

การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
กรณีศึกษา:อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

**The Knowledge, Perception on Dengue Hemorrhagic Fever, Disease Prevention
Control Behaviors of Public Health Volunteers.
Case Study : Phran Kratai District, Kamphaeng Phet Province,**

ประเทือง น้อย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยรูปแบบ Cross - sectional analytics study ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร จาก 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน จำนวน 300 ตัวอย่าง ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 อายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 31.0 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.4 และร้อยละ 68.3 ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน 1.) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คุณลักษณะด้านประชากรที่ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน 2.) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรต่างกันมีการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน 3.) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านอายุต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 4.) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านเพศและการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 5.) พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คุณลักษณะด้านประชากรต่างกัน มีพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน 6.) คุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **ข้อเสนอแนะ** ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เพื่อนำความรู้ที่ได้รับการพัฒนาไปแนะนำประชาชนเพื่อให้ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรแจ้งข้อมูลข่าวสารและสถานการณ์ของโรคให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบอย่างต่อเนื่อง ควรแนะนำหรือจัดหาแหล่งข้อมูลความรู้ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

Abstract

The knowledge, perception and disease prevention control behaviors level on Dengue Hemorrhagic Fever of public health volunteers Case study : Phran Kratai district, Kamphaeng Phet province, The aim to study the knowledge level about the disease, Awareness about the disease, operating behavior in the prevention and control of Dengue Hemorrhagic Fever and the related between personal factors, knowledge. awareness about the disease, and the prevention control behavior of dengue. Cross-sectional analytics study design, conducted during July - December 2558 B.E. Data were collected by questionnaires of 10 Tambon, 116 villages, 300 sample the results were as follows.

Most of them were female 78.6 percent, age between 41-50 years old 40.0 percent, primary school 70.0 percent, farmers 50.0 percent, followed by the employee 31.0 percent, time to public health volunteer less than 10 years 72.4 percent and 68.3 percent not held other positions in the village. 1) Knowledge on Dengue Hemorrhagic Fever was moderate level. No personal characteristics influenced to knowledge on Dengue fever. 2) The perceived on severity of Dengue disease was moderate level. No personal characteristics influenced to perceived on severity of the disease. 3) The perceived on risk of disease was high level. Age was differences the perceived on risk of Dengue disease had difference in statistically significant at the 0.05 level. 4) The perceived on efficacy of self - control to prevention and control Dengue fever was high level. The gender factor and held on other positions in villages were difference with the perceived on efficacy of self - control to prevention and control Dengue fever statistically significant at the 0.05 5) The behavior to prevention and control of dengue was high level. No personal characteristics influenced to practices in Dengue prevention and control. 6) The knowledge, gender, the perceived on risk, Self-efficacy of Dengue fever there were correlated to the prevention and control of Dengue behavior with statistically significant at the 0.05 level. **The recommendations from this research** : Should promote the development potential to public health volunteers in knowledge about the Dengue disease, severity of the disease for develop to guide the people in the community so that the community can be carries out by themselves, Health officials in the area should be inform of the disease situation to the public health volunteers constantly and introduce or supply a source of knowledge that can be research more about the disease.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ทุกแห่ง ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่การเตรียมการคัดเลือกตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขอขอบคุณ ดร.นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี และคุณนิคม กสิวิทย์อำนวย ที่กรุณาตรวจสอบ แก้ไข แบบสอบถามสำหรับการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ประเทือง ฉำน้อย
ธันวาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	3
ขอบเขตการศึกษา	4
กรอบแนวคิด	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	6
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	14
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
การวิเคราะห์ข้อมูล	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	33
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	35
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	39
พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)	49
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	52
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุป	53
อภิปรายผล	54
ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม	58

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	33
จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน	
ตารางที่ 2	35
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกรายชื่อ	
ตารางที่ 3	36
จำนวนและร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามระดับความรู้	
ตารางที่ 4	37
ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	
ตารางที่ 5	39
จำนวน ร้อยละของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกรายชื่อ	
ตารางที่ 6	40
จำนวนและร้อยละการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	
ตารางที่ 7	40
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	
ตารางที่ 8	42
จำนวน ร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกรายชื่อ	
ตารางที่ 9	43
จำนวนและร้อยละการรับรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	
ตารางที่ 10	43
เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	
ตารางที่ 11	45
จำนวน ร้อยละของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกรายชื่อ	

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 12	46
จำนวนและร้อยละการรับรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก	
ตารางที่ 13	47
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการ ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	
ตารางที่ 14	49
จำนวน ร้อยละของพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกรายชื่อ	
ตารางที่ 15	50
จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	
ตารางที่ 16	50
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	
ตารางที่ 17	52
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านประชากร การรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.)	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue virus) มีขลุ่ยกลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้จัดได้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขสูงในปี พ.ศ. 2450 ในประเทศไทยมีรายงานเกี่ยวกับขลุ่ยลายในวารสารครั้งแรก เมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศใกล้เคียงซึ่งมีการเดินเรือติดต่อค้าขายกับประเทศไทย เช่น ประเทศอินโดนีเซีย จีน จึงได้มีรายงานการเกิดโรคไข้เลือดออกขึ้นในประเทศไทย พ.ศ. 2447 เชื่อว่าการติดเชื้อมันไปแบบประปราย ประชากรชาวไทยคงจะมีแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเด็งกีอยู่แล้ว จะมีมากน้อยเพียงใดยังไม่มีการประมาณได้(1)

ในปี พ.ศ. 2501 มีการระบาดใหญ่ของโรคไข้เลือดออกเป็นครั้งแรกในประเทศไทย โรคนี้เริ่มเกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง มีผู้ป่วยมากกว่า 2,000 ราย และตายถึง 300 ราย เนื่องจากอัตราตายที่สูงทำให้สร้างความวิตกกังวลต่อประชาชนและทางสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ต่อมาพบประปราย ในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2503 และแพร่ไปยังจังหวัดนครสวรรค์ นครราชสีมา สระบุรี ในปี พ.ศ. 2505 จนมีการระบาดทั้งภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อ พ.ศ. 2507 พบทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในปี พ.ศ. 2510 มีการระบาดจากทุกภูมิภาคของประเทศจนมีการตราพระราชบัญญัติประกาศให้โรคนี้เป็นโรคที่ต้องแจ้งความตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2510 และในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการระบาดอีกครั้งหนึ่ง มีผู้ป่วยถึง 685 ราย หลังจากนั้นเป็นต้นมาก็มีการระบาดขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน (2)

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่มีรายงานระบาดครั้งแรก พ.ศ. 2501 เป็นต้นมาและมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรคนี้มาโดยตลอด เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยให้ชุมชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ดำเนินกิจกรรมให้สุศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับชุมชน ในเรื่องอาการของโรคไข้เลือดออก อันตราย การป้องกันให้ปลอดภัยจาก ขลุ่ยพาหะ โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ขลุ่ยลาย โดยไม่ใช้สารเคมี เช่น ปิดฝาตุ่มน้ำกินน้ำใช้ให้มิดชิด และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ขลุ่ยลายโดยใช้สารเคมี (ทรายอะเบท) การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพในครอบครัวที่สงสัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (3)

จากรายงานการเฝ้าระวังระบบโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ปี 2555 – 2557 พบว่าปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 79 ,593 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 123.85 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิต 87 ราย คิดเป็นอัตรามรณะเท่ากับ 0.14 ต่อแสนประชากรและอัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 ปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 154 ,444 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 241.03 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย คิดเป็นอัตรามรณะเท่ากับ 0.21 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 ปี 2557 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 41 ,082 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 63.25 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิต 49 ราย คิดเป็นอัตรามรณะเท่ากับ 0.08 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.12 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวม 5 จังหวัด ปี 2555 – 2557 พบว่าปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 4,821 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 160.14 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตรามรณะเท่ากับ 0.13 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.08 ปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 4,657 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 15.79 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตรามรณะเท่ากับ 0.13 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 ปี 2557 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,071 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 68.74 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตรามรณะเท่ากับ 0.03 ต่อแสนประชากรและอัตราป่วยตายร้อยละ 0.05 ตามลำดับ

จังหวัดที่พบว่ามีรายงานอัตราป่วยสูงติดต่อกัน จากรายงานการเฝ้าระวังระบบโรคไข้เลือดออกปี 2555 – 2557 คือจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,100 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 151.3 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตรามรณะเท่ากับ 0.14 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.1 ปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,135 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 156.3 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตรามรณะเท่ากับ 0.1 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.1 ปี 2557 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 758 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 103.97 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตรามรณะเท่ากับ 0.1 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.1

อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงอย่างต่อเนื่องในปี 2555 – 2557 ได้แก่อำเภอพรานกระต่าย ปี 2555 อัตราป่วยเท่ากับ 138.72 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2556 อัตราป่วยเท่ากับ 101.26 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2557 อัตราป่วยเท่ากับ 303.61 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

จากปัญหาของโรคไข้เลือดออกในระดับเขต สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด สิ่งที่สำคัญที่สุดต่อการดำเนินการคือ การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะในเรื่องของการบริหารจัดการ การตัดดินใจที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าประชาชนในท้องถิ่นจะเป็นแกนนำสำคัญ

ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน รวมถึงการแก้ไขปัญหาในด้านอื่นๆ อีกด้วย ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษา ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของอำเภอพรานกระต่าย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกพื้นที่ให้มีศักยภาพในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
2. ศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
3. ศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงาน ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. **ความรู้** หมายถึง การรับรู้ รับทราบ หรือความเข้าใจของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การติดต่อ พาหะนำโรค แหล่งพาหะ อาการของโรค การรักษา การระบาด และการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. **การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก** หมายถึง ความรู้ที่นึกคิดและความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกและความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
 - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความรู้ที่นึกคิด และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งการรับรู้ว่าโรคไข้เลือดออกมีโอกาสเกิดได้ตลอดปี โรคไข้เลือดออกที่ระบาดในหมู่บ้านข้างเคียงอาจจะเกิดการระบาดในหมู่บ้านท่านด้วยก็ได้ โรคไข้เลือดออกสามารถเจ็บป่วยได้ทุกเพศทุกวัย บ้านที่มีภาชนะเก็บกักน้ำที่ไม่มีฝาปิดน่าจะมีส่วนทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก วัยเด็กมีโอกาสมีป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก สูงกว่า

ผู้ใหญ่ ผู้ที่ถูกขังล่ายกักในช่วงเวลาเย็น น่าจะมีโอกาสป่วยเป็น โรคไข้เลือดออกได้ เมื่อมีคนป่วยด้วย โรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยนอนในมุ้ง

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้ว่ามีไข้สูงและพบจุดเลือดออกใต้ผิวหนังแสดงว่าเป็น โรคไข้เลือดออกระยะรุนแรง โรคไข้เลือดออกเคยป่วยมาแล้ว จะมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ชื่อยาลดไข้มารับประทานเอง อาจมีภาวะเลือดออกรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ การมีโรคไข้เลือดออกในชุมชนเพียง 1 ราย ถ้าควบคุมโรคไม่ดี อาจเกิดการแพร่ระบาดของโรคขึ้นได้

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับความสามารถป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านและละแวกบ้าน ในความรับผิดชอบของตนเองได้ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านและละแวกบ้าน ในความรับผิดชอบของตนเองได้ การทำลายลูกน้ำได้ทันทีที่พบว่ามีลูกน้ำตามภาชนะ ชักชวนเพื่อนบ้านให้ดูแล มิให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านเรือน

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การปิดฝาภาชนะใส่น้ำเพื่อป้องกันการวางไข่ของยุงลาย การเปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน การคว่ำภาชนะที่ขังน้ำ การปล่อยปลาหางนกยูงลงในภาชนะเก็บน้ำ

3. พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง การกระทำเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งที่บ้านของตนเองและในหมู่บ้านหรือชุมชน ได้แก่ การกำจัดและลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การกำจัดยุงลาย การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของประชาชนให้ทันเวลา การแนะนำสถานบริการสาธารณสุข แก่ประชาชน การชักชวนและคอยกระตุ้นประชาชนให้เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างสม่ำเสมอ

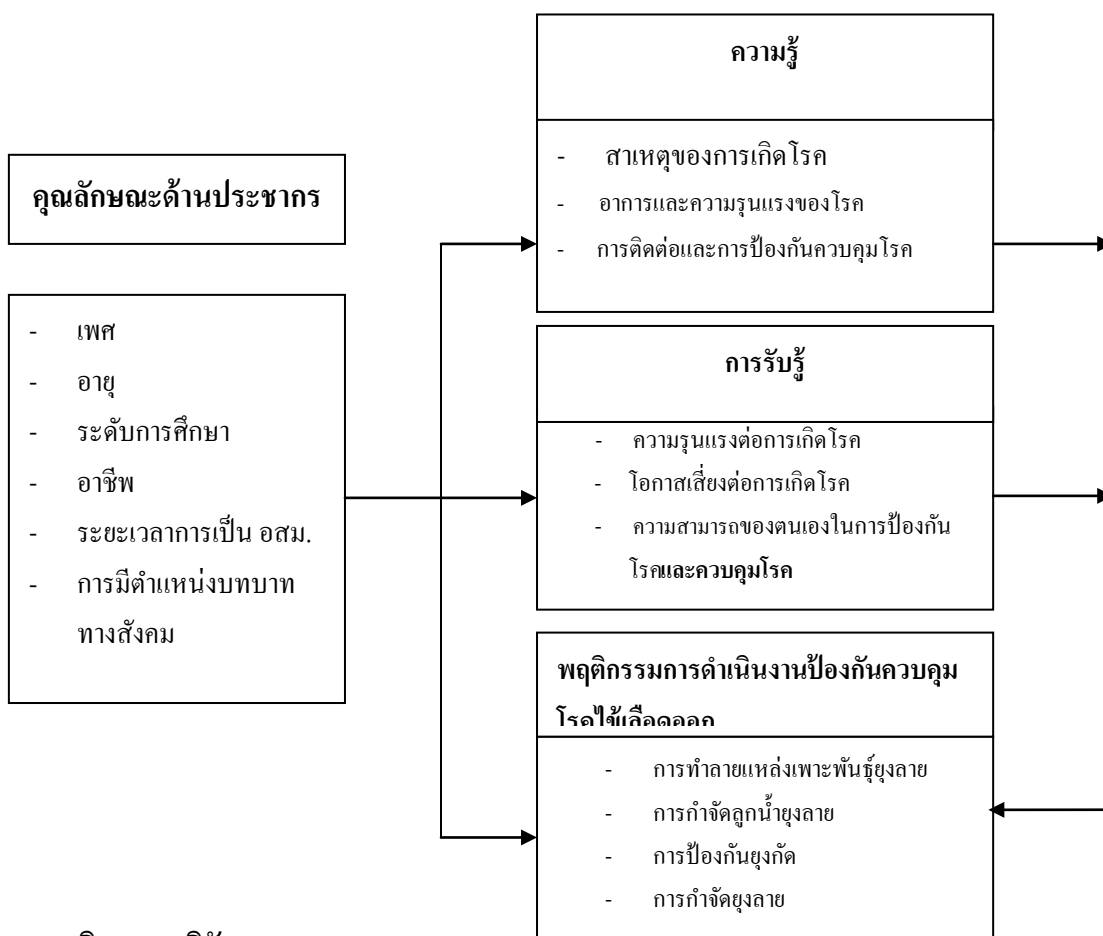
ขอบเขตการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งหมด 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน จำนวน 300 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Frame Work)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรมีความสัมพันธ์กับ ระดับความรู้ ระดับการรับรู้ และพฤติกรรมกรดำเนินงานป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
2. ปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. ปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากร ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในอนาคตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาความรู้ การรับรู้พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) กรณีศึกษาอำเภอ พวานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
2. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

คำจำกัดความ

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส Dengue โดยมีุงลายเป็นพาหะ อาการสำคัญของโรค คือ อาการไข้สูงลอยอยู่ 4 – 7 วัน มีتبโตกดเจ็บหลังจากนั้น ไข้จะลดลงอย่างรวดเร็วพร้อมกับมีอาการช็อค และหรือมีเลือดออกมามาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบทางเดินอาหารซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

สาเหตุและระบาดวิทยา

สาเหตุของโรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส Dengue ซึ่งเป็น RNA virus จัดอยู่ใน Family *Flaviviridae* (เดิมคือ Group B *Abovirus*) มี serotype 1,2,3 และ 4 ทั้ง 4 type มีแอนติเจนรวมกันบางชนิด จึงทำให้มี cross reaction และมี cross protection ได้บางส่วน แต่ไม่ถาวร เพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆ หลังจากระยะนี้แล้วจะมีการติดเชื้อชนิดอื่นที่ต่างจากครั้งแรกได้ คือเป็น secondary dengue infection ซึ่งจะให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น (2)

พาหะนำโรค

ยุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะที่สำคัญของโรคนี้ โดยยุงที่กัดคนเป็นยุงตัวเมียและชอบกัดเวลากลางวัน อาศัยอยู่ในบ้าน ความสามารถในการบินของยุงชนิดนี้ประมาณ 50 – 100 เมตร การติดต่อเชื่อว่าจากคนไปยุงและจากยุงไปคนเท่านั้น ยุงสามารถนำเชื้อไปติดคนอื่น ได้ก็ต่อเมื่อดูดเอาเลือดของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสเด็งกี ไปแล้ว 8 – 11 วัน หลังจากนั้นเชื้อจะอยู่ในยุงไปตลอดชีวิตของยุง

มีรายงานว่ายุงลายเพียง 2 – 3 ตัว สามารถแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้งครอบครัวได้ ฉะนั้น การระบาดของโรค ไข้เลือดออกจึงขึ้นอยู่กับ การกระจายของยุงลายในชุมชนนั้น โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นประปรายตลอดปี แต่จะมากในฤดูฝนประมาณเดือนมิถุนายนจนถึงพฤศจิกายน ซึ่งในระยะจะมียุงลายชุกชุมมาก เนื่องจาก ยุงลายชอบไข่น้ำนิ่งใสสะอาด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงจะพบมากในบริเวณบ้าน เช่น ตุ่มน้ำ แจกัน ขารอง ตู้กับข้าว รวมทั้งมีน้ำฝนที่ขังอยู่ตามภาชนะต่าง ๆ ในช่วงอดีตที่ผ่านมาการระบาดของโรคไข้เลือดออก จะเป็นแบบปีเว้นปี ต่อมาในระยะหลังนี้การระบาดจะเกิดขึ้นทุก 3 ปี

ระยะฟักตัว

ระยะฟักตัวในยุงลายถ้าอยู่ในอุณหภูมิ 30 องศาเซลเซียส จะกินเวลา 8 – 10 วัน ถ้าอุณหภูมิ 26 องศาเซลเซียส จะมีระยะฟักตัวนานถึง 26 วัน ในคนจะมีระยะฟักตัวประมาณ 2 – 7 วัน แต่จะตรวจ พบเชื้อไวรัสในเลือดผู้ป่วยไม่เกิน 5 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีไข้

อุบัติการณ์

โรคไข้เลือดออกจะพบมากในเด็กอายุประมาณ 7 – 9 ปี ซึ่งเป็นเด็กวันเรียน ส่วนเด็กที่อายุ ต่ำกว่า 1 ปี พบได้แต่มีจำนวนน้อย อายุที่พบระหว่าง 6 ถึง 9 เดือนในเด็กที่มีอายุเกิน 14 ปีไปแล้ว จะมี อุบัติการณ์ของโรคนี้นลดลงเรื่อย ๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

1. เด็กมีความเสี่ยงที่เกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำ เหมือนกัน เด็กจะมีความเสี่ยงสูงกว่า
2. ภาวะโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ มีภาวะโภชนาการดีและดีกว่า เด็กที่ติดเชื้ออื่น ๆ ผลการศึกษาได้มาจาก การศึกษาเปรียบเทียบภาวะ โภชนาการของเด็กที่เป็น โรค ไข้เลือดออก กับเด็กที่เป็นโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ ปอดอักเสบและ โรคอุจจาระร่วง และเด็กที่มาคลินิกเด็กดี
3. เชื้อชาติและพันธุกรรม พบว่า มีนิโกรเป็น โรค ไข้เลือดออกน้อยกว่าคนผิวขาว
4. เพศ พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
5. พื้นที่ที่มีไวรัส dengue หลาย serotype และมีภาวะ hyperendemicity หรือมีเชื้อหลาย serotype เป็นเชื้อประจำถิ่นในช่วงเดียวกัน โอกาสที่จะติดเชื้อซ้ำก็จะสูงและนอกจากนี้ ยังพบว่า การ ติดเชื้อซ้ำ (secondary infection) ด้วย DENZ และ EDNZ3 มีอัตราเสี่ยงสูงในการที่จะเกิด DHF

อาการและอาการแสดงของโรค

การติดเชื้อไวรัสเด็งกีในคนจะทำให้มีอาการและอาการแสดงตั้งแต่อาการน้อย ๆ จนถึง อาการรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ ทั้งนี้เพราะไวรัสเด็งกีมีหลายชนิดคือ 1,2,3 และ 4 การติดเชื้อ ไวรัสเด็งกีครั้งแรก (primary infection) ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงประมาณ 3 – 5 วัน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ตามตัว (dengue fever) หลังจากนั้นอาการก็หายไป แยกจากการติดเชื้อไวรัสอื่น ๆ ได้ยากมีส่วนน้อย

เท่านั้นที่มีอาการช็อคซึ่งพบได้ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปีเท่านั้น แต่ถ้าผู้นั้นได้รับเชื้อไวรัสเด็งกี อีกชนิดหนึ่งเป็นครั้งที่ 2 (secondary heterologous dengue infection) ในเวลาที่เหมาะผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นลักษณะของโรคไข้เลือดออก (acute hemorrhagic fever or dengue hemorrhagic fever/Dengue shock Syndrome) ได้ โรคไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะไข้สูง (febrile stage)
2. ระยะที่ช็อคช็อค และ/หรือ เลือดออก (toxic shock and hemorrhagic syndrome)
3. ระยะพักฟื้น (convalescent stage)

1. **ระยะไข้สูง** ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงทันทีไข้จะสูง 39 – 40 องศาเซลเซียส ไข้มักจะสูงลอย ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร อาเจียน ปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา หรือบริเวณลิ้นปี่หรือหน้าท้อง หน้าตาแดง ชีวมลง ตับโต กดเจ็บ คอแดงเล็กน้อย บางรายมีผื่นขึ้นคล้ายหัด อาจมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ (petechial hemorrhage) บางรายมีเลือดกำเดาไหลหรือมีเลือดออกตามไรฟันด้วย ถ้ามี tourniquet test จะให้ผลบวกประมาณร้อยละ 80 – 85 ของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 2 – 3 ของโรค อาการไข้จะคงอยู่ประมาณ 4 – 7 วัน และจะลดลงทันทีเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2

2. **ระยะที่ช็อคช็อค และ/หรือ เลือดออก** ระยะนี้เกิดขึ้นประมาณวันที่ 4 – 7 ของโรค ผู้ป่วยจะมีไข้ลดลงทันที แต่อาการทั่วไปจะทรุดลงแทนที่จะดีขึ้น มีอาการกระสับกระส่าย ชีวมลง มีอาการของช็อค คือ มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเบาเร็ว pulse pressure แคบ (น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท) หลังจากนั้นแรงดันเลือดจะลดลงเรื่อย ๆ จนในที่สุดวัดไม่ได้เลย ถ่ายปัสสาวะน้อย พร้อมกับอาการช็อค ผู้ป่วยอาจมีอาการเลือดออกมากร่วมด้วย มีอาเจียนสีดำคล้ายกาแฟ ซึ่งแสดงว่ามีเลือดออกในกระเพาะ บางรายอาจอาเจียนออกมาเป็นเลือดสดๆ และถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ หายช่วยไม่ทัน ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมภายในเวลาอันสั้น ระยะช็อคนี้จะอยู่ประมาณ 24 – 48 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่ถึงแก่กรรม จะฟื้นจากช็อคเข้าสู่ระยะที่ 3 อาการช็อคและเลือดออกมากนี้จะเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 30 .0 ของผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่แรกจะมีเพียงระยะไข้ต่อมาเมื่อไข้ลงจะเข้าสู่ระยะพักฟื้นเลยโดยไม่มีอาการช็อค หรือเลือดออกมากก็ได้

3. **ระยะพักฟื้น** ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการต่างๆจะกลับคืนสู่สภาพปกติภายในเวลา 2 – 3 วัน ผู้ป่วยจะเริ่มรับประทานอาหารได้มาอาเจียน ตับที่โตจะเล็กลงเป็นปกติ ภายใน 1 – 2 สัปดาห์ เลือดที่เคยกออกก็จะหยุด การทดสอบเทอร์นิเก้ ยังคงให้ผลบวกจนกระทั่งวันที่ 8 – 10 ของโรค

การแบ่งความรุนแรงของโรค

เนื่องจากโรคไข้เลือดออกมีความรุนแรงแตกต่างกัน จึงอาจแบ่งได้เป็น 4 ชั้น (grade) ดังต่อไปนี้

เกรดที่ 1 ผู้ป่วยมีไข้ มีอาการเลือดออกเพียงจุดเลือดออกเล็กตามผิวหนังเท่านั้น และมีความเข้มข้นของเลือด (ดูจากค่าฮีมาโตคริต) เพิ่มขึ้นไม่ชัดเจน

เกรดที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการเลือดออกเองมากกว่าจุดเลือดออกเล็ก ๆ ตามผิวหนัง และมีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ ค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ของระดับปกติ แต่แรงดันเลือดยังปกติ

เกรดที่ 3 เริ่มมีอาการและอาการแสดงของช็อก เช่น กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก ซีพจรเบาเร็ว มี pulse pressure แคบ (น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท) หรือแรงดันเลือดต่ำลง และ/หรือมีเลือดออกร่วมด้วย

เกรดที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการช็อกอย่างมาก คล่าซีพจรไม่ได้ วัดแรงดันเลือดไม่ได้ และ/หรือมีเลือดออกอย่างมาก โดยเฉพาะการอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การเปลี่ยนแปลงทางเลือด

1.1 ฮีมาโตคริต จะสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่ 2 ของโรค ค่าฮีมาโตคริต มักจะสูงกว่า 40 % บางรายอาจสูงถึง 50 – 55 % หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ ลดลงสู่ระดับปกติในระยะพักฟื้น สำหรับในผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาก ค่าฮีมาโตคริตอาจต่ำเพียง 25 – 30% ก็ได้

1.2 เม็ดเลือดขาวส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณร้อยละ 15 – 20 ของผู้ป่วยจะมีเม็ดเลือดขาวน้อยกว่าปกติ (ต่ำกว่า 4,000 ตัว / ลบ.มม.) และประมาณร้อยละ 7 – 10 จะมีเม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติ (มากกว่า 12,000 ตัว / ลบ.มม.) ในผู้ป่วยที่มีอาการช็อก มักมีเม็ดเลือดขาวสูง การนับแยกชนิดเม็ดเลือดขาวจะมี lymphocyte สูงกว่า granulocyte และมี atypical lymphocyte หรือ transformed lymphocyte มากประมาณ 10 – 20 % ซึ่งถ้าแยกเอาเม็ดเลือดขาวโดยเตรียมจาก buffy coat แล้วมาช้อนดูจะเห็น atypical lymphocyte หรือ transformed lymphocyte เป็นจำนวนมากได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคไข้เลือดออก การเปลี่ยนแปลงนี้ จะเห็นได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรคและเห็นได้ชัดเจนในระยะที่ 2 ของโรค

1.3 เกล็ดเลือด ส่วนมากจะมีจำนวนเกล็ดเลือดลดต่ำลง โดยเริ่มต่ำประมาณวันที่ 3 – 4 ของโรค และลดต่ำมากในระยะช็อก จำนวนเกล็ดเลือดที่ต่ำลงนี้มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค และจะกลับสู่ระดับปกติภายในเวลา 7 – 10 วัน นอกจากนั้น เมื่อทดสอบหน้าที่ของเกล็ดเลือด (platelet function) จะพบว่าผิดปกติด้วย

1.4 การทดสอบ tourniquet test ได้ผลบวกประมาณร้อยละ 80 – 85 ของผู้ป่วยยกเว้นรายที่ช็อก ซึ่งถ้าทำซ้ำเมื่อผู้ป่วยฟื้นจะช็อกแล้วมักได้ผลบวก

1.5 การแข็งตัวของเลือดเมื่อทำ coagulogram จะพบว่า มี prolonged partial thromboplastin (PTT) ประมาณร้อยละ 54.6 ของผู้ป่วย coagulong prothombin time (PT) ประมาณ

ร้อยละ 33.3 ส่วน thrombin time (TT) มักจะมีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าหากระดับแฟกเตอร์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือด จะพบว่าประมาณร้อยละ 20 – 40 ของผู้ป่วยมีแฟกเตอร์ II , V , VII , IX และ XII ลดต่ำลงในรายที่รุนแรงระดับ Fibrinogen จะลดต่ำด้วย

1.6 Fibrin degradation product (FDP) สูงขึ้นเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและไม่สูงมากอย่างที่พบในผู้ป่วยที่มีการแข็งเกรงมลปที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดทั่วตัว (disseminated intravascular clotting or DIC)

2. การตรวจไขกระดูก

ในระยะแรกของโรคจำนวนเซลล์ของไขกระดูก อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือต่ำกว่าปกติ ในระยะต่อมาจำนวนเซลล์จะเพิ่มขึ้น megakaryocyte มีจำนวนเพิ่มขึ้น และส่วนมาเป็นตัวอ่อน แสดงว่าเกล็ดเลือดที่ต่ำในเลือดเป็นผลจากการถูกใช้หรือถูกทำลายไป เมื่อเข้าสู่ระยะพักฟื้นจำนวนเซลล์ต่างๆ จะเพิ่มมากขึ้น megakaryocyte เจริญเป็นตัวแก่ และการผลิตเกล็ดเลือดมากขึ้น จึงทำให้จำนวนเกล็ดเลือดในกระแสเลือดมีจำนวนสูงขึ้น

3. Blood chemistry

3.1 โปรตีนในเลือดจะลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับ albumin จะลดต่ำลงมากในรายที่มีอาการช็อค (2.55 กรัม/ดล.)

3.2 สมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ พบว่า ระดับโซเดียมและคลอไรด์ลดลงในผู้ป่วยที่มีอาการช็อค และจะกลับสู่ปกติในระยะพักฟื้น ส่วนค่าโพแทสเซียมมักจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีระดับโซเดียมต่ำยังมี osmolarity ของปัสสาวะและพลาสมาลดลงด้วย จากการศึกษาภาวะกรดต่างพบว่าผู้ป่วยมี respiratory alkalosis ร่วม metabolic acidosis โดยมีค่า pH เป็นค่าเล็กน้อย (pH 7.45 + 0.05) และค่า pCO₂ และ base excess ต่ำกว่าปกติ

3.3 การตรวจหน้าที่ตับพบว่า SGOT และ SGPT สูงกว่าเล็กน้อย ยกเว้นบางรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีค่าสูงมากจนถึง 1,000 - 2,000 ยูนิต ส่วนค่าบิลิรูบิน alkali phosphate จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากในรายที่มีอาการรุนแรงมีภาวะตับวายจะมีค่าบิลิรูบินสูงด้วย

3.4 serum acid phosphates มีค่าสูงกว่าปกติ (ค่าปกติในเด็กเท่ากับ 31.5 U/L)

4. การตรวจปัสสาวะและหน้าที่ของไต

4.1 ปัสสาวะจะมีความถ่วงจำเพาะสูง อาจพบโปรตีนในปัสสาวะเล็กน้อยและอาจพบมีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะเล็กน้อยในปริมาณร้อยละ 36 ของผู้ป่วย

4.2 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีระดับ urea nitrogen , creatinine และ uric acid อยู่ในเกณฑ์ปกติยกเว้นในรายที่ช็อคอาจจะมีระดับสูงขึ้นเล็กน้อย

5. Immunochemical studies

5.1 ระดับคอมพลิเมนต์ พบว่าระดับ C3 จะลดต่ำลงประมาณ 34 – 45 % ของค่าปกติ โดยจะลดลงมากที่สุดในระยะซ็อก (ประมาณวันที่ 4 – 7 ของโรค) พร้อม ๆ กับที่เพ็คเตลดต่ำลง ระดับคอมพลิเมนต์ที่ลดต่ำลงนี้จะได้สัดส่วนกับความรุนแรงของโรคเมื่อวัดระดับคอมพลิเมนต์ตัวอื่น ๆ จะพบว่า C3PA, C4 และ C5 ก็ลดต่ำลงด้วย แสดงว่ามีการกระตุ้นระบบคอมพลิเมนต์ทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้มีชิ้นส่วนของคอมพลิเมนต์ คือ C3a และ C5a สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะซ็อกของโรคเชื่อว่า C3a และ C5a (anaphylatoxin) เป็น mediator ที่สำคัญที่ทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยมีการรั่วซึมเพิ่มมากขึ้น ทำให้พลาสมาไหลออกไปนอกเส้นเลือดเป็นผลให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการซ็อกเกิดขึ้น

5.2 Kinin system มีการกระตุ้นระบบไคนินเช่นเดียวกัน แต่ระดับไคนินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5.3 Histamine ในปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นทั้งชนิด free และ total forms ซึ่งอาจเป็น mediator อีกตัวหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดฝอยมีการรั่วซึมมากขึ้น

6. ระดับคอร์ติซอลในเลือด พบว่า มีค่าสูงกว่าคนปกติโดยจะสูงมากในระยะซ็อกของโรค แต่ในผู้ป่วยเกรด 4 ซึ่งมีอาการซ็อกมาก ระดับคอร์ติซอลกลับต่ำกว่าในผู้ป่วยเกรด 3 ซึ่งมีอาการซ็อก น้อยกว่า แสดงว่าต่อมหมวกไตอาจมีสมรรถภาพลดลงในรายที่มีอาการรุนแรง

7. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมีความผิดปกติประมาณร้อยละ 64 ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะมีที่เปลี่ยนแปลงใน ST-T wave และ low voltage

8. การตรวจภาพรังสีของปอด พบว่ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดประมาณร้อยละ 54 ของผู้ป่วย ส่วนมากจะพบทางด้านขวามากกว่าด้านซ้าย

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก สามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ อาการไข้สูงทันที และลักษณะของไข้จะสูงลอยอยู่ 4 – 5 วัน ร่วมกับมีอาการเบื่ออาหาร อาเจียน ปวดท้อง ชีพลง ตรวจพบว่ามีหน้าตาแดง คอแดงเล็กน้อย ตับโต กดเจ็บ มีจุดเลือดออกตามตัว แขนขาการทดสอบ tourniquet test ให้ผลบวก ให้สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกถ้าผู้ป่วยมีอาการของซ็อก และหรือเลือดออกมาก เช่น เลือดกำเดาออก อาเจียนเป็นเลือด ก็ยังสนับสนุนว่าเป็นไข้เลือดออกมากขึ้น นอกจากนั้น การพบการเปลี่ยนแปลงทางเลือดที่ทำได้ง่าย ๆ และได้ผลในเวลารวดเร็ว คือ ฮีมาโตคริตสูง เพ็คเตลดต่ำลงและพบว่ามี transformed lymphocyte ในสเมียร์เลือดซึ่งอาจเห็นได้ง่ายและชัดเจนยิ่งขึ้นใน buffy coat preparation ยิ่งช่วยสนับสนุนให้การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องได้มากยิ่งขึ้น

การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนจำเป็นต้องอาศัยการแยกเชื้อไวรัส หรือการตรวจหาแอนติบอดีในน้ำเหลืองของผู้ป่วยการตรวจทั้ง 2 ชนิด นี้จะได้ผลค่อนข้างช้าจึงไม่มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยโดยตรงเนื่องต้องใช้เวลาานสำหรับการตรวจ

การแยกเชื้อไวรัสจากเลือดของผู้ป่วยเป็นวิธีที่ช่วยวินิจฉัยโรคได้แน่นอนที่สุด แต่ระยะเวลาที่จะมีไวรัสในเลือดของผู้ป่วย (viremia) นั้นสั้นมาก เพียงประมาณ 4 – 5 วัน เท่านั้นหลังจากมีไข้ ทั้งวิธีการทำที่ยุ่ยากต้องใช้เทคนิคพิเศษ ฉะนั้นจึงไม่เหมาะและไม่นิยมทำกันสำหรับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป

การตรวจหาแอนติบอดีในน้ำเหลือง เป็นวิธีที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกได้แน่นอน ที่ใช้กันทั่วไป โดยเจาะเลือดในระยะแรกของโรค (acute serum) และในระยะพักฟื้น (convalescent serum) ห่างกันประมาณ 10-14 วันนำมาหาแอนติบอดีต่อไวรัสเด็งกี

กลไกการเกิดโรค (Pathogenesis)

ในปัจจุบันยังไม่มีใครทราบกลไกที่แท้จริงของการเกิดโรคไข้เลือดออก แต่จากการศึกษาที่แล้วมาได้หลักฐานหลายประการที่บ่งชี้ว่า การเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดอาการช็อค และ/หรือเลือดออกอย่างมกนั้น น่าจะเกิดจากกลไกทางภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อต้านเชื้อไวรัสเด็งกีอย่างรุนแรง ซึ่งพอจะสรุปโดยย่อได้ ดังนี้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกมักจะเกิดจากการติดเชื้อครั้งที่ 2 (ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี อาจเกิดจากการติดเชื้อเด็งกีครั้งแรก) เนื่องจากไวรัสเด็งกีมีหลายชนิด (type 1,2,3,4) ถ้าผู้ป่วยได้รับเชื้อเด็งกีคนละชนิดกับที่ได้รับครั้งแรกในเวลาที่เหมาะสม แอนติบอดีที่ร่างกายเคยมีต่อชนิดแรกในระดับต่ำ ๆ นั้นจะไม่สามารถทำลาย (neutralize) ไวรัสเด็งกีที่ได้รับใหม่ได้ แต่กลับจะช่วยส่งเสริมให้ไวรัสที่เข้าไปใหม่เจริญเติบโตอยู่ในเซลล์ monocyte หรือ macrophage ในขณะที่เดียวกันร่างกายก็จำได้ว่าเคยได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีมาก่อน Lymphocyte ซึ่งเคยถูกกระตุ้นไว้แล้วแต่ครั้งแรกจะเริ่มมีการแบ่งตัว และกลายเป็น blast cell atypical lymphocyte เป็นจำนวนมากโดยจะมีทั้ง B – lymphocyte ซึ่งจะทำหน้าที่สร้างแอนติบอดีต่อไวรัสเด็งกีทุกชนิด (polytypic) ทำให้มีระดับแอนติบอดีสูงขึ้นมากภายในเวลาอันรวดเร็ว (anamnestic antibody response) นอกจากนี้ยังมี T – lymphocyte และ natural killer (NK) cell ซึ่งจะทำหน้าที่มาทำลายเซลล์ที่ไวรัสเจริญเติบโตอยู่ในนั้น (monocyte or macrophage) โดยกระบวนการ immune elimination ทำให้ไวรัสออกมาในกระแสเลือดเป็นจำนวนมาก จึงมารวมกับแอนติบอดี ซึ่งมีระดับสูงมากในขณะนั้น (ประมาณวันที่ 4 – 7 ของโรค) เกิดเป็น immune complexes และสารที่ถูกปลดปล่อยออกมาสามารถกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ ทำให้เกิดชิ้นส่วนของคอมพลีเมนต์ C3a และ C5a ซึ่งมีคุณสมบัติเป็น anaphylatoxin ทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยมีการรั่วซึม (permeability) เพิ่มขึ้น ยังผลให้พลาสมารั่วออกไปจากเส้นเลือดฝอยทำให้ plasma volume ลดลง เลือดจึงข้นขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากค่าฮีมาโตคริตที่สูงขึ้นเมื่อ blood volume ของเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสโลหิต ผู้ป่วยจึงมีความดันโลหิตลดลงเรื่อยๆ จนในที่สุดการไหลเวียนโลหิตก็ล้มเหลว (shock) นอกจากนั้น immune complexes ยังไปเกาะติดอยู่ที่ผิวของเกล็ดเลือด ทำให้เกล็ดเลือดเสียหายที่ไป มีการจับกลุ่มกัน (platelet aggregation) และถูกทำลายโดยระบบ reticuloendothelial system ในตับและในม้าม เป็นผลให้จำนวน

เพ็ดเลือดต่ำลง และเพ็ดเลือดที่ถูกทำลายยังสามารถปลดปล่อยสารต่าง ๆ ออกมา เช่น serotonin , platelet factor 3 มาช่วยทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยรั่วเพิ่มมากขึ้น และยังกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดให้มีการใช้ clotting factor บางตัวไป นอกจากนี้ immune complexes เอง และสารที่ถูกปลดปล่อยออกมาจาก macrophage ก็ยังสามารถกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดได้โดยตรงอีกด้วย (โดยผ่านทาง factor XII) และถ้าผู้ป่วยมีอาการช็อคอยู่เป็นเวลานานจะ ทำให้มี lactate คั่งมากขึ้น เกิดภาวะ acidosis ก็จะช่วยส่งเสริมให้มีการแข็งตัวของเลือดภายในเส้นเลือดทั่วตัวเกิดขึ้นได้ (disseminated intravascular clotting or DIC) เป็นผลให้ clotting factor ต่าง ๆ ตลอดจนเพ็ดเลือดจะยิ่งต่ำมากลงไปอีก จนในที่สุดผู้ป่วยก็อาจเสียชีวิตด้วยภาวะช็อค และ/หรือ เลือดออกอย่างมากมายได้

การรักษา

โรคไข้เลือดออกยังไม่มียารักษาโดยเฉพาะการรักษาเป็นการรักษาตามอาการและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การประเมินผู้ป่วยว่าอยู่ในความรุนแรงของโรคขั้น (grade) ไต จึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะจากเกรด 2 มา 3 และ 4 การตรวจหา hemo concentration โดยใช้ hematocrit , การนับซีพजर และการวัดแรงดันเลือดจะช่วยบอกถึงการดำเนินโรคได้อย่างดี การรักษาจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะของผู้ป่วยว่ากำลังอยู่ในระยะใดของโรคด้วย ผู้ป่วยที่อยู่ในเกรดที่ 1 และเกรดที่ 2 แต่ยังไม่รับประทาน อาหารและน้ำได้ ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสามารถจะทำการรักษาได้ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก โดยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้มากที่สุด การให้อาหารอ่อน ๆ และดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยขาดน้ำน้อยลง ควรให้ดื่มน้ำผลไม้ที่แช่เย็นจะชวนให้ดื่มน้ำและทำให้ไม่อาเจียน หากไข้สูงควรเช็ดตัว บ่อย ๆ จะทำให้ไข้ลดลง ผู้ป่วยสบายขึ้น และป้องกันการชกจากไข้สูงด้วย ห้ามให้ยาลดไข้จำพวก salicylate (เช่น aspirin) เพราะจะทำให้หน้าที่ของเกล็ดเลือดเสียไปและระคายกระเพาะทำให้มีเลือดออกง่ายขึ้น ดังนั้น ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาลดไข้ควรยาในกลุ่มยา acetaminophen จะปลอดภัยกว่า ควรจะนัดผู้ป่วยมาดูแลทุกวันจนกว่าไข้จะลดและอยู่ในระยะปลอดภัยแล้ว การวัดแรงดันเลือดและการเจาะดูค่า ฮีมาโตคริตทุกวันนับตั้งแต่วันที่ 3 ของโรคเป็นต้นไปจนกระทั่งไข้ลดลงแล้ว 1 – 2 วัน เป็นสิ่งพึงกระทำ อย่างไรก็ตาม จะต้องอธิบายและแนะนำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยได้ทราบลักษณะอาการต่างๆที่เป็นอาการเริ่มแรกที่จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ภาวะช็อค หรือมีเลือดออกมากขึ้น หากมีอาการดังกล่าว จะได้นำผู้ป่วยกลับมายังโรงพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการหนักจนแก้ไขไม่ได้ อาการที่เป็นสัญญาณอันตรายต่าง ๆ ที่ควรบอกให้บิดามารดาทราบมีดังนี้คือ อาเจียนมากขึ้น รับประทานอาหารและน้ำไม่ได้ ปวดท้องมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณลิ้นปี่ หรือชายโครงข้างขวา กระสับกระส่าย และ/หรือ ชีพจรเบาเร็ว มีไข้เลือดตามตัวมากขึ้น มีเลือดออกจากปากจมูก มีอาเจียนเป็นคำหรือเป็นเลือด อุจจาระดำ เหล่านี้เป็นต้น

ผู้ป่วยที่อยู่เกรด 2 ขึ้นไป และมีอาการอาเจียนมากรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในเกรดที่ 2 นี้ควรให้ 5 % dextrose e in strength normal saline จำนวน 100 มล./นน. ตัว 1 กก./วัน ทางหลอดเลือดดำเพื่อทดแทนการสูญเสียพลาสมาที่รั่วออกไปนอกเส้นเลือด

แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวป้อนหรือตัวกระตุ้นกับพฤติกรรมที่แสดงออก ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นกระบวนการทางจิตที่ค่อนข้างซับซ้อน ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ไว้ต่าง ๆ ดังนี้

Beatley (5) ได้กล่าวว่าการรับรู้ คือ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ได้รับมาจากอวัยวะรับสัมผัส

Garrison and Magoon (6) ให้คำจำกัดความของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับจากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าทำให้ทราบเป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายและลักษณะอย่างไร โดยจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์เดิม เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความหมาย

Lindzey, Hall and Thomson (7) ได้กล่าวถึง “การรับรู้” ถือเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคล ไม่สามารถมี “ความจำ” “ความคิด” หรือ “การเรียนรู้” การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นขั้นตอนดังนี้ บุคคลรับพลังจากสิ่งเร้าซึ่งจะเร้าประสาทสัมผัส ประสาทสัมผัสจะเข้ารหัสพลังงานนั้นผ่านมาทางเส้นประสาท และเส้นประสาทจะส่งข้อมูลต่อไปยังสมอง ซึ่งขั้นสุดท้ายของกระบวนการจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น ๆ

Goldenson (8) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการรู้ถึงวัตถุสิ่งของ ความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยการสัมผัสและกิจกรรมเหล่านี้ทำได้โดยใช้อวัยวะรับสัมผัสและแปลความหมายของสิ่งเร้านั้น

Schermerhorn, Hunt and Osborn (9) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลมีการเลือก, รับ, จัดระบบ และตีความหมายข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ข้อมูลที่ผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคล จะนำมาซึ่งการจัดสนใจและการกระทำ

Devito (10) กล่าวว่า การรับรู้ คือกระบวนการซึ่งบุคคลตระหนักรู้เกี่ยวกับวัตถุเหตุการณ์ โดยผ่านระบบการรับรู้ความรู้สึกของบุคคล ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การสัมผัส และการได้กลิ่น การรับรู้ความรู้สึกของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งเร้าภายนอก และจากประสบการณ์ความชอบ ความต้องการ ความรัก และความเกลียด

Steers (11) กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลมีการกลั่นกรองคัดเลือก จัดระบบและตีความหมายความรู้สึก

โสภา ชูพิกุลชัย (12) กล่าวว่า การรับรู้ คือ ขบวนการที่อินทรีย์ต่าง ๆ พยายามที่จะแสดงความรู้สึก จากสิ่งที่ตนได้รับออกมาในรูปของกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือในรูปของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย

จรินทร์ ธานีรัตน์ (13) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า คือ อาการของจิตใจรับเอาผลของการสัมผัสต่าง ๆ คลุกเคล้าปะปนกัน ตามความรู้สึก แล้วทำให้เกิดการรับรู้ว่าจะอะไรเป็นอะไร

เดโช สวานานนท์ (14) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาเร้าประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง แล้วตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ ออกมา

ประนอม สโรชมาน (15) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการของการที่เราได้สัมผัสกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หมายถึง การแปลหรือการตีความ การรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ที่ได้ออกมาเป็น สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายหรือที่เราจะจึกเราเข้าใจ

สมัย จิตหมวด (16) กล่าวว่า การรับรู้ คือ อาการสัมผัสที่มีความหมาย (Sensation) และการรับรู้เป็นการแปล หรือตีความแห่งการรับรู้สัมผัสที่ได้ รับออกมาเป็น สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายอันเป็นสิ่งที่รู้จึกและเข้าใจกัน และในการแปลหรือตีความของการสัมผัสนั้น จำเป็นที่อินทรีย์จะต้องใช้ประสบการณ์เดิม หรือความรู้เดิม หรือความชัดเจนที่มีแต่หนหลัง

สุรางค์ จันทน์เอม (17) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้เป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ คือ การจัดระบบ การรวบรวมและตีความหมายจากการสัมผัส
2. การรับรู้ คือ ขบวนการที่สิ่งมีชีวิตรับเอาเรื่องราวต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัสเป็น

สื่อกลาง

3. การรับรู้ หมายถึง ขบวนการที่เกิดขึ้นอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและตอบสนองสิ่งเร้าดังนี้

วัชรวิ ทรรศน์ (18) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การที่บุคคลสำนึก (Aware) และมีปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction) ต่อสิ่งเร้า โดยปกติเรารับรู้โดยผ่านระบบสัมผัส ซึ่งได้แก่ระบบรีเซปเตอร์ในตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง และกล้ามเนื้อ ข่าวสารที่ระบบสัมผัสรับจากสิ่งแวดล้อมจะถูกส่งต่อไปยังสมอง เพื่อให้เกิดความรู้สึก เป็นการได้กลิ่น การได้รสความรู้สึก ร้อน หนาว เจ็บปวด ฯลฯ พฤติกรรมการรู้สึก (Sensation) เป็นการตอบสนองขั้นแรกสุดของเราต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สมองจะตีความสิ่งที่รู้สึกต่อไปอีกขั้นหนึ่งเป็นการรับรู้ (Perception) ว่าสิ่งที่เห็นได้ยินหรือที่รู้สึกนั้นคืออะไร

จากความหมายของการรับรู้ดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรับความรู้สึกจากสิ่งเร้าภายนอกที่มากกระตุ้น และมีการแปลหรือตีความสิ่งที่มีกระตุ้น โดยอาศัยประสบการณ์เดิม เกิดเป็นการรับรู้และการเข้าใจของบุคคล ข้อมูลที่ผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคล จะนำมาซึ่งการตัดสินใจ และการกระทำ

4.2 กระบวนการรับรู้

อลิสตา นายคีรี (19) ได้อธิบายถึงกระบวนการรับรู้ของ Kast and Rosenweig ที่กล่าวถึงการรับรู้ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล กระบวนการรับรู้ ประกอบด้วย การเลือกการปะติดปะต่อ และการตีความ โดยมีแรงกระตุ้นจากภายนอกซึ่งมีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้ เช่น ความเครียด ความกดดันจากกลุ่ม และระบบรางวัล และมีประสบการณ์เดิม ที่จะช่วยในการตีความสิ่งเร้าที่ได้รับ

สรุปได้ว่ากระบวนการรับรู้ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. มีสิ่งเร้ามากระตุ้นระบบรับรู้ความรู้สึกหรืออวัยวะรับสัมผัสของบุคคล
2. เกิดการจัดระบบการรับรู้ความรู้สึกจากสิ่งเร้าที่มากระตุ้น
3. การแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้น เป็นความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งต้องอาศัยความรู้

เดิมหรือประสบการณ์เดิม ความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นก็คือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง และในที่สุด การรับรู้ของบุคคลนี้ก็จะนำมาซึ่งการตอบสนองและพฤติกรรมของผู้รับรู้

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ได้มีศึกษาและกล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

King (20) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ไว้ 4 ข้อดังนี้คือ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (universal) มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยการจัดเรียงลำดับจากรูปรธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้านั้น หลังจากนั้นจะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล และเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้งก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณา และให้ความหมายสิ่งเร้านั้นเช่นเดียวกับที่ผ่านมานั้นคือการรับรู้ของบุคคล

2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (selective and subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียว แต่ไม่สามารถจะสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกันเนื่องจากบุคคลมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน

3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (action oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (transaction) บุคคลจะสามารถสังเกตถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

Rosenstock (21) อธิบายถึงการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนว่า บุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิด

ผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ ระบุว่า การปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรคและระบุว่า เป็นการกระทำ ที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ของบุคคลซึ่งแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อ ด้านสุขภาพของโรเซนสตีอ์ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาส เสี่ยงในการเกิดโรคของตนเอง เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มี สุขภาพดีทั่วไป และเป็นการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น โรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่น ๆ ได้ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แน่นอนแล้ว ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อสุขภาพว่าตนเองมีโอกาส เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงนั้นจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมามาก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นความรู้สึกถึงอันตรายและผลเสีย ต่อชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกิดทุพพลภาพ หรือเกิดความเจ็บปวด เป็นต้น ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรคที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงนี้จะอยู่กับความเชื่อ ของบุคคลต่อโรคนั้น ๆ การที่บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่บุคคลจะต้องมีการรับรู้ด้วยว่าโรคที่คุกคาม ต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัวยุ การงานและสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (perceived benefit) เป็นความคิดของบุคคล ที่มีอิทธิพลมาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรม ในการลดภาวะคุกคามจาก โรคหรือการ ป้องกันโรคของตนเอง และต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ที่ตนเองสามารถทำได้และเกิดผลดีในการ ป้องกันโรคนั้น ๆ เป็นการรับรู้ที่มีต่อการปฏิบัติคิดว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและ สามารถ ควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อบุคคล ทำให้เกิด ความร่วมมือในการรักษา โดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barrier) เป็นความคิดของบุคคลที่เกิดจาก การเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์ จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับผลด้านลบในการปฏิบัติ นั้น ๆ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจ ได้แก่ การ เสียค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความไม่สุขสบาย ความเครียดและความไม่สะดวก ต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะนำมาประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับอาจทำให้เกิด ความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรืออาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สิ่งเหล่านี้ จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม

Steere (11) กล่าวว่าปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ทางสังคม มีดังนี้

1. คุณลักษณะของผู้ที่รับรู้ (Characteristics of the Perceiver) ได้แก่ ความต้องการ ประสิทธิภาพ คุณค่า ทักษะ และบุคลิกภาพ
2. คุณลักษณะของผู้ที่ถูกรับรู้ (Characteristics of the Perceived) ได้แก่ ลักษณะทางกาย รูปร่างลักษณะและพฤติกรรม
3. คุณลักษณะของสถานการณ์ (Characteristics of the situation) ได้แก่ องค์ประกอบทางกายภาพ องค์ประกอบทางสังคม และลักษณะเกี่ยวกับการจัดองค์การ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคลผู้รับรู้ ซึ่งเป็นลักษณะด้านกายภาพ และลักษณะด้านจิตวิทยา ลักษณะด้านกายภาพ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัส เป็นต้น ส่วนลักษณะด้านจิตวิทยา ได้แก่ แนวความคิด ความรู้ ทักษะ ความต้องการ ประสิทธิภาพ อารมณ์ บุคลิกภาพ ความตั้งใจที่จะรับรู้ ความสนใจ ความพร้อมที่จะรับรู้ เป็นต้น
2. ลักษณะของสิ่งเร้า ซึ่งสิ่งเร้าภายนอกที่ทำให้เกิดการรับรู้ อาจเป็นบุคคลหรือสถานการณ์ ได้แก่ คุณลักษณะของบุคคลผู้ถูกรับรู้ ทั้งด้านลักษณะทางกาย รูปร่างลักษณะ และพฤติกรรม ส่วนสิ่งเร้าด้านสถานการณ์ก็คือ คุณลักษณะของสถานการณ์นั้น ๆ

การรับรู้ จึงถือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานที่เกิดขึ้นกับบุคคล เมื่อสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นอวัยวะรับสัมผัสหรือระบบรับความรู้ สิ่งเร้าภายนอกที่มากระตุ้นนี้อาจเป็นบุคคลหรือสถานการณ์แวดล้อม บุคคลผู้รับรู้จะเกิดการรับความรู้สึก และแปลความหมายสิ่งเร้าที่มากระตุ้น เกิดเป็นการเรียนรู้ และการเข้าใจของตนต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ซึ่งก็คือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

4.4 การวัดการรับรู้ วิธีการวัดการรับรู้จำแนกได้ดังต่อไปนี้

4.4.1 การสังเกต (Observation) วิธีการสังเกตการณ์รับรู้ของบุคคลมี 4 วิธี คือ พิจารณาที่ใบหน้าของบุคคลว่าการแสดงออกทางสีหน้าอย่างไร สังเกตที่สายตาหรือแววตา พิจารณาที่บุคลิกภาพ อากัปกริยาท่าทางของร่างกาย และพิจารณาที่เจตนาของบุคคลว่าพฤติกรรมที่เขาแสดงออกมามีเจตนาอย่างไร

4.4.2 การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ดังนี้คือ

แบบสอบถาม ที่มีคำถามเป็นข้อความที่มีเพียงความคิดเดียว โดยให้ผู้เลือกตอบว่า เห็นด้วย – ไม่เห็นด้วย ใช่ – ไม่ใช่ ถูก – ผิด ซึ่งในบางครั้งอาจมีคำว่า ไม่แน่ใจอยู่ด้วยก็ได้

แบบสอบถามที่คำถามมีตัวเลือกหลายประเด็นตามสเกล เป็นคำถามที่มีประโยคคำถามและคำตอบ ที่แบ่งระดับการรับรู้ว่ามากน้อยเพียงใดออกเป็น 5 หรือ 7 ระดับ หรืออื่น ๆ เช่น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด หรือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

แบบสอบถาม ที่มีคำถามแบบใช้ความหมายของคำตรงข้ามกัน (The Semantic Differential) เป็นการใช้คำหรือวลีที่มีความหมายตรงข้ามกันเป็นคู่ ๆ โดยมีมาตรวัดตามแนวนอนแล้วให้ผู้ตอบเลือกตามสภาพการรับรู้ที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ เช่น

ดี

--	--	--	--	--	--	--

 เลว

ช้า

--	--	--	--	--	--	--

 เร็ว

4.4.3 การใช้แบบทดสอบและเครื่องมือทางจิตวิทยา โดยผู้ทำการทดสอบเสนอสิ่งเร้าแก่ผู้ถูกทดสอบ เพื่อให้แสดงพฤติกรรมหรือคำตอบออกมา สิ่งเร้านั้นอาจเป็นรูปภาพหรือสิ่งอื่นได้ แบบทดสอบทางจิตวิทยามีหลายอย่าง แต่ที่คุ้นเคยกันก็มี Roschanck Ink Blot Test และ Thematic Appreciation Test หรือ TAT ซึ่งเป็นวิธีให้ผู้ถูกทดสอบระบายความในใจจากการให้ดูภาพที่สร้างขึ้นอย่างไม่แจ่มชัด

4.5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self – efficacy) เป็นการที่ บุคคลตัดสินความสามารถของตนเองในการกระทำให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (22) การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญทำให้บุคคลตัดสินใจริเริ่ม รวมถึงมีความพยายามและมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม (23) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง จะมีความกระตือรือร้นและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และความมุ่งมั่น ยืนหยัด ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (24) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถแห่งตนจึงถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการริเริ่มความพยายามและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล มีผู้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความสามารถแห่งตนกับแบบแผนชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพไว้หลายท่านด้วยกัน ดังการศึกษาของลูสต์, โรนิต, เคอร์ และแอทวูด (25) ศึกษาการใช้เครื่องป้องกันเสียงของคนงานในสหรัฐอเมริกา จำนวน 645 คน พบว่าคนงานมีการใช้เครื่องป้องกันเสียงเพิ่มขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้น ปียพันธ์ นันดา (26) ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถแห่งตนกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถแห่งตนกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะมีการออกกำลังกายสูงด้วย แต่การศึกษาดังกล่าว ศึกษาเพียงกิจกรรมเฉพาะด้าน จึงไม่ให้ภาพรวมของแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในหลาย ๆ ด้านด้วยกัน เกรมโบว์สกีและคณะ (27) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนปลายพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำและมีภาวะสุขภาพที่ดี เวทเชลและวอลเลอรี (28) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนโดย ทัวไปเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานชนผิวขาว ชนฮิสพานิกและชนผิวดำ กมลทิพย์ ด่านชัย (29) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลบุตร

และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตร ในมารดาที่มีบุตรวัย 1 – 3 ปี พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถ
 แห่งตนในการดูแลบุตรจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรสูงกว่า

เพนเดอร์และคณะ (30) ศึกษาสัมพันธ์ระหว่างการให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การ
 ควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การให้ความหมายของสุขภาพและการรับรู้ ภาวะสุขภาพ
 ต่อแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของลูกจ้างบริษัท ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 4
 อันดับ มีความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยรวมเท่ากับ .93 รายด้านอยู่ในช่วง .68 - .89

สตัฟเฟอร์เกนและเบคเกอร์ (31) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความสำคัญของ
 สุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ทุพพลภาพ ลักษณะคำตอบ
 เป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 4 อันดับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยรวมเท่ากับ .92

การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นมโนทัศน์ที่เบนดูรา (Bandura) พัฒนามาจากทฤษฎี
 การเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในฐานะเป็นตัวทำนายการคงอยู่หรือ
 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (24) โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความสัมพันธ์
 ของ 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor) พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก
 (represent behavior) และสิ่งแวดล้อม (external environmental) องค์ประกอบทั้งสามส่วนนี้มีอิทธิพล
 และเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจาก
 อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ เป็นต้น ขณะเดียวกันปัจจัย
 ภายในตัวบุคคลได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนสิ่งแวดล้อม
 จะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติและความเชื่อต่าง ๆ ที่กำหนด
 พฤติกรรม ดังนั้นความสัมพันธ์ของทั้งสามองค์ประกอบจึงมีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน (interlocking
 system) รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันไป

เบนดูราได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจ
 ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีได้
 คำนี้เฉพาะทักษะที่บุคคลมีอยู่แต่คำนึงถึงว่าบุคคลได้ใช้ทักษะที่ตนมีอยู่ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ
 อย่างไร (22) การรับรู้ความสามารถแห่งตนยังเป็นสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างการเลือกว่าตนเองควร
 กระทำสิ่งใดและความพยายามมุ่งมั่นที่จะทำสิ่งนั้นให้สำเร็จได้จริง (24) เพราะฉะนั้นการกระทำ
 พฤติกรรมของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่
 เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะเกิดความมั่นใจ ไม่หวาดหวั่นและมีความพยายามกระตือรือร้น
 ในการทำกิจกรรมนั้น ยิ่งบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงก็ยิ่งมีความพยายามในการทำกิจกรรม
 ที่ยากและท้าทายเพิ่มขึ้น แม้ต้องพบอุปสรรคหรือความล้มเหลวก็ไม่ถอยง่ายและประสบความสำเร็จ
 ในที่สุด แต่หากบุคคลรับรู้ว่าคุณไม่มีความสามารถก็จะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม

(24) อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถแห่งตนของบุคคลอาจแตกต่างกันไปขึ้นกับมิติ 3 มิติ (32) คือ มิติตามขนาดหรือความยากของงาน (level) มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (strength) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำกิจกรรม และมิติความเป็นสากล (generality) เป็นการอ้างอิงความสามารถในการทำกิจกรรมหนึ่งได้สำเร็จไปสู่ความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นที่คล้ายคลึงกัน

เบนคูรา (24) ได้กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลมาจากแนวคิด 2 ประการ คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน (perceived self – efficacy) และการคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและผลลัพธ์

การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์มีความแตกต่างและสามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม ส่วนการคาดหวังในผลลัพธ์เป็นความเชื่อว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลตามที่ตนต้องการ เป็นผลที่ได้รับสืบเนื่องจากพฤติกรรม ได้แก่ ผลลัพธ์ทางกาย เช่น มีสุขภาพแข็งแรงเป็นต้น ผลลัพธ์ทางสังคม เช่น ได้รับความสนใจ การยอมรับจากสังคม ได้รับค่าตอบแทน เป็นต้น และการประเมินค่าตนเอง เช่น มีความภาคภูมิใจ รู้สึกตนมีค่า เป็นต้น ทั้งนี้การคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถชักจูงให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้หากเขารับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ชี้ให้เห็นถึงความพยายามและมุ่งมั่นของบุคคล ในการเอาชนะและฝ่าฟันอุปสรรคเพื่อไปสู่ความสำเร็จ

แม้ว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความแตกต่างและแยกได้ชัดเจนจากการคาดหวังในผลลัพธ์ แต่การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการคาดหวังในผลลัพธ์มาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล (44)

การคาดหวังในผลลัพธ์

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถแห่งตน	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

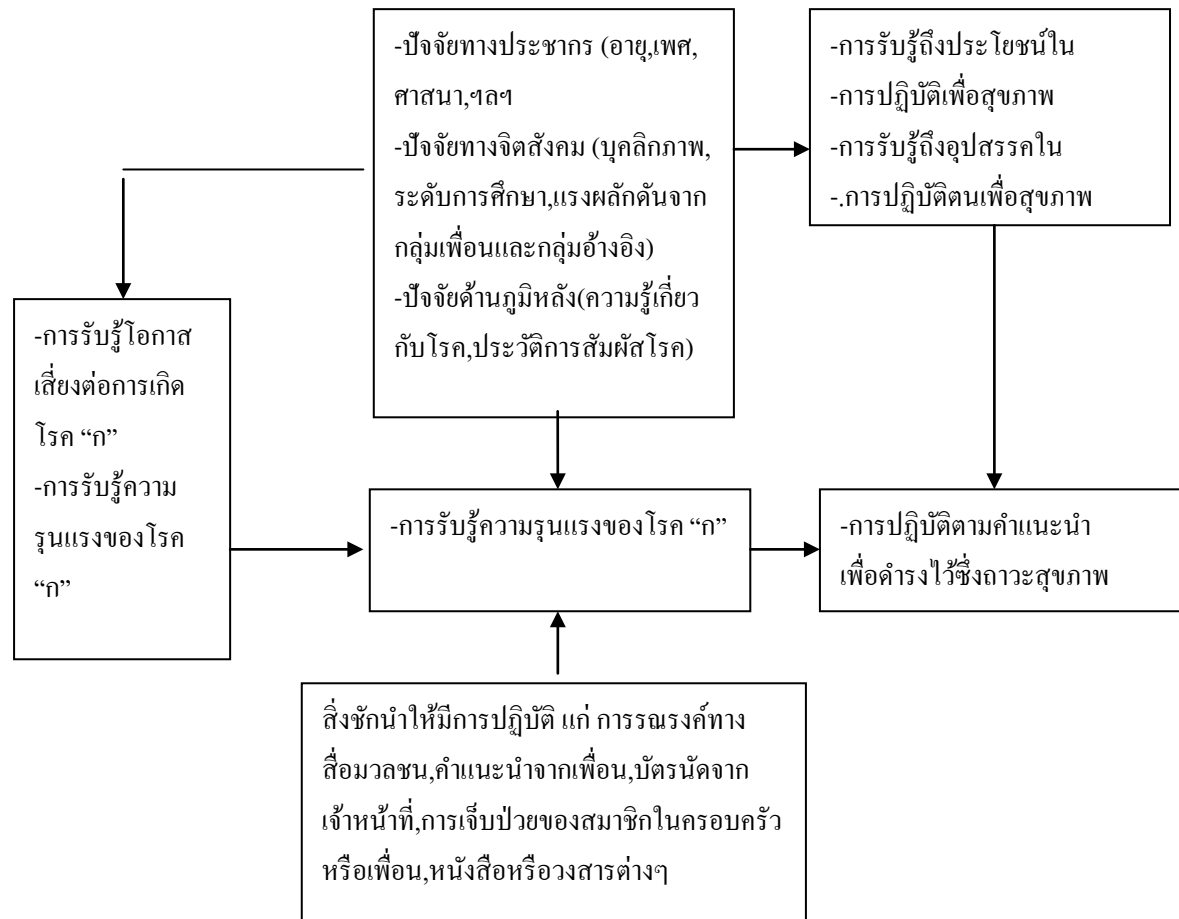
บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและมีการคาดหวังในผลลัพธ์สูง จะมีแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรม และถ้าทั้งสองด้านต่ำบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมน้อยหรือไม่กระทำพฤติกรรมเลยเช่นกัน

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึงกระบวนการตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย โดยใช้การรับรู้หรือประสบการณ์เดิมในการตีความและมีการตอบสนองด้วยการแสดงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น

ดังนั้น จากการรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลมีความนึกคิดหรือมีความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล แล้วทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามความคิดหรือความเข้าใจนั้น ทั้งนี้ หมายความว่า ถ้าหากการรับรู้ของเขาคาดเคลื่อนจากความจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมผิด ๆ และก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองได้ จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อาศัยตัวแปรทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงหรือภาวะไม่แน่ใจพบว่า พฤติกรรมอนามัยหรือพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับการที่บุคคลเห็นคุณค่าของสิ่งของสิ่งใดที่ตนจะได้รับและผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำ (21) ดังนั้นในการจัดการหรือการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลนั้น การรับรู้ได้ถูกนำมาใช้ในรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock) เป็นผู้เริ่มนำมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจสิ่งใดที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และถอยห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา ซึ่งองค์ประกอบสำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรเซนสต็อก (21) สรุปไว้ในระยะแรกคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายให้แก่ชีวิต มองเห็นประโยชน์ในการกระทำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงและรุนแรงนั้น และการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นซึ่งอาจเขียนได้ดังนี้ (แผนภูมิที่ 1)

การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม การปฏิบัติ

(Individual Perceptions) (Modifying Factors) (Likelihood of Action)



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต็อก (Rosenstock)

จำแนกการรับรู้ไว้ดังนี้

1. การรับรู้ในโอกาสเสี่ยง (perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ถึงความรุนแรง (perceived Susceptibility)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceive Benefits)
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (perceive barrier)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ความรู้ตามความหมายในพจนานุกรมเวบสเตอร์ (Webster’s Intermediate Dictionary) ของเมอร์เรียม (Merrian – Webster’s) (32) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และ โครงสร้างที่เกิดจากการศึกษา หรือความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ที่เกิดจากการ

สังเกต ประสบการณ์หรือรายงานการรับรู้ ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจน บลูม (Bloom) (3 3) ได้ให้ความหมายของ “ความรู้” ว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องต่างๆ ไป ระลึกได้วิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำและประภาเพื่อ สุวรรณ (3 4) ได้สรุปว่า “ความรู้” เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้อาจจะโดยการนึกหรือการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในที่นี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น สรุปได้ว่า ความรู้เป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากความรู้ที่เด็กนักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 6 ได้รับจากการเรียนการสอนในโรงเรียนที่นักเรียนควรจะได้รับว่า หมายถึง การรู้ เรื่องราว ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระเกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออก ได้แก่ อันตรายของโรค ยุงลายพาหะ นำโรค ช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากิน วิธีป้องกัน โรคไข้เลือดออก วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และ ลูกน้ำยุงลาย ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้กับพฤติกรรมป้องกันการโรคดังกล่าว เช่น จากการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (3 5) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบบีที่หน่วยหลังคลอด รพ.ศิริราช รพ.รามาริบัติ รพ.จุฬารัตน์ จำนวน 200 คน พบว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคติดต่อของโรคตับอักเสบบี

แก้วตะวัน ต่วนชะเอม (36) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านมาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 350 คน พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กนกพร โฉมเฉลา (37) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ โรคเอดส์ของสตรีในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 188 คน พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของสตรี

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมป้องกันการโรค ไข้เลือดออกดังเช่น การศึกษาของ

ชูนงค์ อาษาธิรักษ์ (38) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของนักเรียน ประถมศึกษา เขตการศึกษา 9 จำนวน 500 คน พบว่าความรู้มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยนักเรียนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลางและมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง

สุวิทย์ พัฒน์มณี (39) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับ และไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาในเขตอำเภอกระนวน จ.ขอนแก่น จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน กลุ่มควบคุม 36 คน พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตาม โปรแกรมสุขศึกษาโดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์

ในการให้ความรู้มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีวก่อนทดลองและดีวกกลุ่มควบคุม

พรพิมล พวงเงิน (40) ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 712 คน พบว่า ความรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจะมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี สว่างใจ ชัยกิจ (41) จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับระบบาชีววิทยาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกก่อให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มที่มีการป้องกันไข้เลือดออกสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มที่มีการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำ

นฤทธิ์ สิงสถิตย์ (42) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดเลย จำนวน 125 คน กลุ่มทดลอง 65 คน กลุ่มควบคุม 63 คน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

การศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ เช่น การศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (43) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ของชาวบ้านอรุโณทัย ต.เมืองนะ อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่ จำนวน 164 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากเหตุผลการศึกษาที่กล่าวมาสามารถตั้งสมมติฐานได้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในทางบวก

3.2 การรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค

บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่าตนเองมีโอกาสจะเจ็บป่วยหรือติดโรคเฉพาะหนึ่งๆ โดยที่ข้อหนึ่งอาจเป็นว่าบุคคลจะเพิกเฉยไม่รับรู้ว่ามีโอกาสใดๆ ที่จะติดโรคนั้น ขณะที่โอกาสเสี่ยงที่รับรู้สำหรับคนบางคนก็อาจจะมีบ้าง แต่ตนเองก็มักไม่ยอมเชื่อว่าจะเกิดขึ้นกับตน ความเสี่ยงที่รับรู้จึงอาจอยู่ในระดับต่าง ๆ กันจนไปถึงอีกข้อหนึ่ง บุคคลอาจจะรับรู้ว่ามีโอกาสสูงมากที่จะติดหรือเป็นอันตรายจากโรคนั้น กล่าวโดยสรุปปัจจัยตัวนี้เป็นความเป็นไปได้หรือโอกาสเสี่ยงที่หมายถึงความเสี่ยงในการที่จะติดโรคหรือประสพภาวะคุกคามต่อสุขภาพจากการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker & Maiman) (44) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมมารดาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหุ้่น้ำหนวก พบว่า ความเชื่อต่อความง่ายในการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปของเด็กความเชื่อมั่นในความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์และความเชื่อว่าเด็กมีโอกาสติดเชื้อซ้ำอีกนั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปฏิบัติของมารดาในการให้บุตรรับประทานยาและพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นเมื่อบุคคล

มีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค ก็จะทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่จะป้องกันโรคนั้นออกมาจากการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคที่กล่าวมาข้างต้นในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหมายถึงการรับรู้ถึงความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งของนักเรียนต่อการคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังเช่นจากการศึกษาของ

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน (45) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาล ศิริราช และโรงพยาบาลเลิศสิน พบว่าการสอนสุขศึกษาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่องความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ แรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ แรงจูงใจในการปฏิบัติตน ความพึงพอใจการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร และการหลีกเลี่ยงข้อห้ามบริหารบำบัด ซึ่งผลการสอนสุขศึกษากับการปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

สุวิมล ฤทธิมนตรี (46) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี หรือผู้เป็นพาหะโรคตับอักเสบไวรัสบีพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อโรคตับอักเสบไวรัสบีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตับอักเสบไวรัสบี

วเรศ ช่างแก้ว (47) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานโรงงานชลประทานซีเมนต์ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 180 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงอันตรายจากฝุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น

สุวลา จิตดิษฐ์ (48) ศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของผู้ปกครองนักเรียน ระดับประถมศึกษา อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 252 คน พบว่าปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังเช่น จากการศึกษารอง

นนทรี ชมเชยเนติธรรม (49) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่มีบุตรอายุ 5-9 ปี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน กลุ่มควบคุม 40 คน พบว่าภายหลังการทดลองมารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค สูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม และมารดาในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในทางที่ดีขึ้น

ปราโมทย์ แซ่ฮ้อ (50) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการนำแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครู และบิดาหรือมารดาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สำรอง คุณวุฒิ (51) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ดีวก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก

วิจิตรา ดวงขมาย, เทียนทอง ตะแก้ว (52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่า การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

กาญจนา แหยมงาม. (53) ศึกษาการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน กรณีศึกษา : อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับน้อย ร้อยละ 69.3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะด้านประชากรกับระดับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อำเภอ พรานกระต่าย จังหวัด กำแพงเพชร ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional analytics study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมด 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน จำนวน 1,184 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคิดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ใช้สูตรการคิดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1 + N^{e^2}}$$

n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนของขนาดตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1184}{1 + 1184^{0.05 \times 0.05}} = 298 \text{ ตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดเป็น 300 ตัวอย่าง}$$

กลุ่มตัวอย่าง 300 คน มีขั้นตอนการคัดเลือกดังนี้

การสุ่มตัวอย่าง ใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทุกหมู่บ้านจำนวน 116 หมู่บ้าน หมู่บ้านขนาดใหญ่ กำหนดขนาดตัวอย่าง หมู่บ้านละ 3 ตัวอย่าง หมู่บ้านขนาดเล็ก หมู่บ้านละ 2 ตัวอย่าง ใช้วิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ สำหรับรายละเอียดในการสุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ตรวจสอบบัญชีรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอ พรานกระต่าย จังหวัด กำแพงเพชร จำนวน 116 หมู่บ้าน เขียนชื่ออาสาสมัครทั้งหมดแยกเป็นรายหมู่บ้านแล้วนำไปใส่กล่องที่จะจับสลากทีละ 1 หมู่บ้าน

2. จับสลากชื่ออาสาสมัคร โดยจับครั้งละ 1 หมู่บ้าน จนครบ โดยจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จากทั้งหมด 10 ตำบล จนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ

ระยะเวลาดำเนินการ

กรกฎาคม – ธันวาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การวัดและการกำหนดค่าตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยต่างๆ จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ที่อยู่ปัจจุบัน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามจะเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ สาเหตุ อาการ การติดต่อโรค พาหะ นำโรค และการป้องกันตนเอง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ความสามารถตนเอง มีทั้งหมด 24 ข้อ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซ็นสตีค (8) ลักษณะของแบบสอบถามประยุกต์ใช้ Likert'Scale เป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ ในการตอบแบบสอบถามนั้นกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ ในการตอบแบบสอบถามนั้นกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ตอนที่ 2 ใช้การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ 8 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง ความรู้ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60 – 79	คือ 6 – 7 คะแนน	หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 59 ลงมา	คือ 5 คะแนนลงมา	หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 การรับรู้ มีความหมายดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ระดับความคิดเห็นที่ท่านยอมรับในข้อความนั้นทั้งหมด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ระดับความคิดเห็นที่ท่านยังไม่มีความมั่นใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ระดับความคิดเห็นที่ท่านไม่ยอมรับข้อความนั้นทั้งหมด

การตรวจให้คะแนนแบบสอบถามแต่ละข้อ พิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

		เชิงบวก	เชิงลบ
เห็นด้วย	ให้ระดับคะแนน	1	0
ไม่แน่ใจ	ให้ระดับคะแนน	0	0
ไม่เห็นด้วย	ให้ระดับคะแนน	0	1

เกณฑ์การจัดระดับการรับรู้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	คือ 6.4 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง การรับรู้ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60 – 79	คือ 4.8 – 6.3 คะแนน	หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 59 ลงมา	คือ 0 – 4.7 คะแนน	หมายถึง การรับรู้ระดับต่ำ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

ใช้เลือกออก มีทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับ การปฏิบัติ เป็น 3 ระดับ มีข้อความในเชิงบวกทั้งหมดในการตอบแบบสอบถามนั้นกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบแต่ละช่วงคำตอบ มีความหมายดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเช่นนั้นสม่ำเสมอ
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเช่นนั้นบ้างเป็นบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย

การตรวจให้คะแนนแบบสอบถามแต่ละข้อ พิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ทุกครั้ง	ให้ระดับคะแนน	2
บางครั้ง	ให้ระดับคะแนน	1
ไม่ปฏิบัติ	ให้ระดับคะแนน	0

เกณฑ์การจัดระดับพฤติกรรมการปฏิบัติ

คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	คือ 13 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง การปฏิบัติระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.0	คือ 10 – 12 คะแนน	หมายถึง การปฏิบัติระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 59.0 ลงมา	คือ 0 - 9 คะแนน	หมายถึง การปฏิบัติระดับต่ำ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน
3. นำแบบสอบถามแต่ละตอนมาให้คะแนน โดยกำหนดให้ข้อที่ตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง 0 คะแนนแล้วนำไปหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ แล้วทดสอบด้วยสถิติ t-test ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.7 ขึ้นไปถือว่ามีความอำนาจจำแนกดี
4. นำแบบสอบถามทั้ง 3 ตอนมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ของข้อคำถาม (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบัท (Cronbach 's Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของ รพ.สต.ในพื้นที่ศึกษา เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอโดย ตารางแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การมีตำแหน่งบทบาททางสังคม กับความรู้ การรับรู้ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ t-test และ ANOVA

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การมีตำแหน่งบทบาททางสังคมกับ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation Coefficient)

4. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยตามรูปแบบ Cross-sectional analytics study ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2558 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามจากจำนวน 300 ตัวอย่าง ผลการวิจัยเป็น ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 315)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	21.3
หญิง	236	78.6
อายุ		
< 30 ปี	12	4.0
30 – 40 ปี	92	30.6
41 – 50 ปี	120	40.0
51 – 60 ปี	62	20.7
60 ปี ขึ้นไป	14	4.7
อายุน้อยที่สุด 19 ปี อายุมากที่สุด 83 ปี อายุเฉลี่ย 44.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.98		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	210	70.0
มัธยมศึกษา	79	26.3
อนุปริญญา/สูงกว่า	11	3.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 315)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	93	31.0
เกษตรกรกรรม	150	50.0
ค้าขาย	27	9.0
งานบ้าน/อื่นๆ	30	10.0
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ		
< 10 ปี	217	72.4
10 - 15 ปี	34	11.3
15 - 20 ปี	25	8.3
มากกว่า 20 ปี	24	8.0
น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 30 ปี เฉลี่ย 8.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน		
ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น/ประธานชมรม/กลุ่ม	95	31.7
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ	205	68.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.6 อายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาคืออายุระหว่าง 30 – 40 ปี ร้อยละ 30.6 ที่พบน้อย คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีและมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในจำนวนพอกัน คือร้อยละ 4.0 และร้อยละ 4.7 ศีรษะระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา 26.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50.0 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 31.0 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.4 รองลงมา คือ ระยะเวลาระหว่าง 10 – 15 ปี ร้อยละ 11.3 ระยะเวลาระหว่าง 15 - 20 ปี ร้อยละ 8.3 และระยะเวลา มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 8.0 ร้อยละ 68.3 ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในเขตอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อคำถาม	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบ ผิด	ร้อยละ	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
1. ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อเป็นแล้วมีโอกาสเป็นอีก	278	92.7	22	7.3	0.9	0.26
2. อาการของโรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปากแดง หน้าแดง	273	91.1	27	8.9	0.9	0.28
3. ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก มักออกหากินเวลากลางคืน	59	19.7	241	80.3	0.2	0.40
4. การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำหล่อกันยุงลายหรือยุงตัวผู้ไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้	113	37.8	187	62.2	0.4	0.49
5. การกำจัดลูกน้ำยุงลายควรทำทุก 7 วัน	288	95.9	12	4.1	1.0	0.20
6. การควบคุมไม่ให้มียุงลาย ควรทำในระยะที่มียุงลายบินให้เห็น	206	68.6	94	31.4	0.7	0.46
7. ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้	75	25.1	225	74.9	0.2	0.43
8. การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด	115	38.4	185	61.6	0.4	0.49
9. ยุงลายมี 2 ชนิด คือยุงลายบ้านและยุงลายสวน	230	76.8	70	23.2	0.8	0.42
10. เชื้อที่ทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คือเชื้อไวรัสเด็งกี	233	77.8	67	22.2	0.8	0.41
คะแนนเฉลี่ย 6.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.51 คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน						

จากตารางที่ 2 พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมมี คะแนนเฉลี่ย 6.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจไม่ถูกต้องคือ เข้าใจว่ายุงลายหากินกลางคืน ร้อยละ 80.3 (ข้อ 3) ไม่เข้าใจว่า การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือ ผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำหล่อกันยุงลายหรือยุงตัวผู้สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ ร้อยละ 62.2 (ข้อ 4)

เข้าใจว่าขุลงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นขุลงตัวผู้ ร้อยละ 74.9 (ข้อ 7) และเข้าใจว่าการฟ่นสารเคมีเพื่อกำจัดขุลงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด ร้อยละ 61.6 (ข้อ 8)

**ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการจัดระดับ**

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59.0 ลงมา	92	30.8
ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.0	140	46.7
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	68	22.5

จากตารางที่ 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 46.7 รองลงมามีความรู้ระดับ ต่ำ ร้อยละ 30.8 ความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 22.5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	6.2	F = 1.022	0.248
หญิง	6.2		
อายุ			
< 30 ปี	6.5	F = 1.094	0.360
30- 40 ปี	6.1		
41 – 50 ปี	6.2		
51 – 60 ปี	6.5		
61 ปี ขึ้นไป	6.5		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	6.3	F = 0.355	0.702
มัธยมศึกษา	6.2		
อนุปริญญา/สูงกว่า	5.7		
อาชีพ			
รับจ้าง	6.3	F = 0.253	0.859
เกษตรกรรวม	6.3		
ค้าขาย	6.0		
งานบ้าน/อื่นๆ	6.1		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
< 10 ปี	6.2	F = 1.831	0.141
10 - 15 ปี	6.2		
16 - 20 ปี	6.9		
มากกว่า 20 ปี	6.1		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน			
ดำรงตำแหน่งอื่น	6.0	F = 1.241	0.468
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ	6.1		

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากร พบว่า คุณลักษณะด้านประชากรที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตอนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อความ	เห็น ด้วย	ร้อย ละ	ไม่ แน่ใจ	ร้อย ละ	ไม่ เห็น ด้วย	ร้อย ละ	คะแนน เฉลี่ย	SD.
1. ผู้ที่มีไข้สูงและพบจุดเลือดออกใต้ผิวหนังแสดงว่าเป็นโรค ไข้เลือดออก ระยะรุนแรง	247	82.2	26	8.6	27	9.2	0.8	0.38
2. การป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกจะหาย ได้เองโดยไม่ต้องรักษา	41	13.7	59	19.7	200	66.7	0.7	0.47
3. โรคไข้เลือดออกถ้าเคยป่วยมาแล้ว จะมีโอกาสป่วยซ้ำได้อีก	267	88.9	22	7.3	11	3.8	0.9	0.31
4. โรคไข้เลือดออกถ้าป่วยซ้ำ อาการ จะรุนแรงกว่าครั้งแรก	193	64.4	75	24.8	32	10.8	0.6	0.48
5. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ซื้อยาลดไข้ มารับประทานเอง อาจมีภาวะ เลือดออกรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้	241	80.3	14	4.8	45	14.9	0.8	0.40
6. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีอาการซึม ตัวเย็น แสดงว่าโรคใกล้หายเป็นปกติ	64	21.3	61	20.3	175	58.4	0.2	0.41
7. การที่ครอบครัวใดมีผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก จะทำให้เสียงบประมาณ ในการรักษา และต้องเสียเวลาในการ ดูแลมาก	215	71.4	29	9.8	56	18.7	0.7	0.45
8. การมีโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพียง 1 ราย ถ้าควบคุมโรคไม่ดี อาจ เกิดการแพร่ระบาดของโรคขึ้นได้	278	92.4	7	2.5	15	5.1	0.9	0.27
คะแนนเฉลี่ย 5.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน								

จากตารางที่ 5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรับรู้ความรุนแรงต่อ
การเกิดโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 5.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59.0 ลงมา	53	17.8
ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.0	153	51.1
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	94	31.1

จากตารางที่ 6 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 รองลงมาที่มีการรับรู้ในระดับ สูง ร้อยละ 31.1 และการรับรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 17.8

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	5.9	F = 0.345	0.291
หญิง	5.6		
อายุ			
< 30 ปี	5.8	F = 1.579	0.180
30- 40 ปี	5.6		
41 – 50 ปี	5.5		
51 – 60 ปี	6.0		
61 ปี ขึ้นไป	6.1		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	5.7	F = 0.067	0.936
มัธยมศึกษา	5.7		
อนุปริญญา/สูงกว่า	5.7		

ตารางที่ 7 (ต่อ)				
คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value	
อาชีพ				
รับจ้าง	5.5	F = 1.856	0.137	
เกษตรกรกรรม	5.8			
ค้าขาย	5.9			
งานบ้านละอื่นๆ	5.5			
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ				
< 10 ปี	5.6	F = 2.151	0.094	
10 - 15 ปี	5.7			
16 - 20 ปี	6.2			
มากกว่า 20 ปี	5.7			
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน				
ดำรงตำแหน่งอื่น	5.8	F= 2.632	0.077	
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ	5.5			

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านประชากรต่างกันในภาพรวมมี การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อความ	เห็น	ร้อย	ไม่	ร้อย	ไม่	ร้อย	คะแนน	S.D.
	ด้วย	ละ	แน่ใจ	ละ	เห็น	ละ	เฉลี่ย	
1. โรคไข้เลือดออกมีโอกาสเกิดได้ตลอดปี	246	81.9	26	8.6	28	9.5	0.8	0.39
2. โรคไข้เลือดออกที่ระบาดในหมู่บ้านข้างเคียง อาจเกิดการระบาดในหมู่บ้านท่านด้วยก็ได้	282	94.0	4	1.3	14	4.8	0.9	0.24
3. โรคไข้เลือดออกจะมีโอกาสเกิดได้ทุกเพศทุกวัย	291	97.1	4	1.3	5	1.6	0.9	0.17
4. บ้านที่มีภาชนะเก็บกักน้ำที่ไม่มีฝาปิด น่าจะมีส่วนทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก	269	89.5	13	4.4	18	6.0	0.9	0.31
5. เด็กน่าจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มากกว่าผู้ใหญ่	227	75.6	29	9.8	44	14.6	0.8	0.43
6. ผู้ที่ถูกยุงลายกัดในช่วงเวลาเย็น น่าจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้	152	50.8	85	28.3	63	21.0	0.5	0.50
7. การถูกยุงลายที่มีเชื้อโรคไข้เลือดออกกัดเพียงครั้งเดียว ก็เป็นโรคไข้เลือดออกได้	255	85.1	32	10.8	13	4.1	0.8	0.36
8. เมื่อมีคนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยนอนในมุ้ง	275	91.4	11	3.8	15	4.8	0.9	0.28

คะแนนเฉลี่ย 6.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน

จากตารางที่ 8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 6.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59.0 ลงมา	12	4.1
ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.0	112	37.1
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	176	58.7

จากตารางที่ 9 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ โรคไข้เลือดออก ระดับสูง ร้อยละ 58.7 รองลงมาที่มีการรับรู้ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 37.1 และการรับรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.1

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	6.4	F = 0.559	0.093
หญิง	6.7		
อายุ			
< 30 ปี	7.0	F = 2.381	0.050
30- 40 ปี	6.5*		
41 – 50 ปี	6.7*		
51 – 60 ปี	6.6*		
61 ปี ขึ้นไป	7.6*		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	6.7	F = 0.323	0.725
มัธยมศึกษา	6.6		
อนุปริญญา/สูงกว่า	6.7		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
อาชีพ			
รับจ้าง	6.5	F = 1.493	0.216
เกษตรกรกรรม	6.7		
ค้าขาย	7.1		
งานบ้าน/อื่นๆ	6.8		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
< 10 ปี	6.8	F = 1.600	0.189
10 - 15 ปี	6.4		
16 - 20 ปี	6.5		
มากกว่า 20 ปี	6.6		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน			
ดำรงตำแหน่งอื่น	6.5	F= 1.328	0.826
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ	6.7		

*The mean difference is significant at the .05 level

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านอายุต่างกันในภาพรวมมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน ที่ต่างกัน มีคะแนนการรับรู้ โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อความ	เห็น ด้วย	ร้อย ละ	ไม่ แน่ใจ	ร้อย ละ	ไม่ เห็น ด้วย	ร้อย ละ	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
1. ท่านสามารถสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายบริเวณบ้านของท่าน ได้ทุก สัปดาห์	294	98.1	3	1.0	3	1.0	0.9	0.14
2. ท่านสามารถสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย ในละแวกที่ท่านรับผิดชอบ ได้ทุกสัปดาห์	281	93.7	14	4.8	5	1.6	0.9	0.24
3. ท่านสามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายบริเวณบ้านของท่าน ได้ทุก สัปดาห์	294	98.1	1	0.3	5	1.6	0.9	0.14
4. ท่านสามารถให้คำแนะนำหรือ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายใน ละแวกที่ท่านรับผิดชอบ ได้ทุก สัปดาห์	281	93.7	13	4.4	6	1.9	0.9	0.24
5. ท่านขัดล้างภาชนะใส่น้ำที่ไม่มีฝา ปิด ได้ทุกสัปดาห์	266	88.6	21	7.0	13	4.4	0.9	0.32
6. ท่านสามารถทำลายลูกน้ำได้ทันทีที่ พบว่ามีลูกน้ำตามภาชนะ	287	95.9	10	3.2	3	1.0	0.9	0.20
7. ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านให้ ดูแลมิให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายใน บ้านเรือน	287	95.9	9	2.9	4	1.3	0.9	0.20
8. ท่านเป็นคนที่สามารถช่วยควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	267	89.2	25	8.3	8	2.5	0.8	0.31
คะแนนเฉลี่ย 7.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน								

จากตารางที่ 11 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกระดับ สูง
คะแนนเฉลี่ย 7.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59.0 ลงมา	7	2.2
ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.0	32	10.8
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	261	87.0

จากตารางที่ 12 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับ สูง ร้อยละ 87.0 รองลงมามีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.8 และการรับรู้ในระดับ ต่ำ ร้อยละ 2.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 7.5 คะแนน (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมป้องกัน
โรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	7.3	F= 2.864*	0.039
หญิง	7.6		
อายุ			
< 30 ปี	7.7	F = 0.741	0.565
30- 40 ปี	7.5		
41 – 50 ปี	7.4		
51 – 60 ปี	7.6		
61 ปี ขึ้นไป	7.8		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	8.0	F = 0.720	0.609
มัธยมศึกษา	7.5		
อนุปริญญา/สูงกว่า	7.5		
อาชีพ			
รับจ้าง	7.5	F = 1.950	0.122
เกษตรกรกรรม	7.5		
ค้าขาย	7.7		
งานบ้าน/อื่นๆ	7.9		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
< 10 ปี	7.5	F = 0.110	0.954
10 - 15 ปี	7.6		
16 - 20 ปี	7.5		
มากกว่า 20 ปี	7.5		

ตารางที่ 13 (ต่อ)

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน			
ดำรงตำแหน่งอื่น	7.2	F =1.951*	0.001
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ	7.9		

*The mean difference is significant at the .05 level

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านเพศ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านต่างกัน มี การรับรู้ ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต่างกัน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของตนในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการตอบรายข้อ

ข้อความ	เป็น ประจำ	ร้อย ละ	บาง ครั้ง	ร้อย ละ	ไม่ ปฏิบัติ	ร้อย ละ	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
1. ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ที่อยู่ รอบบริเวณบ้านและละแวกที่ท่าน รับผิดชอบ	212	70.5	86	28.9	2	0.6	1.7	0.47
2. ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ที่อยู่ รอบบริเวณบ้านและละแวกที่ท่าน รับผิดชอบ	208	69.2	88	29.5	4	1.3	1.7	0.49
3. ท่านแนะนำชาวบ้านเรื่องการกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	226	75.2	67	22.2	7	2.5	1.7	0.50
4. ท่านให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แก่ชุมชน	194	64.8	99	33.0	7	2.2	1.6	0.53
5. เมื่อพบคนป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรค ไข้เลือดออก ท่านให้คำแนะนำให้พา ไปสถานอนามัยหรือไปพบแพทย์	252	84.1	45	14.9	3	1.0	1.8	0.40
6. ท่านแจ้งข่าวสารเรื่องโรค ไข้เลือดออกในชุมชนให้เพื่อนบ้าน ทราบของท่าน	250	83.2	49	16.5	1	0.3	1.8	0.39
7. ท่านคอยสังเกตว่ามีเด็กป่วยใน ชุมชน	208	69.5	85	28.3	7	2.2	1.7	0.51
8. ท่านชักชวนเพื่อนบ้านให้ช่วยกัน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	258	86.0	40	13.3	2	0.6	1.8	0.37
คะแนนเฉลี่ย 13.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.36 คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน								

จากตารางที่ 14 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มี พฤติกรรมการป้องกันควบคุม
โรคไข้เลือดออกกระจัดสูง คะแนนเฉลี่ย 13.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59.0 ลงมา	19	6.3
ปานกลาง คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.0	51	17.1
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	230	76.5

จากตารางที่ 15 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกาปฏิบัติ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับ สูง ร้อยละ 76.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.1 และระดับ ต่ำ ร้อยละ 6.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมใน 13.9 คะแนน (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	13.6	F= 1.225	0.137
หญิง	14.0		
อายุ			
< 30 ปี	13.7	F = 1.416	0.228
30- 40 ปี	13.7		
41 – 50 ปี	13.7		
51 – 60 ปี	14.4		
61 ปี ขึ้นไป	14.8		

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	14.0	F = 0.136	0.873
มัธยมศึกษา	13.9		
อนุปริญญา/สูงกว่า	14.2		
อาชีพ			
รับจ้าง	14.1	F = 1.639	0.180
เกษตรกรกรรม	13.7		
ค้าขาย	14.7		
งานบ้าน/อื่นๆ	13.7		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
< 10 ปี	13.9	F = 0.897	0.443
10 - 15 ปี	13.7		
16 - 20 ปี	14.0		
มากกว่า 20 ปี	14.7		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน			
ดำรงตำแหน่งอื่น	13.2	F = 1.219	0.158
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ	14.3		

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันควบคุม โรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านประชากรต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค

ไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P - value
คุณลักษณะด้านเพศ	0.130	0.021
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	0.084	0.137
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.250	< 0.001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.182	0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.010	0.865

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า คุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้ ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยรูปแบบ Cross-sectional analytics study ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอ พรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร จาก 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน จำนวน 3 00 ตัวอย่าง ผลการวิจัย สรุปได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.6 อายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาคืออายุระหว่าง 30 – 40 ปี ร้อยละ 30.6 ที่พบน้อย คือ กลุ่มอายุ น้อยกว่า 30 ปีและ มากกว่า 60 ปี ขึ้นในจำนวนพอกัน คือร้อยละ 4.0 และร้อยละ 4.7 ศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา 26.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50.0 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 31.0 ระยะเวลา การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.4 รองลงมาคือ ระยะเวลา ระหว่าง 10 – 15 ปี ร้อยละ 11.3 ระยะเวลาระหว่าง 15 - 20 ปี ร้อยละ 8.3 และระยะเวลามากกว่า 20 ปี ร้อยละ 8.0 ร้อยละ 68.3 ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน (ตารางที่ 1)

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3) คุณลักษณะด้าน ประชากรที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

2. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 6) ปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรต่างกันมี การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 7)

3. การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 9) ปัจจัย คุณลักษณะด้านอายุต่างกันมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 12) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านเพศ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้านต่างกัน มี การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรค โรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 13)

5. พฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ใน ระดับ สูง (ตารางที่ 15)
คุณลักษณะด้านประชากรต่างกันมี การปฏิบัติในการป้องกัน ควบคุม โรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน
(ตารางที่ 16)

6. คุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคไข้เลือดออก การรับรู้
ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ ป้องกัน
ควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้ ความรุนแรงเกี่ยวกับโรค
ไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ตารางที่ 17)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัย
คุณลักษณะด้านประชากร ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ถูกต้องได้แก่ ขาดเป็นพาหะนำโรค
ไข้เลือดออกมักออกหากินเวลากลางคืน ขาดที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้
ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนประเด็นความรู้ที่มีคะแนน
ความรู้ที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญแต่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ คือ ไม่ทราบว่า
การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำหล่อจานรองขาตู้สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำ
ยุงลายได้ และยังไม่เข้าใจว่า การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด ทั้งนี้อาจ
เนื่องมาจากการขาดการเพิ่มพูนทักษะด้านความรู้ ในการควบคุมยุงลายพาหะและการควบคุมโรค
ไข้เลือดออกด้วยวิธีการอื่นๆเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี ขาดการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งอื่น
ค่อนข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา แหม่มงาม (53) ซึ่งศึกษาการดำเนินงานควบคุมโรค
ไข้เลือดออกแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน (กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข) กรณีศึกษา : อำเภอ
บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับ น้อย จึงจำเป็นต้องเสริมสร้าง
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยการอบรมและฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ ส่วนคุณลักษณะด้าน
ประชากรที่แตกต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ได้รับความรู้ ประสบการณ์ในการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกอยู่เป็นประจำ จึงส่งผลให้ไม่พบความ
แตกต่างดังกล่าว

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยคุณลักษณะ
ด้านประชากรที่แตกต่างกัน ไม่มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก สอดคล้อง
กับการศึกษาของ วิจิตรา ดวงขยาย, เทียนทอง ตะแก้ว (52) ประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานคือ มี
การรับรู้ความรุนแรงของไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องโดยรับรู้ว่ามีอาการซึม ตัวเย็น
แสดงว่าโรคใกล้หายเป็นปกติ ซึ่งต้องเร่งทำความเข้าใจในประเด็นนี้อย่างจริงจัง สอดคล้องกับทฤษฎี
การรับรู้⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า ถ้าหากการรับรู้คลาดเคลื่อนจากความจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมผิดๆและ

ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองได้ การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (action oriented in the present) บุคคลต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรค (5) จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ให้มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก อาจทำได้โดยการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์การป่วยและเสียชีวิต ให้รับทราบอย่างต่อเนื่อง

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านอายุต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30 – 40 ปี , 41 – 50 ปี และ 51 – 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของนฤทธิ สิงห์สถิต (6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับ โอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่งๆหรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ของบุคคลว่ามีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป และเป็นกรรับรู้ว่าการเกิดโรคมมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น โรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่น ๆ ได้ จากบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ตามความเป็นจริงย่อมได้รับรู้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วย/ตายด้วยโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ และของจังหวัดกำแพงเพชร อยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นอาจส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ซึ่งอาจพิจารณาเพิ่มบทบาทให้ อสม.กลุ่มนี้เป็นพี่เลี้ยงเนื่องจากมีประสบการณ์มากกว่า ส่วนปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรอื่นๆ ที่ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับเดียวกัน ไม่ว่าจะเพศชายหรือหญิง อาชีพ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้าน ต่างกันก็ไม่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

4.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คุณลักษณะด้านเพศ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้านต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูงกว่าเพศชาย และผู้ที่ไม่มีตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับ สูงกว่าผู้ที่มีตำแหน่งในหมู่บ้าน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินการเป็นเพศหญิง การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านเพศมี การกระจายไม่เหมาะสมระหว่างเพศชายและเพศหญิง จึงอาจส่งผลให้ พบว่ามี ความแตกต่างในด้านเพศกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนปัจจัยด้านการ ไม่มีการดำรงตำแหน่งอื่นๆในชุมชน มีคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันควบคุม

โรคไข้เลือดออก สูงกว่า อาจเนื่องมาจากการมีเวลา เสียสละทุ่มเทให้กับ การดำเนินงานควบคุม ป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างเต็มที่ ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องรับภาระทางสังคมหลายหน้าที่ และจากการทบทวนรายงานการศึกษาไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรนี้

5. พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง และไม่พบ ความแตกต่างระหว่างปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรกับพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สว่างใจ ชัยกิจ⁽⁷⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครฯ ทุกคน มีความรับผิดชอบในงานควบคุมโรคของตน และมีแผนการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคทุกเดือนที่ต้องปฏิบัติเหมือนกันทุกคน ทำให้ปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก

6. ปัจจัย เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถ ตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในเพศหญิงมีการรับรู้มากกว่าเพศ ชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ด่านชัย⁽⁸⁾ และเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลด ความรุนแรงของโรคและรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น⁽⁵⁾ ส่วน ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้เรื่องโรคมีความเกี่ยวข้องค่อนข้างน้อยกับภารกิจ บทบาทที่กลุ่มตัวอย่างต้อง แสดงพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขในด้านความรู้เพื่อ การแนะนำประชาชนเกี่ยวกับการควบคุมพาหะยุงลายที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่นการ เสริมความรู้วิธีทางกายภาพ ชีวภาพ ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือน ไม่พึ่งพาสารเคมีเพราะควร แนะนำหรือจัดหาแหล่งข้อมูลความรู้ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ คู่มือ วารสารต่าง ๆ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องที่สำคัญต่างๆ เช่น ชนิดของยุงลายและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ถูกต้อง และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึง ควรจัดประชุม/อบรมเพิ่มความรู้อย่างถูกต้องให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทักษะเทคนิคและวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง การแจ้งข้อมูลสถานการณ์ของโรคให้ทราบเป็นประจำ ควรแนะนำหรือจัดหาแหล่งข้อมูลความรู้ ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก ได้แก่ คู่มือ วารสารต่าง ๆ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

2. ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออก และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมรณรงค์การป้องกันควบคุมโรคอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยควรรหาเทคนิคใหม่ๆ จูงใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ลดโอกาสเสี่ยง โดยเฉพาะการป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนฤดูการระบาด

3. ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งหมายความว่า มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน ถ้าหากมีการติดตามกำกับการทำงานที่ดีจะเป็นการเพิ่มทักษะให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและเป็นการสอนงานที่ได้จากเหตุการณ์จริง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ ควรจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และควรร่วมดำเนินงานกับชุมชนในพื้นที่ทุกครั้ง

4. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศและอายุ โดยเพศหญิงมีการรับรู้ด้านต่างๆที่ดีกว่าเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ดีกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า จึงควรมีการพิจารณาเลือกผู้ที่จะเข้ามาเป็น อสม.เป็นเพศหญิง เพื่อให้มีการเรียนรู้ที่ดีและสามารถเข้าชุมชนได้คล่องตัวกว่าเพศชาย และ อสม.ที่อยู่ในกลุ่มสูงอายุควรให้เป็นพี่เลี้ยงสอนงานให้กับคนรุ่นใหม่ เนื่องจากมีประสบการณ์และมีความมั่นใจตนเองสูง

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีนโยบายการป้องกันควบคุมโรค ส่งเสริมให้มีการติดตามกำกับ ประเมินผล อย่างสม่ำเสมอ โดยการจัดเวทีสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจ ค้นหาแนวทางการปฏิบัติงานที่ดี และ ปรับปรุงข้อผิดพลาดจากการดำเนินงานในชุมชน

6. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรค ไข้เลือดออกมีการดำเนินการอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

รายการอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. เอกสารอัดสำเนา; 2557.
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ. ไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภา ; พิมพ์ครั้งที่ 3 ; 2536.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. เอกสารอัดสำเนา ; 2552.
5. Bartley SH. Principle of Perception. New York : Harper & Row, 1963.
6. Garriaon KC, Magoon Robert. Educational Psychology. Columbus (OH) : Charles E. Herill ; 1972.
7. Lindzey G, HallCS, Thomson R.F. Psychology. New York : Worth ; 1975.
8. Goldenson R.M. Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry. New York ; 1984.
9. Shermerhorn JR, Hunt JG, Osborn RN. Managing Organizational Behavior. 4th ed. New York : Herper Collins ; 1995.
10. Devito JA. The Interpersonal Communication. 7th ed. New York : Harper Collins , 1991.
11. Steers MR. Organizational Behavior. 4th ed. New York : Harper Collins ; 1991.
12. โสภาก ชูพิกุลชัย.จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง ; 2517.
13. จรินทร์ ธานีรัตน์.ปทานุกรมการศึกษา.กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง ; 2518.
14. เดโช สวานานนท์.จิตวิทยาสังคม.กรุงเทพมหานคร : โพธิ์สามต้น ; 2518.
15. ประพนอม สโรชมาน.จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2520.
16. สมัย จิตหมวด. “การสัมผัสและการรับรู้” จิตวิทยาทั่วไป .กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง ; 2520.
17. สุรางค์ จันท์ธอม.จิตวิทยาสังคม.กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยครูจันทร์เกษม ; 2524.
18. วังรี ทรัพย์มณี.บทบาทของการศึกษาในการพัฒนาสุขภาพจิตมนุษย์ .วารสารคุรุศาสตร์ ; 2526 : 12 - 42.
19. อลิสา ฉายศิริ. การรับรู้หน้าที่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ ; 2540.

20. King, I.M..A Theory for nursing : a systems, concept, process. New York : A wileg medical publication ; 1981.
21. Rosenstock, I.M. Historical Origin of the Health Belief Model. Health Educational Monographs; 1986 : 328 – 335.
22. Bandura, A.(197b).Self – efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Bartley SH. Principle of Perception. New York : Harper & Row, 1963.
23. Sherer, M., Muddux, J.E., Mercandente, B., Prentice – Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W ;1982.
24. Bandura,A..Social foundations of thought and action : A Social cognitive theory. New Jersey : Prentice – Hall Inc ; 1986.
25. Lusk, S.L., Ronis, D.V., Kerr, M.J., & Atwood, J.R.. Test of the health promotion model as a causal model of worker’s use of hearing protection. Nursing Research, 43(3) ; 1994 : 151 – 157.
26. ปิยะพันธ์ นันตา.(2541).การรับรู้ด้านสุขภาพความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต . สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2541.
27. Gremboski, D., Patrick, D., Diehr, P.,Durham, M.,Beresford, S., Kay E., & Hecht, J.. Self – efficacy and health behavior among older adults. Journal of Health and Social Behavior ; 1993 : 34, 89 – 104.
28. Weitzel, M.H., & Waller, P.R.. Predictive factors for health – promotion behaviors in white, Hispanic, and black blue color workers. Journal of Family and Community Health, 13(1) ; 1990 : 23 – 24.
29. กมลทิพย์ ด่านชัย . การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรในมารดาที่มีบุตรวัย 1 – 3 ปี วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2540.
30. Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Frank – Stromborg, M. Predicting health promoting lifestyles in the workplace. Nursing Reasearch,39(6) ; 1990 : 326 – 332.
31. Stuifbergen, A.J., & Becder, H.A.. Predictors of health promoting lifestyles in person with disabilities. Research in Nursing & Health,17 ; 1994 : 3 – 13.
32. Merrian – Webster’s dictionary. Webster’s Intermediate Dictionary. Springfield, MA: Merrian – Webster’s Inc. ; 1986

33. Bloom, B.S.,Hastings J.T. and madus G.F.. Handbook on Formative Evaluation of Student Learning. Mc Craw Hill Book Company :1971.
34. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์. พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534 : 115.
35. ศิริพร พงษ์โกคา. การศึกษาความรู้เรื่องโรคความเชื่อเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2532.
36. แก้วตะวัน ต่วนชะเอม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
37. กนกพร โฉมเฉลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันติดเชื้อโรคเอดส์ของสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
38. ชูอนงค์ อายารักษ์ . การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษา เขตการศึกษา 9. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536.
39. สุวิทย์ พัฒน์มณี. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมสุศึกษา ในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2537.
40. พรพิมล พวงเงิน. การศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
41. สว่างใจ ชัยกิจ. พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านในครัวเรือนชนบท : ศึกษากรณี ตำบลน้ำก่ำ อำเภอธาดูปนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

42. นฤทธิ์ สิงสถิตย์. การพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดเลย. (วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6) ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ต.ค. – ธ.ค. ; 2540.
43. ปทุม คำวิเศษ . ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชาวบ้านหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2535.
44. Becker, M., & Maiman, L.A. "The Health Belief Model Origins and Correlate in Psychological Theory" Health Education Monographs 2 Winter; 1974: 205 – 216.
45. กมลมาลย์ วรรณเศรษฐิน. ประสิทธิภาพการสอนสุขศึกษาตามแนวความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อมโดยใช้วีดีโอเทป. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530.
46. สุวิมล ฤทธิ์มนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคในคู่สมรสในผู้ป่วยโรคตับอักเสบ บี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
47. วรเดช ช้างแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานโรงงานชลประทานซีเมนต์ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
48. สุวลา จิตติชัย. พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
49. นนทรี ชมเชยเนติธรรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของมารดาในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2533.
50. ปราโมทย์ แซ่อึ้ง . ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครู และบิดามารดาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง

นนทบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.

51. สำรอง คุณวุฒิ. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
52. วิจิตรา ดวงขยาย, เทียนทอง ต๊ะแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา ; 2557.
53. กาญจนา แหมงงาม. การศึกษาการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน กรณีศึกษา : อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.รายงานการวิจัย;2556:54