

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ของตัวแทนครัวเรือน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Chikungunya prevention and control behaviors among household representatives in Pranburi district, Prachuap Khiri Khan province

ลลิตพรรณ หมั่นจิตร์

Lalitphan Manjit

มนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์

Manirat Therawiwat

นิรัตน์ อิมามี่

Nirat Iamee

ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์

Paranee Vattanasomboon

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

DOI: 10.14456/dcj.2023.7

Received: January 21, 2022 | Revised: April 26, 2022 | Accepted: April 26, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาของตัวแทนครัวเรือน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยประยุกต์ PRECEDE Framework เป็นกรอบในการกำหนดตัวแปรปัจจัยที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือน จำนวน 399 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 4 ขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับน้อย (ร้อยละ 52.4) ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคชิคุนกุนยาในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.4 และ 65.9 ตามลำดับ มีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคชิคุนกุนยา การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา โดยเน้นการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ทายาอะเบท หรือ การเพาะเลี้ยงปลาหางนกยูง เพื่อแจกจ่ายให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ อสม.หรือผู้นำชุมชน ควรกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการป้องกันและควบคุมยุงลายของคนในชุมชน เพื่อให้การควบคุมและป้องกันโรคเกิดประสิทธิภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ลลิตพรรณ หมั่นจิตร์

อีเมล : Nukangz@hotmail.com

Abstract

This cross-sectional survey research was aimed to explore the factors related to Chikungunya prevention and control behaviors among household representatives in Pranburi District, Phachuap Khiri Khan Province. The PRECEDE Framework was applied as a guideline for determining the study variables. The study samples were the representatives of 399 households, selected by a four-stage-sampling method. Data collection was done using self-administered questionnaire. Data analysis was processed by employing analysis was done using Chi-square test and Pearson's Product-Moment Correlation. The results indicated that about half of the samples (52.4%) had a low level of knowledge about Chikungunya prevention and control behaviors, and most of samples had a moderate perceived susceptibility and perceived severity of Chikungunya at 69.4 percent and 65.9 percent, respectively. Factors that are significantly associated with Chikungunya prevention and control behaviors consisted of demographic characteristics factors including sex, age, marital status, occupation, average monthly income; predisposing factors with respect to knowledge about Chikungunya prevention and control behaviors, perceived severity and perceived susceptibility of Chikungunya and perceived self-efficacy to prevent and control Chikungunya; and the enabling and reinforcing factors ($p<0.05$). Suggestions: Local government organizations and health care officers should organize activities to promote behavioral prevention and control of Chikungunya focusing on promoting self-efficacy. In addition, they should continuously support villagers with materials to eliminate mosquito larvae, such as abate sand, guppy fish. Village health volunteer or community leaders should work together in setting up an agreement on the prevention and control of Aedes mosquitoes for their community in order to achieve the effective disease control and prevention.

Correspondence: Lalitphan Manjit

E-mail: Nukangz@hotmail.com

คำสำคัญ

ชุกงุนยา, พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค, ตัวแทนครัวเรือน

Keywords

Chikungunya, disease prevention and control behavior, household representatives

บทนำ

โรคติดต่อมาโดยแมลงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานกว่า 40 ปี โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย ในแต่ละปีมีผู้ป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และยังมีโรคติดต่อโดยแมลง ที่กลับมาเป็นปัญหาที่สำคัญในขณะนี้ ได้แก่ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย⁽¹⁾ โดยมียุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะหลัก และมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะรอง⁽²⁾ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขรายงานในระบบ

เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่ปี 2557-2562 พบผู้ป่วยสูงสุดในปี 2562 อัตราป่วย 17.16 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าในปี 2561 ซึ่งพบอัตราป่วย 5.34 ต่อประชากรแสนคนและไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคนี้⁽³⁾ จากข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบผู้ป่วยสะสมรวม 11,375 ราย สูงกว่าในปีผ่านมาถึง 3 เท่า เป็นเพศหญิง 7,019 ราย เพศชาย 4,356 ราย พบได้ทุกกลุ่มอายุ อาชีพรับจ้างพบสูงสุด ร้อยละ 35 โดยส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ อัตราป่วย 68.73 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾

ข้อมูลในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 23 กันยายน 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา 438 ราย อัตราป่วย 80.52 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าปี 2561 ถึง 14 เท่า มีอัตราป่วยเมื่อพิจารณาข้อมูลในระดับอำเภอ พบว่าอำเภอปราณบุรี เป็น 1 ใน 8 อำเภอ ซึ่งได้ถูกประกาศให้เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา มีอัตราป่วยสูงสุดในถึง 122.73 ต่อแสนประชากร จากสถานการณ์การระบาดของโรคชิคุนกุนยาในพื้นที่อำเภอปราณบุรี ในปี 2562 เป็นพื้นที่ระบาดของโรคและนับเป็นครั้งแรกของการระบาดในพื้นที่อีกด้วย ทั้งนี้จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาของอำเภอปราณบุรี ในช่วงการระบาดที่ผ่านมาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบลได้ดำเนินการสอบสวนโรค รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สนับสนุนงบประมาณในรูปแบบของวัสดุ อุปกรณ์ เช่น ทรายอะเบท การพ่นหมอกควันในบ้านและรอบ ๆ บ้านของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งถือเป็นการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐเพื่อป้องกันและควบคุมโรค โดยเน้นที่การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง แหล่งน้ำขังที่ยุงสามารถวางไข่ได้และพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัย ซึ่งกว่าจะควบคุมสถานการณ์การระบาดในครั้งที่ผ่านมาได้ต้องใช้เวลา และงบประมาณของภาครัฐเป็นจำนวนมาก⁽⁵⁾

ที่ผ่านมาการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ยังมีไม่มากนัก แต่พบการศึกษาระบาดวิทยา อาการทางคลินิกของโรคชิคุนกุนยา และการศึกษาในโรคไข้เลือดออกซึ่งมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในพื้นที่อำเภอปราณบุรี ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจและต้องการศึกษา การวางแผนส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคชิคุนกุนยา ซึ่ง จำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การวางแผนให้สอดคล้องกับกลุ่ม

เป้าหมาย โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ PRECEDE Framework ของกรีน และ กรูเตอร์⁽⁶⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรการศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคชิคุนกุนยาของตัวแทนครัวเรือน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ประกอบการวางแผนการป้องกันโรคชิคุนกุนยาในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยจากโรคชิคุนกุนยาแบบยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาของตัวแทนครัวเรือน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาของตัวแทนครัวเรือน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-administer questionnaire) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน อาศัยอยู่ในอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จากข้อมูลสำนักทะเบียนอำเภอปราณบุรี ปี 2563 การศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ แดเนียล⁽⁷⁾

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2(39,356)(0.52)(1-0.52)}{(1.96)^2(0.52)(1-0.52) + (39,356-1)(0.05)^2}$$

$$n = 379.8 \text{ เท่ากับ } 380 \text{ ครัวเรือน}$$

เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากที่คำนวณได้อีกร้อยละ 5 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 399 ครัวเรือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อำเภอปรางบุรี ประกอบด้วย 6 ตำบล

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เลือก 2 หมู่บ้านจากแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 4 จากหมู่บ้านที่สุ่มได้ทำการสุ่มบ้านเลขที่ ด้วยวิธีการจับสลากเพื่อทำการเริ่มต้น แล้วทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ Systematic Random Sampling โดยมีช่วงห่างเท่ากับ 5 หลังคาเรือน และดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือน หลังคาเรือนละ 1 คน จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นบุคคลที่มีบ้านพักอาศัยอยู่ในอำเภอปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. เป็นเพศหญิงหรือชายที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และสมาชิกในครอบครัวเลือกเป็นตัวแทนให้ข้อมูล
3. มีสัญชาติไทย

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์	ระดับความรู้
80-100	13 - 16	มาก
60-79	10 - 12	ปานกลาง
น้อยกว่า 60	0 - 9	น้อย

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคชุกชุม จำนวน 14 ข้อ เป็นการวัดความเชื่อ ความรู้ลึกว่าสามารถป่วยเป็นโรคชุกชุมได้ ซึ่งเป็นคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท⁽⁹⁾ มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยมากที่สุด จัดระดับการรับรู้โดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁸⁾

4. มีความสามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ดี

5. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่ติดภารกิจในช่วงวันเวลาที่เก็บข้อมูลหรือมีการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคชุกชุมของบุคคลในครอบครัว ลักษณะการตอบเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดคือมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ได้แก่

2.1 ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรค เป็นการวัดความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และป้องกันการป่วยเป็นโรคชุกชุม จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้องมีเพียง 1 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ซึ่งมีการจัดระดับความรู้โดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁸⁾ ดังนี้

2.3 การรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคชุกชุม จำนวน 10 ข้อ เป็นการวัดระดับความคิดเห็นในด้านความรุนแรงเมื่อป่วย ทั้งในเรื่องผลกระทบ ต่อร่างกาย การทำงาน การต้องใช้เวลาในการรักษานาน และรายได้ ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท⁽⁹⁾ มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยมากที่สุด จัดระดับ

การรับรู้ โดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁸⁾

2.4 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา จำนวน 12 ข้อ เป็นการวัดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท⁽⁹⁾ มี 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย มั่นใจน้อยมาก จัดระดับการรับรู้ โดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁸⁾

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ เป็นการวัดการได้รับสิ่งสนับสนุนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค และวัดเกี่ยวกับทักษะหรือความสามารถในการใช้ทรัพยากรป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท⁽⁹⁾ มี 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยมาก ไม่เป็นจริงเลย ซึ่งมีการจัดระดับปัจจัยเอื้อ โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นระดับของการเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ตามการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁸⁾

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม เป็นการวัดเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของจากบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท⁽⁹⁾ มี 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นความจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยมาก ไม่เป็นจริงเลย ซึ่งมีการจัดระดับปัจจัยเสริม โดยแบ่งคะแนนมาแบ่งเป็นระดับของการได้รับแรงสนับสนุนตามการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁸⁾

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา เป็นการวัดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท⁽⁹⁾ มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย ซึ่งมีการจัดระดับคะแนนพฤติกรรมกาป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา โดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁸⁾

การสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วัตถุประสงค์การวิจัย และกำหนดเป็นคำถามครอบคลุมตามตัวแปรและประเด็นที่ต้องการศึกษา และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำข้อเสนอแนะไปทำการปรับปรุงแก้ไข ปรับปรุง จัดทำแบบสอบถามฉบับทดลอง นำไปทดลองใช้กับประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 คน และ นำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ด้วยวิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงในส่วนอื่น ๆ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคชิคุนกุนยา เท่ากับ 0.7 การรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคชิคุนกุนยา เท่ากับ 0.7 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาเท่ากับ 0.9 ปัจจัยเอื้อเท่ากับ 0.8 และปัจจัยเสริมเท่ากับ 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2021-048 และ ติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลส่งไปยัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลแห่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน โดยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนรายละเอียดของแบบสอบถาม ให้ความเข้าใจตรงกัน ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ให้กลุ่ม

ตัวอย่างทราบและสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติวิเคราะห์ (Analytic statistic) ได้แก่ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ภายหลังดำเนินการเก็บข้อมูล ใช้ได้ครบตามจำนวนตัวอย่าง 399 คน

1. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

ชิกุนกูญา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาในระดับพอใช้ ร้อยละ 44.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 38.2 (SD=9.7) พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด อันดับแรก (ร้อยละ 31.6) ได้แก่ นอนในมุ้ง หรือห้องที่มีมุ้งสวด หรือเปิดพัดลมไผ่ในตอนกลางวัน ส่วนอันดับสุดท้าย (ร้อยละ 19.3) ได้แก่ การสำรวจ และกำจัด ทำลาย วัสดุ สิ่งของ บริเวณบ้านและนอกบ้านที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกสัปดาห์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคำตอบรายข้อของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญา (n=399)

Table 1 Number and percentage of participants classified by item responses for chikungunya prevention and control behaviors (n=399)

ประเด็นพฤติกรรม	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
1. หลังเปิดใช้น้ำ เสร็จแล้วมีการปิดโถงน้ำดื่มด้วยฝาโถงหรือใช้ผ้าปิดพร้อมมัดด้วยเชือกทันที	11 (2.8)	32 (8.0)	112 (28.1)	155 (38.8)	89 (22.3)
2. ในครอบครัวมีการใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำใช้ทุกใบ	22 (5.5)	41 (10.3)	95 (23.8)	153 (38.3)	88 (22.1)
3. ในครอบครัวใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำใช้และเปลี่ยนทรายอะเบททุก 3-4 เดือน	28 (7.0)	24 (6.0)	121 (30.3)	136 (34.1)	90 (22.6)
4. เปลี่ยนน้ำ หรือใช้สารกำจัดลูกน้ำ ใส่ในภาชนะขนาดเล็กทุกสัปดาห์ เช่น แจกันดอกไม้ ขารองตู้กับข้าว	22 (5.5)	33 (8.3)	116 (29.1)	134 (33.6)	94 (23.6)
5. เลี่ยงปลาหางนกยูงเพื่อให้อินลูกน้ำ ในโอ่ง ตุ่ม อ่างบัว สระ ฯลฯ	49 (12.3)	30 (7.5)	104 (26.1)	121 (30.3)	95 (23.8)
6. ในครอบครัวมีการสำรวจ และกำจัด ทำลาย วัสดุ สิ่งของ บริเวณบ้านและนอกบ้านที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกสัปดาห์	17 (4.3)	23 (5.8)	112 (28.1)	170 (42.6)	77 (19.3)
7. ในครอบครัวดูแลและกำจัดวัชพืช ตัด ถางหญ้า ริด กิ่งไม้ เพื่อลดแหล่งอาศัยของยุงทุกเดือน	11 (2.8)	18 (4.5)	112 (28.1)	171 (42.9)	87 (21.8)
8. ในครอบครัวมีการทำความสะอาด จัดเก็บสิ่งของในห้องต่าง ๆ ในบ้าน เพื่อลดแหล่งอาศัยของยุง	8 (2.0)	30 (7.5)	114 (28.6)	153 (38.3)	94 (23.6)
9. ทำความสะอาด จัดเก็บสิ่งของในห้องต่าง ๆ ในบ้าน เพื่อลดแหล่งอาศัยของยุง	9 (2.3)	25 (6.3)	113 (28.3)	154 (38.6)	98 (24.6)
10. สวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ทุกครั้งที่ไปทำสวนหรือทำงานในสวน	9 (2.3)	25 (6.3)	70 (17.5)	172 (43.1)	123 (30.8)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคำตอบรายข้อของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา (n=399) (ต่อ)

Table 1 Number and percentage of participants classified by item responses for chikungunya prevention and control behaviors (n=399) (continued)

ประเด็นพฤติกรรม	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
11. ทายากันยุง ฉีดพ่นยาฆ่ายุง หรือกำจัดยุงด้วยวิธีอื่น ๆ เมื่อพบว่ามียุงในบ้าน	12 (3.0)	14 (3.5)	105 (26.3)	150 (37.6)	118 (29.6)
12. นอนในมุ้ง หรือห้องที่มีมุ้งลวด หรือเปิดพัดลมไล่ยุงในตอนกลางวัน	13 (3.3)	17 (4.3)	84 (21.1)	159 (39.8)	126 (31.6)
13. ทายาหรือครีมกันยุง หรือสเปรย์กันยุงเมื่อออกไปทำงานในสวน	14 (3.5)	33 (8.3)	106 (26.6)	143 (35.8)	103 (25.8)
14. มีการร้องขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพ่นหมอกควันกำจัดยุงเมื่อมีลูกน้ำยุง และมียุงชุกชุม	20 (5.0)	20 (5.0)	93 (23.3)	156 (39.1)	110 (27.6)

2. ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 41.9 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.33 ปี (SD=13.6) ร้อยละ 45.4 มีสถานภาพสมรส ด้านการศึกษา พบว่า ร้อยละ 27.8 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมา ร้อยละ 25.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 23.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001–10,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 14,100.8 บาท กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่ (ร้อยละ 72.7) ระบุว่าไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคชิคุนกุนยา

3. ปัจจัยนำ

3.1 ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.4) มีความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาเท่ากับ 9.1 (SD=2.56) และมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 15 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคชิคุนกุนยา กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 69.4) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคชิคุนกุนยา

ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 44.5 (SD=5.6)

3.3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคชิคุนกุนยา ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 65.9) ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคชิคุนกุนยาในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 33.5 (SD=5.3)

3.4 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.4 มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 42.25 (SD=10.2)

4. ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.1 มีปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 43.6 (SD=8.7)

5. ด้านปัจจัยเสริม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.1 ได้รับปัจจัยเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 34.6 (SD=9.4)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา

6.1 ปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา (n=399)

Table 2 Relationship between demographic attributes and chikungunya prevention and control behaviors (n=399)

ปัจจัย	ต้องปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ				10.972	0.004
ชาย	62 (37.1)	73 (43.7)	32 (19.2)		
หญิง	55 (23.7)	106 (45.7)	71 (30.6)		
อายุ				16.131	0.041
20-29 ปี	39 (38.2)	41 (40.2)	22 (21.6)		
30-39 ปี	35 (32.4)	49 (45.4)	24 (22.2)		
40-49 ปี	19 (30.6)	25 (40.3)	18 (29.0)		
50-59 ปี	19 (25.0)	37 (48.7)	20 (26.3)		
60 ปีขึ้นไป	5 (9.8)	27 (52.9)	19 (37.3)		
สถานภาพสมรส				26.496	<0.001
โสด	59 (35.1)	79 (47.0)	30 (17.9)		
คู่	52 (28.7)	66 (36.5)	63 (34.8)		
หม้าย/หย่า/แยก	6 (12.0)	34 (68.0)	10 (20.0)		
ระดับการศึกษา				6.900	0.330
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	14 (20.0)	39 (55.7)	17 (24.3)		
มัธยมศึกษาตอนต้น/มัธยมศึกษาตอนปลาย	50 (30.1)	74 (44.6)	42 (25.3)		
อนุปริญญา	17 (28.3)	28 (46.7)	15 (25.0)		
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	36 (35.0)	38 (36.9)	29 (28.1)		
อาชีพ				15.619	0.016
เกษตรกรรม/ประมง	37 (37.0)	46 (46.0)	17 (17.0)		
รับจ้าง/ค้าขาย	41 (26.5)	64 (41.3)	50 (32.3)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	26 (26.1)	28 (38.9)	18 (25.0)		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ	13 (18.1)	41 (56.9)	18 (25.0)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				15.182	0.056
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	15 (18.5)	46 (56.8)	20 (24.7)		
5,001-10,000 บาท	27 (23.9)	54 (47.8)	32 (28.3)		
10,001-15,000 บาท	22 (30.6)	31 (43.1)	19 (26.4)		
15,001-20,000 บาท	19 (38.0)	19 (38.0)	12 (24.0)		
ตั้งแต่ 20,001 ขึ้นไป	34 (41.0)	29 (34.9)	20 (24.1)		
ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคชิคุนกุนยาของบุคคลในครอบครัว				5.641	0.228
โรคไข้เลือดออก	28 (37.3)	30 (40.0)	17 (22.7)		
โรคชิคุนกุนยา	6 (17.6)	20 (58.8)	8 (23.5)		
ไม่เคยมีใครป่วยทั้ง 2 โรค	83 (28.6)	129 (44.5)	78 (26.9)		

6.2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคชิกุนกูยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคชิกุนกูยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ และ การรับรู้ความ

สามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง ดังตารางที่ 3

6.3 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา (n=399)

Table 3 Relationship between leading factors, contributing factors and supporting factors with chikungunya prevention and control behaviors (n=399)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา	0.173	0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรค	0.187	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรค	0.123	0.014*
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรค	0.507	<0.001**
ปัจจัยเอื้อ	0.530	<0.001**
ปัจจัยเสริม	0.647	<0.001**

วิจารณ์

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาอยู่ในระดับพอใช้ อาจเนื่องมาจากประชาชน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ส่วนมากมีความรู้เรื่องโรคชิกุนกูยาและการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคและการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีการให้ความรู้และการรณรงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุคลายอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา แต่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ตระหนักในหน้าที่ของตนเองในการป้องกันและการทำลายวงจรชีวิตของยุงส่วนหนึ่งประชาชนยังมีความเข้าใจว่า ผู้ที่มีหน้าที่ในการ

ป้องกันควบคุมโรคคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชญ์ อนิลบล⁽¹⁰⁾ และกันต์ธมน สุขกระจ่าง⁽¹¹⁾

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา อาจเนื่องจากวัฒนธรรมเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นเพศที่เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง ฉำน้อย⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹³⁾ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ

มากขึ้น จะมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมกว่าได้ดีกว่าคนที่อายุน้อยกว่า จึงทำให้แสดงออกถึงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร⁽¹⁴⁾ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออก

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุม โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพมีคู่ มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในระดับดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดหรืออยู่คนเดียว อธิบายได้ว่าการอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสจะเกิดสัมพันธ์ภาพในครอบครัวแน่นแฟ้น คนที่แต่งงานแล้วจะให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว อาจมีความห่วงใยคนในครอบครัว จึงทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดหรืออยู่คนเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมลรัตน์ทอง และคณะ⁽¹⁵⁾ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹³⁾ พบว่าสถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากในปัจจุบันช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร ง่าย ทันสมัย และรวดเร็ว จึงทำให้ประชาชนในทุกกระชั้นของการศึกษามีการรับข้อมูลข่าวสารเท่าเทียมกันจากสื่อที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้คำแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของชมพูนุช อินทศรี และคณะ⁽¹⁶⁾

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุม กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในระดับดีกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ อาจเนื่องจากอาชีพแม่ค้า มีร้านค้าเป็นศูนย์กลางของชุมชน จึงได้รับข้อมูลข่าวสารได้ง่าย ทำให้มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุช อินทศรี และคณะ⁽¹⁶⁾ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ วิทยา ศรีแก้ว⁽¹³⁾ พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุม ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น จึงมีแรงจูงใจในการดูแลป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹³⁾ และการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร⁽¹⁴⁾

ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคชุกชุมของบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุม อาจเนื่องจากไม่ว่าบุคคลในครอบครัวจะเคยป่วยหรือไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคชุกชุมก็จะรู้วิธีในการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัดและการกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จึงทำให้ปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹³⁾ และการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร⁽¹⁴⁾

ปัจจัยนำ

ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในระดับต่ำ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมที่ดี จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคได้ดีและถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลอง PRECEDE Framework⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่าความรู้เป็นหนึ่งในปัจจัยที่อยู่ในตัวบุคคล เป็น

ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้บุคคลรู้และเข้าใจว่าทำไมจึงต้องกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ของแต่ละคน อาจจะได้มาจากกิจกรรมการให้ความรู้ของหน่วยงานจัดขึ้น หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเองนั้น โดยความรู้นี้อาจมีผลต่อการสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chikungunya มีคุณและคณะ⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาของตวงพรกัตถ์ญานานท์ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคชิคุนกุนยา

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคชิคุนกุนยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคชิคุนกุนยาสูง ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมกกว่าบุคคลที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคต่ำ การที่บุคคลใด ๆ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงหรืออันตราย จากการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคชิคุนกุนยา จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่ตนเองและคนในครอบครัว จะมีโอกาสป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยา จึงหาทางป้องกันตนเองและคนในครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นโรคชิคุนกุนยา สอดคล้องกับการศึกษา Alidha Nur Rakhmani⁽¹⁹⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ชนิตา มัททวงกู⁽¹⁴⁾ ไม่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคชิคุนกุนยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับต่ำ บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคสูง ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมกกว่าบุคคล ที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคต่ำ เป็นไปตามแนวคิดที่ว่าคนที่บุคคลใด ๆ เชื่อว่าโรคที่

เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อร่างกาย ความเจ็บปวด และกระทบต่อค่าใช้จ่าย จะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมกาดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากโรคนั้น ๆ ดังนั้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิตา มัททวงกู⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาของประเทือง นำน้อย⁽¹²⁾ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง นำน้อย⁽¹²⁾

ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับสูง อธิบายได้ว่า สิ่งต่าง ๆ หรือสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรม⁽⁶⁾ เมื่อมีทรัพยากรอย่างเพียงพอในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา เช่น มีทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด มีการสนับสนุนทรายอะเบท สารเคมีในการพ่นหมอกควัน มีปลาหางนกยูงในการกำจัดลูกน้ำ หรือมีผลิตภัณฑ์ทาป้องกันยุงกัด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภานุวัฒน์ พรหมสังคะ⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเสขจิตร และคณะ⁽²¹⁾ พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในระดับสูง อธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่ได้รับจากบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการรับคำแนะนำหรือการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค เมื่อผู้รับได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือด้านจิตใจ เป็นผลให้ผู้รับแสดงออกในพฤติกรรมที่ผู้รับต้องการ คือปลอดภัยจากโรคชิคุนกุนยา สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิวลี รัตนปัญญา⁽²²⁾

สรุป

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.1 เป็นเพศหญิง มีพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาอยู่ในระดับพอใช้ และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องกำป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคชิกุนกูญา การรับรู้ความสามารถตนเองในการกำป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญา ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงจากการเป็นโรคชิกุนกูญา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า ระดับการศึกษา ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคชิกุนกูญาของบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญา

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเอง ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญา โดยเน้นการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้วยวิธีการเรียนรู้จากตัวแบบ วิธีเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเองและเน้นการฝึกทักษะการควบคุมโรค เช่น การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การใส่ทรายอะเบท รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ทรายอะเบท หรือการเพาะเลี้ยงปลาหางนกยูง เพื่อแจกจ่ายให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ อสม.หรือผู้นำชุมชน ควรกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการกำป้องกันและควบคุมยุงลายของคนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Communicable Diseases, led by Insects, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). Integrated Disease Carrier Management Guidelines for Local Administrative Organizations. Nonthaburi: Bureau of Communicable Diseases (TH); 2012. (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). Chikungunya disease [Internet]. [cited 2020 Aug 30]. Available from: [http://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=14160&dept code=brc&news_views=3332](http://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=14160&dept%20code=brc&news_views=3332). (in Thai)
3. Division of Communicable Diseases led by Insects, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). Situation of Chikungunya in Thailand [Internet]. [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/1HowPnXQZKvcus2iOFCVVHr7X-74bvtU7g>. (in Thai)
4. Department of Disease Control (TH). Prognosis of Diseases and Health Hazards Weekly, Vol. 274, Week 32. [Internet]. [cited 2020 Nov 25]. Available from: [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=14160& deptcode=brc&news_views = 3332](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=14160&deptcode=brc&news_views=3332). (in Thai)
5. Epidemiology Center, Pranburi District (TH). Chikungunya Situation Report Pranburi District for the month of December. Prachuap Khiri Khan: Epidemiology Center; 2019. (in Thai)
6. Green L, Kreuter M. Health Promotion Planning An Education Approach. 4th ed. New York: Mc Graw-Hill book; 2005.

7. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the health Sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
8. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill book; 1976.
9. Likert R. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son. 1967. p. 90–2.
10. Aninlabon W, Maithongngam K. Factor associated with the prevention and control of communicable diseases caused by Aedes mosquitoes in Langsuan District, Chumphon Province, The office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima Journal. 2020;26(2):62–71. (in Thai)
11. Sukkrajang K, Phraomathurot B, Phraomathurot Y, Rattanakool T, Chenkaow S. Knowledge and Prevention Behavior regarding The Dengue of people in the area of responsibility of Ban Tha Sai Tambon Health Promotion Hospital. Ko Yo. Songkhla. The 7th Hatyai national and International conference, 2016;1286–93. (in Thai)
12. Chamnoi P. A Study of the Knowledge, Perception and Behavior of Dengue Fever Control Operations of Public Health Volunteers A case study of Phran Krabai District, Kamphaeng Phet Province. Disease Control of Journal. 2016;42: 138–50. (in Thai)
13. Sornkaew W. Study of factors related to dengue prevention and control behaviors of people in Chawang District. Nakhon Si Thammarat Province. Thai journal of public health and health sciences. 2020;3(2):13–26. (in Thai)
14. Mattavangkul C, Ploykaew P, Thawansereewatana A, Sithijad A, Noisiriwattana T. Factors that have correlated with defensive behaviors and control of the people's dengue fever in the area of responsibility of the hospital Health Promotion, Sai Si Sub-District, Samut Sakhon Province. Journal of Nursing, Siam University. 2017; 18(34):34–48. (in Thai)
15. Rongtong A, Chomson S. Factors Affecting Behavior of Participation in Dengue Fever Prevention and Control of People in Nong Chang District, Uthai Thani Province. EAU Heritage journal. 2019;13(1):147–58. (in Thai)
16. Intasri C, Sarawong P, Palitnonkert A, Eamjoy D. Factors related to dengue fever prevention among people in Ban Khlong Bang Na community. Sisa Chorakhe Noi Subdistrict Bang Sao Thong District Samut Prakan Province. Huachiew Chalermprakiet Science and technology journal. 2017;3(1):43–51. (in Thai)
17. Meekhun R, Saliach K, Songsri C. Factors Related to Dengue Fever Prevention and Control Behaviors of the People of Ban Nong I Bao, Khon Yung Sub-district, Kut Jub District, Udon Thani Province. Journal of health and nursing education. 2019;2(2):26–34. (in Thai)
18. Katanyutanon T, Phakdee S, Pudsaban P, Boonma S, Baheh F, Kaewkrajok T, et al. Preventing Chikungunya disease of people in Bang Pu Sub-district Mueang Samut Prakan District Samut Prakan Province. HCU journal. 2021;25 (1):41–52. (in Thai)
19. Rakhmani AN, Limpanont Y, Kaewkungwal J, Okanurak K. Factors associated with dengue prevention behaviour in Lowokwaru, Malang,

- Indonesia: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2018;18(1):619.
20. Phromsunkkhaha B. Factors Predicting Dengue Fever Prevention and Control Behavior of People in Ban Tha Kwai Health Promoting Hospital Area Khao Chaison District Phatthalung Province. Journal of Health Sciences, Thaksin University. 2019;1(1):24-31. (in Thai)
21. Pakpoom U, Charoenchai U, Janejira N, Amita M, Natsuda F, Paweena W, et al. People of Khlong Tham Taban Community, Rahaeng Subdistrict, Lat Lum Kaeo District Pathum Thani Province. In: Documents of the 6th National Conference and Research Presentations at the 6th National Level and the 1st International Level, titled "Development into an Intelligent Society", Pathum Thani University, 2019;105-12. (in Thai)
22. Rattanapunya S. Predictive factors and supported activity with regard to dengue hemorrhagic fever prevention behaviors in for the population in Mae Rim district, Chiang Mai province. Journal of Science and Technology. 2019;27(1):135-48. (in Thai)