

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลาย
และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
ในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร

An Evaluation of Health Literacy in prevention and control
of Mosquito-Borne Diseases of people in Ubon Ratchathani
and Mukdahan Province

โดย
นางสาวฤชอร วงศ์ภิรมย์
นายพฤศจิกายน ปัญญาคมจันทพูน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี
กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข
๒๕๖๘

คำนำ

ปัญหาโรคติดต่อมาโดยง่ายกลายเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่ยังคงพบการระบาดอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่ แม้ภาครัฐจะได้นำมาตรการควบคุมและป้องกันอย่างหลากหลาย ทั้งการกักตุนแหล่งเพาะพันธุ์ การให้ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่ผลลัพธ์ที่ได้กลับสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการทบทวน ยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการควบคุมโรคคือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งไม่เพียงแต่หมายถึงการรับรู้หรือความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงทักษะในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม การมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจึงถือเป็นรากฐานของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงและผลกระทบจากโรคได้อย่างยั่งยืน

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยง่ายในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคในระดับสูง โดยมุ่งศึกษาทั้งในมิติของการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และภาพลักษณ์ของหน่วยงานในมุมมองของประชาชน การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนความเป็นจริงของพื้นที่

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้จะมีส่วนสำคัญในการเสนอแนวทางพัฒนาเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการสื่อสารสาธารณะของกรมควบคุมโรค ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับศักยภาพและความต้องการของประชาชน อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

ฤชอร วงศ์ภิรมย์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรจากกลุ่มสื่อสารความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี องค์การบริหารส่วนจังหวัด อุบลราชธานีและมุกดาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เขมราฐ โขงเจียม ดอนตาลและนิคมคำสร้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขมราฐ หนองนกทา โขงเจียม ห้วยไผ่ ป่าไร่ บ้านแก้ง โชคชัยและนาออก

ขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกันนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรของสำนักสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่อำนวยความสะดวก ทำให้การดำเนินการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จอย่างราบรื่น

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์บุญเสริม อ่วมอ่อง เป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอย่างละเอียดรอบคอบ คำชี้แนะของท่านมีคุณูปการอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และมีคุณค่าทางวิชาการมากยิ่งขึ้น

องค์ความรู้ที่ปรากฏในงานวิจัยเล่มนี้ หวังให้เป็นพลังในการขับเคลื่อนให้ประชาชนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและ ภัยสุขภาพที่ดีต่อไป

สุดท้ายนี้หากมีข้อผิดพลาดประการใด เกี่ยวกับการดำเนินการในครั้งนี้ ผู้จัดทำต้องขออภัยมา ณ โอกาสนี้ ด้วย

ฤชอร วงศ์ภิรมย์

เมษายน ๒๕๖๘

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทคัดย่อภาษาไทย	ช
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ซ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑. ความเป็นมาและความสำคัญ	๑
๒. วัตถุประสงค์	๔
๓. ขอบเขตงานวิจัย	๔
๔. นิยามศัพท์	๖
๕. ประโยชน์ที่จะได้รับ	๗
บทที่ ๒ ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง	๙
๑. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	๙
๒. สถานการณ์โรคติดต่อ นำโดยแมลง	๑๔
๓. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย	๑๕
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๘
๕. กรอบแนวคิด	๒๐
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการศึกษา	๒๑
๑. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๒๑
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๒๒
๓. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	๒๕
๔. การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล	๒๕
๕. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	๒๖
บทที่ ๔ ผลการศึกษา	๒๗
ส่วนที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร	๒๗
ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ	๒๙
ส่วนที่ ๓ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ	๓๕
ส่วนที่ ๔ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	๓๖

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๓๘
๑. สรุปผลการศึกษา	๓๘
๒. อภิปรายผล	๔๐
๓. ข้อเสนอแนะ	๔๓
บรรณานุกรม	๔๕

สารบัญตาราง

ตารางที่	ชื่อตาราง	หน้า
๑	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร	๒๘
๒	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย และระดับของการรับรู้	๒๙
๓	ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย	๒๙
๔	ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำแนกตามแหล่งข้อมูล	๓๐
๕	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย และระดับของความพึงพอใจ	๓๑
๖	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย ได้ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อคำถาม	๓๑
๗	ระดับความรู้โรคติดต่อฯ โดยยุ่งลายของกลุ่มตัวอย่าง	๓๒
๘	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	๓๒
๙	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย จำแนกตามรายข้อคำถาม	๓๔
๑๐	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองประชาชน จำแนกเป็นรายข้อ	๓๔
๑๑	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน	๓๕

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
๑	กรอบแนวคิดการวิจัย	๒๐
๒	แหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน	๓๐

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ๒) ศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ๓) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power ได้ขนาดตัวอย่าง ๔๐๐ คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพโดยการประชุมกลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ ๙๙ อยู่ในระดับมาก ($M=4.33$, $SD = 0.78$) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลของการรับรู้ ร้อยละ ๑๐๐ แหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงมากที่สุด ๕ แหล่ง เรียงตามลำดับได้ดังนี้ (๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (๒) อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูบ เป็นต้น) (๓) บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) (๔) เพื่อน/ญาติ / คนในครอบครัว และ (๕) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี ตามลำดับ ความพึงพอใจภาพรวมต่อข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ($M=4.45$, $SD=0.53$)

ระดับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๕๖ อยู่ในระดับน้อย ($M=56$, $SD=0.75$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับไม่พอเพียง ($M=55.61$, $SD=9.20$) พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.79$, $SD=1.26$) ภาพลักษณ์เชิงบวกของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนอยู่ในระดับมาก ($M=4.48$, $SD=0.62$)

ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในระดับปานกลาง (.๔๐๓, .๔๐๓, .๕๕๕, .๔๓๗) ส่วนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในระดับต่ำ (-.๑๘๖, .๒๔๖) แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ดี มีแหล่งข้อมูลหลากหลาย แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับไม่พอเพียง เนื่องจากทักษะส่วนบุคคล การเข้าถึงข้อมูล และข้อมูลที่ได้รับมีความซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนบางส่วนจะเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาการสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้มีความน่าเชื่อถือ เข้าถึงง่าย และสร้างความเชื่อมั่นต่อองค์กร ควบคู่กับการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract

This mixed method study were aimed to ๑) assess of health literacy in prevention and control of Mosquito-Borne Diseases, ๒) study the image of the Department of Disease Control from the people's and ๓) the correlation of preventive behavior and the factors of information of perception, information of sources, knowledge of diseases, Health Literacy, Satisfaction in information, and images of DDC. The quantitative method: the sample consisting of ๔๐๐ persons from Ubon Ratchathani and Mukdahan Province, which was calculate by G*power, the qualitative method was conducted by focus group discussions. Quantitative data was analyzed by pearson's correlation coefficient and qualitative data was analyzed by content analysis.

The study revealed that information perception was high among ๙๙% of respondents ($M = ๔.๙๙$, $SD = ๐.๙๙$), and all participants (๑๐๐%) reported access to information sources. The five most frequently accessed sources were: (๑) Village Health Volunteers (VHVs), (๒) the Internet (e.g., websites, Facebook, Line, Twitter, Instagram, YouTube), (๓) healthcare professionals, (๔) friends or family members, and (๕) television or cable TV. Overall satisfaction with health information was high ($M = ๔.๔๔$, $SD = ๐.๕๙$).

Knowledge of mosquito-borne diseases was low ($M = ๕.๖$, $SD = ๐.๙๕$), while health literacy regarding disease prevention and control was inadequate ($M = ๕๕.๖๑$, $SD = ๙.๒๐$). Preventive behaviors were at a moderate level ($M = ๙.๙๙$, $SD = ๑.๒๖$). The positive image of the Department of Disease Control, as perceived by the public, was at a high level ($M = ๔.๔๔$, $SD = ๐.๖๒$) $M = ๔.๔๔$, $SD = ๐.๖๒$).

Information sources, perception, satisfaction, and organizational image were moderately and significantly correlated with health literacy ($r = .๔๐๙$, $.๔๐๙$, $.๕๕๕$, $.๔๙๙$; $p < .๐๕$), whereas knowledge and preventive behaviors showed low but significant correlations ($r = -.๑๘๖$, $.๒๔๖$; $p < .๐๕$). Despite good perception and diverse access, health literacy remained insufficient due to individual limitations and information complexity. The findings highlight the need to enhance reliable, accessible health communication and to promote knowledge and behavioral change to foster sustainable health literacy for disease prevention.

Keywords: Health Literacy, Mosquito-Borne Diseases

บทที่ ๑

บทนำ

๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดต่อมาโดยยุงลาย ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคไข้ชิก้าหรือโรคติดเชื้อไวรัสชิก้า และโรคไข้ปวดข้อยุงลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและในประเทศไทย โดยสถานการณ์ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๓) รายงานว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อมาโดยยุงที่แพร่กระจายเร็วที่สุดในโลก โดยมีประชากรมากกว่า ๓.๙ พันล้านคน หรือกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประมาณ ๓๙๐ ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้ประมาณ ๙๖ ล้านคนมีอาการทางคลินิก และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๒๑,๐๐๐ คนต่อปี (WHO, ๒๐๒๓) สถานการณ์ได้ทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก ทำให้มีการระบาดในพื้นที่ใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีการระบาดมาก่อน (Messina et al., ๒๐๒๒) สำหรับสถานการณ์โรคไข้ชิก้าและโรคไข้ปวดข้อยุงลาย แม้อัตราการเสียชีวิตจะต่ำกว่าโรคไข้เลือดออก แต่มีความเสี่ยงสูงต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ในกรณีของโรคไข้ชิก้า (Rasmussen et al., ๒๐๒๒) และทำให้เกิดอาการปวดข้อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในกรณีของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย (Nujum et al., ๒๐๒๑) โดยสถานการณ์ไข้ชิก้า แม้จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสชิก้าจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นมา แต่องค์การอนามัยโลกยังคงรายงานการติดเชื้อใน ๖๗ ประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคละตินอเมริกาและแคริบเบียน ซึ่งยังคงเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาด (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๐) ส่วนสถานการณ์โรคไข้ปวดข้อยุงลาย ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่เขตร้อนและกึ่งเขตร้อนทั่วโลก โดยมีรายงานผู้ติดเชื้อในกว่า ๑๑๐ ประเทศ ครอบคลุมภูมิภาคเอเชีย แอฟริกา อเมริกา และโอเชียเนีย แม้จะเกิดการระบาดเป็นระยะในบางพื้นที่ เช่น ทวีปอเมริกาใต้และเอเชียใต้ แต่ยังไม่พบการระบาดใหญ่ในระดับโลก ทั้งนี้แนวโน้มการแพร่กระจายของโรคมีความถี่และขอบเขตกว้างขึ้น โดยมีปัจจัยสนับสนุนจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การขยายตัวของเมือง และการเคลื่อนย้ายประชากรระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลให้ยุงพาหะสามารถขยายถิ่นอาศัยได้มากขึ้น (Bettis et al., ๒๐๒๒; WHO, ๒๐๒๕)

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูง ในภูมิภาคนี้ จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๖) พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งสิ้น ๑๙,๒๓๓ ราย อัตราป่วย ๒๘.๔๙ ต่อประชากรแสนคน และผู้เสียชีวิต ๑๘ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ๐.๐๙% และพบแนวโน้มการระบาดที่สูงขึ้นในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายนถึงตุลาคม) ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดสูงสุด ส่วนโรคไข้ชิก้า ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสชิก้า จำนวน ๑๑๐ ราย กระจายอยู่ใน ๒๐ จังหวัด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยในจำนวนนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ ๖ ราย (Hfocus, ๒๐๒๓) โดยมีรายงานทารกที่เกิดมาพร้อมภาวะศีรษะเล็ก จำนวน ๓ ราย ซึ่งเป็นข้อมูลสะสมจากช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๕ (Hfocus, ๒๐๒๓) แม้ว่าข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ยังไม่มีการยืนยันอย่างเป็นทางการ แต่จากสภาพภูมิอากาศที่เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ จึงคาดว่ายังคงมีความเสี่ยงต่อการระบาดในอนาคต (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗ และ ๒๕๖๐) ส่วนสถานการณ์โรคไข้ปวดข้อยุงลายในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ระบุว่า มีผู้ป่วยสะสมจำนวน ๓๙๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๖๐ ต่อประชากรแสนคน โดยยังไม่พบผู้เสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗) โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด

๕ อันดับแรก ได้แก่ หนองคาย (๑๒.๙๔ ต่อแสนประชากร), สุราษฎร์ธานี (๓.๖๘), แพร่ (๓.๐๒), ชลบุรี (๑.๙๙) และกรุงเทพมหานคร (๑.๗๕) (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗) นอกจากนี้ มีการระบาดในลักษณะกลุ่มก้อน จำนวน ๑๑ เหตุการณ์ โดยกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือช่วงอายุ ๒๕-๓๔ ปี อาการทางคลินิกที่พบได้บ่อย ได้แก่ ใช้สูง (ร้อยละ ๙๐.๙๑), อาการปวดข้อ (ร้อยละ ๗๙.๕๕) และปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ ๖๘.๑๘) (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗)

สำหรับสถานการณ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดต่อ นำโดยยุงลายในระดับสูง โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (๒๕๖๖) พบว่าในปี ๒๕๖๕ จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน ๑,๒๔๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๖๗.๘๘ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกว่า ๒ เท่า ขณะที่จังหวัดมุกดาหารมีผู้ป่วยจำนวน ๔๒๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๙.๖๐ ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร, ๒๕๖๖) โดยพบว่าพื้นที่ที่มีการระบาดสูงมักเป็นชุมชนเมือง ชุมชนแออัด และพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหารกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปีของประเทศ พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่รุนแรงและต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๖๖ พบอัตราป่วย ๑๒๙.๘ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่ามัธยฐานประเทศถึงร้อยละ ๗๗.๓ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗) โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองใน อำเภอวารินชำราบ และอำเภอเมือง ที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอย่างชัดเจน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๖) โดยอัตราป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ร้อยละ ๔๖.๗ ในขณะที่จังหวัดมุกดาหารมีอัตราป่วย ๖๙.๔ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่ามัธยฐานประเทศประมาณร้อยละ ๕.๒ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗) แต่เมื่อพิจารณาารายอำเภอ พบว่าอำเภอนิคมน้ำอ้อยมีอัตราป่วยสูงถึง ๙๕.๒ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่ามัธยฐานระดับประเทศถึงร้อยละ ๓๐.๑ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร, ๒๕๖๖) และแนวโน้มในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาของจังหวัดมุกดาหารยังแสดงถึงความผันผวนของการระบาด โดยเฉพาะในปี ๒๕๖๓ ที่มีอัตราป่วยสูงถึง ๙๘.๒ ต่อประชากรแสนคน ก่อนจะลดลงและกลับมาเพิ่มขึ้นอีกในปี ๒๕๖๖ (วัชรพงษ์ สุขสวัสดิ์ และคณะ, ๒๕๖๖) และเมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร กลุ่มอายุ ๑๐-๑๔ ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุดถึง ๓๘๒.๖ และ ๒๒๕.๖ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยตาย พบว่า จังหวัดมุกดาหารมีอัตราป่วยตายสูงกว่าทั้งจังหวัดอุบลราชธานีและระดับประเทศ โดยอยู่ที่ร้อยละ ๐.๔๐ ๐.๒๕ และ ๐.๑๙ ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖)

ความรุนแรงและผลกระทบของปัญหาโรคติดต่อนำโดยยุงลายส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยผลกระทบด้านสุขภาพ โรคไข้เลือดออกสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว (Huy et al., ๒๐๒๒) ขณะที่โรคไข้ฉี่กา ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้เกิดภาวะศีรษะเล็ก และความพิการแต่กำเนิดอื่นๆ (Ooi et al., ๒๐๒๑) ส่วนโรคไข้ปวดข้อยุงลายแม้มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ แต่อาจทำให้เกิดอาการปวดข้อเรื้อรังได้นานถึง ๓-๕ ปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Puntasecca et al., ๒๐๒๒) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาของธนาคารโลก (World Bank, ๒๐๒๓) พบว่า โรคไข้เลือดออกทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมในประเทศไทยประมาณ ๓.๑ พันล้านบาทต่อปี ค่าใช้จ่ายนี้รวมถึงค่ารักษาพยาบาล ค่าเสียโอกาสในการทำงาน และค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรค โดยเฉลี่ยผู้ป่วยหนึ่งรายต้องเสียค่ารักษาพยาบาลประมาณ ๑๕,๐๐๐-๔๕,๐๐๐ บาท ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๖๖) และผลกระทบ

ด้านสังคม การระบาดของโรคติดต่อนำโดยยุงลายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน สร้างความวิตกกังวล และกระทบต่อภาคการท่องเที่ยวในบางพื้นที่ นอกจากนี้ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคยังอาจนำไปสู่ การตีตราผู้ป่วยในบางกรณี (เครือข่ายวิจัยสุขภาพชุมชน, ๒๕๖๕)

ในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนิน มาตรการต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหลายมาตรการสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จ เช่น การควบคุม ยุงพาหะ การรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนแบบมีส่วนร่วม เช่น โครงการ "๓ เก็บ ๓ โรค" ได้ผลดี ในหลายพื้นที่ สามารถลดค่า HI (House Index) ได้ต่ำกว่า ๑๐ ในชุมชนที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก การใช้ระบบเฝ้าระวังโรคและการแจ้งเตือนการระบาดล่วงหน้า ผ่านแอปพลิเคชัน "ทันระบาด" ช่วยให้สามารถควบคุมการระบาดได้รวดเร็วขึ้น (สำนักโรคระบาดวิทยา, ๒๕๖๖) และ การให้ความรู้แก่ประชาชน โรงเรียน และชุมชนช่วยเพิ่มความตระหนักและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) ซึ่งความสำเร็จของมาตรการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

ส่วนมาตรการที่ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ได้แก่ การพนันสารเคมีกำจัดยุง ซึ่งการพนันหมอกควันหรือการพ่น ฝอยละอองสารเคมี (ULV) แม้จะช่วยลดจำนวนยุงตัวเต็มวัยได้ แต่ผลที่ได้เป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น และ ในบางพื้นที่พบปัญหาหุงต้มสารเคมี (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, ๒๕๖๕) การประชาสัมพันธ์แบบทั่วไป พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ไม่สามารถนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้ (สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, ๒๕๖๖) และการดำเนินงาน ที่ขาดความต่อเนื่อง ดังจะให้เห็นในหลายพื้นที่ที่มีการรณรงค์ควบคุมโรคเฉพาะช่วงที่มีการระบาดเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ เข้าใจ และนำข้อมูลความรู้ไปปฏิบัติ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (เครือข่ายนักระบาดวิทยาภาคประชาชน, ๒๕๖๖; Nutbeam, ๒๐๒๒) ที่ยังไม่ ครอบคลุมเท่าที่ควร

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายหลากหลายรูปแบบ แต่สถานการณ์การระบาดในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหารยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทาย ดังนั้น จึงมีความจำเป็น ในการทำวิจัยเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญและการที่ประชาชนมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, ๒๐๒๑) แต่ยังไม่มีการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคติดต่อนำโดยยุงลายในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหารอย่างเป็นระบบ ในส่วนของภาพลักษณ์ของ หน่วยงานส่งผลต่อความร่วมมือในระดับต่างๆ กับภาคเครือข่าย ซึ่งความเชื่อมั่นและทัศนคติของประชาชน ที่มีต่อกรมควบคุมโรคมีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการป้องกันโรค (Siegrist & Zingg, ๒๐๒๒) การทราบภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนจะช่วยให้สามารถ พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหารมีความ แตกต่างกันทั้งในด้านขนาดพื้นที่ ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้น การพัฒนา มาตรการเฉพาะพื้นที่ ผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคที่สอดคล้องกับบริบทของ พื้นที่และความต้องการของประชาชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคในระยะยาว ตลอดจนการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการสื่อสารภาพลักษณ์องค์กร งานวิจัยนี้จะช่วย

เชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขกับการสื่อสารองค์กร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคแบบองค์รวมและสอดคล้องกับนโยบายกรมควบคุมโรค

การศึกษาเฉพาะโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นข้อมูลบางส่วนของภาพรวมระดับประเทศ มีเหตุผลสำคัญเนื่องจากโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อมาโดยง่ายที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ ทั้งในด้านความชุกของการระบาด ความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ซึ่งมีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง การเลือกศึกษาโรคไข้เลือดออกจึงเป็นการมุ่งวิเคราะห์โรคต้นแบบที่สะท้อนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังเป็นโรคที่กรมควบคุมโรคมีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมอย่างกว้างขวาง จึงเหมาะสมที่จะใช้เป็นกรณีศึกษาในการประเมินภาพลักษณ์ขององค์กรในมุมมองของประชาชน

นอกจากนี้ การศึกษาเฉพาะโรคไข้เลือดออกยังสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งสามข้อ คือ การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่าย การศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร และภาพลักษณ์องค์กรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน การมุ่งเน้นโรคไข้เลือดออกจึงช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวได้อย่างลึกซึ้งและมีความหมายเชิงนโยบาย เนื่องจากเป็นโรคที่ประชาชนคุ้นเคยและมีประสบการณ์ตรงกับการรณรงค์และมาตรการของภาครัฐ การนำเสนอข้อมูลเชิงลึกของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ศึกษา จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการสะท้อนสถานการณ์จริงของประเทศ และสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่าย ในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร

๒. เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

๓. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค และความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน

๓. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังต่อไปนี้

๑. ด้านกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร ประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป

๑.๑ กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง อายุ ๑๘ ปี ขึ้นไป กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดข้อมูลเบื้องต้นในการวิเคราะห์ขนาดตัวอย่าง ดังนี้

ขนาดอิทธิพล = ๐.๓ (ปานกลาง)

ระดับนัยสำคัญ = ๐.๐๕

อำนาจการทดสอบ = ๐.๙๕

ระดับค่าองศาอิสระ = ๑๖

ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มค่าประมาณการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ ๒๐ ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน ๔๐๐ ตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน ๘ พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ตำบลเขมราฐ นอนงกทา อำเภอเขมราฐ ตำบลโขงเจียม ห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี และตำบลป่าไร่ บ้านแก้ง อำเภอดอนตาล ตำบลโชคชัยและนาออก อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร

๑.๒ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ใช้การเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม จนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล ดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๘ คน รวมเป็น ๑๖ คน โดยมีพื้นที่ในการดำเนินการได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposeful Selection) เป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการที่ไม่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายหลักของการเลือกตัวอย่างแบบนี้ไม่ใช่เพื่อได้กลุ่มที่เป็นตัวแทน แต่เพื่อที่จะได้ตัวอย่างที่เหมาะสมเท่าที่จะทำได้ สำหรับแนวคิด จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เลือก มักมีลักษณะเป็น “Information-rich case” คือ มุ่งเน้น ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาในระดับลึกและสามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ดีที่สุด โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษา ดังนี้

๑) เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่ตามที่กำหนดข้างต้น โดยในการสนทนากลุ่มซึ่งใช้พื้นที่ละ ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๘ คน ซึ่งมาจากชุมชนเดียวกันโดยกำหนด ดังนี้

๑.๑ นักเรียน หรือ เยาวชน (อายุ ๑๘ – ๒๕ ปี) จำนวน ๒ คน

๑.๒ วัยแรงงานตอนต้น (อายุ ๒๖ – ๔๕ ปี) จำนวน ๒ คน

๑.๓ วัยแรงงานตอนปลาย (อายุ ๔๖ – ๖๐ ปี) จำนวน ๒ คน

๑.๔ ผู้สูงอายุ (อายุ ๖๑ ปีขึ้นไป) จำนวน ๒ คน

๒) โดยการคัดเลือกเริ่มต้นจากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้แนะนำผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน และให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแนะนำตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

๒. ด้านระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๓. ด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี ๒๕๖๕ คือ โรคติดต่อมาโดยยุงลาย และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

๔. ด้านตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

- ๑) ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร
- ๒) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๓) แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๔) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๕) ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๖) พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๗) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
- ๘) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๔. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

โรคติดต่อมาโดยยุงลาย หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของมนุษย์ผ่านการกัดของ ยุงลาย (*Aedes spp.*) พาหะนำโรคสำคัญ คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อโรคจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ได้แก่ โรคไข้เลือดออก หรือไข้เดงกี โรคติดเชื้อไวรัสซิกา หรือไข้ซิกา และโรคโรคไข้วัดข้อยุงลาย หรือชิคุนกุนยา ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเขตภูมิอากาศร้อนและกึ่งร้อนของประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖)

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนได้รับเนื้อหาสาระต่างๆ และทำความเข้าใจสาระหรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ทั้งจากสื่อมวลชน สื่อสังคมออนไลน์ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และบุคคลรอบข้าง ซึ่งส่งผลต่อการสร้างความรู้ ความตระหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม การรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Nutbeam, ๒๐๒๑)

แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง แหล่งหรือช่องทางที่ประชาชนใช้ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น สื่อมวลชน สื่อออนไลน์ สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคล หน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรค การเลือกใช้แหล่งข้อมูลขึ้นอยู่กับความเชื่อถือ ความสะดวกในการเข้าถึง และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ (Nutbeam, ๒๐๒๑)

ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ระดับความรู้สึกของประชาชนต่อข้อมูลข่าวสารด้านโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งสะท้อนผ่านความรู้สึกพึงพอใจ ความเชื่อมั่น ความชอบ ความประทับใจ และความไว้วางใจต่อเนื้อหาข้อมูล แหล่งข้อมูล และวิธีการสื่อสารของหน่วยงานที่ให้บริการข้อมูล การรับรู้เชิงบวกดังกล่าวมีผลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเหมาะสม (WHO, ๒๐๒๓)

ความรู้เรื่องโรคความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ระดับความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับลักษณะของโรคและภัยสุขภาพ สาเหตุการเกิดโรค พาหะนำโรค อาการ แนวทางการรักษา การป้องกัน และการควบคุมโรค ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานที่ได้จากประสบการณ์ตรง การเรียนรู้ หรือการรับข้อมูลจากสื่อและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความรู้ดังกล่าวมีความสำคัญต่อการสร้างทัศนคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น (Nutbeam, ๒๐๒๑)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจ ประเมินคุณภาพของข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทของโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ซึ่งบุคคลจะต้องสามารถประยุกต์ความรู้และทักษะด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองและมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และยั่งยืน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ๒๕๖๑)

พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลหรือชุมชนปฏิบัติเพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยง หรือควบคุมการแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพต่างๆ เช่น การล้างมืออย่างถูกสุขลักษณะ การใช้มุ้งหรือสารกำจัดยุง การฉีดวัคซีน การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของตนเองและผู้อื่น (Rosenstock et al., ๑๙๙๔)

ภาพลักษณ์กรมควบคุมโรค หมายถึง ภาพที่เกิดขึ้นในจิตใจหรือภาพตามความรู้สึก ความคิดเห็น และการรับรู้ของประชาชนต่อกรมควบคุมโรค ซึ่งภาพในใจดังกล่าวนั้นอาจจะมาจากทั้งประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์ทางอ้อม ในประเด็นเรื่ององค์กร บุคลากร กระบวนการดำเนินงาน และผลสำเร็จของงานในด้านต่างๆ เช่น ความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการปฏิบัติงาน การให้บริการ และความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นและทัศนคติของประชาชนต่อหน่วยงาน (Gray & Balmer, ๑๙๙๘)

๕. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ปี ๒๕๖๕ คาดว่าจะมีประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าที่จะได้รับ ดังนี้

๑. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

๒. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และพัฒนาเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

๓. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องความพึงพอใจและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานในเรื่องที่เกี่ยวข้องของกรมควบคุมโรค

๔. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อการนำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

บทที่ ๒

ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการวิจัยเรื่อง “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร” ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอเนื้อหาสาระ ออกเป็น ๔ ตอน คือ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์โรค ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่อมาโดยง่าย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
๒. สถานการณ์โรคติดต่อมาโดยง่าย
๓. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่อมาโดยง่าย
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. กรอบแนวคิด

๑. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย สามารถเชื่อมโยงได้หลายแนวคิดทฤษฎี โดยเน้นที่ ๔ กลุ่มทฤษฎีหลัก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Health Belief Model) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) และแนวคิดภาพลักษณ์องค์กร (Corporate Image Theory)

๑.๑ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Theory)

ความรู้ด้านสุขภาพได้ถูกกล่าวถึงครั้งแรกในการสัมมนาทางวิชาการด้านสาธารณสุข จากที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๒๖-๓๐ ตุลาคม ๑๙๗๔ (พ.ศ.๒๕๕๒) ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา และได้ถูกกำหนดให้เป็นประเด็นสำคัญทางด้านสาธารณสุขโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ๑๙๙๘ ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy - HL) นักวิชาการสาธารณสุขได้มีความเห็นร่วมกันว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพโดยรวมของประเทศ ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพทำให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการ และมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวอย่างหลากหลาย มีนักวิชาการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพไว้เป็นจำนวนมากและยังคงมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

WHO (๑๙๙๘) ได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะการทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและ บำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ

Institute of Medicine: IOM (๒๐๐๔) ได้ให้ความหมายความรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางการแพทย์พื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม แต่นอกเหนือไปจากความสามารถของแต่ละบุคคลความรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทาง

สุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น เป็นต้น

Kwan et al (๒๐๐๖) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

Kickbusch (๒๐๐๖) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง การกระทำที่เป็นพลวัตรและมีพลังใจตนเอง และเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ

Nutbeam (๒๐๐๘) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ของตนเองอย่างต่อเนื่อง

Rootman (๒๐๐๙) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นต้องการในด้านการรู้คำศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้น

Edwards et al. (๒๐๑๒) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง การที่ได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (๒๕๖๐) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ซึ่งมีหลากหลายแนวคิดทฤษฎี และกรมควบคุมโรคใช้แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๕ ทักษะ (K-shape)

แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๕ ทักษะ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, ๒๕๖๑) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะสำคัญ ๕ ประการ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำความรู้ด้านสุขภาพ

ไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม ๕ ทักษะที่สำคัญ ได้แก่

๑) ทักษะการเข้าถึง หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และเป็นปัจจุบัน จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ สถาบันสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญ

๒) ทักษะการเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการตีความและทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้มา โดยสามารถแยกแยะข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับตนเองได้

๓) ทักษะการตั้งคำถาม หมายถึง ความสามารถในการตั้งคำถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่สงสัย หรือต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง

๔) ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้มาจากการเข้าถึง การเข้าใจ และการตั้งคำถาม มาวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองหรือคนในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

๕) ทักษะการนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้และทักษะที่ได้มาไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญของแนวคิด ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อโรค ช่วยให้บุคคลเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและสามารถป้องกันได้ เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและการรักษา ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จมากขึ้น และลดภาระของระบบสาธารณสุข เมื่อประชาชนมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขได้ ซึ่งกรมควบคุมโรคได้ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

๑.๒ ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Health Belief Model)

ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Health Belief Model) ถูกพัฒนาโดย Irwin M. Rosenstock ในปี ค.ศ. ๑๙๕๐ และมีการขยายและปรับปรุงโดย Rosenstock et al. ในปี ค.ศ. ๑๙๘๘ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพโดยมุ่งเน้นที่การรับรู้ความเสี่ยงและผลกระทบของโรคต่างๆ รวมถึงความเชื่อในประโยชน์จากการป้องกันและอุปสรรคที่อาจขัดขวางการปฏิบัติ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคต่างๆ

ความหมายของทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Health Belief Model) คือ แนวคิดที่ใช้ในการอธิบายว่าทำไมบุคคลบางคนถึงเลือกที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันโรค และทำไมบางคนถึงไม่ทำเช่นนั้น ทฤษฎีนี้เชื่อว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นหากพวกเขารับรู้ถึงความเสี่ยงจากโรค และเชื่อว่า มีวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพซึ่งไม่ยากเกินไป

องค์ประกอบหลักสำคัญของทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Rosenstock, ๑๙๗๔) ได้แก่

๑) การรับรู้ถึงความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือโอกาสที่ตนจะได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากบุคคลรู้สึกว่ามีความเสี่ยงสูง ก็มีโอกาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

๒) การรับรู้ถึงความรุนแรง (Perceived Severity) คือ ความเชื่อของบุคคลว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นจะส่งผลกระทบหรือเป็นอันตรายอย่างไร เช่น การรับรู้ว่าโรคมีผลกระทบที่ร้ายแรงต่อชีวิตหรือคุณภาพชีวิต

๓) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน (Perceived Benefits) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถลดความเสี่ยงหรือป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหัวใจ

๔) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกัน (Perceived Barriers) คือ การรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่อาจขัดขวางไม่ให้บุคคลทำตามพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ความยากลำบากในการทำกิจกรรมบางอย่าง หรือข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร

๕) สัญญาณกระตุ้น (Cues to Action) คือ สิ่ง que กระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจเริ่มต้นการป้องกันหรือดูแลสุขภาพ อาจเป็นการได้รับข้อมูลจากสื่อ, คำแนะนำจากแพทย์, หรือการได้รับการเตือนจากเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การเกิดโรคในคนใกล้ชิด

๖) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) คือ ความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการดำเนินการตามพฤติกรรมที่สามารถป้องกันโรคได้ เช่น การเชื่อว่าตนเองสามารถเริ่มต้นออกกำลังกายหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารได้

๑.๓ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior)

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Theory of Planned Behavior (TPB) เป็นหนึ่งในทฤษฎีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในด้านจิตวิทยาสุขภาพ พฤติกรรมมนุษย์ และงานส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีนี้เสนอโดย Icek Ajzen ในปี ๑๙๙๑ ซึ่งเป็นการพัฒนาต่อยอดจาก Theory of Reasoned Action (TRA) ที่ร่วมพัฒนากับ Martin Fishbein มาก่อนหน้านั้น ความหมาย พฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากความตั้งใจ (Intention) ที่จะกระทำการใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความตั้งใจนี้ได้รับอิทธิพลจาก ๓ ปัจจัยหลัก ได้แก่

๑) เจตคติ (Attitude toward the behavior) คือ ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ว่ามีผลดีหรือไม่ดี

๒) อิทธิพลจากสังคม (Subjective norm) คือ ความเชื่อว่าคนรอบข้างหรือสังคมคาดหวังให้เขาทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น

๓) การรับรู้ว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Perceived behavioral control) คือ ความเชื่อของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมหรือทำพฤติกรรมนั้นได้มากน้อยเพียงใด

องค์ประกอบหลักของทฤษฎี ได้แก่

๑) Attitude toward the behavior มุมมองหรือการประเมินค่าของบุคคลต่อพฤติกรรม เช่น คิดว่าเป็นสิ่งดี เป็นประโยชน์ สนุก หรืออยากทำ

๒) Subjective norm ความกดดันทางสังคมหรือค่านิยมของคนสำคัญรอบตัว (เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู)

๓) Perceived behavioral control ความเชื่อว่าตนเองมีศักยภาพหรือเงื่อนไขในการควบคุมให้เกิดพฤติกรรม เช่น มีเวลา มีความรู้ มีอุปกรณ์

๔) Behavioral intention ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลรวมจากองค์ประกอบทั้งสามข้างต้น

๕) Behavior พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งโดยทั่วไปยังมีเจตคติที่ดี อิทธิพลจากสังคม และความสามารถควบคุมมากเท่าไร ก็จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมนั้นมากขึ้น

๑.๔ แนวคิดภาพลักษณ์องค์กร (Corporate Image Theory)

ภาพลักษณ์องค์กร (Corporate Image) หมายถึง การรับรู้หรือทัศนคติของสาธารณชนที่มีต่อองค์กร ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ตรงและทางอ้อมที่ประชาชนมีต่อองค์กรนั้น ไม่ว่าจะเป็นจากการรับข้อมูลข่าวสาร การใช้บริการ หรือการสื่อสารต่างๆ โดยภาพลักษณ์องค์กรนั้นสามารถเป็นได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ และส่งผลโดยตรงต่อความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ และความร่วมมือของประชาชน (Gray & Balmer, ๑๙๙๘)

ภาพลักษณ์องค์กรเป็นผลลัพธ์ของการรับรู้จากบุคคลภายนอก ซึ่งเกิดจากการแสดงออกขององค์กรทั้งในระดับกลยุทธ์ การบริหารงาน และการสื่อสาร โดยภาพลักษณ์องค์กรมี ๓ องค์ประกอบหลัก ๓ ได้แก่

๑) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมองค์กร (Corporate Behavior) ครอบคลุมการดำเนินงาน กิจกรรมขององค์กร การบริหารจัดการ และผลการให้บริการ

๒) องค์ประกอบด้านการสื่อสารองค์กร (Corporate Communication) วิธีการสื่อสาร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการประชาสัมพันธ์

๓) องค์ประกอบด้านเอกลักษณ์องค์กร (Corporate Identity) อัตลักษณ์ที่องค์กรต้องการสะท้อนออกไป เช่น โลโก้ สีองค์กร ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร

สำหรับภาพลักษณ์ของหน่วยงานราชการ (Public Sector Image) ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อการยอมรับของประชาชน ความไว้วางใจในนโยบาย รวมถึงความร่วมมือในการใช้บริการและการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ (Wæraas & Byrkjeflot, ๒๐๑๒) และส่งผลต่อการตัดสินใจของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) โดยเฉพาะในภาคประชาชนที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือทางนโยบายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ (Nguyen & Leblanc, ๒๐๐๑)

องค์ประกอบหลักของภาพลักษณ์ของหน่วยงานราชการ องค์กร (Adapted for Public Health Agencies)

๑) ความสามารถของบุคลากร (Competence of Personnel) หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค

๒) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร (Credibility of Information) การเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันสมัย และเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

๓) การตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพอย่างทันท่วงที (Timely Response) การดำเนินการรวดเร็วในการรับมือกับโรคระบาดหรือภัยสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวัง การจัดทีมสอบสวนโรค และการสื่อสารความเสี่ยง

๔) ความสำคัญในฐานะหน่วยงานดูแลสุขภาพประชาชน (Public Health Stewardship) การมีบทบาทหลักในการวางแผน นโยบาย มาตรการควบคุมโรค และการประสานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

ประเด็นสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงานราชการ คือ การสื่อสารอย่างโปร่งใสและสม่ำเสมอ การรับฟังความคิดเห็นและตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน การพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การยึดหลักธรรมาภิบาล ความโปร่งใส และตรวจสอบได้ และการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในภาวะวิกฤต ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

๒. สถานการณ์โรคติดต่อมาโดยง่าย

โรคติดต่อมาโดยง่ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเขตร้อนและกึ่งเขตร้อนรวมถึงประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) ยุงลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญหลายชนิด เช่น โรคไข้เลือดออก (Dengue fever) โรคไข้ซิกา (Zika fever) และโรคไข้วัดช้อยุงลาย (Chikungunya fever) ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก (WHO, ๒๐๒๒)

๒.๑ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อนทั่วโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO, ๒๐๒๒) องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกีประมาณ ๑๐๐-๔๐๐ ล้านคนต่อปี โดยประมาณ ๕๐๐,๐๐๐ รายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการรุนแรง และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๒๐,๐๐๐ รายต่อปี (Bhatt et al., ๒๐๒๑) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกภาพรวมของประเทศไทย จากข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. ๒๕๖๗ (ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗) มีจำนวนผู้ป่วยสะสม ๑๐๕,๒๕๐ ราย อัตราป่วย ๑๕๙.๐๙ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ๙๐ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๐๙ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๘)

สถานการณ์จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนผู้ป่วยสะสม ๓,๗๘๙ ราย อัตราป่วย ๒๐๒.๗๑ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ๓ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๐๘ ส่วนสถานการณ์จังหวัดมุกดาหาร จำนวนผู้ป่วยสะสม ๓๖๓ ราย อัตราป่วย ๑๐๓.๒๖ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ๑ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๒๘

การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงระบาดวิทยา พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ (๒๐๒.๗๑ ต่อแสนประชากร เทียบกับ ๑๕๙.๐๙ ต่อแสนประชากร) คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๔ สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ในขณะที่จังหวัดมุกดาหารมีอัตราป่วยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (๑๐๓.๒๖ ต่อแสนประชากร) คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๑ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ส่วนอัตราป่วยตาย จังหวัดมุกดาหารมีอัตราป่วยตายสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ ๐.๒๘ เทียบกับร้อยละ ๐.๐๙) คิดเป็น ๓.๑ เท่าของค่าเฉลี่ยประเทศ ในขณะที่จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยตายใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ร้อยละ ๐.๐๘ เทียบกับร้อยละ ๐.๐๙) และการกระจายของโรค จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนผู้ป่วยสะสมคิดเป็นร้อยละ ๓.๖ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งประเทศ ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนประชากรของจังหวัดเมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ แสดงถึงการกระจุกตัวของโรคในพื้นที่

๒.๒ สถานการณ์โรคไข้ซิกา

สถานการณ์โรคไข้ซิกา ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้ซิกาภาพรวมระดับประเทศ พบจำนวนผู้ป่วยสะสม ๑,๔๒๒ ราย อัตราป่วย ๒.๑๕ ต่อประชากรแสนคน กระจายอยู่ใน ๒๐ จังหวัด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยในจำนวนนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ ๖ ราย (กองระบาดวิทยา, ๒๕๖๘; Hfocus, ๒๐๒๓) โดยมีรายงานทารกที่เกิดมา

พร้อมภาวะศีรษะเล็ก (Microcephaly) จำนวน ๓ ราย ซึ่งเป็นข้อมูลสะสมจากช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๕ (Hfocus, ๒๐๒๓) แม้ว่าข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ยังไม่มีการยืนยันอย่างเป็นทางการ แต่จากสภาพภูมิอากาศที่เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ จึงคาดว่าจะยังคงมีความเสี่ยงต่อการระบาดในอนาคต (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗ และ ๒๕๖๐) ส่วนสถานการณ์จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยโรคไข้ซิกาเฉลี่ย ๕ ปี อยู่ที่ ๒.๘ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปี ของประเทศ (๓.๕ ต่อประชากรแสนคน) ร้อยละ ๒๐ ในขณะที่จังหวัดมุกดาหารมีอัตราป่วยเฉลี่ย ๓.๒ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐานระดับประเทศร้อยละ ๘.๖

ในปี ๒๕๖๗ จากข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคไข้ซิกา ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ สถานการณ์ภาพรวมระดับประเทศ พบจำนวนผู้ป่วยสะสม ๔๔๖ ราย อัตราป่วย ๐.๖๗ ต่อประชากรแสนคน การกระจายตัวของโรค พบใน ๔๗ จังหวัด ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ไม่พบผู้ป่วยในปี ๒๕๖๗

การวิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงระบาดวิทยา พบว่า อัตราป่วยเปรียบเทียบ ทั้งจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหารไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้ซิกาในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งอยู่ในสถานะที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (๐.๖๗ ต่อประชากรแสนคน) อย่างมีนัยสำคัญ และการกระจายตัวของโรค แม้โรคไข้ซิกาจะพบการระบาดใน ๔๗ จังหวัดทั่วประเทศ แต่ไม่พบการระบาดในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ หรืออาจเกิดจากปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่ไม่เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสซิกา ในพื้นที่ดังกล่าว ส่วนแนวโน้มสถานการณ์ ไม่พบแนวโน้มการระบาดของโรคไข้ซิกาในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ทั้งในภาพรวมสะสมและในช่วง ๔ สัปดาห์ล่าสุด ซึ่งสะท้อนว่าสถานการณ์ของโรคในพื้นที่มีเสถียรภาพ (กองระบาดวิทยา, ๒๕๖๘)

๒.๓ สถานการณ์โรคไข้วัดข้อมูล

สถานการณ์โรคไข้วัดข้อมูล ข้อมูลจากสำนักโรคระบาดวิทยา (๒๕๖๗) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ จากข้อมูลที่ปรากฏในรายงานสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ พบจำนวนผู้ป่วยสะสม ๗๒๒ ราย อัตราป่วย ๑.๐๙ ต่อประชากรแสนคน กระจายครอบคลุม ๖๐ จังหวัด สถานการณ์จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนผู้ป่วยสะสม ๑ ราย อัตราป่วย ๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยใน ๔ สัปดาห์ล่าสุด ๐ ราย ส่วนจังหวัดมุกดาหารไม่พบผู้ป่วยและไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคไข้วัดข้อมูล ซึ่งสถานการณ์โรคไข้วัดข้อมูลของทั้งสองจังหวัดอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับภาพรวมของประเทศ โดยมีอัตราป่วยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ ๑.๐๙ ต่อประชากรแสนคนอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ข้อมูลจากการวิเคราะห์อัตราป่วยโรคไข้วัดข้อมูล เฉลี่ย ๕ ปี พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมุกดาหาร มีอัตราป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕.๗ และ ๑๒.๓ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐานระดับประเทศ (๘.๙ ต่อประชากรแสนคน) ถึงร้อยละ ๗๖.๔ และ ๓๘.๒ ตามลำดับ (กองระบาดวิทยา, ๒๕๖๘)

๓. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่อโดยยุงลาย

๓.๑ โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีการระบาดเกิดขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนซึ่งเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรคนี้อยู่คงเป็นภัยคุกคาม คือการมีเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมีทั้งหมดสี่สายพันธุ์ ได้แก่ DENV-๑ ถึง DENV-๔ การติดเชื้อเพียงครั้งเดียวสามารถสร้างภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์นั้นได้ตลอดชีวิต แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อจากสายพันธุ์อื่นได้ถาวร ส่งผลให้บุคคลหนึ่งสามารถ

ติดเชื่อได้หลายครั้ง และการติดเชื่อซ้ำมักมีความรุนแรงมากกว่าครั้งแรกเนื่องจากกลไกทางภูมิคุ้มกันที่เรียกว่า antibody-dependent enhancement (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖)

การแพร่กระจายของเชื้อเกิดขึ้นเมื่อยุงลายเพศเมียกัดผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสในกระแสเลือด แล้วนำไปสู่บุคคลอื่น ยุงลายบ้านหรือ *Aedes aegypti* ถือเป็นพาหะสำคัญ โดยมักพบมากในเขตเมืองและชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ส่วนยุงลายสวนหรือ *Aedes albopictus* แม้มีบทบาทน้อยกว่า แต่สามารถปรับตัวและกระจายได้ในพื้นที่กว้าง รวมถึงเขตชานเมือง ปัจจัยแวดล้อมอย่างอุณหภูมิและปริมาณน้ำฝนที่สูงขึ้น ตลอดจนการขยายตัวของชุมชนเมืองที่ขาดระบบสุขาภิบาลที่เหมาะสม ต่างล้วนเอื้อต่อการขยายพันธุ์ของยุงลาย นอกจากนี้ การเคลื่อนย้ายประชากรและการเดินทางระหว่างประเทศยังเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เชื้อกระจายไปสู่พื้นที่ใหม่ ขณะที่ผู้ที่เคยติดเชื่อหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ย่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการรุนแรงเมื่อได้รับเชื้อ (Wilder-Smith et al., ๒๐๒๐)

อาการของโรคไข้เลือดออกมีความหลากหลาย ตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนถึงภาวะรุนแรงถึงชีวิต โดยสามารถแบ่งออกเป็นสามระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะฟื้นตัว ในระยะไข้มักพบไข้สูงเฉียบพลันร่วมกับอาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ รวมถึงอาการคลื่นไส้หรือผื่นแดงเล็กๆ เมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤตซึ่งมักเกิดขึ้นหลังไข้ลดลง จะมีการรั่วไหลของพลาสมาออกนอกหลอดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก ตับโต เลือดออกผิดปกติ และในบางกรณีอาจมีน้ำสะสมในช่องท้องหรือปอด หากผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้ก็จะเข้าสู่ระยะฟื้นตัว โดยร่างกายจะดูดซึมน้ำกลับคืนเข้าสู่กระแสเลือด แต่ยังคงมีอาการอ่อนเพลีย ผื่นคัน หรือหัวใจเต้นช้าได้ในช่วงระยะหนึ่ง (WHO, ๒๐๒๒)

การป้องกันโรคไข้เลือดออกจึงจำเป็นต้องดำเนินการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในระดับบุคคลควรป้องกันการถูกยุงกัดด้วยการใช้สารกันยุง สวมใส่เสื้อผ้าที่ปกปิดมิดชิด และนอนในมุ้งที่ชุบสารเคมีกำจัดแมลง ขณะที่ในระดับครัวเรือนและชุมชน การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงถือเป็นหัวใจสำคัญ เช่น การกำจัดภาชนะที่มีน้ำขัง การเปลี่ยนน้ำในแจกันหรือภาชนะเก็บน้ำ การใช้ทรายอะเบทในภาชนะที่ไม่สามารถเปลี่ยนน้ำได้บ่อย รวมถึงการพ่นสารเคมีเพื่อลดจำนวนยุงในช่วงที่เกิดการระบาด และในบางพื้นที่ยังสามารถใช้วิธีชีวภาพ เช่น การเลี้ยงปลากินลูกน้ำ เพื่อช่วยลดการแพร่พันธุ์ของยุงลายอย่างยั่งยืน (WHO, ๒๐๒๒)

๓.๒ โรคไข้ซิกา

โรคไข้ซิกาเป็นโรคติดเชื่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus) ซึ่งมียุงลายเป็นพาหะนำโรคหลัก โรคนี้ได้รับความสนใจอย่างมากในระดับโลกภายหลังการระบาดใหญ่ในทวีปอเมริกาใต้ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ โดยเฉพาะในประเทศบราซิล ซึ่งมีรายงานความเชื่อมโยงระหว่างการติดเชื่อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์กับการเกิดภาวะศีรษะเล็ก (microcephaly) ในทารกแรกเกิด (WHO, ๒๐๑๘)

สาเหตุและการแพร่เชื้อ เชื้อไวรัสซิกาเป็นไวรัสชนิด RNA สายเดี่ยว ในสกุล Flavivirus และมีความใกล้ชิดกับไวรัสก่อโรคอื่น เช่น เดงกี ไข้เหลือง และเวสต์ไนล์ ไวรัสชนิดนี้ถูกค้นพบครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๔๙๐ ที่ปาซิกา ในประเทศยูกันดา และต่อมาได้แพร่กระจายไปทั่วโลก โดยมีสายพันธุ์หลัก ๒ สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์แอฟริกัน และสายพันธุ์เอเชีย ซึ่งสายพันธุ์เอเชียเป็นต้นกำเนิดของการระบาดครั้งใหญ่ในอเมริกา (Musso & Gubler, ๒๐๑๖)

ไวรัสซิกาสามารถแพร่กระจายได้หลายวิธี วิธีหลักคือการถูกยุงลายเพศเมีย (*Aedes aegypti* และ *Aedes albopictus*) กัดและถ่ายทอดเชื้อผ่านน้ำลายยุง นอกจากนี้ยังสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกในครรภ์ ทำให้ทารก

มีความผิดปกติทางระบบประสาท รวมถึงการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับเลือดที่มีเชื้อ แม้จะพบได้น้อย ไวรัสชิคาโกมีความสามารถพิเศษในการเข้าสู่และทำลาย เซลล์ประสาทต้นกำเนิด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะศีรษะเล็กและความผิดปกติของสมองในทารก (Boyer et al., ๒๐๑๘; Mlakar et al., ๒๐๑๖)

อาการและภาวะแทรกซ้อน ผู้ติดเชื้อไวรัสชิคาโกส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ ๖๐-๘๐ มักไม่แสดงอาการ สำหรับผู้ที่มีอาการ มักเริ่มหลังรับเชื้อ ๓-๑๔ วัน อาการสำคัญ ได้แก่ ไข้ต่ำ ผื่นแดง ตาแดง ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย ซึ่งมักหายได้เองภายใน ๑ สัปดาห์ ลักษณะเด่นที่ช่วยแยกโรคชิคาโกออกจากไข้เด็งกีหรือชิคุนกุนยา คือการพบผื่นแดงร่วมกับตาแดงและอาการปวดข้อที่ไม่รุนแรงมากนัก (Musso & Gubler, ๒๐๑๖)

แม้อาการทั่วไปไม่รุนแรงแต่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barré Syndrome: GBS) ระบบภูมิคุ้มกันโจมตีเส้นประสาท ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต และความผิดปกติในสตรีมีครรภ์และทารก โดยเฉพาะภาวะศีรษะเล็ก (microcephaly) และกลุ่มอาการชิคาโกแต่กำเนิด (congenital Zika syndrome) ซึ่งอาจทำให้เด็กมีพัฒนาการทางสมอง ดวงตา และข้อต่างๆ ผิดปกติ (Johansson et al., ๒๐๑๖; Moore et al., ๒๐๑๗)

มาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด ได้แก่ การใช้ยากันยุง สวมเสื้อผ้าที่ปกคลุมร่างกาย ใช้มุ้งหรือมุ้งลวด รวมถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด โดยเฉพาะสตรีมีครรภ์หรือผู้ที่วางแผนจะตั้งครรภ์ (CDC, ๒๐๒๒)

๓.๓ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย

โรคไข้ปวดข้อยุงลาย หรือโรคชิคุนกุนยา เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่มียุงลายเป็นพาหะ และมีการระบาดในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยโรคนี้มีลักษณะสำคัญคือการมีไข้สูงร่วมกับอาการปวดข้อรุนแรง ซึ่งในบางรายอาการปวดข้ออาจคงอยู่นานหลายเดือนถึงหลายปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ กลไกการติดเชื้อ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันควบคุม และรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, ๒๐๒๐)

สาเหตุและการแพร่เชื้อ โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya virus: CHIKV) ซึ่งเป็นไวรัส RNA ในตระกูล Togaviridae และมียุงลายเป็นพาหะนำโรคหลัก โดยเฉพาะ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ที่พบมากในเขตเมือง และ ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ที่พบทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อยุงที่มีเชื้อกัดคน ไวรัสจะเข้าสู่ร่างกายและเพิ่มจำนวนในเซลล์ต่าง ๆ เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาวและเซลล์ข้อต่อ ทำให้เกิดการอักเสบและอาการปวดข้อเรื้อรังในบางราย (Weaver & Lecuit, ๒๐๑๕; Leta et al., ๒๐๑๘)

อาการของโรค แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ (Cerny et al., ๒๐๑๗; Paixão et al., ๒๐๑๘) ได้แก่

ระยะเฉียบพลัน (๑-๒ สัปดาห์แรก) ผู้ป่วยมักมีไข้สูงเฉียบพลันร่วมกับอาการปวดข้อรุนแรงแบบสมมาตร โดยเฉพาะที่ข้อมือ ข้อศอก และข้อเข่า รวมทั้งอาจมีผื่น อ่อนเพลีย และปวดกล้ามเนื้อ

ระยะกึ่งเฉียบพลัน (๓-๑๒ สัปดาห์) ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีอาการปวดข้ออย่างต่อเนื่อง บางรายอาจมีการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อหรือปลอกเอ็น และอาจพบอาการทางระบบประสาทและผิวหนัง เช่น ชาปลายมือปลายเท้า หรือผื่นวง

ระยะเรื้อรัง (มากกว่า ๓ เดือน) ประมาณร้อยละ ๓๐-๔๐ ของผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดข้อเรื้อรัง ซึ่งบางรายมีลักษณะคล้ายโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพศหญิง หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว

๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔.๑ งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ผลการวิจัยเรื่อง “การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี ๒๕๖๓” พบว่า โดยภาพรวมประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ ๖๔.๒๔) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ ๓๕.๐๑) และระดับน้อย (ร้อยละ ๐.๗๕) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ($M = ๕๗.๘๐$, $SD = ๕.๑๒$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำความเข้าใจ เข้าถึง และประเมินข้อมูลสุขภาพได้ในระดับที่พอใช้ สามารถนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ในระดับหนึ่ง (ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ, ๒๕๖๓) และผลการประเมิน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ ประชาชนไทยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับ “พอเพียง” (ร้อยละ ๔๕.๒๗) (๕๗.๙๕ คะแนน) รองลงมาเป็นระดับ “มีปัญหา” ร้อยละ ๓๒.๐ ระดับ “ไม่เพียงพอ” ร้อยละ ๑๓.๖ ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ ๑๐.๐๑ ที่อยู่ในระดับ “ดีเยี่ยม” โดยค่าเฉลี่ยรวมสะท้อนว่าประชาชนไทยยังคงอยู่ในระดับ “มีปัญหา” ซึ่งสะท้อนว่าความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง และยังมีช่องว่างของทักษะบางด้านที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ, ๒๕๖๔)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อมาโดยแมลง เช่น โรคไข้เลือดออก การพัฒนาความรู้ในหลายมิติไม่เพียงช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ แต่ยังสนับสนุนให้สามารถตัดสินใจและปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การทบทวนงานวิจัยในประเด็นนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และพัฒนาแนวทางการจัดทำโปรแกรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในสังคมไทย

ในระดับนานาชาติ งานวิจัยในบังกลาเทศโดย Mobin et al. (๒๐๒๒) พบว่า แม้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกและชุนกุนยาในระดับสูง แต่ยังคงขาดความรู้เกี่ยวกับโรคฟิลาเรีย อีกทั้งการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานรัฐยังอยู่ในระดับต่ำ โดยกว่าร้อยละ ๗๓.๒ ไม่เคยแจ้งเมื่อพบปัญหาในพื้นที่ยากลำบาก ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงระบบที่ควรได้รับการแก้ไขผ่านนโยบายที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนมากยิ่งขึ้น

ด้านงานวิจัยในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารและช่องทางการเข้าถึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ประชาชนได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก อีกทั้งยังมีระดับความรู้ที่สูงมากเกี่ยวกับโรคต่างๆ เช่น ไข้เลือดออก วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ และภัยจากสารเสพติด อย่างไรก็ตาม ยังพบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชนบทและเขตเมือง โดยประชาชนชนบทมองว่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมีความทันต่อเหตุการณ์มากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในการสื่อสารสุขภาพ (สวาท ชลพล และคณะ, ๒๕๕๖) นอกจากนี้ งานของบุญรักษา รักษาคม และอดุลย์ ฉายพงษ์ (๒๕๖๑) รวมถึง อภิญา ดวงสิน และคณะ (๒๕๖๓) พบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลสุขภาพจากโทรทัศน์และบุคลากรสาธารณสุขในระดับสูง แต่ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมป้องกันโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคยังอยู่เพียงระดับปานกลางถึงต่ำ แสดงถึงข้อจำกัดของการสื่อสารสุขภาพที่ยังไม่สามารถโน้มน้าวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของคุณภาพการดูแลสุขภาพ งานวิจัยในอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นแกนนำถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ประชาชน อย่างไรก็ตาม แม้ประชาชนทั่วไปจะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรค แต่ช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรมยังคงมีอยู่ (ไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์ และศิริรัตน์ กัญจา, ๒๕๖๔) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Crowley et al. (๒๐๒๔) และ Jahromi et al. (๒๐๒๔) ที่ชี้ว่า แม้ประชาชนจำนวนมากมีความรู้และทัศนคติในระดับดี แต่เพียงร้อยละ ๒๕-๓๘.๓ เท่านั้นที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างเหมาะสม สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพจำเป็นต้องออกแบบเชิงกลยุทธ์ที่ไม่เน้นเฉพาะการให้ข้อมูล แต่ต้องคำนึงถึงแรงจูงใจและปัจจัยแวดล้อมควบคู่ด้วย

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มประชากร พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน งานวิจัยของ ธนัชชา เวสสะโกศล (๒๕๖๒) ที่ศึกษาข้าราชการตำรวจ พบว่าความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (๙๒.๐๗%) โดยไม่มีความแตกต่างตามอายุ การศึกษา หรือสถานภาพ ข้อค้นพบนี้ขัดแย้งกับงานของ Kobayashi et al. (๒๐๑๖) ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะมีทักษะสุขภาพต่ำ โดยเฉพาะด้านการอ่าน การให้เหตุผล และการคำนวณ ขณะที่งานของ Fabbri et al. (๒๐๒๐) ยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้ต่ำมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สะท้อนว่าความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงเป็นปัจจัยทางพฤติกรรม แต่ยังเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง

ในภาพรวม ความรู้ด้านสุขภาพยังสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต งานวิเคราะห์ห่อถักของ Zheng et al. (๒๐๑๘) จาก ๒๓ การศึกษา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = ๐.๓๕$) โดยเฉพาะทักษะสุขภาพที่สัมพันธ์สูงที่สุด ($r = ๐.๔๒$) ข้อมูลนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว

หลายงานวิจัยยังชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยงานของ ปรีชา พุกริน และคณะ (๒๕๖๖) และพิชัย พวงสด และคณะ (๒๕๖๓) พบว่า ทักษะการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่ความรู้พื้นฐานเพียงอย่างเดียวไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของพรทิพย์ แก้วชิน และคณะ (๒๕๖๔) ที่เน้นย้ำบทบาทของการรู้เท่าทันสื่อและการเข้าถึงข้อมูล

ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และความเชื่อก็มีผลต่อความรู้อย่างชัดเจน งานของประศักดิ์ สันติภาพ (๒๕๖๖) ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับความรู้ได้ถึง ๔๙.๒% ส่วนการศึกษาของคม ยิบประดิษฐ์ และภัทรสุดา สินสวัสดิ์ (๒๕๖๗) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์จากการป้องกันโรค ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แม้จะในระดับที่แตกต่างกัน ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ รายได้ และการศึกษา ก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน (วรรณัน ประชานิยม และธีระพงษ์ ฐิติธนากุล, ๒๕๖๖) และสอดคล้องกับการศึกษาระดับโลกของ Crowley et al. (๒๐๒๔) ที่ระบุว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความรู้ด้านสุขภาพ

ด้านการสื่อสารสุขภาพ งานของ Paixão et al. (๒๐๑๙) แสดงให้เห็นว่าการรณรงค์ให้ความรู้สามารถเพิ่มทั้งระดับความรู้และพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การใช้เพียงสื่อสิ่งพิมพ์ไม่เพียงพอ ซึ่งชี้ว่ากลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพจำเป็นต้องมีความบูรณาการมากขึ้น ขณะที่ Duval et al. (๒๐๒๓) พบว่าในประเทศพัฒนาแล้ว ประชาชนจำนวนมากยังมองว่าเป็นเพียงปัญหาด้านความรำคาญ มากกว่าความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ในระดับชุมชน งานวิจัยหลายฉบับยืนยันว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (ธัญลักษณ์ ทองสี และจิระศักดิ์ ทัพผา, ๒๕๖๘; ภาณีชชา จงสุภางศ์กุล และธนากร ก้อนทอง, ๒๕๖๗) ในขณะที่ นาฏนวรรรช ปาณะวิษณุพันธ์ และคณะ (๒๕๖๔) เสนอกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม ๔ มิติ ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ซึ่งเป็นฐานสำคัญของความยั่งยืน

๔.๒ งานวิจัยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ในองค์กรต่างๆ

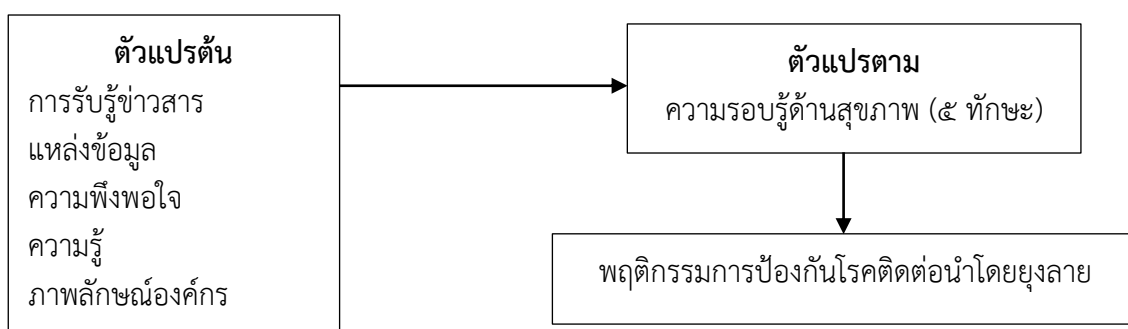
จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยสะท้อนว่าการศึกษาด้านภาพลักษณ์และปัจจัยแห่งความสำเร็จขององค์กรครอบคลุมหลายบริบท อาทิ ด้านสาธารณสุข ศาสนา และสถาบันการศึกษา โดยล้วนชี้ให้เห็นว่าภาพลักษณ์มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จและการยอมรับขององค์กรในมิติต่าง ๆ

ในบริบทด้านสาธารณสุข ชาญนรงค์ นัยเนตร และประจักษ์ บัวผัน (๒๕๖๖) พบว่าปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโควิด-๑๙ โดยเฉพาะการพัฒนาภาพลักษณ์สถานบริการและการเชื่อมโยงเครือข่าย ขณะที่เปรมกร หยาดไธสง และประจักษ์ บัวผัน (๒๕๖๕) ระบุว่าภาพลักษณ์สถานบริการ สถานภาพวิชาชีพ และการยอมรับนับถือ เป็นปัจจัยพยากรณ์การปฏิบัติงานได้ในระดับสูง

ส่วนด้านศาสนาและการศึกษา งานวิจัยพบว่าภาพลักษณ์พระพุทธศาสนาโดยรวมอยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์กับความจงรักภักดี (สุรัตน์ พักน้อย และอินทกะ พิริยะกุล, ๒๕๖๑) ขณะที่ภาพลักษณ์พระสงฆ์ในบางพื้นที่อยู่ในระดับปานกลางและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล (สกุล อันมา, ๒๕๕๘) ส่วนสถาบันการศึกษาภาพลักษณ์ห้องสมุดประชาชนอยู่ในระดับมาก โดยนโยบายและการดำเนินงานเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างภาพลักษณ์ (สายฝน บุษชา, ๒๕๕๙)

๕. กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ในครั้งนี้ เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยยุงลาย โดยใช้แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๕ ทักษะ ซึ่งแนวคิดนี้มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะสำคัญ โดยมีองค์ประกอบคือ ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร ทักษะที่ต้องการพัฒนาได้แก่ ๑) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ๒) แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข่าวสาร ๓) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ๔) ความรู้เรื่องโรคติดต่อโดยยุงลาย ๕) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยยุงลาย และ ๖) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยยุงลายของประชาชน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ๒๕๖๑; Nutbeam, ๒๐๒๑)



รูปภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการศึกษา

งานวิจัยนี้ เรื่อง “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร” ปี ๒๕๖๕ เป็นการศึกษาแบบผสมวิธี โดยการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้การศึกษาเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการประชุมกลุ่มย่อย ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ

๑. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา

ประชากรเป้าหมายของการวิจัยนี้ คือ เป็นประชาชนทั่วไป ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

๑) กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นประชาชนทั้งชายและหญิง อายุ ๑๘ ปี ขึ้นไป กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power (Cohen J, ๑๙๘๘) กำหนดขนาดอิทธิพล ๐.๓ (ปานกลาง) ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ อำนาจการทดสอบ ๐.๘๕ ระดับค่าองศาอิสระ ๑๖ และเพิ่มค่าประมาณการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ ๒๐ ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน ๔๐๐ ตัวอย่าง

๒) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Cohen J, ๑๙๘๘) มีลักษณะเป็น Information-rich case ที่สามารถสะท้อนความจริงได้ดีที่สุด ทำการสนทนากลุ่ม จนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล (Palys T., ๒๐๐๘) จำนวน ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๘ คน รวมเป็น ๑๖ คน ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับประโยชน์จากการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้

๒.๑) นักเรียนหรือเยาวชน (อายุ ๑๘-๒๕ ปี) จำนวน ๔ คน

๒.๒) วัยแรงงานตอนต้น (อายุ ๒๖-๔๕ ปี) จำนวน ๔ คน

๒.๓) วัยแรงงานตอนปลาย (อายุ ๔๖-๖๐ ปี) จำนวน ๔ คน

๒.๔) ผู้สูงอายุ (อายุ ๖๑ ปีขึ้นไป) จำนวน ๔ คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ

การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ดำเนินการ จำนวน ๘ พื้นที่ ได้แก่ ตำบลเขมราฐ หนองนกทา อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลโขงเจียม ห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลป่าไร่ บ้านแก้ง อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และตำบล โชคชัย นาบกอก อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน ๘ คนต่อจังหวัด ตามโครงการวิจัยของสำนักสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค เรื่อง “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ปี ๒๕๖๕” โดยการคัดเลือกเริ่มต้นจากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้แนะนำผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน และให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแนะนำตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

การวิจัยเชิงปริมาณ

๑. ยินยอมในการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
๒. มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป
๓. เป็นผู้ที่สามารถอ่านหนังสือและเขียนภาษาไทยได้
๔. อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดมากกว่า ๑ ปี

การวิจัยเชิงคุณภาพ

๑. ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
๒. มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป
๓. เป็นผู้ที่สามารถอ่านออก เขียนได้
๔. อยู่ในพื้นที่ศึกษาวิจัยมากกว่า ๑ ปี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

การวิจัยเชิงปริมาณ

๑. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำแบบสอบถาม
๒. ตอบคำถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้

การวิจัยเชิงคุณภาพ

๑. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำสนทนากลุ่ม
๒. อาสาสมัครออกจากการสนทนากลุ่มก่อนดำเนินการเสร็จสิ้น

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๑) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น ๗ ตอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมคำลงในช่องว่าง	จำนวน ๕ ข้อ
ตอนที่ ๒ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน ๓ ข้อ
ตอนที่ ๓ ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน ๙ ข้อ
ตอนที่ ๔ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค	จำนวน ๒๐ ข้อ
ตอนที่ ๕ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน ๓ ข้อ
ตอนที่ ๖ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน ๓ ข้อ
ตอนที่ ๗ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	จำนวน ๔ ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน

ตอนที่ ๒ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แบ่งระดับ ตาม Likert scale มีมาตรวัด ๕ หน่วย ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ// เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= ๕ คะแนน
ได้รับบ่อยครั้ง// เห็นด้วย	= ๔ คะแนน
ได้รับบางครั้ง// ไม่แน่ใจ	= ๓ คะแนน
ได้รับนานๆ ครั้ง// ไม่เห็นด้วย	= ๒ คะแนน
ไม่เคยได้รับ// ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= ๑ คะแนน

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, ๑๙๗๗) ดังนี้

ระดับมาก	เท่ากับ ๓.๖๘ – ๕.๐๐
ระดับปานกลาง	เท่ากับ ๒.๓๔ – ๓.๖๗
ระดับน้อย	เท่ากับ ๑.๐๐ – ๒.๓๓

ตอนที่ ๓ ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แบ่งระดับ ตาม Likert scale มีมาตรวัด ๕ หน่วย ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	= ๕ คะแนน
ได้รับบ่อยครั้ง	= ๔ คะแนน
ได้รับบางครั้ง	= ๓ คะแนน
ได้รับนานๆ ครั้ง	= ๒ คะแนน
ไม่เคยได้รับ	= ๑ คะแนน

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, ๑๙๗๗) ดังนี้

ระดับมาก	เท่ากับ ๓.๖๘ – ๕.๐๐
ระดับปานกลาง	เท่ากับ ๒.๓๔ – ๓.๖๗
ระดับน้อย	เท่ากับ ๑.๐๐ – ๒.๓๓

ตอนที่ ๔ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค แบ่งระดับ ตาม Likert scale มีมาตรวัด ๕ หน่วย ดังนี้

ทำได้ง่ายมาก	= ๕ คะแนน
ทำได้ง่าย	= ๔ คะแนน
ทำได้ยาก	= ๓ คะแนน
ทำได้ยากมาก	= ๒ คะแนน
ไม่เคยทำเลย	= ๑ คะแนน

การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แบ่งออกเป็น ๔ กลุ่มตามเกณฑ์ของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร ชุณหโสภาค (๒๕๖๔) ดังต่อไปนี้

ระดับดีเยี่ยม คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๑๐๐.๐๐

ระดับพอเพียง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๘๙.๙๙

ระดับมีปัญหา คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๗๔.๙๙

ระดับไม่พอเพียง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ ๐.๐๐ - ๕๙.๙๙

ตอนที่ ๕ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มี ๓ ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยตอบถูกต้องให้ ๑ คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบให้ ๐ คะแนน

ตอบถูก = ๑ คะแนน

ตอบผิด และไม่ทราบ = ๐ คะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนความรู้มารวมกัน และจัดระดับความรู้เป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (๑๙๗๑) ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ ๘๐ - ๑๐๐ มีความรู้ในระดับมาก

ได้คะแนน ร้อยละ ๖๐ - ๗๙ มีความรู้ในระดับปานกลาง

ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ มีความรู้ในระดับน้อย

ตอนที่ ๖ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ลักษณะข้อคำถามเป็นเชิงบวก เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ผู้วิจัยแบ่งระดับตาม Likert scale มีมาตรวัด ๕ หน่วย ดังนี้

ประจำ = ๕ คะแนน

บ่อยครั้ง = ๔ คะแนน

บางครั้ง = ๓ คะแนน

นานๆ ครั้ง = ๒ คะแนน

ไม่เคยทำเลย = ๑ คะแนน

ไม่เกี่ยวข้อง = ๕ คะแนน

การแปลผลคะแนน จัดระดับพฤติกรรมเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ เบสท์ (Best, ๑๙๗๗) ดังนี้

มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก เท่ากับ ๓.๖๘ - ๕.๐๐

มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ ๒.๓๔ - ๓.๖๗

มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย เท่ากับ ๑.๐๐ - ๒.๓๓

ตอนที่ ๗ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน แบ่งระดับ ตาม Likert scale มีมาตรวัด ๕ หน่วย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง = ๕ คะแนน

เห็นด้วย = ๔ คะแนน

ไม่แน่ใจ = ๓ คะแนน

ไม่เห็นด้วย = ๒ คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = ๑ คะแนน

การแปลผลคะแนน ออกเป็น ๓ ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, ๑๙๗๗) ดังนี้

ระดับมาก	เท่ากับ ๓.๖๘ – ๕.๐๐
ระดับปานกลาง	เท่ากับ ๒.๓๔ – ๓.๖๗
ระดับน้อย	เท่ากับ ๑.๐๐ – ๒.๓๓

๒) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการสนทนากลุ่ม คือ เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก แบตเตอรี่ สมุดบันทึก ปากกา กล้องถ่ายภาพ

๓. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ นำมาจากโครงการวิจัย เรื่อง “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี ๒๕๖๕” ของสำนักสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

๔. การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

๑) ข้อมูลเชิงปริมาณ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม จำนวน ๔๐๐ แบบสอบถาม ผู้วิจัย กำหนดพื้นที่ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามแหล่งชุมชนในอำเภอและตำบลที่เป็นตัวแทนพื้นที่ โดยกำหนดสถานที่ ที่จะไปถึงกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ๑) สถานศึกษา ๒) ส่วนราชการ ๓) ห้างสรรพสินค้า ๔) ตลาด ๕) อาคาร สำนักงาน ๖) สถานีขนส่ง ๗) โรงพยาบาล ๘) สวนสาธารณะ ๙) วัด และ ๑๐) ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ สถานที่ที่จะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีอย่างน้อย ๕ ใน ๑๐ สถานที่ โดยขั้นตอน ดังนี้

๑.๑) ประสานพื้นที่ที่ดำเนินงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่วิจัย

๑.๒) ประชุมชี้แจงทีมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการ และวางแผนการเก็บข้อมูล

๑.๓) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่างๆ หลังจากที่ได้เสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนออกจากพื้นที่การวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ และแปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ประคอง กรณสูตร, ๒๕๔๒) ดังนี้

สูงกว่าหรือเท่ากับ	๐.๗๐	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
อยู่ระหว่าง	๐.๔๐ – ๐.๖๙	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	๐.๐๐ – ๐.๓๙	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก (+) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลด ในทิศทางเดียวกัน ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ (-) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลด ในทิศทางตรงข้ามกัน

๒) ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง และดำเนินการสนทนาในลักษณะไม่เป็นทางการ คำถามถูกจัดเป็นประเด็นเพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับหัวข้อวิจัย

ก่อนเริ่มสนทนา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา ขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ดี เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเสรี และทดสอบคำถามคำตอบเพื่อปรับใช้กับคำถามถัดไป การสนทนาใช้เวลาประมาณ ๖๐-๙๐ นาที ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ให้ข้อมูล และจะสิ้นสุดเมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัวหรือไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Palys T., ๒๐๐๘)

๕. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยของสำนักสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค เรื่อง “การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี ๒๕๖๕” ซึ่งผ่านการนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ สกลนคร ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

บทที่ ๔

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การประเมินผลความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี ปี ๒๕๖๕” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงผสมผสาน แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น ๒ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละของแต่ละรายการ

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่

- ๒.๑ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๒.๒ แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
- ๒.๓ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๒.๔ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๒.๕ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน
- ๒.๖ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
- ๒.๗ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ส่วนที่ ๓ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ตอนที่ ๒ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- ๔.๑ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ
- ๔.๒ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ตอนที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงเพศ อายุ ภูมิภาค การศึกษา และอาชีพหลัก โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๓.๒ เป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ ๓๖.๕ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง ๔๖-๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๘ (อายุเฉลี่ย ๔๔ ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๕.๐๘) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕, ๓๒.๓ และ ๒๑.๓ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕ รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๕ และ ๕.๕ ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แสดงดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n = ๔๐๐)		
ชาย	๑๔๖	๓๖.๕
หญิง	๒๕๓	๖๓.๒
LGBTQ+	๑	๐.๓
อายุ (ปี) (n = ๔๐๐)		
๑๘ - ๒๕	๙๗	๒๔.๓
๒๖ - ๔๕	๑๐๑	๒๕.๓
๔๖ - ๖๐	๑๐๗	๒๖.๘
๖๐ ปีขึ้นไป	๙๕	๒๓.๘
อายุเฉลี่ย = ๔๔.๐๐ ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑๕.๐๘		
อายุสูงสุด = ๗๙ ปี อายุต่ำสุด = ๑๘ ปี		
การศึกษา		
ประถมศึกษา	๑๕๐	๓๗.๕
มัธยมศึกษาตอนต้น	๘๕	๒๑.๓
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	๑๒๙	๓๒.๓
อนุปริญญาตรี/ปวส.	๑๗	๔.๓
ปริญญาตรี	๑๗	๔.๓
สูงกว่าปริญญาตรี	๒	๐.๕
อาชีพหลัก (n = ๔๐๐)		
เกษตรกรรวม	๒๔๖	๖๑.๕
รับจ้างทั่วไป	๕๘	๑๔.๕
ค้าขาย	๒๒	๕.๕
พนักงานบริษัท	๖	๑.๕
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑๑	๒.๘
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	๑๙	๔.๘
นักเรียน/นักศึกษา	๒๑	๕.๓
อาชีพอื่นๆ (ไม่ระบุอาชีพ)	๑๗	๔.๓

จากตารางที่ ๑ พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๓.๒ เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ๔๖-๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๘ (อายุเฉลี่ย ๔๓.๗๘ ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๗.๔๙) กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕, ๓๒.๓

และ ๒๑.๓ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕ รองลงมา เป็นรับจ้างทั่วไป และค้าขาย คิดเป็น ร้อยละ ๑๔.๕ และ ๕.๕ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่างๆ

๒.๑ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อนำโดยยุงลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ ๙๙ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๘ และ ๑๐.๓ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับน้อยและไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ ๑ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M = ๔.๓๓$, $SD = ๐.๗๘$) ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อนำโดยยุงลายรวมทั้งโรคและ ภัยสุขภาพ และระดับของการรับรู้

ระดับของการรับรู้		กลุ่มตัวอย่าง ($n = ๔๐๐$)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(๓.๖๘ - ๕)	๓๕๑	๘๗.๘
ปานกลาง	(๒.๓๔ - ๓.๖๗)	๔๑	๑๐.๓
น้อย	(๑.๐๐ - ๒.๓๓)	๔	๑.๐
ไม่ได้รับ	(๐)	๔	๑.๐

$M = ๔.๓๓$, $SD = ๐.๗๘$, ระดับ = มาก

๒.๒ แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดต่อนำโดยยุงลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๐๐.๐ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลข่าวสารช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือหลายๆ ช่องทางจาก ๙ แหล่งข้อมูล เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๐, ๔๕.๘, และ ๑.๓ ตามลำดับ และไม่พบผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับ มาก ($M=๓.๗๓$, $SD=๑.๐๔$) ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูลภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อนำโดยยุงลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ

ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล		กลุ่มตัวอย่าง ($n = ๔๐๐$)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	(๓.๖๘ - ๕)	๒๑๒	๕๓.๐
ปานกลาง	(๒.๓๔ - ๓.๖๗)	๑๘๓	๔๕.๘
น้อย	(๑.๐๐ - ๒.๓๓)	๕	๑.๓

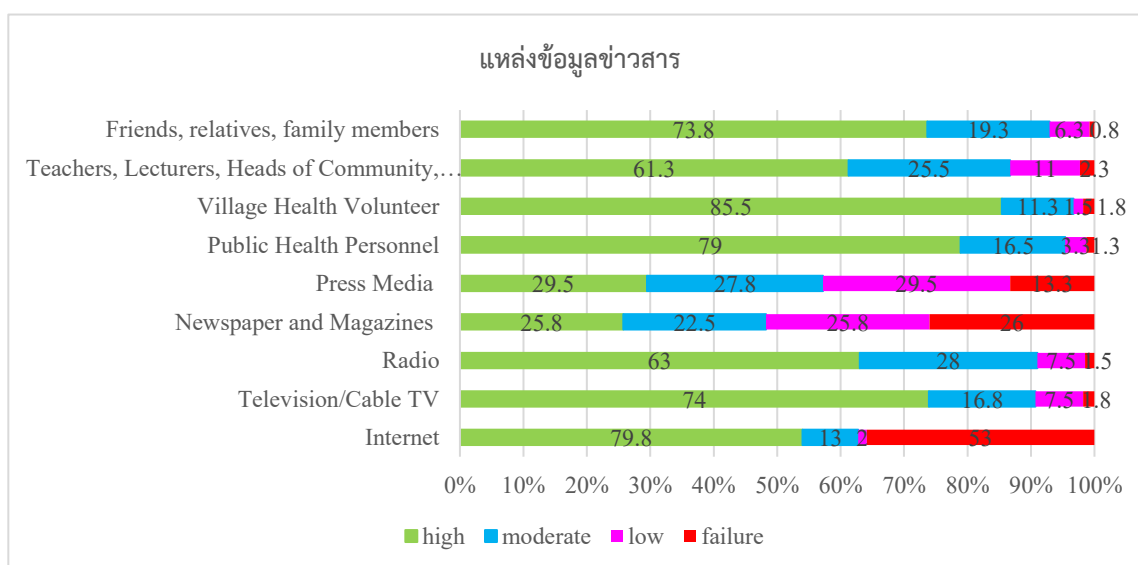
$M = ๓.๗๓$, $SD = ๑.๐๔$, ระดับ = มาก

จำแนกตามแหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงแหล่งข้อมูลในระดับมาก ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ๒) อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์

อินสตราแกรม ยูทูบ เป็นต้น) ๓) บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น) ๔) เพื่อน/ญาติ / คนในครอบครัว และ ๕) โทรศัพท์/เคเบิลทีวี ตามลำดับ ตารางที่ ๔ และกราฟที่ ๑

ตารางที่ ๔ ระดับการเข้าถึงแหล่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจำแนกตามแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = ๔๐๐)			
	ร้อยละ	Mean	SD	ระดับ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๙๘.๒	๔.๓๕	๐.๘๗	มาก
อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตราแกรม ยูทูบ เป็นต้น)	๙๔.๗	๔.๑๙	๑.๐๘	มาก
บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)	๙๘.๗	๔.๑๖	๐.๙๐	มาก
เพื่อน/ญาติ / คนในครอบครัว	๙๙.๒	๔.๐๓	๐.๙๔	มาก
โทรศัพท์/เคเบิลทีวี	๙๘.๒	๔.๐๐	๑.๐๐	มาก
วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น)	๙๘.๕	๓.๘๐	๐.๙๔	มาก
ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน	๙๗.๗	๓.๗๐	๑.๐๒	ปานกลาง
สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)	๘๖.๗	๒.๘๐	๑.๑๓	ปานกลาง
หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร	๗๔.๐	๒.๕๗	๑.๒๘	ปานกลาง
รวม	๙๓.๙๐	๓.๗๓	๑.๐๒	มาก



ภาพที่ ๒ แหล่งข้อมูลข่าวสารของประชาชน

๒.๓ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อฯ โดยผู้ลงลาย พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ($M=๔.๔๕$, $SD=๐.๕๓$) ดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อฯ โดยผู้ลงลาย รวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ และระดับของความพึงพอใจ

ระดับของความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง ($n = ๔๐๐$)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจมาก (๓.๖๘ – ๕.๐๐)	๓๗๔	๙๓.๕
พึงพอใจ (๒.๓๔ – ๓.๖๗)	๒๕	๖.๓
ไม่พึงพอใจ (๑.๐๐ – ๒.๓๓)	๑	.๓

$M = ๔.๔๕$, $SD = ๐.๕๓$, ระดับ = พึงพอใจมาก

๒.๔ ความรู้เรื่องโรคติดต่อฯ โดยผู้ลงลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคติดต่อฯ โดยผู้ลงลาย ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ ๑.๓, ๑๒.๓ และ ๘๖.๕ ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๕๖ อยู่ในระดับน้อย ($M=๕๖$, $SD=๐.๗๕$) ดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ ระดับความรู้โรคติดต่อฯ โดยผู้ลงลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = ๔๐๐$)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (ร้อยละ ๘๐ - ๑๐๐)	๕	๑.๓
ปานกลาง (ร้อยละ ๖๐ - ๗๙)	๔๙	๑๒.๓
น้อย (น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)	๓๔๖	๘๖.๕

$M = ๕๖$, $SD = ๐.๗๕$, ระดับ = น้อย

จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้อง เมื่อจำแนกตามรายข้อคำถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความรู้ค่อนข้างต่ำในประเด็นพื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้อยู่อาศัย ในข้อที่ (๑) “ผู้อยู่อาศัยชอบวางไข่ในแหล่งน้ำนิ่งน้ำเสีย เช่น ท่อระบายน้ำ บ่อน้ำคร่ำ” และ ข้อที่ (๒) “ผู้อยู่อาศัยเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ไข่ปวดข้อผู้อยู่อาศัย ไข้มาลาเรีย และโรคติดต่อไวรัสซิกา” มีเพียงร้อยละ ๑๒.๐ และ ๑๐.๐ ตามลำดับ ที่ตอบถูก ซึ่งจัดอยู่ในระดับ “น้อย” แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับลักษณะการวางไข่และบทบาทของผู้อยู่อาศัยในการแพร่เชื้อโรค ส่วนในข้อที่ (๓) ข้อคำถามเกี่ยวกับ “ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหากมีอาการไข้สามารถรับประทานยาแก้ปวดลดไข้ได้ทุกชนิด” มีผู้ตอบถูก ๑๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐ อยู่ในระดับ “ปานกลาง” ดังตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องโรคติดต่อมาโดยยุงลายรวมทั้งโรคและ ภัยสุขภาพได้ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อคำถาม

ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับของการตอบ ถูกต้อง
๑. ยุงลายชอบวางไข่ในแหล่งน้ำขังเน่าเสีย เช่น ท่อระบายน้ำ บ่อน้ำคร่ำ เป็นต้น	๔๘	๑๒.๐	น้อย
๒. ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ไข้ปวดข้อยุงลาย ไข้มาลาเรีย และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	๔๐	๑๐.๐	น้อย
๓. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก หากมีอาการไข้ สามารถรับประทานยาแก้ปวดลดไข้ได้ทุกชนิด	๑๓๖	๓๔.๐	ปานกลาง

๒.๕ ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพของ ประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียงถึงร้อยละ ๕๙.๒ รองลงมาเป็นระดับมีปัญหา ไม่พอเพียง และดีเยี่ยม เท่ากับร้อยละ ๒๕.๕, ๗.๘ และ ๗.๕ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับไม่พอเพียง คะแนน ๕๙.๖๑ ($M=๕๙.๖๑$, $SD=๙.๒๐$) ดังตารางที่ ๘

ตารางที่ ๘ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึง ($n = ๔๐๐$)		
ดีเยี่ยม ($๙๐.๐-๑๐๐$)	๕๖	๑๔.๐
พอเพียง ($๗๕.๐-๘๙.๐$)	๒๕๘	๖๔.๕
มีปัญหา ($๖๐.๐-๗๔.๙$)	๓๙	๙.๘
ไม่พอเพียง ($๐.๐๐ - ๖๐.๐$)	๔๗	๑๑.๘
ทักษะการเข้าใจ ($n = ๔๐๐$)		
ดีเยี่ยม ($๙๐.๐-๑๐๐$)	๕๙	๑๔.๘
พอเพียง ($๗๕.๐-๘๙.๐$)	๒๖๖	๖๖.๕
มีปัญหา ($๖๐.๐-๗๔.๙$)	๔๖	๑๑.๕
ไม่พอเพียง ($๐.๐๐ - ๖๐.๐$)	๒๙	๗.๒
ทักษะการไต่ถาม ($n = ๔๐๐$)		
ดีเยี่ยม ($๙๐.๐-๑๐๐$)	๓๒	๘.๐
พอเพียง ($๗๕.๐-๘๙.๐$)	๒๖๔	๖๖.๐
มีปัญหา ($๖๐.๐-๗๔.๙$)	๕๘	๑๔.๕
ไม่พอเพียง ($๐.๐๐ - ๖๐.๐$)	๔๖	๑๑.๕

ตารางที่ ๘ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการตัดสินใจ (n = ๔๐๐)		
ดีเยี่ยม (๙๐.๐-๑๐๐)	๓๕	๘.๘
พอเพียง (๗๕.๐-๘๙.๐)	๒๖๑	๖๕.๓
มีปัญหา (๖๑.๐-๗๔.๙)	๖๑	๑๕.๓
ไม่พอเพียง (๐.๐๐ - ๖๐.๐)	๔๓	๑๐.๘
ทักษะการนำไปใช้ (n = ๔๐๐)		
ดีเยี่ยม (๙๐.๐-๑๐๐)	๔๕	๑๑.๓
พอเพียง (๗๕.๐-๘๙.๐)	๒๓๗	๕๙.๓
มีปัญหา (๖๑.๐-๗๔.๙)	๗๓	๑๘.๓
ไม่พอเพียง (๐.๐๐ - ๖๐.๐)	๔๕	๑๑.๓
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (n = ๔๐๐)		
ดีเยี่ยม (๙๐.๐-๑๐๐)	๓๐	๗.๕
พอเพียง (๗๕.๐-๘๙.๐)	๒๓๗	๕๙.๒
มีปัญหา (๖๑.๐-๗๔.๙)	๑๐๒	๒๕.๕
ไม่พอเพียง (๐.๐๐ - ๖๐.๐)	๓๑	๗.๘

M = ๕๙.๖๑, SD = ๙.๒๐, ระดับ = ไม่พอเพียง

จากตารางที่ ๘ แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคภัยประเด็นและภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียงถึงร้อยละ ๕๙.๓ รองลงมาเป็นระดับมีปัญหา ไม่พอเพียง และดีเยี่ยม เท่ากับ ร้อยละ ๒๕.๕, ๗.๘ และ ๗.๕ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพเท่ากับ ๕๙.๖๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๙.๒๐ อยู่ในระดับไม่พอเพียง

๒.๖ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยยุงลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับระดับปานกลาง (M=๓.๗๙, SD=๑.๒๖) โดย (ข้อที่ ๑) สำรวจแหล่งน้ำขังบริเวณบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ (M=๓.๙๑, SD=๑.๒๗) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ข้อที่ ๒) ป้องกันตนเอง และบุคคลในครอบครัวไม่ให้ยุงกัด เช่น ทายากันยุง ฉีดพ่นสเปรย์ เป็นต้น (M=๓.๘๖, SD=๑.๐๙) และ ประเด็น (ข้อที่ ๓) แนะนำวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้เพื่อนบ้านมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M=๓.๖๐, SD=๑.๔๓) ดังตารางที่ ๙

ตารางที่ ๙ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลาย
จำแนกตามรายข้อคำถาม

พฤติกรรมการป้องกันโรค	Mean	S.D.	ระดับ
๑. สำรวจแหล่งน้ำขังบริเวณบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำ ยุงลายทุกสัปดาห์	๓.๙๑	๑.๒๗	ปานกลาง
๒. ป้องกันตนเอง และบุคคลในครอบครัวไม่ให้ ยุงกัด เช่น ทายากันยุง ฉีดพ่นสเปรย์ เป็นต้น	๓.๘๖	๑.๐๙	ปานกลาง
๓. แนะนำวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้เพื่อนบ้าน	๓.๖๐	๑.๔๓	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	๓.๗๙	๑.๒๖	ปานกลาง

๒.๗ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๐๐ คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕๔ คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๕ หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคตามมุมมองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๔.๔ มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อย คิดเป็นร้อยละ ๔.๘ และ ๐.๘ ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($M=๔.๔๘$, $SD=๐.๖๒$)

ความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ ๑) บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=๔.๕๕$, $SD=๐.๕๕$) รองลงมาได้แก่ ประเด็น (ข้อที่ ๔) กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ ($M=๔.๔๗$, $SD=๐.๖๕$) และในประเด็น (ข้อที่ ๒ และ ๓) การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด และกรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M=๔.๔๔$, $SD=๐.๖๐$, $SD=๐.๖๖$) ตามลำดับ ดังตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๐ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
จำแนก เป็นรายข้อ ($n = ๓๕๔$)

ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	Mean	SD	ระดับ
๑. บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	๔.๕๕	๐.๕๕	มาก
๒. การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด	๔.๔๔	๐.๖๐	มาก
๓. กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค	๔.๔๔	๐.๖๖	มาก
๔. กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศ ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ	๔.๔๗	๐.๖๕	มาก
ค่าเฉลี่ย	๔.๔๘	๐.๖๒	มาก

ส่วนที่ ๓ การทดสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน

ตารางที่ ๑๑ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน (n = ๔๐๐)

ปัจจัย	PS	PC	SA	KL	BH	HL
PC	.๔๔๓*	๑				
SA	.๓๓๘*	.๖๑๖*	๑			
KL	.๐๒๗	-.๑๒๔*	-.๒๒๘*	๑		
BH	.๓๔๔*	.๑๙๖*	.๑๐๐*	.๑๗๖*	๑	
HL	.๔๐๓*	.๔๐๓*	.๕๕๕*	-.๑๘๖*	.๒๔๖*	๑

* p < .๐๕

หมายเหตุ :

HL = ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค

PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

PS = แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

KL = ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

BH = พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ ๑๑ แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน พบว่า แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ซึ่งเป็นการสัมพันธ์เชิงบวกกับหลายปัจจัยในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร (SA, $r = .๕๕๕$) ซึ่งสะท้อนว่าผู้ที่พึงพอใจกับคุณภาพข้อมูลสุขภาพมากกว่ามักแสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ ความรอบรู้สุขภาพ (HL) ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร (PS, $r = .๔๐๓$) และ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (PC, $r = .๔๐๓$) สะท้อนความสัมพันธ์เชิงเสริมว่า การเข้าถึงข้อมูลและการรับรู้ข้อมูลที่เพียงพอมีส่วนช่วยเกื้อหนุนต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ขณะเดียวกันความรอบรู้สุขภาพ (HL) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรค (BH, $r = .๒๔๖$) ซึ่งบ่งชี้ว่าทักษะความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลยังเชื่อมโยงกับพฤติกรรมป้องกัน แม้ไม่เด่นชัดเท่าปัจจัยด้านคุณภาพข้อมูล

ในทางตรงกันข้าม ความรอบรู้สุขภาพ (HL) แสดงความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ (KL, $r = -.๑๘๖$) แม้เป็นระดับต่ำและไม่มีความสำคัญทางสถิติ แต่แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าความรู้เฉพาะด้าน

เกี่ยวกับโรคไม่ได้แปรผันตรงกับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเสมอไป กล่าวคือ ความรู้เชิงข้อมูลเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอหากไม่ได้มาพร้อมทักษะในการประเมินคุณภาพข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูล หรือความสามารถ ในการนำไปปรับใช้จริงในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นยังสะท้อนรูปแบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ความพึงพอใจต่อ ข้อมูลข่าวสาร (SA) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ (KL) ($r = -.๒๒๘$) และ การรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร (PC, $r = -.๑๒๔$) ในระดับต่ำ ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้มีความรู้สูงมักมองว่าข้อมูลทั่วไปไม่ลึกซึ้งเพียงพอ

ตอนที่ ๔ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการประชุมกลุ่มย่อยเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายรวมทั้ง โรคและภัยสุขภาพ โดยจัดหมวดหมู่ตาม ๕ ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การชักถาม การตัดสินใจ การนำไปปฏิบัติ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของ ประชาชน รายละเอียดดังต่อไปนี้

๔.๑ ทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายรวมทั้งโรคและภัยสุขภาพ

๑) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access to Information)

การศึกษานี้พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะ เรื่องโรคติดต่อนำโดยยุงลายในระดับมาก โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับความนิยมสูง ได้แก่ สื่อบุคคล เช่น อสม. และ บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารสุขภาพเชิงรุก ขณะเดียวกันกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ทำให้การรับรู้ข่าวสารของประชาชนมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ผู้ให้ข้อมูล A “ได้รับข้อมูล เพราะที่ของเรามี อสม. ออกตรวจเยี่ยมลูกน้ำยุงลาย เราก็ต้องทำ ไม่งั้น อสม. เขาก็จะมาดู”

ผู้ให้ข้อมูล B “ได้รับข้อมูลจาก อสม. เพราะ อสม. เขาจะออกเยี่ยมบ้าน เขาจะแบ่งกันคนหนึ่ง รับผิดชอบก็หลัง เขาก็จะมาดูแล”

ผู้วิจัย “แล้วเคยได้ข้อมูลจากที่อื่นบ้างไหมครับ เช่น วิทยุหรืออินเทอร์เน็ต”

ผู้ให้ข้อมูล C “ลูกชายเขาส่งลิงก์จากเฟซบุ๊กให้ดู...บอกว่าช่วงนี้ระวังไข่เลือดออก กำลังระบาด อยู่”

๒) ทักษะการเข้าใจข้อมูล (Understanding of Information)

ประชาชนส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับดี สามารถอธิบายถึงที่มาของ โรคจากลูกน้ำยุงลาย อาการสำคัญ เช่น ไข้สูงและผื่นแดง รวมถึงข้อควรระวังในเรื่องการรักษา เช่น หลีกเลี่ยงการ ใช้น้ำแอสไพริน ทั้งนี้ การเข้าใจข้อมูลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการได้รับข้อมูลซ้ำ ๆ จาก อสม. หรือบุคคลใน ชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล A “นึกถึงลูกน้ำยุงลาย ก็ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก ถ้าจะป้องกันก็ต้องไม่ให้มียุง ต้องคว่ำกะโหลกกลาอย่าให้มีน้ำขัง”

ผู้วิจัย “นอกจากไข่เลือดออก นึกถึงโรคอื่นที่มียุงเป็นพาหะบ้างไหมครับ”

ผู้ให้ข้อมูล B “อืม...โรคมะเร็งเรื้อ แต่ น่าจะเป็นยุงกันปล่องเนาะ ไม่ใช่ยุงลาย”

ผู้ให้ข้อมูล C “เป็นไข้เลือดออกต้องไปหาหมอ ห้ามกินยาแอสไพริน แล้วก็อาหารที่มีสีแดง สีดำก็ไม่ควรกิน”

๓) ทักษะการซักถามและตรวจสอบข้อมูล (Appraisal and Inquiry)

แม้ประชาชนบางส่วนจะมีความสามารถในการตั้งคำถามหรือสงสัยข้อมูลที่ได้รับ แต่พบว่าทักษะการซักถามยังอยู่ในระดับมีปัญหา การซักถามมักเกิดขึ้นจากเหตุการณ์เฉพาะหน้า ไม่ได้มีการเตรียมคำถามล่วงหน้า และไม่ได้มุ่งตรวจสอบข้อมูลเชิงลึก แหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ในการซักถามหรือสืบค้นเพิ่มเติม ได้แก่ อินเทอร์เน็ต ซึ่งเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก

ผู้วิจัย “ถ้าสงสัยเรื่องสุขภาพ หรือโรคที่ระบาค พืหาข้อมูลอย่างไรครับ”

ผู้ให้ข้อมูล A “บางทีก็ลองเสิร์ชในโทรศัพท์ดูครับ อย่างตอนที่เขาบอกว่าห้ามกินยาบางตัว ผมก็หาดูในกูเกิ้ล”

ผู้วิจัย “แล้วเคยถามหมอหรือพยาบาลที่ รพ.สต. ไหมครับ”

ผู้ให้ข้อมูล B “ก็ถามเหมือนกันครับ ถ้าเจอหน้า ถามเลย แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ไปหาหมอบ่อย”

๔) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Making)

การตัดสินใจของประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพยังคงมีลักษณะพึ่งพาประสบการณ์ส่วนตัว หรือประสบการณ์ของบุคคลรอบข้างมากกว่าข้อมูลวิชาการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของการใช้ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณเพื่อการตัดสินใจ ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคมีความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอไม่เพียงพอ

ผู้วิจัย “เวลาต้องตัดสินใจว่าจะทำอะไรเพื่อป้องกันโรค พืใช้ข้อมูลจากไหนครับ”

ผู้ให้ข้อมูล A “ส่วนมากดูจากเพื่อนบ้าน ว่าเขาทำยังไง เราก็กทำตาม”

ผู้วิจัย “แล้วข้อมูลจาก อสม. หรือจากโรงพยาบาลมีผลกับการตัดสินใจไหมครับ”

ผู้ให้ข้อมูล C “มีครับ...แต่บางทีก็ลืม หรือไม่แน่ใจว่าต้องทำแบบไหนตอนไหน”

๕) ทักษะการนำไปปฏิบัติ (Application of Information)

แม้ว่าประชาชนจะมีการรับรู้และเข้าใจข้อมูลระดับหนึ่ง แต่การนำข้อมูลไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันยังอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ามีการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นครั้งคราวตามที่ อสม. แนะนำ อย่างไรก็ตาม ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติและการเชื่อมโยงพฤติกรรมกับความเข้าใจเชิงวิชาการยังจำกัด

ผู้วิจัย “ช่วงนี้ยังคว่ำโอ่ง คว่ำไห ดูน้ำขังอยู่ไหมครับ”

ผู้ให้ข้อมูล C “ถ้ารู้ว่าจะมี อสม. มาตรวจก็จะทำครับ”

ผู้วิจัย “แล้วในช่วงเวลาปกติละครับ”

ผู้ให้ข้อมูล B “บางทีก็ลืมครับ ถ้าไม่มีใครเตือนก็ไม่ได้ทำประจำ”

ผู้ให้ข้อมูล A “อาทิตย์ก่อนมีข่าวว่าหมู่ข้าง ๆ มีคนป่วย เลยช่วยกันเก็บน้ำขังกันทั้งบ้าน”

๔.๒ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

จากการประชุมกลุ่มย่อยจำนวน ๒ กลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ อธิบายว่าตนรู้จักกรมควบคุมโรค และเมื่อทำการซักถามเกี่ยวกับกรมควบคุมโรคเพิ่มเติม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่รับรู้ว่าการควบคุมโรคในแง่ของหน่วยงานทำงานสาธารณสุขในภาพรวม เช่น โรงพยาบาล หรือกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบุคลากร

สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นตัวแทนของกรมควบคุมโรค และผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มักจะอธิบายลักษณะการทำงานและหน้าที่ของกรมควบคุมโรคตามชื่อกรม โดยมักจะอธิบายว่า กรมควบคุมโรคมีหน้าที่ในการควบคุมโรคติดต่อและโรคระบาด ซึ่งพบเขามองว่าการทำงานของกรมควบคุมโรคมีความน่าเชื่อถือ

ผู้วิจัย “เคยได้ยินชื่อหรือรู้จัก กรมควบคุมโรคไหมคะ”

ผู้ให้ข้อมูล A “รู้จัก ก็เดือนที่แล้วมีเจ้าหน้าที่มาพ่นยุงลายในหมู่บ้าน”

ผู้วิจัย “คิดว่ากรมควบคุมโรคมีหน้าที่ในการควบคุมไม่ให้โรคระบาดและมีความน่าเชื่อถือไหมคะ”

ผู้ให้ข้อมูล C “ก็น่าจะใช้นะครับ ถ้านึกถึงกรมควบคุมโรค ก็นึกถึงโควิด และพ่นยุงครับ”

ผู้ให้ข้อมูล A “ถ้าพูดถึงกรมควบคุมโรค ก็น่าเชื่อถือนะครับ... ถ้าเขาบอกอะไรเกี่ยวกับโรค

เราก็มั่นใจ เพราะเขาเป็นกรมควบคุมโรค ก็น่าเชื่อถืออยู่แล้ว”

การผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นความเชื่อมโยง ที่สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบ โดยข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงปริมาณปริมาณสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรศาสตร์กับรูปแบบการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าแม้กลุ่มตัวอย่าง จะมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับสูง แต่ต้องประกอบด้วยความรู้เฉพาะทางและความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลับอยู่ในระดับที่ยังต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความไม่สม่ำเสมอของพฤติกรรมป้องกันโรค ข้อค้นพบดังกล่าวได้รับการยืนยันและขยายความจากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่ชี้ให้เห็นว่าแม้ประชาชน จะมีการรับรู้และเข้าใจข้อมูลข่าวสารในระดับดี แต่ทักษะการซักถาม การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มที่พึ่งพาแหล่งข้อมูลปฐมภูมิเพียงแหล่งเดียว ซึ่งความสอดคล้องระหว่างผลการวิเคราะห์นี้ตอกย้ำถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารเชิงลึกและ การส่งเสริมภาพลักษณ์เชิงรุกของหน่วยงานกรมควบคุมโรคเพื่อยกระดับทักษะความรู้ด้านสุขภาพและ สร้างพฤติกรรมป้องกันโรคที่ยั่งยืนในระยะยาว

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

๑. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยยุงลาย ศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร

การศึกษาค้นคว้าด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยยุงลายของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย ๔๔ ปี และมีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ “พอเพียง” (ร้อยละ ๕๕.๒, $M = ๕๕.๖๑$, $SD = ๙.๒๐$) แต่ยังมีปัญหาในด้านทักษะการไต่ถามและทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารภาพรวมมีความเข้มแข็ง เกือบทุกคนได้รับข้อมูล (ร้อยละ ๙๙) และระดับการรับรู้อยู่ในเกณฑ์สูง (ร้อยละ ๘๗.๘; $M = ๔.๓๓$, $SD = ๐.๗๘$) โดยแหล่งการรับรู้ที่สำคัญคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.; $M = ๔.๓๕$, $SD = ๐.๘๗$) บุคลากรสาธารณสุข ($M = ๔.๑๖$, $SD = ๐.๙๐$) และอินเทอร์เน็ต ($M = ๔.๑๙$, $SD = ๑.๐๘$) ซึ่งสอดคล้องกับระดับความพึงพอใจที่มีต่อข้อมูลข่าวสารซึ่งอยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” (ร้อยละ ๙๓.๕; $M = ๔.๔๕$, $SD = ๐.๕๓$) แม้การรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลจะเป็นไปในทางบวก แต่ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยยุงลายของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ ๘๖.๕ และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้รวม $M = ๕๖$, $SD = ๐.๗๕$ และมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับระดับปานกลาง ($M = ๓.๗๙$, $SD = ๑.๒๖$) โดยการสำรวจแหล่งน้ำขังบริเวณบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = ๓.๙๑$, $SD = ๑.๒๗$) รองลงมา ได้แก่ การป้องกันตนเองและบุคคลในครอบครัวไม่ให้ยุงกัด

ด้านภาพลักษณ์กรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโรคและภัยสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ ๘๗.๘, $M = ๔.๓๓$, $SD = ๐.๗๘$) และเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ดี (ร้อยละ ๕๓.๐, $M = ๓.๗๓$, $SD = ๑.๐๔$) โดยเฉพาะข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข และอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค ความรอบรู้สุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรค ขณะที่ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สุขภาพ ($r = -๐.๘๖$) แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้เชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดทักษะในการประเมินและใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยยุงลายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = ๓.๗๙$, $SD = ๑.๒๖$) โดยประชาชนมุ่งเน้นการป้องกัน

เชิงปัจเจก เช่น การกำจัดแหล่งน้ำขังและการใช้ยาทากันยุง มากกว่าการมีส่วนร่วมเชิงชุมชนในการเผยแพร่ความรู้ และร่วมมือในการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่ศึกษาแม้จะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพในระดับสูง แต่ระดับความรู้เฉพาะด้านและทักษะความรู้ด้านสุขภาพบางด้านยังมีข้อจำกัด ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับเพียงปานกลาง การสร้างกลไกเสริม เช่น การพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารที่เข้าใจง่าย การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจและการไต่ถามเชิงวิพากษ์ ตลอดจนการเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่เข้าถึงง่ายและทันสมัยของกรมควบคุมโรค จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการยกระดับความรู้สุขภาพและสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคที่ยั่งยืนในอนาคต

๒. อภิปรายผล

๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย ๔๔ ปี และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งสะท้อนลักษณะของชุมชนชนบทที่มีวิถีชีวิตพึ่งพิงสิ่งแวดล้อมธรรมชาติและมีความใกล้ชิดกับแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย ลักษณะประชากรดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และเสาวนีย์ สังข์แก้ว (๒๕๕๓) ที่รายงานว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม อย่างไรก็ตาม โครงสร้างอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ เกวรินทร์ สุวรรณศรี และธนวรรณ อัมสมบุรณ์ (๒๕๖๒) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน (๓๑-๔๕ ปี) ความแตกต่างของช่วงวัยอาจสะท้อนถึงศักยภาพในการรับรู้ข่าวสารและความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน เนื่องจากแต่ละช่วงวัยมีระดับการเข้าถึงเทคโนโลยี การเรียนรู้ และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคในลักษณะที่แตกต่างกันไป

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลาย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับ “พอเพียง” (ร้อยละ ๕๙.๒, $M = ๕๙.๖๑$, $SD = ๙.๒๐$) ซึ่งแม้จะสะท้อนถึงความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคและแนวทางการป้องกัน แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านทักษะการไต่ถามและทักษะการตัดสินใจ อันเป็นทักษะสำคัญของการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติจริง ช่องว่างดังกล่าวอาจเป็นผลจากกระบวนการสื่อสารสุขภาพที่ยังมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเชิงรับมากกว่าการส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการตัดสินใจทางสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อติญาณ ศรีเกษตรริน และ กาญจนา นาถะพินธุ (๒๕๖๒) รวมถึง วีรพงษ์ วรรณรัตน์ และคณะ (๒๕๖๓) ที่ระบุว่าประชาชนในพื้นที่ชนบทยังคงมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน

แม้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่าประชาชนเกือบทั้งหมดได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อนำโดยยุงลาย (ร้อยละ ๙๙) และมีระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในเกณฑ์สูง (ร้อยละ ๘๗.๘; $M = ๔.๓๓$, $SD = ๐.๗๘$) โดยเฉพาะจากแหล่งข้อมูลสำคัญอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.; $M = ๔.๓๕$, $SD = ๐.๘๗$) และบุคลากรสาธารณสุข ($M = ๔.๑๖$, $SD = ๐.๙๐$) แต่ระดับความรู้เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับโรคกลับอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ ๘๖.๕; $M = ๕๖$, $SD = ๐.๗๕$) ความย้อนแย้งนี้สะท้อนว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่ได้แปลว่าเกิดการเรียนรู้หรือเข้าใจอย่างลึกซึ้งเสมอไป ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของการสื่อสารที่เน้น

“การให้ข้อมูล” มากกว่าการสร้าง “ความเข้าใจเชิงเหตุผล” ส่งผลให้ประชาชนมีข้อมูลในระดับผิวเผิน แต่ไม่สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานของ พัทธวรรณ วงศ์ประทุม และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (๒๕๖๔) ที่พบว่าประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่จากบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทใกล้ชิดกับชุมชนและได้รับความเชื่อถือสูง ขณะที่การใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเริ่มมีบทบาทเพิ่มขึ้น

ในมิติของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเน้นการสำรวจแหล่งน้ำขัง การนอนในมุ้ง และการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ต่อความเสี่ยงและความตระหนักในการลดปัจจัยเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock และคณะ (๑๙๘๘) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเพียงพอ อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนวรรณ สีนประเสริฐ และปิยะดา ประเสริฐสม (๒๕๖๔) ที่ชี้ว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากมักเป็นระดับบุคคลไม่ใช่ระดับชุมชน

โดยสรุป ผลการศึกษาค้นคว้าชี้ให้เห็นถึง “ช่องว่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติ” ของประชาชนในพื้นที่ชนบท ซึ่งแม้จะมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ แต่ความเข้าใจเชิงลึกและทักษะการตัดสินใจยังคงเป็นจุดอ่อนสำคัญ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงควรเน้นการเสริมสร้างทักษะเชิงวิเคราะห์ การตั้งคำถาม การตัดสินใจ และการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพที่มีส่วนร่วมและเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

๒) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ผลการศึกษพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้และทัศนคติเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ขององค์กรในระดับมาก ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร สอนไชยา และกาญจนา นาตะพินธุ (๒๕๖๓) ที่ระบุว่า การรับรู้ภาพลักษณ์ขององค์กรด้านสาธารณสุขส่งผลต่อความเชื่อมั่นและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคของประชาชน ทั้งนี้ หากประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อองค์กรมากขึ้น ก็จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูงขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวี กล้าหาญ และคณะ (๒๕๖๔) ที่ยืนยันว่าบทบาทของกรมควบคุมโรคในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ มีส่วนสำคัญต่อการสร้างภาพลักษณ์เชิงบวก และส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคของประชาชนในวงกว้าง

๓) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ (PC), แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร (PS) และ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร (SA) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและได้รับจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อข้อมูลสุขภาพ ย่อมส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น นำไปสู่ความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้นในชีวิตประจำวัน

ในทางกลับกัน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) กับ ความรู้เรื่องโรคและ ภัยสุขภาพ (KL) มีค่าความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -.๑๘๖$) ซึ่งบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม หมายความว่า กลุ่มประชาชนที่มีความรู้เฉพาะด้านโรคและภัยสุขภาพมากขึ้น อาจไม่ได้หมายความว่ามีความรอบรู้สุขภาพ ในภาพรวมสูงกว่าเสมอไป อาจเนื่องมาจากความรู้ที่ได้รับไม่ได้ถูกเชื่อมโยงกับทักษะการนำไปใช้จริง หรือขาดการ วิเคราะห์เชิงวิพากษ์ในบริบทชีวิตประจำวัน ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงควรมุ่งเน้นการบูรณาการ “ความรู้เชิงเนื้อหา” เข้ากับ “ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ” เพื่อสร้างการเรียนรู้แบบองค์รวมที่นำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ภาพลักษณ์ของ กรมควบคุมโรค (IM) และ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ (BH) ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .๐๕$) สะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารและการสร้างภาพลักษณ์องค์กรด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีผลโดยตรง ต่อการเสริมสร้างความไว้วางใจของประชาชนต่อหน่วยงานรัฐ และนำไปสู่การยอมรับแนวทางการป้องกันโรค ที่กรมควบคุมโรคสื่อสารออกไป ตลอดจนนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพบว่า ปัจจัยด้านแหล่งข้อมูลข่าวสาร การรับรู้และความพึงพอใจต่อข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุม โรค ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิพงษ์ หล้าแก้ว และบุญทิพย์ แก้วเนตร (๒๕๖๔) ที่ชี้ให้เห็นว่า ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวดี แซ่ตั้ง และประเสริฐ ประสมรักษ์ (๒๕๖๕) ที่พบว่า การเข้าถึงแหล่งข้อมูล และความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะจากสื่อบุคคล เช่น บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ ชนิตา มัททวงกูร และ คณะ (๒๕๖๓) ระบุว่าแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย ในระดับประเทศ โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๔.๒๔) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ ๓๕.๐๑) และระดับน้อยเพียงร้อยละ ๐.๗๕ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพ $M = ๕๗.๘๐$, $SD = ๕.๑๒$ (ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ, ๒๕๖๓) สะท้อนว่าประชาชนมีศักยภาพในการเข้าถึงและ ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ในระดับพอใช้ ขณะที่ผลการประเมินในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับ “พอเพียง” (ร้อยละ ๔๕.๒๗; ๕๗.๙๕ คะแนน) รองลงมาเป็นระดับ “มีปัญหา” (ร้อยละ ๓๒.๐) และ “ไม่เพียงพอ” (ร้อยละ ๑๓.๖) มีเพียงร้อยละ ๑๐.๐๑ เท่านั้นที่อยู่ในระดับ “ดีเยี่ยม” (ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ, ๒๕๖๔) ซึ่งสะท้อนว่าภาพรวมความรู้สุขภาพของคนไทยยังอยู่ในระดับ ปานกลาง และมีช่องว่างของทักษะบางด้านที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ แหล่งข้อมูล และภาพลักษณ์องค์กร มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับ ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศ ที่ชี้ว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างรอบด้าน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยงานรัฐ เป็นปัจจัยสำคัญ

ในการยกระดับความรู้สุขภาพของประชาชนโดยรวม ทั้งนี้ ผลการทดลองยืนยันว่าการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารเชิงรุกของกรมควบคุมโรคควรเน้นการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และเสริมสร้างความไว้วางใจของประชาชนต่อหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของสังคมไทยอย่างยั่งยืน

๓. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อ นำโดยบุคลากรของประชาชนในระดับชุมชน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

๑) กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การไตร่ตรองเชิงวิพากษ์ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรพัฒนาและเสริมสร้างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านการสื่อสารสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

๓) หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรปรับปรุงแบบการสื่อสารสุขภาพ ให้มีความหลากหลายและยืดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่ โดยผสมผสานการสื่อสารผ่านสื่อบุคคลและสื่อดิจิทัล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชนในชุมชน

๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ ควรส่งเสริมให้การป้องกันโรคติดต่อ นำโดยบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน ผ่านการจัดกิจกรรมหรือโครงการรณรงค์ที่เชื่อมโยงกับบริบทและกิจกรรมหลักของชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนเกษตรกรรม

๕) หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา และผู้พัฒนาสื่อสุขภาพ ควรร่วมกันพัฒนาเนื้อหาและรูปแบบของสื่อสุขภาพให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับความแตกต่างของกลุ่มประชากร ทั้งในด้านช่วงวัยและระดับการศึกษา เพื่อให้การสื่อสารสุขภาพสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง

๖) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ รวมถึงหน่วยงานวิจัยและสถาบันการศึกษา ควรมีการติดตามและประเมินผลระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน

๗) หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรเสริมสร้างกลไกความร่วมมือและการบูรณาการการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยบุคลากร เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ความยั่งยืนในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

๑) การใช้แบบสอบถามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม “การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน” ของกรมควบคุมโรค ซึ่งออกแบบมาเพื่อประเมินภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายมิติ ไม่ได้เน้นเฉพาะเจาะจงต่อโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย ดังนั้น คำถามเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมเฉพาะโรคอาจมีไม่เพียงพอที่จะสะท้อนความเข้าใจเชิงลึกของประชาชนได้อย่างครบถ้วน

๒) การวัดผลโดยใช้ข้อมูลจากผู้ตอบประเมินตนเอง การตอบแบบสอบถามอาศัยการรับรู้และความซื่อสัตย์ของผู้ตอบ ซึ่งอาจเกิดอคติจากความต้องการให้คำตอบที่เป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคม ส่งผลให้ผลลัพธ์บางส่วนอาจสูงกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรค

๓) ลักษณะการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ที่มีการเก็บข้อมูลเพียงช่วงเวลาหนึ่งไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรคในระยะยาวได้ อีกทั้งไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้อย่างแน่ชัด

๔) ขอบเขตของพื้นที่ศึกษาอยู่เพียงสองจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้ว่าพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหารเป็นพื้นที่สำคัญที่มีการระบาดของโรคติดต่อนำโดยยุงลาย แต่บริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมอาจแตกต่างจากจังหวัดอื่นในภูมิภาค จึงอาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่อื่นได้อย่างเต็มที่

๕) ข้อจำกัดด้านตัวชี้วัดทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดทักษะการไต่ถาม การตัดสินใจ และการใช้ข้อมูลสุขภาพอาศัยการประเมินเชิงรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่ได้วัดจากสมรรถนะเชิงปฏิบัติจริง จึงอาจไม่สามารถสะท้อนระดับความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพในชีวิตจริงได้อย่างแท้จริง

๖) ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรในการเก็บข้อมูล การดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามมีเวลาจำกัด ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มย่อย ซึ่งอาจช่วยอธิบายปัจจัยเชิงพฤติกรรมและสังคมที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างรอบด้านมากขึ้น

๗) การเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมและสื่อสารสนเทศหลังช่วงการเก็บข้อมูล เนื่องจากพฤติกรรม การรับรู้ข่าวสารของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะจากสื่อดิจิทัลและโซเชียลมีเดีย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้อาจไม่สะท้อนพฤติกรรม การเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันทั้งหมด

คม ยิบประดิษฐ์, และ ภัทรสุดา สีนสวัสดิ์. (๒๕๖๓). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมนูมิและสาธารณสุข, ๒(๑), ๑-๑๔.

เครือข่ายนักระบาดวิทยาภาคประชาชน. (๒๕๖๖). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุกลงลาย. เครือข่ายนักระบาดวิทยาภาคประชาชน. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ จาก https://www๒.narathiwat.go.th/nara๒๐๑๖/files/com_order/๒๐๒๓-๐๒_๑๐๙๒๕๕๘๑๘๔๙f๘๖e.pdf

เครือข่ายวิจัยสุขภาพชุมชน. (๒๕๖๕). รายงานการศึกษาผลกระทบทางสังคมของการระบาดโรคติดต่อนำโดยยุกลงลาย. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพชุมชน. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ จาก <https://thaidj.org/index.php/NRTC/article/download/๑๖๓๓๑/๑๒๘๘๙>

ชนิดา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อนันทย กล้วย์เสริวัฒนา, อัมพร สิทธิจิต, และอรรณเดช น้อยสิริวัฒนา. (๒๕๖๓). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยสยาม, ๔๖(๒), ๑๖๔-๑๗๖.

ชาญณรงค์ นัยเนตร, และประจักษ์ บัวผัน. (๒๕๖๖). ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), ๒๓(๒), ๒๑๑-๒๒๓.

ณัฐวดี แสงตั้ง, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (๒๕๖๕). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสุขภาพและการพัฒนา, ๒๐(๑), ๑๐๑-๑๑๕.

ธนวรรณ สีนประเสริฐ, และปิยะดา ประเสริฐสม. (๒๕๖๔). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอมือง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขชุมชน, ๒๗(๑), ๙๒-๑๐๔.

นาถนวรรษ์ ปาณะวิชญ์นันท์, สุกัญญาณัฐ ออบสิน, และพิทยา สุนทรประเวศ. (๒๕๖๔). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามหลักสาราณียธรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอยุกลงลาย จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยวิชาการ, ๔(๒), ๑๖๗-๑๗๔.

บุษกรักษา รักษาคม, และอดุลย์ ฉายพงษ์. (๒๕๖๑). การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐, ๑๖(๒), ๓๖-๔๒.

ประคอง กรรณสุต. (๒๕๔๒). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประศักดิ์ สันติภาพ. (๒๕๖๖). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, ๑๒(๓), ๓๔๔-๓๕๑.
- ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, จักรกฤษณ์ พลราชม, นรินทร์า ไชยพาน, สุธิตรา บุญกล้า. (๒๕๖๓). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี ๒๕๖๓. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, จักรกฤษณ์ พลราชม, นรินทร์า ไชยพาน, และสุจิตรา บุญกล้า. (๒๕๖๔). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี ๒๕๖๔. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เอส.ออฟเซ็ท กราฟฟิค ดีไซน์.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, และเสาวนีย์ สังข์แก้ว. (๒๕๕๓). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลแหลมไทรนวด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ๙(๑), ๕๒-๖๑.
- ปรีชา พุกริน, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, และพุดพิงค์ มากมาย. (๒๕๖๖). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท, ๔(๑), ๘๒-๙๑.
- เปรมากร หยาดไธสง, และประจักษ์ บัวผัน. (๒๕๖๕). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด ๑๙ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), ๒๒(๒), ๑๗๕-๑๘๘.
- พิชัย พวงสด, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, และพุดพิงษ์ มากมาย. (๒๕๖๓). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท, ๑(๓), ๑-๑๑.
- พัชรภรณ์ วงศ์ประทุม และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. (๒๕๖๔). การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแหล่งข้อมูลด้านโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, ๑๙(๑), ๗๗-๙๐.
- พรทิพย์ แก้วชิน, ชัญญานุช ไพรวงษ์, ธนากร เสถียรพูนสุข, วิฑูรย์ เจียกภูเหลือม, ภาวิณี ทิพย์กระโทก, เสาวลักษณ์ บุตรศรี, สมปอง ทาทอง, สิริรินทร์ สีเสนวธนาสกุล, และพิลาส สว่างสุนทรเวชย์. (๒๕๖๔). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลละลวด อำเภอขามนิ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท, ๒(๓), ๗๐-๗๗.
- ธัชชา เวสสะโกศล. (๒๕๖๒). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของข้าราชการตำรวจสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนวรรณ สีนประเสริฐ และปิยะดา ประเสริฐสม. (๒๕๖๔). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงภาคตะวันออก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ๔๔(๒), ๑๓๕-๑๔๘.
- ธัญลักษณ์ ทองสี และจีระศักดิ์ ทัพพา. (๒๕๖๘). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่वंก จังหวัดนครสวรรค์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ๑๐(๑), ๗๕๐-๗๕๓.

- ภณิชา จงสุภางศ์กุล และธนากร ก้อนทอง. (๒๕๖๗). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากร ตำบลบ้านเลื่อ อำเภोधาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารราชนครินทร์, ๒๑(๒), ๑๑๔-๑๒๙.
- วัชรพงษ์ สุขสวัสดิ์, นงลักษณ์ พรหมเขียว, และสุกัญญา ทองแถม. (๒๕๖๖). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค, ๔๙(๓), ๒๔๕-๒๕๗.
- วรรณ ประชานิยม, และธีระพงษ์ ฐิตินากุล. (๒๕๖๖). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช, ๓(๒), ๑-๑๒.
- วิภาวี กล้าหาญ, สมชาย พงษ์ศรี, และอมรรัตน์ อินทรสุข. (๒๕๖๔). บทบาทของกรมควบคุมโรคในการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กับการสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกขององค์กร. วารสารสุขภาพไทย, ๓๓(๒), ๑๑๒-๑๒๘.
- วีรพงษ์ วรรณรัตน์, อรพินท์ สายสุนทร, และพัชรี ศิริวงศ์. (๒๕๖๓). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ชนบทจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุข, ๑๓(๑), ๗๒-๘๓.
- ศิริพร สอนไชยา, และกาญจนา นาถะพินธุ. (๒๕๖๓). การรับรู้ภาพลักษณ์ขององค์กรด้านสาธารณสุขกับความเชื่อมั่นและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคของประชาชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน, ๒๖(๓), ๔๕-๕๘.
- สุทธิพงษ์ หล้าแก้ว, และบุญทิพย์ แก้วเนตร. (๒๕๖๔). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขชุมชน, ๒๗(๓), ๕๖-๖๘.
- สกุล อันมา. (๒๕๕๘). การศึกษาเรื่องภาพลักษณ์ของพระสงฆ์ในมุมมองของประชาชน: กรณีศึกษาตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, ๒๓(๔๑), ๑๐-๑๕.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. (๒๕๖๕). รายงานสถานการณ์ปัญหาภัยคือสารเคมีในประเทศไทย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ จาก <https://www.thansettakij.com/health/wellbeing/๕๙๑๕๖๔>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๖๖). รายงานสถานการณ์และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ จาก <https://www.hfocus.org/content/๒๐๒๓/๐๓/๒๗๑๙๘>
- สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน. (๒๕๖๖). การประเมินผลการประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคติดต่ออันตรายภายในประเทศไทย. สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ จาก <https://ir.stou.ac.th/bitstream/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๑๓๘๐๖/๑/๒๖๔๕๐๐๗๑๘.pdf>

- สวาท ชลพล, สภาวุฒิ บุญก่อน, รพีพร เพียรไพรงาม, ชุตินญา ไชยมณี และเกรกษ ศรีวิสัย. (๒๕๕๖). การสำรวจ การรับทราบข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในภาคเหนือตอนบน ปี ๒๕๕๖. วารสารสาธารณสุขล้านนา, ๑๐(๓), ๒๐๗-๒๑๐.
- สายฝน บุชา. (๒๕๕๙). ภาพลักษณ์ของห้องสมุดประชาชน “เฉลิมราชกุมารี” อำเภอลาดหลุมแก้ว ในสายตาของ ประชาชน. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, คณะศิลปศาสตร์.
- สุรัตน์ พักน้อย, และอินทกะ พิริยะกุล. (๒๕๖๑). ภาพลักษณ์ของพระพุทธศาสนาในมุมมองของพุทธศาสนิกชน ชาวไทย. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, ๕(๓), ๖๓๗-๖๔๕.
- สำนักกระบาดวิทยา. (๒๕๖๖). ประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังโรคและการแจ้งเตือนการระบาดล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชัน "ทันระบาด". กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๘ จาก https://odpc๙.ddc.moph.go.th/EOC/Content/annual_report๒๕๖๖.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. (๒๕๖๖). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคไข้เลือดออก จังหวัด มุกดาหาร ประจำปี ๒๕๖๖. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๘ จาก <https://radiomukdahan.prd.go.th/th/content/category/detail/id/๕๗/iid/๑๙๕๒๔๒>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (๒๕๖๖). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคไข้เลือดออก จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี ๒๕๖๖. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๘ จาก https://e-meeting.ssophosai.in.th/writable/uploads/๑๗๒๐๔๒๒๘๐๗_๐๕๐๒๙d๓๒๕dffff๖๙๕f๓๒.pdf
- อติญาณ ศรีเกษตริน, และกาญจนา นาคะพินธุ. (๒๕๖๒). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชนในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข และพัฒนาสังคม, ๑๗(๒), ๔๕-๕๙.
- อภิญา ดวงสิน, ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช, กวินนาฏ งามสมชน, และอดุลย์ ฉายพงษ์,. (๒๕๖๓). การประเมินผล การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรม ควบคุมโรคของประชาชนไทย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐, ๑๘(๒), ๖๘-๗๓.
- Ajzen, I. (๑๙๙๑). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, ๕๐(๒), ๑๗๙-๒๑๑.
- Best, J. W. (๑๙๗๗). *Research in education* (๓rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bettis, A. A., L’Azou Jackson, M., Yoon, I.-K., Breugelmans, J. G., Goios, A., Gubler, D. J., et al. (๒๐๒๒). The global epidemiology of chikungunya from ๑๙๙๙ to ๒๐๒๐: A systematic literature review to inform the development and introduction of vaccines. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, ๑๖(๑), e๐๐๑๐๐๖๙.
- Bhatt, S., Gething, P. W., Brady, O. J., Messina, J. P., Farlow, A. W., Moyes, C. L., Drake, J. M., Brownstein, J. S., Hoen, A. G., Sankoh, O., Myers, M. F., George, D. B., Jaenisch, T., Wint, G. R., Simmons, C. P., Scott, T. W., Farrar, J. J., & Hay, S. I. (๒๐๒๑). The global distribution and burden of dengue. *Nature*, ๕๙๖(๗๔๔๖), ๕๐๔-๕๐๗.

- Bloom, B. S. (๑๙๗๑). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York, NY: McGraw-Hill. Retrieved June ๒๐, ๒๐๒๕, from <https://archive.org/details/handbookonformatoobloo>
- Boyer, S., Calvez, E., Chouin-Carneiro, T., Diallo, D., & Failloux, A. B. (๒๐๑๘). An overview of mosquito vectors of Zika virus. *Microbes and Infection*, ๒๐(๑๑-๑๒), ๖๔๖-๖๖๐.
- Centers for Disease Control and Prevention. (๒๐๒๒). Zika virus: Prevention and transmission. Retrieved January ๒๐, ๒๐๒๕, from <https://www.cdc.gov/zika/prevention/index.html>
- Cerny, T., Schwarz, M., Schwarz, U., Lemant, J., Gérardin, P., & Keller, E. (๒๐๑๗). The range of neurological complications in chikungunya fever. *Neurocritical Care*, ๒๗(๓), ๔๔๗-๔๕๗.
- Cohen, J. (๑๙๘๘). Statistical power analysis for the behavioral sciences (๒nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Retrieved April ๑๐, ๒๐๒๕, from <https://utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/๓๗๘๑๑๖/readings/CohenPower.pdf>
- Crowley, J., Liu, B., & Jan, H. (๒๐๒๔). Assessing the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of dengue fever in Thailand: A systematic review and meta-analysis. medRxiv. Retrieved April ๑๑, ๒๐๒๕, from <https://doi.org/๑๐.๑๑๐๑/๒๐๒๔.๐๕.๐๔.๒๔๓๐๖๘๗๖>
- Duval, P., Aschan-Leygonie, C., & Valiente Moro, C. (๒๐๒๓). A review of knowledge, attitudes and practices regarding mosquitoes and mosquito-borne infectious diseases in nonendemic regions. *Frontiers in Public Health*, ๑๑, ๑๒๓๔๘๗๔.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (๒๐๑๒). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, ๑๒, ๑๓๐. Retrieved April ๑๑, ๒๐๒๕, from <https://doi.org/๑๐.๑๑๘๖/๑๔๗๑-๒๔๕๕-๑๒-๑๓๐>
- Fabbri, M., Murad, M. H., Wennberg, A. M., Turcano, P., Erwin, P. J., Alahdab, F., Berti, A., Manemann, S. M., Yost, K. J., Finney Rutten, L. J., & Roger, V. L. (๒๐๒๐). Health Literacy Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC: Heart Failure*, ๘(๖), ๔๕๑-๔๖๐.
- Gray, E. R., & Balmer, J. M. T. (๑๙๙๘). Managing corporate image and corporate reputation. *Long Range Planning*, ๓๑(๕), ๖๙๕-๗๐๒.
- Hfocus. (๒๐๒๓). สถานการณ์โรคไข้เซ็กในในประเทศไทย ปี ๒๕๖๖. Retrieved April ๑๑, ๒๐๒๕, from <https://www.hfocus.org/>
- Huy, N. T., Van Giang, T., Thuy, D. H. D., Kikuchi, M., Hien, T. T., Zamora, J., & Hirayama, K. (๒๐๒๒). Factors associated with dengue shock syndrome: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, ๑๖(๑), e๐๐๐๙๕๗๘.
- Institute of Medicine. (๒๐๐๔). Health literacy: A prescription to end confusion. The National Academies Press.

- Jahromi, A. S., Jokar, M., Abdous, A., Sharifi, N., Abbasi, T., & Rahmanian, V. (2024). Global systematic review and meta-analysis of knowledge, attitudes, and practices towards dengue fever among the general population. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 18(1), 1-10.
- Johansson, M. A., Mier-y-Teran-Romero, L., Reefhuis, J., Gilboa, S. M., & Hills, S. L. (2016). Zika and the risk of microcephaly. *New England Journal of Medicine*, 374(1), 1-2.
- Kickbusch, I. (2006). Health literacy: A search for new categories. In Z. Saboga-Nunes & D. Catford (Eds.), *Health Promotion International*. Oxford University Press.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 71(1), 1-10.
- Kwan, B., Frankish, J., & Rootman, I. (2016). The development and use of a health literacy framework for health promotion and public health: A report. Public Health Association of British Columbia. Retrieved April 11, 2024, from <https://blogs.ubc.ca/frankish/files/2016/06/HLit-final-report-2016-06-14.pdf>
- Leta, S., Beyene, T. J., De Clercq, E. M., Amenu, K., Kraemer, M. U. G., & Revie, C. W. (2018). Global risk mapping for major diseases transmitted by *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*. *International Journal of Infectious Diseases*, 71, 1-10.
- Messina, J. P., Brady, O. J., Golding, N., Kraemer, M. U. G., Wint, G. R. W., Ray, S. E., Pigott, D. M., Shearer, F. M., Johnson, K., Earl, L., Marczak, L. B., Shirude, S., Davis Weaver, N., Gilbert, M., Velayudhan, R., Jones, P., Jaenisch, T., Scott, T. W., Reiner, R. C., & Hay, S. I. (2012). The current and future global distribution and population at risk of dengue. *Nature Microbiology*, 1(1), 1-10.
- Mlakar, J., Korva, M., Tul, N., Popović, M., Poljšak-Prijatelj, M., Mraz, J., Kolenc, M., Resman Rus, K., Vesnaver Vipotnik, T., Fabjan Vodusek, V., Vizjak, A., Pižem, J., Petrovec, M., & Avšič Županc, T. (2016). Zika virus associated with microcephaly. *New England Journal of Medicine*, 374(10), 1-2.
- Mobin, M., Khan, M., Anjum, H., Rahman, H., Marzan, M., & Islam, M. A. (2012). Knowledge, attitudes, and practices in relation to mosquito-borne diseases in Bangladesh. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 1-10.
- Moore, C. A., Staples, J. E., Dobyns, W. B., Pessoa, A., Ventura, C. V., Da Fonseca, E. B., Ribeiro, E. M., Ventura, L. O., Neto, N. N., Arena, J. F., & Rasmussen, S. A. (2011). Characterizing the pattern of anomalies in congenital Zika syndrome for pediatric clinicians. *JAMA Pediatrics*, 165(1), 1-10.
- Musso, D., & Gubler, D. J. (2016). Zika virus. *Clinical Microbiology Reviews*, 29(1), 1-10.

- Nguyen, N., & Leblanc, G. (2009). Corporate image and corporate reputation in customers' retention decisions in services. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 16(4), 227-236.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 66(12), 1691-1701.
- Nutbeam, D. (2012). Health literacy and the prevention of vector-borne diseases: A systematic review. *Health Promotion International*, 27(2), 165-174.
- Nutbeam, D. (2010). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 25(1), 125-132.
- Nujum, Z. T., Muraleedharan, V., Nair, S. M., & Mohan, A. (2010). Chronic inflammatory arthropathy associated with chikungunya infection: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 34(1), 125-132.
- Ooi, E. E., Gubler, D. J., & Nam, V. S. (2010). Dengue research: A critical global priority. *ACS Infectious Diseases*, 6(1), 125-132.
- Paixão, E. S., Rodrigues, L. C., Costa, M. da C. N., Itaparica, M., Barreto, F., Gérardin, P., & Teixeira, M. G. (2015). Chikungunya chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 109(1), 1-10.
- Paixão, M. M., Ballouz, T., & Lindahl, J. F. (2015). Effect of Education on Improving Knowledge and Behavior for Arboviral Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 92(1), 125-132.
- Palys, T. (2008). Purposive sampling. In L. M. Given (Ed.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods* Thousand Oaks, CA: Sage. (Vol. 2, pp. 125-132).
- Puntasecca, C. J., King, C. H., & LaBeaud, A. D. (2012). Measuring the global burden of chikungunya and Zika viruses: A systematic review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 6(1), 1-10.
- Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J., Honein, M. A., & Petersen, L. R. (2012). Zika virus and birth defects — reviewing the evidence for causality. *New England Journal of Medicine*, 366(1), 125-132.
- Rootman, I. (2008). Health literacy: A new agenda. [Manuscript, University of Victoria]. Retrieved April 12, 2012, from <https://blogs.ubc.ca/frankish/files/2010/02/HLit-final-report-2008-09-24.pdf>
- Rosenstock, I. M. (1966). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 1(4), 94-127.

