

การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านต๋อม
อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2555
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา และคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง ได้พิจารณาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยพะเยา


.....
(ดร. สมคิด จุฬว้า)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมบัติ นพรัก)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2555

The logo of the University of Phayao is centered in the background. It features a purple shield with a white stupa and several lit candles. Below the shield is a yellow banner with the university's name in Thai and English: "มหาวิทยาลัยพะเยา" and "UNIVERSITY OF PHAYAO".

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอิงจาก ดร. สมคิด จุฬาวัว ที่ให้ความช่วยเหลือแนะนำให้คำปรึกษา

ขอขอบคุณ แกนนำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ 13 หมู่ 18 ตำบลบ้านต๋อม ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณสุประวีติ เผ่าอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา ที่ได้ให้คำแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณทีมวิทยากรกระบวนการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อม

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณตัวแทนประชาชนหมู่ 13 หมู่ 18 ตำบลบ้านต๋อม ที่สละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ธีภาพ สงวนใจ



ชื่อเรื่อง	การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
ผู้ศึกษาค้นคว้า	ธิภพ สงวนใจ
ที่ปรึกษา	ดร. สมคิด จูหวั
ประเภทสารนิพนธ์	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555
คำสำคัญ	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 60 คน โดยมีรูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Pretest- Posttest Comparison Static Group Design

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการรับรู้ปัญหา อุปสรรคในการมีพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย มีระดับที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Title THE STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF COMMUNITY PARTICIPATION IN DENGUE PREVENTION AND CONTROL. IN BANTOM, PHAYAO

Author Theepop Sa-nguanjai

Advisor Dr., Somkit Juwa

Academic Paper Independent Study M.P.H, University of Phayao, 2012

Keywords COMMUNITY PARTICIPATION IN DENGUE PREVENTION AND CONTROL

ABSTRACT

This study is an experimental (Quasi-experimental Research) were divided into 2 groups: experimental and the comparison group. To study the effectiveness of the model of community participation in dengue prevention and control. A group of 60 students and a comparison group of 60 students in the form of a Pretest-Posttest Comparison Static Group Design by organized community forum for the community.

It was found that the experimental group was the level of knowledge about dengue fever. Perceived risk of disease. Perceived severity of the disease. Perceived benefits of the implementation of the recommendations of staff. And perceived barriers to behavior observed in the prevention and control of dengue fever. Behavioral practices to prevent and control dengue fever. And the index of larval abundance including the School Board and a higher level than before the treatment and comparison group was significantly higher than the record level of 0.05.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สมมติฐานของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	5
ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	19
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (The Social Support Theory).....	21
แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Concept of Participation)	24
การสร้างพลัง	32
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การวิเคราะห์ข้อมูล	44

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษาวิจัย	45
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	46
ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก และดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย	50
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย	54
ส่วนที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลอง	59
5 บทสรุป	64
สรุปผลการวิจัย	64
อภิปรายผลการวิจัย	67
ข้อเสนอแนะ	71
บรรณานุกรม	73
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า	77

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....	46
2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้.....	48
3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูล การป่วยด้วยไข้เลือดออกในหมู่บ้าน การมีผู้ป่วยไข้เลือดออกที่บ้าน การเป็นสมาชิกผู้นำชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร.....	49
4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร...	49
5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการทดลอง.....	50
6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรค ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการทดลอง.....	51
7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลัง การทดลอง.....	52
8 แสดงจำนวนและร้อยละของดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่บ้าน (HI) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	53
9 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	54
10 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	55

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	56
12 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ.....	57
13 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	58
14 แสดงตาราง 14 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	59
15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.....	60
16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.....	60
17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	61
18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.....	61
19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	62

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
20	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	62
21	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	63



สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงการแพร่เชื้อไวรัสแดงกี.....	6
2 แสดงการติดเชื้อไวรัสแดงกี (WHO).....	7
3 กระบวนการบริหารจัดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม “ผู้นำ” ตระหนักถึงปัญหาและมีภาพพจน์ของการพัฒนา.....	29
4 แสดงการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	32



อักษรย่อ

กสค. = แคนนำสุขภาพประจำครอบครัว

อปท. = องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever หรือ DHF) เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ (emerging disease) เมื่อประมาณ 50 ปีมานี้ โดยเริ่มมีรายงานประปรายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 แต่เกิดระบาดใหญ่เป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี พ.ศ. 2497 ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเป็นระยะๆทุก 3-5 ปี แม้ว่าอัตราการป่วยตายของโรคนี้จะลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 5 เหลือประมาณร้อยละ 2 ก็ตาม ในจำนวน 10 ประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น ประเทศไทย อินโดนีเซีย และเมียนมาร์มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงมาก สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในประเทศอินเดียและศรีลังกามักอยู่ในระดับปานกลาง แต่ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม ปี พ.ศ. 2539 เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกครั้งใหญ่ที่เมืองเดลี ในประเทศอินเดีย โดยพบผู้ป่วย 8,866 ราย เสียชีวิต 378 ราย คิดเป็นอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 4.3 ส่วนในประเทศบังกลาเทศมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2507 และพบว่าในกลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศนี้หลายครั้ง ในประเทศมัลดีฟก็พบสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันนี้ (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2545)

สำหรับในประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ ในระยะ 5 ปีต่อจากนั้นก็มียุทธศาสตร์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ส่วนใหญ่จากกรุงเทพฯ และธนบุรี การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่น และการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูง 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปีแล้วเพิ่มสูงขึ้น

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศ ปี 2553 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 115,434 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 181.71 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 141 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายเท่ากับ 0.12 ภาคเหนือมีรายงานผู้ป่วยสะสมจำนวน 21,272 ราย คิดเป็น

อัตราป่วยเท่ากับ 180.73 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 17 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย เท่ากับ 0.08 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดพะเยา ปี 2553 พบว่ามีการระบาดของโรค โดยมีจำนวนผู้ป่วย 981 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 201.39 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2553)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองพะเยา ปี 2553 พบว่ามีการระบาดของโรค โดยมีจำนวนผู้ป่วย 606 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 477.51 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2553)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของตำบลบ้านต๋อม ปี 2553 พบว่ามีการระบาดของโรค โดยมีจำนวนผู้ป่วย 102 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 660.88 ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบมากที่สุดที่หมู่ 13 จำนวน 33 ราย รองลงมาคือหมู่ 18 จำนวน 24 ราย และหมู่ 15 จำนวน 17 ราย (สถานีอนามัยตำบลบ้านต๋อม, 2553)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้การสร้างความเข้มแข็ง และพัฒนาศักยภาพของประชาชนครอบครัว ชุมชน และสังคม ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เป้าหมายหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (เจมศักดิ์ ปิ่นทอง, 2526) ซึ่งการที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง จะทำให้เกิดการรวมตัวเป็นกลุ่ม เพื่อทำให้เกิดพลังทางสังคมที่จะแก้ไขปัญหาและขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ การที่ชุมชนจะเข้มแข็งได้ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างพลังชุมชนที่มุ่งให้ชุมชนมีการพัฒนาคุณภาพของตนเอง ให้สามารถจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ให้เป็นไปในทางส่งเสริมสุขภาพ การสร้างพลังชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ จึงทำให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนกว่าการพัฒนาที่ระดับปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2544)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ในตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและ

ควบคุมโรคใช้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออก

4. ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่ที่ 13 ตำบลบ้านต่อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เป็นกลุ่มทดลอง และประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่ที่ 18 ตำบลบ้านต่อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

2. การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแกนนำชุมชนได้รับทราบปัญหา ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษา การป้องกันและการควบคุมโรค โดยใช้กระบวนการสร้างพลังของชุมชน มีการค้นหาสาเหตุ วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน

3. ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2554-มีนาคม 2555

นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วม หมายถึง การจัดกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการในหมู่บ้าน คณะกรรมการได้มีการประชุมร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา ตัดสินปัญหา และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาในชุมชนตนเอง ตลอดจนมีจิตสำนึกร่วมกัน

ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษา การควบคุมและป้องกันโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคใช้เลือดออก

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อว่าการป่วยด้วยโรคใช้เลือดออกเป็นโรคที่มีอันตรายต่อร่างกายถึงแก่ชีวิตได้และอาจมีผลกระทบต่อการศึกษา และการทำงานของ

ครอบครัวและสังคม

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความเชื่อของประชาชนต่อการปฏิบัติในทางลบ ได้แก่ เวลา ความยุ่งยาก ความไม่สะดวกสบาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของชุมชน ในการศึกษาได้กำหนด ดังนี้ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การดูแลเอาใจใส่การให้สุขศึกษา การจัดกิจกรรมรณรงค์ การจัดนิทรรศการและการกระตุ้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการใช้จดหมายกระตุ้นเตือน และรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ ตลอดจนการที่อาสาสมัครออกไปเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำกับกลุ่มประชาชนเป้าหมายในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ได้รูปแบบการดำเนินงานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. รูปแบบการดำเนินงาน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ โดยนำไปประยุกต์ในพื้นที่อื่น ๆ ให้เหมาะสม เพื่อลดอัตราป่วยรวมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน
3. ประชาชนในชุมชนได้รับการปลูกจิตสำนึกในการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีความรับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เป็นโรคติดต่ออันตรายจาก Dengue virus มีลักษณะของโรคที่สำคัญคือ มีไข้ร่วมกับ hemorrhagic diathesis, มีตับโต และมักจะมีช็อค ซึ่งทำให้ถึงตายได้ มียุงลาย Aedes aegypti เป็นตัวนำที่สำคัญ จึงจัดอยู่ในกลุ่ม Mosquito borne hemorrhagic fever

DHF นับได้ว่าเป็นโรคใหม่ที่เกิดกับเด็ก โดยพบระบาดเป็นครั้งแรกในประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ. 2497 และต่อมาระบาดในประเทศไทย พ.ศ. 2501 DHF แตกต่างจากการติดเชื้อ dengue virus ที่รู้จักมานานในรูปของ Dengue Fever (DF) ซึ่งส่วนใหญ่โรคจะไม่รุนแรงในเด็ก อาจจะเป็นแบบ Undifferentiated febrile illness โดยบางครั้งก็อาจจะมีผื่นร่วมด้วย ถ้าเป็นในผู้ใหญ่ DF จะมีลักษณะ 3 ประการ คือ ไข้สูง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ และมีผื่นแบบ Maculopapular อาการปวดตามกล้ามเนื้อและตามข้ออาจจะรุนแรงมากจนได้รับชื่อว่า Break bone fever โดย DF เป็น Non-fatal disease ซึ่งตรงข้ามกับ DHF ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นในเด็ก และจะมีอาการรุนแรงถึงตายได้ ลักษณะแตกต่างชัดเจนระหว่าง DHF และ DF คือ การเกิดช็อค และ Hemorrhagic diathesis ใน DHF (สุจิตรา, 2541)

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงในเอเชียอาคเนย์เกิดจากไวรัสแดงกี่ จึงเรียกชื่อว่า Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)

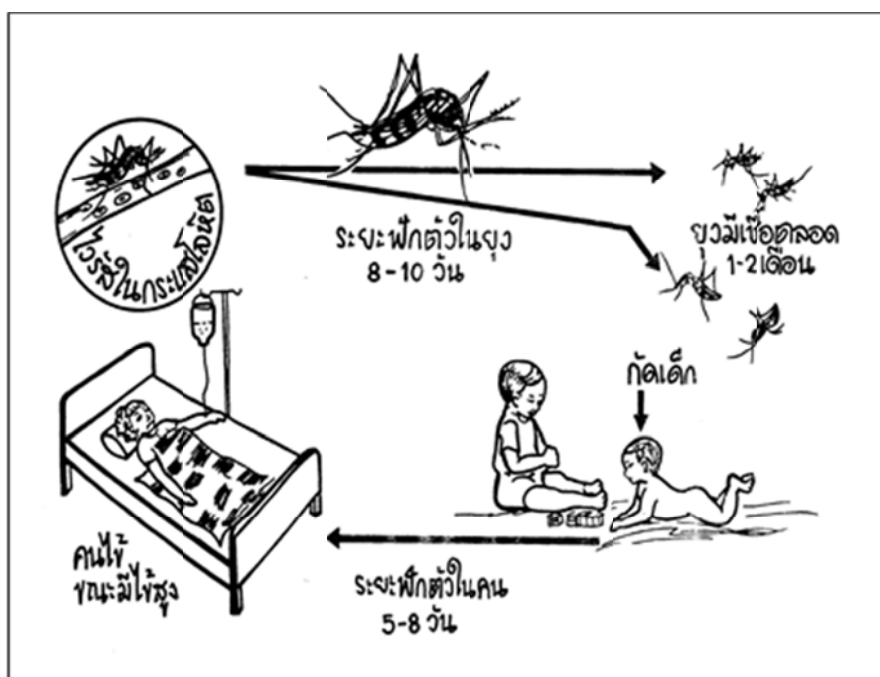
เชื้อสาเหตุ

เชื้อไวรัสแดงกี่ เป็น RNA virus จัดอยู่ใน Family Flaviviridae (เดิมเรียกว่า group B arbovirus) มี 4 serotypes, DEN 1-4 ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิดจึงทำให้มี cross reaction และมี cross protection ได้ในระยะสั้น ๆ ถ้ามีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (permanent immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสแดงกี่ชนิดอื่น ๆ อีก 3 ชนิดได้ในช่วงสั้น ๆ (partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือน หลังจากนั้นจะมีการติดเชื้อไวรัสแดงกี่ชนิดอื่น ๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกแดงกี่

การติดต่อ

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ

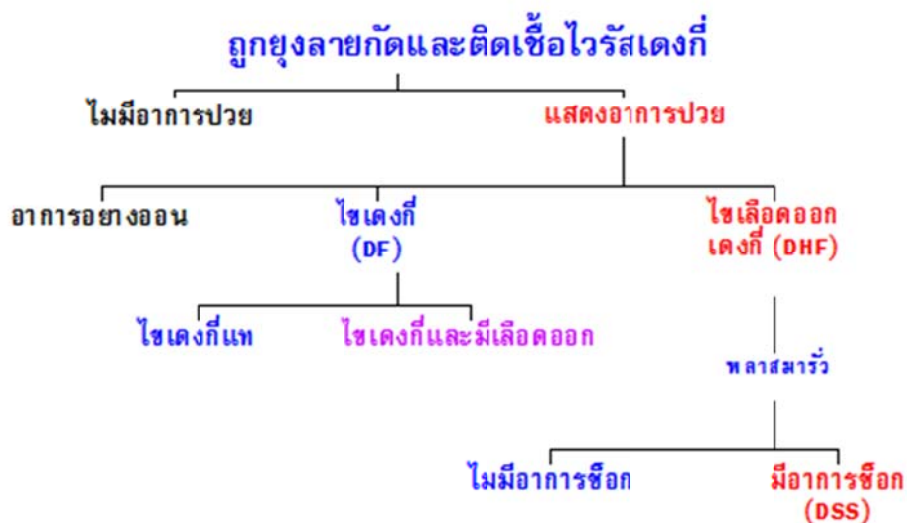
โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูง จะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน-นานที่สุด 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้



ภาพ 1 แสดงการแพร่เชื้อไวรัสแดงกี

การติดเชื้อไวรัสแดงกี

การติดเชื้อไวรัสแดงกีส่วนมากจะไม่มีอาการ (ร้อยละ 80-90) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแดงกีไว้ดังนี้



ภาพ 2 แสดงการติดเชื้อไวรัสเดงกี (WHO)

ในประเทศที่มีโรคไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever หรือ DHF) มักจะมีโรคไข้เดงกี (dengue fever-DF) อยู่ด้วย แต่สัดส่วนของ DHF และ DF จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของไวรัสเดงกีในขณะนั้น จึงทำให้การแยกโรคระหว่าง DHF และ DF เป็นปัญหาอยู่ ลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อไวรัสเดงกีที่แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค มีดังนี้

1. Undifferentiated fever (UF) หรือ viral syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็ก ซึ่งจะปรากฏเพียงอาการไข้และบางครั้งมีผื่นแบบ maculopapular rash

2. ไข้เดงกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ classical DF คือมีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง มีผลการทดสอบทูร์นิเกตต์เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายก็อาจมีเกร็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน

3. ไข้เลือดออกแดงก่ำ (DHF) มีอาการคล้ายกับ DF ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือมีเกร็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้แดงกึ่ง (dengue fever หรือ DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้

1. ไข้สูงลอย 2-7 วัน
2. มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง
3. มีตับโต กดเจ็บ
4. มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก

อาการไข้ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) และตรวจดูคอก็อาจพบมี injected pharynx ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคหัดในระยะแรก และโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา

ในระยะไข้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดทั่ว ๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต

ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบ biphasic ได้ อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubella ได้

อาการเลือดออก ที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แตกง่าย โดยการทำ tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีภาวะช็อกอยู่นาน

ตับโต ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

ภาวะช็อก ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด/ช่องท้องมาก เกิด

hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงโดยมี pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ปกติ 30-40 มม. ปรอท) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีความรู้สึก พูดรู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วง ๆ ตัวเย็นซึบจับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ (profound shock) ความรู้สึกเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก หากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อกอย่างทันที่วงที่และถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ profound shock ส่วนใหญ่ก็จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว

ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปแต่ไม่มากนักทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้น ๆ ก็จะได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องในระยะแรกจะมีความสำคัญมาก เพราะการให้การรักษาได้อย่างถูกต้องเมื่อเริ่มมีการรั่วของพลาสมา จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการสูญเสียชีวิตได้ จากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกซึ่งมีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคทางคลินิกได้อย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะช็อก โดยใช้หลักการทางคลินิก 4 ประการร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ

1. เม็ดเลือดขาว ส่วนใหญ่จะต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า 4,000/มม.³) แต่ในวันแรกอาจจะปกติหรือสูงเล็กน้อย โดยที่มี PMN ร้อยละ 70-80 เมื่อใกล้ไข้จะลดลงระดับเม็ดเลือดขาวและ PMN จะลดลงพร้อม ๆ กับมี lymphocyte สูงขึ้น (มี atypical lymph ร้อยละ 15-35) บางครั้งเม็ดเลือดขาวอาจจะต่ำมาก 1,000-2,000/มม.³ ซึ่งการตรวจเม็ดเลือดขาวจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อแบคทีเรียได้ และช่วยบอกระยะเวลาที่ไข้จะลดลงได้

2. เกร็ดเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วก่อนไข้ลดและก่อนระยะช็อก ส่วนใหญ่เกร็ดเลือดจะลดลงต่ำกว่า 100,000/มม.³ และต่ำอยู่ประมาณ 3-5 วัน ในระยะที่มีเกร็ดเลือดต่ำจะมี impaired function ด้วย

3. ระดับความเข้มข้นของเลือดจะเพิ่มขึ้น (hemoconcentration) ซึ่งเป็นผลจากการเสียพลาสมา ระดับ hematocrit (HCT) ที่สูงขึ้นกว่าปกติเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 (เช่น เพิ่มจากเดิมร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 42) ถือเป็นเครื่องชี้บ่งว่ามีการรั่วของพลาสมา ส่วนใหญ่ HCT จะเพิ่มขึ้นพร้อมกับเกร็ดเลือดลดลงหรือภายหลังเกร็ดเลือดลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้จะเกิดก่อนไข้และก่อนภาวะช็อก จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค

4. การตรวจ chest x-rays จะพบน้ำในเยื่อหุ้มปอดได้เสมอ ส่วนใหญ่จะพบทางด้านขวา ในรายที่รุนแรงมีภาวะช็อกอาจพบได้ทั้งสองข้าง

การดูแลรักษาผู้ป่วย

ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและระดับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วัยแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการ nursing care ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24-48 ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา

การดูแลรักษาผู้ป่วย มีหลักปฏิบัติดังนี้

ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาแอสไพริน เพราะจะทำให้เกร็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye syndrome ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราว เวลาที่ไข้สูงเท่านั้น (เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงเหลือน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส) การให้ยาลดไข้มากเกินไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย

ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้ หรือสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อย ๆ และดื่มบ่อย ๆ

จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วันก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกร็ดเลือดและ hematocrit และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือด

และ hematocrit เป็นระยะ ๆ เพราะถ้าปริมาณเกร็ดเลือดเริ่มลดลงและ hematocrit เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องชี้บ่งว่าน้ำเลือดรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจจะช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย

โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ ผู้ปกครองเฝ้าสังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยตรวจดูการเปลี่ยนแปลงตามข้อ 4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงอาการช็อก ต้องรับไว้รักษา ในโรงพยาบาลทุกราย และถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

ในรายที่ใช้ลด มีระดับ hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 แต่ไม่มีภาวะช็อก อาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ 5%D 1/2 NSS หรือ 5%D Ringer acetate ประมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit โดยจัดปริมาณและเวลาการให้ตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก HCT, viral signs และ urine output และจะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตาม HCT ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป ในรายที่ระดับ HCT ยังสูงอยู่หลัง 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยที่มีเลือดออกแม้ไม่มากควรรับเป็นผู้ป่วยใน

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไข ภาวะดังกล่าวด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือสาร colloid อย่างระมัดระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและ ป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การให้การรักษาต้องถือเป็น medical emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้

1. ให้สารน้ำ isotonic 5% D/R acetate 10-20 cc/kg/hr หรือให้เป็น bolus ในรายที่เป็น profound shock ทันทีเมื่อพบผู้ป่วย

2. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ resuscitate แม้จะเป็นเวลา 1/2-1 ชั่วโมง ควรจะลดอัตราการและปรับอัตราของ IV fluid ตามอัตราของการรั่วของพลาสมา โดยใช้ระดับ HCT, viral signs และ urine output เป็นแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เกิน 24-48 ชั่วโมง หลักการที่สำคัญ คือให้ IV fluid ในปริมาณที่พอสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา เท่านั้น

3. แก้ไขภาวะ metabolic และ electrolyte disturbance ที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะ acidosis

4. ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต้องนึกถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจเป็น concealed bleeding ผู้ป่วย ที่ยังมีภาวะช็อกอยู่ (refractory shock) ภายหลังให้ crystalloid/colloidal และ HCT ลดลงแล้ว (เช่น ลดจากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 40) ต้องนึกถึงภาวะเลือดออก และต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น fresh whole blood ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ช็อกจะมีเลือดออกมากได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี profound shock อยู่นาน

สาเหตุการตายที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่มี profound shock มี internal bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนจะมี prolonged shock การให้ fluid มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนทำให้มี fluid overload ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญได้เช่นกัน ในรายที่มีภาวะตัววายให้การรักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยตัววายจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะตัววายได้น้อยแต่เมื่อพบจะมีอัตราการตายสูงมาก

วงจรชีวิตยุงลาย

ยุงลายตัวเต็มวัย (Adult) เมื่อออกจากตัวโม่งเป็นเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง จึงจะเริ่มกินอาหาร ในขณะที่เดียวกันก็จะเริ่มผสมพันธุ์กัน ยุงลายตัวเมียจะเก็บเชื้อ (Sperm) ไว้ในถุง Spermatheca ตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวก็สามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต จากนั้นยุงลายจะออกหาอาหาร คือ เลือดเพื่อนำไปช่วยสร้างไข่ในรังไข่ให้เติบโตและเริ่มวางไข่ประมาณ 25-35 วัน หลังจากกินเลือด ยุงลายจะวางไข่ที่ละฟองติดต่อกันเป็นกลุ่ม โดยจะวางไข่ติดภาชนะด้านในเหนือระดับน้ำเล็กน้อย หรือตามผิวภาชนะที่เย็นและมีความชื้นสูง ยุงลายตัวเมียตัวหนึ่งจะวางไข่โดยเฉลี่ยครั้งละประมาณ 140-144 ฟอง และวางได้ 4-5 ครั้งตลอดชีวิต ดังนั้นยุงลายตัวเมียจึงมีอายุได้ถึง 30-45 วัน

ไข่ยุงลาย มีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อออกใหม่ ๆ ไข่จะมีสีขาวนวลต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล และดำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง ไข่จะฟักเป็นลูกน้ำได้โดยใช้เวลาในระยะไข่ประมาณ 1-2 วัน ถ้าภาชนะยังไม่เติมน้ำหรือยังไม่มียุงวางไข่ ไข่จะยังไม่ฟักและจะทนความแห้งแล้งในสภาพนั้นได้เป็นเวลาหลายเดือน เมื่อเติมน้ำหรือมียุงวางไข่ ไข่ก็ฟักออกมาภายในเวลาประมาณ 30 นาที แต่ร้อยละของไข่ที่จะฟักออกเป็นตัวลูกน้ำจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป

ลูกน้ำ ลูกน้ำยุงลายมี 4 ระยะ มีการลอกคราบ 4 ครั้ง จากลูกน้ำระยะที่ 1 จนลอกคราบครั้งสุดท้ายเป็นตัวโม่ง (Pupa) ใช้เวลาประมาณ 6-8 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ อาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำภายในภาชนะ ลูกน้ำจะกินอาหารซึ่งมีอยู่ในภาชนะนั้น เช่น ตะไคร่น้ำ ข้างตุ่มน้ำ เศษอาหารที่หล่นลงในตุ่ม เชื้อแบคทีเรียและพวกสัตว์เซลล์เดียวที่อยู่ในภาชนะขังน้ำนั้น แหล่งที่อยู่ของลูกน้ำ *Ae.aegypti* จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วทุกภาคในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2533 พบว่า แหล่งเพาะพันธุ์ยุง *Ae.aegypti* ทั้งภายในและภายนอกบ้าน คือตุ่มน้ำดื่ม น้ำใช้ คิดเป็นร้อยละ 70.82 จานรองขาตู้กับข้าว คิดเป็นร้อยละ 13.49 ส่วนยุง *Ae.albopictus* จะพบในภาชนะธรรมชาติ เช่น กะลามะพร้าว โปรงไม้ กาบใบพืช เช่น พลับพลึงบอน และกระบอกไม้ไผ่ที่น้ำขัง เป็นต้น

ตัวโม่ง ลูกน้ำยุงลายจะลอกคราบออกมาเป็นตัวโม่ง (ดักแด้) ซึ่งมีส่วนหัวและอกรวมเป็นชิ้นเดียวกัน (Cephalothorax) ระยะนี้จะหยุดกินอาหารแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายในส่วนบนหัว จะมีท่อหายใจ (Trumpest) 1 คู่ ตัวโม่งจะใช้เวลาประมาณ 30-40 ชั่วโมง หรือ

ประมาณ 1-2 วัน ก็จะลอกคราบเป็นตัวเต็มวัย (Adult)

ตัวเต็มวัย ตัวโม่เมื่อจะลอกคราบจะลอยนิ่งและเกิดรอยแตกรูปตัวที (T) ที่ด้านบนทางด้านหลังในส่วนหัวและอก ให้ตัวเต็มวัยหลุดจากคราบ ตัวเต็มวัยเมื่อหลุดจากคราบใหม่ ๆ จะเกาะนิ่งอยู่บนผิวน้ำเพื่อให้ผิวแห้งและเลือดฉีดเข้าเส้นปีกแล้วจึงบินออกหากิน ยุ่งกลายเป็นยุ่งที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งกำเนิด โดยทั่วไปมักบินไปไม่เกิน 50 เมตร ตามปกติ ยุ่งลายตัวผู้จะเกิดก่อนตัวเมีย 1 วัน ยุ่งตัวเมียจะมีอายุได้นานประมาณ 7-10 วัน ตัวผู้จะมีอายุประมาณ 1-1.5 เดือน ยุ่งลายโดยทั่วไปจะหากินในเวลากลางวัน อาหารยุ่งทั้งตัวเมียและตัวผู้ คือน้ำหวานจากเกสรของพืชหรือจากผลไม้ นอกจากนี้ยุ่งตัวเมียต้องกินเลือดคน หรือเลือดสัตว์อื่นเพื่อต้องการโปรตีนในเลือดทำให้ไขสุก ตามปกติยุ่งลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์

แหล่งเกาะพักยุ่ง *Ae. aegypti* ในบ้านเรือน พบว่า ยุ่งตัวเมียร้อยละ 90 เกาะตามหิ้งสิ่งห้อยแขวนต่าง ๆ ในบ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่พบเกาะอยู่ในฝาบ้าน แหล่งเกาะพักของยุ่งลายตัวเมียจากการศึกษาที่จังหวัดระยอง พบว่า เกาะตามเสื้อผ้าห้อยแขวน ร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้งและเชือกมุ้ง ร้อยละ 15.7 สิ่งห้อยแขวนอื่น ๆ ร้อยละ 15.3 และพบมีเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่เกาะตามข้างฝาบ้าน และจากการศึกษาพฤติกรรมการกัดของยุ่งลายบ้านที่กรุงเทพฯ พบว่า จะกัดในช่วงตอนกลางวันตั้งแต่ตะวันขึ้นจนตะวันตก และพบว่าช่วงเวลาที่มีการกัดมากที่สุดได้แก่ 9.00 น.-10.00 น. และ 16.00-17.00 น. พบว่ายุ่งลายบ้านชอบกัดคนในบ้าน ส่วนยุ่งลายสวน (*Ae. albopictus*) ชอบกัดบริเวณนอกบ้าน มีส่วนน้อยที่เข้ามากัดในบ้าน ส่วนค่าเฉลี่ยของปริมาณเลือดที่กิน ประมาณ 0.75 มิลลิกรัม และเมื่อกินเลือดแล้วประมาณ 3 วัน ก็จะวางไข่ (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2536)

การกินอาหาร

ยุ่งลายตัวเมียเท่านั้นที่ดูดเลือดเป็นอาหารจะเริ่มหากินตั้งแต่เช้าจนค่ำ มีบางตัวอยู่ตึกถึง 3 ท่วม เนื่องจากยุ่งลายชอบหากินในเวลากลางวัน จึงมีผู้นิยมเรียกชื่อมันว่า “Day biting mosquito” ถ้าไม่มีคนให้ดูดเลือดมันอาจดูดเลือดสัตว์อื่นแทน เช่น วัว ความ นก ไก่ ยุ่งลายจะออกหากินทั้งในที่สว่างและที่มืด หลังจากกินอิ่มแล้วมันจะชอบพักผ่อนในที่เย็น เงียบ มืดและอับ เช่น ในห้องน้ำใต้ถุนบ้าน ตามมุมห้อง ซอกตู้ ยุ่งลายบินได้ไม่ไกล โดยมีรัศมีการบินไม่เกิน 100 เมตร

การวางไข่ยุ่งลาย

ยุ่งลายชอบที่จะวางไข่ในน้ำใสสะอาด และเป็นน้ำนิ่งโดยเฉพาะน้ำฝนจะชอบมาก ส่วนใหญ่แหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลาย จึงเป็นภาชนะเก็บน้ำในบ้านเรือน (Artificial Container) เช่น โอ่งน้ำกินน้ำใช้ จานรองขาตู้กับข้าว แจกัน อ่างล้างเท้า จานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์เก่า ๆ

โดยเฉพาะโอ่งน้ำกินน้ำใช้จะพบลูกน้ำยุงลายมากที่สุด รองลงมาได้แก่ น้ำหล่อขาตู้กับข้าว และภาชนะอื่น ๆ แต่ยุงลายจะไม่วางไข่ในน้ำที่ไม่มีภาชนะรองรับ เช่น บริเวณหลุมบ่อรอบ ๆ บ้าน หรือน้ำคร่ำใต้ถุนบ้าน

ยุงลายตัวเมียตัวหนึ่ง ๆ จะสามารถวางไข่ได้เฉลี่ย 50-140 ฟองในแต่ละครั้ง แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ยุงกิน ถ้ากินเลือดได้มากประมาณไข่ก็มาก

การควบคุมยุงพาหะนำโรค และการป้องกันยุงลาย

1. มาตรการต่อลูกน้ำ

1.1 การควบคุมทางกายภาพ เป็นวิธีที่ทุกคนสามารถทำได้ ไม่ต้องสิ้นเปลือง แต่เสียเวลาและใช้แรงงานเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และต้องทำกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทั้งปี จึงจะได้ผลดี เช่น

1.1.1 ปิดฝาตุ่มให้มิดชิด เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายลงไปวางไข่ ถ้าตุ่มน้ำไม่มีฝาปิด ควรใช้ผ้ามุง ผ้าพลาสติกหรือตาข่ายไนล่อนปิดแล้วใช้เชือกมัดขอบให้แน่น เพื่อไม่ให้ยุงเข้าไปวางไข่

1.1.2 แจกแก้มและภาชนะใส่น้ำ เพื่อใช้เลี้ยงไก่ นก ใช้ล้างเท้า ควรเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน เพื่อไม่ให้ลูกน้ำเจริญเป็นตัวยุง

1.1.3 กระจ่าง กะลามะพร้าว ของแตก โห่แตก ฯลฯ ควรนำไปเผาหรือฝังตามความเหมาะสม

1.1.4 ยางรถยนต์เก่าที่ไม่ใช้ ควรนำไปเก็บไว้ใต้ถุนบ้าน และถ้ามีน้ำขังควรใส่เกลือแกง หรือผงซักฟอกก็ได้

1.1.5 จานรองขาตู้กับข้าวกันมด ควรใส่เกลือ ผงซักฟอก น้ำ ส้มสายชู หรือชั้นอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือใช้น้ำร้อนฆ่าลูกน้ำทุก 7 วันก็ได้

1.2 วิธีทางชีวภาพ โดยการใช้ปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง หรือปลาแกมบลูเซีย ปล่อย 1-2 ตัว ในภาชนะที่เก็บกักน้ำ เช่น น้ำใช้ ห้องน้ำ ห้องส้วม เป็นต้น และถ้าเห็นว่าไม่มีลูกน้ำ ควรนำไปปล่อยในบ่อขยายพันธุ์ปลาเช่นเดิม

1.3 วิธีทางเคมี สารเคมีที่ฆ่าลูกน้ำที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่ สารเคมีที่มีฟอส (ทรายอะเบท) ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าลูกน้ำได้นาน 2-3 เดือน ควรใช้ในภาชนะที่มีลูกน้ำจำนวนมากเท่านั้น เช่น ห้องน้ำ และห้องส้วม เป็นต้น (ขนาดที่ใช้สารเคมี 10 กรัมต่อน้ำ 100 ลิตร)

1.4 วิธีอื่น ๆ เช่น การใช้กับดักลูกน้ำ และการใช้สวิงตักลูกน้ำทิ้ง

2. มาตรการต่อตัวยุง

2.1 การพ่นยุง โดยการพ่นแบบฟอยละออง Ultra Low Volume (ULV) หรือการพ่นหมอกควัน (Fogging) เป็นวิธีการควบคุมยุงลายที่มีประสิทธิภาพสูง คือ กำจัดตัวยุงได้ดีเพราะ

ฆ่ายุงที่บินหรือเกาะพักอยู่ แต่ควรใช้เฉพาะในท้องที่ที่มีการระบาดของโรคใช้เลือดออกเกิดขึ้นเป็นประจำหรือท้องที่ที่ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร และมีใช้เลือดออกเกิดขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องลดการแพร่กระจายโรคให้ได้เร็วที่สุด

2.2 วิธีอื่น ๆ เช่น การใช้กระเบื้องซีเมนต์ฆ่าแมลงหรือใช้สวิงโฉบจับยุงที่ชาวบ้านสามารถทำได้เอง

3. การป้องกันตนเองโดยกางมุ้ง ทายากันยุง หรือใช้สารเคมีจุดยาไล่ยุง ซึ่งวิธีนี้มีข้อระมัดระวัง คือ

3.1 อย่าจุดยากันยุงในที่อับ โดยไม่มีอากาศถ่ายเท

3.2 อย่าจุดยากันยุงใกล้อาหาร วัตถุไวไฟ เชื้อเพลิง และในห้องเด็กอ่อนหรือมีผู้ป่วย

3.3 ควรล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับสารเคมี

การป้องกันโรคใช้เลือดออกโดยการควบคุมยุงจะให้ผลดี ต้องผสมผสานกันทั้งการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและการกำจัดยุงตัวเต็มวัย และต้องปฏิบัติให้มีความครอบคลุมสูงที่สุดในชุมชนหนึ่ง ๆ ควรดำเนินการทุกครัวเรือน หากมีการควบคุมที่ดีในครัวเรือนส่วนใหญ่แต่ยังมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบางครัวเรือนยุงพาหะที่เหลือจะมีจำนวนมาก ที่จะทำให้เกิดโรคระบาดได้ นอกจากนี้ยังต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วม และสามารถทำเป็นด้วยตนเอง (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 2, 2544)

การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดกลวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันและควบคุมการระบาดของใช้เลือดออก คือ การควบคุมยุง *Aedes aegypti* ไว้ 4 ประการ คือ

1. การนำฤดูกาลมาใช้ให้เป็นประโยชน์ โดยเริ่มควบคุมตั้งแต่ในฤดูโรคสงบ ซึ่งเป็นขณะที่มีไวรัสวงเวียนอยู่ในชุมชนน้อย หากสามารถกำจัดยุงพาหะให้หมดไป หรือเหลือน้อยที่สุดในระยะเวลาสั้น ย่อมเป็นการตัดการกระจายของเชื้อไวรัสได้เป็นอย่างดี

2. ตัดวงจรการแพร่กระจายของเชื้อ โดยลดความชุกชุมของยุงพาหะให้อยู่ในระดับต่ำที่สุด เพื่อลดการกระจายเชื้อจะไม่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแล้ว ซึ่งก็จะหมดไปจากกระแสเลือดเอง โดยไม่มีโอกาสแพร่ไปยังผู้อื่นต่อไป

3. ควบคุมยุงอย่างเข้มงวดในบริเวณที่จะกระจายเชื้อได้ง่าย เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล เป็นต้น

4. ควบคุมยุงอย่างถาวรในบริเวณที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรค ได้แก่ ชุมชนที่มีผู้คนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เช่น เขตเทศบาล หรือแหล่งชุมชนต่าง ๆ เป็นต้น

การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด

1. นอนในมุ้ง (แม้ว่าจะเป็น เวลาเช้า กลางวัน ปาย หรือเย็น เนื่องจากยุงลายออกหากินในเวลากลางวัน) จะใช้มุ้งธรรมดา หรือมุ้งชุบสารเคมีก็ได้ หรือจะนอนในห้องที่บุด้วยมุ้งลวดก็ได้ แต่ต้องแน่ใจว่าในห้องนั้นไม่มียุงลายเล็ดลอดเข้าไปอาศัยอยู่

2. ใช้ยาทากันยุงกัด ยาเหล่านี้มีทั้งชนิดน้ำ ชนิดผง และชนิดที่เป็นครีม ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติในการไล่ยุงไม่ให้เข้ามาใกล้หรือการใช้เครื่องไล่ยุงไฟฟ้า แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากแผ่นกระดาษชุบสารเคมีที่มีคุณสมบัติไล่ยุงนั้นอาจเป็นอันตรายต่อเด็กอ่อนและทารกได้ รวมทั้งอาจก่อให้เกิดความระคายเคืองเมื่อสัมผัสผิวหนัง รวมทั้งไอรระเหยอาจทำให้เคืองตาด้วย จึงควรศึกษาวิธีใช้ให้เข้าใจก่อนการใช้งาน

3. การกำจัดยุงลาย เมื่อพบว่าในบ้านเรือนที่ชุมเวลากลางวัน ถ้าทำได้อาจหาซื้อสารพ่นยาฆ่ายุงมาใช้ และเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาพ่นสารกำจัดยุงในหมู่บ้านควรให้ความร่วมมือและทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ควรทำอย่างไร เมื่อสงสัยว่าเด็กป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

1. เมื่อพ่อแม่สงสัยว่าลูกเป็นโรคไข้เลือดออก ควรพาไปหาแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อรับการตรวจและรักษา

2. ถ้าเด็กมีไข้ และพ่อแม่ไม่รู้จักยาลดไข้ดีพอ ไม่ควรให้ยาลดไข้เอง ควรใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัว และรีบพาไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ถ้ารู้จักชนิดของยาลดไข้ควรให้กินยาพาราเซตามอลเท่านั้น หากกินยาลดไข้ผิดชนิดอาจทำให้เลือดออกมากขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533)

สัญญาณอันตราย

ถ้าเด็กที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมีอาการต่อไปนี้ พ่อแม่ต้องรีบพาไปพบแพทย์โดยเร็ว เพราะเด็กอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้

1. อาเจียนมาก กินอาหาร หรือดื่มน้ำไม่ได้
2. ซึมหรืออ่อนเพลียมาก
3. อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ หรือมีเลือดกำเดาออกมาก
4. กระสับกระส่าย หน้าซีด ตัวเย็น ไม่ค่อยรู้สึกตัว

การรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข

ประชาชนจะได้รับคำแนะนำและบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ดังต่อไปนี้

1. รับคำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้จากโรงพยาบาล สถานีนอมา้ย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข
2. รับสารเคมีฆ่าลูกน้ำ ทราายที่มีฟอส ได้จากสถานีนอมา้ย หรือเทศบาล
3. รับปลากินลูกน้ำได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์มาลาเรีย หน่วยมาลาเรีย ในบางจังหวัดอาจของรับได้จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือสถานีนอมา้ยได้ด้วย
4. การรับการตรวจรักษาโรคไข้เลือดออกได้จากสถานีนอมา้ย และโรงพยาบาลทุกแห่ง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533)

การสำรวจลูกน้ำยุงลาย

วิธีดำเนินงาน ตรวจดูแหล่งเพาะพันธุ์ในบ้าน และรอบบริเวณบ้านในทั่วทุกซอกทุกมุม จำนวนบ้านที่สำรวจขึ้นอยู่กับพื้นที่และความหนาแน่นของหลังคาเรือน ในการสำรวจจะใช้ไฟฉายส่องดูภายในภาชนะว่ามีลูกน้ำหรือไม่ ถ้าพบลูกน้ำระยะใดก็ตามเพียงตัวเดียวก็ให้ถือว่าภาชนะนั้นมีลูกน้ำและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่ดีของยุงลาย และภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์จะต้องเป็นภาชนะที่มีน้ำขังอยู่เท่านั้น ภาชนะใดไม่มีน้ำขังอยู่จะไม่นับว่าเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ในการสำรวจลูกน้ำนี้จะนับภาชนะทุกชนิด และทุกภาชนะจะต้องจดบันทึกลงในแบบฟอร์มการสำรวจลูกน้ำ และที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ภาชนะที่จัดว่าอยู่ในบ้านเรือน หรือนอกบ้าน ให้ถือเป็นภาชนะยึดชายคาบ้านเป็นหลัก ภาชนะใดอยู่ในชายคาบ้านถึงแม้จะอยู่นอกบ้านก็ให้ถือเป็นภาชนะภายในบ้าน ส่วนภาชนะที่พ้นชายคาบ้านถือเป็นภาชนะนอกบ้านทั้งหมด

เมื่อสำรวจเสร็จให้รวบรวมแบบฟอร์ม และรวมจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ และภาชนะที่ไม่พบลูกน้ำที่ได้จากการสำรวจทั้งหมด จำนวนบ้านที่สำรวจ จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

ดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2536)

Container Index (CI) หรือ Receptacle Index (RI) คือ ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายในจำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด 100 ภาชนะ

$$(CI) \text{ หรือ } (RI) = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายทั้งหมด} \times 100}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}}$$

House Index (HI) คือ จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายในจำนวนบ้านทั้งหมด 100 หลังคาเรือน

$$(HI) = \frac{\text{จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายทั้งหมด} \times 100}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}}$$

การวัดระดับความชุกชุมของยุงลาย

การวัดระดับความชุกชุมของยุงลาย องค์การอนามัยโลกได้แนะนำไว้กว้าง ๆ 2 วิธีคือ

1. Visual Larval Survey คือ สํารวจหาลูกน้ำในภาชนะขังน้ำของแต่ละบ้าน โดยวิธีการสุ่มสํารวจ 50 ถึง 100 บ้านต่อเมืองหรือชุมชน ทั้งนี้เพราะว่า Sheppard (1968) ได้พบว่าลูกน้ำที่พบตามภาชนะทั้งในและนอกบ้านเป็นลูกน้ำยุง *Ae. Aegypti* ถึงร้อยละ 90-98 จากผลการสํารวจจะนำเอาค่าเป็นร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ (House Index: HI) จำนวนร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ (Container Index: CI) ไปเป็นค่าเปรียบเทียบ
2. Adult survey คือ การให้คนเป็นเหยื่อล่อให้ยุงตัวเมียเต็มวัยมาเกาะในช่วงเวลาหนึ่งจับยุงทุกตัวที่มาเกาะแล้วนำไปแยกชนิด และเฉลี่ยเป็นอัตราการจับยุงได้ต่อคนต่อชั่วโมง (Landing Rate) เป็นค่าเปรียบเทียบ

ดัชนีที่ใช้วัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Larval Index)

ในการพิจารณาถึงปริมาณของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนั้น มีดัชนีหลายตัวที่ใช้วัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งจะได้กล่าวถึงเฉพาะตัวดัชนีที่น่าสนใจ ดังนี้คือ

1. Container Index (CI) เป็นดัชนีที่ใช้แสดงถึงร้อยละของจำนวนภาชนะ ที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในทางระบาดวิทยานั้นถือว่าดัชนีนี้ไม่ให้ประโยชน์ต่องานด้านระบาดวิทยามากนัก เพราะครัวเรือนที่มีจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำมากกว่า ซึ่งอาจทำให้การทำนายการเสี่ยงต่อการระบาดของโรคน้อยกว่าหรือมากกว่าที่เป็นจริง
2. House Index (HI) เป็นดัชนีที่แสดงถึงร้อยละของจำนวนครัวเรือน ที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งเป็นดัชนีที่หยาบที่สุดในการทำนายความเสี่ยงในการติดต่อของโรค เพราะไม่ได้คำนึงถึงจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย อย่างไรก็ตามดัชนีนี้มีประโยชน์มากสำหรับนักระบาด และนักกฏวิทยาที่จะทราบว่ามีโอกาสในการเสี่ยงต่อการเป็นโรคใช้เลือดออกในแต่ละที่เป็นอย่างไร
3. Breteau Index (BI) เป็นดัชนีที่แสดงถึงจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายใน 100 ครัวเรือน ซึ่งถือว่าเป็นดัชนีที่ดีที่สุดในการประมาณความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลาย เพราะเป็นการพิจารณาทั้งจำนวนครัวเรือนและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย
4. The Larval Density Index (LDI) เป็นดัชนีซึ่งใช้วัดค่าเฉลี่ยของจำนวนลูกน้ำต่อครัวเรือน
5. Stegomyia Index (SI) เป็นดัชนีที่ใช้วัดภาชนะ ที่พบลูกน้ำยุงลายต่อประชากร 1,000 คน เป็นดัชนีที่ดีอีกตัวหนึ่งสำหรับงานทางด้านระบาดวิทยา แต่ในทางปฏิบัติพบว่าดัชนีตัวนี้มีปัญหาในด้านการสํารวจลูกน้ำ เนื่องจากประชากรซึ่งถูกสํารวจไม่อยู่บ้าน เช่น ต้องไปทำงาน หรือไม่อยู่บ้านเป็นระยะเวลาหนึ่งในช่วงหนึ่ง ซึ่งทำให้ค่าของจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายไม่น่าเชื่อถือ

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นมา เพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติ แตกต่างกันไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ ของโรค วิธีรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยมและอื่น ๆ การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ชอบ หรือไม่พึงปรารถนา

ต่อมา Backer (1975) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อ ของบุคคลที่มีผลประโยชน์โดยตรงต่อคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคล จะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน หรือไม่เหมือนกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้อง ของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วย เป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ใช้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการ เป็นโรค ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวล ต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตาม คำแนะนำได้ Jance และ Becker สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ.1974 ถึง 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันโรคไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ

ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของ พฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ความเข้าใจ ในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Jance และ Becker ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการ รักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิด ความเจ็บป่วยไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิก ในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือและ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าว ข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วงส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชาชน โครงสร้างทางสังคม ทัศนคติ ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ และการ สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน รักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน

ผู้วิจัยเชื่อว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ ของการป้องกัน อุปสรรค แรงจูงใจ และปัจจัยร่วม มีผลในการร่วมมือป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกในชุมชน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนำมาใช้ทำนาย และอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ได้ 3 รูปแบบ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior)
2. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Sick role behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (The Health Belief Model and Preventive Health Behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้เป็นพื้นฐานในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ คาสส์ และคอบป์ อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อเป็นการป้องกันโรคหรือค้นหาโรค ซึ่งจะแตกต่างกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย คือ การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่รู้ว่าตนเองเจ็บป่วย เพื่อที่จะประเมินสุขภาพของตน และค้นหาวิธีแก้ไขให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น ส่วนพฤติกรรมของผู้ป่วยหมายถึง การกระทำของบุคคลที่จะทำให้หายจากการเจ็บป่วยโดยที่รู้ว่าตนเองป่วย ต่อมาเบคเกอร์ และคณะ ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคจนเป็นที่รู้จักและยอมรับของบุคคลทั่วไป

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (The Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน จึงเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

แรงสนับสนุนมีพื้นฐานมาจากผลการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคล จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญ และมีอำนาจเหนือตัวเรา อยู่ตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Caplan (1974) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับ

โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะ
เป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับนั้นต้องการ

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูล หรือข่าวสารที่ทำให้
บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Pilisuk (1982) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึง
การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

จากความหมายหรือคำจำกัดความของบุคคลต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถสรุปความหมาย
ในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่ง (บุญเยี่ยม, 2535) กล่าวไว้ดังนี้

องค์ประกอบหลักที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมมีดังนี้ คือ

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” แรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ให้ความรัก และ
ความหวังดีต่อตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1986) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค (Macro level) เป็นระดับที่พิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วม
ทางสังคมโดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ
ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง (Meso level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคล
ที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดกัน

3. ระดับจุลภาค (Micro level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะถือว่าสิ่งสำคัญ

ของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยาหรือคนรัก

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

Caplan (1974) ได้ทำการศึกษา พบว่า การให้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นตัวช่วยลดความเครียด มีผลต่อร่างกายและจิตใจช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น โดยในกลุ่มคนที่ต้องทำงานและเผชิญกับความเครียดมาก ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเป็นโรคหัวใจสูงกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Langlie (1977) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อเพื่อนบ้านและมีเพื่อนมากจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่น ๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย นอกจากนี้ Backland และ Landwall (อ้างอิงใน บุญเยี่ยม, 2535) ยังพบว่าสาเหตุสำคัญที่คนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาทางด้านพฤติกรรม การวางแผนครอบครัว (บุญเยี่ยม, 2535) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนยอมรับบริการด้านการวางแผนครอบครัวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Caplan et al (บุญเยี่ยม, 2535) ที่พบว่า คนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะไปใช้บริการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลน้อยกว่าที่ได้ศึกษาสภาวะทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่เมืองอลาเมด้า รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลา 9 ปีติดต่อกัน ผลการศึกษา พบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม คือ คนไร้ญาติขาดมิตร จะป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ป่วยว่าคนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ Burgher (อ้างอิงใน Pilisuk, 1985) ยังพบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุน และควบคุมพฤติกรรม โดยผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำ มากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

นอกจากนี้ มัทนา (2532) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 6 นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้แรงงานสนับสนุนทางสังคม และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มละ 50 คน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของหญิงมีครรภ์ และกาญจนา (2534) ได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 150 ราย ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพล

พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สามีและมารดา ซึ่งหญิงมีครรภ์พึงพอใจการสนับสนุนที่ได้รับจากสามีสุงที่สุด และระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยผ่านแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burgler (อ้างอิงใน Pilisuk, 1985) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุน ในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

อัจนา (2531) พบว่า การสนับสนุนและการให้กำลังใจจากผู้ใกล้ชิด ได้แก่ ผู้บังคับการค่ายพระที่ตำรวจในค่ายนับถือ และผู้มีประสบการณ์ในการงดสูบบุหรี่

จันทร์เพ็ญ (2531) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับกลุ่มแม่บ้านในเรื่องบัตรสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือนที่ยังไม่มีบัตรสุขภาพ อำเภอคอนท่อม จังหวัดนครปฐม กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 109 คน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 102 คน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านมีความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการซื้อบัตรสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก สรุปได้ว่าการที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้นั้น แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างดีอันดับแรก และมีความสำคัญรองลงมา คือ กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้น ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง และองค์กรชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก

แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Concept of Participation)

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนหรือคนที่อยู่รวมกันในสังคม นั้น ๆ ได้พัฒนาปัญญา ความรู้ ความสามารถโดยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อม หรือถิ่นที่คนอาศัยอยู่ สำหรับความหมายของการมีส่วนร่วม ได้มีผู้นิยามไว้ดังนี้

สหประชาชาติ (UNITED ANTIIONS) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ของประชาชนไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการกระทำ และเกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่าง ๆ คือ การเป็นการกระทำ โดยสมัครใจ เกี่ยวกับจุดประสงค์ทางสังคมและการจัดสรรทรัพยากร

นิรันดร์ (2531) หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลหนึ่งใน สถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าให้กระทำการ เพื่อบรรลุ จุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น ทั้งยังทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนี้ด้วย

ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ได้มีผู้นำแนวคิดและผลการศึกษาไว้ ดังนี้ ธวัช (2527) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของชาวเขาในการพัฒนา หมู่บ้านตัวอย่างของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมสามารถจัดลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด คือ ร่วมสละแรงงานร่วมสมทบวัสดุ อุปกรณ์กับร่วม ดูแลรักษาและทำนุบำรุง ร่วมประชุม ร่วมเป็นสมาชิก ร่วมชักชวนเพื่อนบ้าน ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมประเมินผลและติดตามผล ร่วมประสานงาน ร่วมรับผิดชอบ และร่วมสละเงิน

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, 1981) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ คือ

การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง ซึ่งเป็นไปโดยการอาสาสมัคร หรือการรวมตัวกันขึ้นเอง เพื่อแก้ปัญหาของตนเอง โดยเน้นการกระทำที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งมีรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

การมีส่วนร่วมแบบชักนำซึ่งเป็นการเข้าร่วม โดยต้องการความเห็นชอบ หรือสนับสนุน โดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบโดยทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา

การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินนโยบายของรัฐบาล ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ได้รับผลระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1981) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วม ที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์แท้จริง ซึ่งจะต้องประกอบได้ด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดกลวิธีการติดตามประเมินผลและที่สำคัญ คือ การร่วมตัดสินใจด้วยในทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โดยจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรรควบคุมการเงิน

และการบริหาร การร่วมใช้ผลประโยชน์ ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเป็นการยกระดับการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม การได้รับผลประโยชน์ประชาชนต้องได้รับการจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่านั้น

รูปแบบของการมีส่วนร่วมจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบด้วยกัน คือ

1. รูปแบบโดยเนื้อหา หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยการเข้าร่วมการตัดสินใจ และกำหนดแผนเข้าร่วมในการกระทำ เข้าร่วมในการรับผลประโยชน์ และเข้าร่วมในการประเมินผลของการกระทำ

2. รูปแบบโดยการจัดรูปความสัมพันธ์ หรือการจัดรูปขององค์กร หมายถึง การที่ประชาชนจะเข้ามาร่วมในเนื้อหาข้างต้นด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในชุมชน และภายนอกชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นการมีส่วนร่วมโดยการสมัครใจไปเอง การมีส่วนร่วมแบบชักจูง การมีส่วนร่วมแบบถูกบังคับ และความสัมพันธ์ในรูปแบบข้างต้นอาจเป็นแบบมีตัวแทนในการเข้าร่วมก็ได้

3. รูปแบบโดยกิจกรรม หมายถึง การที่ประชาชนจะเข้าร่วมโดยมีเนื้อหา และความสัมพันธ์ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบการแข่งขัน รูปแบบไม่แข่งขัน หรือแบบเฉื่อยชาก็ได้

สรุปแนวความคิดด้านการมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามาร่วมในกิจกรรมตามบทบาทของตนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น ๆ และสอดคล้องกับประโยชน์ที่เขาเหล่านั้นจะได้รับ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการกำกับหรือสนับสนุน (Sponsored Participation) โดย ราชการ ดังนั้นปัจจัยที่อาจมีผลต่อความแตกต่างของการมีส่วนร่วมจึงมาจากทั้งฝ่ายชุมชนเองและจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของรัฐในระบบราชการ สำหรับในการศึกษานี้ จะศึกษาเฉพาะปัจจัยฝ่ายชุมชน คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเท่านั้น

ขั้นตอนและลักษณะของการมีส่วนร่วม

ได้มีผู้ทีกล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้หลายประการ ดังนี้

เจิมศักดิ์ (2533) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาจากชาวบ้าน
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

พัฒนา (2527) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องมีขึ้นโดยตลอดตั้งแต่การวางแผนโครงการ การเสียสละกำลัง แรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรใด ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน

แนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Concept of Participation)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการที่จะพัฒนาครอบครัว กลุ่มละแวกบ้าน ชุมชน ตลอดจนสังคมให้มีการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้เจริญก้าวหน้าขึ้น (นิรันดร์, 2531) กล่าวว่า เกิดจากแนวคิดความคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความสนใจและห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจ และความห่วงกังวลซึ่งบุคคลบังเอิญเห็นพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น ผลักดันให้พุ่งไปสู่การรวมกลุ่ม วางแผนและลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงในร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่พึงปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้ จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มกระทำที่ตอบสนองความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

เงื่อนไขการมีส่วนร่วม (Conditions of Participation)

นิรันดร์ (2531) ได้กล่าวถึงเงื่อนไขการมีส่วนร่วมอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to participation)
2. ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to participation)
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to participation)

หากไม่ได้รับอิสรภาพ ไม่มีความสามารถ และไม่เต็มใจแล้วไซ้ การมีส่วนร่วมของประชาชนจะไม่เกิดเลย

นอกจากนี้ความสำเร็จของการมีส่วนร่วม ยังขึ้นกับเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

1. ประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วม กิจกรรมการมีส่วนร่วมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ฉุกเฉิน
2. ประชาชนต้องไม่เสียเงินทองค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากเกินไปที่เขาประเมินผลตอบแทนที่จะได้รับ
3. ประชาชนต้องมีความสนใจที่สัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น
4. ประชาชนต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องกันทั้งสองฝ่าย
5. ประชาชนต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือสถานภาพทางสังคม หากจะมีส่วนร่วม

รูปแบบของการมีส่วนร่วม (Types of Participation)

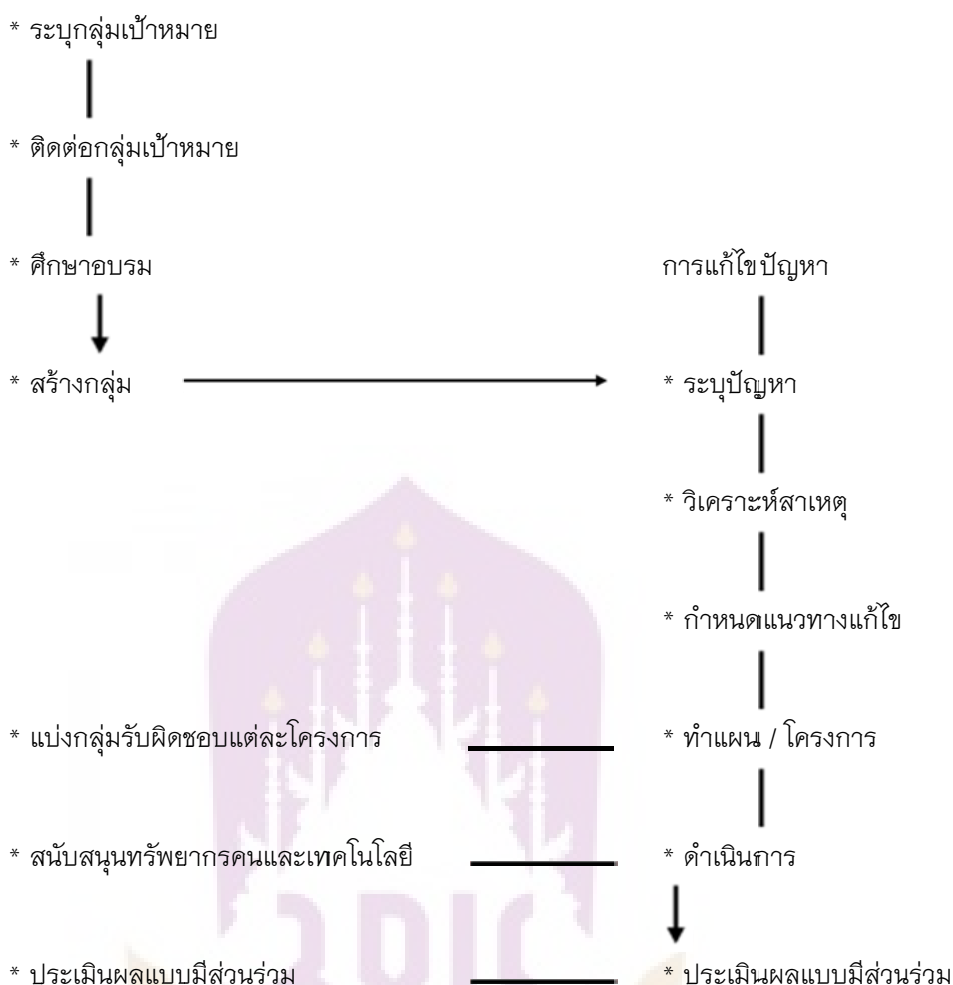
รูปแบบของการมีส่วนร่วมตามที่นักวิชาการศึกษาได้เสนอไว้มีหลายรูปแบบ ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันไม่มากนัก พอสรุปได้ดังนี้ คือ

นงเยาว์ (2537) กล่าวว่ารูปแบบของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม หมายถึง การเป็นผู้สัมภาษณ์ (Interviewer) ผู้ชักชวน (Solicitor) ผู้ใช้แรงงาน (Manual Worker) รวมทั้งเป็นผู้ค้นหาความช่วยเหลือสนับสนุนในผลของการกระทำ

มาตรการมีส่วนร่วม

Kaperson และ Breitbart (1974) ได้เสนอมาตรการระดับแรกของการจำแนกว่าการกระทำอะไรจึงถือเป็นการมีส่วนร่วม ซึ่งพอสรุปได้ 3 ประการ การกระทำโดยแต่ละบุคคลมิใช่เป็นการกระทำโดยกลุ่ม ซึ่งอาจจะทำให้การวิเคราะห์หรือการได้ข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง เพราะการแสดงออกของแต่ละบุคคลในกระบวนการมีส่วนร่วม จะมองเห็นได้ถึงค่านิยม การรับรู้และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ กิริยาที่ว่าเป็นการมีส่วนร่วม เช่น กิริยาที่แสดงต่อผลของการกระทำนั้น โดยตรงของแต่ละบุคคล ความหนาแน่นของการกระทำซึ่งแสดงออกโดยการร่วมปฏิบัติที่บ่อยครั้ง ระยะเวลาของกิจกรรมที่ยาวนานหรือความผูกพันที่มีแรงจูงใจต่อการกระทำคุณภาพของการเข้าร่วม ซึ่งดูจากผลและผลกระทบของการกระทำในเบื้องต้น เช่น ความรับผิดชอบ การตัดสินใจ และการเปิดกว้างยอมรับความสามารถและความคิดเห็น และมีการประเมินผล

ประพนธ์ และอลิศรา (2534) ได้สรุปการบริหารจัดการการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมไว้ในเอกสารประกอบการอภิปราย เรื่อง รูปแบบและตัวอย่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานและความจำเป็นพื้นฐานไว้ดังนี้



ภาพ 3 แสดงกระบวนการบริหารจัดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม “ผู้นำ”
ตระหนักถึงปัญหาและมีภาพพจน์ของการพัฒนา

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเกิดการมีส่วนร่วมนั้นมีผู้เสนอปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ดังนี้

Kaufman (1949) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ และความยาวนานในการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชน

Singh (อ้างอิงใน นงเยาว์, 2537) ได้สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางสังคม ไว้ว่า มีปัจจัยถึง 32 ตัว ที่มีส่วนกำหนดระดับของการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ประกอบด้วย อายุ เพศ สุขภาพ ระยะเวลาการอยู่อาศัยในชุมชน ระยะห่างของการตั้งบ้านเรือน

ขนาดของครอบครัว มาตรฐานทางสังคมของครอบครัว ระดับการศึกษา ระดับของความเป็นอยู่ การครอบครองที่ดิน ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติและสัญชาติ พื้นเพของครอบครัว ลำดับชั้นทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคล การปรับตัวทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา ความสนใจ ความฉลาดเฉลียว การอบรมทางพฤติกรรม ทักษะคติ ขาวสารและการติดต่อ ค่านิยมทางสังคม ความเชื่อในตนเอง ความเชื่อและการแสดงออกทางพฤติกรรม ความพึงพอใจ การแสดงตัว ประสบการณ์ หลักยึดถือประจำใจ การเป็นผู้นำและการตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรม

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

1. ทฤษฎีจิตวิทยาสังคม (Theory of Social Psychology)

Maslow (อ้างอิงใน นงเยาว์, 2537) แรงจูงใจ (Motivation) ของการกระทำของมนุษย์ไว้หลายประการ และได้อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจ ความต้องการเหล่านี้ถูกจัดลำดับชั้นของความต้องการจากน้อยไปหามาก เมื่อความต้องการใดเกิดขึ้นแล้วไม่ได้รับการบำบัดเพียงพอ ความต้องการเหล่านั้นก็ยังคงอยู่ และจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมโน้มไปในทางที่จะบำบัดความต้องการเหล่านั้นอยู่เสมอ

Maslow ได้อธิบายว่า ความต้องการพื้นฐานที่ทำให้คนเราแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีอยู่ 5 ประการด้วยกันและแยกออกเป็นระดับต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ถือเป็นความต้องการขั้นแรกสุด
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs)
3. ความต้องการความรัก (Love or belonging needs)
4. ความต้องการการยกย่องนับถือจากคนอื่นหรือมีเกียรติในสังคม (Esteem needs)
5. ความต้องการประสพผลสำเร็จ (Self-actualization needs) ต้องการแสดงความสามารถของตนเองให้ประจักษ์แก่ผู้อื่น

จากทฤษฎีดังกล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เห็นพ้องต้องกัน และเข้ารับผิดชอบ หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในทางที่ต้องการ โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของการมีความสำนึกในชนชั้นในหน้าที่ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ได้สรุปแนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมได้ ดังต่อไปนี้

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคใช้เลือกออก หมายถึง ความร่วมมือของประชาชนหรือกลุ่มคนเข้าร่วมมือกันในการดำเนินการตามกิจกรรมดังต่อไปนี้

การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แบ่งเป็น

1. วิธีทางชีวภาพ ได้แก่ การปกปิดภาชนะเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ การคว่ำภาชนะที่ยังไม่ใช้ประโยชน์ การทำลายวัสดุที่ขังน้ำได้ การเปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกัน จานรองกระถางต้นไม้ จานรองขาตู้กับข้าวทุก ๆ 7 วัน การใช้กับดักลูกน้ำยุงลาย การนอนในมุ้งหรือใช้มุ้งลวด

2. วิธีทางเคมี ได้แก่ การใส่ทรายที่มีฟอสในภาชนะเก็บน้ำ/จานรองขาตู้กับข้าว การใส่เกลือหรือน้ำมัน น้ำส้ม น้ำเต๋อดในจานรองขาตู้กับข้าว และการพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย เป็นต้น

นอกจากการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแล้ว ประชาชนยังต้องรู้จักป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด โดยการนอนในมุ้งหรือใช้มุ้งลวด การใช้ยาป้องกันแมลง เช่น ยาทากันยุง ยาฉีดกำจัดแมลง ยาจุดกันยุง เป็นต้น

2. การมีส่วนร่วมกิจกรรมนอกบ้าน

ได้แก่ การร่วมรณรงค์ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ใช้เลือดออก รณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ใส่ทรายที่มีฟอส พ่นหมอกควันทั้งในชุมชนและในโรงเรียน การร่วมกันจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ให้ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก รายบุคคล รายกลุ่ม หอกระจายข่าว เสียงตามสาย ใบปลิว แผ่นพับ ร่วมบริจาคเงินเพื่อจัดซื้อ วัสดุน้ำมันเชื้อเพลิง ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก

ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประเพณี และอริศรา (2534) มาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้ คือ



ภาพ 4 แสดงการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม

ที่มา: ประพนธ์ และอลิศรา (2534)

การสร้างพลัง

การสร้างพลังเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุ และความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณ มีการมองภาพกลุ่มหรือชุมชนของตนที่ควรจะเป็น และร่วมกันพัฒนามากวิธีที่จะแก้ไขปัญหเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

ความสำคัญของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง เป็นการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง โดยให้ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณ การมองภาพสังคมที่ควรจะเป็นและการพัฒนามากวิธีที่จะแก้ไข

ปัญหาอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ การจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดพลัง (Empowerment) ในคนแต่ละกลุ่ม

การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่บุคคลและชุมชน มีความสามารถในการควบคุม และร่วมกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งแนวคิดการสร้างพลัง มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่พบว่าบุคคลและสังคมรอบข้างจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา บางครั้งบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือชีวิตของตนได้โดยลำพังเพราะได้รับผลกระทบจากสังคมรอบข้าง ไม่ได้รับความร่วมมือสนับสนุนหรือขาดการเห็นพ้องจากกลุ่มบุคคลในสังคม

แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง จะเน้นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในระดับบุคคล และส่งเสริมการรวมกลุ่มกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม การศึกษาเพื่อสร้างพลังจึงเป็นแนวคิดที่สมควรนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษา แทนแนวคิดเดิมที่เคยให้ผู้เรียนมีความรู้ในเรื่องทางการแพทย์ที่ไม่มีความสำคัญหรือจำเป็นสำหรับผู้เรียน และเน้นการให้ผู้เรียนทำตามบอกโดยมิได้คำนึงถึงสภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขอื่น ๆ ของผู้เรียนว่าสิ่งที่แนะนำให้ปฏิบัติเหมาะสมกับผู้เรียนหรือไม่

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้ประยุกต์การศึกษาเพื่อสร้างพลัง โดยนำมาใช้สร้างพลังให้กับชุมชน โดยมุ่งให้ชุมชนตระหนักในความสำคัญของปัญหาสุขภาพ มีการร่วมมือกันในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือจัดสภาพแวดล้อม หรือบริการที่มีผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนในเรื่องใช้เลือดออก

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รุ่งทิพย์ (2532) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคใช้เลือดออก โดยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกและใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม พบว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับโรคใช้เลือดออกมี 3 ส่วน คือ

1. ชาวบ้านจะพบถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ความตระหนักในอันตรายของปัญหา ตลอดจนการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค

2. ผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนส่วนหนึ่งไม่ค่อยทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวมมากนัก ถ้าทำให้ผู้นำชุมชนทราบถึงปัญหา ยอมรับปัญหา จนกระทั่งมอบหมายบทบาทหน้าที่จนเป็นที่ชัดเจนดีแล้ว กลุ่มผู้นำจะกลายเป็นกลุ่มที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน

3. เจ้าหน้าที่ของรัฐ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล) เจ้าหน้าที่มีงานรัดตัวมาก ทำให้รูปแบบการทำงานในชุมชน มักจะเป็นการชี้แนะจัดทำโดยเร็ว ซึ่งเป็นรูปแบบที่เห็นผลชัดเจน

ในระยะสั้นแต่ไม่ค่อยคงทนในระยะยาว ถ้าเจ้าหน้าที่ที่ยอมรับชาวบ้านมีความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหรือฝ่ายสนับสนุน คาดว่ากิจกรรมที่มาจากชาวบ้านน่าจะเหมาะสมกว่า

สีลม และคณะ (2538) ได้สำรวจความหนาแน่นของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในหมู่บ้านชนบท 4 แห่งของจังหวัดสงขลา โดยแต่ละหมู่บ้านได้ทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง 2 ครั้ง คือ ในฤดูแล้งในเดือนมีนาคม และในฤดูฝนในเดือนตุลาคม ระหว่าง พ.ศ. 2538-2539 ผลการสำรวจ พบว่าในฤดูฝนความหนาแน่นของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้เพิ่มสูงขึ้น Breteau Index เพิ่มจาก 64.1 เป็น 117.8 โดยเฉพาะยุงลายป่าที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 ของจำนวนภาชนะที่สำรวจเป็นร้อยละ 10.9 และจากการสัมภาษณ์ถึงความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติเพื่อควบคุมยุงลายยังไม่ดีเท่าที่ควร มีหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 44.0 ที่ไม่ทราบอาการของโรคไข้เลือดออก และร้อยละ 40.7 ไม่ทราบการติดต่อของโรคและมีเพียงร้อยละ 17.7 ที่เคยใช้ทรายอะเบทควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

เพียงเพลิน (2540) ได้ศึกษาการประเมินประสิทธิภาพผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) จังหวัดสมุทรสงครามตามโครงการเร่งรัดการควบคุมยุงลายนำใช้เลือดออกปี 2540 โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดความชุกชุมของยุงลาย เป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักให้ความร่วมมือดำเนินการควบคุมยุงลายโดยผ่านงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การประเมินผลสำเร็จของโครงการวัดจากความครอบคลุมการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย โดยใช้เฉพาะค่า Breteau Index (BI) ในหมู่บ้านที่ดำเนินการมีค่าน้อยกว่า 75 และจำนวนผู้ป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้านที่ไม่ดำเนินการ

อัญชนา และคณะ (2540) ได้ศึกษาการนำกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมไปควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม พบว่า ชุมชนได้ร่วมมือกันกำหนดมาตรการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ภายในชุมชน และจากการสำรวจทางกีฏวิทยา พบว่า ค่า Breteau Index ลดลง ประชาชนในชุมชนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาของชุมชน ยอมรับร่วมมือที่จะแก้ไขปัญหา

จารุณี (2542) ได้ศึกษาประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยนักเรียนประถมปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 74 คน เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้กับกลุ่มทดลอง 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและแบบสำรวจก่อนและหลังการทดลอง และนำมาวิเคราะห์ด้วย

สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกลินี (2542) ได้ศึกษาการประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยผ่านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 77 คน เป็นกลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 41 คน โดยให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการควบคุมลูกน้ำยุงลาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลดีในการควบคุมลูกน้ำยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมากกว่าก่อนการทดลอง

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในตัวบุคคลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำและอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วมและการสร้างพลังมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการจัดเวทีการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน โดยให้แกนนำชุมชนได้รับทราบปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา และมีการประเมินผลโดยชุมชนเองเพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลายและไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Pretest-Posttest Comparison Static Group Design

กลุ่มทดลอง O_1 -----X----- O_2

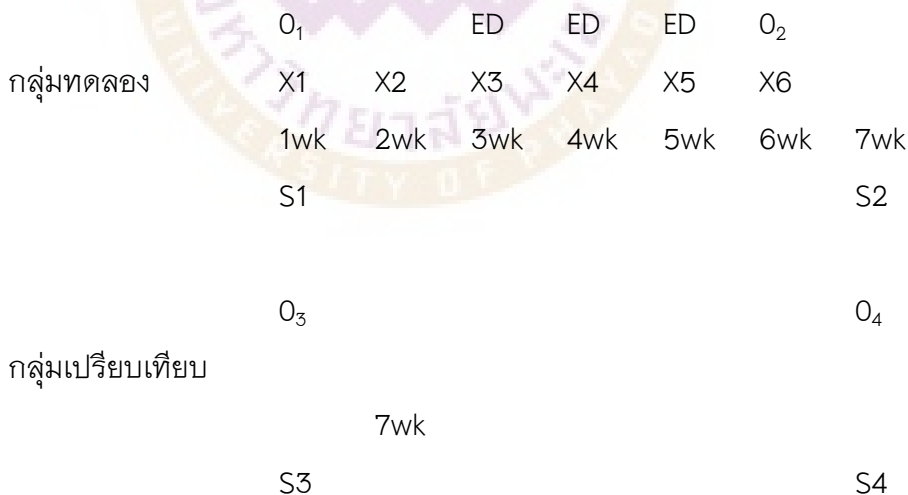
กลุ่มเปรียบเทียบ O_3 ----- O_4

O_1, O_3 หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลก่อนจัดกิจกรรมการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

X หมายถึง การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

O_2, O_4 หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลภายหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

แผนภูมิการทดลอง



O_1, O_3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเก็บข้อมูลเบื้องต้นด้วยแบบสัมภาษณ์เรื่องความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

S1, S3 หมายถึง การสำรวจข้อมูลดัชนีทางกีฏวิทยา และสัดส่วนของการสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

X1 หมายถึง ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ การจัดทำเวทีเพื่อให้ชุมชน ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกสภาเทศบาล ครู กรรมการวัด กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพประจำครัวเรือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีการรับทราบปัญหา สถานการณ์การเกิดโรค และเห็นความสำคัญของปัญหา และมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา จัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยพัฒนาและใช้แผนการเรียนรู้แบบสร้างพลัง (Empowerment) มีการแบ่งกลุ่มของชุมชนออกเป็นกลุ่มตามคุ้มบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบ และมีแกนนำชุมชนต่าง ๆ แทรกอยู่ตามคุ้มบ้านนั้น โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยการเรียนรู้ (Facilitators) เป็นผู้ช่วยการเรียนรู้ประจำกลุ่ม โดยให้แต่ละกลุ่มได้มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่องสาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกันและควบคุมโรค หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มได้มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไข การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอและกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้านในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

X2 และ X3 หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามข้อตกลงที่ชุมชนเป็นผู้กำหนด ได้แก่ การจัดทำเวทีชาวบ้าน การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างคุ้มเป็นผู้สำรวจลูกน้ำยุงลาย ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่ สื่อเอกสารต่าง ๆ การประชาสัมพันธ์ทางรถเคลื่อนที่ หรือหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ทนายอาสา ปลายางนกยูง นัายาพ่นหมอกควัน หรืออื่น ๆ ที่ชุมชนไม่สามารถจัดหาเองได้

X4 หมายถึง การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงครั้งใหญ่พร้อมกันทั้งหมู่บ้าน

X5 หมายถึง การประเมินผลการดำเนินงานของชุมชน ตามเกณฑ์ที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดไว้

X6 หมายถึง การสรุปผลการดำเนินงาน การให้รางวัล และการปฏิญาณตนของชุมชน ในการที่จะดำเนินการในการมีส่วนร่วมที่จะป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนตลอดไป

ED หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการกระตุ้นเตือนและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกทางรถประชาสัมพันธ์ หรือหอกระจายข่าว และเอกสารเผยแพร่ความรู้ต่าง ๆ

O2, O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง
S3, S4 หมายถึง การสำรวจข้อมูลดัชนีทางกีฏวิทยาและสัดส่วนของลูกน้ำยุงลาย
ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ หลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนทุกครัวเรือน
ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่ 13 หมู่ 18 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง ในตำบลบ้านต๋อม
คือ หมู่ที่ 13 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เป็นกลุ่มทดลอง
2. คัดเลือกหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการคัดเลือกชุมชนหมู่บ้านที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกับหมู่ที่ 13 ตำบลบ้านต๋อม คือ หมู่ที่ 18 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
ซึ่งมีพื้นที่ใกล้เคียงกับหมู่ที่ 13 และมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเหมือนกัน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสำรวจ ในหมู่ที่ 13 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 116 หลังคาเรือน เก็บข้อมูลประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือน
ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ตามบ้านเลขที่ของตัวแทนครัวเรือน จำนวน 60 หลังคาเรือน และ
เก็บข้อมูลในหมู่ที่ 18 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 120 หลังคาเรือน
ด้วยวิธีเดียวกัน สัมภาษณ์และสำรวจตัวแทนครัวเรือนที่จับสลากได้ จำนวน 60 หลังคาเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจซึ่งมี
รายละเอียด ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์ โดยที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบสัมภาษณ์ของ ดวงผา วาณิชรักษ์
ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขต
อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส
จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรค
ไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำถามมีลักษณะเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบและ
แบบปลายปิด จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจำนวน 16 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-16 คะแนน ลักษณะคำถามตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ไม่ทราบได้ 0 คะแนน ประยุกต์ใช้ตามหลักของ Bloom (1968)

ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ	60 ของคะแนนเต็ม
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	60 – 80 ของคะแนนเต็ม
ระดับสูง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	81 – 100 ของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน 14 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 14-42 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติของ ลิเคิท (Likert Scale) เพราะผู้ถูกวัดส่วนใหญ่มีความรู้ระดับประถมศึกษาลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความด้านบวกและด้านลบ โดยให้ผู้ตอบเลือกประมาณค่า 3 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่แสดงทัศนคติทางบวก		ข้อความที่แสดงทัศนคติทางลบ	
Positive Statement		Negative Statement	
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2	ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1	ไม่เห็นด้วย	3

แบ่งระดับของเจตคติโดยใช้ช่วงคะแนน ซึ่งประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์ของ Best (1977) และ Daniel (1995) ดังนี้คือ

$$\begin{aligned} \text{Maximum score} - \text{Minimum score} &= 3 - 1 \\ \text{Number of level} &= 3 \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

จะแบ่งระดับเจตคติได้ดังต่อไปนี้

ระดับเจตคติ	ช่วงคะแนน
เชิงลบ	1.00-1.67
เป็นกลาง	1.68-2.35
เชิงบวก	2.36-3.00

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการมีส่วนร่วมในชุมชน กำหนดขอบเขตเนื้อหาโดยมีหลักเกณฑ์ เน้นกลวิธีที่ที่กลุ่ม

ตัวอย่างสามารถกระทำหรือปฏิบัติทั้งที่บ้าน วัด โรงเรียน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน ไม่ว่าจะปฏิบัติตามลำพังหรือปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่น จำนวน 21 ข้อ จะมีข้อคำถามแบบมีตัวเลือก ให้เลือกตามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 อันดับตัวเลือก โดยเลือกคำตอบเดียว

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของแต่ละคน ใช้วิธีปรับคะแนนให้เป็นฐานเดียวกัน โดยใช้ฐานร้อยละ คือ การเอาคะแนนจริงคูณร้อยละและหารด้วยคะแนนทั้งหมด ในการแปลผลคะแนนนั้น ประยุกต์จากแนวคิดการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1968: 47-62) มี 5 ระดับดังนี้

ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ	คะแนนร้อยละ	0-49
ผ่าน	คะแนนร้อยละ	50-59
ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ	60-69
ระดับดี	คะแนนร้อยละ	70-79
ระดับมาก	คะแนนร้อยละ	80-100

แต่ในการวิจัยครั้งนี้ต้องการวัดพฤติกรรมเท่านั้น จึงปรับให้สอดคล้องดังนี้

ระดับสูง	คะแนนร้อยละ	80-100
ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ	60-79
ระดับต่ำ	คะแนนร้อยละ	0-59

1.2 แบบบันทึกผลการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่บ้าน และโรงเรียน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน เป็นแบบบันทึกจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย แปลผลโดย

1.2.1 ใช้ดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (House Index) วัดได้จากจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย หารด้วยจำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด คูณด้วยร้อยละ

1.2.2 ใช้สัดส่วนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (Container Index) วัดได้จากจำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย หารด้วยจำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด คูณด้วยร้อยละ

โดยมีเกณฑ์ชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกปี 2550 ดังนี้

HI และ CI < 10: ดี

HI < 75 และ CI < 20: พอใช้

HI > 75 และ CI > 20: ปรับปรุง

2. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชน มีดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ประกอบในการจัดการประชุมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย ความเป็นมาของการจัดประชุมการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้แกนนำชุมชนรับทราบสถานการณ์โรค มีการสร้างความตระหนักให้ควมรู้เรื่องสาเหตุ การติดต่อ อากาศ การรักษา การป้องกันและควบคุมโรค โดยใช้กระบวนการสร้างพลังให้แกนนำชุมชนที่เคยมีบุคคลในบ้านป่วยเป็นโรคใช้เลือดออกมาเล่าถึงลักษณะอาการที่เป็น และการรักษาที่ได้รับ และมีการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค มีการระดมความคิดในการวางแผนของหมู่บ้านที่จะกำหนด กิจกรรมเพื่อให้หมู่บ้านของตนเองเป็นหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย และไม่มีผู้ป่วยใช้เลือดออกโดยมีเกณฑ์ชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่

2.1.1 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนเป็นดังนี้

1) ชุมชน มีจำนวนหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายได้ไม่เกินร้อยละ 10 (HI และ CI < 10)

2) อาคารสถานที่อื่น ๆ มีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายใน โรงเรียน และอาคารสถานที่อื่น ๆ ได้ไม่เกินร้อยละ 10 (CI < 10)

2.1.2 มีแผนการดำเนินงานที่เกิดจากการประชุมวางแผนร่วมกัน ขององค์กรในชุมชน

2.1.3 มีกิจกรรมควบคุมลูกน้ำยุงลายอย่างน้อยทุกสัปดาห์ทุกหลังคาเรือน และร่วมประสานงาน หรือร่วมปฏิบัติการกำจัดยุงตัวเต็มวัยก่อนฤดูการระบาดของในหมู่บ้าน

2.2 วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีดังนี้

2.2.1 คู่มือการมีส่วนร่วมของชุมชนเรื่องโรคใช้เลือดออก

2.2.2 แผนภูมิวงจรชีวิตของยุงลาย

2.2.3 ตัวอย่างบ้าน โรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย

2.2.4 วัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้ทำกลุ่มสัมพันธ์

2.2.5 ตัวอย่างทรายอะเบท น้ำยาฟ่นเคมี เครื่องพ่นเคมี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตัวผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยได้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เพื่อนำไปพบกับผู้นำชุมชนของชุมชนที่จะดำเนินการทั้ง 2 หมู่บ้าน เพื่อนัดวันเข้าไปดำเนินการ

ขั้นก่อนทดลอง

1. ประชุมชี้แจงที่มหาวิทยาลัยกระบวนกรเพื่อชี้แจงแบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจ และกำหนดเขตละแวกบ้านที่จะดำเนินการสัมภาษณ์และสำรวจ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบตามละแวกบ้านเป็นผู้นำทาง

2. สัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และพฤติกรรมกรปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

3. สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่บ้าน และหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนด้วยแบบสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ

ขั้นทดลอง

1. กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2

จัดอบรมโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออก โดยการจัดเวทีให้ชุมชน โดยมีแกนนำต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพประจำครัวเรือน ในหมู่ที่ 13 ตำบลบ้านต๋อม จำนวน 15 คน ให้เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยมีกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. กิจกรรมละลายพฤติกรรม
2. มีการรายงานความเป็นมาของการดำเนินการจัดประชุมโครงการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการดำเนินการในครั้งนี้
3. มีการรับทราบสถานการณ์การเกิดโรคใช้เลือดออกของหมู่บ้าน
4. มีการสร้างความตระหนัก เรื่อง “ใครผิด” โดยใช้บทความกรณีการเสียชีวิตด้วยโรคใช้เลือดออกของน้อยปาล์ม เพื่อให้แกนนำชุมชนได้เห็นโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค และเห็นผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก และให้แกนนำที่เคยมีคนในบ้านป่วยด้วยโรคใช้เลือดออกออกมาเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ พร้อมกับมีการอภิปรายกลุ่ม
5. กิจกรรมเกมแก้ปัญหา
6. กิจกรรมโยนโยโรคร้าย แบ่งกลุ่มตามคุ้มบ้าน เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ การติดต่อ

การป้องกันและควบคุมโรค โดยใช้แผนภูมิวงจรชีวิต เป็นสื่อในการเรียนรู้ มีการนำเสนอ และสรุปผลโดยมี Facilitators เป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม

7. กิจกรรมระดมความคิด เพื่อให้ชุมชนได้ร่วมกันคิดกิจกรรมที่จะดำเนินการในหมู่บ้าน วัด และโรงเรียน โดยกำหนดวัน เวลา สถานที่ ผู้รับผิดชอบ การประเมินผล และสิ่งสนับสนุนที่ต้องการ และมีการนำเสนอ กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้านที่จะดำเนินการต่อไป (ใช้เวลาตั้งแต่ 08.00 น.–16.30 น.)

2. กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 3

มีการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ชุมชนเป็นผู้กำหนด โดยมีการจัดทำเวทีชาวบ้าน โดยเชิญชาวบ้านในหมู่ที่ 13 ตำบลบ้านด้อม เข้ามาร่วมประชุมรับทราบแผนปฏิบัติการที่แกนนำชุมชนในหมู่บ้านได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนดังกล่าว ให้ประชาชนได้รับทราบและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในระดับหมู่บ้าน พร้อมกันนี้ได้ให้ชาวบ้านได้เกิดการเรียนรู้โดยใช้การสร้างพลัง ใช้แผนภูมิวงจรชีวิตของยูงลาย เพื่อให้ตัวแทนครัวเรือนได้ร่วมกันค้นหาสาเหตุ การติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคในบ้านเรือนของตนเอง มีการกำหนดวันรณรงค์บ้าน วัด โรงเรียน และชุมชนปลอดลูกน้ำยูงลาย มีการกำหนดวันประเมินผล กำหนดตัวบุคคลที่จะเป็น ผู้ประเมิน กำหนดแบบประเมินผลและวันเวลาที่จะทำการประเมิน (ใช้เวลาตั้งแต่ 09.00 น.–12.00 น.)

3. กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 4

1. มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ทางหอกระจายข่าวสาร และกระตุ้นเตือนให้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และมีการส่งเอกสารความรู้ให้แก่ทุกหลังคาเรือน

2. มีการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพร้อมกันทั้งบ้าน วัด โรงเรียน และหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน (ใช้เวลา 09.00 น.–12.00 น.)

4. กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 5

มีการประเมินผลการดำเนินงานของชุมชน โดยการเยี่ยมติดตามครัวเรือน สัมภาษณ์ชี้แจงความซุกซมของลูกน้ำยูงลายที่บ้าน และหน่วยงานต่างในชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ประชาชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบบ้านในแต่ละคุ้ม

5. กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 6

มีการสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมกับให้คำแนะนำในส่วนที่ยังเป็นปัญหาของหมู่บ้าน เพื่อที่จะได้ร่วมมือกันแก้ไขให้ดีขึ้นเป็นระยะ ๆ และทำอย่างต่อเนื่องจนสามารถเป็นหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยูงลาย

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้าน ภายหลังจากจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ครั้งที่ 5 รวมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดย

1. สัมภาษณ์เพื่อทดสอบความรู้ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการ ร่วมมือกันป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

2. สสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้วยแบบสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ด้วย เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ซึ่งผู้วิจัยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. ข้อมูลทางชีวสังคม วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติ Independent-Samples t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่อง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดี ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-square test)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยวิเคราะห์ค่า ความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-square test)

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) โดยได้ใช้แบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างพลัง (Empowerment) เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันของแกนนำต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง ในการที่จะร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการ จัดโปรแกรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนในชุมชน จำนวน 120 คน เป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน มีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังทดลอง โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และทำการสำรวจดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ทั้งที่บ้าน วัด โรงเรียน และหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก การเป็นสมาชิกผู้นำชุมชน การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยใช้ความถี่และร้อยละ

ส่วนที่ 2 จำนวนร้อยละของระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดี

และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

1. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายนอก กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน พบว่าในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.7 และ 45.0 ตามลำดับ และรองลงมาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 35-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 30.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรสทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 85.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 และ 46.6 ตามลำดับ รองลงมา มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 31.7 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา

สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	29	48.3	36	60.0
หญิง	31	51.7	24	40.0
อายุ				
15 - 24 ปี	6	10.0	3	5.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
25 - 34 ปี	25	41.7	27	45.0
35 - 44 ปี	21	35.0	18	30.0
45 ปีขึ้นไป	8	13.3	12	20.0
ศาสนา				
พุทธ	60	100	60	100
คริสต์	0	0.0	0	0.0
อิสลาม	0	0.0	0	0.0
สถานภาพสมรส				
โสด	12	20.0	8	13.3
คู่	44	73.3	51	85.0
หม้าย/หย่า/แยก	4	6.7	1	1.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1 คน	0	0.0	0	0.0
2 คน	12	20.0	19	31.7
3 คน	37	61.7	28	46.6
4 คน	8	13.3	12	20.0
5 คนขึ้นไป	3	5.0	1	1.7

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 66.7 ตามลำดับ และรองลงมา มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 28.3 ตามลำดับ อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 68.3 และ 58.3 ตามลำดับ รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 35.0 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 3,000-4,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 78.3 ตามลำดับ รองลงมา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 5,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 16.7 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ปัจจัยทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	42	70.0	40	66.7
มัธยมศึกษา	14	23.3	17	28.3
สูงกว่ามัธยมศึกษา	4	6.7	3	5.0
อาชีพ				
แม่บ้าน	0	0.0	4	6.7
รับจ้างทั่วไป	18	30.0	21	35.0
เกษตรกรรวม	41	68.3	35	58.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.7	0	0.0
รายได้ของครอบครัว				
1,500 – 2,999 บาท	0	0.0	3	5.0
3,000 – 4,999 บาท	45	75.0	47	78.3
5,000 บาทขึ้นไป	15	25.0	10	16.7

ในรอบปีที่ผ่านมาในหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มทดลองได้รับทราบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในหมู่บ้านจำนวน 33 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับทราบข้อมูลว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในหมู่บ้าน จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 40.0 ตามลำดับกลุ่มทดลองเป็นกรรมการ หรือสมาชิกผู้นำชุมชนร้อยละ 13.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกรรมการหรือสมาชิกผู้นำชุมชน ร้อยละ 10.0 และในส่วนของกรได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับ ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มทดลองร้อยละ 95.0 และในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 88.3 (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูล การป่วยด้วยไข้เลือดออกในหมู่บ้าน การมีผู้ป่วยไข้เลือดออกที่บ้าน การเป็นสมาชิกผู้นำชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ปัจจัยทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลการป่วยไข้เลือดออกในรอบปีที่ผ่านมาในหมู่บ้าน				
มี	33	55.0	24	40.0
ไม่มี	27	45.0	36	60.0
การมีผู้ป่วยไข้เลือดออกในบ้าน				
มี	13	21.7	8	13.3
ไม่มี	47	78.3	52	86.7
การเป็นกรรมการหรือสมาชิกผู้นำชุมชน				
เป็น	8	13.3	6	10.0
ไม่เป็น	52	86.7	54	90.0
การได้รับข้อมูลข่าวสาร				
เคย	57	95.0	53	88.3
ไม่เคย	3	5.0	7	11.7

ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 95.0 รองลงมาคือ จากอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 86.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 85.0 รองลงมาคือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 81.7 (ตาราง 4)

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร				
โทรทัศน์วิทยุ	47	78.3	40	66.7
หนังสือพิมพ์	9	15.0	12	20.0

ตาราง 4 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เอกสารแผ่นพับ/ใบปลิว	45	75.0	46	76.7
วารสาร/นิตยสาร	2	3.3	1	1.7
ญาติพี่น้อง	20	33.0	24	40.0
เพื่อนร่วมงาน	6	10.0	3	5.0
อาสาสมัครสาธารณสุข	52	86.7	51	85.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	57	95.0	49	81.7

ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก และดัชนีความซุกซุมของลูกน้ำยุงลาย

จำนวนและร้อยละของความรู้โรคใช้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 43.3 และ 46.7 ตามลำดับ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับสูง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 46.7 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.7 เป็นร้อยละ 51.7 (ตาราง 5)

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	9	15.0	6	10.0
ปานกลาง	26	43.3	28	46.7
ต่ำ	25	41.7	26	43.3
รวม	60	100.0	60	100.0

ตาราง 5 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หลังการทดลอง				
สูง	28	46.7	8	13.3
ปานกลาง	25	41.7	31	51.7
ต่ำ	7	11.6	21	35.0
รวม	60	100.0	60	100.0

จำนวนและร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันและควบคุมโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.3 และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.0

หลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 18.3 เป็นร้อยละ 46.7 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ ลดลงจากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 41.7 (ตาราง 6)

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	11	18.3	12	20.0

ตาราง 6 (ต่อ)

การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	26	43.3	18	30.0
ต่ำ	23	38.4	30	50.0
รวม	60	100.0	60	100.0
หลังการทดลอง				
สูง	28	46.7	13	21.7
ปานกลาง	29	48.3	22	36.6
ต่ำ	3	5.0	25	41.7
รวม	60	100.0	60	100.0

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในระดับต่ำ ร้อยละ 46.7 และ 45.0 ตามลำดับ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในระดับสูง เพิ่มจาก ร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 53.3 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคใช้เลือดออกในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 11.7 เป็นร้อยละ 15.0 (ตาราง 7)

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการปฏิบัติในการ ป้องกันและควบคุมโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	9	15.0	7	11.7
ปานกลาง	23	38.3	26	43.3
ต่ำ	28	46.7	27	45.0
รวม	60	100.0	60	100.0

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมการปฏิบัติในการ ป้องกันและควบคุมโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หลังการทดลอง				
สูง	32	53.3	9	15.0
ปานกลาง	17	28.3	26	43.3
ต่ำ	11	18.4	25	41.7
รวม	60	100.0	60	100.0

จำนวนและร้อยละของดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายที่บ้านก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า ดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลายที่บ้าน (HI) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 71.7 และ 75 ตามลำดับ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่บ้าน (HI) อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 81.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 66.6 (ตาราง 8)

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่บ้าน (HI) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ดี	4	6.6	1	1.7
พอใช้	13	21.7	14	23.3
ปรับปรุง	43	71.7	45	75
รวม	60	100	60	100
หลังการทดลอง				
ดี	11	18.3	1	1.7
พอใช้	49	81.7	19	31.7
ปรับปรุง	0	0	40	66.6
รวม	60	100	60	100

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.03 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.57 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.000) (ตาราง 9)

กลุ่มเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.29 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.169) (ตาราง 9)

ตาราง 9 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	n	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	60	7.56	3.03			
หลังการทดลอง	60	9.83	3.57	-6.78	48	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	60	8.46	3.29			
หลังการทดลอง	60	8.98	2.37	-1.38	48	.169

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 7.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.02 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

เท่ากับ 8.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.34 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.512) (ตาราง 10)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกเท่ากับ 10.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.56 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกเท่ากับ 9.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.48 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.001) (ตาราง 10)

ตาราง 10 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก	n	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60	7.57	3.02	-1.03	98	.512
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	8.33	3.34			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60	10.87	3.56	3.09	98	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	9.01	2.48			

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 24.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.67 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.91 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.000) (ตาราง 11)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 25.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.68 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 26.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.08 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.061) (ตาราง 11)

ตาราง 11 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพ	n	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	60	24.04	4.67			
หลังการทดลอง	60	31.02	5.91	-6.63	48	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	60	25.17	5.68			
หลังการทดลอง	60	26.09	6.08	-2.31	48	.061

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 24.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.73 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 24.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.48 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.588) (ตาราง 12)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 31.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.79 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 26.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.83 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.987) (ตาราง 12)

ตาราง 12 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ	n	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60	24.22	4.73	-0.592	98	.588
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	24.61	5.48			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60	31.23	5.79	3.68	98	.987
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	26.77	5.83			

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.58 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 15.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.000) (ตาราง 13)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.77 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 เมื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.014) (ตาราง 13)

ตาราง 13 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออก	n	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	60	11.65	2.58			
หลังการทดลอง	60	15.16	3.49	-8.75	48	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	60	11.86	2.77			
หลังการทดลอง	60	12.97	2.36	-2.37	48	.014

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออก เท่ากับ 11.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.62 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก เท่ากับ 11.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.35 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.221) (ตาราง 14)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออก เท่ากับ 15.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.29 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเท่ากับ 12.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.46 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.031) (ตาราง 14)

ตาราง 14 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	n	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60	11.95	2.62			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	11.84	2.35	-1.51	98	.221
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	60	15.60	3.29			
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	12.24	2.46	4.37	98	.031

ส่วนที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลอง

หลังการทดลอง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กับระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก กับระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.000) แสดงว่าความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ตาราง 15)

ตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก			จำนวน
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	
ระดับสูง	1	3	9	13
ระดับปานกลาง	6	10	1	17
ระดับต่ำ	21	9	0	30
รวม	28	22	10	60

ค่าทดสอบทางสถิติ P-Value = .000, df = 4, $\chi^2 = 48.63$

ระดับการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.000) แสดงว่าการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก (ตาราง 16)

ตาราง 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ			จำนวน
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	
ระดับสูง	9	3	1	13
ระดับปานกลาง	5	9	3	17
ระดับต่ำ	0	10	20	30
รวม	14	22	24	60

ค่าทดสอบทางสถิติ P-Value = .000, df = 4, $\chi^2 = 48.59$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า เพศชาย มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.500) สรุปได้ว่าเพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ตาราง 17)

ตาราง 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ระดับสูง	6	7	13
ระดับปานกลาง	9	8	17
ระดับต่ำ	14	16	30
รวม	12	44	60
ค่าทดสอบทางสถิติ P-Value = .500, df = 2, $\chi^2 = 1.47$			

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มีระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.656) สรุปได้ว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ตาราง 18)

ตาราง 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับการศึกษา			จำนวน
	สูงกว่ามัธยม	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	
ระดับสูง	1	2	10	13
ระดับปานกลาง	1	5	11	17
ระดับต่ำ	2	7	21	30
รวม	4	14	42	60
ค่าทดสอบทางสถิติ P-Value = .656, df = 4, $\chi^2 = 1.38$				

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก สถานภาพสมรสโสด มีพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกไม่แตกต่างจากสถานภาพสมรสคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.971) สรุปได้ว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก (ตาราง 19)

ตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

พฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก	สถานภาพสมรส			รวม
	โสด	คู่	หม้าย/หย่า/แยก	
ระดับสูง	2	10	1	13
ระดับปานกลาง	4	12	1	17
ระดับต่ำ	6	22	2	30
รวม	12	44	4	60
ค่าทดสอบทางสถิติ P-Value = 0.971, df = 2, $\chi^2 = 0.17$				

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.367) แสดงว่าอายุ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก (ตาราง 20)

ตาราง 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

พฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก	อายุ				จำนวน
	15 – 24 ปี	25 – 34 ปี	45 – 44 ปี	45 ปีขึ้นไป	
ระดับสูง	1	3	6	3	13
ระดับปานกลาง	2	7	5	3	17
ระดับต่ำ	3	15	10	2	30
รวม	6	25	21	8	60
ค่าทดสอบทางสถิติ P-Value = 0.367, df = 6, $\chi^2 = 7.14$					

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.032) แสดงว่า รายได้มีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ตาราง 21)

ตาราง 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมกาปฏิบัติในการ ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก	รายได้ (บาท)			จำนวน
	1,500 – 2,999	3,000 – 4,999	> 5,000	
ระดับสูง	0	11	2	13
ระดับปานกลาง	0	13	4	17
ระดับต่ำ	0	21	9	30
รวม	0	45	15	60

ค่าทดสอบทางสถิติ P-Value = 0.032, df = 4, $\chi^2 = 11.62$

บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยได้ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างพลัง (Empowerment) เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันของแกนนำต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง ในการที่จะร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนในชุมชน จำนวน 120 คน เป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน มีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังทดลอง โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และทำการสำรวจดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ทั้งที่บ้าน และหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน การวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการศึกษาพบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน พบว่าในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 25 - 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.7 และ 45.0 ตามลำดับ และรองลงมาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 35 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 30.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรสทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 85.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 และ 46.6 ตามลำดับ รองลงมามีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 31.7 ตามลำดับ

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 66.7 ตามลำดับ และรองลงมาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 28.3 ตามลำดับ อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 68.3 และ 58.3 ตามลำดับ รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 35.0 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 3,000–4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 78.3 ตามลำดับ รองลงมาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 5,000 บาท ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 16.7 ตามลำดับ

ในรอบปีที่ผ่านมาในหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มทดลองได้รับทราบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในหมู่บ้านจำนวน 33 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับทราบข้อมูลว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในหมู่บ้าน จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 40.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองเป็นกรรมการ หรือสมาชิกผู้นำชุมชนร้อยละ 13.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกรรมการหรือสมาชิกผู้นำชุมชน ร้อยละ 10.0 ในส่วนของการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข่าวสาร เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มทดลองร้อยละ 95.0 และ ในกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 88.3

ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 95.0 รองลงมา คือจากอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 86.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับ ข่าวสารโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 85.0 รองลงมา คือจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขร้อยละ 81.7

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามลักษณะตัวแปร

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

กลุ่มทดลอง ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.56 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 3.03 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.57 เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ 0.05 (P-value = 0.000)

หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 8.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.37 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.001)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 24.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.67 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.91 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.000)

หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 26.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.08 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.061)

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.58 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 15.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.000)

หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการ ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 12.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.36 เมื่อ เปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.014)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก กับระดับพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 (P-value = 0.000) แสดงว่าความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรม ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับระดับพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-value = 0.032) แสดงว่ารายได้มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตัวแทนครัวเรือน มีความรู้ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 43.3) หลังจากการทดลอง 6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.7) จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงว่า ผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ เกมนำต่าง ๆ ธรรมการวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกมนำสุขภาพประจำครอบครัวได้เข้ามาร่วมกันรับทราบปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และเกิดความตระหนักในการที่จะวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อส่งผลให้ประชาชนในแต่ละครัวเรือน ได้มีความรู้และเกิดการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้าน และหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนของตนเอง โดยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน มีการประชุมชาวบ้านเพื่อให้ความรู้เกิดความตระหนัก และวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สนับสนุนองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ

ตัวแทนครัวเรือน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.3) หลังการทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.7) จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงว่า

ผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับผลจากรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยการจัดเวทีให้แกนนำประชาชนที่อยู่ในชุมชนได้รับทราบปัญหา มีการสร้างความตระหนักเพื่อให้แกนนำชุมชนรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ พร้อมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกสื่อเอกสารความรู้ไปให้อ่านที่บ้าน การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวสาร ทำให้ประชาชนเกิดการตื่นตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกลินี (2542) ศึกษาการประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยผ่านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ผลดีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย มากกว่าก่อนการทดลอง

ตัวแทนครัวเรือนมีพฤติกรรมการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.7) หลังการทดลอง 6 เดือน ตัวแทนครัวเรือนมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.3) แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยแกนนำชุมชนได้ร่วมมือกันจัดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา โดยที่ผู้วิจัยและวิทยากรกระบวนการเป็นผู้ให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้เกิดแก่แกนนำและประชาชน ทำให้แกนนำและประชาชนเกิดพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นนทรี (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้มารดามีการรับรู้และปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังจากใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตน ที่ถูกต้องและพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1. ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.001) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องสาเหตุ อากาศ การติดต่อ การป้องกัน และการควบคุมโรคไข้เลือดออกจากผู้วิจัยและวิทยากร พร้อมทั้งสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้น

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ภายในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.000) ซึ่งสอดคล้องกับจารุณี (2542) ได้ศึกษาประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุม ลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงและ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.993)

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภายในกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังจากการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.987) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทร (2535) ได้ศึกษาประสิทธิผล ของรูปแบบการให้สุขศึกษาในงานควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า หลังการทดลอง 6 เดือนและ 1 ปี ประชาชนกลุ่มทดลองมีความรู้และทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับบุษบง (2543) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันไข้มาลาเรียของ กำลังพลทหารราบ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรีย มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.014) เป็นผลมาจากการได้รับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้มองเห็นความสำคัญของปัญหา มีความตระหนัก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรง ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 3 ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.000) ซึ่งเป็นผลมาจากรูปแบบการดำเนินงานที่วิทยากรกระบวนการพยายามให้ชาวบ้านได้รับทราบปัญหา ได้สร้างความตระหนัก พร้อมกับใช้วิธีการเรียนรู้โดยการสร้างพลัง ทำให้ชาวบ้านเกิดพลังในการป้องกันและควบคุมโรค จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพิ่มสูงขึ้น และทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประภาส (2538) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กัน

สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ในส่วนของรายได้พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.032)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยทางด้านเพศ ซึ่งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีอายุอยู่ในช่วง 25 – 34 ปี ร้อยละ 41.7 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 ไม่เป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องมาจากพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้จากการที่แกนนำชุมชน และประชาชนได้รับความรู้ เกิดความตระหนัก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จากผู้วิจัยและวิทยากรกระบวนการพร้อมกัน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และแกนนำต่าง ๆ ในชุมชน จึงทำให้พฤติกรรมปฏิบัติถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของสมพร (2538) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ที่บ้านและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิศา (2543) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา จังหวัดนครนายก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครู นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน ภายหลังจากทดลองพบว่า ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่บ้าน และหน่วยงานในชุมชนลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชญา และคณะ (2540) ได้ศึกษา การนำกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมไปควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน พบว่า ชุมชนได้ร่วมมือกันกำหนดมาตรการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ภายในชุมชน และจากการสำรวจ ทางกีฏวิทยาพบว่า Breteau Index ลดลง ประชาชนในชุมชนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ของชุมชน ยอมให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพ แนวคิดการมีส่วนร่วม และการเรียนรู้แบบสร้างพลังมาประยุกต์ในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยแกนนำต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิก จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการวัด อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เข้ามารวมตัวกันและมีการรับทราบความเป็นมาของการจัดทำโครงการ รับทราบปัญหา ทำให้เกิดความตระหนัก ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ อากาศ การติดต่อ การรักษา การป้องกันและควบคุมโรค มีการจัดตั้งกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน โดยระยะเวลา สถานที่และบุคคลที่รับผิดชอบ ทั้งที่บ้าน วัด โรงเรียนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน โดยการจัดประชุมครั้งแรกนี้มีการประยุกต์การเรียนรู้แบบสร้างพลัง เปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนต่าง ๆ ได้แสดงความคิดเห็น ให้กลุ่มช่วยวิเคราะห์หาสาเหตุ อากาศ การป้องกันและรักษาโรคไข้เลือดออก สร้างความตระหนัก ในแต่ละขั้นตอนของการประชุมจะมีวิทยากรกระบวนการ เป็นผู้ช่วยการเรียนรู้ตามกลุ่มต่าง ๆ นับได้ว่าเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงควรได้มีการขยายไปใช้ในตำบลอื่น ๆ ต่อไป

2. การที่แกนนำชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการวางแผนการดำเนินงานโดยชุมชนเอง ในทุก ๆ เรื่อง ทำให้ประชาชนทุกครัวเรือนมีความตระหนักและร่วมมือกันในการที่จะทำให้

หมู่บ้านของตนเองปลอดภัยน้ำขุ่นขุ่น มีความตื่นตัวและให้ความร่วมมือกับชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรนำไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานเรื่องอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดต่อไป เช่น การแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็นต้น

3. การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและเสริมด้วยการเรียนรู้แบบสร้างพลัง และมีแรงสนับสนุนจากสังคมในหลาย ๆ ด้าน ทำให้แกนนำชุมชนและประชาชนในหมู่บ้านมีพลังในการดำเนินกิจกรรมที่จะป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของตนเอง ซึ่งเป็นรูปแบบที่ดี และควรมีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง เพราะหากขาดการกระตุ้น ชุมชนก็จะลดบทบาทของตนเองลง ปัญหาโรคไข้เลือดออกก็จะกลับมาสร้างปัญหาให้กับชุมชนได้อีกครั้ง

4. ในการสร้างความตระหนัก เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลดี และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้บทความการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก และการนำเสนอประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุตรหลานของแกนนำในชุมชนมาถ่ายทอดให้ชุมชนได้รับทราบ สามารถทำให้กลุ่มแกนนำต่าง ๆ มีความตระหนักและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดีขึ้นจากเดิม

5. การที่แกนนำชุมชนและตัวแทนครัวเรือนในชุมชน ได้มีการเรียนรู้แบบสร้างพลัง (Empowerment) สามารถทำให้แกนนำชุมชนและประชาชนเกิดพลัง ในการที่จะร่วมมือกำหนดกิจกรรมเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การดำเนินการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรมีการนำไปใช้ในเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของหมู่บ้าน เช่น ปัญหายาเสพติด และการควบคุมโรคในระดับชุมชนต่าง ๆ

2. การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงจะเห็นผลเป็นรูปธรรม ดังนั้นต้องมีติดตามผลการดำเนินงาน และสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือน ควรจะเลือกเจาะจงเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการการเรียนรู้ การรับรู้ด้านต่าง ๆ มีการดำเนินงานได้เร็วขึ้น และช่วยให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติได้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์มากขึ้น



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2533). **การควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการควบคุมแหล่ง**
เพาะพันธุ์ยุงลาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย.
กองโรคติดต่อทั่วไป. (2536). **ใช้เลือดออก.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
กองระบาดวิทยา. (2545). **สรุปลสถานการณ์โรคทางระบาดวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 4).** กรุงเทพฯ:
กองระบาดวิทยา.
- เกลินี จันทสิริยากร. (2542). **การประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำ**
ยุงลายโดยผ่านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอปากเกร็ด จังหวัด
นนทบุรี. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). **ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และ**
ความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ
โรงพยาบาลภูมิพล. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จารุณี ชัยญาชัยพ. (2542). **การประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำ**
ยุงลายในชุมชน โดยมีนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.
วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2526). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภะ
การพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ปริยัติ. (2531). **ประสิทธิผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยอาสาสมัคร**
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข กับกลุ่มแม่บ้านในเรื่อง
บัตรสุขภาพ. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ดวงผา วงนิษฐ์รักษ์. (2545). **รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค**
ใช้เลือดออกในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ธวัช เบญจาทิกุล. (2527). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของชาวเขาในการ**
พัฒนา:กรณีศึกษาหมู่บ้านชาวเขาชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านพัฒนาตัวอย่าง
ของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา จังหวัดเชียงใหม่ ประจำปี 2527.
วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2544). **การสร้างพลัง : กลยุทธ์สู่ชุมชนเข้มแข็งเพื่อพัฒนาสุขภาพ.**
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ รสพ.
- นนทรี ชมเชยเนติธรรม. (2533). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของมารดาในเขตอำเภอเมือง จังหวัด
นนทบุรี.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นรินทร์ จงวุฒิวาศย์. (2531). **นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์
การพัฒนาปัจจุบัน.** กรุงเทพฯ: คักดีโสภาการพิมพ์.
- นงเยาว์ หลีพันธ์. (2537). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำโครงการพัฒนา
แหล่งน้ำขนาดเล็ก จังหวัดนนทบุรี.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2535). **จิตวิทยาสังคมทางการสาธารณสุข.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชวน
พานิชย์.
- บุษบง เจาขานนท์ และคาจุมิ ฝาสันเทียะ. (2543). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้
แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันไข้มาลาเรียของกำลังพลทหารราบ.** นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข.
- ประพนธ์ ปิยรัตน์ และอลิศรา ชูชาติ. (2534). **การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม สถาบันการพัฒนา
สาธารณสุขอาเซียน.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ประภาส ขำมาก. (2538). **การศึกษาคำความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอสิงหนคร
จังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พัฒน์ บุญยรัตพันธ์. (2527). **การสร้างพลังชุมชนโดยกระบวนการพัฒนาชุมชน.** กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- เพียงเพลิน พูลพิพัฒน์. (2540). **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในโครงการควบคุม
ลูกน้ำยุงลาย กรณีศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร.** วารสารสำนักงานควบคุม
โรคติดต่อเขต 1, 5(16), 93.
- มัทนา ศิลเวชกุล. (2532). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้และไม่ใช้แรงสนับสนุน
ทางสังคมต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต
6 นครสวรรค์.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- รุ่งทิพย์ มาตงามเมือง. (2532). **ปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก: การ
สำรวจเบื้องต้น.** วารสารสุขศึกษา, 15(8), 33-52.

- รุ่งทิวา สุดศิริ. (2544). การพัฒนารูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วัชรวิทย์ เกตุโสภิต. (2527). ผลกระทบของการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุจิตรา นิมมานิตย์. (2541). โรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
- สุจิตรา นิมมานิตย์ และสิวิกา แสงธาราทิพย์. (2541). ไข้เลือดออกเด็งกีว. นนทบุรี: กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนทร วิชิตอักษรพงศ์. (2535). ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้สุขศึกษาในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ. นนทบุรี: สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ.
- สมพร บุญมาเปรม. (2538). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2554). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขปีงบประมาณ 2553. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- ศุภวรรธน์ พรหมเพรา. (2547). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา: อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ พบ.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, นครศรีธรรมราช.
- เอนก สุขสัมพันธ์. (2550). ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอองไกรลาค จังหวัด. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอองไกรลาค

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	ธีภพ สงวนใจ
วัน เดือน ปี เกิด	13 มกราคม 2519
ที่อยู่ปัจจุบัน	133 หมู่ 9 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
ที่ทำงานปัจจุบัน	เทศบาลตำบลบ้านต๋อม
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักบริหารงานสาธารณสุข 6
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2549	องค์บริหารส่วนตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
พ.ศ. 2547	สถานีอนามัยตำบลป่าแฝก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
พ.ศ. 2544	สถานีอนามัยตำบลหนองจอก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2544	ส.บ. มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

