

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
รุ่งนภา เพชรปานกัน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กันยายน 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

614.6552
760.91
156092

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

156092

บทคัดย่อ
ของ
รุ่งนภา เพชรปานกัน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กันยายน 2544

156092

รุ่งนภา เพชรปานกัน. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของ
ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการ
ควบคุม : รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ ประธาน, รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.
นภาพร มัชฌิมามงกูร.

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร
เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัว
ป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับ
เจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 398 คน เป็น
ชาย 208 คน และหญิง 190 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling)
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t - test)
วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ
และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation
coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the
Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
เท้าช้างอยู่ในระดับดี ส่วนความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับ
ปานกลาง
2. ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีอายุและอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการ
ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน
เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน
4. ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการ
ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

5. ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

6. ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

7. ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

HEALTH BEHAVIOR CONCERNING PREVENTION OF LYMPHATIC FILARIASIS
IN THE CITIZEN OF HIGH RISK AREA CHANGWAT KANCHANABURI

AN ABSTRACT
BY
RUNGNAPA PETCHPANKAN

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
September 2001

Rungrapa Petchpankan. (2001). *Health Behavior Concerning Prevention of Lymphatic Filariasis in the Citizen of High Risk Area Changwat Kanchanaburi*.

Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School,
Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Sujin
Preechamart, Assoc. Prof. Napaporn Madhyamankura

The objectives of this study were to study and compare health behavior of knowledge, attitude and practice concerning prevention of lymphatic filariasis in the citizen of high risk area in Changwat Kanchanaburi. The studied variables were sex, age, education level, occupation, expose to epidemic area, family history of lymphatic filariasis and receiving an information. The correlation between knowledge and attitude, knowledge and practice, attitude and practice concerning prevention of lymphatic filariasis in the citizen of high risk area in Changwat Kanchanaburi..

The samples in this study were 398 in the citizen of high risk area in Changwat Kanchanaburi, 208 males and 190 females by accidental sampling method. Test and questionnaires constructed by the researcher were used to collect the data. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, t - test, one way analysis of variance or F - test and Pearson product moment correlation coefficient were used analyze the data by Statistical Package for the Social Science (SPSS).

The results of this study were as follows :

1. The citizen had a high level of attitude concerning prevention of lymphatic filariasis but their knowledge and practice were at the medium level.
2. The citizen with difference in their sex showed no significant difference in their knowledge, attitude and practice on the concerning prevention of lymphatic filariasis at .05 level
3. The citizen with difference in their age and occupation showed significant difference in their knowledge and practice on the concerning prevention of lymphatic filariasis at .05 level and no significant difference in their attitude.
4. The citizen with difference in their education level showed significant difference in their knowledge and attitude on the concerning prevention of lymphatic filariasis at .05 level and no significant difference in their practice.

5. The citizen with difference in their expose to epidemic area showed significant difference in their knowledge on the concerning prevention of lymphatic filariasis at .05 level and no significant difference in their attitude and practice.

6. The citizen with difference in their family history of lymphatic filariasis showed significant difference in their attitude on the concerning prevention of lymphatic filariasis at .05 level and no significant difference in their knowledge and practice.

7. The citizen with difference in their receiving an information showed significant difference in their knowledge, attitude and practice on the concerning prevention of lymphatic filariasis at .05 level.

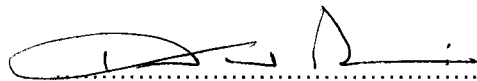
8. There were positive correlations between the knowledge and attitude, knowledge and practice, attitude and practice on the concerning prevention of lymphatic filariasis at .05 level.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

ของ
นางสาว รุ่งนภา เพชรปานกัน

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

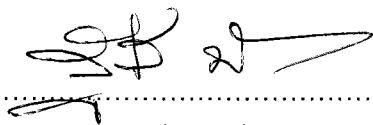


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

วันที่ ๕.๖ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๔

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



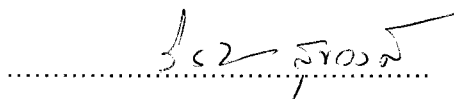
ประธาน

(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารถ)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส บัณฑาสพงษ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริขามารถ และรองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมามกุล ประธาน และกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจทานและแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา จนทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการ ทำปริญญานิพนธ์ได้เป็นผลสำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑาสพงษ์ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้ตรวจทานและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้แก่ผู้ วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบและแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบพระคุณประชาชนในอำเภอสังขละบุรี อำเภอบ่อพลอย และอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบ สอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นภาควิชาสุศึกษา และเพื่อนร่วมงานโรงพยาบาล บ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ตลอดจน ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือแนะนำและเป็นกำลังใจ จนทำให้ ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ใด ๆ จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชา พระคุณบิดามารดา ซึ่งเปรียบเสมือนครูคนแรกของผู้วิจัย ผู้ซึ่งสนับสนุนในทุก ๆ ด้านและ เป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่ และครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อบรมสั่งสอน อัน เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จทั้งในหน้าที่การงานและการศึกษาด้วยดี ตลอดมา

รุ่งนภา เพชรปานกัน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	8
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	8
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	9
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	9
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	9
ตัวแปรที่ศึกษา.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	13
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	16
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ.....	16
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเท้าช้าง.....	35
แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544)	
ในส่วนงานควบคุมโรคเท้าช้าง.....	58
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	61
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	61
งานวิจัยในประเทศไทย.....	62
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	66
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	66
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	68
ลักษณะของเครื่องมือ.....	68
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	68
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	69
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	71

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	110
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	110
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	110
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	110
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	112
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	113
อภิปรายผล.....	115
ข้อเสนอแนะ.....	130
บรรณานุกรม.....	132
ภาคผนวก.....	138
ภาคผนวก ก เอกสารและรายนามผู้เชี่ยวชาญ.....	139
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย.....	144
ภาคผนวก ค คุณภาพเครื่องมือ.....	147
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	149
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	161

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนผู้ป่วยโรคเท้าช้างที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี เมื่อ 1 ตุลาคม 2543.....	6
2 การแยกโรคอื่น ๆ ออกจากโรคเท้าช้าง.....	47
3 การจ่ายยา DEC แบ่งกลุ่มตามอายุ สำหรับรักษาโรคเท้าช้าง.....	52
4 จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอและเพศ.....	67
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องใน ครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร.....	82
6 จำนวนคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี.....	86
7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามเพศ.....	87
8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม การข้ามแดนระหว่างประเทศ.....	88
9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง.....	89
10 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม อายุ.....	91

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ.....	92
12	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม สุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ.....	93
13	จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	94
14	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	96
15	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม สุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา....	97
16	จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	99
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	101
18	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม สุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	102

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

- 19 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเป็นเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง
ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร..... 104
- 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของ
พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี
จำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร..... 105
- 21 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม
สุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน
โรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร..... 107
- 22 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และ
เจตคติกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี..... 109
- 23 ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ และค่าอำนาจจำแนกของ
แบบทดสอบความรู้ แบบทดสอบเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี..... 148

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แผนที่ประเทศต่าง ๆ ในโลกที่พบโรคเท้าช้าง.....	2
2 แผนที่แสดงอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในประเทศไทย.....	3
3 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	13
4 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม.....	31
5 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ.....	33
6 วงจรชีวิตพยาธิโรคเท้าช้าง.....	37
7 ความพิการของแขน ขา ระดับ 1.....	43
8 ความพิการของแขน ขา ระดับ 2.....	44
9 ความพิการของแขน ขา ระดับ 3.....	44
10 ความพิการของอวัยวะ ระดับ 1.....	45
11 ความพิการของอวัยวะ ระดับ 2.....	45
12 ความพิการของอวัยวะ ระดับ 3.....	46

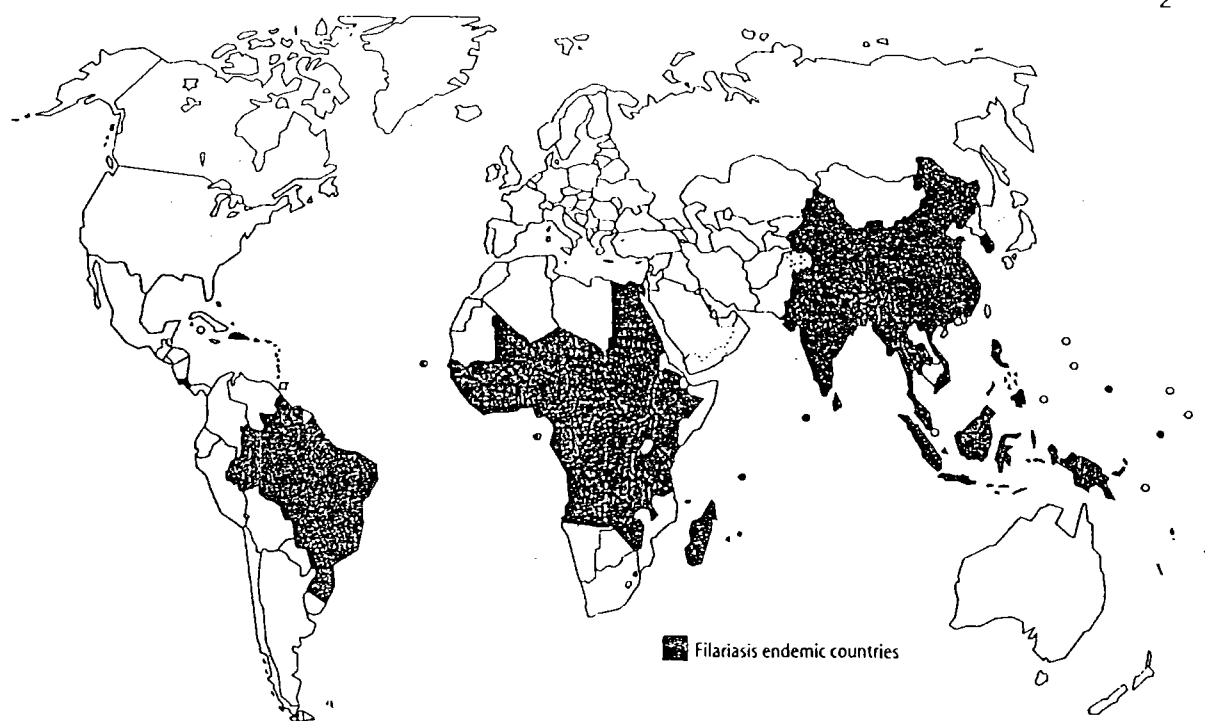
บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันโรคติดต่อที่นำโดยยุง ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมาก โรคเท้าช้างก็เป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งที่มียุงหลายชนิดเป็นพาหะที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ กลุ่มยุงรำคาญ (*Culex sp.*) กลุ่มยุงลาย (*Aedes sp.*) กลุ่มยุงก้นปล่อง (*Anopheles sp.*) และกลุ่มยุงเสือ (*Mansonia sp.*) พยาธิที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมีอยู่ 3 ชนิดด้วยกัน คือ *Wuchereria bancrofti* , *Brugia malayi* และ *Brugia timori* โรคเท้าช้างจะเกิดขึ้นได้เนื่องจากยุงซึ่งเป็นพาหะนำตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง (*Microfilaria*) ไปกัดคนและปล่อยตัวอ่อนพยาธิเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตของคน จากนั้นพยาธิโรคเท้าช้างจะผลิตลูกหลานตัวอ่อนออกมาเป็นจำนวนมาก พยาธิตัวแก่ทั้งที่มีชีวิตและตายแล้วจำนวนมากจะอุดตันท่อทางเดินน้ำเหลือง ทำให้น้ำเหลืองบริเวณนั้นไหลกลับไม่ได้ ส่งผลให้บริเวณที่ท่อน้ำเหลืองอุดตันเกิดการบวมแข็ง ในที่สุดก็มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเยื่อพังผืด มีขนาดโตขึ้น และขรุขระ อาการบวมโตของโรคเท้าช้างเกิดได้ในทุกส่วนของร่างกาย เช่น การบวมโตของเท้า การบวมโตของเต้านม การบวมโตของอวัยวะเพศชาย เป็นต้น และโรคเท้าช้างเป็นโรคเดียวที่นำโดยยุงที่ไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วยเป็นที่แน่ชัดและไม่มีความชัดเจนในยุงพาหะที่ก่อให้เกิดโรค เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจะไม่สามารถทราบได้ว่าตนเองได้รับตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างไปหรือไม่ นอกจากว่าจะมีการเจาะโลหิตเพื่อตรวจหาตัวอ่อนของพยาธิดังกล่าว

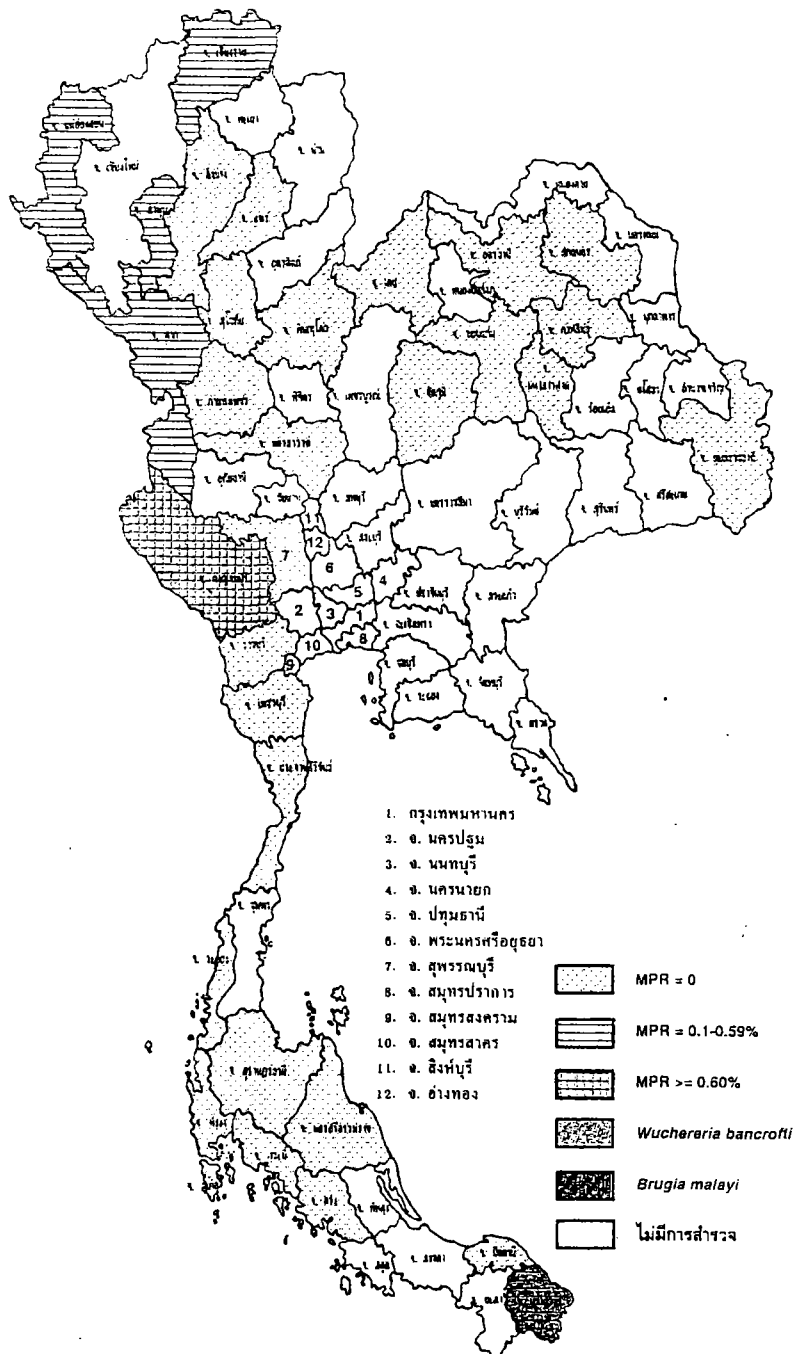
โรคเท้าช้างพบได้ทั่วไปในบริเวณพื้นที่เขตร้อน (Tropical areas) และเขตกึ่งร้อน (Subtropical areas) ของเอเชีย แอฟริกา แปซิฟิกตะวันตก และบางส่วนของทวีปอเมริกา รายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 1 (กองโรคเท้าช้าง. 2541ก : 1)



ภาพประกอบ 1 แผนที่ประเทศต่าง ๆ ในโลกที่พบโรคเท้าช้าง

จากการคาดการณ์การระบาดขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1995 พบว่ามีประชากรโลกกว่า 1,100 ล้านคน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั่วโลก จะป่วยเป็นโรคเท้าช้างประมาณ 120 ล้านคน โดย 107 ล้านคนติดเชื้อชนิด *Wuchereria bancrofti* และอีก 13 ล้านคน ติดเชื้อชนิด *Brugia malayi* ในจำนวนนี้จะมี ความพิการของผู้ป่วยชนิดที่มีการอุดตันของท่อน้ำเหลืองในตำแหน่งที่มีการอักเสบซ้ำ ๆ ซึ่งทำ ให้น้ำเหลืองคั่งตามช่องว่างต่าง ๆ (Hydrocoele) 40 ล้านคน และภาวะเท้าช้าง (Elephantiasis) 3 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 43 ล้านคน ประเทศที่พบโรคเท้าช้างระบาดมีทั้งสิ้น 73 ประเทศ โดยพบว่ามี 38 ประเทศอยู่ในทวีปแอฟริกา 7 ประเทศอยู่ในทวีปเอเชีย 4 ประเทศอยู่ในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก 8 ประเทศอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ 16 ประเทศอยู่ในแปซิฟิกตะวันตก ประเทศที่มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างมากที่สุด คือ อินเดีย ซึ่งคาดว่าจะมีถึง 45.5 ล้านคน (กองโรคเท้าช้าง. 2541ก : 7)

สำหรับในประเทศไทยพบโรคนี้เฉพาะในเขตชนบท ลักษณะการกระจายและความ ชุกชุมมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของท้องที่และพบโรคอยู่ในวงจำกัด ดังปรากฏ ตามภาพประกอบ 2 (กองโรคเท้าช้าง. 2541ค : 27)



ภาพประกอบ 2 แผนที่แสดงอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในประเทศไทย

จากภาพประกอบ 2 แสดงว่า ประเทศไทยพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง 2 ชนิดด้วยกัน คือ *Wuchereria bancrofti* และ *Brugia malayi* โดยเชื้อ *Wuchereria bancrofti* จะพบทางภาคตะวันตกของประเทศไทย ส่วนเชื้อ *Brugia malayi* นั้นพบทางภาคใต้ และจังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างโดยตัวอ่อนพยาธิที่พบนั้นเป็นชนิด *Wuchereria bancrofti* เท่านั้น และมีอัตราตรวจพบผู้มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต (Microfilaria positive rate - MPR) ตั้งแต่ร้อยละ 0.60 ขึ้นไป

จากการสำรวจโรคเท้าช้างครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2499 โดยดอกเตอร์ เอ็ม. โอ. ที. ไอเยนจาร์ (Dr. M.O.T. Iyengar) และคณะ ได้ศึกษาสำรวจในท้องที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง และปัตตานี พบว่า พยาธิที่ทำให้เกิดโรคในพื้นที่เป็นชนิด *Brugia malayi* โดยมีอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิ *Brugia malayi* ในหมู่บ้านที่สำรวจแตกต่างกันในแต่ละท้องที่ โดยพบอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิ *Brugia malayi* ตั้งแต่ร้อยละ 2.90 ถึงร้อยละ 40.80 และอัตราปรากฏอาการของโรคร้อยละ 5.20 ในการสำรวจต่อ ๆ มาพบว่าโรคเท้าช้างที่เกิดจากตัวอ่อนพยาธิ *Brugia malayi* ที่มีความชุกชุมสูงพบเฉพาะในจังหวัดภาคใต้ฝั่งตะวันออก ได้แก่ ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง ปัตตานี และนราธิวาส ต่อมาในปี พ.ศ. 2508 - 2511 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ จำลอง หะริณสุต และคณะ ได้ทำการศึกษาภาวะระบาดวิทยาโรคเท้าช้างในท้องที่จังหวัดกาญจนบุรี พบตัวอ่อนพยาธิชนิด *Wuchereria bancrofti* และมีอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิ *Wuchereria bancrofti* เฉลี่ยร้อยละ 13.10 และอัตราปรากฏอาการของโรคร้อยละ 8.70 ซึ่งมีอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิ *Wuchereria bancrofti* แตกต่างกันไปในแต่ละหมู่บ้านตั้งแต่ร้อยละ 3.60 ถึงร้อยละ 27.80 และจากการสำรวจต่อมาโดยกองโรคเท้าช้าง พบว่า พยาธิชนิดนี้มีแพร่หลายชุกชุมเฉพาะอำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และบางตำบลของอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดอินทรีเวณชายนแดนไทย - พม่า ได้แก่ ดาก แม่ฮ่องสอน ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิ *Wuchereria bancrofti* ร้อยละ 0.11 (กองโรคเท้าช้าง. 2541ก : 8)

ปัจจุบันโรคเท้าช้างยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญในบางท้องถิ่นของประเทศ การเกิดโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคด้วย ซึ่งจากการสำรวจใน 49 จังหวัด (ร้อยละ 64.50 ของพื้นที่ทั้งประเทศ) พบว่า มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 3,450 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยชาวไทยจำนวน 2,730 ราย คิดเป็นอัตราป่วย (Prevalence rate) 4.8 ต่อแสนประชากร (ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อจำนวน 1,244 ราย และผู้ป่วยปรากฏอาการจำนวน 1,486 ราย) โดยตรวจพบผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ดาก กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี และนราธิวาส นอกนั้นเป็นผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มาทำงานในจังหวัดดาก ระนอง พังงา และภูเก็ต จำนวน 720 ราย ซึ่งมีอัตราการตรวจพบตั้งแต่ร้อยละ 1.80

ถึงร้อยละ 3.60 (ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อจำนวน 695 รายและผู้ป่วยปรากฏอาการจำนวน 15 ราย) ผลการควบคุมโรคเท้าช้างในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2535 - 2539) ที่ผ่านมา สามารถลดอัตราป่วยโรคเท้าช้างลงมาจาก 11.6 / 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2535 เหลือเพียง 4.8 / 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2539 (กองโรคเท้าช้าง. 2541ข : 10 -11)

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอัตราการแพร่เชื้อสูงในหลายหมู่บ้านบริเวณชายแดนไทย - พม่า และไทย - มาเลเซีย ได้ เนื่องจาก

1. การติดตามรักษาครบคลุมได้เพียงร้อยละ 59.50 เนื่องจากการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรและสภาพท้องที่ทุรกันดาร รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของยาทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

2. ประชากรที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ มีการประกอบอาชีพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกยุงกัด

3. การตรวจพบรังโรคในสัตว์ เช่น แมว ซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงในบ้าน

4. การตรวจพบผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อในกลุ่มแรงงานชาวต่างชาติในอัตราสูง

ดังนั้นในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 การพัฒนาด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540 - 2544) จึงมีเป้าหมายดังนี้

1. ลดอัตราป่วยโรคเท้าช้างให้เหลือไม่เกิน 3.0 / 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2544 ดังนี้

- 1.1 ลดอัตราผู้มีตัวอ่อนพยาธิในโลหิตในพื้นที่เสี่ยงสูง (มากกว่าร้อยละ 0.60) ให้ลดลงจากจำนวน 100 หมู่บ้าน ให้เหลือไม่เกิน 50 หมู่บ้าน

- 1.2 ลดอัตราผู้มีตัวอ่อนพยาธิในโลหิตในพื้นที่เสี่ยงต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 0.60) จากจำนวน 220 หมู่บ้าน ให้เหลือไม่เกิน 100 หมู่บ้าน

2. ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการในผู้ป่วยตรวจพบตัวอ่อนพยาธิรายใหม่ทุกราย

3. ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจากแรงงานต่างชาติสู่คนไทยในทุกพื้นที่

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันตกของประเทศไทย เป็นจังหวัดชายแดนไทย - พม่า ภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นป่าเขา และเป็นจังหวัดที่พบว่ามีประชาชนป่วยเป็นโรคเท้าช้าง โดยพบว่ามีประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในเขตอำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค ตามลำดับ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเท้าช้างที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี
เมื่อ 1 ตุลาคม 2543

พื้นที่ (อำเภอ)	จำนวนผู้ป่วย (คน)						รวมทั้งสิ้น	PR/100,000 ประชากร
	คนไทย			ต่างชาติ				
	M	L+E	รวม	M	L+E	รวม		
สังขละบุรี	18	1	19	4	0	4	23	102.5
ทองผาภูมิ	6	0	6	16	0	15	21	45.30
ไทรโยค	2	0	2	2	0	1	3	7.95
รวม	26	1	27	20	0	20	47	6.13

ที่มา : ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 53 จังหวัดกาญจนบุรี. (2543). รายงานประจำ
เดือน : ไม่มีเลขหน้า.

หมายเหตุ M = Microfilaria หมายถึง ผู้ป่วยมีตัวอ่อนพยาธิในโลหิต
L = Lymphoedema หมายถึง ผู้ป่วยตอม้ำเหลืองอักเสบ
E = Elephantiasis หมายถึง ผู้ป่วยปรากฏอาการอวัยวะบวมโต
PR = Prevalence Rate หมายถึง อัตราความชุกชุมของโรค

จากตาราง 1 แสดงว่า อำเภอดังกล่าวในจังหวัดกาญจนบุรีมีผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้าง
อยู่ในระยะต่าง ๆ ทั้งคนไทยและคนต่างชาติ และถ้าพิจารณาเป็นอำเภอจะพบว่าอำเภอ
สังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค มีอัตราความชุกชุมของโรค 102.58, 45.30
และ 7.95 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่า อำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค เป็น
พื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเท้าช้างเป็นอย่างยิ่ง และสอดคล้องกับการจัดแบ่งพื้นที่ความเสี่ยง
ต่อโรคเท้าช้าง ของกองโรคเท้าช้าง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีการจัดแบ่งดังนี้ (สำนักงาน
ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5. 2541 : 1-2)

1. พื้นที่เสี่ยงสูง (High risk area - HR) หมายถึง หมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านที่ดำเนินการ
การสำรวจแล้วพบว่าอัตราตรวจพบผู้มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต (Microfilaria positive
rate - MPR) ตั้งแต่ร้อยละ 0.60 ขึ้นไป

2. พื้นที่เสี่ยงต่ำ (Low risk area - LR) หมายถึง หมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านที่ดำเนินการสำรวจแล้วพบว่าอัตราตรวจพบผู้มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต น้อยกว่าร้อยละ 0.60 หรือมีสภาพแวดล้อมเหมาะสมต่อการแพร่โรค

3. พื้นที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อ (Non transmission area - NT) หมายถึง หมู่บ้าน หรือกลุ่มบ้านที่ดำเนินการสำรวจแล้ว พบว่า อัตราตรวจพบผู้มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต เท่ากับร้อยละ 0 ติดต่อกันมาเป็นเวลา 5 ปี สำหรับพื้นที่ประเภทนี้จะต้องดำเนินการค้นหาผู้ป่วย โดยเจาะโลหิตตรวจหาตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างทุกคน (ร้อยละ 100 ของประชากร) ในหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านนั้น โดยในปีที่ 1 และปีที่ 5 ถ้าอัตราตรวจพบผู้มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตเป็น ร้อยละ 0 ทั้ง 2 ปีที่เข้าสำรวจ จึงจะจัดเป็นพื้นที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อได้ แต่ถ้าอัตราตรวจพบผู้มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตเป็นร้อยละ 0 เพียงปีใดปีหนึ่งที่เข้าสำรวจเท่านั้น จะยังไม่จัดเป็นพื้นที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อ

จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าจังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเท้าช้างเป็นอย่างยิ่ง และด้วยเหตุที่ความเจ็บป่วยด้วยโรคเท้าช้างนั้น เป็นสิ่งที่น่าจะควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยได้ แต่ถ้าขาดการเอาใจใส่ ไม่ได้ทำการควบคุมและป้องกันโรค ผลเสียก็จะเกิดขึ้นตามมาอย่างมากมาย ถึงแม้ว่าโรคเท้าช้างจะไม่ทำให้ผู้ป่วยถึงกับเสียชีวิต แต่ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการแก่ร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำมาหาเลี้ยงชีพไม่ได้ทั้งยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาลอีกด้วย ซึ่งรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน - สังคมก็จะประกอบไปด้วยบุคคลที่ขาดคุณภาพ สุขภาพกายและใจไม่ดี ส่งผลกระทบไปถึงการพัฒนาประเทศชาติ รายได้จากผลิตผลต่าง ๆ ก็ลดน้อยลงไป ในทางตรงกันข้ามถ้าคนเรามีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจนั้น ย่อมทำให้เราเป็นบุคคลที่เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของสังคม มีความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว ตลอดจนมีความสามารถที่จะร่วมมือกับบุคคลอื่น ๆ ในการสร้างและทะนุบำรุงสังคมรวมทั้งการช่วยเหลือสร้างเสริมความมั่นคง และความเจริญก้าวหน้าของประเทศชาติได้เป็นอย่างดี จากการที่จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเท้าช้าง และส่งผลกระทบที่ตามมาอย่างมากมายตามที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งทางด้านตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้โรคเท้าช้างเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรี

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจึงทำให้ผู้วิจัยได้ตระหนักในความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง และด้วยเหตุที่จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ความเสี่ยงสูง และยังเป็นจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างชาติ (Foreign labours area - FL) เข้ามาพักอาศัยหรือรับจ้างทำงานอยู่ โดยชาวต่างชาติส่วนใหญ่ในจังหวัดกาญจนบุรีจะเป็นชาวพม่าซึ่งเป็นประเทศที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคเท้าช้างอยู่ และจาก

ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคเท้าช้างเป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข มีผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุกชุมโรค จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี อันจะเป็นแนวทางในการหาวิธีการควบคุมโรค และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อพยาธิดังกล่าวจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ) ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันโรคเท้าช้างในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมแก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง
4. ใช้เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยครั้งต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็น ประชากรชายและหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคเท้าช้างในจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ อำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค และเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 77,884 คน เป็นชาย 40,644 คน หญิง 37,240 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 398 คน เป็นชาย 208 คน เป็นหญิง 190 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งออกเป็น ดังนี้
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 ระดับการศึกษา
 - 1.4 อาชีพ
 - 1.5 การข้ามแดนระหว่างประเทศ
 - 1.6 ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง
 - 1.7 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

หมายถึง การแสดงออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ในเรื่องการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยอาศัยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น ประกอบ ด้วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

หมายถึง ข้อเท็จจริง เรื่องราวรายละเอียดเกี่ยวกับโรคเท้าช้าง ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ การติดต่อ การแพร่กระจาย รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคเท้าช้างโดยได้รับการ การเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งวัดได้โดยแบบทดสอบเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างที่ผู้ วิจัยสร้างขึ้น

1.2 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันโรคเท้าช้างซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

หมายถึง การปฏิบัติหรือวิธีการที่แสดงออกโดยเจตนา เพื่อป้องกันไม่ให้ เป็นโรคเท้าช้างหรือมีโอกาสเป็นโรคเท้าช้างน้อยที่สุด ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. โรคเท้าช้าง

หมายถึง โรคติดต่อที่มียุงบางชนิดเป็นพาหะเกิดจากพยาธิตัวกลมใน Super family Filariidae โดยมียุงที่สำคัญ คือ มีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองและทางเดินน้ำเหลือง มีอาการอักเสบแบบเป็นๆ หายๆ เมื่อเป็นนาน ๆ จะทำให้อวัยวะส่วนปลายบวมโตโดยเฉพาะ ที่เท้าและกลายเป็นภาวะเท้าช้าง (Elephantiasis) ในที่สุด

3. ประชาชน

หมายถึง ประชากรชายและหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคเท้าช้างในจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ อำเภอสังขละบุรี อำเภอ ทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค

4. เพศ

หมายถึง เพศของประชาชน แบ่งออกเป็น ชายและหญิง

5. อายุ

หมายถึง อายุของประชาชนนับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม เป็นจำนวนปี หากเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5.1 อายุ 15 - 24 ปี

5.2 อายุ 25 - 34 ปี

5.3 อายุ 35 - 44 ปี

5.4 อายุ 45 - 54 ปี

5.5 อายุ 54 ปีขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา

หมายถึง วุฒิการศึกษาระดับสูงสุดของประชาชน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ดังนี้

6.1 ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า

6.2 มัธยมศึกษาตอนต้น

6.3 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

6.4 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า

6.5ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

7. อาชีพ

หมายถึง งานหลักของประชาชนที่ทำรายได้ให้แก่ครอบครัว แบ่งออกเป็น 5

กลุ่ม ดังนี้

7.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

7.2 ค้าขายหรือธุรกิจ

7.3 เกษตรกรรม

7.4 รับจ้างทั่วไป

7.5 งานบ้าน

8. การข้ามแดนระหว่างประเทศ

หมายถึง ประชาชนมีการข้ามแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศพม่า ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเท้าช้าง และมีการพักค้างคืน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

8.1 เคยข้ามแดนระหว่างประเทศ

8.2 ไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศ

9. ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

หมายถึง ญาติพี่น้องในครอบครัวของประชาชนเคยมีหรือกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคเท้าช้าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

9.1 มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

9.2 ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

10. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

หมายถึง การที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างจากสื่อต่าง ๆ และสื่อบุคคล เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร แผ่นปลิว แผ่นพับ

โปสเตอร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

10.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ

10.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง

10.3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับสูง

11. จังหวัดกาญจนบุรี

หมายถึง จังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันตกของประเทศไทย เป็นจังหวัดชายแดนไทย - พม่า และเป็นเขตพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคเท้าช้าง แบ่งออกเป็น 12 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอท่าม่วง อำเภอท่ามะกา อำเภอบ่อพลอย อำเภอพนมทวน อำเภอเลาขวัญ อำเภอศรีสวัสดิ์ อำเภอไทรโยค อำเภอทองผาภูมิ อำเภอสังขละบุรี อำเภอหนองปรือ อำเภอห้วยกระเจา และอำเภอที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคเท้าช้าง ได้แก่ อำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค

21. ประชาชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

22. พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

23. พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

24. พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเท้าช้าง
 - 1.3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544) ในส่วนงานควบคุมโรคเท้าช้าง
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรม

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม ไว้ดังนี้

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2539 : 373) หมายถึง การกระทำหรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

เฉลิมพล ต้นสกุล (2543 : 2) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าพฤติกรรมไว้ ดังนี้ พฤติกรรม คือ กิจกรรม เพราะถ้าเป็นการกระทำต้องแสดงออกมาให้เห็นแต่ถ้าใช้ว่า กิจกรรม อาจหมายรวมถึงการกระทำที่เป็นการแสดงออก และสิ่งที่เกิดขึ้นภายในแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้น พฤติกรรมจะหมายรวมถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือไม่สามารถสังเกตได้ จากคำจำกัดความนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นแล้วสามารถสังเกตได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส และ พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 92) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมีะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ พฤติกรรมปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ทางตา ปาก จมูก หู และผิวหนัง พฤติกรรมที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ง่ายจาก รูป รส กลิ่น เสียง การสัมผัส ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรมประเภทที่สังเกตเห็นได้ง่ายจากอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การกิน พูด ฯลฯ พฤติกรรมบางอย่างบุคคลพยายามซ่อนเร้นปกปิดจึงเกิดเป็นพฤติกรรมประเภทที่ไม่สามารถจะสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการ ต้องอาศัยเครื่องมือวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบเครื่องวัดคลื่นหัวใจ เป็นต้น

โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ (2533 : 3) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมดังนี้ พฤติกรรม เป็นการกระทำทั้งหมดที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเดินของหัวใจ และยักรวมถึง กระบวนการของจิต เช่น การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

ณรงค์ เส็งปรีชา (2538 : 115) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรมเป็น การแสดงออกของมนุษย์และสัตว์ ซึ่งแสดงออกในรูปลักษณะต่าง ๆ เช่น ดีใจ เสียใจ โกรธ ก้าวร้าว การแสดงความรัก ความสุภาพ ความกลัว เป็นกริยาอาการที่แสดงออกที่ทำให้ผู้พบเห็นได้ทราบความหมาย เพื่อปฏิบัติได้ตอบที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีผู้คนแสดงอาการเจ็บปวดอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พฤติกรรมเป็นเรื่องที่ควรศึกษา เพราะเราต้องมีความสัมพันธ์กัน และหลีกเลี่ยงการกระทำต่อกันทางสังคมไม่ได้ (Social interaction) ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจและหาทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อตนเองและสังคมต่อไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2539 : 155) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่า " มี " หรือ " ไม่มี " เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2539 : 97-101) ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม ซึ่งรวมทั้งที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกภายนอกด้วย โดยได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก สำหรับพฤติกรรมภายในนั้นเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งสมองทำหน้าที่เป็นที่รวบรวม สะสมและสั่งการ อันเป็นผลเกิดขึ้นจากการทำงานของระบบประสาทและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีทางร่างกาย พฤติกรรมภายในมีความสำคัญต่อคน เพราะเป็นคุณสมบัติที่ทำให้คนเหนือกว่าสัตว์ต่าง ๆ ทำให้มีการคิดอย่างมีระบบ สามารถคาดการณ์ในสิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับอนาคตได้ ซึ่งในสัตว์ต่าง ๆ จะมีน้อยมาก ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาของบุคคล หรือ กิจกรรมของบุคคลที่ปรากฏออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้ ทั้ง

ทางวาจา การกระทำ ท่าทางต่าง ๆ มีความสำคัญ เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการอยู่ร่วมกันของคนในสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ของคนในกลุ่มและของกลุ่มต่อกลุ่ม หรือชุมชนต่อชุมชน

ฮิลการ์ด และโบเวอร์ (Hilgard & Bower. 1966 : 6) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมไว้ ดังนี้ พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตที่สังเกตได้โดยบุคคลอื่น หรือด้วยเครื่องมือของผู้ทำการศึกษา

โกลเดนสัน (Goldenson. 1984 : 90) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคล และเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ ที่เป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายสังเกตเห็นได้ หรือเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ ที่ได้ผ่านการใคร่ครวญมาแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

จากความหมายของพฤติกรรมที่ได้กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของมนุษย์ การกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ 2 ลักษณะ ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมภายนอกหรืออาจเป็นกิจกรรมภายในตัวบุคคลก็ได้ ทั้งที่สังเกตได้โดยตรงหรือไม่สามารถสังเกตได้ต้องใช้เครื่องมืออื่น ๆ เข้าช่วย ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็ได้

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้นก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไป แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้น และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2532 : 38) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่สอง เป็นการงดเว้นหรือไม่แสดงออกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้แสดงให้เห็นปรากฏในสภาพต่าง ๆ 2 สภาพด้วยกัน คือ

ประการแรก เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประการที่สอง เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งท่าทีที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

สรศักดิ์ภูณ ดวงคำสวัสดิ์ (2538 : 67) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นภายใน (Covert behavior) และเกิดขึ้นภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตนที่จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียงหรือสีหน้าก็ตาม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2539 : 202) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้ทั้งโดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้นอาจแยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประเภทหนึ่งคือการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่ว ๆ ไป และการไปรับบริการการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ก็แล้วแต่ว่าประสบการณ์ ความคิด การตัดสินใจ ของบุคคลนั้น

กู๊ด (Good. 1959 : 55-56) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและเกิดขึ้นภายนอกที่คาดหวังให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 38) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

จากความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ทั้งที่เป็นการแสดงออกภายนอกซึ่งสังเกตได้ และที่เป็นการแสดงออกภายในซึ่งสังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาแนวคิดของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแล้วจะเห็นว่า กระบวนการของการเกิดโรค หรือเกิดสภาวะที่ไม่สมบูรณ์ของสุขภาพนั้นส่วนใหญ่จะต้องมีสาเหตุ อาจจะเนื่องมาจากลักษณะของตัวบุคคลนั้น สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และตัวสาเหตุของโรค (ตัวเชื้อโรค ถ้าโรคนั้นเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ) การที่บุคคลจะเกิดโรคใด ๆ นั้นก็ย่อมเนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลนั้น ๆ เป็นประการสำคัญ และเมื่อเป็นโรคแล้วจะให้หายจากโรคบุคคลนั้นก็จะต้องปฏิบัติตนอย่างหนึ่งก่อนจึงจะทำให้เขาหายจากโรคนั้น ๆ ได้ จะเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทั้งในสภาวะก่อนเกิดโรค และขณะเกิดโรคหรือเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมแต่ละประเภทจะมีองค์ประกอบทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2539 : 155)

บลูม (Bloom. 1975 : 65-197) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรมเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ จำแนกตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายาก ดังนี้

1.1 ความรู้ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำหรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ซึ่งความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความตีความหมาย และการคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิด ไปใช้ในสถานการณ์จริง

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย และประสานความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นแบบแผน หรือโครงสร้างใหม่ ที่ไม่เคยมีมาก่อนอย่างชัดเจนและมี

คุณภาพสูง

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย ด้ราคาส่งของต่าง ๆ โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนดขึ้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำ ด้ ความชอบ ในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ รวมถึงความเชื่อ ความรู้สึกของ บุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ พฤติกรรมด้านนี้จะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ซึ่ง เชื่อว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ จะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ การเกิด พฤติกรรมด้านเจตคติแบ่งขั้นตอนได้ ดังนี้

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคล ถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมี ภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความ ตระหนัก ความเต็มใจที่จะรับและการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูก พันต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลเกิดความยินยอม ความเต็มใจและความพอใจที่จะตอบสนองสิ่ง เร้าที่มากระตุ้น

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยา หรือแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้พัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง ซึ่ง การเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ การชอบและยึดมั่นในค่านิยมนั้น

2.4 การจัดกลุ่มคุณค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่อ สิ่งต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม ซึ่งในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) เป็นขั้นที่ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาตาม ธรรมชาติหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความ สามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า จะปฏิบัติในโอกาสต่อไป ทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติ กรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีเป็นพฤติกรรม ขั้นสุดท้าย ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือความรู้ ความคิด และพฤติกรรมด้าน เจตคติเป็นส่วนประกอบ สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้อง อาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนการเกิดจากจุดเริ่มต้นไปจนถึงขั้นเป็น

ทักษะอย่างแท้จริง คือ การเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบความถูกต้อง ความต่อเนื่อง การกระทำเองโดย ธรรมชาติ

จากแนวความคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว พอที่จะสรุปได้ว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย

1. ความรู้ (Cognitive domain)
2. เจตคติ (Affective domain)
3. การปฏิบัติ (Psychomotor domain)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 48) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้ง 3 อย่างนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นรวม ๆ และพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะช่วยเป็นช่องทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างอื่น ๆ ด้วยเสมอ การพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจำเป็นต้องพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นไปด้วยในทางอ้อม

นิภา มนูญปิจุ (2528 : 20) กล่าวถึงในเรื่องนี้ไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติบนทางด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่นด้วย

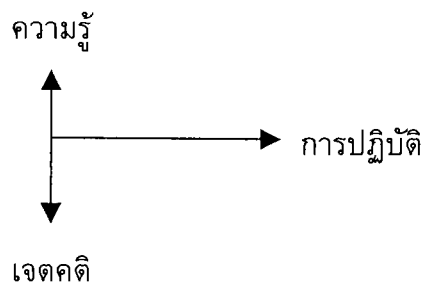
จากแนวความคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถาวร

นักจิตวิทยาและนักพฤติกรรมศาสตร์ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันใน 4 ลักษณะ ดังนี้คือ (นิภา มนูญปิจุ. 2528 : 68)

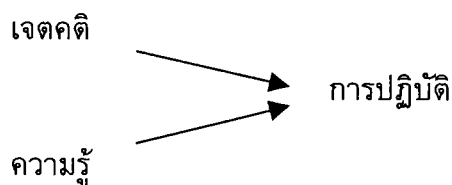
1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามเจตคติ และความรู้ที่บุคคลนั้น ๆ มีอยู่ โดยมีเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ คือ เจตคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามเจตคตินั้น

ความรู้ —————> เจตคติ —————> การปฏิบัติ

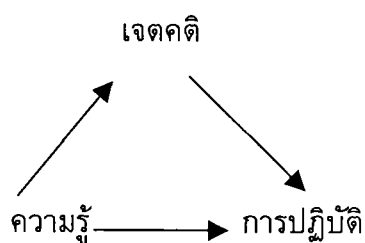
2. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน หรือ ความรู้กับเจตคติมีผลร่วมกันเกี่ยวข้องกัน ก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม



3. ความรู้และเจตคติต่างกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อเจตติก่อนแล้วการปฏิบัติจะเกิดขึ้นไปตามเจตตินั้น



ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ดังนี้ ความรู้และประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติ และเป็นต้นกำเนิดเจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคดียังประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึกและด้านการปฏิบัติ เจตคติจะมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออกถึงค่านิยมต่าง ๆ เจตคติไม่ได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ และการปฏิบัติของบุคคลจะทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลง และเกิดเจตคติขึ้นใหม่ได้ นอกจากนั้น การปฏิบัติของ

บุคคลนั้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากเจตคติเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีพ นิสัย และสิ่งที่คาดหวังจากผลของการกระทำนั้น ๆ ด้วย

จากแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีเจตคติเป็นตัวเชื่อมต่อการเลือกแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

การวัดพฤติกรรมสุขภาพ

การวัดพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. 2527 : 21-25)

1. การวัดพฤติกรรมด้านความรู้

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือวัดความรู้ที่นิยมใช้กันมาก คือ แบบทดสอบ (Test)

1.1 ความหมายและลักษณะของแบบทดสอบ

แบบทดสอบเป็นวิธีการเชิงระบบที่ใช้วัดตัวอย่างพฤติกรรมตามความคาดหวัง มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการคือ

1.1.1 แบบทดสอบเป็นเชิงระบบ (Systematic procedure) ซึ่งหมายความว่า แบบทดสอบนั้นจะต้องมีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนเกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารจัดการและการให้คะแนน

1.1.2 แบบทดสอบเป็นการวัดพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งจะวัดเฉพาะพฤติกรรมที่วัดได้เท่านั้น โดยผู้ตอบจะสนองตอบต่อข้อคำถามที่กำหนดให้ ไม่ใช่เป็นการวัดโดยตรง

1.1.3 แบบทดสอบเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการวัดพฤติกรรมทั้งหมด (Sample of all possible items) ตามความเป็นจริงแล้วไม่มีแบบทดสอบชุดใดที่จะมีข้อคำถามวัดพฤติกรรมที่ต้องการได้ทั้งหมด ฉะนั้นจึงต้องตกลงกันว่า ข้อคำถามในแบบทดสอบนั้นเป็นตัวแทนของข้อคำถามทั้งหมดที่จะใช้วัดพฤติกรรมนั้น และถ้าผู้ตอบตอบข้อคำถามใดคำถามหนึ่งถูกจะต้องให้คะแนนเท่ากัน

1.2 ประเภทของแบบทดสอบ

แบบทดสอบมีลักษณะต่างกันมากทั้งในด้านรูปแบบ การนำไปใช้ และจุดมุ่งหมายในการสร้าง ประเภทของแบบทดสอบจึงแบ่งได้แตกต่างกันตามเกณฑ์ที่ใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 แบ่งตามลักษณะทางจิตวิทยา แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

- แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ (Achievement test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความรู้ ความเข้าใจ ตามพุทธิพิสัย ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1) แบบทดสอบที่ครูสร้างขึ้นเอง (Teacher - made test) เป็นแบบทดสอบที่สร้างกันโดยทั่วไป เมื่อต้องการใช้ก็สร้างขึ้น ใช้แล้วก็ทิ้งไป ถ้าจะนำมาใช้อีกก็ต้องดัดแปลง ปรับปรุงแก้ไข เพราะยังขาดคุณภาพอยู่

2) แบบทดสอบมาตรฐาน (Standardized test) เป็นแบบทดสอบที่ได้มีการพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติแล้ว คุณภาพสมบูรณ์ทั้งด้านความเที่ยงตรง ความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ความเป็นปรนัย และมีเกณฑ์ปกติ (Norm) ให้เปรียบเทียบกับ นั้น คือจะต้องมีมาตรฐานด้านการดำเนินการสอบและการแปลผลคะแนน

- แบบทดสอบความถนัด (Aptitude test) ใช้วัดความสามารถทางสมองว่า มีความสามารถมากน้อยเพียงใด มีความสามารถในด้านใดเป็นพิเศษ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) แบบทดสอบความถนัดทางการเรียน (Scholastic aptitude test) ใช้วัดความสามารถทางวิชาการ ว่ามีความถนัดในวิชาใด ซึ่งจะแสดงความสามารถในการเรียนวิชาแขนงนั้น และสามารถเรียนได้มากน้อยเพียงใด

2) แบบทดสอบความถนัดพิเศษ (Specific aptitude test) ใช้วัดความสามารถพิเศษของบุคคล เช่น ความถนัดทางด้านดนตรี ทางกายภาพ วิศวกรรม ศิลปกรรม ใช้สำหรับการแนะแนวในการเลือกอาชีพ

- แบบทดสอบบุคคล - สังคม (Personal - social test) ใช้วัดบุคลิกภาพและการปรับตัวเข้ากับสังคมของบุคคล

1.2.2 แบ่งตามลักษณะการถาม - ตอบ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ

- แบบทดสอบความเรียง (Essay test) โดยกำหนดคำถามให้ แล้วผู้ตอบจะต้องเรียบเรียงคำตอบเอาเอง

- แบบทดสอบชนิดตอบสั้นและเลือกตอบ (Short answer and multiple choice test) โดยกำหนดคำถามให้ แล้วกำหนดให้ตอบสั้น ๆ หรือกำหนดคำตอบให้เลือก ผู้ตอบจะต้องเลือกตอบตามนั้น แบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

1) แบบให้ตอบสั้น (Short answer item)

2) แบบถูกผิด (True - false items)

3) แบบจับคู่ (Matching items)

4) แบบเลือกตอบ (Multiple choice items)

1.2.3 แบ่งตามลักษณะการตอบ แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้คือ

- แบบทดสอบการปฏิบัติ (Performance test) เป็นการทดสอบด้วยการให้ลงมือปฏิบัติจริง เช่น การแสดงละคร การช่าง การพิมพ์ดีด เป็นต้น

- แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper - pencil test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งใช้กระดาษและดินสอ หรือปากกาเป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ โดยผู้ตอบต้องเขียนตอบทั้งหมด

- แบบทดสอบปากเปล่า (Oral test) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบพูดแทนการเขียน มักเป็นการพูดคุยกันระหว่างผู้ถามกับผู้ตอบ เช่น การสอบสัมภาษณ์

1.2.4 แบ่งตามเวลาที่กำหนดให้ตอบ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ

- แบบทดสอบใช้ความเร็ว (Speed test) เป็นแบบทดสอบที่กำหนดเวลาให้จำกัด ต้องตอบภายในเวลานั้น จะมีจำนวนข้อคำถามมาก ๆ แต่ให้เวลาในการตอบน้อย

- แบบทดสอบใช้เวลามาก (Power test) เป็นแบบทดสอบที่ไม่กำหนดเวลา ให้ตอบอย่างเต็มที่ ผู้ตอบจะใช้เวลาในการตอบเท่าไรก็ได้

1.2.5 แบ่งตามลักษณะเกณฑ์ที่ใช้วัด แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ

- แบบทดสอบอิงเกณฑ์ (Criterion - referenced test) เป็นแบบทดสอบที่วัดตามจุดประสงค์การเรียนรู้ หรือตามเกณฑ์ภายนอก ใช้เนื้อหาของวิชาการเป็นหลัก

- แบบทดสอบอิงกลุ่ม (Norm - referenced test) เป็นแบบทดสอบที่เปรียบเทียบผลการสอบระหว่างกลุ่ม

2. การวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ

จากความหมายของเจตคติและองค์ประกอบของเจตคติ ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นความรู้หรือความเชื่อ ส่วนที่เป็นความรู้สึกและการประเมิน และส่วนที่เป็นพฤติกรรม ทำให้การวัดจะต้องทำทั้ง 3 องค์ประกอบและต้องวัดเป็นภาพรวม โดยพิจารณาจากกริยาท่าทางการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายประการร่วมกัน ไม่ใช่เป็นการวัดจากการกระทำหรือพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งของบุคคลเท่านั้น นอกจากนั้นการวัดเจตคดียังต้องบ่งบอกถึงปริมาณความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้าและทิศทางที่จะบอกว่ามีเจตคติไปในทิศทางบวกหรือทางลบ

2.1 หลักการวัดเจตคติ

การวัดเจตคติดีมีหลักการเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

2.1.1 เนื้อหา (Content) การวัดเจตคติต้องมีสิ่งเร้าไปกระตุ้น ให้แสดงกริยาท่าทางออกมา สิ่งเร้าโดยทั่วไป ได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการวัด เช่น ต้องการวัดเจตคติต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตครอบครัวของบุคคล เนื้อหาที่เป็นสิ่งเร้าในที่นี้ คือ สถานการณ์การ

ตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตครอบครัว ได้แก่ การเลือกคู่ครอง อายุแรกสมรส ระยะเวลาการมีบุตรคนแรกและคนต่อไป ขนาดของครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น

2.1.2 ทิศทาง (Direction) การวัดเจตคติโดยทั่วไปกำหนดให้เจตคติมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่อง ในลักษณะเป็นซ้าย - ขวา หรือบวก - ลบ กล่าวคือ เริ่มจากเห็นด้วยอย่างยิ่งและลดความเห็นด้วยลงเรื่อย ๆ จนถึงความรู้สึกเฉย ๆ และลดต่อไปเป็นไม่เห็นด้วย จนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอยู่เป็นแนวเส้นตรงและต่อเนื่องกัน

2.1.3 ความเข้ม (Intensity) กริยาทำที่หรือความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งเร้านั้น มีปริมาณมากน้อยต่างกัน ถ้ามีความเข้มสูงไม่ว่าจะเป็นในทิศทางใดก็ตาม จะมีความรู้สึกหรือกริยาทำทางรุนแรงมากกว่าที่มีความเข้มเป็นกลาง

2.2 การวัดเจตคติ วัดโดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคลซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ยาก ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่อาจสรุปได้แน่นอนว่าเป็นเจตคติ เพียงแต่นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปอนุมานว่าบุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆ เป็นอย่างไร

2.2.2 วิธีการรายงานด้วยคำพูด โดยใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบปรนัยแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้และใช้ศึกษาเปรียบเทียบได้กับบุคคลจำนวนมากอีกด้วย

2.2.3 วิธีการแปลความ เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบอ้อมเหมาะสำหรับใช้วัดบุคคลจำนวนน้อยซึ่งต้องอาศัยเวลามากในการวัด ผู้ถูกวัดจะแสดงความรู้สึกนึกคิดที่จะตอบคำถามได้อย่างไม่ถูกจำกัดในด้านเวลาและขอบเขตของเนื้อหา

3. การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติหรือทักษะ มีดังนี้

3.1 การสังเกต (Observation)

3.2 การจัดอันดับ (Ranking)

3.3 มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale)

3.4 แบบสำรวจพฤติกรรม (Check lists)

3.5 แบบบันทึกต่าง ๆ (Records)

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

เฉลิมพล ดันสกุล (2543 : 18) ได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริม

ให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง

(Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ไขมันมากเกินไปจนความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด ด้วยกันคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2539 : 171-185) กล่าวว่า องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปนั้นมีอยู่ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ องค์ประกอบด้านเจตคติ และองค์ประกอบด้านการปฏิบัติ ส่วนการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก และมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ องค์ประกอบทางการศึกษา และองค์ประกอบทางการเมือง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา หมายถึง องค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ ประกอบด้วย ภาวะการรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ ความสนใจ เป้าหมาย การสนใจ ทักษะคิด อารมณ์ และความสามารถ องค์ประกอบทางด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคนแต่จะแตกต่างกันไปในลักษณะและความมากน้อย บางคนอาจจะมีองค์ประกอบทางด้านนี้ในลักษณะและจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจจะมีลักษณะและจำนวนที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ประชาชนชาวไทยในชนบทซึ่งมีประมาณร้อยละ 80 มักมีองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่ไม่ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

คนเราได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากมายหลายอย่างจากสังคม ซึ่งทำให้เราประพฤติปฏิบัติ เชื่อในบางอย่างสืบต่อกันมา การเรียนรู้และการพัฒนาแนวคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติที่บุคคลได้รับอิทธิพลของสังคมนี้ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

2.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ ซึ่งขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง ครอบครัวจะเป็นสถาบันที่ถ่ายทอดรักษาวัฒนธรรม สมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบความประพฤติ การปฏิบัติ ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ ไว้ พฤติกรรมทางสุขภาพทั้งพฤติกรรมทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้นมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การหลับนอน พักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การรักษาความสะอาดของบ้าน เป็นต้น อิทธิพลจากการชักจูงแนะนำและการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ถ้าพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูได้ตระหนักในเรื่องนี้และพยายามจัดสิ่งต่าง ๆ ที่จะอำนวยความสะดวกส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อ ค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ การปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดีแล้ว ก็จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้อย่างมาก

นอกจากบทบาทของครอบครัวโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ประเภทของครอบครัวก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย เช่น ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวเล็ก (Nuclear family) ประกอบไปด้วยบิดา มารดา บุตร ครอบครัวประเภทนี้จะมีผลดีในด้านความอบอุ่น และความมั่นคงทางจิตใจ บิดามารดามีความรักใคร่แน่นแฟ้น ครอบครัวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ถ้าบิดามารดาเน้นเรื่องการปลูกฝังพฤติกรรมทางสุขภาพก็จะช่วยให้เด็กเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งจะแตกต่างจากครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา ปู่

ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา การปลูกฝังแนวความคิด ความเชื่อ การปฏิบัติทางสุขภาพในครอบครัวขยายอาจมีปัญหาความขัดแย้งระหว่างบิดามารดาของเด็กกับญาติพี่น้องในกรณีที่มีแนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก เช่น ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพที่เขายึดถืออาจจะมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดกันของกลุ่ม ถ้ามีการยึดกันมากเท่าใดระหว่างสมาชิกในกลุ่มก็ยิ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมอนามัยของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติตนของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันนี้จะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา และระดับเศรษฐกิจด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชนมักจะมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการรักษาโรคได้ดีกว่าประชาชนโดยทั่วไป

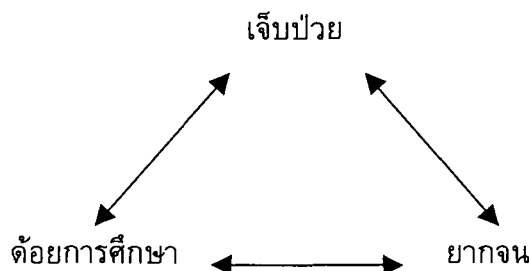
2.4 วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง มนุษย์จะคิดสร้างระเบียบ กฎเกณฑ์วิธีในการปฏิบัติ ตลอดจนระบบความเชื่อ ความคิด ความรู้และเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการควบคุมและใช้ประโยชน์จากธรรมชาติ วัฒนธรรมจะรวมไปถึงภาษาพูด ภาษาเขียน รวมทั้งสิ่งที่มนุษย์ได้เรียนรู้จากสังคมซึ่งได้แก่วิถีการครองชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อ ในขนบธรรมเนียมประเพณีบางอย่าง กฎข้อบังคับและอื่น ๆ สิ่งดังกล่าวทั้งหมดนี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างมาก และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพุทธศาสนาบางอย่างกลายเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีไทยไป เช่น มารยาทในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารแต่พอควรไม่ให้มากเกินไปหรืออึดเกินไป นอกจากนี้หลักธรรมทางพุทธศาสนายังสอนให้คนรู้จักการปรับตัวทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องก็จะช่วยให้มีสุขภาพจิตดีและสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ ในกลุ่มบุคคลที่นับถือศาสนาต่างกัน หลักคำสอนแต่ละศาสนาย่อมจะมีผลต่อสุขภาพมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของศาสนา คำสอน และความเคร่งศาสนาของผู้นับถือด้วย ศาสนาส่วนใหญ่จะมีแนวการสอนเหมือนกันหรือคล้ายกัน คือ สอนให้คนทำความดีจะได้มีชีวิตที่เป็นสุข คำสอนของพุทธศาสนาและศาสนาอิสลามที่คล้ายกันและมีผลต่อสุขภาพอยู่ประการหนึ่งคือ ห้ามไม่ให้เสพสุรา เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมทางด้าน

สุขภาพ รายได้ของประเทศโดยส่วนรวมก็มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วย เช่นเดียวกัน เพราะการที่ประชาชนจะมีการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่นั้น นอกจากความสนใจ ความต้องการที่จะไปรับบริการ การป้องกันโรค หรือการรักษาโรคแล้ว องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความเพียงพอและความทั่วถึงของบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดให้กับประชาชน ซึ่งจะจัดได้ดีมากน้อยเพียงใดนั้นเศรษฐกิจของประเทศจะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก ในด้านที่เกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนนั้น ถ้าประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่จะให้ประโยชน์แก่ร่างกาย เจ็บป่วยไม่มีเงินที่จะให้คำรักษาพยาบาล หรือเนื่องจากความจนบ้านที่อยู่อาศัยตลอดจนสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของบุคคลได้ เป็นต้น แต่สำหรับคนรายนั้นโอกาสที่จะซื้อหาอาหารนั้นย่อมทำได้ง่ายถ้าต้องการจะทำ

นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับการศึกษา ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็มักจะมีการศึกษาต่ำ ซึ่งมีผลทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มีเจตคติที่ไม่ดีและปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม (ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพ) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2539 : 180)



ภาพประกอบ 4 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม

จากภาพประกอบ 4 ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะทางเศรษฐกิจดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็ย่อมมีมากกว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และเมื่อเกิดโรค

4. องค์ประกอบทางการศึกษา ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาดำมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนที่มีการศึกษาสูงก็ย่อมมีความรู้

เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ ปัญหาทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มประชาชนที่มีการศึกษาดำ

5. องค์ประกอบทางด้านการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

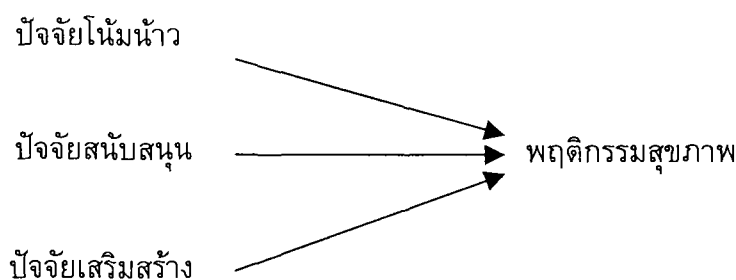
ธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่า จะเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อถือ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมในครอบครัวหรือจากสังคมแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างเพียงพอเหมาะสม และต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียน ระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดมีขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่ บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้น หรือปฏิเสธอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพโดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ

สรุปเป็นรูปแบบได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5 (ธนวรรณ อัมสมบุญ. 2528 : 26)



ภาพประกอบ 5 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2539 : 202-204) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของเคิลแมน (Kelman) เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคมของบุคคลนั้นเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้ที่เปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนแปลงเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวความคิด ความเชื่อยังคงไม่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนไปน้อยมาก คือบางอย่างทำในขณะที่เขาถูกจับตามองอยู่เท่านั้น

2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ การเลียนแบบนี้เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลงานจากสิ่งที่เขาต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือเป็นที่พึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ความสัมพันธ์นี้จะออกมาในรูปของการยอมรับบทบาททั้งหมดของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลเป็นของตน หรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่เขาเลียนแบบหรือปฏิบัตินั้น จากการเลียนแบบนี้ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ จะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งที่เร้าให้เกิดการเลียนแบบนี้เป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจและความเชื่อได้มากน้อยเพียงใด เช่น การแต่งกาย การเอาอย่างเพื่อน หรือดาราภาพยนตร์ของเด็กวัยรุ่น การเลือกรับประทานอาหารบางอย่างเหมือนพ่อแม่ เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดเนื่องจากสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นตรงกับความต้องการภายในของบุคคลนั้น ตรงกับค่านิยม ความต้องการของเขา พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปโดยกระบวนการนี้จะสอดคล้องกับค่านิยมที่เขามีอยู่เดิม การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้พบ

ว่านอกจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการปฏิบัติแล้ว ความรู้และเจตคติของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเองและสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลงเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบนี้ก็จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหามาก

มานี ชูไทย (2523 : 3) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยวิธีการทางสุขศึกษาไว้ว่า การที่จะทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้นั้น จะต้องแก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรม ไม่ใช่แก้ที่ปลายเหตุเพราะผลที่เกิดขึ้นจะไม่คงทน เช่น วิธีการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยใช้กฎหมายบังคับ เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุจะได้ผลในช่วงเวลาสั้น ๆ เท่านั้น การบังคับจะไม่เกิดผลดีในระยะยาว วิธีที่แก้ไขปัญหาก็ได้ผลคงทนถาวรนั้นควรที่จะให้บุคคลยอมรับการเปลี่ยนแปลงโดยสมัครใจเช่นเดียวกัน ในการที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถาวรนั้นควรให้เขาได้ตระหนักในความสำคัญของสุขภาพและยอมรับด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีอยู่หลายวิธี ดังนี้

1. การสุขศึกษามวลชน ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป โดยอาศัยโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งการส่งจดหมายเวียน (Circular letters) การแจกใบปลิว และการประชุมราษฎร

2. การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ เช่น การใช้ภาพโฆษณา ภาพพลิก ภาพยนตร์

3. การทำตัวอย่างให้เห็น เจ้าหน้าที่และผู้นำประชาชนมีโอกาสที่จะทำตัวอย่างให้ประชาชนเห็นในสิ่งที่ต้องการให้เขาปฏิบัติตามได้มาก และอาจกระทำได้ทั้งในบ้านและชุมชน

4. การสุขศึกษารายกลุ่ม (Group methods or group approach) การสุขศึกษาที่ให้แก่งกลุ่มอาจทำได้ในหลายโอกาส เช่น ในกลุ่มผู้นำประชาชน กลุ่มครู กลุ่มนักเรียน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มคนงาน

5. การสาธิตวิธีปฏิบัติ เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ได้เห็นวิธีการปฏิบัติที่แท้จริง ให้ได้มีโอกาสคิดและอภิปรายข้อข้องใจ ทำให้ผู้ที่ได้เห็นจำได้และสามารถนำไปปฏิบัติได้

6. การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทำให้ประชาชนเกิดความรับผิดชอบมากขึ้น รู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นสมบัติของตนและได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากการปฏิบัตินั้น

7. การสุขศึกษารายบุคคล ทำให้ได้มีโอกาสเข้าถึงประชาชน ทำให้เกิดความคุ้นเคยแก่ประชาชนมากยิ่งขึ้น ทำให้ได้ทราบปัญหาที่รวมทั้งความคิดเห็นและความเชื่อของเขา ซึ่งบางอย่างอาจเป็นสิ่งที่เราต้องพยายามเปลี่ยน นอกจากนั้นยังทำให้ได้ทราบสภาพข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ การศึกษา เศรษฐกิจ สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรค

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2539 : 163-165) กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรค ไว้ว่า พฤติกรรมป้องกันการโรคนี้เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าเราลองพิจารณาตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าว่าทำกิจวัตรอะไรบ้าง ก็จะทำให้เห็นว่าการปฏิบัติส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสิ้น นับตั้งแต่การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร การพักผ่อน การปรับตัวทางด้านอารมณ์และจิตใจ การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของบ้านที่อยู่อาศัย การรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม การระวังป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน ตลอดจนที่ทำงาน เป็นต้น จะเห็นว่าการปฏิบัติทุกอย่างที่กล่าวมาแล้วนั้นจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมจึงจะช่วยส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทั้งของส่วนบุคคลและชุมชน การปฏิบัติดังกล่าวทั้งหมดทุกชนิด เรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแต่ละอย่างจะช่วยให้ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย จึงอาจเรียกว่า พฤติกรรมป้องกันโรคก็ได้เช่นกัน

พฤติกรรมป้องกันการโรคนอกจากจะคลุมถึงการปฏิบัติในชีวิตประจำวันดังกล่าวมาแล้ว ยังจะรวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้ภูมิคุ้มกันโรค อันได้แก่ การปลูกฝี ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาเมื่อมีการระบาดของโรค ตลอดจนการไปตรวจร่างกายกับแพทย์ ทันตแพทย์เป็นประจำ การไปรับบริการป้องกันการโรคนี้ก็ถือว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มหนึ่ง ซึ่งในงานทางด้านสุขศึกษานั้นถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งที่มุ่งหวังจะให้เกิดกับประชาชนในทุกชุมชน

สรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและป้องกันไม่ให้เกิดโรค และการปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถนำมาใช้กับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการโรคเท้าช้างได้ โดยให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการโรคเท้าช้างว่า เป็นการกระทำ การแสดงออกทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุน ในการนำไปสู่การป้องกันการโรคเท้าช้าง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเท้าช้าง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเท้าช้าง มีดังนี้ (กองโรคเท้าช้าง. 2541ค : 1-18)

โรคเท้าช้าง (Filariasis) คือกลุ่มโรคติดเชื้อของมนุษย์และสัตว์ซึ่งมีสาเหตุมาจากพยาธิตัวกลมที่มีลักษณะเป็นเส้นด้ายอยู่ใน Order Filariidea หรือที่เรียกว่าฟิลาเรีย (Filariae) พยาธิโรคเท้าช้างสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ตามลักษณะที่อยู่อาศัยของพยาธิตัวแก่ในร่างกายมนุษย์ ได้แก่

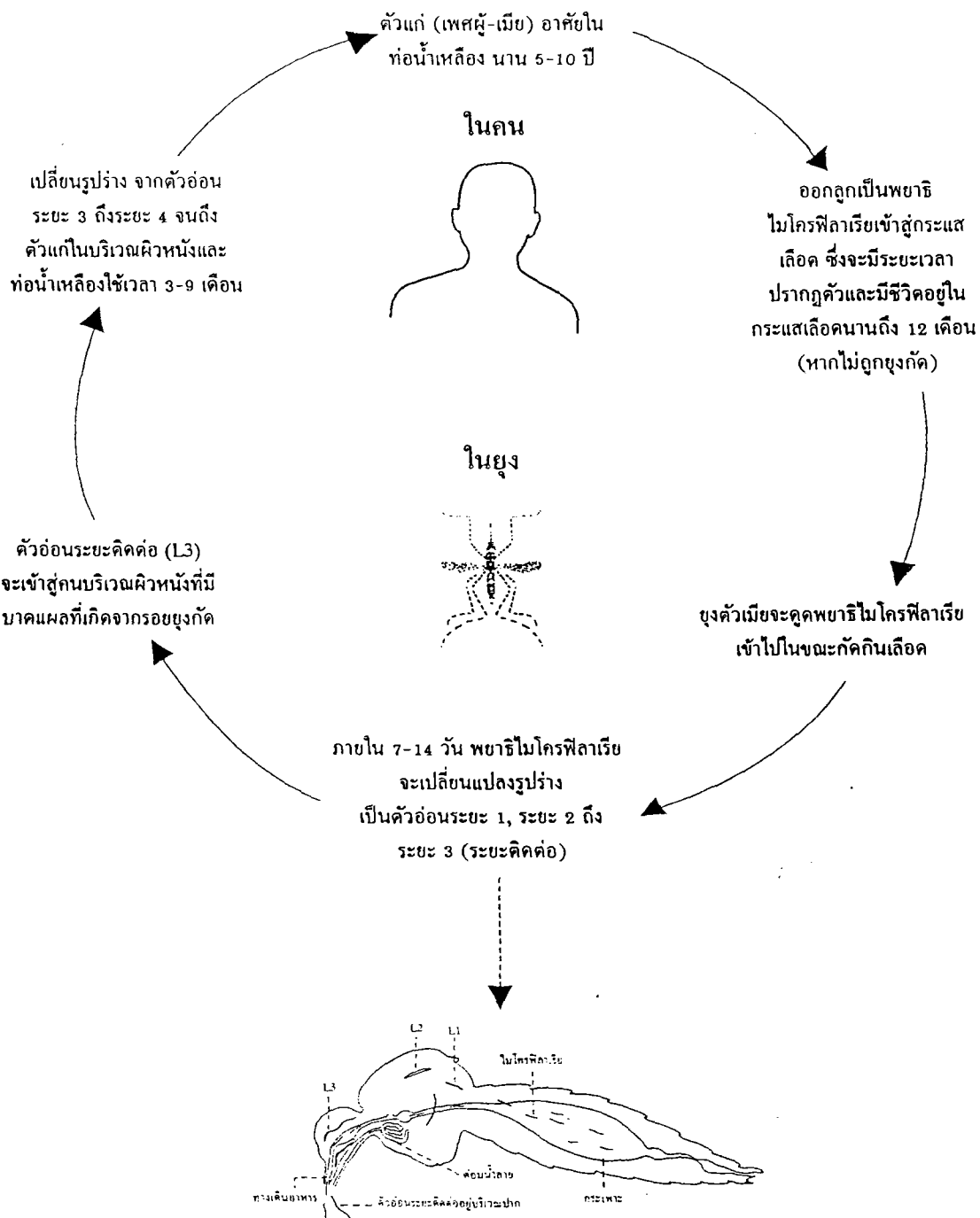
1. กลุ่มที่อาศัยอยู่ที่ผิวหนัง (Cutaneous) ได้แก่ *Loa loa* , *Onchocerca volvulus* และ *Dipetalonema streptocerca*
2. กลุ่มที่อาศัยอยู่ที่ต่อมน้ำเหลือง (Lymphatic) ได้แก่ *Wuchereria bancrofti* , *Brugia malayi* และ *Brugia timori* จะทำให้เกิดพยาธิสภาพเกี่ยวกับระบบน้ำเหลือง จึงเรียกโรคที่เกิดขึ้นนี้ว่า โรคเท้าช้าง (Lymphatic filariasis)
3. กลุ่มที่อาศัยอยู่ที่โพรงของร่างกาย (Body cavity) ได้แก่ *Dipetalonema perstans* และ *Mansonella ozzardi*

ในประเทศไทยพบพยาธิเท้าช้างอยู่ 2 ชนิด คือ *Wuchereria bancrofti* และ *Brugia malayi* ซึ่งเป็นพยาธิที่อาศัยอยู่ในต่อมน้ำเหลือง

โรคเท้าช้าง (Lymphatic filariasis) เป็นโรคที่มีอยู่บางชนิดเป็นพาหะทำให้ติดต่อถึงคน โรคนี้เกิดจากพยาธิตัวกลมใน Super family filariidae มีอาการที่สำคัญ คือ มีการอักเสบของต่อมและทางเดินน้ำเหลืองเป็น ๆ หาย ๆ เมื่อเป็นนาน ๆ เข้าก็จะเกิดการอุดตันที่ท่อน้ำเหลืองทำให้อวัยวะส่วนปลายบวมโตและกลายเป็นภาวะเท้าช้าง (Elephantiasis) ในที่สุด

วงจรชีวิตของพยาธิโรคเท้าช้าง (Life cycle)

วงจรชีวิตของพยาธิโรคเท้าช้าง ไม่ว่าชนิดใดจะมีวงจรชีวิตคล้ายกัน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะในยุงและระยะในคน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6 (กองโรคเท้าช้าง. 2541ค : 4)



ภาพประกอบ 6 วงจรชีวิตพยาธิโรคเท้าช้าง

จากภาพประกอบ 6 แสดงว่า วงจรชีวิตพยาธิโรคเท้าช้าง แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะในยุง

เริ่มจากยุงพาหะไปกัดคนที่มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง (*Microfilaria*) ซึ่งเป็นพยาธิตัวอ่อนที่มีในกระแสเลือดโดยดูดเลือดที่มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างเข้าสู่ตัวยุง ตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างจะผ่านเข้าสู่กระเพาะยุงและสลัดปลอกหุ้มลำตัว (Sheath) ออกมา แล้วไซทอลูกระเพาะของยุงเคลื่อนตัวไปสู่กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างให้อ้วนสั้นคล้ายไส้กรอก (Sausage shape) โดยส่วนปลายด้านหนึ่งมีหางเรียวยาวแหลมยื่นออกมาเรียกระยะนี้ว่า ตัวอ่อนระยะที่ 1 (L1) ระยะตัวอ่อนระยะที่ 1 นี้ จะไม่มีการเคลื่อนไหว หลังจากนั้นตัวอ่อนระยะที่ 1 จะลอกคราบเปลี่ยนเป็นตัวอ่อนระยะที่ 2 (L2) หรือตัวอ่อนระยะก่อนติดเชื้อ (Preinfective larva) ซึ่งมีรูปร่างที่ยาวขึ้น มีหางสั้นและจะพบตุ่ม (Papillae) ยื่นออกมาบริเวณปลายหาง 1-2 อัน ระยะตัวอ่อนระยะที่ 2 นี้ อาจมีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย หลังจากนั้นจะลอกคราบเปลี่ยนเป็น ตัวอ่อนระยะที่ 3 (L3) หรือตัวอ่อนระยะติดเชื้อ (Infective larva) ซึ่งมีรูปร่างยาวขึ้น มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลาและจะเคลื่อนไปสู่ปากยุงโดยตัวอ่อนระยะที่ 3 มีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามชนิดของพยาธิ ดังนี้

Wuchereria bancrofti จะพบว่าบริเวณหางจะมีตุ่มยื่นออกมา 3 ตุ่ม (Three teat like papillae) และมีขนาดเท่ากัน

Brugia malayi และ *Brugia timori* ตุ่มที่ยื่นบริเวณหางตรงกลางจะเห็นชัดเจน ส่วนตุ่มด้านข้างทั้ง 2 อัน มองเห็นไม่ชัดเจน

ระยะเวลาตั้งแต่ตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างเข้าสู่ร่างกายคนและเจริญจนเป็นตัวอ่อนระยะที่ 3 หรือตัวอ่อนระยะติดเชื้อขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อและอุณหภูมิ ถ้าอุณหภูมิพอเหมาะก็จะเจริญเป็นตัวอ่อนระยะที่ 3 ได้เร็วขึ้น

Wuchereria bancrofti ใช้เวลาเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างจนเป็นตัวอ่อนระยะที่ 3 นาน 10-14 วัน

Brugia malayi ใช้เวลาเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างจนเป็นตัวอ่อนระยะที่ 3 นาน 7-14 วัน

2. ระยะในคน

เมื่อยุงพาหะที่มีตัวอ่อนระยะที่ 3 มากัดคน ตัวอ่อนระยะที่ 3 จะออกมาจากส่วนปากของยุง (Proboscis) และตกอยู่บนบริเวณผิวหนังของคนที่ถูกกัด ตัวอ่อนระยะที่ 3 จะรีบเคลื่อนมาบริเวณแผลที่ยุงกัดและไชผ่านรอยแผลนั้น เข้าสู่ระบบน้ำเหลืองและมีการเจริญเป็น

ตัวอ่อนระยะที่ 4 (L4) และตัวเต็มวัย (Young adult บางตำราเรียก L5) และตัวแก่ (Adult) ตามลำดับ พยาธิตัวแก่เพศผู้และเพศเมียจะมีการผสมพันธุ์กันแล้วพยาธิตัวเมียจะปล่อยตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างออกมา และตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างจะเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตของคน

ระยะเวลาตั้งแต่ตัวอ่อนระยะที่ 3 เข้าสู่ร่างกายคนจนสามารถตรวจพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิตได้ (Pre-Patent period) โดยในพยาธิชนิด *Brugia malayi* และ *Brugia timori* จะใช้เวลาประมาณ 3 เดือน และในพยาธิชนิด *Wuchereria bancrofti* ใช้เวลาประมาณ 9 เดือน

อายุของตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง (Microfilaria) โดยทั่วไปจะมีอายุประมาณ 6-12 เดือน ส่วนพยาธิตัวแก่จะมีอายุประมาณ 5-10 ปี สูงสุดถึง 40 ปี

การปรากฏตัวของพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต (Periodicity)

โดยปกติตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างจะอาศัยในเส้นเลือดฝอยของปอดเป็นส่วนใหญ่ และออกมาสู่กระแสโลหิต (Peripheral blood) เป็นบางช่วงเวลาเท่านั้น (Periodic) โดยพบว่ามีส่วนสัมพันธ์กับช่วงเวลาการเข้าถึงของยูงและความดันของก๊าซออกซิเจน (Oxygen tension) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเป็นบางเวลา (Periodic type) ซึ่งอาจเป็นชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเฉพาะเวลากลางคืน (Nocturnal periodic) หรือเป็นชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเฉพาะเวลากลางวัน (Diurnal periodic)

2. ชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตตลอดเวลา แต่บางช่วงเวลาจะพบตัวอ่อนพยาธิหนาแน่น (Subperiodic type) โดยอาจเป็นชนิดที่พบตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเวลากลางคืนมากกว่ากลางวัน (Nocturnal subperiodic) หรือเป็นชนิดที่พบตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเวลากลางวันมากกว่ากลางคืน (Diurnal subperiodic)

จะเห็นว่าโรคเท้าช้างมีอยู่หลายชนิดและหลายสายพันธุ์ ซึ่งการติดต่อของโรคเท้าช้างในแต่ละชนิดและแต่ละสายพันธุ์ ก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ สำหรับในประเทศไทยนั้นพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างอยู่ 2 ชนิด 5 สายพันธุ์ ดังนี้คือ

ก. *Wuchereria bancrofti* ชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเวลากลางคืนมากกว่ากลางวันสายพันธุ์ยาว (Nocturnally subperiodic type long strain) พบที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข. *Wuchereria bancrofti* ชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเวลากลางคืนมากกว่ากลางวันสายพันธุ์สั้น (Nocturnally subperiodic type short strain) พบที่จังหวัดตาก กาญจนบุรี

ค. *Brugia malayi* ชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเฉพาะเวลากลางคืน

(Nocturnally periodic type) ไม่พบในปัจจุบัน

ง. *Brugia malayi* ชนิดที่พบตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเวลากลางคืนมากกว่าเวลากลางวัน (Nocturnally subperiodic type) พบที่นราธิวาส มีรังโรคในแมว สุนัข

จ. *Brugia malayi* ชนิดที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเฉพาะเวลากลางวัน (Diurnally periodic type) พบที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มเสี่ยง (Risk group)

ประชาชนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Wuchereria bancrofti* ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า ประกอบอาชีพกสิกรรมหาของป่าและหน่อไม้

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Brugia malayi* ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-64 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงสองเท่า ประกอบอาชีพทำประมงน้ำจืด ทำสวนยางพารา สำหรับการติดเชื้อในกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี แสดงว่ามีการแพร่เชื้อเกิดขึ้นในชุมชน เพราะบางหมู่บ้านตั้งอยู่บริเวณพรุ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเสือ และมีแนวโน้มเป็นรังโรค

ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่ติดเชื้อ *Wuchereria bancrofti* ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุประมาณ 15-24 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงสองเท่า ภูมิลำเนาเดิมอยู่ในประเทศพม่า อาชีพเดิม คือ กสิกรรม ค้าขาย และกรรมกร

รังโรคในสัตว์ (Animal reservoir)

ตัวอ่อนที่เป็น Superiodic *Brugia malayi* จะมีรังโรคอยู่ในสัตว์บางชนิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และสามารถแพร่พันธุ์ได้โดยมียุงบางชนิดมากัดเลือดนำไปแพร่สู่โฮสต์ใหม่ เช่น แมว สุนัข และค้าง ซึ่งสัตว์เหล่านี้จะเป็นเพียงที่ให้พยาธิอาศัยอยู่และไม่ทำให้เกิดอาการบวมโตต่อสัตว์ดังกล่าว สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2539 พบแมว และสุนัข ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการติดเชื้อประมาณร้อยละ 8

ยุงพาหะนำโรค (Vectors)

ในประเทศไทย พบว่า ยุงเสือ (*Mansonia sp.*) ยุงลาย (*Aedes sp.*) ยุงก้นปล่อง (*Anopheles sp.*) และยุงรำคาญ (*Culex sp.*) สามารถเป็นพาหะได้ทั้งสิ้น แต่สามารถจำแนกตามชนิดของตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างได้ดังนี้

1. ยุงพาหะที่นำตัวอ่อนพยาธิ *Brugia malayi* ได้แก่ ยุงเสือ (*Mansonia sp.*) และยังพบว่ายุงก้นปล่อง (*Anopheles sp.*) บางชนิด สามารถนำโรคได้

2. ยุงพาหะที่นำตัวอ่อนพยาธิ *Wuchereria bancrofti* ได้แก่ ยุงลาย (*Aedes sp.*) , ยุงเสือ (*Mansonia sp.*) บางชนิด และยุงรำคาญ (*Culex sp.*) บางชนิด

พยาธิสภาพ (Pathology)

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากตัวแก่และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีต่อตัวพยาธิ บุคคลที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อพยาธิน้อยมักจะไม่ปรากฏอาการ ในขณะที่บุคคลที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อพยาธิมากจะพบว่ามีอาการเกิดขึ้น แต่โดยทั่วไปพยาธิจะกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไว้ไม่ให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อพยาธิ

การเคลื่อนไหวของพยาธิตัวแก่และสารที่ขับออกมาในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่จะทำให้เซลล์เนื้อเยื่อบุโพรง (Endothelial cell) ของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น หลอดน้ำเหลืองจะขยายกว้างออกซึ่งมีผลทำให้เกิดการคั่งของน้ำเหลืองแต่ไม่ถึงขั้นอุดตัน พยาธิสภาพเหล่านี้จะมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อจากแบคทีเรียและเชื้อราง่ายขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดการอักเสบอย่างเฉียบพลันของต่อมน้ำเหลืองและทางเดินน้ำเหลืองเป็น ๆ หาย ๆ การอักเสบเหล่านี้จะเพิ่มการทำลายหลอดเลือด และเกิดการคั่งของน้ำเหลืองมากขึ้น การคั่งของน้ำเหลืองที่บริเวณอวัยวะส่วนปลาย เช่น ขา เป็นพยาธิสภาพที่สำคัญของการติดเชื้อ *Brugia malayi* ขณะที่การคั่งของน้ำเหลืองบริเวณอวัยวะ (Hydrocoele) เป็นพยาธิสภาพที่สำคัญของการติดเชื้อ *Wuchereria bancrofti*

หลังจากที่พยาธิตัวแก่ตายลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งส่งผลให้ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อพยาธิ โดยมีเซลล์ที่ทำหน้าที่ทำลาย เช่น Eosinophils และ Mononuclear มาล้อมรอบตัวพยาธิที่ตายเกิดเป็นเม็ดเล็ก ๆ (Granuloma) จนในที่สุดจะมีขบวนการเกิดหินปูนมาเกาะและเกิดการอุดตันของหลอดเลือด และถ้าหลอดเลือดแขนงรอบ ๆ ถูกทำลายและอุดตันด้วยก็จะทำให้เกิดการคั่งของน้ำเหลืองมากขึ้น เมื่อเป็นนาน ๆ เข้าก็จะเกิดพังผืด (Fibrosis) ของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น รวมทั้งมีการหนาตัวของผิวหนังเกิดเป็นภาวะเท้าช้าง (Elephantiasis)

การอุดตันของต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณเยื่อช่องท้องในผู้ติดเชื้อ *Wuchereria bancrofti* จะเป็นสาเหตุให้น้ำเหลืองไหลกลับไปที่ไตโดยตรง และจะทำให้เกิดภาวะที่ปัสสาวะมีน้ำเหลืองปนออกมาซึ่งมีลักษณะขุ่นขาวคล้ายน้ำมัน (Chyluria)

สำหรับตัวพยาธิโรคเท้าช้างนั้น โดยปกติตัวพยาธิโรคเท้าช้างและสิ่งขับถ่ายจะไม่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ แต่ในผู้ป่วยบางคนที่ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อตัวพยาธิมากก็จะเกิดการเพิ่มขึ้นของ Eosinophils เพื่อที่จะกำจัดตัวพยาธิโรคเท้าช้างออกไปจากร่างกาย โดยจะพบส่วนใหญ่ที่บริเวณปอด เนื่องจากมีตัวพยาธิโรคเท้าช้างอยู่เป็นจำนวนมากเกิดเป็น Tropical pulmonary eosinophilia (TPE) ในบางรายอาจจะพบว่ามีกลุ่มสารก่อภูมิคุ้มกันต้านทานและสารภูมิคุ้มกันต้านทาน

(Antigen -Antibody complex) ก่อตัวไปติดอยู่เป็นกลุ่ม ๆ (Glomeruli) ทำให้มีการอักเสบของไต โดยมีอาการแสดงคือปัสสาวะมีเม็ดเลือดปนออกมาซึ่งต้องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์แต่พบน้อยมาก อาการนี้จะเกิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Wuchereria bancrofti*

อาการ

อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่เกิดโรค ซึ่งแบ่งได้ดังนี้คือ

1. ไม่ปรากฏอาการ (ร้อยละ 70-80) ผู้ป่วยพวกนี้จะไม่มีอาการปรากฏให้เห็น อาจพบหรือไม่พบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิตก็ได้ การตรวจไม่พบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างเนื่องจากอยู่ในระยะก่อนแสดงอาการ (Pre-patent period) หรือมีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างน้อยมากที่การตรวจวินิจฉัยโดยวิธีที่เป็นมาตรฐานจะตรวจพบได้ ในผู้ป่วยพวกนี้พบว่ามีความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำเหลือง ในบางรายผู้ป่วยจะมีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างอยู่ในโลหิตโดยที่ไม่มีอาการไปตลอดชีวิต

2. ปรากฏอาการ (ร้อยละ 20-30) ผู้ป่วยพวกนี้อาจจะพบหรือไม่พบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตก็ได้ แต่โดยทั่วไปจะไม่พบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง อาการแสดงสามารถแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

2.1 อาการเฉียบพลัน ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะเกิดขึ้นอย่างทันทีและเกิดขึ้นซ้ำกันปีละหลาย ๆ ครั้ง โดยมีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองและทางเดินน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองจะบวมโต มีอาการปวด มีไข้ และมีความรู้สึกไม่สบายกายร่วมด้วย อาการที่เกิดขึ้นเป็นนานประมาณ 3-5 วัน และจะหายไปได้เองโดยไม่ต้องรักษา ความถี่ของการเกิดอาการอักเสบประมาณ 5-10 ครั้ง / ปีอาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการติดเชื้อซ้ำ (Secondary infection) และจะเกิดขึ้นภายหลังจากติดเชื้อพยาธิแล้ว 3-9 เดือน

2.2 อาการเรื้อรัง อาการจะเริ่มต้นจากการบวมของน้ำเหลือง เริ่มแรกกดบวมแล้วต่อมาจะบวมมากขึ้น กดจะไม่บวม และในที่สุดเกิดเป็นภาวะเท้าช้าง (Elephantiasis) อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นภายหลังจากติดเชื้อพยาธิแล้วประมาณ 5-10 ปี

ผู้ป่วยโรคเท้าช้างชนิด *Brugia malayi* จะมีอาการแสดงที่สำคัญคือ ขาโต โดยมีพยาธิสภาพตั้งแต่ได้เขาลงไป และบางครั้งก็จะพบที่แขนตั้งแต่ได้ข้อศอกลงไป ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเท้าช้างชนิด *Wuchereria bancrofti* จะเกิดพยาธิสภาพที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ได้ โดยถ้าเป็นผู้หญิงอาจจะพบอาการบวมของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Vulva) และที่หน้าอก ส่วนในผู้ชายพบว่าการคั่งของน้ำเหลืองในอัณฑะ (Hydrocoele) และปัสสาวะเป็นสีขุ่นขาวเหมือนน้ำนม (Chyluria) แต่บางรายอาจพบการบวมที่แขน ขาได้ โดยจะเป็นการบวมตลอดทั้งแขนหรือขา

2.3 อาการแสดงอื่น ๆ

ในผู้ป่วยโรคเท้าช้างชนิด *Wuchereria bancrofti* อาจมีภาวะไตอักเสบซึ่งแสดงออกโดยปัสสาวะมีเม็ดเลือดปนออกมา (Haematuria) นอกจากนี้อาจพบว่ามีภาวะ TPE ซึ่งมีอาการไอตอนกลางคืนและมี Eosinophils ในโลหิตสูง

การจัดระดับอวัยวะบวมโต

การจัดระดับอวัยวะบวมโตของผู้ป่วยโรคเท้าช้าง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7-12 (กองโรคเท้าช้าง. 2541ก : 15)

ระดับความพิการของแขน ขา

ระดับ 1 บวมเล็กน้อย กดบุ๋ม ผิวหนังเรียบ ไม่แข็ง หรือขรุขระ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ความพิการของแขน ขา ระดับ 1

ระดับ 2 บวมมาก กดไม่บุ๋ม ผิวหนังแข็ง ขรุขระเล็กน้อย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ความพิการของแขน ขา ระดับ 2

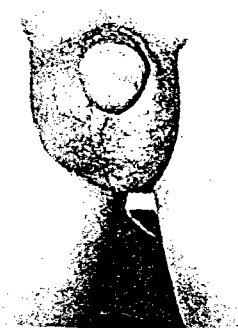
ระดับ 3 บวมจนเสียรูปทรง กดไม่บุ๋ม ผิวหนังแข็ง ขรุขระมาก จนคล้ายดอกกระหล่ำ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ความพิการของแขน ขา ระดับ 3

ระดับความพิการของอัมพา

ระดับ 1 ขนาดเล็กกว่ากำปั้นของผู้ป่วย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 10



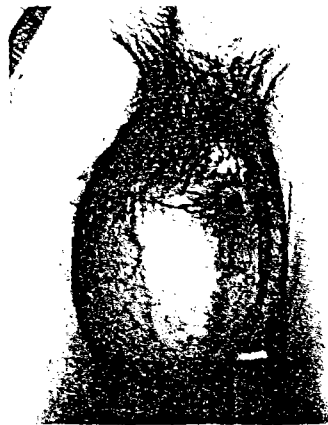
ภาพประกอบ 10 ความพิการของอัมพา ระดับ 1

ระดับ 2 ขนาดระหว่าง ระดับ 1 และระดับ 3 ดังปรากฏตามภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 ความพิการของอัมพา ระดับ 2

ระดับ 3 ขนาดโตกว่าศีรษะของผู้ป่วย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 ความพิการของอวัยวะ ระดับ 3

การวินิจฉัย (Diagnosis)

1. การซักประวัติ ว่าอยู่ในพื้นที่ที่เป็นแหล่งโรคเท้าช้างและหรือมีอาการ
ต่อมน้ำเหลืองอักเสบเจ็บป่วนเป็น ๆ หาย ๆ หรือไม่

2. การตรวจร่างกาย ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองบวมโต หรืออวัยวะบวมโต โดยต้อง
แยกโรคอื่น ๆ ออก เช่น การติดเชื้อจากแบคทีเรีย เนื้องอก ได้รับอุบัติเหตุ ใส่เล็อน เป็นต้น

3. การตรวจหาตัวพยาธิ

3.1 ตรวจหาตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต โดยใช้วิธีการทำฟิล์มอย่างหนา
(Thick film technique), Counting chamber, Knott's concentration, Membrane filtration
เป็นต้น แต่ละวิธีต้องเจาะโลหิตในเวลาที่ถูกต้อง

3.2 ตรวจหาการไหลเวียนของสารก่อภูมิคุ้มกันต้านทานต่อตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง
(Circulate filarial antigen - CFA) วิธีนี้ตรวจหาตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง ได้ทุกเวลาแต่ใช้ได้
เฉพาะกับเชื้อ *Wuchereria bancrofti* เท่านั้น ซึ่งวิธีที่ใช้มีทั้ง ELISA กับ Card test

3.3 ตรวจหา DNA ของพยาธิโดยวิธี PCR ซึ่งวิธีนี้สามารถใช้ได้ทั้งกับตัวอ่อน
พยาธิโรคเท้าช้างชนิด *Wuchereria bancrofti* และ *Brugia malayi* แต่ต้องทำเฉพาะในห้อง
ปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างชำนาญเท่านั้น

3.4 ตรวจหาพยาธิตัวแก่โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) วิธีนี้สามารถมองเห็นการเคลื่อนไหวของพยาธิตัวแก่ที่อาศัยอยู่ที่บริเวณต่อมน้ำเหลือง (Lymph node) ได้

การแยกโรคอื่น ๆ ออกจากโรคเท้าช้าง

โรคแต่ละชนิดต่างก็มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป แต่โรคบางชนิดก็อาจจะมีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันได้ โรคเท้าช้างก็เช่นเดียวกัน ดังนั้นในการวินิจฉัยแยกโรคจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งกองโรคเท้าช้าง กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหลักเกณฑ์ในการแยกโรคอื่น ๆ ออกจากโรคเท้าช้าง ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 การแยกโรคอื่น ๆ ออกจากโรคเท้าช้าง

ข้อมูล	เป็น/อาจเป็นโรคเท้าช้าง	เป็นโรคอื่น ๆ
1. ไม่ปรากฏอาการ แต่ต้องการตรวจ	1.1 ที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ทำงาน อยู่ในแหล่งชุกชุมโรคเท้าช้าง นาน 1-2 ปี หรือ 1.2 ที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ทำงาน มีสภาพแวดล้อมเหมาะสมกับ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะของ โรคเท้าช้าง และ 1.3 มีพฤติกรรมหรืออาชีพเสี่ยงต่อการถูกยุงกัด เช่น ทำงานในพรุ หนองป่า ไม่สวมเสื้อผ้าให้มิดชิด เพื่อป้องกันยุงกัด นอนไม่กางมุ้ง ฯลฯ	
2. มีต่อมน้ำเหลืองอักเสบ บริเวณขาหนีบ หรือรักแร้	2.1 มีประวัติเหมือน 1.1 หรือ 1.2 และ 1.3 ในผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้าง 2.2 การอักเสบเกิดอย่างเฉียบพลัน 2.3 ลักษณะการลุกลามเริ่มจากต่อมน้ำเหลืองขาหนีบเป็นลำแดง แข็ง กดเจ็บ บริเวณหน้าขาต้าน	2.1 อาจมีประวัติเหมือน ผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้างในข้อ 1 ไม่มีก็ได้ 2.2 การอักเสบจะเกิดค่อนข้างช้า

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	เป็น/อาจเป็นโรคเท้าช้าง	เป็นโรคอื่น ๆ
	ในทอดลงไปถึงเข่า บวมแดง ตลอดขาและเท้า บางรายมีไข้ ร่วมด้วย	2.3 การอักเสบจะเริ่ม ตำแหน่งที่ติดเชื้อ เช่น มีแผลที่ข้อเท้า
2.4 อาการเป็นอยู่ 6-10 วัน จะทุเลา และหายไปได้เอง		ก็จะบวมแดง บริเวณนั้นแล้วค่อย
2.5 อาการต่อน้ำเหลืองอักเสบ จะเกิดปีละ 1-2 ครั้ง		ลุกลามสูงขึ้น สู่ต่อน้ำเหลือง
2.6 เมื่อการอักเสบหายไปจะยังคง พบต่อน้ำเหลือง	2.4 เมื่อได้รับยา ปฏิชีวนะ อาการจะ ดีขึ้นและหายไป	2.5 เมื่อรักษาแผลหายดี แล้ว จะไม่เกิดการ อักเสบซ้ำ และมัก คลำไม่พบต่อน้ำ เหลืองโต
3. มีอาการขาโตคล้ายเท้าช้าง	3.1 มีประวัติเหมือน 2.1-2.6 ในโรค เท้าช้าง ประมาณ 5-10 ปี	3.1 ไม่มีประวัติการ อักเสบของต่อน้ำ เหลืองเหมือนโรค เท้าช้าง
	3.2 หลังจากนั้นขาจะบวมโตเล็กน้อย กดบวม ผิวหนังนุ่ม ต่อมาขาจะโต มากขึ้น กดไม่บวม ผิวหนังหนา	3.2 ถ้าเป็นการอักเสบ ของผิวหนัง (Cellulitis)
	3.3 ขาบวมข้างเดียวหรือสองข้าง	
	3.4 ไม่เห็นแนวเส้นเลือดดำ	จะมีอาการบวมของ ขาพร้อมด้วย แต่เป็น การติดเชื้อของท่อ น้ำเหลืองแล้วทำให้ ท่อน้ำเหลืองเกิด การอุดตัน

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	เป็น/อาจเป็นโรคเท้าช้าง	เป็นโรคอื่น ๆ
		3.3 หรือเป็นความพิการ มาแต่กำเนิด เช่น มี การเจริญของท่อ น้ำเหลืองไม่ สมบูรณ์ หรือขาด หายไป ส่งผลให้ ระบบน้ำเหลืองมี ความผิดปกติร่วม ด้วย 3.4 หรือท่อน้ำเหลือง บริเวณขาถูก ทำลาย เนื่องจากไฟ ไหม้ น้ำร้อนลวก การผ่าตัดหรือการ ฉายรังสีเป็นผลทำ ให้ท่อน้ำเหลือง เกิดการอุดตัน มี การคั่งของ น้ำเหลือง เกิดภาวะ บวมและในที่สุดจะ คล้ายภาวะเท้าช้าง 3.5 หรือเกิดการแพ้ยา บางประเภท ทำให้ เกิดการอักเสบและ การคั่งของ น้ำเหลือง เช่น การ แพ้ยาปฏิชีวนะ 3.6 หรือเกิดจากการอุด

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	เป็น/อาจเป็นโรคเท้าช้าง	เป็นโรคอื่น ๆ
		ตันของหลอดเลือดดำและท่อน้ำเหลืองข้างเคียง ทำให้มีการคั่งและแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดดำ เช่น เส้นเลือดขอด เมื่อเป็นมากขึ้นก็อาจมีสภาพคล้ายเท้าช้าง 3.7 หรือมีเนื้องอกบริเวณขาทำให้ขาโตคล้ายเท้าช้าง
4. การมีอันทะจะโต	4.1 มีประวัติเหมือน 2.1-2.6 ในโรคเท้าชำนานประมาณ 5-10 ปี 4.2 หลังจากนั้นถุงอันทะจะโตขึ้นช้า ๆ และปรากฏอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าทำนั่งหรือทำนอน 4.3 ถุงอันทะจะยึดติด ดันให้เคลื่อนไหวไม่ได้ 4.4 ใช้ไฟฉายส่องจะเห็นโปร่งใส	4.1 ไม่มีประวัติการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองเหมือนโรคเท้าช้าง 4.2 อันทะจะโตเนื่องจากไส้เลื่อน - ถ้าเป็นไส้เลื่อนถุงอันทะจะโตหรือหายไปขึ้นอยู่กับอิริยาบถ เช่น เวลาวิ่ง ยกของหนัก ไอ ถุงอันทะจะโตขึ้น แต่ถ้าเวลานอนถุงอันทะจะเล็ก

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	เป็น/อาจเป็นโรคเท้าช้าง	เป็นโรคอื่น ๆ
		ลงหรือหายไป - สามารถใช้นิ้วดัน ให้ก้อนที่อยู่ในถุง อ้นทะไหลเข้า ช่องท้องได้ - ใช้ไฟฉายส่องจะ เห็นทึบแสง 4.3 อ้นทะโตเนื่องจาก มีความผิดปกติ แต่กำเนิด 4.4 อ้นทะโตเนื่องจาก การอักเสบของท่อ น้ำอสุจิจากเชื้อ กามโรค คางทูม หรือได้รับบาดเจ็บ

ที่มา : กองโรคเท้าช้าง. (2541ก). คู่มือการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเท้าช้างสำหรับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข : 16-19.

การดูแลรักษา (Treatment)

1. การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้ คือ ไดเอทิลคาร์บามาซีน ไซเตรท หรือ ดีอีซี (Diethylcarbamazine Citrate - DEC) เป็นยาที่รักษาโรคเท้าช้างที่ใช้มานานกว่า 40 ปี และเป็นยาที่อยู่ในปัจจุบัน มีผลข้างเคียงน้อยมาก ยานี้มีฤทธิ์ฆ่าตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตและสามารถฆ่าตัวเต็มวัยได้ และลดการอักเสบของทางเดินน้ำเหลืองด้วย

ขนาดของยา ขนาด 6 มิลลิกรัม / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม / วัน

Wuchereria bancrofti กินยา 12 วัน ทุก 6 เดือน

Brugia malayi กินยา 6 วัน ทุก 6 เดือน

จำนวนครั้งที่ให้และช่วงระยะเวลาในแต่ละครั้ง ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 การจ่ายยา DEC แบ่งกลุ่มตามอายุสำหรับการรักษาโรคเท้าช้าง

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนยาต่อครั้ง / วัน (เม็ด)		
	หลังอาหารเช้า	หลังอาหารกลางวัน	หลังอาหารเย็น
6 -12 เดือน	-	-	1/2
1 - 3 ปี	1/2	-	1/2
4 - 8 ปี	1	-	1
9 -14 ปี	2	-	2
15 ปีขึ้นไป	2	2	2

ที่มา : กองโรคเท้าช้าง. (2541ค). โรคเท้าช้าง : 10.

ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานาน 2 ปี โดยต้องติดตามเจาะโลหิตซ้ำทุก 6 เดือน (5 ครั้งในเวลา 2 ปี) ก่อนให้ผู้ป่วยรับประทานยา

หมายเหตุ ถ้าผลตรวจโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 4 , 5) ไม่พบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างให้หยุดยาได้ แต่ถ้ายังพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตให้รับประทานยา DEC ต่อ และติดตามเจาะโลหิตทุก 6 เดือน จนกว่าผลการตรวจโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายจะไม่พบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างจึงหยุดยาได้

ผลข้างเคียง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. เกิดจากพิษของยา ขึ้นอยู่กับขนาดของยาหรือผู้ที่มีปฏิกิริยาไวต่อยา กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ง่วงนอน เบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน อาการเหล่านี้เกิดขึ้นหลังจากกินยา 1-2 ชั่วโมง และจะหายไปเองภายในวันนั้น อย่างไรก็ตามถึงแม้จะกินยาดูดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ก็ยังไม่เคยแสดงพิษยาเรื้อรัง

2. เกิดจากการทำลายตัวพยาธิโรคเท้าช้าง เมื่อตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตถูกทำลาย สารโปรตีนจากพยาธิโรคเท้าช้างที่ตายแล้วจะทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ เวียนศีรษะ เบื่ออาหาร และคลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เกิดขึ้น ภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังจากกินยาครั้งแรกหรือวันแรก ๆ และจะหายไปเองภายใน 2-3 วัน การทำลายพยาธิตัวเต็มวัยอาจทำให้ต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลืองอักเสบ เกิดฝีที่ไซต์แล้วแตกออก มีการบวม น้ำเหลืองของแขน ขา ชั่วคราว ในรายที่ป่วยเป็นโรคเท้าช้างชนิด *Wuchereria bancrofti* อาจมีการอักเสบที่อวัยวะสืบพันธุ์ ภายใน 3 วัน ถึง 4 สัปดาห์ และเกิดนาน 1-2 สัปดาห์และจะหายไปเอง

การรักษาอาการข้างเคียง

1. รับประทานยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ขนาด 500 มิลลิกรัม / เม็ด ในกรณีที่ไข้ ปวดเมื่อย โดยให้

1/2 เม็ด สำหรับเด็ก

1 เม็ด สำหรับผู้ใหญ่

หมายเหตุ รับประทานยาเวลามีไข้หรือทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 2-3 วัน

2. รับประทานยาคลอเฟนิรามีน (Chlorpheniramine) ขนาด 4 มิลลิกรัม / เม็ด ในกรณีที่แพ้ผื่นคัน ลมพิษ และอาการอื่น ๆ โดยให้

1/2 เม็ด สำหรับเด็ก

1 เม็ด สำหรับผู้ใหญ่

หมายเหตุ รับประทานยาเวลามีอาการ หรือ 3 เวลาหลังอาหาร เป็นเวลา 2-3 วัน

ผู้ที่ห้ามรับประทานยา DEC

1. เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน ในกรณีที่ตรวจพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตไม่ควรจ่ายยา DEC เพราะอวัยวะขับถ่ายของเสีย ได้แก่ ตับ ไต ยังพัฒนาไม่เต็มที่

2. หญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยหญิงมีครรภ์และตรวจพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ไม่จ่ายยา DEC เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ สำหรับพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคควรแนะนำให้หญิงมีครรภ์นอนกางมุ้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงพาหะกัดและนำตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างแพร่ไปสู่คน

3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคตับอักเสบ ไตวาย เป็นต้น รวมทั้งผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอ การรับประทานยา DEC ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

การใช้ยาอื่น ๆ เช่น

1. ไอเวอร์เมคติน (Ivermectin) ขนาด 400 ไมโครกรัม / กิโลกรัม
2. ไอเวอร์เมคติน ขนาด 200 ไมโครกรัม / กิโลกรัม + DEC 6 มิลลิกรัม / กิโลกรัม
3. ไอเวอร์เมคติน 200 ไมโครกรัม / กิโลกรัม + ออลเบนดาโซล (Albendazole)

400 มิลลิกรัม

ทั้งหมดนี้ได้ผลดีในการควบคุมตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้าง แต่ไม่สามารถฆ่าตัวแก่และลดการอักเสบของหลอดน้ำเหลือง (Lymph vessel) ได้ ยกเว้นในข้อที่ 3 สามารถฆ่าตัวแก่ได้

2. การรักษาตามอาการ

2.1 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองอักเสบ

2.1.1 ให้ยาพาราเซตามอลเพื่อบรรเทาอาการปวด บวม ไข้ เท่าที่จำเป็น

2.1.2 พักการใช้วัยวะส่วนที่มีต่อมน้ำเหลืองอักเสบ

2.1.3 ดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่มีต่อมน้ำเหลืองอักเสบ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เช่น ทำความสะอาดและตัดเล็บมือ เล็บเท้า

2.1.4 ในกรณีที่ต่อมน้ำเหลืองอักเสบจนเป็นหนอง ควรได้รับการผ่าตัด และติดตามรักษาโดยอยู่ในความดูแลของแพทย์

2.2 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีอวัยวะบวมโต

2.2.1 ดูแลความสะอาดของร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะที่บวมโต โดยฟอกให้สะอาดด้วยสบู่ที่ผสมกลีเซอรีน (Glycerine) 2% หรือสบู่อื่น ๆ ที่ไม่ระคายต่อผิวหนัง

2.2.2 ถ้ามีอาการเชื้อรา ควรทายาวิทฟิลด์ ออยท์เมนต์ (Whitfield ointment) ระหว่างนิ้วเท้าและซอกเล็บ เพื่อรักษาและจะช่วยให้ผิวหนังอ่อนนุ่ม ทั้งนี้ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์

2.2.3 ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ เพื่อป้องกันรอยเกาถลอกที่ผิวหนังเมื่อเกิดอาการคัน

2.2.4 ระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะที่บวมโต

2.2.5 นวดบริเวณที่บวมโตเพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียนและลดการคั่งของน้ำเหลือง

2.2.6 ใส่ถุงน่องผ้าที่ยืดเป็นประจำในเวลากลางวัน เพื่อลดการคั่งของน้ำเหลืองที่อวัยวะส่วนปลายในผู้ป่วยที่มีอาการบวมครั้งแรก

2.2.7 นอนยกขาสูงในเวลากลางคืนและหลังจากเสร็จสิ้นการนวดด้วยมือแล้ว

การป้องกัน (Prevention)

1. หลีกเลี่ยงการถูกยุงกัดโดยนอนในมุ้ง สวมใส่เสื้อผ้ามิดชิด สวมใส่ไฟโล่งหรือทายาป้องกันยุงกัด
2. ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงโดยใช้ฝาปิดภาชนะรองรับน้ำ คว่ำภาชนะและวัสดุที่มีน้ำขัง ถากถางและกำจัดวัชพืชน้ำ เช่น จอกแหน ผักตบชวา ทำลายท่อไม้ โพรงไม้ที่มีน้ำขัง เพื่อป้องกันยุงวางไข่
3. หากอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีโรคเท้าช้างชุกชุมหรือทำงานในแหล่งระบาดของโรค ควรตรวจโลหิตหาเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างอย่างน้อยปีละครั้ง

การควบคุมโรคเท้าช้าง

ขณะนี้แม้ว่าสถานการณ์โรคเท้าช้างในประเทศจะลดลงไปเป็นอย่างมาก แต่จากการที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านโดยเฉพาะประเทศพม่าซึ่งมีอัตราการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างชนิด *Wuchereria bancrofti* สายพันธุ์ที่ปรากฏตัวอ่อนพยาธิในโลหิตเฉพาะเวลากลางคืนเท่านั้น ประมาณร้อยละ 2 เข้ามาเป็นจำนวนมากและกระจายอยู่ทั่วประเทศ หากไม่มีการควบคุมที่มีประสิทธิภาพโรคเท้าช้างอาจกลับมาเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในอนาคตข้างหน้า เนื่องจากพยาธิชนิดนี้สามารถติดต่อโดยยุงรำคาญ ซึ่งพบได้ทั่วไปในประเทศไทยและมีความหนาแน่นค่อนข้างสูง

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้หันมาให้ความสนใจในการควบคุมโรคเท้าช้างมากขึ้น เนื่องจากแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้นและแนวทางการควบคุมในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าโรคนี้สามารถควบคุมให้หมดไปได้ดังตัวอย่างในบางแห่งของประเทศจีน และหมู่เกาะโซโลมอน เป็นต้น ซึ่งหลักของการควบคุมมีทั้งการควบคุมการแพร่เชื้อ (Control of transmission) และการควบคุมการป่วย (Control of morbidity)

แนวทางการควบคุมโรคเท้าช้างขององค์การอนามัยโลก

วัตถุประสงค์ในการควบคุม (Objective of control)

มีทั้งการลดการแพร่เชื้อลงหรือทำให้หมดไปหรือทั้งสองอย่างพร้อมกันในประเทศเดียวกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของโรคในประเทศนั้น ๆ และทรัพยากรที่มีอยู่

กลยุทธ์ในการควบคุม (Control strategies)

มีหลักอยู่ 2 ประการ คือ

1. การควบคุมการแพร่เชื้อ (Control of transmission) หากการควบคุมนานพอจะสามารถลดการแพร่เชื้อลงไปได้ ซึ่งมี 2 วิธี ที่ทำได้ คือ

1.1 การลดหรือกำจัดตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างให้หมดไปจากผู้ป่วยโดยการรักษา โดยเน้น การรักษาเป็นกลุ่ม (Mass treatment) มากกว่าการรักษาเฉพาะราย (Selective treatment) เพราะจะช่วยลดภาระในการค้นหาผู้ป่วยซึ่งยุ่งยาก และได้ผลไม่ค่อยดี อีกทั้งเป็นการลดภาระในการติดตามการรักษา รวมทั้งการยอมรับในการรับประทานยาของผู้ป่วยเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงต่าง ๆ ของยา

1.2 การลดการสัมผัสระหว่างยุงกับคน โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ทำมาตรการนี้ เพียงอย่างเดียว ในการควบคุมโรคเท้าช้างควรเป็นมาตรการเสริม มาตรการที่สามารถทำได้คือ

1.2.1 การใช้ Biocides เช่น *Bacillus sphaericus* ในการควบคุมยุงรำคาญ

1.2.2 การใช้เม็ด Polysterene ในการป้องกันการวางไข่ของยุงรำคาญใน เขตเมือง ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ที่มีลักษณะปิด เช่น บ่อเกรอะ

1.2.3 การใช้มุ้งหรือผ้าม่านซุสสารเคมี

1.2.4 การพ่นสารเคมีชนิดตกค้างในบ้านเรือน เช่น Pyrethroid

1.2.5 การกำจัดวัชพืชในน้ำเพื่อควบคุมยุงเสื่อ

2. การควบคุมการป่วย (Control of morbidity) แม้ว่าการควบคุมให้การรักษาเป็น กลุ่มจะลดการแพร่เชื้อหรือทำให้หมดไปได้ แต่ก็จำเป็นต้องรักษาอาการป่วยด้วย ซึ่งจะช่วยให้ ประชาชนร่วมมือในการควบคุมมากยิ่งขึ้น การป่วยที่จะต้องดำเนินการควบคุมคือ การอักเสบ ของต่อมน้ำเหลืองและทางเดินน้ำเหลือง และภาวะเท้าช้าง ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการติดเชื้อซ้ำ เป็นสาเหตุมากกว่าจากตัวพยาธิเอง และการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นสามารถป้องกันภาวะเท้าช้างได้ หรือแม้เป็นแล้วก็สามารถลดขนาดของความพิการลงได้ซึ่งสามารถทำได้ง่าย ๆ เช่น

2.1 ฟอกสบู่วันละ 2 ครั้งบริเวณที่บวม

2.2 ยกขาที่บวมในเวลากลางคืน

2.3 ยกขาขึ้นลงเพื่อให้มีการไหลเวียนของน้ำเหลือง

2.4 รักษาเล็บให้สะอาดอยู่เสมอ

2.5 สวมรองเท้า

2.6 เมื่อมีแผลหรือถลอกควรใช้ยาฆ่าเชื้อทาทันที เป็นต้น

นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อแต่ไม่ปรากฏอาการก็มีความสำคัญเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีการเสื่อมของไตด้วย ซึ่งแสดงออกโดยมีเลือดออกในปัสสาวะ หรือ มีไข่ขาวใน ปัสสาวะ และความผิดปกติของทางเดินน้ำเหลือง ซึ่งการให้ยา DEC สามารถแก้ไขความผิดปกตินี้ได้

การดำเนินงานควบคุมโรคเท้าช้างในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ในการควบคุม (Objective of control)

1. ลดการแพร่เชื้อในพื้นที่ที่มีอัตราการตรวจพบผู้ที่มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตตั้งแต่ร้อยละ 0.60 ขึ้นไป
2. ทำให้การแพร่เชื้อหมดไปในพื้นที่ที่มีการตรวจพบผู้ที่มีตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิตต่ำกว่าร้อยละ 0.60
3. ป้องกันความพิการในผู้ป่วยรายใหม่

การจัดองค์กร (Organization)

การดำเนินงานส่วนใหญ่รับผิดชอบโดยหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด นอกจากนี้การดำเนินการที่เกี่ยวกับยุงพาหะจะรับผิดชอบโดยหน่วยงานของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลหรือมีปัญหาค่อนข้างมาก การดำเนินงานอาจทำโดยหน่วยงานของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง แต่โดยหน้าที่หลักแล้วหน่วยงานของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงจะทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด

กลยุทธ์ในการควบคุม (Control strategies)

มาตรการที่สำคัญ คือการควบคุมไม่ให้เชื้อแพร่กระจาย (Parasite control) โดยการเจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยด้วยวิธีทำฟิล์มหนา (Thick film technique) ในเวลาที่เหมาะสม แล้วย้อมโดยสี Giemsa และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ในพื้นที่ที่สงสัย หากการค้นหาค้นพบว่าเป็นหมู่บ้านเสี่ยงต่ำจะทำการรักษาด้วยยา DEC ขนาด 6 มิลลิกรัม / กิโลกรัม / วัน โดยให้ 6-12 วัน ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ และตรวจโลหิตซ้ำทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี เฉพาะรายที่ตรวจพบเชื้อ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเดียวจะเน้นการรักษาแบบตามอาการและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ บางรายที่มีความพิการมากและรบกวนต่อการดำรงชีวิตจะทำการผ่าตัดแก้ไขความพิการ ในกรณีที่มีการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างในท้องที่ตั้งแต่อายุ 1.00 ขึ้นไป จะต้องใช้มาตรการการรักษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นการจ่ายยา DEC แก่ประชาชนทุกคน แต่ถ้าอยู่ระหว่างร้อยละ 0.60 - 1.00 จะต้องทำการรักษาแบบกลุ่มเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ร่วมกับการทำการรักษาเฉพาะรายในพื้นที่ที่มีทรัพยากรในการทำงานเพียงพอ

มาตรการอื่น ๆ ได้แก่ การสอบสวนโรค โดยการสอบสวนผู้ป่วยทุกรายเพื่อทราบแหล่งแพร่เชื้อและประเมินกลุ่มเสี่ยง และวางมาตรการควบคุมโรคให้เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ยังมีการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยใหม่ เพื่อยืนยันว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อจริงหรือไม่ ถ้าเป็นแหล่งแพร่เชื้อเป็นพยาธิชนิดใด ช่วงเวลาในการปรากฏตัวในโลหิตเป็นอย่างไร มียุงชนิดใดเป็นพาหะ และมีนิสัยอย่างไร มีการกระจายของโรคอย่างไร และจะควบคุมโรคโดยวิธีใด

สำหรับการควบคุมยุงพาหะจะไม่เน้นมากนัก เนื่องจากยุงพาหะนำโรคเท้าช้างในประเทศไทยมีนิเวศกักตุนเลือดนอกบ้านและเกาะพักนอกบ้าน มาตรการที่สำคัญ คือการลดการสัมผัสระหว่างคนและยุง (Man-mosquito contact reduction) โดยให้ประชาชนในแหล่งโรคเท้าช้างรู้จักป้องกันตนเองโดยใช้มาตรการต่าง ๆ เช่น นอนในมุ้ง ใช้อาบทากันยุง เป็นต้น

แนวทางการควบคุมโรคเท้าช้างที่อาจมาพร้อมกับชาวพม่า

1. การรักษาแบบกลุ่มแก่แรงงานพม่าทุกราย โดยให้รับประทานยา DEC ทุก 6 เดือน
2. สุ่มสำรวจโรคเท้าช้าง เพื่อเป็นข้อมูลในการควบคุมและประเมินผล เป็นการสำรวจไม่ใช่เป็นงานค้นหาเพื่อตรวจรักษา ทั้งนี้เพราะช่วงเวลาที่ปฏิบัติงานสามารถตรวจพบได้เพียงร้อยละ 80 ถึงแม้จะตรวจตอนเวลา 2.00 นาฬิกา แล้วก็ตามจะมีคนมาตรวจเพียงร้อยละ 20-30 ของประชากรในพื้นที่นั้น นอกจากนี้แรงงานชาวพม่าคาดว่าจะมีไม่ต่ำกว่า 70,000 คน ซึ่งกว่าจะตรวจครบทุกคนต้องใช้เวลา 2-4 ปี ซึ่งเป็นเวลานานพอที่เชื้อจะกระจายเข้าสู่คนในพื้นที่แล้ว การสุ่มสำรวจนี้จะกระทำทุกปีในแต่ละจังหวัด
3. สำรวจยุงที่อาจเป็นพาหะในบริเวณที่แรงงานต่างชาติดำรงชีพอยู่มาก เพื่อศึกษาว่ามีการแพร่เชื้อไปสู่ยุงหรือไม่ หากพบเชื้อไปสู่ยุงจะเจาะเลือดคนไทยครอบคลุมทุกคน เนื่องจากยุงเป็นสัตว์ชีวิตที่ติ๊กว่า ถ้ามีเชื้อในยุงจะตรวจพบทันที แต่เชื้อในคนอาจตรวจพบในบางเวลาเท่านั้น
4. รณรงค์ให้มีการควบคุมยุงรำคาญ
5. ให้สุขศึกษาและอบรม เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงภัยที่อาจจะเกิดขึ้นหากนำชาวพม่าเข้ามาอย่างไม่ถูกต้อง

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

สาขาส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค แผนงานป้องกันและควบคุมโรค แผนงานรองควบคุมโรคติดต่อ งานควบคุมไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่น ๆ ที่นำโดยแมลง (งานควบคุมโรคเท้าช้าง)

สถานการณ์และแนวโน้ม

โรคเท้าช้าง (Lymphatic filariasis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญในบางท้องถิ่นของประเทศ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค ซึ่งจากการสำรวจใน 49 จังหวัด (ร้อยละ 64.50 ของพื้นที่ทั้งประเทศ) พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเท้าช้างที่ขึ้น

ทะเบียนรักษา จำนวน 3,450 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยชาวไทย จำนวน 2,730 ราย คิดเป็นอัตราป่วย (Prevalence rate) 4.8 ต่อแสนประชากร (ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ จำนวน 1,244 ราย และผู้ป่วยปรากฏอาการ จำนวน 1,486 ราย) โดยตรวจพบผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตาก กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี และนราธิวาส นอกจากนั้นเป็นผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มาทำงานในจังหวัดตาก ระนอง พังงา และภูเก็ต จำนวน 720 ราย ซึ่งมีอัตราการตรวจพบตั้งแต่ร้อยละ 1.80 - ร้อยละ 3.60 (ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อจำนวน 695 ราย และผู้ป่วยปรากฏอาการจำนวน 15 ราย)

ผลการควบคุมโรคเท้าช้างในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ที่ผ่านมามีสามารถลดอัตราป่วยโรคเท้าช้างลงจาก 11.6 / 100,000 ประชากรในปี 2535 เหลือเพียง 4.8 / 100,000 ประชากรในปี 2538 อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอัตราการแพร่เชื้อสูงในหลายหมู่บ้านบริเวณชายแดนไทย - พม่า และไทย - มาเลเซีย เนื่องจาก

1. การติดตามรักษาครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 59.50 เท่านั้น เนื่องจากการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากร และสภาพท้องที่ทุรกันดาร รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของยาทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

2. ประชากรที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ มีการประกอบอาชีพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกยุงกัด

3. การตรวจพบรังโรคในสัตว์ เช่น แมว ซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงในบ้าน

4. การตรวจพบผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อในกลุ่มแรงงานชาวต่างชาติในอัตราสูง

แนวโน้มในอนาคต หากสามารถดำเนินการค้นหา ติดตามรักษาให้ครอบคลุม และควบคุมรังโรคในสัตว์ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ควบคุมโรคได้ คาดว่าอัตราป่วยโรคเท้าช้างในพื้นที่ดังกล่าวจะลดลง จนทำให้บางพื้นที่ปลอดจากการแพร่เชื้อได้ สำหรับจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีแนวโน้มการนำเข้าหรือลักลอบเข้าเมืองของแรงงานชาวต่างชาติมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อการแพร่กระจายโรคเท้าช้างสู่คนไทย โดยเฉพาะในเขตเมือง

วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราป่วยโรคเท้าช้างในพื้นที่ควบคุมโรคให้น้อยลง
2. ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการในผู้ป่วยรายใหม่
3. ป้องกันไม่ให้มีการแพร่เชื้อในประเทศจากผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างชาติ

เป้าหมาย

1. ลดอัตราป่วยโรคเท้าช้างให้เหลือไม่เกิน 3.0 / 100,000 ประชากรในปี 2544 ดังนี้
 - 1.1 ลดอัตราผู้มีเชื้อพยาธิในโลหิตในพื้นที่เสี่ยงสูง ให้ลดลง จากจำนวนหมู่บ้านให้เหลือไม่เกิน 50 หมู่บ้าน

1.2 ลดอัตราผู้ติดเชื้อพยาธิในโลหิตในพื้นที่เสี่ยงต่ำ จากจำนวน 220 หมู่บ้าน ให้เหลือไม่เกิน 100 หมู่บ้าน

2. ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการในผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ทุกราย

3. ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจากแรงงานต่างชาติสู่คนไทยในทุกพื้นที่

กลวิธีหลัก

1. การควบคุมและเฝ้าระวังโรค

1.1 จัดแบ่งพื้นที่โดยอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยา เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสม ได้แก่ พื้นที่ก่อนสำรวจ พื้นที่หลังสำรวจ (พื้นที่เสี่ยงสูง พื้นที่เสี่ยงต่ำ และพื้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อ)

1.2 เร่งรัดให้มีการค้นหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่เสี่ยง และพื้นที่ที่มีสภาพเหมาะสมต่อการแพร่โรค และดำเนินการรักษาอย่างรวดเร็ว ทัวถึง โดย

1.2.1 ผลสมผลงานงานการค้นหา และรักษาผู้ป่วย เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข โดยอาศัยกลไกในแผนพัฒนาจังหวัดด้านสาธารณสุข (กนภ.) และระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน

1.2.2 พัฒนารูปแบบการรักษาโดยระบบยาครั้งเดียว (Single dose) เพื่อให้ครอบคลุมและผู้ป่วยยอมรับมากขึ้น

1.2.3 ให้การรักษาแบบกลุ่ม (Mass treatment) แก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อสูง

1.3 ให้มีการค้นหาและควบคุมแหล่งรังโรคในสัตว์

1.4 เร่งรัดให้มีการควบคุมโรคในแรงงานต่างชาติ โดยสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขท้องถิ่นมีการสำรวจค้นหา ให้การรักษาแบบกลุ่มโดยจ่ายยาครั้งเดียวในทันทีและเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง

2. การป้องกันการเกิดโรคและความพิการ

2.1 ให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการเกิดโรค

2.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีการใช้มุ้งชุบสารเคมี และทายากันยุง

2.3 รณรงค์ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรค

2.4 เผยแพร่วิธีการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีอาการระยะเริ่มต้น (Lymphoedema) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากขึ้น

3. การพัฒนาบุคลากร เทคโนโลยี และระบบข้อมูลข่าวสาร

3.1 สนับสนุนให้มีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ และปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับและผู้นำท้องถิ่น ตามสถานการณ์และปัญหาในแต่ละพื้นที่

3.2 ศึกษา และพัฒนาเทคโนโลยี ด้านระบาดวิทยา การตรวจวินิจฉัย การรักษา การควบคุมยุงพาหะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับสถาบันต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

3.3 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการรายงานให้เหมาะสม รวดเร็ว และสอดคล้องกับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในส่วนนี้ เป็นการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเท้าช้าง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการเกิดโรคเท้าช้างร่วมด้วย ดังนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

ดันน์ (Dunn. 1976 : 34-45) ได้ศึกษาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมหรือก่อให้เกิดโรคและพฤติกรรมที่ส่งเสริมการควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กันมานาน

สำหรับ คาร์ม และคณะ (Carme, et al. 1979 : 424-426) ได้ศึกษาถึงความเชื่อและทัศนคติต่อการเกิดโรคเท้าช้างจากผู้ป่วยชาวตาฮิติ จำนวน 127 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อต่อการเกิดโรคเท้าช้าง

โกรว และคณะ (Grove, et al. 1982 : 975-984) ได้ศึกษาด้านการตรวจวินิจฉัยทางปรสิตวิทยาภูมิคุ้มกันและด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยโรคเท้าช้าง ที่เกิดจากพยาธิ *Wuchereria bancrofti* ในหมู่บ้านปารายโซ เกาะคาตานควาส ประเทศฟิลิปปินส์ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิ และพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ริจิ (Riji. 1983 : 34-39) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีต่อการแพร่และควบคุมโรคเท้าช้าง ที่เกิดจากพยาธิ *Brugia malayi* โดยเลือกชุมชนที่อยู่ในเขตการระบาดของโรค ได้แก่ ตำบลบันติง เซเคนตี อำเภอซาบัก เบอร์นัม รัฐซาลังงอร์ ประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสูง และกลุ่มอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

นอกจากนี้ ริจิ (Riji. 1986 : 457-463) ยังได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และปัจจัยทางด้านระบาดวิทยาของโรคเท้าช้างในกลุ่มผู้มีเชื้อและไม่มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในชุมชนแห่งหนึ่งของประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษาพบว่า ชาวบ้านทั้งกลุ่มผู้มีเชื้อและไม่มีเชื้อพยาธิมากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้เรื่องโรคเท้าช้าง ชายและหญิงมีความรู้เรื่องโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

ชาวบ้านที่ไม่ได้รับการศึกษาและได้รับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามีความรู้เรื่องโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

งานวิจัยในประเทศไทย

สุพร ชุณหวิทยานนท์ (2532 : 123) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนชนบทในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สิริหญิง กังวาลเลิศ (2532 : 53-61) ได้ศึกษาถึง ระบาดวิทยา และพฤติกรรมอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการตรวจรักษาจากมาลาเรียคลินิก จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมาลาเรียกับทัศนคติต่อไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์ในทางบวกกันด้วย และการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันทำให้มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่แตกต่างกัน

ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนที่ไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อาชีพ แตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนที่แตกต่างกัน แต่มีความรู้และทัศนคติไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษาที่แตกต่างกันนั้น พบว่ามีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกันด้วย แต่มีการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกัน และความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในทิศทางเดียวกัน

วันชัย ผาติหัตถกร และคณะ (2533 : 53-55) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและนิเวศวิทยาต่อสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในหมู่บ้านอพยพเขี้ยวหลาน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับไข้เลือดออกค่อนข้างดีมาก อาชีพมีผลต่อการติดเชื้อมาลาเรีย ประสพการณ์ที่ได้รับจากผู้ป่วยในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีผลต่อความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย ส่วนทัศนคติในการป้องกันยุงกัดนั้นไม่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย

วรรณภา ญาณโรจน์ (2534 : 80-84) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุด ผลการศึกษาพบว่า เพศที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าเพศชาย ส่วน

อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกในครัวเรือนในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สาลินี เซ็นเสถียร (2534 : ก-ข) ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง *Wuchereria bancrofti* ในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ที่ผลการศึกษพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และจากการศึกษาของ จิระพัฒน์ เกตุแก้ว (2535 : ก-ข) ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเท้าช้าง โดยศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษพบว่า ความรู้ และความเชื่อมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้านหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษพบว่า ประชาชนมีความรู้ในเรื่องไข้เลือดออกและการควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติตนอยู่ในระดับต่ำ สำหรับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา มีผลต่อเจตคติของแต่ละบุคคล ที่จะโน้มน้าวหรือชักจูงจิตใจให้เปลี่ยนมาเป็นผู้ปฏิบัติได้

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ กับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น ผลการศึกษพบว่า อายุกับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนเพศที่แตกต่างกันนั้น พบว่าการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่มีความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างกัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2535 : 118-135) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ในเรื่องไข้เลือดออก ในเขตชนบทของ 5 อำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษพบว่า อาชีพมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการนำไปปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องไข้เลือดออก และจากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า ความรู้มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน แต่ยังบอกไม่ได้ชัดเจนว่าความตระหนักในปัญหาของโรคไข้เลือดออกจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

ธวัช บุญยมณี (2536 : 111) ได้ศึกษาในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับมาลาเรียและพฤติกรรมการใช้มุ้งในชุมชนกะเหรี่ยง ผลการศึกษพบว่า อายุ เพศ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นความเชื่อเกี่ยวกับมาลาเรียไม่มากนัก และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้มุ้ง โดยเพศหญิงมีการใช้มุ้งสม่ำเสมอกว่าเพศชาย ส่วนอายุนั้นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และความเชื่อเกี่ยวกับมาลาเรียมีอิทธิพลต่อการใช้มุ้งด้วยเช่นกัน

มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็ง ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็ง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรพิมล พวงเงิน (2538 : 82) ได้ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนร้อยละ 49.90 ยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับไม่ดี ทศนคติของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.00) เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.40) การปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนมาก (ร้อยละ 68) อยู่ในระดับต่ำ (ได้คะแนน 0-3 คะแนน) และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้กับการปฏิบัติ และ ความรู้กับทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิมพาพร เชื้อบางแก้ว (2541 : 67-91) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยา และการป้องกันตนเองของโรคมะเร็งในชาวเขา โดยได้ศึกษาเฉพาะประชากรตำบลวัดจันทร์ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมะเร็ง กล่าวคือ เมื่ออายุต่างกันพบว่าการติดเชื้อมะเร็งต่างกัน ส่วนเพศ ระดับการศึกษา และอาชีพที่แตกต่างกันนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมะเร็ง

ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมะเร็ง กล่าวคือ เมื่อในครอบครัวที่เคยมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งพบว่าการติดเชื้อมะเร็งต่างกับครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมะเร็ง

นอกจากนี้ ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติมีความสัมพันธ์กัน ส่วนความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาแล้วดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีกรอบแนวคิดที่ว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของประชาชนที่ต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

ที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมสุขภาพในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง น่าที่จะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกันด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางการสำรวจในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นประชาชนในจังหวัดกาญจนบุรีซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเท้าช้าง จำนวน 77,884 คน จาก 3 อำเภอ เป็นชาย 40,644 คน และหญิง 37,240 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นประชาชนในจังหวัดกาญจนบุรีซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเท้าช้าง จำนวน 398 คน เป็นชาย 208 คน และหญิง 190 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane. 1967 : 886)

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

เมื่อ n แทน ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ค่าจำนวนประชากร

e แทน ค่าความคลาดเคลื่อน .05

2. เลือกตัวอย่างประชาชนได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 398 คน จาก 3 อำเภอ ตามสัดส่วนของประชากร จำแนกตามอำเภอและเพศ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอและเพศ

อำเภอ	จำนวนประชากร		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1. สังขละบุรี	6,512	5,642	33	29
2. ทองผาภูมิ	14,693	12,681	75	65
3. ไทรโยค	19,439	18,917	100	96
รวม	40,644	37,240	208	190

ที่มา : สำนักงานปกครองจังหวัดกาญจนบุรี. (2543). ทะเบียนราษฎร : ไม่มีเลขหน้า.

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของประชาชนตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ และประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง จากสื่อต่าง ๆ และสื่อบุคคล มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่ได้รับเลย ซึ่งมีข้อความเฉพาะทางบวกเท่านั้น

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ โดยกำหนดคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งข้อความที่สร้างขึ้น มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบให้เลือก โดย

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อไม่ตรงกับข้อความนั้น

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งข้อความที่สร้างขึ้น มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบให้เลือก โดย

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยกระทำเลย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษา ค้นคว้าความรู้ ตำราวิชาการ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเท้าช้าง และทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบ แบบสอบถามจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบทดสอบความรู้ ได้จำนวน 46 ข้อ แบบสอบถามเจตคติ จำนวน 47 ข้อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง จำนวน 35 ข้อ
4. นำแบบทดสอบ และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอ ประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์เพื่อตรวจสอบ แก้ไข
5. นำแบบทดสอบ และแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอมานำมาปรับปรุงแก้ไข ได้แบบทดสอบความรู้ จำนวน 45 ข้อ แบบทดสอบเจตคติ จำนวน 33 ข้อ และแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง จำนวน 20 ข้อ
6. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชน หมู่ที่ 1 - หมู่ที่ 4 ตำบลหินดาด อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน หมู่ละ 25 คน จำนวน 100 คน
7. นำแบบทดสอบตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มาหาค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ค่าความเชื่อมั่น
8. นำแบบสอบถามตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง และแบบสอบถามตอนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ไปหาค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายคะแนนในการตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายไว้ ดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และบุคคล มีข้อความเฉพาะทางบวกเท่านั้น มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ได้รับประจำ ให้คะแนน 2

ได้รับเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 1

ไม่ได้รับเลย ให้คะแนน 0

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คิดจากคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน

คะแนนเฉลี่ย 9.34-14.00 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 4.67- 9.33 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00- 4.66 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ไม่ทราบ หรือไม่ตอบ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คิดจากคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน

คะแนนเฉลี่ย 9 - 12 หมายถึง มีความรู้ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 5 - 8 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 - 4 หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

3. แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีเกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามแต่ละข้อไว้ ดังนี้

3.1 ข้อความที่เป็นเจตคติทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วย ให้คะแนน 3

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 1

3.2 ข้อความที่มีเจตคติทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วย ให้คะแนน 1

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 3

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน เพื่อจัดระดับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คิดจากคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 36 คะแนน

คะแนนเฉลี่ย 25 - 36 หมายถึง มีระดับเจตคติดี

คะแนนเฉลี่ย 13 - 24 หมายถึง มีระดับเจตคติด้านกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 - 12 หมายถึง มีระดับเจตคติที่ควรปรับปรุง

4. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีเกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามแต่ละข้อไว้ ดังนี้

4.1 ข้อความที่มีการปฏิบัติทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 2
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 1
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน 0

4.2 ข้อความที่มีการปฏิบัติทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 0
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 1
ไม่ปฏิบัติ	ให้คะแนน 2

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนน เพื่อแบ่งระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คิดจากคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน

คะแนนเฉลี่ย 17 - 24	หมายถึง การปฏิบัติระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 9 - 16	หมายถึง การปฏิบัติระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0 - 8	หมายถึง การปฏิบัติระดับต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว ไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุงข้อคำถาม

1.2 นำแบบสอบถามที่แก้ไข ปรับปรุงแล้ว จำนวน 128 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 46 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 47 ข้อ และข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 35 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดุลยพินิจ (Face validity) เป็นรายข้อ ว่าแต่ละข้อของข้อคำถามของแบบสอบถามนั้นมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การกำหนดคะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับจุดประสงค์ (Item - objective congruence) เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117) โดยแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่าถือว่าใช้ได้

2. หาค่าความยากง่าย (Difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

ของแบบทดสอบความรู้ แบบทดสอบเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 98 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามวัด พฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 45 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 33 ข้อ และข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชน หมู่ที่ 1 - หมู่ที่ 4 ตำบลหินลาด อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน หมู่ละ 25 คน จำนวน 100 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

2.1 หาความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยหาสัดส่วนของประชาชนในกลุ่มทดลองใช้แบบทดสอบ โดยใช้เกณฑ์ความยากของข้อสอบ กำหนดอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.80 (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 125) ได้แบบทดสอบจำนวน 20 ข้อ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) ใช้เกณฑ์ค่าอำนาจจำแนกที่มีค่าตั้งแต่ 0.19 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้แบบทดสอบจำนวน 12 ข้อ

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยนำมาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้แบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติอย่างละ 12 ข้อ

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

3.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและมีค่าอำนาจจำแนก มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีแบบคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) คือสูตร KR- 20 (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2538 : 197-200) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.69

3.2 นำแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200-202) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติ เท่ากับ 0.73 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี
2. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามทั้งหมดไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 1 เดือน ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2544 ถึง 30 มิถุนายน 2544 ได้แบบทดสอบและแบบสอบถามจำนวน 398 ชุด สำหรับใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง และคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistic Package for the Social Sciene) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละตามตัวแปร
3. นำแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติ มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t - test) ตามตัวแปรที่ตั้งไว้ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2,3,13,14,15,16,17 และ 18
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way anlysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4,5,6,7,8,9,10,11,12,19,20 และ 21 ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls method)
6. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson

product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 22,23 และ 24 และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยทดสอบค่าที (t-test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	Σx^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\Sigma x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและวิเคราะห์ในเชิงปริมาณหรือตัวเลข โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	ΣR	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2529 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{Y_p - Y_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ	r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
	Y_p	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	Y_q	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น
	q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ $1 - p$

2.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\Sigma xy - \Sigma x \Sigma y}{\sqrt{[n\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][n\Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน x และ y
	Σx	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	Σy	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	Σx^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
	Σy^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
	Σxy	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x และคะแนน y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง
ใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อ
	p	แทน	สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ (1-p)
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.6 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคเท้าช้าง ใช้การหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบัค
(Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อ
	S_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1,2,3,13,14,15,16,17 และ 18 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 166)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
	$\bar{X}_1$	แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	$\bar{X}_2$	แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	S_1^2	แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	S_2^2	แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	n_1	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2
	df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 4,5,6,7,8,9,10,11,12,19, 20 และ 21 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F- distribution
 MS_B แทน ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
 MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ (F- test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Kuels method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 252)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน ค่าที่เปิดจากตารางจะเท่ากับค่า r
 MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
 n แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่าง

3.4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 22,23 และ 24 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 314)

$$r = \sqrt{\frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด x
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด y
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนน x แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน y แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง x กับ y
 n แทน จำนวนคน

3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t- test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 317)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน	จำนวนคน
	t	แทน	สถิติสำหรับทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	กลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ F - distribution
p	แทน	ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Probability) ที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนแบบ 1 (Type I error) ในการปฏิเสธสมมติฐานเป็นกลาง (H_0)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistic Package for the Social Sciene) ดำเนินการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี โดยแสดง ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การ

ข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยการทดสอบค่า t (t - test) และค่าเอฟ (F - test) ถ้าพบว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls method) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	208	52.26
หญิง	190	47.74
รวม	398	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
2. อายุ		
15-24 ปี	102	25.63
25-34 ปี	102	25.63
35-44 ปี	109	27.39
45-54 ปี	44	11.05
54 ปีขึ้นไป	41	10.30
รวม	398	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	185	46.48
มัธยมศึกษาตอนต้น	104	26.13
มัธยมศึกษาตอนปลาย		
หรือเทียบเท่า	65	16.33
อนุปริญญา	18	4.53
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	26	6.53
รวม	398	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
4. อาชีพ		
รับราชการ		
หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	46	11.56
ค้าขายหรือธุรกิจ	51	12.81
เกษตรกรรม	94	23.62
รับจ้างทั่วไป	126	31.66
งานบ้าน	81	20.35
รวม	398	100.00
5. การข้ามแดนระหว่างประเทศ		
เคยข้ามแดน	92	23.12
ไม่เคยข้ามแดน	306	76.88
รวม	398	100.00
6. ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง		
มีประวัติ	12	3.02
ไม่มีประวัติ	386	96.98
รวม	398	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
7. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร		
ระดับต่ำ	99	24.87
ระดับปานกลาง	203	51.00
ระดับสูง	96	24.13
รวม	398	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า ประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 398 คน เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง คือ เพศชายคิดเป็นร้อยละ 52.26 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 47.74

ด้านอายุ พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35-44 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.39 รองลงมา คือ อายุ 15-24 ปี และ 25-34 ปี มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 25.63 อายุ 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.05 และอายุ 54 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.30 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.48 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 26.13 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 16.33 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 6.53 และระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 4.53 ตามลำดับ

ด้านอาชีพ พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.66 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 23.62 อาชีพงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 20.35 อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 12.81 และอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 11.56 ตามลำดับ

การข้ามแดนระหว่างประเทศ พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศมากกว่าเคยข้ามแดนระหว่างประเทศ คือ ไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 76.88 เคยข้ามแดนระหว่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 23.12

ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างมากกว่าผู้มีประวัติญาติพี่น้องใน

ครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง คือ ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง คิดเป็นร้อยละ 96.98 มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง คิดเป็นร้อยละ 3.02

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.00 รองลงมา คือ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.87 และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 24.13 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

2.1 หาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

พฤติกรรมสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	398	7.22	2.46	ปานกลาง
เจตคติ	398	30.52	3.88	ดี
การปฏิบัติ	398	15.88	4.35	ปานกลาง

จากตาราง 6 แสดงว่า ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง อยู่ในระดับปานกลาง ดี และปานกลาง ตามลำดับ

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร เพศ การข้ามแดนระหว่างประเทศ และประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง ดังปรากฏตามตาราง 7 - 9

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมสุขภาพ	เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้	ชาย	208	7.40	2.50	1.55	.13
	หญิง	190	7.02	2.42		
เจตคติ	ชาย	208	30.32	4.28	-1.09	.28
	หญิง	190	30.74	3.39		
การปฏิบัติ	ชาย	208	16.10	4.69	1.05	.30
	หญิง	190	15.65	3.96		

จากตาราง 7 แสดงว่า ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ของเพศชายเท่ากับ 7.40 เพศหญิงเท่ากับ 7.02 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติของเพศชายเท่ากับ 30.32 เพศหญิงเท่ากับ 30.74 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติของเพศชายเท่ากับ 16.10 เพศหญิงเท่ากับ 15.65 ดังนั้น จะพบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1, 2 และ 3 ที่ว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามการข้ามแดนระหว่างประเทศ

พฤติกรรมสุขภาพ	การข้ามแดน ระหว่างประเทศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้	เคยข้ามแดน	92	7.95	2.09	3.63*	.00
	ไม่เคยข้ามแดน	306	7.00	2.53		
เจตคติ	เคยข้ามแดน	92	30.86	3.54	0.95	.35
	ไม่เคยข้ามแดน	306	30.42	3.98		
การปฏิบัติ	เคยข้ามแดน	92	15.16	4.46	-1.82	.07
	ไม่เคยข้ามแดน	306	16.10	4.30		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ของประชาชนที่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศเท่ากับ 7.95 ไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศเท่ากับ 7.00 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติของประชาชนที่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศเท่ากับ 30.86 ไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศเท่ากับ 30.42 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติของประชาชนที่เคยข้ามแดนระหว่าง

ประเทศเท่ากับ 15.16 ไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศเท่ากับ 16.10 ดังนั้น จะพบว่า ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศมีความรู้ดีกว่าประชาชนที่ไม่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 13

ส่วนประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 14 และ 15 ที่ว่า ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

พฤติกรรมสุขภาพ	ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้	มีประวัติ	12	8.08	2.02	1.24	.22
	ไม่มีประวัติ	386	7.19	2.47		
เจตคติ	มีประวัติ	12	33.08	1.78	4.79*	.00
	ไม่มีประวัติ	386	30.44	3.91		
การปฏิบัติ	มีประวัติ	12	16.33	2.64	0.58	.57
	ไม่มีประวัติ	386	15.87	4.40		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ของประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรค ไข้ซางเท่ากับ 8.08 ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้ซางเท่ากับ 7.19 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติของประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วย เป็นโรคไข้ซางเท่ากับ 33.08 ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้ซางเท่ากับ 30.44 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติของประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องใน ครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้ซางเท่ากับ 16.33 ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรค ไข้ซางเท่ากับ 15.87 ดังนั้น จะพบว่า ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรค ไข้ซางต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้ซางแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรค ไข้ซางมีเจตคติดีกว่าประชาชนที่ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้ซาง ซึ่ง สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 19

ส่วนประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้ซางต่างก็มี พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้ซางไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 16 และ 18 ที่ว่า ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัว ป่วยเป็นโรคไข้ซางต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้อง กันโรคไข้ซางแตกต่างกัน

2.3 เปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้ซางของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัว แปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ดังปรากฏตามตาราง 10 - 21

ตาราง 10 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ

อายุ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
15-24 ปี	102	6.71	2.58	30.62	4.59	15.03	4.48
25-35 ปี	102	7.10	2.41	30.70	3.68	15.26	4.16
35-44 ปี	109	7.93	2.39	30.87	3.21	16.37	4.39
45-54 ปี	44	7.25	2.46	29.86	3.86	17.30	3.73
54 ปีขึ้นไป	41	7.12	2.25	29.63	4.10	16.76	4.49
รวม	398	7.22	2.46	30.52	3.88	15.88	4.35

จากตาราง 10 แสดงว่า

1. ประชาชนที่มีอายุ 35-44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 7.93$, $S = 2.39$) รองลงมาคือ อายุ 45-54 ปี ($\bar{X} = 7.25$, $S = 2.46$) อายุ 54 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 7.12$, $S = 2.25$) อายุ 25-34 ปี ($\bar{X} = 7.10$, $S = 2.41$) และอายุ 15-24 ปี มีความรู้น้อยที่สุด ($\bar{X} = 6.71$, $S = 2.58$)

2. ด้านเจตคติ ประชาชนที่มีอายุ 35-44 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 30.87$, $S = 3.21$) รองลงมาคือ อายุ 25-34 ปี ($\bar{X} = 30.70$, $S = 3.68$) อายุ 15-24 ปี ($\bar{X} = 30.62$, $S = 4.59$) อายุ 45-54 ปี ($\bar{X} = 29.86$, $S = 3.86$) และอายุ 54 ปีขึ้นไป มีเจตคติน้อยที่สุด ($\bar{X} = 29.63$, $S = 4.10$)

3. ด้านการปฏิบัติ ประชาชนที่มีอายุ 45-54 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 17.30$, $S = 3.73$) รองลงมาคือ อายุ 54 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 16.76$, $S = 4.49$) อายุ 35-44 ปี ($\bar{X} = 16.37$, $S = 4.39$) อายุ 25-34 ปี ($\bar{X} = 15.26$, $S = 4.16$) และอายุ 15-24 ปี มีการปฏิบัติน้อยที่สุด ($\bar{X} = 15.03$, $S = 4.48$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 10 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	68.87	17.22	2.89*	.03
	ภายในกลุ่ม	393	2342.12	5.96		
	รวม	397	2410.98			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	68.73	17.18	1.14	.34
	ภายในกลุ่ม	393	5918.56	15.06		
	รวม	397	5987.30			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	257.88	64.47	3.49*	.01
	ภายในกลุ่ม	393	7264.81	18.49		
	รวม	397	7522.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 และ 6

ส่วนประชาชนที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Kuels method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	อายุ	$\bar{X}$	15-24 ปี	25-34 ปี	54 ปีขึ้นไป	45-54 ปี	35-44 ปี
			6.71	7.10	7.12	7.25	7.93
ความรู้	15-24 ปี	6.71	-	0.39	0.41	0.54	1.22*
	25-34 ปี	7.10		-	0.02	0.15	0.83
	54 ปีขึ้นไป	7.12			-	0.13	0.78
	45-54 ปี	7.25				-	0.68
	35-44 ปี	7.93					-
พฤติกรรมสุขภาพ	อายุ	$\bar{X}$	15-24 ปี	25-34 ปี	35-44 ปี	54 ปีขึ้นไป	45-54 ปี
			15.03	15.26	16.37	16.76	17.30
การปฏิบัติ	15-24 ปี	15.03	-	0.23	1.34	1.73	2.27*
	25-34 ปี	15.26		-	1.11	1.50	2.04
	35-44 ปี	16.37			-	0.39	0.93
	54 ปีขึ้นไป	16.76				-	0.54
	45-54 ปี	17.30					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า

1. ประชาชนที่มีอายุ 35-44 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกับประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีอายุ 35-44 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ประชาชนที่มีอายุ 45-54 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกับประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีอายุ 45-54 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับ การศึกษา	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	185	7.18	2.46	30.14	4.06	16.38	4.37
มัธยมศึกษาตอนต้น	104	6.83	2.29	31.12	3.16	15.88	4.25
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ เทียบเท่า	64	7.49	2.72	29.54	4.42	15.62	4.63
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	18	6.89	2.56	31.61	3.22	14.50	4.19
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	26	8.54	2.02	32.58	3.07	14.06	3.48
รวม	398	7.22	2.46	30.52	3.88	15.88	4.35

จากตาราง 13 แสดงว่า

1. ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 8.54$, $S = 2.02$) รองลงมา

คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 7.49, S = 2.72$) ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ($\bar{X} = 7.18, S = 2.46$) อนุปริญาหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 6.89, S = 2.56$) และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีความรู้ที่น้อยที่สุด ($\bar{X} = 6.83, S = 2.29$)

2. ด้านเจตคติ ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 32.58, S = 3.07$) รองลงมาคือ อนุปริญาหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 31.61, S = 3.22$) มัธยมศึกษาตอนต้น ($\bar{X} = 31.12, S = 3.16$) ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ($\bar{X} = 30.14, S = 4.06$) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีเจตคติน้อยที่สุด ($\bar{X} = 29.54, S = 4.42$)

3. ด้านการปฏิบัติ ประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 16.38, S = 4.37$) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ($\bar{X} = 15.88, S = 4.25$) มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 15.62, S = 4.63$) อนุปริญาหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 14.50, S = 4.19$) และระดับปริญาตรีหรือสูงกว่า มีการปฏิบัติที่น้อยที่สุด ($\bar{X} = 14.00, S = 3.48$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 13 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม
สุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	68.22	17.05	2.85*	.03
	ภายในกลุ่ม	393	2342.77	5.96		
	รวม	397	2410.98			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	257.56	64.39	4.42*	.01
	ภายในกลุ่ม	393	5729.74	14.58		
	รวม	397	5987.30			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	177.67	44.42	2.38	.06
	ภายในกลุ่ม	393	7345.01	18.69		
	รวม	397	7522.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และ 8

ส่วนประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม

สุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยวิธีของนิวแมนคูลส์
(Newman - Kuels method) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมสุขภาพด้าน
ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัด
กาญจนบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการศึกษา	X	มัธยมศึกษา ตอนต้น	อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า	ประถม ศึกษา หรือ ต่ำกว่า	มัธยม ศึกษาตอน ปลายหรือ เทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า
			6.83	6.89	7.18	7.49	8.54
ความรู้	มัธยมศึกษา ตอนต้น	6.83	-	0.06	0.35	0.66	1.71*
	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	6.89		-	0.29	0.60	1.65*
	ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	7.18			-	0.31	1.36
	มัธยมศึกษา ตอนปลาย หรือเทียบเท่า	7.49				-	1.05
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	8.54					-

ตาราง 15 (ต่อ)

พฤติกรรม สุขภาพ	ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	มัธยมศึกษา ตอนปลาย หรือ เทียบเท่า	ประถม ศึกษาหรือ ต่ำกว่า	มัธยม ศึกษา ตอนต้น	อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า
			29.54	30.14	31.12	31.61	32.58
เจตคติ	มัธยมศึกษา ตอนปลาย หรือเทียบเท่า	29.54	-	0.60	1.58	2.07	3.04*
	ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	30.14		-	0.98	1.47	2.44*
	มัธยมศึกษา ตอนต้น	31.12			-	0.49	1.46
	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	31.61				-	0.97
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	32.58					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า

1. ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกับประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อนุปริญญาหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ตามลำดับ ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้าน

เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกับประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า และประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า และประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ตามลำดับ

ตาราง 16 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
รับราชการ							
หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	46	8.09	2.17	31.57	3.45	15.02	4.38
ค้าขายหรือธุรกิจ	51	7.45	2.42	30.00	3.40	13.84	3.40
เกษตรกรรม	94	7.31	2.17	30.54	3.79	17.33	3.76
รับจ้างทั่วไป	126	7.33	2.61	30.17	4.57	16.53	4.95
งานบ้าน	81	6.30	2.52	30.78	3.24	14.98	3.37
รวม	398	7.22	2.46	30.52	3.88	15.88	4.35

จากตาราง 16 แสดงว่า

1. ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 8.09$, $S = 2.17$) รองลงมา คือ ค้าขายหรือธุรกิจ ($\bar{X} = 7.45$, $S = 2.42$) รับจ้างทั่วไป ($\bar{X} = 7.33$, $S = 2.61$) เกษตรกรรม ($\bar{X} = 7.31$, $S = 2.17$) และอาชีพงานบ้าน มีความรู้ที่น้อยที่สุด ($\bar{X} = 6.30$, $S = 2.52$)

2. ด้านเจตคติ ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 31.57$, $S = 3.45$) รองลงมาคือ งานบ้าน ($\bar{X} = 30.78$, $S = 3.24$) เกษตรกรรม ($\bar{X} = 30.54$, $S = 3.79$) รับจ้างทั่วไป ($\bar{X} = 30.17$, $S = 4.57$) และอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ มีเจตคติน้อยที่สุด ($\bar{X} = 30.00$, $S = 3.40$)

3. ด้านการปฏิบัติ ประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 17.33$, $S = 3.76$) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ($\bar{X} = 16.53$, $S = 4.95$) รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ($\bar{X} = 15.02$, $S = 4.38$) งานบ้าน ($\bar{X} = 14.98$, $S = 3.77$) และอาชีพค้าขายหรือธุรกิจมีการปฏิบัติน้อยที่สุด ($\bar{X} = 13.84$, $S = 3.40$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 16 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม
สุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	108.35	27.09	4.62*	.01
	ภายในกลุ่ม	393	2302.63	5.86		
	รวม	397	2410.98			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	84.50	21.13	1.41	.24
	ภายในกลุ่ม	393	5902.79	15.02		
	รวม	397	5987.30			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	562.86	140.72	7.95*	.00
	ภายในกลุ่ม	393	6959.82	17.71		
	รวม	397	7522.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 และ 12

ส่วนประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม

สุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยวิธีของนิวแมนคูลส์
(Newman - Kuels method) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมสุขภาพด้าน
ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัด
กาญจนบุรี จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรม สุขภาพ	อาชีพ		งาน บ้าน	เกษตร- กรรม	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย หรือ ธุรกิจ	รับราชการหรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
		X	6.30	7.31	7.33	7.45	8.09
ความรู้	งานบ้าน	6.30	-	1.01*	1.03*	1.15*	1.79*
	เกษตรกรรม	7.31		-	0.02	0.14	0.78
	รับจ้างทั่วไป	7.33			-	0.12	0.76
	ค้าขาย						
	หรือธุรกิจ	7.45				-	0.64
	รับราชการ หรือพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	8.09					-

ตาราง 18 (ต่อ)

พฤติกรรม สุขภาพ	อาชีพ		ค้าขาย หรือธุรกิจ	งาน บ้าน	รับราชการหรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	รับจ้าง ทั่วไป	เกษตรกรรม
		X	13.84	14.98	15.02	16.53	17.33
การปฏิบัติ	ค้าขาย						
	หรือธุรกิจ	13.84	-	1.14	1.18	2.69*	3.49*
	งานบ้าน	14.98		-	0.04	1.55	2.35*
	รับราชการ						
	หรือพนักงาน						
	รัฐวิสาหกิจ	15.02			-	1.51	2.31*
	รับจ้างทั่วไป	16.53				-	0.80
	เกษตรกรรม	17.33					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า

1. ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้างทั่วไป และเกษตรกรรมมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกับประชาชนที่มีอาชีพงานบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้างทั่วไป และเกษตรกรรมมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพงานบ้าน ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกับประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ งานบ้าน รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ งานบ้าน รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ

ประชาชนที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกับประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
ระดับต่ำ	99	6.40	2.75	29.40	4.69	14.32	4.78
ระดับปานกลาง	203	7.49	2.32	30.58	3.70	15.40	3.78
ระดับสูง	96	7.47	2.29	31.56	2.97	18.52	3.88
รวม	398	7.22	2.46	30.52	3.88	15.88	4.35

จากตาราง 19 แสดงว่า

1. ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 7.49$, $S = 2.32$) รองลงมา คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับสูง ($\bar{X} = 7.47$, $S = 2.29$) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ มีความรู้ที่น้อยที่สุด ($\bar{X} = 6.40$, $S = 2.75$)

2. ด้านเจตคติ ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 31.56$, $S = 2.97$) รองลงมาคือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง ($\bar{X} = 30.58$, $S = 3.70$) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ มีเจตคติน้อยที่สุด ($\bar{X} = 29.40$, $S = 4.69$)

3. ด้านการปฏิบัติ ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างมากที่สุด ($\bar{X} = 18.52$, $S = 3.88$) รองลงมาคือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.40$, $S = 3.78$) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ มีการปฏิบัติน้อยที่สุด ($\bar{X} = 14.32$, $S = 4.78$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 19 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม สุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	86.98	43.49	7.39*	.01
	ภายในกลุ่ม	395	2324.00	5.88		
	รวม	397	2410.98			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	228.27	114.13	7.83*	.00
	ภายในกลุ่ม	395	5759.03	14.58		
	รวม	397	5987.30			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	956.39	478.19	28.77*	.00
	ภายในกลุ่ม	395	6566.30	16.62		
	รวม	397	7522.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 19, 20 และ 21

ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Kuels method) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมสุขภาพด้าน
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง
จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

พฤติกรรมสุขภาพ	การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	$\bar{X}$	ระดับ		
			ระดับต่ำ	ระดับสูง	ปานกลาง
			6.40	7.47	7.49
ความรู้	ระดับต่ำ	6.40	-	1.07*	1.09*
	ระดับสูง	7.47		-	0.02
	ระดับปานกลาง	7.49			-
พฤติกรรมสุขภาพ	การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	$\bar{X}$	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
			29.40	30.58	31.56
เจตคติ	ระดับต่ำ	29.40	-	1.18*	2.16*
	ระดับปานกลาง	30.58		-	0.98
	ระดับสูง	31.56			-
พฤติกรรมสุขภาพ	การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	$\bar{X}$	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
			14.32	15.40	18.52
การปฏิบัติ	ระดับต่ำ	14.32	-	1.08*	4.20*
	ระดับปานกลาง	15.40		-	3.12*
	ระดับสูง	18.52			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

ความสัมพันธ์ระหว่าง	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	-	0.38*	0.29*
เจตคติ		-	0.34*
การปฏิบัติ			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ความรู้กับเจตคติ ($n = 398$, $r = 0.38$) ความรู้กับการปฏิบัติ ($n = 398$, $r = 0.29$) และเจตคติกับการปฏิบัติ ($n = 398$, $r = 0.34$) เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 22, 23 และ 24

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชาชนที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน
2. ประชาชนที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน
3. ประชาชนที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน
4. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน
5. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน
6. ประชาชนที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน
7. ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

24. พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

เป็นประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 77,884 คน เป็นชาย 40,644 คน หญิง 37,240 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 398 คน เป็นชาย 208 คน เป็นหญิง 190 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane. 1967 : 886)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของประชาชนตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ และประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง จากสื่อต่าง ๆ และสื่อบุคคล มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่ได้รับเลย

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีลักษณะเป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ โดยกำหนดคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.69

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistic Package for the Social Sciene) ดำเนินการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี โดยแสดง ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยการทดสอบค่า t (t - test) และค่าเอฟ (F - test) ถ้าพบว่าคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls method) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.26 มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.39 ระดับการศึกษาของประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 46.48 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.66 ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 76.88 ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง คิดเป็นร้อยละ 96.98 และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.00

1.2 ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.01 มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค

เท้าข้างอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 93.72 และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.00

2. ผลการทดสอบตามสมมุติฐาน

2.1 ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างไม่แตกต่างกัน

2.2 ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย

ประชาชนที่มีอายุ 35-44 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี

ประชาชนที่มีอายุ 45-54 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี

ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างไม่แตกต่างกัน

2.3 ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย

ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ตามลำดับ

ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า และประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ตามลำดับ

ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างไม่แตกต่างกัน

2.4 ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย

ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขายหรือธุรกิจรับจ้างทั่วไป และเกษตรกรมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพงานบ้าน

ประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ งานบ้าน รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ

ประชาชนที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ

ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าข้างไม่แตกต่างกัน

2.5 ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

2.6 ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

2.7 ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย

ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูงและปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ

ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูงและปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ

ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามลำดับ

ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ

2.8 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

ผลการศึกษา พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำพิเศษ

(2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของมยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันโรคมาลาเรียในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ดี และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันชัย ผาติหัตถกร และคณะ (2533 : 53-55) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและนิเวศวิทยาต่อสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในหมู่บ้านอพยพเขี้ยวหลาน พบว่า ความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับไข้มาลาเรียค่อนข้างดีมาก และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพิมล พวงเงิน (2538 : 82) ที่ได้ศึกษาเรื่องสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนร้อยละ 49.9 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ความรู้เป็นรูปแบบของพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ภายหลัง การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้ยินได้ฟัง หรือพบเห็นเรื่องราวต่าง ๆ และหากได้รับเรื่องราวนั้นซ้ำอยู่บ่อย ๆ โอกาสที่จะเกิดการเรียนรู้และจดจำจะมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งผลของการเรียนรู้จะออกมาใน 3 รูปแบบของพฤติกรรม คือ เกิดเป็นความรู้ ความจำ ความเข้าใจ เกิดเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และเกิดเป็นความรู้สึกนึกคิด ประเมินค่า และให้คุณค่า การที่กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีความรู้ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค ซึ่งเป็นอำเภอที่ทุรกันดารห่างไกลความเจริญ ระบบสาธารณสุขไม่ดี การสื่อสาร อาจไปไม่ถึงสะดวก ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายของการเกิดโรคเท้าช้างมีไม่มาก ประชาชนจึงไม่เกิดความกลัวที่จะคิดป้องกันตนเองจากโรคเท้าช้าง จึงไม่คิดขวนขวายหาความรู้ใส่ตัว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็จบเพียงระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งอาจจะไม่เคยชินต่อการต้องอ่านและศึกษาหาความรู้ให้กับตนเอง และความรู้ที่ได้รับจะมาจากการบอกเล่าของบิดามารดา และญาติ ถึงการเป็นโรคเท้าช้างและการป้องกันแบบที่ตนเองเคยกระทำอยู่ จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรค

มาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติอยู่ในเกณฑ์ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพิมล พวงเงิน (2538 : 82) ที่ได้ศึกษาเรื่องสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร พบว่า เจตคติของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเจตคติของคนเรานั้นไม่ใช่เป็นเรื่องพันธุกรรม แต่เป็นสิ่งที่หาเพิ่มเติมได้ สร้างขึ้นได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์และเป็นความคิดซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนนำ ทำให้เกิดความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้น จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเจตคติกับประวัติดูแลตนเองในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง พบว่า ประชาชนที่มีประวัติดูแลตนเองในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างมีเจตคติดีกว่าประชาชนที่ไม่มีประวัติดูแลตนเองในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง ซึ่งแสดงว่าการที่ประชาชนได้พบเห็นคนใกล้ชิดเป็นโรคเท้าช้างแล้วเกิดความกลัว เมื่อพบว่าญาติของตนมีอาการป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีอาการปวด เป็นไข้ และมักจะเกิดซ้ำได้อีก จึงทำให้ประชาชนเกิดความกลัวและตระหนักในอันตรายว่าตนเองจะตกอยู่ในสภาพดังกล่าว และประกอบกับเมื่อเป็นนาน ๆ เข้า จะทำให้อวัยวะตามแขนขามีอาการผิดปกติไปจากคนอื่น อาจทำให้เกิดปมด้อยหรือขาดความมั่นใจในตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับดี

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า การปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันโรคมาลาเรียอยู่ในเกณฑ์ดี และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพิมล พวงเงิน (2538 : 82) ที่ได้ศึกษาเรื่องสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร พบว่า การปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคเท้าช้างเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการผิดปกติในทันที ประกอบกับยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ถึงแม้ว่าจะทำให้แขนขาบวมโตขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังไม่ถึงกับเสียชีวิต ประกอบกับประชาชนอาจจะเห็น

ว่าการที่คนถูกยุงกัดเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนมักจะถูกกัดอยู่แล้ว จึงอาจจะเกิดความเคยชินในการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัดอย่างถูกต้อง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับปานกลาง

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การข้ามแดนระหว่างประเทศ ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัว ที่ป่วยเป็นโรคเท้าช้าง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ได้ผลดังนี้

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศที่ต่างกันมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่างกัน แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ริจิ (Riji. 1986 : 457-463) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และปัจจัยทางด้านระบาดวิทยาของโรคเท้าช้างในกลุ่มผู้มีเชื่อและไม่เชื่อพยาธิโรคเท้าช้างในชุมชนแห่งหนึ่งของประเทศมาเลเซีย พบว่า ชายและหญิงมีความรู้เรื่องโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธวัช บุญยมน (2536 : 111) ที่ได้ศึกษาเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับมาลาเรีย และพฤติกรรมการใช้มุ้งในชุมชนกะเหรี่ยง พบว่า เพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับมาลาเรียไม่มากนัก

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐาน

ข้อ 3 ที่ว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคมาลาเรียที่แตกต่างกัน แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศที่แตกต่างกันนั้นมีการปฏิบัติตนในการป้องกันไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนทั้งเพศชายและหญิงมีโอกาสเป็นโรคเท้าช้างได้เหมือนกัน เพราะในการดำรงชีพของประชาชนในแถบอำเภอดังกล่าว ชายและหญิงจะทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวทั้งสิ้น ประกอบกับบริเวณพื้นที่ดังกล่าวเป็นบริเวณที่มีชุมชุนตลอดปี จึงทำให้ประชาชนทั้งชายและหญิงต้องระวังป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัดโดยการนอนกางมุ้ง หรือสวมใส่เสื้อผ้าที่มิดชิด และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงต่าง ๆ ซึ่งการป้องกันดังกล่าวทุกคนสามารถทำได้ จึงทำให้ประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 35-44 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าช่วงอายุ 35-44 ปี เป็นกลุ่มประชาชนที่อยู่ในวัยแรงงานและเป็นวัยที่จะต้องดูแลรับผิดชอบบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ถ้าป่วยไข้ก็จะทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ ทำให้กลุ่มประชาชนเหล่านี้มีความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้และดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนเองและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งถ้ามีบุคคลใดในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างแล้ว มักจะสร้างปัญหาให้กับครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้เสียเงินที่จะต้องไปรักษาและขาดแรงงานที่จะช่วยทำงานเพื่อเลี้ยงครอบครัว ส่วนประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี เป็นวัยรุ่นที่มีไฟแรง และเป็นวัยที่แข็งแรงสามารถทนต่ออาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ จึงทำให้อาจคิดว่าโรคเท้าช้างเป็นโรคที่ไม่เป็นอันตรายมาก เมื่อมีอาการแล้วก็จะหายไปเอง ถึงแม้จะเป็นอันตรายก็ยังสามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้ตนเองขาดความสนใจที่จะป้องกันุงไม่ให้มาเกิดอย่างแท้จริง ซึ่งอายุที่แตกต่างกันนั้นก็จะมีประสบการณ์ ความสนใจ และความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่แตกต่างกันออกไปส่งผลให้มีความรู้ที่ต่างกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ประชาชนที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำพิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุมีผลต่อเจตคติของแต่ละบุคคลที่จะโน้มน้าวหรือชักจูงจิตใจให้เปลี่ยนมาเป็นผู้ปฏิบัติได้ แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีเจตคติต่อโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการที่ประชาชนทุกกลุ่มอายุอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคเท้าช้าง และได้รับรู้ว่าโรคเท้าช้างเป็นโรคที่เกิดเป็นประจำ และได้พบเห็นคนเป็นโรคเท้าช้างอย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้ประชาชนทุกคนเห็นว่าเป็นโรคธรรมดาไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต และในการรักษาโรคเท้าช้างก็จะดูแลรักษาตามความเชื่อของบรรพบุรุษของตน จึงทำให้ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่า ประชาชนที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้าน

การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำพิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุม ไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่ไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอเกล้ง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมาลาเรียที่ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ ปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัด เชียงราย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย ซึ่งจากการ ศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 45-54 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 15-24 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประชาชนที่มีช่วง อายุ 15-24 ปี จะมีกิจกรรม กิจกรรมประจำวันที่มุ่งเน้นไปในทางด้านการศึกษาการทำงานหาราย ได้ และวัยนี้ยังมีสุขภาพที่ค่อนข้างแข็งแรง จึงไม่ค่อยตระหนักถึงเรื่องสุขภาพเท่าใดนัก ส่วนใน วัย 45-54 ปีจะเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์มาอย่างมากมายเป็นวัยที่จะต้องดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ ก่อเป็นการปฏิบัติในการป้องกันโรค จึงทำให้ ประชาชนที่มีอายุต่างกัันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง แตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 ที่ว่าประชาชนที่ระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย โรคมาลาเรีย ในอำเภอเกล้ง จังหวัดระยอง พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันนั้น ทำให้มี ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำพิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การ ศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันไข้เลือดออก

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มี พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่าประชาชนที่ระดับการศึกษาต่างกัน จะมี

พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันนั้น ทำให้มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรียที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อเจตคติของแต่ละบุคคลที่จะโน้มน้าวหรือชักจูงจิตใจให้เปลี่ยนมาเป็นผู้ปฏิบัติได้

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ที่ว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยมาลาเรียที่ต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคมาลาเรียที่ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันไข้มาลาเรีย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ตามลำดับ ประชาชนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า และประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า บุคคลที่ระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสเรียนรู้ได้ดีกว่า และการศึกษาก็ยังมีส่วนต่อแบบแผนการดำรงชีวิต จึงทำให้ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ และเมื่อมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการป้องกันโรคเท้าช้างเป็นอย่างดีก็จะเกิดเจตคติที่ดีตามมาด้วย จึงทำให้ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค

เท้าช้างแตกต่างกัน ส่วนด้านการปฏิบัติที่พบว่าไม่แตกต่างกันนั้น อาจเป็นเพราะว่าประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง เป็นบริเวณที่มีโรคเท้าช้างชุกชุม ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคได้ทั้งสิ้น จึงทำให้เกิดความกลัวว่าตนเองอาจติดโรคได้ ประกอบกับมีการรณรงค์ป้องกันและกำจัดยุงของทางราชการ จึงทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการทำกิจกรรมป้องกันโรคเท้าช้างกันมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกันและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้างทั่วไป และเกษตรกรกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่อาชีพงานบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าแต่ละอาชีพต่างก็มีลักษณะงานที่ไม่เหมือนกัน แสดงว่าอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขายหรือธุรกิจ เป็นอาชีพที่อยู่กับที่ไม่ต้องย้ายที่ทำงานบ่อย ๆ ทำให้มีเวลาที่จะแสวงหาความรู้ใส่ตนเองโดยการฟังจากวิทยุ โทรทัศน์ หรือจากการเปิดดูข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ตได้ง่าย ทำให้ได้รับรู้ถึงอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคเท้าช้าง และทำให้เรียนรู้ถึงการป้องกันโรคอย่างถูกต้อง อาชีพรับจ้างทั่วไป และเกษตรกรกรรม นั้นก็เป็นอาชีพที่ต้องเข้าไปทำงานในสวน ในป่า ในไร่ ซึ่งจะเข้าไปอยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงมากกว่าอาชีพอื่น จึงทำให้ต้องมีการขอความช่วยเหลือหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ตลอดเวลา ส่วนพวกที่มีอาชีพงานบ้านซึ่งเป็นงานที่ต้องทำตลอด ไม่ได้อยู่แต่ในบ้านอย่างเดียว อาจต้องออกไปทำงานนอกบริเวณบ้าน ซึ่งตนเองไม่สนใจที่จะเรียนรู้ในการป้องกันตนเองมากนัก เพราะอาจคิดว่าเป็นเรื่องปกติที่มีอยู่ทั่วไป ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอเกล่ง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรียแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อาชีพมีผลต่อเจตคติของแต่ละบุคคลที่จะโน้มน้าวหรือชักจูงจิตใจให้เปลี่ยนมาเป็นผู้ปฏิบัติได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโรคเท้าช้างเป็นโรคที่ไม่ทำให้เสียชีวิตในทันทีทันใด กว่าจะมีอาการทางแขนขา หรือถุงอัณฑะบวมโต ก็ต้องใช้เวลาาน ประกอบกับโรคเท้าช้างเป็นโรคที่เกิดขึ้นในสังคมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมานาน จึงอาจกลายเป็นความเคยชินที่รับรู้การเป็นโรคเท้าช้างของบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่รอบด้าน และในการป้องกันนั้นส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติมากจะเป็นการป้องกันโดยการนอนกางมุ้ง หรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง จึงทำให้ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 12 ที่ว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอเกล่ง จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกันจะมีการปฏิบัติต่อโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ งานบ้าน รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ และประชาชนที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมีพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า อาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการถูกยุงกัดได้สูง เนื่องจาก ต้องไปทำงานในป่า ทำไร่ ทำสวน และเข้าไปอยู่ในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงมากกว่าอาชีพอื่น ๆ อยู่ตลอดเวลา ซึ่งในการจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพนั้น บุคคลมักจะจัดหาเฉพาะ เรื่องที่ตนตระหนักว่าถ้าขาดสิ่งนั้น จะมีอันตรายหรือมีผลอย่างชัดเจนต่อสุขภาพของตนเองและ ครอบครัวเป็นอันดับแรก จึงทำให้ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามการข้ามแดนระหว่างประเทศ

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศต่างกัน มี พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 13 ที่ว่า ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่าง ประเทศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า คนที่เคยข้ามแดนไปพบคนที่ป่วยเป็นโรคเท้าช้างเป็นจำนวนมาก จึงทำ ให้เกิดความกลัวว่าตนเองอาจจะเป็นโรคได้ ประกอบกับพื้นที่ชายแดนเป็นป่าส่วนมาก ทำให้ การป้องกันการเกิดโรคเป็นไปได้ยาก จึงต้องแสวงหาความรู้ที่จะมาป้องกันตนเองให้ปลอดภัย ส่วนผู้ที่ไม่เคยข้ามแดนอาจจะไม่เคยพบเห็นถึงอันตรายของโรคเท้าช้างที่เกิดกับคนป่วยมากนัก เพราะอาจจะอยู่กับบ้าน หรือทำงานในท้องถิ่นที่มีระบบป้องกันอย่างดี จึงทำให้ประชาชนที่มี การข้ามแดนระหว่างประเทศต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค เท้าช้างแตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศ ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่ แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 14 และ 15 ที่ว่า ประชาชนที่มีการข้ามแดน ระหว่างประเทศต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคเท้าช้างแตกต่างกัน แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของ ชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า การข้ามแดนระหว่าง ประเทศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรีย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้หันมาให้ความสนใจในการควบคุมโรคเท้าช้างมากขึ้น เนื่องจาก แนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้น และแนวทางการควบคุมในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าโรคนี้สามารถ ควบคุม และกวาดล้างการแพร่กระจายให้หมดไปได้ ซึ่งในการควบคุมโรคนั้นประกอบด้วยการ ควบคุมการแพร่เชื้อและการควบคุมการป่วย ทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคเท้าช้าง ได้ จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ประชาชนเชื่อในการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ข้อที่จะทำให้การแพร่เชื้อน้อยลงและหมดไปในที่สุด จึงทำให้ประชาชนที่มีการข้ามแดนระหว่างประเทศต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

2.6 จำแนกตามประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 16 และ 18 ที่ว่า ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันชัย ผาติหัตถกร และคณะ (2533 : 53-55) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและนิเวศวิทยาต่อสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในหมู่บ้านอพยพเชื้อวหลาน พบว่า ประสิทธิภาพที่ได้รับจากผู้ป่วยในครอบครัว มีผลต่อความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพาพร เชื้อบางแก้ว (2541 : 67-91) ที่ได้ศึกษาเรื่องระบาดวิทยา และการป้องกันตนเองของโรคมาลาเรียในชาวเขา โดยได้ศึกษาเฉพาะประชากรในตำบลวัดจันทร์ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประวัติการป่วยด้วยโรคมาลาเรียของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อมาลาเรีย แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณภา ญาณโรจน์ (2534 : 80-84) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุด พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครัวเรือนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเท้าช้างนั้นเป็นโรคที่เกิดจากการถูกยุงกัด และมักจะเป็นกันโดยทั่วไปของประชาชนในแถบนั้น โดยเฉพาะผู้ที่ประกอบอาชีพหาของป่าและหน่อไม้ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคนี้จะไม่มีการปรากฏให้เห็น ซึ่งในการตรวจโลหิตหาตัวอ่อนพยาธิโรคเท้าช้างนั้นก็ต้องทำในเวลากลางคืน และผู้ป่วยที่ปรากฏอาการจะเป็นส่วนน้อย จึงทำให้ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 17 ที่ว่า ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างจะพบเห็นอาการของโรคที่เกิดกับญาติของ

ตน ซึ่งบางครั้งอาจจะพบว่ามันมีอาการเด่นชัด เช่น ถ้ามีอาการเจ็บพลันก็จะมีอาการปวด เป็นไข้ และเมื่อเป็นแล้วสามารถเป็นได้อีกเรื่อย ๆ ในปีนั้น ถ้ามีอาการเรื้อรังก็จะพบมีอาการบวมโตของน้ำเหลือง และในที่สุดก็จะเกิดภาวะเท้าช้าง ซึ่งจะทำให้ประสบปัญหาในการประกอบอาชีพ จึงทำให้ประชาชนเกิดความกลัวไม่แน่ใจว่าจะเกิดขึ้นกับตนหรือไม่ ส่วนประชาชนที่ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างก็จะเกิดความสบายใจว่าโรคนี้อาจจะไม่ถึงตัว หรือว่าเป็นแล้วก็อาจจะไม่เป็นอันตรายได้ จึงทำให้ประชาชนที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้างต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

2.7 จำแนกตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 19, 20 และ 21 ที่ว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิริหญิง กังวาลเลิศ (2532 : 53-61) ที่ได้ศึกษาเรื่องระบาดวิทยา และพฤติกรรมอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการตรวจรักษาจากมาลาเรียคลินิก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน ทำให้มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันชัย ผาติหัตถกร และคณะ (2533 : 53-55) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและนิเวศวิทยาต่อสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในหมู่บ้านอพยพเขี้ยวหลาน พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีผลต่อความรู้ของชุมชนเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2535 : 118-135) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเรื่องไข้เลือดออก ในเขตชนบทของ 5 อำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการนำไปปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องไข้เลือดออก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรณภา ญาณโรจน์ (2534 : 80-84) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงสุดและต่ำสุด พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่มีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์พร เชื้อบางแก้ว (2541 : 67-91) ที่ได้ศึกษาเรื่องระบาดวิทยาและ

การป้องกันตนเองของโรคมะเร็งในชาวเขา โดยได้ศึกษาเฉพาะประชากรตำบลวัดจันทร์ อำเภอมะแม่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมะเร็ง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูงและปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูงและปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามลำดับ ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างดีกว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ มีบทบาทอย่างมากในการให้ความรู้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของประชาชนไปในทิศทางที่เหมาะสม ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่ข่าวสารสามารถทำได้ครอบคลุม กว้างขวาง แพร่หลาย ในหมู่คนจำนวนมากในเวลารวดเร็ว สื่อต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทอย่างมากต่อการกำหนดวิถีชีวิตของประชาชนในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการศึกษา เศรษฐกิจ การเมือง รวมทั้งการสาธารณสุข และสื่อบางชนิดสามารถเข้าถึงเกือบทุกครัวเรือน เช่น โทรศัพท์ วิทยุ ดังนั้นถ้าประชาชนมีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้ที่มีโอกาสได้รับรู้มาก ได้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งการป้องกันตนเองอย่างถูกต้องย่อมมีโอกาสติดโรคได้ยากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่า ส่วนผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อยกว่าก็จะไม่รู้และไม่เข้าใจในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และอาจจะมีการป้องกันตนเองตามที่เคยปฏิบัติมาในอดีต หรือทำตามแบบอย่างบรรพบุรุษที่ทำกันมา จึงทำให้ประชาชนที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกัน

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี อภิปรายผลได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ ของประชากรในพื้นที่ความเสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 22, 23 และ 24 ที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ ความรู้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ และเจตคติจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิริหญิง กังวาลเลิศ (2532 : 53-61) ที่ได้ศึกษาเรื่องระบาดวิทยา และพฤติกรรมอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการตรวจรักษาจากมาลาเรีย คลินิก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์กันในทางบวก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์ (2533 : 63) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในอำเภอแก่ง จังหวัดระยอง พบว่า ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิระพัฒน์ เกตุแก้ว (2535 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเท้าช้าง โดยศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ความรู้ และความเชื่อมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537 : 91-92) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย มีความสัมพันธ์ทางบวกกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพิมล พวงเงิน (2538 : 82) ที่ได้ศึกษาเรื่องสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้กับการปฏิบัติ ความรู้กับเจตคติของประชาชน เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คาร์ม และคณะ (Carme, et al. 1979 : 424-426) ที่ได้ศึกษาเรื่องความเชื่อและเจตคติต่อการเกิดโรคเท้าช้างจากผู้ป่วยชาวตาฮิติ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อต่อการเกิดโรคเท้าช้าง และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพร ชุนหุณยานนท์ (2532 : 123) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนชนบทในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันชัย ผาติหัตถกร และคณะ (2533 : 53-55) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและนิเวศวิทยาต่อสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในหมู่บ้านอพยพเขี้ยวหลาน พบว่า เจตคติในการป้องกันยุงกัดนั้นไม่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุม คำวิเศษ (2535 : 60) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชาวบ้าน หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เรื่องไข้เลือดออกและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพาพร เชื้อบางแก้ว

(2541 : 67-91) ที่ได้ศึกษาเรื่องระบาดวิทยาและการป้องกันตนเองของโรคมาลาเรียในชาวเขา โดยได้ศึกษาเฉพาะประชากรตำบลวัดจันทร์ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้กับเจตคติมีความสัมพันธ์ ส่วนความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์กันทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้บุคคลรู้จักคิด ทำความเข้าใจ พิจารณาแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีความรู้ มักจะใช้ความรู้เหล่านั้นเป็นมาตรฐานหรือเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจปฏิบัติเรื่องต่าง ๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า ความรู้มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ และสนใจให้เกิดการปฏิบัติ การเสริมสร้างความรู้จะช่วยสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยเสมอไม่ว่าจะเป็นทางตรง หรือทางอ้อม และเจตคติด้านสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ การอบรมสั่งสอนแนะนำ การพูดคุย การได้เห็นแบบอย่าง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยวิธีการให้บุคคลได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งข่าวสารที่ได้รับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเชื่อว่าถ้าส่วนประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง ส่วนประกอบอื่น ๆ ทั้งทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งทั้งความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม ดังนั้นการที่ประชาชนได้รับความรู้ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างจึงทำให้ประชาชนมีความรู้ไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดเจตคติและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามมา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับปานกลาง และมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. ควรให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ให้เข้าใจถูกต้องโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างสม่ำเสมอตลอดปี โดยมีการติดตามแนะนำอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. ควรมีการอบรมฟื้นฟูวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยงสูงเกี่ยวกับโรคเท้าช้าง และมาตรการควบคุมป้องกันโรค วิธีควบคุมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เพราะเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้แล้วจะได้นำไปเผยแพร่ยังผู้นำชุมชน หรือองค์กรในชุมชนและ

ประชาชนต่อไป เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีขึ้นโดยได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี

3. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเท้าช้างที่ประชาชนให้ความสำคัญ และมีการรับรู้ได้ง่ายอย่างสม่ำเสมอ เช่น ผู้นำชุมชน วิทยุโทรทัศน์ เสียงตามสาย แพทย์ประจำตำบล เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรที่อยู่ในชุมชนแล้ว

4. ควรมีการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเท้าช้าง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนคิด ร่วมกิจกรรมด้วยตัวของประชาชนเอง เพราะการได้ลงมือปฏิบัติเองจะทำให้เกิดการยอมรับและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่จะเสริมสร้างให้ประชาชนเกิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเท้าช้างได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้าต่อไป

1. ควรทำการศึกษา ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในด้านป้องกัน และควบคุมโรคเท้าช้าง เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่
2. ควรทำการศึกษารูปแบบการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างกับหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยโรคเท้าช้าง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองโรคเท้าช้าง. (2541ก). คู่มือการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเท้าช้างสำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองโรคเท้าช้าง. (2541ข). รายงานประจำปี 2540 กองโรคเท้าช้าง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
การศาสนา.
- กองโรคเท้าช้าง. (2541ค). โรคเท้าช้าง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กันยา สุวรรณแสง. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : รวมสาสน์.
- จิระพัฒน์ เกตุแก้ว. (2535). พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเท้าช้าง : การศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของ
จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ :
เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณรงค์ เสิงประชา. (2538). มนุษย์กับสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ดวงพร วงศ์จันทร์พงษ์. (2533). การศึกษาพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย
โรคมาเลเรียในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธนวรรณ อิมสมบุญ. (2528, เมษายน-พฤษภาคม). " การประเมินผลงานสุขศึกษาใน
โรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24-26.
———. (2532, เมษายน-กันยายน). " การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,"
ข่าวสุขศึกษา. 4(2) : 38-43.
- ธวัช บุญยมณี. (2536). ความเชื่อเกี่ยวกับมาลาเรียและพฤติกรรมการใช้มุ้งในชุมชนกะเหรี่ยง.
วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นพพร ไหว้ระกุล. (2533). พฤติกรรมของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคฟิลาเรีย
(โรคเท้าช้าง) ให้บุตรอายุต่ำกว่า 10 ปี : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด
นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- นิภา มนูญปัจจุ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับวิจัย.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- ปทุม คำวิเศษ. (2535). ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของชาว
บ้านหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ถ่ายเอกสาร.
- บุปผา ดำรงกิตติกุล. (2533). พฤติกรรมการรักษาและการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมและ
เศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคฟิลาเรีย (โรคเท้าช้าง) : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนแห่งหนึ่งใน
จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
ศูนย์หนังสือ ดร. ศรีสง่า.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วังบูรพา.
- . (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ :
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- . (2539). " พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา สุขศึกษา
หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. บรรณาธิการโดย กิตติ วัฒนกุล.
หน้า 151-212. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรพิมล พวงเงิน. (2538). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7.
กรุงเทพฯ : สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พิมพาพร เชื้อบางแก้ว. (2541). ระบาดวิทยาและการป้องกันตนเองของโรคมาลาเรียในชาว
เขา โดยได้ศึกษาเฉพาะประชากรตำบลวัดจันทร์ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

มยุรี วรรณไกรโรจน์. (2537). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้าน บ้านจ้อง ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

มานี ชูไทย. (2523). วิชาการสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.

โยธิน คັນสนุทธ และคณะ. (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชมรมเด็ก.

วรรณภา ญาณโรจน์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในจังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอำเภอที่มีอัตราการเกิดโรคสูงสุดและต่ำสุด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วันชัย ผาติหัตถกร และคณะ. (2533). ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและนิเวศวิทยา ต่อสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในหมู่บ้านอพยพเขี้ยวหลาน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). " คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8-11.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2539). " พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง," ใน เอกสารประกอบ การสอนชุดวิชา สุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. บรรณาธิการโดย กิตติ วัฒนกุล. หน้า 93-150. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สรณ์กฤณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2538). " พฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ," ใน การดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ และแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 67. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สาลินี เซ็นเสถียร. (2534). ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง *Wuchereria bancrofti* ในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สิริหญิง กังวาลเลิศ. (2532). ระบาดวิทยา และพฤติกรรมอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการตรวจรักษาจากมาลาเรียคลินิก จังหวัดพิษณุโลก . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). โปรแกรมสุขภาพนักเรียน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุพร ชุนหุพัฒน์ (2532). พฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวข้องกับการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนชนบทในจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ สด.ม.(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5. (2541). แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคเท้าช้าง. นนทบุรี : สำนักงานฯ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานปกครองจังหวัดกาญจนบุรี. (2543). ทะเบียนราษฎร. กาญจนบุรี : สำนักงานฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2535). การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเรื่องไข้เลือดออก ในเขตชนบทของ 5 อำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี : สำนักงานฯ.
- Bloom, Benjamine S. (1975). *Taxonomy of Education Objective Hand Book one : Cognitive Domain*. New York : David Mc. Kay Company, Inc.
- Carme, B. et al. (1979). " Filarial elephantiasis in French Polynesia : a study concerning the beliefs of 127 patients about the origin of their disease," *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 73 : 424-426.
- Dunn, F.L. (1976). " Human Behavioural Factors in The Epidemiology and Control of *Wuchereria bancrofti* and *Brugia malayi* Infections," *Bulletin Pub. Hlth. Soc., Malaysia.* 10 : 34-44.
- Goldenson, Robert M. (1984). *Longman Dictionary of Psychology and Psychiology*. New York : Longman Inc.
- Good, Carter V. (1959). *Dictionary of Education*. New York : Mc. Graw hill. Company ; Inc.
- Grove, D.I. et al. (1982). *Bancroftian Filariasis in a Philippine Village : Clinical, Parasitological and Social Aspects*. Institute of Public Health. University of The Philippines.

- Hilgard, E.R. & Bower, G.H. (1966). *Theories of Learning*. 3 nd ed. New York : Heredith Publishing.
- Lu, A.G. et al. (1983, March). " The Social Aspect of Filariasis in Philippines," *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Hlth*. 14 : 40-46.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2 nd ed. USA : Appleton & Lange.
- Riji, H.M. (1983, March). " Cultural Factors in The Epidemiology of Filariasis due to *Brugia malayi* in an Endemic Community in Malaysia," *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Hlth*. 14 : 34-39.
- . (1986). " Comparison of Knowledge on Filariasis and Epidemiologic Factors Between Infected and Uninfected Respondents in a Malay Community," *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Hlth*. 17 : 457-463.
- Yamane, Taro. (1967). *Statistics an Introductory*. 2 nd ed. New York : Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารและรายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|------------------|----------------|---|
| 1. รศ. ดร. ธาดา | วิมลวัตรเวที | รองศาสตราจารย์ ระดับ ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ ทรงพล | ต่อนี้ | อาจารย์ ระดับ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. นพ. เกษม | เวชสุทธานนท์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์
อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี |
| 4. คุณวาสนี | จงพิพัฒน์วิชย์ | นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 7 ว ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
และรักษาพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กาญจนบุรี |
| 5. คุณจริยา | ศิริเอกราช | นักวิชาการสุขศึกษา 6 ว ฝ่ายสุขศึกษาและ
ประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กาญจนบุรี |

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๑๖๕๒



บัณฑิตวิทยาลัย

141

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๗ พฤษภาคม ๒๕๔๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาววาสนี จงพิพัฒน์วณิชช์ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๗ และ นางจรียา ศิริเอกราช นักวิชาการสุขภาพ ๖ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๖๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๑๖๘๓



บัณฑิตวิทยาลัย

142

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๗ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๖๒๖, ๕๖๔๖

ที่ ทม ๑๐๑๒/๑๖๔๔

วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๔๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์ทรงพล ต่อณี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย



ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๑๗/๓๔

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๔๔

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าสถานีนอนามัยหินคาค สถานีนอนามัยหินคาค

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจิตต์ ปริขามารถ และ รองศาสตราจารย์ณภาพร มัชฌมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ประชาชนในเขตความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยหินคาค หมู่ที่ ๑ - หมู่ที่ ๔ จำนวน ๑๐๐ คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.สำเริง บุญเรืองรัตน์)

รักษาราชการแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕



ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๑๘๘๐

บัณฑิตวิทยาลัย

146

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๕๘ พฤษภาคม ๒๕๔๔

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจิตต์ ปริขามารด และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ประชาชนในเขต อำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ และอำเภอไทรโยค จำนวน ๓๕๘ คน สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี ในระหว่างเดือนมิถุนายน ๒๕๔๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.สรวิศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ภาคผนวก ค
คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 23 ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบ
ความรู้ แบบสอบถามเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี

ข้อ	ค่าความยากง่าย (p) ความรู้	ค่าอำนาจจำแนก		
		ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
1.	0.71	0.38	0.42	0.54
2.	0.53	0.37	0.39	0.46
3.	0.53	0.23	0.52	0.48
4.	0.21	0.21	0.30	0.55
5.	0.61	0.35	0.51	0.55
6.	0.66	0.26	0.24	0.36
7.	0.53	0.32	0.44	0.79
8.	0.68	0.34	0.32	0.75
9.	0.60	0.56	0.49	0.56
10.	0.43	0.52	0.36	0.49
11.	0.73	0.38	0.33	0.79
12.	0.38	0.28	0.29	0.52

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.69

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ เท่ากับ 0.73

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติ เท่ากับ 0.88

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง
จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี และนำผลการวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานสุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างในจังหวัดกาญจนบุรีต่อไป ดังนั้น ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อความโดยละเอียด กรุณาตอบให้ครบทุกข้อและแต่ละข้อ ตอบเพียงคำตอบเดียว ผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยเป็นส่วนรวม ซึ่งจะไม่กระทบกระเทือนต่อตัวท่านหรือผู้อื่นแต่อย่างใด

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ตอน

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง
- ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถามและขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน
นิสิตปริญญาโท หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ในวงกลมหน้าตัวเลือก เพียงคำตอบเดียว

1. เพศ

- ☐ ชาย
- ☐ หญิง

2. อายุ

- ☐ 15 - 24 ปี
- ☐ 25 - 34 ปี
- ☐ 35 - 44 ปี
- ☐ 45 - 54 ปี
- ☐ 54 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

- ☐ ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า
- ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
- ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า
- ☐ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า
- ☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

4. อาชีพ

- ☐ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- ☐ ค้าขายหรือธุรกิจ
- ☐ เกษตรกรรม
- ☐ รับจ้างทั่วไป
- ☐ งานบ้าน

5. การข้ามแดนระหว่างประเทศ

(หมายถึง การที่ท่านได้เคยมีการข้ามแดนไปยังประเทศพม่า และมีการพักค้างคืน
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)

- ☐ เคยข้ามแดนระหว่างประเทศ
- ☐ ไม่เคยข้ามแดนระหว่างประเทศ

6. ประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

(หมายถึง การที่ท่านมีญาติพี่น้องที่เคยหรือกำลังป่วยด้วยโรคเท้าช้าง)

- ☐ มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง
- ☐ ไม่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรคเท้าช้าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

โดย ได้รับประจำ หมายถึง แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารนั้นท่านได้รับสม่ำเสมอ หรือได้รับทุกครั้ง

ได้รับเป็นบางครั้ง หมายถึง แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารนั้นท่านได้รับเป็นบางครั้ง หรือได้รับเป็นส่วนน้อย

ไม่ได้รับเลย หมายถึง แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารนั้นท่านไม่ได้รับเลย

แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	ได้รับเป็น ประจำ	ได้รับเป็น บางครั้ง	ไม่ได้รับ เลย
1. โทรทัศน์ หรือวิทยุ			
2. หนังสือพิมพ์ หนังสือ หรือวารสาร			
3. โรงเรียน สถาบันการศึกษา			
4. หอกระจายข่าว / เสียงตามสาย			
5. นักศึกษา หรือบุคลากรทางสาธารณสุข			
6. สมาชิกในครอบครัว			
7. เพื่อนบ้าน			
8. อื่น ๆ โปรดระบุ			

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การถูกยุงกัดเป็นสาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นโรคเท้าช้าง			
2. โรคเท้าช้างสามารถมีการบวมโตที่อวัยวะสืบพันธุ์ได้			
3. ผู้ที่มีต่อมน้ำเหลืองบวมโตไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเท้าช้างเสมอไป			
4. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเท้าช้าง อาจไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ เลยก็ได้ตลอดชีวิต			
5. โรคเท้าช้างเกิดได้ตลอดทั้งปี			
6. โรคเท้าช้างเป็นเองหายเองได้			

ตอนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
7. การสัมผัสหรือใช้ของร่วมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเท้าช้างทำให้ติดโรคเท้าช้างได้			
8. การพักผ่อนมาก ๆ สามารถป้องกันโรคเท้าช้างได้			
9. การนอนกางมุ้ง ป้องกันการเกิดโรคเท้าช้างได้			
10. การใช้ยาจุดกันยุง ป้องกันการเกิดโรคเท้าช้างได้			
11. การคว่ำภาชนะ เศษวัสดุที่มีน้ำขังได้ เป็นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นตัวนำโรคเท้าช้างได้อีกวิธีหนึ่ง			
12. การหลีกเลี่ยงการถูกยุงกัด สามารถป้องกันโรคเท้าช้างได้			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

โดย เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การป่วยด้วยโรคเท้าช้างเป็นเรื่องของกรรมเวร			
2. ถ้ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเท้าช้างกันมาก ๆ จะมีผลเสียต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม			
3. คนที่ป่วยด้วยโรคเท้าช้าง จะไม่มีอาการใด ๆ จึงไม่น่ากลัว			
4. ท่านไม่รู้สึกกลัวหรือกังวลต่อการเกิดโรคเท้าช้าง เพราะสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้			
5. ท่านคิดว่าท่านสามารถหลีกเลี่ยงการป่วยด้วยโรคเท้าช้างได้			
6. ท่านเห็นด้วยว่าโรคเท้าช้างสามารถป้องกันได้			

ตอนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
7. การนอนในมุ้งทำให้ท่านร้อนและอึดอัด			
8. การใช้ยาจุดกันยุง ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกรำคาญ			
9. การสวมใส่เสื้อผ้าที่มิดชิด เมื่อเข้าป่าหรือออกนอกบ้านเวลากลางคืน ทำให้ท่านรู้สึกร้อนและอึดอัด			
10. การคว่ำภาชนะและวัสดุที่มีน้ำขังทุกครั้งที่พบเห็น เป็นเรื่องที่น่าเบื่อหน่าย			
11. การใช้ฝาปิดภาชนะรองรับน้ำ ทำให้ท่านไม่สะดวกในการดักน้ำมาใช้			
12. ยิ่งกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้มากเท่าใด ก็ยิ่งปลอดภัยจากโรคเท้าช้างมากขึ้นเท่านั้น			

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้าง

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

โดย ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยกระทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านนอนกางมุ้งตอนกลางคืน			
2. ท่านหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ในบริเวณที่มียุงชุม			
3. ที่บ้านของท่านมีการสุมไฟไต้ยุง			
4. ที่บ้านของท่านมีการใช้ยาจุดกันยุง			
5. ท่านทายาป้องกันยุงกัด เมื่อเข้าไปอยู่ในป่าหรือ ออกนอกบ้านเวลากลางคืน			
6. ท่านสวมใส่เสื้อผ้ามิดชิด เมื่อเข้าไปอยู่ในป่าหรือ ออกนอกบ้านเวลากลางคืน			

ตอนที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
7. ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยใช้ฝาปิด ภาชนะรองรับน้ำ			
8. ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยการคว่ำ ภาชนะและวัสดุที่มีน้ำขัง			
9. ท่านทำลายตอไม้ โพรงไม้ที่มีน้ำขัง เพื่อป้องกัน ยุงวางไข่			
10. ท่านเจาะเลือดตรวจเพื่อหาโรคเท้าช้างอย่างน้อย ปีละหนึ่งครั้ง			
11. ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงบริเวณรอบ ๆ บ้าน			
12. ท่านให้ความร่วมมือในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงในหมู่บ้าน			

เฉลยแบบสอบถาม

1. เฉลยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชน
 - ข้อที่ถูก ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5,9,10,11 และ 12
 - ข้อที่ผิด ได้แก่ข้อ 6,7 และ 8
2. เฉลยแบบทดสอบเจตคติ
 - ลักษณะข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 2,5,6 และ 12
 - ลักษณะข้อคำถามทางลบ ได้แก่ข้อ 1,3,4,7,8,9,10 และ 11
3. เฉลยแบบทดสอบการปฏิบัติ
 - ลักษณะข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 และ 12
 - ลักษณะข้อคำถามทางลบ ได้แก่ข้อ -

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวรุ่งนภา เพชรปานกัน
วันเดือนปีเกิด	22 พฤศจิกายน 2513
สถานที่เกิด	อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	101 หมู่ 4 ตำบลแก่งเสี้ยน อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 71000
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี 71160
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนวิสุทธิรังษี จังหวัดกาญจนบุรี
พ.ศ. 2534	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2538	พย.บ. จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2540	สศ.บ. (บริหารสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2544	กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ