รายงานการวิจัย
เรื่อง

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน โรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

Knowledge Attitude and Behavior on Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever in students of Watratchaphatigaram School Dusit District Bangkok

ดร.รภัทภร เพชรสุข

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
2557
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน โรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

Knowledge Attitude and Behavior on Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever in students of Watratchaphatigaram School Dusit District Bangkok

ดร.รภัทภร เพชรสุข

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ปีงบประมาณ2557)

หัวข้อวิจัย	ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน โรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
ผู้ดำเนินการวิจัย	ดร.รภัทภร เพชรสุข
ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยง เกี่ยวการค้า
หน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
ปี พ.ศ.	2557

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และเพื่อทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวนทั้งสิ้น 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่า CVI = 0.85 การหาความเที่ยงโดยใช้นักเรียน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.714 – 0.805 สถิติที่ใช้ในงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัยมีดังนี้ ความรู้ของนักเรียนโดยเฉลี่ย มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณาแต่ละชั้นปี พบว่าชั้นปีที่สูงขึ้น ส่งผลต่อความรู้ที่เพิ่มขึ้นของนักเรียน แต่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง ซึ่งนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่1 มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.64 (S.D. = 0.46) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุดโดยมี ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.35 (S.D. = 0.56) และยังพบอีกว่าความรู้ และทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 30.2 (R^2 = 0.302) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Research Title	Knowledge Attitude and Behavior on Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever in students of Watrachaphatigaram School Dusit District Bangkok
Researcher	Dr. Raphatphorn Petchsuk
Research Consultants	Assoc. Prof. Dr. Boonyong Keiwkarnka
Organization	Faculty of Nursing SuanDusitRajabhat University
Year	2014

The purposes of this correlational research were to study the relation personal factors knowledge attitude behavior on prevention of Dengue Hemorrahagic Fever and predict behavior on prevention of Dengue Hemorrahagic in Watrachaphatigaram school. Using the sample of 105 students.

The results showed that: Knowledge of the average student Knowledge is good. Considering each class Found that a higher grade. Contribute to increased knowledge of the students. I have behavior of preventing dengue decreased. Which students grade 1. With the average behavior of preventing dengue highest. With a mean of 3.64 (SD = 0.46) on the prevention of dengue attitude of students. The 5th grade students have positive attitudes toward preventing the disease most. Mean of 3.35 (SD = 0.56), and also found that knowledge. And attitudes to prevent dengue fever could predict behavior to prevent dengue fever of 30.2 (R2 = 0.302) at the level of statistical significance. 05.

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยง เกี่ยวการค้า ที่ได้กรุณาสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจในการทำรายงานครั้งนี้มาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณผู้บริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ทุกท่านที่ให้กำลังใจด้วยดีตลอด

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนวัดราชผาติการาม ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ประสานงาน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าช่วยประสานงานในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการามทุกท่านผู้ให้ข้อมูลซึ่งเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้องค์ความรู้เพิ่มขึ้นจากข้อมูลของท่าน คุณประโยชน์ใดๆที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ เยาวชนผู้เป็นกำลังสำคัญของประเทศ และครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่งของผู้วิจัย

รายงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

รภัทภร เพชรสุข

2557

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
ข้อจำกัด	3
สมมติฐานการวิจัย	3
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
โรคไข้เลือดออก	5
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้	17
แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ	20
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
กรอบแนวคิดในการวิจัย	26

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 27
ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 27
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 28
การเก็บรวบรวมข้อมูล 28
การวิเคราะห์ข้อมูล 31

บทที่ 4 ผลการวิจัย 32

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ 42
สรุปผลการวิจัย 43
อภิปรายผล 44
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 45
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 45

บรรณานุกรม
บรรณานุกรมภาษาไทย 46
บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ 48

ภาคผนวก
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 50
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 54

ประวัติผู้วิจัย 56

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ของโรงเรียนวัดราชผาติการาม	27
3.2	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	31
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	32
4.2	จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากร	34
4.3	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	36
4.4	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	36
4.5	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	38
4.6	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี	39
4.7	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี	40
4.8	ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี	40
4.9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	41
4.10	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	41

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	26

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่าไวรัสเดงกี่ (Dengue Virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งโรคนี้เป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนชื้น โรคไข้เลือดออกนี้ระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์เมื่อปี พ.ศ. 2497 ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมานานกว่า 50 ปี เช่นเดียวกันกับหลายๆประเทศในแถบเอเชีย การระบาดของโรคมีการขยายวงกว้างและยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดแบบ 1 ปี เว้น 2 ปี หรือ 3 ปี และอนาคตมีแนวโน้มว่าน่าจะทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับได้ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2534) ในในประเทศไทยการระบาดของโรคไข้เลือดออกครั้งแรกเกิดขึ้นที่กรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2501 หลังจากนั้นการระบาดของโรคได้แพร่กระจายไปยังจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ สำหรับสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในระดับโลก พบว่า มีการระบาดของไวรัสเดงกี่ไปทุกทวีปทั่วโลกในสองทศวรรษที่ผ่านมา รวมถึงประเทศสิงคโปร์ซึ่งในอดีตเคยควบคุมการระบาดของโรคได้ก็ยังเกิดการระบาดขึ้นได้อีก สาเหตุของการระบาดของเชื้อไวรัสเดงกี่ไปทั่วโลกอาจเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทมาเป็นชุมชนชาวเมืองซึ่งไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า การเพิ่มของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วเกิดชุมชนเมืองอย่างใหญ่ซึ่งมีสภาพเป็นชุมชนแออัดทำให้ขาดสุขอนามัยที่ดี มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพิ่มขึ้น สภาพความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนไปและขาดการควบคุมประชากรยุงที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังมีการเดินทางที่รวดเร็วและสะดวกสบายในปัจจุบันทำให้สามารถนำยุงลายซึ่งเชื้อไวรัสเดงกี่ไปกับยุง ตลอดจนบุคคลที่อยู่ในระยะฟักตัวของโรคหรือในระยะที่มีอาการป่วยไปยังที่ต่างๆได้โดยง่าย หรืออาจเนื่องจากภาวะโลกร้อนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่ามีรายงานว่าการเกิดภาวะโลกร้อนทำให้มีการแพร่กระจายของยุงลายและมีการติดเชื้อไวรัสเดงกี่เพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ในโลก

สำหรับประเทศไทยนั้นการระบาดพบว่าทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยสนับสนุนทั้งกรณีพื้นที่เขตเมืองเพิ่มขึ้นซึ่งแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พาหะของโรคไข้เลือดออกก็จะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยตามประชากรทั้งในและระหว่างประเทศมีการเคลื่อนย้ายสูง ภาวะโลกร้อนที่ส่งผลให้ยุงพาหะและเชื้อโรคมีการเจริญเติบโตเร็วขึ้น (นิพนธ์ ชินานนท์เวช, 2556) ประเทศไทยนั้นพบโรคไข้เลือดออกได้ตลอดทั้งปีพบได้บ่อยในฤดูฝน พบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ พบมากในเด็กวัยเรียน สถานการณ์ของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอด จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2556 ข้อมูลจากรายงาน 506 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 24 ธันวาคม 2556 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 150,934 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 234.86 ต่อ

แสนประชากร จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 2 เท่า จังหวัดที่พบไข้เลือดออกมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร และยังพบว่ากลุ่มอายุผู้ป่วยสูงสุดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนร้อยละ 48.58

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี และได้รับกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ว่า “โครงการปราบยุงลายคั่งค้างมานานแล้วและอันตรายยังมีอยู่มาก อยากให้ปราบปรามอย่างจริงจัง และอันตรายจากโรคไข้เลือดออกจะได้ทุเลาลง” โดยได้จัดทำโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2542 – 2543 และจากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับแนวคิดจากการปฏิบัติงานจากเชิงรับไปเป็นเชิงรุก โดยกำหนดนโยบายเชิงรุกและใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงสภาพของปัญหาในชุมชนของตน พร้อมทั้งค้นหาปัญหา และวิธีแก้ไขปัญหาของโรคไข้เลือดออก แต่มาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งกำจัดยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำด้วยสารเคมี กับให้สุขศึกษาป้องกันตนเอง สำหรับการป้องกันโรคไข้เลือดออกนั่นทุกวันนี้ยังไม่มียาที่ใช้รักษาโรคไข้เลือดออก หรือวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก ดังนั้นการที่บุคคลมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคป้องกันโรค เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันไข้เลือดออก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต มีพันธกิจในการบริการวิชาการแก่สังคม จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียน และ 5 พื้นที่เสี่ยง ที่เสี่ยงการระบาดของไข้เลือดออก ได้แก่ ชุมชนเสี่ยง ศาสนสถาน สถานศึกษา สถานพยาบาล และสถานประกอบการเสี่ยง โรงเรียนวัดราชผาติการามเป็นสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการเปิดการเรียนการสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาล 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีสถานที่พื้นที่ติดกับสะพานกรุงธน ซึ่งอยู่ริมแม่น้ำเจ้าพระยา และเป็นหนึ่งในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต คณะพยาบาลศาสตร์ฯ พึ่งตระหนักเพื่อให้บริการวิชาการแก่สังคมกับพื้นที่ใกล้เคียงกับมหาวิทยาลัย จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดราชผาติการาม เมื่อวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2557 พบว่าภายในโรงเรียนมียุงชุก ขณะที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ท่านผู้อำนวยการโรงเรียนได้เห็นยุงลายบินพอควร มีนักเรียนป่วยเป็นไข้เลือดออก ทั้งที่มีการฉีดยาพ่นกำจัดยุง ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาถึงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการส่งเสริมให้ความรู้ และสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่เหมาะสมถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม
3. เพื่อทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่และระยะเวลาในการวิจัย พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย คือ โรงเรียนวัดราชผาติการาม ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2557 ถึง 31 สิงหาคม 2557

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวนทั้งสิ้น 116 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาเฉพาะความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่านั้น

ข้อจำกัด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
3. ความรู้ และทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจำได้ หรือระลึกได้ถึงประสบการณ์ต่างๆในชีวิตที่ได้รับรู้ ความสามารถในการจดจำ ความเข้าใจ หรือระลึกได้ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ต่างๆที่เคยได้รับรู้มา

ทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างความรู้สึก และความเชื่อ เป็นการรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่จะกระทำ ในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมา

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.ได้ทราบถึงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.เพื่อนำมาเป็นแนวทางและประสานความร่วมมือระหว่างอาจารย์ ผู้บริหารโรงเรียน เพื่อวางแผนดำเนินการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. โรคไข้เลือดออก
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ
5. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงในเอเชียอาคเนย์นั้นเกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่าเดงกีจึงเรียกชื่อว่า Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากยุงลาย Aedes aegyti

องค์ประกอบการเกิดและการแพร่ระบาด มีดังนี้

1. ตัวเชื้อโรค ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่เข้าสู่คนแล้วก่อให้เกิดโรค
2. ยุงพาหะที่แพร่โรค เป็นยุงลายบ้าน กับยุงลายสวน โดยยุงเหล่านี้จะวางไข่ตามภาชนะทุกชนิดที่กักขังน้ำสะอาด
3. ประชาชน/คนทั่วไป ที่อาจถูกยุงพาหะที่มีเชื้อไวรัสมากัดกินเลือด

สาเหตุและการติดต่อ

สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี เชื้อไวรัสนี้เป็น RNA virus ซึ่งจัดอยู่ใน Family Flaviviridae มี 4 serotypes: DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 ทั้ง 4 types นี้ มี antigen ร่วมบางชนิดทำให้มีการ cross reaction และมี cross protection ได้ในระยะสั้นๆ หากมีการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้ว จะมีภูมิคุ้มกันต่อชนิดนั้นไปตลอดชีวิต (permanent immunity) แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ อีก 3 ชนิด ได้ในช่วงสั้นๆ (partial immunity) ประมาณ 6-12 เดือน หลังจากนี้จะมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ ที่ต่างจากครั้งแรกได้ เป็นการติดเชื้อซ้ำ (secondary dengue infection) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี จึงสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเดงกี คือ มีเชื้อไวรัสเดงกีชุกชุมมากกว่า 1 ชนิด (simultaneously endemic of multiple serotype) หรือมีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะ ๆ (sequential endemic) ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นอาจทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้ และการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN-2 มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดเป็น DHF โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อครั้งที่ 2 ภายหลังการติดเชื้อครั้งแรกด้วย DEN-1 การติดต่อ มียุงลายเป็นพาหะนำโรค โรคไข้เลือดออกติดต่อถึงกันได้

โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegyti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยในระยะไข้สูง และฟักตัวในยุงประมาณ 8 – 12 วัน จากนั้นเมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนปกติ ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัด เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคน และผ่านระยะฟักตัวประมาณ 5 -8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน – นานที่สุด 15 วัน) ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้ สำหรับเชื้อไวรัสเดงกีนี้จะอยู่ในตัวยุงนั้นตลอดชีวิตของยุง คือ ประมาณ 45 วัน

ลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อไวรัสเดงกี ตามความรุนแรงของโรค สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ มีดังนี้

1. Undifferentiated fever (UF) หรือ viral syndrome มักพบในทารกหรือในเด็กเล็กซึ่งจะปรากฏเพียงอาการไข้และบางครั้งมีผื่นแบบ maculopapular rash

2. ไข้เดงกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการมีไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบมีไข้สูงแบบเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่นขึ้น บางรายอาจมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง โดยมีผลการทดสอบทูนิเกต์เป็นบวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมถึงบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำได้

3. ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) มีอาการคล้ายกับ DF ในระยะมีไข้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรคคือมีเกล็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นเรียกว่า dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด DHF/DSS

ทางด้านระบาดวิทยาต้องพิจารณาผู้ป่วย (Host) ไวรัส และพาหะนำโรค (Vector) ร่วมกัน

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย (Host)

-เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค DHF มากกว่าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำ เด็กจะมีความเสี่ยงสูงกว่า มีข้อมูลจากการระบาดในประเทศคิวบา และประเทศบราซิล ซึ่งมีผู้ป่วยอายุมากกว่า 30 ปี เป็นจำนวนมากแต่พบ DHF/DSS ในเด็กสูงกว่าผู้ใหญ่

-ภาวะโภชนาการผู้ป่วย DHF ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการดีและดีกว่าเด็กที่ติดกับเด็กที่เป็นโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ ปอดอักเสบ และโรคอุจจาระร่วง และเด็กที่มาคลินิกเด็กดี

-เชื้อชาติและพันธุกรรม จากการระบาดที่ประเทศคิวบาพบว่านิโกรเป็นโรค DHF/DSS น้อยกว่าชนผิวขาว จากการที่ไม่มีการระบาดของ DHF ในทวีปแอฟริกาทั้งๆ ที่มีเชื้อไวรัสเดงกี ทั้ง 4 ชนิด และมียุงลายทำให้คิดว่าน่าจะมีปัจจัยต้านโรคในด้านพันธุกรรมหรือเชื้อชาติซึ่งจะต้องมีการศึกษากันต่อไป การศึกษาทางพันธุกรรมในผู้ป่วยไทยนั้นพบว่า Class I LLA-A2 haplotype มีความสัมพันธ์กับการเกิด DHF ซึ่งจะต้องมีการศึกษาต่อไป

-เพศ พบว่าในรายที่เป็น DSS และรายที่ตายจะพบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านไวรัสและภูมิคุ้มกัน

-พื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีหลายๆ serotype และมีภาวะ hyperendemicity หรือมีเชื้อหลาย serotype เป็นเชื้อประจำถิ่นในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้มีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง

-มีการระบาดของไวรัสเดงกีต่อเนื่องกัน (sequentially epidemic) พบว่าการติดเชื้อซ้ำด้วย มีอัตราเสี่ยงสูงในการที่จะเกิด DHF

-การติดเชื้อทุติยภูมิ (secondary infection) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด DHF มากกว่าการติดเชื้อครั้งแรกประมาณ 160 เท่า พบว่าร้อยละ 87-99 ของผู้ป่วย DHF/DSS เป็นผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย DHF ที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ทุกรายมีแอนตี้บอดีย์ต่อเชื้อเดงกีจากแม่

-ความรุนแรงในการก่อโรค (virulence) ในปัจจุบันจะยังไม่มีวิธีตรวจหาความรุนแรงในการก่อโรคของไวรัสเดงกีได้โดยตรง

ปัจจัยเสี่ยงด้านพาหะนำโรค (Vector)

ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ถ้ายุงเหล่านี้มีปริมาณเพียงพอถึงแม้มีจำนวนไม่มากก็จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวน (Aedes albopictus) ก็สามารถแพร่เชื้อได้แต่ไม่ดีเท่ากับยุงลายบ้าน ยุงลายสวนเพราะพันธุ์ตามแหล่งน้ำขังตามโพรงต้นไม้ หรือกระบอกไม้ไผ่ ส่วนยุงลายบ้านเพาะพันธุ์ในภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น

ถ้าอุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ โดยเฉพาะในฤดูฝน ยุงลายเพียง 2-3 ตัวอาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้งครอบครัวได้ ปัจจัยส่งเสริมให้มีผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝนอีกประการหนึ่ง นอกจากการมีจำนวนยุงมากขึ้นแล้ว คือในช่วงที่ฝนตกทั้งเด็กและยุงจะอยู่ในบ้านหรือในอาคาร เด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้น

ปัจจุบันยังไม่ทราบระดับความชุกของยุงที่จะทำให้เกิดการระบาดของ DHF ได้ แต่ความชุกของยุงลาย Aedes aegypti ในประเทศไทยไม่ว่าจะใช้ตัวชี้วัดใดมาใช้ก็จะสูงมาก และอาจสูงกว่าประเทศอื่นๆ ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้จะต้องมีส่วนร่วมกันในการทำให้เกิดโรค DHF/DSS ขึ้นการเพิ่มจำนวนประชากร โดยเฉพาะการเพิ่มของชุมชนในเมืองจะเพิ่มประชากรทั้งคนทั้งยุงการเดินทางติดต่อสะดวกและเพิ่มมากขึ้นจะทำให้โรคกระจายไปในระยะไกลเพราะลำพังยุงจะมีระยะบินได้เพียง 50-100 เมตร การกระจายจึงไปกับคนในช่วงที่มี viremia ก่อนเริ่มมีอาการของโรคความเจริญก้าวหน้าทางด้านคมนาคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการแพร่กระจายโรค DHF ไปอย่างกว้างขวาง

ยุงลายพาหาะนำโรคไข้เลือดออก

ยุงลายเป็นแมลงจำพวกหนึ่ง ในประเทศไทยมียุงลายมากกว่า 100 ชนิด แต่ที่เป็นพาหะ นำโรคไข้เลือดออกมีอยู่ 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะหลัก และยุงลายสวน (Aedes albopictus) เป็นพาหะรอง ในวงจรชีวิตของยุงลายประกอบด้วยระยะต่างๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่, ระยะตัวอ่อน (ลูกน้ำ) ระยะดักแด้หรือตัวกลางวัย (ตัวโม่ง), และ ระยะตัวเต็มวัย (ตัวยุง) ทั้ง 4 ระยะมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่างลักษณะและการดำรงชีวิต

ระยะไข่

ไข่ยุงลายมีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อวางออกมาใหม่ๆจะมีสีขาวนวล ต่อมาจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลและดำสนิทภายใน 24 ชั่วโมง

ระยะลูกน้ำ

ไม่มีขา ส่วนอกมีขนาดใหญ่กว่าส่วนหัว ส่วนท้องยาวเรียวประกอบด้วยปล้อง 10

ปล้อง มีท่อหายใจ บนปล้องที่ 8 ใช้ในการหายใจ ท่อหายใจของยุงลายสั้นกว่าท่อหายใจของยุงรำคาญ และมีกลุ่มขน 1 กลุ่มอยู่บนท่อหายใจนั้น

ระยะตัวโม่ง

ไม่มีขา รูปร่างคล้ายเครื่องหมายจุลภาค (,) มีอวัยวะใช้ในการหายใจ 1 คู่อยู่บนส่วน cephalothorax (ส่วนหัวรวมกับส่วนอก)

ระยะตัวเต็มวัย (ตัวยุง) มีลักษณะดังนี้ คือ 1.ร่างกายอ่อนนุ่ม เปราะบาง แบ่งเป็น 3 ส่วนแยกออกจากกันเห็นได้ชัดเจนคือ ส่วนหัว ส่วนอกและส่วนท้อง ลำตัวยาวประมาณ 4-6 มม. มีเกล็ดสีดำสลับขาวตามลำตัวรวมทั้งส่วนหัวและ ส่วนอกด้วย 2.มีขา 3 คู่ (6 ขา) อยู่ที่ส่วนอก ขามีสีดำสลับขาวเป็นปล้องๆ ที่ขาหลังบริเวณปลายปล้องสุดท้ายมีสีขาวตลอด 3. มีปีกที่เห็นได้ชัดเจน 1 คู่อยู่บริเวณส่วนอก ลักษณะของปีกบางใส มีเกล็ดเล็กๆ บนเส้นปีก ลักษณะของเกล็ดแคบและยาว บนขอบหลังของปีกมีเกล็ดเล็กๆเป็นชายครุย นอกจากนี้ยังมีอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว (เรียกว่า halters) 1 คู่อยู่ใกล้กับปีก 4. มีปากยาวมาก ลักษณะปากเป็นแบบแทงดูด 5. เส้นหนวดประกอบด้วยปล้องสั้นๆ 14-15 ปล้อง ที่รอยต่อระหว่างปล้องมีขนขึ้นอยู่โดยรอบ ในยุงตัวผู้เส้นขนเหล่านี้ยาวมาก (ใช้รับคลื่นเสียงที่เกิดจากการขยับปีกของยุงตัวเมีย) มองดูคล้ายพู่ขนนก ส่วนในยุงตัวเมียเส้นขนที่รอยต่อระหว่างปล้องจะสั้นกว่าและมีจำนวนน้อยกว่า เรียกว่าหนวดแบบเส้นด้าย ลักษณะของหนวดยุงจึงใช้ในการจำแนกเพศของยุงได้ง่าย

ยุงลายบ้านและยุงลายสวนมีลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti)

1. ตัวเต็มวัย บริเวณระยางค์ปากปกคลุมด้วยเกล็ดสีขาว ที่ส่วนอกบริเวณกึ่งกลางหลังจะมีขนแข็ง และมีเกล็ดสีขาวเรียงตัวกันเห็นเป็นลวดลายคล้ายพิณฝรั่ง

2. ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่แปดจะมีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน บริเวณขอบตรงส่วนปลายของเกล็ดจะแยกเป็นแฉก และที่บริเวณอกจะมีหนามแหลม

ยุงลายสวน (Aedes albopictus)

1. ตัวเต็มวัย มีเกล็ดสีดำที่ระยางค์ปาก ด้านหลังของส่วนอกมีแถบสีขาวพาดอยู่ตรงกลาง

2. ลูกน้ำ บริเวณปล้องที่แปดมีเกล็ดอยู่หนึ่งแถวประมาณ 8-12 อัน ส่วนปลายของเกล็ดที่บริเวณขอบไม่แยกเป็นแฉก ส่วนอกไม่มีหนามแหลม

วงจรชีวิตและชีวนิสัยของยุงลาย

ยุงลายมักวางไข่ตามผิวภาชนะเหนือระดับน้ำเล็กน้อย โดยวางไข่ฟองเดี่ยว ๆ อยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ 100 ฟอง ยุงลายจะวางไข่มากน้อยเป็นจังหวะใน 24 ชั่วโมง โดยอาศัยจังหวะที่แสงแดดลดน้อยลงในเวลาเย็น จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการพบว่ายุงลายจะวางไข่มากที่สุดก่อนพระอาทิตย์ตกดิน โดยปัจจัยที่ควบคุมให้เกิดกิจกรรมนี้คือ การเริ่มมืด ตัวอ่อน ที่อยู่ภายใน ไข่จะเจริญเติบโตพร้อมที่จะฟักออกเป็นลูกน้ำภายใน 2 วัน (แต่ถ้าสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ขาดความชื้น ไข่ที่มีตัวอ่อนภายในเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะทนต่อสภาพแห้งแล้งในสภาพนั้นได้นานหลายเดือน เมื่อไข่นั้นได้รับความชื้น หรือมีน้ำมาท่วมไข่ ไข่ก็จะฟักออกเป็นตัวลูกน้ำได้ในเวลาอันรวดเร็วตั้งแต่ 20-60 นาที แต่อัตราการฟักออกเป็นลูกน้ำจะลดน้อยลงตามระยะเวลาที่

นานขึ้น) ตัวอ่อนของยุงลายเรียกว่าลูกน้ำ ระยะเวลาที่เป็นลูกน้ำกินเวลานานประมาณ 6-8 วัน อาจมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ อาหารและความหนาแน่นของลูกน้ำภายในภาชนะนั้น ลูกน้ำลอกคราบ 4 ครั้ง จากลูกน้ำระยะที่ 1 เข้าสู่ลูกน้ำระยะที่ 2,3 และ 4 ลูกน้ำยุงลายจะใช้ท่อหายใจเกาะทำมุมกับผิวน้ำโดยลำตัวตั้งเกือบตรงกับผิวน้ำ ลูกน้ำเคลื่อนไหวอย่างว่องไวว่ายน้ำคล้ายงูเลื้อย ไม่ชอบแสงสว่าง ลูกน้ำจะกินอินทรีย์สารและอาหารอื่น ๆ ที่มีอยู่ในภาชนะนั้น ๆ เช่น ตะไคร่น้ำ เศษอาหารที่หล่นลงไป แบคทีเรีย และพวกสัตว์เซลเดียวเมื่อลูกน้ำระยะที่ 4 ลอกคราบครั้งสุดท้ายก็จะกลายเป็นตัวกลางวัยหรือดักแด้หรือที่เรียกว่าตัวโม่งนี้จะเคลื่อนไหวช้าลง หรือไม่เคลื่อนไหวเลยเป็นระยะที่ไม่กินอาหาร แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายใน 1-2 วัน ก็จะลอกคราบกลายเป็นตัวเต็มวัยหรือตัวยุงลาย วงจรชีวิตของยุงลายในแต่ละท้องที่ใช้เวลาสั้นยาวไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประมาณอาหาร อุณหภูมิ ความชื้นและความสั้นยาวของกลางวัน – กลางคืน ยุงตัวผู้มีอายุขัยสั้นประมาณ 6-7 วัน เท่านั้น ส่วนยุงตัวเมียอายุขัยนานกว่าหากมีอาหารสมบูรณ์อุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ ยุงลายตัวเมียอาจอยู่ได้นานประมาณ 30-45 วันเมื่อออกจากครบตัวโม่งใหม่ ๆ ยุงลายจะยังไม่สามารถบินได้ทันที ต้องเกาะนิ่งอยู่บนผิวน้ำรอเวลาระยะหนึ่งเพื่อให้รยางค์ต่าง ๆ บนส่วนหัวยืดออกและเพื่อให้เลือดฉีดเข้าเส้นปีกทำให้เส้นปีกยืดออกและแข็งแรงจึงจะบินได้ ระยะนี้ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เมื่อยุงบินได้แล้วก็พร้อมที่จะหาอาหารและผสมพันธุ์ โดยปกติยุงตัวผู้จะลอกคราบออกมาก่อนตัวเมีย 1-2 วัน (จากตัวโม่งในรุ่นเดียวกัน) เนื่องจากยุงตัวผู้ต้องใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมง เพื่อให้อวัยวะสืบพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิต หลังจากผสมพันธุ์แล้วยุงตัวเมียจะหาเลือดกัน (ปกติภายใน 24 ชั่วโมงหลังลอกคราบออกจากตัวโม่ง) อาหารของยุงลายทั้งตัวเมียตัวผู้คือน้ำหวานจากเกสรของดอกไม้หรือน้ำจากผลไม้ โดยใช้เป็นแหล่งพลังงานสำหรับการบิน ส่วนยุงลายตัวเมียต้องกินเลือดคนหรือสัตว์อุ่นเพื่อนำโปรตีนในเลือดไปพัฒนาให้ไข่เจริญเติบโต ตามปกติยุงลายชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์ หลังจากกินเลือดแล้ว 2-3 วัน ยุงลายตัวเมียก็จะหาที่วางไข่โดยทั่วไปยุงลายออกหากินในเวลากลางวัน แต่ถ้าในช่วงเวลากลางวันนั้นยุงลายไม่ได้กินเลือดหรือกินเลือดไม่อิ่มยุงลายก็จะออกหากินเลือดในเวลาพลบค่ำด้วยหากในห้องนั้นหรือบริเวณนั้นมีแสงสว่างเพียงพอ ช่วงเวลาที่พบยุงลายได้มากที่สุดมี 2 ช่วง คือในเวลาเช้า และในเวลาบ่ายถึงเย็น บางรายงานระบุว่าช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากินมากที่สุดคือ 09.00 – 11.00 น. และ 13.00 – 14.30 น. แต่บางรายงานก็ระบุแตกต่างกันออกไปเช่น 06.00 – 07.00 น. และ 17.00 – 18.00 น.ทั้งนี้แล้วแต่ว่าทำการศึกษาในฤดูกาลใด จากการศึกษาพฤติกรรมการกัดของยุงลายที่กรุงเทพฯ พบว่ายุงลายบ้านชอบกัดคนในบ้าน ส่วนยุงลายสวนชอบกัดคนนอกบ้าน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ามากัดคนในบ้าน ยุงลายไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์โดยทั่วไปมักบินไปครั้งละไม่เกิน 50 เมตร นอกจากนี้จะพบว่ามียุงลายชุกชุมมากในฤดูฝน ช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิและความชื่นเหมาะแก่การเพาะพันธุ์ ส่วนในฤดูอื่น ๆ จะพบว่าความชุกของยุงลายลดลงเล็กน้อย

แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

ยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะขังน้ำที่มีน้ำนิ่งและใส น้ำนั้นอาจจะสะอาดหรือไม่ก็ได้ น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ยุงลายชอบวางไข่มากที่สุด ดังนั้น แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านจึงมักอยู่ตามโอ่งน้ำดื่มและน้ำใช้ที่ไม่ปิดฝาทั้งภายในและภายนอกบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายชนิดนี้พบว่าร้อยละ 64.52 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้านและร้อยละ 35.53 เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่

นอกบ้าน นอกจากโอ่งน้ำแล้วยังมีภาชนะอื่นๆ เช่น บ่อซีเมนต์ในห้องน้ำ จานรองขาตู้กันมด จานรองกระถางต้นไม้ แจกัน อ่างล้างเท้า ยางรถยนต์ ไห ภาชนะใส่น้ำเลี้ยงสัตว์ เศษภาชนะ เช่น โอ่งแตก เศษกระป๋อง กะลา เป็นต้น ในขณะที่ยุงลายสวนชอบวางไข่นอกบ้านตามกาบใบของพืชจำพวกมะพร้าว กล้วย พลับพลึง ต้นบอน ถ้วยรองน้ำยาง โพรงไม้ กะลา กระบอกไม้ไผ่ที่มีน้ำขัง ฯลฯ สำหรับแหล่งเพาะพันธุ์ส่วนใหญ่ในโรงเรียนพบว่าเป็นบ่อซีเมนต์ในห้องน้ำและแจกันปลูกต้นพลูด่าง

อาการและอาการแสดง

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรคซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกีไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อก และถึงเสียชีวิตได้โรคไข้เลือดออกเดงกีมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้ ไข้สูงลอย 2 -7 วัน มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง มีตับโต กดเจ็บ มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก

อาการไข้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) อาจตรวจพบคอแดง (infected pharynx) ได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหล หรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัดในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะปวดรอบกระบอกตา

ในระยะไข้นี้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดโดยทั่ว ๆ ไปและอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้จะเป็นแบบ biphasic ได้ อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubellaได้ อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าเส้นเลือดเปราะ แตกง่ายการทำ tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกที่เป็นอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

ภาวะช็อก ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีจะมีอาการรุนแรงมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด/ช่องท้องมาก เกิด hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ตรวจพบ pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ค่าปกติ 30-40 มม.ปรอท) โดยมีความดัน diastolic เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (BP 110/90, 100/80 มม.ปรอท) ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีภาวะรู้สติดี พูดรู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกระทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิด

เป็นภาวะทางศัลยกรรม (acute abdomen) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วง ๆ ตัวเย็นชืด จับชีพจรและ/หรือวัดความดันไม่ได้ (profound shock)ภาวะรู้สติเปลี่ยนไปและจะเสียชีวิตภายใน12 - 24ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก หากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อกอย่างทันท่วงที และถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ profound shock ส่วนใหญ่ก็จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว

ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลง ผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือดเนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกไปแต่รั่วไม่มากจึงไม่ทำให้เกิด ภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้นๆ ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

สรุป อาการโดยทั่วไปหลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5 – 8 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการค่อนข้างเฉพาะอยู่ 4 ประการ คือ ไข้สูงเฉียบพลัน (38.5 – 40 องศาเซลเซียส) ประมาณ 2 – 7 วัน หน้าแดง ปวดกระบอกตา เบื่ออาหาร อาเจียน ส่วนใหญ่จะไม่มีน้ำมูก ไม่ไอ ซึ่งจะช่วยในการแยกวินิจฉัยแยกจากโรคหัดและไข้หวัด มีอาการเลือดออก เส้นเลือดเปราะแตกง่าย (Tourniquet test ให้ผลบวกตั้งแต่ 2 -3 วันแรก) มีจุดเลือดออกเล็กๆ ตามแขนขา ลำตัว รักแร้ มีเลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟัน อาจมีอาเจียนและอุจจาระสีดำ มีตับโต กดเจ็บ ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3 -4 นับแต่เริ่มป่วย มีภาวะช็อก ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกไป ยังช่องปอด/ช่องท้อง ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆกับไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีอาการ กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ ส่วนใหญ่จะรู้สติ พูดรู้เรื่อง กระหายน้ำ อาจมีอาการปวดท้องกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก หากรักษาไม่ทัน จะมีอาการปากเขียว ผิวสีม่วงๆตัวเย็นชืด จับชีพจรและวัดความดันไม่ได้ การรู้สติเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12 – 24 ชั่วโมง ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้นๆก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมากเพราะการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วเมื่อเริ่มมีการรั่วของพลาสมา จะช่วยลดความรุนแรงของโรคป้องกันภาวะช็อกและป้องกันการสูญเสียชีวิตได้จากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคทางคลินิกได้อย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะช็อก โดยใช้อาการทางคลินิก 4 ประการ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ คือ 1.ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และสูงลอยประมาณ 2-7 วัน 2.อาการเลือดออก อย่างน้อยมี tourniquet test positive ร่วมกับอาการเลือดออกอื่น เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดา อาเจียน/ถ่ายเป็นเลือด 3. ตับโต 4. ภาวะช็อก การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ประการที่ 1. เม็ดเลือดขาวจะมีค่าต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า 5,000 เซล/ลบ.มม.) แต่ในวันแรกอาจจะปกติหรือสูงเล็กน้อย โดยที่มี PMN ร้อยละ 70-80 เมื่อใกล้ไข้จะลง เม็ดเลือดขาวและ PMN จะลดลง พร้อม ๆ กับมี lymphocyte สูงขึ้น (โดยมี atypical lymphocyte ร้อยละ 15-35) บางครั้งเม็ดเลือดขาวจะมีค่าต่ำมากถึง 1,000-2,000 เซล/ลบ.มม. ซึ่งการตรวจเม็ดเลือดขาวจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อแบคทีเรีย และช่วยบอกระยะเวลาที่ไข้จะลดลงได้ ประการที่ 2. เกล็ดเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วก่อนไข้ลดและก่อนระยะช็อก ส่วนใหญ่เกล็ดเลือดจะ

ลดลงต่ำกว่า 100,000 เซล/ลบ.มม. และต่ำอยู่ประมาณ 3 - 5 วัน ในระยะที่มีเกล็ดเลือดต่ำจะมี impaired function ด้วย ประการที่ 3. ระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น (hemoconcentration) เป็นผลจากการเสียพลาสมา ระดับ hematocrit (Hct) ที่สูงขึ้นกว่าปกติ เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 (เช่นเพิ่มจาก35 เป็น 42) ถือเป็นเครื่องชี้บ่งว่ามีการรั่วของพลาสมาส่วนใหญ่ HCT จะเพิ่มขึ้นพร้อมกับเกล็ดเลือดลดลงหรือภายหลังเกล็ดเลือดลดลงการเปลี่ยนแปลงทั้ง2อย่างนี้จะเกิดก่อนไข้ลดและก่อนภาวะช็อก จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค ประการที่ 4 การตรวจ chest x-ray จะพบน้ำในเยื่อหุ้มปอดเสมอ ส่วนใหญ่จะพบทางด้านขวาในรายที่รุนแรงมีภาวะช็อกอาจพบได้ทั้งสอง ข้างผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญเพราะจะบอกความเปลี่ยนแปลงใน hemostasis และการรั่วของพลาสมา (การรั่วของพลาสมาในผู้ป่วยไข้เลือดออกมีลักษณะจำเฉพาะ คือ พลาสมาจะรั่วออกไปที่ช่องปอดและช่องท้องโดยผู้ป่วยจะไม่มีgeneralized edema ให้เห็น) จะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยทางคลินิกและช่วยในการพยากรณ์โรค เพราะการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและระดับ hematocrit มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ทั้งบอกเวลาที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะระดับ hematocrit ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีของการรั่วพลาสมา และบอกถึงเวลาที่จะต้องเริ่มให้การรักษา ในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DHF) ESR จะอยู่ในระดับปกติในระยะที่มีไข้และจะลดต่ำลงจากปกติในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาและระยะที่มีภาวะช็อก ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค DSS จาก septic shock ได้

การเกิดภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ มีการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock ซึ่งมีข้อบ่งชี้ดังนี้ ประการที่ 1. ระดับ hematocrit เพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อก และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา/ระยะช็อก 2. มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การวัด pleural effusion index พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค 3. ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา 4. Central venous pressure ต่ำ 5. มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการใช้สารน้ำเกลือแร่ ละสาร colloid ชดเชย ประการที่ 2. ระดับ percipheral resistance เพิ่มขึ้น เห็นได้จากระดับ pulse pressure แคบ โดยมีระดับ diastolic pressure สูงขึ้น เช่น 100/90,110/100,100/100 มม.ปรอท ในระยะที่มีการช็อก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทาง hemodynamic ที่สนับสนุนว่ามี peripheral resistance เพิ่มขึ้น

การจัดระดับความรุนแรงของ DHF โดยการพิจารณาว่ามีภาวะช็อกหรือไม่นั้น แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (grade) คือ ในรายที่ไม่มีอาการช็อกจัดเป็น grade1 และ grade 2 ซึ่งจะแยกกันโดยที่ grade 2 มี spontaneous hemorrhage ถ้ามีภาวะช็อกก็จัดอยู่ใน grade 3 และ grade 4 ในรายที่เป็น grade 4 เป็นผู้ป่วยที่มี profound shock วัดความดันเลือดและชีพจรไม่ได้ การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคนี้ยังมีความสับสน โดยบางครั้งพบว่ามีการจัด DF อยู่ใน grade 1 และ grade 2 ซึ่งที่ถูกต้องแล้ว grade 1 - 4 นี้เป็นการแบ่งระดับความรุนแรงของ DHF เท่านั้น ดังนั้น จะต้องวินิจฉัยก่อนว่าเป็น DHF หรือไม่ (โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยว่ามีเกล็ดเลือดต่ำ มีการรั่วของพลาสมา ซึ่งอาจเป็นระดับ HCT สูงหรือพบว่ามี pleural effusion/ascites) จากนั้นจึงจะจัดระดับความรุนแรงของ DHF

การวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลืองในระยะที่มีไข้สูงจะเป็นระยะที่มีเชื้อไวรัสอยู่ในกระแสเลือด (viremia) จึงสามารถแยกเชื้อไวรัสเดงกีจากเลือดได้ หลังจากไข้ลดลงแล้วไวรัสก็จะหมดไปจาก

กระแสเลือดการตรวจทางน้ำเหลืองเป็นการตรวจดูระดับการเปลี่ยนแปลงของ lgM และ lgG antibody ต่อเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งใช้ในการวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อครั้งแรกพบว่าระดับ lgM:lgG จะมากกว่าถึง 1.8 เท่า อย่างไรก็ตามวิธี HAI ยังเป็นวิธีมาตรฐาน การตรวจทางน้ำเหลืองจะต้องเจาะเลือด 2 ครั้งห่างกัน 1-4 สัปดาห์นอกจากนี้ยังมีวิธีการวินิจฉัยโรค โดยใช้เทคนิคที่เรียกว่า PCR และ Rapid diagnosis เพื่อดูระดับของ lgM และ lgG (ในวันที่ 1-3 lgM antibody อาจยังไม่ขึ้นถึงระดับที่จะตรวจพบได้)

การวินิจฉัยทางไวรัสและทางน้ำเหลืองจะช่วยยืนยันว่ามีการติดเชื้อเดงกี แต่การวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง DHF และ DF นั้นจะต้องใช้อาการทางคลินิกร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและการรั่วของพลาสมา

การรักษา

แม้ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสเดงกีใช้ก็ตาม การรักษาแบบตามอาการและประคับประคองโดยการแก้ไขชดเชย การรั่วของพลาสมาและ / หรือ เลือดที่ออก สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเสียชีวิตได้ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษา จะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรคสามารถให้การวินิจฉัยได้เร็วและถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มี nursing cares ที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา

การดูแลรักษาผู้ป่วยมีหลักปฏิบัติดังนี้ คือ

1 ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน หากจำเป็นต้องในยาลดไข้ ควรใช้ยาพวกพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน และ ibuprofen เพราะอาจจะทำให้เกล็ดทำงานผิดปกติและ อาจระคายกระเพาะทำให้เลือดออกง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิดอาการ ทางสมอง (Reye Syndrome) ควรใช้ยาลดไข้เป็นครั้งคราวเวลาที่ไข้สูงเท่านั้น เพื่อให้ไข้ที่สูงมากลดลงต่ำ กว่า 39 องศาเซลเซียส การใช้ยาลดไข้มากเกินไปจะมีภาวะเป็นพิษต่อตับได้ ควรจะใช้การเช็ดตัวช่วยลดไข้ด้วย

2 ให้ผู้ป่วยได้น้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหาร และอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียมด้วย ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ในรายที่อาเจียนควรให้ดื่มครั้งละน้อย ๆ และดื่มบ่อย ๆ

3 จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับไข้ลดลง ประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วันก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำ ให้ผู้ปกครองทราบหรือถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างมาก กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้นำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

4 เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์ต้องตรวจเลือดดูปริมาณเกล็ดและ Hct และอาจนัดมาตรวจดู การเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและ Hct เป็นระยะ ๆ เพราะถ้าปริมาณเกล็ดเลือดเริ่มลดลง และ Hct เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องชี้บ่งว่า พลาสมาเริ่มรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารละลายชดเชย

5 โดยทั่วไปแล้วไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ยังมีไข้ สามารถรักษา แบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ผู้ปกครองดูแลเฝ้าสังเกตอาการตามข้อ 3 หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ โดยตรวจดูอาการเปลี่ยนแปลงตามข้อ 4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงอาการช็อก ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกรายและถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

ในรายที่ไข้ลด และมีระดับ hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 แต่ไม่มีภาวะช็อก อาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ 5 % D1/2 NSS หรือ 5 % D Ringer acetate ประมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit โดยจัดปริมาณตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก Hct, vital signsและ urine output ทั้งนี้จะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตาม HCT ตลอดช่วงเวลา 24 - 48 ชม. เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป ในรายที่ระดับ HCT ยังสูงอยู่หลัง 24 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยที่มีเลือดออก แม้ไม่มากควรรับเป็นผู้ป่วยใน

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์ต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าวอย่างรวดเร็วด้วยสารน้ำ เลือด หรือสาร colloid เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ต้องถือเป็น medical emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้ คือ 1. ให้สารน้ำ isotonic salt solution 5 % D/R acetate 10-20 cc/kg/hr หรือ ให้เป็น bolus ในรายที่เป็น profound shock ทันทีเมื่อพบผู้ป่วย 2. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ resuscitate แม้จะเป็นเวลา 1/2 - 1 ชั่วโมง ควรจะลด rate IV fluid ลงมา และปรับ rate หลังจากนั้น โดยใช้อาการทางคลินิก, Hct, vital signs และจำนวนปัสสาวะเป็นแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เกิน 24-48 ชม. หลักการที่สำคัญคือให้ IV fluid ในปริมาณเพียงเท่าที่จำเป็นสำหรับ การรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น 3. แก้ไขภาวะ metabolic และ eletrolyte disturbance ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะ acidosis 4. ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต้องนึกถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจไม่ออกมาให้เก็บภายนอก (comcealed bleeding) ส่วนใหญ่มักจะออกในระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่ยังช็อกอยู่ (refractory shock) ภายหลังให้ crystalloid/colloid จำนวนมากพอ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถลด rate IV fluid ลงได้เลย และ Hct ลดลงแล้ว (เช่นลดจาก 50 % เป็น 40 %) ต้องนึกถึงภาวะเลือดออกภายใน จำเป็นต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น fresh whole blood ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ช็อกจะมีเลือดออกมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี profound shock อยู่นาน

สาเหตุการตายที่สำคัญ คือผู้ป่วยที่มี prolonged shock ผู้ป่วยที่มี internal bleeding ซึ่งถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทน จะมีprofound shock การให้ IV fluid การให้ IV fluid มากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทนทำให้มี fluid overload เป็นสาเหตุตายที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่ง ในรายที่มีภาวะตับวายให้การรักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยตับวายจากโรคตับอักเสบ ถึงแม้จะพบภาวะตับวายได้น้อย แต่เมื่อพบจะมีอัตราตายสูงมาก

การรักษาไม่มีการรักษาที่เฉพาะและไม่มีวัคซีนป้องกัน ให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ โดยให้ยาลดไข้ แนะนำให้ใช้ยาพาราเซตามอล ให้น้ำให้เพียงพอ และพักผ่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ ผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีไข้สูง 4 -5 วัน (พบร้อยละ 70) ซึ่งเป็นช่วงระยะวิกฤตในช่วงที่ไข้ลดลง จึงควรตระหนักเสมอว่าวันที่ 3 ของโรค เป็นวันที่เสี่ยงที่สุดที่ผู้ป่วยไข้เลือดออกมีโอกาสช็อกได้

การป้องกันโรค โรคไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว การป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ จึงต้องไม่ให้ยุงกัดโดยเฉพาะในผู้ป่วย โดยการลดจำนวนยุงตัวเต็มวัย และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ซึ่งจะต้องทำให้ครอบคลุมทุกครัวเรือนต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดปี มีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

1. วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อลดจำนวนยุงตัวเต็มวัยและแหล่งเพาะพันธุ์ให้ได้มากที่สุด โดยมีข้อแนะนำสำหรับสถานศึกษา ได้แก่ ดำเนินการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในสถานศึกษา ทุก 7 วัน ให้ความรู้และคำแนะนำแก่นักเรียนเกี่ยวกับ วงจรชีวิตของยุง การแพร่เชื้อ และวิธีป้องกัน ได้แก่ การปิดภาชนะกักเก็บน้ำด้วยฝาปิดเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่ อาจจะใช้ผ้ามุ้ง ผ้ายางหรือพลาสติกปิดและมัดไว้ ภาชนะที่ยังไม่ใช้ประโยชน์ควรคว่ำไว้ ไม่ให้รองรับน้ำ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สิ่งของเหลือใช้ เช่น กะลา กระป๋องควรเผาหรือฝัง แจกันดอกไม้สดควรเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน วิธีการเหล่านี้ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดทั้งปี การปล่อยปลากินลูกน้ำลงในภาชนะเก็บกักน้ำ เช่น โอ่งตุ่ม 2 -4 ตัว หมั่นดูแลอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง วิธีนี้ง่ายประหยัดและปลอดภัย ทางเคมี โดยใส่ทรายมีฟอส ในภาชนะเก็บน้ำใช้ ควรใช้เฉพาะภาชนะที่ไม่สามารถปิดหรือใส่ปลากินลูกน้ำได้

2. วิธีการลดยุงตัวเมีย มีดังนี้ 2.1 ใช้ไม้ตียุง ใช้น้ำผสมน้ำสบู่หรือผงซักฟอก ฉีดพ่นให้ถูกตัวยุง 2.2 การพ่นสารเคมีกำจัดยุงเต็มวัย เป็นวิธีควบคุมป้องกันยุงที่ให้ผลดี แต่ให้ผลระยะสั้น ราคาแพง ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ เพราะเคมีภัณฑ์อาจเป็นพิษต่อคนและสัตว์เลี้ยง จึงควรใช้เฉพาะเมื่อจำเป็น

3. การป้องกันยุงกัด โดยนอนในมุ้ง ทายากันยุง ใช้สมุนไพร/พัดลมไล่ยุง ใส่เสื้อให้มิดชิด หลีกเลี่ยงที่มืด ทึบ อับชื้น

นวัตกรรมทางการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. การกำจัดยุงพาหะ

1.1 ตัวเต็มวัย

ฉีดพ่นเคมีด้วยเครื่องพ่น วิธีนี้ควรใช้เมื่อมีผู้ป่วยหรือโรคมีการระบาด โดยฆ่าตัวยุงเต็มวัยที่มีเชื้อไวรัสอย่างฉับพลัน เพื่อลดการแพร่กระจายโรคให้เร็วที่สุด การฉีดพ่นยุง บริเวณกว้างนอกบ้านใช้เครื่องพ่นหมอกควัน ส่วนบริเวณแคบในบ้านสามารถใช้กระป๋องสเปรย์ซึ่งหาซื้อได้ตามร้านค้าทั่วไป

น้ำยาล้างจาน/แชมพู นำน้ำยาล้างจานหรือแชมพูผสมกับน้ำในอัตราส่วน 1: 4 ใส่ในกระบอกฉีด ใช้ฉีดให้ถูกตัวยุง ฝอยละอองน้ำจากกระบอกฉีดจะทำให้ยุงเปียก บินไม่ได้และอาจถึงตายหากฝอยละอองน้ำปิดปากรูหายใจที่อยู่ด้านข้างตามลำตัว

ไม้ช็อตยุงไฟฟ้า/กับดักยุงแสงไฟ เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปขายตามร้านค้าทั่วไปโดยไม้ช็อตยุงไฟฟ้ามีก้อนถ่านไฟฉาย หรือกระแสไฟจากบ้านเป็นแหล่งกำเนิดไฟฟ้า เมื่อถูกตัวยุงสามารถทำให้ยุงตาย ส่วนกับดักยุงจะมีมอเตอร์ติดใบพัดและแสงไฟล่อให้ยุงบินเข้ามาล้วถูกฆ่าได้เช่นเดียวกัน

ถังดักยุงตัวเต็มวัย ชีวนิสัยยุงลายชอบเกาะตามที่มืดและมีความชื้น จึงใช้ภาชนะสีดำ เช่น ถังทาสีดำ ภายในใส่ผ้าเก่าชุบน้ำพอชื้น ครอบถังด้วยขวดพลาสติกผ่าครึ่งด้านที่มีคอขวด สำหรับเป็นช่องให้ยุงบินลงในถังได้ วางถังตามที่มืดๆในบ้านและนอกบ้าน เมื่อต้องการฆ่ายุงในถังให้ปิดปากขวดด้วยผ้าก่อนแล้วนำถังไปตากแดด 30 นาที – 1 ชั่วโมง ยุงในถังก็จะตาย ภาชนะอื่นใช้แทนได้ เช่น โอ่ง ปีป ถุงพลาสติกสีดำ เป็นต้น

นวัตกรรมปีปดักยุงทำได้ด้วยปีปขนมปัง ยุงลายจะเกาะพักในมุมห้องที่ทึบสลัว ใช้ปีปใส่เสื้อผ้าดำๆที่ไม่ต้องซัก เช่น ถุงเท้า เสื้อที่มีเหงื่อไคล ยุงลายจะตามกลิ่นตัวคนที่ติดอยู่ตามเสื้อผ้า เปิดฝาวางไว้มุมห้องตอนเย็นๆ ตอนเช้าใช้ฝาปิดแล้วนำปีปไปตากแดดทำให้ยุงลาย

นวัตกรรมกาลักน้ำจากชิ้นผ้ากับยางรถยนต์ ยางรถยนต์เก่าๆที่วางไว้มีน้ำขังด้านใน เอาออกยากมาก เจาะรูก็ยาก วิธีจัดการคือเอาเข้ามาไว้ในที่ร่มหรือเอาผ้าคลุมไม่ให้น้ำฝนตกค้างดีที่สุด หรือนำมาประยุกต์เป็นของใช้หรือเครื่องประดับ แต่ถ้าทำไม่สะดวก มีทางเลือกโดยการใช้ชิ้นผ้าเศษผ้าพาดระหว่างช่องยางด้านใน พาดผ่านไปยังพื้นดินชิ้นผ้าจะทำหน้าที่ค่อยๆซับดูดน้ำจากที่ขังในยางออกลงสู่พื้นดินใน 1 ชั่วโมง เมื่อน้ำแห้งจะทำให้ลูกน้ำที่แตกตัวจากไข่ยุงลายตายไป หมั่นคอยตรวจสอบดูว่าชิ้นผ้าดังกล่าวยังอยู่ในสภาพเป็นกาลักน้ำได้ตามปกติหรือไม่ และต้องไม่เคลื่อนย้าย

1.2 ลูกน้ำ

การกำจัดลูกน้ำยุงลายใช้หลักการ 5 ป. เป็นเบื้องต้น ได้แก่ **ปิด** ปิดภาชนะน้ำกินน้ำใช้หลังการตักใช้น้ำทุกครั้ง เพื่อป้องกันยุงลายลงไปวางไข่ วัสดุที่ใช้เป็นฝาครอบปิดภาชนะมีหลากหลาย เช่น ตาข่าย ผ้าสะอาด (อาจเป็นผ้าขาวบาง ผ้าจีวรพระ เป็นต้น) ทำขอบเป็นหูรูดด้วยยางพลาสติกหรือไม้ไผ่บาง หรือยางรถ อาจดัดแปลงทำเป็นซิปรูดเปิดปิด ตรงกลางเพื่อสะดวกในการตักน้ำและป้องกันการลืมปิดฝาครอบ **เปลี่ยน** เปลี่ยนน้ำในแจกัน ถังเก็บน้ำ ทุก 7 วัน เพื่อตัดวงจรลูกน้ำที่จะกลายเป็นยุง **ปล่อย** ปล่อยปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง ปลากัด ปลากระดี่ ในภาชนะใส่น้ำถาวร เช่น อ่างบัว ถังซีเมนต์เก็บน้ำขนาดใหญ่ ปลาเหล่านี้เพาะพันธุ์ง่าย เติบโตเร็วและกินลูกน้ำขณะขึ้นมาหายใจบริเวณผิวน้ำ ใส่ปลาตัวผู้ตัวเมีย 1 คู่ ในโอ่ง/ภาชนะน้ำใช้ จะสามารถแพร่พันธุ์ลูกหลานได้หลายร้อยตัว ปัจจุบันบางหมู่บ้านจัดตั้งเป็นธนาคารปลา และมีสาขาย่อยอยู่ตามจุดต่างๆของหมู่บ้าน ให้ลูกบ้านมารับและนำไปปล่อยในภาชนะน้ำขังของแต่ละครัวเรือน **ปรับปรุง** ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดโปร่ง โล่ง ลมพัดผ่าน ไม่เป็นที่เกาะพักของยุงลายทั้งในบ้านและนอกบ้าน โดยเฉพาะบริเวณรอบบ้านต้องกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์และขยะอย่าให้เป็นแหล่งขังน้ำฝน **ปฏิบัติ** ปฏิบัติจนเป็นนิสัย

1.3 ไข่

ผนังด้านในบริเวณเหนือน้ำด้านในของภาชนะเก็บน้ำ เป็นที่ยุงลายวางไข่ เมื่อระดับน้ำสูงขึ้นมาถึงไข่ ไข่ก็ฟักตัวเป็นลูกน้ำ การขัดล้างไข่ยุงทุก 7 วัน จะป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงได้ วัสดุที่ใช้ขัดล้างไข่ยุง นอกจากผ้า หรือ ฝอยขัดแล้ว อาจทำเป็นไม้ถูจากวัสดุธรรมชาติ เช่น เส้นใยของผลบวบหอมที่แก่จัดและผลโต หลังจากลอกเปลือกและเลาะเนื้อบวบออกแล้ว ผูกติดปลายไม้ให้แน่น นำไปขัดถูล้างไข่ยุงที่ติดตามผนังด้านในอ่ง/ภาชนะเก็บน้ำ หรือ กาบมะพร้าวที่ลอกเปลือกนอกทิ้งแล้วก็สามารถใช้ขัดถูได้เช่นเดียวกัน

2. การป้องกันประชาชนจากการถูกยุงกัด

นอนในมุ้ง การนอนในมุ้งทั้งตอนกลางวันและกลางคืนสามารถป้องกันยุงกัดขณะหลับได้เป็นอย่างดี มุ้งที่ชุบสารเคมีสามารถฆ่ายุงที่มาสมัผัสได้

น้ำส้มควันไม้ น้ำส้มควันไม้ เป็นของเหลวสีน้ำตาลใส มีกลิ่นไหม้ควันไม้ ได้มาจากการควบแน่นของควันที่เกิดจากการผลิตถ่านไม้ ช่วงที่ไม้กำลังจะเปลี่ยนเป็นถ่านถ่ายเทความร้อนจากปล่องดักควันสู่อากาศ รอบปล่องดักควันความชื้นในควันจะควบแน่นเป็นหยดน้ำ ส่วนประกอบส่วน

ใหญ่เป็นกรดอะซิติกมีความเป็นกรดต่ำ สีน้ำตาลแดง น้ำส้มควันไม้ที่ได้ทิ้งไว้ในภาชนะพลาสติกประมาณ 3 เดือน ในที่ร่มจะตกตะกอนแยกตัวเป็น 3 ชั้น คือ น้ำมันเบา น้ำส้มไม้ และน้ำมันทาร์ แยกน้ำส้มควันไม้มาผสมน้ำ 200 เท่า ฉีดพ่นขับไล่ยุงและแมลง

สมุนไพรอื่นๆ เช่น ใบหูเสือ ใบมะกรูด ตะไคร้หอม ยูคาลิปตัส อาจชนิดเดียวหรือผสมก็ได้ บดละเอียด หรือปั่น หรือสกัดด้วยเอททิลแอลกอฮอล์ นำมาผสมกับน้ำ ใส่กระบอกฉีดให้ถูกตัวยุงลาย หรือชุบวัสดุซึมซับส่งกลิ่นไล่ยุง

3. การสำรวจลูกน้ำ

มาตรการต่างๆที่นำมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน หรือพื้นที่แห่งหนึ่งแห่งใด การสำรวจลูกน้ำจะเป็นดัชนีหนึ่งที่บ่งบอกถึงสถานภาพความพร้อมในการเกิดและการแพร่กระจายโรคได้ โดยการตรวจดูลูกน้ำยุงลายตามภาชนะต่างๆทั้งในและนอกบ้าน ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ช่วยทางการสำรวจลูกน้ำ เช่น เครื่องเคาะโอ่ง ลักษณะคล้ายกับไม้เคาะทุเรียน ทำด้วยท่อนไม้ยาวประมาณ 30 ซ.ม. ปลายไม้ห่อหุ้มด้วยผ้าหนา แน่นโป่งเป็นก้อนขนาดเล็กใหญ่ตามใจชอบ เมื่อค้นหาลูกน้ำยุงลาย ให้ใช้ปลายไม้ด้านห่อหุ้มด้วยผ้าหนา เคาะผนังโอ่งหรือภาชนะแทนการใช้มือ เพื่อให้น้ำกระเพื่อมจะช่วยให้มองเห็นลูกน้ำเคลื่อนไหวได้ง่าย ไฟฉายขยายร่าง อุปกรณ์ประกอบด้วย แผ่น CD เก่า ท่อนไม้ เส้นศูนย์กลางประมาณ 1 ซ.ม. ความยาวประมาณ 40 – 60 ซ.ม. (ความยาวมากน้อยเพียงใดขึ้นกับการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความลึกของภาชนะที่ต้องการสำรวจลูกน้ำ) ไฟฉายพร้อมถ่าน 1 กระบอก นำแผ่น CD ติดที่ปลายไม้ด้านหนึ่ง บริเวณด้ามไม้ที่ใช้จับอยู่เหนือน้ำให้ผูกติดกระบอกไฟฉาย เมื่อสำรวจลูกน้ำให้หย่อนปลายไม้ด้านมีแผ่น CD ลงในน้ำ เปิดสวิทซ์ไฟฉาย แสงไฟกระทบแผ่น CD ให้สว่างมากขึ้นจึงทำให้เห็นลูกน้ำชัดเจน อาจใช้กล่องนมยูเอชทีซึ่งด้านในเป็นแผ่นฟลอยส์สะท้อนแสงได้ ขนาด 20 x 20 ซ.ม. เจาะรูสี่ด้านแล้วนำเชือกความยาวประมาณ 60 ซ.ม. ร้อยเข้ารูที่เจาะไว้ทั้ง 4 ด้านและถ่วงด้านล่างด้วยเหล็ก หรือวัสดุมีน้ำหนักให้จมน้ำ นำทิ้งลงไปในภาชนะที่ต้องการสำรวจก็สามารถเห็นลูกน้ำเคลื่อนไหวชัดเจนมากขึ้นเช่นเดียวกัน

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของบลูม (Bloom, 1967) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรมหรือการยอมรับปฏิบัติ (Practice) แนวคิดนี้ประกอบไปด้วยตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรมหรือการยอมรับปฏิบัติ (Practice) เมื่อมีความรู้ จะเกิดทัศนคติในการป้องกันและนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับประสบการณ์โดยการเรียนรู้ จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าแล้วจัด ระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยาด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน ความรู้ในที่นี้จึงหมายถึงความสามารถในการจำได้ หรือระลึกได้ถึงประสบการณ์ต่างๆในชีวิตที่ได้รับรู้มา ระดับของพฤติกรรมที่จัดอยู่ในกลุ่มความรู้ คือ 1. ความเข้าใจ ซึ่งนำมาใช้ในการแปลความหมาย ให้ความหมาย คาดคะเน และนำความรู้ 2. การ

วิเคราะห์ เป็นขั้นหนึ่งของพฤติกรรม เพื่อนำความเข้าใจอย่างละเอียดและเห็นความสำคัญที่แน่ชัดขององค์ประกอบต่างๆ และ 3. การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการนำเอาส่วนประกอบย่อยๆหลายส่วนมารวมเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด สามารถนำเอาประสบการณ์เก่ามารวมกับประสบการณ์ใหม่ แล้วสร้างเป็นแบบแผนหรือหลักสำหรับการปฏิบัติอย่างมีแบบแผน

เบนจามิน บลูม (Benjamin S, Bloom อ้างถึงในอักษร สวัสดี, 2542: 26 -28) ได้ให้ความหมายของความรู้ ว่าหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่างๆ โดยเน้นเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ ในปี ค.ศ. 1965 บลูมและคณะ ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ หรือพุทธพิสัย (cognitive domain) ของคนว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่างๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ขั้นต่ำไปสู่ระดับความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป โดยบลูม และคณะ ได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับ ดังนี้ 1.ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏต่างๆซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน 2.ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ความจำ ให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมายและความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง 3.การนำไปปรับใช้ เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอดในเรื่องใดๆที่มีอยู่เดิมไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น 4.การวิเคราะห์ เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจและการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อยที่มีความสัมพันธ์กันรวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆเพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง 5.การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆหรือส่วนใหญ่ๆเข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการในการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่างๆเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดไว้ 6.การประเมินผล เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธลักษณะที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด ดังนั้น ความรู้ คือ สิ่งที่มนุษย์สร้างผลิต วามคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษาเครื่องหมาย และสื่อต่างๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้างผู้ผลิตจะให้ความหมาย

แพทริก เมเรดิธ (Patrick Meredith, 1961: 10) ได้กล่าวถึงความรู้ว่า มีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ความเข้าใจ และการคงอยู่ เพราะความรู้ หมายถึง ความสามารถจดจำได้ในบางสิ่งบางอย่างที่เข้าใจมาแล้ว

ยุวดี รอดจากภัย (2551) ได้กล่าวว่าความรู้ (K = Knowledge) นั้นหมายถึงว่าความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ซึ่งรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:16) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ความรู้” นั้นเป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนแตกจำแนกได้ อาจได้โดยการฝึกได้หรือการมองเห็น ได้ยิน จำได้ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้าง และวิธีแก้ปัญหาเหล่านี้

นิภา มนุญปิจุ (2531:59) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ความรู้” หมายถึง ความรู้ ความสามารถในการจำหรือระลึกได้ แต่ไม่ใช่ว่าความเข้าใจไปตีความในเรื่องนั้นๆ ซึ่งแบ่งเป็นลักษณะย่อยๆดังนี้

-ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง หรือเป็นข้อเท็จจริงความรู้เกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน

-ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี โครงสร้างและหลักการ

วิจารณ์ พานิช ได้กล่าวว่าความรู้คือ สิ่งที่นำไปใช้จะไม่หมดไปหรือสึกหรอแต่จะงอกเงยหรืองอกงามขึ้น เป็นสารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ณ จุดที่ต้องการใช้ความรู้นั้น และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบริบทที่กระตุ้นให้เกิดขึ้นตามความต้องการแบ่งชนิดของความรู้ 3 ลักษณะที่ปรากฏดังนี้

ลักษณะที่ 1 ความรู้ที่เปิดเผย (explicit knowledge) รู้กันทั่วไปพบเห็นในหนังสือตำรา สื่อต่าง ๆ เข้าถึง และแลกเปลี่ยนได้ไม่ยาก

ลักษณะที่ 2 ความรู้ที่แฝงอยู่ในองค์กร (embedded knowledge) แฝงอยู่ในกระบวนการทำงาน คู่มือ กฎกติกา ข้อตกลง ตารางการทำงาน บันทึกจากการทำงาน

ลักษณะที่ 3 ความรู้ที่ฝังลึกในคน (tacit knowledge) ฝังอยู่ในความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ที่คนได้จากประสบการณ์ ข้อสังเกตที่สั่งสมมานาน จากการเรียนรู้ที่หลากหลาย และเชื่อมโยงจนเป็นความรู้ที่มีคุณค่าสูงแลกเปลี่ยนยาก และไม่สามารถเปลี่ยนมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยได้ทั้งหมด แบ่งความรู้ เป็น 4 ระดับ คือ 1)Know-what เป็นความรู้เชิงทฤษฎีล้วน ๆ เมื่อนำความรู้ไปใช้อาจใช้ได้บ้าง ไม่ได้บ้าง 2)Know-how เป็นความรู้ที่มีทั้งเชิงทฤษฎี และบริบท และรู้จักปรับสภาพได้ 3) Know-why เป็นความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผลได้ และ 4) Care-why เป็นความรู้ในระดับคุณค่าความเชื่อ ซึ่งจะเป็นแรงขับดันมาจากภายในจิตใจให้ต้องกระทำสิ่งนั้น ๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์

สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ ความสามารถในการจดจำ ความเข้าใจ หรือระลึกได้ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ต่างๆที่เคยได้รับรู้มา

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)

การเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติ แบ่งออกเป็นขั้นตอน ดังนี้ การรับ การตอบสนอง การให้ค่า การจัดกลุ่มคำ และการแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ ได้มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

Benjamin S, Bloom (1971: 271) ได้ให้ความหายของทัศนคติ ไว้ว่า เป็นความหมายที่ค่อนข้างกว้างว่า ความตระหนักเกือบคล้ายกับอารมณ์ ความตระหนักเป็นขั้นสุดท้ายของอารมณ์และความรู้สึก ทัศนคติเกือบคล้ายกับความรู้ตรงที่ทั้งความรู้และความตระหนักไม่เน้นที่ลักษณะสิ่งเร้า แต่ความตระหนักต่างกับความรู้ตรงที่ความตระหนักไม่จำเป็นต้องเน้นปรากฏการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด ความตระหนักจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าให้เกิดความตระหนัก

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529:7) อธิบายว่าทัศนคติเป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของความคิดเห็นความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น สิ่งนั้นในที่นี้อาจจะเป็นบุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์

นิภา มนุญปิจุ (2531 : 68) กล่าวว่าทัศนคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจคน การเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติจะเป็นไปตามขั้นตอนดังนี้ คือการรับรู้หรือการให้ความสนใจ การตอบสนองด้วยความเต็มใจ พอใจ การให้ค่า การจัดกลุ่มคำ และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่เชื่อถือ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526:3) ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก องค์ประกอบของทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญาหรือความรู้ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า ทั้งด้านดีและไม่ดี หรือเป็นความเชื่อต่อความรู้ต่างๆข้อเท็จจริงที่คนรู้ได้จากความรู้ เพราะถ้าบุคคลไม่รู้จะทำให้ไม่มีทัศนคติต่อสิ่งนั้น องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Effective Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกที่มีต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่างๆาชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย องค์ประกอบทางด้านปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ทัศนคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ แต่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดหรือที่มาของการปฏิบัติ ทัศนคติจะมีบทบาทในการช่วยเหลือให้เราปรับปรุงตัวเองป้องกันตัวเองและช่วยเหลือให้บุคคลเข้าใจสิ่งแดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา

สรุปได้ว่าทัศนคติ หมายถึง ความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวอยู่ระหว่างความรู้สึก และความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบ ในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมา

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (Behavior or Practice)

พฤติกรรม หรือการปฏิบัติ นั้นเป็นการแสดงออกที่เห็นได้ หรือสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ พฤติกรรมที่แสดงออกนี้อาจเป็น พฤติกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติในทันที แต่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป ซึ่งพฤติกรรมด้านนี้นั้นเมื่อแสดงออกมาจะสามารถวัดหรือประเมินได้ง่าย แต่กระบวนการก่อให้เกิดพฤติกรรมจะต้องอาศัยการตัดสินใจหลายขั้นตอน มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้

ชัยพร วิชชาวุธ (2522:34-35) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า"พฤติกรรม"หมายถึง การกระทำของมนุษย์ไม่ว่าจะกระทำโดยรู้ตัวและไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการหรือไม่ก็ตาม เช่น การพูด การเดิน การกระพริบตา การได้ยิน การเข้าใจ การรู้สึกโกรธ การคิด เป็นต้น

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และ เอนกกุล กรีแสง (2522:42-43) ได้ให้ความหมายว่า การปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถที่จะนำเอาวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่างๆ ไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์จริง หรือการจำลองได้อย่างถูกต้อง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2524:26) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพว่า พฤติกรรมที่คนพยายามจัดทำเพื่อป้องกันมิให้ป่วย ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมไว้ว่าเป็นการศึกษาประยุกต์รวมเอาความรู้ ทัศนคติ จากศาสตร์แม่บทหลายๆศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเรากำลังศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับอะไร

องค์ประกอบของทัศนคติแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520:3)

1) องค์ประกอบด้านพุทธปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่องค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดอาจอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกัน

2) องค์ประกอบด้านท่าทีรู้สึก (Affective Component) ได้แก่อารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้านบวกหรือด้านลบ

3) องค์ประกอบด้านปฏิบัติ (Behavior Component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อเป้าหมายเขาก็จะมีความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมสนับสนุนออกมา

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการด้วยกัน คือ

คน คือ บุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบว่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 10 - 14 ปี เป็นกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี และกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี ตามลำดับ สำหรับกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี และมากกว่า 25 ปี จนถึง 65 ปี ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แต่พบน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

เชื้อไวรัส เป็นไวรัสเดงกี่ มี 4 Serotypes (ได้แก่ DEN1, DEN2, DEN3 และ DEN4)

ยุงลาย เป็นพาหะนำเชื้อมาสู่คน มี 2 ชนิด คือ ยุงลายบ้าน และยุงลายสวน

หากชุมชนใดมีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการอยู่ครบถ้วน โรคไข้เลือดออกสามารถเกิดและระบาดในชุมชนนั้นได้ ในขณะนี้วัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา สำหรับเชื้อไวรัสเดงกี่ยังไม่มียาฆ่าเชื้อโดยเฉพาะ ดังนั้น กลวิธีควบคุมโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน คือ การควบคุมยุงพาหะนำโรคให้น้อยลง ซึ่งทำได้โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ การกำจัดยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำ

วิธีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หากบ้านหรือชุมชนใดไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ชุมชนนั้น ก็จะไม่มียุงลายที่จะนำเชื้อไวรัสมาติดถึงคนได้ ดังนั้น การควบคุมโรคโดยการลดหรือ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จึงเป็นการกำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างแท้จริง วิธีการควบคุมมี 3 วิธี ดังต่อไปนี้

1. ทางกายภาพ ได้แก่ การปิดภาชนะกักเก็บน้ำด้วยฝาปิดเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่ได้ สำหรับภาชนะเก็บน้ำที่ยังไม่ต้องใช้น้ำ อาจจะใช้ผ้ามุ้ง ผ้ายาง หรือ พลาสติก ปิดและมัดไว้ สำหรับภาชนะที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์ควรจะคว่ำไว้มิให้รองรับน้ำเพื่อจะไม่กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สำหรับสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์หรือสิ่งของเหลือใช้ เช่น กะลา กระป๋องควรเผาหรือฝังแล้วแต่ความสะดวก แจกันดอกไม้สดควรเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน เป็นต้น วิธีการเหล่านี้ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดทั้งปี

2. ทางชีวภาพ วิธีที่ได้ผล คือ การปล่อยปลากินลูกน้ำลงในภาชนะเก็บกักน้ำ เช่นโอ่ง ตุ่ม ภาชนะละ 2 - 4 ตัว ควรหมั่นดูแลอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง หากปลาบางตัวตายก็ใส่ตัวใหม่ทดแทน วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่าย ประหยัด และปลอดภัย เหมาะสมสำหรับภาชนะเก็บน้ำใช้ที่ปิดไม่ได้ สำหรับปลากินลูกน้ำ สามารถขอพันธุ์ปลาได้จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. สารเคมี เป็นสารที่ใช้ฆ่าลูกน้ำยุงลายซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้และรับรองความปลอดภัย ได้แก่ ทรายทีมีฟอส ควรใช้เฉพาะกับภาชนะเก็บน้ำที่ไม่สามารถปิดหรือใส่ปลากินลูกน้ำได้ นอกจากนี้ยังมีเกลือ ซึ่งเป็นของใช้ประจำในครัวเรือนที่สามารถนำมาใช้ในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ โดยเฉพาะที่ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าว โดยใส่เกลือ 2 ช้อนชา ในถ้วยหล่อขาตู้กับข้าวขนาดความจุ 250 มิลลิลิตร พบว่า ควบคุมลูกน้ำได้นานมากกว่า 7 วัน

การพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย

เป็นวิธีควบคุมยุงลายที่มีประสิทธิภาพสูง คือ กำจัดยุงได้ผลดี แต่ให้ผลเพียงระยะสั้น นอกจากนี้ยังมีข้อด้อย คือ ราคาแพง ต้องใช้เครื่องมือพ่น และควรปฏิบัติโดยผู้ที่มีความรู้เพราะเคมีภัณฑ์อาจเป็นพิษต่อคนและสัตว์เลี้ยง ดังนั้น จึงควรใช้การพ่นเคมีภัณฑ์เฉพาะเมื่อจำเป็น

สำหรับประชาชนทั่วไป หากควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ในบ้านเรือนของตนโดยวิธีต่างๆ แล้ว ยังมียุงลายตัวเต็มวัยอยู่อาจหาซื้อเคมีภัณฑ์กำจัดยุงที่ ขายตามท้องตลาดมาใช้ฉีด ฆ่ายุงในบ้าน และในบริเวณบ้านเป็นครั้งคราว ควรใช้และเก็บรักษาอย่างระมัดระวัง โดยปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ที่แนบมากับเคมีภัณฑ์นั้นอย่างเคร่งครัด

แผนงานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การป้องกันโรคล่วงหน้า

2. การควบคุมเมื่อเกิดโรคระบาด

การป้องกันโรคล่วงหน้า

การดำเนินงานที่สำคัญที่สุดในการควบคุมไข้เลือดออก คือ การป้องกันโรคล่วงหน้าเพื่อมุ่งเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งต้องดำเนินการก่อนโรคเกิด หากเกิดการระบาดแล้วการควบคุมจะทำได้ลำบาก และสูญเสียงบประมาณในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

พื้นที่เป้าหมายของการป้องกันโรคล่วงหน้า คือ หมู่บ้าน และชุมชนทุกแห่ง ไม่มีพื้นที่ยกเว้น เพราะในปัจจุบันโรคได้แพร่กระจายไปในพื้นที่เกือบทุกแห่งทั่วประเทศแล้ว ฉะนั้นการดำเนินงานป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพทุกพื้นที่จึงควรปฏิบัติงานตามมาตรการป้องกันโรคล่วงหน้า เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อไวรัสในหน้าแล้ง ดังนี้

1. วิเคราะห์สาเหตุการระบาด และสอบสวนแหล่งรังโรค

2. กำจัดศักยภาพของแหล่งรังโรคในพื้นที่เสี่ยง เพื่อลดจำนวนลูกน้ำยุงลายให้เหลือน้อยที่สุด คือ ให้มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI ≤ 10, CI = 0)

3. ระงับการแพร่เชื้อในพื้นที่ ด้วยการเฝ้าระวังโรค ค้นหาผู้ป่วย และตรวจวินิจฉัยโดยเร็ว

การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนอาจจะทำได้หลายทางด้วยกัน คือ

1. ทางสื่อมวลชน โดยกระจายข่าวทางวิทยุ, โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์, เสียงตามสายในเขตเทศบาล อาจรวมถึงหอกระจายข่าวตามหมู่บ้าน

2. ทางโรงเรียนโดยใช้ชั่วโมงสุขศึกษาตามหลักสูตรของทางโรงเรียนให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่เด็กนักเรียนหรืออาจให้ความรู้แก่ครูอาจารย์ที่สอนวิชาสุขศึกษาในโรงเรียนเพื่อให้นำไปถ่ายทอดแก่เด็กนักเรียน และเน้นให้เด็กนักเรียนปฏิบัติตามที่ได้รับความรู้จากครูรวมทั้งนำไปถ่ายทอดให้แก่พ่อ แม่ และญาติพี่น้องที่บ้าน

3. แจกเอกสารสุขศึกษา เช่น แผ่นพับ ติดโปสเตอร์ รูปภาพ ตามสถานที่ซึ่งประชาชนมักจะมาชุมนุมกันมากๆ เพื่อให้ได้อ่านกันอย่างทั่วถึง

4. ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนที่มารับบริการที่สถานบริการ และเมื่อออกไปเยี่ยมบ้านหรือออกปฏิบัติงานในท้องที่ ก็ควรจะถือโอกาสให้ความรู้แก่ประชาชนไปด้วย

5. ขอความร่วมมือจากหน่วยงานราชการต่างๆ ในท้องที่นั้น ให้ช่วยเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน

6. ขอความร่วมมือจากผู้นำท้องถิ่นหรือกราบเรียนขอความอนุเคราะห์จากพระหรือผู้นำทางด้านศาสนาในท้องถิ่น ให้ช่วยเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นให้ประชาชนร่วมมือกันควบคุมแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายในชุมชน เพื่อป้องกันบุตรหลานมิให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

การให้สุขศึกษาจะได้ผลดี จะต้องให้ข้อมูลความรู้ที่เหมาะสมกับผู้รับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนประชาชนเกิดความเข้าใจ คุ้นเคย และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเป็นปกติวิสัย

ดังนั้น **ความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคไข้เลือดออก** เพราะการควบคุมโรคจะมีโอกาสประสบผลสำเร็จหากเจ้าหน้าที่สามารถกระตุ้น และส่งเสริมให้ประชาชนเข้ารับเป็นภาระที่จะร่วมมือกันควบคุมยุงลายในชุมชนและบ้านด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชัยยศ อุเด็น (2533: 16) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 45 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าระดับการศึกษา การได้รับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ แต่ตัวแปร อายุ เพศ รายได้ของบิดามารดา ค่าใช้จ่ายของนักเรียน ความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

พัชราภรณ์ หมื่นจง และรองรัตน์ อองกุลนะ (2550) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านนาสร้างและโรงเรียนวัดวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 ซึ่งมีอายุระหว่าง 10-11 ปี ร้อยละ 51.4 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 50.7 ไม่เคยเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.3 ได้รับความรู้ ร้อยละ 97.9 ได้รับการสนับสนุนในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ร้อยละ 99.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง มีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับสูง ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นไข้เลือดออก การได้รับความรู้ การได้รับการสนับสนุนในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กฤษณะ อุ่นทะโคตร และคณะ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวบ้านกุดจิก ตำบลกุดจิก อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 เพศชายร้อยละ 46.1 และพบว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสวนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 36 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.1 ระดับการศึกษาผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.1 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เดือนต่ำกว่า 2,500 บาทคิดเป็นร้อยละ 71.9 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 64.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคมตำแหน่งใด ๆ คิดเป็นร้อยละ 80.5 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยจริง จำนวน 3 – 4 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 และจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างสถานภาพทั่วไปของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกกับสถานภาพทั่วไป ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกกับสถานภาพด้านเพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยจริงและรายได้ไม่แตกต่างกันพฤติกรรมที่เมื่อมีผู้ป่วยในหมู่บ้าน การให้ความร่วมมือกับ อสม./ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมโรค กับอาชีพ แตกต่างกัน พฤติกรรมการทาโลชั่นหรือยากันยุง, พฤติกรรมที่เมื่อมีผู้ป่วยในหมู่บ้าน การให้ความร่วมมือกับ อสม./ เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ในการควบคุมโรคและพฤติกรรมร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านทุกครั้ง กับการดำรงตำแหน่งทางสังคม แตกต่างกัน

ดลนภา และคณะ. (2552). ได้ศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนก พะเยา ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ปวดข้อยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ร้อยละ 65.67 โดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความรู้น้อยกว่าชั้นปีอื่นๆ โดยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 58.75 ทั้งนี้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับความรู้สูงสุด คือร้อยละ 69.80 รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 68.28 และชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 65.85 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้โดยภาพรวมพบว่านักศึกษามีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่า ระดับความรู้ของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

อรนุช พิศาลสุทธิกุล และคณะ. (2552) ได้ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษาหมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดไม่ค่อยให้ความสำคัญในการกำจัดยุงลาย มีความคิดว่าการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการ

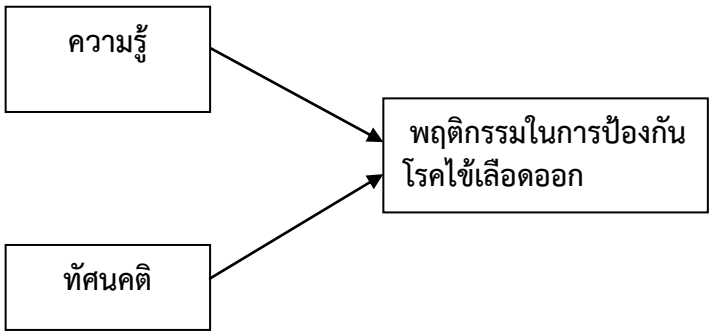
องค์อร ประจันเขตต์ (2552) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา พบว่าระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.33, 82.50 และ 53.33 ตามลำดับ

ปัทมาภรณ์ นาบุตรบุญ และคณะ. (2548) ได้ทำการดำเนินการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก พบว่า อสม. ประชาชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และครู มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก สามารถบอกถึงอาการ สาเหตุ และทราบว่าเมื่อมีไข้สูง แต่หากไข้ไม่ลดลงใน 1 – 2 วัน ต้องรีบนำส่งสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล และสามารถบอกวิธีการป้องกันโรคได้

สังวาล เจริญรบ และคณะ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัดร้อยเอ็ดปี พ.ศ.2539 สุ่ม 60 กลุ่ม 610 รายพบว่า กลุ่มที่มีความรู้เฉลี่ยระดับดีมาก ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี ส่วนการดูแลภาชนะในห้องน้ำ/ห้องส้วม 2 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง จะเทน้ำ/ระบายน้ำทิ้งเมื่อมีน้ำเหลือน้อยมีเพียงร้อยละ 31.60 นอกจากเทน้ำทิ้งแล้วขัดล้างให้สะอาดทุกสัปดาห์ และ 4ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างจะใช้ฝาปิดภาชนะที่เก็บน้ำให้มิดชิดร้อยละ 44.4 ดูแลตุ่มน้ำดื่มน้ำใช้โดยเทน้ำทิ้งแล้วขัดล้างให้สะอาดทุกสัปดาห์พบความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายมากที่สุดในภาชนะห้องน้ำ/ห้องส้วมร้อยละ 62.53

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากแนวคิดทฤษฎี เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำแนวคิด ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของบลูม (Bloom, 1967) มาเป็นกรอบแนวคิด แนวคิดของการเกิดพฤติกรรมจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ซึ่งแนวคิด KAP เป็น Model หนึ่งที่นำมาใช้วัดพฤติกรรมสุขภาพกันอย่างกว้างขวาง เพื่อหาระดับของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า พฤติกรรมเป็นองค์รวมของความรู้และทัศนคติ (A.L. Knutson, 1965) แนวคิดนี้จะประกอบไปด้วยตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรมหรือการยอมรับปฏิบัติ (Practice) คือ เมื่อมีความรู้ จะเกิดทัศนคติในการป้องกันและนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ว่าความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และสามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (ภาพ 2.1)



ภาพ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ในลักษณะของการศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม รวมถึงความสามารถในการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร

ประชากร

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ของโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 116 คน (เป็นจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่มี) เนื่องจากจำนวนประชากรในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนไม่มากนัก จึงใช้จำนวนนักเรียนทั้งหมดที่มี

ตารางที่ 3.1 จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ของโรงเรียนวัดราชผาติการาม

ชั้นเรียน	จำนวน (คน)
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	20
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2	16
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3	15
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	23
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	17
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	25
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6	116

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ส่งถึงผู้อำนวยการโรงเรียนวัดราชผาติการาม
2. เมื่อได้รับหนังสือแล้วผู้วิจัยได้นำส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนวัดราชผาติการามด้วยตนเอง
3. เมื่อผู้อำนวยการโรงเรียน อนุญาต
4. ประสานงานกับอาจารย์ฝ่ายธุรการของโรงเรียนที่จะเข้าไปเก็บข้อมูล
5. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาในการเข้าเก็บข้อมูล
6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามในแต่ละข้อให้ประชากรได้รับทราบ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที ในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องเรียน หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล
8. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่ ลักษณะที่อยู่อาศัย และแหล่งน้ำขัง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ

แบบทดสอบความรู้ในการการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 13 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 13 คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ย

ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งลักษณะของเกณฑ์การแปลค่าคะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นแบบสอบถามมีลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 1 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การกำหนดแจกแจงความถี่ของคำถามแต่ละข้อ ตามมาตราส่วนที่ได้กำหนดคะแนนแต่ละระดับตามข้อความที่กำหนด ดังนี้

ข้อความ	ข้อความที่เป็นบวก (Positive)	ข้อความที่เป็นลบ (Negative)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

2. เป็นแบบสอบถามมีลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า จำนวน 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติเป็นประจำ จนถึง ไม่ปฏิบัติ จำนวน 1 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการให้ค่าคะแนนปฏิบัติเป็นประจำ จนถึง ไม่ปฏิบัติ ตั้งแต่ 4 จนถึง 1 ตามลำดับ

การกำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยวิธีการแบ่งตามอัตราภาคชั้น มีเกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ย (ดัดแปลงจาก รภัทภร เพชรสุข, 2553: 68) ดังนี้

4.24-5.00	หมายถึง	เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง
3.43-4.23	หมายถึง	เห็นด้วย
2.62-3.42	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
1.81-2.61	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1.00-1.80	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การกำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

3.00 - 4.00 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีมาก

2.00 - 2.99 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีปานกลาง

1.00 - 1.99 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พรทิพย์ วชิรดิลก อาจารย์สุณีย์ ชื่นจันทร์ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายจรูญ เจริญประโยชน์ ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง แก้ไข ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสมความชัดเจนของภาษาว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะที่ระบุไว้ในนิยามตัวแปรที่ต้องการวัดหรือไม่ และให้คะแนนผลการพิจารณาการตัดสิน จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาคำนวณหาความตรงตามเนื้อหาจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (Davis, 1992)

ข้อใด +1 หมายความว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์

ข้อใด 0 หมายความว่า ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้อง หรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ข้อใด -1 หมายความว่า ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์

จากการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญ นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตรดังนี้ จากสูตร IOC $= \sum \frac{R}{N}$

เมื่อ IOC คือ ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

เมื่อค่า IOC เข้าใกล้ 1.0 แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหามาก ถ้ามีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหาน้อย เมื่อค่า IOC ติดลบแสดงว่าไม่ตรงเนื้อหา จากการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญ นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา

สรุปผลการวิเคราะห์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85 และความสอดคล้องของข้อคำถามได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.8 - 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) แบบ Cronbach's Alpha พิจารณาค่าสถิติสำคัญ 2 ค่า คือ 1. ค่า Alpha if Item deleted ซึ่งบอกว่า เมื่อเราตัดรายการนั้นออกจากมาตรวัดแล้วทำให้มาตรวัดโดยรวมมีความน่าเชื่อถือได้สูงขึ้นหรือต่ำลงเป็นเท่าใด และ 2. ค่า Alpha รวมของมาตรวัดซึ่งบอกว่ามาตรวัดที่ประกอบด้วยรายการข้อคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ที่ใช้ในการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือได้ในระดับใด

การหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากร (ที่ไม่ใช่ประชากร) จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถาม มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีของ Coefficient ของ Cronbach ควรมีค่าความเที่ยง (Reliability) .70 ขึ้นไป ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

ตารางที่ 3.2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น
1. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	.805
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	.714

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประชากรคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ของโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 105 คน ที่ยินดียินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	58	55.2
	หญิง	47	44.8
อายุ	4 ปี	1	1.0
	6 ปี	3	2.9
	7 ปี	19	18.1
	8 ปี	6	5.7
	9 ปี	16	15.2
	10 ปี	20	19
	11 ปี	22	21.0
	12 ปี	13	12.4
	13 ปี	4	3.8
	14 ปี	1	1.0
	อายุโดยเฉลี่ยของประชากร 9.63 ปี		

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 105) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
กำลังศึกษาอยู่ชั้น		
ขั้นประถมศึกษาปีที่ 1	14	13.3
ขั้นประถมศึกษาปีที่ 2	16	15.2
ขั้นประถมศึกษาปีที่ 3	13	12.4
ขั้นประถมศึกษาปีที่ 4	22	21.0
ขั้นประถมศึกษาปีที่ 5	17	16.2
ขั้นประถมศึกษาปีที่ 6	23	21.9
เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก		
ไม่เคย	88	83.8
เคย	17	16.2
จำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยเฉลี่ย 6.09 คน		
จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุดคือ 1 คน		
จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดคือ 20 คน		
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
ชุมชนแอดอัด	33	31.4
ทาวน์เฮาส์	24	22.9
บ้านเดี่ยว	22	21.0
หมู่บ้าน	24	22.9
อื่นๆ	2	1.9
แหล่งน้ำขัง		
อ่างอาบน้ำ	55	52.4
ตุ่มหรือภาชนะเก็บน้ำดื่ม/น้ำใช้	36	34.3
หลุมบ่อรอบๆบ้าน	6	5.7
วัสดุหรืออุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นอื่นๆ	8	7.6

จากตารางที่ 4.1 การแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละของประชากร พบว่า เพศของประชากร เพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง โดยคิดเป็นเพศชายร้อยละ 55.2 เพศหญิงร้อยละ 44.8 ประชากรส่วนใหญ่ มีอายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 9.63 ปี อายุของประชากรที่น้อยที่สุด คือ 4 ปี อายุของประชากรที่มากที่สุด คือ 14 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 21.9 รองลงมาคือกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 21.0

ประชากรส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 83.8 ประชากรส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยจำนวน 6 คน โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุดคือ 1 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุดคือ 20 คน ประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดคิดเป็นร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ ทาวน์เฮาส์ และหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 22.9 เท่าๆกัน และส่วนใหญ่มีแหล่งน้ำขังอยู่ในอ่างอาบน้ำ คิดเป็นร้อยละ 52.4 แหล่งที่มีน้ำขังรองลงมาคือ ตุ่มหรือภาชนะเก็บน้ำดื่ม/น้ำใช้ คิดเป็นร้อยละ 34.3 และแหล่งที่มีน้ำขังน้อยที่สุด คือ หลุมบ่อรอบๆบ้าน คิดเป็นร้อยละ 5.7 เท่านั้น

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากร (n= 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค		
ตอบถูก	103	98.1
ตอบผิด	2	1.9
โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง		
ตอบถูก	85	81
ตอบผิด	20	19
โรคไข้เลือดออกสามารถติดต่อได้โดยการสัมผัส		
ตอบถูก	63	60
ตอบผิด	42	40
ช่วงฤดูที่มักมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก		
ตอบถูก	53	50.5
ตอบผิด	52	49.5
โรคไข้เลือดออกเกิดได้กับทุกคนโดยเฉพาะเด็กเล็ก		
ตอบถูก	89	84.8
ตอบผิด	16	15.2
โรคไข้เลือดออก มีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้สูงนาน 2-7 วัน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาจมีผื่นแดงขึ้นตามตัว		
ตอบถูก	98	93.3
ตอบผิด	7	6.7
การวางไข่ของยุงลาย		
ตอบถูก	79	75.2
ตอบผิด	26	24.8
เวลาที่ยุงลายออกหากิน		
ตอบถูก	13	12.1
ตอบผิด	92	87.9

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากร (n= 105) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การนอนกางมุ้ง เป็นการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ตอบถูก	95	90.5
ตอบผิด	10	9.5
การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายสามารถช่วยป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ตอบถูก	98	93.3
ตอบผิด	6	5.7
ปัจจุบันไม่มีวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ตอบถูก	24	22.9
ตอบผิด	81	77.1
เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถเป็นซ้ำอีก		
ตอบถูก	63	60
ตอบผิด	42	40
เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกและมีไข้สูงไม่ควรกินยาลดไข้ทันที		
ตอบถูก	78	74.3
ตอบผิด	27	25.7

จากตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากร พบว่าในเรื่องความรู้โรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค มีประชากรตอบถูกถึงร้อยละ 98.1 โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งตอบถูกร้อยละ 81 โรคไข้เลือดออกสามารถติดต่อได้โดยการสัมผัสตอบถูกร้อยละ 60 ช่วงฤดูที่มักมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกตอบถูกร้อยละ 50.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการตอบผิด โรคไข้เลือดออกเกิดได้กับทุกคนโดยเฉพาะเด็กเล็กตอบถูกร้อยละ 84.8 โรคไข้เลือดออก มีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้สูงนาน 2-7 วัน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาจมีผื่นแดงขึ้นตามตัวตอบถูกร้อยละ 93.3 การวางไข่ของยุงลายตอบถูกร้อยละ 75.2 เวลาที่ยุงลายออกหากินตอบถูกร้อยละ 12.1 การนอนกางมุ้ง เป็นการป้องกันโรคไข้เลือดออกตอบถูกร้อยละ 90.5 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายสามารถช่วยป้องกันโรคไข้เลือดออกตอบถูกร้อยละ 93.3 ปัจจุบันไม่มีวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกตอบถูกเพียงร้อยละ 22.9 เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถเป็นซ้ำอีกตอบถูกร้อยละ 60 เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกและมีไข้สูงไม่ควรกินยาลดไข้ทันที ตอบถูกร้อยละ 74.3

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	$\overline{x}$	SD	การแปลผล
รวมคะแนนความรู้ของประชากรที่ตอบถูก คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 11 คะแนน	8.32	1.304	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าความรู้โดยรวมของประชากรจากแบบวัดความรู้ 13 ข้อ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.32 (S.D.= 1.304) ซึ่งนับว่าอยู่ในเกณฑ์ปานกลางหรือพอใช้ โดยมีคะแนนสูงสุด 11 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ($\overline{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	$\overline{x}$	SD	การแปลผล
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
1.โรคไข้เลือดออกเมื่อเป็นแล้วสามารถหายเองได้	3.00	1.634	ไม่แน่ใจ
2. เด็กที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก	3.26	1.461	ไม่แน่ใจ
3. การสัมผัสผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทำให้ติดโรคได้	2.01	1.113	ไม่เห็นด้วย
4. เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกจะทำให้เสียชีวิตได้	3.85	1.335	เห็นด้วย
5. การกำจัดลูกน้ำยุงลายต้องทำทุกสัปดาห์สร้างความยุ่งยากให้กับผู้ปฏิบัติ	3.50	1.461	เห็นด้วย
6. การป้องกันไม่ให้ยุงกัดเป็นเรื่องวุ่นวายและลำบากต่อการปฏิบัติ	3.35	1.574	ไม่แน่ใจ
7. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายมีความยุ่งยากไม่สามารถทำได้	3.56	1.427	เห็นด้วย
8. ยุงลายออกหากินตอนกลางคืนทำให้ป้องกันยุงกัดได้ยาก	3.96	1.247	เห็นด้วย

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ต่อ)

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	การแปลผล
9. เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกไม่จำเป็นต้องไป	3.53	1.687	เห็นด้วย
10. เด็กมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่	3.93	1.226	เห็นด้วย
ทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.39	0.551	ไม่แน่ใจ

จากตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่แน่ใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.551 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า โรคไข้เลือดออกเมื่อเป็นแล้วสามารถหายเองได้ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่แน่ใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.634

เด็กที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่แน่ใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.461

การสัมผัสผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทำให้ติดโรคได้ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่เห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.113

เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกจะทำให้เสียชีวิตได้ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับเห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.335

การกำจัดลูกน้ำยุงลายต้องทำทุกสัปดาห์สร้างความยุ่งยากให้กับผู้ปฏิบัติ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับเห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.461

การป้องกันไม่ให้ยุงกัดเป็นเรื่องวุ่นวายและลำบากต่อการปฏิบัติ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่แน่ใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.574

การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายมีความยุ่งยากไม่สามารถทำได้ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับเห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.427

ยุงลายออกหากินตอนกลางคืนทำให้ป้องกันยุงกัดได้ยาก พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับเห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.247

เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับเห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.687

เด็กมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับเห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.226

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	$\overline{X}$	SD	**การแปลผล**
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
1. นักเรียนกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเก็บหรือทำลายภาชนะที่มีน้ำขังในบริเวณบ้าน	2.80	1.163	ดีปานกลาง
2. นักเรียนหรือผู้ปกครองใช้ทรายอะเบทใส่ในน้ำขังหล่อขาตู้กับข้าว หรือที่ๆมีน้ำขังในบ้านหรือบริเวณบ้าน	2.16	1.279	ดีปานกลาง
3. นักเรียนป้องกันการเป็นโรคไข้เลือดออกด้วยการนอนกางมุ้งหรือติดมุ้งลวด	3.14	1.156	ดีมาก
4. เมื่อนักเรียนออกจากบ้านตอนหัวค่ำ มักจะทายากันยุงเพื่อไม่ให้ยุงกัด	2.93	1.162	ดีปานกลาง
5. นักเรียนกำจัดลูกน้ำโดยใส่ปลาที่กินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูงในภาชนะเก็บกักน้ำในบ้านหรือบริเวณบ้าน	2.49	1.408	ดีปานกลาง
6. นักเรียนปิดฝาภาชนะเก็บกักน้ำอย่างมิดชิดเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่	2.78	1.285	ดีปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวม	2.73	0.7	ดีปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.226 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า

นักเรียนกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเก็บหรือทำลายภาชนะที่มีน้ำขังในบริเวณบ้านอยู่ในเกณฑ์ระดับดีปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.163

นักเรียนหรือผู้ปกครองใช้ทรายอะเบทใส่ในน้ำขังหล่อขาตู้กับข้าว หรือที่ๆมีน้ำขังในบ้านหรือบริเวณบ้านอยู่ในเกณฑ์ระดับดีปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.279

นักเรียนป้องกันการเป็นโรคไข้เลือดออกด้วยการนอนกางมุ้งหรือติดมุ้งลวดอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.156

เมื่อนักเรียนออกจากบ้านตอนหัวค่ำ มักจะทายากันยุงเพื่อไม่ให้ยุงกัดอยู่ในเกณฑ์ระดับดีปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.162

นักเรียนกำจัดลูกน้ำโดยใส่ปลาที่กินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูงในภาชนะเก็บกักน้ำในบ้านหรือบริเวณบ้านอยู่ในเกณฑ์ระดับดีปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.408

นักเรียนปิดฝาภาชนะเก็บกักน้ำอย่างมิดชิดเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่อยู่ในเกณฑ์ระดับดีปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.285

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแต่ละความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี มีดังนี้

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี

ชั้นปี	$\overline{X}$	SD
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 คะแนนความรู้น้อยที่สุด = 7 คะแนน มากที่สุด = 9 คะแนน	7.85	0.53
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 คะแนนความรู้น้อยที่สุด = 4 คะแนน มากที่สุด = 10 คะแนน	7.37	1.58
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 คะแนนความรู้น้อยที่สุด = 7 คะแนน มากที่สุด = 10 คะแนน	7.77	0.92
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คะแนนความรู้น้อยที่สุด = 6 คะแนน มากที่สุด = 11 คะแนน	8.95	1.13
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 คะแนนความรู้น้อยที่สุด = 6 คะแนน มากที่สุด = 10 คะแนน	8.65	1.22
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คะแนนความรู้น้อยที่สุด = 7 คะแนน มากที่สุด = 11 คะแนน	8.74	1.32

หมายเหตุ: คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกเต็ม 13 คะแนน

จากตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของชั้น และมีนักเรียนในชั้นสอบได้คะแนนน้อยที่สุด ส่วนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของชั้น และมีนักเรียนในชั้นสอบได้คะแนนมากที่สุด

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี

ชั้นปี	$\overline{X}$	SD
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	2.48	0.42
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2	2.51	0.47
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3	2.62	0.45
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	3.06	0.31
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	3.35	0.56
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	2.93	0.43

จากตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทัศนคติรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของชั้นปีสูงสุด และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของชั้นปีสูงสุด

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี

ชั้นปี	$\overline{X}$	SD
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	3.64	0.46
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2	2.90	0.73
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3	2.60	0.90
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	2.67	0.67
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	2.39	0.58
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	2.44	0.67

จากตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละชั้นปี พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของชั้นปีมากสุด และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตาราง 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.172	0.001
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	-0.168	0.001

จากตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับน้อย โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -0.172 และ -0.168 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตาราง 4.10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 105)

ตัวแปรทำนาย	B	SEB	Beta	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	-0.146	0.057	-0.096	-2.565	.011
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.769	0.071	0.447	10.847	.000

ค่าคงที่ = 0.212 R = 0.549 R^2 = 0.302 R^2 adj = 0.298 F = 6.581 p< .05

จากตารางที่ 4.10 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 30.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด (Beta = 0.447)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ในลักษณะของการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อหาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 เป็นระยะสร้างเครื่องมือแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดเป็นตัวแปรสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น 2 ตัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปรตาม 1 ตัว ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 13 ข้อ และตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ

เมื่อผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ของโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 116 คน เนื่องจากจำนวนประชากรในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนไม่มากนัก จึงใช้จำนวนนักเรียนทั้งหมดที่มีที่ยินดียินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีและตอบครบถ้วน จำนวนทั้งสิ้น 105 คน

ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนในการขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่ออนุญาต จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจากโรงเรียนที่สุ่มเลือกได้ (โรงเรียนสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการศึกษาได้) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการของโครงการ ให้นักเรียนทราบก่อนจะให้นักเรียนตอบแบบสอบถาม โดยนักเรียนอนุญาตและยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนทำการกำหนดรหัสและลงบันทึกข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม พบว่าความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากรโดยรวม พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.32 (S.D. = 1.304) จาก 13 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 64 ซึ่งนับว่าอยู่ในเกณฑ์ปานกลางหรือพอใช้ ทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่แน่ใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 ส่วน (S.D. = 0.551) และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ (S.D. = 1.226)

2. เมื่อพิจารณาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในแต่ละชั้นปี พบว่าชั้นปีที่สูงขึ้น ส่งผลต่อความรู้ที่เพิ่มขึ้นของนักเรียนแต่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง ซึ่งนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่1 มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.64 (S.D. = 0.46) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.35 (S.D. = 0.56)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับน้อย โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -0.172 และ -0.168 ตามลำดับ

4. อำนาจการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 30.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด (Beta = 0.447)

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง “ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร”ครั้งนี้ศึกษาในลักษณะหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลือดออก ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อความรู้ที่น่าสนใจ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลข้อมูลเบื้องต้น และการอภิปรายผล เพื่อให้เข้าใจถึงบริบทของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม ดังนี้

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่าเพศของประชากร เพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง โดยคิดเป็นเพศชายร้อยละ 55.2 เพศหญิงร้อยละ 44.8 ประชากรส่วนใหญ่ มีอายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 9.63 ปี อายุของประชากรที่น้อยที่สุด คืออายุ 4 ปี อายุของประชากรที่มากที่สุด คืออายุ 14 ปี ซึ่งส่วนใหญ่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 21.9 รองลงมาคือกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 21.0 ประชากรส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 83.8 สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชราภรณ์ หมื่นจง และรองรัตน์ อองกุลนะ (2550) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านนาสร้างและโรงเรียนวัดวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.1 ซึ่งมีอายุระหว่าง 10-11 ปี ร้อยละ 51.4 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 50.7 ไม่เคยเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.3 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน

จากผลการหาระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม พบว่าความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากรโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ปานกลางหรือพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 64 ทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่แน่ใจ) และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง ซึ่งจากแนวคิด ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ของบลูม นั้นบอกว่าเมื่อมีความรู้ จะเกิดทัศนคติ และนำไปสู่การปฏิบัติ แต่ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากประชากรยังอยู่ในวัยเด็ก ถึงแม้ว่าจะมีความรู้จึงไม่ได้สนใจหรือใส่ใจที่จะปฏิบัติ ผลงานวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดลนภา และคณะ. (2552) พบว่า ในภาพรวมนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้ปวดข้อยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ร้อยละ 65.67 งานวิจัยของ ปัทมาภรณ์ นาบุตรบุญ และคณะ. (2548) พบว่า อสม. ประชาชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และครู มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก สามารถบอกถึงอาการ สาเหตุ และทราบว่าเมื่อมีไข้สูง แต่หากไข้ไม่ลดลงใน 1 – 2 วัน ต้องรีบนำส่งสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล และสามารถบอกวิธีการป้องกันโรคได้ ส่วนทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในเกณฑ์ระดับไม่แน่ใจ/ปานกลางซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สังวาล เจริญรบ และคณะ พบว่าทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับน้อยมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดลนภา และคณะ. (2552) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่าระดับความรู้ของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน

จากผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนวัดราชผาติการาม พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 30.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรู้ ของวิจารณ์ พานิช ที่กล่าวว่าความรู้เป็นสิ่งที่นำไปใช้ไม่หมด เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบริบทที่กระตุ้นให้เกิดขึ้นตามความต้องการ และจากแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกัน 3 องค์ประกอบนั่นคือ ความ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน หรือองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ องค์ประกอบด้านพุทธปัญญา องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก และองค์ประกอบด้านปฏิบัตินั่นเอง

สรุปได้ว่างานครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในระดับน้อยมาก โดยที่ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด โดยที่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 30.2

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการกระตุ้นพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องด้วยการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยยึดหลัก 5 ป. ได้แก่ ป.ปิด ป.เปลี่ยน ป.ปล่อย ป.ปรับ และ ป.ปฏิบัติ ให้มากขึ้น

3. นำข้อมูลมาเป็นแนวทางและประสานความร่วมมือระหว่างอาจารย์ ผู้บริหารโรงเรียน เพื่อวางแผนดำเนินการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

4. อาจนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวในการให้ความรู้กับเยาวชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมในโรงเรียนในชุมชน โดยประสานความร่วมมือระหว่าง ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อาจจะได้ผลในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

กฤษณะ อุนทะโคตร และคณะ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวบานกุดจิก ตำบลกุดจิก อำเภอทาคันโท จังหวดกาฬสินธุ์. ค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2557 จาก http://g5. buildbord.com/reply.php?topic=1450&forum=4984&post=193975&quoye=1&id=309

ชนกนาถ ชูพยัคฆ์. (2545). ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิต สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยรามคำแหง*, 5 (1): 14 – 30.

ชัยยศ อุเด็น. (2524). *ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช.* ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดลนภา และคณะ. (2552). *ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ปวดข้อยุงลายของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนก พะเยา.* สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). *ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์พระนคร.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536. *พฤติกรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา.* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ปัทมาภรณ์ นาบุตรบุญ และคณะ. (2548). *การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ.

พัชราภรณ์ หมื่นจง และรองรัตน์ อองกุลนะ. (2550). *พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนบ้านนาสร้างและโรงเรียนวัดวังตะกู อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.* โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

สุจิตรา นิมมานนิตย์. (2534). *ไข้เลือดออก*. กรุงเทพ: บริษัทยูนิตี้พับลิเคชั่น หน้า 1 - 74.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลชุมชน.* กรุงเทพมหานคร: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์.* ปีที่ 44 ฉบับที่ 15 วันที่ 19 เมษายน 2556.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2556 ค้นเมื่อวันที่1 กันยายน พ.ศ. 2556. จาก http://www.thaivbd.org/content.php?id=324161

สำนักโรคติดตอนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552) . การปองกันและควบคุมวิชาการไขเลือดออก. ค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2557 จาก www.thaivbd.org

องค์อร ประจันเขตต์. (2555). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. *เวชสารแพทย์ทหารบก,* 65 (3), 159 – 165.

อรนุช พิศาลสุทธิกุล สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ. (2552). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษาหมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. *สงขลานครินทร์เวชสาร.* 27 (1), 81 – 91.

สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. ค้นเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2557 จาก UTL:http:// 203.157.15.4/

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

Fabiyi, A. K. (1985). The health knowledge of ninth grade students in Oyo state, Nigeria. *Journal of School Health* 55 (4): 154-156.

Zimbardo, P.G. (1997). *Influrencing attitude and behavior*, 2nd ed. California: Addison Wesley Publishing Co.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง
ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

1. แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย
   ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 6 ข้อ
   ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้โรคไข้เลือดออก จำนวน 13 ข้อ
   ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ
   ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก 6 ข้อ
2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความคิดเห็นและตามความเป็นจริงของนักเรียนเพราะคำตอบของนักเรียนจะเป็นประโยชน์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
3. การตอบแบบสอบถามนี้คำตอบของนักเรียนจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมของนักเรียน ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. ปัจจุบันนักเรียนอายุ.....ปี
3. นักเรียนกำลังศึกษา
   ☐ 1. ประถมศึกษาปีที่ 1 ☐ 2. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ☐ 3. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3
   ☐ 4. ประถมศึกษาปีที่ 4 ☐ 5. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ☐ 6. ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
4. ในครอบครัวนักเรียนมีสมาชิก.....คน
5. นักเรียนเคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่
   ☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย
6. ลักษณะที่อยู่อาศัย
   ☐ 1. ชุมชนแออัด ☐ 2. ทาวน์เฮาส์
   ☐ 3. บ้านเดี่ยว ☐ 4. หมู่บ้าน
   ☐ 5. อื่นๆโปรดระบุ.....
7. แหล่งน้ำขัง
   ☐ 1. อ่างอาบน้ำ ☐ 2. ตุ่มหรือภาชนะเก็บน้ำดื่ม/น้ำใช้
   ☐ 3. หลุมบ่อรอบๆบ้าน ☐ 4. วัสดุหรืออุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นอื่น เช่น ยางรถยนต์
   ☐ 5. อื่นๆโปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้โรคไข้เลือดออก

โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงความเป็นจริงกับความคิดเห็นของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค		
2. โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง		
3. โรคไข้เลือดออกสามารถติดต่อได้โดยการสัมผัส		
4. โรคไข้เลือดออกมักระบาดในฤดูร้อน		
5. โรคไข้เลือดออกเกิดได้กับทุกคน โดยเฉพาะเด็กเล็ก		
6. โรคไข้เลือดออก มีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้สูงนาน 2-7 วัน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาจมีผื่นแดงขึ้นตามตัว		
7. ยุงลายวางไข่ในน้ำครำ		
8. ยุงลายออกหากินตอนกลางคืน		
9. การนอนกางมุ้ง เป็นการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างหนึ่ง		
10. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายสามารถช่วยป้องกันโรคไข้เลือดออก		
11. ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก		
12. เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก		
13. เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกและมีไข้สูงควรกินยาลดไข้ทันที		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

โปรดเขียนเครื่องหมาย√ ลงในช่องที่ตรงความเป็นจริงกับความคิดเห็น/ความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. โรคไข้เลือดออกเมื่อเป็นแล้วสามารถหายเองได้					
2. เด็กที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก					
3. การสัมผัสผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทำให้ติดโรคได้					
4. เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกจะทำให้เสียชีวิตได้					
5. การกำจัดลูกน้ำยุงลายต้องทำทุกสัปดาห์สร้างความยุ่งยากให้กับผู้ปฏิบัติ					
6. การป้องกันไม่ให้ยุงกัดเป็นเรื่องวุ่นวายและลำบากต่อการปฏิบัติ					
7. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายมีความยุ่งยากไม่สามารถทำได้					

ข้อความ	เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8. ยุงลายออกหากินตอนกลางคืนทำให้ป้องกันยุงกัดได้ยาก					
9. เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์					
10. เด็กมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าผู้ใหญ่					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของนักเรียนมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. นักเรียนกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเก็บหรือทำลายภาชนะที่มีน้ำขังในบริเวณบ้าน				
2. นักเรียนหรือผู้ปกครองใช้ทรายอะเบทใส่ในน้ำขังหล่อขาตู้กับข้าว หรือที่ๆมีน้ำขังในบ้านหรือบริเวณบ้าน				
3. นักเรียนป้องกันการเป็นโรคไข้เลือดออกด้วยการนอนกางมุ้งหรือติดมุ้งลวด				
4. . เมื่อนักเรียนออกจากบ้านตอนหัวค่ำ มักจะทายากันยุงเพื่อไม่ให้ยุงกัด				
5. นักเรียนกำจัดลูกน้ำโดยใส่ปลาที่กินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูงในภาชนะเก็บกักน้ำในบ้านหรือบริเวณบ้าน				
6. นักเรียนปิดฝาภาชนะเก็บกักน้ำอย่างมิดชิดเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่				

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์พรทิพย์ วชิรดิลก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
2. อาจารย์สุณีย์ ชื่นจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
3. นายจรูญ เจริญประโยชน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติผู้วิจัย

นางรภัทภร เพชรสุข เกิดเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2510 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2532 สำเร็จการศึกษาการจัดการมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2542 และสำเร็จการศึกษาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเอก การจัดการบริการสุขภาพ จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2552

ผลงานวิจัย

รภัทภร เพชรสุข (2553). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนผู้ใช้บริการหน่วยงานอนามัยโรงเรียน. ***วารสารพยาบาล,*** 59 (2), 61 - 69.

รภัทภร เพชรสุข. (2555). ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. **มหาวิทยาลัยคริสเตียน.** 18 (3). กันยายน-ธันวาคม., 350 - 360.

รภัทภร เพชรสุข. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาล.** 62 (4). กันยายน – ธันวาคม, 20 -26.

รภัทภร เพชรสุข. (2557). ปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน.** 20 (2). เมษายน-มิถุนายน. 250 – 259.

Petchsuk T. **The Survey of Depression among Thai Ischemic Stroke Patients in Bangkok Hospital. Journal of The Neurologicalsciences**. Oct 2009, 285: 171-172.

Poster Presentation

1. Outcome of epilepsy surgery in refractory epilepsy “Bangkok Hospital Experienced” in Asian Neurosurgical Association 14th แหล่งทุน: โรงพยาบาลกรุงเทพ