



พฤติกรรมกำรป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน
กรณีศึกษา: อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา



ธนกฤต น้ยมกุลวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา



PREVENTIVE BEHAVIOR RELATED TO DENGUE HEMORRHAGIC FEVER:
A CASE STUDY IN SADAO DISTRICT, SONGKHLA PROVINCE

THANAKRIT NOOYKULWONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE
DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

2015

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

กรณีศึกษา: อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

THESIS

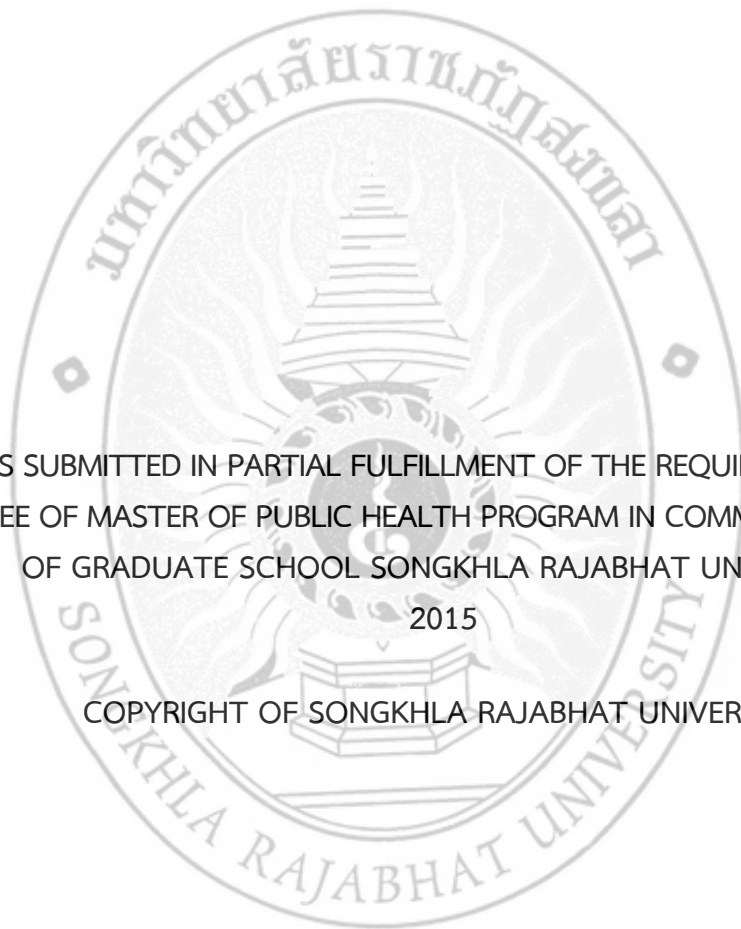
PREVENTIVE BEHAVIOR RELATED TO DENGUE HEMORRHAGIC FEVER:
A CASE STUDY IN SADAO DISTRICT, SONGKHLA PROVINCE

THANAKRIT NOOYKULWONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE
DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

2015

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY





ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

ชื่อวิทยานิพนธ์

พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

กรณีศึกษา: อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

PREVENTIVE BEHAVIOR RELATED TO DENGUE HEMORRHAGIC
FEVER: A CASE STUDY IN SADAO DISTRICT, SONGKHLA PROVINCE

ผู้วิจัย

ชนกฤต น้อยกุลวงศ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและ
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
(รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยานันท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ดร.พัชนี นัครา)

.....กรรมการและเลขานุการหลักสูตร
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรรณเดช)

.....กรรมการจากบัณฑิตวิทยาลัย
(.....)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา รับรองวิทยานิพนธ์แล้ว

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุลสุวรรณ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา
ผู้วิจัย	นายธนภุต นัยกุลวงศ์ ปีการศึกษา 2558
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.พัชนี นัครา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือนในเขตอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 393 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 6 ตอนคือ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออก ความรู้และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดไข้เลือดออก ทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Chi-square และหาระดับความสัมพันธ์ด้วย Cramer's V ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในอำเภอสะเตามี พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนคือ เพศ อายุ สถานะผู้ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก และทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนคือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อาศัยอยู่ ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกในครัวเรือน การอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลไข้เลือดออกระบาดและการได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก

ดังนั้น ในการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก ควรให้ความสำคัญและเน้นหนักในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

Thesis Title	Preventive Behavior related to Dengue Hemorrhagic Fever: A Case Study in Sadao District, Songkhla Province
Researcher	Mr.Thanakrit Nooykulwong Academic year: 2015
Degree	Master of Public Health Program in Community Health
Advisors	1. Associate Professor Teppagone Pittayapinune 2. Dr.Phatchani Nakkhara

Abstract

This study was a descriptive research. The aims were to study the prevention of dengue hemorrhagic fever and the factors associated with it in the Sadao district in Songkhla province. The sample was constituted of the head of a household or a representative of a household from each of the household in the Sadao district in Songkhla Province, a total number of 393 people participated in this research. Moreover, the size of the sample was analyzed by using Yamane. The researchers created a questionnaire divided into six sections as the instrument to conduct this research. The six different sections were as follow; general history of dengue hemorrhagic fever, patients' knowledge and perception about dengue hemorrhagic fever, perceived risks, severity of the fever, prevention habits and prevention behaviors. The researcher obtained these results by using statistics on the frequency, percentages, averages and standard deviation. The analysis of the relationship with Chi-square and Cramer' V was also used.

The results showed that the prevention behaviors of the people in the sadao district regarding the dengue hemorrhagic fever prevention were good and the factors related to the behavior of the dengue hemorrhagic fever prevention which were gender, age, respondents status, knowledge about dengue hemorrhagic fever, perceived risk and severity of dengue hemorrhagic fever and attitudes about preventing dengue hemorrhagic fever were statistically significant ($p < .01$). The correlation is low. The factors which were not associated with the behavior of dengue hemorrhagic fever prevention were marital status, education level, career, income, having children under the age of 15, patients' history of dengue hemorrhagic fever, district epidemic records and reception of news about dengue hemorrhagic fever.

In consequence, the prevention and control of the dengue hemorrhagic fever should focus on educating the people on the dengue hemorrhagic fever by educating them on the risk and severity of the dengue hemorrhagic fever. Furthermore prevention of the dengue hemorrhagic fever should encourage a change in the behavior of people.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน อาจารย์ ดร.พัชนี นัครา กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุระพรรณ จุลสุวรรณ คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้ความคิด คำแนะนำ ความช่วยเหลือทางวิชาการและแรงกระตุ้นผลักดัน รวมทั้งกำลังใจอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่มีให้ จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คุณจงดี สุขโข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน คุณนิภาศ นิลสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน คุณสมัชชา ปรีชาพานิช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา คุณแห่งน้อย สุขจันทร์ สาธารณสุขอำเภอหนองหานและคุณโกมล แดงดี สาธารณสุขอำเภอสะเตา เป็นอย่างสูงที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และช่วยในการติดต่อประสานงาน ทั้งนี้ขอขอบพระคุณผู้ที่ได้ตอบแบบสอบถาม และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านในงานวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ ทั้งที่ได้กล่าวนามและไม่สามารถกล่าวนาม ณ ที่นี้ ได้ทั้งหมด

ขอขอบคุณกำลังใจดี ๆ ที่มีให้เสมอมาสำหรับเพื่อน ๆ พี่ๆ น้อง ๆ สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยเฉพาะคุณมัณฑนา เหลี่ยมโสภา, คุณนันทวัลย์ ไชยสวัสดิ์ และคุณสุภาวดี อินทรยอด สำหรับข้อแนะนำและความช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดามารดาผู้มีพระคุณยิ่งที่ได้ให้กำเนิด รวมถึงกราบขอบพระคุณคุณยายเจียม แก้วสุข และคุณน้ำสุทิพย์ แก้วสุข ผู้ที่ให้คำปรึกษา สั่งสอน และเสียสละอุทิศแรงกายแรงใจ รวมทั้งกำลังทรัพย์ในการเลี้ยงดูผู้วิจัย ด้วยความรักความห่วงใย มาโดยตลอด ที่ขาดไม่ได้คือครอบครัวจันทรงามที่คอยเป็นกำลังใจให้อยู่เสมอ เพื่อให้การทำวิจัยบรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้

ธนภฤต นุ้ยกุลวงศ์

มิถุนายน 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(2)
กิตติกรรมประกาศ.....	(4)
สารบัญ.....	(5)
สารบัญตาราง.....	(7)
สารบัญภาพ.....	(9)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	21
ความรู้เกี่ยวกับไข่เลือดออก.....	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ.....	48
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	50
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือน.....	51
ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ที่ศนคติและพฤติกรรม ในการป้องกันไข้เลือดออก.....	54
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก.....	61
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	65
สรุป.....	65
อภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	71
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก.....	80
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ.....	81
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ.....	83
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	87
ภาคผนวก ง การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	94
ประวัติผู้วิจัย.....	102

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
2 อัตราป่วยและพื้นที่การระบาด.....	45
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางด้านประชากรลักษณะ ครัวเรือน ประวัติการป่วยด้วยไข้เลือดออกในครัวเรือน และการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง (n=393).....	51
4 จำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออกจำแนกรายข้อ.....	55
6 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่าง (n=393).....	56
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ ไข้เลือดออกจำแนกรายข้อ (n=393).....	57
8 จำนวน และร้อยละ ของระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n=393).....	58
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกจำแนก รายข้อ (n=393).....	58
10 จำนวน และร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n=393).....	60
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมต่อการป้องกันไข้เลือดออก จำแนกรายข้อ (n=393)	60
12 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของตัวแทนครัวเรือนกับพฤติกรรมการป้องกัน ไข้เลือดออก (n=393)	61
13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง ทัศนคติ ต่อการป้องกันไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก (n=393)...	64
14 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้ไข้เลือดออก.....	95
15 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ของไข้เลือดออก.....	96
16 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกัน ไข้เลือดออก.....	97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน ตนเองจากไข้เลือดออก.....	98



ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
2 วงจรชีวิตของยุงลาย	27
3 การแพร่เชื้อไวรัสเดงกี	30

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมานานกว่า 50 ปี นับตั้งแต่ปี 2501 เป็นต้นมา และเป็นปัญหาสำคัญในเอเชียแปซิฟิกที่มีความเสี่ยงถึง 1,800 ล้านคน ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราป่วยเป็นอันดับ 3 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากรายงานผู้ป่วยพบว่าแต่ละปีมีช่วงระบาดของโรคเพียง 1 ครั้ง โดยเริ่มพบผู้ป่วยตั้งแต่เดือน พฤษภาคมของทุกปี และพบสูงสุดในเดือนกรกฎาคมของทุกปี หลังจากนั้นจะลดลงเรื่อย ๆ จนถึงเดือน ตุลาคม และลดลง ตามลำดับจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ของรอบปีใหม่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) อัตราอุบัติการณ์ของไข้เลือดออกในปี 2558 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของไข้เลือดออกสูงกว่า 171 รายต่อประชากรแสนคน ถึงแม้อุบัติการณ์ของไข้เลือดออกจะมีแนวโน้มสูงขึ้นก็ตาม แต่อัตราป่วยตายได้ลดลงตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมาแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพ การแพทย์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทำให้มีอัตราป่วยตายลดต่ำลงตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี อาจจะเป็นตัวชี้วัดถึงปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) แสดงให้เห็นว่าไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในลำดับต้น ๆ

ในปี 2020 World Health Organization (WHO, 2012) หรือองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายลดอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกให้น้อยกว่าร้อยละ 50 โดยเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลปี 2010 และลดอัตราป่วยตายด้วยไข้เลือดออกให้น้อยกว่าร้อยละ 25

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย ณ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 ว่าในช่วง 1 มกราคม – 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 สำนักกระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกจากสถานพยาบาล (รง.506) ทั่วประเทศ จำนวน 111,826 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 171.71 ต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้เสียชีวิต 108 รายคิดเป็นอัตราป่วยตายถึง ร้อยละ 0.10 และจากรายงานการพยากรณ์โรคปี 2558 ของกรมควบคุมโรคพบว่า พื้นที่ภาคใต้มีแนวโน้มการระบาดอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว และเริ่มมีการระบาดก่อนภาคอื่น ๆ

ในระดับภาค เมื่อปี 2557 พบว่า ภาคใต้ มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 81.94 ต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณาในระดับจังหวัด พบว่าสงขลาเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 และเป็นเพียง 1 ใน 2 ของจังหวัดในเขต 12 ที่มีอัตราการป่วยตาย

จากแนวโน้มที่ผ่านมาทำให้อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการแพร่กระจายเชื้อไข้เลือดออกเนื่องจากสภาพภูมิอากาศและภูมิประเทศเหมาะสมกับขยายพันธุ์และการอยู่อาศัยของยุงลาย จากสถานการณ์ของไข้เลือดออกในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต จำนวน 2 ราย ปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต 2 ราย และในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิตอีก จำนวน 6 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา, 2557) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยในเขตอำเภอสะเดามีผู้ป่วยด้วยไข้เลือดออกเป็นอัตราที่สูงและมีความต่อเนื่อง

ทั้งยังมีการป่วยตายอีกด้วย จึงนับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของอำเภอสะเตาเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไข เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการป่วยตายในอนาคตต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก พบว่าได้มีการศึกษา ปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น ด้านความรู้เรื่องไข้เลือดออก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ ไข้เลือดออก และทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าว ว่ามีความสัมพันธ์เหมือนหรือแตกต่างกัน กับงานวิจัยที่ได้เคยมีการศึกษามาหรือไม่อย่างไร และจะได้ ทราบถึงปัจจัยที่สำคัญในพื้นที่อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน ไข้เลือดออก เพราะหากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับไข้เลือดออกที่จะสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกให้ถูกต้อง ก็จะทำให้ประชาชนสามารถดูแลและ ป้องกันสุขภาพของตนเอง ครอบครัว เพื่อนบ้านและคนใกล้ชิดจากไข้เลือดออกได้ ผู้ศึกษาจึงมีความ สนใจที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน ไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบว่าประชาชนใน อำเภอสะเตามีพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกเหมาะสมหรือไม่อย่างไร เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาเป็น แนวทางในการดำเนินการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอสะเตา จังหวัด สงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก ของประชาชน
2. ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก ของประชาชน
3. พื้นที่ตำบลละแวกสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน
4. การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของ ประชาชน
5. การมีความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก ของประชาชน

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

7. ทักษะคติเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

ขอบเขตการวิจัย

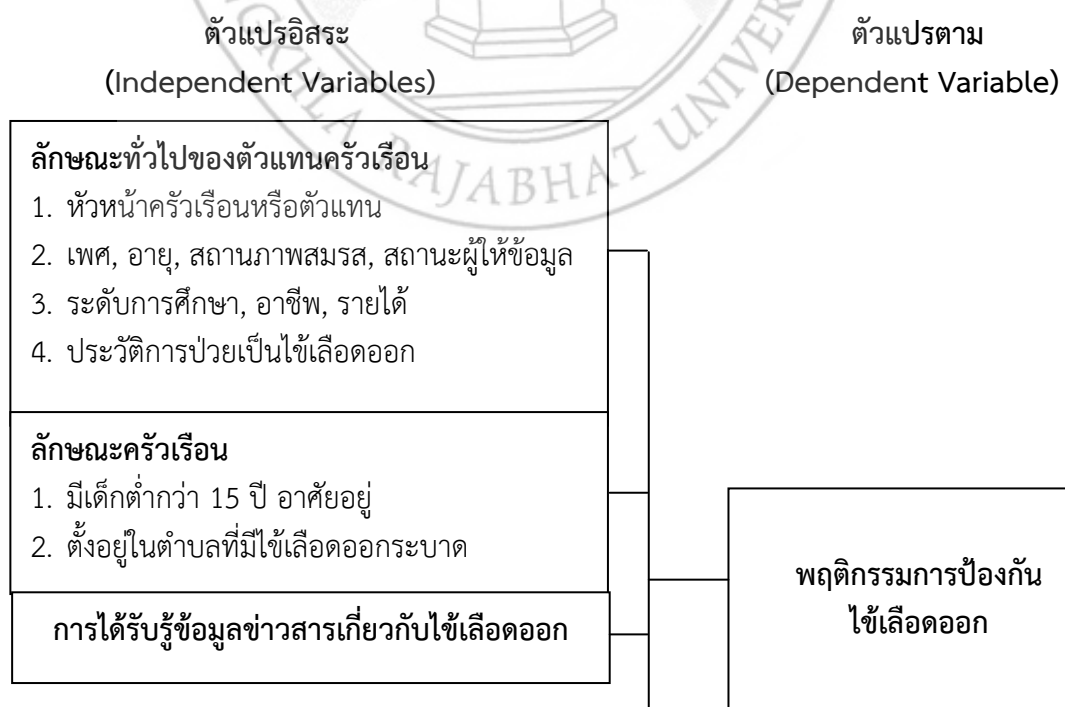
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ใน อำเภอสระเค็ด จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559–31 พฤษภาคม 2559

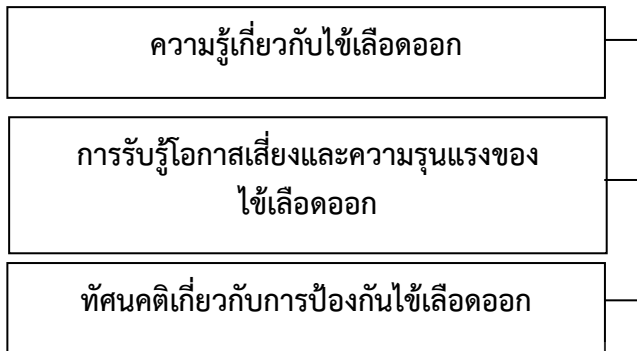
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือน ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกในครัวเรือน อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลไข้เลือดออกระบาด การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก

กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ตัวแทนครัวเรือน หมายถึง หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ครัวเรือนละ 1 คน

อายุ หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถามหากมีเศษตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ให้ปัดเป็น 1 ปี

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับศึกษาสูงสุดของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่าตาม วุฒิการศึกษาของ กระทรวงศึกษาธิการ

รายได้ หมายถึง รายได้ของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนของผู้ตอบแบบสอบถาม คิดรวมกัน เฉลี่ยต่อเดือน มีหน่วยเป็นบาท

ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกในครัวเรือน หมายถึง ประสบการณ์การป่วยเป็นไข้เลือดออก ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามหรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

พื้นที่ตำบลระบาด หมายถึง พื้นที่ที่มีอัตราป่วยในปี พ.ศ.2558 เปรียบเทียบกับอัตราป่วย Median 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2553 – พ.ศ.2557) หากตำบลใดมีอัตราป่วยมีค่าเท่ากับหรือสูงกว่าค่า Median ถือว่าเป็นตำบลที่ระบาดสูง และตำบลใดมีอัตราป่วยมีค่าต่ำกว่า ค่า Median ถือว่าเป็นตำบลที่ระบาดต่ำ

การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออกจาก แหล่งต่าง ๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก หมายถึง พฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการระลึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ มีความรู้เรื่องไข้เลือดออก และสามารถอธิบายเกี่ยวกับไข้เลือดออกได้ของผู้ตอบแบบทดสอบ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก หมายถึง การรับรู้และ ความเข้าใจ ต่อโอกาสที่ตนเองมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยไข้เลือดออกและความรุนแรงของไข้เลือดออกต่อร่างกาย เมื่อตนเองหรือสมาชิกในครัวเรือนป่วยเป็นไข้เลือดออก

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออก หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ เกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง อันจะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือการประพฤติดุปฏิบัติที่ กลุ่มตัวอย่างแสดงออกเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออกโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเป็นไข้เลือดออก โดยแยกพฤติกรรมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ พฤติกรรมดีต่อการป้องกันไข้เลือดออกและพฤติกรรมที่ไม่ดี ต่อการป้องกันไข้เลือดออก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบระดับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
2. ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกในเขตพื้นที่อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
3. เพื่อให้มีข้อมูลประกอบในการวางแผน/แนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนและการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
 - 1.1 ระดับของความรู้
 - 1.2 วิธีการวัดความรู้
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
 - 2.1 กระบวนการของการรับรู้
 - 2.2 อิทธิพลที่มีผลต่อการรับรู้
 - 2.3 อุปสรรคของการรับรู้
 - 2.4 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องต่อการรับรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
 - 3.1 ประเภทของทัศนคติ
 - 3.2 การเกิดทัศนคติ
 - 3.3 ลักษณะของทัศนคติ
 - 3.4 องค์ประกอบของทัศนคติ
 - 3.5 การวัดทัศนคติ
 - 3.6 การเปลี่ยนทัศนคติ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
 - 4.1 ประเภทของพฤติกรรม
 - 4.2 องค์ประกอบของพฤติกรรม
 - 4.3 สิ่งกำหนดพฤติกรรม
 - 4.4 การวัดพฤติกรรม
5. ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ได้มีนักวิชาการให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

บุญยา แวโต (2544) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้จากประสบการณ์อาจโดยการฟัง หรือการมองเห็น ซึ่งถูกสะสมไว้ และสามารถนำไปใช้หรือถ่ายทอดสืบต่อไปได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538) ได้กล่าวถึงความรู้ไว้ว่า ความรู้ในที่นี้เป็นพฤติกรรมเบื้องต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็นได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้เป็นต้น จะเห็นว่าการจำได้หรือระลึกได้นี้ ไม่ได้ใช้กระบวนการของการใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่ได้ใช้ความสามารถของสมองมากนัก ซึ่งเป็นระดับของพฤติกรรมขั้นต้น

ไพศาล หวังพานิช (2526) ได้กล่าวถึงความรู้ไว้ว่า ความรู้หมายถึงบรรดาข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราว การกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดต่อกันมา

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า สิ่งซึ่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2520) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ผู้เรียนสามารถจำได้หรือระลึกได้โดยการมองเห็น การได้ยิน ความรู้ในที่นี้คือข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ คำจำกัดความ เป็นต้น

สาโรจน์ ทองแสง (2548) กล่าวถึงความรู้ไว้ว่า หมายถึง การรู้เรื่องราวข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ สถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ที่เกิดจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นความจำเป็นที่มนุษย์ได้สะสมรายละเอียดของเรื่องราวปรากฏการณ์ไว้และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เรียกเอาสิ่งที่จำได้ออกมาให้ปรากฏให้สังเกตได้ ให้วัดได้

สุเทพ รักเมือง (2538) ได้กล่าวถึงความรู้ไว้ว่า ความรู้คือข้อเท็จจริง ทฤษฎี ความหมาย กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้รับจากการค้นคว้าหรือสังเกตและรวบรวมเป็นการจัดเก็บสะสมไว้ในสมองและแสดงออกเป็นพฤติกรรมซึ่งระลึกได้เรียกสิ่งที่จำได้ออกมาให้ปรากฏและวัดได้

อุดร ขำถนอม (2542) ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า หมายถึง การรับรู้และเข้าใจข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ประสบการณ์ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า หรือสังเกต โดยมีการสะสมรวบรวมไว้ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ โดยสามารถสังเกตและวัดได้

อุดร ชัยวรารักษ์ (2543) ให้คำจำกัดความของความรู้ไว้ว่า ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับ รวมทั้งที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของและบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือการค้นคว้า การรับรู้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอาศัยเวลา และมนุษย์ได้มีการเก็บรวบรวมเอาไว้

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และประสบการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยเวลาและสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งมีการพัฒนาสะสมขึ้นเรื่อย ๆ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่วัดและสังเกตได้

1. ระดับของความรู้

Bloom (1971 อ้างถึงใน ทศนะ ภูผาธรรม, 2543) ได้แบ่งระดับของความรู้ เป็น 6 ระดับ จากชั้นง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

1) ความรู้ความจำ (Knowledge) เป็นความสามารถในอันที่จะทรงไว้หรือการรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใดนั้นให้ดูที่ว่าคุณคนนั้นสามารถเลือกได้ซึ่งเลือกได้ซึ่งสิ่งที่จำไว้ได้เพียงใด

2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการสื่อสารในการสื่อความหมาย ทั้งให้ผู้อื่นรู้เจตนาของตนเองและตนเองรู้ความหมาย ความปรารถนาของผู้อื่น

3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำ และความเข้าใจไปใช้ในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ ไม่ได้หมายความว่าความถึงการได้เรียนรู้วิธีการนำไปทำตามวิธีการที่ได้รับ ไปเลียนแบบ แต่ความสามารถนำไปใช้แก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราว หรือเหตุการณ์ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นความสามารถนำสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอน ไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วง

4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ

5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อย ๆ ให้เข้ากัน เป็นเรื่องราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลาย ๆ ลักษณะแล้วนำมาจัดระบบ โครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าเดิม

6) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินตีราคา โดยอาศัย หลักเกณฑ์ (Criteria) และมาตรฐาน (Standard) ที่วางไว้

2. วิธีการวัดความรู้

วิธีการวัดความรู้มีหลายวิธี ได้แก่

1) การใช้แบบสอบถามชนิดต่าง ๆ ทั้งแบบอัตนัยและปรนัย ที่นิยมกันมาก คือ แบบถูกผิด แบบเลือกตอบ แบบจับคู่ และแบบเติมความ

2) การสัมภาษณ์ การสนทนา หรือการซักถาม โดยครูอาจารย์ กระทำ เป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มก็ได้

3) การสาธิตหรือการปฏิบัติ อาจสาธิตหรือแสดงโดยครูหรือนักเรียน ซึ่งแล้วแต่ความเหมาะสม โดยให้นักเรียนตอบหรือชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ได้สาธิตหรือแสดงให้ดูนั้นถูกหรือผิดอย่างไร

4) การตรวจสอบผลงานของนักเรียน เช่น ผลงานจากการทำรายงาน การจดบันทึก การเก็บรวบรวม

5) การสังเกตของครู วิธีนี้จะได้ผลน้อยและไม่ค่อยแน่นอน เช่น การสังเกตสีหน้าหรือหน้าตา หรือท่าทางของนักเรียนในขณะที่ครูสอนวิธีการวัดความรู้ที่นิยมปฏิบัติกันโดยทั่วไป ก็คือ วัดโดยใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice Tests) เป็นส่วนใหญ่และเป็นแบบทดสอบที่วัดได้รอบด้าน กล่าวคือ สามารถจัดผลการเรียนได้หลายอย่าง ตั้งแต่กระบวนการทางสติปัญญาขั้นต้น ได้แก่ ความจำไปจนกระทั่งกระบวนการทางสติปัญญาขั้นสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ และการประเมินค่า (สุชาติ โสมประยูร, 2525)

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

ความหมายของการรับรู้ ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายแตกต่างกันออกไป เช่น

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2547) กล่าวว่า การรับรู้ข่าวสาร การรับสื่อ หมายถึง การที่บุคคลได้เปิดรับข้อมูลข่าวสาร หรือเนื้อหาด้านสุขภาพ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ จากแหล่งข่าวสารต่าง ๆ โดยรับผ่านประสาทสัมผัสในทางต่าง ๆ ตาเห็น หูได้ฟัง ซึ่งบุคคลสามารถเลือกรับสื่อตามความสนใจ และความต้องการของตนเพื่อนำมาเป็นประโยชน์หรือข้อมูลในกิจกรรมต่าง ๆ

สุวลี มิลินทางกูร (2538) การรับรู้ คือ การแปลความหรือให้ความหมายกับสิ่งที่บุคคลได้รับโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 เมื่อเกิดการรับรู้ในตัวบุคคลแล้ว จึงนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล โดยอาศัยความรู้ดั้งเดิม และประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยและการรับรู้เกิดขึ้นนี้จะต้องผ่านกระบวนการรับรู้ภายในตัวบุคคลทุกครั้ง

กรองแก้ว อยู่สุข (2542) การรับรู้ คือ กระบวนการที่แต่ละคนรวบรวม จัดและทำความเข้าใจต่อสิ่งที่เรามองเห็น หรือได้ยินหรือรู้สึก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วจะให้ทุกคนมองสิ่งเดียวกันแล้วคิดและเข้าใจไปในเวลาเดียวกันย่อมเป็นไปไม่ได้

มุกดา ศรียงค์ และคณะ (2542) การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่ต่อเนื่องจากการสัมผัส การรับรู้จะมุ่งไปที่ความเข้าใจ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระทบอวัยวะสัมผัส ตลอดจนความสัมพันธ์ต่าง ๆ ของวัตถุนั้น

เรียม ศรีทอง (2542) การรับรู้ หมายถึง กระบวนการตีความเกี่ยวกับวัตถุ และปรากฏการณ์ของการรู้สึกออกเป็นสิ่งที่มีความหมาย ในการตีความนั้นมีส่วนเกี่ยวกับขนาด รูปร่าง การเคลื่อนไหว ระยะทาง และที่เกิด การรับรู้ขึ้นอยู่กับการบูรณาการระหว่างความรู้ในอดีตกับเหตุการณ์ในปัจจุบันที่ได้จากการรู้สึกสัมผัสสิ่งเร้า

ลักขณา สรีวัฒน์ (2544) การรับรู้ หมายถึง การเกิดอาการสัมผัสอย่างมีความหมายและเป็นกระบวนการแปลหรือตีความจากประสบการณ์เดิม

จากความหมายที่รวบรวมมาสรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสัมผัสต่อสิ่งเร้า และการแปลความหมายจากสิ่งที่สัมผัส โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ มาวิเคราะห์ด้วยกระบวนการ เพื่อแปลข้อมูลแล้วนำไปใช้ในการเรียนรู้ต่อไป นอกจากนี้ยังเพิ่มความรู้ที่ส่วนตนเข้าไปทำให้เกิดความรู้สึกหรือความเข้าใจอย่างแท้จริงตามที่ตนรับรู้

1. กระบวนการของการรับรู้

กระบวนการของการรับรู้ เป็นการแสดงถึงความสลับซับซ้อนและธรรมชาติของการกระทำตอบโต้ในการรับรู้ ซึ่งสามารถแบ่งกระบวนการย่อยของการรับรู้ออกได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ (สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2545)

1.1 สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment) ในที่นี้ หมายถึง สิ่งเร้า (Stimulation) หรือสถานการณ์ (Situation) สิ่งเร้า นั้น คือ การเร้าทางประสาทสัมผัส (Sensual Stimulation) ส่วน

สถานการณ์ต่าง ๆ อาจเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) เช่น สถานที่ทำงาน ภูมิอากาศ หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Environment) เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ จะไม่เกิดขึ้นได้เลย หากไม่มีสิ่งเร้ามากระตุ้นตัวบุคคล หรือ เกิดสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งขึ้น แต่หากปรากฏการณ์มีสิ่งเร้า หรือเกิดสถานการณ์ดังกล่าว ก็ถือว่าขั้นตอนแรกของการรับรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งจะตามมาด้วยขั้นตอนต่อไป

1.2 การเผชิญหน้า (Confrontation) อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ของบุคคล เริ่มเมื่อ บุคคล นั้นได้เผชิญหน้ากับสิ่งเร้าทางกายภาพอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะหรือเผชิญสถานการณ์ทางสังคม วัฒนธรรมสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง การรับรู้ในสิ่งเร้าทางกายภาพของบุคคลนั้นจะเป็นไปมากน้อย เพียงใด ขึ้นอยู่กับตัวกรองความรู้สึก (Sensory Filter) ของบุคคลนั้น เช่น ความสามารถของสายตา ได้แก่ สายตาสั้น สายตาวาย หรือความสามารถในการได้ยิน เป็นต้น แม้การรับรู้ในประสาทสัมผัสจะ เกิดขึ้นและร่างกายมนุษย์รับข้อมูลดิบของสิ่งเร้าแล้วก็ตาม ความรู้สึกนึกคิดในจิตใจของบุคคลนั้น จะ ยังไม่เกิดขึ้นจนกว่าขั้นตอนของการคัดเลือกจะมีขึ้น

1.3 การคัดเลือก (Selection) เมื่อผ่านขั้นตอนการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าและสถานการณ์ และรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้าแล้ว ในท่ามกลางสิ่งเร้ามากมายและสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น บุคคลจะเลือกให้ความสนใจในสิ่งเร้าภายนอกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างตามทัศนะของ บุคคลนั้น ขั้นตอนนั้นเรียกว่า การคัดเลือก (Selection) ขั้นตอนการคัดเลือกนี้จะเกี่ยวข้องกับตัว กรองทางจิตวิทยา (Psychological Filter) ซึ่งจะกำหนดว่าสิ่งเร้าที่บุคคลจะรับไว้หรือจะปฏิเสธ บุคคลจะมีความตระหนักหรือเห็นความสำคัญในสิ่งเร้าที่ตนได้คัดเลือก และจะไม่เห็นความสำคัญใน สิ่งเร้าที่ตนปฏิเสธ แม้สิ่งเร้านั้นจะอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกันก็ตาม ในขั้นตอนการคัดเลือกนี้มีปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการคัดเลือก นั่นก็คือ ลักษณะของสิ่งเร้าและลักษณะของผู้ทำการคัดเลือก

1.4 การจัดระเบียบเมื่อบุคคลได้คัดเลือกรับรู้สิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมภายนอกแล้ว ก็จะเกิด การจัดระเบียบของการรับรู้ (Perceptual Organization) ทั้งนี้เพื่อจะเป็นการปูทางให้ขั้นตอนที่จะ เกิดขึ้นต่อไปแม้บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะพิเศษเฉพาะตัวแต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อ การจัดระเบียบการรับรู้ในสิ่งเร้าของบุคคลโดยทั่วไป ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ความคล้ายคลึงกัน (Similarity) ระยะใกล้ไกล (Proximity in Space) และความเร็วช้า (Proximity in Time) เป็นต้น

1.5 การตีความ (Interpretation) เป็นขั้นตอนของการตีความในสิ่งเร้า ที่รับเข้ามา ในตัวบุคคลและได้จัดระเบียบไว้ เพื่อค้นหาธรรมชาติของมันตามสภาวะที่เป็นจริงของสิ่งเร้านั้น ๆ อัน จะทำให้ผู้รับเกิดความเข้าใจในความจริงของสิ่งเร้านั้น

อาจกล่าวโดยสรุปว่า กระบวนการรับรู้ เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจ โดยมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ สภาพแวดล้อมภายนอก การเผชิญหน้า การคัดเลือก การจัดระเบียบ และการตีความ เมื่อบุคคลมีกระบวนการรับรู้ครบทุกขั้นตอนแล้ว ย่อมเกิดความเข้าใจในสิ่งเร้านั้นไปตามเอกลักษณ์ ของผู้รับรู้ แต่การถ่ายทอดให้ผู้อื่นทราบนั้นจะตรงความเข้าใจส่วนตัวหรือมีการกลั่นกรองก่อนทั้งนี้ แล้วแต่สติปัญญาและบุคลิกภาพของผู้รับรู้และองค์ประกอบอื่น ๆ อีก

2. อิทธิพลที่มีผลต่อการรับรู้

กิติมา สุรสนธิ (2533) กล่าวว่า บุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านเข้าสู่ทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วนของที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน ดังนั้น ข่าวสารที่หลังไหลเข้ามาไปยังบุคคลจากช่องทางต่าง ๆ นั้น มักจะถูกคัดเลือกตลอดเวลา ข่าวสารที่น่าสนใจ มีประโยชน์และเหมาะสมตามความนึกคิดของผู้รับรู้จะเป็นข่าวสารที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการสื่อสาร

1) ความต้องการ (Need) ปัจจัยที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งในกระบวนการเลือกของมนุษย์ คือ ความต้องการทุกอย่างของมนุษย์ทั้งความต้องการทางกายและใจทั้งความต้องการระดับสูงและความต้องการระดับต่ำ ย่อมเป็นตัวกำหนดในการเลือกของเรา เราเลือกตอบสนองความต้องการของเราเพื่อให้ได้ข่าวสารที่ต้องการ เพื่อแสดงรสนิยม เพื่อการยอมรับในสังคม เพื่อความพอใจ ฯลฯ

2) ทศคติและค่านิยม (Attitude and Value) ทศคติ คือ ความชอบและมีใจโน้มเอียงต่อเรื่องต่าง ๆ ส่วนไม่ควรทำอะไรในการทำอะไรคือเป็นความรู้สึกที่ว่าเราควรจะทำหรือไม่ควรทำอะไรในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และคนซึ่งทศคติและค่านิยมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมายและการจดจำ

3) เป้าหมาย (Goal) มนุษย์ทุกคนมีเป้าหมาย กำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องอาชีพ การเข้าสังคม การพักผ่อน เป้าหมายของกิจกรรมต่าง ๆ ที่เรากำหนดขึ้นนี้จะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมายและการเลือกสนองเป้าหมายของตน

4) ความสามารถ (Capability) ความสามารถของเราเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมทั้งความสามารถด้านภาษามีอิทธิพลต่อเราในการที่จะเลือกรับข่าวสาร เลือกตีความหมายและเลือกเก็บเนื้อหาของข่าวนั้น

5) การใช้ประโยชน์ (Unity) กล่าวโดยทั่วไปแล้ว เราจะให้ความสนใจและให้ความพยายามในการที่เข้าใจ และจดจำข่าวสารที่เราสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

6) สไตล์ในการสื่อสาร (Communication Style) การเป็นผู้รับสารของเรานั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสไตล์ในการสื่อสารของเรา คือ ความชอบหรือไม่ชอบสื่อบางประเภทดังนั้นบางคนจึงชอบฟังวิทยุ บางคนชอบดูโทรทัศน์ บางคนชอบอ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ

7) สภาพ (Context) สภาพ ในที่นี้หมายถึง สถานที่ บุคคล เวลาที่อยู่ในสถานการณ์ การสื่อสารสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อผู้รับสาร การที่คนอื่นอยู่ด้วยมีอิทธิพลตรงต่อการเลือกใช้สื่อและข่าวสาร การเลือกตีความหมายและเลือกจดจำข่าวสาร การที่เราต้องถูกมองว่าเป็นอย่างไร การที่เราคิดว่าคนอื่นมองเราอย่างไร เราเชื่อว่าคนอื่นคาดหวังอะไรจากเราและการที่คิดว่าคนอื่นคิดว่าเราอยู่ในสถานการณ์อะไร ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเลือกของเรา

8) ประสบการณ์และนิสัย (Experience and Habit) ในฐานะของผู้รับสาร ผู้รับสารแต่ละคนพัฒนานิสัยการรับสารอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการรับข่าวสารของเรา เราพัฒนาความชอบสื่อชนิดใด ตีความหมายอย่างใดอย่างหนึ่งและเลือกจดเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นจะเป็นลักษณะอย่างไร สอดคล้องกับความเป็นจริงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ คุณสมบัติของผู้รับรู้ เป้าหมายและสถานการณ์ นั่นคือ สิ่งเร้าที่จะก่อให้เกิดการรับรู้ ต้องเป็นสิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจของบุคคลได้ ส่วนด้านตัว ผู้รับรู้นั้นแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกัน และความแตกต่างนี้เองที่เป็นสาเหตุให้มีการ

เลือกการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เช่น การรับอิทธิพลจากอารมณ์ ความต้องการ ความสนใจ และความคาดหวัง

3. อุปสรรคของการรับรู้

สุชา จันท์ธรม (2541) ในกระบวนการรับรู้ นอกจากจะมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ดังได้กล่าวมาแล้ว ยังมีอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่าง ๆ ได้แก่

1) Stereotype หมายถึง ภาพหรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลหนึ่ง วัตถุประสงค์หนึ่งหรือสิ่งต่าง ๆ ในความรู้สึกของคน ๆ หนึ่ง เมื่อบุคคลจะรับรู้ถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ลักษณะของภาพหรือกลุ่มซึ่งบุคคลนั้น ๆ เป็นสมาชิกอยู่ อาจเข้ามามีอิทธิพล ดังนั้นแทนที่จะเป็นการดูลักษณะส่วนตัวของบุคคลของคนนั้นเพียงคนเดียว ก็กลับไปดูลักษณะของกลุ่มที่เขาเป็นสมาชิก และตีความออกมาว่าบุคคลนั้นมีลักษณะเหมือนกับกลุ่มที่เป็นสมาชิกอยู่ ซึ่งเป็นการตีความบุคคลโดยดูจากกลุ่มที่เขาเป็นสมาชิก

2) Halo Effect หมายถึง แนวโน้มของการที่บุคคลนำเอาลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือจุดใดจุดหนึ่งของบุคคลหนึ่งมาเป็นตัวประเมินลักษณะรวมของบุคคลนั้น หรือการรับรู้ถึงบุคคลก็อาจกล่าวถึงอีกบุคคลหนึ่งในลักษณะที่ผิด ทั้งนี้เพราะ Halo Effect ซึ่งเป็นจุดเด่นหรือจุดด้อยของบุคคลนั้นก็ได้

4. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องต่อการรับรู้

4.1 ค่านิยมและทัศนคติ สำหรับค่านิยมและทัศนคตินั้น อาจกล่าวได้ว่ามีผลต่อความหมายต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวและมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของคนด้วย

4.2 บุคลิกภาพโดยทั่วไปบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับบุคลิกภาพของตน ซึ่งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลนั้นด้วยจะเห็นได้ว่าบางคนเป็นคนช่างสังเกตสิ่งต่าง ๆ รอบตัว สามารถบอกถึงรายละเอียดและความแตกต่างของสิ่งที่เห็นได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ในขณะที่บางคนมองสิ่งเดียวกันนั้นไม่สามารถจะบอกได้ และแต่ละคนจะมีกลไกหรือวิธีป้องกันตนเองไม่เหมือนกัน ซึ่งจะเห็นได้จากการตอบโต้กับสิ่งเร้าภายนอก และบุคลิกภาพคนอื่นต่างกันออกไป เช่น บางคนตอบโต้ความโกรธของเพื่อนร่วมงานด้วยการโต้เถียง บางคนนิ่งเฉยและบางคนก็จะเลี่ยงหนี เป็นต้น ทั้งนี้แล้วแต่บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

4.3 สิ่งจูงใจ ความต้องการของบุคคลที่ยังมิได้ตอบสนองจนเป็นที่พอใจนั้นจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เป็นอย่างมาก สิ่งจูงใจอาจแบ่งได้เป็นสิ่งจูงใจที่เกิดจากภายใน และสิ่งจูงใจที่เกิดจากภายนอก สิ่งจูงใจภายใน หมายถึง สิ่งจูงใจที่เกิดจากภายในตัวบุคคลนั่นเอง ได้แก่ ความต้องการโดยธรรมชาติ ส่วนสิ่งจูงใจภายนอก ที่อาจมีอิทธิพลเหนือการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ความชัดเจน การเปรียบเทียบที่เห็นได้ชัด การกระตุ้น การเคลื่อนไหว เป็นต้น

4.4 ความสนใจ พบว่าความสนใจมีอิทธิพลต่อการรับรู้เป็นอย่างมาก และคนจะสนใจเรื่องที่เขาเกี่ยวข้องอยู่ด้วยมากกว่าเรื่องอื่น เช่น นักบัญชีก็สนใจเรื่องตัวเลขมากกว่าเรื่องเครื่องจักรในโรงงาน

4.5 ประสบการณ์ คนจะรับรู้ได้รวดเร็วถ้าได้เคยประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนั้นมาบ้างแล้ว และนำประสบการณ์มาเกี่ยวเนื่องกับสิ่งที่เรากำลังมองอยู่ เช่น พนักงานบัญชีเมื่อพบว่ามียางานผิดพลาด และได้เคยมีการผิดพลาดทำนองเดียวกันนั้นมาแล้ว จากประสบการณ์ของพนักงานผู้นั้นสามารถรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นและแก้ไขได้อย่างทันท่วงที กล่าวคือ การรับรู้และเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ง่ายและถูกต้องยิ่งขึ้นถ้าเราได้พบเห็นหรือได้ยิน ได้ฟังเรื่องเช่นนั้นหรือเรื่องคล้าย ๆ กันมาก่อน

4.6 ความคาดหวัง การรับรู้ของคนอาจถูกบิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้เนื่องจากความคาดหวังไว้อีกอย่างหนึ่งและคนมักจะมองเห็นอย่างที่เราได้คาดไว้ เช่น การคาดว่าหัวหน้าแผนกบุคคลจะต้องเป็นคนที่มีความสัมพันธ์ การรับรู้โดยความหมายไว้ก่อนนี้อาจผิดโดยสิ้นเชิง คือบุคคลดังกล่าวมิได้มีพฤติกรรมดังที่ได้คาดไว้ก็ได้ (ทองแก้ว อยู่สุข, 2542)

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ให้ความหมายว่า ทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้น ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินนี้จะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่า ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ

สุชา จันทร์เอม (2541) ให้ความหมายว่า ทัศนคติ เป็นนามธรรมที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล และทัศนคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางด้านสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือ บุคคลมีพฤติกรรมอย่างไร หรือกระทำการสิ่งใดลงไป ทัศนคติจะเป็นเครื่องกำเนิดทัศนคติจึงเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคลและบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป

ราชบัณฑิตสถาน (2556) ให้ความหมายว่า ทัศนคติ คือ แนวความคิดเห็น กล่าวโดยสรุป ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับมาจากรับประสบการณ์มิใช่เป็นสิ่งที่ได้รับมาแต่กำเนิด เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็น ในอันที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับ ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งต่าง ๆ และทัศนคติเป็นแนวโน้มหรือขั้นเตรียมพร้อมของพฤติกรรม

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2542) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติ คือ การประเมินหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความชอบหรือความไม่ชอบในวัตถุ คน เหตุการณ์ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนหนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง ทัศนคติไม่ใช่สิ่งเดียวกับค่านิยมเพราะค่านิยมเป็นสิ่งที่เราเห็นคุณค่า แต่ทัศนคติเป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ (พอใจหรือไม่พอใจ) แต่ทั้งสองอย่างมีความสัมพันธ์กันเกี่ยวข้องกัน หรือหมายถึงความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อมความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามภาระผูกพันที่มีต่อองค์กร และเชื่อว่าความรู้สึกนี้จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ทัศนคติคือพลังอย่างหนึ่งที่มองไม่เห็นเช่นเดียวกับสัญชาตญาณหรือแรงจูงใจ แต่เป็นพลังที่ซึ่งสามารถผลักดันการกระทำบางอย่างที่สอดคล้องกับความรู้สึกของทัศนคติ อาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติ คือ ท่าทีหรือแนวโน้มของบุคคลที่แสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาจเป็นบุคคล กลุ่มคน ความคิด หรือสิ่งของก็ได้ โดยมีความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นพื้นฐาน

จากความหมายข้างต้น สรุปความหมายของทัศนคติ ได้ว่า ทัศนคติเป็นเรื่องของจิตใจ แสดงออกมาในรูปของความเชื่อ ค่านิยม ความรู้สึก และมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมของมนุษย์ด้วย

ความจริง ทำให้เข้าใจคนอื่นไปในทางผิด ๆ ได้ แต่คนบางคนมีความสามารถในการดูลักษณะได้ดีมากสามารถบอกอุปนิสัยใจคนได้อย่างละเอียด โดยที่มิได้รู้จักกันมาก่อนเลย ซึ่งโดยมากเป็นอาชีพหมอดู ซึ่งส่วนใหญ่ก็ต้องอาศัยประสบการณ์เช่นกัน บุคคลที่มีอาชีพบริการหากมีความสามารถในด้านนี้ก็จะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ดี คือพอเห็นหน้าท่าทางก็รู้ว่าควรจะเอาใจในรูปแบบไหน เช่น ถ้าลักษณะเขาเป็นคนเจ้าชู้เจ้าอย่างก็ควรจะพินอบพิเทา เป็นต้น

6) เกิดจากความผิดปกติในเรื่องการปรับตัว ทักษะคติของคนที่มีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ หรือมีความบกพร่องในบุคลิกภาพและการปรับตัว มักจะมองโลกในแง่ร้าย ส่วนมากมักจะเข้าใจเอาว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเองอยู่เสมอ จึงก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคคลได้อีกแบบหนึ่ง

3. ลักษณะของทัศนคติ

พรทิพย์ สัมปัตตะวนิช (2538) ได้ให้ลักษณะของทัศนคติ ดังนี้

1) ทัศนคติเป็นสิ่งที่พัฒนามาจากการเรียนรู้ของมนุษย์ ซึ่งการเรียนรู้นั้นอาจเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลนั้น ๆ มีประสบการณ์ต่อโลกของความเป็นจริง เช่นการที่ได้ซื้อสินค้าจากเพื่อน จากพนักงานขาย จากสมาชิกในครอบครัวตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อ ทัศนคติของบุคคล นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการเปิดรับสื่อมวลชนอีกด้วย จะเห็นได้ว่าทัศนคติเกิดจากการได้เรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งโดยตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ขบวนการเรียนรู้จะมีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติแล้ว ยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนทัศนคติด้วย

2) ทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่ต้องอาศัยระยะเวลา เนื่องจากทัศนคติคือชุดของความเชื่อที่สัมพันธ์กัน ถ้าจะเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงในระดับความเชื่อเกิดขึ้นก่อน

3) ทัศนคติเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งที่เรียกว่าวัตถุมารองรับ ลักษณะนี้หมายความว่า คนเราจะต้องมีทัศนคติต่อวัตถุใดวัตถุหนึ่ง ถ้าไม่มีวัตถุทัศนคติก็น่าจะไม่เกิดขึ้น วัตถุในที่นี้อาจจะเป็นนามธรรม อาจจะเป็นสิ่งที่จับต้องได้ หรืออาจจะเป็นการกระทำของบุคคลก็ได้ ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งเดียว ๆ หรืออยู่ในรูปของกลุ่มได้เช่นกัน

4) ทัศนคติต้องมีทิศทาง มีระดับความมากน้อย และมีความหนาแน่น ทัศนคติเป็นการแสดงถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อผลิตภัณฑ์ว่าเป็นอย่างไร หมายความว่า ทัศนคติจะแสดงให้เห็นถึงทิศทางว่าบุคคลนั้น ๆ มีความรู้สึกในทางที่ดีที่ชอบหรือในทางที่ไม่ดี ไม่ชอบต่อผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ทั้งยังแสดงให้เห็นถึงระดับว่าบุคคลนั้น ๆ ชอบหรือไม่ชอบผลิตภัณฑ์นั้น ๆ มากน้อยแค่ไหน และสุดท้ายคือทัศนคติ แสดงให้เห็นถึงความหนาแน่น ว่าบุคคลนั้นมีความมั่นใจในการแสดงออกในเรื่องของความรู้สึกที่ตนเองมีต่อผลิตภัณฑ์นั้นแค่ไหน ความจริงแล้วบางคนอาจจะเข้าใจว่าระดับและความหนาแน่น อาจจะคล้ายคลึงกัน แต่ในความเป็นจริงแล้ว ไม่เหมือนกันตรงที่ว่าระดับความมากน้อยที่ตัวเองรู้สึกนั้นเป็นระดับในความรู้สึกที่มีต่อผลิตภัณฑ์ และความหนาแน่นนั้นเป็นเรื่องของความมั่นใจในความรู้สึกของตนเองว่าถูกหรือไม่ แน่ใจพอหรือไม่

5) ทัศนคตินั้นมีโครงสร้าง คือทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้มีพื้นฐานมาจากความเชื่อที่สัมพันธ์กันหลาย ๆ ความเชื่อ เพราะฉะนั้นการสร้างทัศนคติหนึ่งขึ้นมาจึงมีการจัดการกับข้อมูลที่เรียนรู้และจับกันเป็นกลุ่มสัมพันธ์กัน ดังนั้นทัศนคติจึงแบ่งได้เป็นกลุ่มทัศนคติ โดยในแต่ละกลุ่มของทัศนคติจะมีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกัน เพราะฉะนั้นเรื่องของความต้องกัน จึงมีความสำคัญ

เพราะถ้าเมื่อไรเกิดความไม่สอดคล้องกันขึ้นในกลุ่มของ ทศนคติจะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลนั้นในทิศทางใดทิศทางหนึ่งเกิดขึ้น

6) เหตุการณ์หรือสภาวะแวดล้อมรอบ ๆ ตัวบุคคลมีอิทธิพลต่อการสร้างและการเปลี่ยนแปลงทศนคติ รวมทั้งยังมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติและพฤติกรรมด้วย

4. องค์ประกอบของทศนคติ

ทศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) ดังนี้

1) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ (Cognitive Component) คือ การมีความรับรู้ว่ามีสิ่งนั้นในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น เช่น คนจะมีทศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากได้ก็ต้องรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ความรู้เป็นฐานของความเชื่อที่ทำให้บุคคลผู้นั้น เชื่อว่าข้อมูลนั้นเป็นจริงหรือไม่เป็นจริง มีคุณและโทษอย่างไร

2) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก (Feeling Component) แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ สิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด ความสำคัญขององค์ประกอบนี้ทำให้นักวิจัยบางคนวัดทศนคติ โดยการวัดองค์ประกอบนี้เพียงองค์ประกอบเดียว แต่ความจริงองค์ประกอบทางความรู้สึกนี้โดยทั่วไปแล้วจะสัมพันธ์กับอีกสององค์ประกอบ เช่น คนที่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดพอที่จะเกิดทศนคติได้ย่อมสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้สึกชอบพอที่เกิดขึ้นต่อสิ่งนั้นและย่อมมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับความพร้อมที่จะประพฤติปฏิบัติออกมาเป็นการกระทำขององค์ประกอบถัดไป

3) องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะกระทำ (Action Tendency หรือ Behavioral Component) เมื่อคนมีความรู้เชิงประเมิน และความรู้สึกชอบพอหรือไม่ชอบพอต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วสิ่งที่ตามมาก็คือความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมิน และรู้สึกต่อสิ่งนั้น

5. การวัดทศนคติ

การวัดทศนคติทำให้เราเข้าใจทศนคติของบุคคลและสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ได้ การวัดทศนคติอาจทำได้หลายแบบ ดังนี้ (สุชา จันท์ธรม, 2541)

1) Scaling Technique เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้วัดทศนคติ มีอยู่ 2 แบบ คือ

1.1) วิธีของเธอร์สโตน (The Thurstone Method)

แบบนี้ประกอบด้วยประโยคต่าง ๆ ประมาณ 10-20 ประโยคหรือมากกว่านั้น ประโยคต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นตัวแทนของระดับความคิดเห็นต่าง ๆ กัน ผู้ถูกสอบจะแสดงให้เห็นด้วยกับประโยคใดบ้าง ประโยคหนึ่ง ๆ จะกำหนดค่าเอาไว้ คือ กำหนดเป็น Scale Value ขึ้น เริ่มจาก 0.0 ซึ่งเป็นประโยคที่ไม่พึงพอใจมากที่สุดเรื่อย ๆ ไปถึง 5.5 สำหรับประโยคที่มีความรู้สึกเป็นกลาง ๆ จนกระทั่งถึง 11.0 ซึ่งมีค่าสูงสุดสำหรับประโยคที่พึงพอใจมากที่สุด

1.2) วิธีของลิเคิร์ต (The Likert Technique)

มาตราส่วนแบบนี้ประกอบด้วยประโยคต่าง ๆ ซึ่งแต่ละประโยคผู้ถูกทดสอบจะแสดงความรู้สึกของตนออกมา 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็น

ด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับมีคะแนนให้ไว้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนของคนหนึ่ง ๆ ได้จากคะแนนรวมจากทุก ๆ ประโยค

2) Polling การหยั่งเสียงประชาชน ส่วนมากใช้กับการเลือกตั้งพรรคการเมือง หรือที่ทำอะไรเกี่ยวกับประชาชน ก็ต้องมีการตรวจสอบ หยั่งเสียงกันเพื่อหยั่งดูว่ามหาชนมีความรู้สึกในเรื่อง ๆ นั้นอย่างไร เช่น การลดกำลังอาวุธ การเลือกตั้งพรรคการเมืองที่ประชาชนนิยม เป็นต้น ผลการหยั่งเสียงจะออกมาตรงหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับวิธีการสุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นตัวแทนของประชากรได้หรือไม่

3) Questionnaire คือการใช้แบบสอบถามว่าเห็นด้วยหรือไม่ ดีหรือไม่ดี โดยการแบ่งการสอบถามออกเป็น 2 แบบ คือ

3.1) Fixed-alternative question คือ คำถามที่ถามเฉพาะเจาะจงลงไป แล้วให้ตอบตามเรื่องที่ถามเท่านั้น

3.2) Open-ended question คือ คำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม แล้วนำความคิดเห็นหรือความรู้สึกของคนส่วนมากมาจัดกลุ่มดูว่า เขาเหล่านั้นมีความรู้สึกอย่างไรหรือทัศนคติอย่างไร

6. การเปลี่ยนทัศนคติ

ทัศนคติบางอย่างพอที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าเห็นว่าเป็นไปในทางที่จะทำให้บุคลิกภาพเสื่อมเสีย นักจิตวิทยาได้แนะนำวิธีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ 3 ประการ (สุชา จันทน์เอม, 2541) ดังนี้

1) การชักชวน (Persuasion) มีบุคคลจำนวนมากที่สามารถเปลี่ยนทัศนคติหรือเปลี่ยนทัศนคติของตนเสียใหม่ หลังจากได้รับคำแนะนำ บอกเล่า หรือได้รับความรู้เพิ่มพูนขึ้น เช่น เด็กที่กลัวความมืด หากได้รับคำแนะนำหรืออธิบายให้ทราบความจริงอาจจะเลิกกลัวได้

2) การเปลี่ยนกลุ่ม (Group Chang) กลุ่มมีอิทธิพลต่อการสร้างทัศนคติของบุคคลมาก ฉะนั้น หากจะเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลอาจจะลองเปลี่ยนกลุ่มสมาชิกดูอาจจะช่วยได้ เช่น เด็กที่ขี้เกียจเรียนหนังสือ เพราะอยู่กับเพื่อนที่ขี้เกียจเรียน ถ้าหากจัดกลุ่มเสียใหม่ให้อยู่กับเพื่อนที่ขยันเรียน เด็กจะค่อย ๆ เปลี่ยนมาเป็นคนขยันเรียนตามกลุ่มที่ตนอยู่ได้

3) การโฆษณาชวนเชื่อ (Propaganda) เป็นการชักชวนให้บุคคลสนใจหรือหันมารับรู้ โดยการสร้างสิ่งที่แปลก ๆ ใหม่ ๆ เช่น ตั้งชื่อแปลก ๆ เพื่อให้คนสนใจ ใช้ภาษาที่แปลก ๆ อ้างว่าเป็นพวกเดียวกัน เพื่อให้คนทั่วไปสนใจและเข้ามาหา การแจกฟรี เช่น บริษัทที่ผลิตสินค้าใหม่ ๆ ก็มักจะแจกฟรีก่อน ขายภายหลัง หรือหาของแถม เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) พฤติกรรม หมายถึง เป็นการกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

มานี ชูไทย (2523) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือหมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแสดงออกโดยผู้อื่นเห็นได้ เช่น การยิ้ม การเดิน การพูด การโบกมือ ฯลฯ หรือผู้อื่นเห็นได้ยาก จะเห็นได้ก็ต่อเมื่อใช้เครื่องมือบางอย่างช่วย เช่น การเต้นของหัวใจ พฤติกรรมทุก ๆ อย่างที่แสดงออกนั้น มีผลจากการเลือกปฏิกิริยาตอบสนองที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดตามสถานการณ์นั้น ๆ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการ หรือปฏิกิริยาที่แสดงออก หรือเกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า (Stimulus) ซึ่งมาจากภายในร่างกายหรือภายนอกในร่างกายก็ได้และปฏิกิริยาที่แสดงออกนั้นมิได้เป็นพฤติกรรมทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตใจด้วย

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ของสิ่งมีชีวิตซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งมนุษย์และสัตว์ พืช จุลินทรีย์ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นภายในร่างกายหรือภายนอกในร่างกาย พฤติกรรมนี้สามารถสังเกตได้โดยตรงหรือใช้เครื่องมือวัดได้ หรืออาจสังเกตได้ในทางอ้อม เช่น การพูด การเคลื่อนไหว การทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย การจำ การคิด ตลอดจนความรู้สึก ทักษะคติ

กันยา สุวรรณแสง (2538) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการ บทบาท ลีลา ท่าทาง การประพฤติปฏิบัติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ สัมผัสและทาง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภท ที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้ เช่น เดิน พูด ความรู้สึก ความสนใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2538) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกิริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำซึ่งเป็นการแสดงออกถึงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าซึ่งอาจสังเกตเห็นได้โดยตรงหรือทางอ้อม บางลักษณะอาจสังเกตได้โดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยหรือต้องใช้เครื่องมือช่วย

1. ประเภทของพฤติกรรม

พฤติกรรมสามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ (ปรีชา วิหคโต, 2534)

1) พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้ หรือพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เช่น การเดิน การวิ่ง การอ่านหนังสือ พฤติกรรมประเภทนี้แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

1.1) พฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้โดยตรง ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือใด ๆ ช่วย เช่น การเดิน การวิ่ง เป็นต้น

1.2) พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่ต้องอาศัยเครื่องมือช่วยจึงจะสังเกตได้ เช่น ความดันโลหิต กระแสประสาท เป็นต้น

2) พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตไม่ได้ หรือพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เช่น ความสนใจ การคิด การจำ การตัดสินใจ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นความในใจ รู้ได้เฉพาะเจ้าตัวเท่านั้น คนอื่นจะรู้เมื่อเจ้าตัวบอก หรือแสดงออกด้วยการกระทำให้ทราบ แต่ถ้าเจ้าตัวไม่บอกให้ทราบ เราต้องใช้วิธีสันนิษฐานจากการกระทำแทน

2. องค์ประกอบของพฤติกรรม

ครอนแบช (Cronbach, 1963 อ้างถึงใน กันยา สุวรรณแสง, 2538) กล่าวว่าพฤติกรรมมนุษย์มี 7 ประการ คือ

1) เป้าหมาย หรือความมุ่งหมาย (Goal) คือ วัตถุประสงค์ หรือความต้องการ ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรม เช่น ความต้องการมีหน้ามีตาในสังคม

2) ความพร้อม (Readiness) หมายถึง ระดับวุฒิภาวะและความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

3) สถานการณ์ (Situation) หมายถึง ลู่ทางหรือโอกาส หรือเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ

4) การแปลความหมาย (Interpretation) เป็นการพิจารณาลู่ทาง หรือสถานการณ์ เพื่อเลือกวิธีที่คิดว่าจะสนองความต้องการเป็นที่น่าพอใจมากที่สุด

5) การตอบสนอง (Response) คือ การดำเนินการทำกิจกรรมตามที่ได้ตัดสินใจเลือกสรรแล้ว

6) ผลลัพธ์ที่ตามมา (Consequence) คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำกิจกรรมนั้น ซึ่งอาจได้ผลตรงกับที่คาดไว้ (Confirm) หรือตรงข้ามกับที่คาดหวังไว้ (Contradict) ก็ได้

7) ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Thwarting) เป็นปฏิกริยาที่เกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการจึงต้องกลับไปแปลความหมายใหม่เพื่อเลือกหาวิธีที่จะตอบสนองความต้องการได้ แต่ถ้าเห็นว่าเป้าหมายนั้นเกินความสามารถก็ต้องยอมละเลิกความต้องการนั้นเสีย

3. สิ่งกำหนดพฤติกรรม

พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ณรงค์ สิ้นสวัสดิ์ (2519) สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์มีหลายประการ ซึ่งอาจแยกได้เป็น 2 ประเภท คือ

3.1 ลักษณะนิสัยส่วนตัวของมนุษย์แต่ละคน ได้แก่

3.1.1 ความเชื่อ (Belief) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งคิดถึงอะไรก็ได้ในแง่ข้อเท็จจริง คือ คิดว่าความจริงเป็นเช่นนั้น ซึ่งอาจถูกหรือไม่ถูกต้องตามความจริงก็ได้ ความเชื่ออาจได้มาโดยการเห็น การบอกเล่า การอ่าน และการคิดขึ้นมาเอง เช่น คนสมัยโบราณเชื่อว่าโลกแบน

3.1.2 ค่านิยม (Value) สิ่งที่คุณยึดถือประจำใจ ช่วยในการตัดสินใจ

3.1.3 ทักษะคติหรือเจตคติ (Attitude) เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นแกนกลางเป็นจิตวิทยาสังคมยุคปัจจุบัน ทักษะคติเป็นเรื่องละเอียดอ่อนซับซ้อนต้องอาศัยการตอบสนองออกมาเป็นถ้อยคำหรือพฤติกรรมภายนอก

3.1.4 บุคลิกภาพ (Personality) จะเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะนิสัยและเป็นเครื่องมือในการกำหนดพฤติกรรม

3.2 สิ่งที่ไม่เกี่ยวกับลักษณะนิสัยของมนุษย์ ได้แก่

3.2.1 สิ่งกระตุ้นพฤติกรรม (Stimulus Object) เป็นความเข้มข้นของสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำให้เราแสดงพฤติกรรมออกอาจเป็นอะไรก็ได้ เช่น ความหิว หนังสือ คำสอน เสียงปิ่น

3.2.2 สถานการณ์ หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เป็นบุคคลและไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในสภาพที่บุคคลกำลังจะมีพฤติกรรม เช่น การเข้าคิวซื้อตั๋วภาพยนตร์

4. การวัดพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลมีทั้งที่ปรากฏออกมาภายนอกและที่อยู่ภายในตัวบุคคล การศึกษาพฤติกรรมภายนอกที่ทำได้ คือ การสังเกต เป็นวิธีการที่จะระบุได้ว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมอย่างไร ซึ่งสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2538) ได้กล่าวถึงการวัดพฤติกรรมไว้ดังนี้

1) การศึกษาพฤติกรรมโดยตรง มี 2 วิธี คือ

1.1) การสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว เช่น ครูสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนในห้องเรียน โดยบอกให้นักเรียนในชั้นได้ทราบว่าครูจะสังเกตดูว่าใครทำกิจกรรมอะไรบ้างในห้อง การสังเกตแบบนี้บุคคลบางคนอาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริงของตนออกมาก็ได้

1.2) การสังเกตแบบธรรมชาติ คือ การที่บุคคลผู้ต้องการสังเกต พฤติกรรมไม่ได้กระทำตนเป็นที่รบกวนพฤติกรรมของบุคคลที่ถูกสังเกต และเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกตพฤติกรรม การสังเกตแบบนี้จะได้พฤติกรรมที่แท้จริงมาก เพราะบุคคลที่ถูกสังเกตจะไม่เกิดความรู้สึกตัวว่าบุคคลอื่นคอยสังเกตพฤติกรรมของตนเอง การศึกษาพฤติกรรมแบบนี้จะทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปอธิบายพฤติกรรม ในสภาพที่ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันได้ การสังเกตแบบนี้มีข้อเสียเปรียบคือ ต้องใช้เวลามาก จึงสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการได้

2) การศึกษาพฤติกรรมโดยอ้อม แบ่งออกได้หลายวิธี คือ

2.1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ผู้ศึกษาต้องการซักถามข้อมูล จากบุคคลหรือกลุ่มของบุคคลซึ่งทำได้โดยการซักถามเผชิญหน้ากันโดยตรง หรือมีคนกลางทำหน้าที่ซักถามให้ก็ได้ การสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การสัมภาษณ์

โดยตรง โดยซักถามเป็นเรื่องตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายเอาไว้ อีกประเภทคือการสัมภาษณ์พูดคุยกันไปเรื่อย ๆ โดยสอดแทรกเรื่องที่จะสัมภาษณ์

2.2) การใช้แบบสอบถาม เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับศึกษาพฤติกรรม ของบุคคลเป็นจำนวนมากและไม่สามารถที่จะสัมภาษณ์หรือสังเกตได้ เพราะบุคคลเหล่านั้นอยู่ห่างไกล กระจายมาก แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจะเหมาะสำหรับการศึกษาพฤติกรรมของผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ข้อได้เปรียบเสียเปรียบของการศึกษาแบบนี้ คือ ผู้ถูกศึกษาสามารถที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปกปิด

2.3) วิธีการทดลอง เป็นการศึกษาพฤติกรรม โดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุมตามที่ผู้ศึกษาต้องการ โดยสภาพแท้จริงแล้วการควบคุมจะทำได้ในห้องทดลองแต่ในชุมชน การศึกษาพฤติกรรมชุมชน โดยควบคุมตัวแปรต่าง ๆ คงเป็นไปได้น้อยมาก

2.4) วิธีการทำบันทึก วิธีนี้ทำให้ทราบพฤติกรรมของบุคคลโดยให้บุคคล แต่ละคน บันทึกพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งอาจเป็นบันทึกประจำวันหรือศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภท

ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก

โรคติดเชื้อเด็งกี (Dengue illness) มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสเด็งกี ซึ่งมี 4 ชนิด โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ สามารถจำแนกการป่วยได้เป็นกลุ่มอาการ ดังนี้ กลุ่มอาการไข้เด็งกี (Dengue Fever; DF) ไข้เลือดออกเด็งกี (Dengue Haemorrhagic Fever; DHF) และไข้เลือดออกช็อค (Dengue Shock Syndrom; DSS) ซึ่งเป็นกลุ่มไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรง (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2558.)

1. สาเหตุของโรค

โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญโดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหาร จะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8-10 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัส ไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5-8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน-นานที่สุด 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้

2. พาหะนำโรคและสิ่งแวดล้อม

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงลายเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอ ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ก็สามารถแพร่เชื้อได้ แต่ไม่ดีเท่ากับ *Ae. aegypti*, *Ae. albopictus* เพราะพันธุ์ตามแหล่งน้ำขังตามโพรงต้นไม้หรือกระบอกไม้ไผ่ ส่วน *Ae. aegypti* เพราะพันธุ์ในภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น ถ้าอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสม โดยเฉพาะในฤดูฝน ยุงลายเพียง 2-3 ตัว อาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้งครอบครัวได้ ปัจจัย

ส่งเสริมให้มีผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝนอีกประการหนึ่งนอกจากการมีจำนวนยุ่งมากขึ้นแล้ว คือในช่วงที่ฝนตกทั้งเด็กและยุ่งจะอยู่ในบ้านหรือในอาคาร เด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้น

3. วงจรชีวิตของยุ่งลาย

3.1 ระยะไข่ ลักษณะของไข่ยุ่งลายบ้านและยุ่งลายสวน คล้ายกันมากจนไม่สามารถแยกชนิดได้ คือมีลักษณะคล้ายกับซิกการ์ ด้านยาววัดได้ประมาณ 609 ไมครอน ด้านกว้างประมาณ 192 ไมครอน ส่วนปลายด้านหน้าของไข่ค่อนข้างกลมมนและเรียวยาวมาทางด้านท้าย ไข่ที่วางใหม่ ๆ จะมีสีขาว เปลือกนิ่ม สีจะเข้มขึ้นในเวลาต่อมาและเปลือกไข่จะแข็งขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง โดยทั่วไปไข่ของยุ่งลายยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์เต็มที่ที่ต้องใช้เวลาสักระยะ ก่อนที่ยุ่งเพศเมียจะวางไข่ก็จะปล่อยสเปิร์มที่เก็บไว้ในถุงเก็บสเปิร์มเข้าไปตามท่อหน้าไข่และเข้าไปภายในไข่ที่ได้รับการพัฒนาการเจริญเติบโต ขณะที่วางไข่ลงในแหล่งเพาะพันธุ์ก็จะเกิดขบวนการแบ่งเซลล์ (karyogeny) ขึ้นและเริ่มขบวนการพัฒนาการเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนที่สมบูรณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพของตัวอ่อนภายในไข่จะเกิดขึ้นระหว่างการผสมที่อยู่ภายในไข่จนถึงระยะการฟักเป็นตัวอ่อน ดังนั้นยุ่งลายจึงวางไข่เป็นแนวเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยประมาณ 1 เซนติเมตร เพื่อให้ไข่ที่อยู่ในระยะที่มีการพัฒนาความสมบูรณ์ได้รับความชื้น จนกระทั่งไข่ค่อย ๆ แห้ง ซึ่งไข่ที่แห้งและภายในมีตัวอ่อนที่ได้รับการพัฒนาอย่างสมบูรณ์เต็มที่จึงพร้อมที่จะฟักได้ทันทีเมื่อมีน้ำท่วมถึง ลักษณะการวางไข่ของยุ่งลายจะวางไข่เพียงเดี่ยว ๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่มยุ่งเพศเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ยุ่งลายจะวางไข่น้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงลดน้อยลงในเวลาเย็น

3.2 ระยะลูกน้ำ ลูกน้ำยุ่งลายทั้งสองชนิดมีลักษณะเรียวยาว มีส่วนหัวที่เล็กกว่าส่วนอกมาก ส่วนท้องยาวเรียวยาวประกอบด้วยปล้อง 10 ปล้องและส่วนปลายของปล้องท้องจะมีท่อสำหรับใช้หายใจ (siphon) ลูกน้ำยุ่งลายบ้านและลูกน้ำยุ่งลายสวนมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากไม่สามารถแยกได้ด้วยตาเปล่า ต้องอาศัยการจำแนกภายใต้กล้อง stereo compound การจำแนกชนิดของลูกน้ำยุ่งลายทั้งสองชนิดจะอาศัยความแตกต่างของจำนวนเส้นขน (ventral brush or seta) ที่อยู่ส่วนปลายของปล้องท้องปล้องสุดท้าย โดยลูกน้ำยุ่งลายบ้านจะมีกระดูกขนยาว ส่วนยุ่งลายสวนจะมีกระดูกขนสั้น และลักษณะของหนามแหลมบน comb scale ที่อยู่ส่วนบนของปล้องท้องส่วนท้าย ในลูกน้ำยุ่งลายบ้านจะมีหนามแหลมแยกเป็นแฉก ส่วนหนามแหลมในยุ่งลายสวนจะไม่แยกเป็นแฉก ในระยะที่เป็นลูกน้ำจะใช้เวลาประมาณ 6-8 วัน อาจมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ อาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำภายในภาชนะนั้น ๆ ลูกน้ำยุ่งลายจะใช้ท่อหายใจ (siphon) ที่มีลักษณะเรียวยาว เกาะทำมุมกับผิวน้ำ โดยที่ลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำลูกน้ำยุ่งลายเคลื่อนไหวอย่างว่องไว ลักษณะการว่ายน้ำคล้ายกับการเลื้อยของงู ไม่ชอบแสงสว่าง อาหารของลูกน้ำจะเป็นอินทรีย์สารและอาหารอื่น ๆ ที่มีอยู่ในภาชนะนั้น ๆ เช่น ตะไคร่น้ำเศษอาหารที่หล่นลงไป แบคทีเรีย และพวกสัตว์เซลล์เดียว หรือสัตว์ที่มีขนาดเล็ก ๆ ที่อาศัยอยู่ในน้ำ

3.3 ระยะดักแด้ หลังจากการลอกคราบของลูกน้ำครั้งที่ 4 จะเข้าสู่ระยะดักแด้ หรือเรียกว่า “ตัวโมง” มีลักษณะคล้ายกับเลขหนึ่งไทยโดยที่ส่วนหัวติดกับส่วนอกมองเห็นชัดเจน ตรงส่วนหัวจะมีท่อหายใจสี่เข็ม ลักษณะคล้ายแตร (trumpet) ดักแด้มักเกาะนิ่งกับผิวน้ำเพื่อรับเอาออกซิเจนจากอากาศ โดยใช้ท่อหายใจและส่วนหลังของท้องปล้องแรก เกาะกับผิวน้ำโดยที่ส่วนอกไม่แตะกับผิวน้ำ

จึงทำให้เกิดเป็นช่องว่างระหว่างส่วนอกและผิวหนังในระหว่างการเจริญเติบโตนี้จะไม่กินอาหาร และเคลื่อนไหวน้อย แต่เมื่อถูกรบกวนจะดำดิ่งลงใต้ผิวน้ำได้อย่างรวดเร็ว และกลับขึ้นมาบนผิวน้ำอีกครั้งในเวลาอันสั้น ระยะพักแต่ประมาณ 1-2 วัน การเจริญเติบโตของยุงลายเมื่ออยู่ในสภาพพื้นที่หรือสภาพแวดล้อมต่างกันจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ปริมาณอาหาร อุณหภูมิ ความชื้น และความสั้นยาวของกลางวัน-กลางคืน โดยที่อุณหภูมิและความชื้นจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโตในทุกๆระยะการเจริญเติบโตของยุงลาย เช่น การเจริญเติบโตที่สมบูรณ์ของตัวอ่อนยุงลายภายในไข่ต้องใช้ระยะเวลาในการเจริญเติบโตสั้นที่สุด 2 วัน ซึ่งต้องอยู่ในสภาพอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม (24 ± 2 องศาเซนเซียส และสัมพัทธ์ $70 \pm 10\%$) จึงพร้อมที่จะฟักอย่างทันทีเมื่อมีน้ำท่วมถึง และไข่ที่เจริญเติบโตจนสมบูรณ์เมื่ออยู่ในสภาพแห้ง ไข่จะสามารถทนอยู่ได้ ประมาณ 2-8 เดือน แต่ต้องอยู่ในอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม และไข่ที่สมบูรณ์นั้นจะสามารถฟักออกมาเป็นตัวได้เมื่อมีน้ำท่วมถึง อาจมีอัตราการฟักตัวสูงมากกว่า 90% เมื่ออยู่ในสภาพธรรมชาติลูกน้ำยุงลายสามารถเจริญเติบโตได้ในช่วงอุณหภูมิก่อนข้างกว้าง อุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตจะประมาณ 25 ± 2 องศาเซนเซียส และเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น ลูกยุงลายเจริญเติบโตเป็นตัวยุงได้เร็วขึ้น แต่อุณหภูมิต้องไม่สูงกว่า 30 องศาเซนเซียส ซึ่งจะใช้เวลาในการเจริญเติบโตประมาณ 7-11 วัน โดยประมาณและลูกน้ำยุงเพศผู้จะสามารถเจริญเติบโตได้เร็วกว่าลูกน้ำเพศเมียประมาณ 1-2 วัน เช่นเดียวกับระยะพักแต่ อุณหภูมิที่สูง สามารถทำให้พักแต่ลอกคราบเป็นตัวเต็มวัยได้เร็วภายใน 1 วัน ซึ่งสองปัจจัยหลังนี้นอกจากจะมีผลต่อระยะเวลาการเจริญเติบโตในระยะลูกน้ำแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในกินอาหาร การค้นหาเหยื่อ และการวางไข่ ของยุงเพศเมียในระยะตัวเต็มวัยด้วย และเมื่อเข้าสู่ระยะตัวเต็มวัย อุณหภูมิ ความชื้น แหล่งอาหาร และศัตรูในธรรมชาติจะเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญที่มีผลต่อตัวเต็มวัย ทั้งการอยู่รอด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่าง ๆ ของตัวเต็มวัย

3.4 ตัวเต็มวัย ยุงลายเป็นสัตว์ที่มีโครงสร้างที่เป็นผนังแข็งปกคลุมอยู่ภายนอก (exoskeleton) ผนังเซลล์ด้านนอกสุดที่มีลักษณะแข็ง เรียกว่า cuticle ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้แมลงคงรูปร่างอยู่ได้ ลักษณะโครงสร้างภายนอกของตัวเต็มวัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน มองเห็นชัดเจน คือ ส่วนหัว ส่วนอก และส่วนท้อง ตัวเต็มวัยมีขนาดลำตัวยาวประมาณ 4-6 มิลลิเมตร มีเกล็ดสีดำ สลับขาวตามลำตัวรวมทั้งส่วนหัวและส่วนอกด้วย มีขา 3 คู่ (6 ขา) อยู่ที่ส่วนอก ขามีสีดำ สลับขาวเป็นปล้อง ๆ ที่ขาหลังบริเวณปลายปล้องสุดท้ายมีสีขาวยตลอด มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 1 คู่ อยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ดเล็ก ๆ บนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบและยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็ก ๆ เป็นชายครุย นอกจากนี้ยังมีอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว (เรียกว่า halteres) 1 คู่ อยู่ใกล้กับปีก มีปากยาว ลักษณะปากเป็นแบบแทงดูด เส้นหมวดประกอบด้วยปล้องสั้น ๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขนขึ้นอยู่โดยรอบ ซึ่งลักษณะของขนที่หมวดยุงลาย สามารถใช้จำแนกเพศของยุงได้ ยุงเพศผู้เส้นขนเหล่านี้ค่อนข้างยาว (ใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมีย) มองดูคล้ายพู่ขนนก ส่วนในยุงเพศเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่าและมีจำนวนน้อยกว่า เรียกว่าหมวดแบบเส้นด้าย แม้ว่าตัวเต็มวัยของยุงลายทั้งสองชนิด มีขนาดและสีที่ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ยุงลายแต่ละชนิดจะมีลักษณะเด่น ๆ ที่แตกต่างกันที่สามารถจำแนกชนิดด้วยลักษณะภายนอกได้ด้วยตาเปล่า คือ ตัวเต็มวัยของยุงลายบ้าน มีปล้องท้องและขาสีขาวสลับดำ ที่ตรงส่วนอกด้านหลังจะมีเกล็ดขนสีขาวยเรียงกัน คล้ายกับรูปเคียว 2 อัน ซึ่งต่างจากยุงลายสวนมีลักษณะที่เด่นชัด คือ มองเห็นสีดำ

สลับแถบสีขาว ได้เห็นชัดเจนกว่ายุ่งลายบ้าน โดยเฉพาะบริเวณด้านข้างของลำ ตัวและส่วนขา จะมีแถบดำ สลับขาวชัดเจน บนสันอกด้านหลังจะสังเกตเห็นแท่งขีดตรงขนาดใหญ่สีขาวชัดเจน



ภาพ 2 วงจรชีวิตของยุ่งลาย

4. ชีวนิสัยของยุ่งลาย

ยุ่งลายชนิดที่มีความใกล้ชิดกับคนที่สำคัญ คือ ยุงลายบ้าน และยุ่งลายสวน แต่ยุ่งลายบ้านมีความใกล้ชิดกับคนมากกว่ายุ่งลายสวน นอกจากนี้ชีวนิสัยหรือพฤติกรรมของยุ่งยังเป็นปัจจัยสำคัญในการระบาดของโรค อย่างเช่น พฤติกรรมการออกหากินและการกินเลือดของยุ่งโดยเฉพาะยุ่งที่มีเชื้อจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค และหากช่วงเวลากการออกหากินมีความสัมพันธ์ หรือสอดคล้องกับช่วงเวลาในการทำกิจกรรมของคนก็จะมีโอกาสที่ทำให้เกิดการสัมผัสระหว่างคนกับยุ่ง (man-mosquito contact) มากขึ้นซึ่งโอกาสที่จะเกิดการแพร่ระบาดของโรคก็จะมากขึ้นไปด้วย โดยทั่วไปยุ่งลายออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าในช่วงเวลากลางวัน ยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อิ่ม ยุงลายก็อาจออกหากินเลือดในเวลาพลบค่ำหรือกลางคืนด้วย หากในท้องถิ่นหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงเวลาที่พบยุ่งลายได้มากที่สุดมี 2 ช่วง ในเวลาเช้าและในเวลาบ่ายถึงเย็น บางรายงานระบุว่าช่วงเวลาที่ยุ่งลายออกหากินมากที่สุด คือ 09.00-11.00 น. และ 13.00-14.30 น. แต่บางรายงานก็ระบุแตกต่างกันออกไป เช่น 06.00-07.00 น. และ 17.00-18.00 น. ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าทำการศึกษานในฤดูกาลใด จากการศึกษาพฤติกรรมกักตัวของยุ่งลายบ้านที่กรุงเทพฯ พบว่าจะกักในเวลากลางวัน ช่วงเวลาที่มีการกักได้แก่ 09.00-10.00 น. และ 16.00-17.00 น. ซึ่งพบว่าผลการศึกษานพฤติกรรมกักตัวของยุ่งลายสวนก็เป็นช่วงเวลาที่เข้ากักใกล้เคียงกัน เช่น การศึกษาที่จังหวัดสงขลาและสตูล พบว่ายุงลายสวนเพศเมียในพื้นที่สวนยางพารา เข้ากักคนมากที่สุดในช่วงเวลา 06.00-07.00 น. และสูงสุดอีกครั้งเมื่อเวลา 17.00-18.00 น. ซึ่งต่างจากที่ศึกษาในสวนผลไม้ ที่พบว่ายุ่งลายสวนเข้ากักคนมากที่สุดเวลา 06.00-11.00 และลดลงเรื่อยจนถึงช่วงพลบค่ำ อย่างไรก็ตามยุ่งลายทั้งสองชนิดมีความชอบเข้ากักเหยื่อในและนอกบ้านแตกต่างกัน ยุงลายบ้าน

ชอบกัตคนในบ้านส่วนยูงลายสวนชอบกัตคนนอกบ้าน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามากัตคนในบ้าน ยูงลายไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ โดยทั่วไปมักบินไปครั้งละไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้ จะพบว่ามียูงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ ส่วนในฤดูอื่น ๆ จะพบว่าความชุกชุมของยูงลายลดลงเล็กน้อย แหล่งเกาะพักของยูงลายบ้าน จะอยู่ภายในบ้าน จากการศึกษแหล่งเกาะพักของยูงลายในบ้านเรือนพบว่ายูงเพศเมียร้อยละ 90 ชอบเกาะพักตามสิ่งห้อยแขวนต่าง ๆ ในบ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่พบเกาะพักอยู่ตามข้างฝาบ้าน จากการศึกษแหล่งเกาะพักของยูงลายภายในบ้านเรือนที่จังหวัดระยอง พบว่า ยูงลายเกาะพักตามเสื้อผ้าห้อยแขวนร้อยละ 66.5 เกาะตามมุ้งและเชือกมุ้งร้อยละ 15.7 สิ่งห้อยแขวนอื่น ๆ ร้อยละ 15.3 และพบเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่เกาะพักตามข้างฝา ส่วนยูงลายสวนจะเกาะพักนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ มักพบในบริเวณรอบ ๆ บ้าน ตามพุ่มไม้เตี้ย ต้นหญ้า ที่ซึ่งไม่มีแสงแดด และมีความชื้น จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียพบว่ายูงลายสวนมีแหล่งเกาะพักส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน ซึ่งบริเวณนั้นเป็นที่ที่สะอาด และมักเกาะพักในบริเวณสวนยาง ส่วนในประเทศจีนพบว่า ยูงชนิดนี้จะเกาะพักตามมุ้งในครัว ห้องวาดภาพ ตามคอกหมู และหญ้าหรือวัชพืชที่อยู่ตามท้องทุ่ง สำหรับยูงลายสวนในประเทศอเมริกา ชอบเกาะพักตามต้นไม้ชายป่า

5. แหล่งเพาะพันธุ์ยูงลาย

ยูงลายจะวางไข่ตามภาชนะซึ่งน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยูงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยูงลายจะเป็นภาชนะที่สามารถขังน้ำได้ทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นภาชนะน้ำขังที่มนุษย์สร้างขึ้นและภาชนะธรรมชาติ และแม้ว่าจะเป็นภาชนะที่มีน้ำขังเพียงเล็กน้อยก็ตาม ยูงลายก็สามารถวางไข่ได้ ซึ่งน้ำที่ยูงลายชอบและเหมาะสำหรับการวางไข่ คือบริเวณน้ำที่ใส นิ่ง และไม่เน่าเสีย ยูงลายจะวางไข่ติดแน่นกับพื้นผิวของภาชนะบริเวณที่อยู่ในระดับเหนือน้ำเล็กน้อย โดยเฉพาะพื้นผิวภาชนะที่มีลักษณะขรุขระไข่ของยูงลายจะติดแน่น และสามารถทนทานอยู่ได้นาน เมื่อน้ำท่วมถึงก็จะสามารถฟักเป็นตัวอ่อนได้ในเวลาอันรวดเร็ว

5.1 แหล่งเพาะพันธุ์ของยูงลายบ้าน ส่วนใหญ่พบภายในบ้าน และบริเวณรอบ ๆ ใกล้บ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยูงลายชนิดนี้พบว่าร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้านและร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่นอกบ้าน นอกจากนี้เองน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่น ๆ ถึงสี่ชนิดใส่น้ำบ่อคอนกรีตในห้องน้ำ จานรองกันมด ตุ่มน้ำกินน้ำใช้ ที่รองน้ำทิ้งใต้หลังตู้เย็น ที่รองน้ำทิ้งในเครื่องทำน้ำเย็น แจกัน โถน้ำเลี้ยงไม้ประดับ กระป๋อง ราน้ำฝน จานรองกระถางต้นไม้ เป็นต้น

5.2 แหล่งเพาะพันธุ์ของยูงลายสวน จะพบในบริเวณนอกบ้านที่ไกลออกไปจากตัวบ้าน ซึ่งบริเวณที่พบจะสัมพันธ์กับบริเวณที่มี ต้นไม้มีร่มเงา ไม่มีแสงแดดส่อง และมีความชื้น อย่างเช่น บริเวณที่เป็นสวน ยูงลายสวนสามารถวางไข่ได้ดีในบริเวณที่มีน้ำขังเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะน้ำขังที่มีเศษใบไม้ปะปน เช่น กระถางปลูกต้นไม้ที่มีน้ำขัง ถ้วยรองน้ำยางในสวนยาง รอยแตกตามซอกหิน โปรงต้นไม้ รูตามต้นไม้ เช่น รูของสัตว์กัดแทะ พวกกระรอก รอยแตกของเปลือกไม้ ต้นไม้ที่ถูกตัด กาบดอกมะพร้าว ลูกมะพร้าวที่ถูกสัตว์กัดเป็นรู กะลามะพร้าว ใบมะพร้าว ใบตาล ใบปาล์ม กาบดอกหมาก ใบไม้ร่วงบนพื้นดิน ดอกไม้ พืชที่มีกาบใบขนาดใหญ่ เช่น พลับพลึง ปาล์ม ปักษาสวรรค์

จานรองกระถาง แจกันดอกไม้ เช่น แจกันใส่ดอกไม้ตามศาลพระภูมิหรือตามสุสาน พื้นคอนกรีต ตามนอกบ้านที่มีน้ำท่วมขัง รางน้ำฝน ลังไม้เก็บของ ภาชนะใส่น้ำให้สัตว์เลี้ยงกิน ของเล่นเด็ก ผ้าใบ พลาสติก ตะกร้า ถาด อุปกรณ์เครื่องมือ ถังน้ำ ฝาปิดถังน้ำ ถังน้ำมันหรือ ตุ่มน้ำที่คว่ำ ตุ่มใส่น้ำ เศษวัสดุเหลือใช้ที่สามารถขังน้ำ เช่น ถาดโฟมใส่อาหาร ถุงพลาสติก กระจบองน้ำอัดลม เศษกระเบื้อง ถ้วยชาม ขอบปากไห ยางรถยนต์ที่ไม่ใช้ ถุงเพาะชำต้นไม้ เป็นต้น

6. การติดต่อ

เชื้อไวรัสเดงกีแพร่จากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งได้โดยมียุงลายเป็นพาหะของโรคที่สำคัญ ถึงแม้จะมียุงลายหลายชนิดที่สามารถแพร่เชื้อได้ แต่ที่มีความสำคัญทางด้านระบาดวิทยาของโรค DF/DHF คือ *Aedes aegypti* ซึ่งเป็นยุงที่อยู่ใกล้ชิดคนมาก (highly anthropophilic) โดยยุงลายตัวเมียจะดูดเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสเดงกีอยู่ในกระแสเลือด (ในช่วงที่มีไข้สูง) เข้าไป เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนในตัวยุง (external incubation period ประมาณ 8-10 วัน) โดยไวรัสเดงกีจะเข้าไปสู่กระเพาะ และเข้าไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ผนังของกระเพาะ หลังจากนั้นจะเข้าสู่ต่อมน้ำลายเตรียมพร้อมที่จะปล่อยเชื้อไวรัสเดงกีให้กับคนที่ถูกกัดครั้งต่อไปได้ตลอดอายุของยุงตัวเมียซึ่งอยู่ได้นาน 30-45 วัน คนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันนับว่าเป็น amplifying host ที่สำคัญของไวรัสเดงกี การแพร่เชื้อจะต่อเนื่องกัน เป็นลูกโซ่ถ้ามียุงและคนที่มีเชื้อไวรัสเดงกีอยู่ในชุมชนที่มีคนอยู่หนาแน่น ยุงลายมีขนาดค่อนข้างเล็ก สีขาวสลับดำ พบอยู่ทั่วไปในเขตร้อน แหล่งเพาะพันธุ์คือภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้นและมีน้ำขังไว้เกิน 7 วัน โดยเป็นน้ำที่ใสและนิ่ง ยุงลายตัวเมียหลังดูดเลือดคนแล้วจะวางไข่ตามผิวในของภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย อาศัยความชื้นจากน้ำที่ขังอยู่และความมืด ไข่จะฟักตัวเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน จากลูกน้ำ (larvae) เป็นตัวโม่ง (pupae) 6-8 วัน จากตัวโม่ง (pupae) กินเวลา 1-2 วัน ก็จะเป็นยุงตัวเต็มวัยที่พร้อมจะออกไปหาอาหารและผสมพันธุ์ โดยทั่วไปยุงลายจะออกหากินกัดคนในเวลา กลางวัน ส่วนใหญ่จะพบอยู่ภายในบ้านและรอบ ๆ บ้าน มีระยะไม่เกิน 50 เมตร จะพบยุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ไข่ยุงลายที่ติดอยู่กับขอบผิวในภาชนะมีความทนต่อความแห้งแล้งเป็นเวลานานถึง 1 ปี เมื่อเข้าฤดูฝนมีความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสมก็จะฟักตัวเป็นยุงได้ในระยะเวลา 9-12 วัน ยุงลายเพศผู้ติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกได้หลายสาเหตุ ยุงลายวางไข่ได้ครั้งละหลาย ๆ ฟอง ซึ่งมีโอกาสจะเจริญเป็นยุงทั้งเพศผู้และเพศเมีย เมื่อยุงที่วางไข่มีเชื้อไวรัสไข้เลือดออกก็สามารถถ่ายทอดผ่านทางไข่ยุงสู่รุ่นต่อไปได้ (Transovarial transmission) หลังจากยุงเจริญเป็นตัวเต็มวัย ขณะที่มีการผสมพันธุ์ก็มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกให้กับอีกฝ่ายหนึ่งได้เช่นเดียวกัน Transovarial Transmission เป็นการถ่ายทอดเชื้อโรคสู่แมลงรุ่นลูกได้โดยผ่านทางไข่ เช่น โรค Scrub Typhus และ เชื้อไวรัส Dengue แต่สำหรับการถ่ายทอดเชื้อสู่ไข่ยุงรุ่นต่อไปของเชื้อไวรัส Dengue ต่ำกว่า 1% และเกิดได้ในช่วงสั้น ๆ



ภาพ 3 การแพร่เชื้อไวรัสเดงกี

7. อาการแสดง

แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อก และระยะฟื้นตัว

7.1 ระยะไข้ (Febrile phase) ทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 18 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) อาจตรวจพบคอแดง (injected pharynx) ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัดในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ในระยะไข้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยคือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดโดยทั่ว ๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโตส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 70 จะมีไข้ 4-5 วัน ร้อยละ 2 จะมีไข้ 2 วันโดยมีอาการช็อกเร็วที่สุดคือ วันที่ 3 ของโรค ร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้อาจเป็นแบบ biphasic อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubella ได้ อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าหลอดเลือดเปราะ แตกง่าย การทำ tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วัน แรกของโรคร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็ก ๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกที่เป็นอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำ พบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

7.2 ระยะวิกฤต/ช็อก (Critical phase หรือ Leakage phase) เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมาซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี โดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการมีไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด/ช่องท้องมาก เกิด hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะ

เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีการเลวลงเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ซีฟจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ตรวจพบ pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ค่าปกติ 30-40 มม.ปรอท) โดยมีความดัน diastolic เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (BP 110/90, 100/80 มม.ปรอท) ผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงก็ที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีภาวะรู้สติดี พุดรู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน ก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม (acute abdomen) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีการเลวลงรอบปากเขียว ผิวสีม่วง ๆ ตัวเย็นซีด จับซีฟจรและ/หรือวัดความดันไม่ได้ (profound shock) ภาวะรู้สติเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อกอย่างทันท่วงทีและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ profound shock ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลง ผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของซีฟจรและความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกไป แต่รั่วไม่มากจึงไม่ทำให้เกิดภาวะช็อกผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้น ๆ จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ระหว่างการเกิดภาวะช็อกจะพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประการคือ

7.2.1 มีการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock มีข้อบ่งชี้ดังนี้

- 1) ระดับ Hct เพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อก และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา/ระยะช็อก
- 2) มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การวัด pleural effusion index พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค
- 3) ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา
- 4) Central venous pressure ต่ำ
- 5) มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ IV fluid (crystalloid) และสาร colloid ชดเชย

7.2.2 ระดับ peripheral resistance เพิ่มขึ้น เห็นได้จากระดับ pulse pressure แคบ โดยมี diastolic pressure สูงขึ้น เช่น 100/90, 110/100, 100/100 มม.ปรอท ในระยะที่มีการช็อก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทาง hemodynamic ที่สนับสนุนว่ามี peripheral resistance เพิ่มขึ้น

7.3 ระยะฟื้นตัว (Recovery or convalescent phase) ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็วในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดส่วนใหญ่จะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถึงแม้จะมีความรุนแรงแบบ profound shock ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ irreversible จะฟื้นตัวอย่างรวดเร็วเมื่อการรั่วของพลาสมาหยุด Hct จะลงมาคงที่ และซีฟจรจะช้าลงและแรงขึ้น ความดันโลหิตปกติ มี pulse pressure กว้าง จำนวนปัสสาวะจะเพิ่มมากขึ้น (diuresis) ผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหาร ระยะฟื้นตัวนี้จะใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีการดีขึ้นอย่างชัดเจน ถึงแม้จะยังตรวจพบ

น้ำในช่องปอด/ช่องท้อง ในระยะนี้อาจตรวจพบชีพจรช้า (bradycardia) อาจมี confluent petechial rash ที่มีลักษณะเฉพาะคือ มีวงกลมเล็ก ๆ สีขาวของผิวหนังปกติท่ามกลางผื่นสีแดง ซึ่งพบในผู้ป่วยไข้แดงก็ได้เช่นเดียวกัน ระยะทั้งหมดของไข้เลือดออกเดงกีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7-10 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกเดงกีในระยะที่ 2 มีความรุนแรงของโรคแบ่งเป็น 4 ระดับ (Grade) คือ

7.3.1 Grade I ไม่มีภาวะช็อก มีแต่การตรวจพบ tourniquet test ให้ผลบวกและ/หรือ easy bruising

7.3.2 Grade II ไม่มีภาวะช็อก แต่มีภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาหรืออาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ

7.3.3 Grade III มีภาวะช็อก โดยมีชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ หรือ ความดันโลหิตต่ำ หรือ มีตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย

7.3.4 Grade IV มีภาวะช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิต และ/หรือ จับชีพจรไม่ได้

8. การรักษาและการปฏิบัติ

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อไข้เลือดออก การรักษาโรคนี้เป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วัยแรก แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการ nursing care ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24-48 ชั่วโมงที่มีการรื้อของพลาสมา

การดูแลรักษาผู้ป่วย มีหลักปฏิบัติดังนี้

ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชักหรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะ ทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye syndrome ควรให้ยาลดไข้เฉพาะเมื่อเวลามีไข้สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส เมื่อไข้ลดต่ำกว่า 39 องศาเซลเซียสแล้วไม่ต้องให้ยาลดไข้ ถ้าให้ยาลดไข้แล้วไข้ไม่ลง แนะนำให้เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาจให้อาบน้ำอุ่น

ควรให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ถ้าเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย แนะนำให้ดื่มนม น้ำผลไม้ หรือน้ำเกลือแร่ แทนน้ำเปล่า ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก แนะนำ ให้จิบน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ (ควรงดรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีสีแดง น้ำตาล ดำ) ถ้ายังพอดื่มน้ำได้และไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ไม่จำเป็นต้องให้ IV fluid จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วันก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่ายมือเท้าเย็นควรแนะนำให้รีบนำ ส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกล็ดเลือดและ hematocrit และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและ

hematocrit เป็นระยะ ๆ เพราะถ้าปริมาณเกล็ดเลือดเริ่มลดลงและ hematocrit เริ่มสูงขึ้นเป็นเครื่องชี้บ่งว่าน้ำเลือดรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจจะช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย

โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ผู้ป่วยครองเฝ้าสังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยตรวจดูการเปลี่ยนแปลงตามข้อ 4 ถ้าผู้ป่วยมีการแสดงอาการช็อกต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย และถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

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

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าวด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือสาร colloid (Dextran-40) อย่างระมัดระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และป้องกันโรคแทรกซ้อนอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การให้การรักษาดังกล่าวถือเป็น medical emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้

1) ให้สารน้ำ เป็น isotonic salt solution เช่น 5%D/R Acetate 10 cc/kg/hr ในรายที่ช็อก หรือให้ 0.9%NSS 10-20 cc/kg เป็น bonus ในรายที่เป็น profound shock (ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อน เนื่องจากพบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วย DSS มีภาวะ hypoglycemia ร่วมด้วย)

2) เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ resuscitate แม้จะเป็นเวลา 1/2-1 ชั่วโมง ควรจะลดอัตราการและปรับอัตราของ IV fluid ตามอัตราของการรั่วของพลาสมา โดยใช้ระดับ Hct, viral signs และ urine output เป็นแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เกิน 24-48 ชั่วโมง หลักการที่สำคัญคือให้ IV fluid ในปริมาณที่พอสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น

3) แก้ไขภาวะ metabolic (hypoglycemia) และ electrolyte disturbance (hypocalcemia, hyponatremia) ที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะ acidosis ถ้าพบว่าผู้ป่วย DSS มี acidosis แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกมานาน มีโอกาสที่จะมีเลือดออกมากโดยเฉพาะ ในระบบทางเดินอาหาร และมีโอกาสสูงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนคือตับวาย หรือมีไตวายร่วมด้วย ควรตรวจ LFT, BUN, CT โดยด่วนด้วย

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

สาเหตุตายที่สำคัญ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีการวินิจฉัยผิดพลาด ไม่ได้นึกถึงโรคไข้เลือดออกมาก่อน หรือให้การวินิจฉัยช้ามาก โดยวินิจฉัยได้เมื่อผู้ป่วยช็อก หรือเมื่อผู้ป่วยมีเลือดออกมากซึ่งเป็นระยะท้าย ๆ ของโรคที่ผู้ป่วยมักมีอาการเลวลงอย่างมาก (profound shock) มีตับ ไต ระบบหายใจล้มเหลวแล้ว (multiple organs dysfunction) สาเหตุที่พบร่วมด้วยมากที่สุด 70-80% คือภาวะ fluid overload (acute pulmonary edema or congestive heart failure) อีกสาเหตุคือการให้เลือดซ้ำ ในผู้ป่วยที่มี concealed internal bleeding in GI tract หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะ hypermenorrhea หรือ hemoglobinuria (thalassemia, G-6-PD deficiency)

9. การป้องกันไข้เลือดออก

การป้องกันกำจัดยุงลายนั้น มีหลายวิธีการ และจำเป็นจะต้องมีเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือแม้กระทั่งสารเคมีที่นำมาใช้ในการป้องกันไม่ให้ยุงกัด ซึ่งมีวิธีการง่าย ๆ ดังนี้

9.1 การใช้มุ้ง วิธีการนี้เป็นวิธีที่สืบทอดกันมานานจากบรรพบุรุษ แต่เน้นว่ามุ้งที่นำมาใช้ต้องอยู่ในสภาพดี ไม่ขาด ที่สำคัญควรคำนึงถึงทางด้านของขนาดเส้นด้ายที่นำมาทำมุ้งควรมีขนาดที่ยุงไม่สามารถบินเข้าไปได้ เช่นขนาด 1-1.8 มิลลิเมตร หรือเป็นตาข่าย ขนาดช่องอยู่ที่ 150 ช่องต่อตารางนิ้ว แต่ปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขได้นำมุ้งชุบสารเคมีซึ่งใช้ในการป้องกันยุงได้ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดประชากรยุงที่มาเกาะ แต่วิธีการนี้ใช้ได้ผลดีกับยุงที่ออกมาหากินเวลากลางคืนแต่สำหรับยุงลายที่ออกมาหากินในเวลากลางวันนั้นในทางปฏิบัติอาจไม่สะดวกในการนอนในมุ้งในเวลากลางวัน

9.2 การสวมเสื้อป้องกันร่างกายให้มิดชิด จากการศึกษาทางวิชาการพบว่า การสวมเสื้อผ้านที่ปกปิดมิดชิดนั้นสามารถลดการสัมผัสระหว่างคนและยุงได้ และเสื้อผ้าที่มีสีทึบ เช่น สีดำ สีเข้มนั้น มีผลทางด้านการดึงดูดของยุงให้มากที่สุด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงใส่เสื้อผ้าที่มีสีทึบ สีดำ ควรใส่เสื้อผ้าสีอ่อน ๆ

9.3 การใช้สารทาป้องกันยุง สารทาป้องกันยุงหรือสารไล่ยุง (repellent) อาจเป็นสารเคมีหรือสมุนไพร ซึ่งเมื่อทาแล้วยุงจะได้ กลิ่นและจะไม่เข้ามากัด หรือลดการกัดลงได้ สารทาป้องกันยุงที่เราเห็นในท้องตลาดส่วนใหญ่อาจพบในรูปแบบน้ำ ครีมหรือแป้งก็ได้ ซึ่งแต่ละบริษัทจะผลิตออกมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน สารที่เป็นส่วนผสมอยู่ในผลิตภัณฑ์เหล่านี้ที่เป็นสารเคมีเช่น สาร N,N-diethyl-m-toluamide หรือชื่อใหม่ N,N-diethyl-3-methylbenzamide (deet), IR3535, Transfluthrin, Metofluthrin เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการผลิตสารที่ใช้ในการไล่ยุงจากสมุนไพร เป็นน้ำมันหอมระเหย, สารสกัดด้วยตัวทำละลาย (SOLVENT) เช่น ตะไคร้หอม มะกรูด ขมิ้นชัน โพลี สาระแทน ฯลฯ ประสิทธิภาพของสารไล่ยุงที่ดีนั้นจำเป็นที่จะต้องผสมสารที่ช่วยในการจับยึดกับผิวจึงจะทำให้อยู่ได้นานเทียบเท่ากับ สารเคมี เพราะถ้าไม่ผสมกลิ่น จะคงอยู่ได้ ประมาณ 2 ชั่วโมง การใช้สารป้องกันยุงนั้นก่อนนำมาใช้ควรมีการทดสอบการแพ้ของสารที่ได้ท้องแขนก่อนว่าแพ้สารเหล่านั้นหรือไม่ ประสิทธิภาพของสารไล่ยุงจะอยู่ติดทานานแค่ไหนนั้น ต้องขึ้นอยู่กับตัวของผู้ใช้ด้วย นั่นคือ ลักษณะผิว อายุ เพศ อุณหภูมิร่างกาย อาหารที่รับประทาน สารเคมีในเหงื่อ ซึ่งบ่อยครั้งที่เราจะพบว่ายุงกัดคนหนึ่งมากกว่าอีกคน

9.4 สารไล่ยุงชนิดใช้ชุบเสื้อผ้า ทารองเท้า ชูบมุ้ง ฯลฯ ได้แก่ เพอร์เมทริน ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นได้ทั้งสารไล่ยุงและสารกำจัดยุงด้วยส่วนผสม deet ก็ใช้ชุบหรือฉีดพ่นเสื้อผ้า แลบริดข้อมือ (wrist band) ตลอดจนวัสดุปูพื้น (patio grid) ได้เช่นกัน และจากการศึกษาของ Stephen P. Frances

และคณะ (2014) (11) พบว่า ชุดทหารที่ชุบด้วยสารเพอร์เมทรินของประเทศออสเตรเลีย สามารถป้องกันยุงลายกัดได้

9.5 การใช้ยาจุดกันยุง ป้องกันได้โดยใช้สารระเหยออกฤทธิ์ขับไล่ยุง สารออกฤทธิ์บางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการแพ้ได้ ในการเลือกซื้อควรตรวจสอบสารออกฤทธิ์อย่างละเอียดควรเลือกสารที่มีอันตรายน้อย เช่นสารในกลุ่มไพรีทรอยด์สังเคราะห์ หรือสารสมุนไพรเพราะค่อนข้างปลอดภัยต่อมนุษย์

9.6 การใช้ตาข่ายหรือมุ้งลวดป้องกันยุงกัด เป็นวิธีการที่ดี เพราะสามารถป้องกันยุง หนู งู แมลงสาบ ฯลฯ มุ้งลวดมีหลายชนิด เช่น มุ้งลวดลูมิเนียม มุ้งลวดไฟเบอร์ มุ้งลวดไนลอน เป็นต้น ติดตามประตู หน้าต่าง ซึ่งจะต้องมีการออกแบบอย่างดี ขนาดของมุ้งลวดที่เหมาะสมคือ 16-18 ช่องต่อตารางนิ้ว

9.7 การชุบวัสดุด้วยสารเคมี (Insecticide-treated material) เช่น ผ้าม่านหน้าต่างและประตู สามารถป้องกันการเข้ามังกัดของยุงลายได้

9.8 ไม้ดับยุงไฟฟ้า การใช้ไม้ดับยุงไฟฟ้าเป็นวิธีป้องกันตนเองที่สะดวก ง่าย และสามารถฆ่ายุงให้ตายทันที

9.9 การใช้เครื่องไล่ยุงไฟฟ้า ในปัจจุบันเครื่องไล่ยุงไฟฟ้ามีผลิตภัณฑ์หลากหลายรูปแบบที่สะดวกและเหมาะสมกับลักษณะการใช้งานเช่น อุปกรณ์ไอระเหยไล่ยุง ที่มีสารออกฤทธิ์ Metofluthrin จะมีพัดลมช่วยกระจายไอระเหย สามารถมีประสิทธิภาพในการป้องกันยุงได้ แต่อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับไล่ยุง โดยใช้คลื่นเสียง พบว่ามีผลต่อยุงตัวเต็มวัยน้อยมาก และไม่มีประสิทธิภาพในการไล่ยุง

9.10 สมุนไพรป้องกันยุง ได้แก่ มะกรูด สะระแหน่ กระเทียม กะเพรา ว่านน้ำ แมงลัก ตะไคร้หอม ต้นยูคาลิปตัส ขมิ้นชัน สาบเสือ คนทีสอ มณฑาแดง ประยงค์ จันทน์เทศ พลุ ฝรั่ง เสม็ดแก้ว ผักคาวตอง ผักชีฝรั่ง กระจับปี่ ขิง มหาหงส์ หนุมานประสานกาย โหระพา เป็นต้น

10. การควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก

การควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันที่ได้ผล คือการควบคุมยุงพาหะนำโรคให้น้อยลง ทำได้โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์การกำจัดยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำ ซึ่งมีหลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีที่เป็นที่นิยมใช้มากคือการใช้สารเคมี เนื่องจากเห็นผลอย่างรวดเร็วแต่จากการใช้อย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการต้านทานต่อสารเคมี โดยเฉพาะยุงที่มีนิยัหากินและเกาะพักในบ้าน เช่นยุงลายบ้าน ในประเทศไทยมีการต้านทานต่อเพอร์เมทรินกระจายทั่วภูมิภาคของประเทศไทย และมีแนวโน้มต้านทานต่อสารเคมีอีกหลายชนิด เช่น เพนิโตรโรอน เดลต้าเมทริน ไซฟลูทริน ฯลฯ เป็นต้น นอกจากนี้ผลกระทบจากการใช้สารเคมี ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและตระหนักกันดีว่า การใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรค นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาต่อต้านสารเคมีแล้ว ยังเกิดปัญหาการตกค้างของสารเคมีในสภาพแวดล้อม สัตว์และอาหาร นอกจากนั้นยังอาจมีผลต่อการเป็นโรคผื่นแพ้โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการควบคุมยุงพาหะนำโรค จำเป็นต้องอาศัยการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน

10.1 หลักการป้องกันและควบคุมยุงพาหะนำโรค มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกันคนไข้และคนปกติไม่ให้ถูกยุงกัด กำจัดยุงและลูกน้ำ ลดแหล่งเพาะพันธุ์ ไม่ให้ยุงสามารถแพร่พันธุ์เพิ่มความหนาแน่นได้

10.2 วัตถุประสงค์ของการป้องกันและควบคุมยุงพาหะนำโรค

10.2.1 ลดความความชุกชุมของพาหะนำโรค หมายถึงการใช้มาตรการต่อยุง เพื่อให้ความชุกชุมของยุงพาหะต่ำลง จนลดโอกาสการแพร่เชื้อโรคลงได้

10.2.2 ลดอายุยุงพาหะนำโรค โดยทั่วไปยุงตัวเมียตัว ๆ ไป จะมีอายุประมาณ 1 เดือน หากสามารถลดอายุของยุงให้สั้นลงโอกาสที่จะแพร่เชื้อก็จะลดลงเช่นกัน และหากลดอายุให้สั้นกว่า 1 สัปดาห์ โอกาสที่ยุงจะแพร่เชื้อได้ต่ำมาก

10.2.3 ลดการสัมผัสระหว่างคนและพาหะนำโรค วิธีการแพร่โรคติดต่อที่นำโดยแมลง ส่วนใหญ่เกิดจากการถูกยุงกัด หากป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดได้จะเป็นการป้องกันโรคได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์

10.3 วิธีการป้องกันและควบคุมพาหะนำโรค จากวงจรชีวิตของยุงพาหะนำโรคซึ่งประกอบไปด้วย ระยะไข่ ระยะตัวอ่อน ระยะตัวโม่งและระยะตัวเต็มวัย สามารถแบ่งกลุ่ม การควบคุมได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือการควบคุมระยะตัวอ่อนและการควบคุมระยะตัวเต็มวัย สำหรับการควบคุมระยะตัวอ่อน ได้แก่ การกำจัดลูกน้ำและลดแหล่งเพาะพันธุ์จะมีความสำคัญและมีประสิทธิภาพสูงหากสามารถทำได้ถูกต้อง ครอบคลุม และทันเวลา

การควบคุมลูกน้ำยุงลายเป็นยุงที่วางไข่ในภาชนะขังน้ำที่สร้างขึ้น หรือตามเศษวัสดุขยะ บริเวณใกล้เคียงกับแหล่งหากินเลือด โดยทั่วไปรัศมีไม่เกิน 500 เมตร ดังนั้นมาตรการกำจัดควรดำเนินการ ควรดำเนินการกับแหล่งเพาะพันธุ์จะครอบคลุมและรวดเร็วกว่า ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการให้ถูกต้อง ครอบคลุม และทันเวลาอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ โดยเน้นที่ชุมชนและครัวเรือนต้องมีส่วนร่วมดำเนินการ วิธีการกำจัดลูกน้ำที่สำคัญได้แก่ ได้แก่ การลดแหล่งเพาะพันธุ์ การควบคุมทางกายภาพ การควบคุมโดยชีววิธี การใช้สารเคมีจุลินทรีย์ หรือสารยับยั้งการเจริญเติบโต สามารถลดความหนาแน่นของลูกน้ำยุงและตัวเต็มวัยได้ แต่ไม่สามารถลดอายุขัยและการสัมผัสระหว่างคนกับยุงพาหะได้ การกำจัดควบคุมลูกน้ำยุงต้องทำทุกระยะการแพร่โรค ทั้งก่อนการระบาด ระหว่างการระบาดและหลังการระบาด

การควบคุมตัวยุง การควบคุมยุงพาหะนำโรคควรดำเนินการควบคุมระยะลูกน้ำ แต่บางครั้งมีข้อจำกัดในการดำเนินการ ดังนั้นหากไม่สามารถกำจัดลูกน้ำยุงได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำจัดตัวยุงโดยอาจใช้วิธีทางกายภาพหรือวิธีกล เช่น การใช้สารซักล้าง การใช้ ไม้ตบไฟฟ้า นอกจากนั้นอาจป้องกันตนเองจากยุงกัด เช่น การใช้มุ้งลวด การใช้มุ้ง การใช้พืชไล่ยุง แต่หากไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่โรคได้ หากจำเป็นต้องใช้สารเคมีควรใช้เท่าที่จำเป็น เช่น สารเคมีซิวเวสโตแวน เพื่อล่อให้ยุงมาเกาะวัสดุที่แขวนนั้นสารเคมีนั้นมีฤทธิ์ฆ่ายุง หรือสารเคมีบางชนิดจะมีฤทธิ์ในการขับไล่ยุงให้ออกนอกบ้านด้วย สำหรับการพ่นยูแอลวีหรือการพ่นหมอกควัน ให้ดำเนินการเฉพาะเพื่อการควบคุมโรคเมื่อเกิดโรค การดำเนินการอย่างรวดเร็วทันเวลา ถูกต้องทางเทคนิคและครอบคลุมรอบบ้านผู้ป่วยรัศมี 100-200 เมตร เมื่อพบผู้ป่วยจะสามารถหยุดยั้งการแพร่โรคได้รวดเร็ว

การใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคมายังต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการต้านทานต่อสารเคมี โดยเฉพาะยุงที่มีนิสัยหากินและเกาะพักในบ้าน เช่น ยุงลายบ้านในประเทศไทยมีการต้านทานต่อเพอร์มีทรินกระจายทั่วภูมิภาคของประเทศไทย และมีแนวโน้มต้านทานต่อสารเคมีอีกหลายชนิดเช่น เฟนิโตรไธออน เดลต้ามีทริน ไซฟลูทริน เป็นต้น ดังนั้นการเลือกใช้สารเคมีจำเป็นต้องติดตามสถานการณ์การต้านทานของยุงต่อสารเคมีด้วย

ผลกระทบจากการใช้สารเคมี ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและตระหนักกันดีว่า การใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคนอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาการต้านทานต่อสารเคมีแล้ว ยังเกิดปัญหาการตกค้างในสภาพแวดล้อม สัตว์และอาหาร นอกจากนี้ยังอาจมีผลต่อการเป็น โรคผื่นแพ้ โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น ผู้ใช้สารเคมีจำเป็นต้องตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว จึงต้องพิจารณาการใช้สารเคมีตั้งแต่ การเลือกชนิดสารเคมี การกำหนดคุณลักษณะ การตรวจสอบคุณภาพ การนำไปใช้ให้ถูกต้องทางเทคนิค การป้องกันตนเองของผู้ดำเนินการและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีน้อยที่สุด

ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการควบคุมยุงพาหะนำโรค จำเป็นต้องอาศัยการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานโดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

11. การติดตามและประเมินผลการจัดการพาหะนำโรค

11.1 ติดตามการดำเนินงาน (Monitoring) ในกระบวนการบริหารจัดการโครงการ การติดตามการดำเนินงานถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งที่จะสามารถระบุถึงความสำเร็จของการดำเนินงานที่ผ่านมาได้ การติดตามการดำเนินงานการจัดการพาหะนำโรค คือการติดตามการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่กำหนดไว้ ได้แก่

11.1.1 ทบทวนกรอบและศักยภาพการดำเนินงานของท้องถิ่น ภาวะเทียบท้องถิ่นที่มีอยู่ ซึ่งเื้ออำนวยการควบคุมแมลงนำโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดหรือค้นหาเครื่องมือที่ใช้การควบคุมพาหะนำโรค โดยการติดตามจากเอกสารรายงานการทบทวนกฎ ระเบียบ ข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน เกี่ยวกับการควบคุมแมลงนำโรค ซึ่งดำเนิน การภายใต้กฎหมายที่มอบอำนาจและหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ และ ข้อบัญญัติที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบัญญัติขึ้นเพื่อบังคับใช้เฉพาะท้องถิ่นของตนเอง

11.1.2 วิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อมาโดยแมลงและการควบคุมแมลงนำโรคในท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบขนาดและความรุนแรงของปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อที่ระบาดในพื้นที่ พาหะนำโรคติดต่อและวิธีการควบคุมพาหะนำโรคที่ชุมชนให้การยอมรับและปฏิบัติ ทั้งนี้ การติดตามการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถติดตามได้จากเอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกันจัดทำขึ้น

11.1.3 กำหนดเป้าประสงค์ เพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วม

11.1.4 การดำเนินการตามกระบวนการจัดการพาหะนำโรคเป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อกำหนดวิธีการจัดการ โดยคำนึงถึงความสำคัญของโรคติดต่อ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา รวมถึงผลกระทบต่อประชาชนที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมากำหนดพื้นที่เสี่ยง (เฉพาะหมู่บ้าน

หรือกลุ่มบ้าน) คัดเลือกพื้นที่ที่จะดำเนินการ (ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงได้) กำหนดมาตรการการควบคุมพาหะนำโรคที่เหมาะสมกับชุมชน ทั้งนี้การติดตามการดำเนินงานโดยการสังเกต หรือโดยใช้แบบสอบถามจากประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ การติดตามผลการดำเนินงานในลักษณะนี้เป็นการติดตามกระบวนการ ขั้นตอนการดำเนินงานว่าได้ดำเนินการครบถ้วนตามขั้นตอนที่ระบุไว้หรือไม่เท่านั้น ผู้ติดตามอาจจำเป็นต้องเพิ่มการติดตามเชิงคุณภาพร่วมด้วย คือ นอกจากดำเนินการครบถ้วนแล้ว ต้องดำเนินการถูกต้องตามแนวทางที่กำหนดไว้ด้วยการติดตามการดำเนินการควบคุมแมลงนำโรค ควรติดตามในแง่เทคนิคการดำเนินการ ช่วงเวลาในการดำเนินการความครอบคลุมของพื้นที่ดำเนินการควบคุมแมลงนำโรค เช่น ร้อยละของบ้านหรือกระท่อมที่สามารถดำเนินการควบคุมแมลงนำโรค ปริมาณการใช้ต่อหลังคาเรือนหรือพื้นที่

11.2 ประเมินผลลัพธ์ (Outcome) คือ การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ภายใต้สมมุติฐาน หากดำเนินการครบถ้วนตามขั้นตอนแล้ว จะเกิดผลจากการดำเนินงานที่ดี ตัวอย่างเช่น แนวทางการควบคุมการระบาดของโรคใช้เลือดออกหากดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ครบถ้วน ความหนาแน่นของยุงจะลดลง หรือความหนาแน่นของลูกน้ำยุงจะลดลง จะส่งผลสู่การบรรลุเป้าประสงค์ของการดำเนินงาน การประเมินผลลัพธ์ในด้านการลดจำนวนลูกน้ำหรือยุงตัวเต็มวัยสามารถพิจารณาได้จากดัชนี ทางกีฏวิทยา ดังนี้

11.2.1 ดัชนีสำหรับลูกน้ำยุง เช่น

- 1) Breteau Index (BI) จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงภายในบ้าน 100 หลังคาเรือน
- 2) Container Index (CI) ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงภายในบ้าน
- 3) House Index (HI) ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำยุงภายในบ้าน
- 4) Pupal Index (PI) จำนวนตัวไม่ยุงภายในบ้าน 100 หลังคาเรือน

11.2.2 ดัชนีสำหรับยุงตัวเต็มวัย เช่น

- 1) Biting Rate (BR) จำนวนยุงตัวเมียที่จับได้ต่อคนต่อหน่วยเวลา
- 2) Landing Rate) จำนวนยุงตัวผู้และตัวเมียที่เข้าเกาะต่อคนต่อหน่วยเวลา
- 3) Resting Rate (RR) จำนวนยุง (ทั้งสองเพศ) ที่จับได้ต่อบ้าน
- 4) Parous Rate (PR) ร้อยละของยุงตัวเมียที่เคยวางไข่แล้วที่จับได้

11.3 ประเมินผลกระทบ (Impact) คือการประเมินการดำเนินงานเทียบกับเป้าประสงค์ที่ระบุไว้ ผลกระทบของโครงการมักเป็นผลที่เกิดในระยะยาว เป็นเป้าหมายสูงสุดในการดำเนินงาน เป็นผลจากการเกิดผลลัพธ์หลาย ๆ ตัว ส่วนใหญ่ผลกระทบจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน และการดำเนินการอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง เช่น การลดการระบาดของโรคในชุมชน เป็นผลมาจากการลดจำนวนหรือความหนาแน่นของลูกน้ำยุงและของยุงตัวเต็มวัย ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินการตามมาตรการควบคุมพาหะนำโรค

การติดตามและประเมินผล จะสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ความคุ้มค่าต่อการลงทุนของโครงการ/กิจกรรมได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับองค์ประกอบของการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานที่เน้นการมีกระบวนการตัดสินใจอย่างมี

เหตุมีผล มีความคุ้มค่าและยั่งยืน ดำเนินการภายใต้ระบบระเบียบและวิธีการที่เหมาะสมและได้รับการสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขั้นตอนการดำเนินงานจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ นำไปสู่การเกิดผลกระทบที่ต้องการตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

11.4 ปัญหาอุปสรรคของการจัดการพาหะนำโรค การจัดการพาหะนำโรค เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินการ ได้แก่

11.4.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วนยังไม่เข้าใจหลักการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน

11.4.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่พร้อมในการเป็นเจ้าภาพ

11.4.3 ข้อมูลทางระบาดวิทยายังไม่ถูกนำมาใช้อย่างจริงจัง

11.4.4 การวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคและพาหะนำโรคยังไม่ชัดเจน

11.4.5 การกำหนดเป้าประสงค์วัดผลสำเร็จของงานไม่ชัดเจน

11.4.6 การวางแผนงานยังไม่ครอบคลุมและรัดกุม

11.4.7 ผู้รับผิดชอบยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่วางไว้

11.4.8 ขาดการประเมินผลตามแผนงานที่วางไว้

11.4.9 ขาดความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดลนภา หงส์ทอง, อรัญญา นามวงศ์, ประดิษฐ์ ชาลีเครือ, สิริสุดา เตชะวิเศษ, สุรางคณา ไชยรินคำและพรพิมล อรุณรุ่งโรจน์ (2552) ที่ศึกษาพบว่า ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้วอดซ้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยาอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้เรื่องโรคไข้วอดซ้อยุงลายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้วอดซ้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พบว่าระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้วอดซ้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา

รอยฮาน เจ๊ะหะ (2552) ที่พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องไข้วอดซ้อยุงอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้วอดซ้อยุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนความรู้ ระดับการศึกษาและอาชีพของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้วอดซ้อยุง

อริวัฒน์ วราพุม (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้วอดซ้อยุงของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้วอดซ้อยุง

เขมจิรา ยะราไสย์ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้วอดซ้อยุงของประชาชนตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าอายุ ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

นิคม แก้ววันดี (2557) ที่พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และมีทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อยู่ในระดับสูง และศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ประเทือง ฉ่ำน้อย (2558) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง และพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมานั้น พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากผลของการทบทวน ศึกษา แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลจากการศึกษา วิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นของปัจจัยอันประกอบไปด้วยตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครัวเรือน ประวัติการป่วยด้วยไข้เลือดออก พื้นที่ตำบลละแวก การได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออก ว่ามีส่วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกในประชาชน อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา อย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเสเดา จังหวัดสงขลาในรูปแบบของการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ครูวีเรียนในเขตพื้นที่ อำเภอเสเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 393 ครูวีเรียน จากจำนวนครูวีเรียนทั้งหมด 22,199 ครูวีเรียน ระยะเวลาดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2559 – 31 พฤษภาคม 2559 และสามารถคำนวณหาขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ทาโรห์ ยามาเน่ ในระดับความเชื่อมั่น (Confidence Level) ร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในครั้งนี้ 0.05 (ชาญชัย เรื่องขจร, 2550: 157)

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (ครูวีเรียน)
 N = ขนาดของประชากร (22,199 ครูวีเรียน)
 e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (0.05)

แทนค่า $n = \frac{22,199}{1 + 22,199 (0.05)^2}$
 $= 392.92$

ขนาดตัวอย่าง = 393 ครูวีเรียน

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เท่ากับ 393 ครูวีเรียน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากบ้านเลขที่ซึ่งเป็นตัวแทนครูวีเรียน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ที่คำนวณได้ของแต่ละตำบล โดยเป็นการสุ่มแบบไม่แทนที่ ในแต่ละตำบลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด และทำการศึกษาตามกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอบรม อสม. ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังตาราง 1

ตาราง 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	ครูวีเรียน (หลัง)	กลุ่มตัวอย่าง (หลัง)
1. ตำบลเสเดา	2,538	45

2. ตำบลปริก	3,653	65
3. ตำบลพังลา	3,072	54
4. ตำบลสำนักแต้ว	2,743	49
5. ตำบลทุ่งหมอ	1,783	32
6. ตำบลท่าโพธิ์	1,552	27
7. ตำบลป่าดงเบขาร์	2,818	50
8. ตำบลสำนักขาม	2,842	50
9. ตำบลเขามี่เกียรติ	1,198	21
รวม	22,199	393

ที่มา: งานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา, 2558

ตาราง 2 อัตราป่วยและพื้นที่การระบาด

ตำบล	อัตราป่วย Medianปี 2553 – 2557	ผู้ป่วยปี 2558 (ราย)	คิดเป็นอัตราป่วย	จัดเขตพื้นที่ ระบาด
1. ตำบลสะเดา	248.23	66	327.66	สูง
2. ตำบลปริก	231.73	44	231.73	สูง
3. ตำบลพังลา	105.45	22	165.70	สูง
4. ตำบลสำนักแต้ว	188.74	40	269.63	สูง
5. ตำบลทุ่งหมอ	153.91	10	135.91	ต่ำ
6. ตำบลท่าโพธิ์	76.83	4	61.46	ต่ำ
7. ตำบลป่าดงเบขาร์	230.96	61	192.99	ต่ำ
8. ตำบลสำนักขาม	260.39	31	230.64	ต่ำ
9. ตำบลเขามี่เกียรติ	176.58	7	137.34	ต่ำ
รวม	216.09	285	213.52	

ที่มา: งานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา, 2558

การจัดลักษณะพื้นที่ระบาด ใช้หลักการจัดกลุ่ม คือ อัตราป่วยในปี พ.ศ. 2558 เปรียบเทียบกับอัตราป่วย Median 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2557) หากตำบลใดมีอัตราป่วยที่มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่าค่า Median ถือว่าเป็นตำบลที่ระบาดสูง และตำบลใดมีอัตราป่วยมีค่าต่ำกว่าค่า Median ถือว่าเป็นตำบลที่ระบาดต่ำ ดังตาราง 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก

ใช้แบบสอบถามการประเมินความรู้โดยพัฒนาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก จากรายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

การให้คะแนนและเกณฑ์ในการจำแนกกลุ่มความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก มีคำถามที่ใช้ประเมินทั้งสิ้น 15 ข้อ โดยมี 17 ประเด็นคำถาม และเป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อประเด็นคำถาม อีก 5 คำถามเป็นคำถามเชิงลบ สำหรับคำถามเชิงบวก ตอบใช่ ได้คะแนน 1 ส่วนคำถามเชิงลบ ตอบไม่ใช่ ได้คะแนน 1 นำคะแนน ในหมวดนี้ทั้งหมดมารวมกัน เป็นคะแนนในหมวดความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก นำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ความรู้ในระดับดี ปานกลาง และต้องปรับปรุง โดยหาอันตรภาคชั้นหรือช่วงห่างของข้อมูลในแต่ละชั้น (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{17 - 0}{3} = 5.67$$

คะแนน 0.000 - 5.67	หมายถึง ระดับความรู้ต้องปรับปรุง
คะแนน 5.675 - 11.33	หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง
คะแนน 11.335 - 17.00	หมายถึง ระดับความรู้ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีคำถามทั้งสิ้น 12 ข้อ เป็นคำถามสำหรับวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นไข้เลือดออก 7 ข้อ และอีก 5 ข้อคำถามเป็นคำถามในการวัดความรุนแรงของไข้เลือดออก มีเกณฑ์ในการให้คะแนน แต่ละข้อคำถาม คือ เห็นด้วย ให้คะแนน 3 ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2 และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 1 นำคะแนนของรายข้อของการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ต่อความรุนแรงของไข้เลือดออกมารวมกัน และนำคะแนนที่ได้ของแต่ละหมวดของการรับรู้มารวมกันเป็นคะแนนของการรับรู้โดยรวม นำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม การรับรู้ในระดับดี ปานกลาง และระดับที่ต้องปรับปรุง โดยหาอันตรภาคชั้นหรือช่วงห่างของข้อมูลในแต่ละชั้น (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{36 - 12}{3} = 8.00$$

คะแนน 12.00 - 20.00	หมายถึง ระดับการรับรู้ต้องปรับปรุง
คะแนน 20.01 - 28.00	หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง
คะแนน 28.01 - 36.00	หมายถึง ระดับการรับรู้ดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามประเมินทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก มีข้อความจำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อความเชิงบวก 9 ข้อ และข้อความเชิงลบ 6 ข้อโดยข้อความมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ

เกณฑ์การใช้คะแนน กำหนดไว้ตามระดับของความรู้สึก ดังนี้		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

โดยนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ทัศนคติในระดับดี ปานกลาง และระดับที่ต้องปรับปรุง โดยหาอันตรภาคชั้นหรือช่วงห่างของข้อมูลในแต่ละชั้น (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2553) ดังนี้

คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด	=	75 - 15	=	20
จำนวนชั้น		3		
คะแนน 15.00 - 35.0	หมายถึง	ระดับทัศนคติต้องไม่ดี		
คะแนน 35.01 - 55.0	หมายถึง	ระดับทัศนคติปานกลาง		
คะแนน 55.01 - 75.0	หมายถึง	ระดับทัศนคติดี		

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

ข้อความที่ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีคำถามทั้งสิ้น 6 ข้อ 11 ประเด็นคำถาม เป็นคำถามสำหรับวัดพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก มีเกณฑ์ในการให้คะแนน แต่ละข้อความ คือ ทำเป็นประจำ ให้คะแนน 3 ทำเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 และไม่ทำ ให้คะแนน 1 นำคะแนนมาจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ คือ พฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกดี และพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกไม่ดี โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า \bar{X}	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมไม่ดี
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ \bar{X}	หมายถึง	ระดับพฤติกรรมดี

เฉพาะข้อคำถามย่อยข้อที่ 1.1 ถึง 1.6 ทำเป็นประจำ ให้คะแนน 0.50 ทำเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 0.33 และไม่ทำ ให้คะแนน 0.16

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสร้างเครื่องมือ

1.2 วิเคราะห์วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพิจารณาประเด็นที่ต้องศึกษา

1.3 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาที่จะสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของเนื้อหาที่ต้องการศึกษาให้ครบถ้วน แล้วกำหนดข้อคำถามให้เหมาะสมกับเนื้อหาไม่ให้มากเกินไปหรือน้อยเกินไป

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมี 2 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ปรีกษาอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ

2.2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยทำการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Congruence: IOC) ของเครื่องมือวัด ซึ่งกำหนดคะแนนความคิดเห็นดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มนั้น

นำคะแนนที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่ม
 $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ (ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการวิจัย

แห่งชาติ, 2547)

2.3 การหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability)

ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งต้องมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป จึงจะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ซึ่งผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8033

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่วิจัย
2. ผู้ศึกษาได้ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 18 แห่ง ในเขตอำเภอสะเดา เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่จากประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง
3. อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 36 คน จาก รพ.สต. 18 แห่ง แห่งละ 2 คน ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้ศึกษาและ อสม. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นหัวหน้า/ตัวแทนครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้ศึกษา/อสม. จะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน
5. ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนออกจากพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน บันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยได้กำหนดแนวการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติสำหรับการศึกษาค้างนี้ คือ

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้การคำนวณด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ความรู้ ใช้การคำนวณด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ใช้การคำนวณด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ทักษะคิด ใช้การคำนวณด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกใช้การคำนวณด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหาระดับความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบ ครามเมอร์ วี (Cramer's V) ซึ่งมีการแปรผล (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ดังนี้

ค่า V = 0	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่า V = 0.001 - 0.250	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ค่า V = 0.251 - 0.500	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง
ค่า V = 0.501 - 0.750	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ค่า V = 0.751 - 0.999	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
ค่า V = 1	หมายถึง	ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ในรูปแบบของการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชน ซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือนในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 31 พฤษภาคม 2559 จำนวน 393 ครัวเรือน โดยนำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือน

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ทศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือน

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะครัวเรือน ประวัติการป่วยด้วยไข้เลือดออกในครัวเรือน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง (n=393)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ครัวเรือน)	ร้อยละ
ด้านประชากร		
เพศ		
ชาย	50	12.7
หญิง	343	87.3
อายุ (ปี)		
15 – 29	54	13.7
30 – 44	147	37.4
45 – 59	160	40.7
60 ปีขึ้นไป	32	8.1
$\bar{x} \pm S.D = 43.6 \pm 11.7$ ปี		

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ครัวเรือน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	96	24.4

สมรส	297	75.6
สถานะผู้ให้ข้อมูล		
หัวหน้าครัวเรือน	100	25.4
คู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือน	236	60.1
บุตร/ญาติ	57	14.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	143	36.4
มัธยมศึกษา/ปวช.	173	44.0
อนุปริญญา/ปวส.	37	9.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	40	10.2
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	196	49.9
รับจ้าง	88	22.4
ค้าขาย	52	13.2
แม่บ้าน	57	14.5
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	261	66.4
10,001-20,000	99	25.2
20,001 ขึ้นไป	33	8.4
$\bar{x} \pm S.D = 10,887.8 \pm 8,144.0$ บาท		
ด้านลักษณะครัวเรือน		
มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีอาศัยอยู่		
ไม่มี	176	44.8
มี	217	55.2

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ครัวเรือน)	ร้อยละ
ตั้งอยู่ในตำบลที่มีไข้เลือดออกระบาด		
ต่ำ	180	45.8
สูง	213	54.2
ด้านประวัติการป่วยด้วยไข้เลือดออกในครัวเรือน		
มี	29	7.4
ไม่มี	364	92.6
ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร		

การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก		
ได้รับ	364	92.6
ไม่ได้รับ	29	7.4
ช่องทางที่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/โรงพยาบาล	307	84.3
โทรทัศน์	275	75.5
อสม.	242	66.5
โปสเตอร์/แผ่นพับ/ใบปลิว	158	43.4
วิทยุ	103	28.3
หอกระจายข่าว/รถประชาสัมพันธ์	103	28.3
หนังสือพิมพ์	84	23.1

จากตาราง 3 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน จำนวน 393 ครัวเรือน เมื่อจำแนกตามลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะครัวเรือน ประวัติการป่วยด้วย ไข้เลือดออกในครัวเรือน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไข้เลือดออก พบว่ามีลักษณะดังนี้

ด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 มีอายุในช่วง 45-59 ปี ร้อยละ 40.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.6 สถานะผู้ให้ข้อมูลเป็นคู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 60.1 และระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 44.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.9 และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.4 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนเฉลี่ยเดือนละ 10,887.80 บาท

ด้านลักษณะครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่ศึกษามีเด็กในบ้านอายุต่ำกว่า 15 ปีอาศัยอยู่ ร้อยละ 55.2 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในตำบลที่มีไข้เลือดออกกระบาดสูง ร้อยละ 54.2

ด้านประวัติการป่วยด้วยไข้เลือดออกในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างมีคนในครัวเรือนป่วยด้วย ไข้เลือดออก เพียงร้อยละ 7.4

ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก ร้อยละ 92.6 และช่องทางการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/โรงพยาบาล ร้อยละ 84.3 รองลงมาคือทางโทรทัศน์ ร้อยละ 75.5 และ อสม. ร้อยละ 66.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n=393)

ระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
-------------------------------	-------	--------

ระดับความรู้ดี	56	14.2
ระดับความรู้ปานกลาง	264	67.2
ระดับความรู้ต้องปรับปรุง	73	18.6
คะแนนรวม ($\bar{x} = 11.31$ คะแนน, S.D. = 22 คะแนน)		

จากตาราง 4 ผลการศึกษาความรู้เรื่องใช้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือนพบว่า ความรู้ในเรื่องใช้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ย 11.31 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.22 คะแนน

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เรื่องใช้เลือดออกจำแนกรายข้อ (n=393)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความรู้ ใช้เลือดออก
1. ใช้เลือดออกสามารถติดต่อกันได้โดยยุ่งหลาย	0.99	0.1	ดี
2. ยุงรำคาญเป็นยุงนำไข่เลือดออกได้	0.82	0.38	ดี
3. ยุงนำไข่เลือดออกจะออกหากินตั้งแต่เช้าจนเย็น	0.22	0.41	ต้องปรับปรุง
4. ยุงนำไข่เลือดออกชอบเกาะพักบริเวณพื้นที่มืดอับชื้นในบ้าน	0.89	0.31	ดี
5. ยุงนำไข่เลือดออกมักจะวางไข่ในน้ำเน่าเสีย	0.58	0.49	ปานกลาง
6. การควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงในภาชนะบรรจุน้ำ			
6.1 การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ	0.95	0.21	ดี
6.2 การทำความสะอาดเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกเดือน	0.32	0.46	ต้องปรับปรุง
6.3 การคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้แล้วเพื่อไม่ให้มีน้ำขัง	0.97	0.17	ดี
7. การใช้ยาทากันยุง หรือการใส่เสื้อผ้ามิดชิดเป็นการป้องกันยุงกัดได้	0.88	0.33	ดี
8. การใช้ยาทากันยุงจะต้องทำให้ทั่วร่างกาย	0.56	0.49	ปานกลาง
9. ยาทากันยุงที่ดีควรมีกลิ่นหอมน่าใช้	0.47	0.50	ปานกลาง
10. การจุกยุงกันยุงควรจุกในท้องที่ปิดมิดชิด	0.75	0.43	ดี
11. การรับประทานยาสมุนไพรสามารถป้องกันไข้เลือดออกได้	0.77	0.42	ดี
12. วิธีการป้องกันยุงที่ดีที่สุดคือการนอนกางมุ้ง	0.05	0.22	ต้องปรับปรุง
13. เราสามารถใส่เกลือแกงในจานรองขาตู้กับข้าวเพื่อป้องกันยุงวางไข่ได้	0.86	0.35	ดี
14. การพ่นหมอกควันตามบ้านเรือน เป็นการลดจำนวนยุง	0.32	0.47	ต้องปรับปรุง

นำไขเลือดอกที่ดีที่สุด				
15. อาการเบื้องต้นของไขเลือดอก คือ มีไขสูงอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	0.92	0.27	ดี	

จากตาราง 5 ผลการศึกษาความรู้เรื่องไขเลือดอกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ในเรื่องไขเลือดอก อยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.1 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ความรู้เรื่องไขเลือดอกที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ซึ่งตอบถูกเรียงลำดับมากไปหาน้อย ดังนี้ ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 มี 8 ข้อ ได้แก่

ข้อ 1. ไขเลือดอกสามารถติดต่อกันได้โดยยุลงลาย (ร้อยละ 99.0)

ข้อ 6.3 การควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงในภาชนะบรรจุน้ำโดยการคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้แล้วเพื่อไม่ให้มีน้ำขัง (ร้อยละ 97.2)

ข้อ 6.1 การควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงในภาชนะบรรจุน้ำโดยการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ (ร้อยละ 95.2)

ข้อ 15. อาการเบื้องต้นของไขเลือดอก คือมีไขสูง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 92.1)

ข้อ 4. ยุงนำไขเลือดอกชอบเกาะพักบริเวณพื้นที่มืดอับชื้นในบ้าน (ร้อยละ 89.1)

ข้อ 7. การใช้ยาทากันยุงหรือการใส่เสื้อผ้ามิดชิดเป็นการป้องกันยุงกัดได้ (ร้อยละ 87.5)

ข้อ 13. เราสามารถใส่เกลือแกงในจานรองขาตู้กับข้าวเพื่อป้องกันยุงวางไข่ได้ (ร้อยละ 86.0)

ข้อ 2. ยุงรำคาญเป็นยุงนำไขเลือดอก (ร้อยละ 81.9)

และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในส่วนที่ต้องปรับปรุง คือ เวลาในการออกหากินของยุงนำไขเลือดอก การทำความสะอาดเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกเดือน หรือการพ่นหมอกควันตามบ้านเรือนเป็นการลดจำนวนยุงนำโรคที่ดีที่สุด ส่วนข้อความรู้ที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไขเลือดอกของกลุ่มตัวอย่าง (n=393)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไขเลือดอก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงดี	53	13.5
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง	281	71.5
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต้องปรับปรุง	59	15.0
คะแนนรวม ($\bar{x} = 30.30$ คะแนน, S.D. = 2.69 คะแนน)		

จากตาราง 6 ผลการศึกษาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไขเลือดอกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไขเลือดอกอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ย 30.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.69 คะแนน

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ
ไข้เลือดออกจำแนกรายข้อ (n=393)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความรู้ โอกาสเสี่ยง และความรุนแรง ไข้เลือดออก
1. บ้านที่มีภาชนะที่มีน้ำทุกภาชนะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง นำไขเลือดออกได้	2.96	0.24	ดี
2. ถ้าสมาชิกในบ้านของท่านหรือคนในชุมชนป่วยเป็น ไข้เลือดออก สมาชิกในบ้าน/ชุมชนทุกคนมีโอกาสป่วย เป็นไข้เลือดออกได้	2.84	0.44	ดี
3. การนอนตอนกลางวันในมุ้ง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น ไข้เลือดออกได้	2.83	0.45	ดี
4. ทั้งผู้ใหญ่และเด็กมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้ เท่า ๆ กัน	2.96	0.23	ดี
5. ไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้ ถ้าหากคนในชุมชน ท่านหรือสมาชิกในบ้านของท่านไม่ป้องกัน ควบคุมยุง นำไขเลือดออก	2.98	0.14	ดี
6. ทุกคนมีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นไข้เลือดออกได้ ถ้า หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง	2.95	0.25	ดี
7. ผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกมีภูมิคุ้มกันโรคไข้เลือดออก จะไม่ป่วยด้วยไข้เลือดออกอีก	2.23	0.80	ปานกลาง
8. เด็กที่ป่วยเป็นไข้เลือดออกมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า ผู้ใหญ่ที่ป่วย	1.45	0.67	ต้องปรับปรุง
9. หากป่วยด้วยไข้เลือดออกเพศหญิงมีความรุนแรงของ โรคสูงกว่าเพศชาย	2.14	0.66	ปานกลาง
10. ผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกหากติดเชื้ออีกจะมีความ รุนแรงของโรคสูงกว่า	2.58	0.66	ดี
11. หากมีผู้เป็นไข้เลือดออกแล้วเสียชีวิตในพื้นที่มีโอกาสสูง ที่จะมีผู้เสียชีวิตขึ้นในพื้นที่อีก	1.83	0.78	ต้องปรับปรุง
12. เมื่อป่วยด้วยไข้โดยไม่ทราบว่าเป็นไข้เลือดออกแล้วหา ซื้อยากินเองจะลดความรุนแรงจากเชื้อไข้เลือดออกได้	2.55	0.75	ดี

จากตาราง 7 ผลการศึกษาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยังมีข้อที่ต้องปรับปรุงเพื่อให้ข้อมูลที่ต้องการ คือ เมื่อเด็กป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้วจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ใหญ่ที่ป่วยและหากมีผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้วเสียชีวิตในพื้นที่จะมีโอกาสสูงที่จะมีผู้เสียชีวิตในพื้นที่อื่นอีก

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละ ของระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n=393)

ระดับทัศนคติต่อการป้องกัน ไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติดี	58	14.8
ระดับทัศนคติปานกลาง	279	71.0
ระดับทัศนคติไม่ดี	56	14.2
คะแนนรวม ($\bar{x} = 51.96$ คะแนน, S.D. = 4.53 คะแนน)		

จากตาราง 8 ผลการศึกษาระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน พบว่า ระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ย 51.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.53 คะแนน

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก จำแนกรายข้อ (n=393)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับทัศนคติ ต่อการป้องกัน ไข้เลือดออก
1. การป้องกันไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการพ่นหมอกควัน กำจัดยุง	2.12	1.16	ไม่ดี
2. ยุงนำไข้เลือดออกออกหากินเฉพาะกลางวัน	2.06	1.03	ไม่ดี
3. การถูกยุงนำไข้เลือดออกกัดเพียงครั้งเดียวสามารถเป็น ไข้เลือดออกได้	4.06	0.85	ดี
4. การทายากันยุงสามารถป้องกันยุงได้ทั้งวัน	3.11	0.99	ปานกลาง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับทัศนคติ ต่อการป้องกัน ไข้เลือดออก
----------	----------------------------	------------------------------------	--

5.	การใช้สมุนไพรบางชนิด สามารถป้องกันยุงกัดได้	3.52	0.95	ปานกลาง
6.	เด็กเล็กสตรีมีครรภ์,ผู้สูงอายุไม่ควรใช้ยาทากันยุง	3.37	1.06	ปานกลาง
7.	การเทและล้างภาชนะใส่น้ำทุกสัปดาห์เป็นการป้องกัน ไข่เลือดออกได้ดี	4.56	0.63	ดี
8.	การใส่เสื้อผ้าสีดำนกดึงดูดให้ยุงมากได้	3.85	1.05	ดี
9.	การป้องกันไข่เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.31	1.36	ปานกลาง
10.	หากมีผู้ป่วยด้วยไข่เลือดออกอยู่ในบ้านควรให้ผู้ป่วยนอน ในมุ้ง	4.29	0.81	ดี
11.	หากเป็นไข่เลือดออกแล้ว ไปพบแพทย์ทันเวลาสามารถ รักษาให้หายได้แน่นอน	4.32	0.89	ดี
12.	เมื่อเป็นไข่เลือดออกในเด็กจะรุนแรงกว่าในผู้ใหญ่	2.05	0.90	ไม่ดี
13.	ยาทากันยุงเหมาะกับญาติที่มีผู้ป่วยอยู่ในบ้าน โดยที่ผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องใช้ยาทากันยุงก็ได้	3.09	1.21	ปานกลาง
14.	การจัดบ้านให้สะอาดกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอากาศถ่ายเท สะดวก ป้องกันไข่เลือดออกได้	4.48	0.69	ดี
15.	ไข่เลือดออกยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่รักษาโรคโดยเฉพาะ	3.76	1.08	ดี

จากตาราง 9 ผลการศึกษาทัศนคติต่อการป้องกันไข่เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข่เลือดออก อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยังมีบางข้อที่ได้ระดับคะแนนไม่ดี คือ ยังเข้าใจว่าการป้องกันไข่เลือดออกที่ดีที่สุดคือการพ่นหมอกควันหรือเข้าใจว่า ยุงที่นำเชื้อไข่เลือดออกจะออกหากินเฉพาะกลางวัน และยังมีคามเข้าใจว่าเมื่อเป็นไข่เลือดออกในเด็กจะรุนแรงกว่าในผู้ใหญ่อยู่

ตาราง 10 จำนวน และร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการป้องกันไข่เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n=393)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันไข่เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมดี	236	60.1
ระดับพฤติกรรมไม่ดี	157	39.9
คะแนนรวม (\bar{x} = 15.60 คะแนน, S.D. = 2.05 คะแนน)		

จากตาราง 10 ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมต่อการป้องกันไข่เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของครัวเรือน พบว่า ระดับพฤติกรรมต่อการป้องกันไข่เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ย 15.60 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 คะแนน

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมต่อการป้องกันไข้เลือดออก จำแนกรายข้อ (n=393)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับพฤติกรรม การป้องกัน ไข้เลือดออก
1. ท่านป้องกันตนเอง/สมาชิกในครัวเรือนจากการโดนยุงกัด ด้วยวิธี	2.17	0.35	ปานกลาง
1.1 ทายากันยุง	0.36	0.10	ปานกลาง
1.2 จุดยากันยุง/ฉีดยากันยุง	0.36	0.10	ปานกลาง
1.3 ผากาบมะพร้าว หรือเปลือกส้มหรือสมุนไพรไล่ยุง ฯลฯ	0.30	0.11	ปานกลาง
1.4 เปิดพัดลม	0.46	0.09	ดี
1.5 นอนในมุ้งเวลากลางวัน	0.33	0.13	ปานกลาง
1.6 สวมใส่เสื้อผ้ามีมิดชิด	0.37	0.11	ปานกลาง
2. ท่านสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำในบ้านและ นอกบ้าน	2.72	0.46	ดี
3. ท่านแนะนำวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำให้กับคนในบ้าน	2.67	0.50	ดี
4. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์ของ ชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก	2.57	0.60	ดี
5. ท่านมีส่วนร่วมในการกำจัดยุงนำไข้เลือดออกในบ้านและ ชุมชน	2.65	0.53	ดี

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับพฤติกรรม การป้องกัน ไข้เลือดออก
6. ท่านกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้/ขยะที่เป็นแหล่งขังน้ำ เช่น ถัง พลาสติก กะละมัง ขวด กะลา ยางรถยนต์ที่ไม่ใช้ในบ้าน และรอบบ้าน	2.82	0.41	ดี

จากตาราง 11 ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ยังมีข้อที่ต้องปรับปรุงส่งเสริมคือวิธีการป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนไม่ให้โดนยุงกัดให้มีความถี่เพิ่มมากขึ้น เช่น การนอนในมุ้งเวลากลางวันหรือการสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของตัวแทนครัวเรือนกับพฤติกรรมการป้องกัน
ไข้เลือดออก (n=393)

ตัวแปร	พฤติกรรม		Cramer's V	P-value
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			.187	.000**
ชาย	32(64.0)	18(36.0)		
หญิง	125(63.4)	218(63.6)		
อายุ			.382	.000**
15 – 29	43(79.6)	11(20.4)		
30 – 44	67(45.6)	80(54.4)		
45 – 59	37(23.1)	123(76.9)		
60 ปีขึ้นไป	10(31.3)	22(68.8)		
สถานภาพสมรส			.068	.176
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	44(45.8)	52(54.2)		
สมรส	113(38.0)	184(62.0)		
ตาราง 12 (ต่อ)				
ตัวแปร	พฤติกรรม		Cramer's V	P-value
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)		
สถานะผู้ให้ข้อมูล			.241	.000**
หัวหน้าครัวเรือน	33(33.0)	67(67.0)		
คู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือน	85(36.0)	151(64.0)		
บุตร/ญาติ	39(68.4)	18(31.6)		
ระดับการศึกษา			.074	.537
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	55(38.5)	88(61.5)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	69(39.9)	104(60.1)		
อนุปริญญา/ปวส.	13(35.1)	24(64.9)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	20(50.0)	20(50.0)		
อาชีพ			.104	.232
เกษตรกรรวม	69(35.2)	127(64.8)		
รับจ้าง	42(47.7)	46(52.3)		
ค้าขาย	22(42.3)	30(57.7)		
แม่บ้าน	24(42.1)	33(57.9)		
รายได้			.131	.035
ต่ำกว่า 10,000 บาท	97(37.2)	164(62.8)		

10,001-20,000 บาท	40(40.4)	59(59.6)		
20,001 บาทขึ้นไป	20(60.6)	13(39.4)		
มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีอาศัยอยู่			.139	.006
ไม่มี	57(32.4)	119(67.6)		
มี	100(46.1)	117(53.9)		
ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออก			.048	.341
ไม่เคยป่วย	143(39.3)	221(60.7)		
เคยป่วย	14(48.3)	15(51.7)		
พื้นที่ตำบลระดับ			.093	.066
ตำบลระดับสูง	94(44.1)	119(55.9)		
ตำบลระดับต่ำ	63(35.0)	117(65.0)		

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรม		Cramer's V	P-value
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)		
การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก			.028	.577
ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร	13(44.8)	16(55.2)		
ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร	144(39.6)	220(60.4)		

** หมายถึง P-value < 0.01, * หมายถึง P-value < 0.05

จากตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 คือ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของตัวแทนครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า เพศและสถานะผู้ให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีอาศัยอยู่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 คือ ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อที่ 3 คือ พื้นที่ตำบลระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า พื้นที่ตำบลระดับสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อที่ 4 คือ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง ทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออกกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก (n=393)

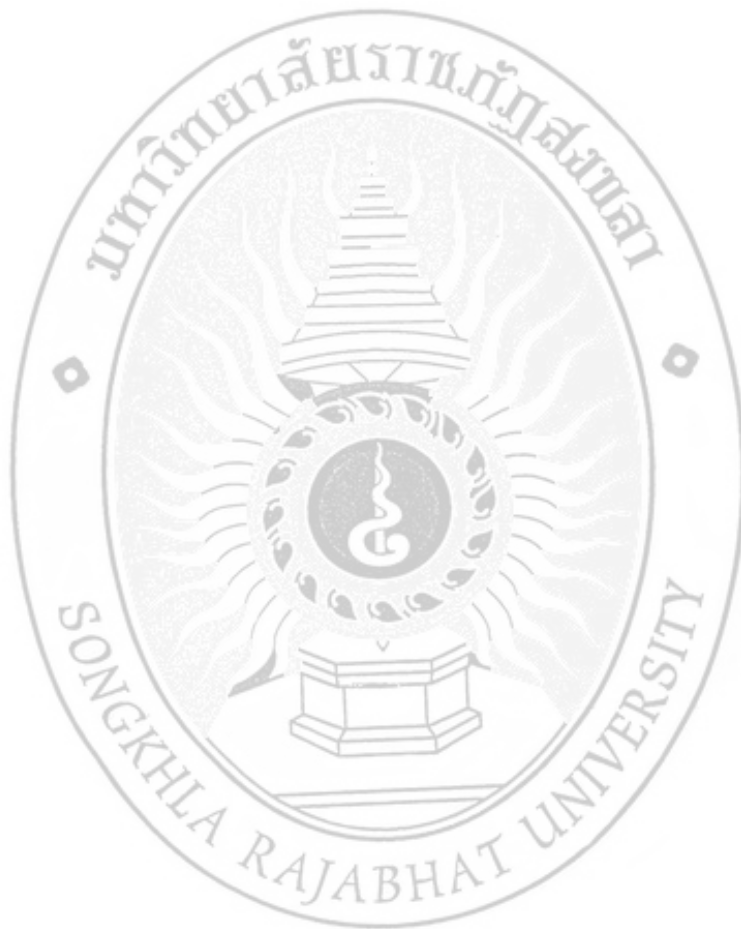
ตัวแปร	พฤติกรรม		Cramer's V	P-value
	ไม่ดี	ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก			.251	.000**
ความรู้ต้องปรับปรุง	46(63.0)	27(37.0)		
ความรู้ปานกลาง	99(37.5)	165(62.5)		
ความรู้ดี	12(21.4)	44(78.6)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก			.211	.000**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต้องปรับปรุง	34(57.6)	25(42.4)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง	113(40.2)	168(59.8)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงดี	10(18.9)	43(81.1)		
ทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก			.204	.000**
ทัศนคติไม่ดี	31(55.4)	25(44.6)		
ทัศนคติปานกลาง	115(41.2)	164(58.8)		
ทัศนคติดี	11(19.0)	47(81.0)		

** หมายถึง P-value < .01, * หมายถึง P-value < .05

จากตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อที่ 5 คือ การมีความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อที่ 6 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อที่ 7 คือ ทักษะติดต่อการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ทักษะติดต่อการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชาชนในเขตอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนของสมาชิกในครัวเรือนนั้น ๆ จำนวน 1 คน ในเขตอำเภอสะเดา ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของครัวเรือนในแต่ละตำบล จำนวน 9 ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหม่อม โรงพยาบาลนาหม่อมและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาทั้งหมด ซึ่งได้ผ่านการทดลองใช้ เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในเขตอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8033 และนำแบบสอบถามที่ได้มาปรับปรุงและนำไปใช้ในพื้นที่ทำการศึกษา จำนวน 393 ตัวอย่าง หลังจากการรวบรวมข้อมูลแล้วได้นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

สรุป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 87.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.6 เป็นคู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 60.1 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 44.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 49.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.4 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนเดือนละ 10,887.80 บาท มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อาศัยอยู่ในบ้าน ร้อยละ 55.2 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในตำบลที่มีไข้เลือดออกกระบาดสูง ร้อยละ 54.2 มีประวัติคนในครัวเรือนป่วยด้วยไข้เลือดออก ร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก ร้อยละ 92.6 และช่องทางการได้รับรับข่าวมากที่สุดคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/โรงพยาบาล ร้อยละ 84.3 รองลงมาคือทางโทรทัศน์ ร้อยละ 75.5 และ อสม. ร้อยละ 66.5

2. ระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออก และระดับพฤติกรรม พบว่า

- 2.1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

- 2.2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

กลาง

2.3 กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมต่อการป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก พบว่า

3.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของตัวแทนครัวเรือน เช่น เพศ และสถานะผู้ให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนและอายุมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน แต่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและการมีเด็กอายุ 15 ปีอาศัยอยู่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

3.2 ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

3.3 พื้นที่ตำบลละแวกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

3.4 การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

3.5 ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

3.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน

3.7 ทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกประชาชน

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน โดยศึกษาจากหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน ในเขตอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 393 ครัวเรือน ในการอภิปรายผลและนำเสนอในประเด็นสำคัญดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

1.1 ระดับความรู้

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง ฉ่ำน้อย (2558) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และยังสอดคล้องกับ นิคม แก้ววันดี (2557) และรอยฮาน เจ๊ะหะ(2552) ที่พบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และ ดลนภา หงษ์ทองและคณะ (2552) ที่ศึกษาพบว่า ความรู้การป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยาอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานด้านความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกในระดับที่มีแนวโน้มสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน

ใช้เลือดออกแก่ตนเองและครอบครัวได้ แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความรู้ที่ต้องปรับปรุงได้แก่ ช่วงเวลาในการออกหากินของยุงนำใช้เลือดออก ความถี่การทำความสะอาดภาชนะและเปลี่ยนถ่ายน้ำ และเข้าใจว่าการพ่นหมอกควันตามบ้านเรือนเป็นการลดจำนวนยุงนำโรคที่ดีที่สุด

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของใช้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของใช้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ประเทือง ฉำน้อย (2558) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของใช้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เป็นไปได้ว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างของประเทือง ฉำน้อยซึ่งเป็นกลุ่ม อสม.ที่จะได้รับข้อมูลทางด้านสาธารณสุขอยู่เป็นประจำและเป็นผู้นำด้านการสาธารณสุขในชุมชนจึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับที่สูงกว่า แต่ก็สอดคล้องกับแนวคิดของ กิติมา สุรสนธิ (2533) ที่กล่าวว่า บุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านเข้าสู่ทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วนที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน ดังนั้น ข่าวสารที่หลั่งไหลเข้ามาไปยังบุคคลจากช่องทางต่าง ๆ นั้น มักจะถูกคัดเลือกตลอดเวลา ข่าวสารที่น่าสนใจ มีประโยชน์และเหมาะสมตามความนึกคิดของผู้รับรู้จะเป็นข่าวสารที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการสื่อสาร เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของใช้เลือดออกที่ต้องปรับปรุงได้แก่ เมื่อเด็กป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้วจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ใหญ่ที่ป่วย และหากมีผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออกที่เสียชีวิตในพื้นที่ก็จะมีโอกาสสูงที่จะมีผู้เสียชีวิตขึ้นในพื้นที่นั้นอีก

1.3 ทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เหมจิรา ยะราไสย์ (2557) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ นิคม แก้ววันดี (2557) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อยู่ในระดับสูง และพบว่าสอดคล้องกับแนวคิดของ สุชา จันท์ธอม (2541) ที่กล่าวว่า ทักษะคิด เป็นนามธรรมที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล และทักษะคิดมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางด้านสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือ บุคคลมีพฤติกรรมอย่างไร หรือกระทำการสิ่งใดลงไป ทักษะคิดจะเป็นเครื่องกำเนิด ทักษะคิดจึงเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคลและบุคคลมีทักษะคิดต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไปแสดงให้เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออกในระดับที่มีแนวโน้มสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกไปในทางที่ดีได้ แต่เมื่อพิจารณาทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออกในข้อที่ต้องปรับปรุง พบว่า ยังมีทักษะคิดว่าการป้องกันไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการพ่นหมอกควันหรือมีทักษะคิดว่ายุงที่นำเชื้อไข้เลือดออกจะออกหากินเฉพาะเวลากลางวันและยังเข้าใจผิดว่าเมื่อเด็กเป็นไข้เลือดออกจะรุนแรงกว่าในวัยผู้ใหญ่

1.4 พฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง ฉำน้อย (2558) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับ ดลนภา

หงษ์ทองและคณะ (2552) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปได้ว่าโรคไข้ปวดข้อยุงลายเป็นโรคที่เพิ่งเกิดการระบาดทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาลยังอยู่ในระดับปานกลาง และตรงกับแนวคิดของ ณรงค์ สิ้นสวัสดิ์ (2519) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ทั้งที่เป็นลักษณะนิสัยส่วนตัวของมนุษย์แต่ละคน และที่ไม่เกี่ยวกับลักษณะนิสัยส่วนตัวของมนุษย์แต่ละคน ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากอยู่ในช่วงที่มีกระแสข่าวจากสื่อแขนงต่าง ๆ ที่ทำให้ทราบว่ามีดารานักแสดงชื่อดังได้เสียชีวิตจากการป่วยเป็นไข้เลือดออกด้วยเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกที่ยังต้องปรับปรุงได้แก่ การเพิ่มความถี่ในการป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนไม่ให้โดนยุงกัดให้มากขึ้น เช่น การนอนในมุ้งเวลากลางวันหรือการสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด ส่วนพฤติกรรมด้านอื่นอยู่ในเกณฑ์ที่ดีแล้ว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือนกับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก พบว่า เพศ อายุ และสถานะผู้ให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ ประเทือง ฉำน้อย (2558) และอริวัฒน์ วราพุดม (2553) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับ รอยฮาน เจ๊ะหะ (2552) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเขมจิรา ยะราไสย์ (2557) ได้ศึกษา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามเปี้ย อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และนิคม แก้ววันดี (2557) ก็ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอลำพูน จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เช่นกัน

ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าบุคคลเพศใดหรือวัยใดก็ตาม สามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้โดยไม่จำกัดเพศและวัย เพื่อเป็นการช่วยเหลือตามวุฒิภาวะ และกำลังของบุคคลที่จะสามารถกระทำได้ในกิจกรรมของการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน

ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อาศัยอยู่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับ รอยฮาน เจ๊ะหะ (2552) ที่พบว่าระดับการศึกษาและอาชีพของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ เขมจิรา ยะราไสย์ (2557) ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่แตกต่างกับ นิคม แก้ววันดี (2557) ที่พบว่า การศึกษา อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอลำพูน จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อาศัยอยู่ เป็นบทบาทและหน้าที่ที่มีในสังคม แต่ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมใน

การเข้าไปมีส่วนร่วมได้มากหรือน้อย ดังนั้นสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อาศัยอยู่ จึงไม่ใช่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วม และในการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก็ไม่ได้จำกัด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ หรือมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี อาศัยอยู่ ดังนั้นทุกคนจึงมีโอกาที่จะเข้าร่วมได้ไม่แตกต่างกัน

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ นิคม แก้ววันดี (2557) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่สอดคล้องกับ รอยฮาน เจ๊ะหะ(2552) ที่ศึกษาพบว่าความรู้ของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและ ดลนภา หงษ์ทองและคณะ (2552) ที่พบว่าระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้ปวดข้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา

ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าประชาชนได้มีการกระทำพฤติกรรมให้เป็นไปตามความรู้ที่มีอยู่ ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จะเป็นแบบใดได้นั้น ก็ต้องมีความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก แม้ว่าสังคมในยุคปัจจุบันจะมีภาวะทางเศรษฐกิจที่บีบรัดตัวมาก ทำให้ประชาชนอาจไม่มีเวลาหรือสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ความรู้เรื่องไข้เลือดออกที่ถูกต้องก็ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นตัวนำในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกที่ถูกต้องต่อไป

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออกกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ ดลนภา หงษ์ทองและคณะ (2552) ที่พบว่า การรับรู้เรื่องโรคไข้ปวดข้อยุงลายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และนิคม แก้ววันดี (2557) ที่พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีระดับการรับรู้ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมกกว่าบุคคลที่มีระดับการรับรู้ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำ ดังนั้นการที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ หรือการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อประชาชนมีแนวโน้มในการแสดงออกทางพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีขึ้นด้วย

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ นิคม แก้ววันดี (2557)

ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับ เขมจิรา ยะระไสย์ (2557) ที่พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อธิบายได้ว่า ทัศนคติเป็นผลมาจากการเรียนรู้ และความรู้สึก เมื่อคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีความรู้สึกชอบ หรือพึงพอใจต่อสิ่งนั้นแล้ว สิ่งก็ตามมาก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำ ในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับการเรียนรู้และความรู้สึกต่อสิ่งนั้น หากบุคคลรู้และเชื่อว่าสิ่งใดก็ที่จะ เกิดความคิดเห็นที่ดีต่อสิ่งนั้น วัชระ กันทะโย (2555) ซึ่งจากการศึกษา พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของคนใน ครอบครัว ทำให้เกิดทัศนคติหรือความรู้สึกที่ดีต่อบุคคลในครอบครัว จึงมีผลโน้มน้าวทำให้กลุ่มตัวอย่าง แสดงการป้องกันและควบคุมโรคเพื่อไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกกับบุคคลในครอบครัวของตนเองซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชระ กันทะโย (2555)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่ยังไม่เข้าใจผิดเรื่องเวลาการออกหากินของยุงนำไข้เลือดออก และยังเข้าใจว่าการพ่นหมอกควันตามบ้านเรือนเป็นการลดจำนวนยุงนำโรคที่ดีที่สุด จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

1.1 ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเวลาการออกหากินของยุงนำไข้เลือดออกวงจรชีวิตของยุงนำโรค ช่องทางการติดต่อและการป้องกันไข้เลือดออก ผ่านสื่อต่าง ๆ ให้มากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะ แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ สื่อวิทยุ หรือทางสื่อออนไลน์อื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และ พฤติกรรมที่ดีเพิ่มมากขึ้น

1.2 จัดวิทยากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ บรรยายให้แก่บุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหากวิธีประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ ไข้เลือดออกและช่องทางการติดต่อ และการป้องกัน ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ทันสมัย เข้าใจง่าย เข้าถึงและ สม่าเสมอเพื่อกระตุ้นความรู้และพฤติกรรมให้เพิ่มมากขึ้น

1.3 จัดประสบการณ์การเรียนรู้พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออก ให้แก่ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อจะได้นำความรู้ไปถ่ายทอดและเผยแพร่แก่ประชาชนในชุมชนต่อไป

1.4 จัดตั้งกลุ่มเคลื่อนที่เร็วเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ เพื่อใช้ในการรายงานและเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ ทั้งการรายงานโรคจากพื้นที่ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคหรือจากหน่วยงานควบคุมโรคมายังพื้นที่ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการป้องกันหรือควบคุมโรคในกรณีเร่งด่วน หรือกรณีที่ เกิดการระบาดของโรคในพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมและรองรับกับ สถานการณ์ฉุกเฉินได้

2. จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก ทศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก ทศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกจึงมีความสำคัญและมีผลโดยตรงกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันไข้เลือดออก จึงจำเป็นต้องส่งเสริมในด้านการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก ซึ่งจะส่งผลต่อทศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกไปในแนวทางที่ดีขึ้น ดังข้อเสนอแนะข้างต้น ข้อที่ 1.1, 1.2, 1.3 และ 1.4

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มที่เคยป่วยด้วยไข้เลือดออกยังมีจำนวนน้อย ทำให้ปัจจัยในข้อดังกล่าวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งในความเป็นจริงหากมีจำนวนกลุ่มดังกล่าวมากกว่านี้ ปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกได้ และจากจำนวนข้อคำถามในส่วนของพฤติกรรมยังมีจำนวนไม่มากพอ จึงควรเพิ่มข้อคำถามในส่วนนี้ให้มากขึ้นอีก เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ข้อมูลให้มากขึ้น และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยหลักที่สำคัญในครั้งนี่คือ ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก ทศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควร มีการศึกษาในเชิงลึก เพื่อลงรายละเอียดในแต่ละปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมหรือเพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ลงรายละเอียดให้ลึกกว่านี้ระหว่างพื้นที่ที่มีการระบาดสูงกับพื้นที่ระบาดต่ำ เพื่อหาปัจจัยที่สำคัญที่อาจซ่อนอยู่หรือมีความแตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในมิติด้านอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์. (2548). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลชุมชน.

กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค. (2554). รายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- ภาพรวมระดับประเทศ. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2556). รายงานประจำปี 2556 สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2557). แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2557). รายงานประจำปี 2557 สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2558). รายงานการพยากรณ์โรคไข้เลือดออก. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2558). สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2558 (Online). <http://www.thaivbd.org/n/dengues/view/478>, 23 พฤศจิกายน 2558.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2545). มาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2547). มาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2550). WHO วิตกสถานการณ์ไข้เลือดออกเผยเอเชียแปซิฟิก 1,800 ล้านคนเป็นกลุ่มเสี่ยง (Online). http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=8889, 23 พฤศจิกายน 2558.
- _____. (2552). มาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรองแก้ว อยู่สุข. (2542). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- กันยา สุวรรณแสง. (2538). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยารัตน์ แก้ววันดี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิติมา สุรสอนธิ. (2533). ความรู้ทางการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เชมจิรา ยะราไสย์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนครราชสีมา.
- ฉลอง ภิมย์รัตน์. (2521). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: ประจักษ์การพิมพ์.

- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: สามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ชาญชัย เรืองขจร. (2550). **ระเบียบวิธีวิจัยพื้นฐาน**. สงขลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ณรงค์ สิ้นสวัสดิ์. (2519). **จิตวิทยาการเมือง**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดลนภา หงษ์ทอง, อรัญญา นามวงศ์, ประดิษฐ์ ชาลีเครือ, สิริสุดา เตชะวิเศษ, สุรางคณา ไชยรินคำ, และพรพิมล อรุณรุ่งโรจน์. (2552). **ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อ** **ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา**. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา.
- ดารณี พานทองพาลุสุข และสุรเสกข์ พงษ์หาญยุทธ. (2542). **ทฤษฎีการจูงใจ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทองแก้ว อยู่สุข. (2542). **พฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนะ ภูผาธรรม. (2543). **ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนโบราณสถานเมืองประวัติศาสตร์ของประชาชนที่อยู่อาศัยอยู่ในบริเวณเมือง ศึกษากรณีเมืองฟ้าแดดสูงยาง จังหวัดกาฬสินธุ์**. ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชานินทร์ ปัญญาวัฒนากุล. (2549). **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.).
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2553). **การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยSPSS**. นนทบุรี: พิมพ์ครั้งที่ 11. ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- นลินี อัครวโกตี และคณะ. (2540). **ประสบการณ์ด้านโรคติดต่อในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพ็บลิชชิงจำกัด.
- นันทุฒิ ชื่นบาล, ตรีอมร วิสุทธีศิริ และพรเลขา บรรหารศุภวาท. (2556). **การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร**. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- นิคม แก้ววันดี. (2557). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2540). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญญา แวโต. (2544). **ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย กรณีศึกษาโรงเรียนเตรียมศึกษาวิทยา จังหวัดปัตตานี**. ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุข ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- ประเทือง ฉำน้อย. (2558). **การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุม**

โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. รายงานการวิจัย. นครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2538). พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปรีชา วิหคโต. (2534). พฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 1-8. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์.
- พงศ์พิทักษ์ สุพรหม. (2553). การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดและไม่มีการระบาด ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรทิพย์ สัมปัตตะวนิช. (2538). เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพฤติกรรมผู้บริโภค. นนทบุรี: สาขาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรศักดิ์ สำราญรื่น. (2553). การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงสุด กับตำบลที่มีการระบาดต่ำสุด อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิเชษฐ์ แป้นอินทร์. (2546). พฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุขวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- พิริยะ อนุกุล. (2551). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก : ศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์. มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- เพ็ญนิภา พรพัฒนางกูร. (2551). ทักษะคิดและพฤติกรรมการซื้อขายเสื้อผ้าแฟชั่นนำเข้าจากต่างประเทศของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ไพศาล หวังพาณิชย์. (2526). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์.
- ภาคย์ คะมาลี. (2552). การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเทศบาลเมือง เมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภิเชต เสริมสัย. (2554). การเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาด ตำบลทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มานี ชูไทย. (2523). คู่มือวิชาการสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจริญผล.
- มุกดา ศรียงค์. (2542). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- รอยฮาน เจ๊ะหะ. (2552). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- : **กรณีศึกษา ตำบลเขาต้อม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์ จำกัด.
- เรียม ศรีทอง. (2542). **พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตนเอง.** กรุงเทพมหานคร: เวิร์ดเวฟเอดดูเคชั่น.
- ลักขณา ศรีวัฒน์. (2544). **จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน.** กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- วัชระ กันทะโย. (2555). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในเขตตำบลท่าเตื่อ อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหา- บัณฑิต. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- วิชัย วงษ์ใหญ่. (2520). **พัฒนาหลักสูตรการสอนมิติใหม่.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รุ่งเรือง.
- ศิริ วัฒนธีรารังกูร และอมร วัฒนธีรารังกูร. (2542). **การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นพื้นฐาน.** ยะลา: วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2542). **พฤติกรรมองค์การ.** กรุงเทพมหานคร: ธีระพงษ์ไซเท็ก.
- สมจิตต์ สุพรรณทัสน์. (2538). **พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 12.** นนทบุรี: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). **ทฤษฎีและการปรับพฤติกรรม.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2545). **พฤติกรรมองค์การทฤษฎีและการประยุกต์.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สาโรจน์ ทองแสง. (2548). **ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกกองทุนต่อโครงการกองทุนหมู่บ้านและ ชุมชนเมือง และสาเหตุการปฏิบัติผิดสัญญาการคืนเงิน: ศึกษากรณี อำเภอแม่สาย จังหวัด เชียงราย.** ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2547). **ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร“นักวิจัย”.** กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะเดา. (2557). **รายงานทางระบาดวิทยาและควบคุมโรคอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี 2556, 14 มกราคม 2557.**
- _____. (2558). **รายงานทางระบาดวิทยาและควบคุมโรคอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี 2557, 9 มกราคม 2558.**
- _____. (2559). **รายงานทางระบาดวิทยาและควบคุมโรคอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี 2558, 7 มกราคม 2559.**
- สุจิตรา นิมมานนิตย์. (2542). **ไข้เลือดออก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สหกรณ์การเกษตรแห่ง ประเทศไทย.
- สุชา จันทน์เอม. (2541). **จิตวิทยาทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ โสมประยูรและคณะ. (2543). **สุขศึกษาภาคปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ.
- สุเทพ รักเมือง. (2538). **ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับยาเสพติดของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคพังงา. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**

- สุภางค์ จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล. (2541). **การพัฒนาแนวคิดและเครื่องชี้วัดสังคมและคุณภาพชีวิตในต่างประเทศ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุวรรณา เชียงขุนทด. (2556). **รายงานการวิจัย ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมบริการสุขภาพ.
- สุวลี มิลินทางกูร. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการรับรู้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อธิวัฒน์ วราพุดม. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- อนวัช ประทีปอนันต์. (2553). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของประชาชน: กรณีศึกษาจังหวัดสตูล**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อัจฉา, (2541). **การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อัจฉรา จันเพ็ชร และวราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์. (2552). **ความรู้ การรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา สถาบันพระบรมราชชนก.
- อุดร ขำถนอม. (2542). **พฤติกรรมการคุมครองผู้บริโภคด้านอาหารและเครื่องดื่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดร ชัยวราภรณ์. (2543). **ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ประกันตนต่อระบบประกันสังคม: กรณีสำนักงานประกันสังคมจังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- Cronbach, Lee J. (1970). **Essentials of Psychological Testing**. New York : Harper and Row Publishers.
- Yamane, Taro. (1973). **Statistics: An Introductory Analysis**. 3rd ed. New york : Harper and Row Publishers.
- World Health Organization. (2012). **Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020**(Online).http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf, November 17, 2015.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

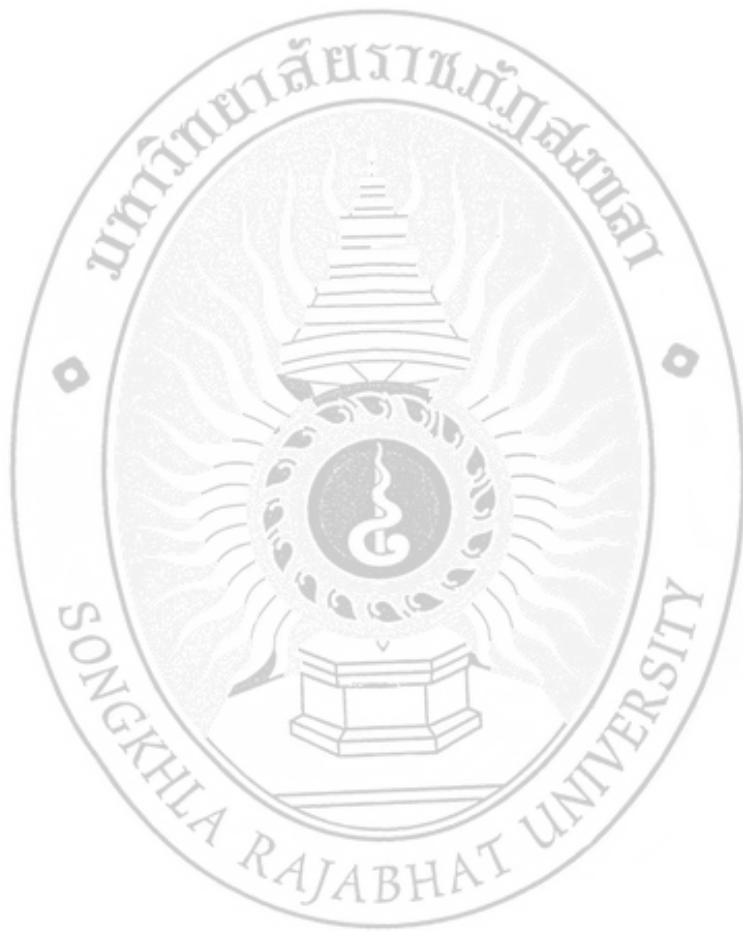
1. นายนิภาศ นิลสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลนาหม่อม
2. น.ส.จงดี สุขโช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาหม่อม
3. น.ส.สมัชญา ปรีชาพานิช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ







ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน
กรณีศึกษา: อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นเครื่องมือใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่อาศัยในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา
2. เครื่องมือวัดฉบับนี้มุ่งที่จะทดสอบประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา ก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ท่านควรอ่านแบบทดสอบให้เข้าใจชัดเจน และโปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง
3. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออก
 - ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไข้เลือดออก
 - ส่วนที่ 4 แบบแสดงความคิดเห็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้เลือดออก
 - ส่วนที่ 5 แบบแสดงความคิดเห็นต่อการป้องกันไข้เลือดออก
 - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก
4. แบบสอบถามที่ใช้ในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อทำการวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
5. ข้อมูลที่ได้จากท่าน จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีชื่อของท่าน ทั้งนี้เพื่อใช้ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ขอขอบพระคุณในความกรุณาอย่างสูง

นายชนกฤต น้อยกุลวงศ์

นักศึกษาปริญญาโท

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและครัวเรือน

คำชี้แจง ให้เติมในช่องว่าง และกาเครื่องหมาย ลงในช่อง ตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

2. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยก
3. ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน
 หัวหน้าครัวเรือน ภรรยา/สามี อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ท่านประกอบอาชีพอะไรอยู่ขณะนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ แม่บ้าน นักศึกษา
 ว่างาน อื่นๆ ระบุ
6. รายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ในบ้านของท่านมีเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีคน

ส่วนที่ 2 ประวัติการป่วยเป็นไข้เลือดออก

1. ท่านเคยป่วยด้วยไข้เลือดออกหรือไม่
 ไม่เคย เคย เมื่อปี พ.ศ.....
2. ในอดีตที่ผ่านมา มีใครในบ้านนี้ป่วยเป็นไข้เลือดออกหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุจำนวน.....ราย
 คนที่ 1 เมื่อปี พ.ศ.....
 คนที่ 2 เมื่อปี พ.ศ.....
 คนที่ 3 เมื่อปี พ.ศ.....
3. ในอดีตที่ผ่านมา มีใครในบ้านนี้เสียชีวิตด้วยไข้เลือดออกหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุจำนวน.....ราย
4. ในรอบปีที่ผ่านมา (2558) ท่านมีเพื่อน/ญาติ จากชุมชนอื่นมาพักอาศัยในบ้านด้วยหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุจำนวน.....ราย

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับไข้เลือดออก

คำชี้แจง ให้ตอบตามความรู้แต่ละข้อ แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามคำตอบที่ได้ในแต่ละข้อ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ไข้เลือดออกสามารถติดต่อได้โดยุงลาย			
2. ยุงรำคาญเป็นยุงนำไข้เลือดออกได้			
3. ยุงนำไข้เลือดออกจะออกหากินตั้งแต่เช้ามืด			
4. ยุงนำไข้เลือดออกชอบเกาะพักบริเวณพื้นที่มีดักขี้ในบ้าน			
5. ยุงนำไข้เลือดออกมักจะวางไข่ในน้ำเน่าเสีย			
6. การควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงนำไข้เลือดออกในภาชนะบรรจุน้ำตามบ้านเรือนทำได้โดย			

6.1 การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ			
6.2 การทำความสะอาดเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกเดือน			
6.3 การคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้แล้วเพื่อไม่ให้มีน้ำขัง			
7. การใช้ยาทากันยุง หรือการใส่เสื้อผ้ามิดชิด เป็นการป้องกันยุงกัดได้			
8. การใช้ยาทากันยุงจะต้องทาให้ทั่วร่างกาย			
9. ยาทากันยุงที่ดีควรมีกลิ่นหอมน่าใช้			
10. การจุดยากันยุงควรจุดในห้องที่ปิดมิดชิด			
11. การรับประทานยาสมุนไพรสามารถป้องกันไข้เลือดออกได้			
12. วิธีการป้องกันยุงที่ดีที่สุดคือการนอนกางมุ้ง			
13. เราสามารถใส่เกลือแกงในจานรองขาตู้กับข้าวเพื่อป้องกันยุงวางไข่ได้			
14. การพ่นหมอกควันตามบ้านเรือนเป็นการลดจำนวนยุงนำไข้เลือดออกที่ดีที่สุด			
15. อาการเบื้องต้นของไข้เลือดออก คือ มีไข้สูง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ			

16. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออก จากที่ใดบ้าง

ไม่เคย

เคย

ได้รับจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โทรทัศน์

วิทยุ

หนังสือพิมพ์

โปสเตอร์/แผ่นพับ/ใบปลิว

หอกระจายข่าว/รถประชาสัมพันธ์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/โรงพยาบาล

อสม.

อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดไข้เลือดออก

คำชี้แจง ให้ตอบความคิดเห็นต่อข้อความแต่ละข้อว่า เห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วยแล้วกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามคำตอบที่ได้ในแต่ละข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. บ้านที่มีภาชนะที่มีน้ำทุกภาชนะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำไข้เลือดออกได้			
2. ถ้าสมาชิกในบ้านของท่านหรือคนในชุมชนป่วยเป็นไข้เลือดออก สมาชิกในบ้าน/ชุมชนทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นไข้เลือดออกได้			
3. การนอนตอนกลางวันในมุ้ง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออกได้			
4. ทั้งผู้ใหญ่และเด็กมีโอกาสป่วยเป็นไข้เลือดออกได้เท่าๆ กัน			
5. ไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้ ถ้าหากคนในชุมชน ท่านหรือสมาชิกในบ้านของท่าน ไม่ป้องกัน ควบคุมยุงนำไข้เลือดออก			
6. ทุกคนมีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นไข้เลือดออกได้ ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา			
7. ผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกมีภูมิคุ้มกันไข้เลือดออกจะไม่ป่วยด้วยไข้เลือดออกอีก			

8. เด็กที่ป่วยเป็นไข้เลือดออกมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ใหญ่ที่ป่วย			
9. หากป่วยด้วยไข้เลือดออกเพศหญิงมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าเพศชาย			
10. ผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกหากติดเชื้ออีกจะมีความรุนแรงของโรคสูงกว่า			
11. หากมีผู้เป็นไข้เลือดออกแล้วเสียชีวิตในพื้นที่ มีโอกาสสูงที่จะมีผู้เสียชีวิตขึ้นในพื้นที่อีก			
12. เมื่อป่วยด้วยไข้โดยไม่ทราบว่าเป็นไข้เลือดออกแล้วหาซื้อยากินเองจะลดความรุนแรงจากเชื้อไข้เลือดออกได้			

ส่วนที่ 5 ทักษะคิดต่อการป้องกันไข้เลือดออก

คำชี้แจง ให้ตอบความคิดเห็นต่อข้อความแต่ละข้อว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามคำตอบที่ได้ในแต่ละข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การป้องกันไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการพ่นหมอกควันกำจัดยุง					
2. ยุงนำไข้เลือดออกออกหากินเฉพาะกลางวันเท่านั้น					
3. การถูกยุงนำไข้เลือดออกกัดเพียงครั้งเดียวสามารถเป็นไข้เลือดออกได้					
4. การทายากันยุงสามารถป้องกันยุงได้ทั้งวัน					
5. การใช้สมุนไพรบางชนิด สามารถป้องกันยุงกัดได้					
6. เด็กเล็ก สตรีมีครรภ์และผู้สูงอายุไม่ควรใช้ยาทา กันยุง					
7. การเทและล้างภาชนะใส่น้ำทุกสัปดาห์เป็นการ ป้องกันไข้เลือดออกได้ดี					
8. การใส่เสื้อผ้าสีด้ามักดึงดูดให้ยุงมากัดได้					
9. การป้องกันไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
10. หากมีผู้ป่วยด้วยไข้เลือดออกอยู่ในบ้านควรให้ ผู้ป่วยนอนในมุ้ง					

11. หากเป็นไข้เลือดออกแล้ว ไปพบแพทย์ทันเวลา สามารถรักษาให้หายได้แน่นอน					
12. เมื่อเป็นไข้เลือดออกในเด็กมักจะรุนแรงกว่าในผู้ใหญ่					
13. ยาหากันยุงเหมาะกับญาติที่มีผู้ป่วยอยู่ในบ้าน โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยาหากันยุงก็ได้					
14. การจัดบ้านให้สะอาด กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง อากาศถ่ายเทสะดวกไม่อับทึบ สามารถป้องกันไข้เลือดออกได้					
15. ไข้เลือดออกยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่รักษาโรค โดยเฉพาะ					

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันตนเองและสมาชิกในครัวเรือนจากไข้เลือดออก

คำชี้แจง ให้ตอบตามความจริงในการปฏิบัติของท่านว่า **ทำเป็นประจำ** **ทำเป็นบางครั้ง** หรือ **ไม่ทำ** โดยจำแนกความถี่ในการปฏิบัติดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ และไม่น้อยกว่า 4 ครั้งต่อเดือน

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเพียง 1 - 3 ครั้งต่อเดือน

ไม่ทำ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลยหรือมากกว่า 1 เดือนต่อการปฏิบัติ 1 ครั้ง

แล้วภาครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามคำตอบที่ได้ในแต่ละข้อ

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่ทำ
1. ท่านป้องกันตนเอง/สมาชิกในครัวเรือนจากการโดนยุงกัดด้วยวิธี			
1.1 ทายากันยุง			
1.2 จุดยากันยุง/ฉีดยากันยุง			
1.3 เผากาบมะพร้าว หรือเปลือกส้ม หรือสมุนไพรไล่ยุง ฯลฯ			
1.4 เปิดพัดลม			
1.5 นอนในมุ้งเวลากลางวัน			
1.6 ใส่เสื้อผ้ามิดชิด (เสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว/ผ้าใสร่ง)			
2. ท่านสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำในบ้านและนอกบ้าน			
3. ท่านแนะนำวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำให้กับคนในบ้าน			
4. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก			
5. ท่านมีส่วนร่วมในการกำจัดยุงนำไข้เลือดออกในบ้านและชุมชน			
6. ท่านกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้/ขยะที่เป็นแหล่งซังน้ำ เช่น ถังพลาสติก กะละมัง ขวด กะลา ยางรถยนต์ที่ไม่ใช้ ในบ้านและรอบบ้าน			



ภาคผนวก ง
การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ราย

ตาราง 14 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้ใช้เลือดออก

ข้อคำถาม	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			IOC	ผลการ พิจารณา
	1	2	3		
1. ใช้เลือดออกสามารถติดต่อได้โดยยุง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. ยุงรำคาญเป็นยุงนำใช้เลือดออก	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. ยุงนำใช้เลือดออกจะออกหากินตั้งแต่เช้าจนเย็น	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. ยุงนำใช้เลือดออกจะออกหากินตลอดทั้งวัน	0	0	0	0	ใช้ไม่ได้
5. ยุงนำใช้เลือดออกชอบเกาะพักบริเวณพื้นที่มีดักขึ้นในบ้าน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
6. ยุงนำใช้เลือดออกมักจะวางไข่ในน้ำเน่าเสีย	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
7. การควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงในภาชนะบรรจุน้ำ					
7.1 การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
7.2 การทำความสะอาดเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกเดือน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
7.3 การคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้แล้วเพื่อไม่ให้มีน้ำขัง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
8. การใช้ยาทากันยุง หรือการใส่เสื้อผ้ามิดชิด เป็นการป้องกันยุงกัดได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
9. การใช้ยาทากันยุงจะต้องทาให้ทั่วร่างกาย	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
10. ยาทากันยุงที่ดีควรมีกลิ่นหอมน่าใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
11. การจุดยากันยุงควรจุดในห้องที่ปิดมิดชิด	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
12. การรับประทานยาสมุนไพรป้องกันใช้เลือดออกได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
13. วิธีการป้องกันยุงที่ดีที่สุดคือการนอนกางมุ้ง	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
14. เราสามารถใส่เกลือแกงในจานรองขาตู้กับข้าวเพื่อป้องกันยุงวางไข่ได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
15. การพ่นหมอกควันตามบ้านเรือน เป็นการลดจำนวนยุงนำใช้เลือดออกที่ดีที่สุด	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
16. การพ่นหมอกควันกำจัดยุงไม่เป็นอันตรายต่อมนุษย์	0	+1	0	0.33	ใช้ไม่ได้
17. อาการเบื้องต้นของใช้เลือดออก คือ มีไข้สูง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ตาราง 15 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของใช้เลือดออก

ข้อคำถาม	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ	IOC	ผลการ
----------	-------------------	-----	-------

		(คนที่)				พิจารณา
		1	2	3		
1.	บ้านที่มีภาชนะที่มีน้ำที่ไม่มีฝาปิดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำไข่เลือดออกได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2.	ถ้าสมาชิกในบ้านของท่านหรือคนในชุมชนป่วยเป็นไข้เลือดออก สมาชิกในบ้าน/ชุมชนทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นไข้เลือดออกได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3.	การนอนตอนกลางวันในมุ้ง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออกได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4.	เด็กมีโอกาสป่วยเป็นไข้เลือดออกได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่	0	+1	0	0.33	ใช้ไม่ได้
5.	ทั้งผู้ใหญ่และเด็กมีโอกาสป่วยเป็นไข้เลือดออกได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
6.	ไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้ ถ้าหากคนในชุมชนท่านหรือสมาชิกในบ้านของท่าน ไม่ป้องกัน ควบคุมยุงนำไข่เลือดออก	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
7.	ทุกคนมีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นไข้เลือดออกได้ ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
8.	ผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกมีภูมิคุ้มกันไข้เลือดออกจะไม่ป่วยด้วยไข้เลือดออกอีก	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้
9.	ผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกถ้าป่วยอีกจะมีความรุนแรงน้อยเพราะมีภูมิต้านทาน	0	0	+1	0.33	ใช้ไม่ได้
10.	เด็กที่ป่วยเป็นไข้เลือดออกมีโอกาสเสียชีวิตสูง	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
11.	หากป่วยด้วยไข้เลือดออกเพศหญิงมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าเพศชาย	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้
12.	ผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกหากติดเชื้ออีกจะมีความรุนแรงของโรคสูงกว่า	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
13.	หากมีผู้เป็นไข้เลือดออกแล้วเสียชีวิตในพื้นที่ มีโอกาสสูงที่จะมีผู้เสียชีวิตขึ้นในพื้นที่อีก	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้
14.	เมื่อป่วยด้วยไข้โดยไม่ทราบว่าเป็นไข้เลือดออกแล้วหาซื้อยากินเองจะลดความรุนแรงจากเชื้อไข้เลือดออกได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ตาราง 16 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก

ข้อคำถาม	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3		
1. การป้องกันไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการพ่นหมอกควันกำจัดยุง	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้
2. ยุงนำไข่เลือดออกออกหากินเฉพาะกลางวัน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

3.	การถูกยุงนำไขเลือดออกกัดเพียงครั้งเดียวสามารถเป็นไขเลือดออกได้	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้
4.	การทายากันยุงสามารถป้องกันยุงได้ทั้งวัน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
5.	การใช้สมุนไพรบางชนิด สามารถป้องกันยุงกัดได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
6.	เด็กเล็กสตรีมีครรภ์และผู้สูงอายุไม่ควรใช้ยาทากันยุง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
7.	การเทและล้างภาชนะใส่น้ำทุกสัปดาห์เป็นการป้องกันไขเลือดออกได้ดี	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
8.	การใส่เสื้อผ้าสีด้ามักดึงดูดให้ยุงมากัดได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
9.	การป้องกันไขเลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
10.	หากมีผู้ป่วยด้วยไขเลือดออกอยู่ในบ้านควรให้ผู้ป่วยนอนในมุ้ง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
11.	หากเป็นไขเลือดออกแล้ว ไปพบแพทย์ทันเวลาสามารถรักษาให้หายได้แน่นอน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
12.	เมื่อเป็นไขเลือดออกในเด็กมักจะรุนแรงกว่าผู้ใหญ่	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
13.	ยาทากันยุงเหมาะกับญาติที่มีผู้ป่วยอยู่ในบ้าน โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยาทากันยุงก็ได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
14.	การจัดบ้านให้สะอาดกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกันไขเลือดออกได้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
15.	ไขเลือดออกยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่รักษาโรคโดยเฉพาะ	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้

ตาราง 17 ผลการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากไขเลือดออก

ข้อคำถาม	คะแนนผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			IOC	ผลการพิจารณา
	1	2	3		
1. ท่านป้องกันตนเอง/สมาชิกในครัวเรือนจากการโดนยุงกัดด้วยวิธี					
1.1 ทายากันยุง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
1.2 จุดยากันยุง/ฉีดยากันยุง	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
1.3 ฆากาบมะพร้าว หรือเปลือกส้ม หรือสมุนไพรไล่ยุง ฯลฯ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
1.4 เปิดพัดลม	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
1.5 นอนในมุ้งเวลากลางวัน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
1.6 ใส่เสื้อผ้ามิดชิด (เสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว/ผ้า	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

โสร่ง)

2.	ท่านสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำในบ้านและนอกบ้าน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3.	ท่านแนะนำวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำให้กับคนในบ้าน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4.	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์ของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
5.	ท่านมีส่วนร่วมในการกำจัดยุงนำไข้เลือดออกในบ้านและชุมชน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
6.	ท่านกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้/ขยะที่เป็นแหล่งขังน้ำ เช่น ถังพลาสติก กะละมัง ขวด กะลา ยางรถยนต์ที่ไม่ใช้ในบ้านและรอบบ้าน	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
K1	95.7333	109.3057	.2456	.8004
K2	94.9667	115.4126	-.3085	.8131
K3	95.6667	109.6782	.2245	.8009
K4	95.7667	109.4954	.2009	.8012
K5	95.2667	106.2713	.4130	.7958
K6.1	95.9000	111.8862	.0000	.8035
K6.2	95.6667	110.0230	.1860	.8016

K6.3	95.9000	111.8862	.0000	.8035
K7	95.8333	110.1437	.3151	.8007
K8	95.0667	104.2023	.5043	.7924
K9	95.3667	106.9989	.2669	.7994
K10	95.0667	107.4437	.5471	.7960
K11	94.8333	107.3161	.4687	.7963
K12	95.8000	110.6483	.1270	.8026
K13	95.6000	109.0759	.1580	.8026
K14	95.7000	108.2862	.3339	.7986
K15	95.6333	108.7920	.2012	.8012
R1	95.8333	112.1437	-.0505	.8052
R2	95.7333	111.1678	.0719	.8035
R3	95.4333	111.2885	.0093	.8066
R4	95.8333	112.2126	-.0727	.8047
R5	95.8667	110.8782	.2535	.8019
R6	95.9000	111.8862	.0000	.8035
R7	94.4667	101.9816	.5596	.7893
R8	95.2667	108.6161	.2256	.8006
R9	94.8333	109.0402	.1824	.8017
R10	95.7333	112.5471	-.1000	.8061
R11	94.9000	105.1276	.4075	.7950
R12	94.3000	103.7345	.6134	.7904
AT1	95.1667	106.6954	.2821	.7989
AT2	94.3667	105.6885	.2283	.8020
AT3	94.7333	106.4782	.2428	.8006
AT4	93.6333	101.9644	.4734	.7915
AT5	94.3333	103.4023	.4000	.7945
AT6	94.1000	102.9207	.3494	.7967
AT7	95.4000	109.5586	.1465	.8026
AT8	94.4000	105.1448	.2646	.8002
AT9	93.2333	101.6333	.3831	.7952
AT10	95.0333	105.7575	.3239	.7975
AT11	95.3000	106.9759	.3942	.7967
AT12	94.7333	108.7540	.1518	.8032
AT13	93.9000	102.7138	.3947	.7946
AT14	95.3000	108.6310	.2502	.8001

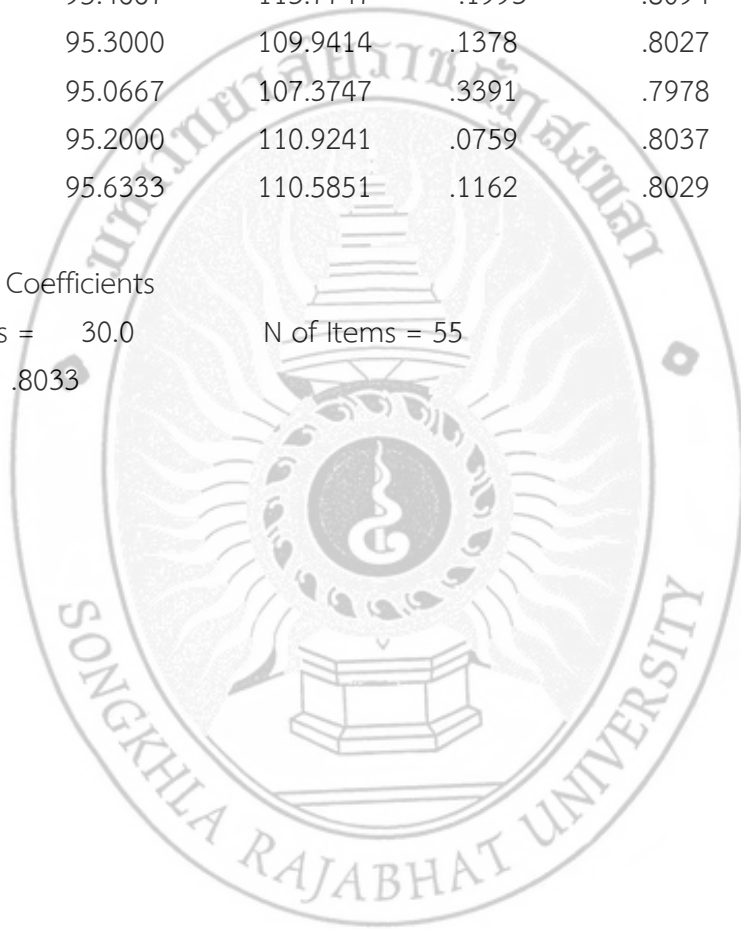
AT15	94.4000	108.9379	.1057	.8059
BEH1.1	94.9667	109.0678	.1803	.8018
BEH1.2	95.2000	110.3724	.1092	.8032
BEH1.3	94.7333	104.8920	.4544	.7939
BEH1.4	95.5667	108.7368	.2920	.7994
BEH1.5	94.4333	108.0471	.2177	.8009
BEH1.6	95.1333	107.1540	.3349	.7977
BEH2	95.4667	113.7747	-.1993	.8094
BEH3	95.3000	109.9414	.1378	.8027
BEH4	95.0667	107.3747	.3391	.7978
BEH5	95.2000	110.9241	.0759	.8037
BEH6	95.6333	110.5851	.1162	.8029

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 55

Alpha = .8033





ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นายธนกฤต น้อยกุลวงศ์
วัน เดือน ปีเกิด	2 กรกฎาคม 2522
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	12/4 หมู่ 3 ตำบลทุ่งหมอ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวควน ตำบลสำนักแต้ว อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2538	มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) โรงเรียนมหาวชิราวุธ จังหวัดสงขลา
พ.ศ. 2541	มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) โรงเรียนมหาวชิราวุธ จังหวัดสงขลา
พ.ศ. 2545	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2559	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จังหวัดสงขลา