

ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สลิลา ปฐมกาญจนา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)

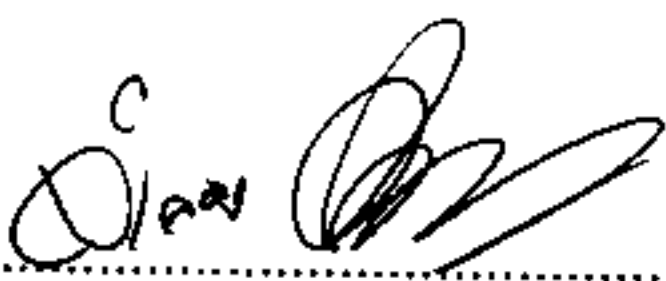
สำนักพัฒนابัณฑิตศึกษา

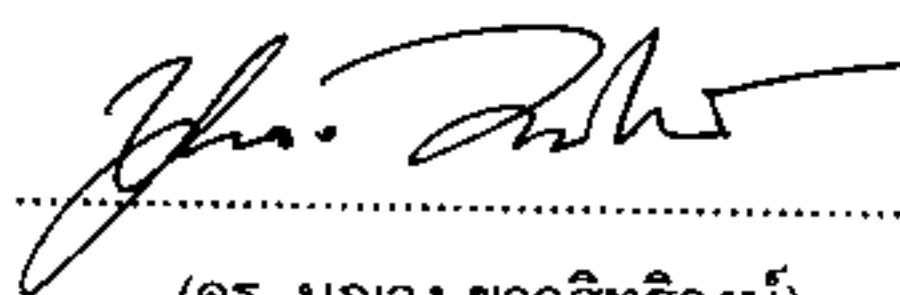
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

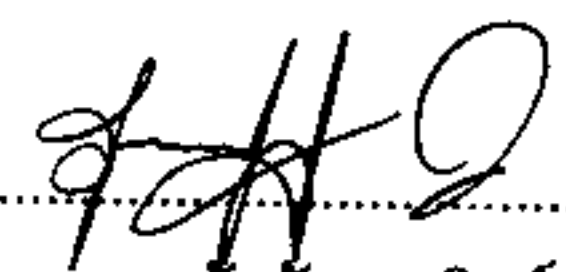
พ.ศ. 2547

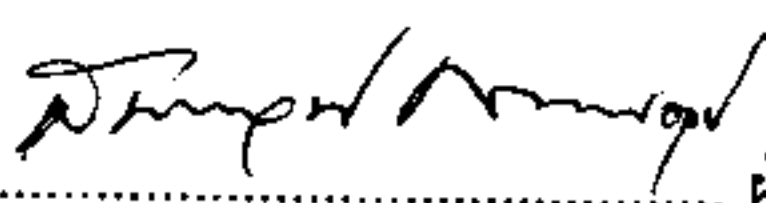
ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
สลิลา ปฐมกาญจนา
สำนักพัฒนาบัณฑิตศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์  ประธานกรรมการ
(ดร. จำลอง โพธิ์บุญ)

รองศาสตราจารย์  กรรมการ
(ดร. บุญจง ขาวสิทธิวงษ์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์  กรรมการ
(ดร. ชัชชัย สุภดิษฐ์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์  ผู้อำนวยการ
(ดร. สมพจน์ กรรณนุช)
วันที่ 30 กันยายน 2547

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์	:	ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ชื่อผู้เขียน	:	นางสาวสลิลา ปฐมกาญจนา
ชื่อปริญญา	:	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)
ปีการศึกษา	:	2547

การศึกษาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและตัวแปรสำคัญอื่นๆ กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและ 3) เสนอแนะแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในเรื่องดังกล่าว การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนในพื้นที่ศึกษา และผู้บริหาร/บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีพื้นที่ศึกษาในทุกภาคทั่วประเทศ โดยแต่ละภาคได้คัดเลือกจังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงและต่ำภาคละ 2 จังหวัด และในแต่ละจังหวัดคัดเลือกเทศบาล 1 แห่ง และ อบต. 1 แห่งเป็นพื้นที่ศึกษา ส่วนในเขตกรุงเทพมหานครได้คัดเลือกเขตที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงและต่ำอย่างละ 1 เขต เป็นพื้นที่ศึกษา และในแต่ละพื้นที่ศึกษาจะมีกลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชน จำนวนประมาณ 65 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,218 ตัวอย่าง นอกจากนี้ เป็นผู้บริหาร/บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งละประมาณ 5 คน รวมจำนวนตัวอย่าง 37 ตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน คือ ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะของชุมชน และการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยด้านระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์กับความรู้ ส่วนความรู้ ระดับการศึกษา และการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออก ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญมากที่สุดตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การขาดความร่วมมือ

รองลงมา ได้แก่ ขาดแคลนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ และขาดประสิทธิภาพในการประชาสัมพันธ์

แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วยการสร้างทีมงานในชุมชนเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ทีมงานร่วมกันสำรวจปัญหา วางแผนการแก้ไข ดำเนินการตามแผน ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินการ และร่วมพัฒนาหรือปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือสนับสนุน 2) มาตรการเสริมสร้างการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการให้ความรู้แก่ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนเกี่ยวกับการบริหารจัดการ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นระบบ

ABSTRACT

Title of Thesis : Capability of Communities in Dengue Haemorrhagic
Fever Prevention and Control
Author : Miss Salila Pathomkanjana
Degree : Master of Science (Environmental Management)
Year : 2004

The aims of this study were: 1) to examine capability of communities in dengue haemorrhagic fever prevention and control; 2) to analyse factors affecting such capability and other important issues; and 3) to suggest measures for community capability building in doing such activities.

A structural interview was applied to samples composing of public health volunteers, community leaders, citizens and local authorities' administrators and staff in all areas of study, the northern, the southern, the central and the northeastern. In each of these 4 parts of Thailand, 2 provinces with high and low rate of dengue virus outbreak were selected as sampled areas of study. In each sampled province, 1 municipality and 1 Tambon administration organization were selected. In each community about 65 persons were selected. Altogether, there were 1,218 samples from communities plus 37 administrators and staff from local authorities.

The result of this study indicated that the overall capability of communities in dengue haemorrhagic fever prevention and control was at medium level. The analysis of relationship among important parameters found that: 1) Education levels, training, knowledge, attitude and performance in community capability building of local authorities were related to capability of communities in dengue haemorrhagic fever prevention and control; 2) education levels, access to information and training were related to knowledge of the samples; 3) knowledge of the samples, education levels and training were related to attitude of the samples; and 4) performance of

communities in dengue haemorrhagic fever prevention and control were related to sick and dead rate.

The significant problems or obstacles according to the samples' opinions were lack of participations, inadequacy of appropriation and materials, and inefficiency of public relation, respectively. The first measure suggested to improve the capability building was to activate participation mainly by establishing working groups. These working groups should have responsibility for problem identification, planning for corrective action, plan implementation, evaluation and increasing quality of plan with supports from local authorities in training the working groups on management including systematic prevention and control of dengue haemorrhagic fever. The second measure was to emphasize more on providing knowledge to all people concerned about management, prevention and control of dengue haemorrhagic fever.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข้อเสนอแนะ คำปรึกษา และกำลังใจ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.จำลอง โพธิ์บุญ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.บุญจง ขาวสิทธิวงษ์ และผศ.ดร.ธวัชชัย ศุภดิษฐ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาและชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกๆ ท่านในสำนักพัฒนาบัณฑิตศึกษา ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักพัฒนาบัณฑิตศึกษาทุกๆ ท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานระหว่างการศึกษาและการจัดทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณพี่ชานันต์ ไม่เกตุ และพี่ระพี ผลพานิชย์ สำหรับคำแนะนำเรื่องการจัดทำวิทยานิพนธ์รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ และขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ หลักสูตรการจัดการสิ่งแวดล้อม รุ่น 7 ทุกท่านที่ให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจที่ดีในระหว่างการศึกษา

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อณรงค์ และคุณแม่พจมาน ปฐมกาญจนา ที่ให้โอกาสและสนับสนุนด้านการศึกษาและเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตของผู้วิจัยมาโดยตลอด และขอบคุณพี่น้องที่รักในพระคริสต์ทุกๆ ท่าน ที่เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

สลิลา ปฐมกาญจนา

กันยายน 2547

สารบัญ

	หน้า
<u>บทคัดย่อ</u>	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(13)
 <u>บทที่ 1</u> บทนำ	 1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
<u>บทที่ 2</u> แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	5
2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินโครงการ	12
2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ	17
2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ	19
2.5 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเข้มแข็งของชุมชน	22
2.6 ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข	28
2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
<u>บทที่ 3</u> กรอบแนวคิดและวิธีการวิจัย	32
3.1 กรอบแนวคิดและแบบจำลองที่ใช้ในการวิจัย	32
3.2 สมมติฐานการวิจัย	35
3.3 นิยามเชิงปฏิบัติการ	35
3.4 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย		38
3.6 การทดสอบเครื่องมือ		39
3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล		40
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล		41
3.9 การแบ่งกลุ่มและการกำหนดค่าตัวแปร		42
<u>บทที่ 4 ผลการศึกษา</u>	c4-1	48
4.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา		48
4.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	<u>c4-2</u>	85 99
<u>บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ</u>		105
5.1 สรุป		105
5.2 ข้อเสนอแนะ		109
<u>บรรณานุกรม</u>	bi	114
<u>ภาคผนวก</u>	q	118
แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)		119
ผู้นำชุมชนและประชาชน		
<u>ประวัติผู้เขียน</u>	v	128

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ตัวอย่างที่เป็นเกณฑ์ในการประเมิน	16
3.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตัวอย่างในจังหวัดที่มีอัตราป่วยไข้เลือดออกในระดับสูง จำแนกรายภาคและเขตในกรุงเทพมหานคร	36
3.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตัวอย่างในจังหวัดที่มีอัตราป่วยไข้เลือดออกในระดับต่ำ จำแนกรายภาคและเขตในกรุงเทพมหานคร	37
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชน การได้รับข่าวสารและการอบรมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่	52
4.2 ข้อมูลส่วนบุคคล การได้รับข่าวสารและการอบรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามบทบาทหน้าที่	56
4.3 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่	60
4.4 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่	62
4.5 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบทบาทหน้าที่	63
4.6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบทบาทหน้าที่	65
4.7 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่	67
4.8 ระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่	72
4.9 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบทบาทหน้าที่	73
4.10 ระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่	78

4.11	ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อปท. จำแนกตามพื้นที่	81
4.12	ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อปท. จำแนกตามพื้นที่	82
4.13	ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อปท. จำแนกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง	83
4.14	ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อปท. จำแนกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง	84
4.15	ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำแนกตามพื้นที่	86
4.16	ระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำแนกตามพื้นที่	89
4.17	ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง	89
4.18	ระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำแนกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง	92
4.19	ค่า HI/CI และอัตราป่วย/ตายในเขตเทศบาล อบต. และกทม.	93
4.20	ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนในเขตเทศบาล อบต. และกรุงเทพมหานคร	96
4.21	ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนในเขตเทศบาล อบต. และกรุงเทพมหานคร	98
4.22	ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะคติของชุมชน และการดำเนินงานของอปท.	100
4.23	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล และการได้รับการอบรม	102
4.24	ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล การได้รับการอบรม และความรู้ของชุมชน	103

4.25	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตราป่วย/ตายกับการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	104
5.1	ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะของชุมชน และการดำเนินงานของอปท.	108
5.2	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล และการได้รับการอบรม	108
5.3	ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับการอบรมและความรู้ของชุมชน	108
5.4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออกกับการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	109

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2501 - 2544	7
2.2 อัตราตายและอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2501 - 2544	8
2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับการตัดสินใจในแบบจำลองชิป	14
2.4 องค์ประกอบของทัศนคติ	21
3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	33
5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน	110
5.2 แนวทางในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน	113

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีรายงานการระบาดของโรคอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 ซึ่งยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศ ปัจจุบัน พบว่า มีการแพร่ระบาดไปทั่วทุกหมู่บ้านของประเทศไทย ทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2501 อัตราป่วย 8.87 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 174.78 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2545 และ 99.56 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 (กลุ่มโรคไข้เลือดออก. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง, 2547)

ปัจจุบันภาวะการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากยุงเป็นพาหะ (Mosquito Borne Disease) นับวันจะมีการแพร่ขยายตัวและมีความสลับซับซ้อนในการรักษา (Treatment) เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากยุงพาหะก่อเชื้อโรคมีการพัฒนาตนเองและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และแนวทางการรักษาแบบดั้งเดิมได้มากขึ้น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การควบคุมโรคจึงเน้นด้านการควบคุมพาหะนำโรค คือ ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ดังนั้น การควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลจึงต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐบาล เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชนทุกครัวเรือน การดำเนินงานที่ผ่านมาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแม้ว่าจะได้มีความพยายามอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม ก็ยังมีข้อควรแก้ไข เร่งรัด และปรับปรุงวิธีดำเนินงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชนให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม หน่วยงานภาครัฐต้องพยายามคิดค้นหารูปแบบและกระตุ้นให้ประชาชนหันมาร่วมมือกันควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านเรือนของตนเองอย่างต่อเนื่องจริงจังและสม่ำเสมอตลอดปี

การส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนมีความสามารถในการแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของชุมชนโดยคนในชุมชนเอง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น การส่งเสริมความเข้มแข็งที่ได้ผลแน่นอน

ไม่สามารถสร้างและมอบให้โดยคนภายนอกชุมชนแบบสำเร็จรูป เพราะความเข้มแข็งของชุมชนย่อมต้องสร้างด้วยชุมชนเอง ด้วยการส่งเสริมและแรงสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคีในชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มโรคไข้เลือดออก สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงได้ดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบยั่งยืน โดยได้สนับสนุนให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็ง สามารถวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการแก้ไข และประเมินผลการดำเนินการได้ด้วยตนเอง การอบรมให้ความรู้ขั้นพื้นฐานและการสัมมนาแบบกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกระบวนการดังกล่าวได้ถูกเริ่มนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2545 และปี พ.ศ. 2546 ที่ผ่านมา โดยมีตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง 9 ข้อ ดังนี้

1. มีการรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กร เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) สถานีอนามัย โรงเรียน ผู้นำศาสนา และแกนนำอื่นๆ ในชุมชนและองค์กรเอกชนเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก
2. มีการประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออก และระบุไว้ในแผน อบต./ตำบล และชุมชน
3. มีแผนการดำเนินงานที่เกิดจากการประชุมวางแผนร่วมกันขององค์กรในโครงการฯ
4. มีการจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้โดย อบต./ตำบล และชุมชน
5. มีกิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง
6. เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมงและมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม
7. มีการประสานความร่วมมือกับชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่
8. อบต./ตำบลและชุมชน ไม่มีผู้ป่วยหรือมีผู้ป่วยได้ไม่เกิน 2 ราย/ปี และไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก
9. ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนช่วงก่อนฤดูการระบาด (ตลอดเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม) และฤดูการระบาด (ตลอดเดือนมิถุนายน – ตุลาคม) เป็นดังนี้
 - 9.1 บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของหลังคาเรือนทั้งหมด ($HI < 10$)

9.2 อาคารสถานที่อื่นๆ มีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายในโรงเรียนและอาคารสถานที่อื่นๆ ได้ไม่เกินร้อยละ 10 (CI<10)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนและผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานดังกล่าวเพื่อให้ทราบถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งจะเป็ข้อมูลนำไปสู่การตัดสินใจทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ในการศึกษาเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1.2.1 เพื่อศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและตัวแปรสำคัญอื่นๆ กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 1.2.3 เพื่อเสนอแนะแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีขอบเขตการศึกษาในด้านต่างๆ ดังนี้

1.3.1 ขอบเขตด้านประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และประชาชนในเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทั่วประเทศและในเขตกรุงเทพมหานคร และผู้บริหาร/บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3.2 ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ทำการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 8 เดือน คือ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ทราบถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ด้วยตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.4.2 ทราบถึงลักษณะการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1.4.3 ได้ข้อเสนอแนะและแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
- 2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินโครงการ
- 2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ
- 2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ
- 2.5 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเข้มแข็งของชุมชน
- 2.6 ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

การระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร ในระยะ 5 ปี ต่อจากนั้น ก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ส่วนใหญ่จากกรุงเทพมหานคร และชลบุรี หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จนในที่สุดก็พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย (กรมควบคุมโรคติดต่อ. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544: 1)

2.1.1 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย (กรมควบคุมโรคติดต่อ. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544: 1) มีบันทึกรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2544) ดังนั้น เมื่อแบ่งช่วงเวลาการเกิดโรคเป็นทศวรรษ (ทุก 10 ปี) จะพบว่า

1. ทศวรรษที่ 1 (พ.ศ. 2501–2510)

เป็นช่วงที่มีรายงานผู้ป่วยไม่มากนัก มีผู้ป่วยเฉลี่ย 3,114 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 10.77 ต่อประชากรแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2508 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ 7,663 ราย (อัตราป่วย 25.06 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดใหญ่ๆ ที่เป็นศูนย์กลางการคมนาคม

2. ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2511–2520)

เป็นช่วงที่มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เฉลี่ย 13,313 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 33.5 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงทศวรรษที่สองนี้ ปี พ.ศ. 2520 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ 38,768 ราย (อัตราป่วย 89.24 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงพบตามเมืองใหญ่ๆ ที่มีประชากรหนาแน่นหรือเขตชุมชนเมือง

3. ทศวรรษที่ 3 (พ.ศ. 2521–2530)

ในช่วงต้นทศวรรษมีรายงานผู้ป่วยใกล้เคียงกับทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2530 เกิดการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย คือ มีผู้ป่วยถึง 174,285 ราย (อัตราป่วย 325.13 ต่อประชากรแสนคน) ทำให้ทศวรรษที่สามนี้มีรายงานผู้ป่วยเฉลี่ยแล้ว 49,665 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 97.39 ต่อประชากรแสนคน เป็นช่วงที่โรคนี้ได้แพร่กระจายไปทั่วประเทศ จากเขตชุมชนเมืองสู่เขตชนบท

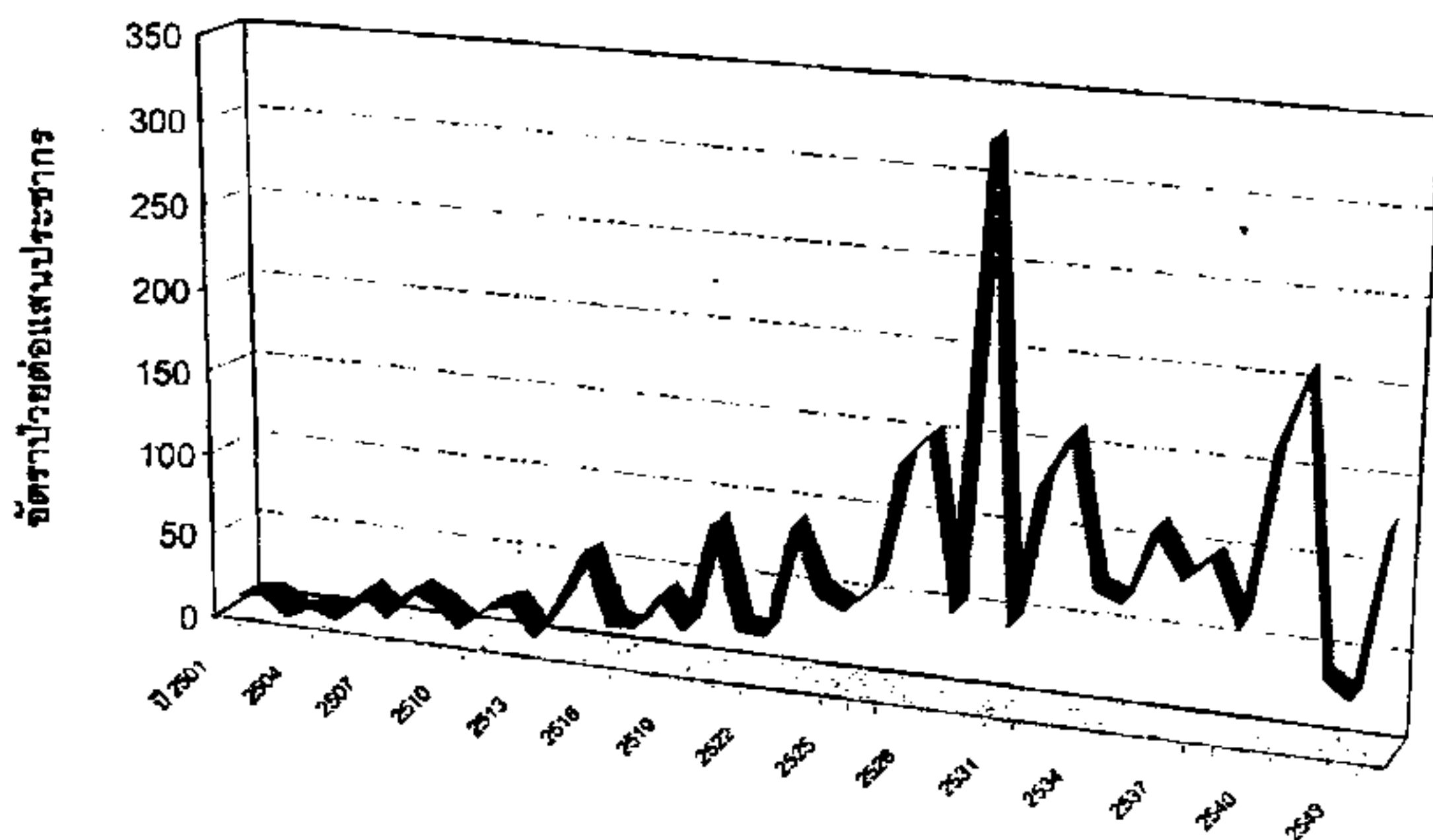
4. ทศวรรษที่ 4 (พ.ศ. 2531–2540)

แม้ว่าในช่วงครึ่งแรกของทศวรรษ สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มจะลดต่ำลง เนื่องจากเกิดความตื่นตัวในการร่วมกันแก้ไขปัญหา (เช่น โครงการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในสถานศึกษา สำหรับเด็กกลุ่มอายุ 5–14 ปีทั่วประเทศ การเน้นกลวิธีให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น) แต่มีรายงานผู้ป่วยมากเกินกว่า 35,000 รายเกือบทุกปี โดยในทศวรรษนี้ เกิดการระบาดของโรคสูงมาก 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ป่วย 92,005 ราย (อัตราป่วย 163.43 ต่อประชากรแสนคน) และในปี พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วย 101,689 ราย (อัตราป่วย 167.21 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งทำให้ในภาพรวมของทศวรรษนี้มีผู้ป่วยเฉลี่ยจำนวนมากถึง 59,661 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 103.1 ต่อประชากรแสนคน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541–2544 ได้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2541 และ 2544 โดยในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วย 129,954 ราย (อัตราป่วย 211.42 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 424 ราย และตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 11 สิงหาคม 2544 มีรายงานผู้ป่วยแล้ว 80,699 ราย (อัตราป่วย 130.41 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยเสียชีวิต 145 ราย

2.1.1.1 แนวโน้มอัตราป่วย อัตราตาย และอัตราป่วยตาย

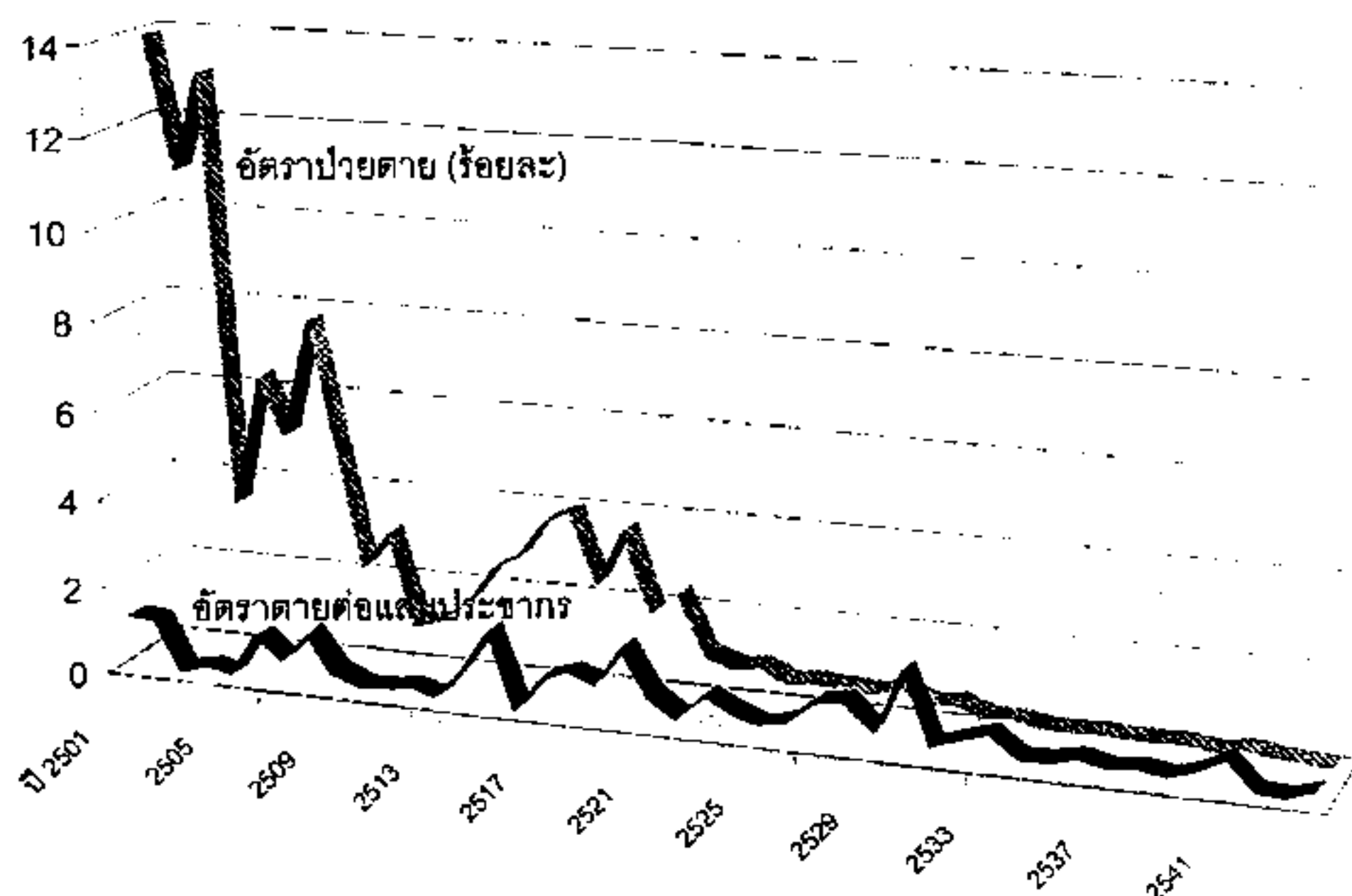
สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501-2544 จะพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด ต่างจากอัตราการตายที่ลดลง แม้ว่าจะเป็นการลดลงอย่างช้าๆ ก็ตาม สำหรับอัตราป่วยตายนั้นลดลงมากอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2501 เหลือเพียงร้อยละ 0.18 ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งแสดงว่าการพัฒนาการสาธารณสุขได้ดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลทันเวลา ทำให้สามารถลดหรือป้องกันการเสียชีวิตได้มากขึ้นหรืออีกประการหนึ่ง แสดงว่าประชาชนทั่วไปเริ่มสนใจในเรื่องความเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นผลให้สามารถนำผู้ป่วยมารักษาได้ทันเวลา



ภาพที่ 2.1 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2501 – 2544

แหล่งที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544: 3.

หมายเหตุ : ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม – 11 สิงหาคม พ.ศ. 2544



ภาพที่ 2.2 อัตราตายและอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2501–2544

แหล่งที่มา : กรมควบคุมโรคติดต่อ. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544: 3.

หมายเหตุ : ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม–11 สิงหาคม พ.ศ. 2544

2.1.1.2 ฤดูกาลของการเกิดโรค

จากรายงานผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2539–2543) พบว่า ในแต่ละปีมีช่วงเวลาการระบาดของโรคเพียง 1 ครั้ง (1 Peak) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal Variation) โดยจะเริ่มพบผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมของทุกปี และพบสูงสุดประมาณเดือนกรกฎาคม–สิงหาคม หลังจากนั้นก็จะเริ่มลดลงเรื่อยๆ

2.1.1.3 การกระจายของโรคตามสถานที่

จากข้อมูลย้อนหลังเฉลี่ย 5 ปี (พ.ศ. 2535–2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 44 ของจำนวนผู้ป่วย) รองลงมา คือภาคกลาง (ร้อยละ 22) ภาคเหนือ (ร้อยละ 21) และภาคใต้ (ร้อยละ 13) ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกรุนแรง พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีรายงานจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 38.17 ของจำนวนผู้ป่วย) รองลงมา ได้แก่ ภาคกลางและภาคใต้ มีจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 22.73 และ 22.41 ตามลำดับ) และภาคเหนือมีรายงานจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุด (ร้อยละ 16.69) สำหรับในปี พ.ศ. 2544 มีรายงานผู้ป่วยจากภาคกลางมากที่สุด (ร้อยละ

ละ 45.32 ของจำนวนผู้ป่วย) รองลงมา คือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 20.96) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีรายงานผู้ป่วยร้อยละ 17.61 และ 16.11 ตามลำดับ

ทุก ๆ ปี จะมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งจากเขตเมืองและเขตชนบท แต่บางปี พบว่า ในเขตชนบทมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น อาจเป็นเพราะสังคมเมืองได้เริ่มขยายเข้าไปในเขตชนบท จนทำให้เกิดเป็นสังคมกึ่งเมืองขึ้นทั่วไป นอกจากนี้ ยังพบว่าในเขตเมืองมักมีรายงานผู้ป่วยสม่ำเสมอเกือบเท่ากันทั้งปี ในขณะที่ในเขตชนบทจะมีรายงานการป่วยสูงเฉพาะช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน

2.1.1.4 เพศและกลุ่มอายุ

โรคไข้เลือดออกเป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีโอกาสป่วยเท่า ๆ กัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5–9 ปี

2.1.2 สาเหตุและการติดต่อ

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงในเอเชียอาคเนย์ เกิดจากไวรัสเดงกี ซึ่งเรียกชื่อว่า Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)

เชื้อไวรัสเดงกีเป็น RNA Virus มี 4 ชนิด คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้ว จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสชนิดนั้นไปตลอดชีวิต แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ อีก 3 ชนิดได้ในเวลาสั้นๆ ประมาณ 6–12 เดือน หลังจากนั้น จะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (Secondary Dengue Infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก

ในระยะแรกๆ ของการระบาด จะแยกเชื้อซิคุนกันยาได้จากผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้เลือดออก แต่มีอาการไม่รุนแรง การศึกษาต่อมา พบว่า ซิคุนกันยาเป็นไข่ออกผื่นชนิดหนึ่งซึ่งมีอาการปวดข้อร่วมด้วย มีอาการคล้ายไข้เดงกี ไม่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก แต่อาจจะเกิดร่วมกับการติดเชื้อเดงกีซึ่งทำให้เกิด DHF ได้

การติดต่อของโรคจะมียุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้จะมีระยะเวลาประมาณ 8–12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะไปปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5–8 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

2.1.3 อาการและอาการแสดง

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5–8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกัน ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี (Dengue Fever หรือ DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้

2.1.3.1 อาการไข้

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจะมีอาการไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40–41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการไข้สูงลอยอยู่ 2–7 วัน หน้าแดง (Flushed Face) และตรวจดูคอ ก็อาจพบมี Injected Pharynx ได้ แต่จะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ อาเจียน เบื่ออาหาร บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย

2.1.3.2 อาการเลือดออก

ที่พบบ่อยที่สุด คือ ที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แตกง่าย จะมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีการอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักเป็นสีดำ (Melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อก

2.1.3.3 ตับโต

ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3–4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

2.1.3.4 ภาวะช็อก

ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดการช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่จะรู้สึกตัว หมดสติ อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง รอบปากสีเขียว ผิวสีม่วงๆ ตัวเย็นซีด จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ (Profound Shock) ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12–24 ชั่วโมง

2.1.4 การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับไข้เลือดออก การรักษาเป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วัยแรก การดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลักปฏิบัติดังนี้

2.1.4.1 ในระยะไข้สูงต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาแอสไพริน เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะ ทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น

2.1.4.2 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกล็ดเลือดเสื่อมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อยๆ และดื่มบ่อยๆ

2.1.4.3 ติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา อาการช็อกมักเกิดพร้อมกับไข้ลดประมาณวันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ควรแนะนำให้ทราบอาการนำของการช็อก เช่น เบื่ออาหารมากขึ้น ปวดท้อง กระสับกระส่าย เป็นต้น และแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีหากมีอาการเหล่านี้

2.1.4.4 เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกล็ดเลือด และ Hematocrit และอาจนัดมาดูการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ

2.1.4.5 ไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน ฝ้าสังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ

2.1.5 การป้องกันและควบคุม

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคจึงทำได้โดยการควบคุมและกำจัดพาหะของโรค โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ

2.1.5.1 การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย

วิธีการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายมีหลายวิธี ทั้งวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ และวิธีทางเคมี ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเภทของแหล่งเพาะพันธุ์ที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยต้องพิจารณาทั้งด้านความปลอดภัยต่อมนุษย์ สัตว์เลี้ยง และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งค่าใช้จ่ายและความสะดวกในการใช้

1) วิธีทางกายภาพ เช่น การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ การเก็บทำลายเศษวัสดุที่อาจเป็นแหล่งขังน้ำ เช่น ขวด กระป๋อง เป็นต้น

2) วิธีทางชีวภาพ โดยการใช้สิ่งมีชีวิตที่เป็นศัตรูโดยธรรมชาติของลูกน้ำยุงลาย เช่น ปลากินลูกน้ำ ไรน้ำจืด ตัวอ่อนแมลงปอ เป็นต้น

3) วิธีทางเคมีภาพ โดยการใช้สารต่างๆ ใส่ลงในแหล่งน้ำให้ลูกน้ำตาย เช่น ใช้ทรายอะเบท เกลือแกง น้ำส้มสายชู ผงซักฟอก เป็นต้น

2.1.5.2 การป้องกันและกำจัดยุงลาย

การป้องกันและกำจัดยุงลาย หมายถึง การกันหรือต้านทานไว้ไม่ให้มียุงลายในบ้าน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการถูกยุงลายกัด

1) การป้องกันไม่ให้ถูกยุงลายกัด ทำได้โดยการนอนการมุ้ง การใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว การใช้สารไล่ยุง

2) การกำจัดยุงลาย โดยการใช้สารเคมีฉีดพ่น หรือใช้อุปกรณ์กำจัดยุง เช่น กับดักไฟฟ้า ทั้งที่ใช้ไฟบ้านและใช้แบตเตอรี่ (ถ่านไฟฉาย)

2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินโครงการ

จำลอง โพธิ์บุญ (2545: 4) ได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมินโครงการ และได้นำเสนอแนวทางสำคัญๆ 5 รูปแบบ ดังนี้

2.2.1 รูปแบบการประเมินของโพรวัส (Provus)

Provus (1972 อ้างถึงใน จำลอง โพธิ์บุญ, 2545) ได้ให้ความหมายของการประเมินเป็นการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับมาตรฐาน เพื่อเป็นการค้นคว้าความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับผลปฏิบัติงานของแผนงาน คือ ความไม่สอดคล้องที่ไม่สัมพันธ์กับขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การออกแบบโครงการ คือ การกำหนดปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงาน กำหนดกระบวนการดำเนินงาน และกำหนดผลที่คาดหวังจะได้รับจากการดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 การเตรียมพร้อม เป็นการนำปัจจัยที่ทำให้เกิดการดำเนินงานเข้าสู่กระบวนการ

ขั้นที่ 3 การดำเนินการตามแผน

ขั้นที่ 4 ผลผลิตที่เกิดจากโครงการ

ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและกำไร

2.2.2 การประเมิน 3 ด้าน

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2541 อ้างถึงใน จำลอง โพธิ์บุญ, 2545) ได้ระบุการประเมินโครงการ 3 ด้าน คือ

2.2.2.1 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) หรือการประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation)

เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโครงการ เน้นการศึกษากระบวนการว่า ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์

การประเมินผลกระบวนการนี้ ต่างจากการติดตามผลการปฏิบัติงานของโครงการ (Monitoring) เป็นการศึกษากระบวนการนำทรัพยากรของโครงการมาดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ ในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้เกิดผลงานของโครงการ

ประเด็นการประเมินผลกระบวนการ หรือการประเมินประสิทธิภาพ

- 1) ประเมินผลการจัดสรรทรัพยากรในแต่ละขั้นตอน
- 2) ประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม
- 3) การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ที่อยู่นอกเหนือการควบคุม
- 4) เปรียบเทียบมูลค่าที่ได้รับจากโครงการกับค่าใช้จ่าย
- 5) สำนวความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.2.2.2 การประเมินผลที่ได้รับของโครงการ (Product Evaluation) หรือการประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation)

เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการ โดยพิจารณาผลลัพธ์ของโครงการเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

ประเมินผลโดยการวิเคราะห์ Cost Effectiveness ของโครงการ

- 1) ประเมินผลสำเร็จโครงการเทียบกับวัตถุประสงค์
- 2) ประเมินผลโดยการวิเคราะห์ Cost Effectiveness ของโครงการ
- 3) การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.2.2.3 การประเมินผลกระทบของโครงการ (Impact Evaluation)

ประเมินผลกระทบโครงการที่มีต่อ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในลักษณะผลตอบแทนโดยตรง และผลกระทบทางอ้อม

ประเด็นการประเมินผลกระทบโครงการ

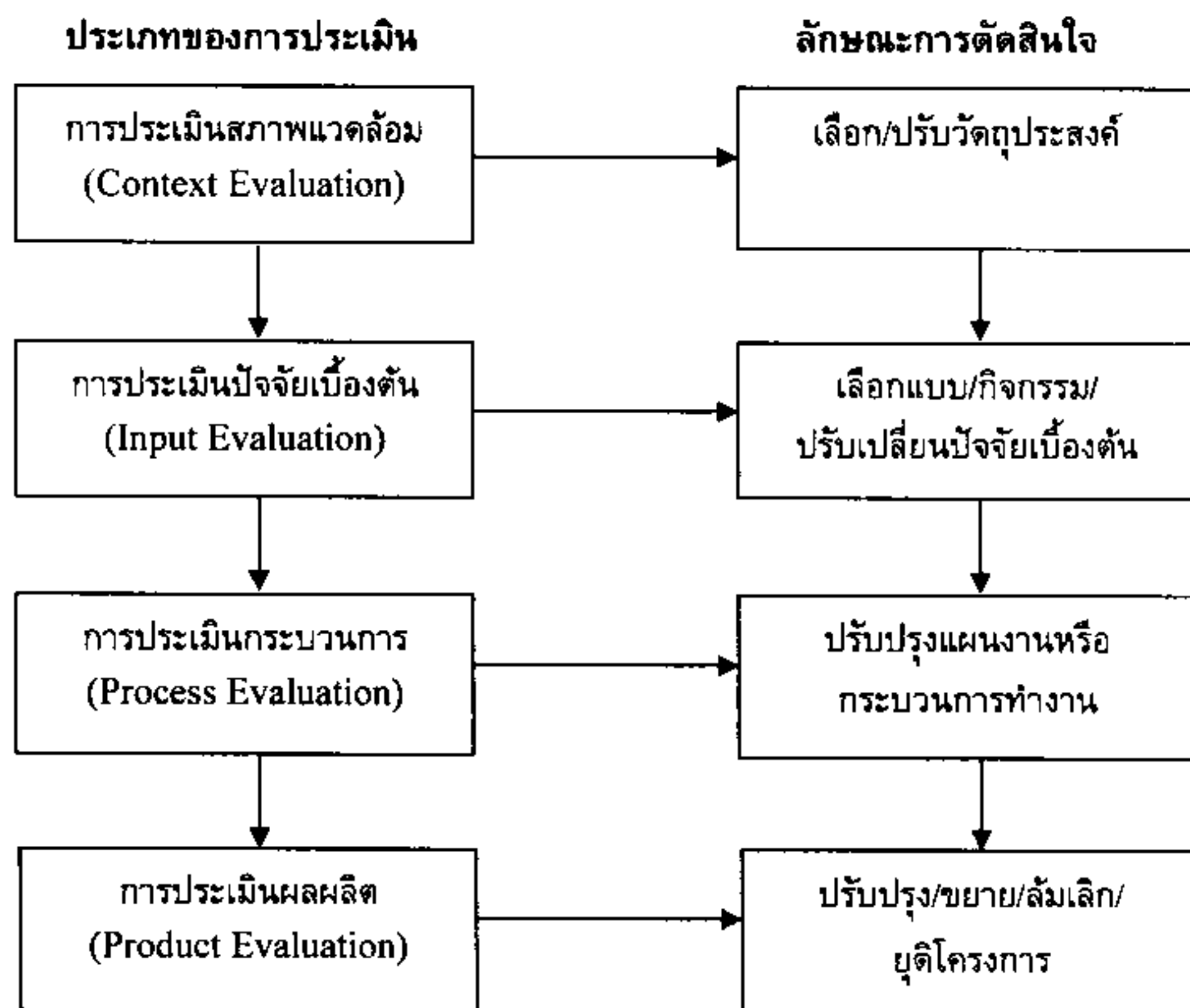
- 1) ประเมินผลกระทบโครงการที่มีต่อสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม

2) การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมที่ส่งผล
กระทบโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.2.3 รูปแบบการประเมินของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam)

Stufflebeam and others (1967 อ้างถึงใน สมคิด พรหมจักษ์: 55–58) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมิน เรียกว่า ชิปโมเดล (CIPP Model) เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมิน คือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ คำว่า CIPP เป็นคำย่อมาจากคำว่า Context Input Process และ Product สตัฟเฟิลบีม ได้ให้ความหมายว่า การประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ เลือกทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งการประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สำคัญ มุ่งประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

ประเภทการประเมินและลักษณะของการตัดสินใจ ตามกรอบความคิดของรูปแบบการประเมินชิป แสดงได้ดังแผนภาพ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับการตัดสินใจในแบบจำลองชิป

แนวทางการประเมินในด้านต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

2.2.3.1 การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญ เพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการเป็นการตรวจสอบเพื่อตอบคำถามต่างๆ เช่น

- 1) เป็นโครงการที่สนองปัญหาหรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงหรือไม่
- 2) วัตถุประสงค์ของโครงการชัดเจน เหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร หรือนโยบายหน่วยเหนือหรือไม่
- 3) เป็นโครงการที่เป็นไปได้ในแง่ของโอกาส ที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ หรือไม่

2.2.3.2 การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อใช้ข้อมูลตัดสินใจปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการว่า เหมาะสมหรือไม่โดยดูว่าปัจจัยที่ใช้จะมีส่วนช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการหรือไม่ เป็นการตรวจสอบเพื่อตอบคำถามที่สำคัญ เช่น

- 1) ปัจจัยที่กำหนดไว้ในโครงการ มีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่
- 2) กิจกรรม/แบบ/ทางเลือกที่ได้เลือกสรรแล้ว ที่กำหนดไว้ในโครงการ มีความเป็นไปได้และเหมาะสมเพียงใด

2.2.3.3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินระหว่างการทำงานโครงการ เพื่อหาข้อดีและข้อบกพร่องของการดำเนินงานต่างขั้นตอนต่างๆ ที่กำหนดไว้ และเป็นการรายงานผลการปฏิบัติงานของโครงการนั้นด้วย ซึ่งเป็นการตรวจสอบเพื่อหาคำถามที่สำคัญ เช่น

- 1) การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ กิจกรรมใดทำได้หรือทำไม่ได้ เพราะเหตุใด
- 2) เกิดปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง
- 3) มีการแก้ไขปัญหายังไร

2.2.3.4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อดูว่าผลที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ โดยอาศัยข้อมูลจากการรายงานผลที่ได้จากการประเมินสภาพแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้น และกระบวนการร่วมด้วย ซึ่งเป็นการตรวจสอบเพื่อตอบคำถามที่สำคัญๆ เช่น

- 1) เกิดผล/ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่
- 2) คุณภาพของผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- 3) เกิดผลกระทบอื่นใดบ้างหรือไม่

2.2.4 รูปแบบการประเมิน EFQM

สำนักงานคณะกรรมการนโยบายพลังงานแห่งชาติ (สพช.) (2544: 34) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมิน EFQM ย่อมาจาก The European Foundation for Quality Management ก่อตั้งเมื่อปี ค.ศ. 1988 เพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือพัฒนาองค์กร โดยอาศัยเกณฑ์ที่อยู่ในตัวแบบที่เรียกว่า “The EFQM Excellence Model” เป็นการอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลองค์กรและการประเมินความสัมพันธ์เชิงเหตุผล และสามารถแสดงผลในเชิงเปรียบเทียบได้ ภายใต้ชื่อ The Radar Logic ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ

2.2.4.1 การประเมินผลงาน (Results)

2.2.4.2 การประเมินวิธีการวางแผนการปฏิบัติงาน (Approach)

2.2.4.3 การประเมินวิธีการที่องค์กรดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ (Deployment)

2.2.4.4 การประเมินวิธีการที่ใช้ในการประเมินผลตนเอง (Assessment and Review)

ตัวแบบที่เป็นเกณฑ์ในการประเมิน ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 9 ตัว จัดเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่เรียกว่า ปัจจัยต้น (Enables) และกลุ่มปัจจัยตาม (Results) หรือมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 2.1 ตัวแบบที่เป็นเกณฑ์ในการประเมิน

กลุ่มปัจจัยต้น (Enables)	กลุ่มปัจจัยตาม (Results)
1. ภาวะผู้นำ (Leadership)	1. ผลที่เกิดกับกลุ่มผู้รับบริการ (Customer Results)
2. นโยบายและกลยุทธ์ (Policy and Strategy)	2. ผลที่เกิดกับสมาชิกขององค์กร (People results)
3. สมาชิกขององค์กร (People)	3. ผลที่เกิดกับสังคม (Society results)
4. พันธมิตรและทรัพยากร (Partnerships and Resources)	4. ผลการปฏิบัติงานหลัก (Key Performance Result)
5. กระบวนการทำงาน (Process)	

2.2.5 รูปแบบการประเมิน The Balanced Scorecard

พสุ เดชะรินทร์ (2544: 18) ได้เสนอรูปแบบการประเมิน The Balanced Scorecard โดย Robert S. Kaplan จาก Harvard Business School และ David P. Norton จาก Borton and Company เป็นผู้นำเทคนิค Balanced Scorecard (BSC) มาใช้เป็นครั้งแรกปี ค.ศ. 1992 เพื่อใช้ในการวัดสัมฤทธิ์ผลทางด้านการเงินขององค์กรภาคธุรกิจ โดยได้เพิ่มมิติทางด้านลูกค้า ด้านกระบวนการบริหารภายในองค์กร และด้านการเรียนรู้ มาช่วยในการวิเคราะห์ ซึ่งถือเป็นการวิเคราะห์แนวทางใหม่ที่ใช้แผนกลยุทธ์ระยะยาวรวมกับแผนกิจกรรมระยะสั้น ในกรอบของ

ระบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management System) และเทคนิค BSC ยังใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างคุ้มค่า (Time Value of Money) โดยการประเมินผลที่อาศัยตัวชี้วัดในลักษณะองค์รวม นอกเหนือไปจากตัวชี้วัดทางด้านพันธกิจอย่างเดียว

การจัดทำตัวชี้วัดในรูปแบบ Balanced Scorecard

การวัดผลการปฏิบัติงานจะเป็นลักษณะผสมผสานของตัวชี้วัดการปฏิบัติการ (Performance Indicators) 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านพันธกิจ ด้านกลุ่มเป้าหมาย ด้านการบริหารการจัดการ และด้านการเรียนรู้และพัฒนา

2.2.5.1 ด้านพันธกิจ

ได้แก่ ความสามารถในการทำกำไร (กำไร) การเติบโต (ยอดขาย) และผลตอบแทนแก่ผู้ถือหุ้น (มูลค่าหุ้น เงินปันผล)

2.2.5.2 ด้านกลุ่มเป้าหมาย

ได้แก่ การตอบสนอง (ความรวดเร็วและความถูกต้อง) การให้บริการ (คุณภาพของการบริการ) ราคา (ความคุ้มค่าในการใช้บริการ)

2.2.5.3 ด้านการบริหารการจัดการ

ได้แก่ เวลาในกระบวนการ (การใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนการดำเนินงาน) คุณภาพในกระบวนการ (คุณภาพของงานในแต่ละขั้นตอนการดำเนินงาน) และผลผลิตในกระบวนการ (ทักษะ แรงจูงใจ ผลผลิตต่อคน)

2.2.5.4 ด้านการเรียนรู้และพัฒนา

ได้แก่ การค้นคว้า ทดลอง การผลิต และบริการชนิดใหม่ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาหาวิธีปรับปรุงระบบงาน การรักษาทุนทางปัญญา (การใช้ทักษะการมีส่วนร่วมของบุคลากร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคลากร)

ซึ่งด้านการบริหารจัดการ และด้านการเรียนรู้และพัฒนาเป็นปัจจัยต้น ในขณะที่ด้านพันธกิจ และด้านกลุ่มเป้าหมายเป็นปัจจัยตาม

2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ

อนันต์ ศรีโสภ (2524: 14–15) กล่าวว่า “ความรู้” หมายถึง ความจำในสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และให้ความหมายของ “ความเข้าใจ” ว่า ความเข้าใจในความหมายของสิ่งนั้นหรือสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงรายละเอียดของเรื่องความรู้ความเข้าใจไว้ดังนี้

ความรู้ หมายถึง ความสามารถในทางพุทธิปัญญา ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ และทักษะต่างๆ ทางสมอง แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ซึ่งเรียงพฤติกรรมที่ง่ายไปหาพฤติกรรมที่ยาก ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ (Knowledge) ความจำในสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ประกอบด้วย
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยเฉพาะ เช่น
 - 1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับความหมายของคำต่างๆ
 - 1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับความจริงต่างๆ ได้แก่ เวลา เหตุการณ์ บุคคล สถานที่ แหล่งกำเนิด เป็นต้น
 - 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะ
 - 1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับลักษณะแบบแผนต่างๆ
 - 1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและการจัดลำดับ
 - 1.2.3 ความรู้เกี่ยวกับการจำแนกและแบ่งประเภทของสิ่งของ
 - 1.2.4 ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีการดำเนินงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
 - 1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวความคิดและโครงสร้างของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
 - 1.3.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้กฎนี้ในการบรรยายคุณค่าหรือพยากรณ์ หรือตีความหรือสิ่งที่เราสังเกตเห็น
 - 1.3.2 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงการ
2. ความเข้าใจ (Comprehension) การจำความหมายของสิ่งนั้น ประกอบด้วย
 - 2.1 การแปรจากแบบหนึ่งไปสู่แบบหนึ่ง โดยรักษาความไว้อย่างถูกต้อง
 - 2.2 การตีความ การอธิบาย หรือการเรียบเรียงเนื้อหาใหม่ให้เข้าใจง่าย
 - 2.3 การขยายความ การขยายความหมายของข้อมูลที่มีอยู่ให้ไกลไปกว่าเดิม
3. การนำไปใช้ (Application) ความสามารถในการนำความรู้ไปใช้จะต้องอาศัยความสามารถหรือทักษะทางด้านความเข้าใจดังกล่าวมาแล้ว การนำความรู้ไปใช้นี้กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การแก้ปัญหาตนเอง
4. วิเคราะห์ (Analysis) การแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อยๆ ดังนี้
 - 4.1 การวิเคราะห์ส่วนประกอบต่างๆ
 - 4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบนั้น
 - 4.3 การวิเคราะห์หลักหรือวิธีการรับรู้ส่วนประกอบต่างๆ เหล่านั้น
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) การรวมส่วนประกอบต่างๆ เข้าด้วยกัน
 - 5.1 การกระทำการที่เป็นสื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความหมาย
 - 5.2 การกระทำที่เกี่ยวกับแผนงานหรือข้อเสนอตามวิธีการต่างๆ
 - 5.3 การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ

6. การประเมินผล (Evaluation) การตัดสินคุณค่าในสิ่งที่กำหนดความมุ่งหมายได้ โดยใช้เกณฑ์ที่แน่นอน ประกอบด้วย

6.1 การตัดสินใจโดยอาศัยเหตุการณ์ภายในสิ่งนั้นเป็นเกณฑ์

6.2 การตัดสินใจโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอกมาพิจารณา

ไพศาล หวังพานิช (2526 อ้างถึงใน อุดุลย์ วรรณชาติ, 2545: 14) กล่าวถึง ความรู้ หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราวอันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

กล่าวโดยสรุป ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการจดจำเรื่องราวที่เกิดขึ้นจากข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดที่เป็นประสบการณ์ และนำมาดัดแปลง ปรับปรุงเพื่อที่จะอธิบายเปรียบเทียบข้อเท็จจริงต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล โดยผ่านขั้นตอนต่างๆ ทางสมอง 6 ขั้นตอน คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล เพื่อเป็นฐานที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้บุคคลได้รับความมุ่งหมายในการปฏิบัติงานและก่อให้เกิดการตระหนักต่องานด้านการพัฒนา

2.4 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) เป็นสิ่งที่มนุษย์สะสมมาโดยเริ่มตั้งแต่เกิดเป็นสมาชิกในสังคม เป็นสิ่งที่เป็นตัวแทนทางจิตวิทยาของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีอยู่ในตัวปัจเจกบุคคล

2.4.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติเป็นปัจจัยที่สำคัญเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งได้มีผู้รู้และนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายและกล่าวถึงทัศนคติในลักษณะต่างๆ ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 1) กล่าวถึง ทัศนคติว่า เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motive) และแรงขับ (Drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะได้ตอบ (State of Readiness) และแสดงให้เห็นถึงแนวทางของการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

Allport (1935 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 2) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่าหมายถึง สภาวะของความพร้อมทางด้านจิต ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่จะกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

อุทัย หิรัญโต (2519: 83) กล่าวถึงทัศนคติทางสังคมวิทยาว่าหมายถึง สภาวะของจิตใจที่มีลักษณะพร้อมที่จะกำหนดทิศทางของการสนองตอบบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ต่อสิ่งเร้าอันใดอันหนึ่ง

ทัศนคติ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546: 521) แปลว่า แนวความคิดเห็น กล่าวโดยขยายความก็คือ ความรู้สึกหรือความเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นไปในรูปของการเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย เห็นไปในแง่ดีหรือแง่ไม่ดี

จากความหมายที่นักวิชาการได้กล่าวไว้ สรุปได้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ สถานการณ์ เป็นต้น อันเกิดจากการเรียนรู้ของมนุษย์ ทั้งในแง่บวกหรือแง่ลบ และส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้นได้

2.4.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 3-5) ได้แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติเป็น 3 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component)

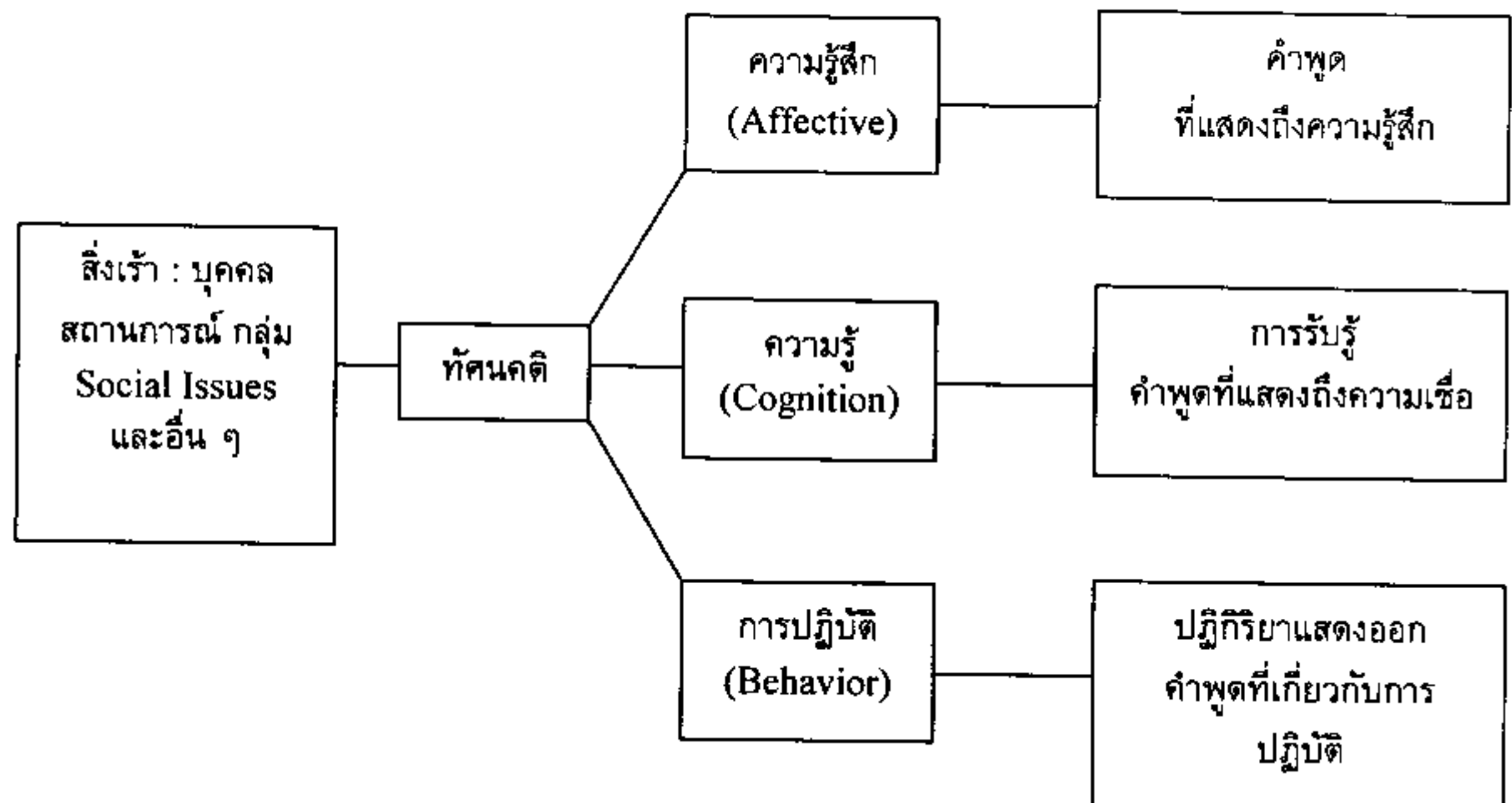
ได้แก่ ความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน เช่น เมื่อมีคนหนึ่งพูดถึงหรือนึกถึง “รถยนต์” อาจนึกถึงรถยนต์ยี่ห้อฟอร์ด หรือยี่ห้ออื่นๆ ส่วนประกอบทางทัศนคติส่วนนี้แสดงให้เห็นชัดเจน เมื่อเรามองเห็นประโยคที่ว่า “รถยนต์เป็น.....” หรือ “รถยนต์.....” ซึ่งการที่จะอธิบายถึงรถยนต์นั้น จะต้องเข้าใจก่อนว่า “รถยนต์” มีความหมายต่อผู้พูดอย่างไร หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับรถยนต์เป็นอย่างไรนั่นเอง

2. องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component)

เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้า “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีภาวะความรู้สึกดีหรือไม่ดี ขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ขณะที่คิดถึงหรือนึกถึงรถยนต์ (ซึ่งอาจจะออกมาในรูปลักษณะที่แตกต่างกัน) แสดงว่าบุคคลมีความรู้สึกในด้านบวก (Positive) และมีความรู้สึกในด้านลบ (Negative) ตามลำดับต่อรถยนต์นั้น

3. องค์ประกอบทางการปฏิบัติ (Behavioral Component)

องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ขับรถยนต์ ชื้อ หรือให้คำชมเชยรถยนต์ เป็นต้น รายละเอียดแสดงดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 องค์ประกอบของทัศนคติ

แหล่งที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 5.

2.4.3 ความพัฒนาของทัศนคติ

นวม สงวนทรัพย์ (2535: 76) ได้อธิบายความพัฒนาของทัศนคติว่ามาจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ซึ่งได้แก่

1. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Cultural Determinants) วัฒนธรรมของสังคมมีอิทธิพลมหาศาลต่อพฤติกรรม ทัศนคติ ความคิดของมนุษย์ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ทัศนคติและพฤติกรรมของมนุษย์ถูกควบคุมโดยสังคมที่เขาเจริญเติบโตมา เช่น ชาวมุสลิมจะไม่รับประทานเนื้อหมู ส่วนประชาชนชาวไทยจะรับประทานเนื้อหมู ความแตกต่างกันนี้เกิดจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological Determinants) บางครั้งเราจะพบว่าบุคคลที่เจริญเติบโตมาในบรรยากาศแห่งวัฒนธรรมเดียวกัน แต่มีทัศนคติที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการ ผลประโยชน์ สติปัญญา ความเครียด เป็นต้น ทางจิตที่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยทางการหน้าที่ (Functional Determinants) ข้อนี้หมายความว่า บุคลิกภาพของบุคคลมีผลกระทบต่อบทบาทแห่งความพัฒนาทัศนคติของคนนั้นๆ

4. ข้อเท็จจริง (Facts) ข้อเท็จจริงเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างทัศนคติ เมื่อความรู้ในข้อเท็จจริงได้เปลี่ยนแปลงไป ทัศนคติของบุคคลก็พลอยเปลี่ยนแปลงไปด้วย

2.5 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเข้มแข็งของชุมชน

2.5.1 ความหมายและลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2544: 18) ได้ให้ความหมายของคำว่าความเข้มแข็งของชุมชนว่า ความเข้มแข็งของชุมชนหมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนต่างๆ ของเมืองหรือชนบทรวมตัวกันเป็น “องค์กรชุมชน” โดยมีการเรียนรู้ การจัดการ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของคนในชุมชน แล้วถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชนที่ดีขึ้นตามลำดับ โดยเรียกชุมชนนี้ว่า กลุ่ม ชุมชน สหกรณ์ บริษัท องค์กร ชาวบ้าน เครือข่าย หรืออื่นๆ ที่มีความหมายแสดงถึงการร่วมมือช่วยเหลือกันเพื่อประโยชน์ร่วมกันและด้วยความเอื้ออาทรต่อชุมชนอื่นๆ ในสังคมด้วย

ความเข้มแข็งชุมชน หมายถึง การที่องค์กรชุมชนมีความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543: 15)

อุมพร ผาทอง (2544: 44) ได้สรุปความเข้มแข็งของชุมชน หมายถึง ความสามารถของประชาชน องค์กรชุมชนต่างๆ ที่ดำเนินกิจกรรมพัฒนาชุมชน ในลักษณะของการมีส่วนร่วมสามารถพึ่งตนเองและมีกระบวนการการเรียนรู้ภายใต้การจัดการที่มีประสิทธิภาพ

พีรสุด ศรีธวัช ณ อรุณยา (อ้างถึงใน อุมพร ผาทอง, 2544: 41) ได้สรุปความหมายของคำว่าความเข้มแข็งของชุมชน หมายถึง การรวมตัวของคนและองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่มีประชาชนและชุมชนเป็นแกนนำ โดยไม่คำนึงถึงการจัดตั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคประชาชนก็ตาม เพื่อร่วมกันดำเนินการและจัดการกิจกรรม อันก่อให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชนไม่ว่าด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม การศึกษา และด้านต่างๆ อาจเป็นกิจกรรมที่ผลิตใหม่หรือผลิตซ้ำ และเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและจัดประจำ

2.5.2 วิธีการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2544: 18-19) กล่าวว่า ความเข้มแข็งของชุมชนว่า จะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับชุมชนนั้นมีองค์กรชุมชนที่เข้มแข็งเพียงใด ทั้งนี้องค์กรที่มีความเข้มแข็งนั้น จะต้องมีการเตรียมคนและชุมชนด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง เพื่อเป็นฐานรองรับการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม

วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมพร้อมกันทุก ๆ ด้าน โดยมีหน่วยงานทั้งของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคีการพัฒนาทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ผันกำลังดำเนินงานการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยการกระตุ้นและการสร้างกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมให้ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการเรียนรู้ เพื่อช่วยเหลือกันและกันอันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาวทั้งนี้มีกิจกรรมหลัก ๆ ที่ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน สรุปได้ดังนี้

1. การส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อเผชิญปัญหาวิกฤต โดยพัฒนาศักยภาพให้คนในชุมชนรวมกลุ่มกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรักษาผลประโยชน์ของชุมชนด้วยตนเอง รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการปรับวิถีคิดและวิถีการทำงานของบุคลากรภาครัฐ จากการเป็นผู้สั่งการมาเป็นผู้สนับสนุนชุมชนในการจัดการปัญหาของชุมชนเอง ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อเผชิญปัญหาวิกฤตของชุมชน ได้แก่ หน่วยงานของรัฐที่มีกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนในชุมชนต่าง ๆ องค์กรพัฒนาเอกชนและภาคีพัฒนาต่าง ๆ

2. การส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมทำและร่วมเรียนรู้” เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนชุมชนได้มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการพัฒนาอาชีพและเศรษฐกิจชุมชน การพัฒนาสวัสดิการสังคมและสวัสดิภาพชุมชน การฟื้นฟูอนุรักษ์และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชน รวมทั้งการสร้างประชาสังคมภายในชุมชนและการสร้างเครือข่ายของชุมชน ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการลักษณะนี้ ดังเช่น กิจกรรมของโครงการความร่วมมือไทย-สหประชาชาติ (Thai - UNCAP) โครงการกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (SIF) เป็นต้น

ในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งนั้น กลไกสำคัญยิ่งในการพัฒนากระบวนการของการพัฒนา ได้แก่ องค์กรชุมชนหรือองค์กรประชาชน เพราะคำว่า “ชุมชน” มีความหมายในเชิงกระบวนการที่มีพลวัต กล่าวคือ ความเป็นชุมชนจะวัดหรือดูได้จากกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวของกลุ่มคนที่รวมตัวกันว่ามีลักษณะอย่างไร นั่นคือ ลำพังเพียงการรวมตัวกันของคนในหมู่บ้านหรือพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ไม่เพียงพอที่จะกล่าวว่ที่นั่นมีความเป็นชุมชนหรือมีองค์กรชุมชน แต่การรวมตัวกันนั้นจะต้องพิจารณาถึงวัตถุประสงค์กิจกรรม การมีส่วนร่วมของคนในกลุ่ม และการจัดการกลุ่มหรือองค์กรนั้นด้วย การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งได้นั้นควรพัฒนาจากฐานของชุมชนจึงเป็นการพัฒนาจากวัฒนธรรมซึ่งเป็นชีวิตของสังคมทั้งมวล ต้องหันกลับมามองในแนวทางที่เคารพภูมิปัญญาท้องถิ่นให้มากขึ้นและพยายามสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงทั้งชาวบ้าน นักพัฒนาเอกชน นักวิชาการ ข้าราชการ เป็นต้น เพื่อช่วยเหลือร่วมมือซึ่งกันและกัน สร้างพลังเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (การุณ ไชยแขวง, 2541: 73-75)

ความเข้มแข็งของชุมชนจะมีมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับชุมชนนั้นมีองค์กรชุมชนที่ต้องเข้มแข็งเพียงใด ทั้งนี้องค์กรชุมชนที่มีความเข้มแข็งนั้นจะต้องมีการเตรียมคนและชุมชนด้วยการเสริมสร้างให้มีความเข้มแข็ง เพื่อเป็นฐานรองรับการแก้ปัญหาและการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมพร้อมกันทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ผนึกกำลังดำเนินการการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยการกระตุ้นและการสร้างกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมให้ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และมีการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันอันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว ทั้งนี้มีกิจกรรมหลักๆ ที่ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อเผชิญปัญหาวิกฤต การส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมทำ และการเรียนรู้” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544: 18–19)

ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์ (อ้างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543: 32–34) ได้กล่าวถึงเรื่องกระบวนการสร้างเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งซึ่งอาจกระทำได้โดยอาศัยกระบวนการที่สำคัญใน 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมคนหรือการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ทรัพยากรบุคคลในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา องค์กรชุมชนจะเข้มแข็งไม่ได้หากผู้นำในชุมชนและประชาชนขาดจิตสำนึก ขาดความรู้ความเข้าใจในการกำหนดประเด็นปัญหา เพื่อดำเนินกิจกรรมการบริหารจัดการ การจัดกระบวนการถ่ายทอดความรู้และขาดการพัฒนาวิสัยทัศน์ “การพัฒนาทรัพยากรบุคคล” หรือ “การเตรียมคน” จึงเป็นปัจจัยหลักสำคัญในการสร้างความสำเร็จของการพัฒนาในระดับชุมชน

ขั้นตอนที่ 2: การกำหนดประเด็นปัญหาของชุมชนและการพัฒนาทางเลือกเพื่อดำเนินกิจกรรม

“ใครเป็นผู้กำหนดปัญหา และปัญหาใดที่ได้รับเลือกเป็นปัญหาของชุมชน” เป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง สถานการณ์ในการแก้ไขปัญหาโดยส่วนใหญ่ ชุมชนมักถูกตัดโอกาสให้เป็นผู้กำหนดประเด็นปัญหาของชุมชน เนื่องจากมีการกำหนดโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจากภายนอกชุมชน ปัญหาหลายปัญหาจึงตรงกันข้ามกับความจำเป็นและความต้องการของชุมชน ขณะที่ปัญหาสำคัญของชุมชนถูกตัดทิ้งไปและกลายเป็นเหตุผลประการหนึ่งที่ชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการพัฒนา

การกำหนดประเด็นปัญหาภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ขบคิดปัญหา ซึ่งไม่เพียงแต่ปัญหาที่เป็นแง่มุมอันเป็นผลประโยชน์ของตนเองเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการกระจายผลประโยชน์ไปยังบุคคลอื่นที่อยู่ใน

ชุมชน และขั้นตอนแรกของการนำประชาชนไปสู่สำนักในความรับผิดชอบต่อปัญหาและพัฒนา
ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3: การดำเนินกิจกรรมสาธารณะของชุมชน

กิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นของแต่ละกลุ่มองค์กร กิจกรรมใน
ลักษณะของแต่ละบุคคล กิจกรรมที่รัฐหรือองค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินการหรือมอบหมายให้
ชุมชนดำเนินการ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้แตกต่างจากกิจกรรมสาธารณะของชุมชน เพราะกิจกรรมที่
กล่าวในเบื้องต้น ความสัมพันธ์กับองค์กรด้านบริหารและความสัมพันธ์ของการดำเนินกิจกรรม
มักเป็นลักษณะในแนวดิ่ง คือ มีลักษณะการสั่งการ มีสายบังคับบัญชา โดยเริ่มต้นจากหน่วย
ราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและไปจบที่ประชาชน ขาดการนำเอาความคิดริเริ่มและ
นำเอาประชาชนมามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินการโครงการ

“กิจกรรมสาธารณะของชุมชน” เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากหลายกรณี เช่น กรณีปัญหา
กรณีความสนใจ เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะพิเศษ คือ เกิดจากความสนใจและการมีเป้าหมายร่วมกัน
ของคนในชุมชน ทำให้มีการรวมพลัง มีการสนทนาอย่างพินิจพิเคราะห์ริเริ่มกิจกรรมอย่าง
สร้างสรรค์หลากหลาย มีการจัดการร่วมกันภายใต้ความสัมพันธ์ในแนวระนาบเรียนรู้และสรุป
บทเรียนร่วมกัน

ลักษณะความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะของชุมชน จึงเป็นลักษณะของ
เครือข่ายความร่วมมือ (Net-Working) จากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเป็นพหุภาคี กล่าวคือ องค์กร
ต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งในชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนา โดยมีสำนัก
และรู้สึกในความเป็นเจ้าของพื้นที่หรือกิจกรรม มีการเข้าร่วมมือในลักษณะของความเป็น
หุ้นส่วน (Partnership) คือ ร่วมคิด/ตัดสินใจ ร่วมวางแผน/ปฏิบัติ/ระดมทรัพยากร มีการแบ่ง
งานกันทำและร่วมตรวจสอบ/ประเมินผล/รับผลจากการพัฒนา ลักษณะดังกล่าวนี้คือ ความเป็น
“ประชาคม” ที่มีเป้าหมายสาธารณะเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 4: ขยายเครือข่ายความร่วมมือ

ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกันทั้งสังคม เพราะ
สภาพปัญหาและพัฒนาต่างๆ ล้วนกระทบต่อชุมชน ชุมชนต้องเปิดตนเองเข้าสู่การแลกเปลี่ยน
เรียนรู้กับสังคมภายนอกเพื่อให้มีความรู้และประสบการณ์ที่เท่ากัน ในอีกทางก็เป็นการร่วมมือ
เพื่อพัฒนาไปพร้อมๆ กับสังคมโดยรวม และสร้างขบวนการให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมือง
และนโยบายเพื่อส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนาของชุมชนท้องถิ่น โดยขบวนการที่สำคัญ
คือ

4.1 ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มต่างๆ : ไม่ว่าจะเป็นการรวม
ตัวของกลุ่มเกษตรกร กลุ่มสิ่งแวดล้อม กลุ่มชุมชนแออัดเขตเมือง หรือชมรมอาสาสมัครต่างๆ
เป็นต้น เพื่อเป็นเครือข่ายความร่วมมือกับสังคมวงกว้างที่ต่อยอดจากชุมชนท้องถิ่น

4.2 พัฒนาความเป็นประชาคมอำเภอ จังหวัด : เพื่อเปิดโอกาสให้เครือข่ายต่างๆ เข้าร่วมในลักษณะเป็นพหุภาคี โดยเป็นหุ้นส่วนทางการพัฒนาและส่งเสริมให้มีการนำเสนอปัญหา ตัดสินใจ วางแผนปฏิบัติและดำเนินการ รวมทั้งเรียนรู้และตรวจสอบผลการดำเนินงานร่วมกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ โดยพร้อมที่จะร่วมลงมือพัฒนา สนับสนุนเครือข่ายและชุมชนในพื้นที่ การขยายเครือข่ายความร่วมมือกับสังคมวงกว้างจะช่วยให้ได้ร่วมเรียนรู้ปัญหาและพัฒนาไปพร้อมๆ กัน

4.3 ส่งเสริมขบวนการเคลื่อนไหว “ประชาสังคม” : เน้นความเป็นประชาสังคม กล่าวคือ เป็นความร่วมมือและรับผิดชอบต่อสาธารณะ โดยมีแรงจูงใจจากความรับผิดชอบต่อสังคมในฐานะพลเมือง (The Citizen) เข้าร่วมพัฒนามนุษยสัมพันธ์ (อาสาสมัคร) และปฏิบัติการภายใต้เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของทุกคน แสวงหาความร่วมมือจากทุกฝ่าย พร้อมทั้งจะตรวจสอบกิจกรรมพัฒนาต่างๆ โดยสาธารณชน เกิดการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือมีผลกระทบต่อองค์กรหรือต่อพื้นที่และทำให้การพัฒนามีคุณภาพในที่สุด โดยเป็นประชาสังคมจะเกิดขึ้นได้นอกจากจะพัฒนาจิตสำนึกของความเป็นพลเมืองแล้ว จะต้องส่งเสริมการให้เกิดการเข้าร่วมกลุ่ม กิจกรรมส่งเสริมองค์กรสาธารณะประโยชน์ที่หลากหลาย ส่งเสริมการร่วมของชุมชนและประชาชนกับกิจกรรมของท้องถิ่น พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้การสื่อสารมีความรวดเร็ว โปร่งใส ตอบสนองความต้องการ และทันต่อเหตุการณ์ เป็นต้น

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (อ้างถึงใน การุญ ไชยแขวง, 2541: 75-76) ได้กล่าวถึงการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพว่าควรจะมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ต้องยึดหลักความต้องการและปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม หากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ก็ต้องใช้เวลาในการกระตุ้น แรงจูงใจ ให้ความสนใจ ให้ความรู้ ความเข้าใจจนประชาชนยอมรับความจำเป็นและประโยชน์ในการจัดกิจกรรมเหล่านั้น
2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน สร้างสรรค์ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลุกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนร่วม ทำงานเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว
3. แนวทางการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่จะรับดำเนินการต่อไปได้โดยไม่ต้องพึ่งพาภายนอก โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องทุ่มเทในลักษณะของการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรมและสามารถทำต่อไปได้เอง เมื่อการช่วยจากภายนอกสิ้นสุด
4. กิจกรรมพัฒนากิจกรรมต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความพร้อมของชุมชน การสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน

5. การเริ่มต้นกิจกรรมต้องการอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายถึง ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้ง เพื่อเป็นบุกเบิกและชักนำชาวบ้านต่อไป ผู้นำชุมชนต้องวางแนวทางปฏิบัติให้กิจกรรมขยายผลประโยชน์ต่อส่วนรวมโดยเร็วที่สุด

6. ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องให้ประชาชน มีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นต้น เช่น ร่วมหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหารือทางแก้ไขปัญหา ร่วมการตัดสินใจ ร่วมวางแผนงาน ร่วมกันปฏิบัติงาน ร่วมกันติดตามประเมินผล จนถึงขั้นการร่วมบำรุงรักษาในระยะยาวด้วย

2.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2544: 19) กล่าวว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน จะต้องอาศัยอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และใช้ทุนทางสังคมในการจัดการเพื่อเอาชนะปัญหาที่ชุมชนต้องเผชิญ เมื่อชุมชนมีปัญหาก็จะรวมกลุ่มเพื่อระดมทรัพยากรในชุมชนใช้ร่วมกัน โดยในแต่ละชุมชนจะมีการพัฒนาไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในมิติต่าง ๆ เช่น มิติด้านเศรษฐกิจ มิติทางสังคม มิติทางวัฒนธรรม และมิติทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมไม่เท่ากัน หรืออาจจะพัฒนาความเข้มแข็งได้เพียงบางมิติเท่านั้น นอกจากนี้ เงื่อนไขและกระบวนการนำไปสู่ความเข้มแข็งในแต่ละมิติก็มีความแตกต่างกันไป

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2543: 73–76) ได้ทำการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่

1. บริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ประกอบด้วย
 - 1.1 วัฒนธรรมประเพณี
 - 1.2 ลักษณะและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน
 - 1.3 สภาพแวดล้อมของชุมชน
2. ปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่
 - 2.1 ลักษณะผู้นำชุมชน
 - 2.2 กลุ่ม/องค์กรชุมชน
 - 2.3 การเผชิญภาวะวิกฤตของชุมชน
 - 2.4 กระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อชุมชน
 - 2.5 การพัฒนา/การเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง
 - 2.6 ประสบการณ์ในการพัฒนาแล้วเกิดผลในเชิงลบ
 - 2.7 การมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 2.8 การมีระบบสื่อสารที่ดี

3. ปัจจัยภายนอกชุมชน ได้แก่

- 3.1 การสนับสนุนจากภาครัฐ/ทีมวิจัย
- 3.2 การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน
- 3.3 การสนับสนุนจากองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศ
- 3.4 การสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ

อุทัย ดุลยเกษม (อ้างถึงใน บัณฑิต เอื้อวัฒน์กุล, 2544: 111-112) ได้นำเสนอแนวทางการวิเคราะห์ เจาะลึก ปัจจัยแห่งความเข้มแข็งของชุมชนไว้ 7 ประการ คือ

1. โครงสร้างสังคมแบบแนวนราบ หมายถึง สภาพความสัมพันธ์เชิงอำนาจของคนในชุมชนมีความเท่าเทียมกัน และอำนาจในการเข้าถึงทรัพยากรและโอกาสของคนในชุมชนมีความใกล้เคียงหรือไม่มีความแตกต่างกันมากนัก
2. ระบบเศรษฐกิจแบบพึ่งตนเอง หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงและการจัดการกับทรัพยากรของตนเพื่อการผลิต บริโภค การตลาด การสะสม และการกระจายส่วนเกิน
3. ค่านิยมทางศาสนธรรม เป็นการเน้นความเชื่อในเรื่องที่เกี่ยวกับศาสนาที่มีผลต่อความสันโดษและการเคารพอ่อนน้อมต่อธรรมชาติ
4. กระบวนการเรียนรู้เพื่อชีวิต เป็นการเรียนรู้ที่สืบสานภูมิปัญญาดั้งเดิม โดยที่ชุมชนสามารถเป็นผู้กำหนดกระบวนการเรียนรู้และจัดการให้เกิดการศึกษาที่ไม่แยกออกจากวิถีชีวิตของสังคมและชุมชน
5. กลุ่มผู้นำตามธรรมชาติ หมายถึง การมีผู้นำชุมชนที่เกิดขึ้นจากเงื่อนไขทางสังคมที่หลากหลาย เช่น การประพฤติตนตามศีลธรรมชุมชน การต่อสู้เพื่อชุมชน หรือการเป็นผู้ทรงความรู้ตามความเชื่อของคนในชุมชน
6. ระบบความสัมพันธ์เชิงสังคมที่แน่นแฟ้น หมายถึง ความหมายในเชิงรูปธรรม ซึ่งได้แก่ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน โดยสมาชิกมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันผ่านระบบครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง โดยมีกฎเกณฑ์และแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกัน
7. กลไกที่เอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ โดยมีการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องตลอดเวลาทั้งในสถานที่พบปะของชุมชนหรือโดยกระบวนการถ่ายทอด การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ผ่านสื่อพื้นบ้านในรูปแบบต่างๆ

2.6 ความรู้เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2538 อ้างถึงใน อุดลย์ วรรณชาติ, 2545: 17) ได้ให้ความหมายว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจาก

ชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้ทำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านและชุมชน โดยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขตามสัดส่วน อสม. 1 คน ต่อ 8–15 หลังคาเรือน ในเขตเมืองที่เป็นพื้นที่ชุมชนแออัดมี อสม. 1 คน ต่อ 20–30 หลังคาเรือน

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ วัดอุดม 2543: 27–28) ดังนี้

1. ประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ พร้อมทั้งชี้แจงประชาชนทราบและเข้าร่วมกิจกรรม
3. ประชุมกลุ่มแม่บ้าน เพื่อนบ้าน เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยแบ่งความรับผิดชอบตามละแวกบ้านของ อสม. ตามรูปแบบที่ได้จากการประชุมกลุ่ม
 - 3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
 - 3.2 ระบุแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย วิธีกำจัด และผู้รับผิดชอบ
 - 3.3 กำหนดวันสำรวจลูกน้ำยุงลาย เดือนละ 1 ครั้ง และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายสัปดาห์ละ 1 วัน พร้อมกันทั้งหมู่บ้าน
 - 3.4 เก็บแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย
4. เป็นศูนย์กลางการกระจายสิ่งสนับสนุน (ศสมช./อสม.)
 - 4.1 เอกสาร/แผ่นพับ
 - 4.2 ทรายอะเบท
 - 4.3 ปลาหางนกยูง
 - 4.4 กองทุนฝาปิดโอ่งน้ำ/ผ้าพลาสติก/ปลาหางนกยูง
5. การให้การกระตุ้นเตือนด้วยวาจาหรือผ่านหอกระจายข่าว ในการปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง
6. ให้ความสนับสนุนทางสังคมแก่แม่บ้าน เพื่อนบ้าน ครู และนักเรียน โดยการให้คำชมเชย ให้คำแนะนำ ปรึกษา และให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก
7. จัดประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ร่วมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อทราบปัญหา อุปสรรค และใช้กระบวนการกลุ่มในการแก้ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป
8. ประเมินผลกิจกรรม

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล (2544: 85) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point – Biserial Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบได้ สำหรับตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม วิธีการเข้าสู่ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรมและทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

อดุลย์ วรรณชาติ (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก: ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน $t - test$ และ $F - test$ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ การได้รับการสนับสนุน อายุ ระยะเวลา อาชีพ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

กัลยานี สุเวทเวทิน (2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอำนาจเจริญ โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เฉพาะอำเภอที่มีอัตราการป่วยสูงและต่ำ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ได้แก่ การได้รับการนิเทศติดตามจากผู้บริหารระดับอำเภอ และทัศนคติในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับหลักความเป็นจริง กล่าวคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานประสบความสำเร็จจะได้รับการนิเทศติดตามน้อย

ทวีศักดิ์ วัตอุดม (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ ร้อยละ (Percentage)

ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) t – test และ F – test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

รณรงค์ นครจินดา (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ทักษะของนักปกครองท้องถิ่นที่มีต่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม : กรณีอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ประชากรที่ได้ศึกษา ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตร และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านของอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมด 3 ตำบล พบว่า อายุ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง การศึกษา รายได้ ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกัน การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะของนักปกครองท้องถิ่น และตัวแปรการพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับการป้องกัน การบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับทักษะของนักปกครองท้องถิ่น

บทที่ 3

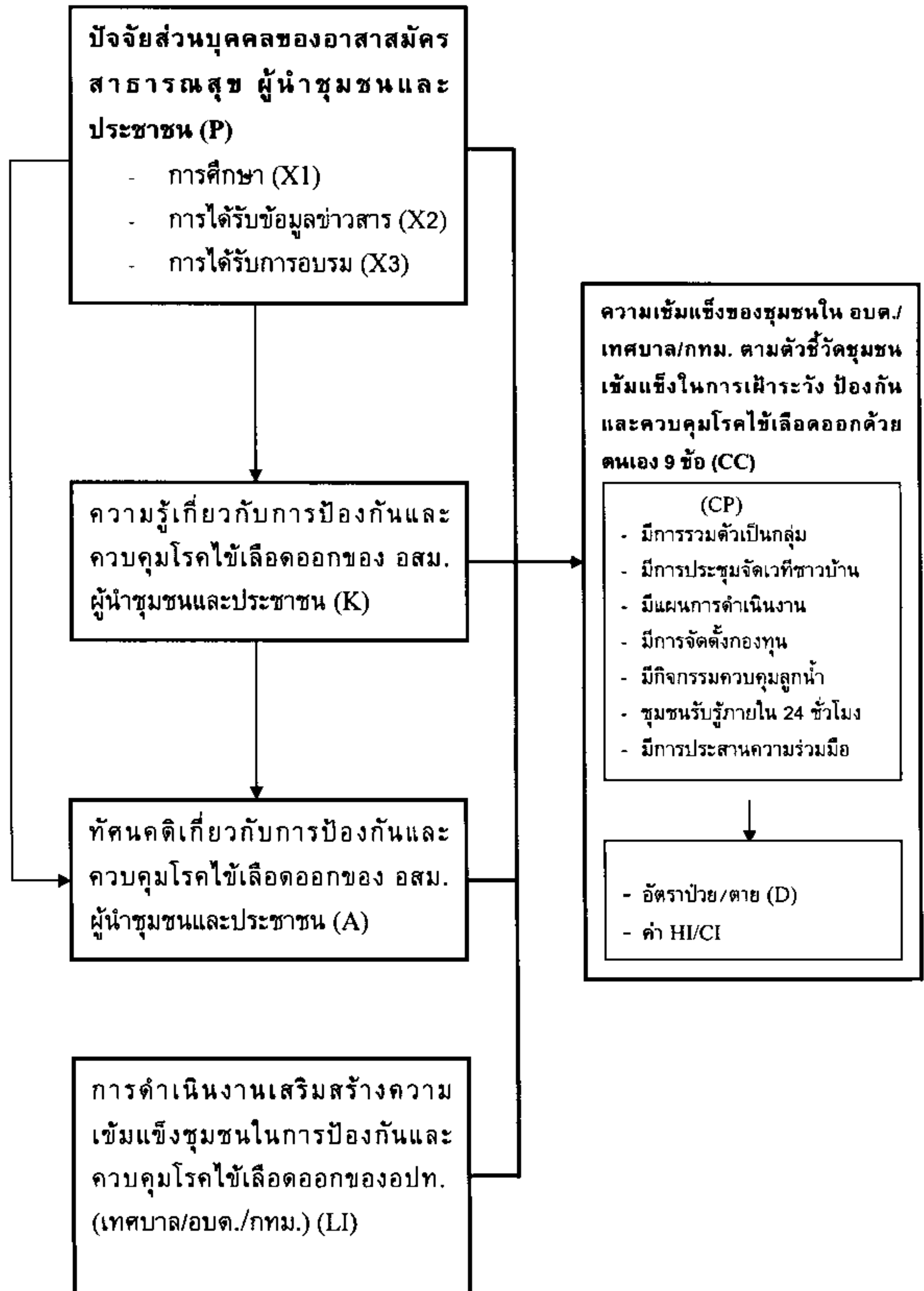
กรอบแนวคิดและวิธีการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจากการตรวจสอบเอกสารและศึกษาผลงานการวิจัยตลอดจนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับปัจจัยต่างๆ ตลอดจนรายละเอียดวิธีการวิจัยได้ดังนี้

3.1 กรอบแนวคิดและแบบจำลองที่ใช้ในการวิจัย

3.1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ผู้นำชุมชนและประชาชน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอปท. (เทศบาล/อบต./กทม.) นอกจากนี้ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับอัตราป่วย/ตายอีกด้วย ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้แสดงไว้ ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

3.1.2 แบบจำลองที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก

$$CC = f(P, K, A, LI)$$

กลุ่มที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก

$$K = f(P)$$

กลุ่มที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก

$$A = f(P, K)$$

กลุ่มที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกกับอัตราป่วย/ตาย

$$D = f(CP)$$

โดย	CC	คือ ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
	P	คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชน ประกอบด้วย ระดับการศึกษา (X1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (X2) และการได้รับการอบรม (X3)
	K	คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชน
	A	คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชน
	LI	คือ การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอปท. (อบต./เทศบาล/กทม.)
	D	คือ อัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออก
	CP	คือ การดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.2 สมมติฐานการวิจัย

3.2.1 ระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะของชุมชนและการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.2.2 ระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูลและการได้รับการอบรมมีอิทธิพลต่อความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.2.3 ระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล การได้รับการอบรมและความรู้ของชุมชนมีอิทธิพลต่อทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.2.4 การดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออก

3.3 นิยามเชิงปฏิบัติการ

โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่มีอาการสำคัญ คือ มีไข้ร่วมกับมีเลือดออกตามผิวหนัง ตับโต และมักมีภาวะช็อก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สาเหตุโรคเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี หรือ Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง ประชาชนในหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้านที่ตัวเองอาศัยอยู่ ให้เป็นตัวแทนประชาชนในดำเนินงานสาธารณสุข และผ่านการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข ได้รับสิทธิในด้านการรักษาพยาบาลฟรี

ผู้นำชุมชน หมายถึง ผู้ดำรงตำแหน่งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำกลุ่ม/องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวอย่าง

ประชาชน หมายถึง ประชาชนใน อบต. ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวอย่าง

ความรู้ หมายถึง ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนในการจดจำเรื่องของโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ทัศนคติ หมายถึง ลักษณะทางจิตใจ ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ และความพร้อมที่จะปฏิบัติในงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การรับข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข่าวสารของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและประชาชนเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ทั้งจากทางด้านหอกระจายข่าว วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ และด้านอื่นๆ

ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ การที่ชุมชนมีการดำเนินการตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง

3.4 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.4.1 ประชากร ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและประชาชนในเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศและในเขตกรุงเทพมหานคร และผู้บริหาร/บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.4.2 ตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์

ในการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มเลือกตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ ได้แก่ เทศบาลและ อบต. จำนวน 16 แห่ง และสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคทั่วประเทศ โดยกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งนี้ จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต. และสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร) กลุ่มที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในระดับสูงและกลุ่มที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ โดยพื้นที่ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ที่ผู้วิจัยสุ่มเลือกสำหรับการสัมภาษณ์เป็นดังตารางที่ 3.1 และ 3.2

ตารางที่ 3.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตัวอย่างในจังหวัดที่มีอัตราป่วยไข้เลือดออกในระดับสูง จำแนกรายภาคและเขตในกรุงเทพมหานคร

ภาค	จังหวัดที่มีอัตราป่วย ไข้เลือดออก ในระดับสูง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
		เทศบาล	อบต.
เหนือ	พิจิตร	เทศบาลตำบลสามง่าม	อบต. ท่าหลวง
		อ. สามง่าม	อ. เมือง
ตะวันออกเฉียงเหนือ	อุบลราชธานี	เทศบาลตำบลเมืองเดช	อบต. เป้า
		อ. เดชอุดม	อ. ตระการพืชผล

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ภาค	จังหวัดที่มีอัตราป่วย ใช้เลือดออก ในระดับสูง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
		เทศบาล	อบต.
กลาง	ระยอง	เทศบาลนครระยอง อ. เมือง	อบต. เชิงเนิน อ. เมือง
ใต้	สงขลา	เทศบาลนครหาดใหญ่ อ.หาดใหญ่	อบต. เขารูปช้าง อ. เมือง
กรุงเทพมหานคร		เขตบางกะปิ	

ตารางที่ 3.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตัวอย่างในจังหวัดที่มีอัตราป่วยใช้เลือดออกในระดับ
ต่ำ จำแนกรายภาคและเขตในกรุงเทพมหานคร

ภาค	จังหวัดที่มีอัตราป่วย ใช้เลือดออก ในระดับต่ำ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
		เทศบาล	อบต.
เหนือ	แม่ฮ่องสอน	เทศบาลตำบล แม่สะเรียง อ. แม่สะเรียง	อบต. แม่สะเรียง อ. แม่สะเรียง
ตะวันออกเฉียงเหนือ	หนองคาย	เทศบาลตำบล ศรีเชียงใหม่ อ. ศรีเชียงใหม่	อบต. พานพร้าว อ. ศรีเชียงใหม่
กลาง	สิงห์บุรี	เทศบาลตำบลสิงห์ อ. บางระจัน	อบต. บ้านจำ อ. บางระจัน
ใต้	สตูล	เทศบาลตำบล ควนโดน อ. ควนโดน	อบต. ทุ่งนุ้ย อ. ควนกาหลง
กรุงเทพมหานคร		เขตทวีวัฒนา	

โดยในแต่ละพื้นที่ที่ได้เลือกไว้นั้นกำหนดจำนวนตัวอย่างสำหรับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มไว้ ดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	10	คน
ผู้นำชุมชน	10	คน
ประชาชนในพื้นที่	<u>45</u>	คน
รวม	<u>65</u>	คน/แห่ง

รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 1,170 ตัวอย่าง

สำหรับตัวอย่างที่เป็นผู้บริหาร/บุคลากรของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล/สำนักงานเขต กทม.กำหนดไว้พื้นที่ละ 5 คน

ซึ่งจำนวนตัวอย่างนี้นับว่าเพียงพอตามหลักการวิจัย เนื่องจาก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากตารางการสุ่มตัวอย่างของ Yamane (1960 อ้างถึงใน สุวิมล ติรกานนท์, 2544: 154–155) ได้แสดงไว้ว่า เมื่อจำนวนประชากรมากกว่า 100,000 คน จนถึง Infinity ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนเป็นร้อยละ 3 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1,111 ตัวอย่าง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งจะใช้จำนวนตัวอย่าง 1,170 ตัวอย่าง จึงมีจำนวนมากกว่าจำนวนตัวอย่างจาก Yamane

นอกจากนี้การที่กำหนดจำนวนตัวอย่างไว้ที่ประมาณ 1,000 ตัวอย่างดังกล่าวมาเนื่องจากในการกำหนดจำนวนตัวอย่างในการวิจัยนั้นถึงแม้โดยพื้นฐานแล้ว เมื่อจำนวนตัวอย่างมากขึ้นความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างจะน้อยลงก็ตาม แต่เมื่อจำนวนตัวอย่างเพิ่มถึงประมาณ 1,000 ตัวอย่าง ค่าความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก ถึงแม้จะเพิ่มจำนวนตัวอย่างขึ้นอีกก็แทบจะไม่เปลี่ยนแปลงค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง และเป็นการไม่คุ้มค่ากับงบประมาณและเวลาในการที่จะเพิ่มจำนวนตัวอย่างให้มากขึ้น (Bryman, 2001: 95)

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นดังนี้

3.5.1 แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตัวอย่าง

เป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและยุงลายในเขตพื้นที่ อบต./เทศบาล/กทม. คำถามเป็นการให้กรอกข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกเป็นรายเดือนและกลุ่มอายุ รวมทั้งจำนวนหลังคาเรือนและอาคารสถานที่ต่างๆ ที่พบลูกน้ำยุงลาย (HI/CI)

3.5.2 แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชน

เป็นการศึกษาข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชนและประชาชนซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด บทบาทในชุมชน ระยะเวลาการทำงานเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข การรับข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำ

ส่วนที่ 2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชน เป็นคำถามเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของโรค อาการ การวินิจฉัยเบื้องต้น การรักษา การป้องกันและควบคุมโรค หากตอบถูกจะให้คะแนน 1 หากตอบผิดจะให้คะแนน 0

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชน เป็นคำถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นคำถามแบบประเมินค่า มีหลักการให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
เห็นด้วย	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2546 เป็นคำถามเพื่อวัดผลการดำเนินงานซึ่งอิงตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.6 การทดสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

3.6.1 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ตำรา วิทยานิพนธ์ ภาคนิพนธ์ ตลอดจนบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3.6.2 ทำการร่างแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ ตามกรอบแนวคิดที่กำหนดในการวิจัย

3.6.3 นำแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้องของภาษา ความตรงตามเนื้อหา (Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ (Pre – Test)

3.6.4 นำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Pre – Test) กับประชากรในเขตเทศบาลนครนครปฐม อ. เมือง จ. นครปฐม จำนวน 20 ตัวอย่าง

3.6.5 หลังจากทำการทดสอบแล้ว นำแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความชัดเจนอีกครั้ง และนำมาแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมติฐาน ตัวแปร ตลอดจนประชากรและตัวอย่างไว้ 2 วิธีหลัก ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิและการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ดังนี้

3.7.1 ข้อมูลปฐมภูมิ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายที่เลือกไว้แล้วโดยแบ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยไข้เลือดออกในระดับสูงและระดับต่ำจำแนกรายภาคและเขตในกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 3-1 และ 3-2) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.7.1.1 การใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหาร บุคลากร และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ถึงการบริหารจัดการ แผนการดำเนินงาน กิจกรรมที่ดำเนินงาน และผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เลือกมาเป็นตัวแทน ซึ่งมีอัตราป่วยไข้เลือดออกสูงและต่ำ โดยกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมประเด็นในการวิจัยทั้งหมด เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ได้สัมภาษณ์มีดังนี้

- 1) ผู้บริหารและบุคลากรของเทศบาล ได้แก่ นายกเทศมนตรี หรือเทศมนตรีที่รับผิดชอบ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และผู้รับผิดชอบโครงการ
- 2) ผู้บริหารและบุคลากรของ อบต. ได้แก่ นายก อบต. ปลัด อบต. และผู้รับผิดชอบโครงการ

3) ผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ผู้อำนวยการเขต หรือผู้ช่วยผู้อำนวยการเขต หัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล และผู้รับผิดชอบโครงการ

รวมทั้งหมด 37 คน

3.7.1.2 การใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์สำหรับอาสาสมัคร

สาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชน

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ถึงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ตลอดจนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดังกล่าว ซึ่งการสัมภาษณ์ในส่วนนี้เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามประกอบ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่ได้ทำการสัมภาษณ์ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,218 คน

3.7.2 ข้อมูลทุติยภูมิ

การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยค้นคว้าและรวบรวมจากหนังสือ รายงาน เอกสาร งานวิจัย และสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยศึกษาถึงแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประเภท ลักษณะ และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้แบบสอบถามจากงานภาคสนามแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด สร้างคู่มือลงรหัส (Code Book) และนำข้อมูลมาลงรหัส จากนั้นนำข้อมูลที่ลงรหัสเรียบร้อยแล้วไปวิเคราะห์ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science)

3.8.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณาลักษณะประชากรที่ศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติ การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้สถิติอัตราส่วนร้อยละ (Percent) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.8.2 การทดสอบสมมติฐาน เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) และสหสัมพันธ์ (Correlation)

3.9 การแบ่งกลุ่มและการกำหนดค่าตัวแปร

3.9.1 กลุ่มที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรตาม คือ ความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนใน อปท. (CC) โดยวัดจากความสามารถในการปฏิบัติตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง ดังนี้

1. มีการรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กร เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) สถานีอนามัย โรงเรียน ผู้นำศาสนาและแกนนำอื่นๆ ในชุมชน และองค์กรเอกชนเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก
2. มีการประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ และระบุไว้ในแผน อบต./ตำบล และชุมชน
3. มีแผนการดำเนินงานที่เกิดจากการประชุมวางแผนร่วมกันขององค์กรในโครงการฯ
4. มีการจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้โดย อบต./ตำบล และชุมชน
5. มีกิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง
6. เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมงและมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม
7. มีการประสานความร่วมมือกับชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่
8. อบต./ตำบลและชุมชน ไม่มีผู้ป่วยหรือมีผู้ป่วยได้ไม่เกิน 2 ราย/ปี และไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก

โดยตัวชี้วัดข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6 และ 7 มีค่า 1, 2 และ 3 คือ

- 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบว่าการจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดดังกล่าว
 - 2 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ทราบแต่ไม่เข้าร่วมการจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดดังกล่าว
 - 3 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ทราบและเข้าร่วมการจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดดังกล่าว
- ส่วนตัวชี้วัดข้อที่ 3 มีค่า 1 และ 2 คือ

- 1 หมายถึง ไม่มีการกำหนดแผนการดำเนินงาน
- 2 หมายถึง มีการกำหนดแผนการดำเนินงาน

และตัวชี้วัดข้อที่ 8 มีค่า 1, 2 และ 3 คือ

- 1 หมายถึง ระดับตามตัวชี้วัดต่ำ
- 2 หมายถึง ระดับตามตัวชี้วัดปานกลาง

3 หมายถึง ระดับตามตัวชี้วัดสูง

โดยที่ค่าความเข้มแข็งของชุมชน (CC) คือ การรวมคะแนนตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งดังกล่าว โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-23 คะแนน

ตัวแปรอิสระ

X1 คือ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่ได้ศึกษา
- 2 หมายถึง ประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)
- 3 หมายถึง ประถมศึกษาตอนปลาย
- 4 หมายถึง มัธยมศึกษาตอนต้น
- 5 หมายถึง มัธยมศึกษาตอนปลาย
- 6 หมายถึง อนุปริญญา
- 7 หมายถึง ปริญญาตรี
- 8 หมายถึง ปริญญาโท

ตัวแปรด้านการศึกษากลุ่มตัวอย่างนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ ระดับการศึกษาสูงน่าจะมีผลให้ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะได้รับทราบข้อมูลและสามารถเข้าใจได้มากกว่า รวมทั้งสามารถเป็นแกนนำในการทำงานในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้มากกว่าผู้มีการศึกษาค่ำ

X2 คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น

- 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 2 หมายถึง เคยได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากเคยได้รับข้อมูลข่าวสารน่าจะทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก เมื่อประชากรตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารแล้วจะทำให้สามารถดำเนินงานตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งได้ดีกว่า

X3 คือ การได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น

- 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 2 หมายถึง เคยได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากเคยได้รับการอบรมน่าจะทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเมื่อประชากรตัวอย่างได้รับการอบรมแล้วจะทำให้มีความเข้าใจและสามารถป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้

K คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง
แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์จะประกอบด้วยคำถามด้านความรู้ทั้งหมด 10 ข้อ
ซึ่งในแต่ละข้อจะให้คะแนนดังนี้

0 หมายถึง ตอบผิด

1 หมายถึง ตอบถูก

แล้วจึงทำการรวมคะแนนในแต่ละข้อเป็นคะแนนความรู้ โดยมีค่าระหว่าง 0–10 คะแนน
ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากคะแนนความรู้อยู่ใน
ระดับสูงน่าจะทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ใน
ระดับสูง เนื่องจากเมื่อประชากรตัวอย่างมีความรู้ก็สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก

A คือ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นคำถามแบบ
ประเมินค่า จำนวน 10 ข้อ มีหลักการให้คะแนน ดังนี้

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

3 หมายถึง เห็นด้วย

4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แล้วจึงทำการรวมคะแนนในแต่ละข้อเป็นคะแนนทักษะ โดยมีค่าระหว่าง 10–40
คะแนน

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากประชากรตัวอย่าง
มีทักษะที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน่าจะทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนใน
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง

LI คือ การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกของอปท. (อบต./เทศบาล/กทม.) โดยใช้คำถามถึงการดำเนินงานขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1. ส่งเสริมการรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กร เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล
(อบต.) สถานีอนามัย โรงเรียน ผู้นำศาสนา และแกนนำอื่นๆ ในชุมชน และองค์กรเอกชนเพื่อ
ดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

2. จัดประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก
และระบุไว้ในแผน อบต./ตำบล และชุมชน

3. จัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกัน และควบคุม
โรคไข้เลือดออกได้โดย อบต./ตำบล และชุมชน

4. ส่งเสริม/ดำเนินกิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง

5. จัดระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมงและมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม

6. ประสานความร่วมมือกับอบต./เทศบาลและชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

โดยที่คะแนนการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอปท. (อบต./เทศบาล/กทม.) คือ การรวมคะแนนตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งดังกล่าว โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน

3.9.2 กลุ่มที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรตาม

K คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรอิสระ

X1 คือ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ ระดับการศึกษาสูงน่าจะมีผลให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะได้รับทราบข้อมูลและสามารถเข้าใจได้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย

X2 คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากเคยได้รับข้อมูลข่าวสารน่าจะทำให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง

X3 คือ การได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากเคยได้รับการอบรมน่าจะทำให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมากกว่าไม่เคยได้รับการอบรม

3.9.3 กลุ่มที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรตาม

A คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรอิสระ

X1 คือ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ ระดับการศึกษาสูงน่าจะมีผลให้ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง

X2 คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากเคยได้รับข้อมูลข่าวสารน่าจะทำให้ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง

X3 คือ การได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากเคยได้รับการอบรมน่าจะทำให้ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมากกว่าไม่เคยได้รับการอบรม

K คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรตาม คือ หากคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงน่าจะทำให้ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก เมื่อประชากรตัวอย่างมีความรู้ก็จะเข้าใจทำให้มีทัศนคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.9.4 กลุ่มที่ 4 การดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรตาม

D คือ อัตราป่วย/ตาย โดยคำถามจะเป็นการให้กรอกข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2546

ตัวแปรอิสระ

CP คือ การดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยวัดจากความสามารถในการปฏิบัติตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง โดยเลือกคิดคะแนนเฉพาะตัวชี้วัดข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6 และ 7 ดังนี้

1. มีการรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กร เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) สถานีอนามัย โรงเรียน ผู้นำศาสนาและแกนนำอื่นๆ ในชุมชน และองค์กรเอกชนเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

2. มีการประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก และระบุไว้ในแผน อบต./ตำบล และชุมชน

3. มีการจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้โดย อบต./ตำบล และชุมชน

4. มีกิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง

5. เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมงและมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม

6. มีการประสานความร่วมมือกับชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

โดยตัวชี้วัดมีค่า 1, 2 และ 3 คือ

- 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบว่ามีการจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดดังกล่าว
- 2 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ทราบแต่ไม่เข้าร่วมการจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดดังกล่าว
- 3 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ทราบและเข้าร่วมการจัดกิจกรรมตามตัวชี้วัดดังกล่าว

โดยที่ค่าการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (CP) คือ การรวมคะแนนตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง 6 ข้อดังกล่าว ค่าคะแนนของตัวแปรนี้จะอยู่ระหว่าง 3–18 คะแนน

ตัวแปรนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับตัวแปรตาม คือ หากชุมชนมีการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงน่าจะทำให้อัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง เนื่องจาก การดำเนินงานของชุมชนเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด หากดำเนินงานดีน่าจะทำให้อัตราป่วยลดลง

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชนในเขตเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ กรุงเทพมหานคร (กทม.) ที่ได้ทำการสุ่มตัวอย่างไว้ ได้แสดงผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการอบรมเรื่องโรค ไข้เลือดออก

4.1.2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4.1.3 การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของเทศบาล อบต. และกทม.

4.1.4 ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4.1.5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คือ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและตัวแปรที่สำคัญอื่นๆ กับ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา การได้รับ ข่าวสารข้อมูล และการได้รับการอบรม ความรู้ ทัศนคติ และการดำเนินงานเสริมสร้างความ เข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2546 ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น

4.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชน

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะดังนี้

4.1.1.1 เพศ

1) แยกตามพื้นที่ตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4 และเป็นเพศชาย จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 535 คน

(2) กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 และเป็นเพศชาย จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 543 คน

(3) กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 และเป็นเพศชาย จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 140 คน

2) แยกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 และเป็นเพศชาย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 190 คน

(2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 และเป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 113 คน

(3) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 535 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 และเป็นเพศชาย จำนวน 380 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 915 คน

กลุ่มตัวอย่างรวมทั่วประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 705 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 และเป็นเพศชาย จำนวน 513 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 1218 คน

4.1.1.2 อายุ

กลุ่มตัวอย่างทั้งที่พิจารณาแยกตามพื้นที่ คือ เทศบาล อบต. และ กทม. และพิจารณาแยกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-50 ปี และเมื่อมองในภาพรวมทั่วประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-50 ปี มีจำนวน 639 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 โดยมีอายุสูงสุด 82 ปี ต่ำสุด 13 ปี และมีอายุเฉลี่ย 39 ปี

4.1.1.3 ระดับการศึกษา

1) แยกตามพื้นที่ตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9

(2) กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต. พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5

(3) กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม. พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7

2) แยกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 18.9

(2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6

(3) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

4.1.1.4 บทบาทหน้าที่ในชุมชน

1) กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล พบว่า มี อสม. จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8 มีผู้นำชุมชนจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 และมีประชาชนจำนวน 417 คน คิดเป็น 77.9

2) กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต. พบว่า มี อสม. จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 มีผู้นำชุมชนจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2 และมีประชาชนจำนวน 377 คน คิดเป็น 69.4

3) กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม. พบว่า มี อสม. จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 มีผู้นำจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7 และมีประชาชนจำนวน 121 คน คิดเป็น 86.4

4) กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งประเทศ พบว่า มี อสม. จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 มีผู้นำชุมชนจำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 และมีประชาชนจำนวน 915 คน คิดเป็น 75.1

4.1.1.5 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

จากการพิจารณาทั้งการแยกตามพื้นที่และการพิจารณาแยกตามบทบาทหน้าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 90 ขึ้นไป เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งข้อมูลที่ตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ได้รับจากโทรทัศน์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. เมื่อมองในภาพรวมทั้งประเทศ กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 94.4 และแหล่งข้อมูลที่ตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ได้รับจากโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 17.4 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 16.4

4.1.1.6 การอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก

1) แยกตามพื้นที่ตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 52.5

(2) กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต. พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเคยและไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออกมีใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 50.1 และ 49.9 ตามลำดับ

(3) กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 68.6

2) แยกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 53.2

(2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 53.2

(3) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 53.2

กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 53.2

รายละเอียดข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับข่าวสารและการอบรมของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชน การได้รับข่าวสารและการอบรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

ข้อมูล	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	228	42.6	233	42.9	52	37.1	513	42.1
หญิง	307	57.4	310	57.1	88	62.9	705	57.9
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
อายุ								
<=20	58	10.8	35	6.4	10	7.1	103	8.5
21 – 30	112	20.9	94	17.3	25	17.9	231	19.0
31 – 40	133	24.9	148	27.3	37	26.4	318	26.1
41 – 50	116	21.7	165	30.4	40	28.6	321	26.4
51 – 60	80	15.0	67	12.3	23	16.4	170	14.0
>60	36	6.7	34	6.3	5	3.6	75	6.2
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
$\bar{X}$	38.6336		40.2873		40.0214		39.5304	
S.D.	14.0862		12.7152		12.7953		13.3568	
Min	13.00		13.00		15.00		13.00	
Max	78.00		82.00		79.00		82.00	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้ศึกษา	10	1.9	5	0.9	1	0.7	16	1.3
ประถมศึกษาตอนต้น (ป. 4)	123	23.0	174	32.0	35	25.0	332	27.3
ประถมศึกษาตอนปลาย	70	13.1	106	19.5	25	17.9	201	16.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	82	15.3	85	15.7	17	12.1	184	15.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	112	20.9	67	12.3	25	17.9	204	16.7
อนุปริญญา	42	7.9	44	8.1	6	4.3	92	7.6
ปริญญาตรี	74	13.8	58	10.7	29	20.7	161	13.2
ปริญญาโท	3	0.6	0	0.0	1	0.7	4	0.3
อื่นๆ	19	3.6	4	0.7	1	0.7	24	2.0
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
บทบาทหน้าที่ในชุมชน								
อสม.	74	13.8	105	19.3	11	7.9	190	15.6
ผู้นำ	44	8.2	61	11.2	8	5.7	113	9.3
ประชาชน	417	77.9	377	69.4	121	86.4	915	75.1
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก								
ไม่เคย	29	5.4	32	5.9	7	5.0	68	5.6
เคย	506	94.6	511	94.1	133	95.0	1150	94.4
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ								
หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย	222	10.6	277	12.2	38	6.8	537	10.9
วิทยุ	292	14.0	305	13.4	70	12.6	667	13.5
โทรทัศน์	362	17.3	378	16.6	119	21.4	859	17.4
หนังสือพิมพ์	216	10.3	197	8.6	76	13.7	489	9.9
โปสเตอร์	155	7.4	157	6.9	51	9.2	363	7.4
เอกสาร/แผ่นพับ	246	11.8	241	10.9	62	11.2	549	11.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.	341	16.3	400	17.6	65	11.7	806	16.4
เพื่อนบ้าน	128	6.1	157	6.9	35	6.3	320	6.5
ผู้นำชุมชน/ครู/ผู้นำศาสนา	116	5.6	158	6.9	33	5.9	307	6.2
อื่นๆ	11	0.5	9	0.4	6	1.1	26	0.5
รวม	2089	100.0	2279	100.0	555	100.0	4923	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก								
ไม่เคย	281	52.5	271	49.9	96	68.6	648	53.2
เคย	254	47.5	272	50.1	44	31.4	570	46.8
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคล การได้รับข่าวสารและการอบรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่

ข้อมูล	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	67	35.3	66	58.4	380	41.5	513	42.1
หญิง	123	64.7	47	41.6	535	58.5	705	57.9
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
อายุ								
<=20	1	0.5	2	1.8	100	10.9	103	8.5
21 – 30	20	10.5	9	8.0	202	22.1	231	19.0
31 – 40	51	26.8	34	30.1	233	25.5	318	26.1
41 – 50	58	30.5	39	34.5	224	24.5	321	26.4
51 – 60	50	26.3	19	16.8	101	11.0	170	14.0
>60	10	5.3	10	8.8	55	6.0	75	6.2
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
$\bar{X}$	44.4105		44.0708		37.9563		39.5304	
S.D.	10.7290		11.0992		13.7356		13.3568	
Min	18.00		16.00		13.00		13.00	
Max	73.00		75.00		82.00		82.00	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้ศึกษา	0.0	0.0	1	0.9	15	1.6	16	1.3
ประถมศึกษาตอนต้น (ป. 4)	77	40.5	31	27.4	224	24.5	332	27.3
ประถมศึกษาตอนปลาย	36	18.9	15	13.3	150	16.4	201	16.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	16.8	20	17.7	132	14.4	184	15.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	30	15.8	21	18.6	153	16.7	204	16.7
อนุปริญญา	9	4.7	8	7.1	75	8.2	92	7.6
ปริญญาตรี	4	2.1	16	14.2	141	15.4	161	13.2
ปริญญาโท	0	0.0	0	0.0	4	0.4	4	0.3
อื่นๆ	2	1.1	1	0.9	21	2.3	24	2.0
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก								
ไม่เคย	3	1.6	4	3.5	61	6.7	68	5.6
เคย	187	98.4	109	96.5	854	93.3	1150	94.4
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ								
หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย	110	13.5	58	11.8	369	10.2	537	10.9
วิทยุ	98	12.0	61	12.4	508	14.1	667	13.5
โทรทัศน์	115	14.1	75	15.2	669	18.5	859	17.4
หนังสือพิมพ์	63	7.7	45	9.1	381	10.5	489	9.9
โปสเตอร์	61	7.5	44	8.9	258	7.1	363	7.4
เอกสาร/แผ่นพับ	99	12.1	59	12.0	391	10.8	549	11.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.	166	20.4	91	18.5	549	15.2	806	16.4
เพื่อนบ้าน	41	5.0	27	5.5	252	7.0	320	6.5
ผู้นำชุมชน/ครู/ผู้นำศาสนา	58	7.1	32	6.5	217	6.0	307	6.2
อื่นๆ	4	0.5	1	0.2	21	0.6	26	0.5
รวม	815	100.0	493	100.0	3615	100.0	4923	100.0
การอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก								
ไม่เคย	11	5.8	52	46.0	585	63.9	648	53.2
เคย	179	94.2	61	54.0	330	36.1	570	46.8
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

4.1.2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับความรู้/ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบ่งออกเป็นระดับความรู้/ทัศนคติระดับต่ำและระดับความรู้/ทัศนคติระดับสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) เป็นตัวแบ่ง คือ ถ้ามีคะแนนรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยก็จะอยู่ในกลุ่มระดับความรู้/ทัศนคติระดับต่ำ และถ้าคะแนนรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ยก็จะอยู่ในกลุ่มระดับความรู้/ทัศนคติระดับสูง

4.1.2.1 ความรู้และระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มทั้งที่อยู่ในเขตเทศบาล อบต. และกทม. ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ โดยคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 1 ประเภทของยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออก รองลงมา คือ คำถามข้อที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลและทุกคนควรร่วมมือ และคำถามข้อที่ 3 เวลาที่ยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกชอบหากิน ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 5 การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก คำถามข้อที่ 7 การแก้ปัญหาในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงพาหะในจานรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ เมื่อไม่มีทรายอะเบท และคำถามข้อที่ 9 คือ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประหยัดที่สุด

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างแยกตามบทบาทหน้าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ และคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 1 ประเภทของยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออก รองลงมา คือ คำถามข้อที่ 3 เวลาที่ยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกชอบหากิน ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิดมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 5 การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก และคำถามข้อที่ 7 การแก้ปัญหาในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงพาหะในจานรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ เมื่อไม่มีทรายอะเบท

เมื่อมองภาพรวมทั่วประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ จำนวน 674 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.2701 คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 1 รองลงมา คือ คำถามข้อที่ 2 และคำถามข้อที่ 8 คิดเป็นร้อยละ 98.4, 79.3 และ 71.0 ตามลำดับ ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 7 รองลงมา คือ คำถามข้อที่ 5 และคำถามข้อที่ 9 คิดเป็นร้อยละ 54.3, 54.0 และ 52.7 ตามลำดับ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.3 ถึง ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.3 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

ความรู้	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเภทของยุงที่น่าเชื่อโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	11	2.1	7	1.3	1	0.7	19	1.6
ตอบถูก	524	97.9	536	98.7	139	99.3	1199	98.4
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
2. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลและทุกคนควรร่วมมือ								
ตอบผิด	97	18.1	123	22.7	32	22.9	252	20.7
ตอบถูก	438	81.9	420	77.3	108	77.1	966	79.3
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
3. เวลาที่ยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกชอบหากิน								
ตอบผิด	174	32.5	140	25.8	39	27.9	353	29.0
ตอบถูก	361	67.5	403	74.2	101	72.1	865	71.0
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
4. อาการแสดงในระยะแรกของโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	204	38.1	248	45.7	46	32.9	498	40.9
ตอบถูก	331	61.9	295	54.3	94	67.1	720	59.1
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
5. การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	293	54.8	277	51.0	88	62.9	658	54.0
ตอบถูก	242	45.2	266	49.0	52	37.1	560	46.0
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. อาการสำคัญและมีอันตรายมากที่สุดของโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	220	41.1	221	40.7	47	33.6	488	40.1
ตอบถูก	315	58.9	322	59.3	93	66.4	730	59.9
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
7. การแก้ปัญหาในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงพาหะในจานรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ เมื่อไม่มีทรายอะเบท								
ตอบผิด	285	53.3	290	53.4	86	61.4	661	54.3
ตอบถูก	250	46.7	253	46.6	54	38.6	557	45.7
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
8. ฤดูที่โรคไข้เลือดออกจะระบาดมาก								
ตอบผิด	175	32.7	167	30.8	55	39.3	397	32.6
ตอบถูก	360	67.3	376	69.2	85	60.7	821	67.4
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
9. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประหยัดที่สุด								
ตอบผิด	271	50.7	302	55.6	69	49.3	642	52.7
ตอบถูก	264	49.3	241	44.4	71	50.7	576	47.3
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
10. ทรายอะเบทออกฤทธิ์อยู่ได้นานเท่าไร ภายหลังจากใส่ในภาชนะบรรจุน้ำ								
ตอบผิด	251	46.9	238	43.8	86	61.4	575	47.2
ตอบถูก	284	53.1	305	56.2	54	38.6	643	52.8
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความรู้	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
X	6.2972		6.2982		6.0786		6.2701	
S.D.	1.7662		1.7765		1.7915		1.7736	
Min	1.00		2.00		2.00		1.00	
Max	10.00		10.00		10.00		10.00	

ตารางที่ 4.4 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามพื้นที่

ระดับ ความรู้	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่าค่า Mean)	307	57.4	284	52.3	83	59.3	674	55.3
สูง (สูงกว่าค่า Mean)	228	42.6	259	47.7	57	40.7	544	44.7
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.5 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่

ความรู้	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเภทของยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	1	0.5	2	1.8	16	1.7	19	1.6
ตอบถูก	189	99.5	111	98.2	899	98.3	1199	98.4
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
2. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลและทุกคนควรร่วมมือ								
ตอบผิด	35	18.4	31	27.4	186	20.3	252	20.7
ตอบถูก	155	81.6	82	72.6	729	79.7	966	79.3
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
3. เวลาที่ยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกชอบหากิน								
ตอบผิด	26	13.7	25	22.1	302	33.0	353	29.0
ตอบถูก	164	86.3	88	77.9	613	67.0	865	71.0
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
4. อาการแสดงในระยะแรกของโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	52	27.4	56	49.6	390	42.6	498	40.9
ตอบถูก	138	72.6	57	50.4	525	57.4	720	59.1
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
5. การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	99	52.1	63	55.8	496	54.2	658	54.0
ตอบถูก	91	47.9	50	44.2	419	45.8	560	46.0
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความรู้	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. อาการสำคัญและมีอันตรายมากที่สุดของโรคไข้เลือดออก								
ตอบผิด	76	40.0	62	54.9	350	38.3	488	40.1
ตอบถูก	114	60.0	51	45.1	565	61.7	730	59.9
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
7. การแก้ปัญหาในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงพาหะในจานรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ เมื่อไม่มีทรายอะเบท								
ตอบผิด	78	41.1	58	51.3	525	57.4	661	54.3
ตอบถูก	112	58.9	55	48.7	390	42.6	557	45.7
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
8. ฤดูที่โรคไข้เลือดออกจะระบาดมาก								
ตอบผิด	35	18.4	40	35.4	322	35.2	397	32.6
ตอบถูก	155	81.6	73	64.6	593	64.8	821	67.4
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
9. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประหยัดที่สุด								
ตอบผิด	100	52.6	56	49.6	486	53.1	642	52.7
ตอบถูก	90	47.4	57	50.4	429	46.9	576	47.3
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
10. ทรายอะเบทออกฤทธิ์อยู่ได้นานเท่าไร ภายหลังจากใส่ในภาชนะบรรจุน้ำ								
ตอบผิด	43	22.6	59	52.2	473	51.7	575	47.2
ตอบถูก	147	77.4	54	47.8	442	48.3	643	52.8
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความรู้	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{X}$	7.1316		6.0000		6.1246		6.2701	
S.D.	1.6130		1.8176		1.7496		1.7736	
Min	2.00		2.00		1.00		1.00	
Max	10.00		10.00		10.00		10.00	

ตารางที่ 4.6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามบทบาทหน้าที่

ระดับ ความรู้	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่าค่า Mean)	101	53.2	66	58.4	543	59.3	674	55.3
สูง (สูงกว่าค่า Mean)	89	46.8	47	41.6	372	40.7	544	44.7
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

4.1.2.2 ทักษะและระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การศึกษาทักษะของกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยให้ตอบคำถามใน 4 ระดับของแต่ละข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลการศึกษามีดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทักษะอยู่ในระดับต่ำจำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 61.1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.0860 คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 10 ท่านเต็มใจช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยุง คิดเป็นร้อยละ 98.3 และคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 5 การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 76.0

2) กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต.พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูงจำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.6446 คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 10 ท่านเต็มใจช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยาง คิดเป็นร้อยละ 85.0 และคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 5 การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 66.3

3) กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม.พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับต่ำจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 55.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.5929 คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 5 การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 56.4 และคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 4 การมีลูกน้ำยางลายในบ้านและบริเวณนอกบ้านถือเป็นเรื่องปกติ คิดเป็นร้อยละ 64.3

4) กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 10 ท่านเต็มใจช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยาง และคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 5 การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูงจำนวน 716 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.8120 คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 10 ท่านเต็มใจช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยาง คิดเป็นร้อยละ 85.6 และคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ คำถามข้อที่ 5 การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 67.9 (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.7 ถึงตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.7 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

ทัศนคติ	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	0.4	15	2.8	30	21.4	47	3.9
ไม่เห็นด้วย	14	2.6	94	17.3	46	32.9	154	12.6
เห็นด้วย	325	60.7	277	51.0	44	31.4	646	53.0
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	194	36.3	157	28.9	20	14.3	371	30.5
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
2. โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	0.2	26	4.8	29	20.7	56	4.6
ไม่เห็นด้วย	11	2.1	65	12.0	49	35.0	125	10.3
เห็นด้วย	279	52.1	249	45.9	35	25.0	563	46.2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	244	45.6	203	37.4	27	19.3	474	38.9
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติ	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและกำจัดลูกน้ำเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าประชาชน								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	77	14.4	82	15.1	13	9.3	172	14.1
ไม่เห็นด้วย	307	57.4	256	47.1	67	47.9	630	51.7
เห็นด้วย	102	19.1	145	26.7	47	33.6	294	24.1
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	49	9.2	60	11.0	13	9.3	122	10.0
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
4. การมีลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณนอกบ้านถือเป็นเรื่องปกติ								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	68	12.7	78	14.4	12	8.6	158	13.0
ไม่เห็นด้วย	233	43.6	231	42.5	78	55.7	542	44.5
เห็นด้วย	208	38.9	212	39.0	40	28.6	460	37.8
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	26	4.9	22	4.1	10	7.1	58	4.8
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติ	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	73	13.6	80	14.7	7	5.0	160	13.1
ไม่เห็นด้วย	334	62.4	280	51.6	54	38.6	668	54.8
เห็นด้วย	105	19.6	164	30.2	62	44.3	331	27.2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	23	4.3	19	3.5	17	12.1	59	4.8
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
6. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายสามารถลดการเกิดโรคไข้เลือดออกได้								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	1.1	20	3.7	29	20.7	55	4.5
ไม่เห็นด้วย	9	1.7	78	14.4	46	32.9	133	10.9
เห็นด้วย	304	56.8	255	47.0	44	31.4	603	49.5
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	216	40.4	190	35.0	21	15.0	427	35.1
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติ	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจังและต่อเนื่อง								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	0.9	23	4.2	34	24.3	62	5.1
ไม่เห็นด้วย	10	1.9	85	15.7	47	33.6	142	11.7
เห็นด้วย	235	43.9	202	37.2	30	21.4	467	38.3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	285	53.3	233	42.9	29	20.7	547	44.9
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
8. การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	14	2.6	21	3.9	24	17.1	59	4.8
ไม่เห็นด้วย	92	17.2	154	28.4	49	35.0	295	24.2
เห็นด้วย	304	56.8	253	46.6	47	33.6	604	49.6
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	125	23.4	115	21.2	20	14.3	260	21.3
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติ	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. หากรัฐบาลไม่สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ จะทำให้โรคไข้เลือดออกกระบาดมาก								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	1.5	19	3.5	20	14.3	47	3.9
ไม่เห็นด้วย	59	11.0	123	22.7	57	40.7	239	19.6
เห็นด้วย	288	53.8	238	43.8	43	30.7	569	46.7
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	180	33.6	163	30.0	20	14.3	363	29.8
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0
10. ท่านเต็มใจช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยุง								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	3	0.6	29	5.3	27	19.3	59	4.8
ไม่เห็นด้วย	6	1.1	58	10.7	52	37.1	116	9.5
เห็นด้วย	307	57.4	260	47.9	40	28.6	607	49.8
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	219	40.9	196	36.1	21	15.0	436	35.8
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติ	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
X	30.0860		28.6446		24.5929		28.8120	
S.D.	2.7824		4.3087		5.7563		4.2689	
Min	23.00		14.00		13.00		13.00	
Max	40.00		40.00		37.00		40.00	

ตารางที่ 4.8 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่

ระดับทัศนคติ	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่าค่า Mean)	327	61.1	235	43.3	78	55.7	502	41.2
สูง (สูงกว่าค่า Mean)	208	38.9	308	56.7	62	44.3	716	58.8
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	502	41.2

ตารางที่ 4.9 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่

ทัศนคติ	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	3.7	4	3.5	36	3.9	47	3.9
ไม่เห็นด้วย	19	10.0	11	9.7	124	13.6	154	12.6
เห็นด้วย	97	51.1	66	58.4	483	52.8	646	53.0
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	67	35.3	32	28.3	272	29.7	371	30.5
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
2. โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	3.7	9	8.0	40	4.4	56	4.6
ไม่เห็นด้วย	11	5.8	6	5.3	108	11.8	125	10.3
เห็นด้วย	94	49.5	51	45.1	418	45.7	563	46.2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	78	41.1	47	41.6	349	38.1	474	38.9
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ทัศนคติ	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและกำจัดลูกน้ำเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าประชาชน								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	15.8	20	17.7	122	13.3	172	14.1
ไม่เห็นด้วย	93	48.9	46	40.7	491	53.7	630	51.7
เห็นด้วย	43	22.6	33	29.2	218	23.8	294	24.1
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	24	12.6	14	12.4	84	9.2	122	10.0
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
4. การมีลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณนอกบ้านถือเป็นเรื่องปกติ								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	32	16.8	16	14.2	110	12.0	158	13.0
ไม่เห็นด้วย	85	44.7	50	44.2	407	44.5	542	44.5
เห็นด้วย	64	33.7	36	31.9	360	39.3	460	37.8
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9	4.7	11	9.7	38	4.2	58	4.8
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ทัศนคติ	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	24	12.6	16	14.2	120	13.1	160	13.1
ไม่เห็นด้วย	110	57.9	46	40.7	512	56.0	668	54.8
เห็นด้วย	49	25.8	41	36.3	241	26.3	331	27.2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	3.7	10	8.8	42	4.6	59	4.8
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
6. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายสามารถลดการเกิดโรคไข้เลือดออกได้								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	4.2	9	8.0	38	4.2	55	4.5
ไม่เห็นด้วย	12	6.3	13	11.5	108	11.8	133	10.9
เห็นด้วย	90	47.4	50	44.2	463	50.6	603	49.5
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	80	42.1	41	36.3	306	33.4	427	35.1
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ทัศนคติ	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจังและต่อเนื่อง								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9	4.7	8	7.1	45	4.9	62	5.1
ไม่เห็นด้วย	12	6.3	13	11.5	117	12.8	142	11.7
เห็นด้วย	84	44.2	34	30.1	349	38.1	467	38.3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	85	44.7	58	51.3	404	44.2	547	44.9
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
8. การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	10	5.3	3	2.7	46	5.0	59	4.8
ไม่เห็นด้วย	35	18.4	20	17.7	240	26.2	295	24.2
เห็นด้วย	115	60.5	58	51.3	431	47.1	604	49.6
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	15.8	32	28.3	198	21.6	260	21.3
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ทัศนคติ	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. หากรัฐบาลไม่สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ จะทำให้โรคไข้เลือดออกกระบาดมาก								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	4.2	5	4.4	34	3.7	47	3.9
ไม่เห็นด้วย	29	15.3	20	17.7	190	20.8	239	19.6
เห็นด้วย	77	40.5	46	40.7	446	48.7	569	46.7
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	76	40.0	42	37.2	245	26.8	363	29.8
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0
10. ท่านเต็มใจช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจดัชนีความชุกของน้ำยุง								
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	3.2	8	7.1	45	4.9	59	4.8
ไม่เห็นด้วย	10	5.3	11	9.7	95	10.4	116	9.5
เห็นด้วย	87	45.8	54	47.8	466	50.9	607	49.8
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	87	45.8	40	35.4	309	33.8	436	35.8
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ทัศนคติ	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
X	29.2789		28.5929		28.7421		28.8120	
S.D.	4.1226		4.3643		4.2849		4.2689	
Min	14.00		16.00		13.00		13.00	
Max	37.00		38.00		40.00		40.00	

ตารางที่ 4.10 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่

78

ระดับทัศนคติ	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่าค่า Mean)	94	49.5	51	45.1	388	42.4	502	41.2
สูง (สูงกว่าค่า Mean)	96	50.5	62	54.9	527	57.6	716	58.8
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	502	41.2

4.1.3 การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การศึกษาการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2546 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ แล้วนำมาวิเคราะห์ว่าเทศบาล อบต. และกทม. มีการดำเนินงานในข้อใดมากที่สุดและอยู่ในระดับต่ำหรือสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) เป็นตัวแบ่ง คือ ถ้ามีคะแนนรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยก็จะอยู่ในกลุ่มระดับต่ำและถ้าคะแนนรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ยก็จะอยู่ในระดับสูง ซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

4.1.3.1 กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล เห็นว่า การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของเทศบาลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 63.9 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.1757 โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 26.6 รองลงมา คือ การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กรเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 22.9

4.1.3.2 กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต. เห็นว่า การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของอบต.อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 55.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.6354 โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด คือ การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กรเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 23.8 รองลงมา คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 21.8

4.1.3.3 กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม. พบว่า การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของกทม.อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 61.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.6143 โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมา คือ การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กรเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 20.4

4.1.3.4 ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่ พบว่า อสม. เห็นว่าการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมา คือ การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กรเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 20.4 ส่วนผู้นำชุมชนและประชาชนเห็นว่าการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ โดยมีการดำเนินงานมากที่สุดเช่นเดียวกับความเห็นของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างรวมทั่วประเทศ เห็นว่า การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 60.9 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.3161

โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กรเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 23.2 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.11 ถึงตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.11 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อปท. จำแนกตามพื้นที่

การดำเนินงาน	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์การ เพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการ แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	267	22.9	341	23.8	46	20.4	654	23.2
2. การประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์ และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก	149	12.8	210	14.7	28	12.4	387	13.7
3. การจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงิน เพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกัน และ ควบคุมโรคไข้เลือดออก	78	6.7	136	9.5	19	8.4	233	8.3
4. กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุง ตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง	310	26.6	312	21.8	61	27.0	683	24.2
5. การจัดระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเมื่อมี ผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ ภายใน 24 ชั่วโมง และมีการควบคุมโรค อย่างเหมาะสม	165	14.2	207	14.5	36	15.9	408	14.5

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

การดำเนินงาน	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การประสานความร่วมมือกับชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่	195	16.8	225	15.7	36	15.9	456	16.2
รวม	1164	100.0	1431	100.0	226	100.0	2821	100.0
$\bar{X}$	2.1757		2.6354		1.6143		2.3161	
S.D.	1.7660		1.9711		1.9102		1.9043	
Min	0.00		0.00		0.00		0.00	
Max	6.00		6.00		6.00		6.00	

28

ตารางที่ 4.12 ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อบท. จำแนกตามพื้นที่

ระดับการดำเนินงาน	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่าค่า Mean)	342	63.9	301	55.4	86	61.4	742	60.9
สูง (สูงกว่าค่า Mean)	193	36.1	242	44.6	54	38.6	476	39.1
รวม	535	100.0	543	100.0	140	100.0	1218	100.0

ตารางที่ 4.13 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อปท. จำแนกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินงาน	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กร เพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	150	23.2	74	25.1	430	22.9	654	23.2
2. การประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์ และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก	91	14.1	34	11.5	262	13.9	387	13.7
3. การจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงิน เพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	65	10.1	24	8.1	144	7.7	233	8.3
4. กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง	140	21.7	74	25.1	469	24.9	683	24.2
5. การจัดระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ ภายใน 24 ชั่วโมง และมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม	93	14.4	44	14.9	271	14.4	408	14.5

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

การดำเนินงาน	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การประสานความร่วมมือกับชุมชน ใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่	107	16.6	45	15.3	304	16.2	456	16.2
รวม	646	100.0	295	100.0	1880	100.0	2821	100.0
$\bar{X}$	3.4000		2.6106		2.0546		2.3161	
S.D.	1.8048		1.7950		1.8539		1.9043	
Min	0.00		0.00		0.00		0.00	
Max	6.00		6.00		6.00		6.00	

ตารางที่ 4.14 ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อปท. จำแนกตาม
บทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการดำเนินงาน	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่าค่า Mean)	67	35.3	60	53.1	615	67.2	742	60.9
สูง (สูงกว่าค่า Mean)	123	64.7	53	46.9	300	32.8	476	39.1
รวม	190	100.0	113	100.0	915	100.0	1218	100.0

4.1.4 ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยคำถามข้อที่ 1 – 6 ให้เลือกตอบได้ 3 ระดับ คือ ไม่ทราบ ทราบแต่ไม่เข้าร่วม และทราบและเข้าร่วม ส่วนคำถามข้อ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับการกำหนดแผนการดำเนินงาน และคำถามข้อ 8 เป็นคำถามเกี่ยวกับอัตราป่วย/ตาย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง และแบ่งระดับความเข้มแข็งของชุมชนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่า S.D. เป็นตัวแบ่ง คือ ถ้ามีคะแนนรวมต่ำกว่า $Mean - S.D$ ก็จะอยู่ในกลุ่มระดับต่ำ ถ้ามีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง $Mean \pm S.D$ ก็จะอยู่ในกลุ่มระดับปานกลาง และถ้าคะแนนรวมสูงกว่า $Mean + S.D$ ก็จะอยู่ในระดับสูง ซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

4.1.4.1 กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล พบว่า ระดับความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.7097 และค่า S.D. เท่ากับ 4.2354 โดยมีกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและเข้าร่วมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.9

4.1.4.2 กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต. พบว่า ระดับความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.5 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.8214 และค่า S.D. เท่ากับ 4.4191 โดยมีกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและเข้าร่วมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 60.2

4.1.4.3 กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม. พบว่า ระดับความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.6571 และค่า S.D. เท่ากับ 3.7045 และไม่พบระดับความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับต่ำในกลุ่มตัวอย่างนี้ โดยมีกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและเข้าร่วมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.9

4.1.4.4 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทหน้าที่ พบว่า ทุกกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและเข้าร่วมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างรวมทั่วประเทศ พบว่า ระดับความเข้มแข็งของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.0607 และค่า S.D. เท่ากับ 4.3153 โดยมีกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบและเข้าร่วมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 51.6 (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.15 ถึงตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.15 ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำแนกตามพื้นที่

ความเข้มแข็งของชุมชน	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ท่านทราบว่ามีกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ และท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่								
1. การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กรเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก								
ไม่ทราบ	231	43.2	152	28.0	78	55.7	461	37.8
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	97	18.1	99	18.2	25	17.9	221	18.1
ทราบและเข้าร่วม	207	38.7	292	53.8	37	26.4	536	44.0
2. การประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก								
ไม่ทราบ	287	53.6	217	40.0	90	64.3	594	48.8
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	95	17.8	89	16.4	26	18.6	210	17.2
ทราบและเข้าร่วม	153	28.6	237	43.6	24	17.1	414	34.0
3. การจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ไม่ทราบ	353	66.0	295	54.3	103	73.6	751	61.7
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	71	13.3	67	12.3	18	12.9	156	12.8
ทราบและเข้าร่วม	111	20.7	181	33.3	19	13.6	311	25.5

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ความเข้มแข็งของชุมชน	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง								
ไม่ทราบ	204	38.1	151	27.8	70	50.0	425	34.9
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	75	14.0	65	12.0	24	17.1	164	13.5
ทราบและเข้าร่วม	256	47.9	327	60.2	46	32.9	629	51.6
5. การจัดระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมง และมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม								
ไม่ทราบ	286	53.5	208	38.3	92	65.7	586	48.1
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	73	13.6	81	14.9	19	13.6	173	14.2
ทราบและเข้าร่วม	176	32.9	254	46.8	29	20.7	459	37.7
6. การประสานความร่วมมือกับชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่								
ไม่ทราบ	256	47.9	199	36.6	84	60.0	539	44.3
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	69	12.9	75	13.8	22	15.7	166	13.6
ทราบและเข้าร่วม	210	39.3	269	49.5	34	24.3	513	42.1

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ความเข้มแข็งของชุมชน	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. มีแผนการดำเนินงานที่เกิดจากการประชุมวางแผนร่วมกันขององค์กรในโครงการฯ								
ไม่กำหนด	131	24.5	130	23.9	0	0.0	261	21.4
กำหนด	404	75.5	413	76.1	140	100.0	957	78.6
8. อัตราป่วย/ตาย								
ต่ำ	0	0.0	146	30.7	0	0.0	146	13.4
ปานกลาง	65	13.8	0	0.0	0	0.0	65	6.0
สูง	407	86.2	330	69.3	140	100.0	877	80.6
$\bar{X}$	15.7097		16.8214		14.6571		16.0607	
S.D.	4.2354		4.4191		3.7045		4.3153	
Min	10.00		9.00		11.00		9.00	
Max	23.00		23.00		23.00		23.00	

ตารางที่ 4.16 ระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามพื้นที่

ระดับความเข้มแข็ง	เทศบาล		อบต.		กทม.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่า Mean – S.D.)	115	24.4	104	21.8	0	0.0	252	23.2
ปานกลาง (ระหว่าง Mean $\pm$ S.D.)	241	51.1	283	59.5	115	82.1	590	54.2
สูง (สูงกว่า Mean + S.D.)	116	24.6	89	18.7	25	17.9	246	22.6
รวม	472	100.0	476	100.0	140	100.0	1088	100.0

ตารางที่ 4.17 ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ความเข้มแข็งของชุมชน	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ท่านทราบว่า มีกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ และท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่								
1. การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กรเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก								
ไม่ทราบ	13	6.8	31	27.4	417	45.6	461	37.8
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	9	4.7	16	14.2	196	21.4	221	18.1
ทราบและเข้าร่วม	168	88.4	66	58.4	302	33.0	536	44.0

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ความเข้มแข็งของชุมชน	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. การประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก								
ไม่ทราบ	43	22.6	54	47.8	497	54.3	594	48.8
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	18	9.5	16	14.2	176	19.2	210	17.2
ทราบและเข้าร่วม	129	67.9	43	38.1	242	26.4	414	34.0
3. การจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ไม่ทราบ	68	35.8	69	61.1	614	67.1	751	61.7
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	24	12.6	7	6.2	125	13.7	156	12.8
ทราบและเข้าร่วม	98	51.6	37	32.7	176	19.2	311	25.5
4. กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง								
ไม่ทราบ	15	7.9	27	23.9	383	41.9	425	34.9
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	6	3.2	11	9.7	147	16.1	164	13.5
ทราบและเข้าร่วม	169	88.9	75	66.4	385	42.1	629	51.6

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ความเข้มแข็งของชุมชน	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. การจัดระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมง และมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม								
ไม่ทราบ	37	19.5	44	38.9	505	55.2	586	48.1
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	15	7.9	12	10.6	146	16.0	173	14.2
ทราบและเข้าร่วม	138	72.6	57	50.4	264	28.9	459	37.7
6. การประสานความร่วมมือกับชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่								
ไม่ทราบ	20	10.5	38	33.6	481	52.6	539	44.3
ทราบแต่ไม่เข้าร่วม	10	5.3	18	15.9	138	15.1	166	13.6
ทราบและเข้าร่วม	160	84.2	57	50.4	296	32.3	513	42.1
7. มีแผนการดำเนินงานที่เกิดจากการประชุมวางแผนร่วมกันขององค์กรในโครงการฯ								
ไม่กำหนด	63	33.2	25	22.1	173	18.9	261	21.4
กำหนด	127	66.8	88	77.9	742	81.1	957	78.6

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ความเข้มแข็งของชุมชน	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. อัตราป่วย/ตาย								
ต่ำ	21	11.8	18	17.5	107	13.3	146	13.4
ปานกลาง	8	4.5	8	7.8	49	6.1	65	6.0
สูง	149	83.7	77	74.8	651	80.7	877	80.6
$\bar{X}$	19.8539		17.0388		15.0991		16.0607	
S.D.	2.9016		4.1866		4.1014		4.3153	
Min	9.00		9.00		9.00		9.00	
Max	23.00		23.00		23.00		23.00	

ตารางที่ 4.18 ระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำแนกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความเข้มแข็ง	อสม.		ผู้นำ		ประชาชน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ต่ำกว่า Mean – S.D.)	25	14.0	21	20.4	65	8.1	252	23.2
ปานกลาง (ระหว่าง Mean $\pm$ S.D.)	122	68.5	62	60.2	588	72.9	590	54.2
สูง (สูงกว่า Mean + S.D.)	31	17.4	20	19.4	154	19.1	246	22.6
รวม	178	100.0	103	100.0	807	100.0	1088	100.0

นอกจากนี้ จากการสำรวจข้อมูลในชุมชนตัวอย่างที่มีอัตราป่วยไข้เลือดออกในระดับสูง และระดับต่ำ สามารถสรุปจำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย (HI) และจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายในโรงเรียนและอาคารสถานที่อื่นๆ (CI) อัตราป่วย/ตาย ได้ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ค่า HI/CI และอัตราป่วย/ตายในเขตเทศบาล อบต. และกทม.

ภาค	ระดับอัตราป่วย	จังหวัด	เทศบาล/อบต.	HI/CI	อัตราป่วย/ตาย
เหนือ	สูง	จ.พิจิตร	เทศบาลตำบลสามง่าม	17.53/2.45	53
			อบต. ท่าหลวง	NA	11
	ต่ำ	จ.แม่ฮ่องสอน	เทศบาลตำบลแม่สะเรียง	NA	7
			อบต.แม่สะเรียง	NA	7
กลาง	สูง	จ.ระยอง	เทศบาลนครระยอง	1.38/NA	198
			อบต.เชิงเนิน	14.91/20.00	36
	ต่ำ	จ.สิงห์บุรี	เทศบาลตำบลสิงห์	6.67/2.21	4
			อบต.บ้านจำ	60.5/0	0
ตะวันออก เฉิงเหนือ	สูง	จ.อุบลราชธานี	เทศบาลตำบลเมืองเดช	60.4/0	64
			อบต.เปือ	20.28/8.95	65
	ต่ำ	จ.หนองคาย	เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่	54.06/100	1
			อบต.พานพร้าว	54.06/100	0
ใต้	สูง	จ.สงขลา	เทศบาลนครหาดใหญ่	NA	186
			อบต.เขารูปช้าง	NA	97
	ต่ำ	จ.สตูล	เทศบาลตำบลควนโดน	NA	NA
			อบต.ทุ่งนัย	NA	NA
กรุงเทพฯ	สูง	เขตบางกะปิ		16.29/5.17	240
	ต่ำ		เขตทวีวัฒนา	7.87/5.13	17

NA = ไม่ปรากฏข้อมูล

4.1.5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะตามความคิดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน เป็นการศึกษาการดำเนินงานของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนในชุมชนทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาคโดยครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนในชุมชนดังกล่าวในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยไข้เลือดออกทั้งในระดับสูงและระดับต่ำ ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภท ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลและกรุงเทพมหานคร โดยผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสรุปได้ดังนี้

4.1.5.1 ปัญหาอุปสรรค

จากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ ซึ่งได้แก่ เทศบาลและ อบต. ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนในชุมชน โดยภาพรวม สรุปได้ว่า ประเด็นปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สะท้อนออกมาจากความคิดเห็นและการปฏิบัติงานที่ผ่านของชุมชนมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการขาดความร่วมมือจากประชาชน คิดเป็นร้อยละ 34.98 รองลงมา คือ ปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 12.11 และปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 11.43 ตามลำดับ แต่ถ้าพิจารณาข้อมูลจากชุมชนโดยจำแนกเป็นเขตเทศบาล อบต. และกรุงเทพมหานคร จะสามารถสรุปปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลทั่วประเทศสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนที่มีมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการขาดความร่วมมือจากประชาชน โดยคิดเป็นร้อยละ 30.81 ของปัญหาที่พบ ส่วนปัญหารองลงมา คือ ปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 14.22 และปัญหาที่ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรค คิดเป็นร้อยละ 12.80 ตามลำดับ

2) กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขต อบต. ทั่วประเทศ มีปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านการขาดความร่วมมือจากประชาชนในชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนปัญหาที่พบบรองลงมา คือ ปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ และปัญหาด้านการปฏิบัติงานไม่จริงและไม่ต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 11.05 และปัญหาด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านการสื่อสาร และการประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการและประชาชน เป็นต้น โดยคิดเป็นร้อยละ 9.47 ตามลำดับ

3) กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ประสบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเช่นเดียวกับในพื้นที่ส่วนภูมิภาค โดยปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการขาดความร่วมมือจากประชาชน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนปัญหาที่พบบรองลงมา คือ ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 17.78 และปัญหาจากแหล่งน้ำสาธารณะที่มีน้ำขังเป็นเวลานานและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย คิดเป็นร้อยละ 15.56 ตามลำดับ

โดยรายละเอียดของปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล อบต. และกรุงเทพมหานคร แสดงได้ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดของชุมชนในเขตเทศบาล อบต.และกรุงเทพมหานคร

ประเด็นปัญหาอุปสรรค	เทศบาล		อบต.		กรุงเทพมหานคร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ	30	14.22	21	11.05	3	6.67	54	12.11
2) บุคลากรและเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและขาดความรู้ความชำนาญ	11	5.21	11	5.79	2	4.44	24	5.38
3) ปัญหาด้านแหล่งน้ำสาธารณะที่มีน้ำขัง	22	10.43	11	5.79	7	15.56	40	8.97
4) การปฏิบัติงานไม่จริงจัง ไม่ต่อเนื่อง	19	9.00	21	11.05	3	6.67	43	9.64
5) ขาดความร่วมมือจากประชาชน	65	30.81	76	40.00	15	33.33	156	34.98
6) ประชาชนขาดความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรค	27	12.80	15	7.89	5	11.11	47	10.54
7) ปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์	26	12.32	17	8.95	8	17.78	51	11.43
8) ปัญหาอื่นๆ เช่น								
- ปัญหาด้านการสื่อสาร	11	5.21	18	9.47	2	4.44	31	6.95
- ปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการและประชาชนในชุมชน								
รวม	211	100.00	190	100.00	45	100.00	446	100.00

4.1.5.2 ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนในชุมชนทั้งที่อยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล อบต. และในกรุงเทพมหานคร พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.62 เสนอให้มีการประสานร่วมมือเพื่อให้เกิดเครือข่ายในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทั้งในบริเวณที่พักอาศัย และสถานที่สาธารณะอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.05 เสนอให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.33 เสนอให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ตามลำดับ แต่ถ้าพิจารณาโดยจำแนกเป็นชุมชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อบต. และกรุงเทพมหานคร จะสรุปได้ว่า

1) กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ต้องการให้มีการประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดเครือข่ายในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทั้งในบริเวณที่พักอาศัยและสถานที่สาธารณะอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมา คือ ต้องการให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน คิดเป็นร้อยละ 24.62 และต้องการให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 20.83 ตามลำดับ

2) กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขต อบต. ต้องการให้มีการประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดเครือข่ายในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทั้งในบริเวณที่พักอาศัยและสถานที่สาธารณะอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 64.96 รองลงมา คือ ต้องการให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน คิดเป็นร้อยละ 19.29 และต้องการให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 15.75 ตามลำดับ

3) กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ต้องการให้มีการประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดเครือข่ายในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทั้งในบริเวณที่พักอาศัยและสถานที่สาธารณะอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 59.32 รองลงมา คือ ต้องการให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน คิดเป็นร้อยละ 32.20 และต้องการให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 8.48 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และ อบต.

โดยรายละเอียดของข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว แสดงได้ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดของชุมชนในเขตเทศบาล อบต. และกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะ	เทศบาล		อบต.		กรุงเทพมหานคร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	65	24.62	49	19.29	19	32.20	133	23.05
2) มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ	55	20.83	40	15.75	5	8.48	100	17.33
3) ประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทั้งในบริเวณที่พักอาศัยและสถานที่สาธารณะอย่างสม่ำเสมอ	144	54.55	165	64.96	35	59.32	344	59.62
รวม	264	100.00	254	100.00	59	100.00	577	100.00

4.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

จากผลการศึกษาเชิงพรรณนาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ทราบถึงลักษณะทั่วไป ความรู้ ทักษะคติของกลุ่มตัวอย่างและความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มการวิเคราะห์ออกเป็น 4 กลุ่ม โดยมีตัวแปรตามของแต่ละกลุ่ม คือ ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ความรู้ของชุมชน ทักษะคติของชุมชน และ อัตราป่วย/ตาย การทดสอบถึงระดับและทิศทางของอิทธิพลของตัวแปรต้นต่างๆ ที่มีต่อตัวแปรตามใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยการอธิบายค่าระดับสัมพันธ์ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Standard Coefficient) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี, 2527: 1) และ สหสัมพันธ์ (Correlation) ผลการวิเคราะห์ แสดงได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะคติของชุมชน และการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะคติและการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha 0.05$ (Sig. = 0.028, 0.000, 0.001, 0.007, 0.000 ตามลำดับ) และปัจจัยทั้งหมดนี้มีความเหมาะสมในการอธิบายความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยสามารถทำนายได้ถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกได้ร้อยละ 47 ส่วนการได้รับข่าวสารข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเข้มแข็งของชุมชน (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.22) ซึ่งได้เรียงลำดับความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัวไว้ตามค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานที่ได้

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกกับระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะของชุมชน
และการดำเนินงานของอปท.

ปัจจัย	B	β	t	Sig.
การดำเนินงานของอปท. (LI)	0.945	0.420	17.303	0.000
การได้รับการอบรม (X3)	3.073	0.356	14.496	0.000
ความรู้ (K)	0.182	0.076	3.264	0.001
ทัศนคติ (A)	0.060	0.061	2.679	0.007
ระดับการศึกษา (X1)	-0.111	-0.050	-2.202	0.028

$R^2 = 0.473$, Adjusted $R^2 = 0.470$, $F = 193.910$, $p = 0.000$

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (LI) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.420 ซึ่ง
เป็นค่าที่มากที่สุดในการบรรดาตัวแปรด้วยกันและมีค่าเป็นบวกแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ กล่าวคือ ถ้าการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ความ
เข้มแข็งของชุมชนจะเพิ่มขึ้น เนื่องจาก การดำเนินงานของเทศบาล อบต.และกทม. เป็นการ
สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานของชุมชน หากเทศบาล อบต. และกทม.มีการดำเนินงานมากก็
ย่อมส่งผลให้ชุมชนมีการดำเนินงานมากขึ้นมีความเข้มแข็งของชุมชนมากขึ้น

การได้รับการอบรม (X3) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนรองลงมา
และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.356 ซึ่งมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าการได้รับการ
อบรมมีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ
กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออกจะทราบและเข้าร่วมสร้างความเข้มแข็ง
ของชุมชนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการอบรม เนื่องจาก เมื่อประชาชนได้รับการอบรม
เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น จะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกและมีจิตใจที่อยากเข้าร่วมใน
กิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ
พรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ (2542: 61-63) ที่ศึกษาความพร้อมของบุคลากรทางสาธารณสุขใน
การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า การผ่านการอบรม เป็นปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (K) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.076 ซึ่งมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าความรู้ของชุมชนมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ ถ้าความรู้เพิ่มขึ้น ความเข้มแข็งของชุมชนจะเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ความรู้ทำให้คนตระหนักถึงปัญหา จึงสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณา ลิ้มพานิชย์ (2538: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอยในเมืองพัทยา ซึ่งพบว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องขยะมูลฝอย มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (A) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.061 ซึ่งมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของชุมชนมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ ถ้าประชาชนมีทัศนคติที่ดี ความเข้มแข็งของชุมชนจะเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ทัศนคติเปรียบเสมือนค่านิยมของแต่ละบุคคลซึ่งจะมีผลต่อการกระทำว่าจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือไม่กระทำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุชจริย ทิวาลัย (2538: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนในการพัฒนาชนบท : ศึกษากรณี จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนในการพัฒนาชนบท

ระดับการศึกษา (X1) มีค่าสัมประสิทธิ์ -0.050 การที่มีเครื่องหมายเป็นลบ แสดงว่าระดับการศึกษาของชุมชนมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแต่มีผลในระดับที่ต่ำมาก กล่าวคือ ชุมชนที่มีระดับการศึกษาต่ำ ความเข้มแข็งของชุมชนจะเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจาก ชุมชนตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งสูง/มีระดับโรคไข้เลือดออกต่ำเป็นชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็น อสม.หรือผู้นำชุมชนจะมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) (ตามผลการศึกษาเชิงพรรณนา) และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีบทบาทมากที่สุดในการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความเข้มแข็งของชุมชน

สมมติฐานข้อที่ 2 ระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูลและการได้รับการอบรมมีอิทธิพลต่อความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูลและการได้รับการอบรมมีอิทธิพลต่อความรู้ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ α 0.05 (Sig. = 0.000, 0.000, 0.000 ตามลำดับ) และปัจจัยทั้งหมดนี้มีความเหมาะสมในการอธิบายความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยสามารถทำนายได้ถึงความรู้ของประชาชนในการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออกร้อยละ 8 (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.23) ซึ่งได้เรียงลำดับความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัวไว้ตามค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานที่ได้

ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล และการได้รับการอบรม

ปัจจัย	B	β	t	Sig.
การได้รับการอบรม (X3)	0.644	0.180	6.410	0.000
ระดับการศึกษา (X1)	0.130	0.148	5.322	0.000
การได้รับข่าวสารข้อมูล (X2)	1.040	0.133	4.724	0.000

$R^2 = 0.083$, Adjusted $R^2 = 0.081$, $F = 36.664$, $p = 0.000$

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

การได้รับการอบรม (X3) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.180 ซึ่งเป็นค่าที่มากที่สุดในการบรรดาตัวแปรด้วยกันและมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์ทางเดียวกับความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ กล่าวคือ ถ้าชุมชนได้รับการอบรมเพิ่มขึ้น ความรู้ของชุมชนจะเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องและตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากที่สุด อีกทั้งเป็นการเจาะจงลงไปยังกลุ่มเป้าหมายหลักได้มากที่สุดอีกด้วย

ระดับการศึกษา (X1) เป็นปัจจัยที่รองลงมาและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.148 ซึ่งมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางเดียวกับความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นตามไปด้วย เนื่องจาก ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้คนมีความสามารถในการรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้นและเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำ

การได้รับข่าวสารข้อมูล (X2) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.133 ซึ่งมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าการได้รับข่าวสารข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางเดียวกับความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข่าวสารข้อมูลจะมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข่าวสารข้อมูล เนื่องจากข่าวสารข้อมูลเป็นแหล่งที่นำความรู้มาสู่ชุมชนได้ทั่วถึงมากที่สุด หากมีการ

ประชสัมพันธ์ที่ดี โอกาสที่ชุมชนจะได้รับข้อมูลข่าวสารก็ยิ่งมีมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ชุมชนมีความรู้เพิ่มมากขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 3 ระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล การได้รับการอบรมและความรู้ของชุมชนมีอิทธิพลต่อทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา การได้รับการอบรมและความรู้ของชุมชนมีอิทธิพลต่อทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ (Sig. = 0.000, 0.000, 0.000 ตามลำดับ) และปัจจัยทั้งหมดนี้มีความเหมาะสมในการอธิบายความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โดยสามารถทำนายได้ถึงทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 5 ส่วนการได้รับข่าวสารข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติของชุมชน (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.24) ซึ่งได้เรียงลำดับความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัวไว้ตามค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานที่ได้

ตารางที่ 4.24 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูล การได้รับการอบรม และความรู้ของชุมชน

ปัจจัย	B	β	t	Sig.
ความรู้ (K)	0.344	0.142	4.914	0.000
การได้รับการอบรม (X3)	0.926	0.107	3.738	0.000
ระดับการศึกษา (X1)	0.232	0.103	3.622	0.000

$$R^2 = 0.052, \text{ Adjusted } R^2 = 0.049, F = 22.092, p = 0.000$$

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

ความรู้ (K) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.142 ซึ่งเป็นค่าที่มากที่สุดในบรรดาตัวแปรด้วยกันและมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าความรู้ของชุมชนมีความสัมพันธ์ทางเดียวกับทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ กล่าวคือ ถ้าชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้น ทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก็จะดีขึ้น เนื่องจาก ทัศนคติพัฒนามาจากความรู้ที่ได้รับ หากได้รับความรู้ที่ดีและมากเพียงพอย่อมส่งผลให้คนมีทัศนคติที่ดีได้

การได้รับการอบรม (X3) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.107 และมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์ทางเดียวกับทัศนคติของชุมชนในการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ ถ้าชุมชนได้รับการอบรมเพิ่มขึ้น ทักษะคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก็จะดีขึ้น เนื่องจาก การอบรมเป็นการเพิ่มความรู้ให้แก่ชุมชนซึ่งความรู้เหล่านี้ก็จะพัฒนาไปเป็นทัศนคติต่อไป

ระดับการศึกษา (X1) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน 0.103 และมีค่าเป็นบวก แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางเดียวกับทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ ถ้าชุมชนมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ทักษะคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก็จะดีขึ้น เนื่องจาก ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นก็เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงในเรื่องต่างๆ ได้มากขึ้นและเพิ่มความสามารถในการคิดและวิเคราะห์ได้ดีกว่าคนที่มีความรู้ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

สมมติฐานข้อที่ 4 การดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออก

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) จึงสรุปได้ว่า เป็นการยอมรับสมมติฐานข้อที่ 4 โดยอัตราป่วย/ตายมีความสัมพันธ์ใน ทิศทางตรงข้ามกับการดำเนินงานของชุมชนและมีอิทธิพลต่ออัตราป่วย/ตายเป็นร้อยละ 18.7 หมายความว่า ถ้ามีการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมาก อัตราป่วย/ตายจะลดลง โดยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย/ตายเป็นร้อยละ 18.7 ส่วนอีก ร้อยละ 81.3 เป็นปัจจัยอื่นๆ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตราป่วย/ตายกับการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

	Correlation	P
การดำเนินงานของชุมชน (CP)	- 0.187	0.000

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยซึ่งยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบยั่งยืน โดยได้สนับสนุนให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพให้มีความเข้มแข็งสามารถวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการแก้ไขและประเมินผลการดำเนินการได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก” ขึ้น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ด้วยตนเอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน

ในการศึกษาความเข้มแข็งชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มเลือกตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ ได้แก่ เทศบาลและ อบต. จำนวน 16 แห่ง และสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคทั่วประเทศ โดยกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต. และสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร) กลุ่มที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในระดับสูงและกลุ่มที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ และในแต่ละพื้นที่ศึกษาจะสุ่มสัมภาษณ์แบบบังเอิญ จำนวนประมาณ 65 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น

1,218 ตัวอย่าง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 8 เดือน คือ เริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลมี 2 วิธี ได้แก่ วิธีพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมติฐานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ซึ่งใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Multiple Regression Analysis) และสหสัมพันธ์ (Correlation) ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

5.1.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

5.1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชน จากการศึกษา พบว่า

- 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 57.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 42.1 เป็นเพศชาย
- 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 26.4 และ 26.1 มีอายุอยู่ในช่วง 41–50 และ 31–40 ปีตามลำดับ และพบว่า กลุ่มอายุ 51–60 ปี มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.2
- 3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 27.3 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประถมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 16.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.3
- 4) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.1 เป็นประชาชน รองลงมาร้อยละ 15.6 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และร้อยละ 9.3 เป็นผู้นำชุมชน ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขต อบต. มีสัดส่วนของอสม. มากกว่าที่อื่นๆ
- 5) กลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 94.4 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ พบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 17.4 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. คิดเป็นร้อยละ 16.4 และวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 13.5 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำชุมชน/ครู/ผู้นำศาสนาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.2
- 6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.2 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก

5.1.1.2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- 1) จากการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ
- 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.8 มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง แต่ถ้าวิจารณาโดยจำแนกเป็นเทศบาล อบต. และ กทม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างของเทศบาลและกทม.ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 61.1 และ 55.7 มี

ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างของอบต. ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง

5.1.1.3 การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60.9 มีการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ โดยจำแนกเป็น กลุ่มตัวอย่างของเทศบาลร้อยละ 63.9 อบต. ร้อยละ 55.4 และของกทม. ร้อยละ 61.4

5.1.1.4 ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมชุมชนส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง โดยคิดเป็นร้อยละ 48.7 ในขณะที่ร้อยละ 26.8 และ 24.5 เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูงและระดับต่ำ ตามลำดับ

5.1.1.5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สรุปได้ว่า ประเด็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะท้อนมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการขาดความร่วมมือจากประชาชน คิดเป็นร้อยละ 34.98 รองลงมา คือ ปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 12.11 และปัญหาด้านการประชาสัมพันธ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 11.43 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาอุปสรรคอื่นๆ ได้แก่ ประชาชนขาดความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรค ตลอดจนปัญหาการปฏิบัติงานไม่จริงจัง

5.1.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและตัวแปรสำคัญอื่น ๆ กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ สรุปผลได้ว่า ปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์กับความรู้ ส่วนความรู้ ระดับการศึกษาและการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ ระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ความรู้ทัศนคติของชุมชนและการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออก ซึ่งผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนใน

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและตัวแปรที่สำคัญอื่นๆ กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสรุปได้ดังตารางที่ 5.3 ถึง ตารางที่ 5.6

ตารางที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับระดับการศึกษา การได้รับการอบรม ความรู้ ทักษะของชุมชน และการดำเนินงานของอปท.

ปัจจัย	β	Sig.
การดำเนินงานของอปท. (LI)	0.420	0.000
การได้รับการอบรม (X3)	0.356	0.000
ความรู้ (K)	0.076	0.001
ทัศนคติ (A)	0.061	0.007
ระดับการศึกษา (X1)	-0.050	0.028

$R^2 = 0.473$, Adjusted $R^2 = 0.470$, $F = 193.910$, $p = 0.000$

ตารางที่ 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารข้อมูลและการได้รับการอบรม

ปัจจัย	β	Sig.
การได้รับการอบรม (X3)	0.180	0.000
ระดับการศึกษา (X1)	0.148	0.000
การได้รับข่าวสารข้อมูล (X2)	0.133	0.000

$R^2 = 0.083$, Adjusted $R^2 = 0.081$, $F = 36.664$, $p = 0.000$

ตารางที่ 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การได้รับการอบรมและความรู้ของชุมชน

ปัจจัย	β	Sig.
ความรู้ (K)	0.142	0.000
การได้รับการอบรม (X3)	0.107	0.000
ระดับการศึกษา (X1)	0.103	0.000

$R^2 = 0.052$, Adjusted $R^2 = 0.049$, $F = 22.092$, $p = 0.000$

ตารางที่ 5.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตราป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออกกับการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

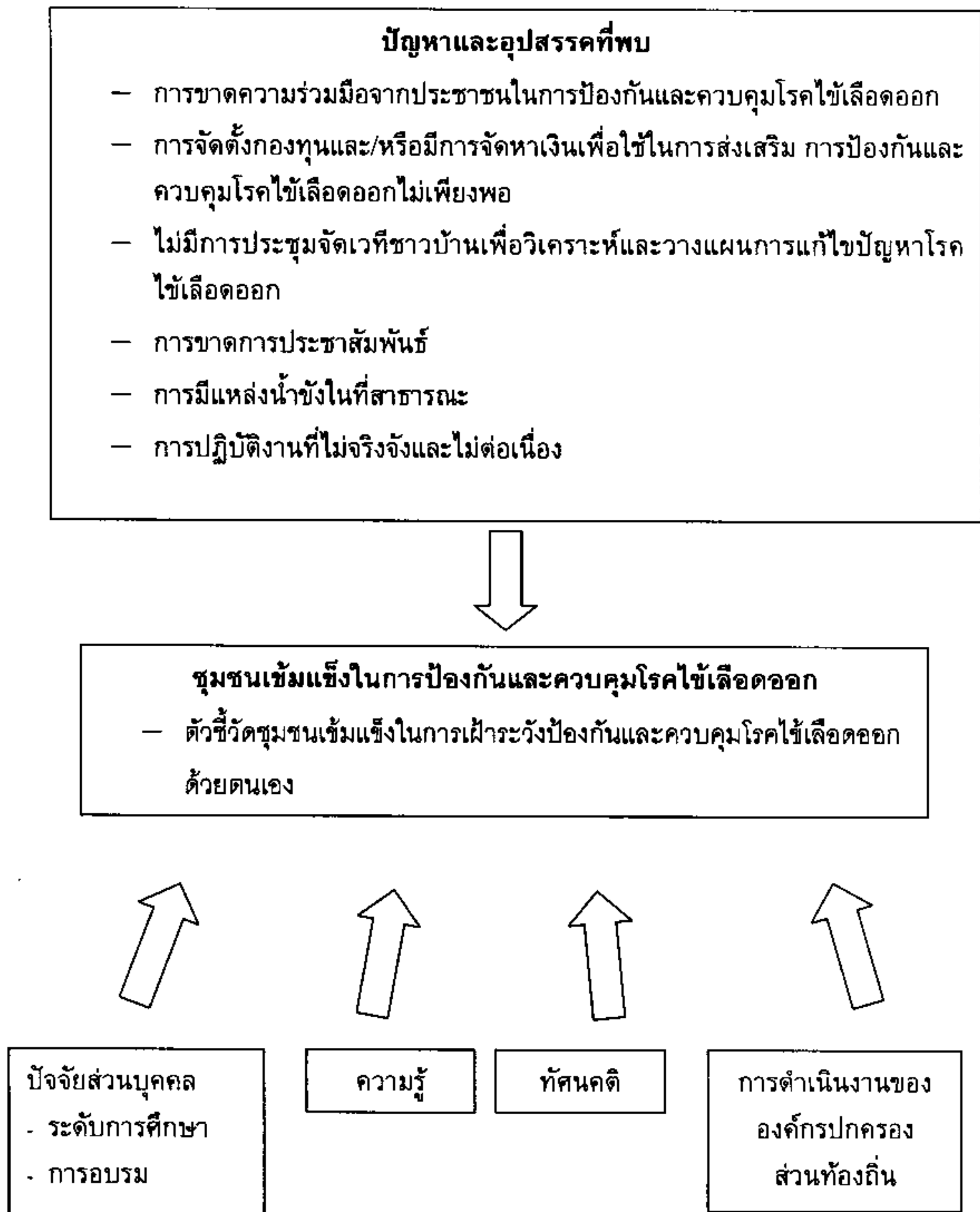
	Correlation	P
การดำเนินงานของชุมชน (CP)	-0.187	0.000

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชนและประชาชนในเขตเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) พบว่า ปัญหา อุปสรรคที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่

1. การขาดความร่วมมือจากประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. การปฏิบัติงานที่ไม่จริงจังและไม่ต่อเนื่อง
3. การขาดการประชาสัมพันธ์
4. การมีแหล่งน้ำขังในที่สาธารณะ
5. การจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่เพียงพอ
6. ไม่มีการประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก

ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ชุมชนจำนวนมากยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง 9 ตัวของกรมควบคุมโรค และจากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติของประชาชน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างก็ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนโดยตรงหรือโดยอ้อมมากน้อยแตกต่างกันไป (รายละเอียดแสดงดังภาพที่ 5.1)



ภาพที่ 5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน

จากเหตุผลและความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการแก้ปัญหาต่างๆ ที่พบให้หมดไปหรือลดน้อยลง รวมทั้งต้องมีการพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง ทางผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

5.2.1 แนวทางการสร้างความร่วมมือ

การสร้างความร่วมมือควรเน้นการทำงานระบบเครือข่ายโดยสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันหลายฝ่ายอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีประเด็นสำคัญ คือ

5.2.1.1 การสร้างทีมงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบล ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายฝ่าย เพื่อให้เกิดความหลากหลายของกลุ่มในการร่วมคิด ร่วมทำและร่วมแก้ปัญหาระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งจะเป็นจุดร่วมของการเชื่อมประสานกันในแนวราบ และผลักดันข้อเสนอแผนงานโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากระบบแผนที่มียุอยู่แล้วและจากแหล่งงบประมาณของท้องถิ่นหรือแหล่งอื่นๆ ซึ่งทีมงานควรประกอบด้วย ผู้บริหาร/บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุข สถานศึกษา ผู้แทนกลุ่มองค์กรในชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชน

5.2.1.2 สำรวจและรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ในระดับหมู่บ้านและตำบล

5.2.1.3 วิเคราะห์และจัดทำรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้านและตำบลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

5.2.1.4 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความเชื่อมโยงของปัญหาในชุมชนกับพื้นที่ใกล้เคียง

5.2.1.5 กำหนดวิสัยทัศน์ กลยุทธ์ แนวทางการแก้ไขปัญหา แผนงาน โครงการ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทั้งของชุมชนและพื้นที่ใกล้เคียง เช่น ปัญหาแหล่งน้ำขังตามที่สาธารณะ เป็นต้น

5.2.1.6 เปิดเวทีชาวบ้าน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่อแผนที่ได้จัดทำขึ้น ปรับปรุงและเผยแพร่แผนงานแก่ประชาชนทั่วไป

5.2.1.7 ประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นทุกองค์กรทั้งในด้านแผนงาน โครงการ แผนการเงิน เป็นต้น

5.2.1.8 ติดตาม ประเมินผล ปัญหา อุปสรรค และความสัมฤทธิ์ของแผนงาน โครงการที่ได้จัดทำขึ้น

5.2.2 การเสริมสร้างการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

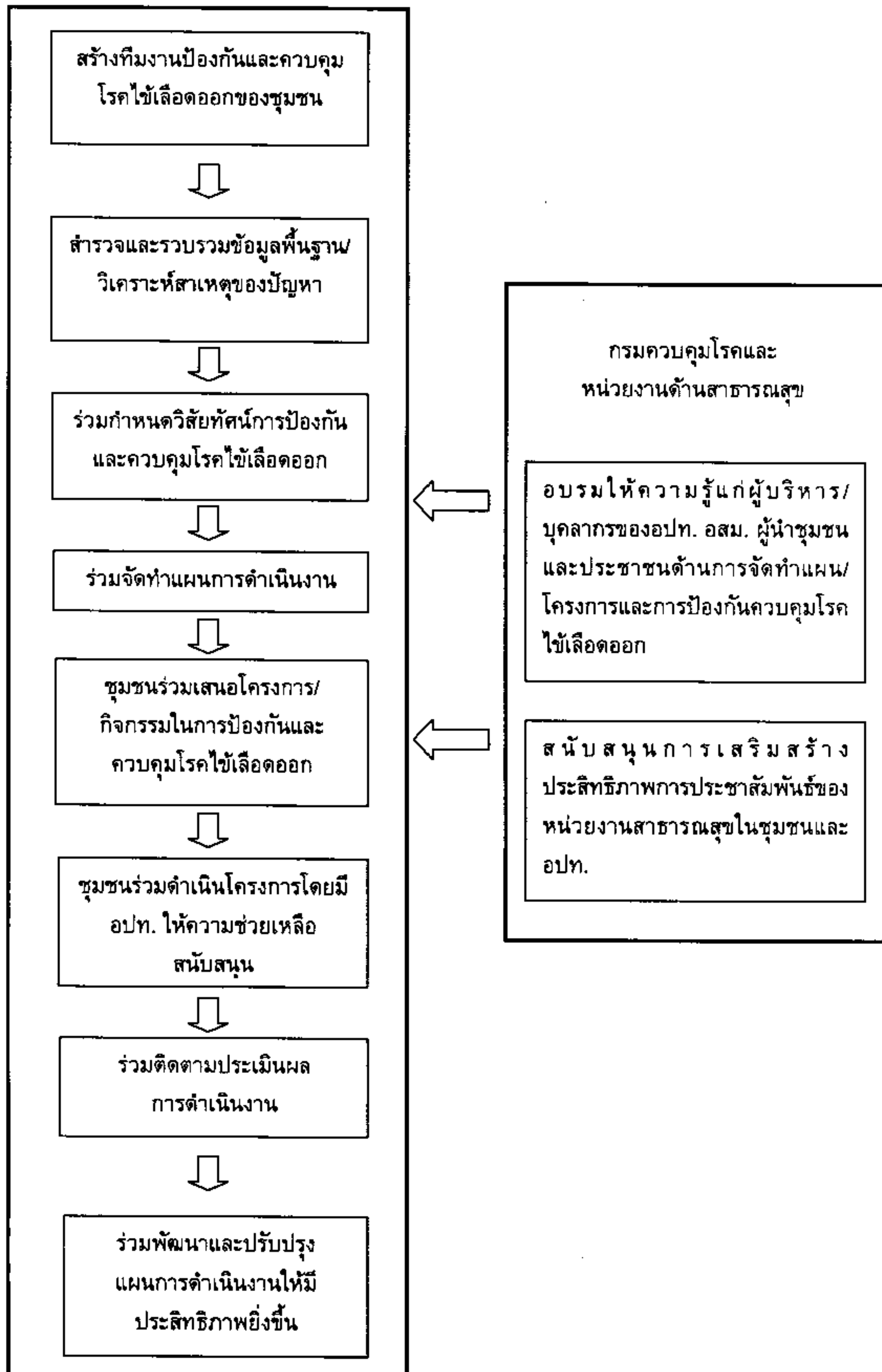
กรมควบคุมโรคควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยประเด็นที่สำคัญ คือ

5.2.2.1 ให้ความสำคัญกับการให้การศึกษาแก่ผู้บริหาร/บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนเกี่ยวกับการจัดทำแผน การประสานแผน การจัดทำโครงการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นให้มีความพร้อมต่อการแก้ไขปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นระบบ

5.2.2.2 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับชุมชนและประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยในกระบวนการพัฒนาความรู้ดังกล่าวควรให้ความสำคัญกับประชาชนทั่วไปมากขึ้น การคัดเลือกกลุ่มบุคคลเข้ารับการอบรมควรมีความเหมาะสมและหลากหลายมากขึ้น และควรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศ ในกรณีที่มีงบประมาณ/ทรัพยากรจำกัด ควรเน้นพื้นที่มีอัตราผู้ป่วยสูงก่อน

5.2.2.3 สนับสนุนการเสริมสร้างประสิทธิภาพการประชาสัมพันธ์โดยหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยผ่านสื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึง เช่น การใช้เสียงตามสายในหมู่บ้าน เป็นต้น

แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่นำเสนอดังกล่าว สามารถสรุปได้ดังภาพที่



ภาพที่ 5.2 แนวทางในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

ภาคผนวก

แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชน

คำชี้แจง แบบสอบถามจะประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชน
- ส่วนที่ 2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- ส่วนที่ 3 การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปี 2546
- ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....

ชื่อชุมชน/หมู่ที่.....อบต./เทศบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ. 2546

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและชุมชน

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี (อายุเต็มปี)

3. การศึกษาสูงสุด

- () ไม่ได้ศึกษา () มัธยมศึกษาตอนปลาย
() ประถมศึกษาตอนต้น (ป. 4) () อนุปริญญา
() ประถมศึกษาตอนปลาย () ปริญญาตรี สาขา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () ปริญญาโท สาขา
() อื่นๆ ระบุ.....

4. บทบาทหน้าที่ของท่านในชุมชน ท่านเป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
- () สมาชิกสภา อบต./สมาชิกสภาเทศบาล
- () กรรมการชุมชน/กรรมการหมู่บ้าน
- () อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- () ผู้นำองค์กรในชุมชน (เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ กลุ่มเยาวชน เป็นต้น)
- () สมาชิกในชุมชน (ประชาชน)
- () อื่นๆ (ระบุ).....

5. ระยะเวลาที่ทำงานเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข.....ปี (เศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

6. จำนวนประชากรในชุมชน/หมู่บ้านของท่าน.....คน

7. จำนวนครัวเรือนในชุมชน/หมู่บ้านของท่าน.....หลัง

8. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกหรือไม่

- () ไม่เคย
- () เคย จาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| () หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย | () เอกสาร / แผ่นพับ |
| () วิทยุ | () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. |
| () โทรทัศน์ | () เพื่อนบ้าน |
| () หนังสือพิมพ์ | () ผู้นำชุมชน/ครู/ผู้นำศาสนา |
| () ไปสเตอร์ | () อื่นๆ (ระบุ)..... |

9. ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออกหรือไม่

- () ไม่เคย () เคย

10. บทบาทหน้าที่/ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- () ปกปิดภาชนะกักเก็บน้ำด้วยฝาปิดภาชนะ 2 ชั้น
- () การคว่ำภาชนะที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์
- () การทำลายลูกน้ำยุงลายด้วยวิธีการใช้สารเคมีหรือวิธีชีวภาพ
- () อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

1. ยุงที่นำเชื้อไข้เลือดออก คือ
 - () ยุงลาย
 - () ยุงรำคาญ
 - () ยุงก้นปล่อง
 - () ยุงเสือ
2. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลและทุกคนควรร่วมมือ
 - () การลดและทำลายแหล่งวางไข่ยุงพาหะ
 - () การป้องกันมิให้ยุงกัด
 - () การกำจัดลูกน้ำยุงพาหะและยุงตัวเต็มวัย
 - () ถูกทุกข้อ
3. ยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกชอบหากินเวลาใด
 - () กลางวัน
 - () กลางคืน
 - () เช้ามืด พลบค่ำ
 - () ถูกทุกข้อ
4. อาการแสดงในระยะแรกของโรคไข้เลือดออก
 - () มีไข้ ต่ายเหลว อาเจียน
 - () มีไข้สูงลอย ชีพ เบื่ออาหาร
 - () มีไข้ ไอ มีน้ำมูกใส
 - () มีไข้ หนาวสั่น ชักเกร็ง
5. ข้อใดคือการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก
 - () เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา
 - () ให้ดื่มน้ำเกลือแร่หรือน้ำผลไม้
 - () ให้ยาลดไข้พาราเซตามอล
 - () ถูกทุกข้อ
6. อาการสำคัญและมีอันตรายมากที่สุดของโรคไข้เลือดออก
 - () มีไข้สูง ปวดท้อง ตาแดง
 - () ปวดศีรษะ หนาวสั่น ชีตเหลือง

- () มีไข้สูง ตับโต พบเลือดออก ชี้อก
 () มีไข้สูง ถ่ายอุจจาระเป็นมูก
7. ในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงพาหะในจานรองขาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ ถ้าไม่มีทรายอะเบท ท่านจะแก้ปัญหาอย่างไร
 () ใช้เกลือครึ่งช้อนชาหรือน้ำส้มสายชู 2 ช้อนชา
 () ใช้ผงซักฟอกครึ่งช้อนชา
 () ไม่มีก็ไม่ทำ
 () ข้อ 1, 2 ถูก
8. โรคไข้เลือดออกจะระบาดมากในช่วง
 () ฤดูร้อน () ฤดูหนาว
 () ฤดูฝน () ตลอดทั้งปี
9. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประหยัดที่สุด
 () การลดและทำลายลูกน้ำ
 () การป้องกันยุงวางไข่ในภาชนะต่างๆ
 () การทำลายตัวโม่งในภาชนะต่าง ๆ
 () การฉีดพ่นทำลายยุงตัวเต็มวัย
10. ทรายอะเบทออกฤทธิ์อยู่ได้นานเท่าไร ภายหลังจากใส่ในภาชนะบรรจุน้ำ
 () 1 เดือน () 2 – 3 เดือน
 () 4 เดือน () 5 เดือน

ทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้เพียงใด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้				
2.โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้				
3.การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและกำจัดลูกน้ำเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าประชาชน				
4.การมีลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณนอกบ้านถือเป็นเรื่องปกติ				
5.การใส่ทรายอะเบทลงในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ				
6.การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายสามารถลดการเกิดโรคไข้เลือดออกได้				
7.ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจังและต่อเนื่อง				
8.การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง				
9.หากรัฐบาลไม่สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันไข้เลือดออกอย่างเพียงพอจะทำให้โรคไข้เลือดออกระบาดมาก				
10.ท่านเต็มใจช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสำรวจดัชนีความชุกลูกน้ำยุง				

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2546

1. ในปี พ.ศ. 2546 ที่ชุมชน/หมู่บ้านของท่านเคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.หรือ แกนนำชุมชนมาเยี่ยมหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลายหรือไม่
 () ไม่มี () มี ประมาณ.....ครั้ง
 () ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ/จำไม่ได้
2. กิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ท่านทราบว่า มีกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ และท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่

กิจกรรม	ไม่ทราบ	ทราบ	
		ไม่เข้าร่วม	เข้าร่วม
1. การรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กร เช่น อบต./เทศบาล สถานีอนามัย โรงเรียน ผู้นำศาสนา และแกนนำอื่นๆ ในชุมชนและองค์กรเอกชนเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก			
2. การประชุมจัดเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก และระบุไว้ในแผน อบต./เทศบาลและชุมชน			
3. การจัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
4. กิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง			
5. การจัดระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมง และมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม			
6. การประสานความร่วมมือกับชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่			

3. ในปี พ.ศ. 2546 อบต./เทศบาลของท่านมีการดำเนินงานต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () ส่งเสริมการรวมตัวเป็นกลุ่มจากหลายๆ องค์กร เช่น อบต. สถานีอนามัย โรงเรียน ผู้นำศาสนาและแกนนำอื่นๆ ในชุมชนและองค์กรเอกชนเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก
 - () จัดประชุมเวทีชาวบ้านเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้เลือดออกและระบุไว้ในแผน อบต. /ตำบล และชุมชน
 - () จัดตั้งกองทุนและ/หรือมีการจัดหาเงินเพื่อใช้ในการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้โดย อบต. /ตำบล และชุมชน
 - () ส่งเสริม/ดำเนินกิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยอย่างต่อเนื่อง
 - () จัดระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชนทุกราย ชุมชนจะรับรู้ภายใน 24 ชั่วโมง และมีการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม
 - () ประสานความร่วมมือกับอบต. /เทศบาลและชุมชนใกล้เคียง เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่
 - () อื่นๆ (ระบุ).....
4. เจ้าหน้าที่จากอบต./เทศบาลที่มาดำเนินงานเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนมีความรู้ระดับใด
- () ดี () ปานกลาง () ต่ำ
5. ในชุมชนของท่านมียุงลายชุกชุม
- () ไม่ทราบ
- () ไม่มียุงลาย
- () มียุงลายชุกชุม
- () มาก () ปานกลาง () น้อย
6. ปริมาณลูกน้ำยุงลายในชุมชนของท่าน
- () ไม่ทราบ
- () ไม่มีลูกน้ำยุงลาย
- () มีลูกน้ำยุงลาย
- () มาก () ปานกลาง () น้อย

7. ในปี พ.ศ. 2546 ชุมชน/หมู่บ้านของท่านมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่

() ไม่ทราบ

() ไม่มีผู้ป่วย

() มีผู้ป่วย

() มาก () ปานกลาง () น้อย

8. ในชุมชน/หมู่บ้านของท่านมีการวัดค่าดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย (HI/CI) หรือไม่
อย่างไร

() ไม่ทราบ

() มีการวัดแต่ไม่ทราบข้อมูล

() มีข้อมูล

● ช่วงก่อนฤดูการระบาด (เดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม)

มีหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย (HI) จำนวน.....หลัง

คิดเป็นร้อยละ.....ของหลังคาเรือนทั้งหมด

อาคารอื่นๆ มีภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย (CI) จำนวน.....ภาชนะ

คิดเป็นร้อยละ.....ของภาชนะที่พบลูกน้ำทั้งหมด

● ช่วงฤดูการระบาด (เดือนมิถุนายน – ตุลาคม)

มีหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย (HI) จำนวน.....หลัง

คิดเป็นร้อยละ.....ของหลังคาเรือนทั้งหมด

อาคารอื่นๆ มีภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย (CI) จำนวน.....ภาชนะ

คิดเป็นร้อยละ.....ของภาชนะที่พบลูกน้ำทั้งหมด

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1)

.....

2)

.....

2. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน
ชุมชนของท่าน

- 1)
-
- 2)
-

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2542. อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ วัตอุดม. 2543. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. 2544. โรคไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กลุ่มโรคไข้เลือดออก. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. 2547. (1 สิงหาคม). รายงานโรคเร่งด่วนสถานการณ์โรคไข้เลือดออก. (Online). Available URL: <http://dhf.ddf.moph.go.th/Status/week52.pdf>
- กัลยานี สุเวทเวทิน. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอำนาจเจริญ. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- การุญ ไชยแขวง. 2541. บทบาทองค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- จำลอง โพธิ์บุญ. 2545. การประเมินด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการอนุรักษ์พลังงาน. เอกสารวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (อัดสำเนา).
- ทวีศักดิ์ วัตอุดม. 2543. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. อ้างถึงใน สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2543. คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- นวม สงวนทรัพย์. 2535. สารัตถกิจวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

- นุชจรรย์ ทิวาลัย. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้นำอาสาพัฒนาชุมชนในการพัฒนาชุมชน: ศึกษากรณีจังหวัดชลบุรี. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย.** กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- พรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ. 2542. ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ จ.อุบลราชธานี. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พสุ เดชะรินทร์. 2544. **เส้นทางจากกลยุทธ์สู่การปฏิบัติด้วย Balanced Scorecard และ Key Performance Indicators.** กรุงเทพมหานคร: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรสุด ศรีธวัช ณ อยู่ชยา. อ้างถึงใน อุมพร ผาทอง. 2544. ความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในทัศนะขององค์กรชุมชน ตำบลบางนมโค อำเภอสiena จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. 2527. **อดีต ปัจจุบันและอนาคต การพัฒนาชนบทไทย: ทางเลือกอื่นมีอีกหรือไม่.** กรุงเทพมหานคร: มปท.
- ไพศาล หวังพานิช. 2526. อ้างถึงใน อุดลย์ วรรณชาติ. 2545. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก: ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รณรงค์ นครจินดา. 2544. ทัศนคติของนักปกครองท้องถิ่นที่มีต่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วรรณ ลิมพานิชย์. 2538. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอย: ศึกษาเฉพาะกรณีเมืองพัทยา. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. 2544. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์. 2541. อ้างถึงใน จำลอง โพธิ์บุญ. 2545. การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม
สำหรับโครงการอนุรักษ์พลังงาน. เอกสารวิจัย เสนอต่อดคณะกรรมการส่งเสริม
งานวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (อัดสำเนา).
- สำนักงานคณะกรรมการนโยบายพลังงานแห่งชาติ (สพช.). 2544. รายงานการประเมินผล
การดำเนินงานโครงการอาคารของรัฐ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูนิเวอร์แซล
แอนด์ อินโนเวทีฟ คอนซัลติ้ง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2544. รายงานการศึกษา
วิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่สนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็ง.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2538. อ้างถึงใน อุดุลย์ วรรณชาติ. 2545. การมี
ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกัน
โรคไข้เลือดออก: ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. ภาคนิพนธ์คณะ
พัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2543. คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงาน
เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า
และพัสดุภัณฑ์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี. 2527. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว
สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- อุดุลย์ วรรณชาติ. 2545. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน
การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก: ศึกษากรณีอำเภอเขมราฐ จังหวัด
อุบลราชธานี. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อนันต์ ศรีโสภณ. 2524. การวัดและการประเมินผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนา
พานิช.
- อุทัย ดุลยเกษม. 2540. อ้างถึงใน บัณฑิต เอื้อวัฒนกุล. 2544. บทบาทขององค์กรพัฒนา
เอกชนที่มีต่อประชาคมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในจังหวัดน่าน: ศึกษากรณีมูลนิธิ
รักเมืองน่าน. สารนิพนธ์สำนักพัฒนาศึกษา สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์.
- อุทัย นิรัฐโต. 2519. สังคมวิทยาประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- อุมาพร ผาทอง. 2544. ความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในทัศนะขององค์กรชุมชน ตำบลบาง
นมโค อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- Allport, G.W. 1935. อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- Bryman, Alan. 2001. **Social Research Methods**. New York: Oxford University Press.
- Provus, M.M. 1972. อ้างถึงใน จำลอง โพธิ์บุญ. 2545. การประเมินด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการอนุรักษ์พลังงาน. เอกสารวิจัย เสนอต่อกณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (อัดสำเนา).
- Stufflebeam, D.L. and others. 1967. อ้างถึงใน สมคิด พรหมจ้อย. 2542. **เทคนิคการประเมินโครงการ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- Yamane, Taro. 1960. อ้างถึงใน สุวิมล ตีรกานนท์. 2544. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล

นางสาวสลิลา ปฐมกาญจนา

ประวัติการศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)
มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2542