทานเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ การปฏิบัติเรื่องการรับประทานผักสด ผลไม้ จากไร่ นา โดยไม่ล้างให้สะอาด การปฏิบัติเรื่องการเดินทางลุยโคลนในนาด้วยเท้าเปล่า การปฏิบัติเรื่องการทำงานถางหญ้าหาลาในนาติดต่อกันนานเกิน 6 ชั่วโมง การปฏิบัติเรื่องเมื่อมีบาดแผลที่มือ เท้า จะไม่ย่ำน้ำลุยโคลน การปฏิบัติเรื่องเมื่อมีบาดแผลที่มือเท้าจะปิดพลาสติกก่อนย่ำน้ำ สาเหตุเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุระหว่าง 61-72 ปี จึงไม่ให้ความสำคัญกับการใส่รองเท้าบู๊ต โดยมักกล่าวว่า “ไม่ถนัด ใส่แล้วหลุด หรือ กล่าวว่าขนาดรองเท้ามันเล็กไป จึงไม่นิยมใส่” บ้างกล่าวว่ารองเท้ายางมันแข็งแล้วยังมีราคาแพง ใส่ได้ไม่กี่ครั้งก็ขาด ไม่คุ้มค่า และเสียขายเงิน และจะซื้อรองเท้ากันหอยเชอรี่ราคามาใส่มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วราลักษณ์ ดังคณะกุล (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า ปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคได้แก่ การเดินย่ำน้ำ การไถนา การเดินใส่ปุ๋ยและการถอนกล้าในที่เปียก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย ศิวาวรรณ (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มชาวนาที่สำคัญ คือการไม่สวมรองเท้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติมนาน์ เศษไตรศักดิ์ (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดชัยนาท พบว่า การสัมผัสน้ำและดินที่ชื้นแฉะจากการทำนาที่อยู่ในน้ำโดยไม่สวมรองเท้า เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส สอดคล้องกับการศึกษาของ อ่ำพล ชนะชัย (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า พฤติกรรมที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้แก่ การไม่สวมรองเท้าบู๊ต

ในระยะทำนา สอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ เหมือนมี (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ อำเภอ ปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงออกไปทำนาเวลา 06.01-09.00 น. มากกว่า พื้นที่เสี่ยงต่ำ สภาพทางเดินไปนาไม่แตกต่างกันมาก แต่คนพื้นที่เสี่ยงสูงจะเดินผ่านคันนา และผ่าน แปลงนามีน้ำขังมากกว่าตามรางกายมีบาดแผลมากกว่า ส่วนระยะเวลาสัมผัสพื้นที่เสี่ยงและการสวม รองเท้าก็มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่จะใส่กางเกงขายาวเสื้อแขนยาว และสอดคล้องกับ การศึกษาของวิชานกร คำหล้า (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรค เลปโตสไปโรซิส ในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่สวมรองเท้า และถุงมือป้องกันบาดแผลขณะทำกิจกรรมในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม

## 2. ปัญหา และความต้องการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

จากการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนูและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู มี ปัญหาในการปฏิบัติเหมือนกัน คือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมากกว่าประโยชน์ของการ ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับว่าการที่บุคคล จะยอมรับสิ่งใดที่จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็น ข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคนั้น จะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ ประโยชน์ที่จะได้รับ(กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 24)

สำหรับความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนูและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู คือ ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่ ความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และการกระตุ้นเตือน การเอาใจใส่ จากเพื่อนบ้านหรือกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อ ว่ามีความเอาใจใส่ มีความรัก มีความหวังดีในตนเองอย่างจริงใจ ซึ่งบุคคลดังกล่าว เช่น สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อ พฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำ (สมทรง รักเผ่า, และสรศักดิ์ วัฒนศิริ, 2540, หน้า 44 – 46)

นอกจากนี้ความต้องการพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ยังต้องการสิ่งเตือนใจให้ ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อ การป้องกันโรค มีปัจจัยร่วมช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติ เช่น สิ่งชักนำให้เกิด การปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อากาศไม่สบาย หรือสิ่งภายนอก เช่น การรณรงค์ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องเตือนความจำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 26)

สำหรับความต้องการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร เช่น การทำความเข้าใจ สถานะที่สาธารณะเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์หนู การกำจัดหนูในพื้นที่เกษตรกรรม

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรและดัชนีชี้วัด  
ยุทธศาสตร์การเสริมพลังสร้างสุขนิสัยไกลโรคฉี่หนูของเกษตรกรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้  
ได้แก่

3.1 การเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อติดตาม กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และปฏิบัติตัวในการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างความรู้โดยการให้สุศึกษาเรื่องโรคฉี่หนู โดยผู้เชี่ยวชาญเรื่อง  
โรคฉี่หนู จากงานควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 2 อำเภอ พระพุทธ  
บาท จังหวัดสระบุรี โดยการบรรยายประกอบภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคฉี่หนู  
เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

3.2 การเสริมสร้างจิตสำนึก โดยใช้ป้ายข้อความเตือน เอกสาร อสม.และบุคคลในครอบครัว  
คอยกระตุ้นเตือน ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎี  
แรงสนับสนุนทางสังคม และให้ผู้นำหมู่บ้าน อสม.เป็นตัวอย่างที่ดีในการสวมรองเท้าบู๊ต เมื่อต้องย่ำน้ำ ลุย  
โคลน สวมถุงมือขณะทำงานที่ต้องสัมผัสน้ำ หรือเมื่อขานหละหลุ

3.3 การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยแจ้งข้อมูลข่าวสารที่คุกคาม  
ต่อสุขภาพโดยใช้กระบวนการทางปัญญามาคิดแก้ปัญหาสิ่งคุกคามนั้นๆ เพื่อลดความรุนแรง ความเสี่ยง  
จากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3.4 การกำจัดหนูในบริเวณบ้านและพื้นที่เกษตรกรรม โดยรณรงค์ให้ทำความสะอาดบ้านให้  
เป็นระเบียบทำความสะอาดคันนาไม่ให้มีหญ้าขึ้นรก คันนามีขนาดเพียง 30 ซม. และร่วมกันกำจัดหนู

#### 4. ผลการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรที่ศึกษา

ผลการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรที่ศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่  
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู 3 ด้าน คือ

4.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู ของเกษตรกรที่ศึกษาหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น  
ทุกข้อตามดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่กำหนด

4.2 ด้านเจตคติความเชื่อต่อการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรที่ศึกษาหลังการพัฒนา  
เพิ่มขึ้นทุกข้อตามดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่กำหนด

4.3 ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฉี่หนู ของเกษตรกรที่ศึกษาหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น  
ทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของโสภณ หอมกรุ่น (2548, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรม  
พัฒนาการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนหมู่ที่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอโมนรมย์ จังหวัดชัยนาท  
พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อและด้านลดการปนเปื้อน  
เชื้อของประชากรเป้าหมายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา แต่เพิ่มถึงตามดัชนีชี้วัดที่กำหนด  
เพียง 2 ข้อ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากช่วงระยะเวลาในการพัฒนาที่เป็นข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นจึง  
ควรมีการดำเนินการวิจัยต่อเนื่องอีกระยะหนึ่ง และควรประเมินผลซ้ำเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

### 1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 สถานีอนามัยบ้านกล้วย ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน ควรนำยุทธศาสตร์ การเสริมพลังสร้างสุขนิสัยปฏิบัติได้ไกลฉี่หนู การเสริมความรู้โดยการให้สุศึกษาที่ถูกต้อง การสร้างจิตสำนึกของเกษตรกร และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

1.2 สถานีอนามัยบ้านกล้วย ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน ควรนำยุทธศาสตร์ การเสริมพลังสร้างสุขนิสัยปฏิบัติได้ไกลฉี่หนู การเสริมความรู้โดยการให้สุศึกษาที่ถูกต้อง การสร้างจิตสำนึกของเกษตรกร และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยและวรรณกรรมที่ได้ทบทวน ไปใช้เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ต่อไป

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 สถานีอนามัยบ้านกล้วย ควรนำผลการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูในครั้ง นี้ ไปปรับใช้กับเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉี่หนู ในพื้นที่อื่น

2.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองโดน ควรนำผลการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูในครั้ง นี้ ไปใช้เป็นแนวทางหรือมาตรการ กำหนดนโยบายและวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่

2.3 นักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองโดน ควรนำยุทธศาสตร์ การพัฒนาครั้งนี้ ไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่ออื่นๆ

2.4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองโดน ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูโดยใช้ทฤษฎีอื่นหรือวิธีการอื่นๆที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการพัฒนากรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### 3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองโดน ควรมีการวิจัยติดตามเชิงประเมินผลการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู โดยใช้รูปแบบการประเมิน เช่น CIPP model (C : Context, บริบท, I : Input, ปัจจัยเข้า, P : Process, กระบวนการ, P : Product, ผลผลิต) ในระยะยาวต่อไป

## บรรณานุกรม

- กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์, และคนอื่น ๆ. (2542). คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กัลยา วชิรพันธ์สกุล, นิตยา โชตินอก. (2541). สสำรวจพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอหนองบุญนาก จังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา.
- ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล, และคนอื่น ๆ. (2548). คู่มือวิชาการ โรคเลปโตสไปโรซิส (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2545). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: กรมการ พัฒนาชุมชน
- ควบคุมโรคติดต่อ, กรม. (2544). คู่มือโรคเลปโตสไปโรซิส สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- จักรพงษ์ วิริยะวงศ์. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอหนองบุญนาก จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา.
- จินตนา ชูเกียรติศิริ. (2547, มกราคม-มีนาคม). โรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ตุลาคม 2545-พฤษภาคม 2547. วารสารควบคุมโรค, 30(1), 65-71.
- เฉลิมชาติ แจ่มจรรยา, สมล ศรีสุขวัฒนา, และสมชาย ตู่แก้ว. (ม.ป.ป.). รวมพระราชบัญญัติ ที่เกี่ยวกับ การสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติ บุคคล สหประชาพาณิชย์.
- เฉลิมศรี ยศขแสสนย์. (2548). การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- ชัยชนะ สุวรรณเวช, (2544, มีนาคม). การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในชุมชน. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุข เขต 2.

- ชุตินันท์ เชนะศักดิ์. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัด ชัยนาท. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.
- ณัฐพร ประกอบ. (2547). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัด ลพบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- คาริกา กิ่งเนตร. (2548). ธรรมชาติของโรคเลปโตสไปโรซิส. ใน กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือ วิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 7-23). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- นิภา จรุงธรรม, และคนอื่น ๆ. (2532). โรคเขตร้อน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- นิรมล เมืองโสม. (2545). เอกสารประกอบคำบรรยายหัวข้อ “กลวิธีและผลการปฏิบัติงาน ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยงของเขต 6”. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 6 จังหวัดขอนแก่น, (อัดสำเนา).
- แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส. (2545). สระบุรี : สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี สำนักงาน.
- บัณฑิต ถิ่นคำรบ, และคนอื่น ๆ. (2544). แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิส ระดับสถานีนอมา้ย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- บ้านกล้วย, สถานีนอมา้ย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี. (2549) รายงานระบาศึกษา. สระบุรี, (อัดสำเนา).
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ์. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- บุญธรรม สุนทรเกียรติ, และจำลอง หะวินสุต. (2508). เชื้อเลปโตสไปราที่พบในประเทศไทยโดย แยกจากผู้ป่วยและสัตว์ที่เป็นพาหะของโรค. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย. (อ้างถึงใน) ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล, และคนอื่น ๆ. (2544). คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส. (พิมพ์ ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญมา จำปาเทศ, นิวัฒน์ พินิชกชกร, อุสา จิตยุดิ, จิตรา หามนตรี, และสุมาลี เจริญผล. (2543). ความเชื่อและความคิดเห็นของคนในครอบครัวที่มีต่อการดูแลสุขภาพผู้เฒ่าที่บ้าน จังหวัดสระบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี.

- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2527). **คำบรรยายในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องพฤติกรรมกรรมการกินของคนไทย.** สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัครา).
- เบญจจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์, บุญผา ศิริรัศมิ, และวาทีณี บุญชะลักษ์. (2536). **การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม.** โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ. (2528). **พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และคนอื่นๆ. (2540). **ประสิทธิผลของโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในสถาบันครอบครัว โดยวิธีการสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสตรีและการมีส่วนร่วมของชุมชน.** กรุงเทพฯ. ม.ป.ท.
- ประวิทย์ ชุมเกษียร, และสงคราม เหลืองทองคำ. (2542). **รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2542** กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี, สำนักงาน. (2544). **มาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคอุจจาระร่วง โรคเลปโตสไปโรซิสและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2.** ม.ป.ท.
- ปัญญา สังข์ทิพย์. (ม.ป.ป.). **ศึกษาวัฒนธรรมไทยพวนที่ส่งผลต่อการจัดการศึกษาวิชาชีพการศึกษานอกโรงเรียน : ศึกษากรณีชาวบ้านไทยพวน อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี.** ศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียนอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี : กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ.
- ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาส, และคนอื่นๆ. (2540). **ข้อมูลเบื้องต้นรายงานการระบาดที่อุตรธานี.** อ้างถึงใน ประวิทย์ ชุมเกษียร, (2541). **โรคเลปโตสไปโรซิส.** [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: พงศธร พอกเพิ่มดี. (2539). **รายงานการสอบสวนโรค Leptospirosis อำเภอหนองบุญมาก และอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2539.** (อัครา).
- พรทิพย์ ไศท่าโรง. (2541). **การส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พวงทอง บุญทรง, และเสริมศักดิ์ หงษ์นาค. (2548). ธรรมชาติของโรคเลปโตสไปโรซิส. ใน **กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 77-95).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- พิชญา ลบล้ำเลิศ, โศภาพรรณ วิมลรัตน์, กัลยา วชิรพันธ์สกุล, รัตนา ชีระวัฒน์, และอรนาถ วัฒนวงศ์. (2544, เมษายน). **คู่มือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออกจำกัด.
- ยง ภูววรรณ, วินัย วุฒติวิโรจน์, ดาริกา กิ่งเนตร, จุฬารัตน์ ถาวรนนท์, และกุลฤดี วงศ์โมโนวิสุทธิ, (2544). **โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ. ในการสัมมนาวิชาการโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ วันที่ 3-5 เมษายน 2544 (หน้า 203-209).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ระบาควิทยา, กอง กระทรวงสาธารณสุข. (2544) **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2544.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- รัชนิกร คำหล้า. (2544). **พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในเขตภาคเหนือตอนบน. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์.**
- รัตนา ชีระวัฒน์, นิสิตา สิริสุขการ, (2548, มกราคม-มีนาคม). การศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส, **วารสารควบคุมโรค, 31(1), 74-82.**
- วนิดา วิระกุล. (2545). **การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.**
- วารลักษณ์ ดั่งคณะกุล. (2541). **ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.**
- \_\_\_\_\_. (2548). อาการและอาการแสดงของโรคเลปโตสไปโรซิส. ใน **กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 24-32).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- วัฒนา สุนทรชัน. (2547). **เรียนสถิติด้วย SPSS ภาควิเคราะห์เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อสอบ. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.**

- ศรีสมร กมลเพชร. (2543). การพัฒนารูปแบบป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา.
- ศุภรัตน์ จงเจริญการชัย, และคนอื่น ๆ. (2540). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย เบาหวานโรงพยาบาลนครปฐม. ม.ป.ท.
- เศรณีย์ จุฬาเสรีกุล, และคนอื่น ๆ. (2544). คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- สมทรง รัชนีเฝ้า, และสรงกฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2540, มกราคม). กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สาธารณสุข, กระทรวง. กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, สำนักงาน. (2549). รายงานระบาควิทยา. สระบุรี, (อัดสำเนา).
- สาธารณสุขอำเภอหนองโดน, สำนักงาน. จังหวัดสระบุรี. (2549). รายงานระบาควิทยา. สระบุรี, (อัดสำเนา).
- สิทธิธัญ ประพุกชนิตินสาร. (2545). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : แนวคิดและแนวปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. สุขศึกษา, กอง กระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- สุจิตรา นิมมานนิตย์, อุษา ทิสยากร, และ จุรี นิสานนท์. (2527, กุมภาพันธ์). โรคเลปโตสไปโรซิสในเด็ก. วารสารกรมการแพทย์, 9(2), 69-78.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, กรรณิการ์ สุขเกษม. (2547, มกราคม). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : หจก.สามลดา.
- สุชาติ อรุณเมือง. (2548). การสร้างพลังองค์กรชุมชนเพื่อการควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชนร่วมใจพัฒนาเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

- สุทธนันท์ สุทธชนะ, อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล, (2548, กรกฎาคม 1). สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 25 วันที่ 19-25 มิถุนายน 2548. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์, 36(25), 426.
- สุรัชย์ คิลาวรรณ. (2542). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดบุรีรัมย์. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา.
- สุรศักดิ์ ธรรมเป็นจิตต์. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภณ หอมกรุ่น. (2548, สิงหาคม 22). การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน หมู่ที่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- เสาวพัทธ์กร อินจ้อย. (2548, มิถุนายน 10). เติบโตพร้อมรับมือโรคที่เป็นปัญหาในฤดูฝน โดยเฉพาะโรคเลปโตสไปโรซิส. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์, 36(22), 369-370.
- เสาวลักษณ์ ชันทอง. (2544). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างพลังในคนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนเขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวภา พงษ์วิพงษ์, และคนอื่นๆ. (2544). ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในประชากรกลุ่มเสี่ยง [ออนไลน์]. (10, 2), 253-261. เข้าถึงได้จาก: <http://pubnet.moph.go.th/techjrn/readabstract.phd?abstractid=639&filename> [2548, กันยายน 14]
- อนันต์ เหมือนมี. (2543). เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา.

- อรนาถ วัฒนวงษ์, และคนอื่น ๆ. (2544). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสสู่การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา.
- อุดม พหลยูทธ. (2549, กันยายน 14). การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้ฉี่หนูของตำบลบ้านกล้วย. สัมภาษณ์.
- อำพล ชนะชัย. (2543). พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา.
- Becker, Marshall H, and Maiman, Lois A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation" *Medical Care* Vol.13 No.1 January 1975: p. 12

มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี

ภาคผนวก

แบบสอบถามสภาพการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8  
ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ถามเกษตรกร ต.บ้านกล้วย อ.หนองโดน จ.สระบุรี เรื่อง สภาพการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ต.บ้านกล้วย อ.หนองโดน จ.สระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสภาพความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติ ความเชื่อต่อโรคฉี่หนู พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้ตอบแบบสอบถามตามสภาพความเป็นจริง เพื่อจะได้นำข้อมูลที่เป็นจริงไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 สอบถาม ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติ ความเชื่อต่อโรคฉี่หนู พฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู

แบบสอบถามชุดที่.....

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลสถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี (นับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)
3. อาชีพ  ทำนา  รับจ้างทำนา  เลี้ยงสัตว์  จับสัตว์น้ำ
4. การศึกษา ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  อื่น ๆ (ระบุ).....
5. รายได้รวมตลอดทั้งปี.....บาท
6. ข่าวสารโรคฉี่หนูรับรู้จาก  คนในครอบครัว  เพื่อนบ้าน  ผู้นำหมู่บ้าน  
 อสม.  สมาชิก อบต.  หมออนามัย  วิทยุ  โทรทัศน์  หนังสือพิมพ์  
 หอกระจายข่าว  อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 สภาพความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนู เจตคติ ความเชื่อต่อโรคฉี่หนู พฤติกรรม การป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกร ค.บ้านกลับ อ.หนองโดน จ.สระบุรี

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบให้ตรงกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฉี่หนูของตัวเอง ให้มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  ที่ตรงกับคำตอบที่ต้องการ

1. โรคฉี่หนูเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนชนิดหนึ่ง  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
2. โรคฉี่หนูมีวัว ควาย สุนัข แมวเป็นสัตว์นำโรค  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
3. เชื้อโรคฉี่หนูถูกขับออกมาพร้อมฉี่หนู  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
4. โรคฉี่หนูมีอาการปวดศีรษะ ไข้หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
5. คนป่วยเป็นโรคฉี่หนูมีโอกาสเสียชีวิตเพราะหัวใจล้มเหลว ตับวายและไตวาย  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
6. โรคฉี่หนูติดต่อได้จากการสัมผัสเยี่ยวหนู  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
7. เชื้อโรคฉี่หนูเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผล ทางผิวหนังที่แช่น้ำนานๆ ทางตา ทางจมูก ทางปาก  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
8. โรคฉี่หนูมีโอกาสติดต่อจากคนสู่คนได้  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
9. โรคฉี่หนูสามารถรักษาหายได้ง่ายถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์เร็ว และไม่เกิดอาการแทรกซ้อน  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
10. โรคฉี่หนูสามารถป้องกันได้ ถ้ารู้จักป้องกันตนเองโดยสวมรองเท้าบูตก่อนย่ำน้ำ ลุยโคลน  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ
11. ภายหลังเลิกจากงาน เช่น ทำนา หาบปลาหรือทำงานอื่นๆ ในนาทุกครั้งควรอาบน้ำฟอกสบู่ เพื่อทำความสะอาดร่างกายสามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคฉี่หนูได้  
 ใช่     ไม่ใช่     ไม่แน่ใจ

**คำชี้แจง** ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบให้ตรงกับเจตคติ ความเชื่อต่อโรคนีหุของตัวเองให้มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงใน  ที่ตรงกับคำตอบที่ต้องการ

1. คนที่ป่วยเป็นโรคนีหุต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เห็นด้วยระดับใด

เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

2. คนที่ป่วยเป็นโรคนีหุหลังจากรักษาหายแล้ว ยังต้องหยุดงานเพื่อพักฟื้นต่อ ทำให้เสียเวลาประกอบอาชีพอีกเป็นเวลานาน เห็นด้วยระดับใด

เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. ถ้าหากมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคนีหุ จะทำให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้น เห็นด้วยระดับใด

เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

4. ถ้าป่วยเป็นโรคนีหุ จะทำให้ร่างกายอ่อนแอไม่แข็งแรง และอ่อนเพลียเป็นเวลานานหลังจากหายป่วย เห็นด้วยระดับใด

เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

5. การที่เราไม่ป่วยเป็นโรคนีหุ ย่อมจะดีกว่าป่วยเป็นโรคนีหุแล้วต้องไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล เห็นด้วยระดับใด

เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

6. ถ้าหากเราป่วยเป็นโรคนีหุ คนในบ้านย่อมมีโอกาสติดโรคจากเราได้ เห็นด้วยระดับใด

เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

7. ถึงแม้ว่าคันทานจะมีภูษาขึ้นรกปกคลุมอยู่ทั่วไป ก็ไม่มีอันตรายจากโรคฉี่หนู เห็นด้วยระดับใด

- เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

8. เราจะมีความรู้สึกมั่นใจว่าจะไม่ป่วยเป็นโรคฉี่หนู ถ้าเราสวมรองเท้าบูตก่อนลงน้ำทุกครั้ง เห็นด้วยระดับใด

- เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

9. เราเชื่อว่าถ้าตัวเราป่วยเป็นโรคฉี่หนู น่าจะมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ เห็นด้วยระดับใด

- เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

10. เราเชื่อว่าพื้นดินบริเวณนาของเราไม่มีเชื้อโรคฉี่หนู เห็นด้วยระดับใด

- เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

11. เราเชื่อว่าการเดินลุยน้ำในนา ลุยโคลน โดยไม่ใส่รองเท้าบูตเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคฉี่หนู

- เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

12. เราเชื่อว่าขนาดความกว้าง หรือความลึก ใหญ่ของคันนา ทำให้เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคฉี่หนูเพิ่มขึ้น

- เห็นด้วยมากที่สุด       เห็นด้วยมาก       เห็นด้วยปานกลาง  
 เห็นด้วยน้อย       เห็นด้วยน้อยที่สุด

**คำชี้แจง** ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบให้ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฉี่หนู ของตัวเองให้มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  ที่ตรงกับคำตอบที่ต้องการ

1. ท่านเก็บรวบรวมขยะและเศษอาหารโดยการฝังหรือเผาเป็นประจำ มากน้อยเพียงใด

- ทำทุกวัน                       ทำวันเว้นวัน                       ทำสัปดาห์ละครั้ง  
 ทำ 2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์                       ไม่เคยทำ

2. ท่านทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย มากน้อยเพียงใด

- ทำทุกวัน                       ทำวันเว้นวัน                       ทำสัปดาห์ละครั้ง  
 ทำ 2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์                       ไม่เคยทำ

3. ท่านทำความสะอาดคันทนาโดยทางหญ้าปรับแต่งคันทนาให้มีขนาดเพียง 1 ฟุต บ่อยครั้งเพียงใด

- ทำทุกครั้ง                       ทำบ่อยครั้ง                       ทำบางครั้ง  
 ทำนานๆครั้ง                       ไม่เคยทำ

4. ท่านใช้กรงดักหนู กับดักหนู หรือกาวดักหนูบริเวณที่นา บ่อยครั้งเพียงใด

- ทำทุกครั้ง                       ทำบ่อยครั้ง                       ทำบางครั้ง  
 ทำนานๆครั้ง                       ไม่เคยทำ

5. ท่านวางยาเบื่อและตรวจสอบยาเบื่อหนูเป็นประจำทุก 3 วัน บ่อยครั้งเพียงใด

- ทำทุกครั้ง                       ทำบ่อยครั้ง                       ทำบางครั้ง  
 ทำนานๆครั้ง                       ไม่เคยทำ

6. ท่านวางสโมสรรหนูหรือที่ใส่เหยื่อพิษเป็นระยะ 50 ตารางเมตรต่อจุดทุก 3 วัน บ่อยครั้งเพียงใด

- ทำทุกครั้ง                       ทำบ่อยครั้ง                       ทำบางครั้ง  
 ทำนานๆครั้ง                       ไม่เคยทำ

7. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ สุกๆดิบๆ บ่อยครั้งเพียงใด

- |                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำทุกครั้ง  | <input type="checkbox"/> ทำบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> ทำบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ทำนานๆครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เคยทำ    |                                     |

8. ท่านรับประทานผักสด ผลไม้ ที่เก็บจากไร่ นาโดยไม่ล้างน้ำให้สะอาด บ่อยครั้งเพียงใด

- |                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำทุกครั้ง  | <input type="checkbox"/> ทำบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> ทำบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ทำนานๆครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เคยทำ    |                                     |

9. ท่านเดินลุยน้ำ ลุยโคลนในนาด้วยเท้าเปล่า บ่อยครั้งเพียงใด

- |                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำทุกครั้ง  | <input type="checkbox"/> ทำบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> ทำบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ทำนานๆครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เคยทำ    |                                     |

10. ท่านทำงาน เช่น ถางหญ้า หาบปลา ทำนาเป็นเวลาติดต่อกันนานเกิน 6 ชั่วโมง บ่อยครั้งเพียงใด

- |                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำทุกครั้ง  | <input type="checkbox"/> ทำบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> ทำบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ทำนานๆครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เคยทำ    |                                     |

11. ถ้าท่านมีบาดแผลโดยเฉพาะที่มือ เท้า ท่านจะไม่ย่ำน้ำ ลุยโคลน บ่อยครั้งเพียงใด

- |                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำทุกครั้ง  | <input type="checkbox"/> ทำบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> ทำบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ทำนานๆครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เคยทำ    |                                     |

12. ถ้าท่านมีบาดแผลโดยเฉพาะที่มือ เท้าท่านจะปิดพลาสติกก่อนย่ำน้ำ ลุยโคลน บ่อยครั้งเพียงใด

- |                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำทุกครั้ง  | <input type="checkbox"/> ทำบ่อยครั้ง | <input type="checkbox"/> ทำบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ทำนานๆครั้ง | <input type="checkbox"/> ไม่เคยทำ    |                                     |

แบบสังเกตพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนูของเกษตรกร หมู่ที่ 8  
ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

ชื่อเกษตรกร.....วันที่สังเกตข้อมูล.....

รายการที่สังเกต

1. พฤติกรรมการสวมรองเท้าบูตเมื่อทำงานในนา  
 สวมรองเท้าแตะ  สวมรองเท้ากันหอน  สวมรองเท้าบูต  ไม่สวมรองเท้า
2. พฤติกรรมการทำความสะอาดร่างกายเมื่อเสร็จการทำงานในนา  
 ใช้น้ำในคู คลอง ล้าง  อาบน้ำเมื่อกลับถึงบ้านทันที
3. พฤติกรรมการเก็บผักจากนามารับประทาน  
 เก็บ  ไม่เก็บ
4. พฤติกรรมการเล่นน้ำคลอง หนอง บึง  
 เล่น  ไม่เล่น
5. พฤติกรรมการปฏิบัติเมื่อมีบาดแผล  
 ปิดพลาสติก  ไม่ปิดพลาสติก  ปิดพลาสติกแล้วสวมรองเท้าบูต  
 ไม่มีแผล
6. พฤติกรรมการฆ่าหละสัตว์  
 ไม่ฆ่าหละสัตว์  ฆ่าหละสัตว์โดยไม่มีเครื่องป้องกัน
7. พฤติกรรมการกินเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ  
 ไม่กินเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ  กินเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ บางครั้ง
8. พฤติกรรมการปรับปรุงพื้นที่บริเวณนา  
 ทำเป็นประจำ  ทำบางครั้ง  ไม่เคยทำ

แนวทางการสนทนากลุ่ม

เพื่อยืนยันสภาพปัญหา และแสวงหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนู  
ของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

ชื่อผู้วิจัย.....วันที่สังเกตข้อมูล.....

1. สรุปผลการวิจัย R 1

1.1 สภาพความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคฉี่หนู

.....

1.2 สภาพเจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนู

.....

1.3 สภาพการปฏิบัติในการป้องกันโรคฉี่หนู

.....

2. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคฉี่หนู

2.1 สภาพความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคฉี่หนู

.....

2.2 สภาพเจตคติต่อการป้องกันโรคฉี่หนู

.....

2.3 สภาพการปฏิบัติในการป้องกันโรคฉี่หนู

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

แบบบันทึกการแนะนำเกษตรกรเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคฉี่หนู  
ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโคตร จังหวัดสระบุรี

ชื่อเกษตรกร.....ชื่อ อสม.....

| ครั้งที่<br>แนะนำ | วันที่แนะนำ | เรื่องที่แนะนำ | เรื่องที่ต้องการรู้ครั้งต่อไป |
|-------------------|-------------|----------------|-------------------------------|
| 1                 |             |                |                               |
| 2                 |             |                |                               |
| 3                 |             |                |                               |
| 4                 |             |                |                               |
| 5                 |             |                |                               |
| 6                 |             |                |                               |
| 7                 |             |                |                               |
| 8                 |             |                |                               |
| 9                 |             |                |                               |
| 10                |             |                |                               |
| 11                |             |                |                               |
| 12                |             |                |                               |
| 13                |             |                |                               |
| 14                |             |                |                               |
| 15                |             |                |                               |

## ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์

|                      |   |
|----------------------|---|
| ชื่อ - สกุล          | นายวิโรจน์ จันทศิริ   |
| วัน เดือน ปีเกิด     | วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2499  |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน  | บ้านเลขที่ 9 หมู่ 7 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองไครน<br>จังหวัดสระบุรี   |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองไครน จังหวัดสระบุรี   |
| ประวัติการศึกษา      | พ.ศ. 2521 ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สมุทรสาคร<br>พ.ศ. 2532 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล<br>พ.ศ. 2550 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒนา<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี |