

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

นางบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์

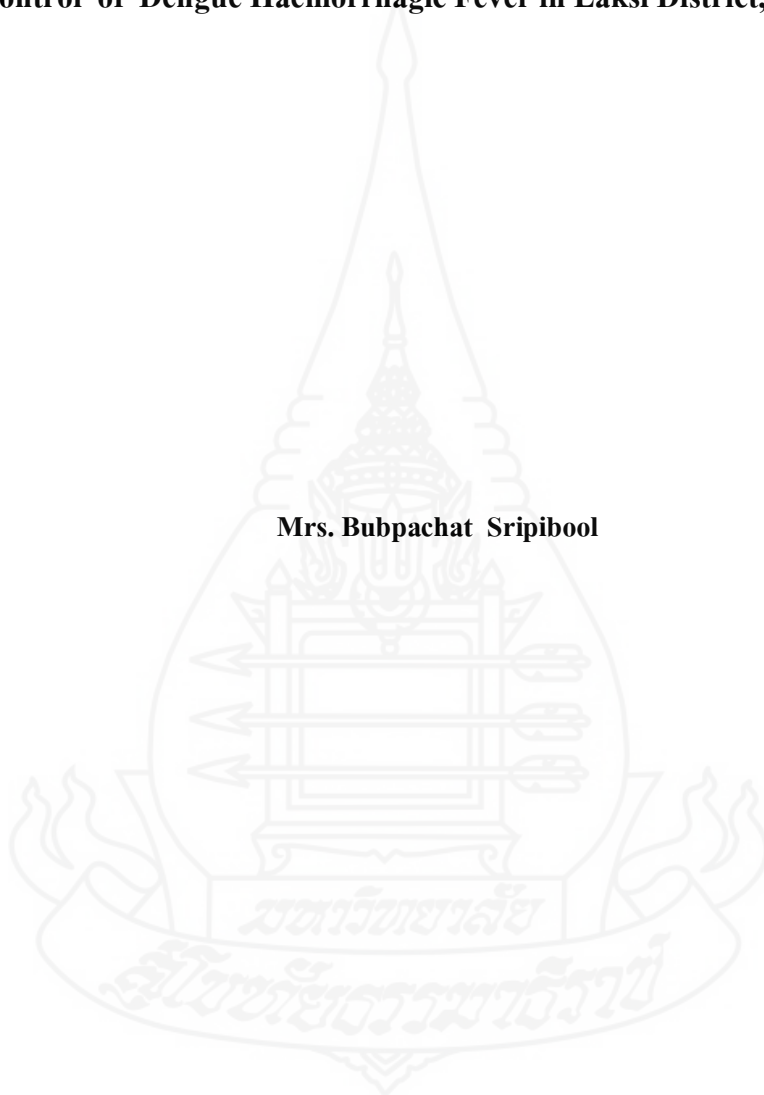


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2553

Factors Related to the Implementation of Health Volunteers in Prevention and Control of Dengue Haemorrhagic Fever in Laksi District, Bangkok

Mrs. Bubpachat Sripibool



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

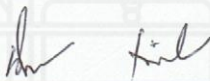
Sukhothai Thammathirat Open University

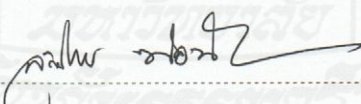
2010

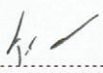
หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกัน
โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่
กรุงเทพมหานคร
ชื่อและนามสกุล นางบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์
แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2554

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สมโภช รติโอพาร)


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา และ รองศาสตราจารย์สม โภช รัตติโอฬาร อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ความรู้ คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการศึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวรรณนา จินตฤทธิ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง ที่ท่านได้กรุณาให้โอกาสเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ด้วย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย หัวหน้ากลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร คุณมยุรี เถาถัดดา นักวิชาการสาธารณสุข 8ว. หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำและพิจารณาเครื่องมือวิจัยในการศึกษา ขอขอบพระคุณ คุณวรณิช พัวไพโรจน์ พยาบาลวิชาชีพ8วช. หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข3 ทุ่งสองห้อง ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ตลอดจนสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ ขอขอบพระคุณ คุณรัตนา บรรณาธรรม นักวิชาการสาธารณสุข8ว.(ด้านบริการทางวิชาการ)อนุกรรมการและเลขานุการ คณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักอนามัย ที่ให้การช่วยเหลือ แก้ไขโครงการวิจัยให้ผ่านความเห็นชอบ ของคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของ กรุงเทพมหานคร

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสายไหม และ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง กรุณาตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้องทุกคนที่เป็นกำลังใจ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้

บุปผชาติ ศรีพิบูลย์

กรกฎาคม 2554

ชื่อการศึกษา ค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

ผู้ศึกษา นางบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์ **รหัสนักศึกษา** 2525000085 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

(บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา** ร่องศาสตราจารย์ ดร. ปิไลยา เพ็ญศิริ **ภาปีการศึกษา** 2553

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรค ไข้เลือดออก ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ ต่อโรค ไข้เลือดออกและปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน กับ การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ของ อสส. ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และ (3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสส.เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 302 คน กลุ่มตัวอย่าง 175 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิตามชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ที่มีค่าความเที่ยง 0.81 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า (1) อสส. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 60.59 ปี เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีประสบการณ์ทำงาน เป็น อสส. 6-10 ปี และส่วนใหญ่มีผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกในชุมชนที่รับผิดชอบการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก และการรับรู้ต่อโรค ไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง การได้รับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนการดำเนินงานทั้งการควบคุมป้องกันโรคล่วงหน้า และการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย อยู่ใน ระดับสูง (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกล่วงหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ การรับรู้บทบาท การรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการ ปฏิบัติงาน สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้บทบาทการรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานและ (3) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานของ อสส. ได้แก่ ขาดวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ประชาชนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ขาดผู้รับผิดชอบกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในที่สาธารณะ และ อสส. ขาดความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออกข้อเสนอแนะ คือ ควรสนับสนุนอุปกรณ์เจ้าหน้าที่ควรออกพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ประสานขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วนโดยการสร้างเครือข่าย และการให้ความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออกแก่ อสส. ในการประชุมประจำเดือนอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุข การดำเนินงาน การควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก กรุงเทพมหานคร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่ได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	10
แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร และการสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร.....	21
แนวคิดและทฤษฎีเรื่องการรับรู้บทบาท.....	30
แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	38
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดำเนินงาน.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	55
การตรวจคุณภาพเครื่องมือ	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	62

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่าง อสส. ที่ขึ้นทะเบียนยื่นรับการปฏิบัติงาน ไว้กับศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ห่วงสองห้อง ในปีงบประมาณ 2553	52
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	64
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามระดับการรับรู้ใน บทบาทในภาพรวม	69
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย จำแนกตามการรับรู้ต่อ โรคไข้เลือดออกรายด้านของอาสาสมัคร สาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	70
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของ อาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการรับรู้ ต่อโรคไข้เลือดออกในภาพรวม	71
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ ของ อาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการได้รับ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในภาพรวม	71
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกรายด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุข	72
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการดำเนินงานป้องกันโรค ไข้เลือดออกล่วงหน้า ของอาสาสมัครสาธารณสุข	73
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการดำเนินงานควบคุมโรค ไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข	73
ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับการดำเนินงานป้องกันโรค ไข้เลือดออกล่วงหน้า ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร	75
ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ รายได้ ประสบการณ์ การทำงาน กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า	79
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อ โรค(ภาพรวม) ปัจจัย สนับสนุนการปฏิบัติงานกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า	80
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร	81

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ รายได้ ประสบการณ์ การทำงาน กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย	85
ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรค(ภาพรวม) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย	85
ตารางที่ 4.15 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการดำเนินงานป้องกัน โรคไขเลือดออกด่างหน้า	87
ตารางที่ 4.16 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการดำเนินงานควบคุมโรคไขเลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย	89



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพที่ 2.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค	40



บทที่ 1

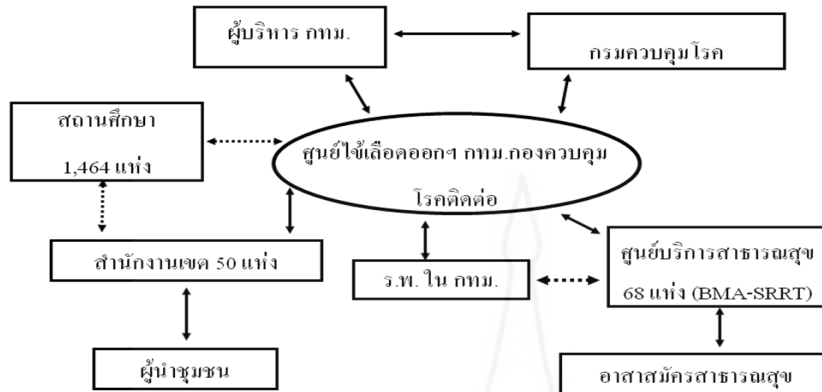
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประสบกับปัญหาโรคไข้เลือดออกมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปี โรคไข้เลือดออกมีการระบาดใหญ่ครั้งแรกที่กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2501 ต่อจากนั้นเป็นต้นมา มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ซึ่งมีผู้ป่วยมากในกรุงเทพมหานครและชลบุรี การระบาดมีลักษณะเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะหัวเมืองใหญ่ที่มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จนในที่สุดพบว่ามีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูง 2 ปี แล้วลดต่ำลงหรือลดลง 2 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น (สิวิกา แสงธราทิพย์ 2544: 1)

กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีการเคลื่อนย้ายของประชากรอยู่ตลอดเวลา ระหว่างคนต่างจังหวัดกับคนกรุงเทพฯ มีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อด้วย โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานคร ในระยะ 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2549 – 2553) มีจำนวนผู้ป่วยตามลำดับดังนี้ คือ (พ.ศ. 2549) 7,604 คน (พ.ศ. 2550) 7,285 คน (พ.ศ. 2551) 11,009 คน (พ.ศ. 2552) 7,873 คน และ (พ.ศ. 2553) 10,912 คน (ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2553) ในปี 2553 พบว่ามีการระบาดของโรคแบบสูง 1 ปี แล้วลดต่ำลง 1 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น กรุงเทพมหานครจึงได้วางแผนกลยุทธ์ พัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่โครงการกรุงเทพฯ เขตปลอดภัย มีลักษณะการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพความพร้อมการสร้างความพร้อมและประสานเครือข่ายระดับพื้นที่ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานครแบบบูรณาการ และพัฒนาความพร้อมของระบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกรุงเทพมหานคร ให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ ดังนี้

ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานคร



อีกทั้งเป็นการเสริมสร้างให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค ส่งผลให้เป็นการลดปัญหาเหตุร้ายจากความทุกข์ของยูงซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ.2553 สำนักอนามัยกำหนดเป้าหมายให้มีเครือข่ายประสานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งในระดับพื้นที่และหน่วยงานส่วนกลางที่มีความพร้อมและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน มีระบบและกลไก การจัดการแบบบูรณาการในพื้นที่กรุงเทพมหานครในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ทั้งภาวะปกติ และเมื่อเกิดการระบาดของโรคสนับสนุนประชาชนทุกคน และหน่วยงานทุกแห่งในกรุงเทพมหานครให้ความร่วมมือในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับสำนักงานเขตต่างๆ และกองควบคุมโรค สำนักอนามัย ปฏิบัติการควบคุม และกำจัดยุงในชุมชนต่าง ๆ ครอบคลุมพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ทั้ง 50 เขต จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2553 สำนักอนามัยสามารถดำเนินงานได้เป็นไปตามเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 70

เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครมีพื้นที่ 22.841 ตารางกิโลเมตรมีประชากร 115,518 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 14 ธันวาคม 2553 จากฝ่ายทะเบียน สำนักงานเขตหลักสี่) ประกอบด้วยชุมชนจัดตั้งที่ขึ้นทะเบียนของสำนักงานเขตหลักสี่ 73 ชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และยื่นรับการปฏิบัติงาน 302 คน ช่วยทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานภายใต้การควบคุมกำกับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข 53 หุ่นสองห้อง ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เขตหลักสี่ กลยุทธ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเน้นการพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในการทำงาน โดยการสร้างเครือข่ายระหว่างภาคประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญของภาคประชาชนอย่างมากในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกในชุมชน สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตหลักสี่ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2551-2553) พบจำนวนผู้ป่วยดังนี้ (พ.ศ.2551) 283 คน (พ.ศ.2552) 163 คน และ(พ.ศ.2553) 227 คน ในปี 2553 พบว่ามีการระบาดของ โรคแบบสูง 1 ปี แล้วลดต่ำลง 1 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทาง เดียวกันกับการระบาดที่เกิดขึ้นในระดับกรุงเทพมหานคร จากการรายงานของสถานพยาบาลใน กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 18 ธันวาคม 2553 พบว่าในเขตหลักสี่มีผู้ป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก 227 ราย ไม่มีรายงานการเสียชีวิต คิดเป็นอันดับที่ 19 ใน 50 เขตการปกครอง ของ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 200.56 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับ กรุงเทพมหานคร (191.35) และระดับประเทศ (182.36) และคิดเป็นอันดับอัตราป่วยที่ 18 ใน 50 เขต (ศูนย์ควบคุม โรคไข้เลือดออก สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เดือนมกราคม 2554)

จากปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครในเรื่องโรคติดต่อ ที่สำคัญคือโรคไข้เลือดออก ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรู้ ความเข้าใจ การดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ลักษณะทางสังคม ของกรุงเทพมหานครนั้น การเข้าถึงประชาชนโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐในเวลาราชการค่อนข้างยาก เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อการเลี้ยงชีพ ดังนั้นการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จ นอกจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพแล้วยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกำลังสำคัญอย่างมากด้วย เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคนในชุมชนที่ได้รับความเชื่อถือ และไว้วางใจจากคนในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ สามารถเข้าถึงและคุ้นเคยกับประชาชนมากกว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (สมศักดิ์ เผ่าสอน 2548) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขต หลักสี่ กรุงเทพมหานคร เพื่อจะได้นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตกรุงเทพมหานคร ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

2.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรค ไข้เลือดออกและปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขใน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

2.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรค ไข้เลือดออก และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กับการดำเนินงานโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

2.2.4 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร



3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยส่วนบุคคล

- อายุ
- การศึกษา
- อาชีพ
- รายได้
- การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน
- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรค

การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

- การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน
- งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์
- สวัสดิการของ อสส./ค่าตอบแทน อสส.
- การยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ

ตัวแปรตาม

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

1. การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ล่วงหน้า

- เติมนรณรงค์ ป้องกันไข้เลือดออกในชุมชน
- การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์
- การสำรวจลูกน้ำยุงลายและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
- การประชุมวางแผนป้องกันโรค

2. การควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย

- การแจ้งข่าวสาร
- ร่วมปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีการระบาดของโรค
- การควบคุมโรคโดยการกำจัดยุงตัวแก่และทำลายลูกน้ำยุงลาย
- การพันสารเคมี

4. สมมุติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางแจ้งและควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

4.2 การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางแจ้งและควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

4.3 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางแจ้งและควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

4.4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางแจ้งและควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำนวน 302 คน ที่ขึ้นทะเบียนเพื่อยืนยันการปฏิบัติงานไว้กับศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ฟungสองห้อง และผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 **อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสส.** หมายถึงบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และขึ้นทะเบียนยืนยันการปฏิบัติงานไว้กับศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ฟungสองห้อง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

6.2 **ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

6.2.1 **การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน** หมายถึงการดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น ประธานชุมชน กรรมการชุมชน กรรมการเครือข่ายอาสาสมัคร กรรมการออมทรัพย์ชุมชน เป็นต้น

6.2.2 **ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน** หมายถึงระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนตั้งแต่จบการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครจนถึงปัจจุบันวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล นับเป็นปี

6.3 การรับรู้ในบทบาท หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีต่อบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย

6.4 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อ โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

6.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่คิดว่า ประชาชนทุกคนในชุมชนมีโอกาสที่จะเป็นโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะ กลุ่มอายุ 5-14 ปี มีโอกาสเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด เป็นได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผู้ที่ป่วยแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก และถ้าเป็นซ้ำครั้งต่อมาผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง และเชื่อว่าโรคไข้เลือดออกเป็นได้ในทุกฤดูกาล ถ้าในชุมชนนั้นมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

6.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน และทราบว่าถ้าเป็นโรคไข้เลือดออกซ้ำครั้งต่อมาผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐในด้านการรักษาพยาบาล

6.4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน หมายถึงความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขที่คิดว่า หากชุมชนร่วมมือกัน จัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนและบ้านเรือนให้สะอาดไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นประจำทุก ๆ 7 วัน และทำลายตัวเต็มวัย จะช่วยป้องกันไม่ให้ประชาชนในชุมชนเป็นโรคไข้เลือดออก ลดโอกาสการเสียชีวิต ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยยังรวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคเพื่อไม่ให้แพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น

6.5 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน หมายถึงสิ่งต่างๆหรือสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานได้ด้วยความมั่นใจและเต็มใจปฏิบัติงานด้วยความภาคภูมิใจ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ สวัสดิการและค่าตอบแทน และการยกย่องให้เกียรติหรือการได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ

6.5.1 การได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ หมายถึงการได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือการได้ไปศึกษาดูงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานอื่น และการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6.5.2 งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ หมายถึงอุปกรณ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือองค์กรอื่นบริจาคให้ เช่น ทรายอะเบท สวิงตัก ลูกน้ำ ไฟฉาย และเอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้ายผ้าประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

6.5.3 สวัสดิการ หมายถึงสวัสดิการที่ได้รับเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจาก กรุงเทพมหานคร เช่น รักษาพยาบาลฟรีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานครเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขเจ็บป่วย และได้รับค่าพวงหรีด 500 บาทเมื่อเสียชีวิต

6.5.4 ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าป่วยการที่ได้รับจากรัฐบาลเดือนละ 600 บาท

6.5.5 การยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ หมายถึง การได้รับคำชื่นชม ยกย่องชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเพื่อนร่วมงาน และประชาชนในชุมชนด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือการได้รับรางวัลจากการประกวดชุมชนปลอดลูกน้ำ ยุงลายของกองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

6.6 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ฟุ่งสองห้อง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

6.6.1 การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า ได้แก่ การปฏิบัติของอส. ในเรื่องการเดินณรงค์ ป้องกันไข้เลือดออกในชุมชน การให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ การสำรวจลูกน้ำ ยุงลายและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการประชุมวางแผนป้องกันโรคในชุมชน

6.6.2 การควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติของ อสส. ในเรื่อง การแจ้งข่าวสารประสานขอความร่วมมือจากชุมชน เพื่อควบคุมการระบาดของโรค เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน การร่วมปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีการระบาดของโรค การควบคุมโรคโดยการกำจัดยุงตัวแก่ และทำลายลูกน้ำยุงลาย การพ่นสารเคมีหรือใส่ทรายอะเบทในภาชนะที่มีน้ำนิ่งขัง และไม่มีฝาปิด

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ในกรุงเทพมหานคร

7.2 นำผลการศึกษาวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนกับ อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนและปรับปรุง การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้งานด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้วางแนวทางในการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดแนวคิดตัวแปร สมมุติฐานการวิจัยและสร้างเครื่องมือ โดยให้มีความครอบคลุมในประเด็นหัวข้อดัง กล่าวตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข และการสาธารณสุขมูลฐานกรุงเทพมหานคร
3. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องการรับรู้บทบาท
4. แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดำเนินงาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1.1 ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำเชื้อไวรัสเดงกีแพร่จากคนหนึ่งไปสู่ผู้คนที่อยู่ในชุมชน จากรายงานสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในระยะก่อนปี พ.ศ. 2501 มีการรายงานเป็น influenza with haemorrhagic ปีละประมาณ 50-100 ราย และเริ่มมีการรายงานการระบาดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจนในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2501 ตั้งแต่นั้นมาก็มีรายงานการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศ จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก 2-3 ปี ในขณะที่อัตราป่วยตาย (Case Fatality rate) มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ(ที่มา: รายงานสรุปผลการดำเนินงาน การป้องกันควบคุม

โรคไข้เลือดออก ในกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2548) ประวัติการเกิดโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยและในกรุงเทพมหานครสรุปได้ดังนี้

ทศวรรษที่ 1(พ.ศ. 2501-2510) มีการระบาดแบบปีเว้นปี อัตราป่วย 2.07-26.08 ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายเฉลี่ยร้อยละ 6.30 โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2507 จำนวน 7,663 ราย ตาย 385 ราย การระบาดของโรคพบในบริเวณกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล

ทศวรรษที่ 2(พ.ศ. 2511-2520) มีการระบาดแบบปีเว้น 2 ปี การระบาดกระจายทั่วประเทศโดยเฉพาะจังหวัดใหญ่ๆ ที่การคมนาคมสะดวก อัตราป่วย 7.61-89.24 ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายเฉลี่ยร้อยละ 2.6 โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2520 จำนวน 38,768 ราย ตาย 756 ราย

ทศวรรษที่ 3(พ.ศ. 2521-2530) มีการระบาดทุก 2-3 ปี กระจายทั่วประเทศ ทุกจังหวัด พบว่าในการระบาดใหญ่แต่ละครั้งจำนวนผู้ป่วยจะสูงเป็น 2 เท่าของการระบาดครั้งก่อนๆ อัตราป่วย 28.22-458.86ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายเฉลี่ยร้อยละ 0.96 โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งสูงที่สุดในประเทศไทยเท่าที่เคยมีรายงาน พบผู้ป่วยมีจำนวน 174,285ราย ตาย 1,007 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 325.13ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายเฉลี่ยร้อยละ 0.58

ทศวรรษที่ 4(พ.ศ. 2531-2540) มีการระบาดทุก 2-3 ปี กระจายทั่วประเทศ ทุกจังหวัด กรุงเทพมหานครมีรายงานการระบาดในทุกเขตและทุกแขวง มีการเปลี่ยนแปลงการกระจายของโรคตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา โดยในปี พ.ศ. 2533 มีรายงานผู้ป่วย 92,005 ราย มีอัตราป่วยสูงสุดที่ภาคใต้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 มีผู้ป่วย 66,653 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 115.33 ต่อแสนประชากร และตาย 193 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.29 อัตราป่วยสูงสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2545 ได้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2541 และ 2544 โดยในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วย 129,954 ราย (อัตราป่วย 211.42 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 424 ราย ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนผู้ป่วย 139,732 ราย (อัตราป่วย 225.82ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 244 ราย

ในปี พ.ศ. 2550 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยจำนวน 62,999 ราย อัตราป่วย 100.27 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 90 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14

สถานการณ์ไข้เลือดออกของกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2551-2553 มีการระบาดแบบปีเว้นปี (ข้อมูล ณ วันที่ 6 มกราคม 2554 : สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำสัปดาห์ที่ 52 เดือนธันวาคม 2553) จากรายงานสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในกรุงเทพมหานคร ในระยะ 5 ปีย้อนหลัง (2549 – 2553) มีดังนี้

สถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในกรุงเทพมหานคร ในระยะ 5 ปีย้อนหลัง (2549 – 2553)

พ.ศ.	2549	2550	2551	2552	2553
จำนวนผู้ป่วย	7,604	7,285	11,009	7,873	10,912
จำนวนผู้ป่วยตาย	12	12	11	3	9
อัตราป่วยต่อแสนประชากร	134.39	127.67	192.59	137.96	191.35
อัตราตายต่อแสนประชากร	0.21	0.21	0.19	0.05	0.16
อัตราป่วยตายน้อยละ	0.78	0.16	0.10	0.04	0.08

ในปีพ.ศ. 2553 พื้นที่เขตหลักสี่มีผู้ป่วยทั้งหมด 227 คน ไม่มีรายงานผู้ป่วยตาย คิดเป็นอัตราป่วย 200.56 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกรุงเทพมหานคร (อัตราป่วยต่อแสน 191.35) และค่าเฉลี่ยของประเทศ (อัตราป่วยต่อแสน 182.36) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเขตหลักสี่ (ศูนย์ควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เดือนมกราคม 2554)

เพศและกลุ่มอายุ พบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยมีโอกาสป่วยเท่าๆกัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มอายุ 5-24 ปี อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี รองลงมา ก็คือกลุ่มอายุ 10-14 ปี สาเหตุหนึ่งเชื่อว่าเกิดจากภูมิคุ้มกัน (herd immunity) ของประชากรกลุ่มนี้ลดต่ำลง การระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตหลักสี่ย้อนหลัง 3 ปี (2551-2553) แยกตามอายุและเพศได้ดังนี้

พ.ศ.	อายุ 0-4 ปี		อายุ 5-9 ปี		อายุ 10-14 ปี		อายุ 15-24 ปี		อายุ 25-34 ปี		อายุ ≥ 35 ปี		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
2551	8	7	20	23	41	27	27	32	21	25	21	31	283
2552	2	4	7	7	17	13	25	24	22	24	15	14	163
2553	6	5	12	9	16	12	32	31	26	32	21	25	227

ฤดูกาลของการเกิดโรค พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม และสูงสุดในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม และจะเริ่มลดจำนวนลงตั้งแต่เดือนสิงหาคมจนถึงเดือนธันวาคม ของทุกปี

การกระจายของโรคตามสถานที่ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายงานจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือมีรายงานผู้ป่วยน้อยที่สุด นอกจากนี้ยัง

พบว่าในเขตเมืองมักมีรายงานผู้ป่วยสมำเสมอเกือบเท่ากันทุกปี ในขณะที่ในเขตชนบทจะมีรายงานการป่วยสูงเฉพาะช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน

1.2 สาเหตุการเกิดโรค

เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งเป็น single - strand RNA จัดอยู่ใน genus Flavivirus และ family Flaviviridae มี 4 serotypes คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิด จึงทำให้มี cross reaction และ cross protection ได้ในระยะเวลาสั้นๆ เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดหนึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดนั้นตลอดไป (long lasting homotypic immunity) และจะมีภูมิคุ้มกัน cross protection ต่อชนิดอื่น (heterotypic immunity) ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 6-12 เดือน ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อ 3 หรือ 4 ครั้งได้

1.3 การติดต่อของโรค

โรคไข้เลือดออกเดงกีติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นแมลงนำโรคที่สำคัญ และในชนบทบางพื้นที่ จะมียุงลายสวน (albopictus) เป็นแมลงนำโรคร่วมกับยุงลายบ้าน เมื่อยุงลายตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข้ ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง และเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดต่อไป เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้คนนั้นป่วยได้

1.4 อาการและอาการแสดง

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี (dengue fever: DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรง (dengue hemorrhagic fever: DHF) และรุนแรงมาก จนถึงช็อกและเสียชีวิต (dengue shock syndrome: DSS)



ผู้ป่วยมีอาการได้ 3 แบบ คือ

1. Undifferentiated fever (UF) หรือกลุ่มอาการ ไวรัส
2. ไข้เดงกี (Dengue fever - DF)
3. ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever - DHF)

โรคไข้เลือดออกเดงกี มีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลัง ดังนี้

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

การดำเนินโรคของโรคไข้เลือดออกเดงกี แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อก และระยะฟื้นตัว

1. ระยะไข้

ผู้ป่วยจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส บางรายอาจมีอาการชกเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชกมาก่อน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ เบื่ออาหาร อาเจียน และไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubella ได้ อาการเลือดออกที่พบบ่อยคือ ที่ผิวหนัง การทำ tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรก ของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ

(melena) ส่วนใหญ่จะคล้ายกับ โคล ได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

2. ระยะวิกฤติ/ช็อก

ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี จะมีอาการรุนแรง มีภาวะไหลเวียนโลหิต ล้มเหลวเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก

3. ระยะฟื้นตัว

ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว ในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันทีที่ฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ระยะฟื้นตัวมีช่วงเวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน

1.5 แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะที่มีน้ำขัง ใส นิ่ง สะอาด โดยเฉพาะน้ำฝน เป็นน้ำที่ ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจึงมักอยู่ในบ้านและรอบบ้าน ได้แก่ โอ่ง ภาชนะเก็บน้ำในห้องน้ำ จานรองฝาตู้ จานรองกระถางต้นไม้ ยางรถยนต์ เก้า ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และเป็นแหล่งหลบซ่อนของยุงลาย รวมทั้งเศษวัสดุที่ไม่ใช้ประโยชน์ เศษขยะที่สามารถรองรับน้ำได้ เช่น ก่ออิฐ โฟม ขวดน้ำดื่ม กระบองน้ำอัดลม (คู่มือ การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2551: 8)

1.6 วงจรชีวิตยุงลาย

ยุงลายตัวเต็มวัย (adult) เมื่อออกจากตัวโม่งเป็นเวลาประมาณ 24 ชม. จะเริ่มกินอาหารในขณะเดียวกันก็จะเริ่มผสมพันธุ์กันยุงลายตัวเมียจะเก็บเชื้อ (Sperm) ไว้ในถุง spermatheca ตัวเมียจะผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวก็สามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต จากนั้นยุงลายจะออกหาอาหารเพื่อนำเลือดนั้นไปช่วยสร้างไข่ในรังไข่ให้เติบโตและเริ่มวางไข่ประมาณ 2-3 วัน หลังกินเลือดยุงลายจะวางไข่ที่ละฟองติดกันเป็นกลุ่มโดยจะวางไข่ติดที่ผิวภาชนะด้านในเหนือระดับน้ำเล็กน้อย หรือตามผิวภาชนะที่เย็นและมีความชื้นสูงยุงลายตัวเมียวางไข่หนึ่งตัวจะวางไข่โดยเฉลี่ยครั้งละประมาณ 50-150 ฟอง และวางไข่ได้ 1-7 ครั้งตลอดชีวิต ยุงลายตัวเมียวางไข่ได้ตั้งแต่ 30-45 วัน ยุงลายมีการเจริญเติบโตแบบผ่านระยะต่าง ๆ 4 ระยะเป็นการลอกคราบแบบสมบูรณ์ประกอบด้วยระยะต่าง ๆ ซึ่งแต่ละระยะมีรูปร่างและขนาดแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง คือ ระยะไข่ (egg) ระยะลูกน้ำ (Larva) ระยะดักแด้ (Pupa) และระยะตัวเต็มวัย (adult)

ระยะไข่ ไข่ขุ่นลายมีลักษณะรี คล้ายกระสวย ขนาดประมาณ 1 มิลลิเมตร เมื่อออกใหม่ ๆ ไข่จะมีสีขาวนวลต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลและดำสนิทภายใน 12 - 24 ชั่วโมง เมื่อมีน้ำท่วมไข่ ไข่ก็จะฟักเป็นลูกน้ำได้โดยใช้เวลาในระยะไข่ประมาณ 1-2 วัน ถ้าภาชนะยังไม่เติมน้ำหรือยังไม่มีน้ำท่วมไข่ ไข่จะยังไม่ฟักและจะทนความแห้งแล้งในสภาพนั้นได้เป็นปีเมื่อเติมน้ำหรือน้ำท่วมไข่ ไข่ก็จะฟักออกมาภายในเวลา 30 นาที แต่ร้อยละของไข่ที่จะฟักออกเป็นตัวลูกน้ำจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป

ระยะลูกน้ำ ลูกน้ำขุ่นลายจะมี 4 ระยะ มีการลอกคราบ 4 ครั้ง จากลูกน้ำระยะที่หนึ่งจนลอกคราบครั้งสุดท้ายเป็นตัวโม่่งใช้เวลาประมาณ 6-8 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ อาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำภายในภาชนะ ลูกน้ำจะกินอาหารซึ่งมีอยู่ในภาชนะขังน้ำนั้น เช่น ตะไคร่น้ำ ข้างตุ่มน้ำ เศษอาหารที่หล่นลงไป ในตุ่ม เชื้อแบคทีเรีย และพวกสัตว์เซลล์เดียวที่อยู่ในภาชนะขังน้ำนั้น ลูกน้ำขุ่นลายจะไวต่อแสงสว่างและความกระเทือนมาก เพียงเปิดฝาทุ่มน้ำหรือเห็นเงาคน ลูกน้ำก็จะค้ำลงก้นภาชนะทันที ซึ่งเป็นสัญชาตญาณการป้องกันตัว ปกติลูกน้ำขุ่นลายจะว่ายน้ำคู่คล้ายเลข 8 หรือตัว S ตัวโม่่งลูกน้ำขุ่นลายจะลอกคราบครั้งสุดท้ายออกมาเป็นตัวโม่่ง (ดักแด้) ซึ่งมีส่วนหัวและส่วนอกรวมเป็นชิ้นเดียวกัน (cephalothorax) ระยะนี้จะหยุดกินอาหารแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายในบนส่วนหัว จะมีท่อหายใจ (trumpets) 1 คู่

ตัวโม่่งจะใช้เวลาประมาณ 30-40 ชั่วโมงหรือประมาณ 1-2 วัน ที่จะลอกคราบเป็นตัวเต็มวัย (adult)

ตัวเต็มวัย ตัวโม่่งเมื่อจะลอกคราบจะลอยนิ่งและจะเกิดรอยแตกรูปตัวที (T) ที่ด้านบนด้านหลัง ในส่วนหัวและอกให้ตัวเต็มวัยหลุดจากคราบ ตัวเต็มเมื่อออกจากคราบใหม่ ๆ จะเกาะนิ่งอยู่บนผิวน้ำเพื่อให้ปีกแห้งและเลือดฉีดเข้าเส้นปีกแล้วจึงบินออกหากิน ขุ่นลายเป็นขุ่นที่ไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงหากินไม่ไกลจากแหล่งเกิด โดยทั่วไปมักบินไปไม่เกิน 50 เมตร ตามปกติจะมีอายุประมาณ 1-1.5 เดือน ขุ่นลายโดยทั่วไปจะหากินเวลากลางวัน อาหารของขุ่นทั้งตัวเมียและตัวผู้คือน้ำหวานจากเกสรของพืชหรือผลไม้ นอกจากนี้ขุ่นลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์ แหล่งเกาะพักของขุ่นลาย ในบ้านเรือนพบว่า ขุ่นตัวเมียร้อยละ 90 ชอบเกาะตามสิ่งห้อยแขวนต่าง ๆ ในบ้าน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่พบอยู่ตามข้างฝาบ้านจากการศึกษาพฤติกรรมการกัดของขุ่นลายพบว่า จะกัดในช่องตอนกลางวันตั้งแต่ตะวันขึ้นจนตะวันตกและพบว่า ช่วงเวลาที่มีการกัดมากที่สุดได้แก่ 9.00 - 10.00 น. และ 16.00 - 17.00 น. พบว่าขุ่นลายบ้าน ชอบกัดคนในบ้าน ส่วนขุ่นลายสวน ชอบกัดคนนอกบริเวณบ้าน (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2536: 18)

1.7 การป้องกัน

ป้องกัน หมายถึง กั้นไว้เพื่อต้านทานหรือคุ้มครอง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525) ตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษว่า prevent

กำจัด หมายถึง ขับไล่, ปราม, ทำให้สิ้นไป (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525) ซึ่งตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษว่า eliminate

1.7.1 การป้องกันไม่ให้ถูกยุงลายกัด ทำได้หลายวิธี ดังนี้

- 1) นอนในมุ้งหรือห้องที่มีมุ้งลวด แม้ในเวลากลางวัน
- 2) จุดยากันยุงหรือใช้ยาทากันยุง ซึ่งมีหลายชนิดให้เลือก ทั้งที่เป็นสารเคมีสังเคราะห์และสารที่สกัดจากพืช
- 3) ไม่อยู่ในบริเวณที่อับลมหรือเป็นมุมมืด มีแสงสว่างน้อยและควรเก็บสิ่งของภายในบ้านให้เป็นระเบียบ เพราะยุงลายชอบเกาะพักบริเวณมุมมืดของห้อง เครื่องเรือนต่าง ๆ มุ้งสายไฟ ราวพาดผ้า และกองเสื้อผ้าที่มีกลิ่นเหม็นอับ
- 4) อาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด ปราศจากกลิ่นเหม็นอับ เพราะกลิ่นเหม็นอับจะดึงดูดยุงลายให้มากตามขึ้น

1.7.2 การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทำได้หลายวิธี ดังนี้

- 1) ปิดฝาโอ่งน้ำใช้ - น้ำดื่มให้สนิท ทั้งนี้อาจปิดฝา 2 ชั้น โดยใช้ผ้าขาวบางหรือผ้าพลาสติกคลุมปากโอ่งก่อนปิดฝา
- 2) ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในโอ่งน้ำหรือภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ ในอัตราส่วนทรายกำจัดลูกน้ำ 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร
- 3) เก็บทำลายวัสดุและเศษภาชนะที่ไม่ใช้ในบ้านและบริเวณรอบบ้านเพื่อไม่ให้มีน้ำขัง และเป็นที่ยางไข่ของยุงลาย
- 4) ใส่ผงซักฟอกหรือน้ำส้มสายชูหรือเกลือแกงลงในน้ำที่จานรองขาตู้กันมดหรือเทน้ำเดือดลงในจานรองขาตู้กันมดทุกสัปดาห์ หรือใช้ชันยาเรือ หรือจี้เต้าใส่ในจานรองขาตู้กันมดแทนการใส่น้ำ
- 5) ใส่ปลากินลูกน้ำในอ่างบัวและถังเก็บน้ำในห้องน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง
- 6) ขัดล้างผิวด้านในของภาชนะเก็บน้ำทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนน้ำ เพื่อขจัดไข่ยุงลาย
- 7) เปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้ทุก 7 วัน หรือใช้กระดาษหรือสำลีอุดปากแจกันเพื่อป้องกันยุงลายวางไข่
- 8) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบบ้านและชุมชนให้สะอาดไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

1.7.3 การกำจัดยุงตัวเต็มวัย ทำได้หลายวิธี ดังนี้

- 1) การพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใกล้เคียงบ้าน พ่นสารเคมีในกรณีผู้ป่วยเกิดขึ้นในชุมชน
- 2) สำหรับในครัวเรือนทำได้หลายวิธี เช่น ใช้สเปรย์กระป๋องที่มีจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไป ใช้น้ำผสมผงซักฟอกฉีดพ่นให้ถูกตัวยุง ใช้กับดักไฟฟ้า ซึ่งแสงไฟจะช่วยให้ยุงบินเข้ากับดักแล้วจะถูกกระแสไฟฟ้าช็อคตาย หรือใช้อุปกรณ์กำจัดยุง เช่น ไม้ตุง เป็นต้น

การพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย มีประสิทธิภาพลดความหนาแน่นของยุงได้ประมาณ 3-5 วันเท่านั้น จึงต้องดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงควบคู่ไปด้วยเสมอ การพ่นเคมีบ่อย ๆ โดยไม่จำเป็นจะทำให้ยุงดื้อต่อสารเคมีกำจัดแมลง ซึ่งจะเกิดผลเสียหายอย่างยิ่งในการควบคุมการระบาดของโรค

1.8 หลักการควบคุมโรคไข้เลือดออก

หลักการควบคุมโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การป้องกันโรคล่วงหน้า และการควบคุมเมื่อมีการระบาด

1.8.1 มาตรการป้องกันโรคล่วงหน้า เป็นกิจกรรมดำเนินงานเตรียมความพร้อม เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นก่อนที่จะถึงฤดูกาลระบาด โดยลดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และยุงตัวเต็มวัยให้เหลือน้อยที่สุด ถือเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ เนื่องจากหากเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดในชุมชนที่มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและยุงตัวเต็มวัยจำนวนมาก โรคจะแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วและควบคุมได้ยาก การป้องกันโรคล่วงหน้ามีกิจกรรมดังนี้

- 1) ให้สุศึกษาแก่ประชาชนเป็นการให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการป่วยโดยการจัดการบ้านเรือนของตนไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและเป็นที่อยู่อาศัยของยุงลาย รวมถึงวิธีการปฏิบัติเมื่อสงสัยว่าบุตรหลานจะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
- 2) การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
- 3) การพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย
- 4) จัดระบบสุ่มสำรวจเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- 5) ประสานงานเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนให้เฝ้าระวังควบคุมไข้เลือดออก
- 6) จัดตั้งทีมควบคุมโรคไข้เลือดออก เตรียมพร้อมรับการระบาด และกำหนดแนวทางการแจ้งข่าวการเกิดโรค และรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
- 7) จัดเตรียมความพร้อม ทั้งความรู้ของบุคลากร เครื่องมือ และสารเคมี
- 8) ประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือในการกำจัดและลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
- 9) สรุปและประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังเป็นระยะ โดยพิจารณาแนวโน้มอัตราป่วย ป่วยตาย และดัชนีลูกน้ำยุงลาย

1.8.2 มาตรการควบคุมเมื่อมีการระบาด

1) มาตรการหลัก การใช้สารเคมีกำจัดยุงลาย เพื่อควบคุมการระบาดในชุมชนเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้น เพื่อกำจัดยุงลายที่มีเชื้อโรคไข้เลือดออกให้หมดไปโดยเร็วที่สุด ควรพ่นสารเคมีภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ โดยพ่นในบ้านผู้ป่วยและพื้นที่รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร และพ่น 2 ครั้ง ห่างกัน 7 วัน

2) มาตรการเสริม รมณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน และขอความร่วมมือในการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

1.9 แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในช่วงระบาดของโรค

1.9.1 ประกาศเตือนประชาชนให้ทราบว่ามิโรคไข้เลือดออกระบาดในชุมชนนั้น พร้อมกับให้สุศึกษาแก่ประชาชนให้รู้จักวิธีการป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้ยุงลายกัด ให้ความรู้วิธีปฏิบัติเมื่อเด็กป่วยหรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และวิธีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้าน และขอให้ประชาชนให้ความร่วมมือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่อาจมีหลงเหลืออยู่ในชุมชนให้หมดไป

การกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วย และบริเวณรอบบ้านผู้ป่วยควรดำเนินการในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร และประเมินค่าดัชนีลูกน้ำในพื้นที่ที่เกิดโรค ซึ่งหลังการควบคุมโรคแล้วควรมีค่า HI = 0 หรือมีค่าใกล้ 0 มากที่สุด

1.9.2 ใช้มาตรการเร่งด่วนสำหรับการควบคุมการระบาด คือ การพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย วิธีการนี้จะลดจำนวนยุงลายที่มีเชื้อไข้เลือดออกในชุมชน การพ่นเคมีต้องครอบคลุมพื้นที่จะช่วยตัดวงจรระบาดลงได้ ทั้งนี้ที่มควบคุมโรคต้องมีความพร้อมในการควบคุมพาหะอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย โดยจะสามารถปฏิบัติการได้ทันที ดำเนินการควบคุมแหล่งแพร่โรคภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อได้รับการยืนยันจากการสอบสวนผู้ป่วยว่าเป็นพื้นที่ที่เป็นแหล่งแพร่โรคจริง ลักษณะการพ่นเคมีควรปฏิบัติตามการกระจายของผู้ป่วย ดังนี้

1) หากเกิดมีผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคุมแหล่งแพร่โรค โดยพ่นสารเคมีในบ้านผู้ป่วย และพื้นที่รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร การพ่นสารเคมีควรดำเนินการอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 7 วัน

2) หากเกิดมีผู้ป่วยกระจายทั่วไปในชุมชนหรือหมู่บ้าน ควรพ่นทุกหลังคาเรือนในชุมชน และควรพ่นเคมีให้มีบริเวณกั้นกลาง (Barrier Zone) ที่ปลอดภัยรอบชุมชนนั้นด้วย หากมีหมู่บ้านอื่นอยู่ข้างเคียง ก็ควรพิจารณาพ่นเคมีเพิ่มเติมให้แก่หมู่บ้านที่อยู่ใกล้เคียงนั้นด้วย

1.9.3 ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง กรณีที่ไม่ได้รับ

ความร่วมมือในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในช่วงที่มีการระบาด ให้นำประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องกำหนดให้แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นเหตุรำคาญและแต่งตั้งเจ้าพนักงานเพิ่มเติม มาเป็นข้อบังคับใช้ในท้องถิ่นอย่างจริงจัง

1.9.4 ให้สถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชนทุกแห่ง เตรียมพร้อมบุคลากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาโรคไข้เลือดออกเพื่อรองรับการระบาด และหากพบผู้ป่วยให้รีบรายงานโรคทันทีเพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคได้ทันเวลา

1.10 เกณฑ์และตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3 กิจกรรมที่สำคัญ คือ 1. การควบคุมเมื่อมีการระบาด 2. การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมก่อนการระบาด และ 3. การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมเมื่อถึงฤดูกาลระบาด หลักการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมีแนวคิด คือ ผู้ปฏิบัติรู้เร็ว เข้าดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคได้เร็ว ผู้ป่วยรายแรกได้รับการสอบสวนทุกราย ทีมควบคุมโรคมีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ทันทีที่ได้รับรายงานผู้ป่วย และสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ครอบคลุมพื้นที่ หากปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ พื้นที่นั้นจะควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้โรคลดลงได้ ดังนั้นจึงกำหนดมาตรฐานการควบคุมโรคเป็นเกณฑ์และตัวชี้วัดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประเมินการป้องกันและควบคุมโรคทั้ง 3 กิจกรรมดังกล่าว เพื่อให้สามารถบอกคุณภาพโดยรวมของงานป้องกันและควบคุมโรค จึงได้กำหนดรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

1.10.1 เกณฑ์และตัวชี้วัดการควบคุมการระบาด มีดังนี้

- 1) ความทันเวลาของการได้รับแจ้งเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก คือ เมื่อมีผู้ป่วยสงสัยหรือป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทีมควบคุมโรคต้องได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล หรือ สสจ. ภายใน 24 ชั่วโมง จากวันที่มีการรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
- 2) ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index case) ของทุกเหตุการณ์ ระดับหมู่บ้าน คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายแรก (Index case) ของทุกเหตุการณ์ระดับหมู่บ้านต้องได้รับการสอบสวนโรคทุกราย

1.10.2 เกณฑ์และตัวชี้วัดการควบคุมแมลงพาหะนำโรค มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ความพร้อมของทีมควบคุมโรคระดับอำเภอ คือ ทีมควบคุมโรคมีความสามารถดำเนินการปฏิบัติงานในการควบคุมพาหะนำโรคอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย
- 2) ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค คือ บริเวณที่ได้รับการยืนยันจาก

การสอบสวนผู้ป่วยโดย สสอ./สอ. ว่าเป็นแหล่งแพร่โรคได้รับการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมงนับจากวันที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล/สสจ. ว่ามีผู้ป่วย

3) ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค คือ พื้นที่ (หมู่บ้าน/ชุมชน) ที่ได้รับการยืนยันจากการสอบสวนผู้ป่วยว่าเป็นแหล่งแพร่โรคได้รับการควบคุมอย่างครอบคลุม

(คู่มือ การประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัด ปี 2553)

โดยสรุปแล้ว ประชาชนทุกคนในชุมชนมีโอกาสที่จะเป็นโรคไข้เลือดออก เป็นได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่โดยเฉพาะ กลุ่มอายุ 5-24 ปี มีโอกาสเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด เป็นได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผู้ที่ป่วยแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก และถ้าเป็นซ้ำครั้งต่อมาผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง โรคไข้เลือดออกเป็นได้ในทุกฤดูกาล ถ้าในชุมชนนั้นมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จนั้น ไม่สามารถดำเนินการโดยภาครัฐหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน และองค์กรต่างๆที่อยู่ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข 2 ระยะ คือ การป้องกันโรคล่วงหน้า และการควบคุมเมื่อมีการระบาด โดยนำแนวคิดของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของตัวแปรตาม

2. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข และการสาธารณสุขมูลฐานกรุงเทพมหานคร

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนและได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครกำหนด โดยมีบทบาทในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การรื้อข่าวสาธารณสุข การประสานงาน การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน ตลอดจนการร่วมปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งผู้ป่วยไปรับบริการ การจัดกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อสม. 1 คน รับผิดชอบต่อ 8 หลังคาเรือน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2542: 1-10)

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน(อสม.)

1. เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาในหมู่บ้าน ชาวบ้าน ในละแวกนั้นยอมรับ เชื่อถือ
2. มีความรู้ขั้นต่ำสามารถอ่านออกเขียนได้
3. เป็นบุคคลที่สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี
4. เป็นบุคคลที่สนใจเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข
5. เป็นบุคคลที่กรรมการหมู่บ้านรับรองว่าเป็นบุคคลที่มีความประพฤติดีที่ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
6. เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาหมู่บ้าน ชุมชน
7. เป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็ได้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่

การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขใหม่ หมายถึงการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ผ่านการคัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยจะมีทั้งส่วนของภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้อสม.ใหม่ทุกคนมีความรู้ความสามารถทำงานตามบทบาทที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพ

การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตรความรู้ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวไว้ใช้เป็นหลักฐาน เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข

อสม.มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและมีหน้าที่ดังนี้

1. แก่ข่าวร้าย คือเป็นผู้ช่วยแก่ข่าวลือ หรือความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้าน

2. กระจายข่าวดี เป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยด้วยการพูดคุย หรือ แจกเอกสาร แผ่นพับ ตลอดจนเชิญชวนให้เข้าร่วมประชุมรับฟังความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. ชี้นำบริการ แนะนำเพื่อนบ้านให้ไปรับบริการสาธารณสุขได้ถูกต้องตามแนวทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. ประสานงานสาธารณสุข โดยเป็นคนกลางประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้านและกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุขร่วมกัน เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ใช้เลือดออกในชุมชน การชั่งน้ำหนักเด็กเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ เป็นต้น
5. บำบัดทุกข์ประชาชน เช่น ช่วยดูแลรักษาพยาบาลโดยการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพต่างๆ
6. ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น มีสุขภาพแข็งแรง ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จัดบ้านเรือนที่อยู่อาศัยให้สะอาด เป็นต้น

2.2 การสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร

2.2.1 แนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน คือการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยเบื้องต้น ที่ดำเนินการโดยประชาชน เพื่อประชาชน ยึดหลักการร่วมแรง ร่วมใจ ของประชาชนในชุมชนนั้นๆ ใช้วิธีการง่ายๆ และวัสดุอุปกรณ์ในท้องถิ่น โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การสนับสนุน และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน (คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 2542: 20)

แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน มีหลายแนวคิดดังนี้

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชน ให้มีความสามารถที่จะแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยที่ชุมชนร่วมมือทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ชุมชนเผชิญอยู่

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาต้องให้ประชาชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไรและร่วมกันพิจารณาแก้ปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของรัฐจะต้องเข้าใจว่า เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน

แนวคิดที่ 5 หัวใจของสาธารณสุขมูลฐาน คือ ความร่วมมือของชุมชน อาจเป็นความร่วมมือในรูปของแรงงาน แรงเงิน และการให้ความช่วยเหลือร่วมมือ การปฏิบัติงานต้องทำด้วยความสมัครใจ และไม่หวังผลตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นบริการสุขภาพจะต้องผสมผสานกับงานด้านอื่นๆด้วย เช่น การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน ฯลฯ

แนวคิดที่ 7 สาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังของชุมชนที่จะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ โดยมีเทคนิคที่เหมาะสม ประหยัด ราคาถูก เหมาะสมกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมและสามารถแก้ปัญหาได้

แนวคิดที่ 8 สาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนนั้นๆ และต้องมีความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา ประยุกต์ให้เหมาะสมกับปัญหาในแต่ละพื้นที่

แนวคิดที่ 9 สาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับบริการของรัฐในการสนับสนุนระบบส่งต่อ การศึกษาต่อเนื่อง และข้อมูลข่าวสาร

แนวคิดที่ 10 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองใน 14 องค์ประกอบในงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.2.2 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

หลักสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน มี ประการ(สาส์น การรักษษ2544) คือ

1.การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation or People Participation / P.P.) นับเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการดำเนินงาน สาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญตั้งแต่ การเตรียมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชน การคัดเลือกประชาชนเพื่อเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัคร การฝึกอบรม การจัดให้มีและการจัดกิจกรรมต่างๆในชุมชน ทั้งนี้ จะต้องให้ประชาชนได้มีความรู้ลึกเป็นเจ้าของ และเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงเพียงแต่การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาเท่านั้น หากแต่จะต้องให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงปัญหาของชุมชนอย่างดี เปิดโอกาสให้ประชาชนได้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา เสนอทางเลือกและแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับชุมชนและร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด และหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนต่างๆให้การสนับสนุนในส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน อันจะเป็นการนำไปสู่การพัฒนาคน ชุมชน ให้มีศักยภาพและขีดความสามารถในการพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตาม ศักยภาพของแต่ละชุมชนในการรักษาพยาบาล การดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยใช้วิธีการต่างๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย สามารถปฏิบัติได้ทั้ง อาสาสมัครและประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับความต้องการ เหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นและชีวิต ชาวบ้าน ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมจะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ ทั้งในแง่การผลิตและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ประสพการณ์ระหว่างชุมชน เพื่อส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของชุมชน ความสามารถของชุมชน และกระตุ้นให้ชุมชนสนใจในการระดมทรัพยากรมาใช้พัฒนาให้มากที่สุด หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เทคโนโลยีในที่นี้หมายรวมถึงตั้งแต่ วิธีการค้นหา ขบวนการแก้ปัญหา จนกระทั่งถึง เทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง รูปแบบของเทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น ระบบประปา ที่ทำด้วยปล้องไม้ไผ่ การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยใน ชุมชน เป็นต้น ซึ่งเทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชน ที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์แผนไทยในการ รักษาพยาบาลโรคต่างๆบางอย่าง การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย หรือภูมิความรู้ใหม่ที่ ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น การใช้อาหารเสริมในการ แก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำโอ่งน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด

3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการ และระบบบริหารที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับให้เชื่อมต่อการรองรับและเอื้อต่องานสาธารณสุขมูล ฐาน กล่าวคือ ต้องมีความมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการกระจายและครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง มีการ กระจายทรัพยากรสู่ชุมชน รวมทั้งการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น การปรับบริการให้ง่ายและสะดวกต่อประชาชน รูปแบบการปรับบริการพื้นฐานของรัฐ ที่เห็น ได้ชัดเจน เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น

4. การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่นๆหรือการประสานงานระหว่างสาขา การ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อ มีการผสมผสานระหว่างหน่วยงานของรัฐ ทั้งงานด้านสาธารณสุขและงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานของเอกชนและชุมชน หรืออาจ กล่าวได้ว่า เป็นการสนับสนุนของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

2.2.3 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

กิจกรรมที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือบริการกันเอง เรียกว่า กิจกรรม จำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน หรือองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งระยะเริ่มแรก องค์การ

อนามัยโลกได้กำหนดไว้ 8 ประการ ต่อมาประเทศไทยได้เพิ่มกิจกรรมเป็น 10 ประการ และปัจจุบันได้เพิ่มอีก 4 ประการ เป็น 14 ประการ ดังนี้

- 1) การสุขศึกษา
- 2) การโภชนาการ
- 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 5) การสุขภาพิบาล สิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด
- 6) การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน
- 7) การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
- 8) การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น
- 9) การดูแลสุขภาพจิต
- 10) การทันตสาธารณสุข
- 11) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
- 12) การคุ้มครองผู้บริโภค
- 13) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ
- 14) การป้องกันและแก้ไขมลภาวะ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษภัย

2.2.4 การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร

จากผลของการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับแรก (2505-2509) เป็นต้นมา ทำให้กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางความเจริญในทุกๆด้าน ประชากรเคลื่อนย้ายมาอยู่อย่างหนาแน่น ทำให้เกิดปัญหาต่างๆมากมาย คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ต่ำ ขาดแคลนการบริการขั้นพื้นฐาน สุขภาพอนามัยโดยทั่วไปไม่สมบูรณ์ บริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมประชาชนในเขตชั้นนอกที่ห่างไกลบริการ และประชาชนที่มีรายได้น้อยในชุมชนแออัด ไม่ได้รับการบริการที่เหมาะสมอย่างทั่วถึง ทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การจัดหาอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ เสี่ยงต่อการเกิดโรค และอุบัติเหตุต่างๆ

กรุงเทพมหานครได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงกำหนดให้มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในแผนพัฒนากรุงเทพมหานครฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2525-2529) และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โครงการดังกล่าวให้ความสำคัญระดับชุมชน คือให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยหน่วยงานของรัฐให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้ การฝึกอบรม ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นต่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งกลวิธีในการดำเนินงานอยู่ในรูปแบบอาสาสมัคร มีการคัดเลือกผู้ที่เกี่ยวข้อง มีใจ

รักและยินดีอาสาเป็นตัวแทนของชุมชน เข้ารับการฝึกอบรมด้านสุขภาพอนามัยเบื้องต้น เพื่อนำไปถ่ายทอดเพื่อนบ้าน นับเป็นการสร้างแนวความคิดและเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเองของประชาชนทางด้านสุขภาพอนามัย (วรัณพร จันทรังสี 2541: 63-64)

ในระยะแรกของการดำเนินการนี้ กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข 3 ประเภท เขตรอบนอกที่มีการปกครองเป็นหมู่บ้านมีอาสาสมัคร 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนเขตรอบในหรือเขตรอบนอกบางส่วนที่กลายสภาพเป็นชุมชนแออัด จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนแออัด (อสส.) เพียงประเภทเดียว แต่ปัจจุบันสภาพการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไป ความแออัดของชุมชนได้ขยายตัวไปสู่เขตชานเมืองมากขึ้น จนทำให้สภาพพื้นที่ของกรุงเทพมหานครไม่แตกต่างระหว่างเขตรอบนอกและรอบใน รวมทั้ง ผสส. ที่มีผลการปฏิบัติงานอยู่เป็นเวลานานต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นเวลาหลายปี เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ ต้องการที่จะเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนบ้านมากขึ้น ดังนั้นในปีพ.ศ. 2535 กรุงเทพมหานคร โดยสำนักอนามัยได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขให้เหมือนกันและมีเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร มีชื่อย่อว่า อสส. มีบทบาทที่สำคัญในการเป็นแกนนำช่วยชักจูงประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งมีผลทำให้งานสาธารณสุขระดับพื้นฐานเข้าถึงประชาชนได้อย่างแท้จริง ต่อมาในปี พ.ศ.2542 กรุงเทพมหานครได้เปลี่ยนชื่อจาก อสส. เป็น อสม. เหมือนกันทั่วประเทศ เพื่อสิทธิและผลประโยชน์อันพึงได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

โครงการสาธารณสุขมูลฐานได้รับงบประมาณจากกรุงเทพมหานคร โดยตั้งไว้ในฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการฝึกอบรม การพัฒนาบุคลากร พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข สิ่งสนับสนุนต่างๆ ตลอดจนในเรื่องของการศึกษาวิจัย นอกจากนี้ยังได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานเอกชน เช่น องค์กรทุนสงเคราะห์แห่งสหประชาชาติ องค์กรอนามัยโลก เป็นต้น

การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข

การคัดเลือกอาสาสมัคร มีเกณฑ์ในการคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

1. มีความรู้อย่างน้อยอ่านออกเขียนได้
2. เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี
3. มีความเสียสละที่จะทำงานเพื่อส่วนรวม
4. มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี
5. เป็นผู้ที่ชาวบ้านนับถือศรัทธา

6. มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง
7. มีที่อยู่อาศัยในชุมชน
8. มีเวลาพอที่จะเข้าร่วมอบรม ประชุม และร่วมกิจกรรม
9. สมักใจ และญาติผู้เกี่ยวข้องเต็มใจให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
10. มีอาชีพ และรายได้เลี้ยงตัวเอง

นอกจากนี้ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขมีเกณฑ์การคัดเลือก โดยอสส. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 20-25 หลังคาเรือน

การฝึกอบรมอาสาสมัคร

การฝึกอบรมอาสาสมัคร ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่นั้นๆ ร่วมกับครูฝึกระดับภาคเป็นวิทยากร ซึ่งอาจจะดำเนินการร่วมกันหลายๆศูนย์ หรือเพียงศูนย์เดียวก็ได้ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของศูนย์บริการสาธารณสุข และจำนวนอาสาสมัครที่เข้ารับการอบรม การฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 3 หลักสูตร คือ

1.การอบรมปฐมนิเทศ เน้นให้อาสาสมัครเข้าใจแนวความคิดของสาธารณสุขมูลฐาน สามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ วิทยากรที่สอนคือผู้ที่ผ่านการอบรมและได้รับการแต่งตั้งเป็นวิทยากรระดับภาค และรับผิดชอบวิชาที่สอนตามหลักสูตรของฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จัดทำตารางสอนให้ใช้ในการอบรมอาสาสมัครให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกศูนย์บริการสาธารณสุข การอบรมปฐมนิเทศใช้เวลา 3 วันเมื่อสิ้นสุดการอบรมอาสาสมัครจะได้รับวุฒิบัตร แสดงว่าได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว

2.การอบรมต่อเนื่อง เป็นการนัดหมายอาสาสมัครในชุมชนหรือหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบอาสาสมัครในชุมชนนั้น เป็นผู้สอนต่อเนื่องทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ พร้อมให้ทำแบบทดสอบความรู้ตามคู่มืออาสาสมัคร โดยมีเกณฑ์ว่าต้องผ่านเกิน 60 เปอร์เซ็นต์ทุกเรื่องภายใน 6 เดือนหลังอบรมปฐมนิเทศ จึงจะมีสิทธิได้รับบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข

3.การอบรมฟื้นฟูความรู้หลังจากที่อาสาสมัครได้ปฏิบัติงานไประยะหนึ่งแล้ว อาจมีปัญหาดังกล่าวในการปฏิบัติงาน ในหลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้จะมีชั่วโมงประชุมกลุ่ม เรื่องปัญหาสาธารณสุขที่พบจากการสำรวจชุมชนหรือหมู่บ้านที่อาสาสมัครปฏิบัติงานอยู่ การดำเนินการอบรมฟื้นฟูนั้น จะดำเนินการภายหลังการอบรมปฐมนิเทศประมาณ 1- 1 ปีครึ่ง โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549 : 15) ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง:การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา ได้สรุป

สถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขด้านจุดแข็งว่า บทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม.มีแนวโน้มที่ชัดเจนว่ามีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้ หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลต่างๆ การรณรงค์เพื่อควบคุมโรค เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนงานที่ต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องจะเป็นงานที่ อสม.ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และงานบริการสุขภาพ เป็นต้น

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

กรุงเทพมหานครได้กำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ดังนี้

1. เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ

1.1 นัดหมายประชาชนมารับบริการสาธารณสุข เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว

1.2 แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น เช่น อูจาระร่วง, ไข้เลือดออก ฯลฯ

1.3 แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข เช่น การออกหน่วยฉีดวัคซีน หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ประกวดสุขภาพเด็ก ผู้สูงอายุ ฯลฯ

2 . เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวอื่นๆจากประชาชนแล้วส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ

3 . รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในบันทึกการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานประจำเดือนเพื่อส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ

4 . ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการสำรวจชุมชน ร่วมประชุม และจัดกิจกรรมต่างๆ

5. เป็นผู้ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ และชักชวนประชาชนในด้านสาธารณสุขต่างๆ

6 . เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขกับกรรมการชุมชน ประชาชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆเพื่อพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น เช่น ร่วมกันกำจัดขยะมูลฝอย ขุดลอกคูคลอง สาธิตอาหารเสริมในชุมชน จัดให้มีการประชุมวางแผนร่วมกันดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และกิจกรรมส่วนรวมอื่นๆ

7 . เป็นผู้ให้บริการ เช่น

7.1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งนำหนักเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทุกคน ปีละ 1 ครั้ง เพื่อสำรวจฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการในเด็ก

7.2 ให้การปฐมพยาบาล

7.3 เป็นผู้ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขึ้นต้นแก่ผู้เจ็บป่วยตามบทบาทที่ได้รับภารกิจอบรมมา

7.4 จ่ายเวชภัณฑ์ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมาย เช่น ยาสามัญประจำบ้านให้แก่ประชาชนในชุมชนที่มารับบริการ

7.5 ส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้วอาการไม่ทุเลา โดยส่งต่อตามขั้นตอน ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน

8. ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การจัดนิทรรศการให้ศึกษาในชุมชน การณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคต่าง ๆ

9. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้หมดไป โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบชุมชนนั้น ๆ

สรุป การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข โดยมีระบบสาธารณสุขเป็นแกนกลาง การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยเบื้องต้น ที่ดำเนินการโดยประชาชน เพื่อประชาชน ยึดหลักการร่วมแรง ร่วมใจของประชาชนในชุมชนนั้นๆ โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3. แนวคิดและทฤษฎีเรื่องการรับรู้บทบาท

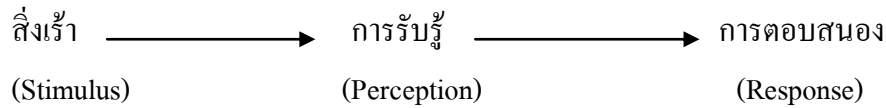
การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เกิดขึ้นต่อเมื่อมีแรงขับหรือแรงจูงใจ ทำให้มนุษย์แสดงออกถึงพฤติกรรม การศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงขับหรือแรงจูงใจ พบว่านอกจากแรงจูงใจแล้วยังมีปัจจัยอื่นอีก การรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เช่นกัน การรับรู้ในแง่หนึ่งที่เป็นที่สนใจโดยเฉพาะการรับรู้ในการปฏิบัติงานนั้นคือการรับรู้บทบาท

การรับรู้บทบาทมาจากคำว่า “การรับรู้” และคำว่า “บทบาท” มีกระบวนการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และบทบาทสรุปได้ดังนี้

3.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2532) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึงการใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส แล้วเกิดความรู้ที่ระลึกถึงรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

สุชา จันทรเอม (2533) ให้ความหมายว่า การรับรู้หมายถึง การตีความหมายจาก การสัมผัสและในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นขบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า



คิง (King, 1981) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึงกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย แรงผลักดัน การรับรู้ของบุคคลแต่ละคนเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น

รอย (Roy&Riehl, 1974) ให้ความหมายว่า การรับรู้หมายถึงการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น ภายใต้สติสัมปชัญญะ อันเป็นผลจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เทกซ์

อรุณ รักรธรรม (2527 : 20-21) ระบุว่า การรับรู้หมายถึงการที่บุคคลมองไปหรือเห็นอะไรแล้วเลือกสิ่งนั้นเข้ามาในจิตสำนึก และเข้าใจความหมายต่อสิ่งนั้นด้วยความรู้สึกนึกคิดของตนเองแล้วแสดงพฤติกรรมออกมา

โยธิน ศันสนยุท และคณะ (2533) การรับรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความคิดความรู้ความเข้าใจและการเกิดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้ในสิ่งนั้นอย่างใดก็จะปฏิบัติตามความคิดเห็นหรือการรับรู้ในเรื่องนั้นๆ โดยใช้ความรู้ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่เป็นเครื่องช่วย

จากความหมายของการรับรู้ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความคิดเห็น ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางด้านความคิดของตัวบุคคล ภายใต้สติสัมปชัญญะ ในการแปลความหมายสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม ที่ผ่านประสาทสัมผัส โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้ของบุคคล ต่อสิ่งนั้นด้วยความรู้สึกนึกคิดของตนเองแล้วมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมออกมา ตามการรับรู้ของบุคคลนั้น

3.1.1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

คิง (King, 1981) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ดังนี้

1) การรับรู้เป็นเอกภาพ (universal) บุคคลทุกคน สามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม มนุษย์ทุกคนมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตายโดยการจัดเรียงลำดับจากรูปธรรมและให้ความหมายต่อสิ่งนั้น เช่น ต้นไม้ประกอบด้วยกิ่งก้าน รากและลำต้นเป็นต้น ส่วนประกอบที่เห็นเป็นรูปธรรมและเรียกว่าจะเก็บไว้จะเก็บไว้ในความทรงจำและเมื่ออนาคตมาถึงประสบการณ์ที่เข้ามาเป็นต้นไม้ บุคคลนั้นจะให้ความหมายสิ่งนั้นว่าต้นไม้ นั่นคือการรับรู้ของบุคคล

2) การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (selective and subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียว แต่ไม่สามารถจะสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน

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

4) การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (transaction) บุคคลจะสามารถสังเกตถึงการรับรู้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่าง คนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ (2519) มีแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ว่า การรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงไปได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลคือ ลักษณะของสิ่งเร้า ได้แก่ การเกิดซ้ำบ่อย ขนาดทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ได้ดีและรวดเร็ว และคุณสมบัติของผู้รับรู้ ได้แก่ สมรรถภาพอวัยวะรับสัมผัส ความสนใจ ความเห็นคุณค่าของสิ่งเร้า ความพร้อมในการรับรู้ บุคลิกภาพและประสบการณ์เดิม ทักษะคิด อารมณ์ และอิทธิพลจากสังคม

3.1.2 กระบวนการรับรู้ (The perception process)

กระบวนการรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรงกับการรับรู้ เป็นกระบวนการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ อาจแบ่งการรับรู้ออกเป็นกระบวนการย่อย ๆ ดังนี้ (สาโรจน์ สมัยคำ 2549: 44)

- 1) สภาพแวดล้อมภายนอก หมายถึงสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่อาจเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม การรับรู้ในขั้นตอนแรกจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อม
- 2) การเผชิญหน้า (Confrontation) การรับรู้ของบุคคลจะเริ่มเมื่อมีการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าทางกายภาพหรือทางสังคมก็ตาม การรับรู้สิ่งเร้านั้น ๆ จะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับตัวกรองความรู้สึกรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ การรับรู้ในขั้นนี้เป็นการรับรู้ข้อมูลดิบของสิ่งเร้าเท่านั้น ความรู้สึกนึกคิดในจิตใจของบุคคลยังไม่เกิดขึ้นจนกว่าขั้นตอนการคัดเลือกจะมีขึ้น
- 3) การคัดเลือก เมื่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ผ่านประสาทสัมผัสของบุคคลในขั้นตอนการเผชิญหน้าแล้ว บุคคลจะคัดเลือกให้ความสนใจในสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งหรือ

หลายอย่างตามทัศนของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวกรองทางจิตวิทยาซึ่งกำหนดว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งเร้าใด บุคคลจะให้ความสำคัญกับสิ่งเร้าที่ตนเลือก ปัจจัยที่มีอิทธิพลในขั้นตอนนี้ได้แก่ ลักษณะของสิ่งเร้าและลักษณะของผู้คัดเลือก

4) การจัดระเบียบ เมื่อบุคคลได้คัดเลือกรับรู้ในสิ่งเร้าแล้วจะเกิดการจัดระเบียบของการรับรู้เพื่อเตรียมการในกระบวนการขั้นต่อไป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดระเบียบของการรับรู้ในสิ่งเร้า ได้แก่ ความคล้ายคลึง ระยะทางใกล้ไกล และความเร็วของสิ่งเร้านั้น ๆ

5) การตีความ เป็นขั้นตอนที่ตีความในสิ่งเร้าที่จัดระเบียบแล้วถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตีความ ได้แก่ ลักษณะของสิ่งเร้า ลักษณะของบุคคล ลักษณะของกลุ่มบุคคลเป็นสมาชิกและจุดเด่นหรือจุดด้อยของบุคคล

เซอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn et al., 1985: 409-410) กล่าวไว้ว่ากระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้นในการตีความสิ่งเร้าเพื่อสร้างประสบการณ์ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตนเอง

คาทส์ และ โรเซนวิก (Kast and Rosenzweig, 1985: 284) ได้กล่าวถึงกระบวนการรับรู้ว่าเป็นพื้นฐานของความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม เพราะเกิดจากการตอบสนองของร่างกายของแต่ละบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันออกไป รูปแบบการเกิดการเรียนรู้ และสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต่างกัน คือ มีแรงกระทบจากภายนอก เช่น ความเครียดในสถานการณ์นั้น ๆ ความกดดันจากกลุ่ม การแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นกลไกทางความคิดของบุคคลจะทำการคัดเลือกตีความ และประมวลการรับรู้ การตีความหมายจากสิ่งเร้าจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับประสบการณ์เดิม และระบบคุณค่าของแต่ละบุคคล

3.1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

ในการรับรู้ของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันไปขึ้นกับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของการรับรู้ไว้ดังนี้

กันยา สุวรรณแสง (2532) คนเราจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ลักษณะของผู้รับ และลักษณะของสิ่งเร้า โดยที่บุคคลจะรับรู้แตกต่างกันไป เพราะความแตกต่างของปัจจัยที่กำหนดการรับรู้ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่างกันไป

วัชร ทรัพย์มี (2543) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวเนื่องกับการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะของสื่อและสิ่งเร้า โดยสื่อและสิ่งเร้า ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีนั้น ต้องเป็นสิ่งที่มีลักษณะดึงดูดความสนใจของบุคคลได้ดี มีความชัดเจน ทำซ้ำบ่อย ๆ เป็นสิ่งเร้าที่มีความแตกต่างจากสิ่งอื่น ส่วนปัจจัยทางด้านผู้รับได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ความต้องการ

ความตั้งใจ ความสนใจ การเห็นคุณค่าของผู้รับ การแปลความ และตีความหมายของสิ่งเร้าที่สัมผัส โดยอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น ๆ หากบุคคลใดมีความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น มาก ก็จะแปลความหมายได้ถูกต้องมาก และเกิดการรับรู้ เกี่ยวกับสิ่งนั้นมากยิ่งขึ้น

โสภา ชูพิกุลชัย (2534: 129-131) กล่าวถึงปัจจัยการรับรู้ว่า ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้นมาก่อน ปัจจัยด้านสรีระ ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุวะสัมผัสของมนุษย์อยู่ที่มีความสามารถจำกัดจึงไม่ตอบสนองสิ่งเร้าทั้งหมด ปัจจัยด้านสิ่งเร้ากับขนาดของสิ่งเร้า นั้น ๆ เช่น การกระทำซ้ำซากหรือบ่อย ๆ เป็นต้น

โยธิน ศันสนยุทธร และคณะ (2533) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้ว่าเป็นองค์ประกอบด้วยความสนใจ (Interest) ความคาดหวัง (Expectancy) ความต้องการ (Need) การเห็นคุณค่า (Value) การรับรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และการเกิดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้ในสิ่งนั้นอย่างไร ก็จะปฏิบัติตามความคิดเห็นหรือตามการรับรู้ของตนเองในเรื่องนั้น ๆ โดยใช้ความรู้และประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

บทบาท คือ การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพ (ตำแหน่ง) ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะมีหลายบทบาท และแต่ละบทบาทจะมีความสมบูรณ์หรือสมดุลกันพอควร นอกจากนี้ยังได้กล่าวไว้ว่า บทบาทจะกำหนดความรับผิดชอบของงานต่างๆ ที่ปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ (สุพัตรา สุภาพ 2530: 30)

บทบาท (Role) หมายถึง แบบอย่างของพฤติกรรมที่คาดหวังว่าบุคคลจะแสดงออกมา ในกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น โดยที่บทบาทจะเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงตำแหน่งทางสังคม รวมถึงสิทธิหน้าที่ ความรับผิดชอบ และอิทธิพลของแต่ละบุคคล (กรองแก้ว อยู่สุข 2537: 11)

บทบาท (Role) หมายถึง พฤติกรรมที่คาดหวังสำหรับผู้ที่อยู่ในสถานภาพต่างๆว่า จะต้องปฏิบัติอย่างไร เป็นบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ เพื่อให้เกิดการกระทำที่มีความสัมพันธ์กันในสังคม (งามพิศ สัตย์สงวน 2538: 73)

บทบาท (Role) คือ หน้าที่ของตำแหน่งนั้นๆ ซึ่งจะติดตามสถานภาพมาด้วย การที่บุคคลจะแสดงบทบาทอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับกรอบและความคาดหวังของสังคมที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตามสถานภาพ (วรจิตร หนองแก 2540: 11-12)

บทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งคาดหวังว่าบุคคลอื่นจะปฏิบัติตามตำแหน่งหรือสถานภาพและบทบาทที่เหมาะสมเรียนรู้ได้จากกระบวนการต่างๆ ในสังคมที่ผ่านมาแล้วซึมซับ

เข้าไปในตัวบุคคล (Cohen & Orbuch, 1990: 43)

กล่าวโดยสรุปแล้ว บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ หน้าที่และสิทธิ ซึ่งผูกพันอยู่กับสถานภาพหรือฐานะตำแหน่งทางสังคมโดยที่สังคมจะกำหนดหรือคาดหวังบทบาทและบุคคลในแต่ละสถานภาพ หรือฐานะตำแหน่งไว้เพื่อให้ผู้ที่อยู่ในสถานภาพ หรือตำแหน่งนั้นๆ ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2525: 56-57) ได้สรุปทฤษฎีบทบาทต่อไปนี้

1. ทฤษฎีบทบาทของราล์ฟ ลินตัน (Ralp Linton's role theory) ได้กล่าวว่า ตำแหน่งหรือสถานภาพเป็นผู้กำหนดบทบาท เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งเป็นครูต้องแสดงพฤติกรรมเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกศิษย์

2. ทฤษฎีบทบาทของโฮมันน์ (Homann's role theory) ได้กล่าวว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงบทบาทไปตามตำแหน่งเสมอ เช่น ตลอดกลางวันแสดงบทบาทสอนหนังสือเพราะมีตำแหน่งเป็นครูสอนตอนเย็นแสดงบทบาทเรียนหนังสือ เพราะมีตำแหน่งเป็นนิสิตภาคสมทบ เป็นต้น

3. ทฤษฎีบทบาทของพาร์สันส์ (Parson's role theory) กล่าวว่าไว้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ในสังคมทำให้มนุษย์ต้องเพิ่มบทบาทของตนเช่น บุคคลที่มีเพื่อนมากก็ต้องแสดงบทบาทมากขึ้นเป็นเงาตามตัว

4. ทฤษฎีบทบาทของเมอร์ตัน (Merton's role theory) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลแต่ละคนจะต้องมีตำแหน่งและบทบาทควบคู่กันไปซึ่งไม่เหมือนกัน บทบาทจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับทักษะของสังคมที่เขาสังกัดอยู่ตลอดจนลักษณะของบุคคลในสังคมนั้น

5. ทฤษฎีบทบาทของกูด (Good's role theory) กล่าวว่าไว้ว่า บทบาทคือ แบบแผนของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับหน้าที่ของแต่ละบุคคลและบทบาทดังกล่าวควรเป็นไปตามข้อตกลงที่มีต่อสังคมนั้นๆ

6. ทฤษฎีบทบาทของกัสกิน (Guskin's role theory) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนคือผลที่ได้จากตำแหน่งทางสังคมของเขานั่นเองและทฤษฎีบทบาทจัดเป็นข้อตกลงประการแรกที่สถาบันต่างๆ ในสังคมคาดหวังว่าบุคคลที่ได้รับตำแหน่งต่างๆ ควรปฏิบัติอย่างไรบ้าง

จากทฤษฎีที่ระบุดังต้น สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2522: 39) ได้สรุปแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวังและบทบาท แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. บทบาทที่เป็นจริง (Actual Role) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทหน้าที่ที่สังคมคาดหวัง หรือบทบาทที่ตนคาดหวัง หรืออาจไม่เป็นบทบาทที่ตนเองหรือสังคมคาดหวังก็ได้

2. บทบาทตามความคาดหวัง (Expected Role) เป็นบทบาทหน้าที่ที่ผู้อื่นคาดหวังว่าเจ้าของควรมีบทบาทเช่นไร

3. บทบาทตามลักษณะการรับรู้ (Perceived Role) เป็นบทบาทหน้าที่เจ้าของสถานภาพรับรู้ว่าคุณเองควรมีบทบาทเช่นไร

จากทฤษฎีทั้งหลายที่กล่าวมานี้ พอจะสรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ตามหน้าที่ตำแหน่งตามสถานภาพที่ตนเองเป็นอยู่ ถ้าตำแหน่งหรือสถานภาพเปลี่ยนไป บทบาทก็เปลี่ยนตามไปด้วย ดังนั้นตำแหน่งและสถานภาพกับการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบตามตำแหน่งและสถานภาพจึงควบคู่กันเสมอ

การแสดงบทบาทของบุคคลนั้น ต้องเข้าถึงความหมายของบทบาท 4 ประการ ได้แก่

1. ความคาดหวังในบทบาท (Role-expectation) คือ บทบาทที่มีอยู่ระบบสังคมเป็นบทบาทที่บุคคลในสังคมคาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติอยู่เมื่อดำรงตำแหน่งอยู่ในสังคม

2. การรับรู้บทบาท (Role-precipitation) คือ การที่บุคคลมองเห็นหรือคาดหวังว่าตนเองควรมีบทบาทเช่นไร ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้

3. บทบาทของพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง (Actual behavior) ของบุคคลซึ่งอยู่ในสถานะทางอาชีพหรือการเงิน (Zanden&Vander, 1993: 47)

4. การยอมรับบทบาท (Role-acceptation) คือการที่บุคคลปฏิบัติตามความคิดโดยผ่านกระบวนการของบทบาททั้ง 3 ที่กล่าวมาแล้ว

บรูมและฟิลลิป (Broom and Phillip อ้างใน ลือชา วรรัตน์ และคณะ 2540) ให้ความหมายว่าบทบาทประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ

1) บทบาทในอุดมคติ หรือสิ่งที่สังคมกำหนดให้ (Social perceived or ideal role) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิ หน้าที่ตามตำแหน่งในสังคม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้เป็นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งครอบคลุมในการดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนโครงการ จัดสรรงบประมาณการ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งจัดว่าเป็นบทบาทในอุดมคติ

2) บทบาทที่ควรกระทำ (Perceived role) หรือบทบาทตามการรับรู้ เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ อาจไม่เหมือนบทบาทในอุดมคติ และอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นกับความสามารถการรับรู้ของบุคคล โดยมีแรงจูงใจความเชื่อ ความคาดหวัง ประสบการณ์ การศึกษา การให้คุณค่า และความหมายต่อสิ่งนั้นเข้ามาเกี่ยวข้อง การรับรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออก เป็นพื้นฐานการแสดงพฤติกรรม หรือการกระทำของอาสาสมัครสาธารณสุขถ้าอาสาสมัครสาธารณสุข มีการรับรู้บทบาทของตนเองได้อย่างถูกต้องก็จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพของการดำเนินงาน และประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3) บทบาทที่กระทำจริง (Performed role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้แสดงจริงซึ่งอาจเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใด ขึ้นกับการยอมรับบทบาทของบุคคลที่ทรงตำแหน่งอยู่ เนื่องจากความสอดคล้องของบทบาท ตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

นอกจากนี้ ผอบ นะมาตร (2526: 43) ได้กล่าวถึง สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการแสดงบทบาทสามารถสรุปได้ 3 ประการ ดังนี้

1) ปัญหาเกิดจากผู้สวมบทบาท (Role impairment) ผู้สวมบทบาทไม่สามารถแสดงบทบาทได้ดี แม้จะมีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนก็ตาม

2) ปัญหาเกิดจากการสับสนในบทบาท (Role confusion) ทั้ง ๆ ที่สวมบทบาทได้ดี แต่สังคมกำหนดบทบาทไว้ไม่ดี เช่น การกำหนดบทบาทไว้ไม่ชัดเจน หรือมีความขัดแย้งระหว่างบทบาท หรือสังคมไม่มีบทบาทให้ ทำให้บุคคลตัดสินใจไม่ถูกว่าจะสวมบทบาทใด

3) ปัญหาเกิดจากการละเมิดบทบาท (Role violation and other role) เกิดจากการที่บุคคลไม่ปฏิบัติตามบทบาทอันชอบธรรมของตน แต่ได้ปฏิบัตินอกบทบาท

จากทฤษฎีบทบาทข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าการแสดงบทบาทของ อสส. เป็นการกระทำตามเกณฑ์ของกรุงเทพมหานคร โดยคาดหวังว่า อสส. เหล่านั้นจะเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้องแก่เพื่อนบ้าน โดยการชักจูง ให้ความรู้ คำแนะนำ และให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับการอบรมมา เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี

กล่าวโดยสรุป บทบาทเป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทตามสถานภาพตำแหน่งที่ถูกกำหนดโดยสังคม หรือความต้องการของสังคมนั้นๆ ทั้งนี้บทบาทที่บุคคลแสดงออกมักจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับว่าผู้อยู่ในตำแหน่งนั้นเชื่อหรือรับรู้ว่าเป็นบทบาทของตน ซึ่งบทบาทที่ปฏิบัติจริงก็มักจะสอดคล้องกับบทบาทที่รับรู้ อย่างไรก็ตามในสังคมหนึ่งๆ ย่อมต้องมีผู้เกี่ยวข้องกับปัญหาหนึ่งหลายคน ดังนั้นบทบาทที่ผู้อยู่ในตำแหน่งปฏิบัติจริง อาจไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้อื่น รวมทั้งตนเองด้วย

3.3 การรับรู้บทบาท

การรับรู้บทบาทเป็นแนวทางที่บุคคลให้ความหมายของงานของเขา ประเภทของกำลังความพยายามที่เขาเชื่อว่ามีผลต่อ ประสิทธิภาพและได้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน หากมีการรับรู้บทบาทที่ไม่ถูกต้องแล้วผลการปฏิบัติงานจะเป็นศูนย์ถึงจะมีความสามารถและแรงจูงใจในระดับสูงก็ตาม การแสดงบทบาทหน้าที่ของบุคคลตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างและที่สำคัญคือความเข้าใจในบทบาทที่ต้องปฏิบัติ ประสบการณ์และบุคลิกภาพของผู้แสดงบทบาท (ทัศน บุนทอง 2525)

จากแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท สรุปได้ว่าความหมายของการรับรู้บทบาทหมายถึง กระบวนการทางความคิดตามสถานภาพตำแหน่งที่ถูกกำหนดโดยสังคม หรือความต้องการของสังคมนั้นๆ ที่ทำให้บุคคลตอบสนองเป็น ความคิดเห็น ความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมตอบสนองสิ่งเร้าโดยพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังว่าบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งจะต้องแสดงให้สมบทบาทกับสถานภาพทางสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดจากการรับรู้บทบาทเพื่อเป็นพื้นฐานในการอธิบายการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งกำหนดเป็นปัจจัยหนึ่งของตัวแปรอิสระในการวิจัย โดยกำหนด การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีต่อบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเกิดขึ้นจากกระบวนการทางด้านความคิด ในการแปลความหมาย โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ ด้วยความรู้สึกนึกคิดตามความเข้าใจภายในจิตใจของตนเองแล้วแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

4. แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรก โดย Hochbaum ซึ่งพัฒนาตามแนวความคิดของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลมากนัก ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือ แม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

โรเซนสโตค (Rosenstock, 1974: 328-335) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานในระยะแรกของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ : HBM ไว้ คือการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น มีความรุนแรงและมีอิทธิพลผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติที่นั้นจะเกิดผลดี ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น

O' Donnell (2002: 183) ได้กล่าวว่าในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น 3) การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติที่นั้น และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น องค์ประกอบทั้ง 4 นี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

เบกเกอร์ (Becker) ได้ให้ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคต่อเมื่อเขาเองรับรู้หรือเชื่อว่า (อรัทัย รวยอาจิณ และคณะ 2543: 253)

- 1) ตัวเขามีโอกาสหรืออยู่ในสภาวะเสี่ยงหรือไวต่อการเป็นโรคนั้น
- 2) เมื่อเขาเป็นโรคนั้นแล้วจะเกิดผลร้าย และมีอาการรุนแรง
- 3) การกระทำนั้นลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรคนั้นได้

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (ภาพที่ 2.1) สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดังนี้

1. การรับรู้ว่ามีโรคนั้นคุกคามสุขภาพซึ่งถูกกำหนดโดย

- 1.1 การรับรู้ว่ามีโอกาสเป็นโรคนั้น และการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น
- 1.2 ลักษณะทางสังคมประชากร สังคมจิตวิทยาและความรับรู้บวกกับ

ประสบการณ์ที่เคยเป็นโรคนั้นมาก่อน

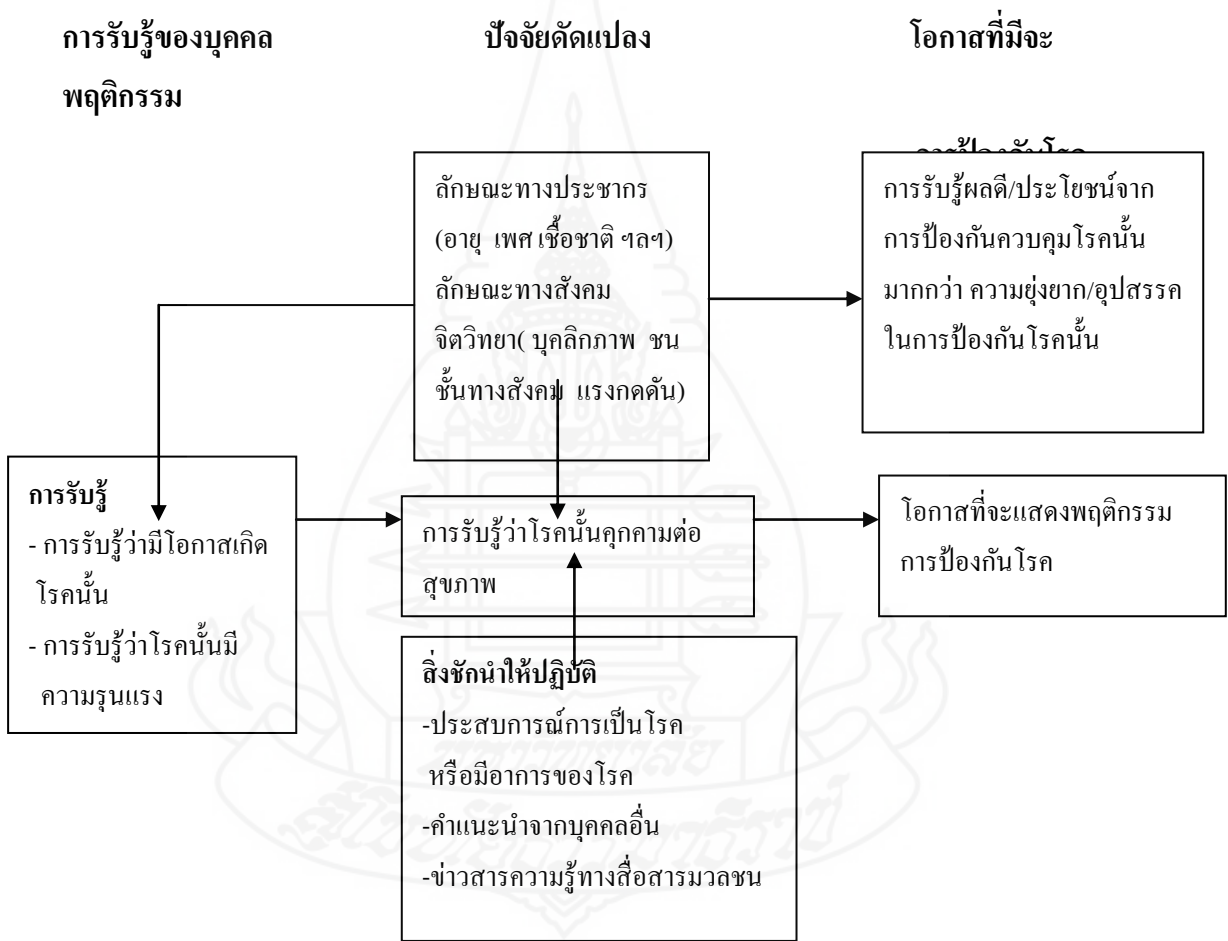
- 1.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ เช่น การรณรงค์ด้วยสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำจาก

เพื่อน บัตรนัดจากเจ้าหน้าที่ การป่วยของสมาชิกในครอบครัว บทความในหนังสือพิมพ์ เป็นต้น

2. โอกาสที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น กำหนดโดยการรับรู้ว่าการป้องกันโรคนั้นมีผลดีมากกว่าความยุ่งยากหรืออุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ

3. ปัจจัยด้านสังคมประชากร สังคมจิตวิทยาและโครงสร้างส่วนบุคคล เป็นตัวแปรคัดแปลงพฤติกรรมแต่ไม่มีผลโดยตรงต่อการกระทำ กล่าวคือ ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของพฤติกรรม

- 3.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น
- 3.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน
- 3.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรค
 ที่มา : Becker M. (1974) The health belief model and personal health behavior. Health Education Monograph 1974 ; pp 327-335 (อ้างในอรรถัย รวยอาจิณ และคณะ 2549: 255)

ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ดังกล่าว ใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในรูปของการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ

ระดับการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ถึงความเสี่ยงที่คนในชุมชนของเขามีโอกาสเกิดโรค ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือทางด้านการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ละคนจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนอาจเชื่อว่าคนในชุมชนของตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค บางคนเชื่อว่าคนในชุมชนของตนมีโอกาสเสี่ยงต่อความเป็นโรคน้อยกว่าชุมชนอื่น ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่คิดว่า ประชาชนทุกคนในชุมชนมีโอกาสที่จะเป็นโรคไข้เลือดออก เป็นได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เป็นได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยเฉพาะ กลุ่มอายุ 5-14 ปี มีโอกาสเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด โรคไข้เลือดออกเป็นได้ในทุกฤดูกาล ถ้าในชุมชนนั้นมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

หมายถึงความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือ มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึงความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วย

ในส่วน of โรคไข้เลือดออกนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีต่อความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน ที่เจ็บป่วย มีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐในด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคเพื่อไม่ให้แพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีกรรับรู้ในเรื่องนี้สูงจะมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงตามมาด้วย

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย/อุปสรรค (Perceived benefits and costs/barriers)

การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจและความเชื่อต่อประโยชน์และอุปสรรคต่างๆ ในการกระทำนั้น ๆ นั่นคือ วิธีการนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เชื่อว่าจะเป็นประโยชน์กับชุมชนตนเองมากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุดซึ่งจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรค อาสาสมัครสาธารณสุข จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถป้องกันการเกิดโรค หรือลดภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพของคนในชุมชนได้ ส่วนอุปสรรคที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำคือปัญหาค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ มีอาการท้อแท้เนื่องจากการป้องกันที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่คาดหวัง และแตกต่างไปจากความเคยชินซึ่งเคยปฏิบัติอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัติอย่างนั้นๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนได้

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่คิดว่า หากชุมชนร่วมมือกัน จัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนและบ้านเรือนให้สะอาดไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นประจำทุก ๆ 7 วัน และทำลายตัวเต็มวัย จะช่วยป้องกันไม่ให้ประชาชนในชุมชนเป็นโรคไข้เลือดออก ลดโอกาสการเสียชีวิต ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยยังรวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคเพื่อไม่ให้แพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น

สรุปได้ว่าการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีต่อ โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษา การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก กำหนดเป็นตัวแปรอิสระว่ามีผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างไร

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดำเนินงาน

ได้มีผู้ให้นิยามของคำว่า การดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. การวางแผนโครงการ (Planning) หมายถึงการเตรียมหรือการจัดแจงสิ่งต่างๆ ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบัน ปัญหาการจัดองค์กร การกำหนดนโยบาย การประชาสัมพันธ์ การจัดทำแผนและโครงการ
2. การนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation) หมายถึงกระบวนการหรือกิจกรรมทุกชนิดที่จัดให้มีขึ้น ได้แก่การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ การประสานงาน การดำเนินกิจกรรมตามแผน การติดตามควบคุม การนิเทศและสร้างขวัญกำลังใจ
3. การประเมินโครงการ (Evaluation) หมายถึงการวิเคราะห์การดำเนินงานโครงการ ว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อปรับปรุงแก้ไขโครงการ และตัดสินใจว่าควรดำเนินกาโครงการต่อไปหรือไม่ มีการมอบหมายงาน การประเมินผลงาน การจัดหา จัดทำเครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน การจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน (ศิริวัฒน์ ศิริอมรพรรณ 2547: 8 อ้างอิงมาจาก ประชุม รอดประเสริฐ 2539: 8-9)

กล่าวโดยสรุป การดำเนินงานหมายถึง การเตรียมการวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนด มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ การติดตามกำกับและ

ประเมินผลการปฏิบัติเพื่อการตัดสินใจ ในการศึกษาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร อ้างอิงตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) โดยจะศึกษาการปฏิบัติตามแผนงานและกิจกรรมที่ดำเนินการตามหน้าที่ ในกระบวนการวางแผนแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเหล่านั้นมาจำแนกตามปัจจัยของตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรการศึกษาอาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่ง อื่นๆ ในชุมชน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

สรรัช สุวรรณรักษ์ (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาอำเภอรามัน จังหวัดยะลา พบว่าการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนเพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าระดับการศึกษาแตกต่างกัน การได้รับนิเทศงานและดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านแตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ส่วน เพศและอายุ แตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

ประเสริฐ ลมจะ โปะ (2548) ศึกษาเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่แตกต่างกันมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

ธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2549: 68-75) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปวิวรรณ แสงพิทักษ์ (2545: 68-79) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม พบว่าการมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่าเพศและการดำรงตำแหน่งในองค์การบริหารส่วนตำบลต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศชาย ($\bar{X} = 2.42$) มีส่วนร่วมมากกว่าเพศหญิง ($\bar{X} = 2.26$) ส่วนตำแหน่งประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ($\bar{X} = 2.62$) และประธานกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ($\bar{X} = 2.57$) มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่า สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ($\bar{X} = 2.39$) แต่ อายุ และระดับการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

ศันสนีย์ รัศมี (2551: 98) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข

สาโรจน์ สมัยคำ (2549: 90-101) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย พบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ในระดับ ปานกลาง 66.29 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการมีส่วนร่วมพบว่า ระดับการศึกษา ตำแหน่งในองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนระยะเวลาการเป็นสมาชิกสภาองค์การบริหารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ เพศ อายุ และการรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 126) ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของ อสม. ในการวางแผน พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ระดับการศึกษาและอาชีพ มีผลต่อศักยภาพของ อสม. ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน

จันทิมา ลิ่มหัน (2543: 75) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรังซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง

จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของ อสม.

ประเสริฐ บินตะคุ และไพจิตร ศิริมงคล (2549: 49) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขกิ่ง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรในด้าน อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 88) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า รายได้ ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548: 65-66) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกของ อสม. ที่พบและไม่พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกใน ประเทศไทย พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก

เนรมิต จันทร์ทอง (2540: 68-71) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกล่าวว่าผู้ที่ เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมจะถูกสมาชิกในกลุ่มชักชวนให้เกิดทัศนคติที่ดี ตลอดจนจะถูกส่งเสริมให้ ได้รับความรู้ การอบรม และได้รับข่าวสารด้านการพัฒนา สูงกว่าผู้คนในชุมชนทั่วไป

สมหวัง ชื่อนงาม (2543: 22-23) พบว่าสถานภาพทางสังคมในหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสถานภาพ การเป็นผู้นำ หรือสมาชิกทางสังคมนั้น ก่อให้เกิดการเสียสละ และการทำกิจกรรมที่เป็นการพัฒนา สังคม เพื่อแสดงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคม

เอกมน โทหะญาณจารี (2547) ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตชนบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านการดำรงตำแหน่งทางสังคมที่แตกต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ประเสริฐ ลมจะโปะ (2548) พบว่า ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ที่แตกต่างกันมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันและ การศึกษาของปวีวรรณ แสงพิทักษ์ (2545: 68-79) พบว่าเพศและการดำรงตำแหน่งในองค์การบริหารส่วนตำบลต่างกันมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศชาย มีส่วนร่วมมากกว่าเพศหญิง แต่ อายุ และระดับ การศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน และ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่กรุงเทพมหานคร

6.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท

การรับรู้ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึงการรับรู้บทบาทในการ ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มี ต่อบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิรินธร จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การรับรู้บทบาท หน้าที่ ที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

สาโรจน์ สมัยคำ (2549: 101) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย พบว่า การรับรู้บทบาทของสมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

รุจิรา เจริญ (2551) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก พบว่าการรับรู้บทบาท

หน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภา อบต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โสภกา รัตนชัย (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในเขตชนบท จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

โสภิตา กริพัฒน์ (2546) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รัตติยา โตศรีพลับ (2548) ศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครปฐม พบว่า ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานของสมาชิกสภา อบต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

สรุป จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า การรับรู้ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุม และป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุม และป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

6.3 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก

ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเป็น การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ละเอียด หัสดี และคณะ (2541) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการสร้างพลังของแม่บ้านจังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ธีระ มัγκุ๋น และคณะ (2543: 13-14) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้สึกละเอียด และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

รุจิรา เจดีย์ (2551) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก พบว่าการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภา อบต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาโรจน์ สมัยคำ (2549: 99) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.01 แต่ การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สรุป จากงานวิจัยพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค แต่การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ยกเว้นจากการศึกษาของสาโรจน์ สมัยคำ (2549: 99) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้มีการตั้งสมมติฐานว่า การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานควบคุม และป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

6.4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงานงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ สวัสดิการของอสม./ ค่าตอบแทน อสม. การยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

กรแก้ว ทัทมาลัย (2544: 50 - 70) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ของ อสม. ในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การได้รับการอบรมการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารจัดการด้านการวางแผน การประเมินผล และรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภา วุฒิกุล (2547: 84 - 95) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. จังหวัดราชบุรี พบว่า การฝึกอบรมและศึกษาดูงาน อยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.

ยุพาพร สุภาคี (2547: 81-87) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การได้รับการฝึกอบรมและการศึกษาดูงานอยู่ในระดับมาก และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.

อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 90) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า การฝึกอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.

สุนทร อุทรทวิการ ณ อุชยา (2540: 93-96) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า งบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความพอเพียงของงบประมาณ การสนับสนุนความรู้ต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้เกียรติยกย่องเชิดชูจากประชาชน ความร่วมมือของประชาชน ความพอเพียงของการนิเทศ มีความสัมพันธ์กับปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

สุวิทย์ สุขารมย์ และสมพร เนติรัฐกร (2540: 13-18) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คือ การได้รับการอบรม การได้รับการนิเทศติดตามงานสาธารณสุขมูลฐาน ($P < 0.05$) ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมากที่สุด คือ เรื่องการขาดงบประมาณในการบริหารและดำเนินกิจกรรมในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน รองลงมา คือ ขาดแคลนอุปกรณ์เวชภัณฑ์ ความรู้ในการปฏิบัติงาน ความร่วมมือของประชาชน และขาดผู้เสียสละรับผิดชอบศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างจริงจัง

สรุป จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่การได้รับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน การนิเทศ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การยกย่องให้เกียรติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับสวัสดิการของอสส./ค่าตอบแทน อสส.ยังไม่พบการศึกษาในเรื่องนี้โดยตรง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานเรื่อง สวัสดิการของอสส./ ค่าตอบแทน อสส.เพิ่มเติมด้วยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ใน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดยการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ การรับรู้ต่อ โรคไข้เลือดออก และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุน การดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครต่อไป

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาในการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ คือ อาสาสมัคร สาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ที่ขึ้นทะเบียนยืนยันการปฏิบัติงานไว้กับศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ท้องสองห้อง ในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 302 คน แสดง ดังตารางที่ 3.1

1.2 ตัวอย่าง

1.2.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดของตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับใช้ ในการศึกษาโดยใช้หลักการคำนวณของยามานะ (Yamanac 1973 อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์ 2540: 71) ซึ่งกำหนด ขนาดตัวอย่างได้จำนวน 173 คน ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + (Ne^2)}$$

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (0.05)

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{302}{1 + (302)(0.05)^2} \\ &= 172.08 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 172.08 คน แต่ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่าง 173 คน

1.2.2 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เพื่อให้ตัวแทนของ อสส. กระจายครอบคลุมทุกชุมชน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือก อสส. จากทุกชุมชน ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วน อสส. จำแนกรายชุมชน รายละเอียดดังตาราง 3.1 สำหรับการเลือก อสส. ในแต่ละชุมชนนั้น ผู้ศึกษาได้เลือกสุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 คำนวณขนาดตัวอย่าง อสส. แต่ละชุมชน ตามสัดส่วน อสส. ของชุมชนนั้นๆ ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละชุมชน} = \frac{\text{ขนาดตัวอย่าง} (173) \times \text{จำนวน อสส. แต่ละชุมชน}}{\text{จำนวน อสส. ทั้งหมด} (302)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละชุมชนดังแสดงในตารางที่ 3.1

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่าง อสส. แต่ละชุมชน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อ อสส. ตามจำนวนตัวอย่างในแต่ละชุมชน ได้จำนวน อสส. ทั้งหมด 175 คน

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่าง อสส. ที่ขึ้นทะเบียนยื่นขออนุญาตปฏิบัติงานไว้กับศูนย์บริการสาธารณสุข 53ทุ่งสองห้อง ในปีงบประมาณ 2553

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง302	4	2
2	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง303	6	4
3	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง304	4	2
4	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง305	4	2
5	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง306	2	1
6	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง307	3	2
7	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง308	2	1

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
8	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง309	3	2
9	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง310	5	3
10	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง311	2	1
11	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง312	7	4
12	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง313	7	4
13	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง315	2	1
14	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง316	6	4
15	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง317	3	2
16	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง318	5	3
17	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง319	4	2
18	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง320	6	4
19	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง321	5	3
20	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง322	5	3
21	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง323	3	2
22	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง324	2	1
23	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง325	3	2
24	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง327	3	2
25	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง328	2	1
26	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง329	2	1
27	เคหะชุมชนทุ่งสองห้อง330	5	3
28	ตลาดหลักสี่	3	2
29	ตลาดบางเขน	6	4
30	หลักสี่พัฒนา 99	2	1
31	ซอยพัชรภา	9	5
32	ก้าวหน้า	5	3

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
33	ชายคลองบางบัว	11	6
34	เคหะบางบัว	12	7
35	คลองบางเขน	5	3
36	หมู่บ้านอาทิตย์	4	2
37	สะพานไม้	1	1
38	ร่วมพัฒนา	2	1
39	เทวสุนทร	6	4
40	ชินเขต	4	2
41	เคหะท่าทราย	41	23
42	หมู่บ้านการไฟฟ้าภูมิภาค	1	1
43	พงษ์เพชรพัฒนา	3	2
44	คนรักถิ่น	4	2
45	กองบัญชาการศึกษา	3	2
46	แฟลตตำรวจส่วนกลาง	6	4
47	อยู่แล้วรวย	5	3
48	มิตรประชาพัฒนา	2	1
49	แฟลตการเคหะหลักสี่	6	4
50	แจ้งวัฒนะผาสุข	2	1
51	ศิษย์หลวงปู่ขาว	4	2
52	คลองเปรมประชาพัฒนา	3	2
53	ร่วมกิจกรุงศรี	4	2
54	รัตนชัยวิลล่า	2	1
55	ชอยมีสุข	2	1
56	สรรพาวุธเบา	3	2
57	เมาคลี	2	1

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชุมชน	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
58	เปรมสุขสันต์	2	1
59	หลังแฟลตร่วมพัฒนา	2	1
60	พงษ์เพชรแจ้งวัฒนะ 14	4	2
61	แฟลตเคหะแจ้งวัฒนะ	2	1
62	ปตอ.	4	2
63	กองพลาธิการ	3	2
64	ลาดตระเวนระยะไกล	4	2
65	ตรีเพชร	2	1
66	ศรีรับสุข	2	1
67	ประเวศอินันต์	2	1
68	หมู่บ้านบัวบาน	4	2
69	หมู่บ้านไผ่	3	2
รวม	69 ชุมชน	302	175

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน การมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน มีลักษณะเป็นตัวเลือกที่กำหนดให้ จำนวน 9 ข้อ และเติมคำ 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ เป็นข้อคำถามปลายปิด โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 9 ข้อ กำหนดคำตอบเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนทางบวก		
เห็นด้วย 3		คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) พิจารณาจากคะแนนประเมินรายชื่อ ที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยโดยใช้สูตรอันดับภาคชั้น ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนอันดับภาคชั้น ที่ต้องการแบ่ง (Daniel 2005: 18-19) ดังนี้

1. การแปลผลระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันดับภาคชั้น}} = \frac{27 - 9}{3} = 6$$

การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ระดับสูง หมายถึง ช่วงคะแนน ระหว่าง 2 - 27
 การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนน ระหว่าง 16 - 21
 การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ระดับต่ำ หมายถึง ช่วงคะแนน ระหว่าง 9 - 15

2. การแปลผลระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรายชื่อ และรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันดับภาคชั้น}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ระดับสูง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.53 - 3.00
 การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.66 - 2.34
 การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ระดับต่ำ หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.08 - 1.68

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ
 ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน จำนวน 4 ข้อ
 ตอนที่ 3 การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อชุมชนจำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วน
ประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ กำหนดคำตอบเป็น 3 ระดับ ดังนี้

	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล
(Interval scale) พิจารณาจากคะแนนประเมินรายข้อ ที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale)
แปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตรอันตรภาคชั้น ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด
และหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น ที่ต้องการแบ่ง (Daniel 2005: 18-19) ดังนี้

1. การแปลผลระดับการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามช่วง
คะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}} = \frac{45 - 15}{3} = 10$$

การรับรู้ต่อโรกระดับสูง	หมายถึง	ช่วงคะแนน	ระหว่าง 36 – 45
การรับรู้ต่อโรกระดับปานกลาง	หมายถึง	ช่วงคะแนน	ระหว่าง 26 – 35
การรับรู้ต่อโรกระดับต่ำ	หมายถึง	ช่วงคะแนน	ระหว่าง 15 – 25

2. การแปลผลระดับการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก เป็นรายข้อ และรายด้าน แบ่งเป็น 3
ระดับ ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

การรับรู้ต่อโรกระดับสูง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระหว่าง 2.33.00
การรับรู้ต่อโรกระดับปานกลาง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระหว่าง 9.62.34
การรับรู้ต่อโรกระดับต่ำ	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระหว่าง 3.01.68

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุข เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ
มาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 12 ข้อ กำหนดคำตอบเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เป็นประจำ	2 คะแนน
เป็นครั้งคราว	1 คะแนน
ไม่เคยได้รับ	0 คะแนน

การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) พิจารณาจากคะแนนประเมินรายชื่อ ที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตรอันดับภาคชั้น ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนอันดับภาคชั้น ที่ต้องการแบ่ง (Daniel 2005: 18-19) ดังนี้

1. การแปลผลระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยภาพรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันดับภาคชั้น}} = \frac{24 - 0}{3} = 8$$

การได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมาก หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 7 - 24

การได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานปานกลางหมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 9 - 16

การได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานน้อย หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 0 - 8

2. การแปลผลระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน เป็นรายชื่อ และรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันดับภาคชั้น}} = \frac{2 - 0}{3} = 0.66$$

การได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมาก หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.35 - 2.00

การได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานปานกลางหมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 0.67 - 1.34

การได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานน้อย หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 0.1 - 0.66

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า มีจำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 การควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย มีจำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) กำหนดคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้

	ค่าคะแนน
การปฏิบัติ/เข้าร่วมกิจกรรมมาก	3 คะแนน
การปฏิบัติ/เข้าร่วมกิจกรรมปานกลาง	2 คะแนน
การปฏิบัติ/เข้าร่วมกิจกรรมน้อย	1 คะแนน
ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	0 คะแนน

การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) พิจารณาจากคะแนนประเมินรายชื่อ ที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีการปฏิบัติระดับสูง มีปฏิบัติระดับปานกลาง และมีปฏิบัติระดับต่ำ โดยใช้สูตรอัตราภาคชั้น ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนอัตราภาคชั้น ที่ต้องการแบ่ง (Daniel 2005: 18-19) ดังนี้

1. การแปลผลระดับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอัตราภาคชั้น}} = \frac{39 - 0}{3} = 13$$

มีการปฏิบัติระดับสูง	หมายถึง	ช่วงคะแนน	ระหว่าง	27 - 39	คะแนน
มีการปฏิบัติระดับปานกลาง	หมายถึง	ช่วงคะแนน	ระหว่าง	14 - 26	คะแนน
มีการปฏิบัติระดับต่ำ	หมายถึง	ช่วงคะแนน	ระหว่าง	0 - 13	คะแนน

2. การแปลผลระดับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นรายชื่อ และรายด้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอัตราภาคชั้น}} = \frac{3 - 0}{3} = 1$$

มีการปฏิบัติระดับสูง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระหว่าง	2.01 – 3.00
มีการปฏิบัติระดับกลาง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระหว่าง	1.01 – 2.00
มีการปฏิบัติระดับต่ำ	หมายถึง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระหว่าง	0 – 1.00

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 3 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบและคำถามปลายเปิด

3. การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาคุณภาพเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ ด้านสาธารณสุขชุมชนและด้านการบริหารงานสาธารณสุข (รายละเอียดในภาคผนวก) ทำการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัดและเกณฑ์การให้คะแนน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามและนำไปใช้ในภาคสนามจริง

2) การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสายไหม กรุงเทพมหานครจำนวน 30 คน เนื่องจากมีสภาพพื้นที่ใกล้เคียงและคล้ายคลึงกัน และไม่ใช้กลุ่มประชากรที่จะศึกษา แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์รายข้อ (Item – Total Correlation) หากข้อใดมีค่าติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2537) จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดสอบเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามตามลักษณะข้อกำหนด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ปกติความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงยอมรับว่ามีความเที่ยงที่เชื่อถือได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2537) ซึ่งจากการวิเคราะห์รายข้อ (Item – Total Correlation) พบว่า ค่า Item – Total Correlation ด้านการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก มีค่าน้อยกว่า 0.2 จึงตัดบางข้อออกและปรับภาษาที่ใช้ในบางข้อคำถาม จากนั้นจึงทดสอบหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามใหม่โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของปัจจัยแต่ละด้านได้ค่าความเที่ยงดังนี้

การรับรู้บทบาทหน้าที่ เท่ากับ 0.79

การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.68

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.74

การดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.84

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

- 4.1 สํารวจจำนวนอาสาสมัครสุกัที่ขึ้นทะเบียนยื่นข้การปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง ซึ่งดูแลสุขภาพประชาชนในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร
- 4.2 ขออนุมัติการทำวิจัยในคนต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร
- 4.3 ขออนุญาต ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล
- 4.4 ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายและแจกแบบสอบถามด้วยตนเองตามจำนวน อสม. ในแต่ละชุมชนที่สุ่มได้ ตามรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขที่จับฉลากจากชุมชนต่างๆ ได้ครบจำนวน 175 ฉบับ
- 4.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดด้วยตนเอง
- 4.6 กำหนดรหัสและกรอกข้อมูลในคอมพิวเตอร์
- 4.7 ตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลโดยพิจารณาตัวแปรทีละตัว
- 4.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ข้อมูลทั่วไปที่แสดงลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-Square) ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการดำรงตำแหน่งทางสังคม) กับ

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.3 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน) การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงความน่าจะเป็นแบบปกติ เมื่อทดสอบด้วยการแจกแจงข้อมูลด้วยกราฟ (Histogram) ข้อมูลมีความเบ้เป็นลบ (ประภาย จิโรจน์กุล 2548)

การจัดระดับความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กับ การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญธรรม กิจปริดาภิวัตน์ 2547: 462 - 463) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.8 - 1.0	ระดับมาก
0.3 - 0.7	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่า 0.3	ระดับน้อย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข นำมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบ คำบรรยาย แบ่งออกเป็น 7 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
- ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
- ส่วนที่ 4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
- ส่วนที่ 5 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
- ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
- ส่วนที่ 7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ประสบการณ์การปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุข การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

n = 175		
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	27	15.4
หญิง	148	84.6
รวม	175	100.0
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	1	0.6
30 – 39 ปี	4	2.3
40 – 49 ปี	16	9.1
50 – 59 ปี	59	33.7
60 ปี ขึ้นไป	95	54.3
รวม	175	100.0
รวม	$\bar{X} = 60.59$, $S.D. = 10.03$, $Min = 26$, $Max = 86$	
สถานภาพสมรส		
โสด	16	9.1
คู่	102	58.3
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	57	32.6
รวม	175	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	76	43.4
	มัธยมศึกษาตอนต้น	48	
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	27.4
	ปวส./อนุปริญญา	13	
	ปริญญาตรี/สูงกว่า	18	11.4
	รวม	175	
อาชีพ			7.4
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	24	10.3
รายได้			100.0
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	78	44.6
	รับจ้าง	24	13.7
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	19.4
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	5.7
	อื่นๆ	2	1.1
	รวม	175	100.0
	รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท	82	46.9
	รายได้ 5,001-10,000 บาท	57	32.6
	รายได้ 10,001-15,000 บาท	19	10.9
รายได้ 15,001-20,000 บาท	11	6.3	
รายได้มากกว่า 20,000 บาท	6	3.4	
รวม	175	100.0	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงาน		
1-5 ปี	59	33.7
6-10 ปี	84	48.0
มากกว่า 10 ปี	32	18.3
รวม	175	100.0
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ		
1 - 25 หลังคาเรือน	98	
26 - 50 หลังคาเรือน	43	56.0
มากกว่า 50 หลังคาเรือน	34	24.6
รวม	175	19.4
การมีผู้ป่วยในชุมชน		
มี	95	100.0
ไม่มี	80	54.3
รวม	175	45.7
การดำรงตำแหน่งทางสังคม		
ไม่มี	71	40.6
กรรมการชุมชน	64	36.6
อปพร	8	4.6
อื่นๆ	32	18.3
รวม	175	100.0

จากตารางที่ 4.1 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลของ อสส. ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครจำนวน 175 คน มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เพศ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่จำนวนทั้งสิ้น 175 คน โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 ของกลุ่มตัวอย่าง และเป็นเพศชายจำนวน 27 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.4 ของกลุ่มตัวอย่าง

2. อายุ

เมื่อแจกแจงช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.7 ช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 9.1 และช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ โดยช่วงอายุที่น้อยที่สุดคือ ช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.6 อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 60.59 ปี อายุน้อยสุด คือ 26 ปี และอายุสูงสุด คือ 86 ปี

3. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่ โดยคิดเป็นร้อยละ 58.3 ของทั้งหมด รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 32.6 และ โสด คิดเป็นร้อยละ 9.1ตามลำดับ

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

พบว่า อสส. จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 43.4 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 27.4 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 11.4 ระดับการศึกษาสูงสุดถึงขั้นปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 10.3 และที่น้อยที่สุดคือ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 7.4

5. อาชีพ

พบว่า อสส. ส่วนใหญ่ เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาได้แก่ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 19.4 และอาชีพรับจ้าง ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ร้อยละ 13.7 เท่ากัน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5.7 และอื่นๆน้อยที่สุด ร้อยละ 1.1

6. รายได้ครอบครัว

พบว่า อสส.มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมา มีรายได้ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.6 รายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.9 รายได้ 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.3 และ มีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.4 ตามลำดับ

7. ประสบการณ์การทำงาน

พบว่า อสส. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสส. 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมาประสบการณ์ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.7 และประสบการณ์มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.3 ตามลำดับ

8. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

พบว่า อสส. ส่วนใหญ่ มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 1- 25 หลังคาเรือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมารับผิดชอบ 26- 50 หลังคาเรือน ร้อยละ 24.6 และน้อยที่สุดรับผิดชอบ มากกว่า 50 หลังคาเรือนขึ้นไป ร้อยละ 19.4

9. การมีผู้ป่วยในชุมชน

พบว่าในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ อสส.รับผิดชอบ ร้อยละ 54.3 และไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ อสส.รับผิดชอบ ร้อยละ 45.7

10. การดำรงตำแหน่งทางสังคม

พบว่า อสส. ส่วนใหญ่ไม่มีการดำรงตำแหน่งอื่นทางสังคม ร้อยละ 40.6 รองลงมา ดำรงตำแหน่งกรรมการชุมชน ร้อยละ 36.6 การดำรงตำแหน่งอื่นๆเช่น กรรมการกองทุนหมู่บ้าน สหกรณ์ชุมชน เรือข่ายอาสาสมัคร พัฒนาสังคม และการสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 18.3 และน้อยที่สุดคือ อปพร.(อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน) ร้อยละ 4.6

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

การรับรู้ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามระดับการรับรู้ในบทบาท
ในภาพรวม

การรับรู้ในบทบาท	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 22-27คะแนน)	173	98.9
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 16-21 คะแนน)	1	0.6
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 9-15 คะแนน)	1	0.6
รวม	175	100.0

$\bar{X} = 26.43$ S.D. = 1.52 Min = 11 Max = 27

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ในภาพรวมของการรับรู้ในบทบาทในการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรควัคซีนเลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.9 รองลงระดับปานกลาง และระดับต่ำร้อยละ 0.6 เท่านั้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.43 คะแนนต่ำสุด 11 คะแนน สูงสุด 27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.52 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อโรควัคซีนเลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

การรับรู้ต่อโรควัคซีนเลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.3 และตารางที่ 4.4 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย จำแนกตามการรับรู้ต่อโรควัคซีนเลือดออกรายด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรควัคซีนเลือดออก

การรับรู้ต่อโรควัคซีนเลือดออก	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรควัคซีนเลือดออก	2.82	.07	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรควัคซีนเลือดออกต่อชุมชน	2.39	.52	สูง
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรควัคซีนเลือดออกต่อชุมชน	2.42	.46	สูง
รวม	2.54	.24	สูง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า การรับรู้ต่อโรควัคซีนเลือดออกในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ($\bar{X} = 2.54$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรควัคซีนเลือดออก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรควัคซีนเลือดออกต่อชุมชนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.39 คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรควัคซีนเลือดออกต่อชุมชน

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการรับรู้ต่อโรค ไข้เลือดออกในภาพรวม

การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 36-45 คะแนน)	149	85.1
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 26-35 คะแนน)	26	14.9
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 15-25 คะแนน)	0	0.0
รวม	175	100.0
$\bar{X} = 38.57$ S.D. = 2.94 Min = 28 Max = 45		

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.1 และรองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 14.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.57 คะแนน ต่ำสุด 28 คะแนน สูงสุด 45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.94

ส่วนที่ 4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ ของ อาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในภาพรวม

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 17-24 คะแนน)	84	48.0
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 9-16 คะแนน)	88	50.3
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1-8 คะแนน)	3	1.7
รวม	175	100.0
$\bar{X} = 16.09$ S.D. = 3.67 Min = 7 Max = 24		

จากตารางที่ 4.5 ผลการศึกษาระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวม พบว่า ระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานของ อสส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.0 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.09 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.67

ส่วนที่ 5 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ด้าน คือ ด้านแรกเป็นการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า ซึ่ง อสส.ทุกชุมชนต้องดำเนินงาน (N = 175) กับด้านที่สองเป็นการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ซึ่งได้วัดการดำเนินงานเฉพาะอสส.ที่ระบุว่าในรอบปีที่ผ่านมามีการระบาดของโรคหรือพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน (N = 95) ผลการศึกษาสรุปได้ดังตารางที่ 4.6 ตารางที่ 4.7 และตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก รายด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุข

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า	2.45	.35	สูง
การควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย	2.47	.30	สูง
รวม	2.46	.01	สูง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ด้าน ($\bar{X} = 2.46$) โดยมีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันคือ การควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 รองลงมาคือ การป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก
ล่วงหน้า ของอาสาสมัครสาธารณสุข

การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 11- 15 คะแนน)	142	81.1
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 6 - 10 คะแนน)	31	17.7
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1 - 5 คะแนน)	2	1.1
รวม	175	100.0
$\bar{X} = 12.23$ S.D. = 2.20 Min = 5 Max = 15		

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับการดำเนินงาน
ป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.1 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ
17.7 และในระดับต่ำร้อยละ 1.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.23 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน
สูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.20

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก
เมื่อมี

ผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 17- 24 คะแนน)	79	83.15
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 9 - 18 คะแนน)	14	14.74
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1 - 8 คะแนน)	2	2.11
รวม	95	100.0
$\bar{X} = 19.34$ S.D. = 4.31 Min = 4 Max = 24		

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกในชุมชนที่รับผิดชอบในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 95 คน มีระดับการดำเนินงานควบคุม
โรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.15 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 14.74

และในระดับต่ำร้อยละ 2.11 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.34 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.31

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุข

เนื่องจากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข มี 2 ด้าน คือ การป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และการควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย สำหรับการควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย จะดำเนินงานเฉพาะอสส.ในชุมชนที่มีการระบาดของโรค ดังนั้นการวิเคราะห์จะแยกเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการ ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร นำเสนอเป็น 2 ส่วนตามลำดับ ดังต่อไปนี้

6.1 การหาความสัมพันธ์ ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรค ไข้เลือดออกล่วงหน้าได้แก่

**6.1.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานป้องกันโรค
ไข้เลือดออกล่วงหน้า** ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการดำรงตำแหน่งทางสังคม กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test = χ^2) สรุปได้ดังตารางที่ 4.9 และปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน ในด้าน อายุ รายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) สรุปได้ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก
 ล้วงหน้า ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับการดำเนินงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				1.888	2	0.389
ชาย	6 (22.22)	21 (77.78)	27 (100.0)			
หญิง	27 (18.24)	121 (81.76)	148 (100.0)			
รวม	33 (18.86)	142 (81.14)	175 (100.0)			
สถานภาพสมรส				7.582	4	0.108
โสด	1 (6.25)	15 (93.75)	16 (100.0)			
คู่	26 (25.49)	76 (74.51)	102 (100.0)			
หม้าย/หย่าแยก	6 (10.53)	51 (89.47)	57 (100.0)			
รวม	33 (18.86)	142 (81.14)	175 (100.0)			

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับการดำเนินงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา				10.238	10	0.420
ประถมศึกษา	12 (15.79)	64 (84.21)	76 (100.0)			
มัธยมศึกษา	8 (16.67)	40 (83.33)	48 (100.0)			
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	4 (20)	16 (80)	18 (100.0)			
ปวส./อนุปริญญา	5 (38.46)	8 (61.54)	13 (100.0)			
ปริญญาตรี/ สูงกว่า	4 (22.22)	14 (77.78)	18 (100.0)			
รวม	33 (18.86)	142 (81.14)	175 (100.0)			
อาชีพ				22.081	12	0.073
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	9 (11.54)	69 (88.46)	78 (100.0)			
ไม่ได้ประกอบ อาชีพ/ว่างงาน	4 (16.67)	20 (83.33)	24 (100.0)			
รับจ้าง	6 (25)	18 (75)	24 (100.0)			

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

คุณลักษณะ	ระดับการดำเนินงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ประชากร						
ค้าขาย/ธุรกิจ	9 (26.47)	25 (73.53)	34 (100.0)			
ส่วนตัว						
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5 (33.33)	10 (66.67)	15 (100.0)			
รวม	33 (18.86)	142 (81.14)	175 (100.0)			
การดำรงตำแหน่งทางสังคม				2.732	6	0.842
ไม่มี	13 (18.31)	58 (81.69)	71 (100.0)			
กรรมการชุมชน	14 (21.88)	50 (78.12)	64 (100.0)			
อ.ป.พ.ร.และอื่นๆ	6 (15.00)	34 (85.00)	40 (100.0)			
รวม	33 (18.86)	142 (81.14)	175 (100.0)			

จากตารางที่ 4.9 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า เพศชายมีระดับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.78 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 22.22 ส่วนเพศหญิงมีระดับการดำเนินงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.76 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 18.24 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสโสด มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.75 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ - ปานกลาง ร้อยละ 6.25 สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.51 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 25.49 และหม้าย/หย่า/แยก มีระดับการ

ดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.47 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 10.53 ตามลำดับ

อสส.ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.21 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 15.79 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.33 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 16.67 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 20 การศึกษาระดับปวส./อนุปริญญา มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 38.46 การศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.78 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 22.22

อสส.ที่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.46 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 11.54 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงานมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.33 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 16.67 อาชีพรับจ้างมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 25 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.53 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 26.47 และอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.67 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 20

อสส.ที่ดำรงตำแหน่งอื่นทางสังคม พบว่า ผู้ที่ไม่มีตำแหน่งอื่น มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.69 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 18.31 อสส.ที่เป็นกรรมการชุมชนมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.12 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 21.88 และดำรงตำแหน่ง อ.ป.พ.ร.และอื่นๆ มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 15

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการดำรงตำแหน่งอื่นทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า “ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข”

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน
กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า

	จำนวน	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	175	0.235	0.002
รายได้	175	- 0.003	0.964
ประสบการณ์การทำงาน	175	0.025	0.743

จากตารางที่ 4.10 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r=0.235$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งจะนำไปตามสมมติฐานที่ 1 คือ “ปัจจัยส่วนบุคคล(อายุ)มีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข” สำหรับรายได้และประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า “ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข”

6.1.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาท การรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) สรุปได้ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรค(ภาพรวม) ปัจจัยสนับสนุน การปฏิบัติงานกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางวัน (N=175)

ตัวแปรอิสระ	r	p-value
การรับรู้ในบทบาท	0.263	< 0.001
การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกรวม	0.237	0.002
ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน	0.382	< 0.001

จากตารางที่ 4.11 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) พบว่า การรับรู้ในบทบาทมี ความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางวันของอาสาสมัครสาธารณสุขใน ระดับน้อย ($r=0.263$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ระบุว่า “การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางวันของ อาสาสมัครสาธารณสุข”

การรับรู้ต่อโรคมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางวันของ อาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r=0.237$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็น ไปตามสมมติฐานที่ 3 ที่ระบุว่า “การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางวันของอาสาสมัครสาธารณสุข”

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรค ไข้เลือดออกกลางวันของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r=0.382$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ที่ระบุว่า “ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางวันของอาสาสมัครสาธารณสุข”

6.2 การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่

6.2.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย

ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการดำรงตำแหน่งทางสังคม กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test = χ^2) สรุปได้ดังตาราง ที่ 4.12

และปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) สรุปได้ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัคร สาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับการดำเนินงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				2.264	2	0.322
ชาย	0 (0.00)	10 (100.00)	10 (100.0)			
หญิง	16 (18.82)	69 (81.18)	85 (100.0)			
รวม	16 (16.84)	79 (83.16)	95 (100.0)			
สถานภาพสมรส				2.727	4	0.605
โสด	3 (25.00)	9 (75.00)	12 (100.0)			
คู่	10 (17.86)	46 (82.14)	56 (100.0)			
หม้าย/หย่าแยก	3 (11.11)	24 (88.89)	27 (100.0)			
รวม	16 (16.84)	79 (83.16)	175 (100)			

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับการดำเนินงาน			χ^2	df	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา				7.446	8	0.489
ประถมศึกษา	9 (18.00)	41 (82.00)	50 (100.0)			
มัธยมศึกษา ตอนต้น	5 (22.73)	17 (77.27)	22 (100.0)			
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	1 (9.09)	10 (90.91)	11 (100.0)			
ปวส./อนุปริญญา	1 (20.00)	4 (80.00)	5 (100.0)			
ปริญญาตรี/ สูงกว่า	0 (0.00)	7 (100.00)	18 (100.0)			
รวม	16 (16.84)	79 (83.16)	95 (100.0)			
อาชีพ				6.306	12	0.90
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8 (17.02)	39 (82.98)	47 (100.0)			
ไม่ได้ประกอบ อาชีพ/ว่างงาน	3 (27.37)	8 (72.73)	11 (100.0)			
รับจ้าง	1 (7.69)	12 (92.31)	13 (100.0)			

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

คุณลักษณะ ประชากร	ระดับการดำเนินงาน			χ^2	df	p- value
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ค้าขาย/ธุรกิจ	4 (23.53)	13 (76.47)	17 (100.0)			
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0 (0.00)	7 (100.00)	15 (100.0)			
รวม	16 (16.84)	79 (83.16)	95 (100.0)			
การดำรงตำแหน่งทางสังคม				1.695	6	0.946
ไม่มี	8 (19.51)	33 (80.49)	41 (100.0)			
กรรมการชุมชน	6 (17.65)	28 (82.35)	34 (100.0)			
อ.ป.พ.ร.และอื่นๆ	2 (10.00)	18 (90.00)	20 (100.0)			
รวม	16 (16.84)	79 (83.16)	95 (100.0)			

จากตารางที่ 4.12 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi - square test) พบว่า เพศชายมีระดับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ส่วนเพศหญิงมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 81.18 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 18.82 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสโสด มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ - ปานกลาง ร้อยละ 25 สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.14 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 17.86 และหม้าย/หย่า/แยก มีระดับการ

ดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.89 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ

อสส.ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 18 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.27 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 22.73 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.91 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 9.09 การศึกษาระดับปวส./อนุปริญญา มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 20 และการศึกษา ระดับปริญญาตรี/สูงกว่า มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

อสส.ที่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.98 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 17.02 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงานมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.73 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 27.27 อาชีพ รับจ้างมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.31 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 7.69 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.47 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 23.53 และอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

อสส.ที่ดำรงตำแหน่งอื่นทางสังคม พบว่า ผู้ที่ไม่มีตำแหน่งอื่น มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.49 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 19.51 อสส.ที่เป็นกรรมการชุมชนมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.35 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 17.65 และดำรงตำแหน่ง อ.ป.พ.ร.และอื่นๆ มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 10

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการดำเนินการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการดำรงตำแหน่งอื่นทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า “ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ รายได้ ประสบการณ์การทำงาน
กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย

	จำนวน	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	95	0.056	0.589
รายได้	95	0.126	0.224
ประสบการณ์การทำงาน	95	- 0.066	0.743

จากตารางที่ 4.13 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุ รายได้และประสบการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุม โรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า “ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการควบคุม โรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

6.2.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาท การรับรู้ต่อโรค และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กับการดำเนินงานควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย
โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient) สรุปได้ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรค(ภาพรวม) ปัจจัยสนับสนุน

การปฏิบัติงาน กับการควบคุม โรคเมื่อมีผู้ป่วย (N = 95)

ตัวแปรอิสระ	r	p-value
การรับรู้ในบทบาท	0.319	0.002
การรับรู้ต่อโรคไขเลือดออกรวม	0.220	0.032
ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน	0.532	< 0.001

จากตารางที่ 4.14 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient) พบว่า การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r = 0.319$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ระบุว่า “การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r = 0.220$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ที่ 3 ที่ระบุว่า “การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r = 0.532$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ที่ระบุว่า “ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

ส่วนที่ 7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า มีปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้ศึกษาได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย พร้อมข้อเสนอแนะอื่นๆเพื่อประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.15-4.16

ตารางที่ 4.15 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดำเนินงาน
ป้องกันโรคไข้เลือดออกกลางวัน (n = 175)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (%)	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (%)
1. เจ้าของบ้านไม่ให้ความร่วมมือ ในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ภายในบ้าน	33 (18.86)	ศูนย์บริการสาธารณสุขควรมี หนังสือแจ้งให้เจ้าของบ้านทราบ ถึงบทบาทหน้าที่ของอสส. ในการ ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก	16 (9.14)
2. บ้านร้าง บ้านปิด ไม่สามารถ เข้าไปทำการสำรวจแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายได้	15 (8.57)	ควรออกกฎหมายเอาผิดกับผู้ ไม่ให้ความร่วมมือกำจัดแหล่งเพาะ พันธุ์ยุงลาย	4(2.29)
3. ขาดความรู้เรื่องการป้องกัน โรคไข้เลือดออกและการให้ คำแนะนำที่ถูกต้อง	14(8.00)	เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออกแก่อสส. ในการ ประชุมประจำเดือนทุกครั้ง	22(12.6)
4. ทราয়กำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ เพียงพอในการแจกจ่าย ประชาชนในชุมชน	10(5.71)	ศูนย์บริการสาธารณสุขควรจัดหา ทราয়กำจัดลูกน้ำยุงลายให้เพียงพอ	8(4.57)
5. ขาดผู้รับผิดชอบการจัดการ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมใน ที่ส่วนกลาง และที่สาธารณะ	10(5.71)	ให้ฝ่ายสิ่งแวดล้อมสำนักงานเขต หลักสี่รับผิดชอบดำเนินการ	2(1.14)
6. ค่าตอบแทนอาสาสมัคร 600 บาทต่อเดือนน้อยเกินไปไม่ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	8(4.57)	เพิ่มค่าตอบแทนอาสาสมัคร สาธารณสุขให้มากกว่า 600บาท ต่อเดือน	8(4.57)

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (%)	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (%)
7. สื่อประชาสัมพันธ์ที่แจกประชาชนไม่น่าสนใจ	5(2.86)	-เพิ่มสื่อ ประชาสัมพันธ์ให้น่าสนใจและเพียงพอ	3(1.71)
		-ใช้เสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแทนการติดประกาศในชุมชน	2(1.14)
		-จัดการรณรงค์ใช้เลือดออกโดยใช้ขบวนรถ และเรือ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชน	2(1.14)
8. ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากประธานชุมชนในการใช้เสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	4 (2.29)	ให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขประสานงานกับประธานชุมชนให้ออสส. ได้รับความสะดวกมากขึ้น	4(2.29)

จากตารางที่ 4.15 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า พบว่าปัญหาอุปสรรคสูงสุดคือเจ้าของบ้านไม่ให้ความร่วมมือในการสำรวจลูกน้ำยุงลายภายในบ้าน ร้อยละ 18.86 บ้านร้าง บ้านปิด ไม่สามารถเข้าไปทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ ร้อยละ 8.57 ขาดความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ร้อยละ 8.00 ทราบดีกำจัดลูกน้ำยุงลายไม่เพียงพอในการแจกจ่ายประชาชนในชุมชน และขาดผู้รับผิดชอบการจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในที่ส่วนกลาง และที่สาธารณะร้อยละ 5.71 ค่าตอบแทนอาสาสมัคร 600บาทต่อเดือนน้อยเกินไป ร้อยละ 4.57 สื่อประชาสัมพันธ์ที่แจกประชาชนไม่น่าสนใจ ร้อยละ 2.86 และไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากประธานชุมชนในการใช้เสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 2.29

ข้อเสนอแนะ ศูนย์บริการสาธารณสุขควรมีหนังสือแจ้งให้เจ้าของบ้านทราบ ถึงบทบาทหน้าที่ของอสส.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 9.14 เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ออสส.ในการประชุมประจำเดือนทุกครั้ง ร้อยละ 12.6

ศูนย์บริการสาธารณสุขควรจัดหาทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายให้เพียงพอ และเพิ่มค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขให้มากกว่า 600 บาทต่อเดือน ร้อยละ 4.57 ควรรอออกกฎหมายเอาผิดกับผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขประสานงานกับประชาชนชุมชนในหอสส. ได้รับความสะดวกมากขึ้น ร้อยละ 2.29 เพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์ที่น่าสนใจ และเพียงพอ ร้อยละ 1.71 และใช้เสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แทนการตีประกาศในชุมชนและจัดการรณรงค์ใช้เลือดออกโดยใช้ขบวนรถ และเรือ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชน

ร้อยละ 1.14

ตารางที่ 4.16 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย (n = 95)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (%)	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (%)
1. ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน	5(5.26)	- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง	3(3.16)
		- แนะนำการเลี้ยงปลาหางนกยูง แทนการใช้สารเคมีเพื่อลดอันตราย	2(2.11)
2. ประชาชนไม่ให้ความเชื่อถือในการให้ความรู้และคำแนะนำ	3(3.16)	- ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงไปดำเนินการควบคุมโรคพร้อมกับออสส.	10(10.53)
		- จัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3(3.16)

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (%)	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (%)
3. หน่วยพันยุ่งพันหมอกกวันบ้าน ผู้ป่วยล่าช้า	2(2.11)	ให้ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานการพัน หมอกกวัน	1(1.05)
4. ไม่ได้รับแจ้งการเจ็บป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกจากชุมชน	2(2.11)	ให้ศูนย์บริการสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์เรื่องแจ้งข่าวสาร การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก กับออส. ในชุมชน	1(1.05)
5. ออส.ทำงานไม่ต่อเนื่องไม่มีการ ติดตามผลหลังมีการระบาด ในชุมชน	1(1.05)	ให้เจ้าหน้าที่กระตุ้นออส.ให้ ปฏิบัติงานเข้มแข็งสม่ำเสมอ	1(1.05)

จากตารางที่ 4.16 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขด้านการ
ดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีการระบาด พบว่าปัญหาอุปสรรคสูงสุดคือ ขาดการมีส่วน
ร่วมของชุมชน ร้อยละ 5.26 ประชาชนไม่ให้ความเชื่อถือในการให้ความรู้และคำแนะนำ ร้อยละ
3.16 หน่วยพันยุ่งพันหมอกกวันบ้าน ผู้ป่วยล่าช้า และไม่ได้รับแจ้งการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก
จากชุมชน ร้อยละ 2.11 และออส.ทำงานไม่ต่อเนื่องไม่มีการติดตามผลหลังมีการระบาดในชุมชน
ร้อยละ 1.05

ข้อเสนอแนะ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงไปดำเนินการควบคุมโรคพร้อมกับออส. ร้อย
ละ 10.53 จัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน
ตระหนักในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านตนเอง ร้อยละ 3.16 แนะนำการเลี้ยงปลาหาง
นกยูงแทนการใช้สารเคมีเพื่อลดอันตรายร้อยละ 2.11 ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงาน
การพันหมอกกวัน ประชาสัมพันธ์เรื่องแจ้งข่าวสารการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกกับออส.ในชุมชน
และกระตุ้นออส.ให้ ปฏิบัติงานเข้มแข็งสม่ำเสมอ ร้อยละ 1.05

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 175 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษามีดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 175 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามชุมชน 69 ชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะประชากร 2) การรับรู้ในบทบาทหน้าที่ 3) การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก 4) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน 5) การดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก และ 6) ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าความเที่ยงดังนี้ การรับรู้บทบาทหน้าที่ เท่ากับ 0.79 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.68 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.74 และการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.82 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ได้รับคืนจำนวน 175 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 นำแบบสอบถาม ที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test = χ^2) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearmanrank-order correlation coefficient)

1.3 ผลการศึกษา

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอสส. จากการศึกษา พบว่า อสส. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.6 อายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 54.3 อายุเฉลี่ย 60.59 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.4 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 46.9 มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 48.0 มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 1- 25 หลังคาเรือนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 56.0 ในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ อสส.รับผิดชอบ ร้อยละ 54.3 อสส.ส่วนใหญ่ไม่มีการดำรงตำแหน่งอื่นทางสังคม ร้อยละ 40.6

1.3.2 การรับรู้ในบทบาทของอสส. พบว่า ในภาพรวมของการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.43 คะแนน (S.D.= 1.52)

1.3.3 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกของอสส. พบว่า ในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.1 และรองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 14.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.57 คะแนน (S.D.= 2.94) เมื่อพิจารณาการรับรู้ต่อโรคในแต่ละด้าน พบว่า การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน และค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด

1.3.4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอสส. พบว่า โดยภาพรวม ระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานของ อสส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.09 คะแนน (S.D.= 3.67)

1.3.5 การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอสส. พบว่า มีระดับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกต่างหน้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.1 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 17.7 และในระดับต่ำร้อยละ 1.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.20 และมีระดับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.15 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 14.74 และในระดับต่ำร้อยละ 2.11 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.34 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.31

1.3.6 ผลการวิจัยตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยตามสมมติฐาน จะแยกการวิเคราะห์เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ คือ

1) การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชนและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วน อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ “ปัจจัยส่วนบุคคล(ด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข”

การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r = 0.263$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ระบุว่า “การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข”

การรับรู้ต่อโรคมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r = 0.237$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ที่ระบุว่า “การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข”

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r = 0.382$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ที่ระบุว่า “ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข”

2) การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชนและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน

ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า “ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r = 0.319$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ระบุว่า “การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับน้อย ($r = 0.220$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ที่ระบุว่า “การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($r = 0.532$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ที่ระบุว่า “ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข”

1.3.7 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประกอบด้วย การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย พร้อมข้อเสนอแนะดังนี้

การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า พบว่าปัญหาอุปสรรคสูงสุดคือ เจ้าของบ้านไม่ให้ความร่วมมือในการสำรวจลูกน้ำยุงลายภายในบ้าน ร้อยละ 18.86 บ้านร้าง บ้านปิด ไม่สามารถเข้าไปทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ ร้อยละ 8.57 ขาดความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ร้อยละ 00 ทราบดีการจัดลูกน้ำยุงลายไม่เพียงพอ ร้อยละ 5.71

ด้านการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีการระบาด พบว่าปัญหาอุปสรรคสูงสุดคือ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ร้อยละ 5.26 ประชาชนไม่ให้ความเชื่อถือในการให้ความรู้และคำแนะนำ ร้อยละ 3.16 หน่วยฟุ้งยุงพ่นหมอกควันบ้านผู้ป่วยล่าช้า และออสส.ไม่ติดตามผลหลังมีการระบาดในชุมชน ร้อยละ 1.05

ข้อเสนอแนะ ศูนย์บริการสาธารณสุขควรมีหนังสือแจ้งให้เจ้าของบ้านทราบ ถึงบทบาทหน้าที่ของออสส.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ออสส.ในการประชุมประจำเดือน ลงไปดำเนินการควบคุมโรค และจัดการรณรงค์

ป้องกันโรคร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชนและประชาชน และควรสนับสนุน
อุปกรณ์ให้เพียงพอ อีกทั้งควรเพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์ที่น่าสนใจและเพียงพอ

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ในบทบาท การรับรู้ต่อโรค
ไข้เลือดออก ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัญหา
อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุข ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ระดับการรับรู้ในบทบาท

จากการศึกษาพบว่า อสส.ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่ในกชั้นงาน
ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.9 รองลงมาระดับปานกลาง และระดับ
ต่ำร้อยละ 0.6 เท่านั้น อธิบายได้ว่าเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการประชุม ชี้แจง หน้าที่
ความรับผิดชอบของอสส.ในเรื่องการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายใน
พื้นที่รับผิดชอบของอสส.แต่ละคน เป็นประจำในการประชุมประจำเดือน ของศูนย์บริการสาธารณสุข
53 หุ่นสองห้อง และกำหนดให้อสส.ส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกเดือน และกรุงเทพมหานคร
ได้กำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเรื่อง แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญ หรือโรคระบาดใน
ท้องถิ่น เช่น อุจจาระร่วง, ไข้เลือดออก ฯลฯ ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกิจกรรม
อื่น ๆ เช่น การจัดนิทรรศการให้สุขศึกษาในชุมชน การรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคต่าง ๆ ซึ่ง
สอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ ของคิง (King, 1981) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง
กระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย แรงผลักดัน
การรับรู้ของบุคคลแต่ละคนเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้นและ
การรับรู้ (อรุณ รัชธรรม, 2527: 20-21) หมายถึงการที่บุคคลมองไปหรือเห็นอะไรแล้วเลือกสิ่งนั้น
เข้ามาในจิตสำนึก และเข้าใจความหมายต่อสิ่งนั้นด้วยความรู้สึกนึกคิดของตนเองแล้วแสดง
พฤติกรรมออกมา สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท หมายถึง
กระบวนการทางความคิดตามสถานภาพตำแหน่งที่ถูกกำหนดโดยสังคมหรือความต้องการของ
สังคมนั้นๆ ที่ทำให้บุคคลตอบสนองเป็น ความคิดเห็น ความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมตอบสนอง
สิ่งเร้า โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังว่า บุคคลที่อยู่ในตำแหน่ง
จะต้องแสดงให้สมบทบาทกับสถานภาพทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ เผ่าสอน

(2548: 61) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ระดับการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.9 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.9 และรุจิรา เจริญ (2551: 78) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครนายกพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.4 และรองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.6

2.2 ระดับการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษาพบว่า อสส.ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.1 และรองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.9 เมื่อพิจารณาการรับรู้ต่อโรคในแต่ละด้าน พบว่า การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน และค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออกสูงสุด อาจอธิบายได้ว่า อสส.ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ฟุ่งสองห้อง และสำนักอนามัย สม่่าเสมอ และกรุงเทพมหานคร โดยสำนักอนามัยได้วางแผนกลยุทธ์ พัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่โครงการกรุงเทพฯ เขตปลอดยุงลาย มีลักษณะการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพความพร้อมการสร้างและประสานเครือข่ายระดับพื้นที่ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานครแบบบูรณาการ และพัฒนาความพร้อมของระบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกรุงเทพมหานคร ให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ อีกทั้งเป็นการเสริมสร้างให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ฟุ่งสองห้อง มีกลยุทธ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการสร้างเครือข่ายระหว่างภาคประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้ค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออกสูงสุด ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน (อรทัย รวยอาจิน และคณะ 2543: 253) ดังนี้ คือการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือทางด้านการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจและความเชื่อต่อประโยชน์และอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัติอย่างนั้น

ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา เจดิย์ (2551: 78) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก พบว่า ในภาพรวมของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีระดับการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.7 และรองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 3.3

2.3 ระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาพบว่า ระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานในภาพรวมของ อสส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.0 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.7 ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าการทำงานในเขตเมืองหลวงเข้าถึงยาก ประชาชนมีการศึกษาสูง ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับ อสส. และไม่เชื่อถือการทำหน้าที่ของ อสส.เท่าที่ควร แต่การได้รับค่าตอบแทน อสส. 600 บาทต่อเดือน และการได้รับปัจจัยสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดจนรับฟังข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดี เป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการปฏิบัติงานของอสส. สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์ (2542: 84) และการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 41- 51) พบว่า ปัจจัยเชิงการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างกับการศึกษาของสมศักดิ์ เผ่าสอน(2548: 54) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ในเรื่องความพอเพียงของงบประมาณที่ได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 64.1

2.4 ระดับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอสส.

จากการศึกษาพบว่า ในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ด้าน คือ ระดับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.1 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 17.7 และมีระดับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.15 อธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่องจากการรายงานของสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 18 ธันวาคม 2553 พบว่าในเขตหลักสี่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 229 ราย ไม่มีรายงานการเสียชีวิต คิดเป็นอันดับที่ 19 ใน 50 เขตการปกครอง ของกรุงเทพมหานคร คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 200.56 และคิดเป็นอันดับอัตราป่วยที่ 18 ใน 50 เขต (ศูนย์ควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เดือนมกราคม 2554) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตหลักสี่ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง จึงได้จัดทำ

แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการสร้างเครือข่ายระหว่างภาคประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานเขตหลักสี่ และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการประชุมเครือข่าย วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปวีรพรรณ แสงพิทักษ์ (2545: 96) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐมพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับสูง ประเสริฐลมจะโปะ (2548: 82) ศึกษาเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีระดับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.5 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.6 และรุจิรา เจดีย์ (2551: 79) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก พบว่า ในภาพรวมของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.2 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.8

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค

ไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

2.5.1 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์ (2544) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกรวมทั้งการศึกษาของวารภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548: 65-66) ที่พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543 : 125) และจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547 : 55) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานรวมทั้งจากการศึกษาของศันสนีย์ รัศมี (2551:98) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช บุญยะกมล (2542: 73-78) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข รุจิรา เจดีย์ (2551:94) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครนายก สาโรจน์ สมัยค์ (2549: 97)

พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเลย และการศึกษาของปวีวรรณ แสงพิทักษ์ (2545: 71) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลนครปฐม อธิบายได้ว่าการที่อายุมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ล่วงหน้าของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจาก อสส. ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 60.59 ปี ไม่มีภาระต้องรับผิดชอบครอบครัว มีเวลาว่างในการทำงานอาสาสมัคร และมีความรับผิดชอบในการดำเนินงานต่าง ๆ ในขณะที่อสส.ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องทำงานประจำ รับผิดชอบเลี้ยงดูครอบครัว ทำให้การปฏิบัติงานอาสาสมัครได้ไม่เต็มที่ อสส.ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงมีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้ามากกว่ากลุ่มอื่น และที่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อมีผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า อสส.มีการรับรู้บทบาทในการควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.9 ทำให้ อสส.ทุกกลุ่มอายุ มีความตระหนัก และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ทันที ที่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน มากกว่าการป้องกันโรคล่วงหน้า

2.5.2 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช บุญยะกมล (2542: 73-78) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข รุจิรา เจริญ (2551: 96) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก ศันสนีย์ รัศมี (2551: 98) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข สาโรจน์ สมัยคำ (2549: 90-101) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย และการศึกษาของสมศักดิ์ เผ่าสอน (2548: 78) พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อธิบายได้ว่าการที่ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ อาจเนื่องมาจาก อสส. ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และเข้าประชุมรับฟังการสอนเสริมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 สมมาเสมอ ในขณะที่อสส.ที่มีการศึกษาสูง อาจไม่มีเวลาว่างเข้ารับการอบรม ทำให้เกิดความตระหนักและการปฏิบัติที่แตกต่างกันได้ อาจมีการปฏิบัติไม่ดี

เท่ากับผู้ที่มีการศึกษาน้อยก็ได้ ทำให้ผลการศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.5.3 อาชีพ จากการศึกษาพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข อธิบายได้ว่า อสส.ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน รองลงมาได้แก่ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว และอาชีพรับจ้าง ซึ่งอาจเป็นการประกอบอาชีพในพื้นที่ทำให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในเวลาเลิกงาน หรือวันหยุด จึงไม่กระทบกับการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 87 - 88) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548: 76) พบว่า อาชีพไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข และศันสนีย์ รัศมี (2551: 99) พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.5.4 รายได้ จากการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข อธิบายได้ว่าอสส.ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท การมาสมัครเป็น อสส. เนื่องจาก มีความเสียดสละ ตั้งใจทำงานเพื่อส่วนรวม แม้ไม่มีค่าตอบแทน เมื่อเข้ามาเป็น อสส.แล้วจึงทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับ เพื่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน คนที่มีรายได้สูงจึงไม่จำเป็นต้องมีการปฏิบัติที่ดีกว่าคนมีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณุช บุญยะกมล (2542: 73-78) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และศันสนีย์ รัศมี (2551: 99) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของของจิราภา สุขสวัสดิ์ (2547: 55) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และการศึกษาสมศักดิ์ เผ่าสอน (2548: 76) พบว่า รายได้มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.5.5 การดำรงตำแหน่งอื่นๆในชุมชน จากการศึกษาพบว่า การดำรงตำแหน่งอื่นๆในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข อธิบายได้ว่า การที่อสส.บางคนดำรงตำแหน่งอื่นๆในชุมชนเช่น กรรมการชุมชน กรรมการกองทุนหมู่บ้าน และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน เป็นต้น มีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่แตกต่างจากอสส.ที่ไม่ดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน เนื่องจากบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน ไม่มีการได้เปรียบเสียเปรียบในการทำงาน เพราะเป็น

การทำงานที่อาสา ต้องมีความเสียสละ และมีค่าตอบแทนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา เจริญ (2551: 96) พบว่าการดำรงตำแหน่งในสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ เผ่าสอน (2548: 77) พบว่า การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.5.6 ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่า ประสพการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์ กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกที่เกิดการระบาดมากในกรุงเทพมหานคร ทำให้ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องวางแผนกลยุทธ์การทำงานเชิงรุก โดยการประสานเครือข่ายทั้งภาครัฐและประชาชน โดยเฉพาะ อสส.เป็นแกนนำหลักในชุมชน และได้รับการอบรมเรื่องไข้เลือดออกเป็นประจำเดือนทุกเดือน พร้อมทั้งส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกเดือน ทำให้ประสพการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของวราวุฒ บุนนยะกมล 2542: 73-78) ที่พบว่า ประสพการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์ (2542: 88 - 89) พบว่า ระยะเวลาที่เป็น อสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548: 78) พบว่า ประสพการณ์ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข และศันสนีย์ รัศมี (2551: 100) พบว่าประสพการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ อึ้งพานิชย์และคนอื่นๆ (2548: 65 - 66) พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม.มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดำเนินสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ในบทบาท กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ในบทบาทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจาก อสส.ได้รับการอบรม ปฐมนิเทศชี้แจงบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครที่ควรปฏิบัติ และอบรมฟื้นฟูความรู้ในการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ อีกทั้งได้รับการกระตุ้นการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันโรคในการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมศักดิ์ เผ่าสอน (2548: 78) พบว่า การรับรู้ในบทบาทมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน

โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข สาโรจน์ สมัยคำ (2549: 101) พบว่า การรับรู้ บทบาทของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รัตติยา โตศรีพลับ (2548) พบว่า ความรู้ความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของสมาชิกสภา อบต. และรุจิรา เจริญ (2551: 96) พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากอสส.ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง และสำนักอนามัยสมำเสมอ และมีการสำรวจลูกน้ำยุงลายเพื่อทำรายงานส่งศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง ทุกสัปดาห์ จึงพบว่าการรับรู้ต่อโรคมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละอียด หัสดี และคณะ (2541) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สาโรจน์ สายคำ (2549: 99) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และรุจิรา เจริญ (2551: 97) พบว่า การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก

2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงาน กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า และควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข อธิบายได้ว่าปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยตรง ได้แก่ การฝึกอบรม การได้รับงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทน และการยกย่องให้เกียรติ ความภาคภูมิใจ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้อสส.มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ทำงานอย่างมีความสุข และเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณช นุณยะกมล (2542: 73-78) ที่พบว่าปัจจัยจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548: 76) พบว่า การนิเทศงานมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข และศันสนีย์ รัศมี (2551: 101) พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โดยรวมทุกด้าน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ดังนั้นในการทำงานเชิงรุกด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของศูนย์บริการสาธารณสุข ควรใช้แผนกลยุทธ์ที่อาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และในการจัดทำโครงการต่างๆ ควรมีการวางแผนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองว่าต้องทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ การใช้ประโยชน์จากจุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ สามารถพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่เขตหลักสี่แก่ประชาชนให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.1.2 ปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.3 แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับปัจจัยสนับสนุนไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง ดังนั้นเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ศูนย์บริการสาธารณสุข ควรจัดทำแผนการฝึกอบรม การศึกษาดูงาน โดยหมุนเวียนให้ครบทุกคน การจัดสรรงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์แก่อาสาสมัครสาธารณสุขให้ทั่วถึงทุกชุมชน และชี้แจงการให้สวัสดิการและค่าตอบแทนให้ทราบอย่างโปร่งใส พร้อมทั้งมีการยกย่องให้เกียรติชื่นชมการปฏิบัติงาน และช่วยเหลือให้มีโอกาสส่งผลงานประกวด ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลายและไข้เลือดออกในระดับกรุงเทพมหานครในโอกาสที่เหมาะสมต่อไป

3.1.3 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า อยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยสูงกว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้าเล็กน้อย เมื่อพิจารณาการควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยรายข้อ พบว่าการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.95$) ร่วมกับการรับรู้ต่อโรค

ไข่เล็ดออกทรายข้อ ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข่เล็ดออกต่อชุมชน เกี่ยวกับอาการของโรคไข่เล็ดออก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.66$) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคไข่เล็ดออกต่อชุมชน เกี่ยวกับการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนให้ได้ผลควรทำการณรงค์เป็นครั้งคราวโดยเฉพาะก่อนฤดูฝน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$) แสดงว่า อสส.ยังขาดการรับรู้ในการควบคุมป้องกันโรคไข่เล็ดออก ดังนั้นในการประชุมประจำเดือน ควรเน้นย้ำให้อสส.เข้าใจวงจรชีวิตของยุงลาย โดยเน้นการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตลอดทั้งปี ทุก 7 วัน เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข่เล็ดออกในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข่เล็ดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า อสส.มีการรับรู้บทบาทในระดับสูง และมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข่เล็ดออกอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบว่ามีภาระของโรคไข่เล็ดออกในเขตหลักสี่ ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาแนวทางปรับปรุงการปฏิบัติงานของอสส.ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมของประชาชนและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เกิดการระบาดของโรคไข่เล็ดออก เพื่อหารูปแบบของการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข่เล็ดออก ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น

3.2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชน เพื่อประเมินความต้องการและหาแนวทางในการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรแก้ว ทัทมาลัย (2544) “ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้ระบบ
งบประมาณแนวใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหาร
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2542) *ไข้เลือดออก* กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว
- กระทรวงสาธารณสุข (2542) *แนวทางการวินิจฉัย และรักษาโรคไข้เลือดออกแดง*
กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย (2548) *มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*
กรุงเทพมหานคร ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547) *พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กรองแก้ว อยู่สุข (2541) *พฤติกรรมองค์การ กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ (2547) *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง ภาคชนบท*
กรุงเทพมหานคร สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
- กันยา สุวรรณแสง (2532) *จิตวิทยาทั่วไป* กรุงเทพมหานคร คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- จิราภา สุขสวัสดิ์ (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปี2547”
วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- จำเนียร โชติช่วง (2519) *จิตวิทยาการเรียนรู้* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- จันทนา อินทปัญญา “สถิติเชิงอนุมาน” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงาน
สาธารณสุข* หน่วยที่ 12 หน้า 50-140 พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ฉวีวรรณ บุญสุยา (2545) “ประชากรและการเลือกตัวอย่าง” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาสถิติ
และระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข* หน่วยที่ 8 หน้า 80-159 พิมพ์ครั้งที่ 2
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

- ฉวีวรรณ บุญสุยา(2545) “สถิติในการวิจัย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัย*
ในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 11 หน้า 4-45 พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ดุสิต สุจิรารัตน์ (2550) *การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows เล่ม 1*
กรุงเทพมหานคร เจริญดีการพิมพ์
- ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ สาระสังเขปออนไลน์ สืบค้น ค้นวันที่ 18 เมษายน 2554 จาก
http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2551/mp0551tu_ch2.pdf
- เทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์ (2545) “การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดปทุมธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ทองหล่อ เดชไทย (2545) *หลักการบริหารงานสาธารณสุข* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
สามเจริญพาณิชย์
- ธีรปนกรณ์ สุภกิจจัยริน (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกัน
โรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอไพศาลี
จังหวัดนครสวรรค์ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
บริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ธีระศักดิ์ มั่งคั่ง และคนอื่นๆ (2543) “ผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรง
สนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อ ความรู้และ
พฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
และโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง ” *วารสารวิชาการเขต 12* 11 ,2 (เมษายน) หน้า 13 – 24
- บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2540) *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล
- ปวีร์วรรณ แสงพิทักษ์ (2545) “การมีส่วนร่วมในโครงการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สถาบันราชภัฏนครปฐม
- ประกาย จิโรจน์กุล (2548) *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ* พิมพ์ครั้งที่ 1
กรุงเทพมหานคร สร้างสื่อ
- ประเสริฐ ลมจะโปะ (2548) “การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา” วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

- ประเสริฐ บินตะคุ และไพโรจิตร ศิริมงคล (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข กิ่งอำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย เอกสารเผยแพร่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ออนไลน์) สืบค้นคืนวันที่ 25 เมษายน 2554 จาก <http://library.hsri.or.th/th/index.php>
- ประภา วุฒิกุล (2547) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) การวัดสถานการณ์สุขภาพการสร้างมาตรฐานประมาณค่าและแบบสอบถาม กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์
- ยุพาพร สุภาคี (2547) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดร้อยเอ็ดวิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร
- โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ (2533) จิตวิทยา กรุงเทพมหานคร ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัตติยา โตศรีพลับ (2548) “การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลใน จังหวัดนครปฐม” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
- ราชบัณฑิตสถาน (2538) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ.2552 พิมพ์ครั้งที่ 5 อักษรเจริญทัศน์
- รุจิรา เจตีย์ (2551) “การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครนายก” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตแขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์ บริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ละเอียด หัสดี และคนอื่นๆ (2541) “การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการสร้างพลังของแม่บ้านจังหวัดนนทบุรี ” วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 13 (มกราคม) : 14 – 25

- วรรณุช บุญยะกมล (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจ
ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วราภรณ์ อึ้งพานิชย์ และคนอื่นๆ (2548) “ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุม
โรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านที่พบและไม่พบการระบาดของ
โรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกในประเทศไทย” รายงานการวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 2,3,6,7,9,11 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- วรัมพร จันทรงสี (2541) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของ
กรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย มปท
- ศันสนีย์ รัศมี (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของ
อาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร” การค้นคว้าแบบอิสระ
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บริหารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข(2548)
ชีววิทยา นิเวศวิทยา และการควบคุมยุงในประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 8 นนทบุรี
ดีไซร์
- สาโรจน์ สมัยคำ (2549) “การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย” วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- สาดี การรักษา (2539) คู่มือศูนย์สุขภาพชุมชน กรุงเทพฯ: ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริม
สุขภาพ สำนักอนามัย
- สำนักโรคติดต่อทำโดยแมลง (2551) คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นนทบุรี กลุ่มโรคไข้เลือดออก สำนักโรคติดต่อนำโดย
แมลงกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- สุชา จันท์ธอม (2533) จิตวิทยาทั่วไป กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- สุพัตรา สุภาพ (2535) สังคมวิทยา กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช

- สุวิทย์ สุขารมย์ และสมพร เนติรัฐกร (2540) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี” ใน *สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้* 13,3 (กุมภาพันธ์ – มีนาคม) หน้า 13-18
- สรรชัย สุวรรณรักษ์ (2547) “การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สมศักดิ์ เผ่าสอน (2548) “ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอสิชลภูมิ จังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- สมหวัง ช้อนงาม (2544) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก” ใน *วารสารสาธารณสุขพิษณุโลก 2* (พฤษภาคม-สิงหาคม) หน้า 22-23
- โสภา รัตนชัย (2540) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในเขตชนบท จังหวัดสมุทรสาคร” ใน *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร* สมุทรสาคร
- สรารุช วลัยชพฤกษ์ (2543) “ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนาทรัพยากรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542) *คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- อรทัย รวยอาจิน และคนอื่นๆ (2549) “วิทยาการระบาดทางสังคม” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยาการระบาดประยุกต์ และการใช้คอมพิวเตอร์ในงานสาธารณสุข* หน่วยที่ 5 หน้า 231 – 291 พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อรุณ รักรธรรม (2527) *หลักมนุษยสัมพันธ์กับการบริหาร* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
ไทยวัฒนาพานิช

อำไพ ลาน้อย (2546) “การรับรู้และบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสนกราบ จังหวัดเชียงใหม่”

การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อุไรวรรณ บุญสาส์พิทักษ์ (2542) “การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(บริหารสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกมน โลหะญาณจารี (2547) “แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตชนบุรี
กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ
บ้านสมเด็จเจ้าพระยา

Ajen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*.
New Jersey : Prentice – Hall, Inc.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education
Monograph*, 2, 409-419.

Daniel, W.W. (2005). *Biostatistics : A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. (8th ed).
New York: John Wiley & Sons.

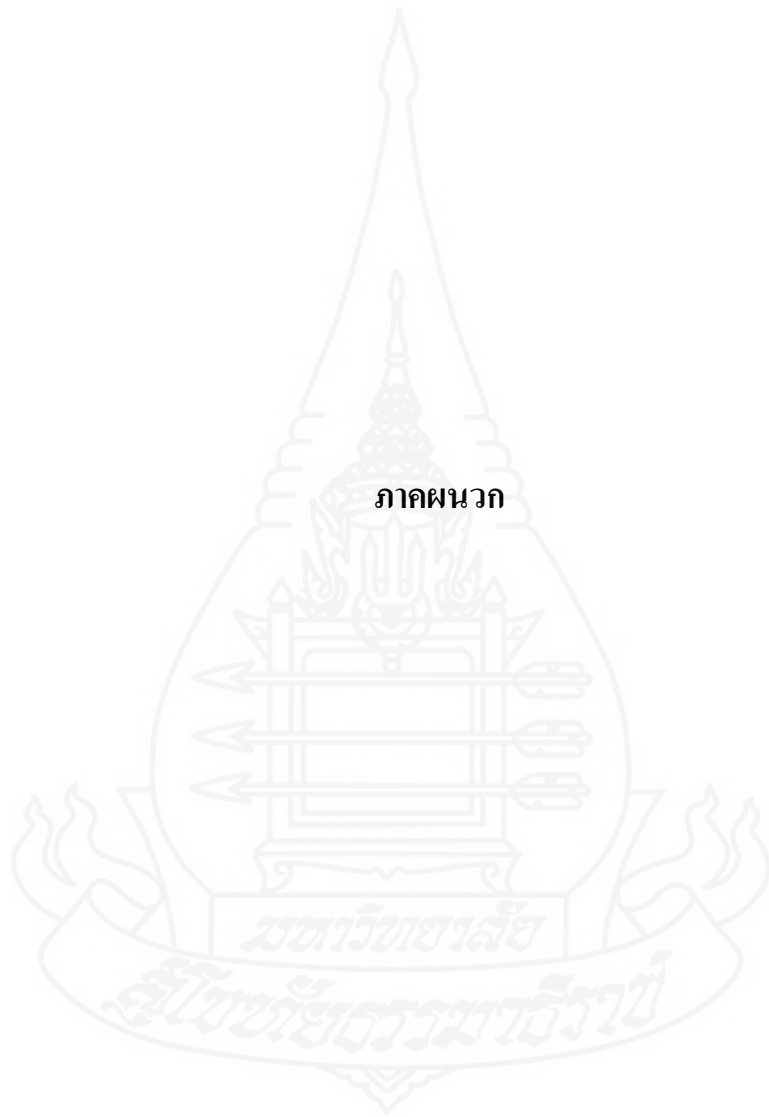
Gerald Corey. (2008). Cognitive Behavioral Approaches to Groups. *Theory & Practice of Group
Counseling*. (7th ed). California: Belmont, 338.

King J.M. (1981). *A Theory for Nursing : a system , concept , process*
New York : Awileg medical publications

Robert S. Feldman.(2003). Survey Research. *Essentials of Understanding Psychology*. (5th ed).
New York : The McGraw-Hill Companies,Inc,23.

World Health Organization. (1981) “Global Strategy for Health for All by the Year
2000”. *Health for All*. Series No.30. Geneva : WHO

WHO. (1981). “National decision-making for primary health care.” a study by the UNICEF/WHO
Join committee on Health Policy, WHO, Geneva.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สืบช่วยธรรมมาภิบาล



ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองการวิจัยในคน

No. W. 10

**Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration**

Title of Project : Factors Related to the Implementation of Health Volunteers in Prevention and Control of Dengue Haemorrhagic Fever in Laksi District, Bangkok

Registered Number : 040.54

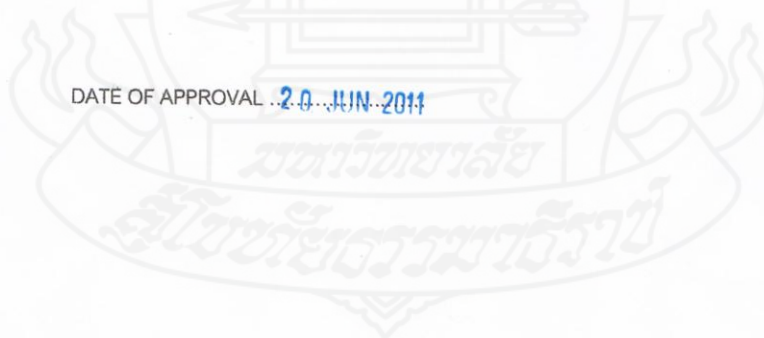
Principal Investigator : Mrs. Bubpachat Sripibool

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

P. Saicheua

(Mr. Pirapong Saicheua)
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 20 JUN 2011



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

<p>1. พ.ญ.วรรณนา จินตฤทธิ</p>	<p>คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร</p>
<p>2. น.พ. ชนินันท์ สนธิไชย</p>	<p>คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุม โรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร</p>
<p>3. นางมยุรี เถาลัดดา</p>	<p>คุณวุฒิ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว. ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร</p>



ที่ ศธ 0522.20 (บ)/ว 377

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอร้องเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์วรรณนา จินตฤทธิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เค้าโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระ และแบบสอบถาม / แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางบุปผชาติ ศรีพิบูลย์ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.นิศยา เพ็ญศิริินภา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเฉชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว ๒77

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ชนินันท์ สนธิไชย

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำขอยกย่องการศึกษาค้นคว้าอิสระ และแบบสอบถาม / แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษา ค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริ นภา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในการนี้สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อ ประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570



ที่ ศธ 0522.20(บ)/ว ๕77

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

14 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์มยุรี เกตุคดา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เก้าโครงการศึกษาค้นคว้าอิสระ และแบบสอบถาม / แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางบุปผชาติ ศรีพิบูลย์ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.นิศยา เพ็ญศิริรักษา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และขณะนี้นักศึกษาอยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย ในกรณีสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษารายนี้ด้วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานกับท่านด้วยตนเอง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร.(02) 503-3610, 504-8020

โทรสาร. (02) 503-3570

ภาคผนวก ค
แบบสอบถาม



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อาสาสมัครสาธารณสุข
 - ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ ของ อาสาสมัครสาธารณสุข
 - ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก ของ อาสาสมัครสาธารณสุข
 - ส่วนที่ 4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
 - ส่วนที่ 5 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
 - ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
2. ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามทุกข้อ และตรวจสอบก่อนส่งคืนผู้วิจัย
3. การตอบแบบสอบถามเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจากแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลจะวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมของเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่างดี

บุปผชาติ ศรีพิบูลย์

นักศึกษาลัทธิศาสตร์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรด “เติมข้อมูล”ลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย “√” ลงใน [] ที่ตรงตามข้อเท็จจริงของท่าน

1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง
2. อายุปีบริบูรณ์
3. สถานภาพสมรส
[] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. หม้าย หย่า แยก
4. วุฒิกการศึกษาสูงสุด
[] 1. ประถมศึกษา [] 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
[] 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. [] 4. อนุปริญญา/ปวส.
[] 5. ปริญญาตรี [] 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ
[] 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน [] 2. แม่บ้าน/พ่อบ้าน
[] 3. รับจ้าง [] 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
[] 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ [] 6. ข้าราชการบำนาญ
[] 7. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
[] 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท [] 2. 5,000 - 10,000 บาท
[] 3. 10,001 - 15,000 บาท [] 4. 15,001 - 20,000 บาท
[] 5. มากกว่า 20,000 บาท
7. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข
[] 1. 1-5 ปี [] 2. 6-10 ปี
[] 3. มากกว่า 10 ปี
8. ท่านมีหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ
[] 1. 1 - 25 หลังคาเรือน [] 2. 26-50 หลังคาเรือน
[] 3. มากกว่า 50 หลังคาเรือน
9. ปัจจุบันท่านมีการดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน ที่นอกเหนือจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือไม่ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
[] 1. ไม่มี [] 2. กรรมการชุมชน
[] 3. อ.ป.พ.ร. [] 4. อื่นๆ ระบุ

10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ชุมชนของท่านมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่

[] 1. มี

[] 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในฐานะที่ท่านเป็น อสม.มากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมดหรือเป็นส่วนใหญ่
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมดหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อ	บทบาทหน้าที่ที่ อสม.ควรทำ	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย
1.	ให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนได้รับข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน			
2.	เดินรณรงค์ ป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชน			
3.	สำรวจลูกน้ำและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนทุก 7 วัน			
4.	ร่วมประชุมวางแผนหรือกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน			
5.	ร่วมปฏิบัติงานควบคุม โรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีการระบาดของโรค			
6.	ประสานขอความร่วมมือจากประธาน กรรมการชุมชน และประชาชน เพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน			
7.	ควบคุมโรคเมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัดยุงตัวแก่และทำลายลูกน้ำยุงลายภายในบ้านผู้ป่วยและรอบๆบ้านรัศมี 100 เมตร			
8.	แจ้งข่าวการป่วยหรือสงสัยว่ามีการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในชุมชน ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ			
9.	ประสานงานฝ่ายสิ่งแวดล้อม ให้หน่วยพันยุงพันสารเคมี ในบ้านผู้ป่วยและรอบๆบ้านเพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน			

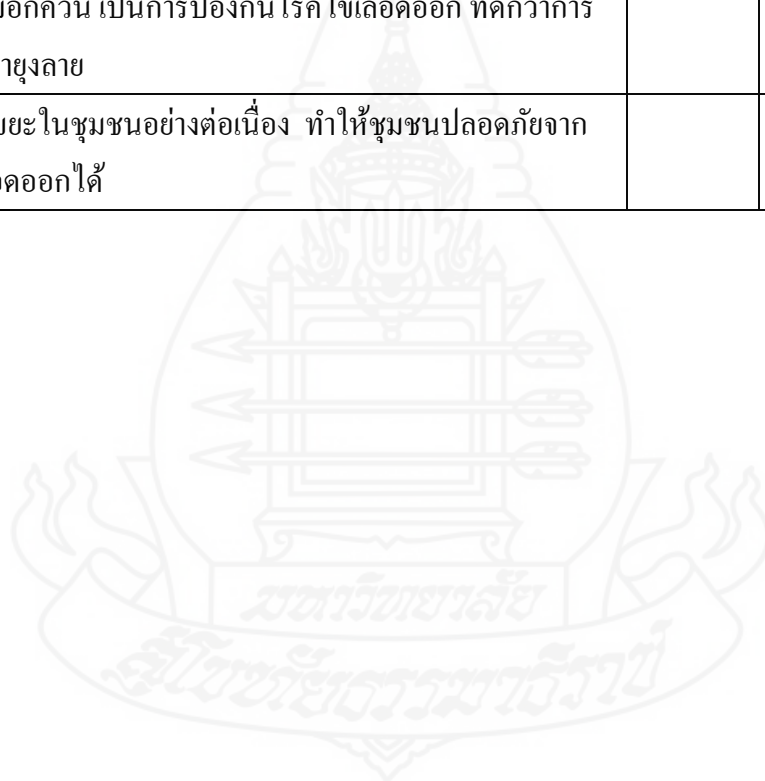
ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านต่อโรคไข้เลือดออก
ในชุมชนมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมดหรือเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมดหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อ	การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกของท่าน	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก เด็กอายุ 5-24 ปีในชุมชนของท่าน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ไข้เลือดออกมากที่สุด			
2.	ทุกคนในชุมชนมีโอกาสเป็นโรคไข้เลือดออกได้ถ้าในชุมชนนั้น มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย			
3.	คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก			
4.	ถ้ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนคน คนอื่นๆในละแวกบ้าน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดไข้เลือดออกได้ทุกคน			
5.	ชุมชนที่เคยมีโรคไข้เลือดออกระบาดแล้ว จะมีโอกาสเกิดการ ระบาดซ้ำได้อีก			
6.	ในพื้นที่เขตหลักสี่ โรคไข้เลือดออกมีโอกาสเกิดได้ตลอดทั้งปี			
7.	การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน คนที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้ว เมื่อเป็นซ้ำจะมีอาการ รุนแรงมากกว่าครั้งแรก			
8.	อาการของโรคไข้เลือดออก จะมีไข้สูง ไอ มีน้ำมูก คล้ายไข้หวัด และสามารถรักษาหายได้ง่าย			
9.	การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและการหา รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว			
10.	การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชน ทำให้ประเทศชาติ ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการรักษาพยาบาล			

ข้อ	การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออกของท่าน	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	<u>การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน</u>			
11.	การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนให้ได้ผลควรทำการรณรงค์เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะก่อนฤดูฝน			
12.	การป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นวิธีการที่ไม่คุ้มค่า เพราะเสียเวลาและแรงงานมาก			
13.	ทุกครัวเรือนสามารถช่วยป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้าน			
14.	การพ่นหมอกควัน เป็นการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ดีกว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลาย			
15.	การกำจัดขยะในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกได้			



ส่วนที่ 4 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านต่อปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

เป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานสม่ำเสมอ

เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานเป็นครั้งคราว

ไม่เคยได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ข้อ	ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานที่ท่านได้รับ	การได้รับ		
		เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1.	ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน			
2.	ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้ไปศึกษาดูงานเรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชนอื่น			
3.	เมื่อท่านมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเจ้าหน้าที่รับฟังและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี			
4.	ในรอบปีที่ผ่านมา ชุมชนของท่านได้รับงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน			
5.	ในรอบปีที่ผ่านมา ศูนย์บริการสาธารณสุข จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้แก่ชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก			
6.	ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาพยาบาลฟรีที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและ/หรือโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครเมื่อมีการเจ็บป่วย			
7.	การได้รับค่าป่วยการอสม.เดือนละ 600 บาท			
8.	ท่านรู้สึกภูมิใจและมีเกียรติที่ได้เป็นอสม.			
9.	ประชาชนให้ความเชื่อถือ และปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านในเรื่องการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก			
10.	ประชาชนให้การยกย่องชมเชยการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของท่าน			
11.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชื่นชมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของท่าน			
12.	ชุมชนของท่านเคยได้รับรางวัล “ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย”			

ส่วนที่ 5 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในการดำเนินงาน

ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

มาก หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมนั้นเลย

ข้อ	การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของท่าน	การปฏิบัติ/เข้าร่วมกิจกรรม			
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
1.	1. การป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้ร่วมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมากน้อยเพียงใด				
2.	ท่านร่วมการวางแผนป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพียงใด				
3.	ท่านทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในละแวกบ้านที่รับผิดชอบทุกสัปดาห์				
4.	ท่านใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่ไม่มีฝาปิด บ่อยครั้งเพียงใด				
5.	ท่านส่งรายงานผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่รับผิดชอบทราบทุกเดือน				
6.	2. การควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย แจ้งข่าวสารแก่คนในชุมชนเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เพื่อทำการเฝ้าระวังควบคุมโรค				
7.	รายงานข่าวการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในชุมชน ให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ				
8.	ประสานขอความร่วมมือจาก แกนนำชุมชน และประชาชน เพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน				
9.	จัดหาสารเคมี หรือ เครื่องพ่นสารเคมี หรืองบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน				

ข้อ	การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของท่าน	การปฏิบัติ/เข้าร่วมกิจกรรม			
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
10.	แนะนำประชาชนทำลายยุงตัวแก่โดยการฉีดยากันยุงในบ้านของตนเอง และทำลายลูกน้ำยุงลายเมื่อพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในบ้านนั้น และบ้านใกล้เคียง				
11.	แจกและใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้กับเพื่อนบ้านในชุมชนที่รับผิดชอบเพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นในชุมชนอีก				
12.	จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่				
13.	มีการชี้แจงให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อควบคุมการระบาดในชุมชน				

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงใน [] ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของท่านหรือไม่

[] ไม่มี

[] มี ระบุปัญหาที่พบ

.....

ข้อเสนอแนะ

2. ท่านมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนหรือไม่

[] ไม่มี

[] มี ระบุข้อเสนอแนะ.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

[] ไม่มี

[] มี ระบุข้อเสนอแนะ.....

ภาคผนวก ง
ตารางแสดงข้อมูลเพิ่มเติม



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุข ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำแนกรายข้อ

ข้อ	การรับรู้ในบทบาทหน้าที่	\bar{X}	S.D	ระดับ
1.	ให้ศึกษา ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชน ได้รับข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน	2.97	.21	สูง
2.	เดินรณรงค์ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	2.94	.26	สูง
3.	สำรวจลูกน้ำและการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในชุมชนทุก 7 วัน	2.93	.28	สูง
4.	ร่วมประชุมวางแผนหรือกำหนดกิจกรรมในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน ชุมชน	2.92	.29	สูง
5.	ร่วมปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีการระบาดของโรค	2.93	.31	สูง
6.	ประสานขอความร่วมมือจากประชาชน กรรมการ ชุมชน และประชาชน เพื่อควบคุมการระบาดของ โรคไข้เลือดออก เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกใน ชุมชน	2.96	.22	สูง
7.	ควบคุมโรคเมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัดยุงตัวแก่และทำลายลูกน้ำยุงลาย ภายในบ้านผู้ป่วยและรอบๆบ้านรัศมี 100 เมตร	2.93	.28	สูง
8.	แจ้งข่าวการป่วยหรือสงสัยว่ามีการป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกเกิดขึ้นในชุมชน ให้เจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ	2.95	.26	สูง
9.	ประสานงานฝ่ายสิ่งแวดล้อม ให้หน่วยพันยุงพัน สารเคมี ในบ้านผู้ป่วยและรอบๆบ้านเพื่อควบคุม การระบาดของโรคในชุมชน	2.90	.37	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ข้อ	การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก	\bar{X}	S.D	ระดับ
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของชุมชนต่อโรคไข้เลือดออก	2.82	.07	สูง
1.	เด็กอายุ 5-24 ปีในชุมชนของท่าน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุด	2.73	.53	สูง
2.	ทุกคนในชุมชนมีโอกาสเป็นโรคไข้เลือดออกได้ถ้าในชุมชนนั้นมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	2.93	.25	สูง
3.	คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก	2.78	.45	สูง
4.	ถ้ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน1คน คนอื่นๆในละแวกบ้านผู้ป่วยมีโอกาสเกิดไข้เลือดออกได้ทุกคน	2.81	.48	สูง
5.	ชุมชนที่เคยมีโรคไข้เลือดออกระบาดแล้ว จะมีโอกาสเกิดการระบาดซ้ำได้อีก	2.86	.40	สูง
6.	ในพื้นที่เขตหลักสี่ โรคไข้เลือดออกมีโอกาสเกิดได้ตลอดทั้งปี	2.79	.48	สูง
	การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกต่อชุมชน	2.39	.52	สูง
7.	คนที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้ว เมื่อเป็นซ้ำจะมีอาการรุนแรงมากกว่าครั้งแรก	2.39	.57	สูง
8.	อาการของโรคไข้เลือดออก จะมีไข้สูง ไอ มีน้ำมูก คล้ายไข้หวัด และสามารถรักษาหายได้ง่าย	1.66	.83	ปานกลาง
9.	การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและการหารายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว	2.84	.46	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

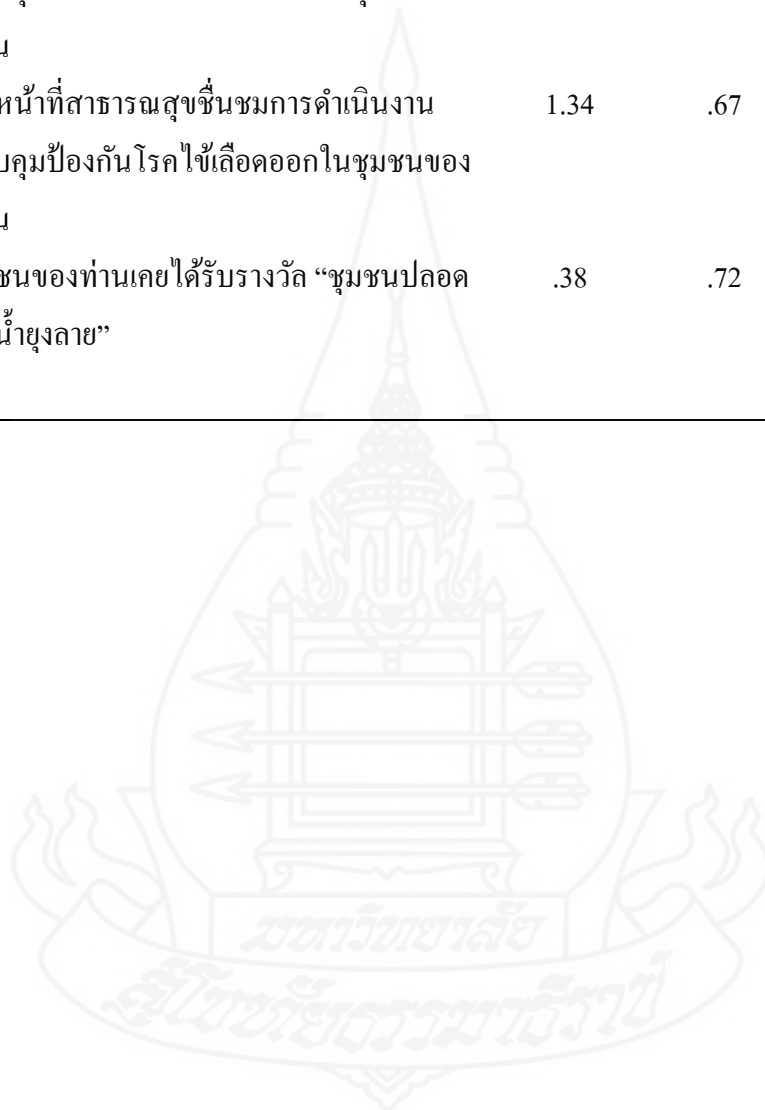
ข้อ	การรับรู้ต่อโรคไข้เลือดออก	\bar{X}	S.D	ระดับ
10.	การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชน ทำให้ประเทศชาติต้องสิ้นเปลืองงบประมาณ ในการรักษาพยาบาล	2.66	.65	สูง
	การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคไข้เลือดออก ต่อชุมชน	2.42	.46	สูง
11.	การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน ให้ได้ผลควรทำการรณรงค์เป็นครั้งคราว โดยเฉพาะก่อนฤดูฝน	1.80	.95	ปานกลาง
12.	การป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยการกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นวิธีการที่ไม่คุ้มค่า เพราะเสียเวลาและแรงงานมาก	2.40	.83	สูง
13.	ทุกครัวเรือนสามารถช่วยป้องกันโรค ไข้เลือดออกได้โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายภายในบ้าน	2.91	.36	สูง
14.	การพ่นหมอกควัน เป็นการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ที่ดีกว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลาย	2.17	.82	สูง
15.	การกำจัดขยะในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ ชุมชนปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกได้	2.83	.46	สูง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D	ระดับ
1.	ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน	1.54	.58	ปานกลาง
2.	ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้ไปศึกษาดูงานเรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชนอื่น	.47	.64	ต่ำ
3.	เมื่อท่านมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่รับฟังและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี	1.65	.56	ปานกลาง
4.	ในรอบปีที่ผ่านมา ชุมชนของท่านได้รับงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน	.69	.81	ต่ำ
5.	ในรอบปีที่ผ่านมา ศูนย์บริการสาธารณสุข จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้แก่ชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก	1.50	.68	ปานกลาง
6.	ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาพยาบาลฟรีที่ศูนย์บริการสาธารณสุข และ/หรือโรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานครเมื่อมีการเจ็บป่วย	1.61	.67	ปานกลาง
7.	การได้รับค่าป่วยการอสม.เดือนละ 600 บาท	1.96	.22	ปานกลาง
8.	ท่านรู้สึกภูมิใจและมีเกียรติที่ได้เป็นอสม.	1.90	.30	ปานกลาง
9.	ประชาชนให้ความเชื่อถือ และปฏิบัติตามคำแนะนำของท่านในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	1.62	.50	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน	\bar{X}	S.D	ระดับ
10.	ประชาชนให้การยกย่องชมเชยการปฏิบัติงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ ท่าน	1.44	.64	ปานกลาง
11.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชื่นชมการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของ ท่าน	1.34	.67	ปานกลาง
12.	ชุมชนของท่านเคยได้รับรางวัล “ชุมชนปลอด ลูกน้ำยุงลาย”	.38	.72	ต่ำ



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของ อสส.ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ข้อ	การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค	\bar{X}	S.D	ระดับ
	การป้องกันโรคไข้เลือดออกล่วงหน้า	2.45	.35	สูง
1.	ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้ร่วมรณรงค์ป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างน้อยเพียงใด	2.09	.78	สูง
2.	ท่านร่วมการวางแผนป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชน เพียงใด	2.08	.80	สูง
3.	ท่านทำการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ใน ละแวกบ้านที่รับผิดชอบ ทุกสัปดาห์	2.59	.60	สูง
4.	ท่านใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่ไม่ มีฝาปิด บ่อยครั้งเพียงใด	2.61	.63	สูง
5.	ท่านส่งรายงานผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่รับผิดชอบทราบทุก เดือน	2.86	.50	สูง
	การควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วย	2.47	.30	สูง
6.	แจ้งข่าวสารแก่คนในชุมชนเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้ เลือดออก เพื่อทำการเฝ้าระวังควบคุมโรค	2.67	.59	สูง
7.	รายงานข่าวสารการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่ เกิดขึ้นในชุมชนให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการ สาธารณสุขทราบ	2.57	.78	สูง
8.	ประสานขอความร่วมมือจาก แกนนำชุมชน และประชาชน เพื่อควบคุมการระบาดของโรค ไข้เลือดออก เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกใน ชุมชน	2.43	.87	สูง
9.	จัดหาสารเคมี หรือ เครื่องพ่นสารเคมี หรือ งบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อควบคุมการ ระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน	2.17	.98	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค	\bar{X}	S.D	ระดับ
10.	แนะนำประชาชนทำลายยุงตัวแก่โดยการฉีดยากันยุงในบ้านของตนเอง และทำลายลูกน้ำยุงลายเมื่อพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในบ้านนั้น และบ้านใกล้เคียง	2.73	.55	สูง
11.	แจกและใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้กับเพื่อนบ้านในชุมชนที่รับผิดชอบเพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นในชุมชนอีก	2.84	.37	สูง
12.	จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่	1.95	1.01	ปานกลาง
13.	มีการชี้แจงให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อควบคุมการระบาดในชุมชน	2.42	.82	สูง



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางบุปผชาติ ศรีพิบูลย์
วัน เดือน ปีเกิด	1 พฤษภาคม 2504
สถานที่เกิด	อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) เกียรตินิยมอันดับ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2526 บริหารธุรกิจบัณฑิต(การเงินการธนาคาร) มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2530
สถานที่ทำงาน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

