

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชน อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยมีสาระสำคัญ โดยสังเขป ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีการสาธารณสุขมูลฐานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีต่อการปฏิบัติงาน
 - 3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผลปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงาน
 - 3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
 - 3.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ
 - 3.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีการสาธารณสุขมูลฐานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก(WHO) ในปี พ.ศ. 2523 เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และใช้เป็นกลวิธีในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเอง รัฐได้ปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้มาเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4

1.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2521 คือ ลักษณะของบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถจะหาได้ในชุมชน โดยเป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับ และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นบริการที่ชุมชนและประเทศสามารถจะจัดให้มีได้ การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นสิ่งผสมผสาน อยู่ทั้งในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเป็นศูนย์กลางของระบบ และเป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ในกระบวนการ

พัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมทั้งหมดของชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2535: 21) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง

ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานจากแถลงการณ์แห่ง อัลมา อตา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2543: 6) ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า คือบริการอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตมนุษย์เป็นบริการที่อาศัยวิธีการ และเทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์และเป็นที่ยอมรับในสังคม ดังนี้

- 1.) จัดบริการให้โดยเสมอหน้ากัน แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยที่ตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชนเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
- 2.) การจัดให้มีและทำนุบำรุงบริการนั้นอยู่ในวิสัยที่รัฐร่วมกับชุมชนให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ด้วยหลักการพึ่งตนเอง และตัดสินใจอนาคตด้วยตนเองของชุมชน
- 3.) เป็นภารกิจหลักของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยถือเป็นภารกิจหลักของกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนและของประเทศด้วย
- 4.) เป็นบริการที่สร้างจุดเชื่อมโยง ให้บริการสาธารณสุขของรัฐทั้งระบบเข้าถึงประชาชนที่ทำงาน ชุมชน ครอบครัวและตัวบุคคล
- 5.) เป็นบริการที่สร้างจุดเริ่มต้นของกระบวนการในอันที่จะสร้างความสมบูรณ์แห่งสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยทั่วหน้ากัน

โดยสรุปแล้ว การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง กลวิธีการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่แล้ว ซึ่งเป็นกลวิธีที่จัดให้มีขึ้นในระดับตำบล และหมู่บ้าน ในการที่จะส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยที่รัฐจะสนับสนุนในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสารให้การศึกษาและฝึกอบรม โดยมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

1.2 แนวคิด และหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (วันสรา เชาว์นิยม และมาลี ทวีวุฒิอมร , 2544 : 9 -14) มีอยู่ 11 แนวคิดดังนี้ คือ

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่ปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่บทบาทเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่า เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชนคือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจเพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่นๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษาการพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัด และราคาถูก ยืดหยุ่น และปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อม และปัญหาที่ประสบอยู่ และไม่จำเป็นต้องเรื่องเหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุน การให้การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข

จากแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 11 แนวคิดที่ผ่านมา นี้ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ว่าสาธารณสุขมูลฐานเป็นงานบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยมีหลักการในทางปฏิบัติที่สำคัญ ซึ่งเรียกว่า “หลักการสาธารณสุขมูลฐาน” ดังนี้

- 1.) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเพื่อนบ้าน
(People Participation or Community Participation)
- 2.) พัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้เหมาะสม เป็นที่ยอมรับปฏิบัติได้โดยชุมชน และประชาชนสามารถรองรับและเชื่อมต่อกับระบบการสาธารณสุขของชุมชนได้
(Appropriate Technology)
- 3.) สามารถกระจายการให้บริการได้อย่างทั่วถึง โดยไม่จำกัดฐานะของผู้ต้องการรับบริการ โดยปรับบริการพื้นฐานที่มีอยู่ของรัฐ ให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
(Re-oriented Basic Health Service หรือ Health Infrastructure)
- 4.) ประสานแนวทางการพัฒนากับองค์กร หน่วยงานและสาขาการพัฒนาด้านอื่น
(Intersectoral Collaboration)
- 5.) เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล

1.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประวัติและความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในอดีตประชาชนได้มีการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพมานานแล้ว จะเห็นได้จากในสมัยก่อนจะมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” คอยให้การดูแลเมื่อมีผู้ป่วยด้วยการใช้ยาสมุนไพร จนกระทั่งได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันโดยในขั้นแรกได้นำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน โดยจัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ต่อมา มีการชักชวนให้ประชาชนเข้าเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่ในการพ่นยาเคมีกำจัดยุงกันปล่องป้องกันโรคมาลาเรีย นอกจากนี้ยังได้มีการทดลองหารูปแบบต่างๆ ในหลายพื้นที่ แต่ที่ชัดเจนและมีความสำคัญก็คือ “โครงการสารภี” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำประชาชนเข้ามาฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ผลการดำเนินการได้ผลดีจึงขยายและเป็นแม่แบบนำไปทดลองในจังหวัดต่างๆ จนกระทั่งกลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ผสส./อสม.”

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกว่า อสม. คือ ประชาชนที่ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนหมู่บ้านให้เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทางด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรก คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เรียกว่า ผสส. มีบทบาทด้านการสื่อสาร เฝ้าระวังโรคระบาด แจ้งข่าวการเกิดโรค และประสานงานกับทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยดูแลในละแวกคุ้มของตนเอง ในอัตรา 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกว่า อสม. ได้รับคัดเลือกขึ้นมาจาก ผสส. ที่มีระยะเวลาการทำงานระยะหนึ่ง โดยได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากเพื่อน ผสส. ด้วยกันเอง (อมร นนทสุต , 2541 : 5-6) จากนั้นก็จะได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมอีกในเนื้อหาที่เกี่ยวกับรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลและการใช้ยา ต่อมาแผนการพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ได้มีการอบรมให้ความรู้และพัฒนายกระดับ ผสส. เป็น อสม. ทั่วทั้งประเทศ

ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับการเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agent) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน , 2540 : 15)

ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมีหน้าที่ ดังนี้

- 1.) สำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านหรือชุมชน
- 2.) ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชุมตรวจสอบข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชน
- 3.) แจ้งข่าวการเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว
- 4.) ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควบคุมโรคไข้เลือดในหมู่บ้านหรือชุมชน

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ไข้เลือดออก เป็นโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง พบมากในเด็กอายุ 5-9 ปี รองลงมา 10-15 ปี ในขวบปีแรกมักพบในอายุ 7-9 เดือน ส่วนในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ก็มีแนวโน้มพบได้มากขึ้น มักพบระบาดในฤดูฝนในช่วงที่มียุงลายชุกชุม

สาเหตุ เกิดจากเชื้อไข้เลือดออกซึ่งเป็นไวรัส มีอยู่ 2 ชนิด ได้แก่ เด็งกี (Dengue) กับชิคุนกุนยา (Chikungunya) ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจะมีสาเหตุจากเชื้อเด็งกี ซึ่งยังแบ่งออกเป็นพันธุ์ย่อยๆ ได้ อีก 4 ชนิด ได้แก่ ชนิด 1, 2, 3 และ 4 เชื้อเด็งกีเหล่านี้สามารถทำให้เกิดไข้เลือดออกที่รุนแรงได้ โรคนี้มียุงลาย (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรค ซึ่งมี 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน และยุงลายสวน โดยมีวงจรชีวิต 4 ระยะคือ ระยะไข่ ระยะลูกน้ำ ระยะตัวโม่ง และระยะตัวเต็มวัย

การติดต่อ โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ คือ ยุงลายตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข่สูงจะเป็นระยะที่มีเชื้ออยู่ในกระแสเลือด เชื้อจะเข้าสู่กระเพาะยุง เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงลายนี้ใช้เวลาประมาณ 8-12 วัน เมื่อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนาน 5-8 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

อาการและอาการแสดง โรคไข้เลือดออกมีอาการที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับก่อนหลังดังนี้

- 1.) ไข้สูงลอย 2-7 วัน
- 2.) มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง
- 3.) คับโตกดเจ็บ
- 4.) มีภาวะการไหลเวียนเลือดล้มเหลว/ภาวะช็อก

อาการของไข้เลือดออกสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะไข้สูง ผู้ป่วยจะมีไข้สูงซึ่งเกิดฉับพลัน มีลักษณะไข้สูงลอยตลอดเวลา ($39-40^{\circ}\text{C}$) หน้าแดง ปวดศีรษะ กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะซึม มักเบื่ออาหารและอาเจียนร่วมด้วยเสมอ บางรายอาจบ่นปวดท้องในบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา ส่วนมากมักไม่มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหลหรือไอบาง บางรายอาจมีอาการเจ็บคอ คอแดงเล็กน้อย หรือไอบ้างเล็กน้อย ในราววันที่ 3 ของไข้ อาจมีผื่นแดง ไม่คัน ขึ้นตามแขนขา ซอกรักแร้ ในช่องปาก ในระยะนี้คลำพบตับโต และมีอาการกดเจ็บเล็กน้อย การทดสอบทูร์นิเกต์ส่วนใหญ่จะให้ผลบวกตั้งแต่วันที่ 2 ของไข้ และในวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 นิ้ว มักพบมีจุดเลือดออกมากกว่า 20 จุดเสมอ

ผู้ป่วยจะมีไข้สูงลอยอยู่ประมาณ 2-7 วัน ถ้าไม่มีอาการรุนแรงส่วนมากไข้ก็จะลดลงในวันที่ 5-7 บางรายอาจมีไข้เกิน 7 วันได้ แต่ถ้ายังเป็นมากก็จะปรากฏอาการระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ระยะช็อกและมีเลือดออก มักจะพบในไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อเด็งกีที่มีความรุนแรงขั้นที่ 3 และ 4 และไม่ค่อยพบผู้ป่วยที่เกิดจากเชื้อซิกนุนคุนยา อาการจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 3-7 ของโรคซึ่งถือว่าเป็นช่วงวิกฤตของโรค โดยอาการไข้จะลดลง แต่ผู้ป่วยกลับมีอาการทรุดหนัก มีอาการปวดท้องและอาเจียนบ่อยขึ้น ชีพจรมากขึ้น กระสับกระส่าย ตัวเย็น มือเท้าเย็น เหงื่อออก ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาแต่เร็ว และความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเป็นอาการของภาวะช็อก ภาวะนี้เกิดจากพลาสมาไหลซึมออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรของเลือดลดลงมาก ถ้าเป็นรุนแรงผู้ป่วยอาจมีอาการไม่ค่อนรู้สึกรู้สิด ตัวเย็นซีด ปากเขียว ชีพจรคลำไม่ได้ และความดันโลหิตตกจนวัดไม่ได้ หากไม่ได้รับการรักษาได้ทันท่วงทีอาจทำให้เสียชีวิตได้ภายใน 1-2 วัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีอาการเลือดออกตามผิวหนัง เลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดๆ ถ้าเลือดออกมากมักทำให้เกิดอาการภาวะช็อกรุนแรงถึงตายได้อย่างรวดเร็ว ระยะที่ 2 นี้ จะใช้เวลาประมาณ 24-72 ชั่วโมง ถ้าหากผู้ป่วยผ่านวิกฤตไปได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว ในระยะที่มีภาวะช็อกไม่รุนแรง เมื่อผ่านช่วงวิกฤตไปแล้ว ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็วหรือแม้แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกรุนแรง เมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ก็จะฟื้นตัวสู่สภาพปกติ ระยะนี้อาจใช้ระยะเวลาประมาณ 7-10 วัน

แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ยุงลายชอบวางไข่ ตามภาชนะขังน้ำนิ่งและใส น้ำอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด โดยถูกน้ำยุงลายบ้านจะพบในภาชนะที่มนุษย์สร้างขึ้นทั้งในบ้านและรอบบ้าน เช่น โอ่งน้ำดื่ม น้ำใช้ ถังเก็บน้ำในห้องน้ำ ถ้วยรองขาตู้กับข้าว แจกัน จานรองกระถางต้นไม้ และเศษวัสดุที่มีน้ำขัง ส่วนยุงลายสวนเพาะพันธุ์ในแหล่งธรรมชาติ เช่น โพรงไม้ โพรงหิน กระบองไม้ไผ่ กาบใบพืช และภาชนะขังน้ำรอบๆ บ้าน

การป้องกันและกำจัดยุงลาย

วิธีการป้องกันกำจัดลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยมีหลายวิธี ดังนี้

1.) วิธีทางกายภาพ

1.1) การปิดปากภาชนะเก็บน้ำ ด้วยผ้าตาข่ายในลอน ฝาอะลูมิเนียมหรือวัสดุอื่นใดที่สามารถปิดปากภาชนะเก็บน้ำนั้นได้อย่างมิดชิดจนยุงลายไม่สามารถเล็ดลอดเข้าไปวางไข่ได้

1.2) หมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน วิธีนี้เหมาะสำหรับภาชนะเล็กๆ ที่เก็บน้ำไม่มาก เช่น แจกันดอกไม้สด ภาชนะและขวดประเภทต่างๆ ที่ใช้เลี้ยงต้นไม้ต่างๆ เป็นต้น

1.3) การเติมน้ำเดือดจๆ ทุก 7 วัน วิธีนี้ใช้ได้กับถ้วยหล่อชาคู่กับข้าวกันมด ซึ่งหากมีลูกน้ำเกิดขึ้น ลูกน้ำก็จะถูกน้ำเดือดลวกตายไป

1.4) การใช้กระชอนช้อนลูกน้ำ เพื่อลดจำนวนลูกน้ำในอ่างน้ำ บ่อซีเมนต์เก็บน้ำในห้องน้ำ ห้องส้วม ฯลฯ ให้ลดน้อยลงมากที่สุดและอย่างรวดเร็ว

1.5) การใส่ทรายธรรมดาในงานรองกระถางต้นไม้ ให้ลึกประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของความลึกของงานรองกระถางต้นไม้ เพื่อให้ทรายดูดซึมน้ำส่วนเกินจากการรดน้ำต้นไม้ไว้ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับกระถางต้นไม้ที่ใหญ่และหนัก ส่วนต้นไม้กระถางเล็กอาจใช้วิธีเทน้ำที่ขังอยู่ในงานรองกระถางต้นไม้ทิ้งไปทุก 7 วัน

1.6) การเก็บทำลายเศษวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว เช่น ขวด ไห กระป๋อง ฯลฯ และยางรถยนต์เก่าที่ไม่ใช้ประโยชน์เพื่อมิให้เป็นที่รองรับน้ำได้

1.7) การกลบ ถม หรือการระบายน้ำ เพื่อป้องกันน้ำขังซึ่งจะกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้

1.8) การใช้ขันตักลูกน้ำ ลอยไว้ในโถหรือบ่อซีเมนต์เก็บน้ำที่ปิดฝาไม่ได้ เมื่อลูกน้ำลอยตัวขึ้นมาเพื่อหายใจที่ผิวน้ำบริเวณใต้ขันซึ่งเป็นเงามืด เข้าไปในปากกรวยและออกมาอยู่ในขันน้ำจึงตรวจดูและทำลาย

2. วิธีทางชีวภาพ

สิ่งมีชีวิตหลายชนิดเป็นศัตรูโดยธรรมชาติ การนำสิ่งมีชีวิตซึ่งเป็นศัตรูของลูกน้ำยุงลายมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลายมีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ และควรส่งเสริมให้มีการใช้ศัตรูจากธรรมชาติดั้งเดิมที่มีอยู่ในแต่ละท้องถิ่นก่อน นอกจากนั้นควรหาวิธีป้องกันไม่ให้ศัตรูจากธรรมชาติเหล่านั้นถูกทำลายไปด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ศัตรูจากธรรมชาติที่สามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ คือ

2.1) ปลากินลูกน้ำ ได้แก่ ปลากัด ปลาหางนกยูง ปลาสอด เป็นต้น

2.2) แบคทีเรีย ไรน้ำจืด ลูกน้ำยักษ์ โปรโตซัว เชื้อรา บางชนิดกินลูกน้ำได้

3. วิธีทางเคมีภาพ

3.1) การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำ หรือที่เรียกว่า ทรายอะเบท เป็นทรายเคลือบสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต ใช้ใส่ในน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในอัตราส่วน ทรายอะเบท 1 กรัม ต่อน้ำ 10 ลิตร

3.2) การใช้เกลือแกง น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก หรือน้ำยาซักล้างทั่วไป
นำมาใช้ในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้

3.3) การพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวเต็มวัยมี 2 แบบ คือ การพ่นหมอกควัน
การพ่นละอองฝอย และ การพ่นฝอยละเอียด (ULV)

การป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด อาจทำได้ ดังนี้

- 1.) นอนในมุ้ง
- 2.) สวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว
- 3.) ใช้สารไล่ยุง มีหลายรูปแบบ เช่น สารทาผิว ครีม ชุบเสื้อผ้าชุบวัสดุปูพื้น

3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมการทำงานตามบทบาทหน้าที่ได้นั้น
บุคคลดังกล่าวต้องมีความพร้อมขององค์ประกอบพฤติกรรมภายในและภายนอกเสียก่อน ดังนั้น
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วัดความพร้อมภายในและภายนอก อันได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ
ทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกัน
ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีประกอบ ดังนี้

3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงาน

นักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงาน
ของมนุษย์ว่าเกิดจากมูลเหตุปัจจัยหลายประการด้วยกัน

สมยศ นาวิการ (2544:20) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ
บุคคลไว้ 4 ปัจจัย คือ

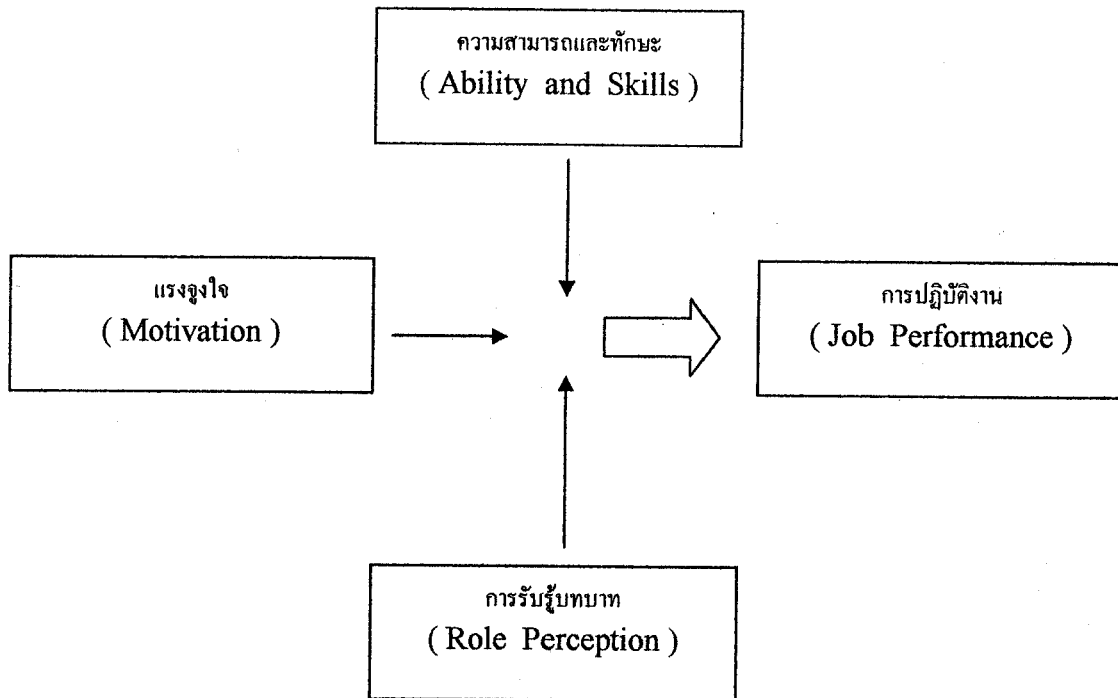
1.) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situation Factors) ประกอบด้วย

- สภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยที่ผู้บริหารจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยนี้
- วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน

2.) การรับรู้ทางด้านบทบาท (Role Perception) คือ แนวทางที่บุคคลให้ความหมายงาน
ของเขา ประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่ามีผลต่อผลการปฏิบัติงานที่มี
ประสิทธิภาพ

3.) ความสามารถและทักษะ (Ability and Skills) โดยมีความสามารถเป็นลักษณะของบุคคลและทักษะ หมายถึงระดับความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะอย่าง ความสามารถจะมีความสัมพันธ์กับทักษะ บุคคลที่มีความสามารถเบื้องต้นเฉพาะอย่าง จะเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องกันได้ดีกว่า

4.) กระบวนการจูงใจ (The Motivation Process) เป็นปัจจัยอย่างี่สามที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง



ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors)

ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน

จากแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การที่บุคคลใดก็ตามจะปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่างๆ นั้น จะขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วม 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ในบทบาทตนเอง การมีแรงจูงใจในการกระทำ การมีความรู้ ความสามารถและทักษะในงานด้านนั้นๆ และสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมแต่ละคนจะได้รับแตกต่างกันออกไป จึงส่งผลให้การปฏิบัติงานและผลของงานแตกต่างกันไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ปัจจัยทั้ง 4 ประการข้างต้นเป็นแบบวัดในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

บลูม และคณะ (Bloom and Others 1971 : 62-197) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้เป็น การระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่อง ระลึกถึงวิธีและขบวนการต่างๆ หรือระลึกถึงแบบกระบวนโครงสร้าง วัตถุประสงค์ ในความรู้ นั้น เน้นในเรื่องขบวนการทางจิตวิทยาของความจำเป็น การเชื่อมโยง เกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่

ขจร คำเงิน (2546 : 30) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ เรื่องราว ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ที่มนุษย์ได้รับรู้ จากประสาทสัมผัสทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อสิ่งเร้าและการรับรู้ นั้นต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

สราวุธ วลัยพุกฤษ (2543 : 35) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้ คือ ความทรงจำ ของมวลประสบการณ์ต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับจากการเรียนรู้ สังเกต ศึกษา ค้นหา เป็นต้น โดยผ่าน ระบบประสาทสัมผัสของร่างกายมนุษย์ แล้วเก็บรวบรวมสะสมไว้ที่สมองในรูปของข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ

จากแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ความจริง และข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับจากการเรียนรู้ สังเกต ศึกษา ค้นหา และเก็บ รวบรวมสะสมไว้จากประสบการณ์ต่างๆ เป็นขบวนการเชื่อมโยงทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยอาศัย ระยะเวลา ซึ่งความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถ สรุปได้ว่า เป็นข้อเท็จจริง ความจริง และข้อมูลต่างๆ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับจากการเรียนรู้ สังเกต ศึกษา และเก็บรวบรวมสะสมไว้จากประสบการณ์ต่างๆ ในเรื่องโรค ไข้เลือดออก โดยวัดจากการป้องกันโรคล่วงหน้าและการควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย

ประเภทของความรู้

บลูมและคณะ (Bloom and Others 1971 : 62-197) ได้แบ่งความรู้ออกเป็น 3 ประเภท โดยเรียงจากประเภทของความรู้ที่ซับซ้อนน้อยที่สุดไปหาประเภทของความรู้ที่ซับซ้อนมากที่สุด คือ

1.) ความรู้เฉพาะสิ่ง (Knowledge) หมายถึง การระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ชิ้นส่วนของสารที่โดยเดียว การเน้นอยู่ที่สัญลักษณ์ที่มีความหมายเชิงรูปธรรม เรื่องนี้อยู่ในระดับต่ำสุดของความเป็นนามธรรม ซึ่งอาจได้รับการคิดว่าเป็นหน่วยของสิ่งที่ซับซ้อน และเป็น นามธรรมของความรู้ที่สร้างขึ้น

2.) ความรู้เรื่องวิถี และวิธีการจัดการกระทำกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of Ways and Means of Dealing Specifics) หมายถึง ความรู้ในเรื่องวิถีการ จัดระเบียบในการศึกษา ในการตัดสินใจ การวิพากวิจารณ์ รวมทั้งวิธีการค้นคว้า ลำดับผลที่ได้ตามเวลาในปฏิทินและ มาตรฐานของการตัดสินใจในแต่ละสาขา รูปแบบของการจัดระเบียบตามสาขากำหนดและ

ดำเนินการความรู้ที่จัดอยู่ในระดับกลางของความเป็นนามธรรม อยู่ระหว่างเฉพาะสิ่งกับความรู้อย่างอื่น ไม่ต้องการให้นักเรียนทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยเนื้อหาแต่ต้องการให้นักเรียนเกิดความสำนึกอย่างเจียะๆ ตามธรรมชาติ

3.) ความรู้เรื่องสากล และเรื่องนามธรรมในสาขาต่างๆ (Knowledge of the Universals and Abstraction in a Field) หมายถึง ความรู้เรื่องแผนและรูปแบบที่สำคัญๆ ที่ปรากฏการณ์และความคิดได้รับการจัดรวบรวบไว้ โครงสร้าง ทฤษฎี และข้อสรุปจำนวนมากซึ่งมีอิทธิพลต่อสาขาวิชาหรือซึ่งนำมาใช้ศึกษาปรากฏการณ์หรือแก้ปัญหา ระดับนี้จัดเป็นระดับสูงสุดของความเป็นนามธรรมและความซับซ้อน

ระดับความรู้

บลูมและคณะ (Bloom and Others 1971 : 62-197) ได้ทำการแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

1.) ความรู้ ความจำ (Knowledge) คือ ความสามารถในการจำหรือระลึกได้ เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าใจในสมอง การวัดว่าบุคคลมีความสามารถในการจำในเรื่องราวต่างๆ ได้มากน้อยเพียงไรนั้น ให้ดูตรงที่บุคคลนั้นสามารถเลือกได้ในสิ่งที่ควรจำไว้ได้เพียงใด

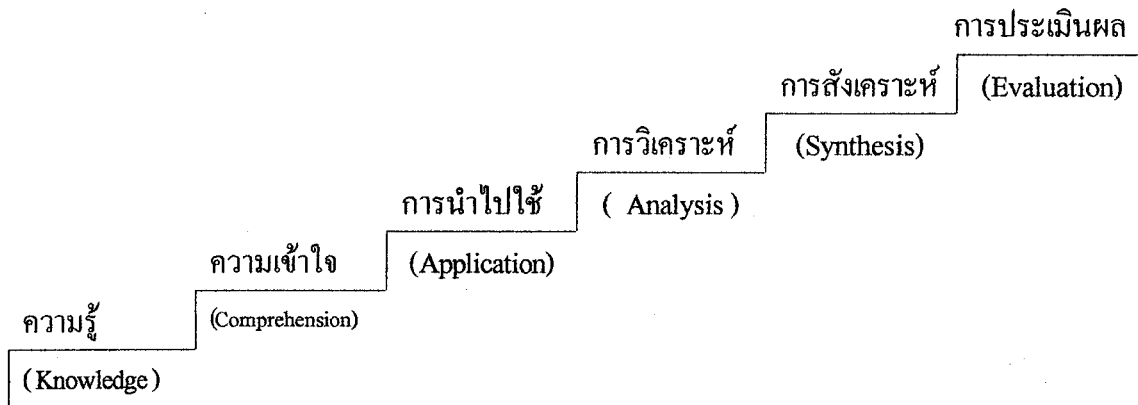
2.) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการสื่อความหมายทั้งให้ผู้อ่านรู้เจตนาของตนเอง และตนเองรู้ความหมาย สามารถแปลความ อธิบายความ ความปรารถนาของผู้อื่น

3.) การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำและความเข้าใจไปใช้ในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ไม่ได้หมายความว่าความถึงการได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ ที่เกิดขึ้น แต่เป็นความสามารถในการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอนไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วงได้

4.) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ สามารถแยกสิ่งที่สับสนปนเปออกจกกันอย่างมีความหมาย

5.) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อยๆ ให้เข้ากันได้เป็นเรื่องเป็นราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลายๆ ลักษณะ แล้วนำมาจัดระบบโครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม อย่างเป็นระบบ

6.) การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่า ตีราคา เปรียบเทียบที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่วางไว้



ภาพที่ 2.2 ระดับของความรู้ 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมขั้นต้นไปสู่ขั้นสูงกว่า

การวัดความรู้

บลูมและคณะ (Bloom and Others 1971 : 62 - 197) ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 6 ระดับ คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล ซึ่งในแต่ละระดับสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1.) ความรู้ เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าใจในสมอง การวัดว่าบุคคลใดมีความสามารถในการจำเรื่องราวต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใดนั้น วัดได้จากความสามารถในการระลึกออกของบุคคลนั้น แบ่งได้ดังนี้

- 1.1) ความรู้ในเนื้อเรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับศัพท์และนิยาม ความรู้เกี่ยวกับกฎและความจริง
- 1.2) ความรู้ในวิธีดำเนินการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับระเบียบแบบแผน ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับ ความรู้เกี่ยวกับการจำแนกประเภท ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ
- 1.3) ความรู้รวมยอดในเนื้อเรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักวิชาการและการสรุปครอบคลุม ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

2.) ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการจับใจความของทั้งเรื่อง อันได้แก่ การแปลความ การตีความและขยายความในเรื่องนั้น ผู้ที่มีความเข้าใจจะต้องรู้ความหมายและรายละเอียดย่อยๆ ของเรื่องนั้น รู้ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ย่อยๆ เหล่านั้น สามารถอธิบายสิ่งนั้นด้วยภาษาตนเองได้ พฤติกรรมนี้สามารถจำแนกได้ 3 แบบ คือ

2.1) การแปลความ เป็นความสามารถในการบอกความหมายตามนัยของเรื่องราวหรือปรากฏการณ์นั้นๆ

2.2) การตีความ เป็นถอดความหมายจากหลายๆ ความหมายตามนัยของเรื่องราวที่ปรากฏการณ์นั้นเป็นอย่างไร

2.3) การขยายความ เป็นการคาดคะเนหรือพยากรณ์ไปสู่กาลข้างหน้าหรือถอยหลัง โดยอาศัยข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่

3.) การนำไปใช้ เป็นความสามารถในการนำความรู้ ทฤษฎี หลักการ ข้อเท็จจริง ฯลฯ ไปแก้ไขปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น ความสามารถในการนำไปใช้เป็นการแก้ปัญหาซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถนำสิ่งที่ได้เป็นประสบการณ์ไปแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้สำเร็จ

4.) การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ว่าสิ่งเหล่านั้นประกอบกันอยู่เช่นไร แต่ละอันคืออะไร มีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร ความสำคัญมากน้อย พฤติกรรมนี้จำแนกได้เป็น 3 แบบ คือ

4.1) การวิเคราะห์ความสำคัญ เป็นความสามารถในการหาส่วนประกอบที่สำคัญของเรื่องราวหรือปรากฏการณ์ต่างๆ เรียกได้ว่าเป็นการแยกแยะหาหัวใจของเรื่อง

4.2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการหาความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ

4.3) การวิเคราะห์หลักการ เป็นความสามารถในการหาหลักของความสัมพันธ์ของส่วนสำคัญในเรื่องราวหรือปรากฏการณ์นั้นๆ ว่าสัมพันธ์กันอยู่โดยอาศัยหลักการใด

5.) การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อยๆ ให้เข้ากันได้อย่างเป็นเรื่องราว โดยการจัดระบบ โครงสร้างเสียใหม่ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พฤติกรรมสามารถแยกได้เป็น 3 แบบ คือ

5.1) การสังเคราะห์ข้อความ เป็นความสามารถในการเรียบเรียงถ้อยคำให้ผูกพันเป็นเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่งได้อย่างเป็นเรื่องเป็นราว ซึ่งการผูกเรื่องราวนี้ต้องอาศัยข้อมูลหลายอย่างมาสนับสนุน ทั้งยังอาจยกตัวอย่างประกอบ ใ้ความคิดเห็นส่วนตัว ฯลฯ เพื่อช่วยให้ข้อความที่เขียนกระจ่างชัด ได้ความหมายตามต้องการ

5.2) การสังเคราะห์แผน เป็นความสามารถในการสร้างโครงการหรือแผนงานในด้านต่างๆ โดยนำข้อมูลเรื่องราว ฯลฯ ที่กำหนดให้ มาหาวิธีว่าจะทำอย่างไรจึงจะทำให้เองที่ต้องอาศัยข้อมูลเหล่านี้สามารถนำเนินการ ไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ

5.3) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการจัดระบบข้อเท็จจริงหรือส่วนประกอบเสียใหม่ ให้สำเร็จเป็นขึ้นเป็นอันให้ได้ประโยชน์หรือประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

6.) การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคา โดยอาศัยเกณฑ์ (Criteria) และมาตรฐาน (Standard) ที่วางไว้ พฤติกรรมประเมินค่าสามารถจำแนกได้ออกเป็น 2 แบบ คือ

6.1) ประเมินโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายใน เป็นการวินิจฉัยตีราคา ตามลักษณะข้อเท็จจริงที่เป็นเนื้อหาของสิ่งนั้นๆ

6.2) ประเมินโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอก เป็นการวินิจฉัยหรือตีราคาโดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ภายนอก

การที่จะวัดความรู้ในแต่ละระดับจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการวัดที่แตกต่างกัน เพื่อให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้จึงมีหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่นิยมมากที่สุดคือ การวัดความรู้โดยใช้แบบทดสอบ (Test) ซึ่งเป็นชุดข้อคำถาม (Items) ที่สร้างขึ้นเพื่อเร้าหรือชักนำให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบ ตอบสนองออกมา อาจจะอยู่ในรูปการเขียนตอบ การพูด การปฏิบัติ ที่สามารถสังเกตและวัดให้เป็นปริมาณได้ ซึ่งแบบทดสอบสามารถแบ่งได้ตามทักษะและเกณฑ์ที่ใช้แบ่งดังนี้

1.) แบ่งตามลักษณะทางจิตวิทยาที่จะใช้วัด (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ 2542 :73-75) สามารถแบ่งได้เป็น 3 แบบ ได้แก่

1.1) แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความรู้ ความเข้าใจ ตามพฤติกรรมความรู้ (Cognitive) ซึ่งเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

- แบบทดสอบที่ครูสร้างเอง (Teacher – Made Test) เป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดยทั่วไป เมื่อต้องการใช้ก็สร้างขึ้น ใช้แล้วก็เลิกกันไป ถ้านำกลับไปใช้อีกก็ต้องดัดแปลงปรับปรุง แก้ไขเพราะเป็นแบบทดสอบที่ยังขาดคุณภาพ

- แบบทดสอบมาตรฐาน (Standardized Test) เป็นแบบทดสอบที่ได้มีการพัฒนาด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติมาแล้วหลายครั้งหลายหน จนมีคุณภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านความตรง ความเที่ยง ความยากง่าย อำนาจจำแนก ความเป็นภัย และมีเกณฑ์ปกติ (Norm) ให้เปรียบเทียบกับ รวมความแล้วต้องมีมาตรฐาน ทั้งด้านการดำเนินการสอบและการแปลผลคะแนนที่ได้

1.2) แบบทดสอบความถนัด (Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดสมรรถภาพทางสมองของคนว่า มีความรู้ ความสามารถมากน้อยเพียงใด และมีความสามารถทางด้านใดเป็นพิเศษ แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

- แบบทดสอบความถนัดทางการเรียน (Scholastic Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบความถนัดที่วัดความสามารถทางวิชาการว่า มีความถนัดในวิชาอะไร ซึ่งจะแสดงถึงความสามารถในการเรียนต่อทางแขนงวิชานั้น และจะสามารถเรียนไปได้มากน้อยเพียงใด

- แบบทดสอบความถนัดพิเศษ (Specific Aptitude Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถพิเศษของบุคคล เช่น ความถนัดทางดนตรี ทางกายภาพ ทางวิศวกรรม ทางศิลปกรรม เป็นต้น ใช้สำหรับการแนะแนว การเลือกอาชีพ

1.3) แบบทดสอบบุคคลสังคม (Personal – Social Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดบุคลิกภาพและการปรับตัวเข้ากับสังคมบุคคล

2.) แบ่งตามรูปแบบของการถามการตอบ จะแบ่งออกได้เป็น 3 แบบ คือ

2.1) แบบทดสอบความเรียง (Essay Test) จะเป็นแบบทดสอบที่กำหนดคำถามให้ผู้ตอบต้องเรียบเรียงคำตอบเอง

2.2) แบบทดสอบตอบสั้นและเลือกตอบ (Short Answer and Multiple Choice Test) จะเป็นแบบทดสอบที่กำหนดคำถามให้ และกำหนดให้ตอบสั้นๆ หรือกำหนดคำตอบมาให้เลือก ผู้ตอบจะต้องเลือกคำตอบตามนั้น แบบทดสอบประเภทนี้สามารถแบ่งได้ 4 ชนิด คือ

- แบบให้ตอบสั้น (Short Answer Item)

- แบบถูก-ผิด (True-False Item)

- แบบจับคู่ (Matching Item)

- แบบเลือกตอบ (Multiple Choice Item)

3.) แบ่งตามลักษณะการตอบ สามารถแบ่งได้ 3 แบบ คือ

- แบบทดสอบปฏิบัติ (Performance Test) เป็นการทดสอบด้วยการให้ปฏิบัติ ลงมือทำจริงๆ

- แบบทดสอบแบบเขียนตอบ (Paper-Pencil Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งใช้กระดาษและดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ ผู้ตอบจะต้องเขียนคำตอบทั้งหมด

- แบบทดสอบปากเปล่า (Oral test) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบพูดแทนการเขียน มักจะเป็นการพูดคุยกันระหว่างผู้ถามกับผู้ตอบ เช่น การสอบสัมภาษณ์

4.) แบ่งตามเวลาที่กำหนดให้ตอบ จะแบ่งได้ 2 แบบ คือ

- แบบทดสอบใช้ความเร็ว (Speed Test) เป็นแบบทดสอบที่จะต้องตอบภายในเวลาจำกัด มักจะมีจำนวนข้อคำถามมากๆ แต่ให้เวลาน้อยๆ
- แบบทดสอบให้เวลามาก (Power Test) เป็นแบบทดสอบที่ไม่กำหนดเวลา ผู้ตอบจะใช้เวลาในการตอบเท่าใดก็ได้

5.) แบ่งตามลักษณะเกณฑ์ที่ใช้วัด จะแบ่งได้ 2 แบบ คือ

- แบบทดสอบอิงเกณฑ์ (Criterion-Referenced Test) เป็นแบบทดสอบที่สอบวัดตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ หรือตามเกณฑ์ภายนอก ซึ่งเป็นเนื้อหาของการวิชาการเป็นหลัก
- แบบทดสอบแบบอิงกลุ่ม (Norm-Referenced Test) เป็นแบบทดสอบที่เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่สอบด้วยกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการวัดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในด้านความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการจำ คือความสามารถในการจำสาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ความสามารถในการตีความหรือเข้าใจเนื้อหาสาระ คือ ความสามารถที่แสดงถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามหลักวิชาการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการประยุกต์หรือนำไปใช้ คือการปรับวิธีการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบทดสอบชนิดเลือกตอบแบบถูก-ผิด (True-False Item) เป็นแบบวัดความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นวิธีที่สร้างมาตรวัดง่าย ประหยัดเวลา และผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบด้านความรู้ตามความรู้ความสามารถของผู้ตอบได้ชัดเจน ในส่วนของสาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

3.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2545 : 64) ได้ให้ความหมายของทัศนคติ คือ ผลผสมผสานของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งออกมาในรูปการประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น

วิเชียร วิทย์อุคม (2547 : 31) ได้ให้ความหมายของทัศนคติ คือ เป็นความเชื่อและ เป็นพฤติกรรมที่โน้มเอียงไปตามความชอบโดยเฉพาะของบุคคล กลุ่ม เป็นแนวความคิดที่แสดงออกมาเป็นวัตถุประสงค์ที่สะท้อนให้เห็นถึงภูมิหลังและประสบการณ์ต่างๆ ของแต่ละบุคคล

สราวุธ วลัยขุพฤกษ์ (2543 : 43) ได้ให้ความหมายของทัศนคติ คือ สภาวะของความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความเห็น และมีแนวโน้มจะแสดงออกทางด้าน พฤติกรรมหากมีสิ่งเร้ามากระตุ้น สามารถบอกระดับความมากน้อยได้ เช่น ชอบ/ไม่ชอบ ทำ/ไม่ทำ ดี/ไม่ดี เหมาะสมหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งสภาพความพร้อมนี้เกิดจากกระบวนการตัดสินใจ โดยอาศัย ความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาประกอบ

จากแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติ คือ ความเชื่อ ความรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งนั้น และการประเมินค่าสิ่งต่างๆ ประเมินความรู้สึก สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และโน้มเอียงที่จะประพฤติ

องค์ประกอบของทัศนคติ มี 3 ประการ ดังนี้

1) องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective or Emotional Component) เป็นส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์หรือความรู้สึก เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน ภาวะทางด้านอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับคนบางคน ทั้งความคิด เหตุการณ์ หรือจุดประสงค์ ที่มีต่อสิ่งเร้าอันใดอันหนึ่ง อันเป็นผลมาจากการประเมินสิ่งเร้าอันนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ สนใจหรือไม่สนใจ องค์ประกอบด้านนี้เกิดจากการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Conditioned Learning) ของคนเราในอดีต ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบที่มีต่อสิ่งที่ได้รับรู้มา

2) องค์ประกอบด้านการรับรู้หรือความเชื่อ (Cognitive or Belief Component) เป็นส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้หรือความเชื่อ ความคิดเห็น ความเข้าใจหรือความรู้สึกที่แต่ละบุคคลยึดมั่นไว้ในใจที่มีต่อสิ่งเร้า หรือต่อสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่างๆ สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่ได้เก็บสะสมมาจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ความเชื่อที่ได้มานี้จะเป็นความเชื่อที่ได้มาจากการประเมิน ซึ่งมักจะออกผลเป็นแนวโน้มทางใดทางหนึ่งว่าดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ มีคุณค่าหรือไม่มีคุณค่า ทัศนคติของบุคคลที่แสดงออกมาแบบนี้จะทำให้ผู้อื่นใดทราบว่าบุคคลนั้นมีความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทางใดทางหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะมีผลต่อการแสดงออกของบุคคล

3) องค์ประกอบความพร้อมที่จะกระทำหรือด้านพฤติกรรม (Action Tendency or Behavioral Component) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับส่วนของความรู้สึก เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หลังจากประเมินค่าของสิ่งนั้นแล้ว และการกระทำต่อสิ่งเร้าตามความเชื่อหรือความรู้สึกของตน พฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนของทัศนคติที่แสดงออกมาปรากฏเห็นยังภายนอก

ดังนั้น คุณลักษณะของทัศนคติ (Characteristics of Attitudes) อาจสรุปได้ คือ

- 1) ทัศนคติเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน ทัศนคติเป็นเรื่องของการจัดระเบียบของแนวความคิด ความเชื่อที่เกิดขึ้นมาจากภายในของแต่ละบุคคล
- 2) ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ทัศนคติเป็นสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้และเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอก และจะก่อตัวหลังจากที่ได้ประเมินสิ่งแวดล้อมภายนอก ก็จะสร้างทัศนคติให้เกิดขึ้นในตัวเองและจะติดอยู่กับบุคคลนั้น จนกว่าจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ใหม่ขึ้นมาแทนที่ ก็อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปได้
- 3) ทัศนคติจะมีลักษณะมั่นคงถาวร หลังจากที่ได้ก่อตัวขึ้นมาในบุคคลนั้นแล้ว ก็ยากที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลนั้นได้ แม้จะได้รับการกระตุ้นที่ต่างกันไป ทั้งนี้เพราะทัศนคติที่ได้ก่อตัวขึ้นมาแล้ว จะมีกระบวนการวิเคราะห์ ประเมิน และสรุปจัดระเบียบเป็นความเชื่อ การเปลี่ยนแปลงย่อมต้องใช้เวลาเพื่อปรับตามกระบวนการดังกล่าวด้วย
- 4) ทัศนคติจะอ้างถึงสิ่งเร้าและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวของบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้น ทัศนคติไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาได้เองจากภายใน เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม มีการก่อผลขึ้นเป็นทัศนคติโดยอ้างถึงตัวบุคคลและสิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รอบตัว สิ่งที่ใช้อ้างถึงเพื่อการสร้างทัศนคติอาจจะเป็นตัวบุคคล กลุ่มคน สถาบัน สิ่งของ ค่านิยม เรื่องราวของสังคม หรือแม้แต่ความนึกคิดต่างๆ

มาตรวัดทัศนคตินี้ มีนักวิชาการหลายท่านได้คิดค้นขึ้นมาให้เหมาะสมกับการวัด แต่ในงานวิจัยนี้จะกล่าวเฉพาะมาตรวัดที่เป็นที่รู้จักและนิยมใช้กัน (Oppenheim , 1966 : 7) ดังนี้

- 1.) การสังเกต (Observation) เป็นการวัดทัศนคติโดยประสาทหูและตา เป็นสำคัญ การสังเกตเป็นวิธีการศึกษาพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใด แล้วนำข้อมูลที่สังเกตนั้นไปอนุมานว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติอย่างไร

2.) การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นวิธีการที่ผู้ศึกษาจะต้องออกไป สอบถามบุคคลนั้นๆ ด้วยตนเอง โดยอาศัยการพูดคุย ผู้สัมภาษณ์จะต้องเตรียมวางแผนล่วงหน้าว่า จะสัมภาษณ์ในเรื่องใด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด

3.) แบบรายงานตนเอง (Self-Report) เป็นวิธีการศึกษาทัศนคติของบุคคล โดยให้บุคคลนั้นเล่าความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้นออกมาว่า รู้สึกชอบหรือไม่ ดีหรือไม่ ซึ่งผู้เล่าจะ บรรยายความรู้สึกนึกคิดของตัวเองออกมาตามประสบการณ์และความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีเครื่องมือในการวัดดังนี้

3.1) สเกลจัดอันดับ (Rating Scale) เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุด ในการจัดอันดับบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง คือ การให้บุคคลนั้นจัดอันดับตัวเองว่าเป็นอย่างไร การวัดทัศนคติวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายมากต่อการสร้างและการใช้ โดยเฉพาะในหมู่ผู้ที่สามารถตอบได้ และกล้าแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ มิฉะนั้นแล้วคำตอบส่วนใหญ่จะกองในจุดกลาง เพราะคนทั่วไปไม่นิยมแสดงออกซึ่งความรุนแรง

3.2) ลิเคิร์ตสเกล (Likert ,s Scale) เป็นวิธีที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายมากที่สุดวิธีหนึ่งเพราะง่ายต่อการวัด ไม่มีกระบวนการอะไรมากมาย การวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ต เริ่มด้วยการรวบรวมหรือเรียบเรียงข้อความเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ที่ต้องการจะศึกษา ข้อความแต่ละข้อความจะมีทางเลือกตอบได้ 5 ทาง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.3) เทอร์สโตนสเกล (Thurstone ,s Scale) วิธีการวัดแบบเทอร์สโตน เน้นปัญหาด้านการมีช่วงเท่ากัน (หรือดูเหมือนว่าจะเท่ากัน) มากกว่าการวัดแบบอื่น ซึ่งในทางปฏิบัติ หมายถึง วิธีการให้น้ำหนักหรือคะแนนแต่ละข้อความที่ประกอบขึ้นมาเป็นสเกล ข้อความแต่ละข้อความจะมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่ากัน วิธีวัดช่วงเท่ากันของเทอร์สโตนนี้ กระทำโดยอาศัยสมมติฐาน 4 ประการ คือ

- ทัศนคติของบุคคลในแต่ละเรื่อง เป็นช่วงของความชอบที่แยกเป็นส่วนๆ ไม่ได้
- ความคิดที่แสดงออก เป็นดัชนีของระดับทัศนคติ
- ความคิดเห็นในแต่ละเรื่องของแต่ละบุคคลชี้ได้ว่าบุคคลมีทัศนคติในระดับใดในช่วงของความชอบ ฉะนั้นความคิดเห็นนี้ จึงต้องกำหนดค่าได้ว่าระดับช่วงใดในช่วงของความชอบ
- ระดับทัศนคติ ในช่วงของความชอบ ได้แก่ ระดับเกณฑ์เฉลี่ยของความเห็นที่แสดงออก ความคิดเห็นนี้ของบุคคลคนเดียวย่อมมีค่าในช่วงของความชอบใกล้เคียงกัน

การสร้างมาตรวัด ตามวิธีวัดช่วงเท่ากันของเทอร์สโตน มีขั้นตอนสำคัญ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรก เป็นการเลือกข้อความกับขั้นตอนหลังเป็นการกำหนดมาตรวัด ให้กับแต่ละข้อความ การเลือกข้อความเลือกจากการกำหนดโครงสร้างที่เป็นเนื้อหาของทัศนคติที่ต้องการวัด จำนวนข้อความนั้นควรสร้างไว้ให้เลือกเป็นจำนวนมาก การสร้างควรอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งทางหนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร แหล่งเอกสารต่างๆ ทั้งหมด รวมทั้งตัวบุคคลด้วย และควรให้มีข้อความทั้งเป็นบวก และลบผสมกัน

3.4) กัทท์แมนสเกล (Guttman, s Scale) เป็นวิธีการประเมินชุดข้อความวัดทัศนคติที่สร้างขึ้นมาจากกัทท์แมนเรียกว่า วิธีการวิเคราะห์มาตราส่วน (Scalogram) วิธีการนี้พยายามที่จะหาชุดข้อความวัดทัศนคติที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดได้ (Scalable) กล่าวคือ ในชุดของข้อความวัดทัศนคติหนึ่งๆ นั้น ถ้าหากผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความ 2 แล้ว เขาจะต้องเห็นด้วยกับข้อความ 1 มาก่อน และถ้าผู้ตอบเห็นด้วยกับ 3 ก็ต้องเห็นด้วยกับข้อความ 1 และข้อความ 2 มาก่อน ในลักษณะนี้ไปเรื่อยๆ ฉะนั้นการวัดทัศนคติในลักษณะนี้ จึงสามารถเห็นแบบแผน (Pattern) ของทัศนคติที่มีต่อเรื่องนั้น ของกลุ่มบุคคลที่วัดได้อีกด้วย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสเกลจัดอันดับ (Rating Scale) เป็นวิธีการในการจัดอันดับของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยทัศนคติที่วัดได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก บทบาทหน้าที่ การดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และการได้รับค่าตอบแทนจากการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

3.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ โดยศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป คือ

ทองหล่อ เดชไทย (2542 : 33) ให้ความหมายว่าเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหนึ่ง ที่ให้การสนับสนุน เป็นการกระตุ้นเตือนเพื่อให้กระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

ยุคนธ์ ชุติปัญญาบุตร (2546 : 37) ให้ความหมายว่าเป็นการติดต่อสัมพันธ์กันในเครือข่ายของสังคมที่เป็นการสนับสนุนกันทั้งทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก การให้คุณค่า กำลังใจ โดยการให้กำลังใจตลอดจนการสนับสนุนทางวัตถุ สิ่งของ แรงงานและเงิน เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

3.4.2 องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยสิ่งสำคัญดังนี้

3.4.2.1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” การสนับสนุน

3.4.2.2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์จะต้องประกอบด้วย

1.) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีกับตนเองอย่างแท้จริง

2.) ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

3.) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้

3.4.2.3) ปัจจัยนำเข้า (Input) ของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ

3.4.2.4) จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ใ้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ

4.3 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม มีอยู่ 3 ระดับ ได้แก่

4.3.1) Macro level คือ การวัดโดยพิจารณาถึงกิจกรรมร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับบุคคลต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

4.3.2) Mezzo level คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงไปถึงกลุ่มที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนใกล้ชิด

4.3.3) Micro level คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนที่รัก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 แบบ ในศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมในทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในชุมชน

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคนเรานั้น มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การวิจัยที่สอดคล้องกับหัวข้อการศึกษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร โดยแต่ละส่วนผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มอื่นๆ ที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน ดังนี้

4.1 งานวิจัยที่สอดคล้องกับหัวข้อการศึกษา

จากการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข สราวุธ วลัยขพฤกษ์ (2543 :บทคัดย่อ) ได้ศึกษาศักยภาพและปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 385 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีศักยภาพในการวางแผนงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชนอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชนมากที่สุด คือ แรงจูงใจในการวางแผนงานสาธารณสุข รองลงมา คือ การรับรู้บทบาทในการวางแผนงานสาธารณสุข อาชีพ และระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 0.001 0.01 0.05 และ 0.05 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประสบการณ์ในการวางแผนงานสาธารณสุข และการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ไม่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

สุรรัตน์ อยู่ยุด (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุข อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ตัว

แปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ ประสบการณ์ในการทำงานด้านพัฒนาชุมชน การได้รับการอบรมให้ความรู้ต่อเนื่อง การศึกษาดูงานด้านสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข การยอมรับจากสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วนิดา วัระกุล (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของภาคเหนือเกี่ยวกับศักยภาพของ อสม. ในการจัดการงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ได้ข้อสรุปว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของภาคเหนือเห็นว่า อสม. มีศักยภาพในการบริหารจัดการงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ ส่วนมาก อสม. มีศักยภาพ อยู่ในระดับทำได้ และเพื่อให้ อสม. มีศักยภาพเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงบประมาณได้ จะต้องพัฒนาในการสร้างจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทักษะการวางแผน และการทำงานเป็นทีม

ยุคนธ์ ชุติปัญญาบุตร (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง จำนวน 335 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดลอง (Try-Out) มาแล้ว มีความเชื่อมั่น = 0.84 พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ด้านการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมและรายชื่อย่อยอยู่ในเกณฑ์มีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ การแนะนำให้ทำบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท การชักชวนเพื่อนบ้านให้ช่วยดูแลสิ่งแวดล้อม และการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี ด้านการป้องกันโรค ในภาพรวมและรายชื่อย่อยอยู่ในเกณฑ์มีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ ชักชวนเพื่อนบ้านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ติดตามเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ให้ไปรับวัคซีนป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพในช่องปาก ด้านการรักษาพยาบาล ในภาพรวมและรายชื่อย่อยอยู่ในเกณฑ์มีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ แนะนำส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ให้การรักษาพยาบาลตามอาการ จัดยาสามัญประจำบ้านเพื่อการรักษาเบื้องต้น และด้านการฟื้นฟูสภาพ ในภาพรวมและรายชื่อย่อยอยู่ในเกณฑ์มีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ แนะนำประชาชนให้ยอมรับ สงสาร เห็นใจ ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ติดเชื้อมะเร็ง การช่วยเหลือและแนะนำผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประเสริฐ ถมะไ้ปะ (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญนา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 228 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในด้านสาเหตุการเกิดโรค ด้านอาการ การดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย และด้านการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง มีระดับทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง การบริหารทรัพยากรในการควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง การดำเนินงานด้านการวางแผน การจัดกิจกรรมรณรงค์ การประสานงาน การประเมินผลอยู่ในระดับสูง ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ความรู้และการบริหารทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกันในเรื่อง ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 320 คน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี มีสถานภาพสมรส จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีรายได้ 3,001 บาท/เดือน มีอาชีพทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการศึกษาและรายได้แตกต่างกัน มีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน มีแรงจูงใจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีการรับรู้ในบทบาท ความรู้แตกต่างมีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร

การปฏิบัติงานของบุคคลมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยมาทำการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ สวัสดิการจากการเป็น อสม. การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีผลต่อศักยภาพงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

ทวีศักดิ์ วัคอุคม (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 150 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า 1.) ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 17-40 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกรกรรม
 2.) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ใน
 ระดับสูง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ใน
 ระดับสูง และทัศนคติต่อการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับดี 3.) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ การ
 ได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4.) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับ
 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เพศ
 อายุ การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร
 สาธารณสุข

นราภรณ์ เจริญวงศ์มิตร (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการดำเนินงานสาธารณสุขมูล
 ฐานในเขตเมืองนครสวรรค์ จำนวน 150 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า อาสาสมัคร
 สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.7 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 34 มีสถานภาพ
 สมรส ร้อยละ 78 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 66 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ
 49.3 รายได้เฉลี่ย ร้อยละ 41.3 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 1-5 ปี ร้อยละ 57.3
 ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82 ทัศนคติของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ
 อาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในการปฏิบัติประจำ ร้อยละ 74.67

วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวา
 รินชำราบ จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ พบว่า 1.) อาสาสมัครสาธารณสุข
 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี สำเร็จการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ระยะเวลา
 การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 1-5 ปี 2.) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับ
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3.) ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี 4.) ระดับ
 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี 5.) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน
 โรคไข้เลือดออกในชุมชน เพศ การศึกษา สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร ไม่มี
 ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

อดุลย์ วรรณชาติ (2545 : บทคัดย่อ) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก : ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัด
 อุบลราชธานี จำนวน 113 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถาม พบว่า 1.) ประชากรส่วน

ใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 29-50 ปี จบระดับประถมศึกษา อาชีพทำนา สถานภาพสมรสแล้ว
 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1-5 ปี 2.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้านได้รับการสนับสนุนสูง 3.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลข่าวสารจาก
 สื่อเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 92 4.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ
 ในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง 5.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในระดับสูง 6.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมใน
 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง 7.) ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ การได้รับการสนับสนุน อายุ ระยะเวลา อาชีพ
 8.) ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ เพศ
 ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคม

สิทธิพงษ์ ยอดสิงห์ (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทและพฤติกรรมการมีส่วนร่วม
 ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอกันทรลักษ์
 จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 363 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ใน
 ระดับดี ร้อยละ 73 มีเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.45 ได้รับวัสดุ
 อุปกรณ์ที่เพียงพอต่อความต้องการของชุมชน ร้อยละ 78 อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทและ
 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง
 ร้อยละ 65.84 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการควบคุม
 ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($p=0.038$)
 รายได้ ($p=0.023$) การจัดการวัสดุอุปกรณ์ ($p=0.031$) สภาพแวดล้อมในครัวเรือน ($p=0.011$)
 แรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($p=0.046$) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโรค
 ไข้เลือดออก ($p=0.001$)

สรรัช สุวรรณรักษ์ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน
 จังหวัดยะลา จำนวน 243 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็น
 เพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.9 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาชีพ
 ทำสวน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่ำกว่า 5 ปี มีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่
 ในระดับปานกลาง มีทัศนคติในเรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง การมีส่วนร่วมในการป้องกัน
 โรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค
 ไข้เลือดออก ได้แก่ ระดับการศึกษา การได้รับการสนับสนุน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำตัวแปรและปัจจัยที่สำคัญนำมาใช้ในการวิจัยคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาการเป็น อสม. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สวัสดิการจากการเป็น อสม. การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเนื่องจากผลการศึกษาวิจัยในตัวแปรและปัจจัยในแต่ละงานวิจัยมีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงานถือว่ายังหาข้อสรุปไม่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาหาคำตอบในประเด็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์