

เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออก
ซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย ปี 2548

(The Comparative Study of Community Participation in Prevention and Control of Dengue between
the Repetitive Area and Non Occurring Area Sukhothai Province 2005)

วรรณภา วิจิตร ป.พย., ศ.ม.*

Wanna Wijit Dip.in Nurse.&Midw., M.PH. *

พรสุรางค์ ราชภักดิ์ ศ.บ.*

Pornsurang Rachpakdee B.SC. *

วิศาล วิมลศิลป์ ศศ.บ.**

Visal Vimolsilp B.A.A. **

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9

*Office of Disease Prevention and Control, 9th

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

** Sukhothai Provincial Health Office

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออก สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก น่าจะมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคจึงได้ศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลของครัวเรือน แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลเอ อำเภอบึง และตำบลบึง อำเภอบึง จังหวัดสุโขทัย รวมทั้งสิ้น 312 ครัวเรือน ใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า การวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่า T-test ผลการศึกษาด้าน ข้อมูลครัวเรือนของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าสภาพทั่วไปของชุมชนด้านประชากร อาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านเรือน บริบทโดยรวมแล้วมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ด้านแหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน พื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก พบว่า มีการรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับน้อย แต่พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การเข้าร่วมประชุม และการณรงค์ของประชาชนในพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก พบว่า การเข้าร่วมประชุม ร้อยละ 66.0 สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์ ร้อยละ 67.9 การเข้าร่วมประชุม และการณรงค์ของประชาชนในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า การเข้าร่วมประชุม ร้อยละ 71.2 การเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์ ร้อยละ 76.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคซ้ำซาก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = .0001) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.055) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) และการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภาพรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

0.05(p-value <.001) ดังนั้น ควรสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมาแก้ปัญหา และมีการส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรค ด้วยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาของคนในชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก

Abstract

Dengue haemorrhagic fever can be activity participation of community in prevention and control. The objective for The purposes were to study the characteristic of household, source of getting information activity participation and cooperation of prevention and control of dengue and compare the activity participation of community in prevention and control of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area. Methodology, the sample sizes are used in this research are the population who live in Tambon A and the population live in Tambon B Sukhothai Province. The total number of household is 312 household by simple random sampling. The instruments use in the research are questionnaire by rating scale. The analysis are composed of the analysis by percentage mean and standard deviation and T-test. Findings, There are no difference between the general characteristic of community interm of population occupation, education household and environment in the house between dengue repetitive area and non dengue occurrent area. Source of getting information in the dengue repetitive area is in little level but the area of non dengue occurrent area is in middle level. The cooperation of meeting and comparign of dengue in repetitive area is 66 %. The comparing of dengue is 67.9 %. The cooperation of meeting and comparing of dengue in non dengue occurrent area is 71 %. The cooperation of comparing is 76.3 %.When compare the participation of decision in prevention and controlling of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is statistical significant at 0.05 level (p-value = .0001). When compare the participation performance practice prevention and controlling of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is not statistical (p-value = 0.055).When compare the participation of getting the benefit of prevention and controlling. The dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is statistical significant at 0.05 level (p-value = .0001).When compare the participation evaluation of prevention and controlling of dengue between dengue repetitive area and non dengue occurrent area, it is statistical significant at 0.05 level (p-value < .0001).So we should strengthening community by using comparative process to solve the problem and promote prevention and control by physical and biological method especially by using community wisdom.

Keywords: participation of community, dengue repetitive area, non dengue occurrent area

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมานานกว่า 40 ปี รัฐบาลได้พยายามหาแนวทางแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะแรก ส่วนใหญ่รัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้¹ จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการปฏิบัติงานจากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุก ซึ่งวิธีลดอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลสำเร็จจะต้องมีองค์ประกอบหลายปัจจัย จึงจะทำให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคบรรลุเป้าหมาย เช่น การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจะต้องผสมผสานหลายวิธีทั้งกายภาพ และชีวภาพเข้าด้วยกัน รวมทั้งปฏิบัติโดยให้ความครอบคลุมมากที่สุด องค์ประกอบของปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่น โดยเฉพาะในแกนนำครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน ความร่วมมือของชุมชนก็เป็นส่วนที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคจะไม่ประสบผลสำเร็จหากการดำเนินการต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยเจ้าหน้าที่มีบทบาทช่วยสนับสนุนกระตุ้น และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สำหรับประชาชน ต้องมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายเพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก² และจากการศึกษาของชัยพร โรจนวัฒน์ศิริเวช³ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนจนเกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สำหรับแนวทางการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค มีเป้าหมายลดอัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน (House Index :HI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดสุโขทัย ปี 2546

จำนวน 355 ราย อัตราป่วย 56.93 ต่อประชากรแสนคน สำหรับปี 2547 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 178 ราย อัตราป่วย 28.87 ต่อประชากรแสนคน⁴ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม จนถึงวันที่ 19 กรกฎาคม 2548 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 109 ราย อัตราป่วย 17.73 ต่อประชากรแสนคน และเมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายตำบล พบว่าพื้นที่ตำบลเอ อำเภอบึงสามพัน มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี คือ ปี 2546 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 44 ราย อัตราป่วย 244.4 ต่อประชากรแสน ปี 2547 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 9 ราย อัตราป่วย 49.7 ต่อประชากรแสนคน และปี 2548 (1 มกราคม-19 กรกฎาคม 2548) มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 8 ราย อัตราป่วย 44.12 ต่อประชากรแสนคน⁴ สูงกว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของทั้งประเทศ และจังหวัดสุโขทัย สำหรับตำบลบึงสามพัน ไม่พบผู้ป่วยในปี 2546 และปี 2547

จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกของตำบลเอ ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดซ้ำซากในพื้นที่เดิม ถึงแม้ว่าอัตราป่วยจะไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่ คือพบผู้ป่วยทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับตำบลบึงสามพันซึ่งไม่พบผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2546-2547 จากการศึกษาสภาพแวดล้อมของชุมชนในเบื้องต้น พบว่าทั้งสองตำบลมีบ้านเรือนอยู่อย่างหนาแน่น จำนวนประชากร และหลังคาเรือน ไม่แตกต่างกัน ทำให้มีปัจจัยเอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเหมือนกัน และจากการศึกษาข้อมูลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของทั้งสองพื้นที่ มีกิจกรรมการเฝ้าระวังในระยะก่อนเกิดการระบาดของโรค คือ การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรมร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในวันรณรงค์โรคไข้เลือดออก สำหรับการควบคุมในช่วงการเกิดโรค มีการพ่นหมอกควันในพื้นที่ระบาด และพื้นที่เสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำร่วมกับประชาชน

อีกทั้งดำเนินการทำลาย และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย โดยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ และทางเคมี หลังจาก นั้นอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำหน้าที่สุ่มประเมินการมี ลูกน้ำยุงลายในภาชนะต่างๆ แต่ละหลังคาเรือนเพื่อหาค่า HI ซึ่งต้องไม่เกิน 10 หลังคาเรือน ในพื้นที่รับผิดชอบ แล้วรวบรวมข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อำเภอและจังหวัด ซึ่งผลการสำรวจค่า HI ของตำบลบี มี ค่า = 0 จำนวน 10 หมู่บ้าน จาก 13 หมู่บ้าน สำหรับตำบล เอ มีการรายงานค่า HI เพียง 6 หมู่บ้าน ซึ่งมีค่า $HI \leq 10$ จาก 11 หมู่บ้าน⁷

ปัจจัยสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือด ออก ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน เข้ามามี ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคด้วย ความสมัครใจ มีส่วนในการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา หา สาเหตุ แนวทางแก้ไข ดำเนินการ และติดตามประเมินผล โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหา ทำให้เกิด ความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งคาดว่าจะการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความ แตกต่างกันระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิด โรค แต่ยังไม่มีคำตอบชัดเจน จึงได้ศึกษาโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลของครัวเรือน แหล่ง รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าร่วมกิจกรรม การมีส่วนร่วมใน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และเปรียบเทียบการ มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่ เกิดโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อ เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการ ใช้ แบบสอบถามสมาชิกในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชน ที่อาศัยอยู่ในตำบลเอ อำเภอเอ จังหวัดสุโขทัย

จำนวน 156 หลังคาเรือน และประชาชนที่อาศัยอยู่ใน ตำบลบี อำเภอบี จังหวัดสุโขทัย จำนวน 156 หลังคาเรือน รวมทั้งสิ้น 312 หลังคาเรือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึง มกราคม 2549 โดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของครัวเรือน ได้แก่ จำนวนสมาชิก ในครอบครัว การศึกษา อาชีพหลัก การเป็นสมาชิกของ ชุมชน ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้าน สมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบล ประเภทและจำนวนภาชนะในครัวเรือน มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของชุมชนจากสื่อด้านบุคคล สื่อมวลชนและสื่อเฉพาะกิจ มีจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมประชุม และการรณรงค์โรค ไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกของชุมชน จำนวน 44 ข้อ

จากคำถามส่วนที่ 2 แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีทั้งหมด 14 ข้อโดยให้ คะแนนดังนี้ถ้าตอบมากให้ข้อละ 3 คะแนน ถ้าตอบปาน กลาง ให้ข้อละ 2 คะแนนถ้าตอบน้อย ให้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่เคย ให้ข้อละ 0 คะแนน

ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับในแต่ละข้อ โดยพิจารณาการแบ่งระดับอิงเกณฑ์ ดังนี้ ระดับมาก >2.76 ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 1.76 - 2.75 ระดับน้อย อยู่ระหว่าง 0.76 - 1.75 ไม่เคย <0.75

คำถามส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก มีทั้งหมด 44 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การตัดสินใจจำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 2 การปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกจำนวน 20 ข้อ

ด้านที่ 3 การรับผลประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ

ด้านที่ 4 การประเมินผล จำนวน 7 ข้อ

สำหรับคำตอบส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีดังนี้

ถ้าตอบมาก ให้ข้อละ 3 คะแนน ถ้าตอบปานกลาง ให้ข้อละ 2 คะแนน ถ้าตอบน้อย ให้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่เคย ให้ข้อละ 0 คะแนน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลครัวเรือนของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก พบว่ามีจำนวนสมาชิกโดยรวม 559 คน จำนวนสมาชิกมากที่สุด 8 คนต่อครัวเรือน จำนวนสมาชิกน้อยสุด 1 คนต่อครัวเรือน โดยเฉลี่ย 3 คนต่อครัวเรือน การศึกษาของสมาชิกในครัวเรือน มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.9 รองลงมา มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ไม่ได้เรียน ประโยชน์ 27.5, 14.5, 5.0, 2.9 และ 0.2 ตามลำดับ ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.7 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.2 และค้าขาย ร้อยละ 10.3 ประชาชนเป็นสมาชิกในกลุ่มฌาปนกิจ ร้อยละ 17.7 กลุ่มเกษตรกร ร้อยละ 16.7 กลุ่มแม่บ้าน ร้อยละ 13.5 และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 12.8 ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้านมากที่สุด คือ ช่วงเย็น ร้อยละ 37.2 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวมีได้สูง ร้อยละ 58.3 มีสมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบล ร้อยละ 51.9 ภาชนะที่เก็บกักน้ำในครัวเรือนของพื้นที่เกิดโรคซ้ำซากเป็นภาชนะขังน้ำในหิ้งน้ำ/หิ้งส้วม ร้อยละ 89.1 รองลงมาเป็นภาชนะใส่น้ำดื่มมีฝาปิดมิดชิด และจานรองขาตู้กับข้าว โต๊ะรับประทานอาหาร/โต๊ะเก็บอาหาร ร้อยละ 84.6 และ 74.4 ตามลำดับ

พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่ามีจำนวนสมาชิกโดยรวม 585 คน จำนวนสมาชิกมากที่สุด 9 คนต่อครัวเรือน จำนวนสมาชิกน้อยสุด 1 คนต่อครัวเรือน โดยเฉลี่ย 4 คนต่อครัวเรือน การศึกษาของสมาชิกในครัวเรือนมีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ

48.5 ระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 26.2 อนุปริญญา ร้อยละ 10.4 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 9.9 ประโยชน์ 4.6 และปริญญาโท ร้อยละ 0.4 ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.1 รองลงมาได้แก่ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.9 และรับราชการ ร้อยละ 12.2 ประชาชนเป็นสมาชิกในกลุ่มฌาปนกิจ ร้อยละ 22.3 กลุ่มออมทรัพย์ ร้อยละ 19.3 และกลุ่มเกษตรกร ร้อยละ 18.6 ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้านมากที่สุดคือ ช่วงกลางวัน ร้อยละ 50.0 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวมีได้สูง ร้อยละ 51.3 มีสมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบล ร้อยละ 49.4 ภาชนะที่เก็บกักน้ำในครัวเรือนเป็นภาชนะขังน้ำในหิ้งน้ำ/หิ้งส้วม ร้อยละ 98.1 รองลงมาเป็นภาชนะใส่น้ำดื่มมีฝาปิดมิดชิด และภาชนะใส่น้ำใช้มีฝาปิดมิดชิด ร้อยละ 87.2 และ 82.1

แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารในพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.624$) โดยที่แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X}=2.43$) ได้รับจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ($\bar{X}=2.31$) และโทรทัศน์ ($\bar{X}=2.31$) สำหรับพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกแหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.859$) โดยที่แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X}=2.63$) จากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ($\bar{X}=2.49$) และสมาชิกในครอบครัว ($\bar{X}=2.23$)

การเข้าร่วมประชุมของประชาชนในพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซากมีจำนวน 1 ถึง 12 ครั้ง ร้อยละ 66.0 เหตุผลในการเข้าร่วมประชุม ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 44.9 รองลงมาได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน และมีประโยชน์ ร้อยละ 43.6 และ 23.7 ตามลำดับ สำหรับเหตุผลที่ไม่เข้าร่วมประชุมมากที่สุดคือ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 20.5 รองลงมาได้แก่ ชุมชนไม่มีการจัดประชุม และไม่มีความรู้ ร้อยละ 9.6 และ 7.7 ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์โรคไข้เลือดออกของประชาชน

จำนวน 1 ถึง 10 ครั้ง ร้อยละ 67.9 เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ โรคไข้เลือดออก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และมีประโยชน์ ร้อยละ 46.8, 44.9 และ 29.5 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์โรคไข้เลือดออก คือ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 22.4 ไม่ทราบข่าว ร้อยละ 7.1 และไม่มีความรู้ ร้อยละ 6.4

การเข้าร่วมประชุมของประชาชนในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก มีจำนวน 1 ถึง 12 ครั้ง ร้อยละ 71.2 เหตุผลในการเข้าร่วมประชุม ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน ร้อยละ 54.5 รองลงมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และมีความสนใจ ร้อยละ 41.0 และ 32.7 ตามลำดับ ส่วนเหตุผลในการไม่

เข้าร่วมประชุม คือ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 23.7 และเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 5.8 การเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์โรคไข้เลือดออกของประชาชน มีจำนวน 1 ถึง 10 ครั้ง ร้อยละ 76.3 เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์โรคไข้เลือดออก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข/เพื่อนบ้านชักชวน มีความสนใจ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 60.9, 39.1 และ 37.2 ส่วนเหตุผลในการไม่เข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์โรคไข้เลือดออก ได้แก่ ไม่มีเวลาว่าง ร้อยละ 20.5 เดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 3.2 และไม่มีเพื่อนไปด้วย ร้อยละ 1.9

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก จำแนกรายชื่อของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก(n=156)		พื้นที่ไม่เกิดโรค(n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.การรับทราบข่าวจำนวนการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	1.84	0.78	2.24	0.62	5.065	310	<.001
2.การรับทราบข่าวสมาชิกในชุมชนป่วยเป็นโรค ไข้เลือดออก	1.53	0.85	2.17	0.78	6.935	307.36	<.001
3.การพูดคุย ถึงการมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย มากเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก	1.65	0.79	2.22	0.70	6.755	310	<.001
4.การพูดคุยกันถึงการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด เพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก	2.01	0.88	2.26	0.73	2.744	310	.006
5.การสังเกตว่าถ้าพบยุงลายชุกชุมมาก มักจะมีคนในชุมชนป่วยเป็นโรค ไข้เลือดออก	1.72	0.91	2.10	0.83	3.832	310	<.001
6.การพูดคุยกับสมาชิกในชุมชนถึงการถูกยุงกัด จะทำให้มีโอกาสป่วยจากโรค ไข้เลือดออกได้	1.92	0.96	2.14	0.75	2.235	292.542	.026
7.การพูดคุยถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและยุงตัวแก่ทุก 7 วันช่วยลด การเกิดโรคไข้เลือดออก	1.91	1.00	2.24	0.76	3.248	289.891	.001
8.การให้ข้อเสนอแนะถึงวิธีการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและกำจัด ลูกน้ำอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการเกิดโรคไข้เลือดออก	1.80	1.00	2.19	0.84	3.678	310	<.001
9.การเสนอแนะให้สมาชิกร่วมมือ ทำความสะอาดบ้านเรือน และกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงยุง จะทำให้คนในชุมชนลดการป่วยจากโรคไข้เลือดออก	2.01	0.90	2.22	0.76	2.168	310	.031
10.การให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการออกกฎระเบียบข้อบังคับบ้านที่ไม่ให้ความ ร่วมมือในการกำจัดแหล่ง ฯ	1.63	1.04	2.07	0.82	4.107	293.807	<.001

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซากและพื้นที่ไม่เกิดโรคภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0 .05(p-value = .0001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคโรคไข้เลือดออก จำแนกรายข้อของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก		พื้นที่ไม่เกิดโรค(n=156)		t	df	p-value
	(n=156)						
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ด้านกายภาพ							
1.เปลี่ยนน้ำ/ขัดแจกันใส่ดอกไม้สดทุก 7 วัน	1.69	0.944	2.03	0.941	2.978	275	.003
2.เปลี่ยนน้ำ/ขัดห้องน้ำ ห้องส้วม ทุก 7 วัน	2.04	0.849	2.12	0.819	0.814	310	.416
3.ปิดฝาน้ำดื่ม/น้ำใช้ให้มิดชิดทุกครั้ง ที่เปิดใช้	2.40	0.724	2.41	0.752	0.153	310	.878
4.ใส่เกลือ ฯลฯ ทุก 7 วัน ที่รองขาตู้กับข้าว	1.67	1.008	1.82	1.113	1.168	275.75	.244
5.ใส่ทรายจากร่องคันไม้/เทน้าทิ้งทุก 7 วัน	1.68	0.983	1.91	1.060	1.838	276	.067
6.เก็บทำลายเศษวัสดุไม้ใช้แล้วบริเวณบ้าน	2.13	0.882	2.20	0.773	0.719	289	.473
7.ใช้อุปกรณ์กำจัดยุง กับดัก/ไม้ตุงไฟฟ้า	1.73	1.005	1.84	1.034	0.953	301	.341
รวมด้านกายภาพ	13.516	4.6078	14.303	5.2411	1.415	304.99	.158
ด้านชีวภาพ							
8.ใช้สารไล่ยุง เช่น จุลยภัณฑ์ยุง ฐูปดะไคร้หอม	1.66	0.846	1.76	0.971	0.994	310	.321
9.ใช้เปลือกส้มแห้ง/กานมะพร้าวจุดไฟไล่ยุง	1.33	0.998	1.46	0.973	1.149	310	.251
10.ใช้ปลาหางนกยูงในอ่างปลูกดอกบัว	1.47	1.104	1.50	1.050	0.210	310	.834
11.ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เช่น มะกรูด	1.17	1.067	1.32	1.041	1.236	310	.218
รวมด้านชีวภาพ	5.6346	3.1807	6.0385	3.1538	1.126	310	.261
ด้านสารเคมี							
12.ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในภาชนะน้ำจืด	1.97	1.018	2.06	0.986	0.746	258	.456
13.ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในห้องน้ำ	2.36	0.748	2.29	0.771	-0.871	308	.348
14.ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ในน้ำใช้	2.30	0.749	2.19	0.823	-1.155	308	.249
15.ใช้สารกำจัดยุง เช่น ยาฉีด	1.72	0.859	1.71	1.029	-0.120	296.62	.904
รวมด้านสารเคมี	8.4316	2.2917	8.1774	2.8951	-0.860	294.47	.390
ด้านอื่นๆ							
16.ให้ความร่วมมือเมื่อมีการฉีด พ่นสารเคมี เพื่อทำลายยุงตัวแก่	2.13	0.930	2.33	0.881	1.874	310	.062
17.จัดบ้านเรือนให้สะอาดและไม่มิดชิด	2.17	0.780	2.44	0.720	3.092	310	.002

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก (n=156)		พื้นที่ไม่เกิดโรค(n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
18.ร่วมกิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในวัน พระสงฆ์ใช้เสื่อออก	1.68	0.957	2.08	0.923	3.795	310	<.001
19.จ่ายเงินเข้ากองทุนในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ลูกน้ำ	1.21	1.047	1.49	1.116	2.250	310	.025
20.จ่ายเงินเข้ากองทุนในชุมชน	0.98	0.987	1.24	1.102	2.165	306.29	.031
รวมค่าอื่นๆ	8.1795	2.87926	9.5705	3.34300	3.983	310	<.001

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคใช้เสื่อออกระหว่าง
พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคใช้เสื่อออกภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-
value = 0.055)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์การป้องกันควบคุมโรค
ใช้เสื่อออก ในพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคใช้เสื่อออก จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	พื้นที่เกิดโรค ซ้ำซาก(n=156)		พื้นที่ไม่เกิดโรค (n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.ดำเนินกิจกรรมกำจัดแหล่งลูกน้ำในชุมชนทำให้เสี่ยงจากโรค ใช้เสื่อออกน้อยลง	2.02	0.82	2.33	0.74	3.478	310	<.001
2.กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำต่อเนื่อง เป็นการป้องกันการป่วยจาก โรคใช้เสื่อออก ใช้จ่ายเงินน้อยกว่า การดูแลรักษา	2.15	0.79	2.47	0.66	3.910	310	<.001
3.กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรค ใช้เสื่อออกน้อยลง	2.03	0.82	2.46	0.69	4.998	310	<.001
4.การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เสื่อออกมากขึ้น	2.33	0.76	2.51	0.64	2.171	310	.031
5.การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทำให้รู้สึกภูมิใจที่มีส่วนช่วย ชุมชน	2.20	0.82	2.51	0.67	3.629	310	<.001
6.การกำจัดแหล่งยุงลาย ทำให้มี สมาชิก กับเจ้าหน้าที่มีการ ช่วยเหลือกันมากขึ้น	2.25	0.79	2.38	0.61	1.686	290.148	.093
7.การเก็บ ภาษีไม่ได้แล้ว ทำให้มีรายได้	2.03	0.81	1.92	0.85	-1.088	310	.278

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์การป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในด้านการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ในพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	พื้นที่เกิดโรค ซ้ำซาก (n=156)		พื้นที่ไม่เกิด โรค(n=156)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1.การสังเกตความร่วมมือการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนสะอาดขึ้น	2.44	0.64	2.58	0.56	1.973	303.553	.049
2.การสังเกตว่าสมาชิก ให้ความสำคัญในการเข้าร่วม กิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในวัน รณรงค์	2.12	0.73	2.56	0.61	5.791	310	<.001
3.การสังเกตว่าสมาชิก ให้ความสำคัญในการกำจัด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง	2.05	0.71	2.58	0.62	6.966	310	<.001
4.สำรวจ ดูแลแหล่งเพาะพันธุ์ และกำจัดลูกน้ำ จาก ภาชนะเก็บกักน้ำใช้ แจกันดอกไม้ พุ่มต่าง ขาดูกับข้าว ห้องน้ำ ห้องส้วม ในบ้าน ทุกๆ 7 วัน	1.91	0.69	2.46	0.63	7.419	307.526	<.001
5.สังเกตว่าเมื่อทุกบ้านให้ความร่วมมือในการกำจัด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแล้วยุงภายในบ้าน ในชุมชน มีจำนวนลดลง	2.14	0.70	2.63	0.57	6.863	310	<.001
6.เคยเข้าร่วมสำรวจ แหล่งเพาะพันธุ์ ลูกน้ำยุงลาย ภายในชุมชน	1.78	0.90	2.47	0.78	7.266	310	<.001
7.ได้รับการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย จาก อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.23	0.72	2.72	0.52	6.982	281.372	<.001

จากตารางที่ 4 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วม ในการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < .001$)

อภิปรายผล

จากการเปรียบเทียบ การมีส่วนร่วมของชุมชนใน การป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เกิดโรค ซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค ไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย

ด้านข้อมูลของครัวเรือนในพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออก ช้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า มีจำนวนสมาชิกไม่แตกต่างกัน โดยเฉลี่ย 3 คนต่อครัวเรือน ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ช่วงเวลาที่สมาชิกอยู่บ้านมากที่สุดของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกช้ำซาก คือ ช่วงเย็น แต่พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ช่วงกลางวันมากที่สุด โดยทั้งสองพื้นที่มีลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวมีได้สูง และมีสมาชิกในครัวเรือนไปเรียนหรือทำงานนอกตำบลไม่แตกต่างกัน สำหรับภาชนะที่เก็บกักน้ำในครัวเรือนของสองพื้นที่มีภาชนะกักน้ำในห้องน้ำ ห้องส้วมมากที่สุด ทั้งนี้สภาพทั่วไปของชุมชน

ด้านประชากร อาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านเรือน บริบทโดยรวมแล้วมีความคล้ายคลึงกัน (ข้อมูลจากการสังเกต) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสมใจ ทองเพ็ และคณะ⁶ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนหมู่บ้านที่มีโรคไข้เลือดออกสูงสุดสภาพบ้านจะมีสวนร่มรื่น เป็นที่ลุ่มน้ำท่วมถึง ส่วนสภาพแวดล้อมชุมชน หมู่บ้านที่มีโรคไข้เลือดออกต่ำ ลักษณะบ้านจะโล่งโปร่ง ลมพัดสบาย ไม่มีต้นไม้ใหญ่ ใกล้บ้าน และการศึกษาของสุสิทธิ์ นาควิโรจน์ และคณะ⁷ ซึ่งพบว่า สภาพแวดล้อมระหว่างอำเภอที่มีการเกิดโรคสูงสุดและต่ำสุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001)

ด้านแหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสื่อบุคคล แหล่งรับรู้ข่าวสารของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกช้ำซาก ส่วนใหญ่ได้รับจากเพื่อนบ้าน ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกรับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด เมื่อพิจารณาภาพรวม พื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกช้ำซาก มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับ

น้อย แต่พื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกิดจากการประสานงาน และให้ความร่วมมือของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก มีการประสานงาน และให้ความร่วมมือมากกว่า และดำเนินการต่อเนื่อง (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก) ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทเป็นผู้นำในการประสานงาน และทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การเข้าร่วมประชุมของประชาชนในพื้นที่เกิดโรคช้ำซาก ส่วนใหญ่เหตุผลในการร่วมประชุมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และเหตุผลในการไม่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ไม่มีเวลาว่าง และชุมชนไม่มีการจัดประชุม ซึ่งแตกต่างพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่มีเหตุผลจากอาสาสมัครสาธารณสุข หรือเพื่อนบ้านชักชวน สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออก ทั้ง 2 พื้นที่ ส่วนใหญ่เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเพื่อนบ้านชักชวน และเหตุผลในการไม่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออก ได้แก่ ไม่มีเวลาว่าง ทั้งนี้อาจเกิดจากสภาพแวดล้อม และฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน ซึ่งต้องประกอบอาชีพจึงไม่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดของปรัชญา เวราวัณน์⁸ ที่พบว่า ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ หลายประการ ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง ปัญหาด้านองค์กร และนโยบายของรัฐบาล

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ของประชาชน ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งกิจกรรมที่มีส่วนร่วมตัดสินใจของพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และยุงตัวแก่ทุก 7 วัน และการรับทราบข่าวเมื่อสมาชิกในชุมชนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี มณีศรี⁹ พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของวลิรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล¹⁰ พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ขัดแย้งจากการศึกษาของสุทิพร นาควิโรจน์ และคณะ⁷ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการสนทนากันจะเกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นการเฝ้าระวังโรคโดยคนในชุมชน ดังนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวให้ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขทราบ เมื่อมีคนในชุมชนเป็นไข้หรือมีอาการสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกให้ไปรับการตรวจรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และให้คำแนะนำป้องกันไม่ให้ยุงกัดโดยให้นอนในมุ้งเพื่อลดการแพร่โรคในชุมชน อีกทั้งขอความร่วมมือให้ประชาชนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จากการเปรียบเทียบด้านการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนโดยรวม ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าเฉพาะด้านอื่นๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านกายภาพ ทั้ง 2 พื้นที่มีปฏิบัติเหมือนกันใน

เรื่องการปฏิบัติเปลี่ยนน้ำและขัดล้างภาชนะทุก 7 วัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของศรีมงคล ประยูรวง และคณะ¹¹ พบว่า พฤติกรรมการถ่ายคุ่มน้ำใช้ ภาชนะเก็บกักน้ำใช้มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านอื่นๆ มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันในเรื่องการจัดบ้านเรือนให้สะอาด การร่วมกิจกรรมรณรงค์ การจ่ายเงินเข้ากองทุนเพื่อใช้ในการกิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และซื้อสารเคมีพ่นทำลายยุงลายในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของชุมชนต้องมีการเสาะหา ในเรื่องเวลา แรงงาน และบางครั้งการสละทรัพย์สินเพื่อช่วยในกิจกรรมของชุมชน

สำหรับด้านชีวภาพ มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพื้นที่เกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำซากมีการใช้สารไล่ยุง เช่น จูดยากันยุงที่ทำมาจากตะไคร้หอม แต่พื้นที่ไม่เกิดโรค มีการเลี้ยงปลาหางนกยูงในอ่างปลูกดอกบัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองพันธ์ คุรงค์ภินันท์ และคณะ¹² พบว่ามีการใช้ปลา ร้อยละ 94.7

ส่วนด้านสารเคมี มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกันทั้ง 2 พื้นที่ โดยมีการใช้สารเคมี คือทรายที่มีฟอสฟอรัส ภาชนะเก็บน้ำในห้องน้ำห้องส้วม แจกันดอกไม้สด และภาชนะเก็บน้ำชื้ออยู่ในระดับมากทั้ง 2 พื้นที่ ถึงแม้ว่าทรายกำจัดลูกน้ำจะมีความปลอดภัยสูงต่อคนและสัตว์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับให้ใช้น้ำดื่มได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดการใช้สารเคมี และงบประมาณในการจัดซื้อสารเคมี ควรส่งเสริมให้ประชาชนใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในครัวเรือน เช่น มีการใช้ผงซักฟอก เกลือหรือน้ำส้มสายชู ก็สามารถควบคุมและทำลายลูกน้ำยุงลายได้ ดังการศึกษาของรุ่งทิพา ประสานทอง¹³ ทำการศึกษาประสิทธิภาพของผงซักฟอก พบว่า น้ำที่ผสมผงซักฟอกสามารถป้องกันยุงลายวางไข่ได้นาน 14 - 22 วัน และผงซักฟอกยังมี

ประสิทธิภาพในการกำจัดลูกน้ำยุงลายระยะที่ 3 ได้ 100% และการศึกษาของพูนศ เรียวแรงบุญญา และบุญล้วน พันธุมจินดา¹³ ที่ทำการทดลองใส่เกลือ 2 ช้อนชาในถ้วย หล่อขาตู้กับข้าวขนาดความจุ 250 มิลลิลิตร พบว่าควบคุม ลูกน้ำได้นานมากกว่า 7 วัน รวมทั้งการศึกษาของ สมเกียรติ บุญญะบัญชา และวิรัตน์ สมุทรพงษ์¹³ ที่ทำการทดลองใส่น้ำส้มสายชู 5% จำนวน 1 ช้อนชาครั้งใน ถ้วยหล่อขาตู้กับข้าวขนาดความจุ 250 มิลลิลิตร พบว่าทำให้ลูกน้ำยุงลายตายมากกว่า 95% ดังนั้นควรมีการส่งเสริม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาของคนในชุมชน

จากการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิด โรคไข้เลือดออก พบว่าแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากการ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลยา เปียประดิษฐ์¹⁴ พบว่าการ ดำเนินป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นการดำเนินงานเชิงรับ ซึ่ง นโยบายของรัฐต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ดังนั้น ควรมีการทำให้ประชาชน โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม แบบเป้าประสงค์โดยประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิด ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามัคคี ซึ่งเป็นการ รวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพใน กระบวนการแก้ปัญหา และร่วมทำกิจกรรม ถึงแม้ว่า กิจกรรมจะสิ้นสุดแล้วแต่การมีส่วนร่วมยังคงอยู่ และทำให้ชุมชนได้รับผลประโยชน์อย่างยั่งยืน

จากการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ระหว่างพื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรค

ไข้เลือดออก พบว่ามีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็น เพราะในพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออกมีการประสาน การดำเนินงาน รวมทั้งมีการดำเนินงานร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลยา เปีย ประดิษฐ์¹⁵ พบว่า การปฏิบัติงานโดยการเข้าถึงประชาชน เข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนด ขาดการควบคุมกำกับ และ ประเมินผลอย่างจริงจัง การปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขที่ไม่ได้คิดริเริ่มเอง เป็นการปฏิบัติงานตาม คำสั่งของเจ้าหน้าที่ และงานด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ปฏิบัติได้น้อยมาก เพราะขาดความมั่นใจและไม่มีเวลา ถ่ายทอดความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชนี ศิริสุนทรและลดาวัลย์ สนวนงาม¹⁶ พบว่า องค์การบริหาร ส่วนตำบลและเทศบาล มีการจัดทำแผนงานไม่บูรณาการ กับหน่วยงานอื่น ร้อยละ 83.3 ไม่เน้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการแก้ปัญหา แต่จะให้ความสำคัญในการหา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และ สอดคล้องกับการศึกษาของสวรธา สิริภักคมงคล และ คณະ¹⁷ พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ มี ความรู้ เจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หลัง ดำเนินการโดยให้กลุ่มเป้าหมาย มีการวางแผนดำเนินการ แก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกติดตาม ประเมินผลพบว่า กลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญในการ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเกิดความเสียสละในการช่วยเหลือชุมชนสูงขึ้น และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เดือนกุมภาพันธ์ 2548³ พบว่า ค่า HI ของพื้นที่ไม่เกิดโรคไข้เลือดออก มีค่า HI = 0 จำนวน 10 หมู่บ้าน จาก 13 หมู่บ้าน สำหรับพื้นที่เกิด โรคซ้ำซาก มีการสำรวจและรายงานค่า HI ≤ 10 เพียง

6 หมู่บ้าน จาก 11 หมู่บ้าน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของการประเมินผล โดยการวัดผล และวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน เพื่อหาข้อดี ข้อด้อย และหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่ที่เกิดโรคซ้ำซาก และพื้นที่ไม่เกิดโรคจังหวัดสุโขทัย ปี 2548 ผลจากการศึกษามีความแตกต่างกัน ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกในพื้นที่วิจัย ควรมีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล ให้รับทราบสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ทั้งในพื้นที่ตนเอง และพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อการป้องกันโรคล่วงหน้าและทันเวลา และควรสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมาแก้ปัญหา วางแผน และหาแนวทางแก้ไขอีกทั้งควรส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรค ด้วยวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ โคนเน้นการใช้ภูมิปัญญาของคนในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่อ่านและแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ และนายณัฐกิจ พิพัฒน์จาตุรนต์ นักวิชาการสาธารณสุข 6 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ที่กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. เสรณีย์ จุฬาสรีกุล: คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2544.
2. อภิญญา จุติตระกูลชัย: การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกจังหวัดสุโขทัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2547.
3. ชัยพร โรจนวัฒน์ศิริเวช: ความสำเร็จ 7 ปี (2542-2548) อำเภอบึงคล้า จังหวัดหนองคาย ควบคุมลูกน้ำยุงลายได้ไม่มีไข้เลือดออก เป็นอำเภอแรกของประเทศไทย. จุลสารควบคุมโรค; 2548. หน้า 8-11.
4. มยุรี อินทุยานนท์: สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2546-2548.
5. สุมณา ตันติไวยพจน์: สรุปรายงานการสำรวจดัชนีลูกน้ำงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2548.
6. สมใจ ทองเพ็ญและคณะ: การพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชนในพื้นที่ไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุดของพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร; 2547. 80 หน้า.
7. ศุภิพร นาควิโรจน์ และคณะ: ปัจจัยการเกิดโรคไข้เลือดออกจังหวัดพัทลุงระหว่าง อำเภอที่มีการเกิดโรคสูงสุดและต่ำสุด สัมมนาการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับชาติ กรมควบคุมโรคติดต่อยุคลีพรหมแดน; 2543: 20 หน้า.

8. ปรัชญา เวสารัชช์: การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท. สถาบันไทยคดีศึกษาหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2528: 20 หน้า.
9. มนตรี มณีศรี: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของชุมชนตำบลแม่จะรา อำเภอมะเข่ จังหวัดตาก. ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542: หน้า 82- 89.
10. วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ คณะพัฒนาสังคมสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2544. หน้า 74-95.
11. ศรีมงคล ประยูรวงและคณะ. ความคิดเห็น ความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เกิดโรค เปรียบเทียบพื้นที่ปลอดไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา การสัมมนาวิชาการกรมควบคุมโรคประจำปี 2545. หน้า 98.
12. ทองพันธุ์ คุรงค์ภินันท์ และคณะ. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของตำบลทางพระ จังหวัดอ่างทอง การสัมมนาวิชาการ กรมควบคุมโรค ประจำปี; 2545. หน้า 53.
13. สีวิกา แสงธราทิพย์: ยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ในโรคไข้เลือดออกฉบับประเภชกรณก. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี; 2544. หน้า 30-77.
14. กุลยา เปียประดิษฐ์: แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง ในการประเมินผลโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก; 2544. 63หน้า.
15. พัทธี ศิริสุนทร และลดาวัลย์ สวนงาม: การประเมินศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมและแก้ไข วรรสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12547; 8(2): 161-165.
16. สวรรยา สิริภคมงคล และคณะ : การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน 4 อบต. ของเขต 8 นครสวรรค์ การสัมมนาวิชาการ กรมควบคุมโรค; 2545. 52 หน้า.