

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง



กรรณิการ์ จาริ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง



กรรณิการ์ จาริ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษาและคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ได้พิจารณาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยพะเยา


.....  
(ดร.บุญสือ ฉิมบ้านไร่)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....  
(ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

สิงหาคม 2559

The logo of the University of Phayao is centered in the background. It features a purple shield with a white emblem of a stupa and two candles. Below the shield is a banner with the Thai text 'มหาวิทยาลัยพะเยา' and the English text 'UNIVERSITY OF PHAYAO'.

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษา ดร.บุญลือ ฉิมบ้านไร่ อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้กรุณาให้แนวคิดและคำแนะนำ ตลอดจนการช่วยตรวจสอบและแก้ไขให้การศึกษาครั้งนี้มีความสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.สมชาย จาดศรี อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา นายยงยุทธ วงศ์วิชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และนายเทอดธง ภีระบรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายขอขอบพระคุณครอบครัว จารี และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษานี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

กรรณิการิ จาริ

**ชื่อเรื่อง:** การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

**ผู้ศึกษาค้นคว้า:** กรรณิการ์ จาริ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2559

**อาจารย์ที่ปรึกษา:** ดร.บุญลือ นิมนต์บ้านไร่

**คำสำคัญ:** การรับรู้ พฤติกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Schedule) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และหาความสัมพันธ์โดยการทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U Test) การทดสอบครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis Test) และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 อายุเฉลี่ย 46 ปี อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.4 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ย 12 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การอบรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 89.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.3, 74.1, 52.5 และ 50.6 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 64.4) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขได้ โดยเน้นการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค นำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค

**Title:** A STUDY OF HEALTH VILLAGE VOLUNTEERS BEHAVIOR IN PREVENTING DENGUE HEMORRHAGIC FEVER, WANGNUA DISTRICT, LAMPANG PROVINCE.

**Author:** Kannikar Charee, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2016

**Advisor:** Dr. Boonlue Chimbanrai

**Keywords:** Perception, Behavior, Health village volunteers, Prevention and control, Dengue hemorrhagic fever

### ABSTRACT

The aims of this study were to explore preventive behavior on dengue hemorrhagic fever and to study the relationship between personal factors, perceptions and preventive behavior on dengue hemorrhagic fever among health village volunteers in Wangnua district, Lampang Province. The subjects of this study were 320 health village volunteers. The data were collected through structured interview schedule. Data were analysed by descriptive statistics, Mann–Whitney U Test, Kruskal–Wallis Test and Spearman Rank Correlation Coefficient.

The results of this study showed that most of the health village volunteers were females (70.3%). Their average age were 46 years old. Most of them had an agricultural occupation. Their average volunteer work period were 12 years. Most of them were trained about dengue hemorrhagic fever (89.1%). They had moderate perception level: perceived susceptibility (61.3%), perceived severity (74.1%), perceived benefits (52.5%) and perceived threat (50.6%) and 64.4 % had preventive behavior on dengue hemorrhagic fever at a high level. Personal factors including age, occupation and volunteer work period were significantly associated with preventive behavior on dengue hemorrhagic fever. Perceived severity and perceived benefits were significantly positive associated with preventive behavior on dengue hemorrhagic fever.

The results from this study can be used in planning the prevention and control of dengue fever in the health village volunteers. Especially, perception about prevention of disease applied to proper preventive behavior on dengue hemorrhagic fever.

## สารบัญ

บทที่	หน้า
<b>1 บทนำ</b> .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย .....	7
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	8
องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก .....	8
องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ (Human Behaviour) .....	11
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) .....	22
บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	31
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	36
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	37
ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	41

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	43
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป .....	42
ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก .....	47
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก .....	52
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและ การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก .....	58
5 บทสรุป .....	60
สรุปผลการวิจัย .....	60
อภิปรายผลการวิจัย .....	63
ข้อเสนอแนะ .....	65
บรรณานุกรม .....	66
ภาคผนวก .....	71
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม .....	72
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า .....	80



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 8 ตำบล โดยใช้แบบสอบถาม รวมเป็น 320 คน.....	38
2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนก ตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลา การปฏิบัติงานอสม. ประสพการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก การเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านและประสพการณ์การอบรมการป้องกันโรค (n = 320) .....	44
3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (n = 320).....	47
4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (n = 320).....	48
5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของ โรคไข้เลือดออก (n = 320).....	48
6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	49
7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	50
8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	51
9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	51
10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	52
11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก (n = 320) .....	52

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	54
13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และสถานภาพ การสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320).....	54
14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออก (n = 320).....	55
15	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพหลักกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออก (n = 320).....	56
16	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออก (n = 320).....	56
17	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านในปี 2557 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	57
18	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การอบรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	57
19	แสดงความสัมพันธ์การรับรู้การป้องกันของโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320).....	58
20	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการรับรู้ การป้องกันไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320) .....	58

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แผนภูมิแสดงจำนวนและอัตราป่วยไข้เลือดออกในปี 2553-2557 ของจังหวัดลำปาง.....	2
2 แผนภูมิแสดงอัตราป่วยไข้เลือดออกในปี 2553-2557 อำเภอวังเหนือเทียบกับ อัตราป่วยของจังหวัดลำปาง (อัตราป่วยต่อแสนประชากร).....	3
3 แผนภูมิของแบนดูรา.....	19
4 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	36



## อักษรย่อ

- ปวช. = ประกาศนียบัตรวิชาชีพ  
อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## บทที่ 1

### บทนำ

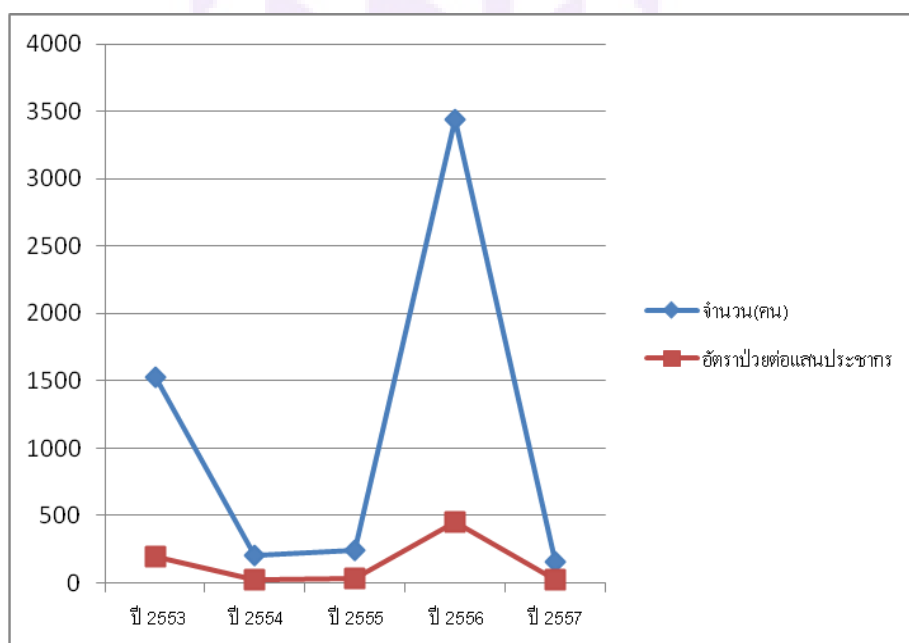
#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีอยู่หลายเป็นพาหะของโรค ไข้เลือดออก นอกจากจะเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยแล้ว ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนชื้นและกึ่งร้อน โดยพบการระบาดเป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี พ.ศ. 2497 และมีการระบาดไปประเทศต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย โรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ ในเขตร้อนชื้นของอเมริกา ต่อมาพบระบาดในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2501 และระบาดเพิ่มมากขึ้นทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งการระบาดของโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่พบในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะช็อกได้ ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยปัจจุบัน ทำให้ยากแก่การควบคุมโรคให้ประสบผลสำเร็จ ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนสำหรับป้องกันโรค การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระยะแรกส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งผลการดำเนินงานยังไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน แต่แนวโน้มของสถานการณ์ของโรคกลับเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคที่ได้ผลดีที่สุด คือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2558)

สถานการณ์ไข้เลือดออกทั่วโลกประมาณ 2.5 พันล้านคนหรือ 40% ของประชากรโลก ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดต่อของโรค ซึ่งโรคไข้เลือดออกถือเป็นโรคประจำถิ่นอย่างน้อย 100 ประเทศ ในแถบเอเชียแปซิฟิก อเมริกา แอฟริกา และแคริบเบียน โดย WHO ได้ประมาณการว่าการติดเชื้อ 50-100 ล้านคน ที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปี รวมทั้งผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 500,000 คน และเสียชีวิตจำนวน 20,000 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็ก (ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค, 2557)

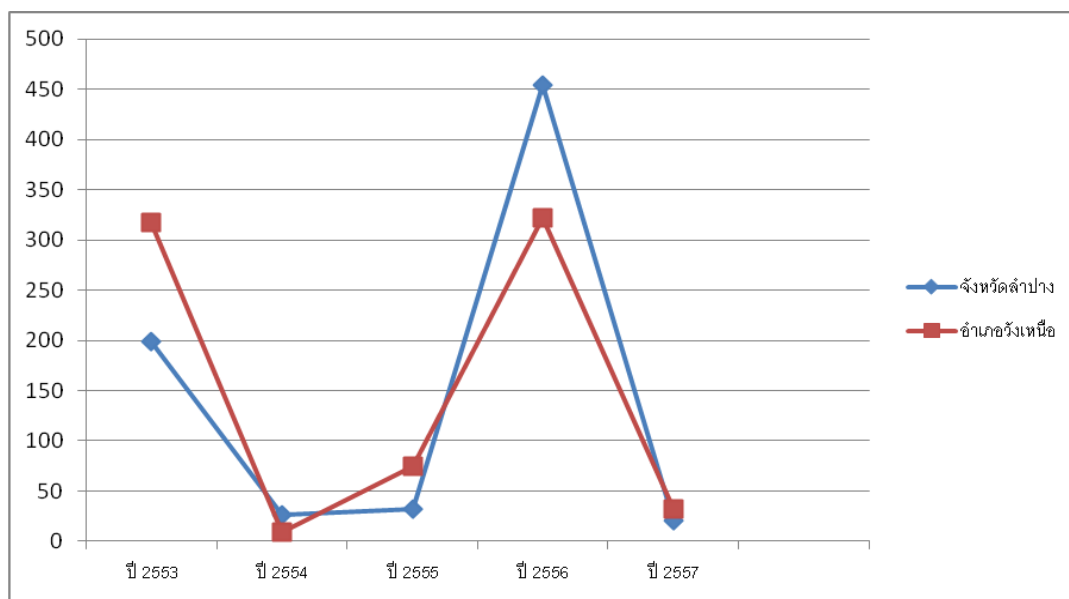
จากรายงานสถานการณ์กลุ่มโรคไข้เลือดออก (ไข้เลือดออก ไข้เลือดออกช็อก และไข้เดงกี) ประเทศไทย ปี 2557 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-30 ธันวาคม 2557) จำนวนผู้ป่วยโดยรวมของประเทศพบว่า จำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (ปี 2552-2556) ช่วงกลางเดือนพฤษภาคม เป็นต้นมาพบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากนั้นตั้งแต่ต้นเดือนกรกฎาคม จำนวนผู้ป่วยเริ่มมีแนวโน้มคงที่ ซึ่งปกติช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคมจะยังคงพบการระบาดสูง ลักษณะทางระบาด

วิทยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออก (ไข้เลือดออก ไข้เลือดออกช็อก และไข้แดงก่) ภาพรวมทั้งประเทศ (ข้อมูลสะสมตั้งแต่ 1 มกราคม-30 ธันวาคม 2557) สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยเข้าข่ายและผู้ป่วยยืนยันกลุ่มโรคไข้เลือดออก โดยรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำนวน 39,569 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 61.75 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 40 ราย คิดเป็นอัตรามรณะ 0.06 และอัตราป่วยร้อยละ 0.10 เป็นรายงานจาก 24 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช 6 ราย ชลบุรี 5 ราย นครปฐม พระนครศรีอยุธยา และสุราษฎร์ธานี จังหวัดละ 3 ราย นครราชสีมา 2 ราย และจังหวัดต่อไปนี้จังหวัดละ 1 ราย ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ สมุทรปราการ ระยอง สมุทรสงคราม ราชบุรี เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร บุรีรัมย์ ภูเก็ต ระนอง แพร่ จันทบุรี สงขลา สตูล พังงา พัทลุง และปัตตานี กลุ่มอายุ ที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ 10-14 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 172.01 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี (152.37) กลุ่มอายุ 0-4 ปี (68.17) และกลุ่มอายุ 25-34 ปี (52.38) ผู้ป่วยมีอาชีพนักเรียน 18,239 ราย รองลงมาคือ ในปกครองและรับจ้าง (18,286 ราย 7,617 และ 6,993 ราย ตามลำดับ) พบผู้ป่วยในเขตเทศบาล ร้อยละ 39.88 และเขต อบต. ร้อยละ 60.12 (กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพิเศษ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)



ภาพ 1 แผนภูมิแสดงจำนวนและอัตราป่วยไข้เลือดออกในปี 2553-2557 ของจังหวัดลำปาง

จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นว่า อัตราป่วยในปี 2553 และ ปี 2556 มีอัตราป่วยที่เกินค่ามาตรฐาน 50 ต่อแสนประชากร แต่ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต พบจำนวนผู้ป่วยสูงในเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม ช่วงอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ 15–24 ปี รองลงมาคือ 10–14 ปี และ 5–9 ปี ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2558)



ภาพ 2 แผนภูมิแสดงอัตราป่วยใช้เลือดออกในปี 2553–2557 อำเภอวังเหนือ เทียบกับอัตราป่วยของจังหวัดลำปาง (อัตราป่วยต่อแสนประชากร)

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในอำเภอวังเหนือ ตั้งแต่ปี 2553–2557 มีการระบาดทุกปี แต่ในปี 2553 อัตราป่วย 317.13 ต่อแสนประชากรและ ปี 2556 อัตราป่วย 322.22 ต่อแสนประชากร พบการระบาดสูงสุดเมื่อเทียบกับสถานการณ์การระบาดของจังหวัดลำปาง ปี 2553 อัตราป่วย 199.06 ต่อแสนประชากร ปี 2556 อัตราป่วย 454.24 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินค่ามัธยฐานไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร มีความสัมพันธ์ตามลักษณะการระบาดของโรคแบบปีเว้นสองปี อำเภอวังเหนือ มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด (อัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร)

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555–2559 ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพัฒนาทุกภาคส่วน ทั้งในระดับชุมชน ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ เป็นการนำภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ พร้อมทั้งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในประเทศให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมคน สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ

ให้สามารถปรับตัว เพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนและสังคมไทยให้มีคุณภาพ มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากร และได้ประโยชน์จากแผนพัฒนาฯ ดังกล่าว การดำเนินงานสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 มุ่งเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันและลดผลกระทบจากภัยคุกคาม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ น่าจะเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญในการปฏิบัติงานป้องกันโรคในชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลที่มีอยู่จำนวนน้อยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ต้องปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและมีบทบาทในภาระงานต่าง ๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับ ย่อมเป็นการยากที่จะปฏิบัติงานในชุมชนระดับหมู่บ้าน ระดับตำบลให้มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลต้องอาศัยกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวแทนด้านสุขภาพ จากประชาชนในหมู่บ้านต่าง ๆ ที่กระจายอยู่ทั่วหมู่บ้าน นั่นคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นั่นเอง และผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นที่ยอมรับของประชาชน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีการพัฒนามานานพอสมควร โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา จนเป็นที่รู้จักและยอมรับจากประชาชนโดยทั่วไป นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายที่ดีกับคณะกรรมการหมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในรูปแบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จึงเป็นรากฐานที่ดีที่จะส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพดังกล่าวให้อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพของชุมชน โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นที่รู้จักและยอมรับของประชาชนและองค์กรชุมชนว่าเป็นตัวแทนหรือผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถ ในการมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพของประชาชน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มิให้มีการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น และเพื่อเป็นการสนองนโยบายและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินกิจกรรมป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ ที่มีหลักการมุ่งเน้นการทำงานตามหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเล็งเห็นผลประโยชน์ของประชาชนสูงสุด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555)

หนึ่งในยุทธศาสตร์การควบคุมโรคใช้เลือดออกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วม



ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรม ให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชน ในหมู่บ้าน โดยหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ การสื่อสาร ข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ให้การส่งเสริม สุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการควบคุม ป้องกันโรคในระดับหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างใกล้ชิด การดำเนินการ ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลาย โดยวิธีการใส่ทรายอะเบตเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย การใส่ปลาเพื่อกินลูกน้ำยุงลาย การพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพในการให้ความรู้เชิงการป้องกันและควบคุม การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค ใช้เลือดออกกับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเกิดจากความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุข การที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก หรือแนะนำคนอื่น ๆ ในหมู่บ้านให้ปฏิบัติตามคำแนะนำให้ได้ผลดีนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขเอง ก็ต้องมีพฤติกรรมที่ดีและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขต้องมีความรู้ที่เพียงพอ ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การติดต่อ การแพร่กระจายของโรค รวมทั้งอาการและความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคใช้เลือดออก การรับรู้ ความรุนแรงของโรคใช้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของโรคใช้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรค ของโรคใช้เลือดออก น่าจะเป็นปัจจัยในการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถ ปฏิบัติงานป้องกันเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพได้

จากข้อมูลและสถานการณ์ดังกล่าว ทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การ ป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัด ลำปาง

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

### **สมมติฐานการวิจัย**

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคใช้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

### **ขอบเขตการวิจัย**

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แบ่งขอบเขตการวิจัยออกเป็น 4 ส่วนคือ ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขอบเขตเนื้อหา ขอบเขตด้านเวลา และขอบเขตด้านตัวแปร โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 320 คน

#### **ขอบเขตเนื้อหา**

การศึกษาค้นคว้านี้จะทำการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

#### **ขอบเขตด้านเวลา**

การศึกษาค้นคว้านี้ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558-มีนาคม พ.ศ. 2559

#### **ขอบเขตด้านตัวแปร**

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออก

### **นิยามศัพท์เฉพาะ**

**การรับรู้ (Perception)** หมายถึง การตีความหมายจากสิ่งแวดล้อม สิ่งเร้า โดยสมอง และเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์ทำให้เกิดความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้

เป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกร่วมกันจากประสาหมั่มพัสทั้ง 5 ทำให้เกิดการตอบสนองในแบบของการกระทำหรือความนึกคิด

**พฤติกรรม (Behaviour)** หมายถึง อาการต่างๆที่เกิดขึ้นหรือได้แสดงออก รวมทั้งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า

**อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Health village volunteers)** หมายถึง ประชาชนในหมู่บ้าน ที่ได้รับการคัดเลือกจากการประชุมหรือการประชุมของหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนของหมู่บ้าน ทำหน้าที่ประสานงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานสาธารณสุข และนำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพไปถ่ายทอดให้ประชาชนในหมู่บ้านของตนเองได้รับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนต่อหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเขตชุมชนและเขตชานเมือง จำนวน 8-15 หลังคาเรือน เขตชุมชนแออัด จำนวน 20-30 หลังคาเรือน

**ป้องกันและควบคุมโรค (Prevention and control)** หมายถึง การป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นกับบุคคลหรือชุมชน โดยการส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์ การมีสุขวิทยาที่ดีทั้งบุคคลและชุมชน ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และ ลดอัตราการเกิดโรคให้ต่ำลงในระดับที่ไม่เป็นปัญหา หรือควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค

**ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever)** หมายถึง โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสเดงกี โดยมียุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ

### ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคและส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างเหมาะสม

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา โดยขอแนะนำเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ (Human Behaviour)
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

### องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

**ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก (Dengue Fever, Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) (พีระ สมบัติดี, 2558)**

1. **สาเหตุของโรคไข้เลือดออก** มียุงลาย (Aedes Aegypti) เป็นพาหะนำโรค โดยเกิดจากเชื้อไข้เลือดออกซึ่งเป็นไวรัสมีอยู่ 2 ชนิด ได้แก่ เด็งกี (Dengue) กับชิคุนกุนยา (Chikungunya) ประมาณ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยไข้เลือดออก จะมีสาเหตุจากเชื้อเด็งกี แบ่งเป็นสายพันธุ์ย่อยอีก 4 ชนิด ได้แก่ ชนิด 1, 2, 3 และ 4 เชื้อเด็งกีเหล่านี้สามารถทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกที่รุนแรงได้ ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีสาเหตุจากเชื้อชิคุนกุนยา ซึ่งมักมีอาการไม่รุนแรงคือไม่ทำให้เกิดภาวะช็อก

2. **การติดต่อของโรค** โดยยุงลายจะกัดคนที่มีเชื้อโรคไข้เลือดออกแล้วไปกัดคนปกติ ถ่ายทอดเชื้อไปสู่คนปกติได้ ส่วนใหญ่เป็นยุงลายบ้านที่มีแหล่งน้ำเพาะพันธุ์อยู่ในภาชนะที่มีน้ำขังในบ้านและรอบบ้าน กลุ่มผู้ป่วย พบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ จากรายงานทางระบาดวิทยาพบว่า กลุ่มอายุที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ เด็กอายุ 5-14 ปี แต่ปัจจุบันพบในผู้ใหญ่มากขึ้น พบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผู้ที่ป่วยแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีกและถ้าเป็นซ้ำครั้งต่อมาผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงและจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง

3. **การระบาดของโรค** ช่วงเวลาการระบาดพบได้ตลอดทั้งปี แต่พบมากในฤดูฝน

ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงตุลาคมของทุกปี

#### 4. อาการของโรคใช้เลือดออก แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

4.1 ระยะที่ 1 ระยะใช้สูง ผู้ป่วยจะมีไข้สูงซึ่งเกิดขึ้นฉับพลัน มีลักษณะไข้สูงลอย ตลอดเวลา หน้าแดง ปวดศีรษะ อาจมีอาการเบื่ออาหาร และ อาเจียนร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา หรือปวดท้องทั่วไป มีอาการท้องผูก หรือถ่ายเหลว บางรายมีอาการเจ็บคอ คอแดงเล็กน้อย หรือไอบ้างเล็กน้อย ประมาณวันที่ 3 ของไข้อาจมีผื่นแดงไม่คันขึ้นตามแขน ขา และลำตัว

4.2 ระยะที่ 2 ระยะซ็อก และมีเลือดออก มักพบในไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อเด็งกีที่มีความรุนแรงขั้นที่ 3 และ 4 อาการจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 3-7 ของโรคซึ่งถือว่าเป็นช่วงวิกฤตของโรค อาการไข้จะเริ่มลดลง แต่ผู้ป่วยกลับมีอาการไม่สบาย เช่น มีอาการปวดท้อง และอาเจียนบ่อยขึ้น ซึมมากขึ้น กระสับกระส่าย ตัวเย็น มือเท้าเย็น เหงื่อออก ปัสสาวะน้อย ชีพจรเต้นเบาแต่เร็ว และความดันต่ำ ซึ่งเป็นอาการของภาวะซ็อก ถ้าเป็นรุนแรงผู้ป่วยอาจมีอาการไม่คอยรู้สึกตัว หากไม่ได้รับการรักษาได้ทันเวลาที่ก็อาจเสียชีวิตได้ภายใน 1-2 วัน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีอาการเลือดออกตามผิวหนัง เลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือดสด ๆ หรือเป็นสีกาแฟ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด ๆ และเกิดภาวะซ็อกรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ระยะที่ 2 นี้จะใช้เวลาประมาณ 24-27 ชั่วโมง ถ้าหากผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงวิกฤตไปได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3

4.3 ระยะฟื้นตัว ในรายที่มีภาวะซ็อกไม่รุนแรง เมื่อผ่านช่วงวิกฤตไปแล้ว อาการจะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะซ็อกรุนแรง เมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาที่ จะสามารถฟื้นตัวสู่สภาพปกติ อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยดีขึ้น คือ ผู้ป่วยจะเริ่มอยากกินอาหาร อาการต่าง ๆ จะกลับคืนสู่สภาพปกติ ระยะนี้อาจใช้เวลา 7-10 วัน หลังผ่านระยะที่ 2

#### 5. การวินิจฉัยโรค

5.1 การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น โดยการทดสอบทอร์นิเกตต์ (Tourniquet Test) โดยการใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตรัดเหนือข้อศอกของผู้ป่วยหรือใช้ยางหนังสติกัดเหนือข้อศอกให้แน่นเล็กน้อย นาน 5 นาที ถ้าพบมีจุดเลือดออก (จุดแดง) เกิดขึ้นที่บริเวณท้องแขนในตำแหน่งที่รัดเป็นจำนวนมากกว่า 10 จุด ในวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 นิ้ว (เท่ากับเหรียญบาทโดยประมาณ) แสดงว่าการทดสอบได้ผลบวก การทดสอบนี้จะได้ผลบวกมากกว่าร้อยละ 80 ตั้งแต่เริ่มมีไข้ได้ 2 วันเป็นต้นไป

5.2 การวินิจฉัยโดยแพทย์ แพทย์จะทำการเจาะเลือด ตรวจดูความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโทคริต) ซึ่งจะพบว่ามีความเข้มข้นมากกว่าปกติ และ ตรวจนับจำนวนเกร็ดเลือด

ซึ่งจะพบว่า ต่ำกว่าปกติ ซึ่งมักพบในระยะวิกฤตช่วงไข้ลดลง การวินิจฉัยที่แน่นอน คือ การตรวจเลือดพบเชื้อสารพันธุกรรมของเชื้อหรือภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อ ไข้เลือดออก

**6. การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง** เมื่อป่วย ในระยะ 2-3 วันแรก ของการเป็นไข้ อาการอาจไม่ชัดเจน ให้การดูแลแบบใช้ทั่ว ๆ ไปดังนี้

6.1 นอนพักผ่อนให้มาก ๆ

6.2 เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง

6.3 ดื่มน้ำให้มาก ๆ โดยทยอยจิบทีละน้อยตลอดทั้งวัน อาจเป็นน้ำสุกเปล่า ๆ น้ำส้มคั้น น้ำมะนาวคั้น น้ำหวาน น้ำอัดลม (ควรหลีกเลี่ยงน้ำที่มีสีแดง สีดำหรือสีน้ำตาล เพราะ หากผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นเลือด อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นสีของน้ำที่ดื่มเข้าไปได้) ควรดื่มน้ำมาก ๆ ให้ได้ทุกวันจนพ้นระยะวิกฤต (ประมาณ 7 วัน)

6.4 ให้กินยาลดไข้ พาราเซตามอล

6.4.1 ผู้ใหญ่ กินครั้งละ 1 เม็ด

6.4.2 เด็กโต กินครั้งละ ครึ่ง-1 เม็ด ตามแพทย์สั่ง

6.4.3 เด็กเล็กใช้ชนิดน้ำเชื่อม กินครั้งละ 1-2 ช้อนชา (ดูขนาดตามฉลากยา)

6.4.4 ห้ามกินยากลุ่มแอสไพรินหรือยาลดไข้อื่น ๆ เป็นอันตราย

6.5 ฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง อาเจียน กินไม่ได้ ดื่มน้ำได้น้อย ซึม ปัสสาวะออกน้อยและเป็นสีน้ำตาล มีจุดแดงจ้ำเขียวขึ้นตามตัว หรือมีเลือดออก ควรไปพบแพทย์โดยเร็ว

## 7. การรักษาโรค

7.1 แพทย์ทำการวินิจฉัยโดยการซักถามประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด

7.2 ทดสอบทูร์นิเคต์

7.3 ประเมินว่าสามารถดูแลที่บ้านได้หรือต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยพิจารณาระยะการเจ็บป่วยและการกิน โดยเฉพาะการดื่มน้ำได้เพียงพอหรือไม่

7.4 บางรายอาจต้องทำการตรวจเลือดเป็นระยะ

7.5 การรักษา

7.5.1 ถ้าเป็นไม่รุนแรงอาจกินยาลดไข้ พาราเซตามอล และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจทุก 1-2 วัน อาจใช้เวลา 7-10 วัน

7.5.2 ในรายที่เป็นรุนแรง แพทย์จะรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ และทำการตรวจเลือดดูความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโทคริต)

เป็นระยะ ๆ

## 8. ภาวะแทรกซ้อนของโรค

8.1 ภาวะเลือดออกรุนแรง

8.2 ภาวะช็อก

8.3 ภาวะตับวาย (มีอาการดีซ่าน) ซึ่งเป็นภาวะร้ายแรงทำให้เสียชีวิตได้ มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอยู่นาน (อาจมีการหายใจลำบากจากภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดร่วมด้วย)

8.4 ถ้าได้รับน้ำเกลือมากเกินไป อาจเกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary Edema) เป็นอันตรายต่อชีวิตได้

## 9. การป้องกันโรค

9.1 ปัจจุบันกำลังมีการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งอาจมีใช้ในอนาคต การป้องกันที่สำคัญในปัจจุบันอยู่ที่การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น

9.1.1 ปิดฝาโอ่งน้ำ

9.1.2 จานรองตุ้กับข้าว ควรใส่น้ำเดือดลงไปทุก 10 วัน หรือใส่เกลือแกงในน้ำที่อยู่ในจานรองตุ้ ขนาด 2 ซอนชาต่อน้ำ 1 แก้ว

9.1.3 ควรเก็บกระป๋อง กะลา ยางรถยนต์เก่า ๆ หรือสิ่งที่จะเป็นที่ขังน้ำ ในบริเวณบ้าน โรงเรียน และแหล่งชุมชน ทำลายหรือฝังดินให้หมด

9.1.4 ปรับพื้นบ้านและสนามหญ้าให้เป็นหลุมเป็นบ่อที่มีน้ำขังได้

9.1.5 วิธีที่สะดวก คือ ใส่ทรายอะเบต ชนิดร้อยละ 1 ลงในตุ่มน้ำและภาชนะกักเก็บน้ำทุกชนิด ในอัตราส่วน 10 กรัมต่อน้ำ 100 ลิตร (ตุ่มมังกรขนาด 8 ปีบ ใช้ทรายอะเบต 2 ซอนชา, ตุ่มซีเมนต์ขนาด 12 ปีบ ใช้ทรายอะเบต 2.5 ซอนชา) ควรเติมใหม่ทุก 2-3 เดือน น้ำที่ใส่ทรายอะเบตสามารถใช้ดื่มกินได้อย่างปลอดภัย

9.2 เด็กที่นอนกลางวันควรกางมุ้ง หรือ ทายากันยุงเพื่อป้องกันยุงกัด

9.3 กำจัดยุงโดยการใส่ยาฆ่ายุง

9.4 การใช้กลิ่นกันยุง เช่น ตะไคร้หอม เปลือกส้ม

## องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ (Human Behaviour)

**พฤติกรรมมนุษย์ (Human Behaviour)** หมายถึง กิริยาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์หรือที่มนุษย์ได้แสดงหรือปฏิบัติที่เกี่วกับมนุษย์เมื่อได้เผชิญกับสิ่งเร้า จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ



1. พฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ เรียกว่าเป็นปฏิกิริยาสะท้อน เช่น การสะดุ้งเมื่อถูกเข็มแทง การกระพริบตา เมื่อมีสิ่งมากระทบกับสายตา

2. พฤติกรรมที่สามารถควบคุม และจัดระเบียบได้ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบสติปัญญาหรืออารมณ์ จะเป็นตัวตัดสินว่า ควรปล่อยปฏิกิริยาใดออกไป

**รูปแบบพฤติกรรมของมนุษย์** แบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ

1. พฤติกรรมเปิดเผยหรือพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา ทำให้ผู้อื่นสามารถมองเห็นได้ สังเกตได้ เช่น การเดิน การหัวเราะ การพูด ฯลฯ

2. พฤติกรรมปกปิดหรือพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงแล้ว แต่ผู้อื่นไม่สามารถมองเห็นได้ สังเกตได้โดยตรงจนกว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้บอกหรือแสดงบางอย่างเพื่อให้คนอื่นรับรู้ได้ เช่น ความคิด อารมณ์ การรับรู้

**ประเภทของพฤติกรรมมนุษย์**

นักจิตวิทยาแบ่งพฤติกรรมมนุษย์ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. พฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิด ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่มีการเรียนรู้มาก่อน ได้แก่ ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Reflex Action) เช่น การกระพริบตา และสัญชาตญาณ (Instinct) เช่น ความกลัว การเอาตัวรอด

2. พฤติกรรมที่เกิดจากอิทธิพลของกลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมที่เกิดจากการที่บุคคลติดต่อสังสรรค์ และมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม แบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

1. การปรับเปลี่ยนทางด้านของสรีระร่างกาย เช่น การปรับปรุงบุคลิกภาพ การแต่งกาย การพูด

2. การปรับเปลี่ยนทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด ให้มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ปรับอารมณ์ความรู้สึก ให้สอดคล้องกับบุคคลอื่น รู้จักการยอมรับผิด

3. การปรับเปลี่ยนทางด้านสติปัญญา เช่น การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยทันเหตุการณ์ การมีความคิดเห็นคล้ายตามความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่

4. การปรับเปลี่ยนอุดมคติ หมายถึง การสามารถปรับเปลี่ยนหลักการ แนวทางบางส่วนเพื่อให้เข้ากับสังคมส่วนใหญ่ได้ โดยพิจารณาจากความจำเป็น และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเป็นประโยชน์แก่ตนเอง เพื่อสวัสดิภาพของตนเองและของกลุ่ม



มนุษย์ได้พยายามที่จะศึกษาการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ด้วยตนเอง เพื่อประโยชน์ในการที่จะทำให้การอยู่ร่วมกันในสังคมเป็นไปด้วยดี และมีความสุข จึงทำให้เกิดมีความเชื่อ หลักการและทฤษฎีต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมากมาย จากบรรดาผู้รู้และนักการศึกษาทั้งหลายที่พยายามหาหลักเกณฑ์มาเพื่ออธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งสามารถรวบรวมทัศนะต่าง ๆ เป็นหมวดหมู่ได้ 3 ประเภท

1. พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นจากแรงผลักดันภายในตัวของมนุษย์
2. พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นจากแรงผลักดันของสิ่งแวดล้อม
3. พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นจากทั้งแรงผลักดันภายในตัวมนุษย์ และสิ่งแวดล้อม

### **พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากแรงผลักดันภายในตัวมนุษย์**

แรงผลักดันที่ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาก็คือ ความต้องการ ซึ่งความต้องการนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ความต้องการทางร่างกาย และความต้องการทางจิตใจ

**1. ความต้องการทางด้านร่างกาย** เป็นแรงผลักดันที่อยู่ในระดับพื้นฐานที่สุด แต่มีพลังอำนาจสูงสุด เพราะเป็นแรงผลักดันที่จะทำให้ชีวิตอยู่รอด มนุษย์จะต่อสู้ดิ้นรนทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่จะมาบำบัดความต้องการทางร่างกาย ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นทั้งทางที่ดีที่ถูกต้องหรือทางที่ไม่ถูกต้องก็ได้ ความต้องการทางร่างกายที่จะทำให้ชีวิตอยู่รอด ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ อุณหภูมิที่พอเหมาะ การพักผ่อน การขับถ่าย การสืบพันธุ์ ความปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ การตอบสนองความต้องการทางร่างกาย อันทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมออกมานั้นสามารถกระทำได้ 2 ระดับ คือ

**1.1 กิริยาสะท้อน** เป็นการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เป็นไปได้โดยธรรมชาติ เช่น เมื่อร่างกายมีอุณหภูมิสูงกว่าปกติ ร่างกายก็จะขับเหงื่อออกมาเป็นการลดอุณหภูมิให้อยู่ในระดับพอเหมาะ

**1.2 พฤติกรรมเจตนา** เป็นการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ต่อสิ่งเร้า โดยความตั้งใจหรือความพอใจของตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกตัวว่าร้อนก็จะไปอาบน้ำ หรือเปิดพัดลม เป็นต้น

**2. ความต้องการทางจิตใจ** เป็นแรงผลักดันที่อยู่ในระดับสูงยิ่งกว่าความต้องการทางร่างกาย แต่มีพลังอำนาจน้อยกว่า เพราะความต้องการทางจิตใจนี้ ไม่ใช่ความต้องการที่เป็นความตายของชีวิต จะเป็นความต้องการที่มาช่วยสร้างเสริมให้ชีวิตมีความสุขความสบาย

ยิ่งขึ้นเท่านั้น มีนักจิตวิทยาหลายคนได้อธิบายถึงแรงผลักดันภายในร่างกาย อันมีผลทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้

**2.1 ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud)** นักจิตวิทยาชาวออสเตรีย ได้วิเคราะห์จิตมนุษย์ออกเป็นองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ อิด (Id) อีโก้ (Ego) และซูเปอร์อีโก้ (Super Ego) ส่วนทั้งสามนี้ประกอบเป็นโครงสร้างทางจิต (แพร์กัทร ยอดแก้ว, 2552) อิด เป็นสัญชาตญาณในตัวมนุษย์ จะอยู่ในรูปของพลังงานที่คอยผลักดันให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ พลังงานนี้มีสองส่วน คือ ส่วนหนึ่งจะผลักดันให้มีชีวิตอยู่รอด เรียกว่า สัญชาตญาณชีวิต และอีกส่วนหนึ่งจะผลักดันให้ชีวิตดับ เรียกว่า สัญชาตญาณความตาย อิดเป็นส่วนของจิตที่คนเราไม่รู้สึกรู้สีก เป็นจิตใต้สำนึก แรงผลักดันนี้จึงมีอยู่โดยที่คนเราไม่รู้สึกรู้สีกตัว เป็นแรงผลักดันไร้สำนึก อิดจะผลักดันให้จิตอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นส่วนใหญ่และส่วนที่รู้ตัว ที่เรียกว่า อีโก้ กระทำในสิ่งต่าง ๆ ตามที่อิดต้องการ ทั้งส่วนที่เป็นสัญชาตญาณชีวิต และส่วนที่เป็นสัญชาตญาณความตาย จึงเป็นตัวแทนสนองความต้องการของอิด ส่วนของจิตที่ทำหน้าที่ควบคุมสัญชาตญาณเหล่านี้ คือ ซูเปอร์อีโก้ หรือ มโนธรรมที่มีอยู่ในจิตของแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกผิดชอบชั่วดี เป็นผลเกิดจากการอบรมสั่งสอนของสังคม ทำให้อิดและอีโก้มีพฤติกรรมอยู่ทางที่ถูกที่ควรเป็นที่ยอมรับของสังคม แรงผลักดันของอิดจะทำให้เกิดความตึงเครียด อีโก้จะต้องพยายามตอบสนองความต้องการของอิดเพื่อลดความตึงเครียด แต่ความต้องการของอิดบางอย่าง อีโก้ก็ไม่อาจทำตามเพราะไปขัดกับมโนธรรมในซูเปอร์อีโก้ จึงทำให้เกิดความตึงเครียด และความวิตกกังวลใจเกิดขึ้น ความวิตกกังวลนี้จึงเป็นแรงผลักดันพฤติกรรมอีกแรงหนึ่ง เพื่อปกป้องตนเองให้รอดนั้น ความวิตกกังวล อีโก้จึงต้องพัฒนาพฤติกรรมป้องกันที่เรียกว่า “กลไกป้องกัน” ซึ่งเป็นไปโดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ตัวอย่างพฤติกรรมป้องกัน ได้แก่

2.1.1 การไม่ตัดสินใจเลือกข้างใดข้างหนึ่ง (Ambivalence) เป็นสภาวะที่ Ego ไม่ตัดสินใจเลือกข้างใดข้างหนึ่งให้เด็ดขาดลงไป แต่อยู่ในสภาวะสองจิตสองใจ เอียงไปข้างนั้นที่ข้างนี้ที มีลักษณะโลเล หลายใจนั่นเอง

2.1.2 ปฏิกริยาการหลบหนี (Avoidance) เป็นปฏิกริยาการหลบหนีจากวัตถุ ผู้คนหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเจ็บปวด เนื่องจากต้องชมความรู้สึกที่พลังทางเพศและความก้าวร้าวอันแฝงอยู่ในจิตไร้สำนึกถูกกระตุ้นให้สำแดงความปรารถนาออกมา

2.1.3 การหยุดนิ่งไม่เปลี่ยนแปลง (Fixation) เป็นสภาวะที่หยุดอยู่กับที่ ไม่ยอมเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไปเพราะประสบการณ์อันเจ็บปวด (Trauma) เช่น เด็กที่เคยสูญเสียพ่อแม่ก็จะไม่สร้างความรักกับใครอีกเลย หากจะเกาะยึดอยู่กับความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้น

2.1.4 การเลียนแบบ (Identification) คือ การปรับตัวโดยการเลียนแบบพฤติกรรม ทักษะ ค่านิยม ของบุคคล หรือสิ่งของที่ตนชื่นชอบ โดยการพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความรู้สึกทางจิตใจ เช่น การแสดงพฤติกรรมให้เหมือนกับบุคคลต้นแบบ ซึ่งอาจเป็นดารา นักแสดง หรือตัวละครต่าง ๆ โดยการแต่งตัว แสดงลักษณะท่าทางเหมือนผู้ที่เลียนแบบ นอกจากนี้ก็มีความรู้สึกร่วมกับผู้ที่เราเลียนแบบด้วย

2.1.5 การกล่าวโทษผู้อื่นหรือการโยนความผิดให้แก่ผู้อื่น (Project) คือ การลดความวิตกกังวล โดยการย้ายหรือโยนความผิด ความไม่ตั้งใจของตนเอง หรือความรับผิดชอบจากผลของการกระทำของตนเอง หรือผลจากความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนไปให้บุคคลอื่น เช่น ถ้าตนเองรู้สึกไม่ชอบใครที่ตนควรจะชอบ ก็อาจจะบอกว่าคนนั้นไม่ชอบตน “เป็นการไม่ยอมรับความผิดของตนเอง” ลักษณะนี้ ตรงกับสุภาษิตไทยที่ว่า “รำไม่ดีโทษปี่โทษกลอง”

2.1.6 การแสดงปฏิกิริยาตรงข้ามกับความปรารถนาที่แท้จริง (Reaction Formation) คือ การแสดงออกในสิ่งที่ตรงข้ามกับที่ตนรู้สึก เพราะคิดว่าสังคมอาจยอมรับไม่ได้ โดยการทุ่มเทในการแสดงพฤติกรรมตรงข้ามกับความรู้สึกของตนเอง ที่ตนเองคิดว่าเป็นสิ่งที่สังคมอาจจะไม่ยอมรับ เช่น แม่ที่ไม่รักลูกคนใดคนหนึ่งอาจจะมีพฤติกรรมตรงข้ามโดยการแสดงความรักมากมายอย่างผิดปกติ

2.1.7 การเก็บกด (Repression) เป็นการเก็บความรู้สึกผิด ความคับข้องใจ เอาไว้ในจิตใต้สำนึกจนกระทั่งลืม ซึ่งการเก็บกดนี้หากต้องเก็บความรู้สึกเอาไว้มากอาจทำให้เป็นโรคประสาทได้

2.1.8 การขจัดความรู้สึก (Suppression) มีลักษณะคล้ายกับ Repression แต่เป็นกระบวนการขจัดความรู้สึกดังกล่าวออกไปจากความคิด และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างที่มีสติและความตั้งใจ ในขณะที่ Repression นั้นไม่รู้ตัว

2.1.9 การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) คือ การหาเหตุผลหาคำอธิบาย มาอ้างอิง มาประกอบการกระทำของตนเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของคนอื่น เป็นการปรับตัวโดยการหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง โดยให้คำอธิบายที่เป็นที่ยอมรับสำหรับคนอื่น การใช้วิธีการป้องกันตนเองแบบนี้คล้าย ๆ กับการ “แก้ตัว” นั่นคือบุคคลจะพยายามหาเหตุผลอ้างข้อมูลต่าง ๆ เพื่อสนับสนุน

1) แบบองุ่นเปรี้ยว (Sour Grape) เช่น นักเรียนอยากเรียนแพทยศาสตร์ แต่สอบเข้าไม่ได้ สอบได้วิศวกรรมศาสตร์ อาจจะบอกว่าเข้าแพทย์ไม่ได้ก็ดีแล้ว เพราะอาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เสียสละ เสี่ยงภัย เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาของตนเอง เป็นวิศวกรดีกว่า เพราะเป็นอาชีพอิสระ มีรายได้มาก

2) มะนาวหวาน (Sweet Lemon) เช่น นักเรียนไม่ยอมเรียนกฎหมาย พ่อแม่อยากให้เรียน ก็เลยลองสอบเข้าคณะนิติศาสตร์แล้วสอบเข้าได้ พ่อแม่ดีใจ สนับสนุน จึงต้องเรียนวิชากฎหมาย เลยคิดว่าเรียนกฎหมายก็ดี มีความรู้ เป็นอาชีพมีเกียรติ มีประโยชน์ ต่อสังคม มีรายได้สูง และวันหนึ่งอาจจะได้เป็นรัฐมนตรีก็ได้ ใครจะรู้

2.1.10 การชดเชยหรือการทดแทน (Substitution/Compensation) การชดเชยหรือการทดแทนด้วยการหาทางออกในอันที่จะแสดงความต้องการของตน เช่น การต้องการระบายความก้าวร้าวก็หันไปเล่นกีฬาทดแทน หรือวิพากษ์วิจารณ์ศิลปะ เป็นการชดเชยในสิ่งที่สังคมยอมรับได้

2.1.11 การถดถอย (Regression) คือ การหนีกลับไปอยู่กับสภาพอดีตที่ตนเองเคยมีความสุข เป็นการแสดงพฤติกรรมถดถอยไปเป็นการหนีกลับไปอยู่ในสภาพอดีตที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข เช่น ผู้ใหญ่เมื่อเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดก็แสดงอาการกลับไปเป็นเด็กอีกครั้ง หรือเด็ก 2-3 ขวบ ที่ช่วยตนเองได้ มีน้องใหม่ เห็นแม่ให้ความเอาใจใส่น้อง จึงมีความรู้สึกว่า แม่ไม่รักและไม่สนใจตนเท่ากับที่เคยได้รับ จะมีพฤติกรรมถดถอยไปอยู่ในวัยทารก ที่ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องให้แม่ทำให้ทุกอย่าง

2.1.12 การสร้างวิมานในอากาศ หรือการฝันกลางวัน (Fantasy/Day Dreaming) คือ การคิดฝัน หรือสร้างวิมานขึ้นเอง สร้างจินตนาการหรือมโนภาพเกี่ยวกับสิ่งที่ตนมีความต้องการแต่เป็นไปไม่ได้ ไม่สามารถเป็นจริงได้ ฉะนั้นจึงคิดฝันหรือสร้างวิมานในอากาศขึ้นเพื่อสนองความต้องการชั่วขณะหนึ่ง เช่น คนไม่สวยก็ฝันว่าตนเองสวย เก่งเหมือนนางเอก มีพระเอกและผู้ชายมารัก มาให้เลื่อมมากมาย เป็นต้น

2.1.13 การแยกตัว (Isolation) คือ การแยกตัวให้พ้นจากสถานการณ์ที่นำความคับข้องใจมาให้ โดยการแยกตนเองออกไปอยู่ตามลำพัง เป็นอารมณ์ที่อยากอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใครและไม่อยากให้ใครมายุ่งด้วย

2.1.14 การแทนที่ (Displacement) คือ การระบายอารมณ์โกรธ หรือคับข้องใจต่อคนหรือสิ่งของที่ไม่ได้เป็นต้นเหตุของความคับข้องใจ เช่น พนักงานที่ถูกเจ้านายดุ ต่ำหรือทำให้คับข้องใจ เมื่อกลับมาบ้านอาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อภรรยาและลูก หรือนักศึกษาที่โกรธครูแต่ทำอะไรไม่ได้ อาจเตะโต๊ะ หรือเก้าอี้ เพื่อเป็นการระบายอารมณ์ เป็นต้น ตรงกับสุภาษิตไทยที่ว่า “ตีวัวกระทบคราด”

2.1.15 การไม่ยอมรับความจริง (Denial of Reality) เป็นวิธีการที่บุคคลไม่ยอมรับรู้ ไม่ยอมเข้าใจ ไม่ยอมเผชิญหน้ากับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพราะเจ็บปวด

กับความจริงที่เกิดขึ้นหรือเป็นอยู่ รับผิดชอบกับความจริงที่ทำให้ตนต้องสูญเสียหรือไม่ได้ในสิ่งที่ตนปรารถนา การปฏิเสธความเป็นจริงมาก ๆ ก็ทำให้เป็นโรคประสาทได้

2.1.16 การแสดงความก้าวร้าว (Aggression) เป็นการกระทำของบุคคล เมื่อถูกขัดขวางความคิด ความต้องการของตน ความต้องการเอาชนะ จึงแสดงอำนาจ โดยการต่อสู้ ทางกาย วาจาด้วยความก้าวร้าวเพื่อทำลายผู้อื่นหรือทำร้ายผู้อื่นให้เจ็บปวด และยอมแพ้บุคคลนั้นในที่สุด

2.1.17 กลไกในการป้องกันตัว (Defense Mechanism) จึงเป็นวิธีการปรับตัว ในระดับจิตไร้สำนึก กลไกในการป้องกันตัวมักจะเป็นสิ่งที่คนทั่วไปนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของบุคคลปกติทุกวัย ตั้งแต่อนุบาลจนถึงวัยชรา เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ในการปรับตัว เมื่อประสบปัญหาความคับข้องใจ การใช้กลไกป้องกันตัวจะช่วยยืดเวลาในการแก้ปัญหา เพราะจะช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ความไม่สบายใจ ทำให้คิดหาเหตุผลหรือแก้ไข้ปัญหาได้ในที่สุด

**2.2 อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow)** เป็นนักจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) ซึ่งนักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ มีความเชื่อว่า มนุษย์มีใช้ทาสของแรงผลักดันต่าง ๆ เช่น ความหิวกระหายเท่านั้น แต่มนุษย์ยังเกิดมาพร้อมศักยภาพของความเป็นมนุษย์ต่าง ๆ เช่น ความอยากรู้ ความสร้างสรรค์ และความต้องการที่จะพัฒนาตนเองจนเต็มขีดความสามารถ มาสโลว์ ได้เน้นให้เห็นถึงความต้องการให้แต่ละคน ในการพัฒนาศักยภาพของตนให้เป็นจริง ขึ้นมามากเป็นพิเศษ เขาเห็นว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมด้วยความต้องการ 5 อย่าง ซึ่งเรียงตามลำดับความสำคัญมากน้อยก่อนหลังได้ดังนี้

2.2.1 ความต้องการทางสรีระ หรือร่างกาย ซึ่งเป็นความต้องการขั้นแรกสุด

2.2.2 ความต้องการสวัสดิภาพ หรือความปลอดภัยทั้งปวง จะเกิดขึ้น เมื่อความต้องการทางสรีระได้รับการตอบสนองแล้ว

2.2.3 ความต้องการความรัก เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น พ่อแม่กับลูก สามีกับภรรยา เพื่อนกับเพื่อน เป็นต้น

2.2.4 ความต้องการความนิยมนับถือในตนเอง เป็นขั้นที่คนเราต้องการยอมรับ ความพอใจและความภูมิใจในตนเอง

2.2.5 ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตน เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์สามารถตอบสนองความต้องการในเรื่องปากท้อง ความปลอดภัย ความรักเรื่องศักดิ์ศรีได้อย่างเพียงพอแล้ว จึงมุ่งพัฒนาศักยภาพของตนเองให้เจริญงอกงามมากที่สุด มนุษย์อยากจะทำเพราะอยากรู้อย่างแท้จริงอยากทำเพราะใจรัก เป็นต้น



จากการจัดระเบียบความต้องการของมนุษย์ตามแนวความเชื่อของ มาสโลว์ ซึ่งให้เห็นว่า ความต้องการทางสรีระยังเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดของมนุษย์ และเมื่อความต้องการในขั้นนี้ได้รับการตอบสนองแล้ว ก็จะทำให้เกิดความต้องการในระดับสูงต่อไป อีกเรื่อย ๆ

2.2.6 ความเชื่อในพระพุทธศาสนา เชื่อว่า แรงผลักดันพฤติกรรมของมนุษย์ อันเป็นผลมาจากแรงผลักดันในตัวมนุษย์นั้น คือ ความอยากซึ่งเรียกว่า ตัณหา ซึ่งแบ่งออกได้ เป็น 3 อย่าง คือ

1) กามตัณหา คือ ความอยากในสิ่งที่น่าใคร่ น่าปรารถนา น่าพอใจ ในรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส

2) ภวตัณหา คือ ความอยากจะเป็นในสิ่งต่าง ๆ เช่น เป็นเศรษฐี ของประเทศ

3) วิภวตัณหา คือ ความอยากพ้นจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาต่าง ๆ จากตัณหา

ทั้ง 3 อย่างนี้ จะทำให้มนุษย์เกิดความยึดมั่นในความอยากเหล่านั้น และความอยากก็จะเป็นตัวผลักดันให้มนุษย์กระทำทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่จะสนอง ความอยากเหล่านั้น หรือเพื่อให้ความอยากเหล่านั้นบรรลุลงความมุ่งหวังที่ตั้งเอาไว้

**พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากแรงผลักดันของสิ่งแวดล้อม** (คณาจารย์กลุ่มจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี, 2552)

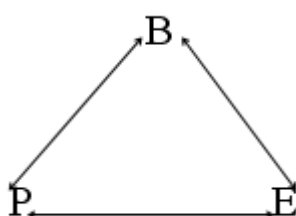
**อริสโตเติล (Aristotle)** เป็นผู้ที่เริ่มประกาศความเชื่อนี้ ต่อมาความคิดเช่นนี้กลับมามีอิทธิพลอีกในยุคของจอห์น ลอคค (John Locke) เบิร์คลีย์ (Berkley) และอีกหลายคนซึ่งเชื่อว่า ประสบการณ์ของมนุษย์เป็นสิ่งที่ทำให้คนเราเกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำพฤติกรรมเมื่อเกิดมานั้น มนุษย์มิได้มีความรู้ติดตัวมาแต่อย่างใด ล้วนแล้วแต่ต้องเรียนรู้ภายหลัง จากเกิดมาแล้วทั้งสิ้น ต่อเมื่อมีประสบการณ์แล้วจึงจะเรียนรู้ และจดจำประสบการณ์นั้นเอาไว้เพื่อเป็นแนวทาง สำหรับการแสดงพฤติกรรมในอนาคต

**สกินเนอร์ (Skinner)** เป็นนักจิตวิทยาพฤติกรรมนิยม เป็นผู้มึบทบาทสำคัญ ในการเป็นผู้นำแนวคิดนี้ซึ่งให้เห็นว่า พฤติกรรมมนุษย์ถูกควบคุมโดยเงื่อนไขแห่งการเสริมแรง และเงื่อนไขแห่งการลงโทษ และด้วยเหตุนี้เองมนุษย์จึงไม่มีเสรีภาพแต่ประการใด สกินเนอร์ ซึ่งให้เห็นว่าผลการกระทำของคนเรามีอยู่ 2 ประการ คือ ผลการกระทำที่ทำให้พอใจ ซึ่งจะทำให้หน้าที่เป็นแรงเสริมให้แก่การกระทำนี้มีต่อไป (เงื่อนไขแห่งการเสริมแรง) และผลการกระทำที่ทำให้ไม่พอใจ ซึ่งจะเป็นตัวการที่ทำให้คนเราหยุดพฤติกรรมหรือการกระทำอันจะนำมาซึ่งผล

การกระทำเช่นนี้ในอนาคต (เงื่อนไขแห่งการลงโทษ) พฤติกรรมที่ยังผลให้เกิดความพอใจ เช่น พฤติกรรมที่ทำแล้วได้รับคำชมเชย ได้ตำแหน่ง ได้เงิน ได้รับการยกย่อง ฯลฯ ก็จะมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคตในขณะที่พฤติกรรมที่ยังผลให้เกิดความไม่พอใจ เช่น ทำแล้ว ถูกตำหนิ เสียตำแหน่ง เสียเงิน ถูกทำร้าย ถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม ฯลฯ ก็จะหยุดไป ดังนั้น พฤติกรรมของเราจึงถูกควบคุมโดยเงื่อนไขของผลการกระทำทั้ง 2 ประการ ดังกล่าว

### พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากทั้งแรงผลักดันภายในตัวของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม

**อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura)** นักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงมากในปัจจุบัน ได้ให้ความสำคัญแก่ ลักษณะภายในตัวมนุษย์และสิ่งแวดล้อมว่า เป็นตัวก่อให้เกิดพฤติกรรม เขาอธิบายว่าพฤติกรรมมนุษย์ องค์ประกอบภายในตัวมนุษย์และสิ่งแวดล้อมต่างก็มีอิทธิพลต่อกันและกัน ในลักษณะที่แต่ละองค์ประกอบต้องสัมพันธ์กันอย่างถ้อยที่ถ้อยอาศัยกัน หมายความว่า ในบางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจจะมีส่วนในการทำให้เกิดพฤติกรรมได้มากกว่า องค์ประกอบภายในตัวบุคคล ส่วนในเวลาอื่น องค์ประกอบภายในตัวบุคคลก็อาจจะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์มากกว่าสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์เช่นนี้อยู่ในลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน เป็นกระบวนการที่ทั้งสองฝ่ายต่างก็มีอิทธิพลต่อกันและกัน และทั้งคู่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรมมนุษย์ ก็มีอิทธิพลต่อทั้งสองสิ่งด้วยเหมือนกัน ซึ่งแบนดูราได้แสดงเป็นแผนภูมิดังนี้



ภาพ 3 แผนภูมิของแบนดูรา

### พฤติกรรมมนุษย์ตามแนวจิตวิทยา

นักจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ส่วนใหญ่จะประพฤติปฏิบัติตามแบบแผนของกฎระเบียบหรือวิธีการ ที่มีอยู่ในสังคม รวมทั้งวัฒนธรรมที่มีอยู่ในสังคมนั้น ๆ ซึ่งมนุษย์ย่อมเข้าใจในสถานภาพ และบทบาทตามที่กลุ่มสังคมคาดหวังดังนั้นพฤติกรรมมนุษย์ อาจเกิดขึ้นได้ในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1. การติดต่อสื่อสาร
2. การขัดแย้ง
3. การแข่งขัน
4. การประนีประนอมผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกัน
5. การผสมผสานกลมกลืนเข้าหากัน
6. การร่วมมือสนับสนุนซึ่งกันและกัน

### พฤติกรรมมนุษย์ตามแนวนักสังคมวิทยา

นักสังคมวิทยา เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมหรือสภาวะภายนอกที่อยู่รอบตัวของมนุษย์ ทั้งสิ่งที่มีรูปร่างและไม่มีรูปร่างตลอดจนพลังงานต่าง ๆ ที่จับต้อง รวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่ อากาศ แสงแดด ความร้อน ความเย็น แร่ธาตุ กระแสไฟฟ้า เครื่องมือสื่อสาร เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลเหนือมนุษย์ทั้งในแง่ที่อำนวยความสะดวกให้เกิดผลดี และผลร้าย โดยที่มนุษย์ไม่มีทางเลือกหนี เราอาจจะแบ่งประเภทของสิ่งแวดล้อม ออกเป็น 3 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ
2. สิ่งแวดล้อมทางสังคม
3. สิ่งแวดล้อมทางครอบครัว

อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมที่จะหาทางต่อสู้ และเอาชนะทำให้เกิดวัฒนธรรม รูปแบบต่าง ๆ ขึ้น เช่น การคิดประดิษฐ์สิ่งต่าง ๆ การเพาะปลูก การสร้างถนน การสร้างเครื่องมือสื่อสาร เป็นต้น

### พฤติกรรมมนุษย์ทางวิทยาศาสตร์

การใช้หลักวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์พฤติกรรมมนุษย์ จำแนกได้ดังนี้

1. ความสมบูรณ์ หรือความปกติของสมอง จะมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมมนุษย์ ในด้านความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนถึงด้านจิตใจ หากสมองผิดปกติย่อมมีผลให้ พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปด้วยการผิดปกติของสมอง อาจเนื่องมาจากโรคหลายอย่าง เช่น ไข้มาเลเรียขึ้นสมอง สมองได้รับความกระทบกระเทือน หรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น

2. ความพิการทางร่างกาย หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง
3. โรคจิตและโรคประสาท

### ลักษณะความแตกต่างของพฤติกรรมมนุษย์

ความแตกต่างดังกล่าวอาจแบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. ความแตกต่างทางอารมณ์ (Emotion)



2. ความแตกต่างทางความถนัด (Aptitude)
3. ความแตกต่างของความประพฤติ (Behaviour)
4. ความแตกต่างของความสามารถ (Ability)
5. ความแตกต่างของทัศนคติ (Attitude)
6. ความแตกต่างของความต้องการ (Needs)
7. ความแตกต่างของรสนิยม (Tests)
8. ความแตกต่างทางสังคม (Socail)
9. ความแตกต่างของลักษณะนิสัย (Habit)

ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้บุคคลมีลักษณะเฉพาะของตนเองซึ่งเรียกว่าเป็นความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences) นักจิตวิทยายอมรับว่า ทุกคนย่อมมีความแตกต่างกันแม้แต่ฝาแฝดก็ไม่เหมือนกัน สิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลแตกต่างกันคือ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม

#### **การพัฒนาพฤติกรรมของมนุษย์**

การพัฒนาพฤติกรรมมนุษย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญด้านต่าง ๆ 6 ประการ คือ

1. การเรียนรู้ (Learning)
2. ค่านิยม (Value)
3. บรรทัดฐานของสังคม (Norms)
4. ทัศนคติ (Attitude)
5. ความเชื่อ (Belief)
6. การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction)

#### **การศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์**

พฤติกรรม (Behaviour) ในความหมายทางจิตวิทยาสังคม หมายถึงทั้งพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ หรือแม้แต่ตัวมนุษย์เอง ก็เป็นตัวกระตุ้นทางสังคมได้ทั้งสิ้น

การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ นักจิตวิทยาสังคม มองสังคมมนุษย์ทั่วไป ประกอบขึ้นด้วยตัวบุคคล จึงใช้ตัวบุคคลเป็นหน่วยวิเคราะห์หลักในการศึกษาถึง ลักษณะพฤติกรรมของบุคคลในรูปของกลุ่ม ฉะนั้นจึงสรุปได้ว่า หัวใจสำคัญของการศึกษาทางจิตวิทยาสังคมมี 2 ประการ คือ

1. ตัวบุคคลและภาวะจิตของเขานำเข้ามาในสถานการณ์ที่จะเกิดมีพฤติกรรมขึ้น
2. "กระบวนการอิทธิพลทางสังคม" ซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมที่จะมีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมสังคมของบุคคล พฤติกรรมของบุคคลแสดงออกมามากมายหลายลักษณะ

ในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลจะต้องนำพฤติกรรมมาจัดหมวดหมู่ เพื่อให้เป็นการง่ายต่อการแยกแยะ และสะดวกต่อการศึกษามหาหมู่ของพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมการเรียนรู้ พฤติกรรมแรงจูงใจ ฯลฯ ในการศึกษา พฤติกรรมกลุ่มคน ก็จำเป็นต้องจัดหมวดหมู่ของพฤติกรรมกลุ่มคนเช่นเดียวกันพฤติกรรมของบุคคลอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม อิทธิพลของสังคมอาจจัดอยู่ในรูปต่อไปนี้

2.1 Sanction หรือการบังคับเพื่อให้คนทำหน้าที่ หรือแสดงพฤติกรรม ตามที่สังคมกำหนด มีทั้งการลงโทษและการให้รางวัล

2.2 Norms หรือบรรทัดฐาน เช่น ขนบธรรมเนียม จารีตประเพณี และกฎหมาย

2.3 Value Orientation แนวอบรมทางคุณค่า ซึ่งจะกำหนดมาจากรูปร่างของการแสดงออกได้แก่สาระข้อเท็จจริง ความพอใจต่าง ๆ พฤติกรรมของบุคคลเป็นระบบการกระทำของมนุษย์ (Action System) ถ้าจะวิเคราะห์ Action System อาจจำแนกตัวแปรออกเป็น 5 ระดับ คือ

2.3.1 วัฒนธรรม

2.3.2 สังคม

2.3.3 บุคลิกภาพ

2.3.4 ชีวภาพ

2.3.5 กายภาพ

**แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)**

**ความหมายของการรับรู้ (Perception)**

**การรับรู้ (Perception)** คือ กระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกมาถึงความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดัน จากความรู้และประสบการณ์เดิม

**การรับรู้ด้านสุขภาพ** เป็นการให้ความหมายและมีการตกลงให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองเป็นความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงทั้งที่อยู่ในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย โดยเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวถึงการรับรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพของตนเองแล้วเกิดการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมที่บุคคลได้ปฏิบัติ

ขึ้นนั้นเกิดขึ้นจากกระบวนการทางสติปัญญาซึ่งเกิดจากการแปลความหมายของสมองจากการรับรู้สิ่งแวดลอมภายในและสิ่งแวดลอมภายนอก โดยใช้กระบวนการคิดในการพิจารณาการตัดสินใจและการตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ การรับรู้จึงเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจและเป็นแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม

**กระบวนการรับรู้** การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้ (จุฑามาศ สิทธิขวา, 2542)

**ขั้นตอนที่ 1 การเลือก (Selection)** การเลือกจะเกี่ยวข้องทั้งการเลือกโดยจงใจและไม่จงใจกล่าวคือ การตัดสินใจบางครั้งจะกระทำการเลือกกว่าเราจะรับสิ่งกระตุ้นใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น ปัจจัยทางด้านกายภาพ (Characteristic) ปัจจัยทางด้านที่ตั้ง (Physical Location) ความสนใจ (Interest) ประสบการณ์ที่ผ่านมา (Past Experience)

**ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวม** ในด้านการรับรู้สิ่งต่าง ๆ เรามักมีแนวโน้มที่จะรวบรวมตัวกระตุ้นต่าง ๆ เข้าเป็นรูปแบบต่าง ๆ หลักในการรวบรวมตัวกระตุ้นมีหลายประการ เช่น รวบรวมโดยพิจารณาจากการอยู่ใกล้เคียง (Proximity) รวบรวม โดยพิจารณาจากความคล้ายคลึงกัน (Resemblance) รวบรวมโดยพิจารณาจากการกระทำไปทางเดียวกัน (Common Fate) รวบรวมโดยพิจารณาถึงการต่อเติมส่วนที่ขาดไป

**ขั้นตอนที่ 3 การตีความ (Interpretation)** เป็นการแปลความหมาย ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับในการแปลความหมายนี้อาจทำได้หลายลักษณะ เช่น แปลความหมายตามสถานการณ์ (Context) แปลความหมายโดยพิจารณาถึงเจตนาของบุคคล (Intent) แปลความหมายโดยยึดเอาบุคลิกลักษณะของตนเองเป็นหลัก (Projection)

### **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้**

อ้างถึงการศึกษากันยา สุวรรณแสง (2544) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการรับรู้ไว้ว่าสิ่งเร้าอย่างเดียวกันอาจจะทำให้คนสองคนสามารถรับรู้ต่างกันได้ การที่มนุษย์สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างและจะรับรู้ได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เช่น ประสบการณ์ วัฒนธรรม การศึกษา ดังนั้นการที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าใจอย่างใดอย่างหนึ่งในขณะใดขณะหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มี 2 ประเภท คือ

**1. อิทธิพลที่มาจากภายนอก** ได้แก่ ความเข้มและขนาดของสิ่งเร้า (Intensively and Size) การกระทำซ้ำ ๆ (Repetition) สิ่งตรงข้าม (Contrast) การเคลื่อนไหว (Movement)

**2. อิทธิพลที่มาจากภายใน** ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) การคาดหวัง (Expectancy) ความสนใจ อารมณ์ ความคิดและจินตนาการ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับ

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ**

### 1. ลักษณะของผู้รับรู้

พิจารณาจากการที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อนหรือหลังมากหรือน้อยอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับรู้ด้วยเป็นสำคัญประการหนึ่ง ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับรู้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพกับด้านจิตวิทยา

1.1 ด้านกายภาพ หมายถึง อวัยวะสัมผัส เช่น หู ตา จมูกและอวัยวะสัมผัสอื่น ๆ แกติหรือไม่มีความรู้สึกสัมผัสสมบูรณ์เพียงใด ความสมบูรณ์ของอวัยวะสัมผัสจะทำให้รับรู้ได้ดี การรับรู้บางอย่างเกิดจากอวัยวะสัมผัส 2 ชนิดทำงานร่วมกัน เช่น ลิ้นและจมูก ช่วยกันรับรู้รส การรับรู้จะมีคุณภาพดีขึ้นเราได้รับสัมผัสหลายทาง เช่น เห็นภาพและได้ยินเสียงในเวลาเดียวกันทำให้เราแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้อง

1.2 ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มียุทธิพลต่อการรับรู้มีหลายประการ เช่น ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกต พิจารณาความสนใจ ความตั้งใจ ทักษะ ค่านิยม วัฒนธรรม ประสบการณ์เดิม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการเรียนรู้เดิมและประสบการณ์เดิม

### 2. ลักษณะของสิ่งเร้า

พิจารณาจากการที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อนหรือหลัง มากหรือน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยเพียงใดหรือไม่ ลักษณะของสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ มีดังนี้

2.1 สิ่งเร้าภายนอกที่ดึงดูดความสนใจและความตั้งใจ ได้แก่ คุณสมบัติและลักษณะของสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดการรับรู้ขึ้นเอง ซึ่งถ้าสิ่งเร้ามีคุณสมบัติและลักษณะที่สนองธรรมชาติในการรับรู้ของคนเราก็คจะทำให้มีความตั้งใจในการรับรู้ดีขึ้น

2.2 การจัดลักษณะของหมวดหมู่ของวัตถุที่เป็นสิ่งเร้า

สุปราณี สนธิรัตน์ (2545) ได้กล่าวถึงกระบวนการการรับรู้ว่า เครื่องมือของกระบวนการการรับรู้ประกอบด้วยอวัยวะสำคัญ คือ Sensory Organs ซึ่งทำหน้าที่เก็บข่าวการกระตุ้นต่าง ๆ และ Sensory Centers ซึ่งทำหน้าที่รวบรวมและแปลข่าวของการกระตุ้น ดังนี้

1. Sensory Organs หรืออวัยวะสัมผัสต่าง ๆ เช่น

1.1 Sensory Organs ของตาทำหน้าที่รับแสง (Visual Sensation)

1.2 Sensory Organs ของหูทำหน้าที่รับรู้เสียง (Hearing Sensation)

1.3 Sensory Organs ของลิ้นทำหน้าที่รับรู้รสชาติ (Tastes Sensation)

1.4 Sensory Organs ของจมูกทำหน้าที่รับรู้กลิ่น (Smell Sensation)

1.5 Sensory Organs ของผิวหนังและอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายจะรับรู้ ความเจ็บปวด ร้อน เย็น ตึงแน่น ฯลฯ

2. Sensory Centers ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์บางกลุ่มในสมองซึ่งเป็นศูนย์การรับรู้ และทำหน้าที่แปลข่าวสารข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งศูนย์เหล่านี้มีความสลับซับซ้อนมากแต่มีวงจร ที่แน่นอนสำหรับการรับรู้และแปลเฉพาะ การทำหน้าที่รับรู้และแปรสิ่งกระตุ้นของ Sensory Centers ทำให้สามารถรับรู้

2.1 มองเห็นในที่มืด ลักษณะ สี ขนาดของวัตถุและแยกการรับรู้ได้ว่ามีความสวยหรือไม่สวย ไกลหรือใกล้หรือมีความเหมือนหรือแตกต่างกัน

2.2 รับรู้เสียงหนักเบา สามารถแยกแยะเสียง เข้าใจความหมายของคำพูดหรือ ภาษาต่าง ๆ ที่สื่อสารออกมาได้

2.3 รับรู้รสชาติ เปรี้ยว หวาน ขม เค็ม สามารถแยกแยะได้ว่ารสชาติอร่อยหรือไม่อร่อย

2.4 รับรู้กลิ่นต่าง ๆ รู้จักกลิ่นเฉพาะ สามารถแยกแยะได้ว่ามีกลิ่นหอมหรือ กลิ่นเหม็น

2.5 รับรู้ความร้อนเย็น รับรู้ความเจ็บปวดหรือรับรู้การเจ็บไข้ไม่สบาย

### องค์ประกอบของการรับรู้

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลมีดังต่อไปนี้ (ลักษณะ สรีรวัฒน์, 2549, หน้า 50)

1. **ความตั้งใจ (Attention)** คือ การเอาใจใส่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การรับรู้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของคนแยกได้ดังนี้

1.1 สิ่งเร้าภายนอก คุณสมบัติของสิ่งเร้าภายนอกที่ดึงดูดความตั้งใจหรือ ความสนใจ คือ สิ่งของที่มีขนาดใหญ่ ระดับความเข้มหรือความหนักเบาของสิ่งเร้า การกระทำซ้ำ ๆ การเคลื่อนที่หรือมีการเปลี่ยนระดับ การเคลื่อนย้ายไปมา

1.2 สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจ ความต้องการหรือความหวัง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1.2.1 ความสนใจชั่วขณะ (Momentary Interest) ได้แก่ ความสนใจที่มีอยู่ ขณะนั้น ๆ

1.2.2 ความสนใจที่ติดเป็นนิสัย (Habitual Interest) ได้แก่ ความสนใจเดิมที่บุคคลติดเป็นนิสัย คนที่มีความพร้อมที่จะเลือกสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามความสนใจเดิมของตน

**2. การเตรียมความพร้อมที่จะรับ (Preparatory Set)** หมายถึง สภาพของจิตใจที่สงบ และแน่วแน่ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว การรับรู้พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้

**3. ความต้องการ** หมายถึง สภาวะจิตใจที่อยากได้สิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อเป็นความอยากได้ การรับรู้ที่เกิดขึ้นก็จะมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบข้างต้นทำให้เกิดกระบวนการรับรู้เป็นลำดับขั้นตอน

**ขั้นที่ 1** สิ่งเร้า (Stimulus) มากระทบอวัยวะรับสัมผัส เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าจะมีการจัดระบบเพื่อแยกแยะสิ่งเร้าที่เกิดออกมาเป็นส่วนที่สนใจหรือมุ่งความสนใจไปยังสิ่งนั้นเป็นพิเศษ และจัดสิ่งเร้าให้รับรู้และเข้าใจมากขึ้น

**ขั้นที่ 2** กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีศูนย์อยู่ที่สมองเพื่อสั่งการ ตรงนี้เองเกิดการรับรู้ ซึ่งเป็นตัวกำหนดข่าวสารว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ โดยเป็นกระบวนการเลือกที่จะรับรู้ ทำให้เกิดการรับรู้เด่นชัดเฉพาะสิ่งที่สนใจเท่านั้น

**ขั้นที่ 3** สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจโดยอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ บุคลิกภาพ เซาว์นปัญญา ทำให้เกิดการตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่ง

### **การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Perception)**

#### **ความหมายการรับรู้ภาวะสุขภาพ**

ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่ร่างกาย จิตใจ มีความสมบูรณ์ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วย สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งบุคคลทุกคนย่อมมุ่งหวังให้ตนเองมีความสุขทั้งกายและใจ ไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ใจ สุขภาพจึงเป็นสมบัติประจำตัวจะต้องรับผิดชอบดูแลรักษาให้มีความสมดุลปราศจากโรคภัย ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของบุคคล ต่อภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้นจะเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ โดยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค เมื่อมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะที่เจ็บป่วยนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2551)



### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

จากคำกล่าวของโรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 อ้างอิงใน ธนิตา สุกีน, 2556) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายถึงการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนว่าบุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรค ซึ่งแนวคิดของ โรเซนสต็อค ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน ดังนี้

#### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเอง เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองจะเป็นโรค และเป็นการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นโรคอื่น ๆ ได้ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แน่นอนแล้ว ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อสุขภาพว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงนั้น จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพและมีพฤติกรรมป้องกันโรคมมากขึ้น

#### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความรู้สึกถึงอันตราย

และผลเสียต่อชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกิดทุพพลภาพหรือเกิดการเจ็บป่วย เป็นต้น ความรู้สึกเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงนี้จะขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อโรคนั้น ๆ การที่บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดี่ยวนั้นไม่พอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค แต่ละบุคคลจะต้องมีการรับรู้ด้วยว่าโรคที่คุกคามต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย และ จิตใจหรือกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน และ สังคม

#### 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน (Perceived Benefits) เป็นความคิด

ของบุคคลที่มีอิทธิพลมาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรม ในการลดภาวะคุกคามจากโรคหรือป้องกันโรคของตนเอง และต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ที่ตนเองสามารถทำได้ และเกิดผลดีในการป้องกันโรคนั้น ๆ เป็นการรับรู้ที่มีต่อการปฏิบัติที่ดีว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อบุคคล ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

**4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)** เป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับผลด้านลบในการปฏิบัตินั้น ๆ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจ ได้แก่ การเสียค่าใช้จ่ายการเสียเวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความไม่สุขสบาย ความเครียด และความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะนำมาประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ และอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ถ้าพบอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ หรืออาจทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม

#### **บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือการระบาดของโรค
2. ให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค โดยให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายถุงยางอนามัย การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ
4. ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้าน โดยการหมุนเวียนกันไปมีกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสาร จัดกิจกรรมตามปัญหา ถ่ายทอดความรู้ และให้บริการอื่น ๆ
5. เผื่อระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กิจกรรมเผื่อระวังทางโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็ก การติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์



ตามกำหนด ให้บริการซักรีดผ้าห่มเตียงมีคราบเป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพตามกำหนด กิจกรรมเฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดาंनाเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และกิจกรรมเฝ้าระวังเรื่องโรคระบาดและโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคหรือพาหะนำโรค

6. บริหารจัดการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและจากแหล่งอื่น ๆ

7. ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

8. คู่มือลทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายสุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้านบนพื้นฐานข้อมูลของชุมชน สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป

โดยแบ่งเป็นบทบาทภารกิจหลักในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน 14 ประการ ได้แก่

1. การให้ความรู้ด้านสาธารณสุข สุขศึกษาแก่ประชาชน
2. การโภชนาการ ภาวะสุขภาพของประชาชน
3. การอนามัยแม่และเด็ก (รวมทั้งวางแผนครอบครัว)
4. การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด
5. การควบคุมโรคประจำถิ่น
6. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
7. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
8. การจัดทำฉายาที่จำเป็นสำหรับชุมชน
9. ทันทสาธารณสุข ตรวจฟันเด็ก ตรวจฟันผู้สูงอายุ
10. การค้นหาผู้ป่วยสุขภาพจิต
11. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน
12. การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ
13. การป้องกันแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ
14. การคุ้มครองผู้บริโภค

งานด้านการป้องกันและควบคุมโรคระบาดและโรคประจำถิ่น สามารถจำแนกบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข เฉพาะงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกได้ ดังนี้

งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีหน้าที่ ดังนี้

### 1. การดำเนินงานก่อนเกิดโรคไข้เลือดออก

- 1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมประชุมจัดทำแผน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 1.2 อาสาสมัครสาธารณสุข ขยายเพาะพันธุ์ปลากินลูกน้ำ ดำเนินการแจกจ่ายแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ
- 1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ และใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกบ้าน ทุกโรงเรียน พร้อมกับดำเนินการให้สุศึกษาประชาชนในเขตรับผิดชอบ
- 1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขลงข้อมูลในแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกหลังคาเรือน และจัดทำรายงานส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเดือน
- 1.5 อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมอบรมรับความรู้ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.6 อาสาสมัครสาธารณสุขเสนอข้อคิดเห็นและเสนอปัญหาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 1.7 อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมรณรงค์ ฟันหมอกควัน ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทั้งในวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ในหมู่บ้าน และชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

### 2. การดำเนินงานเมื่อเกิดโรคไข้เลือดออก

- 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนในพื้นที่ ฟันหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายบริเวณบ้านผู้ป่วย และบริเวณบ้านใกล้เคียงรัศมี 100 เมตร และที่โรงเรียนที่ผู้ป่วยศึกษาอยู่โดยดำเนินการ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 7 วัน
- 2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมจัดทำแผน หาแนวทางแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขให้สุศึกษาครอบครัวผู้ป่วยและเพื่อนบ้านใกล้เคียงในหมู่บ้านและชุมชน

### 3. การดำเนินงานหลังการเกิดโรคไข้เลือดออก

3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกบริเวณบ้านผู้ป่วย และเพื่อนบ้านใกล้เคียง คนในหมู่บ้านและชุมชน เป็นระยะเวลา 28 วัน (ระยะการระบาดของโรคไข้เลือดออก) โดยการดำเนินการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องข้อมูลและข่าวสาร

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขรายงานผลการดำเนินงานให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่สนใจ

ประภาศรี ศีตง (2557) ศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำและสูง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกต่ำมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลในการป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน มากกว่าในตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิมล เลหาภิชชาติชัย (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า (1) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิวัฒน์ วิริยกิจจา (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกสำหรับพื้นที่ระบาด จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่าก่อนการดำเนินการพื้นที่ปฏิบัติการและพื้นที่ควบคุมต่างก็เป็นพื้นที่ที่มีไข้เลือดออกระบาดหนักเท่ากับ 604.73 ต่อประชากรแสนคน และมีพฤติกรรมในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกใกล้เคียงกัน ในพื้นที่ปฏิบัติการค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ พฤติกรรมในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง พฤติกรรมการป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนจากไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมของชุมชนหลังการดำเนินการสูงกว่าก่อนการดำเนินการ และดัชนีลูกน้ำยุงลาย จำนวนยุงที่จับได้ในพื้นที่ปฏิบัติการลดลง ดัชนีลูกน้ำยุงลาย จำนวนยุงที่จับได้ในพื้นที่ควบคุม ก่อนและหลังดำเนินการ ไม่มีความแตกต่างกัน

กฤตย์วิวัฒน์ ฉัตรทอง (2554) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติงาน 9 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการก่อนการวิจัย โดยการเตรียมผู้ช่วยวิจัย การคัดเลือกชุมชนและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและการศึกษาบริบทของชุมชน 2) การศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องไข้เลือดออกของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การวิเคราะห์สวอท และร่วมสร้างแผนงานโครงการด้วยเทคนิคเอไอซี 4) การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนด้านมนุษยสัมพันธ์และการสร้างเจตคติในการทำงาน 5) การจัดกิจกรรมโครงการสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและโครงการรณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก 6) การประเมินผลโครงการ 7) การปรับปรุงแผนและกำหนดกิจกรรมการประกวดบ้าน 8) การจัดกิจกรรมการประกวดบ้าน และ 9) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและผลจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและการประสานการทำงานของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในการร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้เกิดพลังในชุมชนที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้

ภิเชต เสริมสัย (2554) ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาดของตำบลทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า หมู่บ้านที่มีและไม่มี การระบาดของ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาประถมศึกษา อาชีพทำสวนและ

เกษตรกรรมมากที่สุด อายุเฉลี่ยของประชาชนหมู่บ้านที่มีการระบาดเท่ากับ 38.1 ปี และหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดเท่ากับ 35.9 ปี รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน หมู่บ้านที่มีการระบาดเท่ากับ 12,161 บาท และหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดเท่ากับ 18,064 บาท ประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาด มีความรู้เฉลี่ยใกล้เคียงกันเท่ากับ 12.1 และ 12.3 คะแนนตามลำดับและประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาดมีความรู้ไม่แตกต่างกัน ประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาดมีแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 46.9 และ 52.5 คะแนนตามลำดับ และประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาดมีแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาด ประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาดมีพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกเฉลี่ยใกล้เคียงกันเท่ากับ 36.3 และ 38.3 คะแนน ตามลำดับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชนระหว่างหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาดไม่แตกต่างกัน

กฤษ ตะภา (2553) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากองค์การ พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.39 (S.D. = 0.28) การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D. = 0.30) การสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกกับการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.660$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์ผลการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ได้แก่ ปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศชาย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้าน สามารถร่วมพยากรณ์ผลการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 51.2 ปัญหาและอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.2 เรื่องการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ

กิตติ ยิ้มสงวน (2553) ศึกษา การรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้รวมของกลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ้านคา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.8 ในสถานการณ์ปกติทั่วไป

และสถานการณ์เมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า อสม.ดำเนินการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย/ใส่ปลา เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ร้อยละ 98.7 และร้อยละ 96.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 99.3 ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออก ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือได้รับจากทางอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 88.2) และรับรู้ว่า อสม.ได้เข้ามาดำเนินการที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ครึ่งล่าสุด 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 96.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่า อสม.ที่รับผิดชอบดูแลครัวเรือนของตนคือใคร

ทะนงศักดิ์ พลอาษา (2553) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกกับตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า: 1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกกับตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกและตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกของจังหวัดอำนาจเจริญ มีพฤติกรรมควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี 3) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลปลอดโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เจตคติต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกและการมีเวลาในการปฏิบัติตนควบคุมโรคไข้เลือดออกสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 12.1 ส่วนในตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนาย ได้แก่ เจตคติต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก ประสบการณ์ร่วมรณรงค์เพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออก และเพศสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ร้อยละ 6.4

พารินทร์ แก้วสวัสดิ์ (2552) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำครอบครัวในชุมชนบัวแก้วพัฒนา ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำครอบครัวอยู่ในระดับสูง ผู้นำครอบครัวในชุมชนบัวแก้วพัฒนาที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน



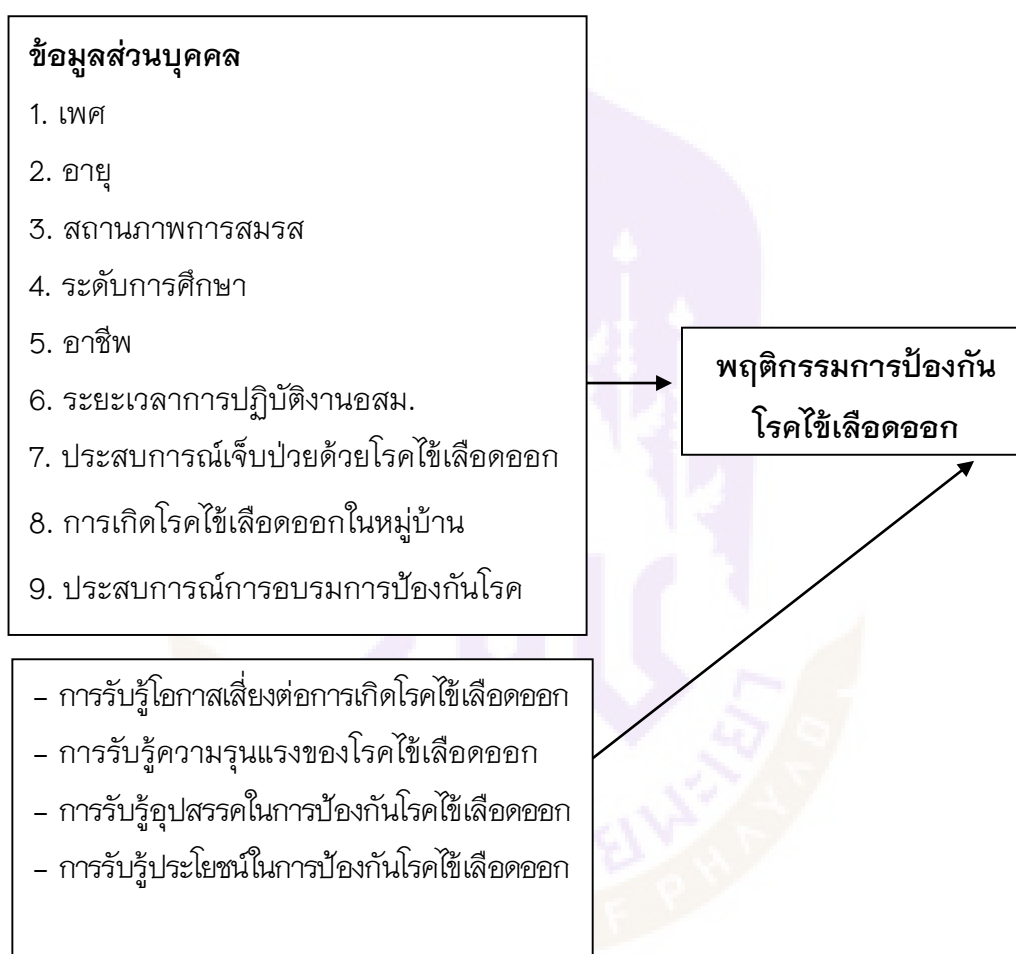
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำครอบครัวในชุมชนบัวแก้วพัฒนา ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

ภาคย์ คะมาลี (2552) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเทศบาลเมือง เมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสน้อยที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 31.9 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกับการป่วยด้วยไข้หวัด ร้อยละ 37.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ถึงปิดฝาภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ก็ไม่ช่วยลดการเกิดยุงลายในชุมชน ร้อยละ 57.3 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ทราयीที่บีฟอส หาซื้อได้ยาก ร้อยละ 43.2 การรับรู้ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ประชาชนสามารถไปขอปลาหางนกยูงเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 59.1 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ การใช้ยาทากันยุงเมื่ออยู่ในแหล่งที่มียุงชุกชุม ร้อยละ 68.3 สำหรับการเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูงและมีอุบัติการณ์ของโรคต่ำ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

อรนุช พิศาลสุทธิกุล (2552) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกขอประชาชน กรณีศึกษา หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค และพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ผู้ปกครองของผู้ป่วยไข้เลือดออก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข และชาวบ้านในชุมชนทั้งสองแห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม และการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้าตามระเบียบวิธีวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแปลความหมายของข้อมูล จัดหมวดหมู่และสรุปเนื้อหาแต่ละประเด็น ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนทั้งสองพื้นที่ที่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดไม่คอยให้ความสำคัญในการกำจัดยุงลาย และยังพบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด โดยมองว่าการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยราชการ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้นำชุมชน นายกองค์การ-

บริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน เพราะเป็นผู้ที่ประชาชนให้ความเคารพ เกรงใจ และมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

### กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพ 4 กรอบแนวคิดในการศึกษา



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการศึกษาวิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 1,407 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ใช้การสุ่มตัวอย่างคือ วิธีการสุ่มเชิงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 ตำบล รวมเป็น 320 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

ในการกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ดังนี้

$$n = \frac{N}{(1+Ne^2)}$$

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน ร้อยละ 5

$$n = \frac{1,407}{(1+1,407(0.05)^2)}$$

$$= 311$$

การสุ่มตัวอย่าง คือ วิธีการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 8 ตำบล โดยการใช้แบบสอบถาม รวมเป็น 320 คน

**ตาราง 1 แสดงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 8 ตำบล โดยการใช้แบบสอบถาม รวมเป็น 320 คน**

ตำบล	ประชากร	จำนวนตัวอย่าง
1	180	41
2	188	44
3	147	33
4	336	76
5	171	39
6	147	33
7	101	23
8	137	31
รวม	1,407	320

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย แล้วออกแบบเครื่องมือ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ลักษณะทางประชากรและข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ประสบการณ์การอบรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นคำถามลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมข้อความ

**ส่วนที่ 2** การรับรู้ของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบวัดที่อ้างอิงมาจาก (ภาคย์ คะมาลี, 2552) โดยลักษณะของคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ครอบคลุมเนื้อหาการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ตัวเลขแทนระดับความคิดเห็นเป็นคำตอบชุดเดียวกัน ข้อความจะมีทั้งข้อความที่เป็นด้านบวกและด้านลบคละกัน โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบว่ามีความคิดเห็นมากน้อยเพียงใด สามารถเลือกคำตอบได้เพียงข้อละหนึ่งคำตอบเท่านั้น โดยการเลือกตอบจะเป็นแบบแบบมาตรวัดลิเกิร์ต (Likert scale) กำหนดให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่งตรงกับความคิดเห็นทุกประการ

เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น ความรู้สึกเห็นด้วยกับไม่เห็นด้วยมีน้ำหนักเท่ากัน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่มิตรงกับความคิดเห็นเป็นบางส่วน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่งไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

**ถ้าเป็นข้อความด้านบวกให้คะแนน ดังนี้**

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

**ถ้าเป็นข้อความด้านลบให้คะแนน ดังนี้**

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

**ส่วนที่ 3** การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก คำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการไม่ให้ตนเองหรือผู้อื่นป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ทำนกระทำสม่ำเสมอทุกวันหรือกระทำทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำนกระทำเป็นส่วนใหญ่หรือกระทำบ่อยครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำนกระทำเป็นส่วนน้อยหรือกระทำนาน ๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำเลย

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน

แล้วนำเครื่องมือไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบความตรงหรือความถูกต้องและทดสอบความเชื่อถือได้

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### ความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหา โดยหากข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (The Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) น้อยกว่า 0.05 จะทำการตัดข้อคำถามนั้นออก หลังจากนั้น นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

##### ความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของข้อมูล แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค (Cronbachs' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.755 และ 0.844

##### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ แบบเร่งรัด (Expedited) เลขที่โครงการวิจัย 2/061/58 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา วันที่รับรอง 11 มกราคม 2559

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อเป็นแบบสอบถามข้อมูลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
3. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือ และหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง และผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือ และหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง และแนะนำตัวต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 8 ตำบลเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการศึกษา ประสานงาน และแจ้งวันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการทำการการศึกษา
4. ส่งหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเข้าไปสอบถาม
5. ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่จัดเก็บได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง
6. ทำการลงรหัสและจัดระบบข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์หาค่าทางสถิติเพื่อทำการทดสอบสมมติฐาน และรายงานผลการวิจัยต่อไป
7. สรุปและประเมินผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาลงรหัสบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ แล้ววิเคราะห์ค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าสถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

#### สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean)

### สถิติเชิงอนุมาน (Analytical Statistics)

ใช้การทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U Test) การทดสอบครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis Test) และสถิติสหสัมพันธ์ของของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Schedule) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 320 คน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitnet U Test) การทดสอบครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis Test) และสถิติสหสัมพันธ์ของของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) ได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานอสม. ประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก การเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน และประสบการณ์การอบรมการป้องกันโรค (n = 320)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
1. ชาย	95	29.7
2. หญิง	225	70.3
รวม	320	100.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
1. อายุ 21-30 ปี	13	4.1
2. อายุ 31-45 ปี	139	43.4
3. อายุ 46-60 ปี	145	45.3
4. อายุ 60 ปีขึ้นไป	23	7.2
รวม	320	100.0
Min = 24, Max = 77, $\bar{x}$ = 46, S.D. = 9.056		
<b>สถานภาพการสมรส</b>		
1. โสด	72	22.5
2. คู่	222	69.4
3. หม้าย	18	5.6
4. หย่า/แยกทางกัน	8	2.5
รวม	320	100.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
1. ไม่ได้เรียน	2	0.6
2. ประถมศึกษา (ป.1-6)	156	48.8
3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-3)	67	20.9

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 4-6/ม.ศ. 4-5/ปวช.)	80	25.0
5. อนุปริญญา/ปวส.	8	2.5
6. ปริญญาตรี	7	2.2
รวม	320	100
<b>อาชีพหลัก</b>		
1. เกษตรกร	219	68.4
2. ค้าขาย	28	8.8
3. รับจ้าง/ลูกจ้าง	28	8.8
4. แม่บ้าน	31	9.7
5. ธุรกิจส่วนตัว	6	1.9
6. ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	5	1.6
รวม	320	100
<b>ระยะเวลาการปฏิบัติงานอสม.(ปี)</b>		
1. 1-13 ปี	215	67.2
2. 14-26 ปี	79	24.7
3. 27-39 ปี	26	8.1
รวม	320	100
Min = 1, Max = 38, $\bar{x}$ = 11.57, S.D. = 8.647		
<b>3. ประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคใช้เลือดออก</b>		
1. เคย		
- ตัวท่าน	11	3.4
- คนในครอบครัว	22	6.9
2. ไม่เคย	285	9.1
3. จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ	2	0.6
รวม	320	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน</b>		
<b>ในปี 2557</b>		
1. มี	118	36.9
2. ไม่มี	202	63.1
รวม	320	100
<b>ประสบการณ์การอบรมการป้องกันโรค</b>		
<b>ไข้เลือดออก</b>		
1. มี	285	89.1
2. ไม่มี	35	10.9
รวม	320	100

จากตาราง 2 แสดงผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ พบว่า มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.3 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 29.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 46-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมาอายุระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4 อายุมากที่สุด 77 ปีอายุน้อยที่สุด 24 ปี มีอายุเฉลี่ย 46 ปี สถานภาพการสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ป.1-6) คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-6/ม.ศ.4-5/ปวช.) คิดเป็นร้อยละ 25.0 โดยมีอาชีพหลักคือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมาคือ อาชีพ รับจ้าง/ลูกจ้างและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 9.7 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอส. อยู่ในช่วง 1-13 ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วง 14-26 ปี สำหรับประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 89.1 รองลงมาคือ คนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 6.9 การเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 63.1 และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสบการณ์การอบรมป้องกันโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 89.1

## ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (n = 320)

การรับรู้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เด็กเท่านั้นที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก*	24 (7.5)	18 (5.6)	18 (5.6)	123 (38.4)	137 (42.8)
2. เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน คนในครอบครัว ท่านมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้	8 (2.5)	14 (4.4)	20 (6.3)	160 (50.0)	1118 (36.9)
3. ถ้าท่านถูกยุงกัดในเวลาากลางคืน ท่านอาจป่วยด้วย โรคไข้เลือดออกได้*	23 (7.2)	70 (21.9)	106 (33.1)	97 (30.3)	24 (7.5)
4. บริเวณบ้านที่มีน้ำขัง มีโอกาสเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายได้	193 (60.3)	114 (35.6)	7 (2.2)	5 (1.6)	1 (0.3)
5. ฤดูฝนมีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกได้มากกว่า ฤดูอื่น	171 (53.4)	115 (35.9)	8 (2.5)	17 (5.3)	9 (2.8)
6. ไม่ว่าท่านจะถูกยุงลายกัดตอนกลางวันหรือ กลางคืนก็ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้	120 (37.5)	145 (45.3)	30 (9.4)	23 (7.2)	2 (0.6)
7. ผู้ที่พักอาศัยในสวนหรือป่ารกทึบมีโอกาสเสี่ยง เป็นโรคไข้เลือดออกได้ง่าย*	117 (36.6)	161 (50.3)	18 (5.6)	21 (6.6)	3 (0.9)
8. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสน้อยที่จะป่วย เป็นโรคไข้เลือดออก*	18 (5.6)	73 (22.8)	67 (20.9)	141 (44.1)	21 (6.6)
9. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีโอกาสป่วยเป็น โรคไข้เลือดออกซ้ำได้	87 (27.2)	173 (54.1)	44 (13.8)	13 (4.1)	3 (0.9)

หมายเหตุ: \*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำได้ คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมา คือ ฤดูฝนมีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกได้มากกว่าฤดูอื่น คิดเป็นร้อยละ 53.4 และการรับรู้เชิงลบที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ ผู้ที่พักอาศัยในสวนหรือใกล้ป่ารกทึบมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไข้เลือดออกได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมา คือ ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสน้อยที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 44.1

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคไข้เลือดออก (n = 320)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	12	3.8
ระดับปานกลาง	196	61.3
ระดับสูง	112	35.0

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 33.00$ , S.D. = 3.572)

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 33.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 61.3 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 35.0 อยู่ในระดับสูง

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (n = 320)

การรับรู้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. โรคไข้เลือดออกเมื่อเป็นแล้วอาจทำให้ถึงตายได้*	195 (60.9)	112 (35.0)	5 (1.6)	6 (1.9)	2 (0.6)
2. ผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรงต้องใช้เวลาในการรักษานาน	134 (41.9)	156 (48.8)	20 (6.3)	6 (1.9)	4 (1.3)
3. เด็กที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก หากมีอาการซึมลง กระสับกระส่าย ปลายมือ ปลายเท้าเย็น อาจทำให้ตายได้	134 (41.9)	148 (46.3)	3 (9.7)	6 (1.9)	1 (0.3)
4. การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกับการป่วยด้วยโรคไขหวัด *	27 (8.4)	130 (40.6)	67 (20.9)	84 (26.3)	12 (3.8)
5. ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้วไม่กลับมาป่วยซ้ำ	14 (4.4)	45 (14.1)	76 (23.8)	129 (40.3)	56 (17.5)
6. การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกถ้าไม่รักษาก็สามารถหายเองได้*	20 (6.3)	24 (7.5)	23 (7.2)	125 (39.1)	128 (40.0)
7. หากท่านมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน ให้สงสัยว่าอาจเป็นไข้เลือดออก	80 (25.0)	172 (53.8)	48 (15.0)	16 (5.0)	4 (1.3)

## ตาราง 5 (ต่อ)

การรับรู้	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
8. ผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่เป็นเด็กจะมีโอกาสเกิดภาวะช็อกได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่	120 (37.5)	154 (48.1)	24 (7.5)	17 (5.3)	5 (1.6)
9. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอาจมีเลือดออกรุนแรงในกระเพาะและเกิดภาวะช็อกได้	125 (39.1)	144 (45.0)	39 (12.2)	7 (2.2)	5 (1.6)
10. การให้ยาลดไข้แอสไพรินในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทำให้ตายได้	76 (23.8)	114 (35.6)	79 (24.7)	36 (11.3)	15 (4.7)

หมายเหตุ: \* ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ หากท่านมีไข้สูงนานเกิน 7 วันให้สงสัยว่าอาจป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรงต้องใช้เวลาในการรักษานาน คิดเป็นร้อยละ 48.8 และการรับรู้เชิงลบที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ โรคไข้เลือดออกเมื่อเป็นแล้วอาจถึงตายได้ คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกับการป่วยด้วยไขหวัด คิดเป็นร้อยละ 40.6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (n = 320)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	11	3.4
ระดับปานกลาง	237	74.1
ระดับสูง	72	22.5

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 37.00$ , S.D. = 3.907)

จากตาราง 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 37.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 74.1 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 22.5 อยู่ในระดับสูง

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไขเลือดออก (n = 320)

การรับรู้	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง				อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. การกำจัดแหล่งน้ำซึ่งจะช่วยลดการเกิดยุงลายได้	202 (63.1)	113 (35.3)	2 (0.6)	2 (0.6)	1 (0.3)
2. การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเข้าถึงและไม่มีมุมมืดทำให้ยุงไม่มาอาศัยอยู่	125 (39.1)	161 (50.3)	17 (5.3)	14 (4.4)	3 (0.9)
3. ถึงปิดฝาภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ก็ไม่ช่วยลดการเกิดยุงลายในชุมชน*	61 (19.1)	106 (33.1)	36 (11.3)	96 (30.0)	3 (0.9)
4. การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์จะช่วยป้องกันโรคไขเลือดออก	159 (49.7)	148 (46.3)	3 (0.9)	7 (2.2)	3 (0.9)
5. แม้ว่าทุกคนในชุมชนจะร่วมมือกันในการกำจัดลูกน้ำยุงลายก็ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคไขเลือดออกได้*	41 (12.8)	86 (26.9)	49 (15.3)	103 (32.2)	41 (12.8)
6. การใส่ทรายอะเบตลงในน้ำไม่สามารถลดการเกิดยุงลายได้*	43 (13.4)	84 (26.9)	33 (10.3)	123 (38.4)	37 (11.6)
7. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำเฉพาะบ้านของเราหลังเดียวก็เพียงพอแล้วในการป้องกันไขเลือดออก	12 (3.8)	20 (6.3)	9 (2.8)	156 (48.8)	123 (38.4)
8. ผู้ป่วยด้วยโรคไขเลือดออกที่เป็นเด็กจะมีโอกาสเกิดภาวะช็อกได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่	8 (2.5)	12 (3.8)	15 (4.7)	152 (47.5)	143 (44.7)
9. ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไขเลือดออกมีโอกาสป่วยเป็นโรคไขเลือดออกซ้ำได้	8 (2.5)	14 (4.4)	1 (0.3)	135 (42.2)	162 (50.6)

หมายเหตุ: \*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไขเลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ การกำจัดแหล่งน้ำซึ่งจะช่วยลดการเกิดยุงลายได้ คิดเป็นร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเข้าถึง และไม่มีมุมมืดทำให้ยุงไม่มาอาศัยอยู่ คิดเป็นร้อยละ 50.3 และการรับรู้เชิงลบที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไขเลือดออกมีโอกาสป่วยเป็นโรคไขเลือดออกซ้ำได้ คิดเป็นร้อยละ 50.6 รองลงมาคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำเฉพาะบ้านของเราหลังเดียวก็เพียงพอแล้วในการป้องกันไขเลือดออก คิดเป็นร้อยละ 48.8



ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	143	44.7
ระดับปานกลาง	168	52.5
ระดับสูง	9	2.8

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 27.00$ , S.D. = 4.304)

จากตาราง 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 27.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 52.5 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 44.7 อยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

การรับรู้	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การกางมุ้งให้เด็กนอนในเวลากลางวันทำให้ร้อนและ อึดอัด*	17 (5.3)	42 (13.1)	17 (5.3)	170 (53.1)	74 (23.1)
2. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกป้ายวันศุกร์ ทำให้เสียเวลาในการทำงาน*	12 (3.8)	24 (7.5)	13 (4.1)	191 (59.7)	80 (25.0)
3. การกำจัดแหล่งน้ำขัง จะช่วยลดการเกิดยุงลาย	140 (43.8)	159 (49.7)	8 (2.5)	11 (3.4)	2 (0.6)
4. การใส่ทรายอะเบตลงในน้ำใช้เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ*	13 (4.1)	53 (16.6)	54 (16.9)	160 (50.0)	40 (12.5)
5. การปิดฝาภาชนะใส่น้ำขังให้มิดชิด จะช่วยป้องกัน ไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	139 (43.8)	159 (49.7)	11 (3.4)	8 (2.5)	3 (0.9)

หมายเหตุ: \*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ ทุกบ้านควรจะช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลาย

จึงจะป้องกันโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมา คือ หากนอนกางมุ้งแล้วสามารถป้องกันยุงกัด โดยไม่จำเป็นต้องกำจัดแหล่งน้ำชังก็ได้ คิดเป็นร้อยละ 50.0 และการรับรู้เชิงลบที่ไม่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกป้ายวันศุกร์ ทำให้เสียเวลาในการทำงานคิดเป็นร้อยละ 59.7 รองลงมาคือ การกางมุ้งให้เด็กนอนในเวลากลางวันทำให้ร้อนและอึดอัด คิดเป็นร้อยละ 53.1

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	141	44.1
ระดับปานกลาง	162	50.6
ระดับสูง	17	5.3

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 24.00$ , S.D. = 3.652)

จากตาราง 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 24.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 50.6 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 44.1 อยู่ในระดับต่ำ

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

พฤติกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ทานและครอบครัวใช้ยาทากันยุงเมื่ออยู่ในบริเวณที่มียุงชุม	65 (20.3)	85 (26.6)	154 (48.1)	16 (5.0)
2. เวลานอนกลางวัน ทานและครอบครัวนอนในห้องที่มีมุ้งลวดหรือนอนกางมุ้ง	138 (43.1)	60 (18.8)	106 (33.1)	16 (5.0)

ตาราง 11 (ต่อ)

พฤติกรรม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. ท่านสวมเสื้อแขนยาวและกางเกง ขายาวเพื่อป้องกันยุงกัด	64 (20.0)	109 (34.1)	136 (42.5)	11 (3.4)
4. ท่านและครอบครัวมีการกำจัดภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	221 (69.1)	86 (26.9)	11 (3.4)	2 (0.6)
5. บ้านของท่านมีการปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดไม่ให้ยุงเข้าไปวางไข่	217 (67.8)	81 (25.3)	21 (6.6)	1 (0.3)
6. ท่านและครอบครัวจัดบ้านเป็นระเบียบมีแสงสว่าง	217 (67.8)	83 (26.9)	20 (6.3)	0
7. ท่านและครอบครัวใช้ยาฉีดพ่น ยาจุดกันยุง เมื่อพบยุงในบ้าน	55 (17.2)	86 (26.9)	154 (48.1)	25 (7.8)
8. ท่านและครอบครัวเปลี่ยนทรายอะเบตในภาชนะหรือโอ่งน้ำใช้ทุก 7 วัน	112 (35.0)	109 (34.1)	86 (26.9)	13 (4.1)
9. ท่านและครอบครัวตัด/ถางหญ้าที่รกรุงรังในที่สาธารณะของชุมชน	93 (29.1)	128 (40.0)	95 (29.7)	4 (1.3)
10. ท่านและครอบครัวร่วมกิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันพ่อ วันแม่	197 (61.6)	89 (27.8)	33 (10.3)	1 (0.3)

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ การใช้ยาทากันยุงเมื่ออยู่ในบริเวณที่มียุงชุกชุม การใช้ยาฉีดพ่น ยาจุดกันยุงเมื่อพบยุงในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 48.1 และเวลานอนกลางวัน นอนในห้องที่มีมุ้งลวดหรือนอนกางมุ้ง คิดเป็นร้อยละ 43.1 การสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวเพื่อป้องกันยุงกัด คิดเป็นร้อยละ 42.5 ส่วนของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า มีการกำจัดภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 69.1 การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดไม่ให้ยุงเข้าไปวางไข่และการจัดบ้านเป็นระเบียบมีแสงสว่างปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 67.8 และพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันยุงลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันพ่อ วันแม่ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 61.6

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สถิติแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitnet U Test)

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

เพศ	จำนวน	ค่ามัธยฐาน	P25 <sup>th</sup> -P75 <sup>th</sup>	P-value
ชาย	95	0.00	0.00-2.00	0.923
หญิง	225	0.00	0.00-2.00	

จากตาราง 12 แสดงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่ากลางของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างเพศชายกับเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และสถานภาพการสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

ข้อมูล	r	P-value
1. อายุ	0.172*	0.002
2. ระยะเวลาปฏิบัติงาน	0.110*	0.048
3. สถานภาพการสมรส	-0.036	0.524

หมายเหตุ: \*P < 0.05

จากตาราง 13 แสดงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และสถานภาพการสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า

**อายุ** มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.172, P-value = 0.002)

**ระยะเวลาการปฏิบัติงาน** มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.110$ ,  $P\text{-value} = 0.048$ )

**สถานภาพการสมรส** มีความสัมพันธ์เชิงผกผันในระดับต่ำกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.209$ ,  $P\text{-value} = 0.524$ )

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษาและอาชีพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis Test)

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $n = 320$ )

ระดับการศึกษา	จำนวน	ค่ามัธยฐาน	P25 <sup>th</sup> -P75 <sup>th</sup>	p-value
1. ไม่ได้เรียน	2	30.50	25.00-36.00	0.804
2. ประถมศึกษา (ป.1-6)	156	31.00	29.00-34.00	
3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-3)	67	30.00	27.50-34.00	
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 4-6/ม.ศ. 4-5/ปวช.)	80	31.00	28.50-33.00	
5. อนุปริญญา/ปวส.	8	31.00	28.50-33.00	
6. ปริญญาตรี	7	29.00	28.50-33.00	

หมายเหตุ: \* $P < 0.05$

จากตาราง 14 แสดงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่ากลางของข้อมูลระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $P\text{-value} = 0.804$ ) หมายความว่า ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพหลักกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

อาชีพ	จำนวน	ค่ามัธยฐาน	P25 <sup>th</sup> -P75 <sup>th</sup>	P-value
1. เกษตรกร	219	31.00	28.00-34.00	0.037*
2. ค้าขาย	28	32.00	29.00-35.00	
3. รับจ้าง/ลูกจ้าง	31	31.00	27.00-36.00	
4. แม่บ้าน	31	33.00	30.00-36.00	
5. ชุกรกิจส่วนตัว	6	32.00	27.00-34.25	
6. ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	5	26.00	25.50-29.00	

หมายเหตุ: \*P < 0.05

จากตาราง 15 แสดงผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่ากลางของข้อมูลระหว่างอาชีพหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.037) หมายความว่า อาชีพหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

#### 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สถิติแมน-วิทนีย ยู (Mann-Whitnet U Test)

ตาราง 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

ประสบการณ์การเจ็บป่วย	จำนวน	ค่ามัธยฐาน	P25 <sup>th</sup> -P75 <sup>th</sup>	P-value
1. เคย				
- ตัวท่าน	11	31.00	28.75-36.25	0.577
- คนในครอบครัว	22	31.00	30.00-35.00	0.054
2. ไม่เคย	285	33.00	28.00-34.00	0.057
3. จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ	2	31.00	28.00-34.00	0.442

หมายเหตุ: \*P < 0.05

จากตาราง 16 แสดงผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่ากลางของประสบการณ์เจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตาราง 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านในปี 2557 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)**

การเกิดโรคไข้เลือดออก ในหมู่บ้านในปี 2557	จำนวน	ค่ามัธยฐาน	P25 <sup>th</sup> -P75 <sup>th</sup>	P-value
มี	118	31.00	28.00-33.00	0.324
ไม่มี	202	31.00	28.00-34.00	

หมายเหตุ: \*P < 0.05

จากตาราง 17 แสดงผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านในปี 2557 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่า ค่ากลางของการเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านในปี 2557 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตาราง 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การอบรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)**

ประสบการณ์การอบรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ค่ามัธยฐาน	P25 <sup>th</sup> -P75 <sup>th</sup>	P-value
มี	285	31.00	28.00-34.00	0.991
ไม่มี	35	31.00	28.00-35.00	

หมายเหตุ: \*P < 0.05

จากตาราง 18 แสดงผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การอบรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่า ค่ากลางของประสบการณ์การอบรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของของสเปียร์แมน(Spearman Rank Correlation Coefficient)

ตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์การรับรู้การป้องกันของโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

พฤติกรรม	r	P-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	-0.012	0.833
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	0.207	<0.001*
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.131	0.019*
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.066	0.237

หมายเหตุ: \*P < 0.05

จากตาราง 19 แสดงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันของโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า

ข้อที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r =0.207, P-value = 0.000)

ข้อที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r =- 0.131, P-value = 0.019)

ตาราง 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการรับรู้การป้องกันไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 320)

พฤติกรรม	r	P-value
อายุ	0.172	0.002*
อาชีพ	1.000	0.037*
ระยะเวลาการปฏิบัติงานอสม.	0.110	0.048*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	0.027	<0.001*

ตาราง 20 (ต่อ)

พฤติกรรม	r	P-value
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.131	0.019*

หมายเหตุ: \*P < 0.05

จากตาราง 20 แสดงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานอสม. และการรับรู้การป้องกันไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า อายุ อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติงานอสม. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Schedule) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 320 คน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitnet U Test) การทดสอบครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis Test) และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) ได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก

### สรุปผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.3 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 29.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 46-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมา อายุระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4 อายุมากที่สุด 77 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี มีอายุเฉลี่ย 46 ปี สถานภาพการสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ป.1-6) คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-6/ม.ศ. 4-5/ปวช.) คิดเป็นร้อยละ 25.0 โดยมีอาชีพหลัก คือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมาคือ อาชีพ รับจ้าง/ลูกจ้างและแม่บ้าน

คิดเป็นร้อยละ 9.7 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. อยู่ในช่วง 1-13 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ ช่วง 14-26 ปี สำหรับประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 89.1 รองลงมาคือ คนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 6.9 การเกิดโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 63.1 และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสบการณ์การอบรมป้องกันโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 89.1

## **ส่วนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก**

**ข้อมูลด้านการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเรื่องโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย**

### **การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก**

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำได้ คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ ฤดูฝน มีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกได้มากกว่าฤดูอื่น คิดเป็นร้อยละ 53.4 และการรับรู้เชิงลบที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ ผู้ที่พักผ่อนในสวนหรือใกล้ป่ารกทึบมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไข้เลือดออกได้ง่าย คือ คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาคือ ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสน้อยที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 44.1

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 33.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 61.3 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 35.0 อยู่ในระดับสูง

### **การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก**

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ หาก ท่านมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน ให้สงสัยว่าอาจป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรงต้องใช้เวลาในการรักษานาน คิดเป็นร้อยละ 48.8 และการรับรู้เชิงลบที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ โรคไข้เลือดออก เมื่อเป็นแล้วอาจทำให้ถึงตายได้ คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกับการป่วยด้วยโรคไข้หวัด คิดเป็นร้อยละ 40.

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 37.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 74.1 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 22.5 อยู่ในระดับสูง

### การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ การกำจัดแหล่งน้ำขังจะช่วยลดการเกิดยุงลายได้ คิดเป็นร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ การจัดบ้านให้มี แสงสว่างเข้าถึงและไม่มีมุมมืด ทำให้ยุงลายไม่มาอาศัยอยู่ คิดเป็นร้อยละ 50.3 และการรับรู้เชิงลบที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำได้ คิดเป็นร้อยละ 50.6 รองลงมาคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำเฉพาะบ้านของเราหลังเดียวก็เพียงพอแล้วในการป้องกันโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 48.8

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 52.5 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 44.7 อยู่ในระดับต่ำ

### การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้เชิงบวกที่เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนมาก คือ ทุกบ้านควรจะช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลาย จึงจะป้องกันโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาคือ หากนอนกางมุ้งแล้วสามารถป้องกันยุงกัดโดยไม่จำเป็นต้องกำจัดแหล่งน้ำขังก็ได้ คิดเป็นร้อยละ 50.0 และการรับรู้เชิงลบที่ไม่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกป้ายวันศุกร์ ทำให้เสียเวลาในการทำงาน คือ คิดเป็นร้อยละ 59.7 รองลงมาคือ การกางมุ้งให้เด็กนอนในเวลากลางวันทำให้ร้อนและอึดอัด คิดเป็นร้อยละ 53.1

คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24.00 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้ พบว่า ร้อยละ 50.6 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 44.1 อยู่ในระดับต่ำ

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ การใช้ยาทากันยุง เมื่ออยู่ในบริเวณที่มียุงชุกชุม การใช้ยาฉีดพ่น ยาจุดกันยุง เมื่อพบยุงในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 48.1 และเวลานอนกลางวัน นอนในห้องที่มีมุ้งลวดหรือนอนกางมุ้ง คิดเป็นร้อยละ 43.1 การสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวเพื่อป้องกันยุงกัด คิดเป็นร้อยละ 42.5 ส่วนของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า มีการกำจัดภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 69.1 การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดไม่ให้ยุงเข้าไปวางไข่และการจัดบ้านเป็นระเบียบมีแสงสว่างปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 67.8 และพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันยุงลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันพ่อ วันแม่ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 61.6 เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม พบว่า ร้อยละ 64.4 มีพฤติกรรมป้องกันยุงลายดี ออกกำลังกายในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 35.6 อยู่ในระดับปานกลาง

#### **ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกและการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก**

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.207$ ,  $P\text{-value} = 0.000$ )

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางตรงต่อกันและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.131$ ,  $P\text{-value} = 0.019$ )

#### **อภิปรายผลการวิจัย**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่

1. **อายุ** ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก การรับข้อมูลข่าวสาร การมีประสบการณ์ การดำเนินชีวิตทำให้ได้รับทราบถึงเรื่องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งวัยผู้ใหญ่จะมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าวัยเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของพูนสุข ช่วยทอง (2555) ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพารินทร์ แก้วสวัสดิ์ (2552) ซึ่งพบว่า ผู้นำครอบครัวที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

2. **อาชีพ** ผลการศึกษา พบว่า บุคคลที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากลักษณะการประกอบอาชีพส่งผลให้วิถีชีวิตและการมีเวลาว่างจากการประกอบอาชีพ เพื่อการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของพารินทร์ แก้วสวัสดิ์ (2552) ซึ่งพบว่า ผู้นำครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05



**3. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม.** ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธวัช วิเชียรประภา และคณะ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

**4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก** ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมกกว่าบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ เป็นไปตามแนวคิดที่ว่า การที่บุคคลใด ๆ เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมจะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากโรคนั้น ดังนั้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของทะนงศักดิ์ พลอาษา (2553) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกกับตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก จังหวัดอำนาจเจริญ ที่พบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกและตำบล ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**5. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก** ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้ประโยชน์ของโรคไข้เลือดออกสูง ก็จะมีแนวโน้มที่แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมกกว่า และคนที่แต่ละบุคคลจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือมีการป้องกันไม่เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์เหมาะสมที่จะทำให้โรคนั้นหาย สอดคล้องกับการศึกษาของฤทัย สมบัติสวัสดิ์ (2555) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดกับหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดในพื้นที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดมีคะแนนความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติมากกว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. เชิงนโยบาย

กระตุ้นการรับรู้และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน ชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

#### 2. เชิงปฏิบัติ

2.1 ควรมีการส่งเสริมการรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มมากยิ่งขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้และเข้าใจ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2.2 ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดไข้เลือดออก

2. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อข้อมูลที่ได้ในเชิงลึก มาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนให้เหมาะสม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันตนเองและชุมชนไม่ให้เกิดโรคต่อไป



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **รายงานสถานการณ์กลุ่มโรคไข้เลือดออก (ไข้เลือดออก ไข้เลือดออกซ็อก และไข้แดงกึ่) ประเทศไทย.** สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.boe.moph.go.th>
- กฤษ ตะภา. (2553). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 10 (4), 55-64.
- กฤตย์ดีวัฒน์ นัตรทอง. (2554). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์**, 17 (1), 80-92.
- กันยา สุวรรณแสง. (2544). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้.จิตวิทยาทั่วไป** (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรวิทยา.
- กิตติ ยิ้มสงวน. (2553). **การรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกัน ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี.** การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ วท.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- กลุ่มพัฒนาระบบแพ้าระวังทางระบาดวิทยาพิเศษ .(2557). **รายงานสถานการณ์กลุ่มโรค ไข้เลือดออก (ไข้เลือดออก ไข้เลือดออกซ็อก และไข้แดงกึ่) ประเทศไทย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.** สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.boe.moph.go.th>
- จุฑามาศ สิทธิชวา. (2542). **ความต้องการรับรู้ข่าวสารของผู้บริหาร อาจารย์ ข้าราชการ จากงานประชาสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.** การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ กศ.ม. (เทคโนโลยีทางการศึกษา), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- ทะนงศักดิ์ พลอาษา. (2553). **ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษา เปรียบเทียบระหว่างตำบลปลอดโรคไข้เลือดออกกับตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษพรรณ,** 5(2), 81-89.
- ธวัช วิเชียรประภา. (2556). **การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก.** สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2558, จาก [www.skko.moph.go.th/dward/document.../20130305140522\\_1170921278.docx](http://www.skko.moph.go.th/dward/document.../20130305140522_1170921278.docx)

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธนิตา สุกิน. (2556). การรับรู้ภาวะสุขภาพและความตระหนักต่อการใช้สารเคมี  
กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านห้วยซอน ตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง  
จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประภาศรี ศรีคง. (2557). การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก  
ของประชาชนและการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์สูง อำเภอบัวใหญ่  
จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. (2552). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและ  
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้นำครอบครัวในชุมชน  
บัวแก้วพัฒนา ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี.  
การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ วท.ม., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- พีระ สมบัติดี. (2558). ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก Dengue Fever(DF), Dengue Hemorrhagic  
Fever(DHF). หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น.  
(1),1-20.
- พูนสุข ช่วยทอง. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม  
โรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเกื้อการุณย์, 20(2), 55-69.
- แพรภัทร ยอดแก้ว. (2552). กลไกในการป้องกันตัวเอง (Defense Mechanism). สืบค้นเมื่อ  
16 กันยายน 2558, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/283791>
- ภาคย์ คะมาลี. (2552). การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ  
ประชาชนเทศบาลเมือง เมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตงจังหวัดเชียงใหม่.  
การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ลักขณา สริวัฒน์. (2549). องค์ประกอบของการรับรู้.จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน.  
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ฤทัย สมบัติสวัสดิ์. (2555). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก  
ของประชาชน ในหมู่บ้านที่มีการระบาดกับหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดในพื้นที่  
อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น,  
ขอนแก่น.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- วิมล เลหาภิกษาศิษย์. (2556). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- วิวัฒน์ วิริยกิจจา. (2556). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกสำหรับพื้นที่ระบาด จังหวัดยโสธร. **วารสารควบคุมโรค**, 40 (2), 142-155
- ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค. (2557). **ข้อมูลระบาดวิทยา**. สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2558, จาก <http://www.cdc.gov/Dengue/epidemiology/index.html>
- สุปราณี สนธิรัตน์.(2545). **จิตวิทยาทั่วไป** (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2558). **สถานการณ์โรคไข้เลือดออก**. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.lpho.go.th/dh>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559**. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.lpho.go.th/dh> <http://www.udd.go.th/th-TH>
- สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2558). **คู่มือวิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข**. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซต์: กรุงเทพฯ.
- ภิเชต เสริมชัย. (2554). **การเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาด ตำบลทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2551). **การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ วท.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- คณาจารย์กลุ่มจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี.  
(2552). **Human Behavior and Self Development KRU.แหล่งเรียนรู้และ  
ประกอบการสอนรายวิชาศึกษาทั่วไป 2500101 พฤติกรรมมนุษย์กับ  
การพัฒนาตน มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี.** สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2558  
จาก <http://hbkru.blogspot.com/2009/11/2.html>
- อรนุช พิศาลสุทธิกุล. (2552). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน  
กรณีศึกษา:หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.  
**สงขลานครินทร์เวชสาร, 27(1), 81-89.**
- Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice.** Norwalk. Conn:  
Appleton and Lenge.





ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

### แบบสอบถามการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

#### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นเครื่องมือวิจัยของนิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุข  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

2. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล  
และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นกลุ่ม  
ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการในการศึกษาในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะ  
นำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมของมหาวิทยาลัยพะเยา ดังนั้นการตอบแบบสอบถาม  
ในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับและไม่มีการติดต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด

3. แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก
- การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการจัดการ

สิ่งแวดล้อม

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถาม

เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** คำชี้แจง ให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนโดยทำเครื่องหมาย ✓

(ถูก) ลงในช่อง  หรือเขียนคำตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

ชื่อ-นามสกุลผู้ให้ข้อมูล .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

เบอร์โทรศัพท์.....

วันเดือนปีที่ให้ข้อมูล.....

1) เพศ  ชาย  หญิง

2) อายุ.....ปี

3) สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย  หย่า/แยกทางกัน

4) ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา (ป.1-6)

มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-3)

มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-6/ม.ศ.4-5)ปวช.

อนุปริญญา / ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่น ๆ (ระบุ).....

5) อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน

เกษตรกรรม

ค้าขาย

รับจ้าง/ลูกจ้าง

แม่บ้าน

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน

ธุรกิจส่วนตัว

ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน

อื่น ๆ (ระบุ).....

6) ระยะเวลาการปฏิบัติงานอส. ....ปี ..... เดือน

7) ท่านหรือคนในครอบครัวเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่

เคย

ตัวท่าน

คนในครอบครัว

ไม่เคย

จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ

8) ในปีพ.ศ.2557 ที่ผ่านมา ในหมู่บ้านของท่าน เกิดโรคไข้เลือดออกหรือไม่

มี

ไม่มี

ไม่ทราบ

9) ท่านมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกหรือไม่

มี

ไม่มี

## ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้แล้วตอบคำถามตามระดับความคิดเห็นของท่านต่อเรื่องนั้น ๆ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด โดยมีข้อพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่ง ตรงกับความคิดเห็นของท่านทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น ความรู้สึกเห็นด้วยกับไม่เห็นด้วยมีน้ำหนักเท่ากัน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ มีตรงกับความคิดเห็นเป็นบางส่วน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่ง ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไขเลือดออก</b>					
1. เด็กเท่านั้นมีโอกาสป่วยด้วยโรคไขเลือดออก					
2. เมื่อมีผู้ป่วยโรคไขเลือดออกในหมู่บ้าน คนใน ครอบครัวท่านมีโอกาสป่วยด้วยโรคไขเลือดออกได้					
3. ถาท่านถูกยุงกัดในเวลาากลางคืน ท่านอาจ ป่วยด้วยโรคไขเลือดออกได้					
4. บริเวณบ้านที่มีน้ำขัง มีโอกาสเป็นแหล่งเพาะ พันธุ์ยุงลายได้					
5. ฤดูฝนมีโอกาสเกิดโรคไขเลือดออกได้มากกว่า ฤดูอื่น					
6. ไม่ว่าท่านจะถูกยุงลายกัดตอนกลางวันหรือ กลางคืนก็ป่วยเป็นโรคไขเลือดออกได้					
7. ผู้ที่พักผ่อนในสวนหรือใกล้ป่ารกทึบมีโอกาส เสี่ยงเป็นโรคไขเลือดออกได้ง่าย					
8. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสน้อยที่จะป่วยเป็น โรคไขเลือดออก					
9. ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไขเลือดออกมีโอกาสป่วย เป็นโรคไขเลือดออกซ้ำได้					
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขเลือดออก</b>					
1. โรคไขเลือดออกเมื่อเป็นแล้วอาจทำให้ถึงตายได้					
2. ผู้ป่วยโรคไขเลือดออกที่มีอาการรุนแรงต้องใช้ เวลาในการรักษานาน					
3. เด็กที่ป่วยเป็นโรคไขเลือดออก หากมีอาการ ซึม ลง กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น อาจทำให้ถึงตายได้					
4. การป่วยด้วยโรคไขเลือดออกไม่แตกต่างกับ การป่วยด้วยไขหวัด					
5. ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไขเลือดออกแล้วไม่ กลับมาป่วยซ้ำอีก					
6. การป่วยเป็นโรคไขเลือดออกถ้าไม่รักษา ก็สามารถหายเองได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. หากท่านมีไข้สูงนานเกิน 7 วันให้สงสัยว่าอาจป่วยเป็นโรคไขเลือดออก					
8. ผู้ป่วยด้วยโรคไขเลือดออกที่เป็นเด็กจะมีโอกาสเกิดภาวะช็อกได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่					
9. ผู้ป่วยโรคไขเลือดออกอาจมีเลือดออกรุนแรงในกระเพาะและเกิดภาวะช็อกได้					
10. การให้ยาลดไข้แอสไพรินในผู้ป่วยโรคไขเลือดออกทำให้ตายได้					
<b>การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไขเลือดออก</b>					
1. การกำจัดแหล่งน้ำขังจะช่วยลดการเกิดยุงลาย ได้					
2. การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเข้าถึงและไม่มีมุมมืด ทำให้ยุงลายไม่มาอาศัยอยู่					
3. ถึงปิดฝาภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ก็ไม่ช่วยลดการเกิดยุงลายในชุมชน					
4. การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์ จะช่วยป้องกันโรคไขเลือดออก					
5. แม้ว่าทุกคนในชุมชนจะร่วมมือกันในการกำจัดลูกน้ำยุงลายก็ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรค ไขเลือดออกได้					
6. การใส่ทรายอะเบตลงในน้ำไม่สามารถลดการเกิดยุงลายได้					
7.การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำเฉพาะบ้านของเราหลังเดียวก็เพียงพอแล้วในการป้องกันไขเลือดออก					
8. หากนอนกางมุ้งแล้วก็ไม่จำเป็นต้องกำจัดแหล่งน้ำขัง					
9. บ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวเคยเป็นโรคไขเลือดออกแล้วไม่จำเป็นต้องกำจัดลูกน้ำยุงลาย					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรูปสรรคในการป้องกันโรค ไขเลือดออก</b>					
1. การกางมุ้งให้เด็กนอนในเวลากลางวันทำให้ ร้อนและอึดอัด					
2. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกบ่ายวัน ศุกร์ ทำให้เสียเวลาในการทำงาน					
3. การกำจัดแหล่งน้ำขัง จะช่วยลดการเกิด ยุงลาย					
4. การใส่ทรายอะเบตลงในน้ำใช้ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
5. การปิดฝาภาชนะใส่น้ำซึ่งให้มิดชิดจะช่วย ป้องกันไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย					
6. ทุกบ้านควรจะช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลาย จึง จะป้องกันโรคได้					
7. เวลานอนกลางวันควรป้องกันยุงกัด โดยเปิด พัดลมไต่ยุงก็เพียงพอ					
8. หากนอนกางมุ้งแล้วสามารถป้องกันยุงกัด โดยไม่จำเป็นต้องกำจัดแหล่งน้ำขังก็ได้					

### ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

**คำชี้แจง** ให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้แล้วตอบคำถามตามระดับความคิดเห็นของท่านต่อเรื่องนั้น ๆ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด โดยมีข้อพิจารณาดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านกระทำสม่ำเสมอทุกวันหรือกระทำทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านกระทำเป็นส่วนใหญ่หรือกระทำบ่อยครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านกระทำเป็นส่วนน้อยหรือกระทำนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยกระทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านและครอบครัวใช้ยาทากันยุงเมื่ออยู่ในบริเวณที่มียุงชุกชุม				
2. เวลากลางวัน ท่านและครอบครัวนอนในห้องที่มีมุ้งลวดหรือนอนกางมุง				
3. ท่านสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวเพื่อป้องกันยุงกัด				
4. ท่านและครอบครัวมีการกำจัดภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง				
5. บ้านของท่านมีการปิดฝาภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิดไม่ให้น้ำเข้าไว				
6. ท่านและครอบครัวจัดบ้านเป็นระเบียบมีแสงสว่างเพียงพอ				
7. ท่านและครอบครัวใช้ยาฉีดพ่น ยาจุดกันยุงเมื่อพบยุงในบ้าน				
8. ท่านและครอบครัวเปลี่ยนทรายอะเบตในภาชนะหรือโอ่งน้ำใช้ทุก 7 วัน				



ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
9. ท่านและครอบครัว ตัด/ถางหญ้าที่รกร้างใน ที่สาธารณะของชุมชน				
10. ท่านและครอบครัวร่วมกิจกรรมการทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันพ่อ วันแม่				



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า



