



ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี



โดย  
นางสาวสุพรรณษา อัคริณโณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม แผนก ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต

ภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญามหาบัณฑิต  
ภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

FACTORS AFFECTING THE OUTBREAK AND INCIDENCE OF DENGUE FEVER IN  
PHETCHABURI PROVINCE.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for Master of Science (ENVIRONMENTAL SCIENCE)  
Department of ENVIRONMENTAL SCIENCE  
Graduate School, Silpakorn University  
Academic Year 2021  
Copyright of Silpakorn University

หัวข้อ	ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี
โดย	สุพรรณษา อัดภิญโญ
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม แผนก ก แบบ ก 2 ระดับปริญญา มหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. กนกพร สว่างแจ้ง

---

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

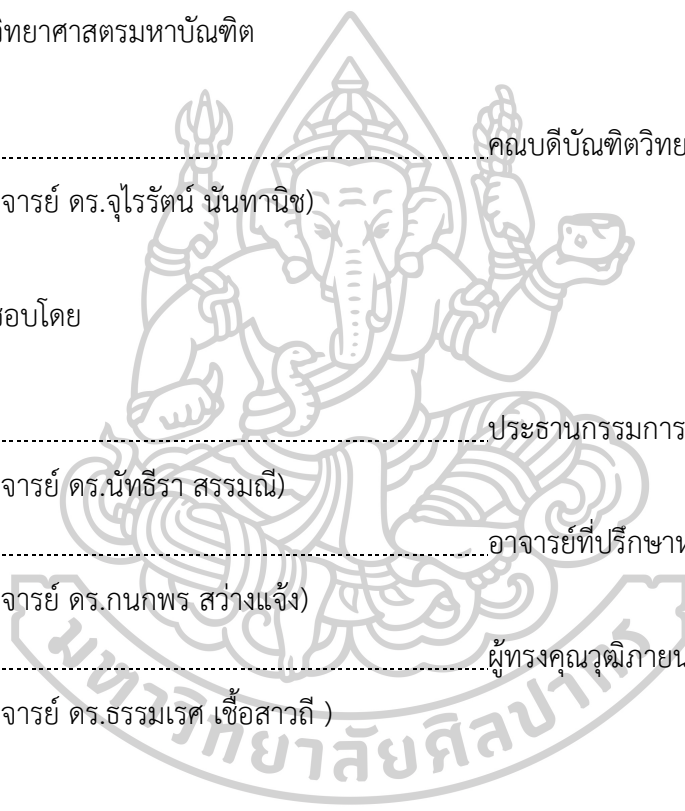
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ นันทานิช)

พิจารณาเห็นชอบโดย

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิรา สรรมนี่)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สว่างแจ้ง)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธรรมรงค์ เชื้อสาวถี)



60311307 : วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม แผน ก แบบ ก 2 ระดับปริญญาโท

นางสาว สุพรรณษา อัทธินุโย: ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรค  
ไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ดร. กนกพร  
สว่างแจ้ง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของการเกิด  
โรคไข้เลือดออก การศึกษาดำเนินการที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี การศึกษาได้เปรียบเทียบ  
ระหว่างตำบลท่าราบ และ ตำบลเวียงคอก ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดไข้เลือดออกสูงสุด และต่ำสุด  
ตามลำดับ ด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 339 หลังคาเรือน และ 205 หลังคาเรือน เครื่องมือหลัก  
ในงานวิจัยคือแบบสอบถามแบบเผชิญหน้า และการสำรวจสภาพบ้าน ปัจจัยที่ศึกษาสะท้อน  
วัตถุประสงค์ที่กำหนด วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติ t-test และ Pearson  
Chi-Square Test ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยประชากรแฝงชาวต่างชาติ และการเมินเฉยของประชากร  
เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญของความแตกต่างต่ออุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกในสองพื้นที่ ทั้ง 2 กลุ่ม  
ตัวอย่างมีค่า House Index และ Container Index ต่ำกว่ามาตรฐาน และมีความสัมพันธ์กับการเกิด  
โรค และเป็นสาเหตุการเกิดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์  
ทางสถิติระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันโรค ซึ่ง  
ส่งผลที่ตามมาคือการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยรวม

60311307 : Major (ENVIRONMENTAL SCIENCE)

MISS SUPHANSA ATTAPHINYO : FACTORS AFFECTING THE OUTBREAK AND INCIDENCE OF DENGUE FEVER IN PHETCHABURI PROVINCE. THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR KANOKPORN SWANGJANG, Ph.D.

The purpose of this study was to investigate the factors affecting the outbreak and incidence of dengue hemorrhagic fever. Amphoe Muang, Phetchaburi was the location. The comparison was done between Tha-Rap and Wiang-Khoi subdistricts where the highest and the lowest rates of dengue incidence were represented. Total number of cases were 339 and 205 households in Tha-Rap and Wiang-Khoi subdistricts, respectively. Questionnaires method by face-to-face interview was the main tool, together with household study visit. The studied factors were response to the study aims. The relationship between variables was analyzed by using statistical t-test and Pearson Chi-Square Test. The results were found that non-registered population and the ignorance of community were the significant different factors for dengue incidence of both areas. At both areas, House Index and Container Index were lower than the regulated standards and correlated with dengue incidence. These factors were related to the abundance of dengue mosquito larvae. However, in this study behavior related factors, such as personnel knowledge and attitudes together with disease prevention skill, were not found statistical relationship. Consequently, these results affect the prevention of the outbreak of dengue hemorrhagic fever in the community, as a whole.

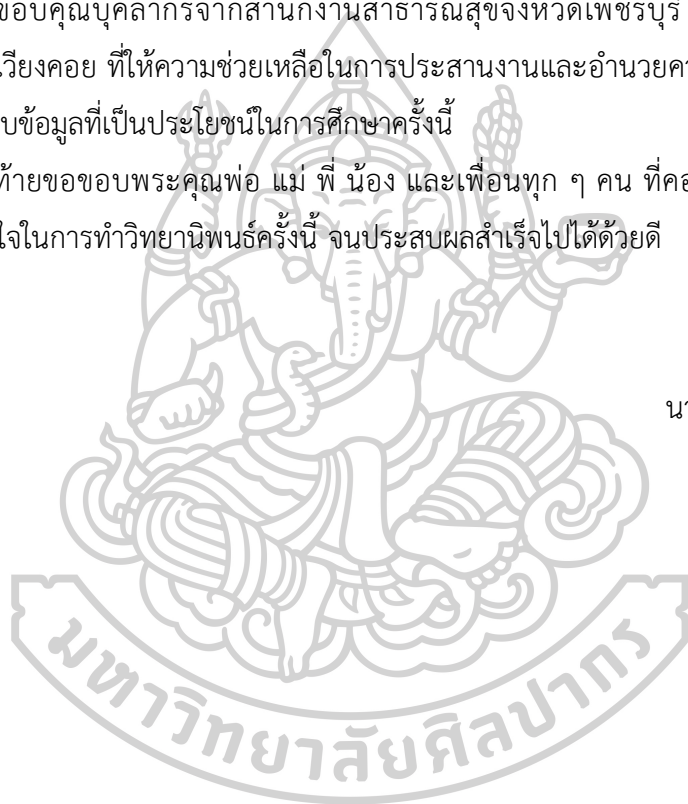
## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับการร่วมมือ ช่วยเหลือ และสนับสนุนจาก คณาจารย์ และบุคลากรหลาย ๆ ท่าน ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.กนกพร สว่างแจ้ง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการทุกท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.กมลชนก พานิชการ รองศาสตราจารย์ ดร.ธรรมเรศ เชื้อสาวถี และรองศาสตราจารย์ ดร.นันทิรา สรรम्मณี ซึ่งได้ให้คำปรึกษา และแนะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงคอย ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ระหว่างสำรวจ และเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบพระคุณพ่อ แม่ พี่ น้อง และเพื่อนทุก ๆ คน ที่คอยให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนประสบผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

นางสาว สุพรรณษา อัคริณญ์



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	4
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	4
1.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
1.6 ขั้นตอนการศึกษา.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 บริบทด้านพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี.....	7
2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก.....	7
2.2.1 สาเหตุของโรคไข้เลือดออก.....	8
2.2.2 การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก.....	8
2.2.3 อาการของโรคไข้เลือดออก.....	9
2.2.4 วิธีการรักษาโรคไข้เลือดออก.....	9



2.2.5 การป้องกันโรคไข้เลือดออก.....	10
2.3 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก.....	11
2.3.1 ความหมายระบาดวิทยา .....	11
2.3.2 ประโยชน์ของระบาดวิทยา.....	12
2.3.3 ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา.....	12
2.3.4 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก .....	12
2.3.4.1 ปัจจัยด้านตัวมนุษย์ (Host) .....	13
2.3.4.2 ปัจจัยด้านสิ่งก่อโรค (Agent).....	14
2.3.4.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment).....	14
2.3.5 ความไม่สมดุลที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ.....	15
2.3.6 ตัวชี้วัดที่ใช้ในงานระบาดวิทยา.....	16
2.3.6.1 อัตราความชุก (Prevalence Rate).....	16
2.3.6.2 อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate).....	17
2.3.6.3 อัตราป่วยหรืออัตราตาย (Mortality Rate).....	18
2.3.7 ดัชนีทางกีฏวิทยาเกี่ยวกับความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย .....	18
2.3.7.1 House Index (HI) คือ ร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย .....	18
2.3.7.2 Container Index (CI) คือ ร้อยละของภาชนะน้ำขังที่พบลูกน้ำ .....	19
2.3.7.3 Breteau Index (BI) คือ จำนวนภาชนะน้ำขังที่พบลูกน้ำยุงลายต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน.....	19
2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะคติ ความเชื่อด้านสุขภาพ .....	20
2.4.1 พฤติกรรม.....	20
2.4.1.1 ความหมายของพฤติกรรม .....	20
2.4.1.2 ประเภทของพฤติกรรม .....	21
2.4.1.3 ปัจจัยพื้นฐานของพฤติกรรม .....	22

2.4.2	ทัศนคติ (Attitude).....	22
2.4.2.1	ความหมายของทัศนคติ.....	22
2.4.2.2	องค์ประกอบของทัศนคติ.....	24
2.4.2.3	ประเภทของทัศนคติ.....	24
2.4.2.4	การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ.....	25
2.4.3	ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief).....	26
2.5	แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการย้ายถิ่นของแรงงานต่างด้าว.....	30
2.5.1	ผลดีและผลเสียของการอพยพแรงงานต่างด้าว.....	31
2.5.2	สถานการณ์ด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติ.....	33
2.6	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
2.6.1	งานวิจัยในประเทศ.....	33
2.6.2	งานวิจัยต่างประเทศ.....	36
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
3.1	พื้นที่ศึกษา.....	41
3.2	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
3.3	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
3.3.1	ขั้นตอนการจัดทำเครื่องมือ.....	44
3.4	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	45
3.5	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
3.5.1	ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย.....	45
3.5.2	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
3.6	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
3.7	สร้างแผนที่ซ้อนทับตำแหน่งบ้านผู้ป่วย.....	46
บทที่ 4	ผลการศึกษาและอภิปรายการศึกษา.....	47

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม .....	47
4.2 ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก .....	51
4.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกด้านสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดโรค .....	51
4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมกรรมการเกิดโรคไข้เลือดออก .....	59
4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสภาพแวดล้อมต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก .....	62
4.4.1 แบบสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย .....	68
4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี .....	68
4.5.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก .....	68
4.6 ปัจจัยที่ตั้งพื้นที่กับการป่วยซ้ำ .....	72
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ .....	74
5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออก .....	74
5.2 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออก .....	75
5.3 ข้อเสนอแนะ .....	76
รายการอ้างอิง .....	77
ภาคผนวก .....	83
ภาคผนวก ก .....	84
ภาคผนวก ข .....	93
ภาคผนวก ค .....	109
ประวัติผู้เขียน .....	110

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี ตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2545–2563 .....	2
ตารางที่ 2 ขั้นตอนการศึกษา .....	6
ตารางที่ 3 ความไม่สมดุลที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ .....	15
ตารางที่ 4 การแปรผลการประเมินความชุกกลุมน้ำยุงลาย.....	20
ตารางที่ 5 จำนวนหลังคาเรือนของกลุ่มตัวอย่างในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด .	43
ตารางที่ 6 จำนวนหลังคาเรือนของกลุ่มตัวอย่างในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำที่สุด .	43
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านระบาดวิทยา.....	69
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านระบาดวิทยา .....	69
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก.....	70
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก.....	70
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก.....	71
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก.....	71

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบล  
ท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ  
เกิดโรคไข้เลือดออก..... 72

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบล  
ท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จาก  
การป้องกันโรคไข้เลือดออก..... 72



## สารบัญภาพ

หน้า

รูปที่ 1 แผนที่แสดงที่ตั้งของตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี .....	5
รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของคานระหว่าง Host, Agent และ Environment .....	13
รูปที่ 3 ขั้นตอนการศึกษา.....	40
รูปที่ 4 ลงพื้นที่เก็บแบบสอบถาม.....	45
รูปที่ 5 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของเพศทั้งสองตำบล.....	48
รูปที่ 6 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของช่วงอายุทั้งสองตำบล.....	48
รูปที่ 7 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของกรู๊ปเลือดทั้งสองตำบล .....	49
รูปที่ 8 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของสถานะภาพสมรสทั้งสองตำบล.....	49
รูปที่ 9 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของระดับการศึกษาทั้งสองตำบล.....	50
รูปที่ 10 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของอาชีพทั้งสองตำบล.....	50
รูปที่ 11 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของรายได้เฉลี่ยครัวเรือนทั้งสองตำบล .....	51
รูปที่ 12 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (แสงสว่างในตัวอาคาร) .....	52
รูปที่ 13 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (ปฏิบัติงานเวลากลางคืน) ...	52
รูปที่ 14 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (ประชากรแฝงชาวต่างชาติ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน).....	53
รูปที่ 15 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (ประชากรแฝงชาวต่างชาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้าน).....	53
รูปที่ 16 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (ประชากรแฝงชาวต่างชาติ เกี่ยวข้องกับภาระของโรค) .....	53
รูปที่ 17 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (สาเหตุการเข้ามาอาศัยอยู่ใน ชุมชนของประชากรแฝงชาวต่างชาติ) .....	54
รูปที่ 18 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (สาเหตุที่ทำให้เกิด .....	54

รูปที่ 19 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (วิธีกำจัดยุงลายภายในตัวอาคาร)	55
รูปที่ 20 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (เคยป่วยด้วย .....	55
รูปที่ 21 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (มีอาการเจ็บป่วยระดับใดจึง.....	56
รูปที่ 22 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก อาการระดับใดจึงเข้ารับการรักษา).....	56
รูปที่ 23 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (เคยป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออก หรือไม่).....	57
รูปที่ 24 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (โรคประจำตัว).....	57
รูปที่ 25 เปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคด้านความพึงพอใจในสถานบริการ (แหล่งความรู้)	58
รูปที่ 26 เปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคด้านความพึงพอใจในสถานบริการ (หน่วยงาน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน).....	58
รูปที่ 27 เปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคด้านความพึงพอใจในสถานบริการ (สถานพยาบาล)	59
รูปที่ 28 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมกรรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ภาชนะที่เป็นแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย).....	59
รูปที่ 29 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมกรรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (สัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วย)	60
รูปที่ 30 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมกรรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค (วิธีกำจัดพาหะ.....	60
รูปที่ 31 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมกรรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค (การกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายดีกว่าการใช้สารเคมีฉีดพ่น).....	61
รูปที่ 32 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมกรรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค (วิธีทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย).....	61
รูปที่ 33 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (ลักษณะที่อยู่อาศัย).....	63



รูปที่ 34 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (แหล่งน้ำอุปโภค/บริโภค).....	63
รูปที่ 35 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (วิธีการจัดขยะในครัวเรือน).....	64
รูปที่ 36 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (สภาพแวดล้อมภายในบ้านหรือตัวอาคาร).....	64
รูปที่ 37 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (ชนิดสัตว์เลี้ยง).....	65
รูปที่ 38 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (การกระจายตัวของบ้านเรือน).....	65
รูปที่ 39 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (สภาพแวดล้อมในรัศมี 100 เมตร).....	66
รูปที่ 40 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (ชนิดของยุงที่พบภายในบ้านหรือตัวอาคาร).....	66
รูปที่ 41 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม (วิธีดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน).....	67
รูปที่ 42 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม (กรณีเกิดการระบาดในชุมชน ซึ่งประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค มีวิธีการจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างไร).....	67
รูปที่ 43 ที่ตั้งของกลุ่มตัวอย่างที่เคยป่วยและป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออก .....	73



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever ชื่อย่อ DHF) สามารถพบได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์เพราะมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกจนทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วในรายที่มีอาการรุนแรงหากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี โรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค เป็นโรคระบาดจากสัตว์สู่คน พบการระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในช่วงปี พ.ศ. 2497 (กรมควบคุมโรค, 2551) จากนั้นไม่นานได้เกิดการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตทวีปเอเชีย ในประเทศไทยพบมีการระบาดครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 มีรายงานผู้ป่วย จำนวน 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 8.8 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราป่วยตายร้อยละ 13.90 รายงานจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลาแต่อัตราป่วยตายน้อยลงอย่างชัดเจน และปัจจุบันมีการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกในทุกภาคของประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2551)

โรคไข้เลือดออกไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นใหม่แต่ยังคงเป็นโรคระบาดที่ก่อให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันนี้ ในปี พ.ศ. 2564 ในประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 479 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.72 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 1 ราย เมื่อจำแนกการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นรายภาคจะเห็นได้ว่า ภาคกลาง มีอัตราป่วยสูงสุดคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 1.52 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคใต้ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.56 ต่อประชากรแสนคน ภาคเหนือ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.41 ต่อประชากรแสนคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.13 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ในจังหวัดเพชรบุรี พบว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในจังหวัด โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกค่อนข้างสูง จากการศึกษาข้อมูลเพื่อหาแนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2545-2563 พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากที่สุดเ็นตำบลท่าราบ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่ 524 ราย และพบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุดในตำบลเวียงคอก มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 28 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี ตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2545-2563

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย			ประชากร			อัตราป่วยต่อแสนประชากร		
	จังหวัดเพชรบุรี	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	จังหวัดเพชรบุรี	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	จังหวัดเพชรบุรี	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย
2545	534	17	2	434870	15611	1099	122.8	108.9	182.0
2546	526	23	0	436800	15241	1131	120.4	150.9	0
2547	373	14	1	438681	14757	1213	85.0	94.9	82.4
2548	840	37	0	442529	14496	1227	189.8	255.2	0
2549	212	7	0	444118	14255	1260	47.7	49.1	0
2550	348	29	8	444280	14120	1249	78.3	205.4	640.5
2551	583	34	0	430490	13848	1243	135.4	245.5	0
2552	462	18	0	430268	13667	1259	107.4	131.7	0
2553	446	25	0	464033	13517	1271	96.1	185.0	0
2554	1707	57	3	418189	13667	1256	408.2	417.1	238.9
2555	1601	57	3	418189	13667	1256	382.8	417.1	238.9
2556	713	12	2	492117	13158	1246	144.9	91.2	160.5
2557	2151	70	21	492117	13158	1246	437.1	532.0	1685.4

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี ตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2545-2563 (ต่อ)

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย			ประชากร			อัตราป่วยต่อแสนประชากร		
	จังหวัดเพชรบุรี	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	จังหวัดเพชรบุรี	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	จังหวัดเพชรบุรี	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย
2558	2937	77	21	492117	13158	1246	596.8	585.2	1685.4
2559	456	7	4	468874	13158	1246	97.3	53.2	321.0
2560	999	14	1	467716	13378	1246	213.6	104.6	80.3
2561	884	15	0	484294	12096	1288	182.5	124.0	0
2562	940	5	0	485191	11791	1288	193.7	42.4	0
2563	821	6	2	482193	11588	1281	170.3	51.8	156.1

ที่มา : (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2563).

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

1.2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

## 1.3 สมมติฐานของการศึกษา

สมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1.3.1 ตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน

1.3.2 ตำบลท่าราบ มีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากตำบลเวียงคอย

1.3.3 ประชาชนในตำบลเวียงคอย มีความรู้และความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าประชาชนในตำบลท่าราบ

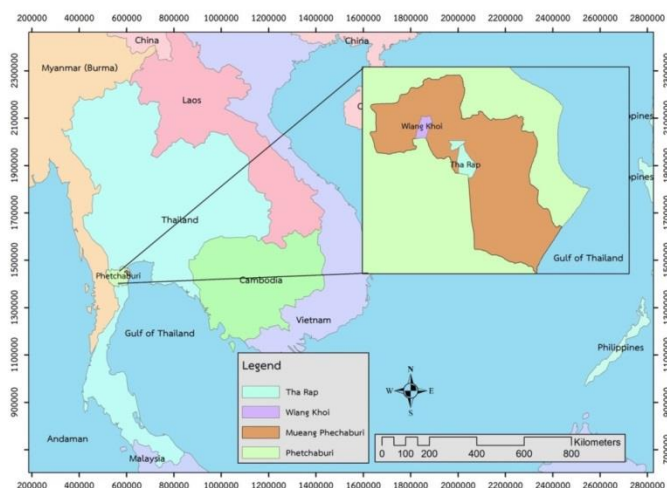
## 1.4 ขอบเขตของการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นตำบลท่าราบ จำนวน 339 หลังคาเรือน และตำบลเวียงคอย จำนวน 205 หลังคาเรือน

1.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1) เป็นประชาชนที่มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย  
2) เป็นประชาชนที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

3) เป็นประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีความพร้อม สัมครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พื้นที่ศึกษาแสดงดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนที่แสดงที่ตั้งของตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

### 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา และจัดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชนให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

1.5.2 เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย

1.5.3 ได้ทราบถึงอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย

1.5.4 เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. บริบทด้านพื้นที่ของจังหวัดเพชรบุรี
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
3. ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก
4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะคติ ความเชื่อด้านสุขภาพ
5. แนวคิด เจริญทฤษฎีเกี่ยวกับการย้ายถิ่นของแรงงานต่างด้าว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 บริบทด้านพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี

จังหวัดเพชรบุรีตั้งอยู่ทางตอนใต้ของภาคกลาง มีเนื้อที่ประมาณ 3,890,711 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับใกล้เคียงคือ ทิศเหนือติดต่อกับ จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสมุทรสงคราม ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทิศตะวันออกติดต่อกับชายฝั่งทะเลอ่าวไทย เริ่มตั้งแต่ปากอ่าวบางตะบูนถึงสนามบินบ่อฝ้าย และทิศตะวันตกติดต่อกับสาธารณรัฐนิวยอร์กแห่งสหภาพพม่า (สำนักงานจังหวัดเพชรบุรี, 2559) ลักษณะภูมิประเทศทางด้านทิศตะวันตกเป็นที่ราบสูง มีภูเขาสูงชันแล้วค่อย ๆ ลาดต่ำมาทางทิศตะวันออก ซึ่งจังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดที่อยู่ติดกับทะเลอ่าวไทย จึงได้รับอิทธิพลมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ในช่วงฤดูฝนทำให้มีฝนตกชุก และได้รับอิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือในช่วงฤดูหนาวทำให้มีอากาศหนาวเย็นในช่วงฤดูหนาว (สำนักงานอุตุนิยมวิทยาจังหวัดเพชรบุรี, 2560) ในจังหวัดเพชรบุรีมีการแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ 93 ตำบล 698 หมู่บ้าน แยกเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด (เทศบาล) 15 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 69 แห่ง (ที่ทำการปกครองจังหวัดเพชรบุรี, 2558)

#### 2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever ย่อมาจาก DHF) มีการระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในช่วงปี พ.ศ. 2497 จากนั้นไม่นานก็ได้เกิดการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตทวีปเอเชีย ในประเทศไทยพบมีการระบาดครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 2,158 ราย โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2530 คือ 174,285 ราย ในปี พ.ศ. 2541 มีรายงาน



ผู้ป่วยจำนวน 127,189 ราย จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา แต่อัตราผู้ป่วยตายลดน้อยลง ปัจจุบันมีการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกในทุกจังหวัดและในทุกภาคของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

### 2.2.1 สาเหตุของโรคไข้เลือดออก

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่าโรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสชนิดหนึ่ง ชื่อว่า Dengue virus เป็น RNA virus จัดอยู่ใน Flaviviridae (ชื่อเดิม Group B arbovirus) มีอยู่ 4 ชนิด (serotype) คือ DEN 1, DEN 2, DEN 3, และ DEN 4 ตามลำดับ (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งเข้าสู่ร่างกาย ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อชนิดนั้นได้อย่างถาวรในร่างกายมนุษย์ แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ Dengue virus อีก 3 ชนิดได้ในช่วงระยะสั้น ๆ ไม่ถาวร โดยทั่วไปจะอยู่ได้ประมาณ 6-12 เดือน แต่ภายหลังระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อ Dengue serotype หนึ่งอาจติดเชื้อ Dengue serotype อื่นที่ต่างไปจากครั้งแรกได้ ถือเป็น การติดเชื้อซ้ำครั้งที่สอง (secondary infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก (สำนักโรคระบาดวิทยากรมควบคุมโรค, 2544) ยกตัวอย่างเช่น หลังจากการติดเชื้อครั้งแรกจาก virus DEN 1 ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันที่สูงเพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อซ้ำจาก virus DEN 1 และสร้างภูมิคุ้มกันในระดับต่ำ ๆ ต่อ virus DEN 2, virus DEN 3, และ virus DEN 4 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อ Dengue virus และยังกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการตอบสนองอย่างรุนแรง ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยมากกว่าการติดเชื้อครั้งแรก

### 2.2.2 การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก

เชื้อ Dengue virus แพร่จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถึงแม้จะมียุงลายหลายชนิดที่สามารถแพร่เชื้อได้ แต่มีที่สำคัญทางด้านระบาดวิทยาของโรค คือ *Aedes aegypti* โดยยุงลายตัวเมียจะดูดเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสไข้เลือดออกอยู่ในกระแสเลือด (ในช่วงที่มีไข้สูง) เข้าไป เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในตัวยุงโดยเชื้อไวรัสไข้เลือดออกจะเข้าไปสู่กระเพาะยุง และเข้าไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ผนังของกระเพาะ จากนั้นจะเข้าสู่ต่อมน้ำลายเตรียมพร้อมที่จะปล่อยเชื้อไวรัสให้กับคนที่ถูกกัดครั้งต่อไปได้ตลอดอายุขัยของยุงตัวเมีย ซึ่งอยู่ได้นานถึง 30-45 วัน คนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันนับว่าเป็นโฮสต์ที่เป็นตัวเพิ่มจำนวนเชื้อ (amplifying host) ที่สำคัญของโรค การแพร่เชื้อจะต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ถ้ามียุงและคนที่มีเชื้อไวรัสไข้เลือดออกอยู่ในชุมชนที่มีคนอาศัยอยู่หนาแน่น ยุงลายมีขนาดค่อนข้างเล็ก สีขาวสลับดำ พบอยู่ทั่วไปในเขตร้อน แหล่งเพาะพันธุ์ คือ ภาชนะที่มีน้ำขัง และไม่ได้เปลี่ยนน้ำในภาชนะนานเกิน 7 วัน น้ำใสและนิ่ง เมื่อยุงลายตัวเมียดูดเลือดคนแล้วจะวางไข่ตามขอบผิวภาชนะเหนือผิวน้ำเล็กน้อย ภายในระยะเวลา 2 วัน จากลูกน้ำกลายเป็นตัวมิ่ง และจาก



ตัวโม่กลายเป็นยุงตัวเต็มวัยใช้เวลาเพียง 6-8 วัน ก็พร้อมออกไปหาอาหาร และผสมพันธุ์ โดยทั่วไปแล้วยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน ส่วนใหญ่จะพบอยู่ภายในบ้านและรอบ ๆ บ้าน มีระยะบินไม่เกิน 100 เมตร ขึ้นอยู่กับแรงลม และทิศทางลม จะพบยุงลายชุกชุมภายในฤดูฝนที่ยุงลายที่ติดอยู่กับขอบผิวภาชนะมีความทนต่อความแห้งแล้งได้เป็นเวลานานประมาณ 1 ปี เมื่อเข้าสู่ฤดูฝนมีความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสม ไข่จะฟักตัวเป็นยุงใช้เวลาประมาณ 9-12 วัน (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, 2559)

### 2.2.3 อาการของโรคไข้เลือดออก

อาการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีระดับความรุนแรงที่ต่างกัน การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องในระยะเริ่มแรกมีความสำคัญมาก เพราะจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เมื่อเริ่มมีอาการร้าวของพลาสมาจะช่วยลดอาการรุนแรงของโรคป้องกันภาวะช็อกและป้องกันการเสียชีวิตได้ จากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกมีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคทางคลินิกได้ถูกต้องก่อนจะเข้าสู่ภาวะช็อก สำหรับอาการของโรคไข้เลือดออกสามารถสังเกตได้ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงลอยประมาณ 2-7 วัน
- 2) ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออก ซึ่งพบบ่อยบริเวณผิวหนัง
- 3) ผู้ป่วยจะมีอาการตับโต เมื่อกดจะรู้สึกเจ็บบริเวณชายโครงด้านขวา
- 4) ผู้ป่วยจะมีภาวะไหลเวียนเลือดล้มเหลว มีอาการรุนแรงหรือภาวะช็อก

### 2.2.4 วิธีการรักษาโรคไข้เลือดออก

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (2559) อธิบายว่า ถึงแม้ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสก็ตามการรักษาตามอาการ และประคับประคอง ลดการร้าวไหลของพลาสมา และเลือดที่ออก สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคสามารถให้การวินิจฉัยได้รวดเร็วและถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 24 ถึง 48 ชั่วโมง ที่มีการร้าวไหลของพลาสมา มีหลักการสำคัญ คือ

- 1) ให้การรักษาอย่างรวดเร็วก่อนที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤต ติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด โดยดูระดับเกล็ดเลือดที่ลดลง และระดับ Hct ที่เพิ่มขึ้น
- 2) ไม่แนะนำให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำตั้งแต่วันแรก ๆ ของโรคก่อนมีการร้าวของพลาสมา
- 3) ให้สารน้ำชดเชยเมื่อมีการร้าวของพลาสมาด้วยความระมัดระวัง ให้เท่าที่จำเป็นในการรักษาระดับการไหลเวียนเลือดในช่วงที่มีการร้าวของพลาสมาเท่านั้น

4) คิดอยู่เสมอว่าอาจจะมีเลือดออกภายใน โดยเฉพาะในกระเพาะอาหาร ลำไส้ ซึ่งจำเป็นจะต้องให้เลือดชดเชย ส่วนมากจะพบในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกเป็นเวลานาน

5) หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิด รวมทั้งยา Antibiotics เนื่องจากยาบางชนิดอาจทำให้มีเลือดออกมากหรือเป็นพิษต่อดับ และไต ได้

6) หลีกเลี่ยงการทำหัตถการ (Invasive Procedure) ที่ไม่จำเป็น ควรพิจารณาให้เฉพาะผู้ป่วยที่อาเจียนมาก และมีอาการแสดงภาวะขาดน้ำปานกลางหรือรุนแรง เพื่อรักษาภาวะขาดน้ำเท่านั้น

7) ติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด

### 2.2.5 การป้องกันโรคไข้เลือดออก

สุวิช และศุภมิตร ได้อธิบายว่าการปรับปรุงบ้านพักอาศัยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันไม่ให้ยุงกัด (สุวิช ธรรมปาโล & ศุภมิตร ชุณหที่สุทธิวัฒน์, 2549) ไว้ดังนี้

1) ติดมุ้งลวดที่ประตู หน้าต่าง และช่องลม ตรวจสอบซ่อมแซมที่พักอาศัย ตรวจสอบฝาบ้าน ฝ้าเพดานไม่ให้มีร่อง ช่องโหว่ หรือรอยแตก เพื่อเป็นการป้องกันยุงลายเข้ามาอยู่และหลบซ่อน

2) เก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ โดยเฉพาะเสื้อผ้าที่สวมใส่แล้วควรซักทันที เพราะกลิ่นเหงื่อจะดึงดูดให้ยุงมาเกาะพัก

3) จัดบ้านไม่ให้มีมุมมืด อับชื้นน้อยที่สุด อากาศถ่ายเท ลมพัดผ่านและมีแสงสว่างที่เพียงพอ ออกแบบวัสดุอุปกรณ์ในบ้าน เช่น ประตูมุ้งลวด ควรผลักรอกข้างนอก ใส่หลังคาที่โปร่งแสงในห้องครัว หรือห้องส้วม

4) นอนในมุ้ง ควรจะนอนในมุ้งไม่ว่าจะเป็นกลางวันหรือกลางคืน

5) จัดแสงและระบายลม พักผ่อนหรือเล่นในที่ที่มีแสงสว่างและลมพัด หรือเปิดพัดลม

6) สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และควรใช้สิ่วอน ในกรณีที่ต้องเข้าไปในพื้นที่ที่มียุง และแมลงชุกชุม ควรทาโลชั่นกันยุงและป้องกันไม่ให้ยุงกัด

7) ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นหนึ่งในการป้องกันการเกิดไข้เลือดออก

สำหรับวัคซีนที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย คือ Dengvaxia®, Dengvaxia MD® ซึ่งเป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (live, attenuated) ผลิตโดยบริษัทซานofiปาสเตอร์ จำกัด ใช้เทคโนโลยี recombinant DNA นำส่วน Pre-Membrane (prM) และ envelope- gene ของไวรัสเดงกี ทั้ง 4 สายพันธุ์ มาใส่ในไวรัส Yellow fever สายพันธุ์ 17D จากนั้นนำไปเพาะเลี้ยงใน Vero cell เพื่อให้ได้วัคซีน Chimeric Yellow fever Dengue Tetravalent Dengue Vaccine (CYD-TDV) วัคซีนนี้จะออกฤทธิ์โดยเชื้อไวรัสที่อ่อนฤทธิ์ไปแบ่งตัวและกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโดยข้อบ่งใช้ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา

ของประเทศไทยคือ ไข้ป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีสาเหตุจากไวรัสเดงกี ทั้ง 4 สายพันธุ์ ในผู้ป่วยอายุ 9-45 ปี ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการระบาดของโรคโดยจะต้องทำการฉีดวัคซีนทั้งหมด 3 เข็มเข้าได้ ผิวหนึ่ง บริเวณต้นแขน แต่ละเข็มฉีดห่างกัน 6 เดือน เมื่อฉีดครบ 3 เข็มแล้วจะสามารถป้องกัน ไข้เลือดออกได้เป็นระยะเวลา 5-6 ปี สำหรับประสิทธิภาพโดยรวมในการป้องกันเชื้อของทั้ง 4 สายพันธุ์จะอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 65 ลดความรุนแรงของโรคได้ร้อยละ 93.2 และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ร้อยละ 80.8 แต่อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยด้านความปลอดภัยเพิ่มเติมเมื่อพิจารณา เฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยเป็นโรคไข้เลือดออกมาก่อนนั้น การได้รับวัคซีนจะเพิ่มโอกาสการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงการเกิดไข้เลือดออกรุนแรง ดังนั้น ทางองค์การอาหารและยาของประเทศไทย จึงได้ประกาศเพิ่มเติมว่าไม่แนะนำให้ฉีด Dengvaxia® ในผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสเดงกีมาก่อน (นันทพร เล็กพิทยา & เบญญาภา เพชรปวรรักษ์, 2563)

## 2.3 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

### 2.3.1 ความหมายระบาดวิทยา

คำว่า ระบาดวิทยา ได้มีผู้ใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1850 โดย London Epidemiological Society ซึ่งตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการพิจารณาหาสาเหตุ และมาตรการในการป้องกันและควบคุม โรคอหิวาตกโรคระบาดวิทยาของ Epidemiology มาจากภาษากรีก Epi + Demos + Logos สำหรับการนิยามคำว่าระบาดวิทยานั้นได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

EPI	แปลว่า	On, upon to, among
DEMOS	แปลว่า	People
LOGOS	แปลว่า	Knowledge, discourse, doctrine

MacMahon and Puge ได้กล่าวถึงระบาดวิทยาว่า เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการกระจายของ โรคและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายโรคในกลุ่มประชากร (MacMahon & Pugh, 1970)

J.M. Last ได้กล่าวถึงระบาดวิทยาไว้ว่า เป็นการศึกษาการแจกแจง สถานะ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในประชากรที่ระบุ และการประยุกต์ใช้การศึกษานี้เพื่อควบคุมสุขภาพปัญหา (Last, 1996)

Howard Frumkin ได้กล่าวถึงระบาดวิทยาไว้ว่า วิทยาการระบาดที่เกี่ยวข้องกับประชาชน หรือการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องราวของมนุษย์ ภาษาไทยใช้คำว่า “ระบาดวิทยา” มาก่อนเป็นเวลานาน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2519 คณะกรรมการพิจารณาบัญญัติศัพท์อุดมศึกษาทบวงวิทยาลัยได้บัญญัติศัพท์ “ระบาดวิทยา” ใหม่ ใช้ได้ทั้ง “วิทยาการระบาด” และ “ระบาดวิทยา” ทั้งสองคำ (Frumkin, 2010)

การดำเนินงานทางระบาดวิทยา มี 3 กิจกรรม สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กล่าวไว้ดังนี้

1) การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological Surveillance) การติดตามสังเกต พินิจพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรค และเหตุการณ์หรือปัญหา สาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบและมี ขั้นตอน ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แผลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ ประโยชน์ เพื่อการวางแผนกำหนดนโยบายการปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกัน โรคอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การสอบสวนทางระบาดวิทยา (Epidemiological Investigation) เป็นกิจกรรมที่สำคัญ ในการลงพื้นที่เพื่อค้นหาข้อมูล หาข้อเท็จจริงของการเกิดโรค และเพื่อควบคุมป้องกันไม่ให้เกิด โรคขึ้นมาอีก

3) การศึกษาทางระบาดวิทยา (Epidemiological Study) เป็นการค้นหาค้นหาองค์ความรู้ใหม่โดย เน้นที่การค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ

### 2.3.2 ประโยชน์ของระบาดวิทยา

ประโยชน์ของระบาดวิทยา จากกิจกรรมการดำเนินงานทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรม ควบคุมโรค กล่าวไว้ดังนี้

- 1) ทำให้ทราบการกระจายตัว สถานการณ์ และแนวโน้มของโรค
- 2) ทำให้ทราบปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค หรือปัญหาด้านสุขภาพที่สนใจ
- 3) เพื่อตรวจจับการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
- 4) นำไปใช้วางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพต่อไป

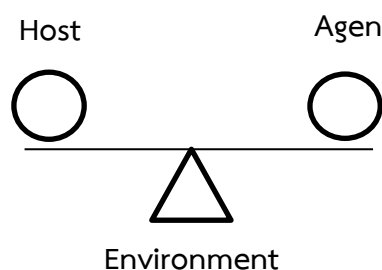
### 2.3.3 ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา

ทฤษฎีในทางระบาดวิทยาถือว่าการเกิดโรคและการกระจายของโรคใด ๆ เกิดจากอิทธิพล ขององค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ มนุษย์ (Host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) สิ่งแวดล้อม (Environment) โดยให้ความสำคัญของ 3 องค์ประกอบเท่า ๆ กัน ความไม่สมดุลขององค์ประกอบ ทั้ง 3 อย่างจะมีผลต่อการเพิ่มหรือลดลงของโรคได้ (กองระบาดวิทยาสำนักรงานกระทรวงสาธารณสุข, 2535)

### 2.3.4 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการ (กองระบาดวิทยาสำนักรงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2535) ได้แก่ บุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื้อไวรัสไข้เลือดออก (Dengue Virus) มี 4 สายพันธุ์ (Serotypes) คือ DEN 1-4 และมียุงลาย (Aedes Aegypti) เป็นพาหะนำเชื้อ

ไวรัสไข้เลือดออกมาสู่คน โดย (John Gordon, 1855) เป็นผู้คิดเปรียบเทียบภาพเสมือนคานอยู่ในความสมดุล ดังรูปที่ 2



**รูปที่ 2** แสดงความสมดุลของคานระหว่าง Host, Agen และ Environment

**ที่มา :** กองระบาดวิทยาสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, 2535

#### 2.3.4.1 ปัจจัยด้านตัวมนุษย์ (Host)

ปัจจัยด้านตัวมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพที่สนใจศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม ปัจจัยทางสรีรวิทยา พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพส่วนบุคคล (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ปัจจัยด้านอายุ บางกลุ่มอายุอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งได้ง่าย ได้แก่ เด็ก ๆ อาจป่วยเป็นโรคฉี่หนูหนึ่งผื่นแพ้ หรือหอบหืด แพ้อากาศได้ง่าย เมื่อโตขึ้นอาการเหล่านี้อาจหายไปได้เอง คนสูงอายุ ป่วยเป็นโรคกระดูกพรุนหรือตาต้อกระจกได้ง่าย เป็นต้น ส่วนคนวัยแรงงานอาจติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึง HIV (Human Immunodeficiency Virus) ได้ง่ายเพราะเป็นวัยเจริญพันธุ์

ปัจจัยด้านเพศ โรคบางโรคเป็นในบางเพศง่ายกว่าอีกเพศหนึ่ง ได้แก่ พบการป่วยวัณโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยยังไม่มีความชัดเจน โรคมะเร็งปอดพบในเพศชายมากกว่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วย นอกจากนี้ปัจจัยด้านฮอร์โมนเพศ เช่น โรคหัวใจขาดเลือดผู้ชายมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้หญิงสามเท่าในวัยก่อนหมดประจำเดือน เนื่องจากผู้หญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ซึ่งมีส่วนช่วยในการป้องกันโรค (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2553) ปัจจัยด้านพันธุกรรม โรคหลายโรคเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเต้านม โรคไขมันในเลือดสูง

ปัจจัยทางสรีรวิทยา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลายอย่างในร่างกายอาจทำให้เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย

ปัจจัยด้านพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย นานาซึ่งการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ หลายอย่างได้ง่าย



ปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล ได้แก่ หากเป็นคนเคร่งเครียดเอาจริงจังมากเกินไปกับการทำงาน อาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดในสมองแตก

ปัจจัยด้านภูมิคุ้มกัน การที่มีภูมิคุ้มกันของโรคจะช่วยป้องกันโรคนั้น ๆ ได้ เช่น โรคหัด โรคอีสุกอีใส เป็นต้น แต่สำหรับบางโรคก็อาจทำให้ป่วยรุนแรงขึ้นได้

#### 2.3.4.2 ปัจจัยด้านสิ่งก่อโรค (Agent)

โดยทั่วไปปัจจัยด้านสิ่งก่อโรค คือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค อาจจะเป็นสิ่งมีชีวิต เช่น เชื้อโรค หรือไม่มีชีวิต เช่น สารกัมมันตภาพรังสี (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) จึงแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1) สิ่งก่อโรคทางชีวภาพ (Biological Agents) ได้แก่ เชื้อโรคต่าง ๆ อาจเป็นพวกแบคทีเรีย ไวรัส รา ปรสิต เป็นต้น

2) สิ่งก่อโรคทางเคมี (Chemical Agents) ได้แก่ สารเคมีต่าง ๆ เช่น ฝุ่นเคมี แก๊ส ไอระเหย

3) สิ่งก่อโรคทางกายภาพ (Physical Agents) ได้แก่ ความร้อน แสง เสียง รังสี แรงที่กระทำต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น แรงที่กระทำต่อเนื้อเยื่อ (กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ)

4) สิ่งก่อโรคทางสรีรวิทยา (Physiological Agents) เป็นปัจจัยสิ่งก่อโรคที่เกิดขึ้นจากกลไกในร่างกายมนุษย์ตามลักษณะพยาธิกำเนิดของโรค นอกจากนี้ภาวะผิดปกติทางด้านสรีรวิทยาบางอย่างก็ทำให้เกิดโรคได้ เช่น การมีน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลทำให้เกิดโรคเบาหวาน

#### 2.3.4.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ไม่ใช่สาเหตุโดยตรง แต่เป็นเพียงปัจจัยเสริมหรือปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้เกิดปัญหาหรือทำให้ปัญหามีความรุนแรงขึ้นเท่านั้น หากลดหรือกำจัดปัจจัยเหล่านี้ไปได้จะทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นบรรเทาเบาบางลงหรือหมดไป สามารถแบ่งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 4 กลุ่มด้วยกัน ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) ได้แก่ ภาวะโลกร้อน ซึ่งอาจทำให้โรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อเขตร้อนแพร่ระบาดได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2) สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical Environment) ได้แก่ ภาวะสารพิษหรือควันทoxic ในอากาศ ทำให้คนเป็นโรคภูมิแพ้ในระบบทางเดินหายใจมากขึ้น

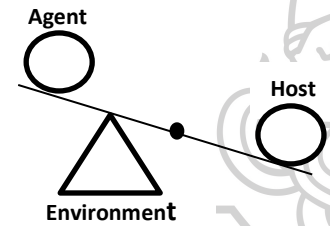
3) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological Environment) คือ สิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเช่น "ยุงลาย" เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก "ยุงก้นปล่อง" เป็นพาหะนำโรคมาลาเรีย

4) สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic Environment) ได้แก่ วัฒนธรรม หรือขนบธรรมเนียมประเพณีความเชื่อของชุมชน

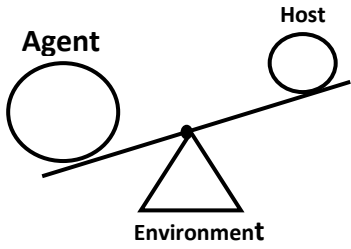
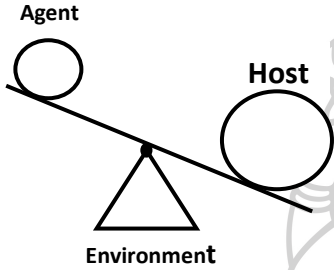
### 2.3.5 ความไม่สมดุลที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ

หากเกิด “ความไม่สมดุล” ก็ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพขึ้นในชุมชน แต่อาจมีน้ำหนักของปัจจัยแต่ละด้านที่จะมีผลต่อการเกิดปัญหาแตกต่างกันไปตามสภาพของปัญหา เช่น ปัญหาด้านสุขภาพบางอย่างของชุมชนหนึ่ง อาจมีน้ำหนักมากทางด้าน ปัจจัยด้านตัวมนุษย์ แต่ปัญหาด้านสุขภาพเดียวกันของอีกชุมชนหนึ่ง อาจมีน้ำหนักมากทางด้านสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องค้นหาความจริงให้ได้ว่าในพื้นที่รับผิดชอบมีปัจจัยด้านใดหรือปัจจัยเฉพาะตัวใดที่มีส่วนสำคัญต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีกต่อไป ภาพแสดงความไม่สมดุลที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพแสดงดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความไม่สมดุลที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ

ภาพตัวอย่างความไม่สมดุล	คำอธิบายและตัวอย่างกรณีปัญหาด้านสุขภาพ
	<p>ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเอื้อให้ ปัจจัยด้านตัวมนุษย์เสมือนมีน้ำหนักมากขึ้น ตัวอย่างได้แก่ ความแออัดของประชากรในแหล่งสลัม หรือสภาพอากาศหนาวเย็นที่ทำให้คนออกไปข้างนอกบ้านไม่ได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยอยู่รวมกันในบ้านที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวกเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโรค</p>
	<p>ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเอื้อให้ปัจจัยด้านสิ่งก่อโรคเสมือนมีน้ำหนักมากขึ้น ตัวอย่างได้แก่ ฤดูฝนทำให้มีแหล่งน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นพาหะของเชื้อไวรัสเด็งกีที่เป็นสาเหตุของโรคไข้เลือดออก นั่นคือ ฤดูฝนช่วยเอื้อให้มีการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเด็งกีได้ดียิ่งขึ้น</p>

ตารางที่ 3 ความไม่สมดุลที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ (ต่อ)

ภาพตัวอย่างความไม่สมดุล	คำอธิบายและตัวอย่างกรณีปัญหาด้านสุขภาพ
	<p>ปัจจัยด้านการก่อโรคมียขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้เสียสมดุล ตัวอย่างได้แก่ เชื้อโรคใช้หวัดใหญ่ที่อาจมีการกลายพันธุ์จนมีความรุนแรงและแพร่กระจายติดต่อได้ง่าย ทำให้มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก</p>
	<p>ปัจจัยด้านตัวมนุษย์มีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้เสียสมดุล ตัวอย่างได้แก่ พฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมที่อาจขาดศีลธรรมมีความสำส่อนทางเพศกันมากขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุน้อยลง ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ง่ายมากขึ้น</p>

ที่มา : ภาพปรับปรุงจาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา มีส่วนสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิดในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพหรือการศึกษาวิจัย ทำให้สามารถคิดได้อย่างรอบคอบและรอบด้าน ไม่หลงประเด็นเน้นไปในทางใดทางหนึ่ง จนละเอียด หรือลืมปัจจัยบางด้านไป ความไม่สมดุลของปัจจัยสามทางระบาดวิทยาทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพนั้น ๆ ขึ้นมา จึงจำเป็นต้องศึกษาหรือค้นหาปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องให้ได้ เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค หรือปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไป ผู้ทำการศึกษาระบาดวิทยา จึงจำเป็นต้องมีพื้นฐานความรู้เรื่องปัจจัยสามทางระบาดวิทยาเพื่อใช้เป็นหลักหรือแนวการคิดเสมอ

### 2.3.6 ตัวชี้วัดที่ใช้ในงานระบาดวิทยา

#### 2.3.6.1 อัตราความชุก (Prevalence Rate)

อัตราความชุกของโรค (Prevalence Rate) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งเก่าและใหม่ต่อหน่วยประชากรที่จุดเวลาที่กำหนด หรือช่วงระยะเวลาที่กำหนด (Hennekens CH & Buring JE, 1987)

$$\text{อัตราความชุกของโรค} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่จุดหรือช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดที่จุดหรือช่วงเวลานั้น}} \times k$$



กองระบาดวิทยา สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข (2535) อธิบายความสำคัญของอัตราความชุกของโรคไว้ ดังนี้

1) ใช้บอกชนิดและขนาดของปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่มีอยู่ในขณะนั้น แม้ว่าอัตราความชุกจะสะท้อนความรุนแรงของสถานการณ์โรคได้ไม่ตื้นัก เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ แต่อัตราความชุกก็ยังช่วยบอกว่าในขณะนั้นมีปัญหาด้านสุขภาพชนิดใดอยู่บ้าง และยังสะท้อนถึงขนาดปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคที่มีอยู่ว่ามีมากน้อยแค่ไหนได้ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังต่าง ๆ

2) เป็นแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขให้ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรทรัพยากรด้านต่าง ๆ ให้กับหน่วยบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การคำนวณค่าของงบประมาณ ของหน่วยงานต่าง ๆ ในแต่ละปี สำหรับใช้ในการดูแลรักษาโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องคำนวณจากความชุกของโรคที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่ที่มีความชุกของโรคแตกต่างกัน

3) มีประโยชน์ในการศึกษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่รักษาไม่หายขาด ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต ความชุกของโรคเหล่านี้จะช่วยให้ทราบว่าการะงาน ด้านสุขภาพมีแนวโน้มมากขึ้นหรือน้อยลง

#### 2.3.6.2 อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate)

อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) เป็นการวัดจำนวนผู้ป่วยใหม่ (New Cases) ที่เกิดขึ้นในชุมชนในช่วงเวลาหนึ่ง ( A Period Of Time) ที่กำหนดต่อหน่วยประชากรทั้งหมดของชุมชนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค (Population At Risk) ในช่วงเวลาเดียวกัน (Hennekens CH & Buring JE, 1987)

$$\text{อัตราอุบัติการณ์ของโรค} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดขึ้น}}{\text{จำนวนประชากรที่เฝ้าสังเกต}} \times k$$

กองระบาดวิทยา สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข (2535) อธิบายความสำคัญของอัตราอุบัติการณ์ของโรคไว้ ดังนี้

- 1) ทำให้ทราบถึงโอกาส หรือความเสี่ยงของคนในชุมชนที่จะเกิดโรคในช่วงเวลาหนึ่ง
- 2) ใช้ศึกษาหาสาเหตุของโรค
- 3) ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ ถึงมาตรการที่จะใช้ในการป้องกันควบคุมโรค
- 4) ใช้ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

### 2.3.6.3 อัตราป่วยหรืออัตรามตาย (Mortality Rate)

อัตราป่วย คือ อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) ซึ่งมักใช้กับโรคติดเชื้อเฉียบพลัน หรือเมื่อมีการระบาดของโรค มีหน่วยเป็นร้อยละอาจจะเป็นต่อ 1,000 ก็ได้ (Hennekens CH & Buring JE, 1987)

$$\text{อัตราป่วย} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่ง}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}} \times k$$

สำนักระบาดวิทยา (2544) ได้อธิบายความสำคัญของอัตราป่วยหรืออัตรามตายของโรคไว้ ดังนี้

อัตราป่วยหรืออัตรามตาย มีความสำคัญเช่นเดียวกับอัตราอุบัติการณ์ แต่เน้นการใช้อัตราป่วยนี้กับโรคติดเชื้อเฉียบพลันหรือเมื่อมีการระบาดของโรค ส่วนในโรคเรื้อรังมักจะเสี่ยงไม่ใช้อัตราป่วยหรืออัตราอุบัติการณ์ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบและให้การรักษามากไม่ได้เป็นจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในชุมชน กล่าวคือ มักจะยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย และให้การรักษาอีกจำนวนหนึ่งในชุมชนเสมอต่างจากโรคเฉียบพลันที่มักจะเป็นจำนวนส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีอยู่ในชุมชนจึงใช้อัตราป่วยหรืออัตราอุบัติการณ์ได้ คือเป็นค่าที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงของจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่ในชุมชน ดังนั้น โดยทั่วไปสำหรับโรคเรื้อรังจึงเสี่ยงไปใช้อัตราการขึ้นทะเบียนรักษา (Registration Rate หรือ Notification Rate) อัตราการค้นพบผู้ป่วย (Case Detection Rate) หรือ อัตราการรายงาน ผู้ป่วย (Reported Rate) นั่นคือจะนับเฉพาะจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา ค้นพบ หรือรายงานเท่านั้น ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่ยังไม่ได้วินิจฉัยและรักษาในชุมชน

### 2.3.7 ดัชนีทางกสิกรรมเกี่ยวกับความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

ดัชนีวัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลจากการสำรวจ

2.3.7.1 House Index (HI) คือ ร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย

$$HI = \frac{\text{จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times k$$

House Index เป็นค่าที่ใช้วัดการแพร่กระจายโรคที่หายากที่สุด เพราะค่านี้จะบอกจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ (Positive house) ให้แนวคิดที่เกี่ยวกับร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำ และประชากรเสี่ยงต่อการเป็นโรคไขเลือดออก

2.3.7.2 Container Index (CI) คือ ร้อยละของภาชนะน้ำซังที่พบลูกน้ำ

$$CI = \frac{\text{จำนวนภาชนะน้ำซังที่พบลูกน้ำยุงลาย}}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}} \times k$$

Container Index เป็นค่าร้อยละของภาชนะน้ำซังที่พบลูกน้ำยุงลายเท่านั้น ไม่สามารถบอกจำนวนลูกน้ำยุงลายที่อยู่ในภาชนะเหล่านั้นได้ ในบางพื้นที่ที่มีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายน้อย แต่มีจำนวนลูกน้ำยุงลายที่อยู่ในภาชนะมากก็ได้

ภายหลังจากการสำรวจทุกครั้ง ให้รวบรวมข้อมูลและคำนวณค่าดัชนีให้เรียบร้อย แล้วจึงนำข้อมูลและค่าดัชนีต่าง ๆ ของแต่ละพื้นที่ที่ทำการสำรวจมากรอกลงในแบบรายงานการสำรวจ พร้อมทั้งวิเคราะห์และแปลผลต่อไป

2.3.7.3 Breteau Index (BI) คือ จำนวนภาชนะน้ำซังที่พบลูกน้ำยุงลายต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน

$$BI = \frac{\text{จำนวนภาชนะน้ำซังที่พบลูกน้ำยุงลาย}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times k$$

Breteau Index เป็นค่าที่ดีที่สุดในการประมาณความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในขณะนี้ เพราะเป็นค่าที่ได้จากจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายต่อบ้านที่ทำการสำรวจ จากค่าเหล่านี้จะทำให้ทราบจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายในบ้าน 100 หลัง หรือจำนวนภาชนะที่พบมีลูกน้ำยุงลายทั้งหมดในพื้นที่นั้นโดยประมาณ

2.3.7.4 การแปลผล

หลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ จนได้ค่าดัชนีความชุกชุมของยุงพาหะทั้งในบ้านและโรงเรียน ไม่ว่าจะแยกรายพื้นที่และชุมชนแล้ว สามารถแบ่งการแปลผล ดังนี้

HI สูง CI สูง	เท่ากับว่า	ชุมชนนี้มีปัญหามากโดยรวม
HI ต่ำ CI ต่ำ	เท่ากับว่า	ชุมชนนี้มีปัญหาน้อยโดยรวม
HI สูง CI ต่ำ	เท่ากับว่า	ชุมชนนี้มีปัญหาทั่วไปกระจายทั้งหมดหมู่บ้าน
HI ต่ำ CI สูง	เท่ากับว่า	ชุมชนนี้มีปัญหาเป็นบางจุด แก่ใจเฉพาะจุดได้

**หมายเหตุ** ค่า HI เกิน 10 หรือค่า BI เกิน 50 ในพื้นที่ใด ถือว่าพื้นที่นั้นเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

**ตารางที่ 4** การแปรผลการประเมินความชุกของน้ำยุงลาย

การประเมินความชุกของน้ำยุงลาย		
ดัชนี	ภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดการแพร่โรคไขเลือดออก	ค่า
CI	ปลอดภัย	0
	เสี่ยงต่ำ	<5
	เสี่ยงสูง	5-9
	เสี่ยงสูงมาก	>10
HI	ปลอดภัย	0
	เสี่ยงต่ำ	<10
	เสี่ยงสูง	10-15
	เสี่ยงสูงมาก	>50

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กองควบคุมโรค, 2560

## 2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ

### 2.4.1 พฤติกรรม

#### 2.4.1.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรมมนุษย์เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก มีสติหรือไม่มีสติ ชัดเจนหรือแอบแฝง และตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่สลับซับซ้อนและมีตัวแปรหลายตัวที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์โดยต้องอาศัยศาสตร์หลายแขนงมาช่วยอธิบาย สำหรับทางชีววิทยาเป็นการศึกษาโดยเน้นทางด้านร่างกาย ระบบประสาท สมองส่วนต่าง ๆ ด้านจิตวิทยาเน้นทางด้านจิตใจ และด้านสังคมวิทยาเป็นการศึกษาสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น วัฒนธรรม ค่านิยม ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งความหมายของพฤติกรรมมีผู้ให้คำจำกัดความไว้มากมายกล่าวพอสังเขปดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ธัญญา ธีระกนิษฐกุล กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึงอาการที่แสดงออกของมนุษย์ ปฏิกริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว โดยจากการสังเกตหรือการใช้เครื่องมือช่วยวัดพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการทางร่างกาย (ธัญญา ธีระกนิษฐกุล, 2555)

Weiten กล่าวถึงพฤติกรรมว่า การแสดงออก หรือกิจกรรมทุกอย่าง ที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องของระบบร่างกาย (Weiten, 2002)

Gerrig and Zimbardo กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปตามสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในลักษณะการกระทำแบบต่าง ๆ (Gerrig & Zimbardo, 2005)

Nevid อธิบายว่า พฤติกรรม คือ การกระทำของบุคคล ซึ่งจะครอบคลุมเฉพาะสิ่งที่แสดงออก เช่น การพูด การนั่ง การยิ้ม หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น หากแต่กระบวนการทางจิตเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นส่วนบุคคลซึ่งผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ การรับสัมผัส หรือแม้กระทั่งความฝัน เป็นต้น (Nevid, 2012)

#### 2.4.1.2 ประเภทของพฤติกรรม

Coon & Mitterer และ จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์ ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท (Coon & Mitterer, 2013) (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2556) ดังนี้

1) พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำหรือปฏิกิริยาทางร่างกายที่ทั้งเจ้าตัวและบุคคลอื่นสามารถสังเกตผ่านอวัยวะรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง หรือใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ช่วยสังเกต ซึ่งมีความหมายสอดคล้องกับคำว่า “พฤติกรรม” ของนิยาม ณ ปัจจุบัน ทั้งนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมภายนอกออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) พฤติกรรมภายนอกชนิดโมลาร์ (Molar Behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยใช้อวัยวะรับสัมผัส ไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น การเดิน การวิ่ง การจาม เป็นต้น

2) พฤติกรรมภายนอกชนิดโมเลกุล (Molecular Behavior) เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้หรือวัดได้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ หรือเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เช่น การทำงานของต่อมต่าง ๆ ในร่างกาย การทำงานของอวัยวะภายใน หรือการทำงานของระบบประสาท

2) พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม เป็นกระบวนการที่ไม่สามารถสังเกตได้ และไม่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้โดยตรงหากเจ้าของพฤติกรรมไม่บอกกล่าว เขียน หรือแสดงท่าทาง ได้แก่ ความคิด อารมณ์ความรู้สึก ความจำ การรับรู้ ความฝัน รวมถึงการรับสัมผัสต่าง ๆ พฤติกรรมภายในสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยรู้สึกตัว (Conscious process) เป็นพฤติกรรมที่เจ้าของพฤติกรรมรู้สึกตัวว่ากำลังเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ หากไม่บอก ไม่แสดงอาการหรือท่าทางใด ๆ ก็ไม่มีผู้ใดรับรู้ได้ว่าเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ยกตัวอย่างเช่น อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความฝัน จินตนาการ เป็นต้น

2) พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้สีกตัว (Unconscious process) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยที่เจ้าของพฤติกรรมไม่รู้สีกตัว หากแต่มีผลต่อพฤติกรรมภายนอก ยกตัวอย่างเช่น แรงจูงใจ คาดหวัง ความวิตกกังวล เป็นต้น

#### 2.4.1.3 ปัจจัยพื้นฐานของพฤติกรรม

1) ปัจจัยพื้นฐานด้านชีวภาพ ในการจัดจำแนกสิ่งมีชีวิตนั้น แม้มนุษย์จะถูกจัดอยู่ในอาณาจักรของสัตว์ แต่มนุษย์มีคุณสมบัติทางชีวภาพที่มีประสิทธิภาพในการทำงานสูงกว่าสัตว์อื่น ๆ ทำให้สามารถปรับตนเองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมได้โดยอาศัยพฤติกรรมหรือการกระทำของตัวเอง ปัจจัยด้านชีวภาพที่สำคัญของมนุษย์ประกอบด้วยพันธุกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกล้ามเนื้อ

2) ปัจจัยพื้นฐานด้านจิตวิทยา ปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยา ซึ่งมีปัจจัยย่อยอยู่หลายปัจจัย ปัจจัยทางจิตวิทยาจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการรับรู้และตีความสิ่งเร้าก่อนที่ร่างกายจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญประกอบด้วย แรงจูงใจ และการเรียนรู้

3) พื้นฐานทางชีววิทยาหรือทางประสาทวิทยา เน้นที่พฤติกรรมของบุคคล คือพฤติกรรมของคนคนหนึ่งที่ไม่สัมพันธ์กับผู้อื่น แต่มนุษย์เป็นสัตว์สังคมมีความต้องการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและบางกรณีก็จำเป็น ต้องอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม เป็นชุมชน เป็นสังคม กระบวนการของกลุ่ม กระบวนการทางสังคม และสิ่งแวดล้อมหรือวัฒนธรรม จึงมีส่วนสำคัญในการกำหนดลักษณะพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นที่ไปตามสภาพของสังคมได้

### 2.4.2 ทศนคติ (Attitude)

#### 2.4.2.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติเป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวทางหนึ่งทางจิตวิทยาสังคม และการสื่อสาร มีการใช้คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่าทัศนคตินั้นได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

Newcomb ให้คำจำกัดความไว้ว่า ทัศนคติซึ่งมีอยู่ในเฉพาะคนนั้น ขึ้นกับสิ่งแวดล้อม อาจแสดงออกในพฤติกรรมซึ่งเป็นไปได้ใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะชอบหรือพึงพอใจ ซึ่งทำให้ผู้อื่นเกิดความรักใคร่อยากใกล้ชิด หรืออีกลักษณะหนึ่งแสดงออกในรูปความไม่พอใจ เกลียดชัง ไม่อยากใกล้ชิดสิ่งนั้นอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป (Newcomb, 1854)

Carter V. Good ให้คำจำกัดความไว้ว่าทัศนคติ คือ ความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่งซึ่งเป็นการสนับสนุน หรือต่อต้านสถานการณ์บางอย่าง (Good, 1959)



Rosenberg and Hovland ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติโดยปกติสามารถ นิยามว่าเป็นการจูงใจต่อแนวโน้มในการตอบสนองอย่างเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่เกิดขึ้น (Rosenberg & Hovland, 1960)

Howard H. Kendler กล่าวว่าทัศนคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาในทางสนับสนุน หรือต่อต้านบุคคล สถาบัน สถานการณ์ หรือแนวความคิด (Kender, 1963)

G. Murphy, L. Murphy and T. Newcomb ให้ความหมายของคำว่าทัศนคติ หมายถึง ความชอบหรือไม่ชอบ พึงใจหรือไม่พึงใจ ที่บุคคลแสดงออกมาต่อสิ่งต่าง ๆ (Murphy G., Murphy L., & Newcomb T., 1973)

Roger ได้กล่าวถึง ทัศนคติว่าเป็นดัชนีชี้ว่าคุณคนนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุ หรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป (Roger E M. & Storey J D., 1987)

เดโช สนวนานนท์ กล่าวถึงทัศนคติว่า เป็นบุคลิกที่สร้างขึ้นได้เปลี่ยนแปลงได้ และเป็นแรงจูงใจที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ (เดโช สนวนานนท์, 2512)

ศักดิ์ สุนทรเสณี กล่าวถึงทัศนคติที่เชื่อมโยงไปถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าทัศนคติ หมายถึง

1) ความสลับซับซ้อนของความรู้สึก หรือการมีอคติของบุคคลในการที่จะสร้างความพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามประสบการณ์ของบุคคลนั้นที่ได้รับมา

2) ความโน้มเอียงที่จะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือ ต่อต้านสิ่งแวดล้อมที่จะมาถึงทางหนึ่งทางใด

3) ในด้านพฤติกรรม หมายถึง การเตรียมตัวหรือความพร้อมที่จะตอบสนองจากคำจำกัดความต่าง ๆ เหล่านี้ (ศักดิ์ สุนทรเสณี, 2531)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมใดตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น โดยสรุป ทัศนคติ ในงานนี้เป็นเรื่องของจิตใจ ท่าที ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของบุคคลที่มีต่อข้อมูลข่าวสาร และการเปิดรับ รายการกรองสถานการณ์ที่ได้รับมา ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทัศนคติมีผลให้มีการแสดง พฤติกรรมออกมาจะเห็นได้ว่าทัศนคติประกอบด้วยความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกนั้นออกมาโดยทางพฤติกรรม

#### 2.4.2.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

Zimbardo and Ebbesen อ้างถึงใน (พรทิพย์ บุญนิพัทธ์, 2531) สามารถแยกองค์ประกอบของทัศนคติ ได้ 3 ประการ คือ

1) องค์ประกอบด้านความรู้ (The Cognitive Component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ทั่วไปทั้งที่ชอบและไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้หรือคิดว่าสิ่งใดดีมีก็จะมีความรู้สึที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดีก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Affective Component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (The Behavioral Component) คือ การแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งหรือบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึก จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจากบุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึก หรือมีความคิดแตกต่างกันนั่นเอง (Zimbardo P. G. & Ebbesen E. B., 1969)

ดังนั้นส่วนประกอบทางด้านความคิด หรือความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติ และส่วนประกอบนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกันทั้งในทางบวกและทางลบซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้

#### 2.4.2.3 ประเภทของทัศนคติ

บุคคลสามารถแสดงทัศนคติออกได้ 3 ประเภท คือ

1) ทัศนคติเชิงบวก เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออกมีความรู้สึกหรืออารมณ์จากสภาพจิตใจ โต้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กรอื่น ๆ เช่น กลุ่มเกษตรกรย่อมมีทัศนคติทางบวก หรือมีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตร และให้การสนับสนุนร่วมมือด้วยการเข้าเป็นสมาชิก และร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นต้น

2) ทัศนคติเชิงลบหรือไม่ดี คือ ทัศนคติที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ได้รับความเชื่อถือหรือไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัยรวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราว หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงานองค์กรสถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กร เช่น พนักงาน เจ้าหน้าที่บางคน อาจมีทัศนคติเชิงลบต่อบริษัทก่อให้เกิดอคติขึ้นในจิตใจของเขาจนพยายามประพฤติและปฏิบัติต่อต้านกฎระเบียบของบริษัทอยู่เสมอ



3) ทักษะที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมีทัศนคตินิ่งเฉยอย่างไม่มีความคิดเห็นต่อปัญหาใดเพียงเรื่องกฎระเบียบว่าด้วยระเบียบของนักศึกษา

ทัศนคติทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์

#### 2.4.2.4 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

Herbert C. Kelman ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยมีความเชื่อว่า ทัศนคติอย่างเดียวกันอาจเกิดในตัวบุคคลด้วยวิธีที่ต่างกัน จากความคิดนี้ Herbert C. Kelman ได้แบ่งกระบวนการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติออกเป็น 3 ประการ คือ

1) การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดได้เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อตัวเขา และมุ่งหวังจะได้รับความพอใจจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น การที่บุคคลยอมกระทำตามสิ่งที่อยากให้เขากระทำนั้นไม่ใช่เพราะบุคคลเห็นด้วยกับสิ่งนั้น แต่เป็นเพราะเขาคาดหวังว่าจะได้รับรางวัลหรือการยอมรับจากผู้อื่นในการเห็นด้วยและกระทำตาม ดังนั้น ความพอใจที่ได้รับจากการยอมกระทำตามนั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลทางสังคม หรืออิทธิพลของสิ่งที่ก่อให้เกิดการยอมรับนั้น กล่าวได้ว่าการยอมกระทำตามนี้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งจะมีพลังผลักดันให้บุคคลยอมกระทำตามมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนหรือความรุนแรงของรางวัลและการลงโทษ

2) การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลมาจากการที่บุคคลต้องการจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือที่พอใจระหว่างตนเองกับผู้อื่นหรือกลุ่มบุคคลอื่น จากการเลียนแบบนี้ทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าให้เกิดการเลียนแบบ กล่าวได้ว่าการเลียนแบบเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งพลังผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความน่าโนมน้าวใจของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลนั้น การเลียนแบบจึงขึ้นอยู่กับพลังของผู้ส่งสาร บุคคลจะรับเอาบทบาททั้งหมดของคนอื่นมาเป็นของตนเองหรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่ตัวเองเลียนแบบแต่ไม่รวมถึงเนื้อหาและรายละเอียดในการเลียนแบบทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

3) ความต้องการที่อยากจะเป็น (Internalization) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า ซึ่งตรงกับความต้องการภายในค่านิยมของเขา พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในลักษณะนี้จะสอดคล้องกับค่านิยมที่บุคคลมีอยู่เดิม ความพึงพอใจที่ได้จะขึ้นอยู่กับเนื้อหา รายละเอียดของพฤติกรรมนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถ้าความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมถูก

กระทบไม่ว่าจะในระดับใดก็ตามจะมีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติทั้งสิ้น (Kelman, 1967) นอกจากนี้ องค์ประกอบต่าง ๆ ในกระบวนการสื่อสาร เช่น คุณสมบัติของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ลักษณะของ ข่าวสาร ตลอดจนช่องทางในการสื่อสารล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ทั้งสิ้น

นอกจากนี้ทัศนคติของบุคคลเมื่อเกิดขึ้นแล้วแม้จะคงทนแต่ก็สามารถเปลี่ยนได้โดย ตัวบุคคล สถานการณ์ ข่าวสาร การชวนเชื่อ และสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการยอมรับในสิ่งใหม่ แต่ จะต้องมีความสัมพันธ์กับค่านิยมของบุคคลนั้น การเปลี่ยนทัศนคติมี 2 ชนิด คือ

1) การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน หมายถึง ทัศนคติของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็ จะเพิ่มมากขึ้นในทางบวกด้วย และทัศนคติที่เป็นไปในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางลบด้วย

2) การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง หมายถึง การเปลี่ยนทัศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปใน ทางบวกก็จะลดลงไปในทางลบ และถ้าเป็นไปในทางลบก็จะกลับเป็นไปในทางบวก

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม ทัศนคติกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ มีผล ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ทัศนคติมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ในขณะที่เดียวกันการแสดง พฤติกรรมของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลด้วย อย่างไรก็ตาม ทัศนคติเป็นเพียงองค์ประกอบ หนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรม (Triandis H. C, 1971) กล่าวว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจาก ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม นิสัย และผลที่คาดหวัง

#### 2.4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief)

แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มี เหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึง เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไรความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ ได้และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจ เป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มี เหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการ เจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ หลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากแนวความคิดของ (Rosenstock, 1974) ที่เชื่อว่าการ รับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่ง

นั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล โดยสมมุติฐานว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค (Becker, 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้

1) ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาหาร หรือการเจ็บป่วยหรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ (Kasl & Cobb, 1966) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2) พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายเพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3) พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา (Becker, 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบรวม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behavior) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่ง (Hochbaum, 1958) ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ (Becker Andrew, Marko Murray, & Gold Marvin, 1977) จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตรของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3) การรับรู้ถึงประโยชน์อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัติเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความล้าชายเป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับภาระชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าให้ผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไขจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างกันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตนมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษาการวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการที่จะปฏิบัติ

6) ปัจจัยต่าง ๆ (Modifying factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social factor) เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Due to action) อาจมีสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ เป็นต้น (Mass media communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือป้องกันโรคได้มากขึ้น



สรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้าน การเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้ดี

## 2.5 แนวคิด เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการย้ายถิ่นของแรงงานต่างด้าว

ทฤษฎีการย้ายถิ่นฐานของ เลวิส (Lewis, 1994) เฟ และ รานิส (Fei and Ranis, 1964) ทฤษฎีดังกล่าว ใช้อธิบายเหตุผลของการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรกรรมสู่ภาคอุตสาหกรรม ก่อสร้าง หรือการย้ายถิ่นของคนจากชนบทสู่ชุมชนเมือง ในการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ นั้น เกิดขึ้นเนื่องมาจากปัญหาเรื่องประชากรที่เพิ่มขึ้น แต่ปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้าย แรงงานระหว่างประเทศมักจะเป็นการเคลื่อนย้ายของประชากรจากประเทศที่ยากจนไปสู่ประเทศที่ เจริญก้าวหน้ากว่า ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ แนวคิดดังกล่าวอธิบายได้ว่า ประเทศที่ด้อยพัฒนา มักจะมีการลงทุนในมนุษย์ เช่น การให้การศึกษา การฝึกอบรม ตลอดจนความก้าวหน้าในการ ดำรงชีวิตที่ค่อนข้างจำกัด จึงไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศที่ด้อยพัฒนาเท่าใดนัก คนกลุ่มนี้จึงมักจะไปยังประเทศที่พัฒนาแล้ว ขณะที่ประเทศที่รับการย้ายถิ่นก็จะได้รับประโยชน์จาก ทุนมนุษย์เหล่านี้ในการเพิ่มผลิตภาพ (Productivity) ในงานของตน

ในปัจจุบันการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศมีลักษณะเป็นการย้ายถิ่นของประชากร จากประเทศด้อยพัฒนาที่มีค่าจ้างแรงงานต่ำไปทำงานตามสัญญาจ้างยังประเทศที่ให้ผลตอบแทนด้าน ค่าจ้างแรงงานสูงกว่า ซึ่งอาจจะเป็นการเคลื่อนย้ายของประชากรทุกระดับทักษะในการประกอบ อาชีพโดยไม่จำกัด การเคลื่อนย้ายแรงงานเช่นนี้ปรากฏผลทางเศรษฐกิจที่เชื่อมั่นได้ว่าประเทศที่ รับเข้าแรงงาน จะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานภายในประเทศสำหรับบางอุตสาหกรรม ได้ในระดับหนึ่ง ในขณะที่ประเทศที่ส่งออกแรงงานจะได้รับประโยชน์ในแง่การบรรเทาปัญหาการว่างงาน และคนงานมีโอกาสได้รับรายได้ที่สูง เมื่อมีรายได้ก็จะส่งเงินผ่านระบบการโอนกลับมายัง ครอบครัวของตนเอง ซึ่งนอกจากจะส่งผลในแง่ของฐานะความเป็นอยู่ของคนงานที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็น ผลดีในแง่ของตัวเลขดุลบัญชีเดินสะพัดของประเทศด้วย แต่อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาอีกด้านหนึ่ง การ เคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศยังอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่มีทักษะบาง ประเภทสำหรับความต้องการแรงงานในประเทศได้เช่นกัน

อัญชลี กัมพรทิพย์ ให้ข้อสรุปเรื่องแรงงานต่างด้าวหลายประการดังนี้ แรงงานที่เข้ามาทำงาน ในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ แรงงานไร้ฝีมือ นักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ ส่วนแรงงาน ต่างด้าวที่มีปัญหาในประเทศไทย หมายถึง คนต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย หรือทำงาน โดยไม่ได้รับใบอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะมาเป็นแรงงานไร้ฝีมือ ซึ่งมีหลายกลุ่มดังนี้



1. กลุ่มชาวเวียดนาม มี 2 กลุ่มใหญ่ คือ ชาวเวียดนาม (ญวน) อพยพหนีการปราบปรามของฝรั่งเศส ปี พ.ศ. 2488-2489 อาศัยอยู่ในประเทศไทย 13 จังหวัด คือ นครพนม มุกดาหาร อุบลราชธานี อุตรธานี ยโสธร สกลนคร ปราจีนบุรี สุราษฎร์ธานี พัทลุง หนองบัวลำพู สระแก้ว อำนาจเจริญ และชาวเวียดนามที่ลักลอบเข้ามาทำงานโดยปลอมแปลงสัญชาติเป็นกัมพูชา เข้ามาทางปอยเปตเสียม่านายหน้าเข้ามาทางอำเภอรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว

2. กลุ่มชาวลาว มี 2 กลุ่มใหญ่ คือ ลาวอพยพ และชาวลาวที่ลักลอบเข้าเมืองมาทำงานในประเทศไทยโดยผิดกฎหมาย

3. กลุ่มเอเชียใต้ที่ลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ได้แก่ ชาวเนปาลอพยพที่อาศัยอยู่ในประเทศพม่าตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สอง เข้ามาในประเทศไทยทางอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี และชาวเนปาล อินเดีย ศรีลังกา และบังคลาเทศ

4. กลุ่มชาวจีน และกัมพูชา เป็นกลุ่มที่ตั้งใจเข้ามาทำงานรับจ้างบริเวณชายแดน เป็นลูกจ้างตามบิมน้ำมัน ลูกจ้างโรงงาน ลูกจ้างเรือประมง เป็นต้น

5. กลุ่มชาวพม่า แบ่งกลุ่มดังนี้ (1) ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า มอญ กระเหรี่ยง ไทยใหญ่ ละว้า และพม่า เข้ามาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นสังคมนิยมและเศรษฐกิจฝืดเคือง ปัจจุบันบุคคลเหล่านี้ทางการอนุญาตให้ทำงานได้แต่ต้องอยู่ในพื้นที่เขตควบคุม (2) ผู้หลบหนีเข้าเมือง (3) ผู้ลี้ภัยสงคราม (4) นักศึกษาหลบหนีเข้ามาด้วยเหตุผลทางการเมืองพักพิงอยู่ที่ศูนย์อพยพ (5) ตั้งใจหลบหนีเข้ามาเพื่อหางานทำ (6) ชาวเขาและชนกลุ่มน้อย แบ่งกลุ่มเป็น ชาวเขาที่ไม่ได้มีถิ่นเกิดในประเทศไทย และ ชาวไทยภูเขาที่ตรวจสอบ (อัญชลี กัมมทรัพย์, 2560)

### 2.5.1 ผลดีและผลเสียของการอพยพแรงงานต่างด้าว

การอพยพของแรงงานต่างด้าวมียทั้งผลดีและผลเสีย คือ ผลดีของการนำแรงงานฝีมือเข้าประเทศไทย ทำให้เกิดการลงทุนของต่างชาติ ช่วยให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แรงงานไทยมีงานทำ เกิดการไหลเวียนเงินตราในประเทศ แก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานบางส่วน นำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามา เพิ่มมาตรฐานทางการศึกษา ผลเสียของการนำแรงงานฝีมือเข้าประเทศไทย คือ แรงงานฝีมือในประเทศไทยอาจต้องตกงาน มีการใช้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตเพิ่มขึ้น เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา เพิ่มมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม ในส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองจัดว่าเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดและมีปัญหาขณะนี้ ส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้านตามบริเวณชายแดนที่ติดกับประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา เข้าเมืองมาด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ โดยเฉพาะประเทศพม่า แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาโดยผิดกฎหมายจะมีผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเมืองและสังคม ดังนี้

ด้านเศรษฐกิจ นายจ้างมีทางเลือกจึงกดค่าแรงคนไทย แรงงานต่างชาติที่ไร้ฝีมือ ไร้อำนาจต่อรอง ทำงานที่ไร้ความรู้ ทักษะ จึงเป็นการเอาเปรียบแรงงานต่างชาติ ปัญหาการกีดกันทางการค้า

ซึ่งประเทศไทยถูกกล่าวหาว่าละเมิดสิทธิมนุษยชนเนื่องจากใช้แรงงานต่างชาติราคาถูก องค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) จึงกีดกันการส่งออกของประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากค่าแรงในการจ้างแรงงานต่างชาติราคาถูก นายจ้างจึงไม่สนใจการพัฒนาเทคโนโลยีการผลิต ผู้ประกอบการมีอำนาจต่อรองสูง รัฐเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลแรงงานต่างชาติที่ถูกจับกุมก่อนส่งกลับภูมิลำเนา

ด้านสังคม เมื่อมาอยู่ย่นานก็จะมีปัญหาการแต่งงานข้ามชาติ เด็กเกิดมามีปัญหาเรื่องสัญชาติ การศึกษา สถานภาพทางสังคม เรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนไทย

ด้านการเมืองและความมั่นคงของประเทศ ปัญหาความมั่นคงภายใน เช่น การเรียกร้องค่าแรง กลุ่มก่ออาชญากรรม หรือก่อวินาศกรรม กลุ่มต่อต้านรัฐบาลพม่า ทั้งด้านการเมืองและใช้เป็นฐานในการก่อการร้าย ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศได้

ด้านสาธารณสุข มีการขายบริการมากขึ้น และเกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เกิดโรคระบาดและโรคติดต่อที่แรงงานต่างชาตินำเข้ามา เช่น โรคเรื้อน โรคโปลิโอ โรคเท้าช้าง ถึงแม้ว่าแรงงานต่างชาติที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายจะได้รับการตรวจสุขภาพและค้นหาโรคจากหน่วยงานสาธารณสุข และได้รับบัตรประกันสุขภาพแต่ก็มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย แรงงานต่างชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกลุ่มนี้ส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์

ผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ (1) โรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อน แรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปด้วยความยากลำบาก (2) การแพร่กระจายของโรคติดต่อ จะติดต่อในลักษณะการทำงาน และสภาพที่อยู่อาศัยของแรงงานต่างชาติ ซึ่งอยู่กับอย่างแออัด ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้อย่างรวดเร็ว (3) การเกิดโรคระบาดในเด็ก อัตราการเกิดของแรงงานสตรีต่างชาติมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เด็กที่คลอดมาไม่ได้รับวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ และไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามช่วงวัยที่เหมาะสม ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กและเป็นกลุ่มเสี่ยงในการแพร่เชื้อโรคได้ (4) การเกิดอุบัติเหตุซ้ำของโรคติดต่อบางชนิดที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทย มีแนวโน้มว่าอาจจะกลับมาระบาดซ้ำเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของไทย

ผลกระทบต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและงบประมาณของรัฐ ได้แก่ (1) ขาดบุคลากรด้านสาธารณสุข การเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุข (2) การสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา กระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งเคราะห์รักษาพยาบาลปีละหลายล้านบาทและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (ธานินทร์ สีวรารณ์สกุล, 2556)

## 2.5.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

สถานการณ์ด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติในประเทศไทย ในภาพรวมสะท้อนให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพิ่มความเข้มแข็งในการปฏิบัติการทางคลินิก ระบุประเด็นสำคัญด้านวิถีชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพดี จุดเน้นของความร่วมมือระหว่างประเทศ มี 3 ประเด็น คือ

- 1) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ
- 2) ติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์
- 3) ความปลอดภัยด้านอาหาร

มาตรการด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติ รัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรีให้แรงงานจากประเทศเพื่อบ้านขึ้นทะเบียนชื้อบัตรประกันสุขภาพ 1,300 บาท ต่อคนต่อปี มีการลงทะเบียนเข้าสู่ระบบจึงมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพจากสถานพยาบาลของไทยผ่านสิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ ซึ่งจะมีผลดีในการป้องกันโรคติดต่อเนื่องจากทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพ เช่น สารเสพติด โรควัณโรค โรคซิฟิลิส โรคเท้าช้าง ในกรณีที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตร บุตรที่เกิดมาต้องชื้อประกันสุขภาพด้วย และจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ เหมือนเด็กไทย (ธานินทร์ สีวราภรณ์สกุล, 2556)

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.6.1 งานวิจัยในประเทศ

เพชรรัตน์ อมรชีวิน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (เพชรรัตน์ อมรชีวิน, 2541)

ธีระศักดิ์ มัคคุ้น, ธนวัต ขาวสุด และจำเป็น ชาญชัย ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า นักเรียนมีความรู้ดีขึ้นในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการป่วย ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคถูกต้องมากขึ้น และแรงสนับสนุนจากครูอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธีระศักดิ์ มัคคุ้น, ธนวัต ขาวสุด, & ชาญชัย, 2543)

สมชาย นพเกตุ ได้ทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวังซิ่น อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้เรื่องไข้เลือดออกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อจำแนกการรับรู้รายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สมชาย นพเกตุ, 2544)

นิศานาด โขคเกิด ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา ผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ความเชื่อมั่นด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มสุรา การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรา และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอยู่ในระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเชื่อด้านสุขภาพเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรานั้นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการดื่มสุรา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา (นิศานาด โขคเกิด, 2545)

บุญเรือน เปียหลิม ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในอำเภอมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่าตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคสูงสุดมีปัจจัยทางด้านสังคมและปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากตำบลที่มีอัตราการเกิดต่ำสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประชาชนในตำบลที่มีการเกิดโรคต่ำสุดมีความถี่ และความถูกต้องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทุกด้าน (บุคคล หน่วยงาน และสื่อต่าง ๆ ) ตลอดจนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและทุกกิจกรรมมากกว่าประชาชนในตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคสูงสุด ส่วนปัจจัยสำคัญทางด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในรัศมี 100 เมตรรอบบ้าน (เช่น การมีเศษภาชนะที่แตกหักและมีน้ำขัง การมีต้นไม้รก/ป่า) และช่องทางที่ยุงภายนอกบ้านสามารถเข้ามาภายในบ้านได้ อีกทั้งค่าดัชนีที่เหมาะสมในการประมาณค่าความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย คือค่า BI และ ค่า CI ภายนอกบ้าน (บุญเรือน เปียหลิม, 2553)

จิตรภณ สุนทร ได้ทำการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ของโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลนครปฐม พบว่าการกระจายตัวของโรคตามฤดูกาล ฤดูฝนเป็นฤดูที่มีการแพร่ระบาดของโรคมมาก ลักษณะทางกายภาพของบ้านเรือนประชาชนมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากที่สุด และมีพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 41.12 ของพื้นที่ทั้งหมด ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ การขาดความสนใจในการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน (จิตรภณ สุนทร, 2555)

จิตชบา สายใจ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาสื่อเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตสายไหมกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนการให้ความรู้ โดยมีความคิดเห็นโดยรวมที่เปลี่ยนแปลงเป็นการเห็นด้วยที่มากขึ้นเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ในข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติหลังการให้ความรู้เปลี่ยนเป็นการเห็นด้วยที่เพิ่มขึ้น ส่วนในข้อคำถามที่เป็นเชิงลบประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติหลังการให้ความรู้เปลี่ยนเป็นการเห็นด้วยที่ลดลง และยังพบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่แน่ใจ มีการเปลี่ยนแปลง หลังจากการให้ความรู้โดยรวมมีความไม่แน่ใจลดลง (จิตชบา สายใจ, 2557)

ภาสกร ปาละกุล และ สุภัทรา สุวรรณหงส์ ศึกษาการพัฒนาสื่อเคลื่อนไหว 3 มิติ เพื่อการสาธารณสุข เรื่องโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาความพึงพอใจด้านเนื้อหาของสื่ออยู่ในระดับ 4.59 ซึ่งระดับคุณภาพอยู่ในระดับดี ด้านภาพและเสียงอยู่ในระดับ 4.57 ซึ่งระดับคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก และด้านเทคนิคอยู่ในระดับ 4.53 ซึ่งระดับคุณภาพอยู่ในระดับดี มาก รวมคุณภาพทั้ง 3 ด้าน มีค่าเฉลี่ยรวมเป็น 4.56 ซึ่งระดับคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก (ภาสกร ปาละกุล & สุวรรณหงส์, 2557)

มัตติกา ยงอยู่ ได้ทำการศึกษากักเก็บและการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 5 กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี พบว่า ขั้นตอนการคัดแยก การเก็บรวบรวม และการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกักเก็บและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อทั้งระบบ พบว่า ขนาดสถานบริการสาธารณสุข (จำนวนเตียง) และกระบวนการคัดแยกและรวบรวม ณ จุดกำเนิดเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการกักเก็บและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานกักเก็บและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อทั้งระบบของสถานบริการสาธารณสุข พบว่าคนงานและพนักงานการพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องกว่าตำแหน่งอื่น ๆ (มัตติกา ยงอยู่, 2559)



นันทิตา กุณราชา และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบัง และควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นชนชาติพันธุ์อาข่า มีอายุเฉลี่ย 45 ปี ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 71.7 นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 98.3 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 71.2 มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 54.9 มีระดับความสัมพันธ์เกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ,  $r = 0.42, 0.65$  และ  $0.61$  ตามลำดับ) และความตั้งใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ,  $r = 0.67$ ) ข้อค้นพบ คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ เจตคติ ทำให้เกิดความตั้งใจในพฤติกรรมกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้ประชาชนปฏิบัติเพื่อลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษาโดยพัฒนารูปแบบการจัดทำกระบวนการกำบังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเพื่อลดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่องและนำไปสู่ในการปฏิบัติอย่างเข้มข้น (นันทิตา กุณราชา, สุภาพร ตรงสกุล, วรณรัตน์ ลาวัง และ พิษณุรักษ์ กันทวี, 2560)

## 2.6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Salazar ได้ศึกษาเกี่ยวกับนิเวศวิทยาของโรคไข้เลือดออกที่สาธารณรัฐโดมินิกัน พบว่า การกำบังโรคไข้เลือดออกของประชาชนถือว่าเป็นหน้าที่ของรัฐบาลมากกว่าเป็นหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว หรือชุมชน และชาวโดมินิกัน มีความคิดว่ายุงลายก่อให้เกิดความรำคาญเท่านั้น ไม่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก แต่ละครัวเรือนไม่มีความสนใจที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (Salazar, 1991)

Adisasmito ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ผลการวิจัยพบว่า ในการควบคุมยุงลายควรใช้วิธีการเฝ้าระวังของชุมชนมากกว่าที่จะใช้สารเคมี การควบคุมโรคไข้เลือดออกจะได้ผลดีถ้าได้รับความร่วมมือจากสังคมชั้นสูง และชุมชนไม่ต้องการให้ภาครัฐไปสั่งให้ทำสิ่งต่าง ๆ ชุมชนต้องการดำเนินการแก้ปัญหาเองโดยให้ภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน (Adisasmito. Wiku, 1995)

Clark ได้ศึกษาการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศต่าง ๆ ของทวีปอเมริกา ผลปรากฏว่าการระบาดของโรคนี้มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ การจะควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยประสิทธิภาพของห้องปฏิบัติการ บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขต้องได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดี เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค มีกลยุทธ์ที่ดีในการควบคุมโรคเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องมี



ประสิทธิภาพสูงและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (Clark. F. B., 1995)

Saeed Alam, Naghmi Asif and Huma Mushtaq ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับวิตามินดีในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี (DHF) และไข้เลือดออก (DF) พบว่า ช่วงอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยช่วง 16-90 ปี มีผู้ชาย 74% และผู้หญิง 26% ระดับวิตามินดีเฉลี่ยในผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF) สูงกว่า  $21.5 \pm 13.6$  นาโนกรัม/ มิลลิลิตร เมื่อเทียบกับไข้เลือดออก (DHF) ระดับวิตามินดีเฉลี่ยอยู่ที่  $12.4 \pm 5.6$  นาโนกรัม/มิลลิลิตร พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.003$ ) สรุปได้ว่าวิตามินดีอาจมีส่วนในการจัดการโรคไข้เลือดออก ระดับวิตามินดีในระดับต่ำอาจเกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก (DHF) (Saeed Alam, Naghmi Asif, & Huma Mushtaq, 2018)

Muhammad Sarfraz et al. ได้ทำการศึกษาระบบภูมิคุ้มกันของอีเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DHF) และโรคไข้เลือดออก (DF) พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 34 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (63.6%) ผู้ป่วย 70 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออก (DF) และผู้ป่วย 40 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก (DHF) จากผู้ป่วยทั้งหมด พบ NS1 positive 54 ราย พบ IgG positive 33 ราย แม้ว่าอีเล็กโทรไลต์ในเซรัมจะสูงกว่าในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DHF) เมื่อเทียบกับโรคไข้เลือดออก (DF) สรุปได้ว่าภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เป็นสิ่งรบกวนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF) และในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DHF) ไม่พบความสัมพันธ์ที่สำคัญในการรบกวนของอีเล็กโทรไลต์ (Sarfraz Muhammad, Rabbani Arshad, Manzoor Muhammad Shehzad, & Zahid Hira, 2018)

Moran Christopher Edward ศึกษาบทบาทของ T-lymphocytes ในการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าการติดเชื้อแต่ละสายพันธุ์ของไวรัสเดงกีที่แตกต่างกันทำให้เกิดเซลล์ที่มีบทบาทสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (CTL) แบบ cross reactive จากหน่วยความจำซึ่งผลิต cytokines ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบในระดับสูง ประชากรเซลล์ CD4+T ที่มีปฏิกิริยาไขว้เฉพาะจะถูกสร้างขึ้นจากหน่วยความจำและสามารถผลิต cytokines ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบได้ในระดับที่สูงขึ้น และอาจจะเป็นรากฐานของประชากรเซลล์อื่น ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา ทำให้ของเหลวรั่วและซ็อกเซลล์ CD8+T ที่มีความต้องการสูงจะถูกลบในเวลาต่อมา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการตายของเซลล์ที่กระตุ้นให้เกิดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หน่วยความจำเฉพาะ serotype ที่เป็นประโยชน์มากขึ้น ข้อสังเกตเหล่านี้มีผลอย่างมากต่อความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของการสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเฉพาะไวรัสในการก่อโรคของโรคไข้เลือดออก และส่งผลต่อการคิดค้นวัคซีนที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Moran Christopher Edward, 2007)

Beatty et al. ได้ทำการศึกษาแนวทางการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จากรายงานของสมาคมเอเชียแปซิฟิก อเมริกัน ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลที่ดียิ่งที่สุดที่เป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ควบคุมและกำกับดูแลโรคไข้เลือดออกสามารถดำเนินการอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริง เช่น (1) ทุก ๆ ประเทศที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกต้องมีการรายงานการเกิดโรคไข้เลือดออกทุก ๆ คนที่ป่วยเป็นโรคต่อผู้มีอำนาจหน้าที่ในรัฐบาล (2) ควรมีการใช้และการพัฒนาระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์ (3) ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกขั้นต่ำจะต้องรวมถึงข้อมูลอุบัติการณ์ อัตราการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตจำแนกตามกลุ่มอายุ (4) การศึกษาที่สมบูรณ์เพื่อตรวจสอบความไวของระบบ (5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะต้องมีการแบ่งปันความชำนาญและข้อมูล (6) การตรวจวิเคราะห์นี้ใช้การระบุไวรัสไข้เลือดออกควรใช้ในผู้ป่วยที่มีไข้มา 4 วัน หรือน้อยกว่านั้น และการตรวจแอนติบอดีจะใช้เวลา 4 วันในการวินิจฉัย (7) การที่ค้นหาและตรวจพบได้เร็วและการพยากรณ์การแพร่ระบาดเน้นเป้าหมายของระบบกำกับดูแลและควบคุมในระดับชาติ (Beatty et al. 2010)

Gustavo Cabral et al. ได้ศึกษาโปรตีน E-DIII ที่ได้รับจากไวรัส Zika ผลการศึกษาพบว่า Virus like particles (VLPs) ที่ปรับให้เหมาะสมทางภูมิคุ้มกันทำให้ Antibody เป็นกลาง โดยไม่ก่อให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพของการติดเชื้อไวรัสแดงที่ได้รับจากไวรัส Zika ที่แสดงบน Virus like particles (VLPs) ที่ได้รับการปรับปรุงภูมิคุ้มกันทำให้เกิด Antibody แสดงให้เห็นแล้วว่าโปรตีนของ E-DIII ทำให้เกิด Antibody ที่เป็นกลางอย่างเหมาะสม ดังนั้นเราจึงสร้างวัคซีน Zika ตาม E-DIII ที่แสดงเกี่ยวกับอนุภาคที่คล้ายไวรัส Cucumber mosaic (CuMVtt) ได้รับการปรับปรุงภูมิคุ้มกัน (VLPs) ใน dioleoyl phosphatidylserine (DOPS) เป็นสารเสริมวัคซีนกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันเฉพาะหลังจากฉีดเพียงครั้งเดียว Antibody สามารถต่อต้านเชื้อไวรัส Zika ได้โดยไม่เพิ่มการติดเชื้อในหลอดทดลอง (Gustavo Cabral-Miranda et al., 2019)

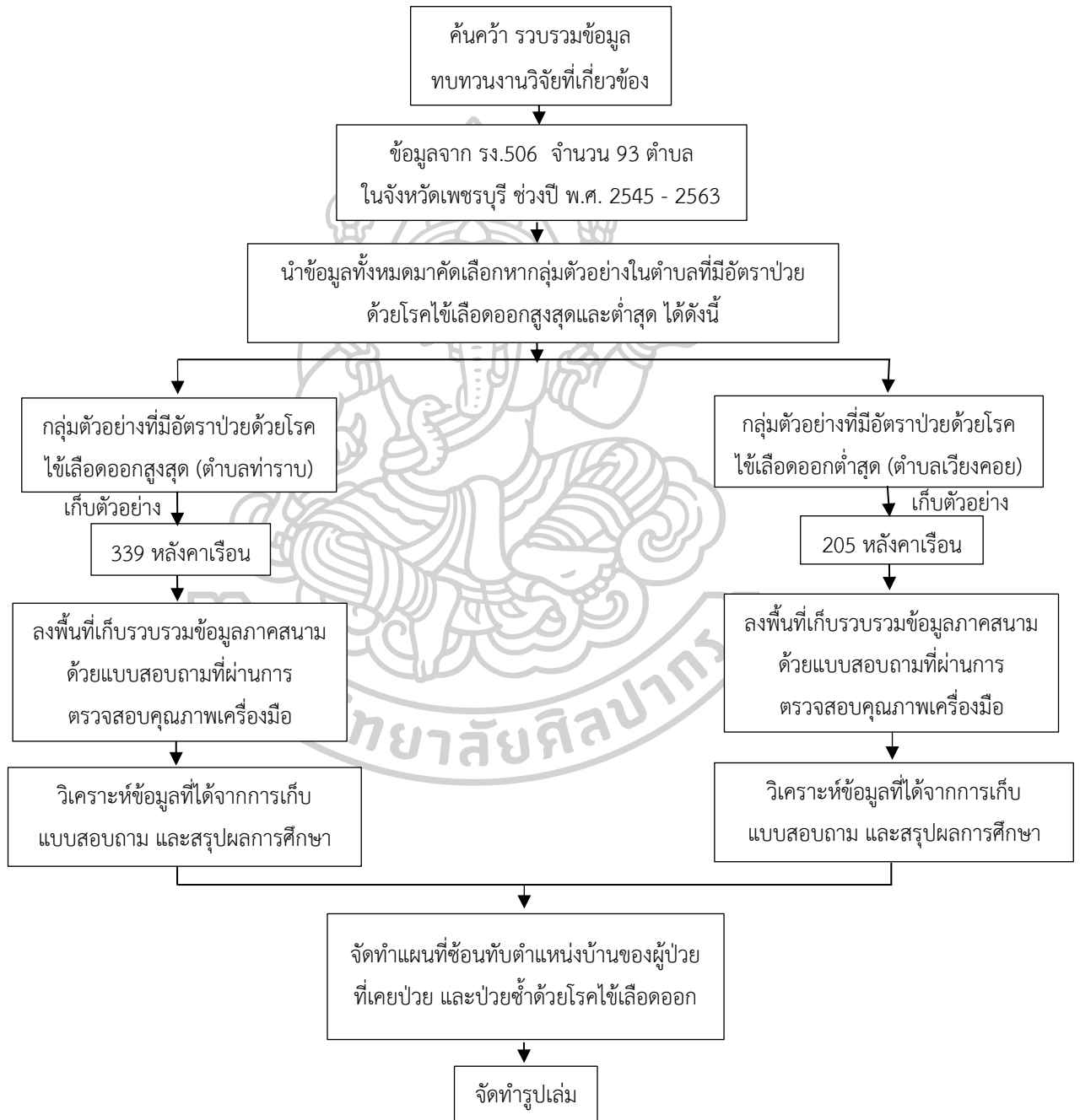
Romchat Kraivong ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของการติดเชื้อไข้เลือดออก (DHF) พบว่าความหลากหลายทางพันธุกรรมไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในประชากรไทย ในทางตรงกันข้าม พบว่า สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการพัฒนาโรคไข้เลือดออก (DHF) แบบจำลอง MMP3 ในพลาสมา มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (DHF) แม้ว่าบทบาทของ MMP3 ในการเกิดโรคไข้เลือดออก (DHF) ยังคงไม่แน่นอนและควรได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติม สุดท้ายแบบจำลองเพื่อทำนายโรคไข้เลือดออก (DHF) ระบุจำนวนเซลล์เกล็ดเลือดต่ำและสูง ความเข้มข้นของ MCP2 เป็นเครื่องหมายแสดงศักยภาพ ข้อมูลเหล่านี้ช่วยขยายความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไข้เลือดออก (DHF) และอาจพิสูจน์ได้ว่ามีประโยชน์ในการพัฒนารักษาโรครวมทั้งตัวชี้วัดความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (DHF) (Kraivong, R. 2015)

K Mallehappa, K Srinivasa ทำการศึกษาเรื่องบทบาทของการอัลตราซาวด์ในการวินิจฉัยความรุนแรงของการติดเชื้อโรคไข้เลือดออกในระยะแรก พบว่าการอัลตราซาวด์เป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัยล่วงหน้าถึงความรุนแรงของการติดเชื้อโรคไข้เลือดออกในเด็ก กับการสนับสนุนพารามิเตอร์ห้องปฏิบัติการอัลตราซาวด์ช่องท้อง สามารถช่วยให้วินิจฉัยการลุกลามไปสู่รูปแบบที่รุนแรงของโรค ดังนั้นการตรวจอัลตราซาวด์อาจได้ผลเร่งการวินิจฉัยและช่วยในการประมาณค่าความรุนแรงของโรค (K Mallehappa, K Srinivasa. 2017)



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินงานวิจัยตามขั้นตอนการศึกษาแสดงดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 ขั้นตอนการศึกษา

### 3.1 พื้นที่ศึกษา

จังหวัดเพชรบุรีตั้งอยู่ทางตอนใต้ของภาคกลาง มีเนื้อที่ประมาณ 3,890,711 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อใกล้เคียงคือ ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสมุทรสงคราม ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ชายฝั่งทะเลอ่าวไทย เริ่มตั้งแต่ปากอ่าวบางตะบูน ถึง สนามบินบ่อฝ้าย และทิศตะวันตก ติดต่อกับ สาธารณรัฐนิยมแห่งสหภาพพม่า ลักษณะภูมิประเทศทางด้านทิศตะวันตกเป็นที่ราบสูง มีภูเขาสูงชันแล้วค่อย ๆ ลาดต่ำมาทางทิศตะวันออก ซึ่งจังหวัดเพชรบุรี เป็นจังหวัดที่อยู่ติดกับทะเลอ่าวไทย จึงได้รับอิทธิพลมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ในช่วงฤดูฝน ทำให้มีฝนตกชุก และได้รับอิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือในช่วงฤดูหนาว ทำให้มีอากาศหนาวเย็นในช่วงฤดูหนาว (สำนักงานอุตุวิทยามหาวิทยาลัยราชบุรี, 2560)

#### ตำบลท่าราบ

อยู่ทางทิศตะวันออกของแม่น้ำเพชรบุรี มีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำเพชรบุรีไหลผ่านกลาง ตอนกลางของตำบลเป็นย่านพาณิชย์ที่สำคัญ ที่เหลือเป็นย่านที่อยู่อาศัย โดยทั่วไปมี 3 ฤดูกาล และในส่วนของลักษณะที่ตั้ง

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลคลองกระแซง
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลบ้านราบ
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลช่องสะแก
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ตำบลบ้านหม้อ

#### ตำบลเวียงคอย

มีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำเพชรบุรีไหลผ่านกลาง โดยทั่วไปมี 3 ฤดูกาล และในส่วนของลักษณะที่ตั้ง

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลไร่ส้ม
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลหัวสะพาน
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลไร่ส้ม
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ตำบลวังตะโก

พื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ทำการศึกษาในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุด จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (รง.506) ที่ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี ช่วงปี พ.ศ. 2545-2563 แล้วจึงนำมาคำนวณหาอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ดังนี้

$$\text{อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในตำบลนั้น}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดในตำบลนั้น}} \times 100,000$$

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ขั้นตอนที่หนึ่ง** ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจากจำนวนหลังคาเรือนในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (0.95) และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 5% (0.05) จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + \chi^2 p (1 - p)}$$

- เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  = ขนาดของประชากร  
 $e$  = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)  
 $\chi^2$  = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\chi^2 = 3.841$ )  
 $P$  = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด  $p = 0.5$ )

จำนวนหลังคาเรือนของตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด (ตำบลท่าราบ คือ 339) คำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{((3.841) (2,861)(0.5)(1 - 0.5))}{((0.05)^2 (2,861 - 1) + (3.841) (0.5)(1 - 0.5))}$$

$$n = 338.7 \text{ (339 หลังคาเรือน)}$$

จำนวนหลังคาเรือนของตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด (ตำบลเวียงคอก คือ 205) คำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{((3.841) (435)(0.5)(1 - 0.5))}{((0.05)^2 (435 - 1) + (3.841) (0.5)(1 - 0.5))}$$

$$n = 204.2 \text{ (205 หลังคาเรือน)}$$

**ขั้นตอนที่สอง** การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านของตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุด โดยนำจำนวนหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้านมาคำนวณเป็นสัดส่วนกับ



จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการในแต่ละตำบล ตามที่คำนวณได้ในชั้นที่หนึ่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างสรุปได้ดังตารางที่ 5-6

**ตารางที่ 5** จำนวนหลังคาเรือนของกลุ่มตัวอย่างในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด (ตำบลท่าราบ)

หมู่บ้าน	หลังคาเรือนทั้งหมด (หลังคาเรือน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (หลังคาเรือน)
หมู่ที่ 1 ชุมชนจันทราวาส	365	43
หมู่ที่ 2 ชุมชนท่าหิน	359	43
หมู่ที่ 3 ชุมชนต้นมะม่วง	276	33
หมู่ที่ 4 ชุมชนไร่จิง	274	32
หมู่ที่ 5 ชุมชนหน้าพระลาน	361	43
หมู่ที่ 6 ชุมชนวัดลาด	276	33
หมู่ที่ 7 ชุมชนวิหารใหญ่-ไตรโลก	560	66
หมู่ที่ 8 ชุมชนวัดเกาะ	297	35
หมู่ที่ 9 ชุมชนนามอญ	93	11
<b>รวม</b>	<b>2,861</b>	<b>339</b>

**ตารางที่ 6** จำนวนหลังคาเรือนของกลุ่มตัวอย่างในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำที่สุด (ตำบลเวียงคอย)

หมู่บ้าน	หลังคาเรือนทั้งหมด (หลังคาเรือน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (หลังคาเรือน)
หมู่ที่ 1 เวียงคอยล่าง	181	85
หมู่ที่ 2 เวียงคอยบน	194	92
หมู่ที่ 3 ดอนโดนตวิทยา	60	28
<b>รวม</b>	<b>435</b>	<b>205</b>

**ขั้นตอนที่สาม** หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างในระดับตำบลและหมู่บ้านแล้ว ทำการสุ่มตัวอย่างหลังคาเรือนอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ โดยใช้หมายเลขครัวเรือนทั้งหมดในการจับฉลาก เมื่อจับฉลากได้หมายเลขหลังคาเรือนแล้ว ลงพื้นที่เก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยคัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถามหลังคาเรือนละหนึ่งคน

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.3.1 ขั้นตอนการจัดทำเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดัดแปลงมาจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เลือตอบสถานะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ กรุ๊ปเลือด สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่สอง แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น

ปัจจัยอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก	เลขที่ข้อแบบสอบถาม
- ด้านสิ่งคุกคามต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	ข้อ 9, 10, 11, 12, 13, 14 และข้อ 15
- ด้านระบาดวิทยา	ข้อ 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 และข้อ 23
- ด้านความพึงพอใจในสถานบริการ	ข้อ 24, 25 และข้อ 26

ส่วนที่สาม แบบสอบถามด้านพฤติกรรม จำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	เลขที่ข้อแบบสอบถาม
- พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	ข้อ 27, 28 และข้อ 29
- พฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	ข้อ 30, 31, 32 และข้อ 33
- พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ข้อ 34, 35, 36 และข้อ 37

ส่วนที่สี่ แบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น

ปัจจัยสภาพแวดล้อม	เลขที่ข้อแบบสอบถาม
- ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	ข้อ 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46
- ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม	ข้อ 47 และข้อ 48

ส่วนที่ห้า แบบสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ได้มีการดัดแปลงมาจากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย (สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค, 2561)

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามด้านพฤติกรรม แบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อม และแบบสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ก่อนนำไปใช้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่

- |                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. กนกพร สว่างแจ้ง    | หน่วยงาน มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. กมลชนก พานิชการ    | หน่วยงาน มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. นัทธีรา สรรมณี     | หน่วยงาน มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. ธรรมเรศ เชื้อสาวลี | หน่วยงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น |

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.5.1 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (รง.506) ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2545 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี แล้วนำข้อมูลจากรายงาน 506 มาคำนวณหาอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

#### 3.5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประสานงานติดต่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาประมาณ 1 ปี จึงจะแล้วเสร็จ



รูปที่ 4 ลงพื้นที่เก็บแบบสอบถาม

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ต่าง ๆ ดังนี้

3.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ ความถี่ และร้อยละ

3.6.2 ข้อมูลทั่วไป (ได้แก่ เพศ อายุ กรู๊ปเลือด สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น)

วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และร้อยละ

3.6.3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยสภาพแวดล้อม ในข้อคำถามที่ 1-22, 25-27, 31-32 และ 36-49 ทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยวิธี t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และในข้อคำถามที่ 23-24, 28-30 และ 33-35 ใช้สถิติทดสอบด้วยวิธี Chi-Square Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3.6.4 ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายที่ได้จากแบบสำรวจ วิเคราะห์โดยใช้ดัชนีทางกีฏวิทยาเกี่ยวกับความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

### 3.7 สร้างแผนที่ซ้อนทับตำแหน่งบ้านผู้ป่วย

จัดทำแผนที่ซ้อนทับระบุตำแหน่งที่อยู่ของผู้ป่วยที่เคยป่วย และป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออกบนแผนที่ภาพถ่ายดาวเทียม โดยใช้โปรแกรม ArcGIS Desktop version 10.6.1 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงพรรณนาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของพื้นที่นั้น ๆ



## บทที่ 4

### ผลการศึกษาและอภิปรายการศึกษา

ผลการศึกษาได้นำเสนอใน 6 ประเด็น โดยเปรียบเทียบประชาชนกลุ่มที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด คือ ตำบลท่าราบ และตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำที่สุด คือ ตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี มีรายละเอียดผลการศึกษา ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 4.2 ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก
- 4.3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมของโรคไข้เลือดออก
- 4.4 ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม
- 4.5 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัย และพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยการทดสอบค่าสถิติ Chi-Square Test
- 4.6 ปัจจัยที่ตั้งพื้นที่กับการป่วยซ้ำ

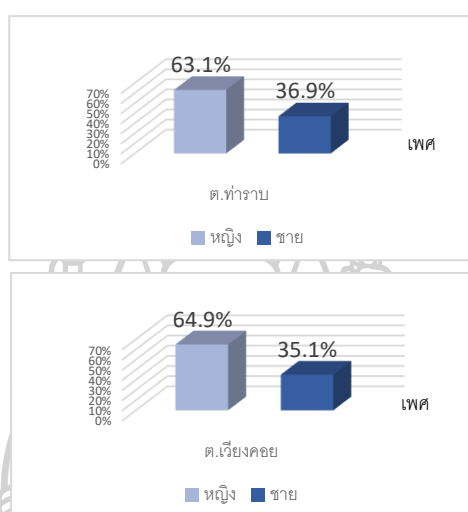
#### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามทั้งสิ้น 544 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็นตำบลท่าราบ 339 ตัวอย่าง และตำบลเวียงคอย 205 ตัวอย่าง

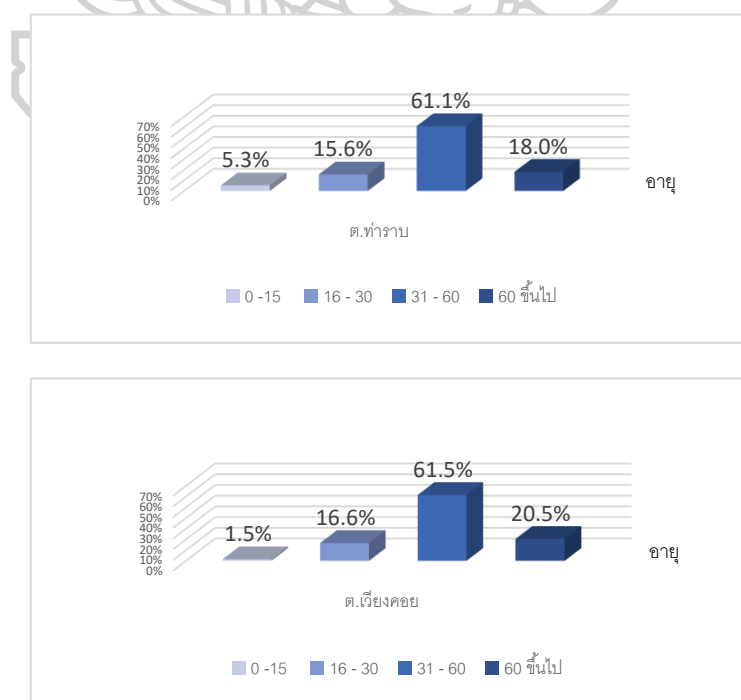
4.1.1 ตำบลท่าราบผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 เพศชาย จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9 ( $\bar{x} = 1.63$ , S.D. = 0.48) ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 31-60 ปี จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 61.1 ( $\bar{x} = 2.92$ , S.D. = 0.74) มีกรู๊ปเลือด O จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3 ( $\bar{x} = 2.37$ , S.D. = 0.80) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 ( $\bar{x} = 1.66$ , S.D. = 0.88) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 ( $\bar{x} = 3.98$ , S.D. = 1.21) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 ( $\bar{x} = 4.11$ , S.D. = 2.0) มีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อเดือนอยู่ที่ 15,001-20,000 บาท จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 44 ( $\bar{x} = 3.09$ , S.D. = 1.33)

4.1.2 ตำบลเวียงคอยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 เพศชาย จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 ( $\bar{x} = 1.65$ , S.D. = 0.48) ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 31-60 ปี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ( $\bar{x} = 3.01$ , S.D. = 0.66) มีกรู๊ปเลือด O จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 ( $\bar{x} = 2.37$ , S.D. = 0.83) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มี

สถานภาพโสด จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 ( $\bar{x} = 1.66$ , S.D. = 0.87) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ( $\bar{x} = 3.99$ , S.D. = 1.18) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 ( $\bar{x} = 4.23$ , S.D. = 2.06) มีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อเดือนอยู่ที่ 10,001-15,000 บาท จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ( $\bar{x} = 3.03$ , S.D. = 1.37) ดังรูปที่ 5-11

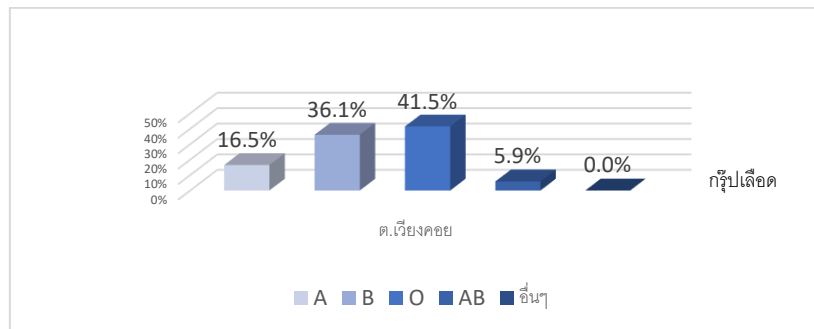
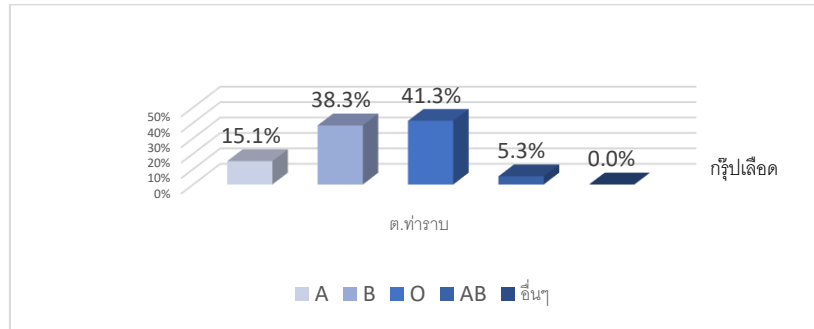


รูปที่ 5 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของเพศทั้งสองบล

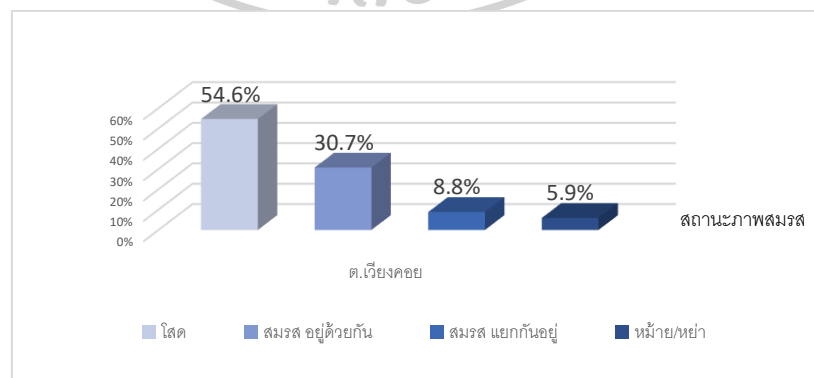
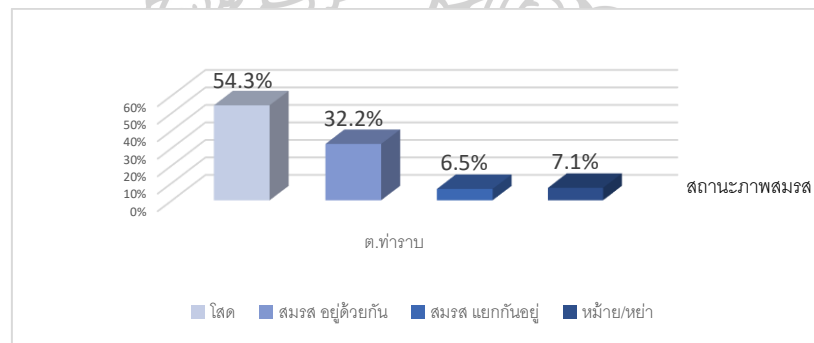


รูปที่ 6 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของช่วงอายุทั้งสองตำบล

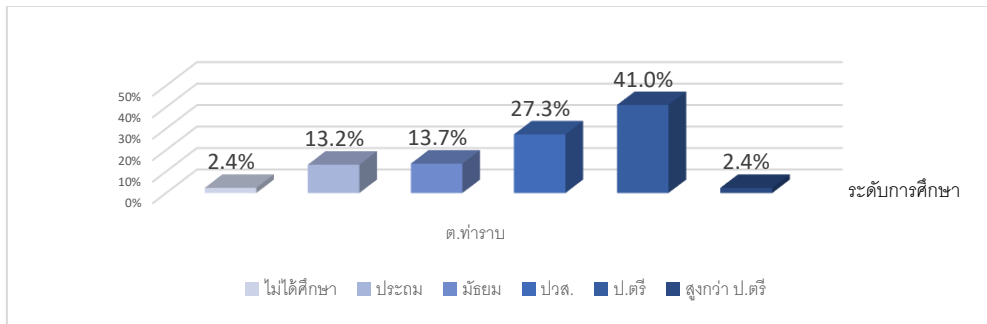
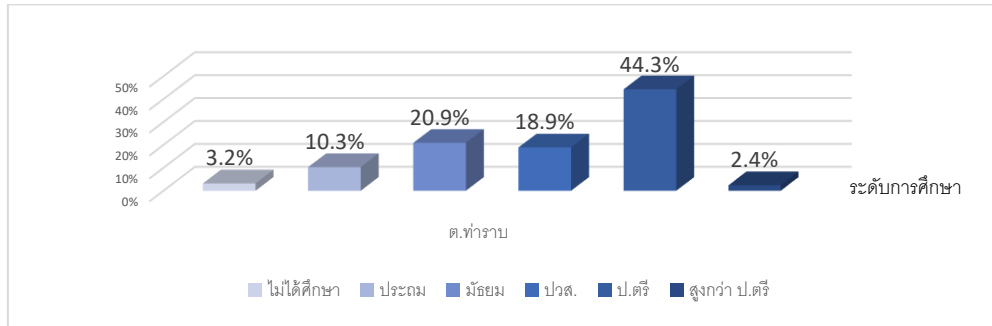




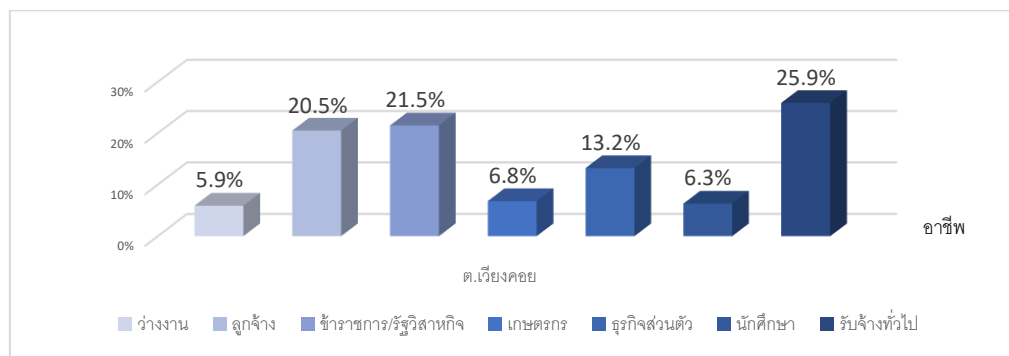
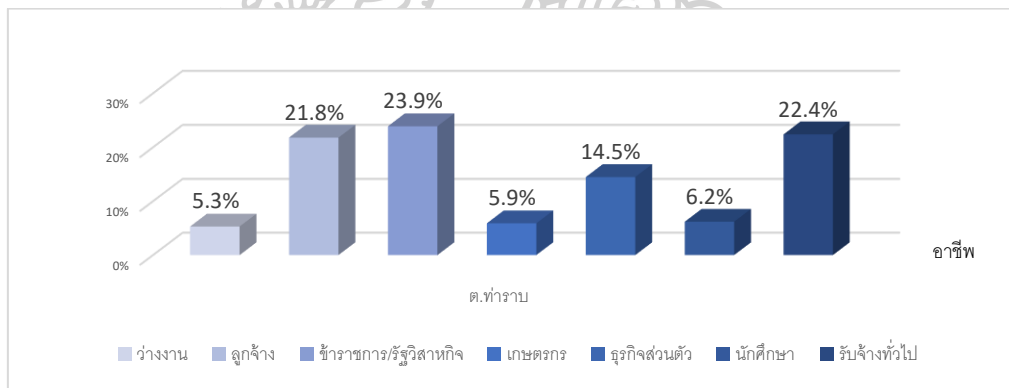
รูปที่ 7 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของกรุ๊ปเลือดทั้งสองตำบล



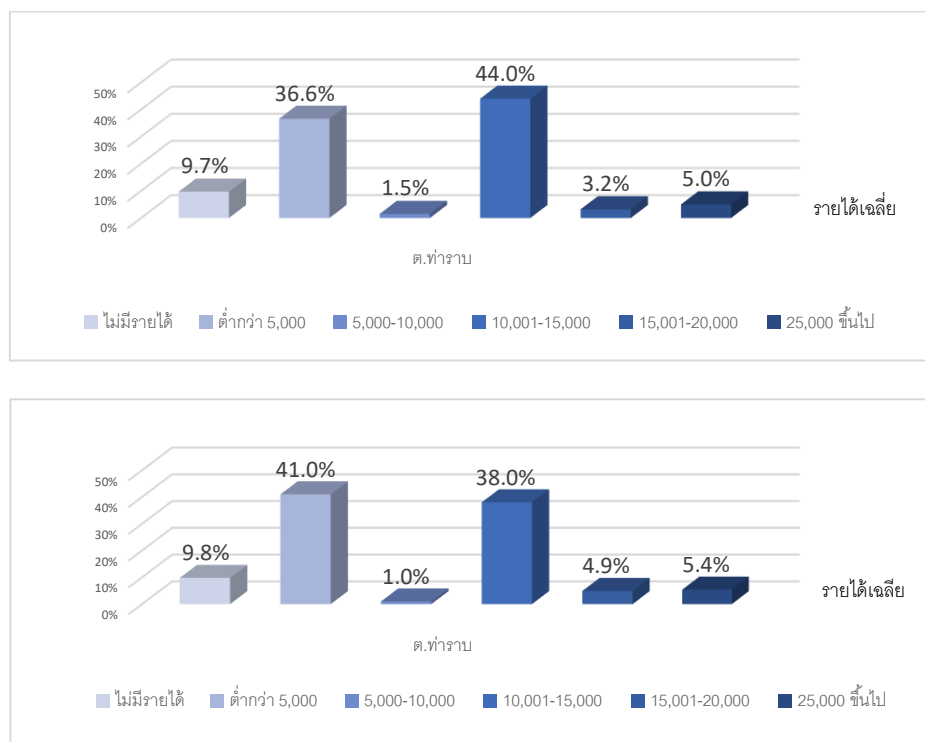
รูปที่ 8 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของสถานะภาพสมรสทั้งสองตำบล



รูปที่ 9 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของระดับการศึกษาทั้งสองตำบล



รูปที่ 10 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของอาชีพทั้งสองตำบล



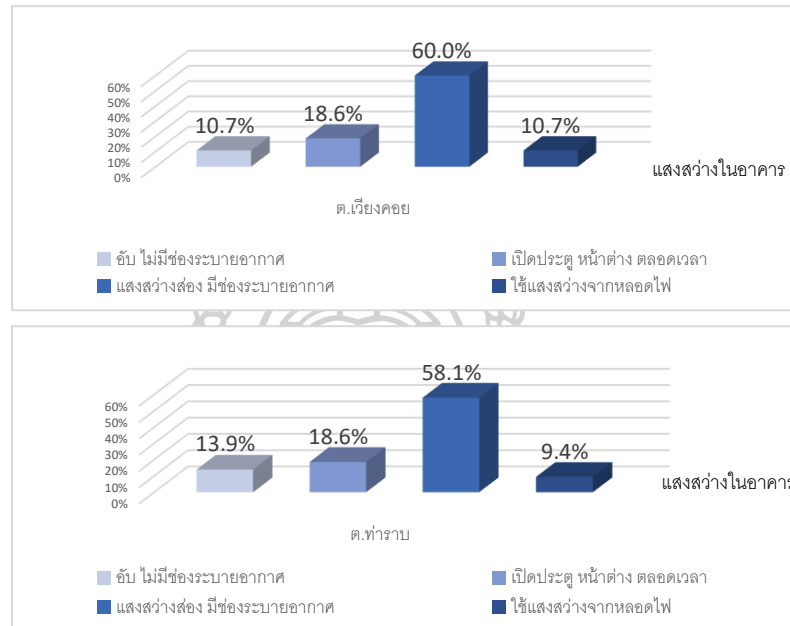
รูปที่ 11 เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของรายได้เฉลี่ยครัวเรือนทั้งสองตำบล

#### 4.2 ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

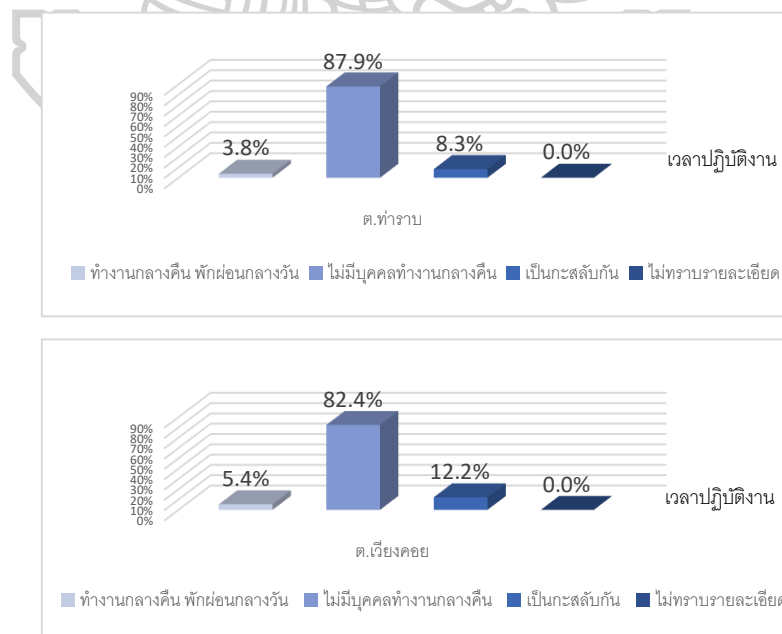
4.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกด้านสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดโรคตามลักษณะของ “สภาพการณ์” ที่สามารถทำให้เจ็บป่วยได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีแสงสว่างส่องเข้าถึง และมีอากาศถ่ายเทสะดวก ส่วนมากไม่มีบุคคลในครอบครัวปฏิบัติกรในเวลากลางวัน ส่วนประชากรแฝงชาวต่างชาติ (ได้แก่ แรงงานพม่า กัมพูชา ลาว เป็นต้น) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดตอบว่ามีประชากรแฝงชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 58.7 ในขณะที่ตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำสุดตอบว่าไม่มีประชากรแฝงชาวต่างชาติอาศัยอยู่ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 45.9 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดโรคในชุมชนที่ตอบแบบสอบถามเป็นไปในทำนองเดียวกัน คือ ส่วนใหญ่ไม่มีประชากรแฝงชาวต่างชาติอาศัยอยู่ร่วมบ้าน และคิดว่าประชากรแฝงชาวต่างชาติไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก ประชากรแฝงที่เข้ามาอาศัยในชุมชนเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพ และสาเหตุที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวล หดหู่ หรือมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจมากที่สุด คือ ภาวะเศรษฐกิจ ดังรูปที่ 12-18

ทรงชัย ทองปาน ที่ได้ศึกษาองค์ความรู้ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการย้ายถิ่น การเคลื่อนที่ และการแพร่กระจายของโรคมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกัน

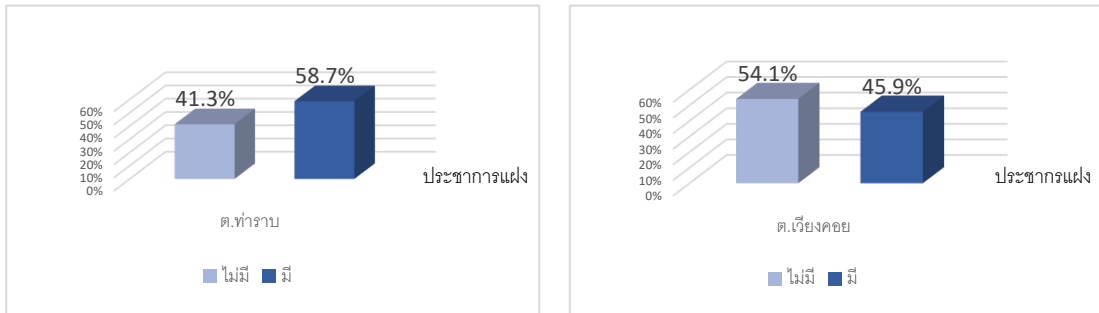
นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าแรงงานข้ามชาติยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค แรงงานข้ามชาติยังคงถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะนำโรคต่าง ๆ เข้ามา โดยเฉพาะแรงงานที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมาย โรคที่สำคัญได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคฉี่หนู โรคเอดส์ โรคไขหวัด โรคไข้เลือดออก เป็นต้น (ทรงชัย ทองปาน, 2563)



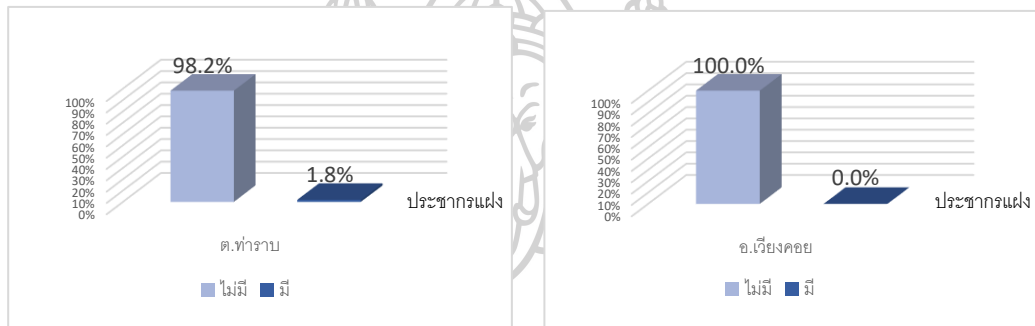
รูปที่ 12 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (แสงสว่างในตัวอาคาร)



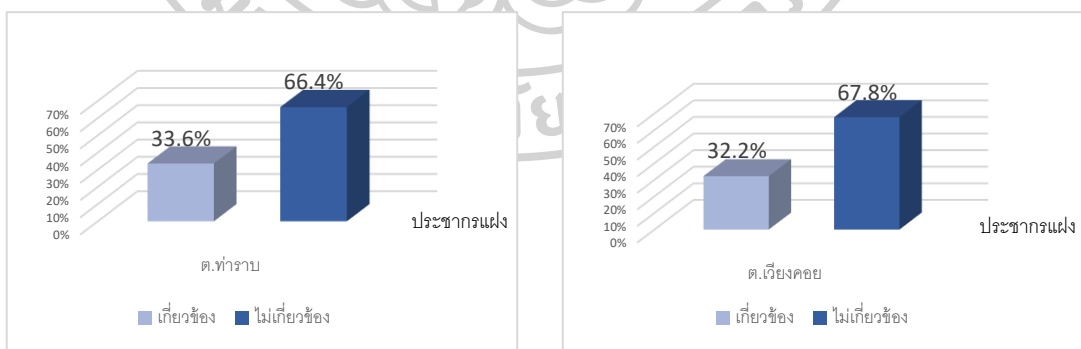
รูปที่ 13 เปรียบเทียบข้อมูลระดับความวิตกกังวลต่อการเกิดโรค (ปฏิบัติงานเวลากลางคืน)



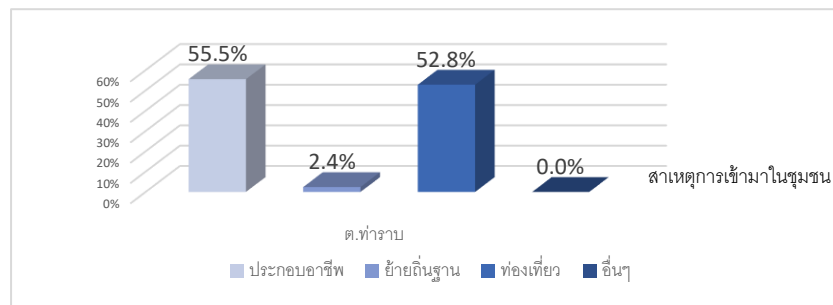
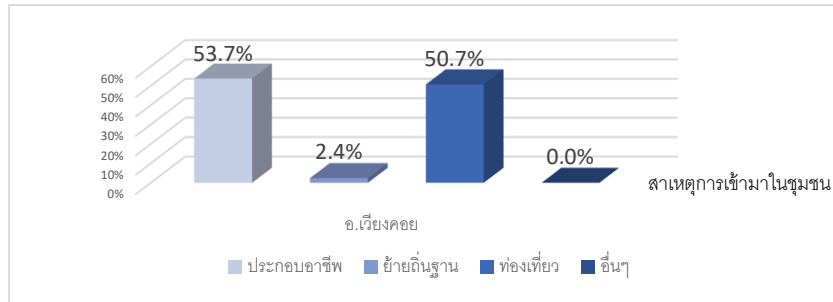
รูปที่ 14 เปรียบเทียบข้อมูลระดับวิทยาด้านสิ่งคุกคามต่อการเกิดโรค (ประชากรแฝงชาวต่างชาติ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน)



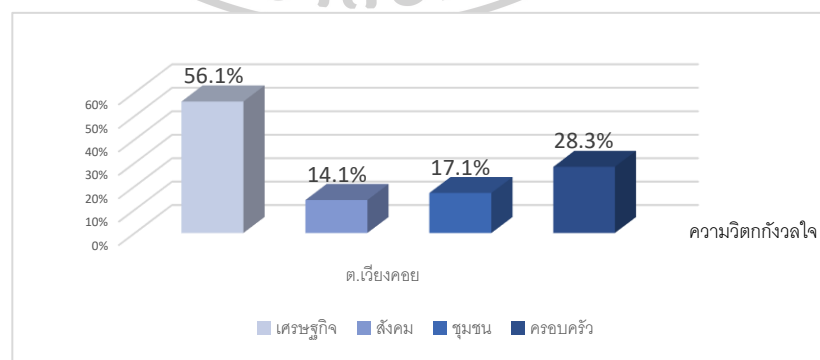
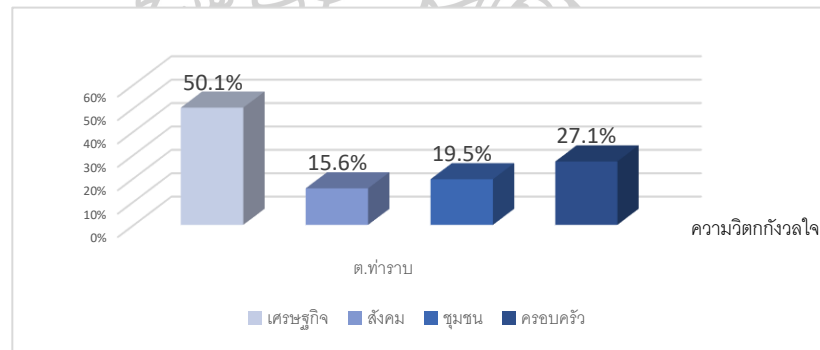
รูปที่ 15 เปรียบเทียบข้อมูลระดับวิทยาด้านสิ่งคุกคามต่อการเกิดโรค (ประชากรแฝงชาวต่างชาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้าน)



รูปที่ 16 เปรียบเทียบข้อมูลระดับวิทยาด้านสิ่งคุกคามต่อการเกิดโรค (ประชากรแฝงชาวต่างชาติ เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรค)



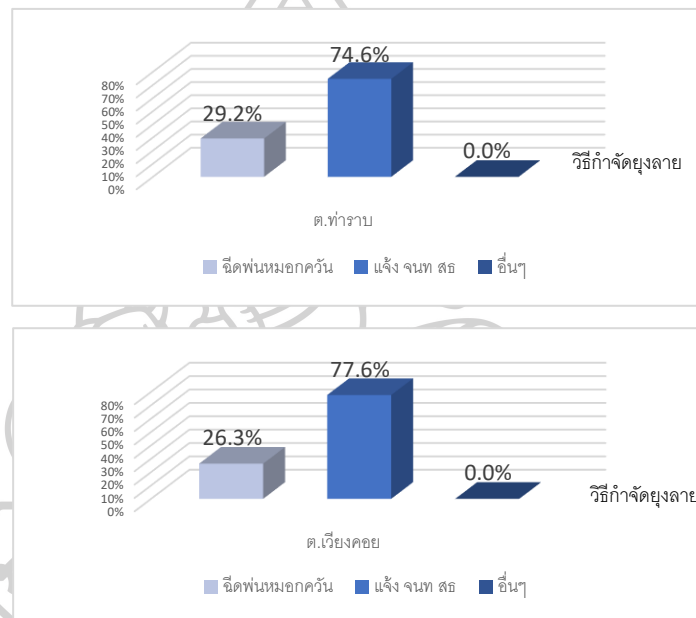
รูปที่ 17 เปรียบเทียบข้อมูลระดับมหาวิทยาลัยด้านสิ่งคุกคามต่อการเกิดโรค (สาเหตุการเข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนของประชากรแฝงชาวต่างชาติ)



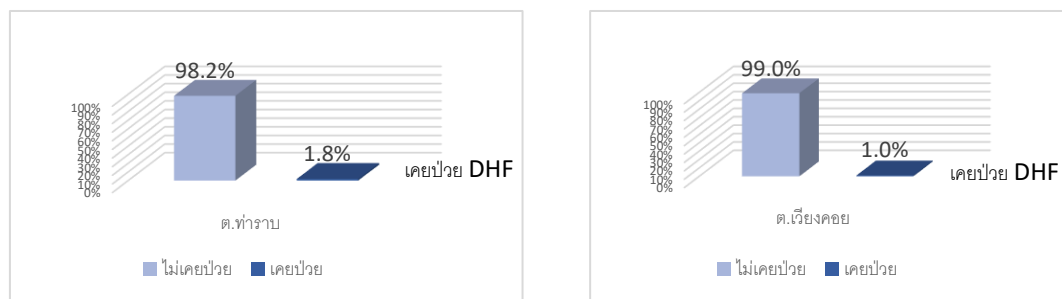
รูปที่ 18 เปรียบเทียบข้อมูลระดับมหาวิทยาลัยด้านสิ่งคุกคามต่อการเกิดโรค (สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลใจ)



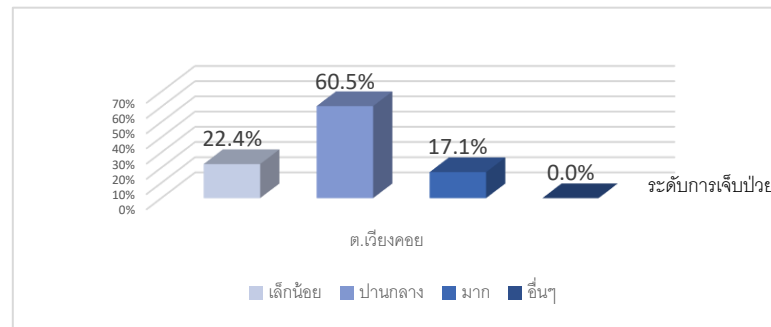
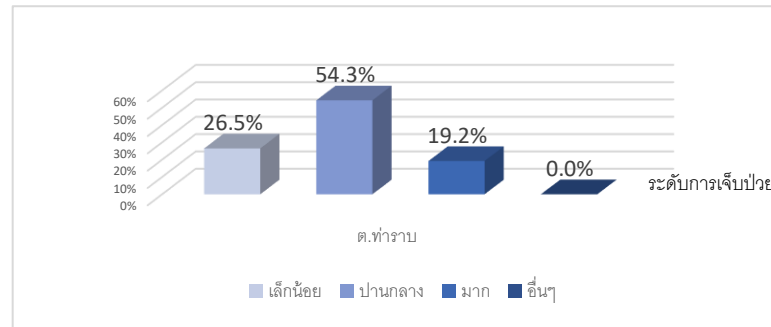
4.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกด้านระบาดวิทยา โดยพิจารณาตามลักษณะของปัจจัยสามทาง พบว่าข้อมูลด้านระบาดวิทยาของการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองตำบลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ หากพบยุงลายภายในบ้านประชาชนส่วนใหญ่จะแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มาทำการพ่นหมอกควันภายในบ้าน เพื่อกำจัดยุงลาย และจากการตอบแบบสอบถามพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และหากเกิดอาการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล จะเข้ารับการรักษาด้วยอาการ มีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส ประมาณ 2-7 วัน จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวดังรูปที่ 19-24



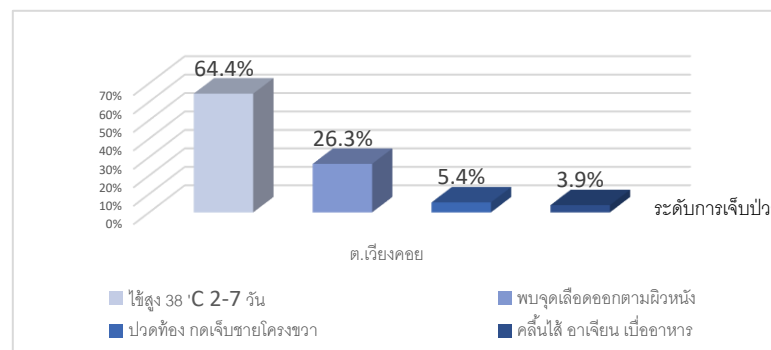
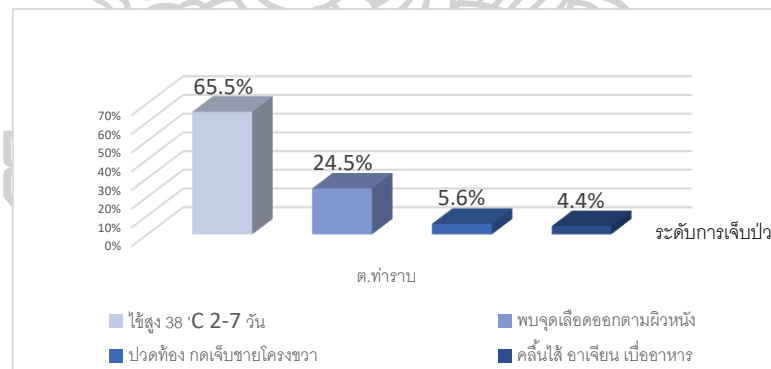
รูปที่ 19 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (วิธีกำจัดยุงลายภายในตัวอาคาร)



รูปที่ 20 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่)



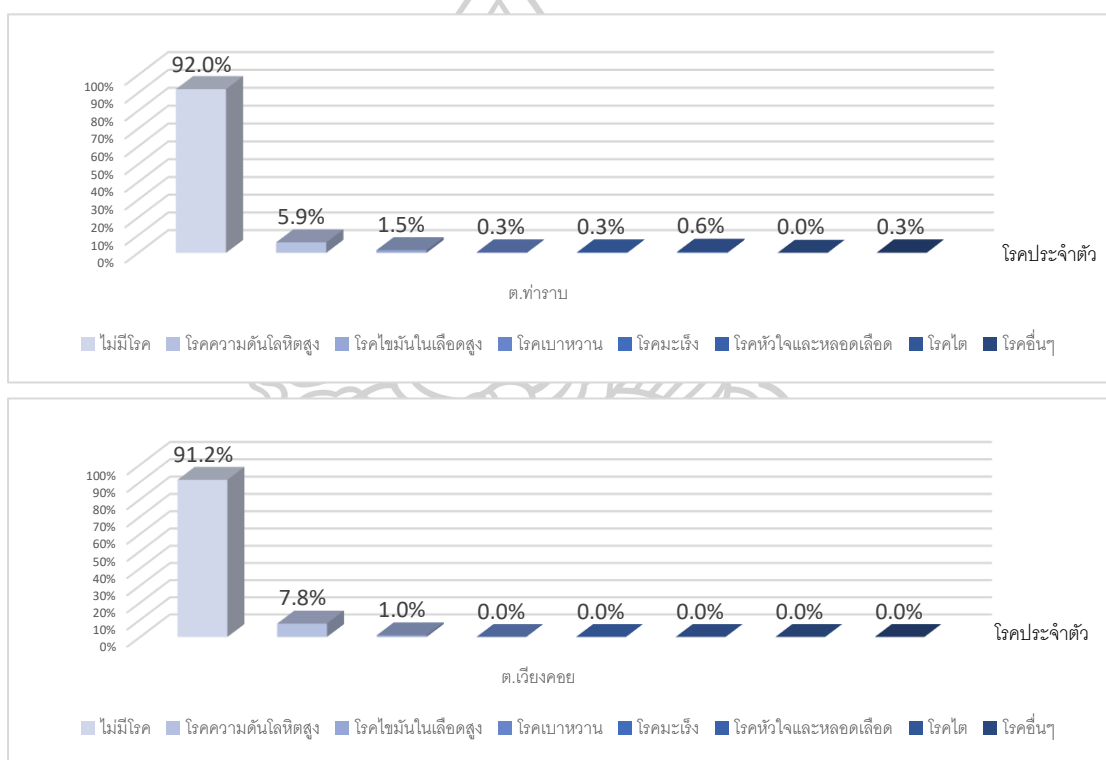
รูปที่ 21 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข่เลือดออก (มีอาการเจ็บป่วยระดับใดจึงเข้ารับการรักษา)



รูปที่ 22 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข่เลือดออก (เมื่อป่วยเป็นโรคไข่เลือดออก อาการระดับใดจึงเข้ารับการรักษา)



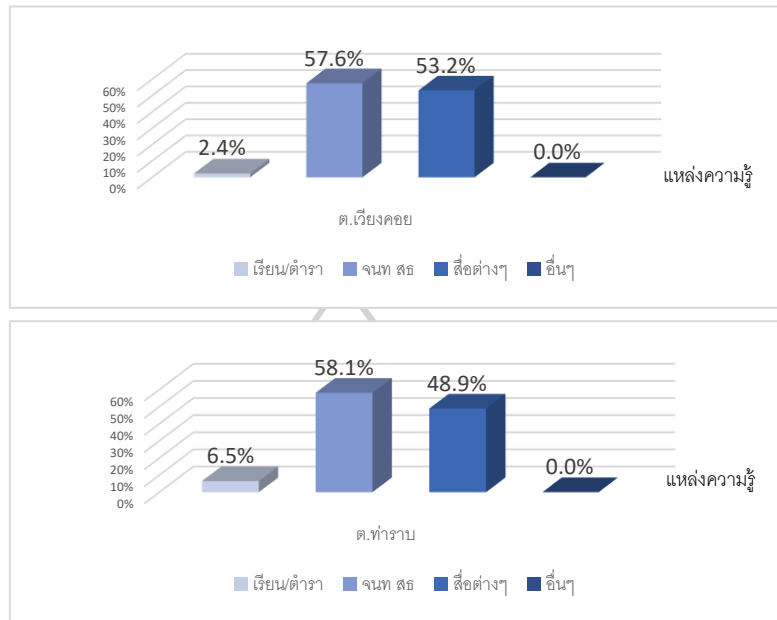
รูปที่ 23 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (เคยป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่)



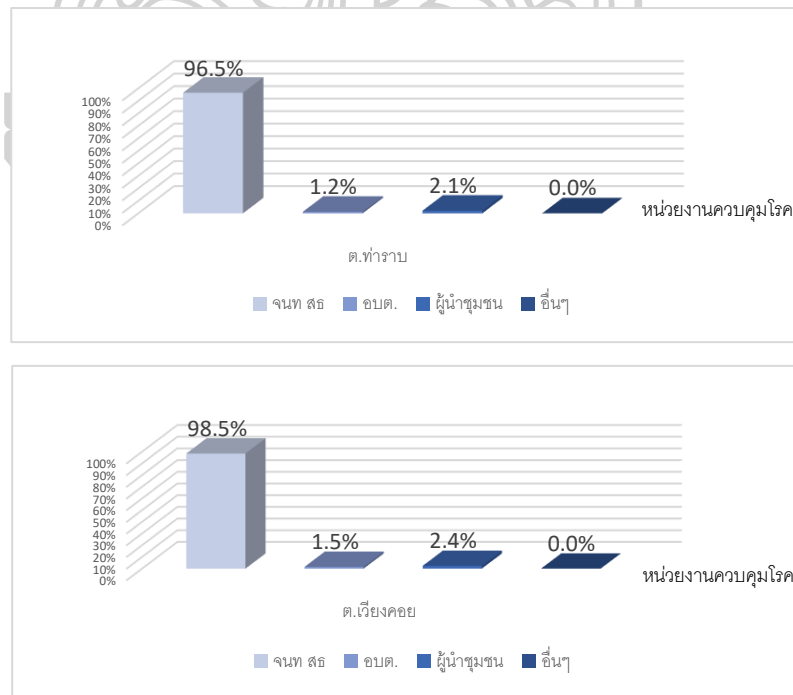
รูปที่ 24 เปรียบเทียบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก (โรคประจำตัว)

4.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกด้านความพึงพอใจในสถานบริการ จากการตอบแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองตำบลส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้ามาควบคุมโรคในชุมชน สถานพยาบาลที่ประชาชนส่วนใหญ่เข้ารับการรักษามากที่สุดจะเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด

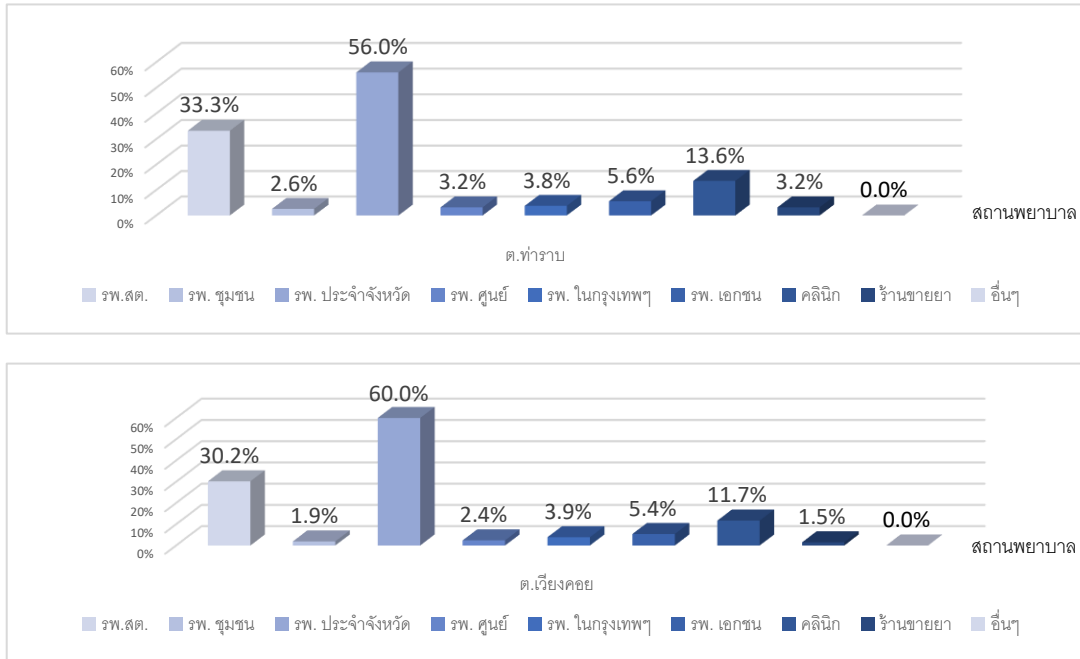
รองลงมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองตำบลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังรูปที่ 25-27



รูปที่ 25 เปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคด้านความพึงพอใจในสถานบริการ (แหล่งความรู้)



รูปที่ 26 เปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคด้านความพึงพอใจในสถานบริการ (หน่วยงานควบคุมโรคใช้เลือดออกในชุมชน)



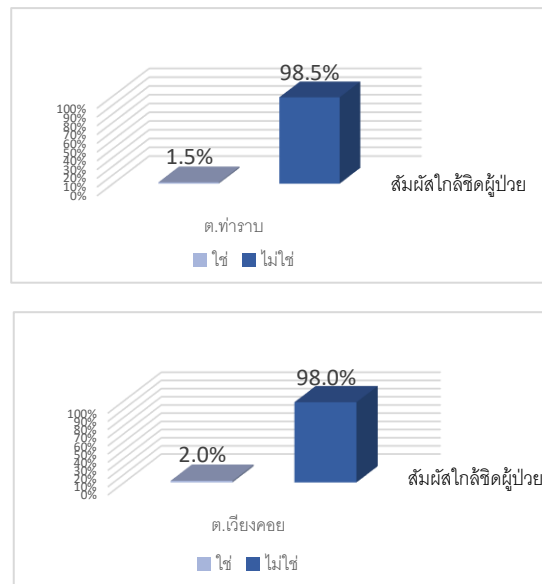
รูปที่ 27 เปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคด้านความพึงพอใจในสถานบริการ (สถานพยาบาล)

### 4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมกรรมการเกิดโรคไข้เลือดออก

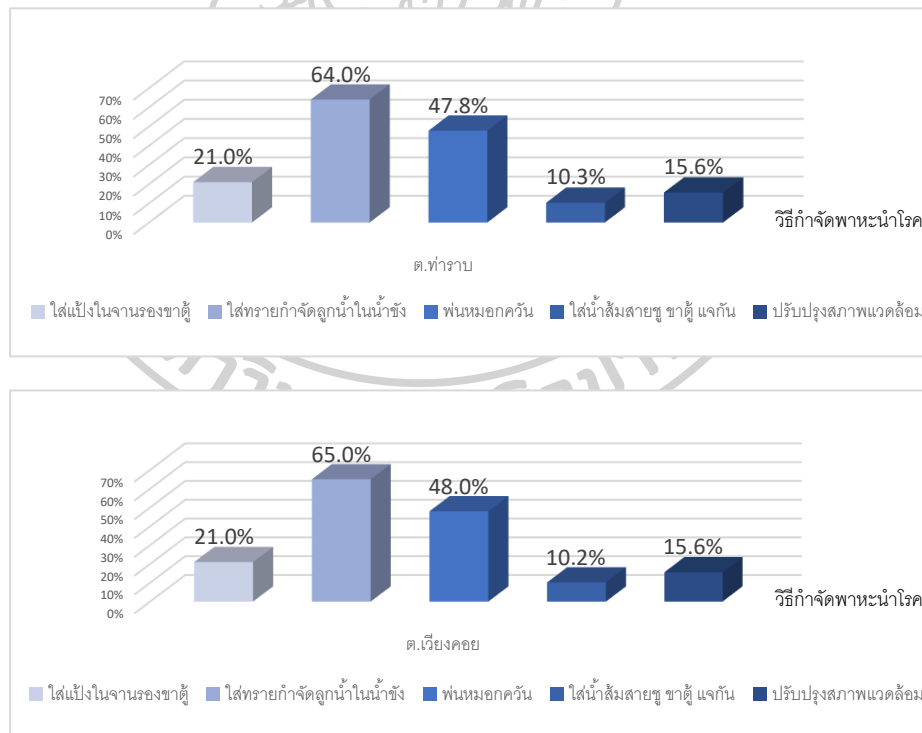
4.3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมกรรมการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ตำบลมีความคิดเห็นด้านพฤติกรรมกรรมการเกิดโรคไข้เลือดออกไปในแนวทางเดียวกัน คือ บริเวณรอบ ๆ บ้านไม่มีภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์โรค ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้สัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกโดยตรง ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่าการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำขยลายในภาชนะที่มีน้ำขังสามารถกำจัดพาหะของโรคไข้เลือดออกได้ และเห็นว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำขยลายดีกว่าการใช้สารเคมีฉีดพ่น เพราะเป็นการตัดวงจรการเจริญเติบโตของลูกน้ำขยลายที่กลายเป็นยุงตัวโตเต็มวัยได้โดยใช้วิธีการทำลายแหล่งน้ำขังบริเวณรอบ ๆ บ้านและที่พักอาศัย ดังรูปที่ 28-32



รูปที่ 28 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำขยลาย)

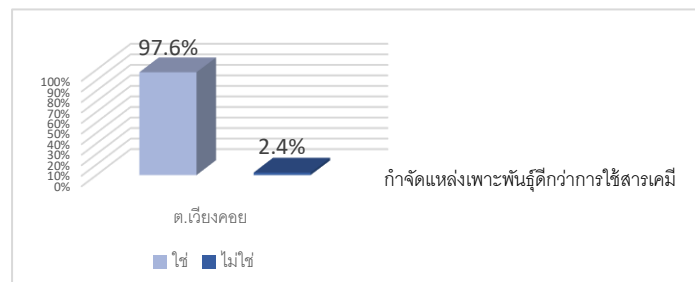
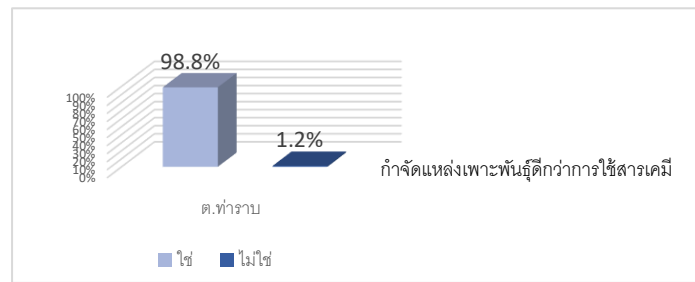


รูปที่ 29 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (สัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกโดยตรง)

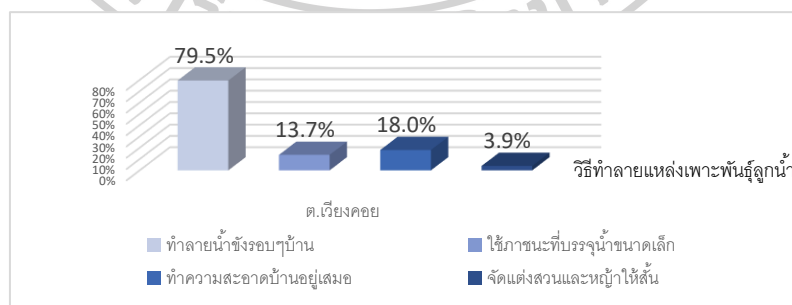
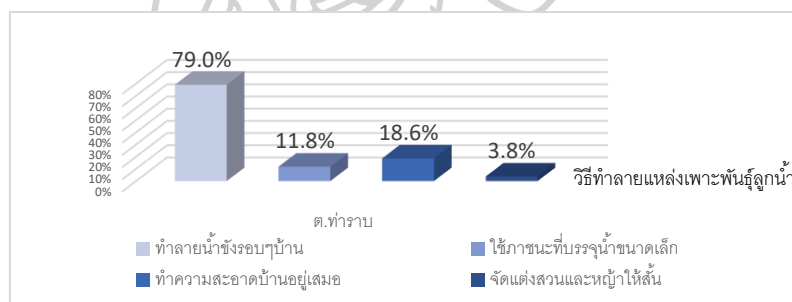


รูปที่ 30 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค (วิธีการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก)





รูปที่ 31 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค (การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายดีกว่าการใช้สารเคมีฉีดพ่น)



รูปที่ 32 เปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค (วิธีทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย)

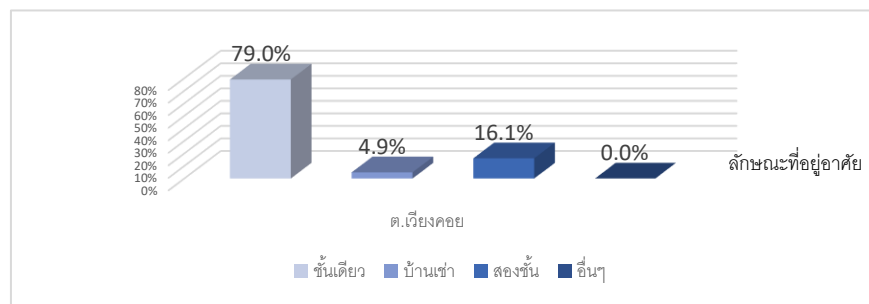
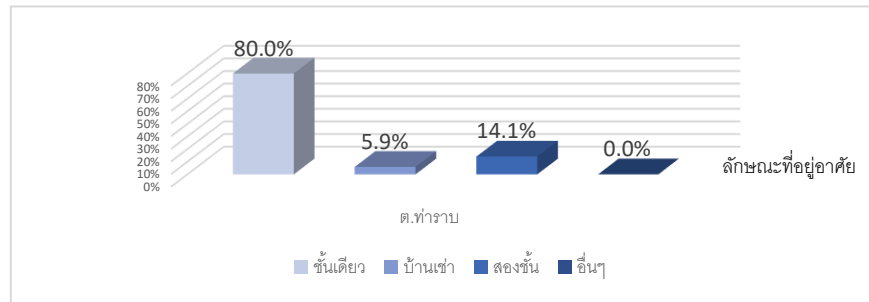
#### 4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสภาพแวดล้อมต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

จากการตอบแบบสอบถามด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุด คือ ตำบลท่าราบ ที่มีความสัมพันธ์กับตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำสุด คือ ตำบลเวียงคอย ได้แก่ ลักษณะของบ้านเป็นบ้านชั้นเดียวไม่มีใต้ถุนบ้าน สภาพแวดล้อมภายในตัวอาคารมีอากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างส่องเข้าถึงเพียงพอ สะอาดเป็นระเบียบ และไม่ติดมุ้งลวด สภาพแวดล้อมในรัศมี 100 เมตร มีร่องน้ำสาธารณะหรือทางน้ำไหลผ่านตลอดหมู่บ้าน ประชาชนส่วนใหญ่ใช้น้ำขวด น้ำถัง ในการบริโภค ใช้น้ำประปาชุมชนในการอุปโภคในครัวเรือน ส่วนของการกำจัดขยะในครัวเรือนอาศัยรถเก็บขยะทางเทศบาลเก็บขยะสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์ และ วันพฤหัสบดี เวลาประมาณ 23.00 นาฬิกา ชนิดของสัตว์เลี้ยงที่พบมากที่สุดเป็นสุนัข

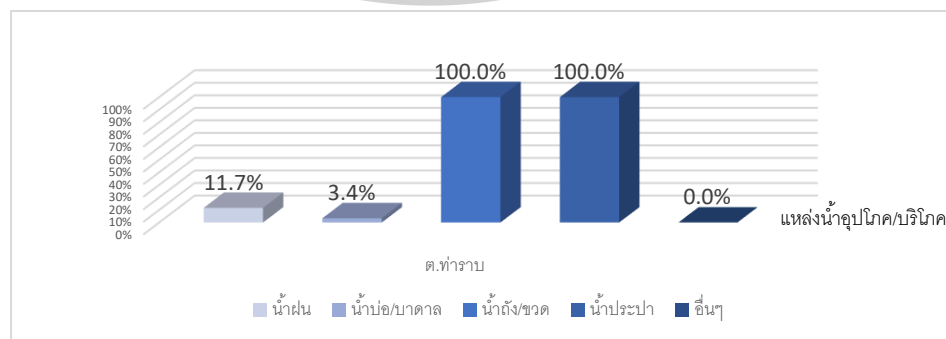
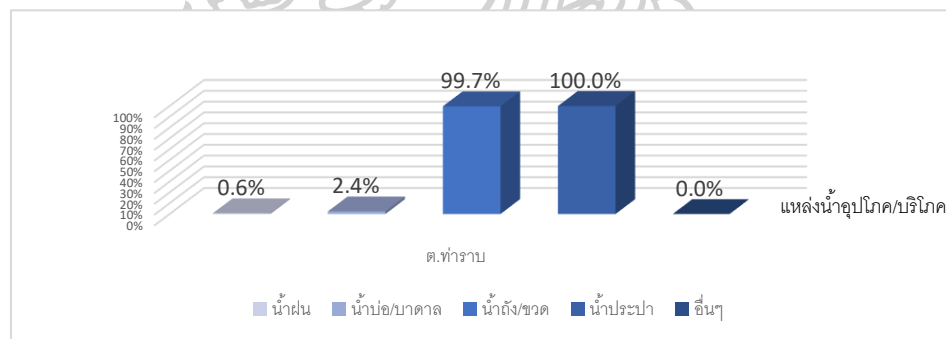
ในส่วนของปัจจัยด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมของตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุด และต่ำสุดที่ไม่มีความสัมพันธ์กันสามารถอธิบายได้ดังนี้ ตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุดตอบว่าชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ชนิดของยุงที่พบมากที่สุดภายในบ้านคือยุงลาย และหากเกิดปัญหาในการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนประชาชนส่วนใหญ่เมินเฉยไม่สนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำสุดตอบว่า ชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม 6 หลังคาเรือนขึ้นไป ชนิดของยุงที่พบมากที่สุดภายในบ้านคือ ยุงรำคาญ และหากเกิดปัญหาในการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนประชาชนส่วนใหญ่เข้าแจ้งกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ดังรูปที่ 33-42

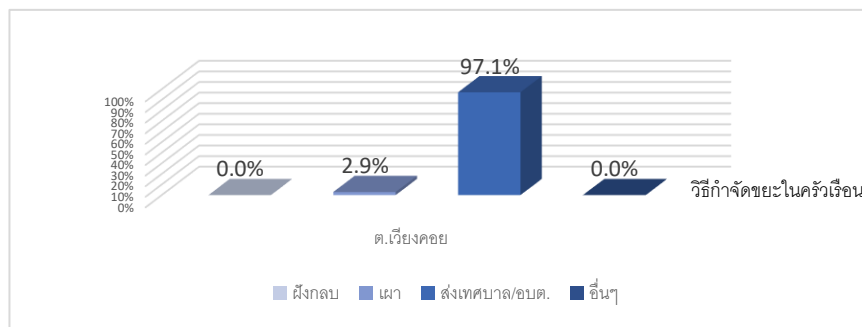
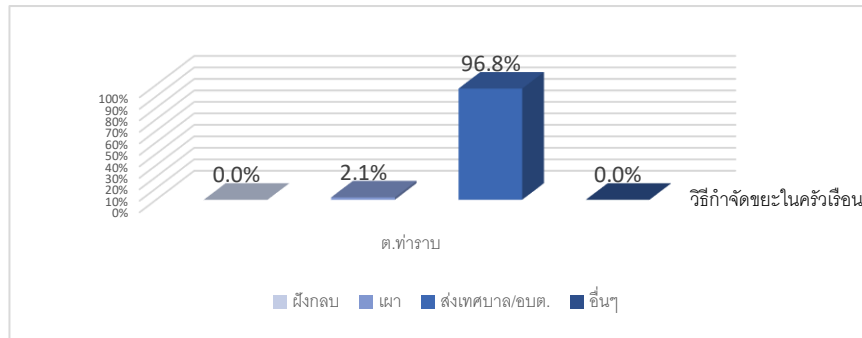
กล่าวได้ว่าโรคไข้เลือดออกจะพบผู้ป่วยในพื้นที่เมืองใหญ่มากกว่าพื้นที่ชนบท เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีประชากรจำนวนมากอาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น และมีประชากรแฝงเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในเมืองอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขมีอยู่อย่างจำกัด การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงทำได้ไม่ทั่วถึง (กรมควบคุมโรค, 2561) นายแพทย์วรวิทย์ เจริญศิริ ได้กล่าวประเด็นของสัตว์เลี้ยงที่เป็นตัวนำยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกไว้ดังนี้ การกินเลือดของยุงแต่ละชนิดมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไป เช่น ยุงบางชนิดกินเลือดวัว ควาย ม้า และสัตว์เลี้ยงต่าง ๆ บางชนิดกินเลือดคน ในส่วนของยุงลายจะไม่บินไกล มักอาศัยอยู่ตามบ้านเรือน โดยทั่วไปบริเวณบ้านเรือนมักพบสัตว์เลี้ยงจำพวก สุนัข แมว เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าสัตว์เลี้ยงที่อาศัยอยู่ภายในบ้านเป็นแหล่งอาหารให้ยุงลาย และเป็นตัวนำยุงลาย



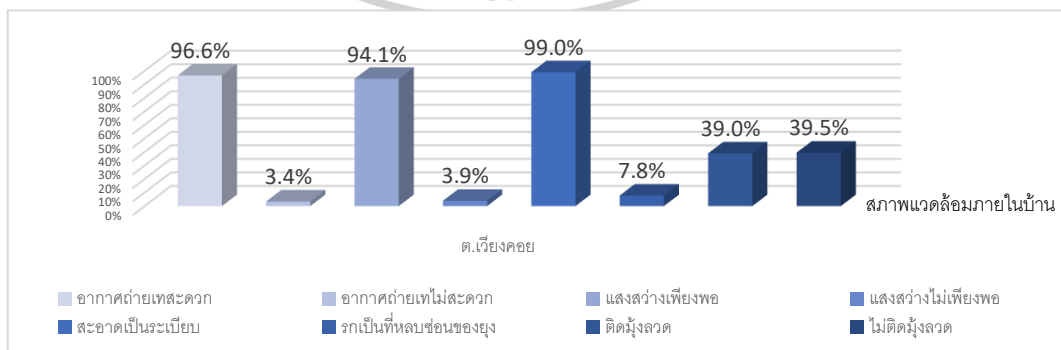
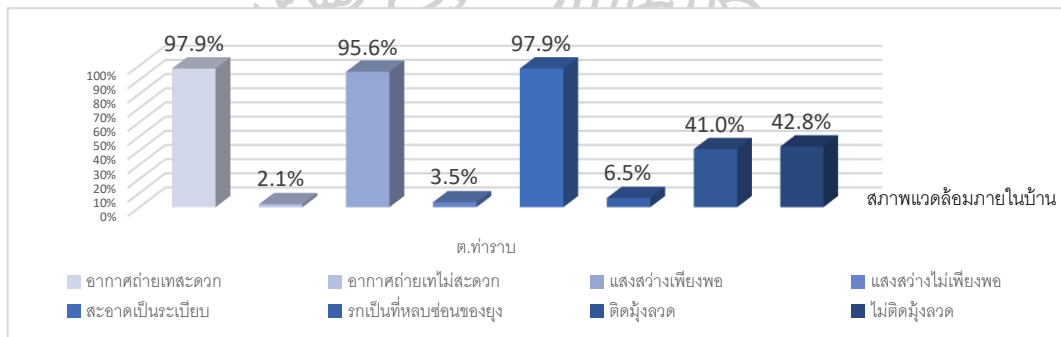
รูปที่ 33 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (ลักษณะที่อยู่อาศัย)



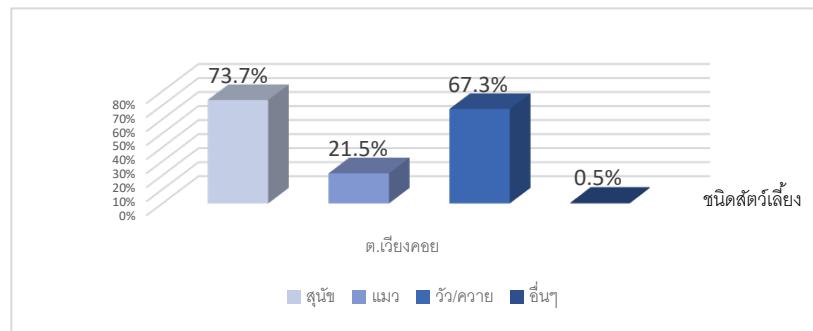
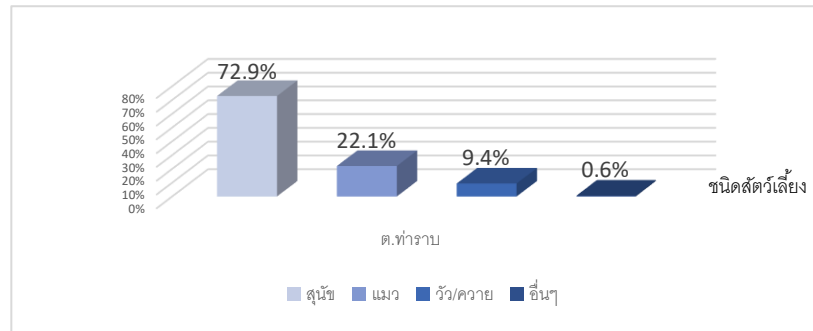
รูปที่ 34 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (แหล่งน้ำอุปโภค/บริโภค)



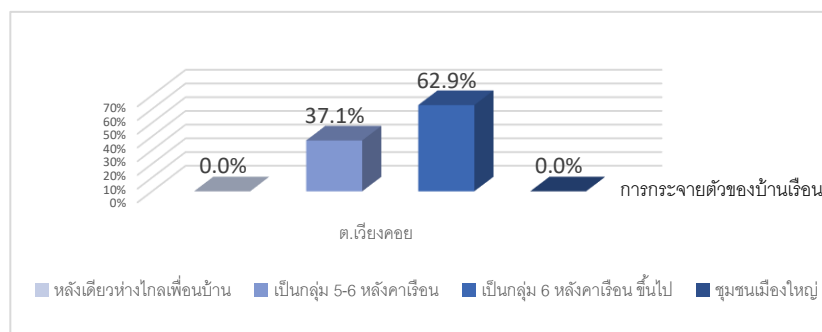
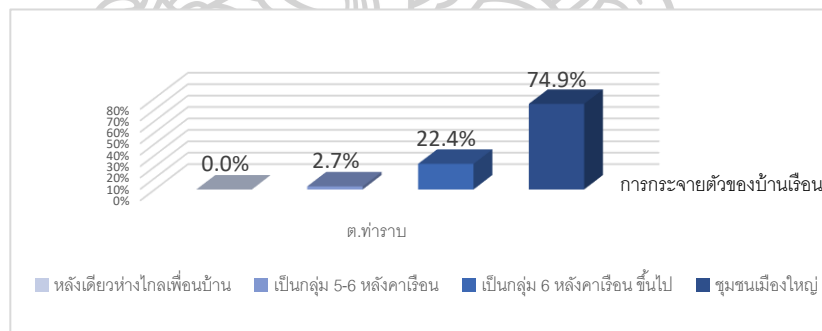
รูปที่ 35 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (วิธีกำจัดขยะในครัวเรือน)



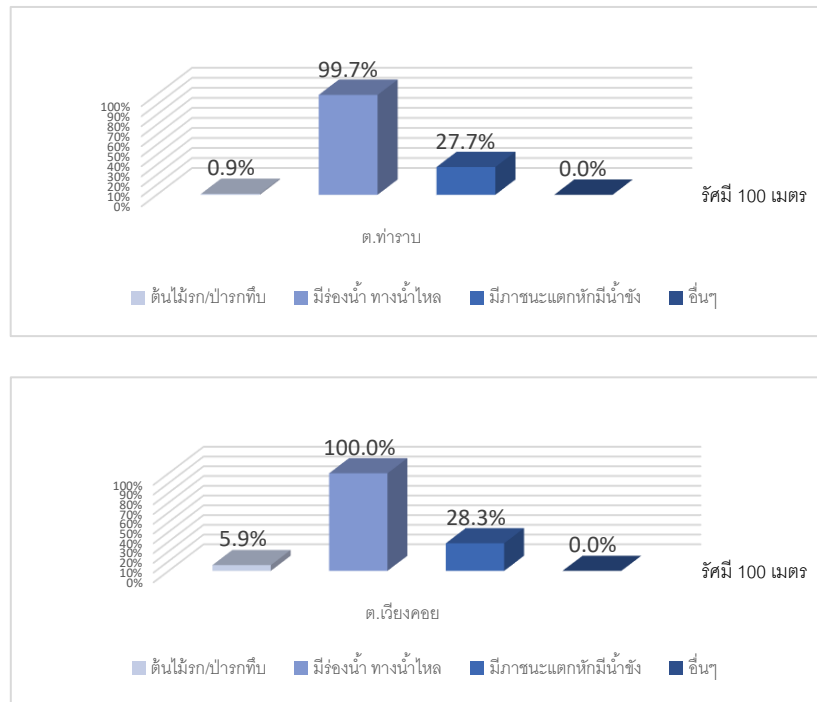
รูปที่ 36 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (สภาพแวดล้อมภายในบ้านหรือตัวอาคาร)



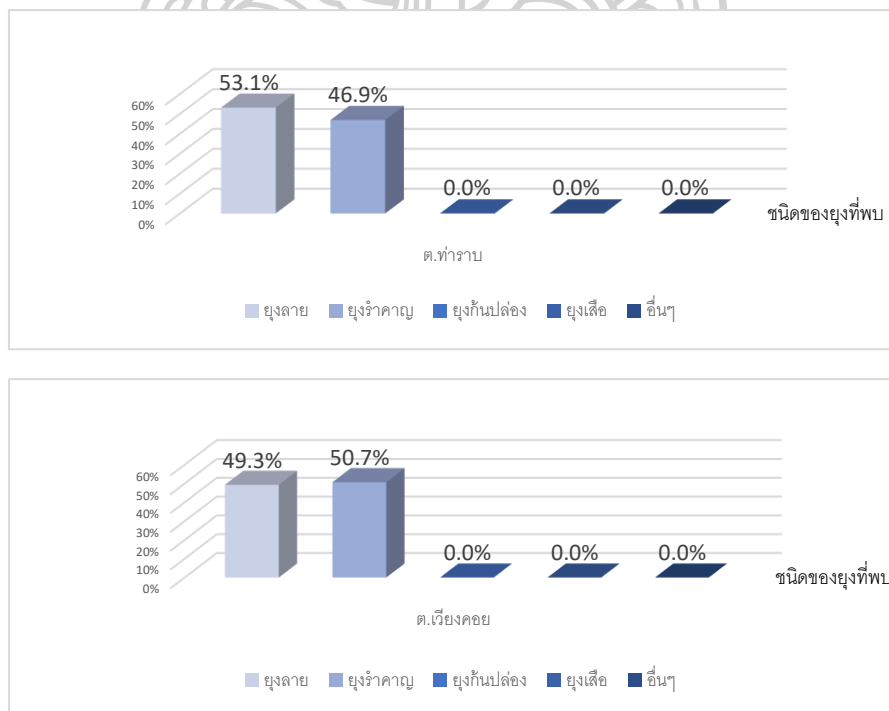
รูปที่ 37 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (ชนิตส์ตัวเลี้ยง)



รูปที่ 38 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (การกระจายตัวของบ้านเรือน)

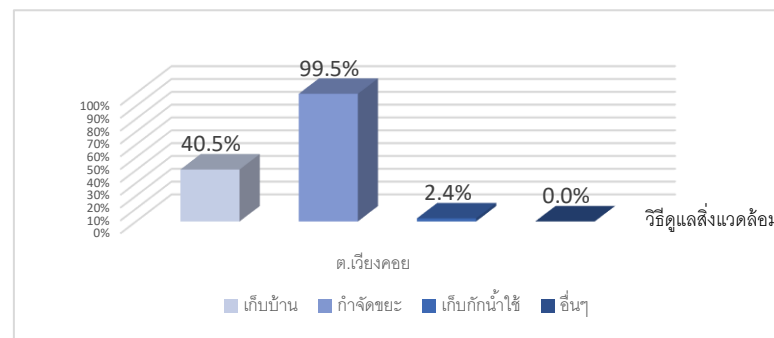
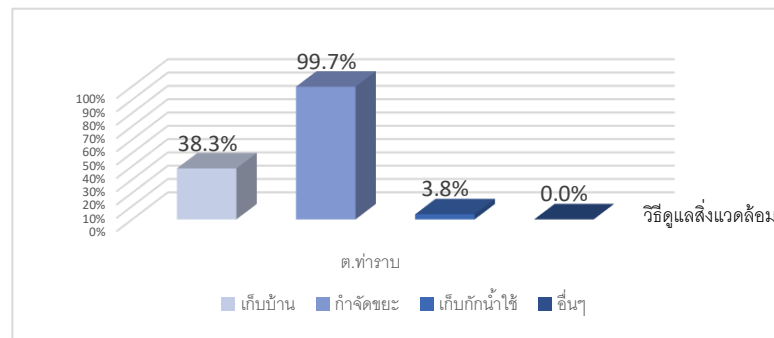


รูปที่ 39 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (สภาพแวดล้อมในรัศมี 100 เมตร)

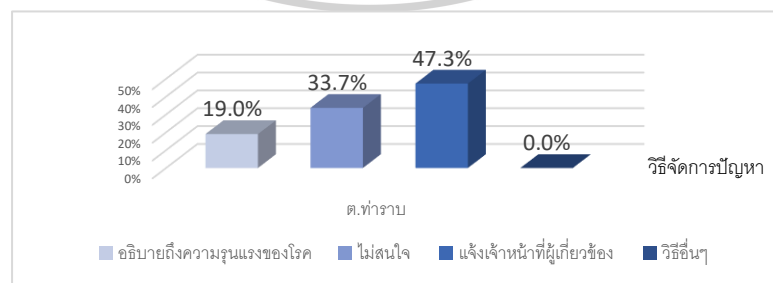
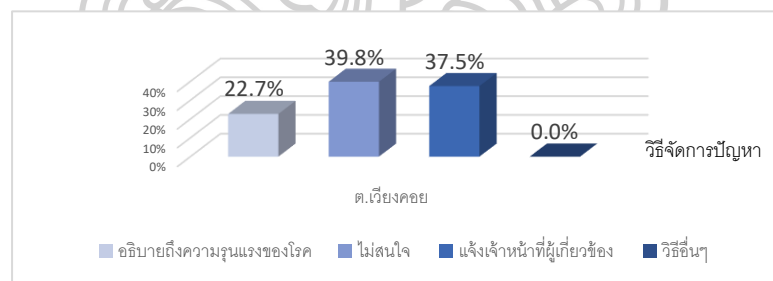


รูปที่ 40 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (ชนิดของยุงที่พบภายในบ้านหรือตัวอาคาร)





รูปที่ 41 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม (วิธีดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน)



รูปที่ 42 เปรียบเทียบข้อมูลสภาพแวดล้อม ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม (กรณีเกิดการระบาดในชุมชน ซึ่งประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค มีวิธีจัดการปัญหา ดังกล่าวอย่างไร)

#### 4.4.1 แบบสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

จากการสำรวจภาวะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของทั้งสองตำบล พบว่าภาวะที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุด คือ ภาวะอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 19.67 รองลงมาเป็นภาวะน้ำใช้ คิดเป็นร้อยละ 15.26 ตามลำดับ

ค่า HI (House Index) และค่า CI (Container Index) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยพบว่าตำบลที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุดมีค่า HI (House Index) มากกว่า 10 คิดเป็นร้อยละ 11.53 และมีค่า CI (Container Index) มากกว่า 5 คิดเป็นร้อยละ 15 และตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด พบว่าค่า HI (House Index) มากกว่า 10 คิดเป็นร้อยละ 12.68 และมีค่า CI (Container Index) มากกว่า 5 คิดเป็นร้อยละ 7.34

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของทั้งสองตำบลอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก การเกิดโรคจะขึ้นอยู่กับความเสี่ยงจากการโดนยุงลายที่นำพาหะของโรคไข้เลือดออกกัด

#### 4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในตำบลที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด คือ ตำบลท่าราบ และตำบลที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด คือ ตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยการทดสอบค่าสถิติ Chi-Square Test มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

##### 4.5.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกด้านระบาดวิทยามากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อคำถามถูกจำนวน 333 คน คิดเป็นร้อยละ 98.23 และตำบลเวียงคอยตอบข้อคำถามถูกจำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 92.19

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านระบาดวิทยา

ตำบล	โรคไข้เลือดออกมีุงชนิดใดเป็นพาหะนำโรค		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	333	6	339
เวียงคอย	189	16	205
รวม	522	22	544

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกด้านระบาดวิทยาน้อยกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อคำถามถูกจำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 91.15 และตำบลเวียงคอยตอบข้อคำถามถูกจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 95.12

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านระบาดวิทยา

ตำบล	ช่วงฤดูใดเป็นช่วงที่โรคไข้เลือดออกระบาดมาก		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	309	30	339
เวียงคอย	195	10	205
รวม	504	40	544

#### 4.5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมการเกิดโรคไข้เลือดออก

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเกิดโรค ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อคำถามถูกจำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 78.17 และตำบลเวียงคอยตอบข้อคำถามถูกจำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 76.58

**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

ตำบล	ข้อใดคืออาการของการติดเชื้อโรคไข้เลือดออกในระยะแรก		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	265	74	339
เวียงคอย	157	48	205
รวม	422	122	544

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเกิดโรค ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อคำถามถูกจำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 47.87 และตำบลเวียงคอยตอบข้อคำถามถูกจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 58.54

**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

ตำบล	หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดมือปวดเท้าเย็น ความดันโลหิตต่ำ วิตกกังวลไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในระยะใด		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	191	148	339
เวียงคอย	120	85	205
รวม	311	233	544

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเกิดโรค ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อคำถามถูกจำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 65.66 และตำบลเวียงคอยตอบข้อคำถามถูก จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 70.24

**ตารางที่ 11** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

ตำบล	กรณีผู้ป่วยเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้ว จะสามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้อีกหรือไม่		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	262	77	339
เวียงคอย	144	61	205
รวม	406	138	544

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเกิดโรค ด้านพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อความถูกจำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 65.19 และตำบลเวียงคอยตอบข้อความถูกจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 60.97

**ตารางที่ 12** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

ตำบล	ธรรมชาติของยุงลายจะขยายพันธุ์ในแหล่งน้ำแบบใด		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	221	118	339
เวียงคอย	125	80	205
รวม	346	198	544

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเกิดโรค ด้านพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อความถูกจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 43.66 และตำบลเวียงคอยตอบข้อความถูกจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 43.90

**ตารางที่ 13** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

ตำบล	ท่านต้องถูกยุงลายกัดกี่ครั้งจึงทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	148	191	339
เวียงคอย	90	115	205
รวม	238	306	544

จากตารางที่ 14 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลท่าราบมีความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเกิดโรค ด้านพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามในตำบลเวียงคอย โดยตำบลท่าราบตอบข้อคำถามถูกจำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 86.13 และตำบลเวียงคอยตอบข้อคำถามถูกจำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 84.88

**ตารางที่ 14** เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าราบ และตำบลเวียงคอย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ด้านพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรคไข้เลือดออก

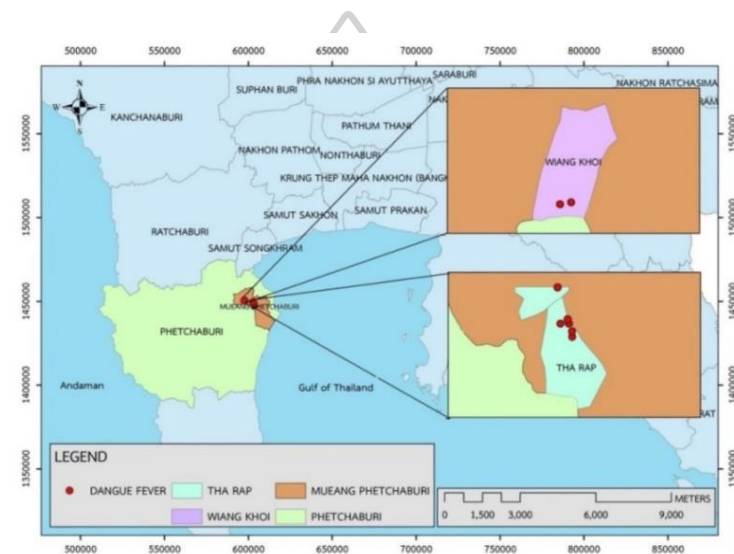
ตำบล	ท่านคิดว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกควรเริ่มจากใครเป็นอันดับแรก		
	ตอบถูก	ตอบไม่ถูก	รวม
ท่าราบ	292	47	339
เวียงคอย	174	31	205
รวม	466	78	544

#### 4.6 ปัจจัยที่ตั้งพื้นที่กับการป่วยซ้ำ

จากรูปที่ 43 แสดงที่ตั้งของกลุ่มตัวอย่างที่เคยป่วยและป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออกของทั้งสองตำบล ตำบลท่าราบพบกลุ่มตัวอย่างที่เคยป่วยและป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ราย ตำบลเวียงคอยพบกลุ่มตัวอย่างที่เคยป่วยและป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 2 ราย เห็นได้ว่าลักษณะของพื้นที่ไม่ค่อยมีความแตกต่างกันมากนัก พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำเพชรบุรีไหลผ่านตลอดทั้งพื้นที่ ส่วนที่แตกต่างกันคือ ตำบลท่าราบเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ มีประชากรจำนวนมากอาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น และยังมีประชากรแฝงชาวต่างชาติ (เช่น พม่า กัมพูชา ลาว เป็น



ต้น) เข้ามาอาศัยเพื่อประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขมีอยู่อย่างจำกัด การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงทำได้ไม่ทั่วถึง ทำให้เมื่อเกิดโรคระบาดในชุมชนจะมีการขยายการระบาดของโรคเป็นวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว ส่วนตำบลเวียงคอย เป็นชุมชนที่อาศัยเป็นกลุ่ม 6 หลังคาเรือนขึ้นไป ประชากรค่อนข้างน้อย และไม่มีประชากรแฝงชาวต่างชาติ (เช่น พม่า กัมพูชา ลาว เป็นต้น) เข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชน จึงทำให้เมื่อเกิดการระบาดของโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้าควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที จึงสรุปได้ว่าลักษณะของพื้นที่ที่อยู่อาศัยของทั้งสองตำบลมีผลต่ออัตราการเกิดโรคไข้เลือดออก



รูปที่ 43 ที่ตั้งของกลุ่มตัวอย่างที่เคยป่วยและป่วยซ้ำด้วยโรคไข้เลือดออก

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล ตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

#### 5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดโรค ด้านระบาดวิทยา ความพึงพอใจในสถานบริการ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เมื่อนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด (ตำบลท่าราบ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด (ตำบลเวียงคอย) ทั้งสองตำบลส่วนใหญ่ตอบแบบสอบถามในทำนองเดียวกัน เว้นแต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกด้านสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด (ตำบลท่าราบ) ได้ตอบประเด็นในเรื่องของประชากรแฝงชาวต่างชาติว่า ในพื้นที่มีประชากรแฝงชาวต่างชาติอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด (ตำบลเวียงคอย) ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกได้มากกว่าในพื้นที่ที่มีประชากรแฝงชาวต่างชาติอาศัยอยู่จำนวนน้อย ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ธานินทร์ สีวราภรณ์สกุล, 2556) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในด้านระบบบริการสุขภาพพบ ปัญหาในเรื่องของการเข้าถึงกระบวนการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ การไม่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดโรคระบาด และยังมีอุปสรรคด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสภาพแวดล้อมต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ตำบล มีสภาพแวดล้อมที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ในส่วนของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ไม่มีความสัมพันธ์กันสามารถอธิบายได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด (ตำบลท่าราบ) ได้ตอบประเด็นในเรื่องของชุมชนที่อาศัยเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ประเภทของยุงที่พบภายในบ้าน คือ ยุงลาย และหากเกิดปัญหาในการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนประชาชนส่วนใหญ่เมินเฉยไม่สนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด (ตำบลเวียงคอย) ได้ตอบประเด็นในเรื่องของชุมชนที่อาศัยว่า อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม 6 หลังคาเรือนขึ้นไป ประเภทของยุงที่พบภายในบ้าน คือ ยุงรำคาญ และหากเกิดปัญหาในการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนประชาชนส่วนใหญ่ เข้าแจ้งกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จึงสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสภาพแวดล้อมต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายนั้น ขึ้นอยู่กับประเภทของยุง

และความเสี่ยงจากการโดนยุงลายที่นำพาหะของโรคไข้เลือดออกกัดเป็นหลัก ปัจจัยอื่น ๆ เป็นเพียงปัจจัยรองที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของยุง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุด มีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำสุด แหล่งภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุดของทั้งสองตำบล คือแหล่งภาชนะอื่น ๆ เช่น จานข้าว และ ถ้วยใส่น้ำของสัตว์เลี้ยง เป็นต้น

## 5.2 เปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาในการเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมการระบาดของโรคไข้เลือดออก แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรค เมื่อนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด (ตำบลท่าราบ) มีพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด (ตำบลเวียงคอย) ในส่วนของพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างนั้น มีพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด (ตำบลท่าราบ) มีพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่ำสุด (ตำบลเวียงคอย) ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชาชนในตำบลเวียงคอย มีความรู้และความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าประชาชนในตำบลท่าราบ แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ (ฤทัย สมบัติสวัสดิ์ และ นิรมล เมืองโสม, 2555) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก กับหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก พบว่า ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าการที่ประชาชนมีความรู้ ทักษะที่ดี จะมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่ดีต่อการป้องกันโรค และสามารถป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ ทั้งที่ประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ก็ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ก็มีค่าคะแนนเฉลี่ยเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างจากประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชน ด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายทุกเช้า เพราะประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพต่าง ๆ ไม่มีเวลามากพอเพื่อมารับฟังหากจัดประชุมให้ความรู้ แต่การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายทุกเช้าจะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในพื้นที่มีลำโพงขนาดใหญ่ ติดตั้งรอบทิศทางทั่วทั้งตำบล

5.3.2 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง โดยการจัดกิจกรรม Big Cleaning Day และประกวดบ้านสะอาดปลอดภัยจากโรค เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมแรงร่วมใจ ร่วมมือกันรักษาความสะอาดในบ้านเรือน และชุมชน



รายการอ้างอิง



- Adisasmito. Wiku. (1995). Alternatives for Indonesian Free Trade Era: Toward a Significant People's Participation.
- Becker Andrew, Marko Murray, & Gold Marvin. (1977). Early events in the in vitro packaging of bacteriophage  $\lambda$  DNA. *Virology*, 78(1), 291-305.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs*, 2(4), 409-419.
- Clark. F. B. (1995). Equivalent Fractions : Their Difficulty and Educational
- Coon, D., & Mitterer, J. O. (2013). *Psychology: A journey*: Cengage Learning.
- Frumkin, H. (2010). *Environmental Health: From Global to Local 2nd Edition*.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y vida*: Pearson Educación.
- Good, C. V. (1959). Attitude. Retrieved from <http://www.novabizz.Ace/Attitude.htm>
- Gustavo Cabral-Miranda, Stephanie M. Lim, Mona O. Mohsen, Ilya V. Pobelov, Elisa S. Roesti, Matthew D. Heath, Martin F. Bachmann. (2019). Zika Virus-Derived E-DIII Protein Displayed on Immunologically Optimized VLPs Induces Neutralizing Antibodies without Causing Enhancement of Dengue Virus Infection. *Vaccines*, 7(72).
- Hennekens CH, & Buring JE. (1987). *Epidemiology in medicine*. Ed Little Brown and Company. Boston.
- Hochbaum, G. M. (1958). Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service ....
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.
- Kelman, H. C. (1967). Human use of human subjects: The problem of deception in social psychological experiments. *Psychological Bulletin*, 67(1), 1.
- Kender, H. H. (1963). Attitude. Retrieved from <http://www.novabizz.Ace/Attitude.htm>
- Krejcie, & Morgan. (1970). *Sample Size Determination Approach in Quantitative Research*.
- Kraivong, R. (2015). Factors that influence the severity of Dengue infection.



- Last, J. M. (1996). Making the dictionary of epidemiology. *International journal of epidemiology*, 25(5), 1098-1101.
- MacMahon, B., & Pugh, T. F. (1970). *Epidemiology: principles and methods*.  
Epidemiology: principles and methods.
- Moran Christopher Edward. (2007). The role of T-lymphocytes in the pathogenesis of dengue haemorrhagic fever. The Open University,
- Murphy G., Murphy L., & Newcomb T. (1973). Attitude. Retrieved from <http://www.novabizz.com/NovaAce/Attitude.htm>
- Nevid, J. S. (2012). *Psychology: Concepts and applications*: Cengage Learning.
- Newcomb. (1854). Attitude. Retrieved from <http://www.novabizz.Ace/Attitude.htm>
- Roger E M., & Storey J D. (1987). *Communication campaign*. CA: Newbury Park.
- Rosenberg, & Hovland. (1960). Attitude. Retrieved from <http://www.novabizz.Ace/Attitude.htm>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Saeed Alam, Naghmi Asif, & Huma Mushtaq. (2018). Dengue fever (Review article). *JIMDC*, 1(1).
- Salazar, M. K. (1991). Comparison of four behavioral theories: A literature review. *AAOHN Journal*, 39(3), 128-135.
- Sarfraz Muhammad, Rabbani Arshad, Manzoor Muhammad Shehzad, & Zahid Hira. (2018). Electrolyte Disturbances in Patients with Dengue Fever. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 22, 96-98.
- Triandis H. C. (1971). *Attitude and Change*. New York: Wiley.
- Weiten, W. (2002). *PsykTrek: A Multimedia Introduction to Psychology*.
- Zimbardo P. G., & Ebbesen E. B. (1969). *Influencing attitudes and changing behavior*. New York: Addison-Wesley.
- เดโช สวานานนท์. (2512). ปทานุกรมจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดลพบุรี. (ปริญญาานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,

- เอกรัฐ คำวิล. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน จังหวัดจันทบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา: ชลบุรี.
- ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. (2553). ระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดอกเบญจ.
- กรมควบคุมโรค. (2551). รายงานโรคเร่งด่วน. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. Retrieved from <http://www.boe.moph.go.th>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). โรคไข้เลือดออก Dengue Hemorrhagic Fever. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กองระบาดวิทยาสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. (2535). คู่มือการดำเนินงานระบาดวิทยา.
- จิตรภณ สุนทร. (2555). การ วิเคราะห์เชิง พื้นที่ ของ โรค ไข้เลือดออก ใน เขต เทศบาล นคร นครปฐม= A Spatial analysis of dengue fever in Nakhon Pathom Municipality.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2556). จิตวิทยาทั่วไป=General psychology. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมพูนุช อินทศรี, ภัคจิรา สารวงค์, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, & ดวงใจ เอี่ยมจ้อย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนบ้านคลองนา ตำบลศิระชะจะงษ์น้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเขี้ยวเฉลิมพระเกียรติ, 1.
- ชิตชบา สายใจ. (2557). การ พัฒนา สื่อ การ อบรม เพื่อ ป้องกัน และ ควบคุม โรค ไข้เลือดออก ใน เขต สายไหม กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัย ศิลปากร,
- ที่ทำการปกครองจังหวัดเพชรบุรี. (2558). การแบ่งเขตการปกครองในจังหวัดเพชรบุรี. Retrieved from [http:// www.dopaphetchaburi.com](http://www.dopaphetchaburi.com)
- ธัญญา ธีระกนิษฐ์. (2555). พฤติกรรมมนุษย์เพื่อการพัฒนาตน. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, อุดรธานี.
- ธานินทร์ สีวราภรณ์สกุล. (2556). ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายที่ 5. Retrieved from สถาบันต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ:

- ธีระศักดิ์ มัคคูน, ธนวัต ขาวสุด, & ชาญชัย, จ. (2543). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model
- นันทพร เล็กพิทยา, & เบญญาภา เพชรปวรรักษ์. (2563). วัคซีน Dengvaxia®. (35).
- นันทิตา กุณราชชา, สุภาพร ตรงสกุล, วรณรัตน์ ลาวัง, & พิษณุรักษ์ กันทวิ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 9(2).
- นิตานาด โขคเกิด. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- บันเทิง สุพรรณ, พูนสุข ช่วยทอง, สุปรียา ต้นสกุล, & ปันดี, ว. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. Paper presented at the ประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อการพัฒนาด้านวิจัยอย่างยั่งยืน, กรุงเทพมหานคร.
- พรทิพย์ บุญนิพัทธ์. (2531). ทักษะคดี. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ภาสกร ปาละกุล, & สุวรรณหงส์, ส. (2557). การพัฒนาสื่อเคลื่อนไหว 3 มิติ เพื่อการสาธารณสุขเรื่องโรคไข้เลือดออก. มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.,
- มัตติกา ยงอยู่. (2559). การกักเก็บและการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 5 กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (Ed.) (2546). กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- ฤทัย สมบัติสวัสดิ์, & นิรมล เมืองโสม. (2555). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดกับหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดในพื้นที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(4).
- ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2531). เจตคติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งวัฒนา.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. (2559). ยุ้งร้างกว่าเสือ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สมชาย นพเกต. (2544). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลวัง ชื่น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา,
- สมภพ แพทย์รักษ์. (2550). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านในตำบลท่าตุม อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสุขภาพภาคประชาชน, 2.
- สำนักงานจังหวัดเพชรบุรี. (2559). ข้อมูลจังหวัดเพชรบุรี.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, ก. (2563). ข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (รง. 506). Retrieved from <http://www.pbpro.moph.go.th/>
- สำนักงานอุตุนิยมวิทยาจังหวัดเพชรบุรี. (2560). ข้อมูลอุตุนิยมวิทยาจังหวัดเพชรบุรี.
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง ๕๐๖. Retrieved from [http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506\\_1/ds\\_wk2pdf.php?ds=26&yr=64](http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1/ds_wk2pdf.php?ds=26&yr=64)
- สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค. (2544). ข้อมูลสาเหตุของโรคไข้เลือดออก. Retrieved from [https://ddc.moph.go.th/disease\\_detail.php?d=44](https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44)
- สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค. (2561). แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย. Retrieved from
- สุรีย์ เจียมศุภฤกษ์. (2543). ผลกระทบต่อผู้รับบริการจากการบริการเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลสงขลา. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุวรรณณี โพธิศรี. (2535). การเปิดรับสื่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ในการป้องกันโรคเอดส์ ของ ผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สุวิช ธรรมปาโล, & ศุภมิตร ชุณหะวัณ. (2549). การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเต็งกี. บุญเรือง เปี้ยหลิม. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอ เมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค. (2560). ข้อมูลดัชนีทางกีฏวิทยาเกี่ยวกับความชุกชุมของลูกน้ำ ยุงลาย <http://www.cupammat.com/files/DHFเกณฑ์.pdf>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร

## ภาคผนวก ก

## แบบสอบ

แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม  
ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ตำบล.....จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่าง  
ตามความเป็นจริง

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

- เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
1. อายุ ( ) 0-15 ปี ( ) 16-30 ปี ( ) 31-60 ปี ( ) 60 ปีขึ้นไป
2. กรุ๊ปเลือด  
( ) กรุ๊ป A ( ) กรุ๊ป B  
( ) กรุ๊ป O ( ) กรุ๊ป AB  
( ) อื่น ๆ ระบุ.....
3. สถานภาพสมรส  
( ) โสด ( ) สมรส อยู่ด้วยกัน มีบุตร.....คน  
( ) สมรส แยกกันอยู่ มีบุตร.....คน ( ) หม้าย/หย่า มีบุตร.....คน
4. ระดับการศึกษา  
( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยม/เทียบเท่า ( ) ปวส./อนุปริญญา  
( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ  
( ) ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน ( ) พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน  
( ) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ( ) เกษตรกร  
( ) ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ( ) นักเรียน/นักศึกษา  
( ) รับจ้างทั่วไป ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยครัวเรือน  
( ) ไม่มีรายได้ ( ) 10,001 – 15,000 บาท  
( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท ( ) 15,001 – 20,000 บาท  
( ) 5,000 – 10,000 บาท ( ) 25,001 บาท ขึ้นไป



## 7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนในปัจจุบัน

( ) เพศชาย จำนวน.....คน

ช่วงอายุ 0 - 15 ปี จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ จำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

ช่วงอายุ 16 - 30 ปี จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ ระบุจำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

ช่วงอายุ 31 - 60 ปี จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ ระบุจำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ ระบุจำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

( ) เพศหญิง จำนวน.....คน

ช่วงอายุ 0 - 15 ปี จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ ระบุจำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

ช่วงอายุ 16 - 30 ปี จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ ระบุจำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

ช่วงอายุ 31 - 60 ปี จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ ระบุจำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน.....คน

( ) ความสัมพันธ์กับเจ้าบ้าน ระบุ.....

( ) รายได้

( ) มีรายได้ ระบุจำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

**ส่วนที่ 2 : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก**

8. บริเวณที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่
- ( ) ก. ที่พักอาศัยเป็นมุมอับ ไม่มีช่องระบายอากาศ
- ( ) ข. ในตัวอาคารเปิดประตู และหน้าต่าง ไว้ตลอดเวลา
- ( ) ค. มีแสงสว่างส่องเข้าถึง และมีช่องระบายอากาศ
- ( ) ง. ใช้แสงสว่างจากหลอดไฟ
9. ท่านมีบุคคลในครอบครัวปฏิบัติงานในเวลากลางวัน และพักผ่อนในเวลากลางวันหรือไม่ พร้อมระบุจำนวน
- ( ) ก. ปฏิบัติงานในเวลากลางวัน และพักผ่อนเวลากลางวันเป็นประจำทุกวัน ระบุจำนวน.....
- ( ) ข. ไม่มีบุคคลในครอบครัวปฏิบัติงานในเวลากลางวัน
- ( ) ค. ทำงานเป็นกะสลับกัน ระบุจำนวน.....
- ( ) ง. ไม่ทราบรายละเอียดใด ๆ
10. มีประชากรแฝงชาวต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือไม่ มาจากประเทศใด
- ( ) ก. ไม่มี ( ) ข. มี ระบุประเทศ.....
11. ในบ้านของท่านมีประชากรแฝงชาวต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น) อาศัยอยู่หรือไม่ มาจากประเทศใด
- ( ) ก. ไม่มี ( ) ข. มี ระบุประเทศ.....
12. ท่านคิดว่าประชากรแฝงชาวต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น) ที่เข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกหรือไม่
- ( ) ก. เกี่ยวข้อง ( ) ข. ไม่เกี่ยวข้อง
13. เพราะเหตุใดประชากรแฝงชาวต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น) จึงเข้ามาอาศัยในชุมชนของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. ประกอบอาชีพ ระบุอาชีพ..... ( ) ข. ย้ายถิ่นฐาน
- ( ) ค. ท่องเที่ยว ( ) ง. อื่น ๆ ระบุ.....
14. สาเหตุใดที่ทำให้ท่านเกิดความวิตกกังวลใจ หดหู่ หรือมีผลต่อจิตใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. ภาวะเศรษฐกิจ ( ) ข. สังคม
- ( ) ค. ชุมชน ( ) ง. ครอบครัว
15. ท่านใช้วิธีการใดในการกำจัดยุงลายภายในตัวอาคาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. ใช้สารเคมีกำจัดแมลงฉีดพ่น (กี่ครั้งต่อสัปดาห์.....)
- ( ) ข. แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดพ่นหมอกควัน
- ( ) ค. อื่น ๆ ระบุ.....
16. ท่านและครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่
- ( ) ก. ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
- ( ) ข. เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก จำนวนกี่คน.....
- ( ) 1. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
- ( ) 2. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
- ( ) 3. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....

- ( ) 4. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
- ( ) 5. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
- ( ) 6. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
- ( ) 7. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
- ( ) 8. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
- ( ) 9. อายุที่ป่วย.....ปี ระบุวัน/เวลา.....อาการแสดง.....
17. เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยมีอาการอย่างไรจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
- ( ) ก. เจ็บป่วยเล็กน้อย ระบุอาการ.....
- ( ) ข. เจ็บป่วยปานกลาง ระบุอาการ.....
- ( ) ค. เจ็บป่วยมาก ระบุอาการ.....
- ( ) ง. อาการอื่น ๆ ระบุอาการ.....
18. หากท่านป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก อาการแสดงระดับใดจึงเข้ารับการรักษา
- ( ) ก. มีไข้สูงเฉียบพลันเกิน 38 องศาเซลเซียสประมาณ 2-7 วัน
- ( ) ข. พบจ้ำเลือดหรือจุดเลือดออกสีแดงเล็ก ๆ ตามผิวหนัง
- ( ) ค. ปวดท้องอย่างรุนแรง กดเจ็บชายโครงด้านขวา
- ( ) ง. คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร
19. ท่านและครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำหรือไม่ ระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด
- ( ) ก. ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำ
- ( ) ข. เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำ
- ( ) จำนวนครั้งที่ป่วย.....ครั้ง ระบุระดับความ รุนแรง.....
- ( ) ห่างกันกี่ปี.....อาการต่างจากครั้งแรก อย่างไร.....
20. โรคประจำตัว (ของผู้ถูกสัมภาษณ์ และผู้ที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก) จากการวินิจฉัยของแพทย์
- ( ) ก. ไม่มีโรคประจำตัว ( ) ข. ความดันโลหิตสูง
- ( ) ค. ไขมันในเลือดสูง ( ) ง. โรคเบาหวาน
- ( ) จ. โรคมะเร็ง ( ) ฉ. โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ( ) ช. โรคไต ( ) ซ. โรคอื่น ๆ ระบุ.....
21. โรคไข้เลือดออกมียุงชนิดใดเป็นพาหะนำโรค
- ( ) ก. ยุงก้นปล่อง ( ) ข. ยุงรำคาญ ( ) ค. ยุงลาย
- ( ) ง. ยุงเสื่อ ( ) จ. อื่น ๆ ระบุ.....
22. ช่วงฤดูใดเป็นช่วงที่โรคไข้เลือดออกระบาดมาก
- ( ) ก. ฤดูฝน ( ) ข. ฤดูหนาว
- ( ) ค. ฤดูร้อน ( ) ง. ทุกฤดู

23. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. การเรียน/การสอนจากตำรา
- ( ) ข. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ( ) ค. สื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร วารสาร ฯลฯ
- ( ) ง. แหล่งอื่น ระบุ.....
24. เมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก หน่วยงานใดเข้าควบคุมโรคในชุมชนของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) ข. บุคลากรจาก อบต.
- ( ) ค. ผู้นำชุมชน ( ) ง. อื่น ๆ ระบุ.....
25. สถานพยาบาลที่ท่านใช้บริการ พร้อมระบุประเภทของโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. รพ.สต. ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) ข. โรงพยาบาลชุมชน ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) ค. โรงพยาบาลประจำจังหวัด ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) ง. โรงพยาบาลศูนย์ ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) จ. โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) ฉ. โรงพยาบาลเอกชน ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) ช. คลินิก ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) ซ. ร้านขายยา ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....
- ( ) ฅ. อื่น ๆ ระบุ.....ความถี่ในการใช้บริการ.....ครั้ง/ปี  
( ) ระบุโรค.....

### ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามด้านพฤติกรรมกรรมการเกิดโรค

26. ข้อใดคืออาการของการติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกระยะแรก
- ( ) ก. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระมีเลือดปน
- ( ) ข. ผู้ป่วยมีเลือดออกใต้ผิวหนัง และไรฟัน
- ( ) ค. ผู้ป่วยมีไข้สูงลอย ปวดศีรษะ ไอแหว่งๆ คล้ายไข้หวัด
- ( ) ง. ผู้ป่วยตาเหลือง ตัวซีด มือเท้าเย็น

27. หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปลายมือปลายเท้าเย็น ความดันโลหิตลดต่ำ วัดชีพจรไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกระยะใด
- ( ) ก. ระยะช็อก ( ) ข. ระยะไข้สูง  
( ) ค. ระยะฟื้นตัว ( ) ง. ระยะเริ่มป่วย
28. กรณีที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมาแล้ว จะสามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้อีกหรือไม่
- ( ) ก. สามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำได้อีก  
( ) ข. ไม่สามารถป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำได้อีก  
( ) ค. ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำได้อีก แต่เป็นสายพันธุ์อื่นที่ปรากฏความรุนแรงเพิ่มขึ้น  
( ) ง. ขึ้นอยู่กับชนิดของยุงลายที่กัด
29. ภายในบ้านของท่านมีภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์โรคไข้เลือดออกหรือไม่
- ( ) ก. ไม่มี ( ) ข. มี ระบุชนิด.....
30. ท่านมีการสัมผัส หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่
- ( ) ก. ไม่มี ( ) ข. มี ระบุ.....
31. ธรรมชาติของยุงลายจะขยายพันธุ์ในแหล่งน้ำแบบใด
- ( ) ก. น้ำเน่าเสีย ( ) ข. น้ำนิ่งและสะอาด  
( ) ค. ธารน้ำไหล ( ) ง. น้ำทุกชนิด
32. ท่านต้องถูกยุงลายกัดกี่ครั้งถึงทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้
- ( ) ก. 1 ครั้ง ( ) ข. 2 ครั้ง  
( ) ค. 3 ครั้ง ( ) ง. 4 ครั้งขึ้นไป
33. ท่านคิดว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกควรเริ่มจากใครเป็นอันดับแรก
- ( ) ก. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) ข. ตนเอง  
( ) ค. พ่อ/แม่ ( ) ง. เจ้าหน้าที่ อบต.
34. ข้อใดเป็นวิธีการกำจัดพาหะของโรคไข้เลือดออก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. ใส่แปรงในจานรองขาตู้แทนน้ำ  
( ) ข. ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในน้ำขัง  
( ) ค. พ่นหมอกควันในบริเวณมุมอับภายในบ้าน  
( ) ง. ใส่น้ำส้มสายชูในจานรองขาตู้ ถาดรองกระถางต้นไม้ และแจกัน  
( ) จ. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะอาดปราศจากเศษวัสดุที่อาจมีน้ำขัง
35. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์จะดีกว่าการใช้สารเคมีในการฉีดพ่น
- ( ) ก. ใช่ เพราะ..... ( ) ข. ไม่ใช่เพราะ.....
36. การปฏิบัติในข้อใดเป็นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์โรคไข้เลือดออก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. ทำลายแหล่งน้ำขังในบริเวณรอบ ๆ บ้าน ( ) ข. ใช้ภาชนะที่บรรจุน้ำที่มีขนาดเล็ก ๆ  
( ) ค. ทำความสะอาดบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ ( ) ง. จัดแต่งสวนและหญ้าให้สั้น

**ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อม**

37. ลักษณะบ้านของท่านเป็นอย่างไร (ผู้สัมภาษณ์ระบุพร้อมเก็บภาพ)
- ( ) บ้านชั้นเดียว  
 ( ) ไม่มีใต้ถุนบ้าน ( ) มีใต้ถุนบ้าน  
 ( ) บ้านเช่า ห้องแถว  
 ( ) บ้าน 2 ชั้นขึ้นไป  
 ( ) อาศัยอยู่ชั้น 1 ของบ้าน ( ) อาศัยอยู่ชั้น 2 ของบ้าน  
 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
38. น้ำดื่ม น้ำใช้ จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. น้ำฝน ลักษณะวางระบายน้ำ.....  
 ( ) ข. น้ำบ่อ/บาดาล  
 ( ) ค. ชี้น้ำถัง/ขวด จากแหล่ง.....  
 ( ) ง. น้ำประปา ประเภท.....  
 ( ) จ. อื่น ๆ ระบุ.....
39. วิธีการกำจัดขยะในครัวเรือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. ฝังกลบ บริเวณใด.....  
 ( ) ข. เมา ระบุรายละเอียด.....  
 ( ) ค. ส่งเทศบาล/อบต. ความถี่ในการขนเก็บขยะกี่ครั้ง/สัปดาห์.....  
 ( ) ง. อื่น ๆ ระบุ.....
40. การระบายน้ำภายในบ้าน (ผู้สัมภาษณ์ระบุพร้อมเก็บภาพ)
- ( ) ระบุ.....
41. สภาพแวดล้อมภายในบ้านของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) อากาศถ่ายเทสะดวก ( ) อากาศถ่ายเทไม่สะดวก  
 ( ) แสงสว่างเพียงพอ ( ) แสงสว่างไม่เพียงพอ  
 ( ) สะอาดเป็นระเบียบ ( ) รกเป็นที่หลบซ่อนของยุงลาย  
 ( ) ติดมุ้งลวด ( ) ไม่ติดมุ้งลวด
42. ระบุชนิดและจำนวนสัตว์เลี้ยงของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. สุนัข ระบุจำนวน..... ( ) ข. แมว ระบุจำนวน.....  
 ( ) ค. วัว ควาย ระบุจำนวน..... ( ) ง. อื่น ๆ ระบุ.....
43. การกระจายของบ้านเรือน
- ( ) ก. อาศัยอยู่หลังเดียวห่างไกลเพื่อนบ้าน ( ) ข. อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม 5 – 6 หลังคาเรือน  
 ( ) ค. อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม 6 หลังคาเรือนขึ้นไป ( ) ง. อาศัยในชุมชนเมืองใหญ่

44. สภาพแวดล้อมในรัศมี 100 เมตร มีลักษณะอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. ต้นไม้รก/ป่ารกทึบ ( ) ข. มีร่องน้ำสาธารณะ หรือทางน้ำไหล
- ( ) ค. มีภาชนะแตกหักและมีน้ำขัง ( ) ง. อื่น ๆ ระบุ.....
45. ชนิดของยุงที่พบภายในบ้าน
- ( ) ก. ยุงลาย ( ) ข. ยุงรำคาญ
- ( ) ค. มียุงก้นปล่อง ( ) ง. ยุงเสื่อ
- ( ) จ. อื่น ๆ ระบุ.....
46. ท่านมีวิธีการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ก. เก็บบ้าน จำนวนครั้ง...../สัปดาห์
- ( ) ด้วยวิธี.....
- ( ) ข. กำจัดขยะ จำนวนครั้ง...../สัปดาห์
- ( ) เทศบาล ( ) ฝังกลบ ( ) เมาทำลาย
- ( ) ค. เก็บกักน้ำใช้
- ( ) ด้วยวิธี.....
- ( ) ง. อื่น ๆ ด้วยวิธี.....
47. กรณีเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน แต่มีบางคนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมการระบาดของโรคท่านจะทำอย่างไร
- ( ) ก. เข้าไปอธิบายถึงความรุนแรงของโรคให้ประชาชนเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ
- ( ) ข. ไม่สนใจ
- ( ) ค. แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ( ) ง. วิธีการอื่น ระบุ.....



ส่วนที่ 5 : แบบสำรวจความซุกซมของลูกน้ำยุงลาย

แบบสำรวจความซุกซมของลูกน้ำยุงลาย

ชนิดภาชนะ	จำนวนภาชนะ (A)	ภาชนะที่พบลูกน้ำ (B)
1. ภาชนะน้ำใช้ 		
2. ภาชนะใส่น้ำดื่ม 		
3. แจกัน 		
4. จานรองกระถาง 		
5. ที่รองกันมด 		
6. อ่างบัว/ไม้เท้า 		
7. ยางรถยนต์เก่า 		
8. ภาชนะไม้ใช้ประโยชน์ 		
9. อื่น ๆ 		
รวม		



**ภาคผนวก ข**  
**ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ**

**ส่วนที่ 1** วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม			ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย
เพศ	ชาย	จำนวน	125	72
		ร้อยละ	36.9%	35.1%
	หญิง	จำนวน	214	133
		ร้อยละ	63.1%	64.9%
	รวม	$\bar{x}$	1.63	1.65
		S.D.	0.48	0.48
อายุ	0-15 ปี	จำนวน	18	3
		ร้อยละ	5.3%	1.5%
	16-30 ปี	จำนวน	53	34
		ร้อยละ	15.6%	16.6%
	31-60 ปี	จำนวน	207	126
		ร้อยละ	61.1%	61.5%
	60 ปีขึ้นไป	จำนวน	61	42
		ร้อยละ	18%	20.5%
	รวม	$\bar{x}$	2.92	3.01
		S.D.	0.74	0.66
กรุ๊ปเลือด	กรุ๊ป A	จำนวน	51	34
		ร้อยละ	15.1%	16.5%
	กรุ๊ป B	จำนวน	130	74
		ร้อยละ	38.3%	36.1%
	กรุ๊ป O	จำนวน	140	85
		ร้อยละ	41.3%	41.5%
	กรุ๊ป AB	จำนวน	18	12
		ร้อยละ	5.3%	5.9%
	อื่น ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
	รวม	$\bar{x}$	2.37	2.37
		S.D.	0.80	0.83

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย
สถานะภาพสมรส	โสด	จำนวน	184	112
		ร้อยละ	54.3%	54.6%
	สมรส อยู่ด้วยกัน	จำนวน	109	63
		ร้อยละ	32.2%	30.7%
	สมรส แยกกันอยู่	จำนวน	22	18
		ร้อยละ	6.5%	8.8%
	หม้าย/หย่า	จำนวน	24	12
		ร้อยละ	7.1%	5.9%
	รวม	$\bar{x}$	1.66	1.66
		S.D.	0.88	0.87
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	จำนวน	11	5
		ร้อยละ	3.2%	2.4%
	ประถมศึกษา	จำนวน	35	27
		ร้อยละ	10.3%	13.2%
	มัธยม/เทียบเท่า	จำนวน	71	28
		ร้อยละ	20.9%	13.7%
	ปวส./อนุปริญญา	จำนวน	64	56
		ร้อยละ	18.9%	27.3%
	ปริญญาตรี	จำนวน	150	84
		ร้อยละ	44.3%	41%
สูงกว่าปริญญาตรี	จำนวน	8	5	
	ร้อยละ	2.4%	2.4%	
รวม	$\bar{x}$	3.98	3.99	
	S.D.	1.21	1.18	
อาชีพ	ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน	จำนวน	18	12
		ร้อยละ	5.3%	5.9%
	พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	จำนวน	74	42
		ร้อยละ	21.8%	20.5%
	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	จำนวน	81	44
		ร้อยละ	23.9%	21.5%
	เกษตรกร	จำนวน	20	14
		ร้อยละ	5.9%	6.8%

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม			ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอก
	ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	จำนวน	49	27
		ร้อยละ	14.5%	13.2%
	นักเรียน/นักศึกษา	จำนวน	21	13
		ร้อยละ	6.2%	6.3%
	รับจ้างทั่วไป	จำนวน	76	53
		ร้อยละ	22.4%	25.9%
รวม	$\bar{x}$	4.11	4.23	
	S.D.	2.00	2.06	
รายได้เฉลี่ยครัวเรือน	ไม่มีรายได้	จำนวน	33	20
		ร้อยละ	9.7%	9.8%
	10,001-15,000 บาท	จำนวน	124	84
		ร้อยละ	36.6%	41%
	ต่ำกว่า 5,000 บาท	จำนวน	5	2
		ร้อยละ	1.5%	1%
	15,001-20,000 บาท	จำนวน	149	78
		ร้อยละ	44%	38%
	5,000-10,000 บาท	จำนวน	11	10
		ร้อยละ	3.2%	4.9%
	25,001 บาท ขึ้นไป	จำนวน	17	11
		ร้อยละ	5.0%	5.4%
$\bar{x}$	3.09	3.03		
S.D.	1.33	1.37		

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม			ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอก
9. บริเวณที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่	พักอาศัยเป็นมุมอับ	จำนวน	47	22
		ร้อยละ	13.9%	10.7%
	ไม่มีช่องระบายอากาศ	จำนวน	63	38
		ร้อยละ	18.6%	18.6%
	ในตัวอาคารเปิดประตูและหน้าต่างไว้ตลอดเวลา	จำนวน	197	123
		ร้อยละ	58.1%	60.0%
	มีแสงสว่างส่องเข้าถึงและมีช่องระบายอากาศ	จำนวน	32	22
		ร้อยละ	9.4%	10.7%
	ใช้แสงสว่างจากหลอดไฟ	จำนวน		
		ร้อยละ		

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม			ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอก
ต่อข้อ 9	รวม	$\bar{x}$	2.63	2.71
		S.D.	0.84	0.80
10. ท่านมีบุคคลในครอบครัว ปฏิบัติงานในเวลากลางคืน และพักผ่อนในเวลากลางวัน หรือไม่	ปฏิบัติงานคืน พักผ่อน เวลากลางวันทุกวัน	จำนวน	13	11
		ร้อยละ	3.8%	5.4%
	ไม่มีบุคคลปฏิบัติงานใน เวลากลางคืน	จำนวน	298	169
		ร้อยละ	87.9%	82.4%
	เข้างานเป็นกะสลับกัน	จำนวน	28	25
		ร้อยละ	8.3%	12.2%
	ไม่ทราบรายละเอียดใด ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
	รวม	$\bar{x}$	2.04	2.07
		S.D.	0.35	0.41
11. มีประชากรแฝง ชาวต่างชาติ(พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือไม่	ไม่มี	จำนวน	140	111
		ร้อยละ	41.3%	54.1%
	มี	จำนวน	199	94
		ร้อยละ	58.7%	45.9%
	รวม	$\bar{x}$	1.59	1.54
		S.D.	0.49	0.50
12. ในบ้านของท่านมี ประชากรแฝงชาวต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น) อาศัยอยู่หรือไม่	ไม่มี	จำนวน	333	205
		ร้อยละ	98.2%	100%
	มี	จำนวน	6	0
		ร้อยละ	1.8%	0.0%
	รวม	$\bar{x}$	1.02	1.00
		S.D.	0.13	0.0
13. ท่านคิดว่าประชากรแฝง ชาวต่างชาติ ที่เข้ามาอาศัยอยู่ ในชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการ ระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือไม่	เกี่ยวข้อง	จำนวน	114	66
		ร้อยละ	33.6%	32.2%
	ไม่เกี่ยวข้อง	จำนวน	225	139
		ร้อยละ	66.4%	67.8%
	รวม	$\bar{x}$	1.66	1.68
		S.D.	0.47	0.47

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
14. เพราะเหตุใดประชากรแฝงชาวต่างชาติจึงเข้ามาอาศัยในชุมชนของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ประกอบอาชีพ	จำนวน	188	110
		ร้อยละ	55.5%	53.7%
		$\bar{x}$	0.56	0.54
		S.D.	0.50	0.50
	ย้ายถิ่นฐาน	จำนวน	8	5
		ร้อยละ	2.4%	2.4%
		$\bar{x}$	0.02	0.02
		S.D.	0.15	0.16
	ท่องเที่ยว	จำนวน	179	104
		ร้อยละ	52.8%	50.7%
		$\bar{x}$	0.53	0.51
		S.D.	0.50	0.50
	อื่น ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
		$\bar{x}$	0.0	0.0
		S.D.	0.0	0.0
15. สาเหตุใดที่ทำให้ท่านเกิดความวิตกกังวลใจ หตู่ หรือมีผลต่อจิตใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ภาวะเศรษฐกิจ	จำนวน	180	115
		ร้อยละ	50.1%	56.1%
		$\bar{x}$	0.53	0.56
		S.D.	0.50	0.50
	สังคม	จำนวน	53	29
		ร้อยละ	15.6%	14.1%
		$\bar{x}$	0.16	0.14
		S.D.	0.36	0.35
	ชุมชน	จำนวน	66	35
		ร้อยละ	19.5%	17.1%
		$\bar{x}$	0.19	0.17
		S.D.	0.40	0.38
	ครอบครัว	จำนวน	92	58
		ร้อยละ	27.1%	28.3%
		$\bar{x}$	0.27	0.28
		S.D.	0.45	0.45

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
16. ท่านใช้วิธีการใดในการกำจัดมูลภายในตัวอาคาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ใช้สารเคมีกำจัดแมลงชนิดพ่น	จำนวน	99	54
		ร้อยละ	29.2%	26.3%
		$\bar{x}$	0.29	0.26
		S.D.	0.46	0.44
	แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดพ่นหมอกควัน	จำนวน	253	159
		ร้อยละ	74.6%	77.6%
		$\bar{x}$	0.75	0.78
		S.D.	0.44	0.42
	อื่น ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
		$\bar{x}$	0.0	0.0
		S.D.	0.0	0.0
17. ท่านและครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่	ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก	จำนวน	333	203
		ร้อยละ	98.2%	99.0%
	เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก	จำนวน	6	2
		ร้อยละ	1.8%	1.0%
	รวม	$\bar{x}$	1.01	1.04
		S.D.	0.09	0.19
18. เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยมีอาการอย่างไรจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล	เจ็บป่วยเล็กน้อย	จำนวน	90	46
		ร้อยละ	26.5%	22.4%
	เจ็บป่วยปานกลาง	จำนวน	184	124
		ร้อยละ	54.3%	60.5%
	เจ็บป่วยมาก	จำนวน	65	35
		ร้อยละ	19.2%	17.1%
	อาการอื่น ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
	รวม	$\bar{x}$	1.93	1.95
		S.D.	0.67	0.63



สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอก	
19. หากท่านป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก อาการแสดงระดับใดจึงเข้ารับรักษา	มีไข้สูง ประมาณ 2-7 วัน	จำนวน	222	132
		ร้อยละ	65.5%	64.4%
	พบจุดเลือดออกสีแดงเล็ก ๆ ตามผิวหนัง	จำนวน	83	54
		ร้อยละ	24.5%	26.3%
	ปวดท้องอย่างรุนแรง กัดเจ็บขาโครงด้านขวา	จำนวน	19	11
		ร้อยละ	5.6%	5.4%
	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร	จำนวน	15	8
		ร้อยละ	4.4%	3.9%
	รวม	$\bar{x}$	1.49	1.49
		S.D.	0.79	0.77
20. ท่านและครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำหรือไม่ ระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด	ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำ	จำนวน	333	203
		ร้อยละ	98.2%	99.0%
	เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำ	จำนวน	6	2
		ร้อยละ	1.8%	1.0%
	รวม	$\bar{x}$	1.02	1.00
		S.D.	0.14	0.00
21. โรคประจำตัว (ของผู้ถูกสัมภาษณ์ และผู้ที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก)	ไม่มีโรคประจำตัว	จำนวน	309	187
		ร้อยละ	92.0%	91.2%
	ความดันโลหิตสูง	จำนวน	20	16
		ร้อยละ	5.9%	7.8%
	ไขมันในเลือดสูง	จำนวน	5	2
		ร้อยละ	1.5%	1.0%
	โรคเบาหวาน	จำนวน	1	0
		ร้อยละ	0.3%	0.0%
	โรคมะเร็ง	จำนวน	1	0
		ร้อยละ	0.3%	0.0%
	โรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน	2	0
		ร้อยละ	0.6%	0.0%
	โรคไต	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
โรคอื่น ๆ	จำนวน	1	0	
	ร้อยละ	0.3%	0.0%	

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
ต่อข้อ 21	โรคอื่น ๆ	จำนวน	1	0
		ร้อยละ	0.3%	0.0%
	รวม	$\bar{x}$	1.16	1.10
		S.D.	0.68	0.33
24. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	การเรียน/การสอนจากตำรา	จำนวน	22	11
		ร้อยละ	6.5%	2.4%
		$\bar{x}$	0.06	0.05
		S.D.	0.25	0.23
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	197	118
		ร้อยละ	58.1%	57.6%
		$\bar{x}$	0.58	0.58
		S.D.	0.48	0.50
	สื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร	จำนวน	166	109
		ร้อยละ	48.9%	53.2%
		$\bar{x}$	0.50	0.53
		S.D.	0.50	0.50
	แหล่งอื่น ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
		$\bar{x}$	0.0	0.0
		S.D.	0.0	0.0
25. เมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก หน่วยงานใดเข้าควบคุมโรคในชุมชนของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน	327	202
		ร้อยละ	96.5%	98.5%
		$\bar{x}$	0.98	0.99
		S.D.	0.12	0.12
	บุคลากรจาก อบต.	จำนวน	4	3
		ร้อยละ	1.2%	1.5%
		$\bar{x}$	0.01	0.01
		S.D.	0.11	0.12
	ผู้นำชุมชน	จำนวน	7	5
		ร้อยละ	2.1%	2.4%
		$\bar{x}$	0.02	0.02
		S.D.	0.14	0.15

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
ต่อข้อ 25	อื่น ๆ	จำนวน	0.0%	0.0%
		ร้อยละ	0.0	0.0
		$\bar{x}$	0.0	0.0
		S.D.	0.0	0.0
26. สถานพยาบาลที่ท่านใช้บริการ พร้อมระบุประเภทของโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	113	62
		ร้อยละ	33.3%	30.2%
		$\bar{x}$	0.33	0.30
		S.D.	0.47	0.46
	โรงพยาบาลชุมชน	จำนวน	9	4
		ร้อยละ	2.6%	1.9%
		$\bar{x}$	0.03	0.02
		S.D.	0.16	0.14
	โรงพยาบาลประจำจังหวัด	จำนวน	190	123
		ร้อยละ	56.0%	60.0%
		$\bar{x}$	0.56	0.60
		S.D.	0.50	0.49
	โรงพยาบาลศูนย์	จำนวน	11	5
		ร้อยละ	3.2%	2.4%
		$\bar{x}$	0.03	0.02
		S.D.	0.18	0.15
	โรงพยาบาลกรุงเทพฯ	จำนวน	13	8
		ร้อยละ	3.8%	3.9%
		$\bar{x}$	0.04	0.04
		S.D.	0.19	0.19
	โรงพยาบาลเอกชน	จำนวน	19	11
		ร้อยละ	5.6%	5.4%
		$\bar{x}$	0.06	0.05
		S.D.	0.23	0.23
	คลินิก	จำนวน	46	24
		ร้อยละ	13.6%	11.7%
		$\bar{x}$	0.14	0.12
		S.D.	0.34	0.32

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
ต่อข้อ 26	ร้านขายยา	จำนวน	11	3
		ร้อยละ	3.2%	1.5%
		$\bar{x}$	0.03	0.01
		S.D.	0.18	0.12
	อื่น ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
		$\bar{x}$	0.0	0.0
		S.D.	0.0	0.0

### ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเกิดโรค

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
30. ภายในบ้านของท่านมี ภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ โรคไข้เลือดออกหรือไม่	ไม่มี	จำนวน	334	197
		ร้อยละ	98.5%	96.1%
	มี	จำนวน	5	8
		ร้อยละ	1.5%	3.9%
	รวม	$\bar{x}$	1.01	1.04
		S.D.	0.12	0.19
31. ท่านมีการสัมผัสหรือใกล้ชิด กับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่	ไม่มี	จำนวน	334	201
		ร้อยละ	98.5%	98.0%
	มี	จำนวน	5	4
		ร้อยละ	1.5%	2.0%
	รวม	$\bar{x}$	1.01	1.02
		S.D.	0.12	0.14
35. วิธีการกำจัดพาหะของโรค ไข้เลือดออก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ใส่แป้งในจานรองขาตู้ แทนน้ำ	จำนวน	71	43
		ร้อยละ	21.0%	21.0%
		$\bar{x}$	0.21	0.21
		S.D.	0.41	0.41
	ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำใน น้ำขัง	จำนวน	217	133
		ร้อยละ	64.0%	65.0%
		$\bar{x}$	0.64	0.65
		S.D.	0.48	0.48
	พ่นหมอกควันในบริเวณ มุมอับภายในบ้าน	จำนวน	162	98
		ร้อยละ	47.8%	48.0%

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
ต่อข้อ 35		$\bar{x}$	0.48	0.48
		S.D.	0.50	0.50
	ใส่น้ำส้มสายชูในงาน รองขาตู้ ถาดรอง กระถางต้นไม้และ แจกัน	จำนวน	35	21
		ร้อยละ	10.3%	10.2%
		$\bar{x}$	0.10	0.10
		S.D.	0.30	0.30
	ปรับปรุง สภาพแวดล้อมให้ สะอาดปราศจากเศษ วัสดุที่อาจมีน้ำขัง	จำนวน	53	32
		ร้อยละ	15.6%	15.6%
		$\bar{x}$	0.16	0.16
		S.D.	0.36	0.36
36. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์จะ ดีกว่าการใช้สารเคมีในการฉีด พ่น	ใช่	จำนวน	335	200
		ร้อยละ	98.8%	97.6%
	ไม่ใช่	จำนวน	4	5
		ร้อยละ	1.2%	2.4%
	รวม	$\bar{x}$	1.01	10.2
		S.D.	0.11	0.15
37. การปฏิบัติในข้อใดเป็นการ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์โรค ไข้เลือดออก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ทำลายแหล่งน้ำขังใน บริเวณ รอบ ๆ บ้าน	จำนวน	268	163
		ร้อยละ	79.0%	79.5%
		$\bar{x}$	0.79	0.80
		S.D.	0.41	0.40
	ใช้ภาชนะที่บรรจุน้ำที่ มี ขนาดเล็ก ๆ	จำนวน	40	28
		ร้อยละ	11.8%	13.7%
		$\bar{x}$	0.12	0.14
		S.D.	0.32	0.34
	ทำความสะอาดบ้าน ให้สะอาดอยู่เสมอ	จำนวน	63	37
		ร้อยละ	18.6%	18.0%
		$\bar{x}$	0.19	0.18
		S.D.	0.39	0.39
	จัดตั้งสวนและหญ้า ให้สั้น	จำนวน	13	8
		ร้อยละ	3.8%	3.9%
		$\bar{x}$	0.04	0.04
		S.D.	0.19	0.19

## ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อม

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน	ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย
38. ลักษณะบ้านของท่าน	บ้านชั้นเดียว	จำนวน	271	162
		ร้อยละ	80.0%	79.0%
	บ้านเช่า/ห้องแถว	จำนวน	20	10
		ร้อยละ	5.9%	4.9%
	บ้าน 2 ชั้นขึ้นไป	จำนวน	48	33
		ร้อยละ	14.1%	16.1%
	อื่น ๆ	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
	รวม	$\bar{x}$	1.34	1.37
		S.D.	0.71	0.75
39. น้ำดื่ม น้ำใช้ จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	น้ำฝน	จำนวน	2	24
		ร้อยละ	0.6%	11.7%
		$\bar{x}$	0.01	0.12
		S.D.	0.08	0.32
	น้ำบ่อ/บาดาล	จำนวน	8	7
		ร้อยละ	2.4%	3.4%
		$\bar{x}$	0.02	0.03
		S.D.	0.15	0.18
	ชื่อน้ำถัง/ขวด	จำนวน	338	205
		ร้อยละ	99.7%	100%
		$\bar{x}$	1.00	1.00
		S.D.	0.05	0.0
	น้ำประปา	จำนวน	339	205
		ร้อยละ	100%	100%
		$\bar{x}$	1.00	1.00
		S.D.	0.0	0.0
อื่น ๆ	จำนวน	0.0	0.0	
	ร้อยละ	0.0%	0.0%	
	$\bar{x}$	0.0	0.0	
	S.D.	0.0	0.0	

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
40. วิธีการกำจัดขยะในครัวเรือน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ฝังกลบ	จำนวน	0.0	0.0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
		$\bar{x}$	0.0	0.0
		S.D.	0.0	0.0
	เผา	จำนวน	7	6
		ร้อยละ	2.1%	2.9%
		$\bar{x}$	0.02	0.03
		S.D.	0.14	0.17
	ส่งเทศบาล/อบต.	จำนวน	328	199
		ร้อยละ	96.8%	97.1%
		$\bar{x}$	0.97	0.97
		S.D.	0.18	0.17
	อื่น ๆ	จำนวน	0.0	0.0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
		$\bar{x}$	0.0	0.0
		S.D.	0.0	0.0
42. สภาพแวดล้อมภายในบ้านของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	อากาศถ่ายเทสะดวก	จำนวน	332	198
		ร้อยละ	97.9%	96.6%
		$\bar{x}$	0.98	0.97
		S.D.	0.14	0.18
	อากาศถ่ายเทไม่สะดวก	จำนวน	7	7
		ร้อยละ	2.1%	3.4%
		$\bar{x}$	0.02	0.03
		S.D.	0.14	0.18
	แสงสว่างเพียงพอ	จำนวน	324	193
		ร้อยละ	95.6%	94.1%
		$\bar{x}$	0.96	0.94
		S.D.	0.21	0.24
	แสงสว่างไม่เพียงพอ	จำนวน	12	8
		ร้อยละ	3.5%	3.9%
		$\bar{x}$	0.04	0.04
		S.D.	0.19	0.19



สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย	
ต่อข้อ 42	สะอาดเป็นระเบียบ	จำนวน	332	203
		ร้อยละ	97.9%	99.0%
		$\bar{x}$	0.98	0.99
		S.D.	0.14	0.10
	รกเป็นที่หลบซ่อนของ ยุ่งลาย	จำนวน	22	16
		ร้อยละ	6.5%	7.8%
		$\bar{x}$	0.06	0.08
		S.D.	0.25	0.27
	ติดมุ้งลวด	จำนวน	139	80
		ร้อยละ	41.0%	39.0%
		$\bar{x}$	0.41	0.40
		S.D.	0.49	0.49
	ไม่ติดมุ้งลวด	จำนวน	145	81
		ร้อยละ	42.8%	39.5%
		$\bar{x}$	0.43	0.40
		S.D.	0.50	0.49
43. ชนิดสัตว์เลี้ยงของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	สุนัข	จำนวน	247	151
		ร้อยละ	72.9%	73.7%
		$\bar{x}$	0.73	0.74
		S.D.	0.45	0.44
	แมว	จำนวน	75	44
		ร้อยละ	22.1%	21.5%
		$\bar{x}$	0.22	0.21
		S.D.	0.42	0.41
	วัว ควาย	จำนวน	32	138
		ร้อยละ	9.4%	67.3%
		$\bar{x}$	0.09	0.67
		S.D.	0.29	0.47
	อื่น ๆ	จำนวน	2	1
		ร้อยละ	0.6%	0.5%
		$\bar{x}$	0.01	0.00
		S.D.	0.08	0.07

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม			ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย
44. การกระจายของบ้านเรือน	อาศัยอยู่หลังเดียว ห่างไกลเพื่อนบ้าน	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
	อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม 5-6 หลังคาเรือน	จำนวน	9	76
		ร้อยละ	2.7%	37.1%
	อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม 6 หลังคาเรือนขึ้นไป	จำนวน	76	129
		ร้อยละ	22.4%	62.9%
	อาศัยในชุมชนเมืองใหญ่	จำนวน	254	0
		ร้อยละ	74.9%	0.0%
	รวม	$\bar{x}$	3.72	2.63
		S.D.	0.50	0.48
45. สภาพแวดล้อมในรัศมี 100 เมตร มีลักษณะอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ต้นไม้รก/ป่ารกทึบ	จำนวน	3	12
		ร้อยละ	0.9%	5.9%
		$\bar{x}$	0.01	0.06
		S.D.	0.09	0.24
	มีร่องน้ำสาธารณะหรือ ทางน้ำไหล	จำนวน	338	205
		ร้อยละ	99.7%	100%
		$\bar{x}$	1.00	1.00
	มีภาชนะแตกหักและมี น้ำขัง	S.D.	0.05	0.0
		จำนวน	94	58
		ร้อยละ	27.7%	28.3%
	อื่น ๆ	$\bar{x}$	0.28	0.28
		S.D.	0.45	0.45
		จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%
46. ชนิดของยุงที่พบภายในบ้าน	ยุงลาย	จำนวน	180	101
		ร้อยละ	53.1%	49.3%
	ยุงรำคาญ	จำนวน	159	104
		ร้อยละ	46.9%	50.7%
	ยุงก้นปล่อง	จำนวน	0	0
		ร้อยละ	0.0%	0.0%

สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม		ตำบลท่าราบ	ตำบลเวียงคอย		
ต่อข้อ 46	ยุ่งเสื่อ	จำนวน	0	0	
		ร้อยละ	0.0%	0.0%	
	อื่น ๆ	จำนวน	0	0	
		ร้อยละ	0.0%	0.0%	
	รวม	$\bar{x}$	1.47	1.51	
		S.D.	0.50	0.50	
47. วิธีการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เก็บบ้าน	จำนวน	130	83	
		ร้อยละ	38.3%	40.5%	
		$\bar{x}$	0.38	0.40	
		S.D.	0.49	0.49	
	กำจัดขยะ	จำนวน	338	204	
		ร้อยละ	99.7%	99.5%	
		$\bar{x}$	1.00	1.00	
		S.D.	0.05	0.07	
	เก็บกักน้ำใช้	จำนวน	13	5	
		ร้อยละ	3.8%	2.4%	
		$\bar{x}$	0.04	0.02	
		S.D.	0.19	0.15	
	อื่น ๆ	จำนวน	0	0	
		ร้อยละ	0.0%	0.0%	
		$\bar{x}$	0.0	0.0	
		S.D.	0.0	0.0	
	48. เมื่อเกิดการระบาดในชุมชน และมีบางกลุ่มในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมการระบาดของโรคท่านจะอย่างไร	เข้าไปอธิบายถึงความรุนแรงของโรค	จำนวน	77	39
			ร้อยละ	22.7%	19.0%
ไม่สนใจ		จำนวน	135	69	
		ร้อยละ	39.8%	33.7%	
แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง		จำนวน	127	97	
		ร้อยละ	37.5%	47.3%	
วิธีการอื่น ๆ		จำนวน	0	0	
		ร้อยละ	0	0	
รวม		$\bar{x}$	2.15	2.28	
		S.D.	0.76	0.77	

ภาคผนวก ค  
ภาพกิจกรรมลงพื้นที่เก็บแบบสอบถาม



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางสาวสุพรรณษา อัคริณญ์โณ  
วัน เดือน ปี เกิด 16 กันยายน 2537  
สถานที่เกิด จังหวัดชุมพร  
วุฒิการศึกษา พ.ศ. 2559 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต  
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  
พ.ศ. 2564 กำลังศึกษาปริญญาโท  
สาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม  
มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 53/2 หมู่ 4 ตำบลช่องไม้แก้ว อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

