



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการย่อยที่ 1 เรื่อง

สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหา
โรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Problem Situation and Factors Relating to Community Capacity Level for
Sustainable Dengue Problem Solution at High and Low Risk Areas,
Nakhon Si Thammarat Province

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร. จรวย สุวรรณบำรุง และคณะ
หน่วยวิจัยและบริการวิชาการโรคไข้เลือดออก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สิงหาคม 2558

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการย่อยที่ 1 เรื่อง

สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก
อย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Problem Situation and Factors Relating to Community Capacity Level for
Sustainable Dengue Problem Solution at High and Low Risk Areas,
Nakhon Si Thammarat Province

โดย หน่วยวิจัยและบริการวิชาการโรคไข้เลือดออก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ลำดับ	ชื่อ/สกุล	สังกัด
1.	อาจารย์ ดร. ธีรรัตน์ เอกศิรินิมิตร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2.	รองศาสตราจารย์ ดร. จรวย สุวรรณบำรุง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา อิงอาจ	มหาวิทยาลัยศิลปากร
4.	อาจารย์ จันทร์จุรีย์ ถือทอง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
4.	อาจารย์ สุดา ใจห้าว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
5.	นางเสริมสุข รัตนสุวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ชุดโครงการวิจัย เรื่อง

รูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Model of Sustainable for Dengue Problem Solution at High and Low Risk Areas,
Nakhon Si Thammarat Province

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทสรุป (Summary)

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินสถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) ประเมินระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 3) อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช การดำเนินการสรุปผลการดำเนินการจึงนำเสนอเป็น 3 ส่วนใหญ่คือ

1. การดำเนินการในพื้นที่อำเภอลานสกา โดยผลการดำเนินการในพื้นที่ 5 ตำบลของอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเมินพื้นที่เสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ในความรับผิดชอบของ 9 รพ.สต. รวมทั้งหมด 12 หมู่บ้านแบ่งเป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 6 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 6 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่มีแกนนำของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมอบรมและฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินสมรรถนะแกนนำจำนวน 354 คน (บ้าน 354 หลัง) และประเมินสมรรถนะประชาชนจำนวน 1,242 คน (บ้าน 1,242 หลัง) วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนที่เป็นการประเมินสถานการณ์ปัญหาได้แก่ ระดับพื้นที่เสี่ยง ข้อมูลลักษณะชุมชน ดัชนีลูกน้ำยุงลายของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำเทียบกับค่าดัชนีลูกน้ำมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน เปรียบเทียบความแตกต่าง และวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน โดยผลการศึกษาพบว่า

1) สถานการณ์หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ กำหนดหมู่บ้านเสี่ยงโดยประยุกต์เกณฑ์ประเมินของสำนักป้องกันและควบคุมโรคที่มี 6 ประเด็นรวม 6-28 คะแนน พบจุดตัดคะแนนเสี่ยงสูงของหมู่บ้านในอำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต ที่ 14 และ 13 ตามลำดับ พบว่าสถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของตำบลในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำอย่างละ 15 หมู่บ้าน พบว่า อำเภอลานสกาหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ จำนวน 6 และ 6 หมู่บ้าน ส่วนอำเภอลิขิตหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ จำนวน 9 และ 9 หมู่บ้าน พบความเสี่ยงของจากค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่สูงทั้งพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำสูงกว่าค่ามาตรฐาน และบ้านแกนนำและประชาชนมีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มแกนนำของแต่ละหมู่บ้านทั้งในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า การรับรู้ สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน “มองไม่เห็นปัญหาและความรุนแรงของโรค” “ขาดความร่วมมือต้องรอให้มีการระบาด” “สิ่งแวดล้อมและคนเป็นเหตุ” “เชื่อมาจากคนนอก” “ขาดระบบส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน” “งบประมาณเรื่องโรคไข้เลือดออกมีจำกัด ” ประเด็นการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน “ควรวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่อนามัยในการให้ความรู้แก่ประชาชนให้มีความตระหนักว่าต้อง

ช่วยกันแก้ปัญหาไข้เลือดออกนั้นถือว่าเป็นปัญหาของทุกคน” “...เราต้องมีการรณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนักว่าไข้เลือดออกนั้นเป็นปัญหาของทุกคนซึ่งต้องช่วยกันแก้ปัญหา”

2) ระดับสมรรถนะโดยรวมของแกนนำฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สมรรถนะแกนนำฯ ของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีระดับที่สูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงสูง 4 ด้านสำหรับสมรรถนะฯ โดยรวมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงมีระดับสมรรถนะฯ โดยรวมสูงกว่าเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แต่สมรรถนะประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงมีระดับสมรรถนะสูงกว่าประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ำ 3 ด้าน

3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง คือ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยและร่วมทำนายนั้ได้ร้อยละ 6.1 ($R^2 = .061$) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ การอบรม และอาชีพรับราชการ และร่วมทำนายนั้ได้ร้อยละ 8 ($R^2 = .080$) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง คือ การอบรม สบการณ์เกี่ยวกับการป่วย สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร อาชีพแม่บ้าน และศาสนาพุทธ ร่วมทำนายนั้ได้ร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$) แต่พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ คือ การอบรม อาชีพค้าขาย รายได้ครอบครัว และอาชีพแม่บ้าน และร่วมทำนายนั้ได้ร้อยละ 3.3 ($R^2 = .033$)

สรุปข้อมูลที่ได้สามารถยืนยันให้มีการจัดประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคให้กับกลุ่มแกนนำและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ ตลอดจนการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับองค์การบริหารส่วนตำบล และ อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน ตลอดจนประชาชนในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะหรือความสามารถของแกนนำและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง เช่น การสื่อสารข้อมูล เครือข่ายแกนนำชุมชนกับชุมชน ความสามารถของผู้นำศาสนา และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเชิงรุก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาสมรรถนะชุมชนโดยรวมได้ทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชน สอดคล้องกับแนวทางการจัดการยุงลายในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management: IVM) ที่องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอให้มีการประยุกต์ใช้และการดำเนินการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

กิตติกรรมประกาศ

รูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัด นครศรีธรรมราช ดำเนินการครอบคลุมพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอสิชล รวม 2 อำเภอ 14 ตำบล 159 หมู่บ้าน ดำเนินการตลอด 18 เดือนมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการมากมายทั้งหน่วยงานและบุคคล ได้แก่ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อบต. เทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. แกนนำชุมชน และประชาชน ของทั้ง 2 อำเภอ ที่มิวิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องทั้งที่เอยนามและไม่สามารถเอยนามได้ครบ

ขอขอบคุณโครงการความร่วมมือเพื่อพัฒนางานวิจัยเชิงพื้นที่ระหว่าง มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่สนับสนุนทุนตามสัญญาเลขที่ RDG56A0031 ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่สนับสนุนการบริหารจัดการของหน่วยวิจัยและบริการวิชาการโรค ไข้เลือดออกในการบริการวิชาการถ่ายทอดเทคโนโลยีผลการวิจัย มีผลต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนี ลูกน้ำยุงลายเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกครอบคลุมพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอสิชล หากไม่ได้งบประมาณส่วนดังกล่าวแล้วความต่อเนื่องและรูปธรรมของการใช้ผลการวิจัยคงไม่มีประโยชน์กับ หน่วยงานและประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว และพื้นที่ใกล้เคียงอื่นๆ ในภาคใต้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ขอขอบคุณทีมวิจัยทุกท่านที่มีความอดทนและความ พยายามในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้าโครงการย่อยที่รับผิดชอบงานอย่างเต็มกำลัง ขอขอบคุณ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ที่ให้โอกาสและเวลาที่มิวิจัยในช่วงที่ไม่มีภารกิจการสอนได้ทำประโยชน์แก่ชุมชน

ขอขอบพระคุณพ่อและแม่ที่สละเวลาที่ต้องได้รับจากลูก เพื่อให้ลูกได้ใช้เวลาอย่างเต็มที่ตลอด 18 เดือนในการทำงานวิจัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามสัญญาที่ให้ไว้กับแหล่งทุน

รองศาสตราจารย์ ดร. จรวัย สุวรรณบำรุง

หัวหน้าชุดโครงการวิจัย

สารบัญ

	เนื้อหา	หน้า
	บทสรุป	i
	กิตติกรรมประกาศ	iii
	สารบัญ	iv
บทที่ 1	บทนำ	1
	หลักการและเหตุผล	1
	วัตถุประสงค์	3
บทที่ 2	การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง	4
	2.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออก	4
	2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก	7
	2.3 สมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน	13
	2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะชุมชน	15
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัย	17
	3.1 วิธีการศึกษา	17
	3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
	3.3 จำนวนและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	21
	3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	23
	3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	26
	3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	26
บทที่ 4	สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช: กรณีอำเภอลานสกา	
	4.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอลานสกา	28
	4.1.1 ข้อมูลหมู่บ้านที่ได้คัดเลือกเป็นหมู่บ้านเสี่ยงอำเภอลานสกา	28
	4.1.2 สภาพแวดล้อมของชุมชนของบ้านแกนนำและประชาชน	35
	4.1.3 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	39
	4.1.4 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำและประชาชน	43
	4.1.5 การรับรู้สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	44
	4.2 ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	
	4.2.1 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน	46

	เนื้อหา	หน้า
	4.2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลแกนนำเสียงสูงและเสียงต่ำ	46
	4.2.1.2 ระดับสมรรถนะแกนนำฯ เสียงสูงและเสียงต่ำ	49
	4.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน	51
	4.2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลประชาชนเสียงสูงและเสียงต่ำ	51
	4.2.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนฯ เสียงสูงและเสียงต่ำ	54
	4.3 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	
	4.3.1 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสียงสูงและต่ำ	56
	4.3.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสียงสูง	56
	4.3.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสียงต่ำ	61
	4.3.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสียงสูงและต่ำ	65
	4.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสียงสูง	65
	4.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสียงต่ำ	69
	4.4 สรุปผลและอภิปรายผล	74
บทที่ 5	สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสียงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช: กรณีอำเภอสิชล	
	5.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่เสียงสูงและต่ำ อำเภอสิชล	76
	5.1.1 ข้อมูลหมู่บ้านที่ได้คัดเลือกเป็นหมู่บ้านเสี่ยงในอำเภอสิชล	76
	5.1.2 สภาพแวดล้อมของชุมชน	88
	5.1.3 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	92
	5.1.4 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำและบ้านประชาชน	95
	4.1.5 การรับรู้สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	96
	5.2 ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก อำเภอสิชล	
	5.2.1 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน	99
	5.2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลแกนนำเสียงสูงและเสียงต่ำ	99
	5.2.1.2 ระดับสมรรถนะแกนนำฯ เสียงสูงและเสียงต่ำ	102
	5.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน	104
	5.2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลประชาชนเสียงสูงและเสียงต่ำ	104
	5.2.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนฯ เสียงสูงและเสียงต่ำ	107
	5.3 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก	
	5.3.1 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสียงสูงและต่ำ อำเภอสิชล	109

เนื้อหา	หน้า
5.3.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูง	109
5.3.1.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสี่ยงต่ำ	114
5.3.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ	118
5.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูง	118
5.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงต่ำ	122
5.4 สรุปผลและอภิปรายผล	126
บทที่ 6 สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ ของ 2 อำเภอ	
6.1 เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาโรคใช้เลือดออกของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ 2 อำเภอ	127
6.1.1 ลักษณะของชุมชนเป้าหมาย ใน 2 อำเภอ	127
6.1.1.1 ชุมชนที่เป็นที่อยู่อาศัยของแกนนำ	127
6.1.1.2 ชุมชนที่เป็นที่อยู่อาศัยของประชาชน	129
6.1.2 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเสี่ยงสูงและต่ำ	132
6.1.3 ดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ	134
6.2 ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกในพื้นที่สูงและต่ำของ 2 อำเภอ	
6.2.1 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืนของ 2 อำเภอ	135
6.2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำ	135
6.2.1.2 ระดับสมรรถนะแกนนำฯ	138
6.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน	140
6.2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำ	140
6.2.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชน	143
6.3 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ	
6.3.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ	144
6.3.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูง	144
6.3.1.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำฯ ในพื้นที่เสี่ยงต่ำ	149
6.3.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ	153
6.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูง	153
6.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงต่ำ	157

	เนื้อหา	หน้า
	6.4 สรุปผลและอภิปรายผล	162
บทที่ 7	สรุปผลและอภิปราย	166
	7.1 สรุปผลการดำเนินการ	166
	7.2 อภิปรายผล	173
	อ้างอิง	175
ภาคผนวก	ก ภาพการดำเนินการ	
	ข แบบประเมินสมรรถนะแกนนำฯ	
	ค แบบประเมินสมรรถนะประชาชนฯ	
	ง รายชื่อนักวิจัย	

บทที่ 1 บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

ปัญหาโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยโดยเฉพาะพื้นที่ภาคใต้ที่มีอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกสูงกว่าพื้นที่ภาคอื่นๆ ซึ่งพบว่ามีอัตราการป่วยที่สูงกว่าค่ากลางย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2540 - 2549)(1) ทั้งนี้ปัญหาโรคไข้เลือดออกกลายเป็นปัญหาของชุมชนที่ต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยชุมชนเนื่องจากเป็นโรคมีความหลากหลายของประเภทและความรุนแรงทั้งไข้แดงก่ำ (DF) ไข้เลือดออก (DHF) และไข้เลือดออกที่มีอาการช็อก (DSS) (2-5) การรักษาตามอาการ วัคซีนที่อยู่ในระยะการพัฒนา(6, 7) และการกำจัดยุงลายตัวแก่ด้วยสารเคมีที่ขาดประสิทธิภาพ(8, 9) ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิที่สูงขึ้นซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการวงจรชีวิตของยุงที่เจริญเติบโตจากไข่เป็นตัวยุงให้สั้นลง(10, 11) นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น วิถีชีวิต ความหนาแน่นของประชากรและพฤติกรรมของคนในชุมชนจะมีผลต่อการระบาดของไข้เลือดออก(11-14) ดังนั้นการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจึงเน้นการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในชุมชนซึ่งเป็นทางเลือกเดียวในการลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก(3, 5, 15) โดยความยั่งยืนเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนและจำเป็นที่จะต้องพัฒนาสมรรถนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทั้งระดับกลุ่มคน บุคคล และหน่วยงาน(12)

ลักษณะการเกิดโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครราชสีมาในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2544 - 2553) พบว่าไม่มีรูปแบบแน่ชัด พบอัตราป่วยสูงในปี 2544 และ 2545 แล้วลดลงอย่างมากในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 แต่อัตราป่วยปี พ.ศ. 2548 สูงขึ้นแล้วลดลงติดต่อกัน 4 ปี แต่สูงขึ้นมากในปี พ.ศ. 2553 และในปี พ.ศ. 2553 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนทั้งสิ้น 6,045 ราย คิดอัตราป่วย 398.35 รายต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 19 ราย อัตราตาย 1.25 ต่อ ประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 0.31 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (อัตราการป่วย < 20 รายต่อแสนประชากร, อัตราการป่วยตาย < 0.2%) โดยพบผู้ป่วยเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง กระจายทุกกลุ่มอายุทุกอาชีพ และพบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนกรกฎาคม พบในเขตเทศบาล 1,354 ราย (ร้อยละ 22.42) ในเขตองค์การบริหารตำบล 4,691 ราย (ร้อยละ 77.58) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ 866 ราย โรงพยาบาลชุมชน 4,674 ราย สถานีอนามัย 298 ราย โรงพยาบาลเอกชน 207 ราย ทุกอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข(16)

จากปัญหาไข้เลือดออกที่ยังสูงมากในพื้นที่ต่าง ๆ ของจังหวัดนครราชสีมาจำเป็นต้องแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่เสี่ยงดังกล่าวโดยเฉพาะพื้นที่ระดับตำบล ทั้งนี้แนวคิดการสร้างสมรรถนะชุมชน (Community capacity building) เน้นการเพิ่มสมรรถนะบุคคลในการคิด วิเคราะห์ ดำเนินการ การประเมินผล โดยการสร้างสมรรถนะบุคคลที่จะนำไปสู่สมรรถนะชุมชน(17-19) โดยมีองค์ประกอบของการสร้างสมรรถนะชุมชน (Community capacity domains) ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละชุมชน(17, 18, 20-23) จากการศึกษาที่ผ่านมาของผู้วิจัย หลักในการค้นหาและให้ความหมายขององค์ประกอบ

สมรรถนะชุมชนในแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก และพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก(24) พบว่าองค์ประกอบของสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มแกนนำมี 14 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต 2) ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล 3) ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข 4) ด้านการประเมินความต้องการ 5) ความรู้สึกร่วมกับชุมชน 6) ด้านเครือข่ายของกลุ่มแกนนำชุมชน 7) ด้านการสื่อสารข้อมูล 8) ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน 9) ด้านผู้นำศาสนา 10) ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน 11) ด้านการจัดการทรัพยากร 12) ด้านกลุ่มแกนนำหลัก 13) ด้านการมีส่วนร่วม 14) ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับ กลุ่มประชาชนมีสมรรถนะ 11 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต 2) ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล 3) ด้านผู้นำศาสนา 4) ด้านภาวะผู้นำของชุมชน 5) ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข 6) ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน 7) ด้านการสื่อสารข้อมูล 8) ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 9) ด้านกลุ่มแกนนำหลัก 10) ด้านการจัดการทรัพยากร 11) ด้านการประเมินความต้องการ ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชนนั้นแต่ละชุมชนจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ปัญหา และระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเพื่อใช้เป็นแนวทางสร้างหรือพัฒนาสมรรถนะชุมชนฯ โดยเน้นชุมชนเป็นฐานอย่างยั่งยืน

สำหรับบริบทของประเทศไทยนั้นชุมชนระดับตำบล (Sub-district) จะมีโครงสร้างเฉพาะในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยมีทรัพยากรทั้งด้านบุคคล งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีกลุ่มคนในชุมชนมีวัฒนธรรม การรับรู้ปัญหา และการดำเนินชีวิตของคนชุมชนที่มีความคล้ายคลึงกัน ชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำในการระบาดของโรคไข้เลือดออกจะมีความแตกต่างของบริบทชุมชนอย่างไร ประชาชนในชุมชนมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ปัญหาอย่างไร และมีระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนอย่างไร ทั้งนี้ตามแนวคิดการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนชุมชนจำเป็นต้องเข้าใจบริบทของชุมชน สถานการณ์ของปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชนเป็นอย่างไร ระดับสมรรถนะชุมชนอยู่ในระดับใด เพื่อที่จะนำข้อมูลทั้งหมดเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชนนั้น ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้จึงต้องการศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก โดยดำเนินการเลือกหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำด้วยโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคที่มีการให้น้ำหนักปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด และชุมชนมีความพร้อมในการแก้ไข้ปัญหา ได้แก่พื้นที่เสี่ยงสูงคืออำเภอลานสกา และพื้นที่เสี่ยงต่ำคืออำเภอสิชล ทั้งนี้ใช้การประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่และสอบถามด้วยแบบสอบถามสมรรถนะชุมชนฯ เป้าหมายสำคัญคือชุมชนนั้นๆ สามารถประเมินสมรรถนะตนเองและนำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

- 2.1. ประเมินสถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2.2 ประเมินระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2.3 อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทที่ 2 การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงของอำเภอเมืองนครศรีธรรมราชครั้งนี้ ได้ดำเนินการทบทวนเกี่ยวกับ 1) สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก 2) แนวคิดการประเมินพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก 3) แนวคิดการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

2.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออก

2.1.1 อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออก โรคที่เกิดจากติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Virus) นำโดยยุงลาย (*Aedes aegypti*) พบการระบาดในประเทศต่างๆ ของพื้นที่เขตร้อนและเขตกึ่งร้อนมานานมากกว่า 200 ปี โดยพบครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2322-2323 อุบัติการณ์ของไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 30 เท่าระหว่างปี พ.ศ. 2503 และ พ.ศ. 2553 ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้เชื่อว่าเป็นผลของการมีลักษณะแบบเมือง การเพิ่มขึ้นของประชากร การท่องเที่ยวระหว่างประเทศเพิ่มขึ้น และปรากฏการณ์โลกร้อน พบครั้งแรกในแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คือประเทศฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ. 2497 ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำท้องถิ่นของประเทศต่างๆ มากกว่า 100 ประเทศในแถบ แอฟริกา อเมริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกาตะวันตก โดยมีความรุนแรงมากในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกาตะวันตก โดยประมาณ 2,500 ล้านคน อยู่ในประเทศที่มีการระบาดจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแสดงอาการและอาการแสดงของติดเชื้อปีละ 50-100 ล้านคน ทุก 100,000 คนที่ป่วยจะมีผู้ป่วยตาย 20,000 คน (25-27) ทั้งนี้ปัญหาโรคไข้เลือดออกกลายเป็นปัญหาของชุมชนที่ต้องการแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเนื่องจากเป็นโรคมีความหลากหลายของประเภทและความรุนแรงทั้งไข้เดงกี (DF) ไข้เลือดออก (DHF) และไข้เลือดออกที่มีอาการช็อก (DSS) (2-5) การรักษาตามอาการ วัคซีนที่อยู่ในระยะการพัฒนา(6, 7) และการกำจัดยุงลายตัวแก่ด้วยสารเคมีที่ขาดประสิทธิภาพ(8, 9) ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิที่สูงขึ้นซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการวงจรชีวิตของยุงที่เจริญเติบโตจากไข่เป็นตัวยุงให้สั้นลง(10, 11) นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น วิถีชีวิต ความหนาแน่นของประชากรและพฤติกรรมของคนในชุมชนจะมีผลต่อการระบาดของไข้เลือดออก (11-14)

สำหรับประเทศไทยมาเมื่อประมาณ 50 ปีโดยเริ่มมีการระบาดครั้งใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ ในระยะ 5 ปี ต่อจากนั้นมีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมาตลอด การแพร่กระจายของโรคจะพบในทุกจังหวัดของประเทศไทยโดยรูปแบบการระบาดจะเป็นแบบปีเว้นปี และต่อมาระบาดปีเว้นสองปี (28) สำหรับพื้นที่ของภาคใต้พบว่าปัญหาไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่ได้จัดลำดับต้น ๆ ของปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการจัดการโดยรีบด่วน จากสถิติการรายงานการป่วยและการป่วยตายในช่วง พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2552 ของ 14 จังหวัดในภาคใต้ แม้ว่าด้านการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงแต่จาก

สถิติของอัตราการป่วยและอัตราการป่วยตายต่อแสนประชากรด้วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดต่างๆยังสูงกว่าอัตราการป่วยตายที่กำหนดอัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.2 และอัตราการป่วยต่อแสนประชากร ซึ่งกำหนดไว้ไม่เกิน 50 ราย/ แสนประชากร

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีลักษณะการเกิดโรคไข้เลือดออกของในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2544 – 2553) ยังไม่มีรูปแบบแน่ชัด พบอัตราป่วยสูงในปี 2544 และ 2545 แล้วลดลงอย่างมากในปี พ.ศ.2546 และ 2547 แต่อัตราป่วยปี พ.ศ. 2548 สูงขึ้นแล้วลดลงติดต่อกัน 4 ปี แต่สูงขึ้นมากในปี พ.ศ. 2553 และในปี พ.ศ.2553 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนทั้งสิ้น 6,045 ราย คิดอัตราป่วย 398.35 รายต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 19 ราย อัตราตาย 1.25 ต่อ ประชากรแสนคน อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ 0.31 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (อัตราการป่วย < 20 รายต่อแสนประชากร, อัตราการป่วยตาย < 0.2%) โดยพบผู้ป่วยเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง กระจายทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพอาชีพ และพบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนกรกฎาคม พบในเขตเทศบาล 1,354 ราย (ร้อยละ 22.42) ในเขตองค์การบริหารตำบล 4,691 ราย (ร้อยละ 77.58) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ 866 ราย โรงพยาบาลชุมชน 4,674 ราย สถานีอนามัย 298 ราย โรงพยาบาลเอกชน 207 ราย ทุกอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (16) ทั้งนี้พื้นที่เขตอำเภอเมืองนครศรีธรรมราชเป็นพื้นที่เสี่ยงระดับต้น ๆ ของจังหวัดเกือบทุกปีตลอด 10 ปีที่ผ่านมา แต่ในรายละเอียดระดับตำบลและหมู่บ้านมีความแตกต่างของการเกิดโรคไข้เลือดออก บางตำบลพบอุบัติการณ์การเกิดโรคซ้ำซาก แต่มีบางหมู่บ้านในตำบลนั้น ๆ ไม่พบการเกิดโรค ตรงกันข้ามกับบางตำบลไม่พบอัตราการป่วยที่สูงแต่มีบางหมู่บ้านพบการระบาดของโรคไข้เลือดออก (29) จากสถานการณ์ปัญหาจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก และระดับสมรรถนะชุมชนหรือความสามารถในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในหน่วยย่อยระดับหมู่บ้านและตำบล เพราะเป็นหน่วยย่อยที่สามารถแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกได้เฉพาะเจาะจง เช่น การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลกำแพงเขา อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ที่เป็นการดำเนินการที่มีความเฉพาะของพื้นที่และมีโมเดลของการแก้ปัญหาในระดับหมู่บ้านและตำบล (30)

2.1.2 ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) (28, 31, 32) เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) จะมีความผิดปกติของผนังเส้นเลือดฝอย น้ำจะซึมออกนอกเส้นเลือด ทำให้ปริมาณพลาสมาลดลงเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอาจเกิดภาวะช็อก รวมทั้งการทำลายเกล็ดเลือด ทำให้เกล็ดเลือดต่ำและมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ง่าย ทดสอบทูนิเกต์ (Tourniquet Test) ให้ผลบวก ที่หมายถึงการมีจุดเลือดมากกว่า 20 จุดต่อหนึ่งตารางนิ้ว

ไข้เลือดออกส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมี 4 ชนิด (Serotype) คือ ไวรัสเดงกี 1 ไวรัสเดงกี 2 ไวรัสเดงกี 3 และไวรัสเดงกี 4 โดยมียุงลายตัวเมีย (Aedes Aegypti) เป็นพาหะนำเชื้อ ในการติดเชื้อเมื่อร่างกายของคนเราได้รับเชื้อไวรัสเดงกีครั้งแรก จะมีอาการและการแสดง

ของโรคไม่รุนแรง และร่างกายจะสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเด็งกีชนิดนั้น เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีชนิดใหม่จะเป็นการติดเชื้อครั้งที่สองเรียกว่า มีการติดเชื้อทุติยภูมิ ทำให้เกิดอาการของโรครุนแรงคือ มีอาการของไข้เลือดออกและอาจจะมีภาวะช็อก (Hypovolemic shock)

พยาธิสภาพของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเชื้อไวรัสเด็งกีที่เข้าสู่ร่างกายจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากในโมโนไซต์ (Monocyte) และแมคโครฟาจ (Macrophage) ผู้ที่เคยได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีมาแล้วจะมีแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเด็งกีในปริมาณต่ำ ๆ ไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสเด็งกีที่เข้ามาใหม่ได้ แต่จะจับกับเชื้อเด็งกีชนิดนั้นเป็นสารประกอบเชิงซ้อน (Antigen Antibody Complex) และมีการปล่อยสาร (Mediators) มากกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ของร่างกาย (Complement) เกิดสารที่มีคุณสมบัติทำให้ผนังของเส้นเลือดฝอยบางลงยอมให้น้ำซึมผ่านมากขึ้น เป็นเหตุให้น้ำเลือดซึมออกมาในช่องต่าง ๆ ของร่างกายเช่น ช่องเยื่อหุ้มปอด ปริมาณของพลาสมา (Plasma) ในหลอดเลือดจึงลดลง และเลือดมีความหนืดมากขึ้นเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำ ผู้ป่วยอาจมีภาวะช็อกที่จากการล้นเหลวของระบบไหลเวียนเลือด นอกจากนี้สารประกอบเชิงซ้อนที่เกิดขึ้นจะเกาะกับผิวของเกล็ดเลือด ทำให้เกล็ดเลือดจับกันเป็นกลุ่มและถูกทำลายเกล็ดเลือด ทำให้ปริมาณเกล็ดเลือดจึงลดลง เป็นผลทำให้เกิดความผิดปกติการแข็งตัวของเลือดและมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้มากขึ้น เมื่อโรคไข้เลือดออกดำเนินไปประมาณสัปดาห์ที่ 2 น้ำที่ซึมผ่านผนังของเส้นเลือดฝอยและอยู่ในช่องต่าง ๆ ของร่างกาย จะกลับเข้าสู่เส้นเลือดและถูกขับออกที่ไต ถ้าไตขับน้ำออกไม่ทันผู้ป่วยจะเกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย (33) ผู้ป่วยจะแสดงอาการของไข้เลือดออกภายหลังได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีประมาณ 2 – 7 วัน ซึ่งอาการจะแตกต่างกัน ขึ้นกับจำนวนครั้งของการติดเชื้อไวรัสเด็งกี เด็กที่ได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีเป็นครั้งแรกอาจจะมีไข้โดยไม่พบความผิดปกติอื่น ๆ เมื่อเด็กได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีเป็นครั้งที่สองและเป็นไวรัสเด็งกีชนิดใหม่ เด็กอาจมีอาการของไข้เลือดออก ซึ่งมี 3 ระยะ (28) ดังนี้

1) **ระยะไข้ (Febrile Stage)** ผู้ป่วยเกือบทุกรายจะมีอาการไข้ ไข้สูง อุณหภูมิของร่างกายประมาณ 39 – 40 องศาเซลเซียส เบื่ออาหาร อาเจียน หน้าแดง อาจมีเลือดกำเดา หรือเลือดออกตามไรฟัน มีผื่นแดงบริเวณผิวหนังตามลำคอและลำตัว มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (Petechiae) ที่แขน รักแร้ ตามลำตัวและบริเวณที่เจาะเลือดหรือฉีดยา มักจะเกิดรอยช้ำได้ง่าย อาจพบตับโตและกดเจ็บ ปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือปวดทั่ว ๆ ไป เด็กโตอาจจะบ่นปวดศีรษะและปวดเมื่อยตามร่างกาย ผลการทดสอบทูนิเกต (Tourniquet Test) จะให้ผลบวก (จุดเลือด 20 จุด) ตั้งแต่วันแรกๆ ของโรคระยะไข้ยาวนานประมาณ 3 – 7 วัน ซึ่งในทางปฏิบัตินิยมให้รายงานผลการทดสอบทูนิเกตโดยการนับจำนวนจุดเลือด ต่อมาร่างกายจะมีอุณหภูมิลดลงสู่ปกติหรือต่ำกว่าปกติอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลงจะมีอาการต่างๆดีขึ้นและรับประทานอาหารได้มากขึ้น เป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยพ้นระยะอันตราย และผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงเข้าสู่ระยะเลือดออกหรือระยะช็อก

2) **ระยะเลือดออกหรือระยะช็อก (Hemorrhage / Shock Stage)** ผู้ป่วยจะมีไข้ลดลงแต่อาการไม่ดีขึ้นประมาณวันที่ 3 – 6 ของโรคโดยมีอาการกระสับกระส่าย มือเย็นเท้าเย็น ปวดท้องมาก

บางรายอาจมีเลือดออกในทางเดินอาหาร อาเจียนเป็นเลือดเก่า ๆ (Coffee ground) ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ (Melena) ต่อมามีชีพจรเบา เร็ว Pulse Pressure แคบน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตลดลงจนวัดไม่ได้ ปัสสาวะน้อยลง ถ้าได้รับการแก้ไขภาวะลัมเหลวของระบบไหลเวียนอย่างทันท่วงทีก็ผ่านเข้าสู่ระยะฟื้นตัว แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้อาจเสียชีวิตระยะนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 / ลูกบาศก์มิลลิเมตร ดังแสดงในภาพที่ 4 ที่ผู้ป่วยมีปัญหาเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดทำให้มีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่ทำให้เสียชีวิตได้

3) ระยะฟื้นตัว (Convalescent Stage) ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและกลับสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว ในระยะเวลาประมาณสัปดาห์ที่ 2 ของโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้มากขึ้น ขับถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะมีลักษณะใสและปริมาณมากขึ้น ตับค่อยๆ ลดลงเป็นปกติภายใน 1 – 2 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยยังคงได้รับสารน้ำปริมาณมากและไตขับน้ำออกได้ทัน ผู้ป่วยอาจมีอาการหัวใจวายและ/ หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

2.1.3 การติดต่อของโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออกไม่สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งโดยตรง แต่มียุงลายตัวเมียเป็นพาหะซึ่งเป็นยุงที่อาศัยตามบ้านชุมชนและวางไข่ในน้ำที่ขังอยู่ในภาชนะต่าง ๆ เช่น โอ่งน้ำ ถ้วยรองขาตุ๋นหมด แจกันดอกไม้ และแอ่งน้ำนิ่งใกล้ ๆ บ้าน เชื้อไวรัสเด็งกีในยุงจะฟักตัวเพิ่มจำนวนในสมองและต่อมน้ำลาย และมีชีวิตอยู่เท่ากับอายุของยุงประมาณ 1 – 2 เดือน ยุงที่มีเชื้อไวรัสสามารถแพร่เชื้อได้ทุกครั้งที่กัดคน การระบาดจะสัมพันธ์กับฤดูฝนและความชุ่มชื้นของยุงลาย แต่ปัจจุบันการระบาดของไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ กล่าวคือ ภาวะโลกมีอุณหภูมิสูงขึ้น ทำให้เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของไข้เลือดออกเจริญเติบโตเร็วขึ้น และยุงลายที่เป็นพาหะนำเชื้อไวรัสมีจำนวนมากขึ้น ภาวะที่มีฝนทิ้งช่วงและฤดูหนาวที่สั้นลงทำให้อัตราการรอดชีวิตของลูกน้ำยุงลายเพิ่มขึ้น ประกอบกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงมีการเพิ่มของประชากรและการย้ายถิ่นเข้าสู่ชุมชนในเมืองใหญ่ ทำให้เกิดชุมชนแออัดซึ่งมีสภาพที่อยู่อาศัยและระบบสาธารณสุขต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน บางพื้นที่มีการระบายน้ำไม่ดีและมีน้ำท่วมขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมทั้งยุงลายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกหากิน ไม่ได้ออกหากินเฉพาะช่วงกลางวัน

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคไข้เลือดออกมีความซับซ้อนของปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วยปัจจัยด้านคน เชื้อโรค ยุง และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของปัจจัยสามประการทางวิทยาการระบาด (34) โดยโรคไข้เลือดออกมีโยงใยของธรรมชาติของโรค สาเหตุการเกิดโรคที่เป็นเชื้อไวรัสเด็งกี การกระจายของโรคที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค โดยมีสิ่งแวดล้อมและคนเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคและสาเหตุของการเพาะพันธุ์ยุงลาย งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมเรื่องโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่มีการเชื่อมโยงโยงใยของคน สิ่งแวดล้อม ยุงและเชื้อโรค ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกว่าเป็น

ประเด็นของสิ่งแวดล้อม ชีวภาพ และสังคม (Eco-bio-social) โดยมีการประเมินสถานการณ์และทำความเข้าใจในการแพร่กระจายเชื้อด้วยการวิเคราะห์ระบบนิเวศของยุงลาย บริบทของชุมชน กลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง และสภาพแวดล้อมของชุมชน (35-37) และให้ความสำคัญต่อสภาพสังคมว่ามีผลต่อวิทยาการระบาดของโรคไข้เลือดออก (13) โดยการผลลัพธ์การดำเนินการจะเน้นการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (38)

2.3 การประเมินสถานการณ์และพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

การประเมินสถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออก และการประเมินพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก จำเป็นต้องมีการประเมินที่ครอบคลุมบริบทของชุมชนตามธรรมชาติของโรค ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของชุมชน และพาหะการนำโรค ในการศึกษาครั้งนี้จึงดำเนินการประเมินครอบคลุมปัจจัยด้านคนที่มีปัจจัยแวดล้อมเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสมรรถนะของคนในชุมชน สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง และด้านยุงพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกโดยเน้นการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

2.3.1 การประเมินพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก การกำหนดพื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออกระดับหมู่บ้าน ได้ประยุกต์จากการกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่ำบลจากคู่มืออำเภอกวควบคุมโรคเข้มแข็ง (39) ได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดเกณฑ์ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การประเมิน 3 หัวข้อย่อยได้แก่ การเป็นพื้นที่ซ้ำซากต่อการเกิดโรค ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน และอุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน และปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด

ขั้นตอนที่ 1. การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออก (Risk Assessment)

“ความเสี่ยง” หมายถึงโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเสีย หรือเหตุการณ์ซึ่งไม่พึงประสงค์ ที่ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด

1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

(1)พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area) หมายถึง พื้นที่ (ระดับตำบล) ที่เกิดการระบาดบ่อยครั้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา โดยมีแนวคิดของการประเมิน พื้นที่ระบาดซ้ำซาก ที่พื้นที่มีการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ่อยครั้ง แสดงว่าในพื้นที่ดังกล่าวมีปัจจัยต่าง ๆ เอื้อต่อการเกิดโรคได้ง่าย ดังนั้นพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำซากจะมีความเสี่ยงสูง

เกณฑ์การให้ค่าน้ำหนักพื้นที่ระบาดซ้ำซาก

เกิดการระบาด 1 ครั้งในรอบ 5 ปี = 1 คะแนน

เกิดการระบาด 2 ครั้งในรอบ 5 ปี = 2 คะแนน

เกิดการระบาด 3 ครั้งในรอบ 5 ปี = 3 คะแนน

เกิดการระบาด 4 ครั้งในรอบ 5 ปี = 4 คะแนน

เกิดการระบาด 5 ครั้งในรอบ 5 ปี = 5 คะแนน

(2) **ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity)** หมายถึง ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยของพื้นที่ (ระดับตำบล) ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา **แนวคิด**การใช้ค่าอัตราป่วยย้อนหลัง 3 ปีเป็นการอนุมานระดับของภูมิคุ้มกันชุมชน ซึ่งพื้นที่ใดหากมีการระบาดมาก ก็น่าจะมีระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่าพื้นที่ที่มีการระบาดน้อย ดังนั้นพื้นที่ที่มีค่าเฉลี่ยอัตราป่วยสูงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา น่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการระบาดในปีถัดไปต่ำกว่า

เกณฑ์การให้ค่าน้ำหนัก

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี สูงกว่า 200/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 1

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ระหว่าง 150-200/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 2

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ระหว่าง 100-150/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 3

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ระหว่าง 50-100/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 4

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ต่ำกว่า 50/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 5

(3) **อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)** หมายถึง อัตราป่วยไข้อย่างน้อย 1 ราย

เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง 5 ปี มีแนวคิดของการประเมินจากรูปแบบการเกิดโรคไข้อย่างน้อย 1 รายที่ผ่านมานั้น พบว่า ในพื้นที่ที่เกิดโรคต่อเนื่อง หากการระบาดลดลงต่ำสุดในรอบ 5 ปี ในปีถัดไปจะมีโอกาสระบาดสูง การคำนวณใช้การเปรียบเทียบอัตราการป่วยในปีปัจจุบันกับค่าอัตราการป่วยมัธยฐานของ 5 ปีที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้ค่าน้ำหนัก

อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (-50%)	โอกาสเสี่ยง = 5
อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (-10% ถึง -50%)	โอกาสเสี่ยง = 4
อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน เท่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (+9.9% ถึง -10%)	โอกาสเสี่ยง = 3
อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (+10% ถึง 50%)	โอกาสเสี่ยง = 2
อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (+50%)	โอกาสเสี่ยง = 1

2) ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด

(1) การเคลื่อนย้ายประชากร หมายถึง โอกาสที่จะทำให้เกิดการไหลเวียนของไวรัสในพื้นที่ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสการระบาดโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ปัจจัยการเคลื่อนที่ของประชากรในชุมชนจะเป็นแพร่เชื้อไข้เลือดออก

เกณฑ์การให้ค่าน้ำหนัก

พื้นที่ที่มีการไหลเวียนแรงงาน (อุตสาหกรรม)	โอกาสเสี่ยง = 3
พื้นที่ที่แหล่งท่องเที่ยว	โอกาสเสี่ยง = 2
พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรต่ำ	โอกาสเสี่ยง = 1

(2) ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ หมายถึง โอกาสเสี่ยงต่อการระบาดโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มประชากรที่อยู่รวมตัวกันหนาแน่นโดยพิจารณาจากขนาดของพื้นที่

การให้ค่าน้ำหนัก

พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงมาก	16,401-20,000 คน/ตร ²	โอกาสเสี่ยง = 5
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูง	12801-16400 คน/ตร ²	โอกาสเสี่ยง = 4
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรปานกลาง	9,201-12,800 คน/ตร ²	โอกาสเสี่ยง = 3
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรต่ำ	5,601-9,200 คน/ตร ²	โอกาสเสี่ยง = 2
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรต่ำมาก	2,000-5,600 คน/ตร ²	โอกาสเสี่ยง = 1

สูตรความหนาแน่นของประชากร $\frac{\text{ความหนาแน่นมากที่สุด-ความหนาแน่นน้อยที่สุด}}{5}$

(3) การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้านไข้เลือดออก การให้ค่าน้ำหนักในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาว่ามีการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างไร ชุมชนที่มีส่วนร่วมสูงในการดำเนินการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก โอกาสการเกิดโรคหรือความเสี่ยงจะน้อยกว่าชุมชนที่ไม่มีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมน้อย

เกณฑ์การให้ค่าน้ำหนัก

พื้นที่ที่มีส่วนร่วมสูงมาก	โอกาสเสี่ยง = 1
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมสูง	โอกาสเสี่ยง = 2
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมปานกลาง	โอกาสเสี่ยง = 3
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมต่ำ	โอกาสเสี่ยง = 4
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมต่ำมาก	โอกาสเสี่ยง = 5

ขั้นตอนที่ 2 เลือกพื้นที่เสี่ยงเพื่อดำเนินการศึกษา โดยการคิดคะแนนจากการรวมของ 2 ปัจจัยหลักทั้ง 6 ข้อย่อย

ตัวอย่าง ความเสี่ยงจากค่าคะแนนความรุนแรงของการเกิดโรคและปัจจัยโอกาสที่จะเกิดการระบาด

1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค ไข้เลือดออก	ค่า คะแนน	หมู่ที่ 1	หมู่ที่ 2	หมู่ที่ 3	หมู่ที่ 4	หมู่ที่ 5
(1) อุบัติการณ์ป่วยซ้ำซาก	1-5	5	4	1	4	2
(2) ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน	1-5	5	3	1	2	3
(3) อัตราป่วยปัจจุบัน	1-5	5	5	2	5	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	15	12	4	11	8
2) ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด						
(1) การเคลื่อนย้ายของประชากร	1-3	3	1	1	1	1
(2) ความหนาแน่นของประชากร/ขนาดพื้นที่	1-5	4	5	4	4	5
(3) การมีส่วนร่วมของชุมชน	1-5	3	3	3	3	3
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	10	9	8	8	9
ระดับความเสี่ยง	6-28	25	21	12	19	17

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการประเมินสมรรถนะ ดัชนีลูกน้ำยุงลาย และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ หมู่บ้านที่เสี่ยงสูง 1 หมู่บ้านคือ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่เสี่ยงต่ำ 1 หมู่บ้านคือหมู่ที่ 3

2.3.2 การประเมินความเสี่ยงด้านดัชนีลูกน้ำยุงลาย การสำรวจลูกน้ำยุงลายด้วยวิธี ดำเนินงาน ตรวจสอบแหล่งเพาะพันธุ์ในบ้าน และรอบบริเวณบ้านในทั่วทุกซอกทุกมุม จำนวนบ้านที่ สำรวจขึ้นอยู่กับพื้นที่และความหนาแน่นของหลังคาเรือน ในการสำรวจจะใช้ไฟฉายส่องดูภายในภาชนะ ว่ามีลูกน้ำหรือไม่ ถ้าพบลูกน้ำระยะใดก็ตามเพียงตัวเดียวก็ให้ถือว่าภาชนะนั้นมีลูกน้ำและเป็นแหล่ง เพาะพันธุ์ที่ดีของยุงลาย และภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์จะต้องเป็นภาชนะที่มีน้ำขังอยู่เท่านั้น ภาชนะ ใดไม่มีน้ำขังอยู่จะไม่นับว่าเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ในการสำรวจลูกน้ำนี้จะนับภาชนะทุกชนิด และทุก ภาชนะจะต้องจดบันทึกลงในแบบฟอร์มการสำรวจลูกน้ำและที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ภาชนะที่จัดว่า อยู่ในบ้านเรือน หรือนอกบ้าน ให้ผู้สำรวจยึดช้ายคาบ้านเป็นหลักภาชนะใดอยู่ในช้ายคาบ้านถึงแม้จะอยู่ นอกบ้านก็ให้ถือเป็นภาชนะภายในบ้าน ส่วนภาชนะที่พ้น ช้ายคาบ้านถือเป็นภาชนะนอกบ้านทั้งหมด

เมื่อสำรวจเสร็จให้รวบรวมแบบฟอร์ม และรวมจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ และภาชนะที่ไม่พบ ลูกน้ำที่ได้จากการสำรวจทั้งหมด จำนวนบ้านที่สำรวจ จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ แล้วนำข้อมูลมา คำนวณหาดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (28)

ดัชนีที่ใช้วัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Larval Index) เป็นการพิจารณาถึงปริมาณของแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายนั้น มีดัชนีหลายตัวที่ใช้วัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งจะได้กล่าวถึงเฉพาะตัวดัชนีที่ น่าสนใจ ดังนี้คือ

1) Container Index (CI) เป็นดัชนีที่ใช้แสดงถึงร้อยละของจำนวนภาชนะ ที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย ในทางระบาดวิทยานั้นถือว่าดัชนีนี้ไม่ให้ประโยชน์ต่องานด้านระบาดวิทยามากนัก เพราะ ครวเรือนที่มีจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำมากกว่า ซึ่งอาจทำให้การทำนายการเสี่ยงต่อการระบาดของโรคน้อย กว่าหรือมากกว่าที่เป็นจริง

2) House Index (HI) เป็นดัชนีที่แสดงถึงร้อยละของจำนวนครัวเรือน ที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย ซึ่งเป็นดัชนีที่หยาบที่สุดในการทำนายความเสี่ยงในการติดต่อของโรค เพราะไม่ได้คำนึงถึง จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ในครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย อย่างไรก็ตามดัชนีนี้มีประโยชน์มาก สำหรับนักระบาด และนักกสิกรรมที่จะทราบโอกาสในการเสี่ยง ต่อการเป็นโรคใช้เลือดออกในแต่ละ ที่เป็นอย่างไ

3) Breteau Index (BI) เป็นดัชนีที่แสดงถึงจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายใน 100 ครัวเรือน ซึ่ง ถือว่าเป็นดัชนีที่ดีที่สุดในการประมาณความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลาย เพราะเป็นการพิจารณาทั้งจำนวน ครัวเรือนและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย

4) The Larval Density Index (LDI) เป็นดัชนีซึ่งใช้วัดค่าเฉลี่ยของจำนวนลูกน้ำต่อครัวเรือน

5) Stegomyia Index (SI) เป็นดัชนีที่ใช้วัดภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายต่อประชากร 1,000 คน เป็นดัชนีที่ได้อีกตัวหนึ่งสำหรับงานทางด้านระบาดวิทยา แต่ในทางปฏิบัติพบว่าดัชนีตัวนี้มีปัญหาในด้านการสำรวจลูกน้ำเนื่องจากประชากรซึ่งถูกสำรวจไม่อยู่บ้าน เช่น ต้องไปทำงาน หรือไม่อยู่บ้านเป็นระยะเวลานานในช่วงหนึ่ง ซึ่งทำให้ค่าของจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ได้รับความนิยมที่สามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในชุมชนได้แก่ ค่า BI HI และ CI (40, 41) ได้แก่

- 1) ค่าบีไอ = BI (Breteau Index) คือ ร้อยละภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน โดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 50

$$BI = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

- 2) ค่าเอชไอ = HI (House Index) คือ ค่าร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 10

$$HI = \frac{\text{จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

- 3) ค่าซีไอ = CI (Container Index) คือ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 1

$$CI = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ}}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่มีการปฏิบัติในพื้นที่จริงในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ของประเทศไทย จำนวน 3 ค่า คือค่าดัชนี BI, HI, และ CI

2.3 การสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ความพยายามในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกมีหลากหลายวิธี ทั้งในด้านการป้องกันและควบคุมโรค แต่ปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ยังพบอยู่ทุก 2 ปี (42) ทั้งนี้การสร้างหรือพัฒนาสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นแนวคิดและวิธีการในการสร้าง และสนับสนุนคนในชุมชนให้สามารถประเมินสถานการณ์ การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล ในการแก้ปัญหา

โรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับชุมชน ดังนั้นการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจึงเน้นการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในชุมชนซึ่งเป็นทางเลือกเดียวในการลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก(3, 5, 15) โดยความยั่งยืนเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนา โดยการสร้างสมรรถนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทั้งระดับกลุ่มคน บุคคล และหน่วยงาน(12) รวมถึงการเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสมรรถนะชุมชน

การศึกษาวิจัยในการค้นหาองค์ประกอบของความ สามารถชุมชน และการพัฒนาเครื่องมือประเมินชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (43-46) ที่ผ่านมามีสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างสมรรถนะชุมชนสำหรับความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐานที่มีองค์ประกอบ (Dimension) ความสัมพันธ์ของการดำเนินการที่มีความเชื่อมโยงต่อกันที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based dengue prevention and control) 2) ด้านกระบวนการสร้างสมรรถนะชุมชน (Community capacity building) และ 3) ด้านผลลัพธ์ที่แสดงถึงความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน (Sustainable community-based dengue prevention and control) กล่าวคือ

องค์ประกอบด้านที่ 1 คือ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based dengue prevention and control) โดยในการศึกษารั้วนี้เน้นชุมชนระดับท้องถิ่นที่เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินการขั้นพื้นฐาน การกำหนดพื้นที่ระดับตำบล (Sub-district) ซึ่งมีการบริหารจัดการที่เชื่อมต่อระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่นเปรียบเหมือนปัจจัยนำเข้า การศึกษาได้กำหนดประชากรเป้าหมายในชุมชนตามกรอบคิดความรับผิดชอบในการจัดการไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขององค์การอนามัยโลก (41) และกรอบคิดการประเมินสมรรถนะชุมชน(23) ที่สามารถกำหนดเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแกนนำชุมชน ที่มีความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 14 ด้าน ได้แก่ ตัวแทนชุมชนผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบชุมชน และ 2) กลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน ที่มีความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 11 ด้าน โดยเป็นผู้ดูแลสุขภาพของแต่ละครัวเรือนมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในครัวเรือน

องค์ประกอบของสมรรถนะชุมชนสำหรับความยั่งยืน คือ ชุดของคุณลักษณะของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งการกำหนด การวิเคราะห์ การปฏิบัติ และการประเมินผล โดยคุณลักษณะดังกล่าวได้จากการการศึกษาของผู้วิจัยหลักที่ได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยในภาคสนามที่เป็นบริบทของชุมชนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าความสามารถของแกนนำในชุมชน มี 14 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต 2) ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล 3) ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข 4) ด้านการประเมินความต้องการ 5) ความรู้สึกร่วมกับชุมชน 6) ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน 7) ด้านการสื่อสารข้อมูล 8) ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน 9) ด้านผู้นำศาสนา 10) ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน 11) ด้านการจัดการทรัพยากร 12) ด้านกลุ่มแกนนำหลัก 13) ด้านการมีส่วนร่วม 14) ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่วนคุณลักษณะความสามารถสำหรับกลุ่มประชาชน

ทั่วไป มี 11 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต 2) ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล 3) ด้านผู้นำศาสนา 4) ด้านภาวะผู้นำของชุมชน 5) ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข 6) ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน 7) ด้านการสื่อสารข้อมูล 8) ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 9) ด้านกลุ่มแกนนำหลัก 10) ด้านการจัดการทรัพยากร 11) ด้านการประเมินความต้องการ

องค์ประกอบด้านที่ 2 คือ การสร้างความสามารถของชุมชน (Community capacity building) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความสามารถชุมชน 2) กำหนดกลยุทธ์โดยการวางแผนร่วมกัน 3) ดำเนินการสร้างความสามารถ และ 4) การติดตามประเมินผลโดยการประเมินความสามารถซ้ำ(47-51) การสร้างความสามารถชุมชนทั้ง 4 ขั้นตอนจะหมุนเป็นวงจรที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดำเนินการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของสร้างสมรรถนะชุมชน

องค์ประกอบด้านที่ 3 คือ ผลลัพธ์ที่แสดงถึงความยั่งยืนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Sustainable dengue problem solution) โดยเกณฑ์ประเมินที่บ่งชี้ถึงความยั่งยืนในการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนประกอบด้วยผลลัพธ์ 4 ด้าน คือ 1) กิจกรรมหรือพฤติกรรมของชุมชนในการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) ด้านสมรรถนะชุมชนฯ ทั้งสมรรถนะแกนนำ 14 ด้าน และสมรรถนะประชาชน 11 ด้าน(44, 45, 52) 3) ดัชนีด้านกัญญาวิทยา คือดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ อัตราบ้านที่มีลูกน้ำต่อจำนวนบ้านทั้งหมดที่สำรวจ (HI) อัตราภาชนะที่มีลูกน้ำต่อจำนวนบ้านที่ทั้งหมดที่สำรวจ (BI) และ ค่าอัตราของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำต่อภาชนะที่สำรวจทั้งหมด (CI) และ 4) ดัชนีทางด้านวิทยาการระบาด ได้แก่ อัตราการป่วยและการป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก (20, 41, 50, 51, 53)

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

ระดับสมรรถนะชุมชนเป็นค่าบ่งชี้ถึงความสามารถของคนในชุมชนทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชนในการดำเนินการประเมิน วางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล ตลอดจนการใช้ประโยชน์ของผลการดำเนินการ จากการดำเนินการพัฒนาสมรรถนะชุมชนในพื้นที่ที่มีปัญหาโรคไข้เลือดออกของ ชุมชนในภาคใต้ พบว่า สมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย เช่น การศึกษารูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน (54, 55) โดยดำเนินการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกจำนวน 3 หมู่บ้านจาก 3 ตำบลของอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช มีการประเมินสมรรถนะชุมชนก่อนดำเนินการ นำข้อมูลการประเมินสถานการณ์มาร่วมกันกับแกนนำชุมชน ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะชุมชน ด้วยกิจกรรมที่หลากหลายที่เหมาะสมกับชุมชนนั้น ผลการดำเนินการ พบข้อมูลเชิงคุณภาพที่ยืนยันได้ว่าแกนนำชุมชนที่ประกอบด้วยแกนนำ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่

ช่วยให้การดำเนินการพัฒนาสมรรถนะประสบความสำเร็จ ขณะที่พื้นที่อีก 2 หมู่บ้านไม่ปรากฏการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนดังกล่าวอย่างแข็งขัน ทำให้ผลการดำเนินการเป็นเพียงผลลัพธ์ของช่วงที่มีงานวิจัยไม่พบการดำเนินการต่อเนื่อง สมรรถนะชุมชนที่ดำเนินการประเมินพบว่ามีระดับที่ต่ำกว่าชุมชนที่เข้มแข็งทั้งสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน สอดคล้องกับในประเทศคิวบาที่มีการดำเนินการในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พบว่า กลุ่มแกนนำชุมชนมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตลอดถึงการสร้างความยั่งยืนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ และชุมชนเองก็มีพฤติกรรมต้องการความช่วยเหลือจากแกนนำชุมชน (56-59) แตกต่างจากผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐานอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาตำบลปากพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งดำเนินการในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีระดับสมรรถนะชุมชนสูงกว่าชุมชนหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (44) ทั้งนี้กลุ่มแกนนำและประชาชนในชุมชนหนึ่ง ๆ ก็มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดำเนินการก็อาจแตกต่างกัน แต่การศึกษาดังกล่าวไม่ได้นำเสนอในส่วนของปัจจัยที่สัมพันธ์ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาสมรรถนะชุมชนมีการประเมินทั้งกิจกรรมที่ดำเนินการระดับสมรรถนะชุมชน อัตราการป่วยแล้วยังต้องประเมินดัชนีลูกน้ำยุงลาย ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวอาจมีผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่าการดำเนินการที่ผ่านมา มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย การใช้วิธีการป้องกันในรูปแบบหรือวิธีการต่างๆ แต่ไม่ปรากฏการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก (Dengue community capacity building) ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะชุมชนในระดับหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำ โดยเชื่อว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านคุณลักษณะของคน ยุงลายหรือค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และสิ่งแวดล้อมของชุมชน ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิแสดง กรอบแนวคิดการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงของ
อำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ทำการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross sectional survey) และการสนทนากลุ่มกับแกนนำที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของตำบลและหมู่บ้านที่เข้าร่วมวิจัย ใช้การมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก

3.1 วิธีการศึกษา

ดำเนินการเลือกพื้นที่ชุมชนระดับหมู่บ้านของอำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัด นครศรีธรรมราช ดำเนินการเลือกหมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูงและตำบลเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยประเมินหมู่บ้านที่มีพื้นที่เสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกสูงและต่ำของกรมควบคุมโรค และยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ในการประเมินเชิงวิทยาการระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยชุมชน ขนาดใหญ่ก็สามารถใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10 ของหลังคาเรือนทั้งหมดในชุมชน หรือดำเนินการสุ่มมาอย่างน้อย 100 หลังคาเรือน (40, 41)

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าจึงกำหนดพื้นที่หมู่บ้านและตำบลในอำเภอลานสกาซึ่งเป็นอำเภอเสี่ยงสูง ประกอบด้วย 5 ตำบล ใน 1 ตำบลดำเนินการเลือกหมู่บ้านเสี่ยงสูง 1 หมู่บ้านและหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งอำเภอลานสกาจะประกอบด้วยหมู่บ้านเสี่ยงสูง 5 หมู่บ้านและเสี่ยงต่ำ 5 หมู่บ้าน สำหรับอำเภอลิขิตซึ่งเป็นอำเภอเสี่ยงต่ำ ประกอบด้วย 9 ตำบล ในพื้นที่ 1 ตำบลดำเนินการเลือกหมู่บ้านที่เสี่ยงสูง 1 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งอำเภอลิขิตจะมีหมู่บ้านเสี่ยงสูง 9 หมู่บ้านและหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 9 หมู่บ้าน โดยสรุปในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะดำเนินการในหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูง 14 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 14 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 28 หมู่บ้าน

การกำหนดพื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออกระดับหมู่บ้าน ได้ประยุกต์จากการกำหนดพื้นที่เสี่ยงของ ตำบลจากคู่มืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง กล่าวคือ

ขั้นตอนที่ 1. การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออก (Risk Assessment)

“ความเสี่ยง” หมายถึงโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเปล่า หรือเหตุการณ์ซึ่งไม่พึงประสงค์ ที่ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด

1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

- (1) พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area) หมายถึง พื้นที่ (ระดับตำบล) ที่เกิดการระบาด บ่อยครั้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

แนวคิด การเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ่อยครั้ง แสดงว่าในพื้นที่ดังกล่าวมีปัจจัยต่างๆ เอื้อต่อการเกิดโรคได้ง่าย

การให้ค่าน้ำหนัก

เกิดการระบาด 1 ครั้งในรอบ 5 ปี = 1 คะแนน

เกิดการระบาด 2 ครั้งในรอบ 5 ปี = 2 คะแนน

เกิดการระบาด 3 ครั้งในรอบ 5 ปี = 3 คะแนน

เกิดการระบาด 4 ครั้งในรอบ 5 ปี = 4 คะแนน

เกิดการระบาด 5 ครั้งในรอบ 5 ปี = 5 คะแนน

(2) ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity) หมายถึง ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยของพื้นที่ (ระดับตำบล) ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

แนวคิด การใช้ค่าอัตราป่วยย้อนหลัง 3 ปี เป็นการอนุมานระดับของภูมิคุ้มกันในชุมชน ซึ่งพื้นที่ใดหากมีการระบาดมาก ก็น่าจะมีระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่าพื้นที่ที่มีการระบาดน้อย ดังนั้นพื้นที่ที่มีค่าเฉลี่ยอัตราป่วยสูงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา น่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการระบาดในปีถัดไปต่ำกว่า

การให้ค่าน้ำหนัก

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี สูงกว่า 200/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 1

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ระหว่าง 150-200/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 2

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ระหว่าง 100-150/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 3

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ระหว่าง 50-100/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 4

อัตราป่วยเฉลี่ยในรอบ 3 ปี ต่ำกว่า 50/100,000 ปชก. โอกาสเสี่ยง = 5

(3) อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence) หมายถึง อัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก ณ ปัจจุบัน

(Median) ย้อนหลัง 5 ปี **แนวคิด** จากรูปแบบการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา พบว่า ในพื้นที่ที่เกิดโรคต่อเนื่อง หากการระบาดลดลงต่ำสุดในรอบ 5 ปี ในปีถัดไปจะมีโอกาสระบาดสูง

การให้ค่าน้ำหนัก

อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (-50%) โอกาสเสี่ยง = 5

อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (-10% ถึง -50%) โอกาสเสี่ยง = 4

อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน เท่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (+9.9% ถึง -10%) โอกาสเสี่ยง = 3

อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (+10% ถึง 50%) โอกาสเสี่ยง = 2

อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (+50%)

โอกาสเสี่ยง = 1

2) ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด

(1) หมายถึงโอกาสที่จะทำให้เกิดการไหลเวียนของไวรัสในพื้นที่ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสการระบาดของโรคไข้เลือดออก

การให้ค่าน้ำหนัก

พื้นที่ที่มีการไหลเวียนแรงงาน (อุตสาหกรรม)	โอกาสเสี่ยง = 3
พื้นที่ที่มีแหล่งท่องเที่ยว	โอกาสเสี่ยง = 2
พื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรต่ำ	โอกาสเสี่ยง = 1

(2) ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ หมายถึง โอกาสเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในกลุ่มประชากรที่อยู่รวมตัวกันหนาแน่นโดยพิจารณาจากขนาดของพื้นที่

การให้ค่าน้ำหนัก

พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูงมาก	โอกาสเสี่ยง = 5
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรสูง	โอกาสเสี่ยง = 4
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรปานกลาง	โอกาสเสี่ยง = 3
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรต่ำ	โอกาสเสี่ยง = 2
พื้นที่ที่มีความหนาแน่นประชากรต่ำมาก	โอกาสเสี่ยง = 1

(3) การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้านไข้เลือดออก

การให้ค่าน้ำหนัก

พื้นที่ที่มีส่วนร่วมสูงมาก	โอกาสเสี่ยง = 1
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมสูง	โอกาสเสี่ยง = 2
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมปานกลาง	โอกาสเสี่ยง = 3
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมต่ำ	โอกาสเสี่ยง = 4
พื้นที่ที่มีส่วนร่วมต่ำมาก	โอกาสเสี่ยง = 5

ขั้นตอนที่ 2 เลือกพื้นที่เสี่ยงเพื่อดำเนินการศึกษา โดยการคิดคะแนน

ตัวอย่าง การคิดคะแนน

1) ปัจจัยด้านความรุนแรง	ค่า คะแนน	หมู่บ้าน ก	หมู่บ้าน ข	หมู่บ้าน ค	หมู่บ้าน ง	หมู่บ้าน จ
อุบัติการณ์ป่วยซ้ำซาก	1-5	5	4	1	4	2
ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน	1-5	5	3	1	2	3
อัตราป่วยปัจจุบัน	1-5	5	5	2	5	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3 - 15	15	12	4	11	8
2) ปัจจัยด้านโอกาส						
พื้นที่แหล่งท่องเที่ยว/อุตสาหกรรม	1-3	3	1	1	1	1
ความหนาแน่นของประชากร/ขนาดพื้นที่	1-5	4	5	4	4	5
รวมค่าคะแนนโอกาส	2 - 8	7	6	5	5	6
* ระดับความเสี่ยง	23	22	18	9	16	14

* ระดับความเสี่ยง คือ ค่าคะแนนความรุนแรง + โอกาส

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการวิจัยในพื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูง 1 หมู่บ้านคือ หมู่บ้าน ก และหมู่บ้านที่เสี่ยงต่ำ 1 หมู่บ้านคือหมู่บ้าน ค

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เน้นชุมชนระดับท้องถิ่นที่เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินการขั้นพื้นฐานโดยกำหนดพื้นที่ระดับตำบล (Sub-district) ซึ่งมีการบริหารจัดการที่เชื่อมต่อระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น การศึกษาได้กำหนดประชากรเป้าหมายในชุมชนตามกรอบแนวคิดความรับผิดชอบในการจัดการใช้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามองค์การอนามัยโลก(5) และกรอบแนวคิดการประเมินสมรรถนะชุมชน(23) โดยกำหนดเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแกนนำชุมชน และ 2) กลุ่มประชาชน

3.3 จำนวนและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

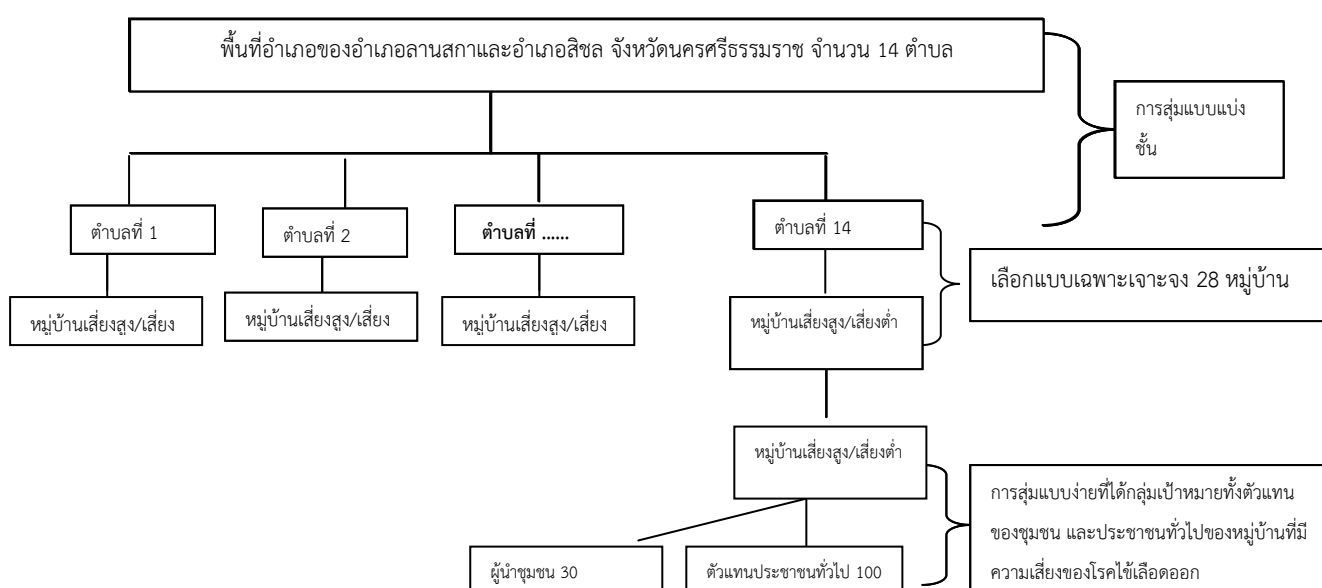
จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการประเมินชุมชนที่สามารถนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคโดยการสำรวจเชิงวิทยาการระบาด ถ้าเป็นชุมชนขนาดใหญ่ก็สามารถใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 10 ของหลังคาเรือนทั้งหมดในชุมชน หรือ ดำเนินการสุ่มมาอย่างน้อย 100 หลังคาเรือน(40, 41) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ในอำเภอละนสาซึ่งเป็นอำเภอเสี่ยงสูงประกอบด้วย 5 ตำบล จึงเลือกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำตำบลละ 2 หมู่บ้าน รวมหมู่บ้านเสี่ยงสูง 5

หมู่บ้านและเสี่ยงต่ำ 5 หมู่บ้าน สำหรับอำเภอสิชลซึ่งเป็นอำเภอเสี่ยงต่ำ ซึ่งมี 9 ตำบล เลือกหมู่บ้านที่เสี่ยงสูงและต่ำตำบลละ 2 หมู่บ้าน รวม หมู่บ้านเสี่ยงสูง 9 หมู่บ้านและหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 9 หมู่บ้าน สรุป ทั้ง 2 อำเภอมีหมู่บ้านเสี่ยงสูง 14 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 14 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 28 หมู่บ้าน

1) กลุ่มแกนนำชุมชน เป็นตัวแทนผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบระดับชุมชนและผู้ที่มีหน้าที่ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน และแสดงออกในการดำเนินกิจกรรมของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ตัวแทนขององค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนโรงเรียน ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้เกณฑ์คัดเลือกตามกรอบแนวคิด เป็นตัวแทนที่ได้รับการยอมรับจากแต่ละกลุ่ม มีประสบการณ์การทำงานที่หรืออยู่ในชุมชนนานมากกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ อายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน แกนนำจากตำบลในอำเภอเสี่ยงสูง 30 คนต่อตำบลรวม 5 ตำบล รวมแกนนำ 150 คน สำหรับแกนนำจากตำบลในอำเภอเสี่ยงต่ำ 30 คนต่อตำบลรวม 9 ตำบล รวมแกนนำ 270 คน รวมแกนนำทั้งหมด 420 คน

2) กลุ่มประชาชนในชุมชน ได้แก่ ตัวแทนของครัวเรือน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี อายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ทำการสุ่มครัวเรือนจำแนกตามจำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้านที่เข้าร่วม 100 คนต่อหมู่บ้าน โดยมาจากหมู่บ้านในอำเภอเสี่ยงสูง รวม 10 หมู่บ้านรวม 1000 คน และหมู่บ้านจากอำเภอเสี่ยงต่ำ 18 หมู่บ้านรวม 1800 คน รวมประชาชน ทั้งหมด 2,800 คนจาก 2,800 ครัวเรือน

แผนภูมิที่ 2 การสุ่มกลุ่มอาสาสมัครจากพื้นที่ 28 หมู่บ้านจาก 14 ตำบลของอำเภอลานสกาและอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช



3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.4.1 แบบสอบถามที่สร้างโดยผู้วิจัยหลักจากการศึกษาแบบประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน (Dengue community capacity assessment tool version II: DCCAT # II) เป็นแบบประเมินที่มีความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (60) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะแกนนำ (DCCAT-Leader) และสมรรถนะประชาชน (DCCAT-Non leader)

1. สมรรถนะแกนนำ แบ่งออกเป็น 14 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการสถานการณ์วิกฤต จำนวน 5 ข้อ 2) ภาวะผู้นำของตัวบุคคล จำนวน 4 ข้อ 3) สมรรถนะของผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ 4) การประเมินความต้องการในการจัดการโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ 5) ความรู้สึกร่วมกับชุมชน จำนวน 3 ข้อ 6) เครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 5 ข้อ 7) การสื่อสารข้อมูล จำนวน 5 ข้อ 8) ภาวะผู้นำของคนในชุมชน จำนวน 4 ข้อ 9) สมรรถนะของผู้นำศาสนา จำนวน 5 ข้อ 10) เครือข่ายผู้นำชุมชนกับประชาชนทั่วไป จำนวน 4 ข้อ 11) การจัดการทรัพยากร จำนวน 4 ข้อ 12) สมรรถนะของกลุ่มแกนนำหลัก จำนวน 4 ข้อ 13) การมีส่วนร่วม จำนวน 4 ข้อ และ 14) การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ

แบบประเมินดังกล่าวได้ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading: λ_i) ขององค์ประกอบทั้ง 14 องค์ประกอบมีจำนวน 61 ข้อคำถาม มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .56 - .93 โดยข้อคำถามที่ 38 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด และข้อคำถามที่ 32 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำสุด สำหรับความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ขององค์ประกอบทั้ง 14 องค์ประกอบมีค่าอยู่ระหว่าง .03 - .08 ซึ่งเป็นค่าขนาดเล็ก และการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-test) ของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 14 องค์ประกอบ พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อคำถาม และค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of Determination: R²) ปรากฏว่ามีค่าระหว่าง .31 - .86 จากผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยโปรแกรม LISREL ผลปรากฏว่า แบบสอบถามสมรรถนะผู้นำชุมชนฉบับนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง สามารถนำไปใช้งานวิจัยได้

2. สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน แบ่งออกเป็น 11 ด้าน จำนวน 58 ข้อ กล่าวคือ 1) การจัดการสถานการณ์วิกฤต จำนวน 5 ข้อ 2) ภาวะผู้นำของตัวบุคคล จำนวน 5 ข้อ 3) สมรรถนะของผู้นำศาสนา จำนวน 5 ข้อ 4) ภาวะผู้นำของคนในชุมชน จำนวน 7 ข้อ 5) สมรรถนะของผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ 6) ความรู้สึกร่วมกับชุมชน จำนวน 4 ข้อ 7) การสื่อสารข้อมูล จำนวน 7 ข้อ 8) การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ 9) สมรรถนะของกลุ่มแกนนำหลัก จำนวน 6 ข้อ 10) การจัดการทรัพยากร จำนวน 4 ข้อ และ 11) การประเมินความต้องการในการจัดการโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading: λ_i) ขององค์ประกอบทั้ง 11 องค์ประกอบมีจำนวน 58 ข้อคำถาม มีพิสัยของค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .50 - .94 โดยข้อ

คำถามที่ 51 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด และข้อคำถามที่ 29 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำสุด สำหรับความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ขององค์ประกอบทั้ง 11 องค์ประกอบมีค่าอยู่ระหว่าง .01 - .03 ซึ่งเป็นค่าขนาดเล็ก และการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-test) ของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 11 องค์ประกอบ พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อคำถาม และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Coefficient of Determination: R²) ปรากฏว่ามีค่าระหว่าง .25 - .88 วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามสมรรถนะกลุ่มประชาชนทั่วไปที่จำแนกเป็นองค์ประกอบ 11 องค์ประกอบ จำนวน 58 ข้อคำถาม ที่วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยโปรแกรม LISREL ผลปรากฏว่า แบบสอบถามสมรรถนะกลุ่มประชาชนทั่วไปฉบับนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง ทั้งนี้ได้ดำเนินการนำเครื่องมือไปใช้ในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ได้ในโครงการวิจัยอื่น ๆ เช่น ชุดโครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช (61)

เกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

การประเมินระดับสมรรถนะชุมชนทั้งแกนนำและประชาชนได้แบ่งระดับออกเป็น 5 ระดับ คือ ต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง มาก และมากที่สุด ดังตารางที่ 3.1 และ 3.2

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ด้านที่	สมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	เกณฑ์ประเมินระดับสมรรถนะแกนนำจากคะแนนเฉลี่ย				
		ข้อคำถาม	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1	ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	5	0-5	6-10	11-15	16-20
2	ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล	4	0-4	5-8	9-12	13-16
3	ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข	5	0-5	6-10	11-15	16-20
4	ด้านการประเมินความต้องการฯ	5	0-5	6-10	11-15	16-20
5	ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน	3	0-3	4-6	7-9	10-12
6	ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน	5	0-5	6-10	11-15	16-20
7	ด้านการสื่อสารข้อมูล	5	0-5	6-10	11-15	16-20
8	ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	4	0-4	5-8	9-12	13-16
9	ด้านสมรรถนะผู้นำศาสนา	5	0-5	6-10	11-15	16-20
10	ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับประชาชน	4	0-4	5-8	9-12	13-16
11	ด้านการจัดการทรัพยากร	4	0-4	5-8	9-12	13-16
12	ด้านกลุ่มแกนนำหลัก	4	0-4	5-8	9-12	13-16
13	ด้านการมีส่วนร่วม	4	0-4	5-8	9-12	13-16
14	ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	4	0-4	5-8	9-12	13-16
สมรรถนะแกนนำโดยรวม		61	0-61	62-122	123-183	184-244
						245-305

ตารางที่ 3.2 เกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะประชาชนในแก้ปัญหาใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ด้านที่	สมรรถนะประชาชนในแก้ปัญหาโรค ใช้เลือดออก	เกณฑ์การประเมินระดับสมรรถนะประชาชนจากคะแนนเฉลี่ย					
		ข้อ คำถาม	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
1	ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	5	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25
2	ด้านภาวะผู้นำของตัวบุคคล	5	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25
3	ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา	5	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25
4	ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	7	0-7	8-14	15-21	22-28	29-35
5	ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข	6	0-6	7-14	15-18	19-24	25-30
6	ความรู้ที่ร่วมกับชุมชน	4	0-4	5-8	9-12	13-16	17-20
7	ด้านการสื่อสารข้อมูล	7	0-7	8-14	15-21	22-28	29-35
8	ด้านการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	4	0-4	5-8	9-12	13-16	17-20
9	ด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก	6	0-6	7-14	15-18	19-24	25-30
10	ด้านการจัดการทรัพยากร	4	0-4	5-8	9-12	13-16	17-20
11	ด้านการประเมินความต้องการฯ	5	0-5	6-10	11-25	16-20	21-25
สมรรถนะประชาชนโดยรวม		58	0-58	59-116	117- 174	175- 232	233- 290

3.4.2 แบบสำรวจดัชนีลูกน้ำ

แบบสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำ โดยดัดแปลงมาจากเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานด้านกัญญาวิทยาของการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ประกอบด้วย 3 ค่า คือ ค่า BI (Breteau Index) คือ ร้อยละ ภาวะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน โดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 50, HI (House Index) คือ ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำยุ่งลาย โดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 10 และ CI (Container Index) คือ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุ่งลาย โดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 1 (41) ของการสำรวจดัชนีลูกน้ำที่มีอยู่ในภาชนะเก็บน้ำดื่ม ภาชนะเก็บน้ำในห้องน้ำ ภาชนะเก็บน้ำใช้ ภาชนะรองขาตู้ หรือ ตู้กับข้าว แจกันดอกไม้ ถาดรองกระถางปลูกต้นไม้ และภาชนะเหลือใช้ที่มีน้ำขัง บริเวณบ้าน เช่น ยางรถ กระป๋อง กะลามะพร้าว และเศษภาชนะต่างๆ รอบบ้าน

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 3.5.1 3.5.1 ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- 3.5.2 ดำเนินการขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อประเมินเลือกหมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงและต่ำของแต่ละตำบล ใน 2 อำเภอ
- 3.5.3 ขอความยินยอมจากสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นชุมชนที่ถูกสุ่มเพื่อดำเนินการวิจัยทั้งหมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำของ 2 อำเภอ
- 3.5.4 ดำเนินการเก็บข้อมูล
 - 1) **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ดำเนินการประชุมแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลที่บริบทสถานการณ์ และการสำรวจ โดยกำหนดการสนทนากลุ่ม และการสังเกตและประเมินสิ่งแวดล้อม
 - 2) **ข้อมูลเชิงปริมาณ** โดยประชุมทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกและเข้าใจเป้าหมายการเก็บข้อมูลนำไปสู่การใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานในการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน
- 3.5.5 ดำเนินการขอความยินยอมต่อกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนครัวเรือนก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

43.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลที่ได้เป็น 2 ชุดที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสังเกต และข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นข้อมูลจากแบบสำรวจและตอบแบบสอบถาม สามารถแยกการวิเคราะห์ข้อมูลจึงแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

43.6.1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมสนทนากลุ่มของแต่ละตำบลในประเด็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก กำหนดการวิเคราะห์จากคำสำคัญของการสนทนากลุ่ม โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยประยุกต์ใช้ 3 ขั้นตอนหลัก คือ 1) รวบรวมและทบทวนข้อมูล (Reviewing the data set) 2) ให้รหัสและจัดหมวดหมู่คำที่มีความหมายเหมือนกัน (Coding and Categoring) และ 3) จัดกลุ่มประเด็นความหมาย (Theme) เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับบริบท และสถานการณ์ปัญหาของโรคไข้เลือดออก

3.6.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวนความถี่ (Frequencies) และร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

2) ข้อมูลประเมินสิ่งแวดล้อมของบ้านของผู้ตอบแบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ความถี่ของลักษณะของบ้านที่เป็นบ้านเดี่ยว ลักษณะของวัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างบ้าน สภาพแวดล้อมที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และลักษณะของชุมชน สรุปข้อมูลที่เป็นข้อบรรยายลักษณะสิ่งแวดล้อมและลักษณะของบ้านของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของแต่ละตำบลและภาพรวมทั้งอำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) แบบสำรวจดัชนีลูกน้ำของบ้านของประชาชน เป็นแบบสำรวจที่เป็นมาตรฐานทางกีฏวิทยาที่มีการใช้ในการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, BI และ CI) โดยวิเคราะห์แยกพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำในระดับตำบลและภาพรวมของทั้งอำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต

4) ข้อมูลประเมินระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของแต่ละตำบลและอำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต โดยแบ่งเป็น 4 ระดับจากหลักการอิงเกณฑ์ (Criterion reference) คือความสามารถในระดับ น้อยที่สุด ปานกลาง มาก และมากที่สุด

5) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสมรรถนะชุมชนทั้งแกนนำและประชาชน โดยจำแนกหมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ (T-Test) ในแต่ละตำบลและภาพรวมทั้งอำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

6) การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะชุมชนในแต่ละพื้นที่เสี่ยงและต่ำโดยใช้ Multiple Regression

บทที่ 4 ผลการศึกษา

สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช: กรณีอำเภอลานสกา

ผลการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกา 2) ระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกา และ 3) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

4.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกา

4.1.1 ข้อมูลหมู่บ้านที่ได้ประเมินคัดเลือกหมู่บ้านเสี่ยง ผลการประเมินพื้นที่เสี่ยงของอำเภอลานสกา พบหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำ จาก 9 รพ.สต.ของอำเภอลานสกา โดยดำเนินการจากการประสานในระดับอำเภอ ระดับตำบล และแกนนำ อสม. โดยผ่านทาง รพ.สต. ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำของอำเภอลานสกา

พื้นที่ดำเนินการ			เสี่ยงสูง(คน)		เสี่ยงต่ำ (คน)	
ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ	แกนนำ	ประชาชน	แกนนำ	ประชาชน
1.ตำบลเขาแก้ว	รพ. ลานสกา	-	-	-	-	-
	รพ.สต. บ้านร้อน	ม. 5,4	29	102	33	100
2.ตำบลลานสกา	รพ.สต.บ้านพริก	ม. 6,1	31	94	30	109
3.ตำบลท่าดี	รพ.สต. บ้านมะม่วงทอง	ม. 2,-	30	116	-	-
	รพ.สต. บ้านบนโพธิ์	ม.-,3	-	-	39	119
4.ตำบลกำโลน	รพ.สต. บ้านย่านยาว	ม. -,3	-	-	30	105
	รพ.สต. บ้านคีรีวง	ม. 5,-	24	112	-	-
	รพ. ลานสกา	ม. 6,11	30	87	22	88
5.ตำบลขุนทะเล	รพ.สต. บ้านสอ	ม. 4,-	29	118	-	-
	รพ.สต. บ้านบ่อทราย	ม. -,7	-	-	31	108
	รพ. ลานสกา	-	-	-	-	-
รวม 5 ตำบล	9 รพ.สต./รพ.	6,6	174	629	184	629

หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของอำเภอลานสกา จาก 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลลานสกา ตำบลเขาแก้ว ตำบลท่าดี ตำบลกำโลน และตำบลขุนทะเล ได้แก่

4.1.1.1 ตำบลลานสกา

ตำบลลานสกา มี 7 หมู่บ้าน คือ 1) บ้านเจดีย์ 2) บ้านसानเงิน 3) บ้านนารอบ 4) บ้านต้นมะม่วง 5) บ้านในปุด 6) บ้านนอกนา และ 7) บ้านในไร่ และเมื่อดำเนินการประเมินพื้นที่เสี่ยงจากเกณฑ์ดำเนินการทั้ง 2 ข้อใหญ่และ 6 ข้อย่อย โดยดำเนินการร่วมกับตัวแทน รพ.สต. บ้านพริก้า ที่ดูแลสุขภาพของพื้นที่ ผลการประเมินพบว่า หมู่ที่ 6 มีความเสี่ยงสูง และหมู่ที่ 1 มีความเสี่ยงต่ำ ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลลานสกา อำเภอลานสกา

1. ตำบลลานสกา	ค่า คะแนน	หมู่บ้าน						
		1*	2	3	4	5	6**	7
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก								
1.1 พื้นที่ระบาดของไข้ชาก (Endemic Area)	1-5	1	4	5	5	2	3	4
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	1	1	1	2	3	2	1
1.3 อุบัติการณ์โรคในปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	3	3	1	3	1
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	3	6	9	10	6	8	6
2.ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด								
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	4	3	2	3	2	5	3
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของกลุ่มชนด้าน	1-5	3	2	1	1	3	2	3
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	8	6	4	5	6	8	7
ระดับความเสี่ยง	6-28	11	12	13	15	12	16	13

หมายเหตุ ** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

4.1.1.2 ตำบลเขาแก้ว

ตำบลเขาแก้วมี 6 หมู่บ้านคือ 1) บ้านตลาด 2) บ้านเขาแก้ว 3) บ้านศิริกันทร 4) บ้านร่อน 5) บ้านคันเบ็ด และ 6) บ้านอ่าง้ายไทร โดยมีหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพ 2 หน่วย คือ รพ.สต. บ้านร่อน ดูแลหมู่ที่ 3, 4, 5, และ 6 และ รพ. ลานสกา ดูแลพื้นที่ หมู่ที่ 1 และ 2 เมื่อดำเนินการประเมินความเสี่ยงร่วมกับตัวแทนพื้นที่จากเกณฑ์ดำเนินการทั้ง 2 ข้อใหญ่และ 6 ข้อย่อย พบว่าในพื้นที่ดูแลของ รพ. สต. บ้านร่อน หมู่ที่ 5 มีความเสี่ยงสูง และหมู่ที่ 4 มีความเสี่ยงต่ำ ส่วนหมู่ที่ 1 จะดำเนินการในส่วนรับผิดชอบของ รพ. ลานสกา ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลเขาแก้ว อำเภอลานสกา

2. ตำบลเขาแก้ว	ค่า คะแนน	หมู่ที่					
		1	2	3	4*	5**	6
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก							
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	5	4	4	4	5	4
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	1	1	1	1	1	1
1.3 อุบัติการณ์โรคในปัจจุบัน (Incidence)	1-5	2	1	1	1	1	1
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	8	6	6	6	7	6
2.ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด							
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	3	1	1	2	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	5	3	5	3	4	2
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของกลุ่มชนด้าน	1-5	3	2	2	1	3	4
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	11	6	8	6	8	7
ระดับความเสี่ยง	6-28	19	12	14	12	15	13

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ.สต. บ้านร่อน	3, 4, 5, และ 6	5**	4*
รพ.ลานสกา	1, และ 2		

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

4.1.1.3 ตำบลท่าดี

ตำบลท่าดีมี 7 หมู่บ้านคือ 1) บ้านไสขิง 2) บ้านศาลาสังกะสี (วัดวอ) 3) บ้านดินดอน (ในปรัก) 4) บ้านมะม่วงทอง 5) บ้านบนโพธิ์ และ 6) บ้านเสมา และ 7) บ้านสันยุง โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพ 2 หน่วย คือ รพ.สต. บ้านมะม่วงทอง 1, 2, 4, และ 7 และ รพ. สต. บ้านบนโพธิ์ รับผิดชอบดูแลพื้นที่ หมู่ที่ 3, 5 และ 6 เมื่อดำเนินการประเมินความเสี่ยงร่วมกับตัวแทนพื้นที่จากเกณฑ์ดำเนินการทั้ง 2 ข้อใหญ่และ 6 ข้อย่อย พบว่า มีหมู่ที่ 2 มีความเสี่ยงสูง ซึ่งในพื้นที่ดูแลของ รพ.สต. บ้านมะม่วงทอง และพื้นที่หมู่ที่ 3 มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านบนโพธิ์ ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลท่าดี อำเภอลานสกา

3.ตำบลท่าดี	ค่า คะแนน	หมู่ที่						
		1	2**	3*	4	5	6	7
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก								
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	2	4	5	4	4	5	4
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	2	2	1	1	1	2	1
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	1	1	1	5	1
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	5	7	7	6	6	12	6
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด								
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	3	1	3	3	1	3
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	1	5	5	4	4	3	1
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของกลุ่มชนด้าน	1-5	1	5	1	4	3	2	2
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	3	13	7	11	10	6	6
* ระดับความเสี่ยง	6-28	8	20	14	17	16	18	12

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ.สต. บ้านมะม่วงทอง	1,2,4, และ 7	2**	
รพ.สต. บ้านบนโพธิ์	3,5, และ 6		3*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

4.1.1.4 ตำบลกำโลน

ตำบลกำโลน ประกอบด้วย 12 หมู่บ้าน คือ 1) บ้านวัดจันทร์ 2) บ้านวัดโคก 3) บ้านย่านยาว 4) บ้านวัดสมอ 5) บ้านคีรีวง 6) บ้านมะม่วงกวาง 7) บ้านวังไทร 8) บ้านคีรีทอง 9) บ้านขุนคีรี 10) บ้านคีรีธรรม 11) บ้านไสเนียง และ 12) บ้านวังโหล โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพ 3 หน่วย คือ รพ.สต. บ้านย่านยาว รับผิดชอบพื้นที่หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 7 และ 12 ส่วน รพ. สต. บ้านคีรีวง รับผิดชอบดูแลพื้นที่ หมู่ที่ 5, 8, 9 และ 10 และ รพ. ลานสกา รับผิดชอบดูแลพื้นที่หมู่ที่ 6, และ 11 เมื่อดำเนินการประเมินความเสี่ยงร่วมกับตัวแทนพื้นที่จากเกณฑ์ดำเนินการทั้ง 2 ข้อใหญ่และ 6 ข้อย่อย พบว่า มีหมู่ที่ 5 มีความเสี่ยงสูง ซึ่งในพื้นที่ดูแลของ รพ.สต. บ้านคีรีวง และพื้นที่หมู่ที่ 3 มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านย่านยาว และหมู่ที่ 6 มีความเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำคือหมู่ที่ 11 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ. ลานสกา ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลกำโลน อำเภอลานสกา

ตำบลกำโลน	ค่า คะแนน	หมู่ที่											
		1	2	3*	4	5**	6**	7	8	9	10	11*	12
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคใช้เลือดออก													
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity)	1-5	1	1	1	1	5	1	1	2	5	2	1	2
1.3 อุบัติการณ์โรคในปัจจุบัน (Incidence)	1-5	4	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	7	5	5	5	9	8	5	6	8	6	5	5
2.ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด													
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	3	3	1	2	2	3	3	2	2	2	3	3
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	4	5	3	3	5	4	3	2	3	4	3	3
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2	3
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	9	11	6	6	8	8	8	6	6	7	8	9
ระดับความเสี่ยง	6-28	16	16	11	11	17	16	13	12	14	13	13	14

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ.สต. บ้านย่านยาว	1,2,3,4, 7 และ 12		3*
รพ.สต. บ้านคีรีวง	5,8,9, และ 10	5**	
รพ. ลานสกา	6, และ 11	6**	11*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

4.1.1.5 ตำบลขุนทะเล

ตำบลขุนทะเลมี 12 หมู่บ้านคือ 1) บ้านบ่อน้ำซับ 2) บ้านลุ่มเตย 3) บ้านสอ 4) บ้านใหม่ทอน 5) บ้านนาง 6) บ้านตาหมอ (บ่อทราย) 7) บ้านราษฎร์บำรุง 8) บ้านสำนักใหม่ 9) บ้านคดศอก 10) บ้านนาทอน 11) บ้านศาลาขี้เหล็ก และ 12) บ้านหนองอ่างโดยมีหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพ 3 หน่วย คือ รพ.สต. บ้านสอ ดูแลหมู่ที่ 2,3,4, 9 และ 12 รพ.สต. บ่อทราย รับผิดชอบ 5,6,7,8, และ 10 และ รพ. ลานสกา ดูแลพื้นที่ หมู่ที่ 1 และ 11 เมื่อดำเนินการประเมินความเสี่ยงร่วมกับตัวแทนพื้นที่จากเกณฑ์ดำเนินการ ทั้ง 2 ข้อใหญ่และ 6 ข้อย่อย พบว่า หมู่ที่ 4 มีความเสี่ยงสูงซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านสอ และหมู่ที่ 7 มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ่อทราย ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลขุนทะเล อำเภอลานสกา

ตำบลขุนทะเล	ค่า คะแนน	หมู่ที่												
		1	2	3	** 4	5	6	* 7	8	9	10	11	12	
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก														
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	4	4	4	5	3	4	3	5	3	4	1	1	
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity)	1-5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	3	
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	4	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	6	9	6	8	7	7	5	8	5	6	7	5	
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด														
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	3	3	5	4	2	4	2	3	4	2	2	2	
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	3	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	7	5	8	9	4	7	4	6	9	4	5	4	
* ระดับความเสี่ยง	6-28	13	14	14	17	11	14	9	14	1	4	10	12	9

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ.สต. บ้านสอ	2,3,4, 9 และ 12	4**	
รพ.สต. บ้านบ่อทราย	5,6,7,8, และ 10		7*
รพ. ลานสกา	1, และ 11		

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

โดยสรุปคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของ 12 หมู่บ้านของอำเภอลานสกา ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดของ 1) ปัจจัยด้านความรุนแรง และ 2) ปัจจัยด้านโอกาส ได้ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 สรุปคะแนนความเสี่ยงของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ของอำเภอลานสกา

พื้นที่ดำเนินการ			คะแนนความเสี่ยง (รวมคะแนน 6-28)					
			หมู่บ้านเสี่ยงสูง (คะแนน = 3-15)			หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (คะแนน = 3-13)		
ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่รับผิดชอบ และสุขภาพ 9 รพ.สต./ รพ.	หมู่บ้าน เสี่ยงสูง และต่ำ	ปัจจัย ความ รุนแรง	ปัจจัย ด้าน โอกาส	รวม	ปัจจัย ความ รุนแรง	ปัจจัย ด้าน โอกาส	รวม
รวม 5 ตำบล								
1.ตำบลเขาแก้ว	รพ. ลานสกา	-	-	-	-	-	-	-
	รพ.สต. บ้านร้อน	5,4	7	8	15	6	6	12
2.ตำบลลานสกา	รพ.สต.บ้านพริก	6,1	8	8	16	3	8	11
3.ตำบลท่าดี	รพ.สต. บ้านมะม่วงทอง	2,-	7	13	20	-	-	-
	รพ.สต. บ้านบนโพธิ์	,3	-	-	-	7	7	14
4.ตำบลกำโลน	รพ.สต. บ้านย่านยาว	-,3	-	-	-	5	6	11
	รพ.สต. บ้านคีรีวง	5,-	9	8	17	-	-	-
	รพ. ลานสกา	6,11	8	8	16	5	8	13
5.ตำบลขุนทะเล	รพ.สต. บ้านสอ	4,-	8	9	17	-	-	-
	รพ.สต. บ้านบ่อทราย	-,7	-	-	-	5	4	9
	รพ. ลานสกา	-	-	-	-	-	-	-
ช่วงคะแนนความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินพื้นที่			7-9	8-13	15-20	3-6	4-6	9-14

ผลการประเมินความเสี่ยงของพื้นที่หมู่บ้านของแต่ละตำบลโดยกำหนดตามพื้นที่รับผิดชอบให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของทั้ง 5 ตำบลของอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยวางแผนรวบรวมข้อมูลหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ความเสี่ยงสูงจำนวน 12 หมู่บ้าน คะแนนความเสี่ยงของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (6 หมู่บ้าน) และเสี่ยงสูง (6 หมู่บ้าน) ของอำเภอลานสกา สามารถกำหนดจุดตัดคะแนน (Cut of point) โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ พื้นที่เสี่ยงต่ำ และเสี่ยงสูง โดยใช้คะแนน Cut of point ที่ 14 คะแนน โดย

- (1) หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูง กำหนดคะแนนรวมที่เท่ากับและมากกว่า 15 คะแนน โดยปัจจัยด้านความรุนแรงที่เท่ากับหรือมากกว่า 7-9 คะแนน และปัจจัยด้านโอกาสที่เท่ากับหรือมากกว่า 8-13 คะแนน
- (2) หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงต่ำ เป็นพื้นที่ที่มีคะแนนโดยรวมที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 14 คะแนน แบ่งเป็นคะแนนโดยรวมของปัจจัยด้านความรุนแรงที่เท่ากับและน้อยกว่า 3-6 คะแนน และคะแนนปัจจัยด้านโอกาสที่เท่ากับและน้อยกว่า 4-6 คะแนน

ดังนั้นเมื่อประเมินปัจจัยแต่ละด้านได้คะแนนตามช่วงดังกล่าว ชุมชนสามารถดำเนินการวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพราะมีความเสี่ยงต่อการระบาดไข้เลือดออก

4.1.2 ลักษณะของชุมชน

4.1.2.1 ลักษณะชุมชนที่เป็นแกนนำของอำเภอลานสกา จากหมู่บ้านเสี่ยงสูง 6 หมู่บ้านและหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 6 หมู่บ้าน รวมบ้านแกนนำของอำเภอลานสกา 12 หมู่บ้าน

บ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง 172 คน จากบ้าน 172 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 154 หลัง (ร้อยละ 49.5) ลักษณะบ้านเดี่ยว 107 หลัง (ร้อยละ 64.3) ลักษณะชั้นเดียว 134 หลัง (ร้อยละ 77) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 124 หลัง (ร้อยละ 71.3) ใช้น้ำประปา 92 หลัง (ร้อยละ 52.9) ตีมน้ำถึง 82 หลัง (ร้อยละ 47.1) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 148 หลัง (ร้อยละ 85.1) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 32 หลัง (ร้อยละ 47.1)

บ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 180 คน จากบ้าน 180 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 157 หลัง (ร้อยละ 50.1) ลักษณะบ้านเดี่ยว 106 หลัง (ร้อยละ 58.9) ลักษณะชั้นเดียว 140 หลัง (ร้อยละ 77.8) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 130 หลัง (ร้อยละ 72.2) ใช้น้ำประปา 94 หลัง (ร้อยละ 52.2) ตีมน้ำถึง 105 หลัง (ร้อยละ 58.3) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 148 หลัง (ร้อยละ 85.1) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 84 หลัง (ร้อยละ 31.3)

บ้านแกนนำทั้ง 2 พื้นที่โดยรวม 354 คน จากบ้าน 354 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 311 หลัง (ร้อยละ 87.9) ลักษณะบ้านเดี่ยว 212 หลัง (ร้อยละ 60.1) ลักษณะชั้นเดียว 274 หลัง (ร้อยละ 77.4) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 254 หลัง (ร้อยละ 71.8) ใช้น้ำประปา 186 หลัง (ร้อยละ 52.2) ตีมน้ำถึง 187 หลัง (ร้อยละ 52.8) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 314 หลัง (ร้อยละ 88.7) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 68 หลัง (ร้อยละ 19.2)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของลักษณะชุมชนของบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า แหล่งน้ำดื่มที่เป็นน้ำบ่อ ชื่อน้ำถึง และตำแหน่งของห้องน้ำห้องส้วมในบ้าน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ขณะที่ ลักษณะของชุมชนที่เป็นชนบท การกระจายของบ้าน วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน และบริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.8 สภาพแวดล้อมของชุมชน และลักษณะของบ้านของแกนนำ ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง และต่ำ ของอำเภอลานสกา

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านแกนนำ อำเภอลานสกา				
	จำนวนหลัง (ร้อยละ) n (%)			χ ²	p-value
	เสี่ยงสูง (n=174)	เสี่ยงต่ำ (n=180)	โดยรวม (n=354)		
ลักษณะชุมชน					
ชุมชนเมือง	0(0)	1(.6)	1(.3)	2.2	.901
ชุมชนเมืองใกล้ตลาด	2(1.1)	2(1.1)	4(1.1)		
ชุมชนกึ่งเมือง	4(2.3)	5(2.8)	9(2.5)		
ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด	1(.6)	1(.6)	2(.6)		
ชุมชนชนบท	154(88.5)	157(87.2)	311(87.9)		
ชุมชนชนบทใกล้ตลาด	12(6.9)	14(7.8)	26(7.3)		
การกระจายของบ้าน					
บ้านเดี่ยว	107(61.3)	106(58.9)	212(60.1)	.223	.895
กลุ่มบ้าน 1-5 หลังคาเรือน	45(26.0)	49(27.2)	94(26.6)		
กลุ่มบ้าน 5 หลังคาเรือน	22(12.7)	25(13.9)	47(13.3)		
ลักษณะของบ้าน					
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง	16(9.2)	10(5.6)	26(7.3)	3.504	.477
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำ	4(2.3)	4(2.2)	8(2.3)		
บ้านชั้นเดียว	134(77.0)	140(77.8)	274(77.4)		
บ้านสองชั้น	19(10.9)	26(14.4)	45(12.5)		
อาคารพาณิชย์	1(.6)	0(0)	1(.3)		
วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน					
ไม้	13(7.5)	7(3.9)	20(5.6)	2.291	.318
ซีเมนต์กับไม้	124(71.3)	130(72.2)	254(71.8)		
ซีเมนต์	37(21.3)	43(23.9)	80(22.6)		
ข้อมูลแหล่งน้ำใช้					
น้ำประปา	92(52.9)	94(52.2)	186(52.5)	.015	.916
น้ำบ่อในบ้าน	14(8.0)	17(9.4)	31(8.8)	.217	.709
น้ำบ่อนอกบ้าน	74(42.5)	90(50.0)	164(46.3)	1.986	.167
ข้อมูลแหล่งน้ำดื่ม					
น้ำประปา	14(8.0)	7(3.9)	21(5.9)	2.740	.117
ตม่น้ำบ่อ	68(39.1)	52(28.9)	120(33.9)	4.101*	.044
ตม่น้ำฝน	23(13.2)	26(14.4)	49(13.8)	.112	.760

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านแกนนำ อำเภอลานสกา				
	จำนวนหลัง (ร้อยละ) n (%)			χ^2	p-value
	เสียงสูง (n=174)	เสียงต่ำ (n=180)	โดยรวม (n=354)		
ชื่อน้ำถัง	82(47.1)	105(58.3)	187(52.8)	4.459*	.043
ตำแหน่งห้องน้ำห้องส้วม					
อยู่ในบ้าน	148(85.1)	166(92.9)	314(88.7)	4.531*	.043
อยู่นอกบ้าน	40(23.0)	28(15.6)	68(19.2)	3.150	.081
บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง					
มี	32(47.1)	36(52.9)	68(19.2)	0.110	.788

* $P<.05$, ** $P<.01$, *** $P<.001$,

4.1.2.2 ลักษณะชุมชนที่เป็นประชาชนของอำเภอลานสกา สิ่งแวดล้อมของบ้านประชาชนของอำเภอลานสกา แบ่งเป็นพื้นที่เสียงสูงและต่ำ โดยประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสียงสูงจำนวน 6 หมู่บ้าน จำนวน 635 คน ส่วนหมู่บ้านเสียงต่ำ จำนวน 6 หมู่บ้าน จำนวน 607 คน รวมทั้งหมด 1,242 คน

บ้านประชาชนหมู่บ้านเสียงสูง 635 คนจากบ้าน 635 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 544 หลัง (ร้อยละ 50.1) ลักษณะบ้านเดี่ยว 414 หลัง (ร้อยละ 52.3) ลักษณะชั้นเดียว 466 หลัง (ร้อยละ 51.5) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 410 หลัง (ร้อยละ 53.7) แหล่งน้ำใช้จากน้ำบ่อนอกบ้าน 332 หลัง (ร้อยละ 52.3) น้ำดื่มจากบ่อ 302 หลัง (ร้อยละ 47.6) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 525 หลัง (ร้อยละ 82.7) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง 122 หลัง (ร้อยละ 19.2)

บ้านประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสียงต่ำ 607 คนจากบ้าน 607 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 542 หลัง (ร้อยละ 89.3) ลักษณะบ้านเดี่ยว 378 หลัง (ร้อยละ 62.3) ลักษณะชั้นเดียว 438 หลัง (ร้อยละ 48.5) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 353 หลัง (ร้อยละ 46.3) แหล่งน้ำใช้จากน้ำประปา 382 หลัง (ร้อยละ 62.9) น้ำดื่มจากน้ำถัง 373 หลัง (ร้อยละ 61.4) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 497 หลัง (ร้อยละ 48.6) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง 143 หลัง (ร้อยละ 54)

บ้านประชาชนโดยรวมทั้งอำเภอ 1,242 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 1,086 หลัง (ร้อยละ 87.4) บ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว 792 หลัง (ร้อยละ 63.8) ลักษณะบ้านชั้นเดียว 904 หลัง (ร้อยละ 72.8) วัสดุปลูกสร้างของแต่ละครัวเรือนของชุมชนเป็นซีเมนต์กับไม้ 763 หลัง (ร้อยละ 61.4) แหล่งน้ำใช้จากน้ำประปา 646 หลัง (ร้อยละ 52.0) น้ำดื่มจากน้ำถัง 641 หลัง (ร้อยละ 51.6) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง 265 หลัง (ร้อยละ 21.4)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของลักษณะชุมชนของพื้นที่หมู่บ้านเสียงสูงและเสียงต่ำ พบว่า แหล่งน้ำใช้ทั้งน้ำประปา น้ำบ่อนอกบ้าน น้ำบ่อในบ้าน และแหล่งน้ำดื่มจากน้ำประปา น้ำบ่อ และน้ำถังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ลักษณะชุมชนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P < .05$) ขณะลักษณะการกระจายของบ้าน ลักษณะบ้าน ตำแหน่งห้องน้ำห้องส้วม และบริเวณบ้านที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 สภาพแวดล้อมของชุมชนและลักษณะของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านประชาชน อำเภอลานสกา			χ ²	p-value
	จำนวนหลัง (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n=635)	เสี่ยงต่ำ (n=607)	รวม(n=1,242)		
ลักษณะชุมชน				14.488*	.025
ชุมชนเมือง	5(.8)	3(.5)	8(.6)		
ชุมชนเมืองใกล้ตลาด	7(1.1)	8(1.3)	15(1.2)		
ชุมชนกึ่งเมือง	17(2.7)	15(2.5)	32(2.6)		
ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด	12(1.9)	16(2.6)	28(2.3)		
ชุมชนชนบท	544(85.7)	542(89.3)	1,086(87.4)		
ชุมชนชนบทใกล้ตลาด	50(7.9)	21(3.5)	71(5.7)		
การกระจายของบ้าน				4.796	.091
บ้านเดี่ยว	414(65.2)	378(62.3)	792(63.8)		
กลุ่มบ้าน 1-5 หลังคาเรือน	149(23.5)	173(28.5)	322(25.9)		
กลุ่มบ้านมากกว่า 5 หลังคาเรือน	72(11.3)	56(9.2)	128(10.3)		
ลักษณะของบ้าน				2.983	.561
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง	47(7.4)	52(8.6)	99(8.0)		
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำ	29 (4.6)	24(4.0)	53(4.3)		
บ้านชั้นเดียว	466(73.4)	438(72.2)	904(72.8)		
บ้านสองชั้น	91(14.3)	93(15.3)	184(14.8)		
อาคารพาณิชย์	2(.3)	0(0)	2(.2)		
วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน					
ไม้	52(8.2)	53(8.7)	105(8.5)	5.747	.125
ซีเมนต์กับไม้	410 (64.6)	353(58.2)	763(61.4)		
ซีเมนต์	172(27.1)	200(32.9)	372(30)		
ข้อมูลแหล่งน้ำใช้					
น้ำประปา	264(41.6)	382(62.9)	646(52.0)	56.717***	.000
น้ำบ่อในบ้าน	120(18.9)	51(8.4)	171(13.8)	28.795***	.000
น้ำบ่อนอกบ้าน	332(52.3)	190(31.3)	522(42.0)	56.076***	.000
ข้อมูลแหล่งน้ำดื่ม					
น้ำประปา	10(1.6)	53(8.7)	63(5.1)	33.895***	.000
ดื่มน้ำบ่อ	302(47.6)	132(21.7)	434(34.9)	91.997***	.000

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านประชาชน อำเภอลานสกา			χ ²	p-value
	จำนวนหลัง (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n=635)	เสี่ยงต่ำ (n=607)	รวม(n=1,242)		
ดื่มน้ำฝน	91(14.3)	90(14.8)	181(14.6)	1.013	.603
ชื้อน้ำถัง	268(42.2)	373(61.4)	641(51.6)	46.632***	.000
ตำแหน่งห้องน้ำห้องส้วม					
อยู่ในบ้าน	525(82.7)	497(81.9)	1,022(82.3)	7.111	.130
อยู่นอกบ้าน	116(18.3)	110(18.1)	226(18.2)	6.019	.198
บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง					
มี	122(19.2)	143(23.7)	265 (21.4)	6.875	.076

*

**

P<.05

P<.01

P<.001

* $P<.05$ ** $P<.01$ *** $P<.001$

4.1.3 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

4.1.3.1 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงของบ้านแกนนำ

ภาชนะที่ทำการสำรวจของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 174 ครั้วเรือน พบว่า ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุด คือ ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน (ร้อยละ 6.7) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 180 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน (ร้อยละ 25) และโดยรวมของอำเภอลานสกา มีบ้านที่สำรวจ 177 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน (ร้อยละ 9.9)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายของภาชนะแต่ละประเภท ระหว่างครัวเรือนประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ภาชนะเหลือใช้ในบ้านที่ลูกน้ำยุงลายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ประเภทภาชนะ ภาชนะที่สำรวจ ร้อยละภาชนะที่พบลูกน้ำยุ่งลาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของบ้านแกนนำในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอลานสกา

ประเภทของภาชนะ	ร้อยละภาชนะที่พบลูกน้ำของบ้าน			T-test	p-value
	แกนนำ พื้นที่อำเภอลานสกา				
	เสี่ยงสูง (n=174)	เสี่ยงต่ำ (n=180)	โดยรวม (n=354)		
1. ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน	5.9	3.4	5.8	1.065	.288
2. ภาชนะน้ำใช้ในบ้าน	1.4	1.5	1.3	-.088	.930
3. ภาชนะน้ำดื่มนอกบ้าน	0	0	.0	-	-
4. ภาชนะน้ำดื่มในบ้าน	0	0	.0	-	-
5. ภาชนะรองชาตุนอกบ้าน	0	7.1)	.0	-.632	.545
6. ภาชนะรองชาตุ้ในบ้าน	4.7	2.3	4.6	.656	.514
7. จานรองนอกบ้าน	0	8.3	.0	-1.844	.075
8. จานรองในบ้าน	0	0	.0	-	-
9. แจกันนอกบ้าน	0	0	.0	-	-
10. แจกันในบ้าน	1.9	2.3	1.9	-.124	.902
11. ยางรถยนต์นอกบ้าน	3.1	4.2	3.0	-.228	.823
12. ยางรถยนต์ในบ้าน	0	0	.0	-	-
13. อ่างบัวนอกบ้าน	1.7	2.9	1.7	-.501	.617
14. อ่างบัวในบ้าน	0	0	.0	-	-
15. ภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน	6.7	9.2	6.6	-.597	.552
16. ภาชนะเหลือใช้ในบ้าน	5.2	8.3	5.2	-.393	.699
17. ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน	1.7	25	1.6	-1.750	.097
18. ภาชนะอื่นๆ ในบ้าน	3.6	0	3.5	.509	.626

* $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

4.1.3.2 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงของบ้านประชาชน

ภาชนะที่ทำการสำรวจของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง 635 หลัง พบว่า ภาชนะที่พบลูกน้ำยุ่งลายสูงที่สุดภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน (ร้อยละ 12.5) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 607 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุ่งลายสูงที่สุดคือ ภาชนะรองชาตุนอกบ้าน (ร้อยละ 8.6) และโดยรวมของอำเภอลานสกา มีบ้านที่สำรวจ 1,242 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุ่งลายสูงที่สุดคือภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน (ร้อยละ 9.9)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาระที่พบลูกน้ำยุงลายของภาระแต่ละประเภท ระหว่างครัวเรือนประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ภาระเห็บเหื่อไข่นอกบ้านที่ลูกน้ำยุงลายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ประเภทภาระ ภาระที่สำรวจ ร้อยละภาระที่พบลูกน้ำยุงลาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ลานสกา

ประเภทของภาระ	ร้อยละภาระที่พบลูกน้ำยุงลายของบ้าน			T-test	p-value
	ประชาชน พื้นที่อำเภอลานสกา				
	เสี่ยงสูง (n=635)	เสี่ยงต่ำ (n=607)	รวม (n=1,242)		
1. ภาระน้ำไข่นอกบ้าน	2.9	4.5	3.6	-1.504	.133
2. ภาระน้ำไข่น้ำในบ้าน	0.8	1.4	1.0	-.982	.326
3. ภาระน้ำคั้นนอกบ้าน	0.5	0.9	0.7	-.534	.593
4. ภาระน้ำคั้นในบ้าน	0.4	0.4	0.4	.052	.958
5. ภาระรองขาตื้นนอกบ้าน	0	8.6	5.2	-1.434	.158
6. ภาระรองขาตื้นในบ้าน	0.5	1.0	0.8	-.713	.476
7. จานรองนอกบ้าน	7.9	7.7	7.8	.034	.973
8. จานรองในบ้าน	0	0	0	-	-
9. แจกันนอกบ้าน	5.4	0	2.6	1.387	.171
10. แจกันในบ้าน	3.4	2.0	2.9	0.482	.631
11. ยางรถยนต์นอกบ้าน	7.9	4.2	6.0	1.064	.290
12. ยางรถยนต์ในบ้าน	0	0	0		
13. อ่างบัวนอกบ้าน	2.3	1.2	1.7	0.833	.405
14. อ่างบัวในบ้าน	0	0	0		
15. ภาระเห็บไข่นอกบ้าน	11.1	4.3	7.4	2.576*	.011*
16. ภาระเห็บไข่น้ำในบ้าน	3.1	4.3	3.7	-.280	.781
17. ภาระอื่นๆ นอกบ้าน	12.5	5.0	9.9	.993	.325
18. ภาระอื่นๆ ในบ้าน	2.9	0	2.0	0.949	.355

* $P<.05$ ** $P<.01$ *** $P<.001$

4.1.4 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของชุมชนทั้งแกนนำและประชาชนอำเภอลานสกา

4.1.4.1 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านของแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอลานสกา

ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำ พบว่า ดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่เสี่ยงสูง ที่สำรวจจำนวน 164 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 304 HI = 13.3 และ CI= 5.7 สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่เสี่ยงต่ำ จากบ้านที่สำรวจจำนวน 175 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 191.7 HI = 13.6 และ CI= 2.3 โดยรวมบ้านแกนนำที่สำรวจจำนวน 339 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 246 HI = 13.4 และ CI= 3.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า BI มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำ พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของอำเภอลานสกา

ดัชนีลูกน้ำยุงลาย	บ้านแกนนำอำเภอลานสกา (%)			t-test	p-value
	เสี่ยงสูง(n=164)	เสี่ยงต่ำ (n=175)	รวม(n=339)		
ค่า BI (BI<50%)	304.3	191.7	246	2.153*	.037
ค่า HI (HI<10%)	13.3	13.6	13.4	-.072	.942
ค่า CI (CI<1%)	5.7	2.3	3.9	1.951	.052

* $P<.05$ ** $P<.01$ *** $P<.001$

4.1.4.2 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอลานสกา

ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชน พบว่า ดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง จากบ้าน 602 หลังมีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 248.6 HI = 11.9 และ CI= 2.4 สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านประชาชนที่สำรวจจากบ้าน 577 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 318.5 HI = 11.1 และ CI= 4.6 โดยรวมมีบ้านประชาชนที่สำรวจจำนวน 1,179 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 281 HI = 11.4 และ CI= 3.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ค่าดัชนี HI และ CI มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกที่สูงกว่าค่ามาตรฐานทั้ง 2 พื้นที่ ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชน พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของอำเภอลานสกา

ดัชนีลูกน้ำ	บ้านประชาชน อำเภอลานสกา			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 602)	เสี่ยงต่ำ (n=577)	รวม (n= 1,179)		
ค่า BI (BI<50)	248.6	318.5	281	-1.121	.264
ค่า HI (HI<10)	11.9	11.1	11.4	.427	.670
ค่า CI (CI<1)	2.4	4.6	3.4	-1.901	.058
* P<.05 ** P<.01 *** P<.001					

4.1.5 การรับรู้สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

4.1.5.1 สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูง

อำเภอลานสกา

ผลการดำเนินการประชุมกลุ่มในเบื้องต้นโดยประชุมแกนนำหมู่บ้าน ดำเนินการสนทนากลุ่มทุกหมู่บ้านที่ดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 12-15 คนต่อ 1 หมู่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการประชุมกลุ่มเริ่มด้วยการแนะนำชื่อ วัตถุประสงค์ในการดำเนินการเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาของชุมชน สมาชิกกลุ่มสามารถเสนอข้อคิดเห็น และร่วมกันหาข้อสรุป ตลอดถึงการนำเสนอแนวทางของกลุ่มต่อการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 45-60 นาที

ผลการดำเนินการประชุมกลุ่มสามารถจำแนกเป็นประเด็นของการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของแกนนำ และประเด็นของแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกบริบทของหมู่บ้าน

1) ประเด็นการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูงตำบลกำโลน

(1) มองไม่เห็นปัญหาและความรุนแรงของโรค หมายถึง การสื่อสารข้อมูลการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายๆ เน้นการควบคุมเมื่อเป็นโรคหรือป่วย ไม่มีการเปรียบเทียบความรุนแรงของปัญหากับประชากรในสภพรวมหรือเกณฑ์มาตรฐาน แต่รู้ว่าไข้เลือดออกเป็นปัญหาของชุมชน ดังคำกล่าว “มีผู้ป่วยจำนวน 2 คนจากชาวบ้านประมาณ 650 คน” ขณะพูดแสดงสีหน้าปกติแต่เมื่อทราบว่าเมื่อเทียบอัตราการป่วยต่อแสนประชากรจะสูงมากถึง 307 คนต่อประชากรในชุมชน 100,000 คนซึ่งเป็นอัตราป่วยสูงมากเมื่อเทียบกับอัตรามาตรฐาน 50 รายต่อ 100,000 คนและเป็นอันตรายต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

(2) ขาดความร่วมมือต้องรอให้มีการระบาด หมายถึง ความร่วมมือในการดำเนินการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกชาวบ้านไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก “แจ้งว่าจะไปพ่นยากก็ไม่เก็บส้วมเลี้ยง และพบว่าบางบ้านเลี้ยงสุนัขที่ดุ อสม. บางท่านสุนัขกัดด้วย” “ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือ เช่นไม่ปฏิบัติตามที่ อสม. แนะนำ เอาทรายอะเบตไปให้ก็ไม่นำมาใช้”

(3) สิ่งแวดล้อมและคนเป็นเหตุ หมายถึง แหล่งเพาะพันธุ์ยุงในสวนใกล้บ้านและบริเวณบ้าน ขยะบริเวณบ้าน ดังคำกล่าว “บางบ้านมีสวนยางและมีน้ำขังในจอกยาง ยังมีปริมาณขยะในบริเวณบ้านอีกด้วยเป็นเหตุให้พบลูกน้ำยุงลาย”

2) ประเด็นการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูง

การร่วมมือร่วมใจเป็นหัวใจในการแก้ปัญหาไข้เลือดออก หมายถึง แนวทางแก้ไขปัญหามาให้ปลอดภัยจากไข้เลือดออก ที่จำเป็นคือความร่วมมือของชาวบ้านในชุมชน ชาวบ้านในชุมชน ไม่เข้าร่วมหรือทำกิจกรรมที่ป้องกันไข้เลือดออก ดังคำกล่าว “ควรวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่อนามัยในการให้ความรู้แก่ประชาชนให้มีความตระหนักว่าต้องช่วยกันแก้ปัญหาไข้เลือดออกนั้นถือว่าเป็นปัญหาของทุกคน” ซึ่งเมื่อสม. ท่านหนึ่งบอกว่า “ต้องให้ความรู้แก่ชาวบ้านและให้เขาตระหนักในอันตรายของโรคไข้เลือดออกซึ่งอาจทำให้มีความร่วมมือมากขึ้น” “ประชาชนบางบ้านไม่ปิดภาชนะน้ำใช้ ไม่คว่ำภาชนะที่มีลูกน้ำ”

4.1.5.2 สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ อำเภอ ลานสกา

การดำเนินการในการประชุมกลุ่มคนนำหมู่บ้านโดยมี อสม. แกนนำเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในช่วง 12-15 คน

1) ประเด็นการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ตำบลกำโลน

(1) มองไม่เห็นปัญหาและรุนแรงของโรค หมายถึง การการป่วยเป็นการรับรู้ของ แกนนำ อสม. บริบทของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (หมู่ 11) ตำบลกำโลน อำเภอลานสกา พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนผลไม้จำนวนมาก สถานการณ์โรคไข้เลือดออกเมื่อปีที่แล้วมีอสม. ท่านหนึ่งบอกว่า “มีผู้ป่วยจำนวน 4 คนในจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 700 คน” “มีผู้ป่วยจำนวน 5 คนในจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 760 คน”

(2) เชื่อมาจากคนนอก หมายถึง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของชุมชนส่วนใหญ่จะมีการรับเชื้อมาจากข้างนอกพื้นที่ แล้วกลับมาพักรักษาตัวในเขตหมู่บ้าน ปัญหาและอุปสรรค ดังคำกล่าว “มีเด็กป่วยไข้เลือดออกมาจากโรงเรียนทำให้มีเสี่ยงต่อการระบาดได้” “แหล่งเชื้อแถวบ้านไม่มี”

(3) สิ่งแวดล้อมและคนเป็นเหตุ หมายถึง สภาพของชุมชนมีสวนผลไม้ สวนยางพารา บ้านเรือนจึงอยู่ใกล้สวนและบริเวณบ้านมี บริเวณรอบบ้านมีขยะมาก ดังคำกล่าว “...บางบ้านมีปริมาณขยะเป็นจำนวนมากรอบๆบ้าน” “...บริเวณบ้านเป็นสวนผลไม้มาก บ้านบางบ้านไม่มีผู้อาศัย และบางบ้านเป็นผู้สูงอายุ” “มีน้ำขังในจอกยาง ทำให้มีลูกน้ำและยุงและจะบินมาบ้านที่อาศัยเนื่องจากอยู่ติดกัน” “มีบางบ้านเลี้ยงลูกน้ำให้ปลากัดกิน เขาไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับลูกน้ำของเค้า”

3. ขาดระบบส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน หมายถึง การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อเป็นไข้เลือดออกแล้วรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ไม่ได้รับการแจ้งมายัง รพ.สต. มีอสม. ท่านหนึ่งบอกว่า

“...การรับรู้ว่าคุณไข้วัยล่าช้า และคนไข้วัยมักจะไปโรงพยาบาลเอกชน พวกเราไม่ทราบข่าว กว่าจจะรู้ก็คนไข้ใกล้จะหายหรือออกจากโรงพยาบาลแล้ว”

4. งบประมาณเรื่องโรคไข้วัยเลือดออกมีจำกัด หมายถึง มีข้อจำกัดในการจัดการทรัพยากรและงบประมาณของชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ในการร่วมทำกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้วัยเลือดออก อสม. ท่านหนึ่งบอกว่า พบว่า “เครื่องพ่นหมอกควันและพนักงานพ่นไม่เพียงพอ”

2) ประเด็นการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้วัยเลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

อสม. ต้องร่วมมือกับทุกฝ่าย หมายถึง การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้วัยเลือดออกของกลุ่ม อสม. ที่ทำหน้าที่ในการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่ต้องร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น ครู โรงเรียน ผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว “เราต้องวางแผนร่วมกันกับครูที่โรงเรียนและเจ้าหน้าที่อนามัยเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยและการป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่ “...เราต้องติดต่อ อบต. ในการพ่นหมอกควัน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงสำหรับบ้านที่ไม่มีผู้อาศัย และบางบ้านเป็นผู้สูงอายุ อสม. ควรช่วยเข้าไปดูแลเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้วัยเลือดออกต่อไปอย่างจริงๆ จังๆ” “วางแผนร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูล และการป้องกันไม่ให้มีการรับเชื้อจากที่อื่นแล้วมาแพร่ในพื้นที่ของเรา” “...เราต้องมีการรณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนักว่าไข้วัยเลือดออกนั้นเป็นปัญหาของทุกคนซึ่งต้องช่วยกันแก้ปัญหา”

4.2 ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาระบาดโรคไข้วัยเลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านพื้นที่อำเภอลานสกา

4.2.1 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาระบาดโรคไข้วัยเลือดออกอย่างยั่งยืน

4.2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำพื้นที่หมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและต่ำ

กลุ่มแกนนำชุมชนแบ่งเป็นแกนนำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ โดยแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 6 หมู่บ้าน และแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 6 หมู่บ้าน แกนนำกลุ่มเสี่ยงสูง 6 หมู่บ้าน มีแกนนำเข้าร่วมโครงการโดยรวม 174 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 119 คน (ร้อยละ 68.4) ศาสนาพุทธ จำนวน 173 คน (ร้อยละ 99.4) สถานภาพสมรสคู่ 137 คน (ร้อยละ 78.7) ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น 40 คน (ร้อยละ 23.5) อาชีพเกษตรกร 123 คน (ร้อยละ 71.9) ตำแหน่งในชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม. 109 คน (ร้อยละ 62.6) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้วัยเลือดออก 77 คน (ร้อยละ 44.3) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกเพื่อนบ้าน 41 คน (ร้อยละ 23.6) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้วัยเลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 92 คน (ร้อยละ 50)

แกนนำพื้นที่กลุ่มเสี่ยงต่ำ 6 หมู่บ้าน มีแกนนำเข้าร่วมโครงการโดยรวม 180 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 117 คน (ร้อยละ 65.0) ศาสนาพุทธ 177 คน (ร้อยละ 98.3) สถานภาพสมรสคู่ 136 คน (ร้อยละ 75.6) ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น 38 คน (ร้อยละ 21.7) อาชีพเกษตรกร 122 คน (ร้อยละ 68.2) ตำแหน่งในชุมชนของแกนนำผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. 81 คน (ร้อยละ 45) มี

ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 81 คน (ร้อยละ 45) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน 40 คนเท่านั้น (ร้อยละ 22.2) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 92 คน (ร้อยละ 50)

โดยรวมแกนนำพื้นที่ทั้ง 2 กลุ่มเสี่ยง 12 หมู่บ้าน มีแกนนำเข้าร่วมโครงการโดยรวมจำนวน 354 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 236 คน (ร้อยละ 66.7) ศาสนาพุทธ 350 คน (ร้อยละ 98.9) สถานภาพสมรสคู่ 273 คน (ร้อยละ 77.1) ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น 81 คน (ร้อยละ 23.5) อาชีพเกษตรกร 245 คน (ร้อยละ 70.0) ตำแหน่งขอบแกนนำที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. 190 คน (ร้อยละ 53.7) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 158 คน (ร้อยละ 44.6) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน 81 คนเท่านั้น (ร้อยละ 22.9) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 184 คน (ร้อยละ 52)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ พบว่าคุณลักษณะของแกนนำที่ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณลักษณะที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด และตำแหน่งในชุมชนของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ร้อยละข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูง เสี่ยงต่ำ และโดยรวม

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ	จำนวน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n=174)	เสี่ยงต่ำ (n= 180)	โดยรวม (n=354)		
เพศ				1.334	.513
ชาย	55(31.6)	62(34.4)	117(33.1)		
หญิง	119(68.4)	117(65.0)	236(66.7)		
ศาสนา				.944	.624
พุทธ	173(99.4)	177(98.3)	350(98.9)		
อิสลาม/คริสต์	1(.6)	3(1.7)	4(1.1)		
สถานภาพสมรส				.597	.742
โสด	9(5.2)	12(6.7)	21(5.9)		
คู่	137(78.7)	136(75.6)	273(77.1)		
แยก/หย่าร้าง	28(16.1)	32(17.8)	60(16.9)		
การศึกษาสูงสุด				18.723**	.009
ไม่ได้ศึกษา ☐	1(.6)	0(0)	1(.3)		
ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4) ☐	35(20.6)	46(11.4)	81(23.5)		
ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6) ☐	37(21.8)	20(35.1)	57(16.5)		

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ	จำนวน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n=174)	เสี่ยงต่ำ (n= 180)	โดยรวม (n=354)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)	22(12.9)	38(21.7)	60(17.4)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)	40(23.5)	28(16.0)	68(19.7)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) □	5(2.9)	10(5.7)	15(4.3)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	3(1.8)	9(5.4)	12(3.5)		
ปริญญาตรี	27(15.9)	24(13.7)	51(14.8)		
อาชีพหลัก					
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	123(71.9)	122(68.2)	245(70.0)	4.309	.635
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11(6.4)	9(5.0)	20(5.7)		
รับราชการ	14(8.2)	23(12.8)	37(10.6)		
ไม่ได้ทำงาน	3(1.8)	7(3.9)	10(2.9)		
รับจ้าง	14(8.2)	12(6.7)	26(7.4)		
แม่บ้าน	2(1.2)	3(1.7)	5(1.4)		
นักเรียน	4(2.3)	3(1.7)	7(2.0)		
ตำแหน่งในชุมชน					
คณะกรรมการหมู่บ้าน	34(19.5)	39(21.7)	73(20.6)	.244	.694
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	3(1.7)	3(1.7)	6(1.7)	.002	.967
สมาชิกชมรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน	37(21.3)	48(26.7)	85(24)	1.415	.263
ผู้นำชุมชน	16(9.2)	7(9.3)	23(6.5)	4.101	.052
ผู้นำศาสนา	3(1.7)	1(.6)	4(1.1)	1.081	.365
อสม.	109(62.6)	81(45)	190(53.7)	11.077**	.001
ครู	11(6.3)	16(8.93)	27(7.6)	.828	.426
อื่นๆ	20(11.5)	24(13.3)	44(12.4)	.275	.632
ประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก					
เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยตนเอง	8(4.6)	4(2.2)	12(3.4)	1.524	.252
มีสมาชิกในบ้าน	29(16.7)	37(20.6)	66(18.6)	.882	.413
มีประสบการณ์จากเพื่อนบ้าน	41(23.6)	40(22.2)	81(22.9)	.090	.801
อื่นๆ	6(3.4)	3(1.7)	9(2.5)	2.085	.353
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
	92(52.9)	92(51.1)	184(52)	.110	.740

* $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

สำหรับ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และจำนวนครั้งการได้รับการอบรม พบว่า พื้นที่เสี่ยงสูงมีแกนนำเข้าร่วมโครงการ

โดยรวม อายุเฉลี่ย 50.4 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 1,6190.8 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 34.6 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 9.8 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.5 ครั้ง

พื้นที่เสี่ยงต่ำมีแกนนำเข้าร่วมโดยรวมอายุเฉลี่ย 52.4 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 16,557.9 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 38.3 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 12.2 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.57 ครั้ง

โดยรวมพื้นที่ทั้งเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำมีแกนนำอายุเฉลี่ย 51.4 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 16377.4 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 36.5 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 11.10 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.5 ครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะดังกล่าวของแกนนำพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำพบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$ และ $P<.01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำ อำเภอหลานสกา

ข้อมูลส่วนบุคคล	แกนนำชุมชน $\bar{x}$ (SD)			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง(n=174)	เสี่ยงต่ำ(n=180)	โดยรวม(n=354)		
อายุ	50.4(12.2)	52.4(13.3)	51.4(12.7)	-1.494	.136
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	16,190.8(16,819.3)	16,557.9(18,965.2)	16377.4(200,000)	-.193	.847
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	34.6(16.7)	38.3(18.7)	36.5(17.8)	-1.979*	.049
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	9.8(6.6)	12.2(9.1)	11.1(8.1)	-2.750**	.006
จำนวนครั้งการได้รับการอบรม	1.5(2.5)	1.57(2.9)	1.5(2.7)	-.319	.750

* $P<.05$ ** $P<.01$ *** $P<.001$

4.2.1.2 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ของอำเภอหลานสกา

เมื่อพิจารณาในพื้นที่เสี่ยงสูง 6 หมู่บ้าน 174 คน พบว่า ระดับสมรรถนะแกนนำโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 177.9, 36.1) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 9 ด้าน ระดับสูง 4 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

สำหรับพื้นที่เสี่ยงต่ำจาก 6 หมู่บ้านจำนวน 180 คน พบว่า สมรรถนะแกนนำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$, SD= 184.0, 32.9) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่

สมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 9 ด้าน ระดับสูง 4 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมของ 12 หมู่บ้านเสี่ยงสูง (ของอำเภอ สกา 354 คน พบว่า โดยรวมระดับสมรรถนะระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 180.9, 34.5)) เมื่อพิจารณาใน รายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะแกนนำอยู่ในระดับปานกลาง 9 ด้าน มี ระดับสูง 4 ด้าน และสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ และพบว่าด้านการประเมิน ความต้องการ ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับ ชุมชน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ระดับและความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาใช้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอหลานสัก

สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหา ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน	ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน						T-Test
	เสี่ยงสูง (n=174)		เสี่ยงต่ำ(n= 180)		รวม (n=354)		
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
	$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		
1. ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	18.2(3.5)	สูง	18.1(3.1)	สูง	18.1(3.2)	สูง	.129
2. ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล	13.5(2.8)	สูง	13.4(3.1)	สูง	13.4(2.9)	สูง	.283
3. ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข	17.7(3.6)	สูง	17.9(3.3)	สูง	17.8(3.4)	สูง	-.781
4. ด้านการประเมินความต้องการ	14.2(4.6)	ปานกลาง	15.2(4.0)	ปานกลาง	14.6(4.2)	ปานกลาง	-2.168*
5. ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน	10.4(2.5)	สูง	10.9(2.3)	สูง	10.6(2.4)	สูง	-1.885
6. ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน	14.1(5.6)	ปานกลาง	15.3(4.4)	ปานกลาง	14.7(5)	ปานกลาง	-2.251*
7. ด้านการสื่อสารข้อมูล	13.9(5.1)	ปานกลาง	15.0(4.2)	ปานกลาง	14.4(4.6)	ปานกลาง	-2.304*
8. ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	11.7(3.5)	ปานกลาง	11.8(3.5)	ปานกลาง	11.7(3.4)	ปานกลาง	-.331
9. ด้านความสามารถของผู้เฝ้าศาสนา	6.7(6.2)	ต่ำ	7.0(6.3)	ต่ำ	6.8(6.2)	ต่ำ	-.436
10. ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน	11.5(4.0)	ปานกลาง	12.4(3.4)	ปานกลาง	11.9(3.7)	ปานกลาง	-2.196*
11. ด้านการจัดการทรัพยากร	11.2(3.1)	ปานกลาง	11.2 (3.0)	ปานกลาง	11.2(3)	ปานกลาง	-.133
12. ด้านความสามารถกลุ่มแกนนำหลัก	11.1(3.3)	ปานกลาง	11.2(3.2)	ปานกลาง	11.1(3.2)	ปานกลาง	-.512
13. ด้านการมีส่วนร่วม	11.5(3.3)	ปานกลาง	11.7(3.3)	ปานกลาง	11.6(3.2)	ปานกลาง	-.475
14. ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	12.4(3.4)	ปานกลาง	12.6(3.1)	ปานกลาง	12.4(3.2)	ปานกลาง	-.588
สมรรถนะแกนนำฯ โดยรวม	177.9(36.1)	ปานกลาง	184.0(32.9)	สูง	180.9(34.5)	ปานกลาง	-1.630

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

4.2.2 สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของอำเภอลานสกา

4.2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและต่ำ

ประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีประชาชนเข้าร่วมโครงการโดยรวม 635 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 409 คน (ร้อยละ 64.4) ศาสนาพุทธ 634 คน (ร้อยละ 99.8) สถานภาพสมรสคู่ 475 คน (ร้อยละ 74.8) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 240 คน (ร้อยละ 37.8) อาชีพเกษตรกรกรรม 415 คน (ร้อยละ 65.4) เท่ากัน มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 190 คน (ร้อยละ 29.9) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน 95 คน (ร้อยละ 15.0) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 117 คน (ร้อยละ 18.4)

ประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ มีประชาชนเข้าร่วมโครงการโดยรวม 607 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 415 คน (ร้อยละ 68.4) ศาสนาพุทธ 602 คน (ร้อยละ 99.5) สถานภาพสมรสคู่ 436 คน (ร้อยละ 71.8) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 430 คน (ร้อยละ 34.6) อาชีพเกษตรกรกรรม 349 คน (ร้อยละ 57.5) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 158 คน (ร้อยละ 26.0) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในครอบครัว 81 คน (ร้อยละ 13.3) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 130 คน (ร้อยละ 21.4)

ประชาชนของหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำโดยรวม 12 หมู่บ้าน รวมจำนวน 2,914 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 824 คน (ร้อยละ 66.3) ศาสนาพุทธ 1,236 คน (ร้อยละ 99.7) สถานภาพสมรสคู่ 911 คน (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 430 คน (ร้อยละ 34.6) อาชีพเกษตรกรกรรม 764 คน (ร้อยละ 61.5) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 348 คน (ร้อยละ 28.0) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในบ้าน และเพื่อนบ้านใกล้เคียงกัน 163 และ 161 คน (ร้อยละ 13.3 และ 13.0) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 247 คน (ร้อยละ 19.9)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชาชนของพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ อาชีพเกษตรกรกรรม และประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออกจากเพื่อนบ้าน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และ ($P < .05$) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ร้อยละข้อมูลทั่วไป และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง
เสี่ยงต่ำ และโดยรวม

ข้อมูลทั่วไป	ประชาชน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n=635)	เสี่ยงต่ำ (n=607)	โดยรวม (n=2,914)		
เพศ				2.179	.140
ชาย	226(35.6)	192(31.6)	418(33.7)		
หญิง	409(64.4)	415(68.4)	824(66.3)		
ศาสนา				1.103	.363
พุทธ	634(99.8)	602(99.5)	1,236(99.7)		
อิสลาม/คริสต์	1(.3)	3(.5)	4(.3)		
สถานภาพสมรส					
โสด	50(7.9)	58(9.6)	108(8.7)	1.672	.433
คู่	475(74.8)	436(71.8)	911(73.3)		
แยก/หรือหย่าร้าง	110(17.3)	113(18.6)	223(18.0)		
การศึกษาสูงสุด				14.036	.081
ไม่ได้ศึกษา ☐	10(1.6)	4(.7)	14(1.1)		
ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4) ☐	240(37.8)	190(31.3)	430(34.6)		
ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6) ☐	143(22.5)	140(23.1)	283(22.8)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)	78(12.3)	78(12.9)	156(12.6)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)	52(8.2)	78(12.9)	130(10.5)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐	19(3.0)	22(3.6)	41(3.3)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	31(4.9)	30(4.9)	61(4.9)		
ปริญญาตรี	51(8.0)	57(9.4)	108(8.7)		
อื่นๆ	11(1.7)	8(1.3)	19(1.5)		
อาชีพหลัก				20.660**	.004
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	415(65.4)	349(57.5)	764(61.5)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	74(11.7)	76(12.5)	150(12.1)		
รับราชการ	23(3.6)	30(4.9)	53(4.3)		
ไม่ได้ทำงาน	25(3.9)	29(4.8)	54(4.3)		
รับจ้าง	56(8.8)	66(10.8)	122(9.8)		
แม่บ้าน	18(2.8)	34(5.6)	52(4.2)		
นักศึกษา	23(3.6)	14(2.3)	37(3)		
อื่นๆ	1(.2)	9(1.5)	10(.8)		
เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยโรคไข้เลือดออก	190(29.9)	158(26.0)	348(28.0)	2.330	.130
แหล่งที่มาของประสบการณ์					
มีประสบการณ์ตนเองป่วย	21(3.3)	23(3.8)	44(3.5)	.211	.649
มีประสบการณ์จากสมาชิกในครอบครัว	82(12.9)	81(13.3)	163(13.3)	.051	.867
มีประสบการณ์จากเพื่อนบ้าน	95(15.0)	66(10.9)	161(13.0)	4.596*	.035

ข้อมูลทั่วไป	ประชาชน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n=635)	เสี่ยงต่ำ (n=607)	โดยรวม (n=2,914)		
มีประสบการณ์จากแหล่งอื่นๆ	6(.9)	5(.8)	11(.9)	.052	.820
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
เคยได้รับการอบรม	117(18.4)	130(21.4)	247(19.9)	1.743	.201

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

สำหรับ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และจำนวนครั้งการได้รับการอบรม ของประชาชน พบว่า ประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูง เข้าร่วม 1,322 คน อายุเฉลี่ย 51 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,555.5 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 38.1 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.3 ครั้ง

หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ มีประชาชนนำเข้าร่วม 1,593 อายุเฉลี่ย 50.9 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,626.8 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 34.9 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.4 ครั้ง

โดยรวมพื้นที่ทั้งเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำมีแกนนำเข้าร่วมโครงการจำนวน 2,915 คน อายุเฉลี่ย 50(15)ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,590 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 36.5 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.3 ครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะดังกล่าวของประชาชนพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของอำเภอลานสกา

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประชาชน $\bar{x}$ (SD)			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง (n=1,322)	เสี่ยงต่ำ(n=1,593)	รวม (n=2,915)		
อายุ	51(14.4)	50.9(14.4)	50.9(14.6)	.224	.823
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	12,555.5(11373)	12,626.8(11826)	12,590(11592)	-.108	.914
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	38.1(18.9)	34.9(18.9)	36.5(19)	2.925**	.004
จำนวนการได้รับการอบรม	.3(1.0)	.4(1.2)	.3(1.1)	-1.243	.213

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

4.2.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ในหมู่บ้านเสี่ยงสูงเสี่ยงต่ำ และโดยรวม ของอำเภอลานสกา

พื้นที่เสี่ยงสูง พบว่าสมรรถนะประชาชนของ 6 หมู่บ้าน 635 คน มีระดับสมรรถนะประชาชน โดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 173.7, 33.6) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน ระดับสูง 4 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

สำหรับพื้นที่เสี่ยงต่ำ จาก 6 หมู่บ้าน 607 คน พบว่า สมรรถนะประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD = 168.7, 31.8) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า สมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 7 ด้าน มีระดับสูง 3 ด้าน ระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

สมรรถนะประชาชน ของหมู่บ้านเสี่ยงสูง และเสี่ยงต่ำ (12 หมู่บ้าน) โดยรวม 1,242 คน พบว่า โดยรวมระดับสมรรถนะระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 171.2, 32.8) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน มีระดับสูง 3 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ โดยรวมพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ส่วนในรายด้าน พบว่า ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) และด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข ด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ระดับและความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาใช้เลือดออกในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอลานสกา

สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหา ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน	ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน อำเภอลานสกา						
	เสี่ยงสูง (n= 635)		เสี่ยงต่ำ(n= 607)		รวม (n= 1,242)		T-Test
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
	$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		
1. ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	17.2(3.1)	สูง	16.7(3.3)	สูง	16.9(3.1)	สูง	.388
2. ด้านภาวะผู้นำของตัวบุคคล	16.1(3.2)	สูง	15.8(3.3)	ปานกลาง	15.9(3.2)	ปานกลาง	1.476
3. ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา	7.7(6.1)	ต่ำ	7.2 (6.1)	ต่ำ	7.4(6.0)	ต่ำ	2.381*
4. ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	21.9(5.0)	ปานกลาง	21.4(5.0)	ปานกลาง	21.6(4.9)	ปานกลาง	1.450
5. ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข	21.9(3.7)	สูง	21.5(3.9)	สูง	21.6(3.7)	สูง	.179
6. ความรู้สึกร่วมกับชุมชน	14.3(2.7)	สูง	14.4(2.5)	สูง	14.3(2.5)	สูง	-.111
7. ด้านการสื่อสารข้อมูล	18.9(6.5)	ปานกลาง	17.6(7.1)	ปานกลาง	18.2(6.8)	ปานกลาง	4.862***
8. ด้านการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	12.9(3.3)	ปานกลาง	12.7(2.9)	ปานกลาง	12.8(3.1)	ปานกลาง	.392
9. ด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก	17.4(5.0)	ปานกลาง	16.2(5.2)	ปานกลาง	16.8(5.1)	ปานกลาง	4.479***
10. ด้านการจัดการทรัพยากร	11.1(3.1)	ปานกลาง	11.1(3.4)	ปานกลาง	11.0(3.2)	ปานกลาง	-.722
11. ด้านการประเมินความต้องการฯ	14.4(4.3)	ปานกลาง	14.07(4.1)	ปานกลาง	14.2(4.2)	ปานกลาง	1.630
สมรรถนะประชาชนโดยรวม	173.7(33.6)	ปานกลาง	168.7(31.8)	ปานกลาง	171.2(32.8)	ปานกลาง	2.557*

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอลานสกา

4.3.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

4.3.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

4.3.1.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

(1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.752	1.330
ชาย	.836	1.196
พุทธ	.911	1.097
เกษตรกรรม	.141	7.081
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.328	3.048
รับราชการ	.345	2.902
ไม่ได้ทำงาน	.551	1.814
รับจ้าง	.272	3.672
แม่บ้าน	.362	2.760
โสด	.600	1.667
แต่งงาน	.573	1.745
ระดับการศึกษา	.887	1.128
รายได้	.864	1.158
การอบรม	.924	1.083
ประสบการณ์การป่วย	.911	1.098

(2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.771 (ดังตารางที่ 4.21) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่าง ๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 1 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย และระดับการศึกษา (ดังตารางที่ 4.20) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุ

แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้มีจำนวน 2 ตัว คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย และระดับการศึกษาของบุคคลที่เป็นแกนนำ โดยปรากฏว่าเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 6.1 ($R^2 = .061$) ผลดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับ ราชการ	ไม่ได้ ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับ การ ศึกษา	รายได้	การ อบรม	ประสพ การณ์ การ ป่วย	สมรรถนะ ชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.202**	1														
พุทธ	-.041	-.030	1													
เกษตรกรรม	.062	.165**	.228**	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.060	-.106*	-.113*	-.367**	1											
รับราชการ	-.014	.040	-.011	-.338**	-.088	1										
ไม่ได้ทำงาน	.241**	.000	-.082	-.209**	-.055	-.050	1									
รับจ้าง	-.158**	-.050	-.150**	-.422**	-.111*	-.102*	-.063	1								
แม่บ้าน	-.042	-.173**	-.016	-.325**	-.085	-.078	-.048	-.098	1							
โสด	-.153**	.060	.030	-.049	.046	.027	.061	-.042	-.041	1						
แต่งงาน	-.153**	.078	.057	.051	.008	.007	-.161**	.068	-.027	-.552**	1					
ระดับการศึกษา	-.184**	.080	.069	.088	.035	.032	-.112*	.040	-.145**	-.053	.218**	1				
รายได้	-.044	.090	.058	-.048	-.002	.251**	-.028	-.029	-.101*	.020	.150**	.042	1			
การอบรม	-.035	-.109	.080	.094	-.017	-.130**	-.053	-.036	.107*	-.013	.051	.046	-.041	1		
ประสพการณ์การป่วย	.029	-.080	-.010	.100*	-.018	-.061	-.104*	-.027	-.028	-.100*	.065	.039	.144**	.149**	1	
สมรรถนะชุมชน	.001	-.033	.079	.088	-.012	.053	.001	-.036	-.088	.059	-.036	.147**	.024	.120*	.204**	1

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

4.3.1.1.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ตารางที่ 4.22 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

	b	SE _b	β	t-test	p-value
ประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย (EX)	.280	.069	.199	4.081***	.000
ระดับการศึกษา (EDU)	.856	.300	.139	2.847**	.005
ค่าคงที่	1.741	.299			
$R^2 = .061$, Durbin Watson = 1.271					

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 1.741 + .280EX^{***} + .856EDU^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า แกนนำที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีสมรรถนะในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 2.877 หน่วยคะแนน ทั้งนี้ปัจจัยประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย และระดับการศึกษามีผลทางบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z_{\hat{Y}} = .199Z_{EX}^{***} + .139Z_{EDU}^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient) แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย และระดับการศึกษาของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้สูงกว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาของแกนนำ

4.3.1.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

4.3.1.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ การวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยมีตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรม อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการให้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.750	1.333
ชาย	.865	1.156
พุทธ	.972	1.029
เกษตรกรรม	.106	9.430
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.314	3.180
รับราชการ	.237	4.217
ไม่ได้ทำงาน	.368	2.715
รับจ้าง	.285	3.513
แม่บ้าน	.370	2.702
โสด	.598	1.672
แต่งงาน	.532	1.881

ปัจจัย	tolerance	VIF
ระดับการศึกษา	.967	1.034
รายได้	.922	1.085
การอบรม	.876	1.141
ประสบการณ์การป่วย	.872	1.147

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือ การวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.794 (ดังตารางที่ 4.24) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่างๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้ คือ สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปรากฏว่า มีปัจจัย 3 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับราชการ การอบรม และประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย (ดังตารางที่ 4.23) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้เพียง 2 ตัว คือ การอบรม และการรับราชการซึ่งมีผลเชิงบวกต่อ สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 8.0 ($R^2 = .080$) ผลดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับ ราชการ	ไม่ได้ ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับ การ ศึกษา	รายได้	การ อบรม	ประสพ การณ์ การ ป่วย	สมรรถนะ ชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.114*	1														
พุทธ	-.051	-.010	1													
เกษตรกรรม	.074	.140**	-.002	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.143**	-.122*	.031	-.365**	1											
รับราชการ	-.098*	-.041	-.030	-.461**	-.070	1										
ไม่ได้ทำงาน	.258**	.004	.025	-.299**	-.045	-.057	1									
รับจ้าง	-.094	-.023	.033	-.399**	-.060	-.076	-.049	1								
แม่บ้าน	.065	-.159**	-.071	-.309**	-.047	-.059	-.038	-.051	1							
โสด	-.069	.002	-.100	-.026	-.029	.076	-.056	-.038	-.058	1						
แต่งงาน	-.265**	.172**	.017	.107*	.027	-.024	-.229**	.024	-.009	-.533**	1					
ระดับการศึกษา	-.134**	-.061	-.006	-.031	.011	.014	.009	.013	.010	.014	.089	1				
รายได้	-.010	.069	-.003	-.038	.009	.219**	-.102*	-.057	-.055	-.015	.099*	.019	1			
การอบรม	-.092	-.056	.041	.059	-.026	-.104*	.014	-.008	.024	.011	.024	.021	-.042	1		
ประสพการณ์การป่วย	-.135**	.020	.011	-.024	.066	-.037	-.024	.012	.022	.006	.102*	.034	.050	.316**	1	
สมรรถนะชุมชน	.014	-.021	-.004	-.055	.004	.132**	-.003	.056	-.071	.005	-.033	.071	.054	.235**	.144**	1

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

4.3.1.2.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ตารางที่ 4.25 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.070	.013	.251	5.323***	.000
รับราชการ (GOV)	.380	.114	.158	3.337**	.001
ค่าคงที่	2.596	.030			
R ² = .080, Durbin Watson = 1.155					

** p-value < .01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.596 + .070TR^{***} + .380GOV^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า แกนนำที่มีการอบรม และรับราชการจะมีสมรรถนะในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 3.046 หน่วยคะแนน โดยที่ปัจจัยการอบรมของแกนนำและแกนนำที่รับราชการเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z\hat{Y} = .251Z_{TR}^{***} + .158Z_{GOV}^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient) แสดงให้เห็นว่าการอบรม และการรับราชการของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ โดยการอบรมของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำสูงกว่าการรับราชการของแกนนำ

4.3.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

4.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรค

ไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

4.3.2.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามารวมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนา พุทธ อาชีพเกษตรกรรม อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการให้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.726	1.378
ชาย	.909	1.100
พุทธ	.994	1.006
เกษตรกรรม	.135	7.423
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.250	4.007
รับราชการ	.467	2.142
ไม่ได้ทำงาน	.448	2.231
รับจ้าง	.294	3.400
แม่บ้าน	.539	1.855
โสด	.595	1.680

ปัจจัย	tolerance	VIF
แต่งงาน	.615	1.626
ระดับการศึกษา	.953	1.049
รายได้	.811	1.233
การอบรม	.949	1.054
ประสบการณ์การป่วย	.915	1.093

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.045 (ดังตารางที่ 4.27) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่างๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม (ในที่นี้คือสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง) ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 6 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ศาสนาพุทธ อาชีพรับราชการ แม่บ้าน ระดับการศึกษา การอบรม และประสบการณ์การป่วย (ดังตาราง 4.27) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้จำนวน 6 ตัว คือ การอบรม ประสบการณ์การป่วย สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร อาชีพแม่บ้าน ศาสนาพุทธ และประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซึ่งปรากฏว่า ปัจจัยด้านการอบรม ประสบการณ์การป่วย อาชีพเกษตรกร และนับถือศาสนาพุทธ มีผลเชิงบวกต่อ สมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ในขณะที่ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และศาสนาพุทธ มีผลเชิงลบต่อสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$) ผลดังตาราง 4.28

ตารางที่ 4.27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณ์การป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.080**	1														
พุทธ	.101	.012	1													
เกษตรกรรม	.154**	.066*	.172**	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.098**	-.052	-.042	-.402**	1											
รับราชการ	.004	.036	.045	-.202**	-.076**	1										
ไม่ได้ทำงาน	.181**	.008	.019	-.231**	-.086**	-.043	1									
รับจ้าง	-.145**	.037	-.080**	-.463**	-.173**	-.087**	-.099**	1								
แม่บ้าน	-.013	-.176**	-.043	-.260**	-.097**	-.049	-.056*	-.112**	1							
โสด	-.179**	-.036	-.018	-.068*	-.002	-.014	.024	.000	-.028	1						
แต่งงาน	-.146**	.152**	-.019	.072**	.023	.019	-.151**	-.001	-.002	-.553**	1					
ระดับการศึกษา	-.419**	-.016	.038	-.224**	.138**	.365**	-.060*	-.042	-.017	.181**	.008	1				
รายได้	-.069*	.038	.031	-.121**	.106**	.301**	-.071*	-.058*	-.043	.025	.061*	.265**	1			
การอบรม	.016	-.001	.048	.044	-.046	.043	-.035	.015	-.018	.006	.000	.011	.138**	1		
ประสบการณ์การป่วย	-.118**	-.094**	-.047	-.011	-.034	.062*	-.054*	.003	.039	-.032	.050	.057*	-.047	-.006	1	
สมรรถนะชุมชน	.040	-.047	.088**	.107**	-.060*	.049	-.025	-.004	-.090**	.018	-.067*	-.018	.003	.179**	.096**	1

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

4.3.2.1.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ตารางที่ 4.28 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.045	.007	.171	6.454***	.000
ประสบการณ์การป่วย (EX)	.172	.043	.107	4.018***	.000
สถานภาพสมรส (MA)	-.128	.045	-.077	-2.882**	.004
เกษตรกร (FM)	.103	.039	.074	2.642**	.008
แม่บ้าน (HO)	-.208	.081	-.070	-2.552*	.011
ศาสนาพุทธ (BU)	.219	.086	.069	2.560*	.011
ค่าคงที่	2.569	.09			
$R^2 = .066$, Durbin Watson = 1.142					

* p-value < .05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value < .01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

*** p-value < .001 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001)

4.3.1.2.3 สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.569 + .045TR^{***} + .172EX^{***} - .128MA^{**} + .103FM^{**} - .208HO^* + .219BU^*$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มขึ้น 2.600 หน่วยคะแนน ถ้าประชาชนมีการอบรมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีประสบการณ์ป่วยเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีสถานภาพการสมรส มีอาชีพเกษตรกร เป็นแม่บ้าน และการนับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .01 และ .05 ตามลำดับ โดยปัจจัยการอบรม ประสบการณ์ป่วย อาชีพเกษตรกร และการนับถือศาสนา มีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ส่วนปัจจัยสถานภาพการสมรส และแม่บ้าน มีผลทางลบต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z\hat{y} = .171Z_{TR}^{***} + .107Z_{EX}^{***} - .077Z_{MA}^{**} + .074Z_{FM}^{**} - .070Z_{HO}^{*} + .069Z_{BU}^{*}$$

สำหรับสมการมาตรฐานของปัจจัยที่ใช้ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในที่นี้ แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงมีปัจจัยการอบรม ประสบการณ์ป่วย สถานภาพการสมรส อาชีพเกษตรกร แม่บ้าน และการนับถือศาสนาที่ใช้ทำนายสมรรถนะได้ โดยที่ปัจจัยการได้รับการอบรมเป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้สูงที่สุด รองลงมาคือ ประสบการณ์ป่วย สถานภาพการสมรส อาชีพเกษตรกร แม่บ้าน และการนับถือศาสนา ตามลำดับ

4.3.2.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

4.3.2.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

การวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยมีตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้าร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

(1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กลยา วานิษฐ์ปัญญา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการ
แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.675	1.482
ชาย	.938	1.066
พุทธ	.976	1.024
เกษตรกรรม	.133	7.527
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.254	3.932
รับราชการ	.422	2.369
ไม่ได้ทำงาน	.403	2.479
รับจ้าง	.271	3.686
แม่บ้าน	.401	2.493
โสด	.571	1.752
แต่งงาน	.590	1.696
ระดับการศึกษา	.967	1.034
รายได้	.725	1.380
การอบรม	.958	1.043
ประสบการณ์การป่วย	.952	1.050

(2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือ การวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะ ตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความ คลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.231 (ดังตารางที่ 4.31) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่าง ๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 4 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกใน กลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด การอบรม และ

ประสบการณ์การป่วย (ดังตาราง 4.30) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้จำนวน 4 ตัว คือ การอบรม อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ครอบครัว และ อาชีพแม่บ้าน ซึ่งปรากฏว่า ปัจจัยด้านการอบรม และประสบการณ์การป่วย มีผลเชิงบวกต่อ สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ในขณะที่ปัจจัยด้านศาสนาพุทธ สถานภาพโสด และเพศชายมีผลเชิงลบต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทั้ง 4 ตัวมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 3.3 ($R^2 = .033$) ผลดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณ์การป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	-.061	1														
พุทธ	-.055	.062	1													
เกษตรกรรม	.090*	.105**	.032	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.041	-.011	.034	-.440**	1											
รับราชการ	-.008	.074	.021	-.265**	-.086*	1										
ไม่ได้ทำงาน	.302**	-.086*	-.065	-.261**	-.085*	-.051	1									
รับจ้าง	-.184**	-.078	-.027	-.406**	-.132**	-.080*	-.078	1								
แม่บ้าน	-.033	-.089*	.022	-.283**	-.092*	-.056	-.055	-.085*	1							
โสด	-.278**	.044	-.032	-.095*	.046	.029	-.020	.030	-.055	1						
แต่งงาน	-.146**	.103*	.024	.143**	-.040	.041	-.134**	-.099*	.025	-.519**	1					
ระดับการศึกษา	.120**	.076	.007	-.012	.031	-.019	.077	-.028	-.020	.043	-.040	1				
รายได้	-.108**	.101*	.036	-.142**	.072	.446**	-.128**	-.113**	-.048	-.028	.177**	-.035	1			
การอบรม	.001	-.034	-.042	.034	-.052	.056	-.022	-.045	.008	.027	.002	-.012	.016	1		
ประสบการณ์การป่วย	-.073	-.048	.013	-.037	.025	.021	-.010	-.026	.002	-.014	-.004	-.002	.015	.168**	1	
สมรรถนะชุมชน	-.048	.052	-.071	-.079	.061	.005	-.038	.020	.036	-.010	-.035	.005	.062	.118**	-.030	1

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

4.3.2.2.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ตารางที่ 4.31 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.072	.016	.118	4.550***	.000
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (OW)	.230	.056	.108	4.134***	.000
รายได้ครอบครัว (IN)	.000003	.000	.069	2.657**	.008
แม่บ้าน (HO)	.173	.080	.056	2.145*	.032
ค่าคงที่	2.627	.026			
$R^2 = .033$, Durbin Watson = 1.302					

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

*** p-value <.001 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.627 + .072TR^{***} + .230OW^{***} + .000003IN^{**} + .173HO^*$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มขึ้น 3.102003 หน่วยคะแนน ถ้าประชาชนมีการอบรมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วยรายได้ และเป็นแม่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .01 และ .05 ตามลำดับ โดยปัจจัยการอบรม อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ และการเป็นแม่บ้าน มีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z_{\hat{Y}} = .118Z_{TR}^{***} + .108Z_{OW}^{***} + .069Z_{IN}^{**} + .056Z_{HO}^*$$

สำหรับสมการมาตรฐานของปัจจัยที่ใช้ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในที่นี้ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยการอบรม อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ และการเป็นแม่บ้าน มีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้ โดยที่ปัจจัยการได้รับการอบรมเป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้สูงที่สุด รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ และการเป็นแม่บ้าน ตามลำดับ

4.4 สรุปผลการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกา 2) ระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกา และ 3) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอลานสกา ดำเนินการในพื้นที่ 5 ตำบลของอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเมินพื้นที่เสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ในความรับผิดชอบของ 9 รพ.สต. รวมทั้งหมด 12 หมู่บ้านแบ่งเป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูง จำนวน 6 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 6 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่ที่มีแกนนำของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมอบรมและฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินสมรรถนะแกนนำจำนวน 354 คน (บ้าน 354 หลัง) และประเมินสมรรถนะประชาชน จำนวน 1,242 คน (บ้าน 1,242 หลัง) วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนที่เป็นการประเมินสถานการณ์ปัญหาได้แก่ ระดับพื้นที่เสี่ยง ข้อมูลลักษณะชุมชน ดัชนีลูกน้ำยุงลายของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำเทียบกับค่าดัชนีลูกน้ำมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน เปรียบเทียบความแตกต่าง และวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน โดยผลการศึกษาพบว่า

1) สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของอำเภอลานสกา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกจากเกณฑ์การประเมินปัจจัยด้านความรุนแรง และปัจจัยด้านโอกาส โดยพบว่าคะแนนที่ได้จากการประเมินพื้นที่ในการระบุความเสี่ยงสูงและต่ำ โดยมีคะแนนที่ 14 ที่เป็นจุดตัดหรือแบ่งระดับ ลักษณะชุมชนของบ้านแกนนำและบ้านประชาชนเป็นชุมชนชนบท บ้านเดี่ยวชั้นเดียว ใช้น้ำประปา ตีมน้ำบ่อและน้ำถัง ห้องน้ำห้องส้วมอยู่ในบ้าน ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุดของบ้านแกนนำเสี่ยงสูงและต่ำ คือ ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน และภาชนะอื่นๆนอกบ้าน (ร้อยละ 6.7 และ 25) ตามลำดับ ขณะที่ภาชนะที่พบมากที่สุดของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำคือ ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน และภาชนะรองงาช้างนอกบ้าน (ร้อยละ 12.5 และ 8.6) ตามลำดับ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (BI, HI, CI) โดยรวมของบ้านแกนนำและประชาชนสูงกว่าค่ามาตรฐานทั้ง 2 พื้นที่ (BI, HI,

CI= 246, 13.4, 3.9 และ 281, 11.4, 3.4) ตามลำดับ โดยบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI ใกล้เคียงกับหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ และบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI ใกล้เคียงกับหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มแกนนำของแต่ลหมู่บ้านทั้งในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า การรับรู้สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน “มองไม่เห็นปัญหาและความรุนแรงของโรค” “ขาดความร่วมมือต้องรอให้มีการระบาด” “สิ่งแวดล้อมและคนเป็นเหตุ” “เชื่อมาจากคนนอก” “ขาดระบบส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน” “งบประมาณเรื่องโรคไข้เลือดออกมีจำกัด” ประเด็นการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน “ควรวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่อนามัยในการให้ความรู้แก่ประชาชนให้มีความตระหนักว่าต้องช่วยกันแก้ปัญหาไข้เลือดออกนั้นถือว่าเป็นปัญหาของทุกคน” “...เราต้องมีการรณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนักว่าไข้เลือดออกนั้นเป็นปัญหาของทุกคนซึ่งต้องช่วยกันแก้ปัญหา”

2) ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน พบว่า ระดับสมรรถนะโดยรวมของแกนนำของหมู่บ้านเสี่ยงสูงในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ (SD): 177.9(36.1) และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีระดับสูง 184.0(32.9) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำรายด้าน (Domain) พบว่า สมรรถนะแกนนำจำนวน 14 ด้าน ของหมู่บ้านเสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 9 ด้าน ระดับสูง 4 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา ส่วนสมรรถนะแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำรายด้าน พบว่ามีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน ระดับต่ำ 2 ด้าน และระดับต่ำมาก 1 ด้านคือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าในรายด้านพบว่าด้านการประเมินความต้องการ ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชน ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน ของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ตามลำดับ

ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน พบว่า สมรรถนะโดยรวมของแกนนำของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ (SD): 137.3(33.6) และ 168.7(31.8)) ตามลำดับ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) เมื่อพิจารณามรรถนะแกนนำรายด้าน (Domain) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน ระดับสูง 4 ด้าน และระดับสมรรถนะต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา ส่วนสมรรถนะแกนนำของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะปานกลาง 6 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ 2 พื้นที่ พบว่า สมรรถนะด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านสมรรถนะแกนนำหลักของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ($P<.001$) และ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา ($P<.05$)

3) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชน จำแนกเป็นปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า

ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ ($P<.001$) และร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 6.1 ($R^2 = .061$)

ส่วนปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ได้แก่ การอบรม และ อาชีพรับราชการ ($P < .001$ และ $P < .01$) และพบว่าร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 8.0 ($R^2 = .080$)

ส่วนสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง พบว่า ปัจจัยสัมพันธ์ได้แก่ การอบรม ประสบการณ์การป่วย สถานภาพสมรส เกษตรกร แม่บ้าน และศาสนาพุทธ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$) โดยการอบรม ประสบการณ์การป่วย เกษตรกร และศาสนาพุทธ เป็นปัจจัยทางบวก ส่วน สถานภาพสมรส และ แม่บ้าน เป็นปัจจัยทางลบต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง สำหรับสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า ปัจจัยด้านการอบรม อาชีพค้าขาย รายได้ครอบครัวและแม่บ้านมีความสัมพันธ์ และร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 3.3 ($R^2 = .033$)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย ระดับการศึกษา การอบรม และอาชีพรับราชการเป็นปัจจัยทำนายทางบวกต่อสมรรถนะแกนนำ ส่วนปัจจัยด้านการอบรมสามารถทำนายสมรรถนะประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ดังนั้นการจัดการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องมีการคัดสรรแกนนำที่มีระดับการศึกษา มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เพื่อทำหน้ามรการสร้างสมรรถนะให้แก่ประชาชนโดยเน้นการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับกลุ่มแกนนำเองและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ตลอดจนการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและหมู่บ้านได้ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะหรือความสามารถของแกนนำและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง เช่น พัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาสมรรถนะชุมชนโดยรวมได้ทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชน

บทที่ 5 ผลการศึกษา

สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรค ไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช : กรณีอำเภอสิชล

ผลการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอสิชล 2) ระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอสิชล และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

5.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอสิชล

สถานการณ์ปัญหาของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงของอำเภอสิชล แบ่งเป็นการแบ่งพื้นที่อำเภอเสี่ยงต่ำ สภาพแวดล้อมของชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ ประเภทของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และดัชนีลูกน้ำยุงลาย

5.1.1 ข้อมูลหมู่บ้านที่ได้ประเมินคัดเลือกหมู่บ้านเสี่ยง การเตรียมความพร้อมในการประเมินพื้นที่เสี่ยงและแผนดำเนินการในการประเมินสมรรถนะของอำเภอสิชล โดยมีการประชุมตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 ตำบล ประเมินจากเกณฑ์การกำหนดพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ แบ่งเป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูง 18 หมู่บ้านและหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 18 หมู่บ้าน รวมแกนนำทั้งหมด 465 คน แบ่งเป็นแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง 225 คน แกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 240 คน และประชาชนทั้งหมด 1,353 คน แบ่งเป็นประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูง 703 คน และประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 832 คน ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และจำนวนหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการของอำเภอสีชล

พื้นที่ดำเนินการ			จำนวนผู้ร่วมประเมินสมรรถนะชุมชน			
			เสียงสูง(คน)		เสียงต่ำ (คน)	
ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	หมู่บ้านเสียงสูงและต่ำ	แกนนำ	ประชาชน	แกนนำ	ประชาชน
1.ตำบลสีชล	รพ.สีชล /เทศบาลสีชล	ม. 5,6	23	70	25	96
2.ตำบลทุ่งปรี้ง	รพ.สต. บ้านจอมพิบูลย์	ม.5,8	25	102	20	79
3.ตำบลฉลอง	รพ.สต. บ้านในดอน	ม. 10	29	55	-	-
	รพ.สต. บ้านท่าควาย	ม.7	-	-	31	102
4.ตำบลเสาเภา	รพ.สต. บ้านนาแล	ม. 3	-	-	28	80
	รพ.สต. บ้านต้นเหียง	ม.16	27	93	-	-
5. ตำบลเปลี่ยน	รพ.สต. บ้านเปลี่ยน	ม.13	-	-	23	85
	รพ.สต. บ้านท่าหิน	ม. 9	25	86	-	-
6. ตำบลสีซิด	รพ.สต. บ้านสีซิด	ม.3	-	-	28	105
	รพ.สต. บ้านเกร็ดแรด	ม. 13	22	30	-	-
7.ตำบลเทพราช	รพ.สต. บ้านเทพราช	ม.9	30	100	-	-
	รพ.สต. บ้านน้ำฉา	ม.3	-	-	30	114
8.ตำบลเขาใหญ่	รพ.สต.เขาน้อย	ม. 1,5	28	116	30	102
9. ตำบลทุ่งไส	รพ.สต.บ้านเขาฝ้าย	ม. 1,4	16	51	25	69
รวม 9 ตำบล	13 รพ.สต./ 1 รพ.	18หมู่บ้าน	225	703	240	832

ผลการประเมินหมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของอำเภอสีชล

อำเภอสีชล ประกอบด้วย 9 ตำบล ได้แก่ ตำบลสีชล ตำบลทุ่งปลั่ง ตำบลฉลอง ตำบลเสาเภา ตำบลเปลี่ยน ตำบลสี่ขีด ตำบลเทพราช และตำบลเขาน้อย

5.1.1.1 ตำบลสีชล

ตำบลสีชลประกอบด้วย 1) ตลาดสีชล 2) บ้านนาลึก 3) บ้านปากน้ำ 4) บ้านนาหอม 5) บ้านบางฉาง 6) บ้านเหนือ 7) บ้านสระสี่มุม 8) บ้านคลองพอ 9) บ้านดอนนาม 10) บ้านคลองตาโป ทั้งนี้พื้นที่ที่จะแบ่งความรับผิดชอบของเทศบาลสีชล และองค์การบริหารส่วนตำบลสีชลโดยมีโรงพยาบาลสีชลรับผิดชอบร่วมกับเทศบาลซึ่งมี 10 ชุมชน เมื่อดำเนินการประเมิน พบว่า หมู่ที่ 5 บ้านบางฉาง เป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูง และหมู่ที่ 6 เป็นหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลสีชล อำเภอสีชล

ตำบลสีชล	ค่า คะแนน	หมู่ที่									
		1	2	3	4	5**	6*	7	8	9	10
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก											
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	3	2	4	1	4	0	2	2	3	0
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity)	1-5	4	3	4	4	4	0	1	2	1	0
1.3 อุบัติการณ์โรคในปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	8	6	9	6	9	1	4	5	9	3
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด											
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	4	3	4	2	4	2	2	2	2	2
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	8	9	9	7	10	7	7	7	7	7
* ระดับความเสี่ยง	6-28	16	15	18	13	19	8	11	12	16	10

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
เทศบาล	10 ชุมชน		
รพ. สีชล	1 ถึง 10	5**	6*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1.2 ตำบลทุ่งปลั่ง

ตำบลทุ่งปลั่ง อำเภอสีชล ประกอบด้วย 16 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านเขาเหล็ก (พังทัวควาย) 2) บ้านทุ่งใหญ่ 3) บ้านต้นจันทร์ 4) บ้านนาหม้า 5) บ้านทุ่งคม 6) บ้านถนนตก 7) บ้านปลายทอน 8) บ้านหนองเต่า 9) บ้านท่าควาย 10) บ้านจอมพิบูลย์ 11) บ้านทุ่งไม้เรียง 12) บ้านโนไร่ 13) บ้านถนนพาด 14) บ้านเขาเหล็ก 15) บ้านชายเขา และ 16) บ้านท่าเขียว โดยมี รพ.สต. บ้านจอมพิบูลย์ รับผิดชอบดูแลสุขภาพ เมื่อดำเนินการประเมินตามเกณฑ์พบว่า หมู่ที่ 5 บ้านทุ่งคม เป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูง และหมู่ที่ 8 เป็นหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลทุ่งปลั่ง อำเภอสีชล

ตำบลทุ่งปรัง	ค่า คะแนน	หมู่ที่															
		1	2	3	4	5* *	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก																	
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	1	3	1	0	0
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	1	1	2	1	4	2	3	1	1	2	1	4	2	4	5	5
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	1	5	3	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	5	4	6	9	10	5	6	4	6	5	6	6	6	6	6	6
2.ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด																	
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	3	2	4	2	3	3	5		4	4	3	3	4	3	3	3
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	2	3	2	1	1
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	6	6	8	6	7	7	9	2	8	8	5	6	8	6	5	5
ระดับความเสี่ยง	6-28	11	10	14	5	17	2	5	6	4	3	1	2	4	2	1	1

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านจอมพิบูลย์	1 ถึง 16	5**	8*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1.3 ตำบลลอง

ตำบลลอง อำเภอสีชล ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน 1) บ้านท่าควาย 2) บ้านคลองไทร 3) บ้านทุ่งเจ้าไชย 4) บ้านดอนม่วง 5) บ้านในดอน 6) บ้านทุ่งนอก 7) บ้านโพเสด็จ 8) บ้านห้วยชำ 9) บ้านพังงา 10) บ้านวังสาน และ 11) บ้านเขากิว โดยมี รพ.สต. บ้านท่าควาย รับผิดชอบหมู่ที่ 1, 3, 4, 7, และ 11 ส่วน รพ.สต. บ้านในดอน รับผิดชอบดูแลสุขภาพหมู่ที่ 2,5,6,8,9,และ 10 เมื่อดำเนินการประเมิน พบว่า หมู่ที่ 7 เป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ท่าควาย และหมู่ที่ 10 เป็นหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านในดอน ดังตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.4 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลบ้านลอง อำเภอสีชล

ตำบลลอง	ค่าคะแนน	หมู่ที่										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค												
ไข้เลือดออก												
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	2	1	3	1	2	2	1	1	2	3	0
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	1	4	2	3	3	3	1	5	5	4	5
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	5	1	1	1	1	1	3	5	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	4	6	10	5	6	6	3	7	10	12	8
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด												
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	6	7	6	6	6	7	6	6	6	6	6
ระดับความเสี่ยง	6-28	10	13	16	11	12	13	9*	13	16	18**	14

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านท่าควาย	1,3,4,7,11		7*
รพ.สต. บ้านในดอน	2,5,6,8,9,10	10**	

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1.4 ตำบลเสาเภา

ตำบลเสาเภา อำเภอสหัส ประกอบด้วย 15 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านขุนจันทร์ 2) บ้านเสาเภา 3) บ้านน้ำหัก 4) บ้านบ้านนาแล 5) บ้านต้นเหียง 6) บ้านท่าเขียว 7) บ้านบางดี 8) บ้านหัวแรด 9) บ้านทุ่งครั่ง 10) บ้านถนนตก 11) บ้านเขาคา 12) บ้านปากดวด 13) บ้านถนนตก 14) บ้านสระกรูด 15) บ้านราชพฤกษ์ 16) บ้านหัวเลี้ยวต้นโสน มี รพ. สต. บ้านต้นเหียง รับผิดชอบหมู่ที่ 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, และ 16 ส่วน รพ.สต. บ้านนาแล รับผิดชอบหมู่ที่ 3, 4, 11, 12, และ 15 เมื่อประเมินความเสี่ยงพบว่า หมู่ที่ 16 มีความเสี่ยงสูง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านต้นเหียง และหมู่ที่ 3 มีความเสี่ยงต่ำ อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านนาแล ดังตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลบ้านเสาเภา อำเภอสหัส

4.ตำบลเสาเภา	ค่า คะแนน	หมู่ที่															
		1	2	3 *	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16 **
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคใช้เลือกออก																	
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	2	2	2	1	1	2	1	3	1	1	2	0	1	2	1	3
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity)	1-5	3	5	1	4	4	4	5	1	3	5	4	5	3	3	3	5
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	6	8	4	6	6	7	7	5	5	7	7	8	5	8	5	11
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด																	
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	2	2	3	4	3	3	3	5	2	3	3	4	2	2	3	3
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	5	5	5	6	6	6	6	7	5	6	6	7	5	5	5	6
ระดับความเสี่ยง	6-28	11	13	9	12	12	13	13	12	10	13	13	15	10	13	10	17

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านต้นเหียง	1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, และ 16	16**	
รพ.สต. บ้านนาแล	3, 4, 8, 11, 12, และ 15		3*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1.5 ตำบลเปลี่ยน

ตำบลเปลี่ยน อำเภอลือชัย ประกอบด้วย 14 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านวังหลวงนอก 2) บ้านวังหลวงใน 3) บ้านคอกวัว 4) บ้านสีสา 5) บ้านเขาม 6) บ้านไสเหียง 7) บ้านเขาทราย 8) บ้านไสพลู 9) บ้านหัวทุ่ง 10) บ้านท่าหิน 11) บ้านนมโประ 12) บ้านห้วยปริง 13) บ้านเขาลานวัว และ 14) บ้านวังแป้น รพ.สต. ท่าหิน รับผิดชอบหมู่ที่ 1,2,6,8,9, และ 10 ส่วน รพ. สต. บ้านเปลี่ยนรับผิดชอบ 3,4,5,7,11,12,13, และ14 เมื่อดำเนินการประเมินความเสี่ยง พบว่า หมู่ที่ 9 มีความเสี่ยงสูงซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ท่าหิน ส่วนหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่ำ คือ หมู่ที่ 3 อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านเปลี่ยน ดังตารางที่ 5.6

ตารางที่ 5.6 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลบ้านเปลี่ยน อำเภอลือชัย

ตำบลเปลี่ยน	ค่า คะแนน	หมู่ที่													
		1	2	3*	4	5	6	7	8	9* *	10	11	12	13	14
1.ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก															
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	0	0	1	1	1	0	2	1	1	2	1	1	0	0
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	5	5	4	5	5	5	5	2	5	3	5	4	5	5
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	3	3	1	3	1	1	1	1	3	1	3	1	3	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3- 15	8	8	6	9	7	6	8	4	9	6		9	6	8
2.ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด															
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	1	1	2	1	2	3	3	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	1	1	3	3	3	2	3	2	5	5	3	3	3	3
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของกลุ่มชนด้าน	1-5	1	1	3	3	3	2	3	2	4	5	3	3	3	3
รวมค่าคะแนนโอกาส	3- 13	3	3	7	7	7	6	7	6	12	13		7	7	7
ระดับความเสี่ยง	6- 28	11	11	13	16	14	12	15	10	21	19	16	13	13	15

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านท่าหิน	1,2,6,8,9,10	9**	
รพ.สต. บ้านเปลี่ยน	3,4,5,7,11,12,13,14		3*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1.6 ตำบลสี่ขีด

ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล ประกอบด้วย 13 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านน้ำร้อน 2) บ้านสี่ขีด 3) บ้านท่าโคก 4) บ้านเขาพระ 5) บ้านนากลาง 6) บ้านปราบ 7) บ้านยางโพรง 8) บ้านเขาหัวช้าง 9) บ้านทุ่งหัวนา 10) บ้านเกร็ดแรด 11) บ้านเขาพับผ้า 12) บ้านในอ่าว และ 13) บ้านพรุแค มี รพ.สต. บ้านสี่ขีด รับผิดชอบหมู่ที่ 1, 2, 7, 8, 11, และ 12 รพ.สต. เกร็ดแรด รับผิดชอบหมู่ที่ 4, 5, 6, 9, 10, และ 13 เมื่อประเมินความเสี่ยง พบว่า หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงคือ หมู่ที่ 13 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. เกร็ดแรด ส่วนหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่ำ คือ หมู่ที่ 3 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. เกร็ดแรด ดังตารางที่ 5.7

ตารางที่ 5.7 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล

6.ตำบลสี่ขีด	ค่า คะแนน	หมู่ที่												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก														
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	0	0
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity)	1-5	1	4	2	4	1	1	1	4	4	4	5	5	5
1.3 อุบัติการณ์โรคในปีปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	4	7	5	7	6	4	4	8	6	7	8	6	8
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด														
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6
ระดับความเสี่ยง	6-28	10	13	9*	13	12	10	10	14	12	13	13	11	14**

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านสี่ขีด	1,2,3,7,8,11,12		3*
รพ.สต. บ้านเกร็ดแรด	4,5,6,9,10,13	13**	

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1.7 ตำบล เทพราช

ตำบลเทพราช อำเภอสิชล ประกอบด้วย 15 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านต่อเรือ 2) บ้านเทพราช 3) บ้านต้นเหียง 4) บ้านเขายวนเฒ่า 5) บ้านเพียน 6) บ้านไสแพ 7) บ้านไสอ้อย 8) บ้านน้ำฉา 9) บ้านเขาคา 10) บ้านเพียนบน 11) บ้านสระยุง 12) บ้านสวนหัวแหวน 13) บ้านคลองคุด 14) บ้านอ่าววาโย และ 15) บ้านสามเทพ มี 2 รพ.สต. รับผิดชอบ โดย รพ.สต. เทพราช รับผิดชอบหมู่ที่ 1, 2, 6, 7, และ 9 ส่วน รพ.สต. บ้านน้ำฉา รับผิดชอบหมู่ที่ 3, 4, 5, 8, 10, 11, 13, 14, และ 15 เมื่อประเมินความเสี่ยง พบว่า หมู่ที่ 9 มีความเสี่ยงสูงซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านเทพราช ส่วนหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่ำ คือ หมู่ที่ 3 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านน้ำฉา ดังตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลเทพราช อำเภอสิชล

ตำบลเทพราช	ค่าคะแนน	หมู่ที่														
		1	2	3*	4	5	6	7	8	9**	10	11	12	13	14	15
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก																
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	0	1	0	1	3	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	5	4	5	4	3	3	5	5	4	3	4	5	5	5	5
1.3 อุบัติการณ์โรคในปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	1	1	5	3	1	1	1	3	1	1	1	3	3
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	6	6	6	6	11	7	7	6	7	7	6	7	7	9	8
2.ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด																
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	3	3	1	2	1	2	4	1	4	1	1	1	1	1	1
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	3	4	1	2	2	3	3	1	3	2	1	1	1	1	2
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	7	8	3	6	4	6	8	3	8	4	3	3	3	3	4
ระดับความเสี่ยง	6-28	13	14	9	12	15	13	15	9	15	11	9	10	10	12	12

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านเทพราช	1,2,6,7,และ 9	9**	
รพ.สต. บ้านน้ำฉา	3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14,และ15		3*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1. 8 ตำบลเขาน้อย

ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล ประกอบด้วย 7 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านตลาดจันทร์ 2) บ้านเหนือทุ่ง 3) บ้านสำนักเนียน 4) บ้านยาน 5) บ้านเขาใหญ่ 6) บ้านทุ่งชันหมาก และ 7) บ้านยอดน้ำ มี รพ. สต. บ้านเขาใหญ่ รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ เมื่อประเมินความเสี่ยง พบว่า หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูง คือ หมู่ที่ 1 และหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่ำ คือ หมู่ที่ 5 ดังตารางที่ 5.9

ตารางที่ 5.9 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล

ตำบลเขาน้อย	ค่าคะแนน	หมู่ที่						
		1**	2	3	4	5*	6	7
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก								
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	3	1	1	1	1	1	1
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในชุมชน (Herd Immunity)	1-5	4	4	5	5	3	5	4
1.3 อุบัติการณ์โรคในปัจจุบัน (Incidence)	1-5	5	1	1	1	1	1	1
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	12	6	7	7	5	7	6
2.ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด								
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	1	1	2	1	1	1	2
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	3	4	2	3	3	4	2
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของชุมชนด้าน	1-5	2	2	3	3	3	2	4
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	6	7	7	7	7	7	8
ระดับความเสี่ยง	6-28	18	13	14	14	12	14	14

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านเขาใหญ่	1,2,3,4,5,6, และ 7	1**	5*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

5.1.1.9 ตำบลทุ่งไผ่

ตำบลทุ่งไผ่ อำเภอสีชล ประกอบด้วย 8 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) บ้านฝ้ายท่า 2) บ้านคลองดินเปิด 3) บ้านห้วยทรายทอง 4) บ้านเขาตาสัก 5) บ้านห้วยศรีชัย 6) บ้านห้วยหินลับ 7) บ้านเขาฝ้าย 8) บ้านทุ่งไผ่ รับผิดชอบดูแลสุขภาพโดย รพ.สต. บ้านเขาฝ้าย เมื่อประเมินความเสี่ยง พบว่า หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูง คือ หมู่ที่ 1 และหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่ำคือ หมู่ที่ 4 ดังตารางที่ 5.10

ตารางที่ 5.10 พื้นที่หมู่บ้านที่มีความเสี่ยงสูงและต่ำของตำบลทุ่งไผ่ อำเภอสีชล

ตำบลทุ่งไผ่	ค่าคะแนน	หมู่ที่							
		1**	2	3	4*	5	6	7	8
1. ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก									
1.1 พื้นที่ระบาดซ้ำซาก (Endemic Area)	1-5	2	2	1	1	2	2	2	3
1.2 ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มชน (Herd Immunity)	1-5	3	2	3	2	3	3	5	5
1.3 อุบัติการณ์โรคในปัจจุบัน (Incidence)	1-5	1	1	1	1	1	1	1	1
รวมค่าคะแนนความรุนแรง	3-15	6	5	5	4	6	6	8	9
2. ปัจจัยด้านโอกาสที่จะเกิดการระบาด									
2.1 การเคลื่อนย้ายประชากร	1-3	3	1	1	1	1	1	1	2
2.2 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	1-5	5	3	3	2	3	4	4	3
2.3 การมีส่วนร่วม/ความเข้มแข็งของกลุ่มชนด้าน	1-5	4	3	3	3	2	3	3	2
รวมค่าคะแนนโอกาส	3-13	12	7	7	6	6	8	8	7
ระดับความเสี่ยง	6-28	18	12	12	10	12	14	16	16

หมายเหตุ

หน่วยงาน	หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	หมู่บ้านเสี่ยงสูง	หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
รพ. สต.บ้านเขาฝ้าย	1,2,3,4,5,6, 7 และ 8	1**	4*

** หมู่บ้านเสี่ยงสูง * หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

โดยสรุปคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของ 18 หมู่บ้านของอำเภอสีชล ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด 1) ปัจจัยด้านความรุนแรง และ 2) ปัจจัยด้านโอกาส ได้ดังตารางที่ 5.11

ตารางที่ 5.11 สรุปคะแนนความเสี่ยงของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ของอำเภอสีชล

พื้นที่ดำเนินการ			คะแนนความเสี่ยง (รวมคะแนน 6-28)					
			หมู่บ้านเสี่ยงสูง (คะแนน = 3-15)			หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (คะแนน = 3-13)		
ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่รับผิดชอบตำบล	หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ	ปัจจัยความรุนแรง	ปัจจัยด้านโอกาส	รวม	ปัจจัยความรุนแรง	ปัจจัยด้านโอกาส	รวม
รวม 9 ตำบล	รพ.สต./รพ.	ม. 5,6	9	10	19	1	7	8
1.ตำบลสีชล	รพ.สีชล /เทศบาลสีชล	ม. 5,6	9	10	19	1	7	8
2.ตำบลทุ่งปรัง	รพ.สต. บ้านจอมพิบูลย์	ม.5,8	10	7	17	4	6	10
3.ตำบลฉลอง	รพ.สต. บ้านในดอน	ม. 10	12	6	18	-	-	-
	รพ.สต. บ้านท่าควาย	ม.7	-	-	-	3	6	9
4.ตำบลเสาเกา	รพ.สต. บ้านนาแล	ม. 3	-	-	-	4	5	9
	รพ.สต. บ้านต้นเหียง	ม.16	11	6	17	-	-	-
5.ตำบลเปลี่ยน	รพ.สต. บ้านเปลี่ยน	ม.13	-	-	-	6	7	13
	รพ.สต. บ้านท่าหิน	ม. 9	9	12	21	-	-	-
6.ตำบลสี่ขีด	รพ.สต. บ้านสี่ขีด	ม.3	-	-	-	5	4	9
	รพ.สต. บ้านเกร็ดแรด	ม. 13	8	6	14	-	-	-
7.ตำบลเทพราช	รพ.สต. บ้านเทพราช	ม.9	7	8	15	-	-	-
	รพ.สต. บ้านน้ำฉา	ม.3	-	-	-	6	3	9
8.ตำบลเขาใหญ่	รพ.สต.เขาน้อย	ม. 1,5	7	7	14	5	7	12
9. ตำบลทุ่งไผ่	รพ.สต.บ้านเขาฝ้าย	ม. 1,4	6	12	18	4	6	10
ช่วงคะแนนความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินพื้นที่ 18หมู่บ้าน			7-12	6-12	14-21	1-6	3-7	8-13
เสี่ยงสูง 9 หมู่บ้าน			เสี่ยงต่ำ 9 หมู่บ้าน					

ผลการประเมินความเสี่ยงของพื้นที่หมู่บ้านของแต่ละตำบลโดยกำหนดตามพื้นที่รับผิดชอบให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของทั้ง 9 ตำบลของอำเภอสีชล จังหวัดนครราชสีมา โดยวางแผนรวบรวมข้อมูลหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ความเสี่ยงจำนวน 18 หมู่บ้าน

คะแนนความเสี่ยงของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (9 หมู่บ้าน) และเสี่ยงสูง (9 หมู่บ้าน) สามารถกำหนดจุดตัดคะแนน (Cut of point) ของข้อมูลที่ได้ โดยพิจารณาจากคะแนนปัจจัยด้านความรุนแรง และปัจจัยด้านโอกาส รวมคะแนนความเสี่ยง โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ โดยใช้คะแนน Cut of point ที่ 14 คะแนน โดย

- (1) หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูง กำหนดคะแนนรวมที่เท่ากับและมากกว่า 14 คะแนน โดยปัจจัยด้านความรุนแรงที่เท่ากับหรือมากกว่า 7-12 คะแนน และปัจจัยด้านโอกาสที่เท่ากับหรือมากกว่า 6-12 คะแนน
- (2) หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงต่ำ เป็นพื้นที่ที่มีคะแนนโดยรวมที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 13 คะแนน แบ่งเป็นคะแนนโดยรวมของปัจจัยด้านความรุนแรงที่เท่ากับและน้อยกว่า 1-6 คะแนน และคะแนนปัจจัยด้านโอกาสที่เท่ากับและน้อยกว่า 3-7 คะแนน

ดังนั้นเมื่อประเมินปัจจัยแต่ละด้านได้คะแนนตามช่วงดังกล่าว ชุมชนสามารถดำเนินการวางแผนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพราะมีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

5.1.2 สภาพแวดล้อมของชุมชน (แกนนำ และประชาชน) ในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของอำเภอสิชล

5.1.2.1 สภาพแวดล้อมของบ้านแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ

สิ่งแวดล้อมของบ้านแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง 225 คน จากบ้าน 225 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 133 หลัง (ร้อยละ 59.1) ลักษณะบ้านเดี่ยว 155 หลัง (ร้อยละ 59.2) ลักษณะชั้นเดียว 131 หลัง (ร้อยละ 58.2) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 117 หลัง (ร้อยละ 52.0) ใช้น้ำประปา 103 หลัง (ร้อยละ 45.8) ตึมน้ำบ่อ 58 หลัง (ร้อยละ 47.1) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 174 หลัง (ร้อยละ 77.3) ห้องน้านอกบ้าน 39 หลัง (ร้อยละ 17.3) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 32 หลัง (ร้อยละ 47.1)

สิ่งแวดล้อมของบ้านประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 240 คนจากบ้าน 240 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 174 หลัง (ร้อยละ 72.5) ลักษณะบ้านเดี่ยว 164 หลัง (ร้อยละ 58.9) ลักษณะชั้นเดียว 160 หลัง (ร้อยละ 67.2) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 140 หลัง (ร้อยละ 72.2) ใช้น้ำประปา 157 หลัง (ร้อยละ 65.4) ตึมน้ำฝน 86 หลัง (ร้อยละ 35.8) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 192 หลัง (ร้อยละ 80.0) ห้องน้านอกบ้าน 55 หลัง (ร้อยละ 22.9) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 69 หลัง (ร้อยละ 29.1)

สิ่งแวดล้อมของบ้านประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านโดยรวม 465 คนจากบ้าน 465 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 307 หลัง (ร้อยละ 66.0) ลักษณะบ้านเดี่ยว 319 หลัง (ร้อยละ 69.0) ลักษณะชั้นเดียว 291(62.9) หลัง (ร้อยละ 62.9) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 257 หลัง (ร้อยละ 55.7) ใช้น้ำประปา 260 หลัง (ร้อยละ 55.9) ตึมน้ำถัง 228 หลัง (ร้อยละ 49.0) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 366 หลัง (ร้อยละ 78.7)

ห้องนํ้านอกบ้าน 94 หลัง (ร้อยละ 20.2) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 162 หลัง (35.4) หลัง (ร้อยละ 35.4)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของลักษณะชุมชนของบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ลักษณะชุมชน และแหล่งน้ำที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ขณะที่การกระจายของบ้าน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 5. 12

ตารางที่ 5.12 สภาพแวดล้อมของชุมชน และลักษณะของบ้านของแกนนำ ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง และต่ำของอำเภอสีชล

	ลักษณะของบ้านแกนนำ อำเภอลานสิจล				
สภาพแวดล้อมของชุมชน	จำนวน (ร้อยละ) n (%)			χ ²	p-value
	เสี่ยงสูง (n=225)	เสี่ยงต่ำ (n=240)	รวม (n=465)		
ลักษณะชุมชน				25.336***	.000
ชุมชนเมือง	6(2.7)	6(2.5)	12(2.6)		
ชุมชนเมืองใกล้ตลาด	15(6.7)	6(2.5)	21(4.5)		
ชุมชนกึ่งเมือง	27(12.0)	21(8.8)	48(10.3)		
ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด	15(6.7)	11(4.6)	26(5.6)		
ชุมชนชนบท	133(59.1)	174(72.5)	307(66.0)		
ชุมชนชนบทใกล้ตลาด	29(12.9)	13(5.4)	42(9.0)		
การกระจายของบ้าน				14.522**	.002
บ้านเดี่ยว	155(59.2)	164(68.9)	319(69.0)		
กลุ่มบ้าน 1-5 หลังคาเรือน	48(21.4)	35(14.7)	83(18.0)		
กลุ่มบ้านมากกว่า 5 หลังคาเรือน	17(7.6)	39(16.4)	56(12.1)		
ลักษณะของบ้าน				6.015	.198
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง	34(15.1)	25(10.5)	59(12.7)		
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำ	24(10.7)	26(10.7)	50(10.8)		
บ้านชั้นเดียว	131(58.2)	160(67.2)	291(62.9)		
บ้านสองชั้น	35(15.6)	27(11.3)	62(13.4)		
อาคารพาณิชย์	1(4)	0(0)	1(2)		
วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน				6.282	.099
ไม้	23(10.2)	19(8.1)	42(9.1)		
ซีเมนต์กับไม้	117(52.0)	140(59.3)	257(55.7)		
ซีเมนต์	81(36.0)	77(32.6)	158(34.3)		
อื่นๆ	4(1.8)	0(0)	4(9)		

ตารางที่ 5.12 สภาพแวดล้อมของชุมชน และลักษณะของบ้านของแกนนำ ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง และต่ำ ของอำเภอสหัสขันธ์ (ต่อ)

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านแกนนำ อำเภอหลานสีชล				
	จำนวน (ร้อยละ) n (%)			χ ²	p-value
	เสี่ยงสูง (n=225)	เสี่ยงต่ำ (n=240)	รวม (n=465)		
ข้อมูลแหล่งน้ำใช้				6.417	.093
น้ำประปา	103(45.8)	157(65.4)	260(55.9)		
น้ำบ่อในบ้าน	41(18.2)	29(12.1)	70(15.1)		
น้ำบ่อนอกบ้าน	84(37.3)	65(27.2)	55(11.9)		
ข้อมูลแหล่งน้ำดื่ม				23.604**	.000
น้ำประปา	25(11.1)	38(15.8)	63(13.5)		
ดื่มน้ำบ่อ	58(25.8)	59(24.6)	117(25.2)		
ดื่มน้ำฝน	36(16.0)	86(35.8)	122(26.2)		
ซื้อน้ำถัง	118(52.4)	110(45.8)	228(49.0)		
ตำแหน่งห้องน้ำห้องส้วม					
อยู่ในบ้าน	174(77.3)	192(80.0)	366(78.7)	.493	.483
อยู่นอกบ้าน	39(17.3)	55(22.9)	94(20.2)	2.245	.134
บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง					
มี	93(42.1)	69(29.1)	162(35.4)	8.524*	.014

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.1.2.2 สภาพแวดล้อมของบ้านประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง เสี่ยงต่ำ ของอำเภอสหัสขันธ์

สิ่งแวดล้อมของบ้านกลุ่มประชาชนของอำเภอสหัสขันธ์ แบ่งเป็นแกนนำพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ โดยแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 9 หมู่บ้านจำนวน 740 คน ส่วนครัวเรือนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 9 หมู่บ้าน จำนวน 282 คน รวมทั้งหมด 1,532 คน

บ้านประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง 740 คนจากบ้าน 740 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 420 หลัง (ร้อยละ 59.7) ลักษณะบ้านเดี่ยว 517 หลัง (ร้อยละ 73.4) ลักษณะชั้นเดียว 484 หลัง (ร้อยละ 68.9) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 326 หลัง (ร้อยละ 46.2) แหล่งน้ำใช้จากน้ำประปา 338 หลัง (ร้อยละ 47.9) น้ำดื่มน้ำถัง 354 หลัง (ร้อยละ 50.2) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน จำนวน 586 หลัง (ร้อยละ 83.1) ห้องน้ำอยู่นอกบ้าน 122 หลัง (ร้อยละ 17.3) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 210 หลัง (ร้อยละ 29.8)

บ้านประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 828 คนจากบ้าน 828 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 736 หลัง (ร้อยละ 88.7) ลักษณะบ้านเดี่ยว 625 หลัง (ร้อยละ 75.5) ลักษณะชั้นเดียว 582 หลัง

(ร้อยละ 70.9) วัสดุปลูกสร้างเป็นซีเมนต์ 403 หลัง (ร้อยละ 48.8) แหล่งน้ำใช้จากน้ำประปา 532 หลัง (ร้อยละ 64.1) น้ำดื่มจากน้ำถัง 390 หลัง (ร้อยละ 47.1) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 668 หลัง (ร้อยละ 80.5) ห้องน้ำอยู่นอกบ้าน 164 หลัง (ร้อยละ 19.8) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 204 หลัง (ร้อยละ 24.8)

บ้านประชาชนโดยรวมทั้งอำเภอ จำนวน 1,532 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 1,156 หลัง (ร้อยละ 75.4) บ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว 1142 หลัง (ร้อยละ 74.5) ลักษณะบ้านชั้นเดียว 1,066 หลัง (ร้อยละ 10.0) วัสดุปลูกสร้างของแต่ละครัวเรือนของชุมชนเป็นซีเมนต์กับไม้ 729 หลัง (ร้อยละ 47.6) แหล่งน้ำใช้จากน้ำประปา 870 หลัง (ร้อยละ 56.7) น้ำดื่มจากน้ำถัง 744 หลัง (ร้อยละ 48.5) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง 414 หลัง (ร้อยละ 27.1)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของลักษณะชุมชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ลักษณะชุมชน แหล่งน้ำใช้ทั้งน้ำประปา น้ำบ่อนอกบ้าน และแหล่งน้ำดื่มจากบ่อ และน้ำฝน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และ บริเวณบ้านมีขยะ และภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ($P < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5.13

ตารางที่ 5.13 สภาพแวดล้อมของชุมชนและลักษณะของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านประชาชน อำเภอสีชล			χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n=704)	เสี่ยงต่ำ(n=828)	รวม (n=1,532)		
ลักษณะชุมชน				209.081***	.000
ชุมชนเมือง	12(1.7)	2(.2)	14(.9)		
ชุมชนเมืองใกล้ตลาด	24(3.4)	18(2.2)	42(2.7)		
ชุมชนกึ่งเมือง	25(3.6)	1(.1)	26(1.7)		
ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด	32(4.5)	6(.7)	38(2.5)		
ชุมชนชนบท	420(59.7)	736(88.7)	1,156(75.4)		
ชุมชนชนบทใกล้ตลาด	190(27.0)	55(6.6)	245(16.0)		
การกระจายของบ้าน				7.835	.098
บ้านเดี่ยว	517(73.4)	625(75.5)	1142(74.5)		
กลุ่มบ้าน 1-5 หลังคาเรือน	142(20.2)	151(18.2)	293(19.1)		
กลุ่มบ้านมากกว่า 5 หลังคาเรือน	40(5.7)	51(6.2)	91(5.9)		

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

ตารางที่ 5.13 สภาพแวดล้อมของชุมชนและลักษณะของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ (ต่อ)

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านประชาชน อำเภอสีชล			χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n=704)	เสี่ยงต่ำ(n=828)	รวม (n=1,532)		
ลักษณะของบ้าน				7.239	.124
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง	75(10.7)	93(11.3)	168(11.0)		
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำ	46(6.6)	61(7.4)	107(7.0)		
บ้านชั้นเดียว	484(68.9)	582(70.9)	1066(10.0)		
บ้านสองชั้น	94(13.4)	85(10.4)	179(11.8)		
อาคารพาณิชย์	3(4)	0(0)	3(2)		
วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน				3.408	.333
ไม้	90(12.8)	83(10.0)	173(11.3)		
ซีเมนต์กับไม้	326(46.2)	403(48.8)	729(47.6)		
ซีเมนต์	286(40.6)	338(40.9)	624(40.8)		
อื่นๆ	3(4)	2(2)	5(3)		
ข้อมูลแหล่งน้ำใช้					
น้ำประปา	338(47.9)	532(64.1)	870(56.7)	45.160***	.000
น้ำบ่อในบ้าน	103(14.6)	102(12.3)	205(13.4)	2.636	.451
น้ำบ่อนอกบ้าน	309(43.8)	271(32.7)	580(37.8)	21.497***	.000
ข้อมูลแหล่งน้ำดื่ม					
น้ำประปา	55(7.8)	61(7.3)	116(7.6)	1.295	.523
ดื่มน้ำบ่อ	237(33.6)	174(21.0)	411(26.8)	31.828***	.000
ดื่มน้ำฝน	97(13.8)	273(32.9)	370(24.1)	76.278***	.000
ซื้อน้ำถัง	354(50.2)	390(47.0)	744(48.5)	1.587	.219
ตำแหน่งห้องน้ำห้องส้วม					
อยู่ในบ้าน	586(83.1)	668(80.5)	1254(81.7)	1.775	.186
อยู่นอกบ้าน	122(17.3)	164(19.8)	286(18.6)	4.632	.201
บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง					
มี	210(29.8)	204(24.8)	414(27.1)	15.847**	.003

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.1.3 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

5.1.3.1 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงของบ้านแกนนำ

ภาชนะที่ทำการสำรวจของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 225 ครัวเรือน พบว่า ภาชนะที่พบถูกน้ำยุงลายสูงที่สุด คือ ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน และ ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน (ร้อยละ 22.5 และ

21.2) ตามลำดับ ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 240 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุ่งลายสูงที่สุดคือ ภาชนะน้ำใช้ในบ้าน (ร้อยละ 16.4) และโดยรวมของอำเภอสีชล มีบ้านที่สำรวจ 465 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุ่งลายสูงที่สุดคือ ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 17) ยางรถยนต์ในบ้าน อ่างบัวในบ้าน และ ภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 16.7, 16.7 และ 116)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุ่งลายของภาชนะแต่ละประเภท ระหว่างครัวเรือนประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน ที่ลูกน้ำยุ่งลายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 5.14

ตารางที่ 5.14 ประเภทภาชนะ ภาชนะที่สำรวจ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุ่งลาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของบ้านแกนนำในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอสีชล

ประเภทของภาชนะ	ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุ่งลายของ บ้านแกนนำพื้นที่อำเภอสีชล			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง	เสี่ยงต่ำ	รวม		
	(n=225)	(n=240)	(n= 465)		
1. ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน	22.5	12.2	17.1	1.684	.093
2. ภาชนะน้ำใช้ในบ้าน	15.1	16.4	15.8	-.338	.736
3. ภาชนะน้ำดื่มนอกบ้าน	5.2	2.9	3.8	.660	.510
4. ภาชนะน้ำดื่มในบ้าน	3.3	0.3	1.9	2.121*	.035
5. ภาชนะรองขาตู้นอกบ้าน	0	6.3	4.5	-.592	.568
6. ภาชนะรองขาตู้ในบ้าน	4.8	3.5	4.1	.465	.643
7. จานรองนอกบ้าน	13.2	12.7	12.9	.067	.946
8. จานรองในบ้าน	0	10.0	4.5	-1.101	.284
9. แจกันนอกบ้าน	0	0	0	0	0
10. แจกันในบ้าน	0	7.7	4.5	-1.146	.256
11. ยางรถยนต์นอกบ้าน	17.4	13.8	15.3	.376	.708
12. ยางรถยนต์ในบ้าน	0	50	16.7	1.63	.052
13. อ่างบัวนอกบ้าน	7.3	13.3	10.6	-1.046	.298
14. อ่างบัวในบ้าน	20	12.5	16.7	.402	.693
15. ภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน	13.9	17.7	16.0	-.549	.584
16. ภาชนะเหลือใช้ในบ้าน	16.7	7.1	11.1	.745	.464
17. ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน	21.2	4.0	8.2	2.206	.033
18. ภาชนะอื่นๆ ในบ้าน	0	0	0	0	0

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.1.3.2 ประเภทและจำนวนของภาระที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงของบ้านประชาชน อำเภอสิชล

ภาระที่ทำการสำรวจของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 703 ครัวเรือน พบว่า ภาระที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุด คือ อ่างบัวในบ้าน (ร้อยละ 25) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 828 หลัง พบ ภาระที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์นอกบ้าน (ร้อยละ 24) และโดยรวมของอำเภอสิชล มีบ้านประชาชนที่สำรวจ 1,532 หลัง พบ ภาระที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน และ ยางรถยนต์นอกบ้าน (ร้อยละ 19.4 และ 18.0)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาระที่พบลูกน้ำยุงลายของภาระแต่ละประเภท ระหว่างครัวเรือนประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ภาระน้ำใช้ในบ้าน ยางรถยนต์ในบ้าน ของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) และ ยางรถยนต์นอกบ้าน อ่างบัวในบ้าน และ ภาระเหลือใช้ในบ้านของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังตารางที่ 5.15

ตารางที่ 5.15 ประเภทภาระ ภาระที่สำรวจ ร้อยละภาระที่พบลูกน้ำยุงลาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ

ประเภทของภาระ	ร้อยละของภาระที่พบลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชน			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง(n=704)	เสี่ยงต่ำ(n=828)	รวม (n= 1,532)		
1.ภาระน้ำใช้ในบ้าน	6.1	5.1	5.5	.806	.420
2.ภาระน้ำใช้ในบ้าน	5.1	2.3	3.6	2.808**	.005
3.ภาระน้ำดื่มในบ้าน	3.2	2.2	2.6	.574	.556
4.ภาระน้ำดื่มในบ้าน	2.3	1.3	1.8	1.183	.237
5.ภาระรองขาตู้ในบ้าน	13.3	5.3	8.1	1.536	.128
6.ภาระรองขาตู้ในบ้าน	4.6	4.2	4.3	.244	.807
7.จานรองนอกบ้าน	12.8	10.0	11.2	.652	.515
8.จานรองในบ้าน	5.4	10.2	7.9	-.527	.599
9.แจกันนอกบ้าน	17.2	4.2	10.7	1.771	.081
10. แจกันในบ้าน	4.0	9.9	6.8	-1.793	.074
11. ยางรถยนต์นอกบ้าน	10.4	24.0	18.01	-2.256*	.025
12. ยางรถยนต์ในบ้าน	60	3.8	19.4	3.568**	.003
13. อ่างบัวนอกบ้าน	8.9	11.6	10.4	-.722	.471
14. อ่างบัวในบ้าน	25.0	1.9	10.7	2.552*	.015
15. ภาระเหลือใช้ในบ้าน	20.3	11.6	14.6	2.343*	.020
16. ภาระเหลือใช้ในบ้าน	9.7	4.5	6.4	1.005	.318
17. ภาระอื่นๆ นอกบ้าน	1.8	11.1	8.8	-1.958	.053
18. ภาระอื่นๆ ในบ้าน	0	0	0	0	0

* $P<.05$, ** $P<.01$, *** $P<.001$

5.1.4 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของชุมชนทั้งแกนนำและประชาชนอำเภอสิชล

5.1.4.1 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านของแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ

ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำ พบว่า ดัชนีลูกน้ำยุงลายอำเภอสิชล อยู่ในระดับที่สูงมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง ที่สำรวจบ้าน 194 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 169.4 HI = 37.1 และ CI= 60.6 สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านที่สำรวจจำนวน 220 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 721.7 HI = 27.3 และ CI= 69.1 โดยรวมบ้านแกนนำที่สำรวจจำนวน 414 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 665.0 HI = 31.8 และ CI= 65.1

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่าค่า HI ของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่าสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังตารางที่ 5.16

ตารางที่ 5.16 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำ พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของอำเภอสิชล

ดัชนีลูกน้ำยุงลาย(%)	บ้านแกนนำ อำเภอสิชล			t-test	p-value
	เสี่ยงสูง(n= 194)	เสี่ยงต่ำ (n=220)	รวม(n=414)		
ค่า BI (BI<50%)	619.4	721.7	665.0	-1.032	.304
ค่า HI (HI<10%)	37.1	27.3	31.8	2.151*	.032
ค่า CI (CI<1%)	60.6	69.1	65.1	-.452	.652

* $P<.05$, ** $P<.01$, *** $P<.001$

5.1.4.2 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ

ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนอำเภอสิชล พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง จากบ้าน 640 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย BI= 414 HI = 18.9 และ CI= 6.9 สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านประชาชนที่สำรวจจำนวน 806 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 519.6 HI = 13.3 และ CI= 5.1 และโดยรวมของบ้านประชาชนที่สำรวจทั้งหมด 1,446 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 464 HI = 15.9 และ CI= 5.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ค่าดัชนี HI มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) ดังตารางที่ 5.17

ตารางที่ 5.17 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชน พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของอำเภอสีชล

ดัชนีลูกน้ำ (%)	บ้านประชาชน อำเภอสีชล			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง(n= 640)	เสี่ยงต่ำ (n=806)	รวม(n=1,446)		
ค่า BI (BI<50 %)	414.9	519.6	464	-1.430	.154
ค่า HI (HI<10 %)	18.9	13.3	15.9	2.925**	.003
ค่า CI (CI<1 %)	6.9	5.1	5.9	1.810	.070

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.1.5 การรับรู้สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ อำเภอสีชล

5.1.5.1 สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูง

หมู่บ้านเสี่ยงสูงของ อำเภอสีชล จำนวนครั้งของสนทนากลุ่ม 9 หมู่บ้าน ครั้งละ 12-15 คน ดำเนินการประชุมกลุ่มเริ่มด้วยการแนะนำชื่อ วัตถุประสงค์ในการดำเนินการเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาของชุมชน สมาชิกกลุ่มสามารถเสนอข้อคิดเห็น และร่วมกันหาข้อสรุป ตลอดถึงการนำเสนอแนวทางของกลุ่มต่อการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 45-60 นาที

ผลการดำเนินการประชุมกลุ่มสามารถจำแนกเป็นประเด็นของการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของแกนนำ และประเด็นของแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกบริบทของหมู่บ้าน

1. ประเด็นการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูง

(1) มองไม่เห็นความรุนแรงของปัญหา หมายถึง ความรุนแรงของการระบาดของโรคไข้เลือดออก มีการประเมินความรุนแรงจากจำนวนการป่วย โดยจะระบุจำนวนป่วยได้เท่านั้น ดังคำกล่าว “มีผู้ป่วยน้อยมากเพียงคนเดียว” ทั้งนี้จำนวนชาวบ้านในชุมชนมี 500-1000 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับอัตราการป่วยพบว่ามียอดผู้ป่วยถึง 200 รายต่อแสนประชากร เป็นค่าที่แสดงถึงความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

(2) ขาดความร่วมมืออย่างจริงจังของคนในชุมชน หมายถึง ชาวบ้าน ชุมชน ให้ความสนใจ และมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยมาก ดังคำกล่าว “ชาวบ้านบางบ้านไม่ให้ความร่วมมือกับ อสม. ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ เพราะเขาอ้างว่า ไม่มีเวลาและสิ่งเหล่านี้เป็นหน้าที่ของ อสม.”

(3) อสม. ขาดความมั่นใจด้านความรู้และทักษะ หมายถึง ไม่มีความมั่นใจในการให้ความรู้แก่เพื่อนบ้านหรือการให้คำแนะนำเมื่อดำเนินการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ดังคำกล่าว “อสม. ไม่มีความมั่นใจพอที่จะไปอธิบายให้ชาวบ้านฟังเกี่ยวกับเรื่องไข้เลือดออก บางคนก็มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน”

(4) **เชื้อจากคนนอก** หมายถึง การมีผู้ป่วยที่พบในชุมชนเป็นผู้ป่วยได้รับเชื้อไข้เลือดออกมาจากข้างนอกพื้นที่ เนื่องจากต้องไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้าน เช่น การไปทำสวน เมื่อป่วยก็จะกลับมาดูแลตนกับครอบครัว ดังคำกล่าว “ส่วนใหญ่คนไข้ที่ติดเชื้อไข้เลือดออกมาจากพื้นที่อื่น แล้วกลับมาในหมู่บ้านของเรา”

(5) **สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของคนเป็นเหตุ** หมายถึง แหล่งเพาะพันธุ์ยุงในสวนใกล้บ้าน การมีบ้านที่ล้อมรอบด้วยสวน ประกอบกับพฤติกรรมจัดการสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชน ดังคำกล่าว “พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนปาล์ม สวนยางพารา และสวนผลไม้”, “มีน้ำขังในจอกยาง พวกในกองขยะที่เหลือใช้” เช่น “เศษขยะเหลือทิ้ง จะมีน้ำมาขัง เป็นที่อยู่ของยุงลาย”, “มีน้ำขังในกากปาล์ม และในจอกยาง”

(6) **สื่อสารกันไม่ถึง** หมายถึง การสื่อสารและประสานข้อมูลโรคไข้เลือดออกระหว่างโรงพยาบาลหรืออนามัยกับประชาชนไม่ทั่วถึงและไม่ทันต่อเหตุการณ์ บางครั้งผู้ป่วยไปนอนโรงพยาบาลหลายวันแต่ที่ชุมชนไม่ทราบข้อมูลและไม่ได้จัดการควบคุมโรค ดังคำกล่าว “การส่งต่อข้อมูลคนไข้จะเกิดความล่าช้า ว่ามีคนไข้ในพื้นที่บ้านเราหรือทราบก็ช้าเกินไปเสียแล้ว”

2) ประเด็นการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูง

(1) **เพิ่มสมรรถนะความรู้และทักษะสื่อสารแก่ อสม.** หมายถึง การดำเนินการในการเพิ่มความมั่นใจแก่ อสม. ในการนำความรู้ความเข้าใจวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไปให้แก่เพื่อนบ้าน ดังคำกล่าว “ควรมีการอบรมไข้เลือดออกทุกปี ปิดภาชนะและคว่ำภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายและแจกปูนปั้นและตะไคร้หอมในบ้าน” “ถ้ามีผู้ป่วยให้แจ้งที่ อบต. ให้พนคว้น วางแผนกับเจ้าหน้าที่ ถ้าพบผู้ป่วยให้รีบแจ้ง อสม. หรือเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในพื้นที่โดยเร็ว”

(2) **การจัดการงบประมาณอย่างพอเพียงและต่อเนื่องในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก** หมายถึง การดำเนินการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ไม่ควรติดอยู่กับงบประมาณที่ไม่ได้จัดตั้งไว้ ดังคำกล่าวของ อสม. บางคน “งบประมาณไม่เห็นมี ...อุปกรณ์ต้องจัดการเอง” “...ดำเนินการเมื่อมีคนไข้...ถ้าไม่มีก็ไม่เห็นทำอะไร” ดังนั้นควรมีการจัดทำงบประมาณให้ชัดเจน

5.1.5.2 สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

จำนวนการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่เป็น อสม. ที่เข้าประชุมทั้งหมด 12-15 คนต่อครั้ง รวมการดำเนินการในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ อำเภอสิชล 9 หมู่บ้านๆละ 1 ครั้ง บริบทของหมู่บ้านอำเภอสิชล พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนและป่าอยู่ใกล้ภูเขา เป็นสถานที่ท่องเที่ยว มีคนเข้ามาท่องเที่ยวในพื้นที่มากพอสมควร

การดำเนินการประชุมกลุ่มเริ่มด้วยการแนะนำชื่อ วัตถุประสงค์ในการดำเนินการเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาของชุมชน สมาชิกกลุ่มสามารถเสนอข้อคิดเห็น และร่วมกันหาข้อสรุป ตลอดถึงการนำเสนอแนวทางของกลุ่มต่อการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 45-60 นาที

ผลการดำเนินการประชุมกลุ่มสามารถจำแนกเป็นประเด็นของการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของแกนนำ และประเด็นของแนวทางในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกบริบทของหมู่บ้าน

1) ประเด็นการรับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกเสี่ยงต่ำ

(1) **ชาวบ้านขาดความตระหนัก** หมายถึง ชาวบ้านไม่ทำกิจกรรมการป้องกันไข้เลือดออก เช่น ไม่คว่ำภาชนะที่มีลูกน้ำ ไม่เปลี่ยนถ่าย หรือทำความสะอาดโดยการขัดอ่างบัว และภาชนะที่มีน้ำขัง เพื่อป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย เช่น “ไม่มีเวลาได้ล้างหรือว่าไม่ได้เปลี่ยนน้ำในอ่างบัวเลย พอติมีงานในบ้านเยอะ” “พอดีว่าบางบ้านเพิ่งซื้ออ่างกับโถใหม่ ๆ มาใช้เพิ่ม อสม.เลยไม่ได้เอาปูนแดงมาใส่ให้ในรอบหลัง”

(2) **สภาพแวดล้อมเรื่องน้ำและพฤติกรรมของพื้นที่เป็นเหตุ** หมายถึง สภาพของพื้นที่ของชุมชนที่มีปัญหาเรื่องน้ำเนื่องจากเป็นพื้นที่เขา จึงต้องมีการเก็บน้ำไว้ใช้โดยสำรองภาชนะเก็บน้ำไว้ใช้ โดยการใส่ภาชนะต่างๆ เช่น ถังน้ำ โถง กะละมัง และอื่นๆ ที่รองรับน้ำไว้ใช้งานเมื่อเกิดการขาดแคลนน้ำ และส่วนใหญ่พบว่าไม่มีฝาปิดภาชนะ เช่น “ในชุมชนนี้น้ำประปามักจะไม่ค่อยไหล จึงต้องมีภาชนะรองรับหรือว่าเก็บกักน้ำเอาไว้ใช้เยอะๆ” ตลอดถึงพฤติกรรมของคนในชุมชนในการจัดการขยะ ดังคำกล่าว “พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนปาล์ม สวนยางพารา และสวนผลไม้” “มีน้ำขังในจอกยาง พวกในกองขยะที่เหลือใช้” เช่น “เศษขยะเหลือทิ้ง จะมีน้ำมาขัง เป็นที่อยู่ของยุงลาย” “มีน้ำขังในกาบปาล์ม และในจอกยาง”

2) ประเด็นการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ

(1) **เพิ่มสมรรถนะความรู้และทักษะต่างๆ แก่ อสม.** หมายถึง การดำเนินการในการเพิ่มความมั่นใจแก่ อสม. ในการนำความรู้ความเข้าใจวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไปให้แก่เพื่อนบ้าน ดังคำกล่าว “ควรมีการอบรมใช้เลือดออกทุกปี ปิดภาชนะและคว่ำภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายและแจกปูนปั้นและตะไคร้หอมในบ้าน”

(2) **ปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นของทุกคน** หมายถึง การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน ไม่ควรมอบให้เป็นหน้าที่ของ อสม. เพียงอย่างเดียว ดังคำกล่าว อสม. อีกท่านหนึ่งบอกว่า “เพื่อนบ้านได้รับรู้ว่าปัญหาไข้เลือดออกเป็นของทุกๆ คนที่ต้องช่วยกันแก้ไข”

5.2 ระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอสิชล

5.2.1 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

5.2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำพื้นที่หมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและต่ำ

กลุ่มแกนนำชุมชนแบ่งเป็นแกนนำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ โดยแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 9 หมู่บ้าน ส่วนแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีจำนวน 9 หมู่บ้าน รวม 18 หมู่บ้าน

แกนนำพื้นที่กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 9 หมู่บ้าน มีแกนนำเข้าร่วมโครงการ 225 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวน 147 คน (ร้อยละ 65.3) ศาสนาพุทธ 203 คน (ร้อยละ 90.2) สถานภาพสมรสคู่ 178 คน (ร้อยละ 79.1) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 66 คน (ร้อยละ 30.6) อาชีพเกษตรกรรวม 110 คน (ร้อยละ 49.1) ตำแหน่งในชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม. 106 คน (ร้อยละ 54.1) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 69 คน (ร้อยละ 30.7) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกเพื่อนบ้าน 48 คน (ร้อยละ 21.3) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 115 คน (ร้อยละ 51.1)

แกนนำพื้นที่กลุ่มเสี่ยงต่ำ 9 หมู่บ้าน จำนวนแกนนำ 240 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 138 คน (ร้อยละ 57.5) ศาสนาพุทธ 236 คน (ร้อยละ 89.3) สถานภาพสมรสคู่ 187 คน (ร้อยละ 77.9) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 63 คน (ร้อยละ 29.9) อาชีพเกษตรกร 175 คน (ร้อยละ 73.5) ตำแหน่งในชุมชนของแกนนำผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. 94 คน (ร้อยละ 45.0) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 55 คน (ร้อยละ 22.9) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในบ้าน 36 คน (ร้อยละ 15.0) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 73 คน (ร้อยละ 30.4)

โดยรวมแกนนำพื้นที่ทั้ง 2 กลุ่มรวม 18 หมู่บ้านมีแกนนำจำนวน 465 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 285 คน (ร้อยละ 61.3) ศาสนาพุทธ 439 คน (ร้อยละ 94.4) สถานภาพสมรสคู่ 365 คน (ร้อยละ 78.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 129 คน (ร้อยละ 28.4) อาชีพเกษตรกรรวม 285 คน (ร้อยละ 61.7) ตำแหน่งขอบแกนนำที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. 200 คน (ร้อยละ 49.4) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 124 คน (ร้อยละ 26.7) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน 124 คน (ร้อยละ 26.7) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 77 คน (ร้อยละ 16.6)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ พบว่าคุณลักษณะของแกนนำที่ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณลักษณะที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ได้แก่ ศาสนา อาชีพหลัก มีประสบการณ์จากเพื่อนบ้าน และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังตารางที่ 5.19

ตารางที่ 5.19 ร้อยละข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูง เสี่ยงต่ำ และโดยรวม

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ	จำนวน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 225)	เสี่ยงต่ำ (n=240)	โดยรวม (n=465)		
เพศ				3.003	.087
ชาย	78(43.7)	102(42.5)	180(38.7)		
หญิง	147(65.3)	138(57.5)	285(61.3)		
ศาสนา				14.472**	.001
พุทธ	203(90.2)	236(98.3)	439(94.4)		
อิสลาม/คริสต์	22(9.8)	4(1.7)	26(5.6)		
สถานภาพสมรส				.359	.836
โสด	21(9.3)	21(8.8)	42(9.0)		
คู่	178(79.1)	187(77.9)	365(78.5)		
แยก/หย่าร้าง	26(11.6)	32(13.3)	58(12.5)		
การศึกษาสูงสุด				8.692	.276
ไม่ได้ศึกษา□	4(1.9)	1(.4)	5(1.1)		
ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4)□	66(30.6)	63(26.5)	129(28.4)		
ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6)□	54(25.0)	59(24.8)	113(24.9)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)	28(13.0)	33(13.9)	61(13.4)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)	21(9.7)	39(16.4)	60(13.2)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)□	6(2.8)	11(4.6)	17(3.7)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	9(4.2)	8(3.4)	17(3.7)		
ปริญญาตรี	28(13.0)	24(10.1)	52(11.5)		
อาชีพหลัก				31.258***	.000
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	110(49.1)	175(73.5)	285(61.7)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24(10.7)	13(5.5)	37(8.0)		
รับราชการ	16(7.1)	11(4.6)	27(5.8)		
ไม่ได้ทำงาน	9(4.0)	8(3.4)	17(3.7)		
รับจ้าง	31(13.8)	14(5.9)	45(9.7)		
แม่บ้าน	26(11.6)	13(5.5)	39(8.4)		
ประมง	1(.4)	0(0)	1(.2)		
นักเรียน	7(3.1)	4(1.7)	11(2.4)		
ตำแหน่งในชุมชน					
คณะกรรมการหมู่บ้าน	41(20.9)	62(29.7)	103(25.4)	4.080	.052

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ	จำนวน n(%)			χ^2	p-value
	เสียงสูง (n= 225)	เสียงต่ำ (n=240)	โดยรวม (n=465)		
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	6(3.1)	6(2.9)	12(3.0)	.013	1.000
สมาชิกชมรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน	40(20.4)	38(18.2)	78(13.9)	.322	.615
ผู้นำชุมชน	18(9.2)	21(10.0)	39(9.6)	.087	.867
ผู้นำศาสนา	6(3.1)	4(1.9)	10(2.5)	.553	.457
อสม.	106(54.1)	94(45.0)	200(49.4)	3.355	.067
ครู	14(7.1)	14(6.7)	28(6.9)	.031	1.000
อื่นๆ	14(7.1)	31(7.7)	45(11.1)	6.056*	.017
ประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	69(30.7)	55(22.9)	124(26.7)	3.567	.057
เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยตนเอง	3(1.3)	10(4.2)	13(2.8)	3.431	.090
มีสมาชิกในบ้าน	33(14.7)	36(15.0)	69(14.8)	61.139	.105
มีประสบการณ์จากเพื่อนบ้าน	48(21.3)	29(12.1)	77(16.6)	7.191**	.009
อื่นๆ	5(2.2)	4(1.7)	9(1.9)	.189	.745
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	115(51.1)	73(30.4)	188(40.4)	20.650***	.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

สำหรับ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และจำนวนครั้งการได้รับการอบรม พบว่า พื้นที่หมู่บ้านเสียงสูงมีแกน 225 คน อายุเฉลี่ย 50.3 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 15,256.1 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 33.3 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 8.5 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.4 ครั้ง พื้นที่เสียงต่ำมีแกน 240 คน อายุเฉลี่ย 51.1 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 18,742.9 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 37.1 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 7.1 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย .6 ครั้ง

โดยรวมพื้นที่ทั้งเสียงสูงและเสียงต่ำมีแกนนำเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 465 คน อายุเฉลี่ย 50.9 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 17,055 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 35.2 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 7.7 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1 ครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะดังกล่าวของแกนนำพื้นที่เสียงสูงและเสียงต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงจำนวนครั้งของการได้รับการอบรมที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ส่วนระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังตารางที่ 5.20

ตารางที่ 5.20 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำ

ข้อมูลส่วนบุคคล	แกนนำชุมชน $\bar{X}$ (SD)			T-test	p-value
	เสียงสูง(n= 225)	เสียงต่ำ(n=240)	โดยรวม(n=465)		
อายุ	50.3(13.5)	51.5(14.4)	50.9(13.9)	-.925	.355
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	15,256.1(11442.8)	18,742.9(21,676.5)	17,055(17,557)	-2.148*	.032
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	33.3(19.5)	37.1(18.3)	35.2(18.9)	-2.164*	.031
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	8.5(8.6)	7.1(8.6)	7.7(8.6)	1.703	.089
จำนวนครั้งการได้รับการอบรม	1.4(2.6)	.63(1.7)	1(2.2)	3.772***	.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.2.1.2 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ของอำเภอสหัส

สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมของหมู่บ้านเสียงสูง (9 หมู่บ้าน) และเสียงต่ำ (9 หมู่บ้าน) รวม 18 หมู่บ้านของอำเภอสหัส

เมื่อพิจารณาในพื้นที่เสียงสูง พบว่า สมรรถนะแกนนำของอำเภอสหัส 9 หมู่บ้าน จำนวน 225 คน มีระดับสมรรถนะแกนนำโดยรวระดับปานกลาง ($\bar{X}$, SD= 153.5, 43.0) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสียงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน และระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา และด้านการสื่อสารข้อมูล โดยไม่มีสมรรถนะด้านใดที่อยู่ในระดับสูง

สำหรับพื้นที่เสียงต่ำจาก 9 หมู่บ้านจำนวน 268 คน พบว่า สมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$, SD= 150.3, 39.3) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่สมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสียงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข ระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูล และระดับต่ำมาก 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

โดยรวมทั้งหมดของแกนนำอำเภอสหัส 465 คน พบว่า โดยรวมระดับสมรรถนะระดับปานกลาง ($\bar{X}$, SD= 151.8, 41.1) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะแกนนำอยู่ในระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข ระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูล และระดับต่ำมาก 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำของพื้นที่เสียงสูงและต่ำ โดยรวมพบว่าไม่มีความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสียงสูงและต่ำ ส่วนในรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่สมรรถนะมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 1 ด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) คือ ด้านการสื่อสารข้อมูล ดังตารางที่ 5.21

ตารางที่ 5.21 ระดับและความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาใช้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยง
สูงและต่ำ อำเภอสีชล

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหา ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน	ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน						T- Test
	เสี่ยงสูง (n=225)		เสี่ยงต่ำ (n=240)		รวม (n=465)		
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
	$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		
1. ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	13.0(5.2)	ปานกลาง	12.7(5.9)	ปานกลาง	12.8(5.5)	ปานกลาง	.503
2. ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล	12.7(3.4)	ปานกลาง	12.3(3.2)	ปานกลาง	12.4(3.3)	ปานกลาง	1.423
3. ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข	15.9(4.3)	ปานกลาง	16.6(3.7)	สูง	16.2(4.0)	สูง	-2.017*
4. ด้านการประเมินความต้องการ	13.8(4.4)	ปานกลาง	14.1(4.3)	ปานกลาง	13.9(3.3)	ปานกลาง	-.838
5. ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน	9.5(3.2)	ปานกลาง	9.4(2.8)	ปานกลาง	9.4(2.9)	ปานกลาง	.644
6. ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน	13.0(5.2)	ปานกลาง	12.7(4.9)	ปานกลาง	12.8(5.0)	ปานกลาง	.757
7. ด้านการสื่อสารข้อมูล	10.2(5.2)	ต่ำ	8.9(5.6)	ต่ำ	9.5(5.4)	ต่ำ	2.753**
8. ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	10.2(4.2)	ปานกลาง	9.8(4.0)	ปานกลาง	9.9(4.0)	ปานกลาง	1.140
9. ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา	6.3(6.1)	ต่ำ	5.7(6.0)	ต่ำมาก	5.9(6.0)	ต่ำมาก	1.222
10. ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน	9.4(4.6)	ปานกลาง	9.4(4.1)	ปานกลาง	9.3(4.3)	ปานกลาง	.168
11. ด้านการจัดการทรัพยากร	9.5(3.9)	ปานกลาง	9.5(3.6)	ปานกลาง	9.5(3.7)	ปานกลาง	-.054
12. ด้านความสามารถกลุ่มแกนนำหลัก	9.2(4.0)	ปานกลาง	9.2(3.8)	ปานกลาง	9.1(3.8)	ปานกลาง	-.145
13. ด้านการมีส่วนร่วม	9.9(4.6)	ปานกลาง	9.8(3.6)	ปานกลาง	9.8(4.1)	ปานกลาง	.318
14. ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	10.9(4.0)	ปานกลาง	10.5(3.6)	ปานกลาง	10.6(3.7)	ปานกลาง	1.283
สมรรถนะแกนนำฯ โดยรวม	153.5(43.0)	ปานกลาง	150.3(39.3)	ปานกลาง	151.8(41.1)	ปานกลาง	.840

5.2.2 สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

5.2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและต่ำ

ประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูง 9 หมู่บ้าน รวมจำนวน 705 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 423 คน (ร้อยละ 60.0) ศาสนาพุทธ 638 คน (ร้อยละ 90.8) สถานภาพสมรสคู่ 564 คน (ร้อยละ 80.0) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 261 คน (ร้อยละ 37.0) อาชีพเกษตรกร 280 คน (ร้อยละ 39.7) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 142 คน (ร้อยละ 20.1) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในครอบครัว 73 คน (ร้อยละ 10.4) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 162 คน (ร้อยละ 23.0)

ประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 9 หมู่บ้าน จำนวนประชาชน 829 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 462 คน (ร้อยละ 55.7) ศาสนาพุทธ 821 คน (ร้อยละ 99.2) สถานภาพสมรสคู่ 645 คน (ร้อยละ 77.7) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 311 คน (ร้อยละ 37.5) อาชีพเกษตรกร 576 คน (ร้อยละ 69.4) เท่ากัน มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 137 คน (ร้อยละ 16.5) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน 71 คน (ร้อยละ 8.6) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 11 คน (ร้อยละ 14.1)

ประชาชนหมู่บ้านทั้ง 2 พื้นที่ มีประชาชนเข้าร่วมโครงการโดยรวมจำนวน 1,535 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 885 คน (ร้อยละ 57.7) ศาสนาพุทธ 1,459 คน (ร้อยละ 95.3) สถานภาพสมรสคู่ 1209 คน (ร้อยละ 78.8) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 572 คน (ร้อยละ 37.3) อาชีพเกษตรกร 856 คน (ร้อยละ 55.8) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 279 คน (ร้อยละ 18.2) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน 132 คน (ร้อยละ 8.6) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 279 คน (ร้อยละ 18.2)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชาชนของพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ศาสนา อาชีพหลัก และประสบการณ์ในการรับการอบรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังตารางที่ 5.22

ตารางที่ 5.22 ร้อยละข้อมูลทั่วไป และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง
เสี่ยงต่ำ และโดยรวม

ข้อมูลทั่วไป	ประชาชน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 705)	เสี่ยงต่ำ (n=829)	โดยรวม (n= 1,535)		
เพศ				2.846	.097
ชาย	282(40.0)	367(44.3)	649(42.3)		
หญิง	423(60.0)	462(55.7)	885(57.7)		
ศาสนา				59.784***	.001
พุทธ	638(90.8)	821(99.2)	1,459(95.3)		
อิสลาม/คริสต์	65(9.2)	7(.8)	71(4.6)		
สถานภาพสมรส				3.546	.170
โสด	59(8.4)	62(7.5)	121(7.9)		
คู่	564(80.0)	645(77.7)	1209(78.8)		
แยก/หรือหย่าร้าง	82(11.6)	123(14.8)	205(13.4)		
การศึกษาสูงสุด				15.730	.046
ไม่ได้ศึกษา ☐	14(2.0)	9(1.1)	23(1.5)		
ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4) ☐	261(37.0)	311(37.5)	572(37.3)		
ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6) ☐	178(25.2)	240(28.9)	418(27.2)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)	81(11.5)	107(12.9)	188(12.2)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)	57(8.1)	67(8.1)	124(8.1)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐	25(3.5)	12(1.4)	37(2.4)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	25(3.5)	30(3.6)	55(3.6)		
ปริญญาตรี	59(7)	52(2)	111(7.2)		
อื่นๆ	5(7)	2(2)	7(5)		
อาชีพหลัก				153.121***	.000
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	280(39.7)	576(69.4)	856(55.8)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	101(14.3)	80(9.6)	181(11.8)		
รับราชการ	26(3.7)	16(1.9)	42(2.7)		
ไม่ได้ทำงาน	38(5.4)	34(4.1)	72(4.7)		
รับจ้าง	166(23.5)	78(9.4)	244(15.9)		
แม่บ้าน	61(8.7)	36(4.3)	97(6.3)		
ประมง	18(2.6)	2(2)	20(1.3)		
นักศึกษา	15(2.1)	7(8)	22(1.4)		
อื่นๆ	0(0)	1(100)	1(100)		
ประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก				4.615	.100

ข้อมูลทั่วไป	ประชาชน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 705)	เสี่ยงต่ำ (n=829)	โดยรวม (n= 1,535)		
เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วย	142(20.1)	137(16.5)	279(18.2)		
แหล่งที่มาของประสบการณ์					
มีประสบการณ์ตนเองป่วย	13(1.8)	8(1.0)	21(1.4)	2.188	.185
มีประสบการณ์จากสมาชิกในครอบครัว	73(10.4)	48(5.8)	121(7.9)	10.971	.001
มีประสบการณ์จากเพื่อนบ้าน	61(8.7)	71(8.6)	132(8.6)	.005	1.000
มีประสบการณ์จากแหล่งอื่นๆ	2(.3)	10(1.2)	12(.8)	4.170	.045
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
เคยได้รับการอบรม	162(23.0)	117(14.1)	279(18.2)	21.521***	.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

สำหรับ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และจำนวนครั้งการได้รับการอบรมของประชาชน พบว่า หมู่บ้านเสี่ยงสูงมีประชาชนนำเข้าร่วมโครงการโดยรวม 705 คน อายุเฉลี่ย 50.2 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 17,554.8 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 37.8 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.3 ครั้ง

พื้นที่เสี่ยงต่ำมีประชาชนเข้าร่วมโครงการโดยรวมจำนวน 829 คน อายุเฉลี่ย 50 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 18,035.3 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 35.3 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.2 ครั้ง

โดยรวมทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำมีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 829 คน อายุเฉลี่ย 50 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 17,814.7 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 34.1 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.7 ครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะดังกล่าวของประชาชนพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงจำนวนครั้งของการได้รับการอบรมที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 5.23

ตารางที่ 5.23 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของอำเภอสิชล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประชาชนอำเภอสิชล $\bar{x}$ (SD)			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง (n=705)	เสี่ยงต่ำ(n=829)	รวม(n=1,533)		
อายุ	50.2(14.2)	50.0(14.6)	50.0(14.4)	.328	.743
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	17,554.8(23,698.8)	18,035.3(17,617.1)	17,814.7(20,626.3)	-.444	.657
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	32.8(19.7)	35.3(19.8)	34.1(19.7)	-2.482*	.013
จำนวนการได้รับการอบรม	1.3(3.5)	.2(1.0)	.7(2.4)	8.353***	.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.2.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน ในหมู่บ้านเสี่ยงสูงเสี่ยงต่ำ และโดยรวม ของอำเภอสิชล

เมื่อพิจารณาในพื้นที่เสี่ยงสูง พบว่าสมรรถนะประชาชนของ 9 หมู่บ้าน 705 คน มีระดับสมรรถนะประชาชนโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 152.0, 43.6) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้านระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ด้านด้านการสื่อสารข้อมูล

สำหรับพื้นที่เสี่ยงต่ำ จาก 9 หมู่บ้านจำนวน 830 คน พบว่า สมรรถนะประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 151.0, 41.2) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า สมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 6 ด้าน ระดับต่ำ 3 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านความสามารถของผู้นำศาสนา และด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก และระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน

สมรรถนะประชาชนของอำเภอสิชล (18 หมู่บ้าน) โดยรวมจำนวน 1,535 คน พบว่า โดยรวมระดับสมรรถนะระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 151.4, 42.2) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน ระดับต่ำ 3 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านความสามารถของผู้นำศาสนา และด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก และระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ โดยรวมพบว่าไม่มีความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ ส่วนในรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูล ส่วนด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤตพบว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีระดับคะแนนสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ และด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลักพบว่าหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีระดับคะแนนสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่

ตารางที่ 5.24 ระดับและความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาใช้เลือดออกในพื้นที่
หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอลีล

สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหา ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน	ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน อำเภอสิชล						T-Test
	เสี่ยงสูง (n= 705)		เสี่ยงต่ำ(n=830)		รวม (n= 1,535)		
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
	$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		
1. ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	15.3(4.3)	ปานกลาง	15.8(3.7)	ปานกลาง	15.5(3.9)	ปานกลาง	-2.466*
2. ด้านภาวะผู้นำของตัวบุคคล	14.5(4.5)	ปานกลาง	14.5(3.7)	ปานกลาง	14.5(4.1)	ปานกลาง	.111
3. ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา	6.9(6.0)	ต่ำ	6.4(6.3)	ต่ำ	6.6(6.1)	ต่ำ	1.565
4. ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	19.5(6.5)	ปานกลาง	19.6(6.3)	ปานกลาง	19.5(6.3)	ปานกลาง	-.258
5. ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข	19.7(5.5)	สูง	20.1(4.8)	สูง	19.9(5.1)	สูง	-1.566
6. ความรู้สึกร่วมกับชุมชน	13.3(3.0)	สูง	13.3(3.2)	สูง	13.3(3.1)	สูง	-.209
7. ด้านการสื่อสารข้อมูล	14.5(8.0)	ต่ำ	13.3(8.1)	ต่ำ	13.8(8.0)	ต่ำ	2.896**
8. ด้านการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	11.1(3.6)	ปานกลาง	11.3(3.5)	ปานกลาง	11.2(3.5)	ปานกลาง	-.947
9. ด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก	15.1(6.2)	ปานกลาง	14.5(6.2)	ต่ำ	14.7(6.2)	ต่ำ	1.979*
10. ด้านการจัดการทรัพยากร	9.3(3.9)	ปานกลาง	9.6(3.9)	ปานกลาง	9.4(3.9)	ปานกลาง	-1.697
11. ด้านการประเมินความต้องการฯ	12.8(5.1)	ปานกลาง	12.7(5.0)	ปานกลาง	12.7(5.0)	ปานกลาง	.563
สมรรถนะประชาชนโดยรวม	152.0(43.6)	ปานกลาง	151.0(41.2)	ปานกลาง	151.4(42.2)	ปานกลาง	.456

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.3 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอลือชัย

5.3.1 ปัจจัยสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

5.3.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

5.3.1.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 5.26

ตารางที่ 5.26 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการ
แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.721	1.387
ชาย	.748	1.336
พุทธ	.864	1.158
เกษตรกรรม	.136	7.332
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.301	3.318
รับราชการ	.359	2.785
ไม่ได้ทำงาน	.502	1.992
รับจ้าง	.241	4.145
แม่บ้าน	.269	3.722
โสด	.489	2.044
แต่งงาน	.463	2.160
ระดับการศึกษา	.841	1.189
รายได้	.809	1.236
การอบรม	.869	1.151
ประสบการณ์การป่วย	.876	1.142

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือ การวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะ ตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความ คลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.328 (ดังตารางที่ 5.28) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัย ต่าง ๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 3 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกใน กลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา การอบรม และประสบการณ์การเจ็บป่วย

(ดังตาราง 5.27) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้มีเพียงจำนวน 1 ตัว คือ ระดับการศึกษา โดยปรากฏว่าเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 4.8 ($R^2 = .048$) ผลดังตารางที่ 5.28

ตารางที่ 5.27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณ์การป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.230**	1														
พุทธ	-.066	-.012	1													
เกษตรกรรม	.073	.259**	.262**	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.051	-.131	-.129	-.338**	1											
รับราชการ	-.038	-.020	-.025	-.271**	-.096	1										
ไม่ได้ทำงาน	.229**	-.053	-.086	-.200**	-.071	-.056	1									
รับจ้าง	-.178**	.007	-.172**	-.391**	-.138*	-.111	-.082	1								
แม่บ้าน	-.051	-.234**	.025	-.354**	-.125	-.100	-.074	-.144*	1							
โสด	-.155*	.055	.054	-.069	.038	.090	.090	-.040	-.068	1						
แต่งงาน	-.111	.076	.089	.174**	.000	-.071	-.230**	.015	-.054	-.624**	1					
ระดับการศึกษา	-.192**	.098	.069	.132*	.046	.037	-.144*	.054	-.162*	-.072	.262**	1				
รายได้	-.006	.115	.082	.086	-.020	.258**	-.015	-.136*	-.154*	.001	.148*	.032	1			
การอบรม	-.020	-.184**	.097	.116	-.069	-.129	-.040	-.091	.163*	.003	.071	.047	-.085	1		
ประสบการณ์การป่วย	-.042	-.100	-.073	.044	.082	-.072	-.087	-.042	.001	-.114	.176**	.089	.195**	.090	1	
สมรรถนะชุมชน	-.115	-.014	.009	.035	-.017	.109	.038	.006	-.044	.110	.055	.220**	.049	.133*	.142*	1

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

5.3.1.1.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ตารางที่ 5.28 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การศึกษา	1.176	.349	.226	3.358**	.001
ค่าคงที่	1.365	.345			

$R^2 = .048$, Durbin Watson = 1.328

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

5.3.1.1.3 สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 1.365 + 1.176\text{EDU}^{* * *}$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า แกนนำที่มีการศึกษามีสมรรถนะในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 2.541 ทั้งนี้มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ปัจจัยการศึกษาเท่านั้นที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z_{\hat{Y}} = .226Z_{\text{EDU}}^{* *}$$

จากสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient) แสดงให้เห็นว่าแกนนำที่มีการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.3.1.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรค

ไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

5.3.1.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

การวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยมีตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปร อายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 5.29

ตารางที่ 5.29 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.749	1.335
ชาย	.822	1.216
พุทธ	.954	1.048
เกษตรกร	.115	8.731
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.313	3.197
รับราชการ	.343	2.916
ไม่ได้ทำงาน	.393	2.547
รับจ้าง	.301	3.317
แม่บ้าน	.298	3.353
โสด	.533	1.877
แต่งงาน	.501	1.997
ระดับการศึกษา	.946	1.057
รายได้	.888	1.126
การอบรม	.908	1.101

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.328 (ดังตารางที่ 5.31) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

2. จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่างๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 1 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอบรม (ดังตารางที่ 5.30) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้เพียง 1 ตัวเท่านั้น คือ การอบรม ซึ่งมีผลเชิงบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 4.8 ($R^2 = .048$) ผลดังตารางที่ 5.31

ตารางที่ 5.30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับ ราชการ	ไม่ได้ ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับ การ ศึกษา	รายได้	การ อบรม	ประสบ การณ์ การป่วย	สมรรถนะ ชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.161*	1														
พุทธ	-.039	-.020	1													
เกษตรกรรม	.094	.239**	.067	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.137*	-.131*	.031	-.393**	1											
รับราชการ	-.127*	-.108	-.127*	-.360**	-.052	1										
ไม่ได้ทำงาน	.143*	-.019	.024	-.305**	-.044	-.041	1									
รับจ้าง	-.047	-.070	.032	-.408**	-.060	-.055	-.046	1								
แม่บ้าน	.050	-.206**	-.113	-.393**	-.057	-.052	-.044	-.060	1							
โสด	-.072	.032	-.075	-.044	-.009	.073	-.058	-.014	-.074	1						
แต่งงาน	-.255**	.092	.009	.082	-.006	.021	-.181**	.004	.039	-.582**	1					
ระดับการศึกษา	-.174**	-.075	-.008	-.039	.015	.014	.012	.016	.015	.020	.122	1				
รายได้	.028	.132*	-.033	.020	.042	.185**	-.096	-.078	-.070	-.032	.093	.026	1			
การอบรม	-.074	.053	.029	-.001	-.045	-.057	.174**	-.070	.030	.049	-.010	.024	.024	1		
ประสบการณ์การป่วย	-.143*	.053	-.006	-.069	.045	-.025	.009	-.009	.089	.077	.051	.035	.151*	.197**	1	
สมรรถนะชุมชน	.027	.005	-.005	.077	-.071	.111	-.029	-.014	-.067	.013	.012	.073	.096	.158*	.045	1

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

5.3.1.2.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ตารางที่ 5.31 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.059	.024	.158	2.476*	.014
ค่าคงที่	2.426	.044			
R ² = .048, Durbin Watson = 1.328					

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

4.3.1.2.3 สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.426 + .059TR *$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มขึ้น .059 หน่วยคะแนน ถ้าแกนนำมีการอบรมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง และทั้งนี้ก็มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ปัจจัยการอบรมเท่านั้นที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z_{\hat{Y}} = .158Z_{TR} **$$

สำหรับสมการมาตรฐานของปัจจัยที่ใช้ทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในที่นี้ แสดงให้เห็นเพียงว่า สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำมีเพียงปัจจัยการอบรมเท่านั้นที่ใช้ทำนายสมรรถนะได้

5.3.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

5.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรค

ไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

5.3.2.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนา พุทธ อาชีพเกษตรกรรม อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการให้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 5.32

ตารางที่ 5.32 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.791	1.265
ชาย	.893	1.120
พุทธ	.869	1.151
เกษตรกรรม	.150	6.647
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.265	3.777
รับราชการ	.523	1.912
ไม่ได้ทำงาน	.431	2.319
รับจ้าง	.196	5.090
แม่บ้าน	.340	2.941
โสด	.560	1.786

ปัจจัย	tolerance	VIF
แต่งงาน	.533	1.876
ระดับการศึกษา	.909	1.100
รายได้	.836	1.196
การอบรม	.947	1.056
ประสบการณ์การป่วย	.949	1.053

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.045 (ดังตารางที่ ค) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่างๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม (ในที่นี้คือสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง) ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 6 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ศาสนาพุทธ อาชีพรับราชการ แม่บ้าน ระดับการศึกษา การอบรม และประสบการณ์การป่วย (ดังตาราง ข) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้จำนวน 4 ตัว คือ อายุ อาชีพแม่บ้าน และ การอบรม มีผลเชิงบวกต่อ สมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ในขณะที่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสแต่งงาน มีผลเชิงลบต่อสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 1.0 ($R^2 = .102$) ผลดังตารางที่ 5.34

ตารางที่ 5.33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณืการป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.048	1														
พุทธ	.136**	.028	1													
เกษตรกรรม	.187**	.136**	.174**	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.085*	-.053	-.047	-.332**	1											
รับราชการ	.012	.009	.063	-.159**	-.080*	1										
ไม่ได้ทำงาน	.162**	-.003	.035	-.194**	-.098**	-.047	1									
รับจ้าง	-.174**	.004	-.048	-.450**	-.227**	-.109**	-.132**	1								
แม่บ้าน	-.031	-.241**	-.021	-.250**	-.126**	-.060	-.073	-.171**	1							
โสด	-.133**	-.017	-.024	-.025	-.007	-.005	.019	.001	-.020	1						
แต่งงาน	-.131**	.133**	-.005	.058	.053	.023	-.179**	-.015	-.010	-.604**	1					
ระดับการศึกษา	-.225**	.054	.023	.012	.029	.028	-.011	.031	-.065	.043	.132**	1				
รายได้	-.079*	.009	.067	-.056	.082*	.315**	-.069	-.099**	-.079*	.062	.014	.043	1			
การอบรม	.056	-.016	.097**	.127**	-.070	.066	-.050	-.024	-.046	.001	-.020	.028	.135**	1		
ประสบการณืการป่วย	-.109**	-.104**	-.099**	-.108**	-.006	.050	-.043	.067	.069	-.038	.007	.021	-.059	-.042	1	
สมรรถนะชุมชน	.102**	-.059	.046	.039	-.025	.075	-.024	.058	-.080*	.048	-.107**	.000	.053	.278**	.044	1

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

5.3.2.1.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ตารางที่ 5.34 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.059	.008	.274	7.607***	.000
แต่งงาน (MA)	-.168	.068	-.090	-2.474*	.014
อายุ (AG)	.005	.002	.093	2.515*	.012
รับจ้าง (EM)	.159	.065	.090	2.468*	.014
ค่าคงที่	2.397	.124			
$R^2 = .102$, Durbin Watson = 1.244					

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

*** $p\text{-value} < .001$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงเขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.397 + .059TR^{***} - .168MA^* + .005AG^* + .159EM^*$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มขึ้น 2.452 หน่วยคะแนน ถ้าประชาชนมีการอบรมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีสถานภาพสมรส อายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วยอายุ และมีอาชีพรับจ้าง ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z\hat{Y} = .274Z_{TR}^{***} - .090Z_{MA}^* + .093Z_{AG}^* + .090Z_{EM}^*$$

สำหรับสมการมาตรฐานของปัจจัยที่ใช้ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในที่นี้ แสดงให้เห็นเพียงว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงมีปัจจัยการอบรม สถานภาพสมรส อายุ และอาชีพรับจ้าง เท่านั้นที่ใช้ทำนายสมรรถนะได้

5.3.2.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรค

ไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

5.3.2.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

การวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยมีตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรม อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 14 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 5.35

ตารางที่ 5.35 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.777	1.288
ชาย	.876	1.141
พุทธ	.946	1.057
เกษตรกรรม	.052	19.306
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.116	8.603
รับราชการ	.371	2.696
ไม่ได้ทำงาน	.222	4.498
รับจ้าง	.119	8.408
แม่บ้าน	.215	4.660

ปัจจัย	tolerance	VIF
โสด	.615	1.625
แต่งงาน	.575	1.740
ระดับการศึกษา	.945	1.058
รายได้	.933	1.071
การอบรม	.942	1.061
ประสบการณ์การป่วย	.963	1.039

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือ การวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะ ตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความ คลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.006 (ดังตารางที่ 5.37) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกใน กลุ่มเสี่ยงต่ำ ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 4 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรค ไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ศาสนาพุทธ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ครอบครัว และ การอบรม (ดังตารางที่ 5.36) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะประชาชนใน การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 14 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อ ดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกใน กลุ่มเสี่ยงต่ำได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผล จากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้จำนวน 4 ตัว คือ รายได้ครอบครัว อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว รายได้ และการอบรม ซึ่งปรากฏว่าทั้ง 4 มีผลเชิงบวกต่อสมรรถนะประชาชนในการ แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะประชาชน ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทั้ง 4 ตัวมีอำนาจ ในการทำนายประมาณร้อยละ $5.2 (R^2 = .052)$ ผลดังตารางที่ 5.37

ตารางที่ 5.36 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณ้การป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.064	1														
พุทธ	.009	-.047	1													
เกษตรกรรม	.011	.202**	.082*	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.095**	-.118**	-.045	-.492**	1											
รับราชการ	-.056	-.072*	.015	-.211**	-.046	1										
ไม่ได้ทำงาน	.274**	-.062	.022	-.311**	-.067	-.029	1									
รับจ้าง	-.123**	.004	-.046	-.485**	-.105**	-.045	-.067	1								
แม่บ้าน	.060	-.166**	.022	-.321**	-.070*	-.030	-.044	-.069*	1							
โสด	-.214**	-.022	-.015	-.070*	.062	.027	.011	.003	-.016	1						
แต่งงาน	-.129**	.174**	.000	.178**	-.002	.012	-.254**	-.006	-.099**	-.531**	1					
ระดับการศึกษา	-.137**	.023	-.011	.057	.034	.015	-.096**	-.006	-.035	-.015	.084**	1				
รายได้	-.045	.116**	.003	.076*	.057	.104**	-.105**	-.112**	-.033	.024	.102**	.042	1			
การอบรม	-.106**	-.065	.031	.029	-.037	.013	-.036	-.035	.078*	-.022	.077*	-.114**	.052	1		
ประสบการณ้การป่วย	.026	-.095**	.047	-.078*	.031	.056	.023	.057	-.015	-.040	.059	-.016	-.060	.074*	1	
สมรรถนะชุมชน	-.014	-.016	.096**	-.046	.118**	.045	-.028	-.063	.051	.010	.019	.046	.140**	.103**	-.047	1

* $p\text{-value} < .05$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** $p\text{-value} < .01$ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

5.3.2.2.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ตารางที่ 5.37 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

	b	SE _b	β	t-test	p-value
รายได้ครอบครัว (IC)	.00000516	.000	.128	3.765***	.000
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (OW)	.286	.082	.119	3.500***	.000
ศาสนาพุทธ (BU)	.674	.233	.098	2.897**	.004
การอบรม (TR)	.072	.025	.098	2.882**	.004
ค่าคงที่	1.796	.23			
$R^2 = .052$, Durbin Watson = 1.006					

* p-value < .05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value < .01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

4.3.1.2.3 สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 1.796 + .00000516C^{***} + .286OW^{***} + .674BU^{**} + .072TR^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มขึ้น 2.9000051 หน่วยคะแนน ถ้าประชาชนมีรายได้ครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วยรายได้ มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว นับถือศาสนาพุทธ และมีการอบรมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z_{\hat{Y}} = .128Z_{IC}^{***} + .119Z_{OW}^{***} + .098Z_{BU}^{**} + .098Z_{TR}^{**}$$

สำหรับสมการมาตรฐานของปัจจัยที่ใช้ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในที่นี้ แสดงให้เห็นเพียงว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำมีปัจจัยรายได้ของครอบครัว การประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว การนับถือศาสนาพุทธ และ การอบรมเท่านั้นที่ใช้ทำนายสมรรถนะได้

5.4 สรุปผลการดำเนินการในอำเภอสิชล

การศึกษาในพื้นที่อำเภอสิชลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอสิชล 2) ระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านที่ตั้งในพื้นที่อำเภอสิชล และ 3) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอสิชล ดำเนินการในพื้นที่ 9 ตำบลของอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการประเมินพื้นที่เสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ในความรับผิดชอบของ 15 หน่วยงาน (รพ. สต./รพ.) รวมทั้งหมด 18 หมู่บ้านโดยแบ่งหมู่บ้านเสี่ยงสูง จำนวน 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 9 หมู่บ้าน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่มีแกนนำของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมอบรมและฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินสมรรถนะแกนนำจำนวน 465 คน (บ้าน 465 หลัง) และประเมินสมรรถนะประชาชน จำนวน 1,535 คน (บ้าน 1,535 หลัง) วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนที่เป็นการประเมินสถานการณ์ปัญหาได้แก่ ระดับพื้นที่เสี่ยง ข้อมูลลักษณะชุมชน ดัชนีลูกน้ำยุงลายของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำเทียบกับค่าดัชนีลูกน้ำมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน เปรียบเทียบความแตกต่าง และวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน โดยผลการศึกษาพบว่า

1) สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของอำเภอสิชล มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกจากเกณฑ์การประเมินปัจจัยด้านความรุนแรง และปัจจัยด้านโอกาส โดยพบว่าคะแนนที่ได้จากการประเมินพื้นที่ในการระบุความเสี่ยงสูงและต่ำ โดยมีคะแนนที่ 13 ที่เป็นจุดตัดหรือแบ่งระดับ ลักษณะชุมชนของบ้านแกนนำและบ้านประชาชนเป็นชุมชนชนบท บ้านเดี่ยวชั้นเดียว ใช้น้ำประปา และดื่มน้ำบ่อและน้ำถัง ห้องน้ำห้องส้วมอยู่ในบ้าน ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุดของบ้านแกนนำเสี่ยงสูงและต่ำ คือ ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน และภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 22.5 และ 17.1) ตามลำดับ ขณะที่ภาชนะที่พบมากที่สุดของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำคือ อ่างบัวในบ้าน และอ่างรถยนต์นอกบ้าน (ร้อยละ 25 และ 24) ตามลำดับ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (BI, HI, CI) โดยรวมของบ้านแกนนำและประชาชนสูงกว่าค่ามาตรฐานทั้ง 2 พื้นที่ (BI, HI, CI = 665, 31.8, 65.1 และ 464, 15.9, 5.9) ตามลำดับ โดยบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI สูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI สูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ขณะที่การสนทนากลุ่มกับแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำพบว่า การรับรู้ปัญหาพบว่า ชุมชน “มองไม่เห็นความรุนแรงของปัญหา” “ขาดความร่วมมืออย่างจริงจังของคนในชุมชน” “อสม. ขาดความมั่นใจด้านความรู้และทักษะ” “รับเชื้อจากคนนอก” “สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของคนเป็นเหตุ” “สื่อสารกันไม่ถึง” ขณะที่แนวทางการแก้ไข ชุมชนต้องการ “เพิ่มสมรรถนะความรู้และทักษะต่างๆ แก่ อสม.” “ให้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นของทุกคน”

2) ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน พบว่า ระดับสมรรถนะโดยรวมของแกนนำของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำมีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$, SD: 153.5, 43.0 และ 150.3, 39.3) ตามลำดับ แม้ว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำรายด้าน

(Domain) พบว่า สมรรถนะแกนนำจำนวน 14 ด้าน ของหมู่บ้านเสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา และด้านการสื่อสารข้อมูล ส่วนสมรรถนะแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำโดยรวมพบว่ามีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน ระดับต่ำ 2 ด้าน และระดับต่ำมาก 1 ด้านคือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า สมรรถนะแกนนำโดยรวมมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในรายด้านพบว่าด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านผู้นำหน้าที่ดำรงสาธารณสุขของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$, $P<.05$) ตามลำดับ

สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า สมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD : 153.5, 43.0 และ 151.0, 41.2) เมื่อพิจารณาในรายด้านทั้ง 11 ด้าน พบว่า สมรรถนะประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 2 ด้าน และระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา และด้านการสื่อสาร สมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน ระดับสูง 2 ด้าน และระดับต่ำ 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำชุมชน เมื่อเปรียบเทียบ 2 พื้นที่ พบว่า ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ($P<.001$) และด้านความสามารถของผู้นำศาสนาของหมู่บ้านเสี่ยงสูงอยู่ในระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

3) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชน จำแนกเป็นปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา การอบรม และประสบการณ์ป่วยมีความสัมพันธ์ และมีเพียงระดับการศึกษาที่สามารถทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 4.8 ($R^2 = .048$) ส่วนปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ได้แก่ การอบรม ($P<.05$) และพบว่าการร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 4.8 ($R^2 = .048$)

ส่วนสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง พบว่า ปัจจัย 4 ตัวได้แก่ อายุ แม่บ้าน สถานภาพสมรส และการอบรม มีความสัมพันธ์ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 1.0 ($R^2 = .102$) โดยการอบรม อายุ และอาชีพรับจ้างเป็นปัจจัยทางบวก ส่วน สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยทางลบต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงสำหรับสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า รายได้ครอบครัว อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ศาสนาพุทธ และการอบรมมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ ร้อยละ 5.2 ($R^2 = .052$)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการอบรมจะสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ดังนั้นการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงจำเป็นในการจัดให้กับกลุ่มแกนนำและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ตลอดจนการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและหมู่บ้าน ได้ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะหรือความสามารถของแกนนำและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง เช่น พัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาสมรรถนะชุมชนโดยรวมได้ทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชน

บทที่ 6 ผลการศึกษา

สถานการณ์ ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรค ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ของ 2 อำเภอ

ผลลัพธ์การดำเนินการเมื่อวิเคราะห์โดยภาพรวมของพื้นที่ 2 อำเภอ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เปรียบเทียบสถานการณ์ความเสี่ยงของปัญหาโรคใช้เลือดออกของแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง 2 อำเภอ 2) เปรียบเทียบระดับสมรรถนะแกนนำและประชาชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ และ 3) ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำและประชาชนชุมชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ

6.1 เปรียบเทียบสถานการณ์ความเสี่ยงของปัญหาโรคใช้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของ 2 อำเภอ

6.1.1 ลักษณะชุมชนของบ้านแกนนำของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ของ 2 อำเภอ

บ้านแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง 399 คน จากบ้าน 399 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 288 หลัง (ร้อยละ 72.2) ลักษณะบ้านเดี่ยว 261 หลัง (ร้อยละ 65.7) ลักษณะชั้นเดียว 265 หลัง (ร้อยละ 66.4) วัสดุปลูกสร้างเป็นไม้กับซีเมนต์ 241 หลัง (ร้อยละ 60.4) ใช้น้ำประปา 195 หลัง (ร้อยละ 48.9) ตึมน้ำถัง 200 หลัง (ร้อยละ 50.1) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 322 หลัง (ร้อยละ 80.7) ห้องน้านอกบ้าน 79 หลัง (ร้อยละ 19.8) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 125 หลัง (ร้อยละ 31.8)

บ้านแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 420 คนจากบ้าน 420 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 340 หลัง (ร้อยละ 80.9) ลักษณะบ้านเดี่ยว 270 หลัง (ร้อยละ 64.6) ลักษณะชั้นเดียว 300 หลัง (ร้อยละ 71.8) วัสดุปลูกสร้างเป็นไม้กับซีเมนต์ 270 หลัง (ร้อยละ 64.9) ใช้น้ำประปา 251 หลัง (ร้อยละ 59.8) ตึมน้ำถัง 215 หลัง (ร้อยละ 51.2) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 358 หลัง (ร้อยละ 80.0) ห้องน้านอกบ้าน 83 หลัง (ร้อยละ 19.8) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 230 หลัง (ร้อยละ 28.4)

บ้านแกนนำของพื้นที่หมู่บ้าน 2 อำเภอ โดยรวม 891 คนจากบ้าน 891 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 317 หลัง (ร้อยละ 67.2) ลักษณะบ้านเดี่ยว 531 หลัง (ร้อยละ 65.2) ลักษณะชั้นเดียว 565 หลัง (ร้อยละ 69.2) วัสดุปลูกสร้างเป็นไม้กับซีเมนต์ 511 หลัง (ร้อยละ 62.7) ใช้น้ำประปา 446 หลัง (ร้อยละ 54.5) ตึมน้ำถัง 415 หลัง (ร้อยละ 50.7) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 680 หลัง (ร้อยละ 83.4) ห้องน้านอกบ้าน 162 หลัง (ร้อยละ 19.8) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 230 หลัง (ร้อยละ 35.4)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของลักษณะชุมชน และ การกระจายของบ้านของบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ใช้น้ำประปา และ ตึมน้ำถัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 สภาพแวดล้อมของชุมชน และลักษณะของบ้านของแกนนำ ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง และต่ำของ 2 อำเภอ

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านแกนนำ 2 อำเภอ			χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n=399)	เสี่ยงต่ำ (n=420)	รวม (n= 891)		
ลักษณะชุมชน				16.214*	.013
ชุมชนเมือง	6(1.5)	7(1.7)	12(2.6)		
ชุมชนเมืองใกล้ตลาด	17(4.3)	8(1.9)	21(4.5)		
ชุมชนกึ่งเมือง	31(7.8)	26(6.2)	48(10.3)		
ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด	16(4.0)	12(2.9)	26(5.6)		
ชุมชนชนบท	288(72.2)	340(80.9)	317(67.2)		
ชุมชนชนบทใกล้ตลาด	41(10.3)	27(6.4)	68(8.3)		
การกระจายของบ้าน				10.144*	.017
บ้านเดี่ยว	261(65.7)	270(64.6)	531(65.2)		
กลุ่มบ้าน 1-5 หลังคาเรือน	93(23.4)	84(20.1)	177(21.7)		
กลุ่มบ้านมากกว่า 5 หลังคาเรือน	43(10.8)	64(15.3)	60(13.1)		
ลักษณะของบ้าน				6.455	.168
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง	50(12.5)	35(8.4)	85(10.4)		
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำ	28(7.0)	30(7.2)	58(7.1)		
บ้านชั้นเดียว	265(66.4)	300(71.8)	565(69.2)		
บ้านสองชั้น	54(13.5)	53(12.7)	107(13.1)		
อาคารพาณิชย์	2(.5)	0(0)	2(.2)		
วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน				6.924	.074
ไม้	36(9.0)	26(6.3)	62(7.6)		
ซีเมนต์กับไม้	241(60.4)	270(64.9)	511(62.7)		
ซีเมนต์	118(29.6)	120(28.8)	238(29.2)		
อื่นๆ	4(1.0)	0(0)	4(.5)		

ตารางที่ 6.1 สภาพแวดล้อมของชุมชนของบ้านของแกนนำ ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของ 2 อำเภอ (ต่อ)

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านแกนนำ อำเภอลานสิด			χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n=399)	เสี่ยงต่ำ (n=420)	รวม (n= 891)		
ข้อมูลแหล่งน้ำใช้					
ใช้น้ำประปา	195(48.9)	251(59.8)	446(54.5)	19.889***	.001
ใช้น้ำบ่อในบ้าน	55(13.8)	46(11.0)	101(12.3)	1.604	.448
ใช้น้ำบ่อนอกบ้าน	158(39.6)	155(37.0)	313(38.3)	1.508	.680
ข้อมูลแหล่งน้ำดื่ม					
น้ำประปา	39(9.8)	45(10.7)	84(10.3)	.196	.658
ดื่มน้ำบ่อ	126(31.6)	111(26.4)	237(28.9)	2.639	.104
ดื่มน้ำฝน	59(14.8)	112(26.7)	171(20.9)	17.480***	.000
ดื่มน้ำถัง	200(50.1)	215(51.2)	415(50.7)	2.988	.084
ตำแหน่งห้องน้ำห้องส้วม					
อยู่ในบ้าน	322(80.7)	358(85.2)	680(83.4)	2.988	.084
อยู่นอกบ้าน	79(19.8)	83(19.8)	162(19.8)	.989	1.000
บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง					
มี	125(31.8)	105(25.2)	230(28.4)	4.405	.111

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

6.1.2 สภาพแวดล้อมของบ้านประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง และเสี่ยงต่ำของ 2 อำเภอ

สิ่งแวดล้อมของบ้านกลุ่มประชาชนของ 2 อำเภอแบ่งเป็นแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 15 หมู่บ้านจำนวน 1,340 คน ส่วนครัวเรือนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 15 หมู่บ้าน จำนวน 1,337 คน รวมทั้งหมด 2,777 คน

บ้านประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง 1340 คนจากบ้าน 1340 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 964 หลัง (ร้อยละ 72.0) ลักษณะบ้านเดี่ยว 936 หลัง (ร้อยละ 69.9) ลักษณะชั้นเดียว 950 หลัง (ร้อยละ 48.2) วัสดุปลูกสร้างเป็นไม้กับซีเมนต์ 736 หลัง (ร้อยละ 54.9) แหล่งน้ำใช้จากน้ำบ่อนอกบ้าน 641 หลัง (ร้อยละ 47.8) น้ำดื่มถัง 622 หลัง (ร้อยละ 46.4) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 1,111 หลัง (ร้อยละ 83.9) ห้องน้ำอยู่นอกบ้าน 238 หลัง (ร้อยละ 17.8) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 332 หลัง (ร้อยละ 24.8)

บ้านประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 1,337 คนจากบ้าน 1,337 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 1278 หลัง (ร้อยละ 88.9) ลักษณะบ้านเดี่ยว 1003 หลัง (ร้อยละ 69.9) ลักษณะชั้นเดียว 1020 หลัง (ร้อยละ 71.4) วัสดุปลูกสร้างเป็นไม้กับซีเมนต์ 756 หลัง (ร้อยละ 48.8) แหล่งน้ำใช้จาก

น้ำประปา 914(63.6) หลัง (ร้อยละ 63.6) น้ำดื่มจากน้ำถัง 763หลัง (ร้อยละ 53.1) ห้องน้ำอยู่ในบ้าน 1165 หลัง (ร้อยละ 80.1) ห้องน้ำอยู่นอกบ้าน 274 หลัง (ร้อยละ 19.1) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจำนวน 347 หลัง (ร้อยละ 24.3)

บ้านประชาชนโดยรวมทั้ง 2 อำเภอ จำนวน 2,777 หลัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท 2242 หลัง (ร้อยละ 80.8) บ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว 1939 หลัง (ร้อยละ 69.9) ลักษณะบ้านชั้นเดียว 1970 หลัง (ร้อยละ 10.0) วัสดุปลูกสร้างของแต่ละครัวเรือนของชุมชนเป็นซีเมนต์กับไม้ 1492 หลัง (ร้อยละ 53.8) แหล่งน้ำใช้จากน้ำประปา 1,516 หลัง (ร้อยละ 54.6) น้ำดื่มจากน้ำถัง 1,385 หลัง (ร้อยละ 49.9) และบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง 679 หลัง (ร้อยละ 24.6)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของลักษณะชุมชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ลักษณะชุมชน แหล่งน้ำใช้ทั้งน้ำประปา บ่อนอกบ้าน และแหล่งน้ำดื่มจากน้ำบ่อ และน้ำฝนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) แหล่งน้ำดื่มจากน้ำประปามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) และ ตำแหน่งห้องน้ำในบ้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6.2 สภาพแวดล้อมของชุมชนของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ของ 2 อำเภอ

สภาพแวดล้อมของชุมชน	บ้านประชาชน 2 อำเภอ			χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n= 1,340)	เสี่ยงต่ำ(n= 1,337)	รวม (n= 2,777)		
ลักษณะชุมชน				163.074***	.000
ชุมชนเมือง	17(1.3)	5(.3)	22(.8)		
ชุมชนเมืองใกล้ตลาด	31(2.3)	26(1.8)	57(2.1)		
ชุมชนกึ่งเมือง	42(3.1)	16(1.1)	58(2.1)		
ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด	44(3.3)	22(1.5)	66(2.4)		
ชุมชนชนบท	964(72.0)	1278(88.9)	2242(80.8)		
ชุมชนชนบทใกล้ตลาด	240(17.9)	76(5.3)	316(11.4)		
การกระจายของบ้าน				7.835	.098
บ้านเดี่ยว	936(69.9)	1003(69.9)	1939(69.9)		
กลุ่มบ้าน 1-5 หลังคาเรือน	291(21.7)	324(22.6)	615(22.2)		
กลุ่มบ้านมากกว่า 5 หลังคาเรือน	112(8.4)	107(7.5)	219(7.9)		

* $P<.05$, ** $P<.01$, *** $P<.001$

ตารางที่ 6.2 สภาพแวดล้อมของชุมชนและลักษณะของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ (ต่อ)

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ลักษณะของบ้านประชาชน อำเภอสีชล			χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) n (%)				
	เสี่ยงสูง (n=1,340)	เสี่ยงต่ำ(n= 1,337)	รวม (n= 2,777)		
ลักษณะของบ้าน				7.241	.124
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนสูง	122(9.1)	145(10.2)	267(9.7)		
บ้านชั้นเดียวยกใต้ถุนต่ำ	75(5.6)	85(6.0)	160(5.8)		
บ้านชั้นเดียว	950(48.2)	1020(71.4)	1970(71.2)		
บ้านสองชั้น	185(13.8)	178(12.5)	363(13.1)		
อาคารพาณิชย์	5(.4)	0(0)	5(.2)		
วัสดุที่ใช้สร้างบ้าน				3.851	.278
ไม้	142(10.6)	136(9.5)	278(10.0)		
ซีเมนต์กับไม้	736(54.9)	756(52.8)	1492(53.8)		
ซีเมนต์	458(34.2)	538(37.5)	996(35.9)		
อื่นๆ	4(.3)	3(.2)	7(.3)		
ข้อมูลแหล่งน้ำใช้					
น้ำประปา	602(44.9)	914(63.6)	1516(54.6)	102.487***	.000
น้ำบ่อในบ้าน	223(16.6)	153(10.6)	376(13.5)	22.172***	.000
น้ำบ่อนอกบ้าน	641(47.8)	461(32.1)	1102(39.7)	73.071***	.000
ข้อมูลแหล่งน้ำดื่ม					
น้ำประปา	65(4.9)	114(7.9)	179(6.4)	13.004**	.005
ดื่มน้ำบ่อ	539(40.2)	306(21.3)	845(30.4)	119.430***	.000
ดื่มน้ำฝน	188(14.0)	363(25.3)	551(19.8)	55.926***	.000
ดื่มน้ำถัง	622(46.4)	763(53.1)	1385(49.9)	13.312***	.001
ตำแหน่งห้องน้ำห้องส้วม					
อยู่ในบ้าน	1111(82.9)	1165(81.1)	2276(82.0)	9.869*	.043
อยู่นอกบ้าน	238(17.8)	274(19.1)	512(18.4)	8.611	.126
บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง					
มี	332(24.8)	347(24.3)	679(24.6)	3.511	.476

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

6.1.3 ประเภทและจำนวนของภาษาขณะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของ 2 อำเภอ

6.1.3.1 ประเภทและจำนวนของภาษาขณะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของบ้านแกนนำ 2 อำเภอ

ภาษาที่ทำการสำรวจของแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 399 หลัง พบว่า ภาษาที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุด คือ ภาษาน้ำใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 14.1) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 420 หลัง พบ ภาษาที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 50) รองภาษาเหลือใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 14.6) และโดยรวมของอำเภอสีล มีบ้านที่สำรวจ 819 หลัง พบ ภาษาที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ อ่างบัวในบ้าน และ ภาษาเหลือใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 16.7 และ 11.6) ตามลำดับ

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาษาที่พบลูกน้ำยุงลายของภาษาแต่ละประเภท ระหว่างบ้านแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงยางรถยนต์ในบ้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 ประเภทภาษา ภาษาที่สำรวจ ร้อยละภาษาที่พบลูกน้ำยุงลาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของบ้านแกนนำในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของ 2 อำเภอ

ประเภทของภาษา	ร้อยละของภาษาที่พบลูกน้ำยุงลายของ บ้านแกนนำพื้นที่ของ 2 อำเภอ			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง	เสี่ยงต่ำ	รวม		
	(n=399)	(n=420)	(n= 819)		
1.ภาษาน้ำใช้นอกบ้าน	<u>14.1</u>	8.0	17.1	1.779	.736
2.ภาษาน้ำใช้ในบ้าน	9.3	9.7	15.8	-.154	.878
3.ภาษาน้ำดื่มนอกบ้าน	2.5	1.9	3.8	.323	.747
4.ภาษาน้ำดื่มในบ้าน	1.8	0.1	1.9	2.220*	.027
5.ภาษารองขาตุนอกบ้าน	0	6.6	4.5	-.914	.372
6.ภาษารองขาตู่ในบ้าน	4.7	3.0	4.1	.780	.436
7.จานรองนอกบ้าน	7.5	11.3	12.9	-.717	.475
8.จานรองในบ้าน	0	7.1	4.5	-1.106	.278
9.แจกันนอกบ้าน	0	0	0	-	-
10. แจกันในบ้าน	.8	5.7	4.5	-1.168	.245
11. ยางรถยนต์นอกบ้าน	10.5	11.4	15.3	-.148	.883
12. ยางรถยนต์ในบ้าน	0	<u>50</u>	16.7	-7.91***	.000
13. อ่างบัวนอกบ้าน	4.2	7.8	10.6	-1.197	.233
14. อ่างบัวในบ้าน	20	7.1	<u>16.7</u>	.916	.370
15. ภาษาเหลือใช้นอกบ้าน	10.6	<u>14.6</u>	<u>16.0</u>	-.894	.372

16. ภาชนะเหลือใช้ในบ้าน	11.9	7.6	11.1	-.542	.591
17. ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน	11.0	8.0	8.2	.447	.656
18. ภาชนะอื่นๆ ในบ้าน	2.5	0	0	.946	.357

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

6.1.3.2 ประเภทและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงของบ้านประชาชน 2 อำเภอ

ภาชนะที่ทำการสำรวจของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 1,340ครัวเรือน พบว่า ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 33.3) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 1,337 หลัง พบว่า ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์นอกบ้าน (ร้อยละ 16.8) และโดยรวมของ 2 อำเภอมียุงลายที่สำรวจ 2,777 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 14.5)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายของภาชนะแต่ละประเภท ระหว่างครัวเรือนประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ภาชนะเหลือใช้ในบ้านของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และ แจกันนอกบ้าน ยางรถยนต์ในบ้าน และ อ่างบัวในบ้านของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 6.4

ตารางที่ 6.4 ประเภทภาชนะ ภาชนะที่สำรวจ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ

ประเภทของภาชนะ	ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชน			T-test	p-value
	พื้นที่ 2 อำเภอ				
	เสี่ยงสูง (n=1,340)	เสี่ยงต่ำ(n= 1,337)	รวม (n= 2,777)		
1.ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน	4.4	4.8	4.6	-.489	.625
2.ภาชนะน้ำใช้ในบ้าน	3.0	1.8	2.4	1.917	.055
3.ภาชนะน้ำดื่มนอกบ้าน	2.0	1.7	1.8	.269	.788
4.ภาชนะน้ำดื่มในบ้าน	1.3	.8	1.1	1.019	.308
5.ภาชนะรองขาตู้นอกบ้าน	8.3	6.4	7.1	.478	.633
6.ภาชนะรองขาตู้ในบ้าน	2.7	2.9	2.8	-.222	.824
7.จานรองนอกบ้าน	10.4	9.2	9.8	.407	.684
8.จานรองในบ้าน	4.6	8.3	6.6	-.481	.631
9.แจกันนอกบ้าน	11.6	2.1	6.8	2.187*	.031
10. แจกันในบ้าน	3.7	7.3	5.3	-1.523	.129
11. ยางรถยนต์นอกบ้าน	9.3	16.8	13.4	-1.854	.065
12. ยางรถยนต์ในบ้าน	33.3	3.3	14.5	2.233*	.036

13. อ่างบัวนอกบ้าน	5.5	6.2	5.9	-.338	.471
14. อ่างบัวในบ้าน	16.0	1.4	7.5	2.233*	.029
15. ภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน	16.0	9.1	11.8	2.816**	.005
16. ภาชนะเหลือใช้ในบ้าน	6.7	4.4	5.4	.636	.526
17. ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน	7.8	9.9	9.1	-.566	.572
18. ภาชนะอื่นๆ ในบ้าน	2.1	0	.9	1.569	.125

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

6.1.4 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของชุมชนทั้งแกนนำและประชาชน ของ 2 อำเภอ

6.1.4.1 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านของแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของ 2 อำเภอ

ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำ พบว่า ดัชนีลูกน้ำยุงลายของ 2 อำเภออยู่ในระดับที่สูงมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง ที่สำรวจบ้าน 399 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 543.1 HI = 25.8 และ CI= 34.7 สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านที่สำรวจจำนวน 420 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 570.2 HI = 21.1 และ CI= 39.1 โดยรวมบ้านแกนนำที่สำรวจจำนวน 891 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 555.5 HI = 23.4 และ CI=37 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6.5

ตารางที่ 6.5 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านแกนนำ พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ

ดัชนีลูกน้ำยุงลาย	บ้านแกนนำของ 2 อำเภอ			t-test	p-value
	เสี่ยงสูง (n=399)	เสี่ยงต่ำ (n=420)	รวม (n= 891)		
ค่า BI (BI<50%)	543.1	570.2	555.5	-.339	.735
ค่า HI (HI<10%)	25.8	21.1	23.4	1.542	.124
ค่า CI (CI<1%)	34.7	39.1	37.0	-.427	.670

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

5.1.4.2 ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของ 2 อำเภอ

ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนของ 2 อำเภอ พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง จากบ้าน 1,340 หลังมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย BI= 352.8 HI = 15.4 และ CI= 4.7 สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านประชาชนที่สำรวจจำนวน 1,436 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 443.6 HI = 12.3 และ CI= 4.8 และโดยรวมของบ้านประชาชนที่สำรวจทั้งหมดของ 2 อำเภอ 2,277 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 395.6 HI =

13.8 และ CI= 4.8 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ค่าดัชนี HI มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังตารางที่ 6.6

ตารางที่ 6.6 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชน พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ

ดัชนีลูกน้ำ	บ้านประชาชนประชาชนของ 2 อำเภอ			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง(n= 1,340)	เสี่ยงต่ำ(n= 1,436)	โดยรวม(n= 2,776)		
ค่า BI (BI<50 %)	352.8	443.6	395.6	-1.742	.082
ค่า HI (HI<10 %)	15.4	12.3	13.8	2.328*	.020
ค่า CI (CI<1 %)	4.7	4.8	4.8	-.205	.938

* $P<.05$, ** $P<.01$, *** $P<.001$

6.2 ระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านในพื้นที่ของ 2 อำเภอ

6.2.1 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของ 2 อำเภอ

6.2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำพื้นที่หมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและต่ำ

กลุ่มแกนนำชุมชนแบ่งเป็นแกนนำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ จำนวน 30 หมู่บ้าน แบ่งเป็นแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 15 หมู่บ้าน ส่วนแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีจำนวน 15 หมู่บ้าน

แกนนำพื้นที่กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 15 หมู่บ้าน มีแกนนำเข้าร่วมโครงการ 399 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 266 คน (ร้อยละ 66.7) ศาสนาพุทธ 377 คน (ร้อยละ 94.5) สถานภาพสมรสคู่ 315 คน (ร้อยละ 78.9) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 101 คน (ร้อยละ 26.2) อาชีพเกษตรกร 233 คน (ร้อยละ 59.0) ตำแหน่งในชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม. 215 คน (ร้อยละ 58.1) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 146 คน (ร้อยละ 36.6) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกเพื่อนบ้าน 89 คน (ร้อยละ 22.3) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 115 คน (ร้อยละ 51.1)

แกนนำพื้นที่กลุ่มเสี่ยงต่ำ 15 หมู่บ้าน จำนวน 420 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 256(60.9) คน (ร้อยละ 60.9) ศาสนาพุทธ 414 คน (ร้อยละ 98.5) สถานภาพสมรสคู่ 323 คน (ร้อยละ 76.9) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 109 คน (ร้อยละ 26.4) อาชีพเกษตรกร 297 คน (ร้อยละ 71.2) ตำแหน่งในชุมชนของแกนนำผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. 175 คน (ร้อยละ 45.0) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 136 คน (ร้อยละ 32.4) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในบ้าน 73(17.4) คน (ร้อยละ 17.4) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 73 คน (ร้อยละ 30.4)

โดยรวมแกนนำพื้นที่ทั้ง 2 กลุ่มรวม 30 หมู่บ้าน มีแกนนำเข้าร่วมโครงการโดยรวมจำนวน 819 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 522 คน (ร้อยละ 53.7) ศาสนาพุทธ 789 คน (ร้อยละ 96.5) สถานภาพสมรสคู่ 638 คน (ร้อยละ 77.9) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 210 คน (ร้อยละ 26.3) อาชีพ

เกษตรกรรวม 530 คน (ร้อยละ 65.3) ตำแหน่งขอบแกนนำที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น อสม. 390 คน (ร้อยละ 51.4) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 282 คน (ร้อยละ 34.4) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากเพื่อนบ้าน 158 คน (ร้อยละ 19.3) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 77 คน (ร้อยละ 16.6)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า คุณลักษณะของแกนนำส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การมีตำแหน่ง อสม. ในชุมชน และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) มีเพียงศาสนา อาชีพหลักมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และ ตำแหน่งอื่นๆในชุมชน และการมีประสบการณ์ป่วยจากเพื่อนบ้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 ร้อยละข้อมูลทั่วไปของแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูง เสี่ยงต่ำ และโดยรวม ของ 2 อำเภอ

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ	จำนวน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 399)	เสี่ยงต่ำ (n=420)	โดยรวม (n=819)		
เพศ				3.932	.140
ชาย	133(33.3)	164(39.0)	297(36.3)		
หญิง	266(66.7)	256(60.9)	522(53.7)		
ศาสนา				9.736**	.005
พุทธ	376(94.2)	413(98.3)	789(96.3)		
อิสลาม/คริสต์	23(5.8)	7(1.7)	30(3.7)		
สถานภาพสมรส				.553	.759
โสด	30(7.5)	33(7.9)	63(7.7)		
คู่	315(78.9)	323(76.9)	638(77.9)		
แยก/หย่าร้าง	54(13.5)	64(15.2)	118(14.4)		
การศึกษาสูงสุด				11.308	.126
ไม่ได้ศึกษา ☐	5(1.3)	1(.2)	6(.8)		
ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4) ☐	101(26.2)	109(26.4)	210(26.3)		
ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6) ☐	91(23.6)	79(19.1)	170(21.3)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)	50(13.0)	71(17.2)	121(15.1)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)	61(15.8)	67(16.2)	128(16.0)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐	11(2.8)	21(5.1)	32(4.0)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	12(3.1)	17(4.1)	29(3.6)		
ปริญญาตรี	55(14.2)	48(16.1)	103(12.9)		

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำ	จำนวน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 399)	เสี่ยงต่ำ (n=420)	โดยรวม (n=819)		
อาชีพหลัก				20.942**	.004
เกษตรกรรวม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	233(59.0)	297(71.2)	530(65.3)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	35(8.9)	22(5.3)	57(7.0)		
รับราชการ	30(7.6)	34(8.2)	64(7.9)		
ไม่ได้ทำงาน	12(3.0)	15(3.6)	27(3.3)		
รับจ้าง	45(11.4)	26(6.2)	71(8.7)		
แม่บ้าน	28(7.1)	16(3.8)	44(5.4)		
ประมง	1(3)	0(0)	1(1)		
นักเรียน	11(2.8)	7(0.9)	18(2.2)		
ตำแหน่งในชุมชน					
คณะกรรมการหมู่บ้าน	75(20.3)	101(26.0)	176(23.2)	3.451	.063
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	9(2.4)	9(2.3)	18(2.4)	.012	.914
สมาชิกชมรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน	77(20.8)	86(22.1)	163(21.5)	.189	.664
ผู้นำชุมชน	34(9.2)	28(7.2)	62(8.2)	1.002	.317
ผู้นำศาสนา	9(2.4)	5(1.3)	14(1.8)	1.378	.240
อสม.	215(58.1)	175(45.0)	390(51.4)	13.069***	.000
ครู	25(6.8)	30(7.7)	55(7.2)	.257	.612
อื่นๆ	34(9.2)	55(14.1)	89(11.7)	4.488*	.034
ประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก					
เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยตนเอง	11(2.8)	14(3.3)	25(3.1)	.230	.632
มีสมาชิกในบ้าน	62(15.5)	73(17.4)	135(16.5)	6.813	.078
มีประสบการณ์จากเพื่อนบ้าน	89(22.3)	69(16.4)	158(19.3)	4.539*	.033
อื่นๆ	11(2.8)	7(1.7)	18(1.9)	2.072	.355
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	207(51.9)	165(39.3)	372(45.4)	13.091***	.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

สำหรับ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และจำนวนครั้งการได้รับการอบรม พบว่า พื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงมี 399 คน อายุเฉลี่ย 50.3 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 15,663.7 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 33.8 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 9.0 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.4 ครั้ง

พื้นที่เสี่ยงต่ำมีแกน 420 คน อายุเฉลี่ย 51.8 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 17,806.5 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 37.6 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 9.2 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.0 ครั้ง

โดยรวมพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำมีแกนนำเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 819 คน อายุเฉลี่ย 51.1 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 16,762 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 35.8 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 9.1 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 1.2 ครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะดังกล่าวของแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ($P<.01$) จำนวนครั้งของการได้รับการอบรมที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังตารางที่ 6.8

ตารางที่ 6.8 ข้อมูลส่วนบุคคลของแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำของ 2 อำเภอ

ข้อมูลส่วนบุคคล	แกนนำชุมชน 2 อำเภอ $\bar{x}$ (SD)			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง(n= 399)	เสี่ยงต่ำ(n=420)	โดยรวม(n=819)		
อายุ	50.3(12.9)	51.8(13.9)	51.1(13.4)	-1.653	.099
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	15,663.7(14,031.1)	17,806.5(20,563.2)	16,762.5(17,706.4)	-1.733	.083
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	33.8(18.3)	37.6(18.4)	35.8(18.4)	-2.916**	.004
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	9.0(7.8)	9.2(9.1)	9.1(8.5)	-.350	.726
จำนวนครั้งการได้รับการอบรม	1.4(2.5)	1.0(2.3)	1.2(2.4)	2.333*	.020

* $P<.05$, ** $P<.01$, *** $P<.001$

6.2.2 ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ของ 2 อำเภอ

สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมของหมู่บ้านเสี่ยงสูง (15 หมู่บ้าน) และเสี่ยงต่ำ (15 หมู่บ้าน) รวม 30 หมู่บ้านของ 2 อำเภอ

เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 2 อำเภอจำนวน 15 หมู่บ้าน พบว่า มีจำนวน 398 คน มีระดับสมรรถนะแกนนำโดยรวระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 163.9, 41.9) ส่วนในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และ ระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้เฝ้าระวัง

สำหรับพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำจาก 15 หมู่บ้านจำนวน 419 คน พบว่า สมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 164.6(40.2) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่สมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านผู้ทำ

หน้าที่ด้านสาธารณสุข และ ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน ส่วนสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูล และระดับต่ำมาก 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

โดยรวมทั้งหมดของแกนนำ 2 อำเภอ 817 คน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 164.2, 41.0) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะแกนนำอยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ โดยรวมพบไม่มีความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในรายด้าน พบว่า มีเพียง 2 ด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และด้านด้านการประเมินความต้องการ ดังตารางที่ 6.9

ตารางที่ 6.9 ระดับและความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาใช้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ ของ 2 อำเภอ

สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหา ใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน	ระดับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน 2 อำเภอ						T- Test
	เสี่ยงสูง (n=398)		เสี่ยงต่ำ (n=419)		รวม (n=817)		
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
	$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		
1. ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	15.2(5.2)	ปานกลาง	15.0(5.6)	ปานกลาง	15.1(5.4)	ปานกลาง	.548
2. ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคล	13.0(3.1)	ปานกลาง	12.7(3.2)	ปานกลาง	12.9(3.2)	ปานกลาง	1.315
3. ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข	16.6(4.1)	สูง	17.1(3.5)	สูง	16.9(3.8)	สูง	-2.019*
4. ด้านการประเมินความต้องการ	13.9(4.4)	ปานกลาง	14.5(4.1)	ปานกลาง	14.2(4.3)	ปานกลาง	-2.020*
5. ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน	9.9(2.9)	ปานกลาง	10.0(2.6)	สูง	9.9(2.8)	ปานกลาง	-.489
6. ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชน	13.5(5.3)	ปานกลาง	13.8(4.8)	ปานกลาง	13.6(5.1)	ปานกลาง	-.843
7. ด้านการสื่อสารข้อมูล	11.8(5.4)	ปานกลาง	11.5(5.8)	ปานกลาง	11.6(5.6)	ปานกลาง	.181
8. ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	10.8(3.9)	ปานกลาง	10.6(3.9)	ปานกลาง	10.7(3.9)	ปานกลาง	.749
9. ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา	6.4(6.1)	ต่ำ	6.2(6.1)	ต่ำ	6.3(6.1)	ต่ำ	.633
10. ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน	10.3(4.4)	ปานกลาง	10.6(4.0)	ปานกลาง	10.4(4.2)	ปานกลาง	-1.060
11. ด้านการจัดการทรัพยากร	10.2(3.6)	ปานกลาง	10.2(3.5)	ปานกลาง	10.2(3.5)	ปานกลาง	-.066
12. ด้านความสามารถกลุ่มแกนนำหลัก	9.9(3.7)	ปานกลาง	10.0(3.6)	ปานกลาง	10.0(3.7)	ปานกลาง	-.358
13. ด้านการมีส่วนร่วม	10.6(4.1)	ปานกลาง	10.6(3.6)	ปานกลาง	10.6(3.8)	ปานกลาง	.041
14. ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	11.5(3.8)	ปานกลาง	11.3(3.5)	ปานกลาง	11.4(3.6)	ปานกลาง	.698
สมรรถนะแกนนำ โดยรวม	163.9(41.9)	ปานกลาง	164.6(40.2)	ปานกลาง	164.2(41.0)	ปานกลาง	-.227

* $P<.05$, ** $P<.01$, *** $P<.001$

6.2.2 สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของ 2 อำเภอ

6.2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ

กลุ่มประชาชนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงโดยรวม 15 หมู่บ้าน รวมจำนวน 1,340 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 1,039 คน (ร้อยละ 77.5) ศาสนาพุทธ 1,272 คน (ร้อยละ 95.1) สถานภาพสมรสคู่ 1,039 คน (ร้อยละ 77.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 501 คน (ร้อยละ 37.4) อาชีพเกษตรกร 695 คน (ร้อยละ 51.9) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 332 คน (ร้อยละ 24.8) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน 155 และ 156 คน (ร้อยละ 11.6 และ 11.6) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 279 คน (ร้อยละ 20.8)

ประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ 829 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 877 คน (ร้อยละ 61.1) ศาสนาพุทธ 1,423 คน (ร้อยละ 99.3) สถานภาพสมรสคู่ 1,081 คน (ร้อยละ 75.2) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 501 (34.9) คน (ร้อยละ 34.9) อาชีพเกษตรกร 925 คน (ร้อยละ 64.4) เท่ากัน มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 295 คน (ร้อยละ 20.5) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในครอบครัวและจากเพื่อนบ้าน 129 และ 137 คน (ร้อยละ 9.0 และ 9.5) ตามลำดับ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 247 คน (ร้อยละ 17.2)

ประชาชนหมู่บ้านทั้ง 2 พื้นที่ มีประชาชนเข้าร่วมโครงการโดยรวมจำนวน 2,776 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 1,709 คน (ร้อยละ 62.4) ศาสนาพุทธ 2,695 คน (ร้อยละ 97.3) สถานภาพสมรสคู่ 2,120 คน (ร้อยละ 76.3) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 1,002 คน (ร้อยละ 36.1) อาชีพเกษตรกร 1,620 คน (ร้อยละ 58.3) มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 627 คน (ร้อยละ 22.6) โดยมีประสบการณ์การป่วยจากสมาชิกในครอบครัว และจากเพื่อนบ้าน 284 และ 293 คน (ร้อยละ 10.2 และ 10.6) ตามลำดับ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 526 คน (ร้อยละ 18.2)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชาชนของพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ศาสนา อาชีพหลัก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และมีประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มีประสบการณ์จากสมาชิกในครอบครัว และ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 6.10

ตารางที่ 6.10 ร้อยละข้อมูลทั่วไป และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง
เสี่ยงต่ำ และโดยรวม

ข้อมูลทั่วไป	ประชาชน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 1,340)	เสี่ยงต่ำ (n= 1,436)	โดยรวม (n= 2,776)		
เพศ				.303	.585
ชาย	508(37.9)	559(38.9)	1,067(38.4)		
หญิง	832(62.1)	877(61.1)	1,709(61.4)		
ศาสนา				46.521***	.000
พุทธ	1,272(95.1)	1,423(99.3)	2,695(97.3)		
อิสลาม/คริสต์	66(4.9)	10(.7)	76(2.7)		
สถานภาพสมรส				2.499	.287
โสด	109(8.1)	120(8.4)	229(8.2)		
คู่	1,039(77.5)	1,081(75.2)	2,120(76.3)		
แยก/หรือหย่าร้าง	192(14.3)	236(16.4)	428(15.4)		
การศึกษาสูงสุด				14.742	.064
ไม่ได้ศึกษา ☐	24(1.8)	13(.9)	37(1.3)		
ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4) ☐	501(37.4)	501(34.9)	1,002(36.1)		
ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6) ☐	321(24.0)	280(26.4)	701(25.2)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)	159(11.9)	185(12.9)	344(12.4)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)	109(8.1)	145(10.1)	254(9.1)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐	44(3.3)	34(2.4)	78(2.8)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	56(4.2)	60(4.2)	116(4.2)		
ปริญญาตรี	110(8.2)	109(7.6)	219(7.9)		
อื่นๆ	16(1.2)	10(.7)	26(.9)		
อาชีพหลัก				72.805***	.000
เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	695(51.9)	925(64.4)	1,620(58.3)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	175(13.1)	156(10.9)	331(11.9)		
รับราชการ	49(3.7)	46(3.2)	95(3.4)		
ไม่ได้ทำงาน	63(4.7)	63(4.4)	126(4.5)		
รับจ้าง	222(16.6)	144(10.0)	366(13.2)		
แม่บ้าน	79(5.9)	70(4.9)	149(5.4)		
ประมง	18(1.3)	2(.1)	20(.7)		
นักศึกษา	38(2.8)	21(1.5)	59(2.1)		
อื่นๆ	1(.1)	9(.6)	1(0)		

ข้อมูลทั่วไป	ประชาชน n(%)			χ^2	p-value
	เสี่ยงสูง (n= 1,340)	เสี่ยงต่ำ (n= 1,436)	โดยรวม (n= 2,776)		
ประสบการณ์ของการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก				8.286*	.016
เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วย	332(24.8)	295(20.5)	627(22.6)		
แหล่งที่มาของประสบการณ์					
มีประสบการณ์ตนเองป่วย	34(2.5)	31(2.2)	65(2.3)	.438	.508
มีประสบการณ์จากสมาชิกในครอบครัว	155(11.6)	129(9.0)	284(10.2)	5.067*	.024
มีประสบการณ์จากเพื่อนบ้าน	156(11.6)	137(9.5)	293(10.6)	3.265	.071
มีประสบการณ์จากแหล่งอื่นๆ	8(.6)	15(1.0)	23(.8)	1.685	.194
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับไข้เลือดออกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา					
เคยได้รับการอบรม	279(20.8)	247(17.2)	526(18.9)	7.078*	.029

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

สำหรับ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และจำนวนครั้งการได้รับการอบรม ของประชาชน พบว่า หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูงมีประชาชนนำเข้าร่วมโครงการโดยรวม 1339 คน อายุเฉลี่ย 50.6 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 15,183.9 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 35.3 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.8 ครั้ง

หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงต่ำมีประชาชนเข้าร่วมโครงการโดยรวมจำนวน 1,437 คน อายุเฉลี่ย 50.3 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 15,750.7 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 35.1 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.3 ครั้ง

โดยรวมพื้นที่ทั้งเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำมีแกนนำเข้าร่วมโครงการ 2,777 คน อายุเฉลี่ย 50.4 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 15,477.3 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 35.2 ปี และการอบรมเรื่องไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีเฉลี่ย 0.6 ครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะดังกล่าวของประชาชนพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงจำนวนครั้งของการได้รับการอบรมที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังตารางที่ 6.11

ตารางที่ 6.11 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ของอำเภอสีชล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ประชาชน $\bar{x}$ (SD)			T-test	p-value
	เสี่ยงสูง (n=1,339)	เสี่ยงต่ำ(n=1,437)	รวม(n=2,776)		
อายุ	50.6(14.3)	50.3(14.6)	50.4(14.4)	.480	.631
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	15,183.9(19,042.5)	15,750.7(15,663.4)	15,477.3(17,374.7)	-.859	.391
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	35.3(19.5)	35.1(19.4)	35.2(19.4)	.202	.840
จำนวนการได้รับการอบรม	.8(2.6)	.3(1.0)	.6(2.0)	6.808***	.000

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

6.2.2.2 ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ในหมู่บ้านเสี่ยงสูงเสี่ยงต่ำ และโดยรวม ของ 2 อำเภอ

เมื่อพิจารณาสมรรถนะประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 15 หมู่บ้าน 1,340 คน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 162.2, 40.6) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้านคือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ด้านด้านการสื่อสารข้อมูล

สำหรับพื้นที่เสี่ยงต่ำ จาก 15 หมู่บ้านจำนวน 1,437 คน พบว่า สมรรถนะประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 158.4, 38.5) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า สมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต และ ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

สมรรถนะประชาชน ของ 2 อำเภอ (30 หมู่บ้าน) จำนวน 2,777 คน พบว่า ระดับสมรรถนะโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 160.3, 39.6) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต และ ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ พบว่า สมรรถนะประชาชนโดยรวมของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนในรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก ด้านการสื่อสารข้อมูลและ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนาของประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$, $P < .01$, $P < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6.12

ตารางที่ 6.12 ระดับและความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาไข้เลือดออกในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ 2 อำเภอ

สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหา ไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน	ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน 2 อำเภอ						T-Test
	เสี่ยงสูง (n= 1,340)		เสี่ยงต่ำ(n= 1,437)		รวม (n= 2,777)		
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
	$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		$\bar{x}$ (SD)		
1. ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต	16.2(3.8)	สูง	16.1(3.5)	สูง	16.1(3.7)	สูง	.388
2. ด้านภาวะผู้นำของตัวบุคคล	15.2(4.0)	ปานกลาง	15.0(3.6)	ปานกลาง	15.1(3.8)	ปานกลาง	1.475
3. ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา	7.2(6.0)	ต่ำ	6.7(6.1)	ต่ำ	6.9(6.2)	ต่ำ	2.360*
4. ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชน	20.6(5.9)	ปานกลาง	20.3(5.8)	ปานกลาง	20.4(5.8)	ปานกลาง	1.450
5. ด้านผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุข	20.7(4.8)	สูง	20.7(4.4)	สูง	20.7(4.6)	สูง	.179
6. ความรู้สึกร่วมกับชุมชน	13.7(2.8)	สูง	13.7(2.9)	สูง	13.7(2.9)	สูง	-.114
7. ด้านการสื่อสารข้อมูล	16.5(7.6)	ปานกลาง	15.1(7.9)	ปานกลาง	15.8(7.8)	ปานกลาง	4.878**
8. ด้านการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	11.9(3.5)	ปานกลาง	11.9(3.3)	ปานกลาง	11.9(3.4)	ปานกลาง	.392
9. ด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก	16.2(5.7)	ปานกลาง	15.2(5.8)	ปานกลาง	15.7(5.8)	ปานกลาง	4.479***
10. ด้านการจัดการทรัพยากร	10.1(3.6)	ปานกลาง	10.2(3.7)	ปานกลาง	10.1(3.7)	ปานกลาง	-.722
11. ด้านการประเมินความต้องการฯ	13.5(4.7)	ปานกลาง	13.2(4.7)	ปานกลาง	13.4(4.7)	ปานกลาง	1.630
สมรรถนะประชาชนโดยรวม	162.2(40.6)	ปานกลาง	158.4(38.5)	ปานกลาง	160.3(39.6)	ปานกลาง	2.551*

* $P < .05$, ** $P < .01$, *** $P < .001$

6.3 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

6.3.1 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมของพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำทั้ง 2 อำเภอ

6.3.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงของ 2 อำเภอ

6.3.1.1.1 ปัจจัยสัมพันธ์สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมในพื้นที่เสี่ยงสูงทั้ง 2 อำเภอ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพ

แต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการให้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 6.13

ตารางที่ 6.13 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.752	1.330
ชาย	.836	1.196
พุทธ	.911	1.097
เกษตรกรรม	.141	7.081
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.328	3.048
รับราชการ	.345	2.902
ไม่ได้ทำงาน	.551	1.814
รับจ้าง	.272	3.672
แม่บ้าน	.362	2.760
โสด	.600	1.667
แต่งงาน	.573	1.745
ระดับการศึกษา	.887	1.128
รายได้	.864	1.158
การอบรม	.924	1.083
ประสบการณ์การป่วย	.911	1.098

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะ

ตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.271 (ดังตารางที่ 6.15) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่าง ๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 3 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย (ดังตาราง ที่ 6.14) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้มีเพียงจำนวน 2 ตัว คือ ประสบการณ์ป่วย และการศึกษา โดยปรากฏว่าเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 6.1 ($R^2 = .061$) ผลดังตารางที่ 6.15

ตารางที่ 6.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	รับ ราชการ	ไม่ได้ ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับ การ ศึกษา	รายได้	การ อบรม	ประสบ การณ์ การป่วย	สมรรถนะ ชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.202**	1														
พุทธ	-.041	-.030	1													
เกษตรกรรม	.062	.165**	.228**	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.060	-.106*	-.113*	-.367**	1											
รับราชการ	-.014	.040	-.011	-.338**	-.088	1										
ไม่ได้ทำงาน	.241**	.000	-.082	-.209**	-.055	-.050	1									
รับจ้าง	-.158**	-.050	-.150**	-.422**	-.111*	-.102*	-.063	1								
แม่บ้าน	-.042	-.173**	-.016	-.325**	-.085	-.078	-.048	-.098	1							
โสด	-.153**	.060	.030	-.049	.046	.027	.061	-.042	-.041	1						
แต่งงาน	-.153**	.078	.057	.051	.008	.007	-.161**	.068	-.027	-.552**	1					
ระดับการศึกษา	-.184**	.080	.069	.088	.035	.032	-.112*	.040	-.145**	-.053	.218**	1				
รายได้	-.044	.090	.058	-.048	-.002	.251**	-.028	-.029	-.101*	.020	.150**	.042	1			
การอบรม	-.035	-.109	.080	.094	-.017	-.130**	-.053	-.036	.107*	-.013	.051	.046	-.041	1		
ประสบการณ์การป่วย	.029	-.080	-.010	.100*	-.018	-.061	-.104*	-.027	-.028	-.100*	.065	.039	.144**	.149**	1	
สมรรถนะชุมชน	.001	-.033	.079	.088	-.012	.053	.001	-.036	-.088	.059	-.036	.147**	.024	.120*	.204**	1

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

6.3.1.1.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมในพื้นที่เสี่ยงสูงทั้ง 2 อำเภอ

ตารางที่ 6.15 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

	b	SE _b	β	t-test	p-value
ประสบการณ์ป่วย (EX)	.280	.069	.199	4.081***	.000
การศึกษา (EDU)	.856	.300	.139	2.847**	.005
ค่าคงที่	1.741	.299			
R ² = .061, Durbin Watson = 1.271					

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 1.741 + .280EX^{***} + .856EDU^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า แกนนำที่มีประสบการณ์ป่วย และการศึกษาที่เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีสมรรถนะในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 2.877 หน่วยคะแนน ทั้งนี้ปัจจัยประสบการณ์ป่วย และการศึกษามีผลทางบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z\hat{Y} = .199Z_{EX}^{***} + .139Z_{EDU}^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient) แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์ป่วย และการศึกษาของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประสบการณ์ป่วยของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้สูงกว่าปัจจัยด้านการศึกษาของแกนนำ

6.3.1.2 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำของ 2 อำเภอ

6.3.1.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำของ 2 อำเภอ

การวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำของ 2 อำเภอ โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามารวมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนา พุทธ อาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วาณิชบัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 6.16

ตารางที่ 6.16 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.750	1.333
ชาย	.865	1.156
พุทธ	.972	1.029
เกษตรกร	.106	9.430
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.314	3.180
รับราชการ	.237	4.217
ไม่ได้ทำงาน	.368	2.715
รับจ้าง	.285	3.513
แม่บ้าน	.370	2.702
โสด	.598	1.672
แต่งงาน	.532	1.881
ระดับการศึกษา	.967	1.034

ปัจจัย	tolerance	VIF
รายได้	.922	1.085
การอบรม	.876	1.141
ประสบการณ์การป่วย	.872	1.147

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.155 (ดังตารางที่ 6.18) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่าง ๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 3 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รัฐบาล การอบรม และประสบการณ์ป่วย (ดังตารางที่ 6.17) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้มีเพียงจำนวน 2 ตัว คือ การอบรม และการรับราชการ โดยปรากฏว่าเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 8.0 ($R^2 = .080$) ผลดังตารางที่ 6.18

ตารางที่ 6.17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณ์การป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.114*	1														
พุทธ	-.051	-.010	1													
เกษตรกรรม	.074	.140**	-.002	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.143**	-.122*	.031	-.365**	1											
รับราชการ	-.098*	-.041	-.030	-.461**	-.070	1										
ไม่ได้ทำงาน	.258**	.004	.025	-.299**	-.045	-.057	1									
รับจ้าง	-.094	-.023	.033	-.399**	-.060	-.076	-.049	1								
แม่บ้าน	.065	-.159**	-.071	-.309**	-.047	-.059	-.038	-.051	1							
โสด	-.069	.002	-.100	-.026	-.029	.076	-.056	-.038	-.058	1						
แต่งงาน	-.265**	.172**	.017	.107*	.027	-.024	-.229**	.024	-.009	-.533**	1					
ระดับการศึกษา	-.134**	-.061	-.006	-.031	.011	.014	.009	.013	.010	.014	.089	1				
รายได้	-.010	.069	-.003	-.038	.009	.219**	-.102*	-.057	-.055	-.015	.099*	.019	1			
การอบรม	-.092	-.056	.041	.059	-.026	-.104*	.014	-.008	.024	.011	.024	.021	-.042	1		
ประสบการณ์การป่วย	-.135**	.020	.011	-.024	.066	-.037	-.024	.012	.022	.006	.102*	.034	.050	.316**	1	
สมรรถนะชุมชน	.014	-.021	-.004	-.055	.004	.132**	-.003	.056	-.071	.005	-.033	.071	.054	.235**	.144**	1

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

6.3.1.2.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมในพื้นที่เสี่ยงต่ำทั้ง 2 อำเภอ

ตารางที่ 6.18 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.070	.013	.251	5.323***	.000
รับราชการ (GOV)	.380	.114	.158	3.337**	.001
ค่าคงที่	2.596	.030			
$R^2 = .080$, Durbin Watson = 1.155					

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.596 + .070TR^{***} + .380GOV^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า แกนนำที่มีการอบรม และรับราชการจะมีสมรรถนะในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 3.046 หน่วยคะแนน โดยที่ปัจจัยการอบรมของแกนนำและแกนนำที่รับราชการเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกต่อสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z\hat{Y} = .251Z_{TR}^{***} + .158Z_{GOV}^{**}$$

จากสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient) แสดงให้เห็นว่าการอบรม และการรับราชการของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ โดยการอบรมของแกนนำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำสูงกว่าการรับราชการของแกนนำ

6.3.2 ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ของ 2 อำเภอ

6.3.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยรวมทั้ง 2 อำเภอ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนา พุทธ อาชีพเกษตรกร อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วาณิชบัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 6.19

ตารางที่ 6.19 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.669	1.495
ชาย	.916	1.092
พุทธ	.910	1.099
เกษตรกร	.137	7.316
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.264	3.781
รับราชการ	.488	2.050
ไม่ได้ทำงาน	.449	2.229
รับจ้าง	.225	4.440
แม่บ้าน	.409	2.444
โสด	.596	1.677

ปัจจัย	tolerance	VIF
แต่งงาน	.595	1.681
ระดับการศึกษา	.629	1.591
รายได้	.837	1.195
การอบรม	.971	1.030
ประสบการณ์การป่วย	.961	1.041

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.142 (ดังตารางที่ 6.22) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่างๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม (ในที่นี้คือสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง) ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 7 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพเกษตรกร ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน สถานภาพสมรส การอบรม และประสบการณ์การป่วย (ดังตารางที่ 6.20) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มี ตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้จำนวน 5 ตัว คือ การอบรม ประสบการณ์การป่วย สถานภาพสมรส เกษตรกร และศาสนาพุทธ ซึ่งปรากฏว่า ปัจจัยด้านอบรม ประสบการณ์ป่วย อาชีพเกษตรกร และการนับถือศาสนา มีผลเชิงบวกต่อสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ในขณะที่ปัจจัยด้านระดับการสมรส และแม่บ้าน มีผลเชิงลบต่อสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$) ผลดังตารางที่ 6.21

ตารางที่ 6.20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณ์การป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.080**	1														
พุทธ	.101	.012	1													
เกษตรกรรม	.154**	.066*	.172**	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.098**	-.052	-.042	-.402**	1											
รับราชการ	.004	.036	.045	-.202**	-.076**	1										
ไม่ได้ทำงาน	.181**	.008	.019	-.231**	-.086**	-.043	1									
รับจ้าง	-.145**	.037	-.080**	-.463**	-.173**	-.087**	-.099**	1								
แม่บ้าน	-.013	-.176**	-.043	-.260**	-.097**	-.049	-.056*	-.112**	1							
โสด	-.179**	-.036	-.018	-.068*	-.002	-.014	.024	.000	-.028	1						
แต่งงาน	-.146**	.152**	-.019	.072**	.023	.019	-.151**	-.001	-.002	-.553**	1					
ระดับการศึกษา	-.419**	-.016	.038	-.224**	.138**	.365**	-.060*	-.042	-.017	.181**	.008	1				
รายได้	-.069*	.038	.031	-.121**	.106**	.301**	-.071*	-.058*	-.043	.025	.061*	.265**	1			
การอบรม	.016	-.001	.048	.044	-.046	.043	-.035	.015	-.018	.006	.000	.011	.138**	1		
ประสบการณ์การป่วย	-.118**	-.094**	-.047	-.011	-.034	.062*	-.054*	.003	.039	-.032	.050	.057*	-.047	-.006	1	
สมรรถนะชุมชน	.040	-.047	.088**	.107**	-.060*	.049	-.025	-.004	-.090**	.018	-.067*	-.018	.003	.179**	.096**	1

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

6.3.2.1.2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกกลุ่มเสี่ยงสูง โดยรวมทั้ง 2 อำเภอ

ตารางที่ 6.21 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.045	.007	.171	6.454***	.000
ประสบการณ์การป่วย (EX)	.172	.043	.107	4.018***	.000
สถานภาพสมรส (MA)	-.128	.045	-.077	-2.882**	.004
เกษตรกร (FM)	.103	.039	.074	2.642**	.008
แม่บ้าน (HO)	-.208	.081	-.070	-2.552*	.011
ศาสนาพุทธ (BU)	.219	.086	.069	2.560*	.011
ค่าคงที่	2.569	.09			
$R^2 = .066$, Durbin Watson = 1.142					

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

*** p-value <.001 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงเขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.569 + .045TR^{***} + .172EX^{***} - .128MA^{**} + .103FM^{**} - .208HO^* + .219BU^*$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มขึ้น 2.600 หน่วยคะแนน ถ้าประชาชนมีการอบรมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีประสบการณ์ป่วยเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีสถานภาพการสมรส มีอาชีพเกษตรกร เป็นแม่บ้าน และการนับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .01 และ .05 ตามลำดับ โดยปัจจัยการอบรม ประสบการณ์ป่วย อาชีพเกษตรกร และการนับถือศาสนา มีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ส่วนปัจจัยสถานภาพการสมรส และแม่บ้าน มีผลทางลบต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z_{\hat{Y}} = .171Z_{TR}^{***} + .107Z_{EX}^{***} - .077Z_{MA}^{**} + .074Z_{FM}^{**} - .070Z_{HO}^* + .069Z_{BU}^*$$

สำหรับสมการมาตรฐานของปัจจัยที่ใช้ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในที่นี้ แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงมีปัจจัยการอบรม ประสบการณ์ป่วย สถานภาพการสมรส อาชีพเกษตรกร แม่บ้าน และการนับถือศาสนาที่ใช้ทำนายสมรรถนะได้ โดยที่ปัจจัยการได้รับการอบรมเป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้สูงที่สุด รองลงมาคือ ประสบการณ์ป่วย สถานภาพการสมรส อาชีพเกษตรกร แม่บ้าน และการนับถือศาสนา ตามลำดับ

6.3.2.2 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำโดยรวมทั้ง 2 อำเภอ

6.3.2.2.1 ปัจจัยสัมพันธ์สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

การวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ตัวแปรทำนายหรือปัจจัยที่เข้ามาร่วมวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศชาย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรวม อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับราชการ บุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ไม่ได้ทำงาน) อาชีพรับจ้าง อาชีพแม่บ้าน (เป็นแม่บ้าน) สถานภาพโสด สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การอบรม และประสบการณ์การป่วย ในการวิเคราะห์แสดงผลดังนี้

การวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis)

1) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity กล่าวคือปัจจัยทั้ง 15 ตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No Multicollinearity) โดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายๆ ตัวด้วยค่าสถิติ Collinearity Statistics ซึ่งมี 2 ค่า คือค่า Tolerance ถ้าค่ามากกว่า .10 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างปัจจัยนั่นเอง (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2550) ผลจากการทดสอบ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งปัจจัยทั้ง 15 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 6.22

ตารางที่ 6.22 ค่า tolerance และ VIF ของปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการ
แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	tolerance	VIF
อายุ	.646	1.548
ชาย	.914	1.094
พุทธ	.977	1.024
เกษตรกรรม	.088	11.366
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.188	5.327
รับราชการ	.413	2.424
ไม่ได้ทำงาน	.326	3.065
รับจ้าง	.193	5.185
แม่บ้าน	.318	3.149
โสด	.594	1.684
แต่งงาน	.593	1.686
ระดับการศึกษา	.636	1.573
รายได้	.891	1.122
การอบรม	.968	1.033
ประสบการณ์การป่วย	.962	1.039

2) การตรวจสอบความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อน (No Autocorrelation) กล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (Multiple Regression Analysis) นอกจากจะตรวจสอบ Multicollinearity แล้ว ยังมีข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของความเป็นอิสระระหว่างความคลาดเคลื่อนของปัจจัยต่างๆ (e_i กับ e_j) ด้วยการใช้สถิติ Durbin-Watson โดยค่าที่บ่งชี้ว่าจะไม่มีปัญหา Autocorrelation คือ Durbin Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.00 กับ 2.00 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ซึ่งปรากฏว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.302 (ดังตารางที่ 6.24) แสดงว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความเป็นอิสระต่อกัน

จากการทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยต่างๆ แต่ละตัวกับตัวแปรตาม ในที่นี้คือสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ปรากฏว่า มีปัจจัยเพียง 3 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพรับเกษตรกร รายได้ และการอบรม (ดังตารางที่ 6.23) และเพื่อหาการร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำ

ปัจจัยทั้ง 15 ตัวเข้าทั้งหมดเพื่อดูว่าตัวแปรเหล่านี้มีตัวแปรใดที่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้จำนวน 5 ตัว คือ การอบรมประสบการณ์การป่วย ระดับการศึกษา ศาสนาพุทธ และ แม่บ้าน ซึ่งปรากฏว่า ปัจจัยด้านการอบรมประสบการณ์การป่วย และอาชีพแม่บ้าน มีผลเชิงบวกต่อ สมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ในขณะที่ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และศาสนาพุทธ มีผลเชิงลบต่อสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวได้แก่ การอบรม ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ครอบครัว และแม่บ้านมีอำนาจในการทำนายประมาณร้อยละ 3.3 ($R^2 = .033$)

ผลดังตาราง 6.24

ตารางที่ 6.23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ปัจจัย	อายุ	ชาย	พุทธ	เกษตรกรรม	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	รับราชการ	ไม่ได้ทำงาน	พนักงาน	แม่บ้าน	โสด	แต่งงาน	ระดับการศึกษา	รายได้	การอบรม	ประสบการณ์การป่วย	สมรรถนะชุมชน
อายุ	1															
ชาย	.009	1														
พุทธ	-.015	-.008	1													
เกษตรกรรม	.041	.173**	.059*	1												
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.069**	-.077**	-.011	-.469**	1											
รับราชการ	-.027	-.007	.018	-.244**	-.063*	1										
ไม่ได้ทำงาน	.287**	-.073	-.013	-.288**	-.075**	-.039	1									
รับจ้าง	-.149**	-.033	-.038	-.449**	-.116**	-.061*	-.071**	1								
แม่บ้าน	.019	-.134**	.022	-.304**	-.079**	-.041	-.048	-.076**	1							
โสด	-.241**	.002	-.021	-.085**	.056*	.031	-.003	.017	-.033	1						
แต่งงาน	-.138**	.150**	.009	.169**	-.023	.022	-.200**	-.050	-.042	-.526**	1					
ระดับการศึกษา	-.446**	-.005	.006	-.215**	.134**	.319**	-.110**	-.017	.014	.230**	.025	1				
รายได้	-.069**	.130**	.010	.021	.051	.213**	-.111**	-.112**	-.042	-.001	.134**	.185**	1			
การอบรม	-.052*	-.058*	-.001	.022	-.042	.044	-.028	-.038	.044	.005	.035	.057*	.024	1		
ประสบการณ์การป่วย	-.015	-.087**	.033	-.072**	.033	.045	.009	.020	-.003	-.023	.020	.046	-.050	.130**	1	
สมรรถนะชุมชน	-.018	-.021	.043	-.083**	.102	.043	-.027	-.025	.050	.011	-.016	.048	.075**	.118**	-.012	1

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

6.3.2.2.1 ปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกกลุ่มเสี่ยงต่ำ
โดยรวมทั้ง 2 อำเภอ

ตารางที่ 6.24 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

	b	SE _b	β	t-test	p-value
การอบรม (TR)	.072	.016	.118	4.550***	.000
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (OW)	.230	.056	.108	4.134***	.000
รายได้ครอบครัว (IN)	.000003	.000	.069	2.657**	.008
แม่บ้าน (HO)	.173	.080	.056	2.145*	.032
ค่าคงที่	2.627	.026			
$R^2 = .033$, Durbin Watson = 1.302					

* p-value <.05 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

** p-value <.01 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

*** p-value <.001 (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001)

สมการถดถอยพหุของปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ เขียนเป็นสมการได้ดังต่อไปนี้

1) สมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient)

$$\hat{Y} = 2.627 + .072TR^{***} + .230OW^{***} + .000003IN^{**} + .173HO^*$$

จากสมการในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Coefficient) ให้ความหมายว่า สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มขึ้น 3.102003 หน่วยคะแนน ถ้าประชาชนมีการอบรมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วยรายได้ และเป็นแม่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .01 และ .05 ตามลำดับ โดยปัจจัยการอบรม อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ และการเป็นแม่บ้าน มีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ

2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficient)

$$Z_{\hat{Y}} = .118Z_{TR}^{***} + .108Z_{OW}^{***} + .069Z_{IN}^{**} + .056Z_{HO}^*$$

สำหรับสมการมาตรฐานของปัจจัยที่ใช้ทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำในที่นี้ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยการอบรม อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ และการเป็นแม่บ้าน มีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้ โดยที่ปัจจัยการได้รับการอบรมเป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในกลุ่มเสี่ยงต่ำได้สูงที่สุด รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ และการเป็นแม่บ้าน ตามลำดับ

6.4 สรุปผลการดำเนินการของ 2 อำเภอ

ผลการประเมินพื้นที่เสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ในมารับผิดชอบของแต่ละ รพ. สต.ของทั้ง 2 อำเภอ รวมทั้งหมด 30 หมู่บ้านโดยแบ่งหมู่บ้านเสี่ยงสูง (จำนวน 15 หมู่บ้าน) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (จำนวน 15 หมู่บ้าน) เก็บข้อมูลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่ที่มีแกนนำของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมอบรมและฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินสมรรถนะแกนนำจำนวน 819 คน (บ้าน 819 หลัง) และประเมินสมรรถนะประชาชน จำนวน 2,777 คน (บ้าน 2,777 หลัง) วิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ แบ่งการเปรียบเทียบเป็น 3 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ความเสี่ยงของปัญหาโรคไข้เลือดออกของแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง 2 อำเภอ 2) ระดับสมรรถนะแกนนำและประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ และ 3) ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำและประชาชนชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ โดยผลการศึกษาพบว่า

1) สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของ 2 อำเภอ โดยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกจากเกณฑ์การประเมินปัจจัยด้านความรุนแรง และปัจจัยด้านโอกาส หมู่บ้านเสี่ยงสูง (จำนวน 15 หมู่บ้าน) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (จำนวน 15 หมู่บ้าน) ภาชนะที่ทำการสำรวจของแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 399 หลัง พบว่า ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุด คือ ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 14.1) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 420 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 50) รองภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 14.6) และโดยรวมของอำเภอสีชล มีบ้านที่สำรวจ 819 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ อ่างบัวในบ้าน และ ภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 16.7 และ 116) ตามลำดับ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายของภาชนะแต่ละประเภท ระหว่างบ้านแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า มีเพียงยางรถยนต์ในบ้านที่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนของ 2 อำเภอ พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง จากบ้าน 1,340 หลังมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย $BI = 352.8$ $HI = 15.4$ และ $CI = 4.7$ สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านประชาชนที่สำรวจจำนวน 1,436 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ $BI = 443.6$ $HI = 12.3$ และ $CI = 4.8$ และโดยรวมของบ้านประชาชนที่สำรวจทั้งหมดของ 2 อำเภอ 2,277 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ $BI = 395.6$ $HI = 13.8$ และ $CI = 4.8$ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ค่าดัชนี HI มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ภาษาชนที่ทำการสำรวจของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 1,340ครัวเรือน พบว่า ภาษาชนที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 33.3) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 1,337 หลัง พบว่า ภาษาชนที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์นอกบ้าน (ร้อยละ 16.8) และโดยรวมของ 2 อำเภอ มีบ้านประชาชนที่สำรวจ 2,777 หลัง พบ ภาษาชนที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 14.5) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาษาชนที่พบลูกน้ำยุงลายของภาษาชนแต่ละประเภทระหว่างครัวเรือนประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ภาษาชนเหลือใช้นอกบ้านของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และ แจกันนอกบ้าน ยางรถยนต์ในบ้าน และ อ่างบัวในบ้านของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนของ 2 อำเภอ พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง จากบ้าน 1,340 หลังมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย $BI = 352.8$ $HI = 15.4$ และ $CI = 4.7$ สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านประชาชนที่สำรวจจำนวน 1,436 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ $BI = 443.6$ $HI = 12.3$ และ $CI = 4.8$ และโดยรวมของบ้านประชาชนที่สำรวจทั้งหมดของ 2 อำเภอ 2,277 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ $BI = 395.6$ $HI = 13.8$ และ $CI = 4.8$ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ค่าดัชนี HI มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

2) ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน พบว่า สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมของหมู่บ้านเสี่ยงสูง (15 หมู่บ้าน) และเสี่ยงต่ำ (15 หมู่บ้าน) รวม 30 หมู่บ้านของ 2 อำเภอ เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 2 อำเภอจำนวน 15 หมู่บ้าน พบว่า มีจำนวน 398 คน มีระดับสมรรถนะแกนนำโดยวัดระดับปานกลาง ($\bar{x}$, $SD = 163.9, 41.9$) ส่วนในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้นำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และ ระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา สำหรับพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำจาก 15 หมู่บ้านจำนวน 419 คน พบว่า สมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{x}$, $SD = 164.6, 40.2$) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่สมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านผู้นำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และ ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน ส่วนสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูล และระดับต่ำมาก 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา โดยรวมทั้งหมดของแกนนำ 2 อำเภอ

817 คน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 164.2, 41.0) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะแกนนำอยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ โดยรวมพบว่าไม่มีความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในรายด้าน พบว่า มีเพียง 2 ด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และด้านด้านการประเมินความต้องการ

สมรรถนะประชาชนฯ ของ 2 อำเภอ (30 หมู่บ้าน) จำนวน 2,777 คน พบว่า เมื่อพิจารณาสมรรถนะประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 15 หมู่บ้าน 1,340 คน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 162.2, 40.6) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้านคือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต ด้านผู้ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ด้านด้านการสื่อสารข้อมูล สำหรับพื้นที่เสี่ยงต่ำ จาก 15 หมู่บ้านจำนวน 1,437 คน พบว่า สมรรถนะประชาชนฯ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 158.4, 38.5) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า สมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต และ ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา เมื่อพิจารณาสมรรถนะประชาชนฯ ของ 2 อำเภอ (30 หมู่บ้าน) จำนวน 2,777 คน พบว่า ระดับสมรรถนะโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 160.3, 39.6) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต และ ด้านผู้ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนฯของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ พบว่า สมรรถนะประชาชนโดยรวมของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนในรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก ด้านการสื่อสารข้อมูลและ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนาของประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$, $P < .01$, $P < .05$) ตามลำดับ

3) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน จำแนกเป็นปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ สำหรับสมรรถนะแกนนำพบว่า ปัจจัยประสบการณ์ป่วย และการศึกษาของแกนนำมีความสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 6.1 ($R^2 = .061$) โดยประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยจะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงสูง ส่วนปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า ปัจจัยการอบรมและอาชีพรับราชการมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 8 ($R^2 = .080$) โดยการอบรมจะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงสูง

ส่วนสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 2 อำเภอ พบว่า ปัจจัย 6 ตัวได้แก่ การอบรม ประสบ การป่วย สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกรรม แม่บ้าน และศาสนาพุทธ มีความสัมพันธ์ โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$) โดยการอบรม ประสบการป่วย อาชีพเกษตรกรรม และศาสนาพุทธ มีผลทางบวกต่อ สมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง ส่วนสถานภาพสมรส และอาชีพแม่บ้านมีผลทางลบต่อสมรรถนะ ประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง สำหรับสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า ปัจจัย 4 ตัวได้แก่ การ อบรม อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ครอบครัว และอาชีพแม่บ้านมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนาย สมรรถนะได้ ร้อยละ 3.3 ($R^2 = .033$) โดยทุกปัจจัยมีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ของ 2 อำเภอ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยปัจจัยประสบการณ์ป่วย ด้านการอบรมจะสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำใน หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำตามลำดับ ขณะที่ปัจจัยด้านการอบรมจะมีผลต่อสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยง สูงและต่ำ ข้อมูลที่ได้สามารถยืนยันให้มีการจัดประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยการอบรมความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคให้กับกลุ่มแกนนำและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ ตลอดจนการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับองค์การบริหารส่วน ตำบล และ อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน ตลอดจนถึงประชาชนในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะหรือ ความสามารถของแกนนำและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับ ต่ำและปานกลาง เช่น การสื่อสารข้อมูล เครือข่ายแกนนำชุมชนกับชุมชน ความสามารถของผู้นำศาสนา และ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเชิงรุก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาสมรรถนะชุมชนโดยรวมได้ ทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชน

บทที่ 7 สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินสถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) ประเมินระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 3) อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของตำบลที่ตั้งในพื้นที่อำเภอลานสกาและอำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

7.1 สรุปผลการดำเนินการ จึงนำเสนอเป็น 3 ส่วนใหญ่ คือ ผลการดำเนินการในอำเภอลานสกา อำเภอลิขิต และเปรียบเทียบผลการดำเนินการของ 2 อำเภอ กล่าวคือ

7.1.1 การดำเนินการในพื้นที่อำเภอลานสกา โดยผลการดำเนินการในพื้นที่ 5 ตำบลของอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเมินพื้นที่เสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ในความรับผิดชอบของ 9 รพ.สต. รวมทั้งหมด 12 หมู่บ้านแบ่งเป็นหมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 6 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 6 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่มีแกนนำของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมอบรมและฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินสมรรถนะแกนนำจำนวน 354 คน (บ้าน 354 หลัง) และประเมินสมรรถนะประชาชนจำนวน 1,242 คน (บ้าน 1,242 หลัง) วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนที่เป็นการประเมินสถานการณ์ปัญหาได้แก่ ระดับพื้นที่เสี่ยง ข้อมูลลักษณะชุมชน ดัชนีลูกน้ำยุงลายของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำเทียบกับค่าดัชนีลูกน้ำมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน เปรียบเทียบความแตกต่าง และวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชน โดยผลการศึกษาพบว่า

7.1.1.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของอำเภอลานสกา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกจากเกณฑ์การประเมินปัจจัยด้านความรุนแรง และปัจจัยด้านโอกาส โดยพบว่าคะแนนที่ได้จากการประเมินพื้นที่ในการระบุความเสี่ยงสูงและต่ำ โดยมีคะแนนที่ 14 ที่เป็นจุดตัดหรือแบ่งระดับเสี่ยงลักษณะชุมชนของบ้านแกนนำและบ้านประชาชนส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท บ้านเดี่ยวชั้นเดียว ใช้น้ำประปา ตึมน้ำบ่อและน้ำถัง ห้องน้ำห้องส้วมอยู่ในบ้าน ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุดของบ้านแกนนำเสี่ยงสูงและต่ำ คือ ภาชนะน้ำไขนอกบ้าน และภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน (ร้อยละ 6.7 และ 25) ตามลำดับ ขณะที่ภาชนะที่พบมากที่สุดของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำคือ ภาชนะอื่นๆ นอกบ้าน และภาชนะรองขาตู้นอกบ้าน (ร้อยละ 12.5 และ 8.6) ตามลำดับ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (BI, HI, CI) โดยรวมของบ้านแกนนำและประชาชนสูงกว่าค่ามาตรฐานทั้ง 2 พื้นที่ (BI, HI, และ CI= 246, 13.4, 3.9 และ 281, 11.4, และ 3.4) ตามลำดับ โดยบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI ใกล้เคียงกับหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ และบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI ใกล้เคียงกับหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้

จากการสนทนากลุ่มแกนนำของแต่ละหมู่บ้านทั้งในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า การรับรู้สถานการณ์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน “มองไม่เห็นปัญหาและความรุนแรงของโรค” “ขาดความร่วมมือต้องรอให้มีการระบาด” “สิ่งแวดล้อมและคนเป็นเหตุ” “เชื่อมาจากคนนอก” “ขาดระบบส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน” “งบประมาณเรื่องโรคไข้เลือดออกมีจำกัด” **ประเด็นการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชน** “ควรวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่อนามัยในการให้ความรู้แก่ประชาชนให้มีความตระหนักว่าต้องช่วยกันแก้ปัญหาไข้เลือดออกนั้นถือว่าเป็นปัญหาของทุกคน” “...เราต้องมีการรณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนักว่าไข้เลือดออกนั้นเป็นปัญหาของทุกคนซึ่งต้องช่วยกันแก้ปัญหา”

7.1.1.2 ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนอำเภอลานสกา พบว่า

1) ระดับสมรรถนะโดยรวมของแกนนำของหมู่บ้านเสี่ยงสูงอำเภอลานสกาในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ (SD): 177.9(36.1) และหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีระดับสูง 184.0(32.9) โดยมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำรายด้าน (Domain) พบว่า สมรรถนะแกนนำจำนวน 14 ด้าน ของหมู่บ้านเสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 9 ด้าน ระดับสูง 4 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา ส่วนสมรรถนะแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำรายด้าน พบว่ามีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน ระดับต่ำ 2 ด้าน และระดับต่ำมาก 1 ด้านคือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าในรายด้านพบว่าด้านการประเมินความต้องการ ด้านเครือข่ายผู้นำชุมชน ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านเครือข่ายผู้นำชุมชนกับชุมชน ของหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ตามลำดับ

2) ระดับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน อำเภอลานสกา พบว่า สมรรถนะโดยรวมของประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ (SD): 137.3(33.6) และ 168.7(31.8)) ตามลำดับ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำรายด้าน (Domain) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน ระดับสูง 4 ด้าน และระดับสมรรถนะต่ำ 1 ด้าน คือด้านความสามารถผู้นำศาสนา ส่วนสมรรถนะหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะปานกลาง 6 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ 2 พื้นที่ พบว่า สมรรถนะด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านสมรรถนะแกนนำหลักของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ($P<.001$) และ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา ($P<.05$)

7.1.1.3 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชน จำแนกเป็นปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ อำเภอลานสกา พบว่า

1) ปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ ($P<.001$) และร่วมกันทำนายได้ร้อยละ

6.1 ($R^2 = .061$) ส่วนปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ได้แก่ การอบรม และ อาชีพรับราชการ ($P < .001$ และ $P < .01$) และพบว่าร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 8.0 ($R^2 = .080$)

2) ส่วนสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง พบว่า ปัจจัยสัมพันธ์ได้แก่ การอบรม ประสบการณ์การป่วย สถานภาพสมรส เกษตรกร แม่บ้าน และศาสนาพุทธ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$) โดยการอบรม ประสบการณ์การป่วย เกษตรกร และศาสนาพุทธ เป็นปัจจัยทางบวก ส่วน สถานภาพสมรส และ แม่บ้าน เป็นปัจจัยทางลบต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง สำหรับ สมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า ปัจจัยด้านการอบรม อาชีพค้าขาย รายได้ครอบครัว และ แม่บ้านมีความสัมพันธ์ และร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 3.3 ($R^2 = .033$)

7.1.2 การดำเนินการในพื้นที่อำเภอสิชลซึ่งประเมินในภาพรวมจะเป็นอำเภอพื้นที่เสี่ยงต่ำ ดำเนินการในพื้นที่ 9 ตำบลของอำเภอสิชล ผลการประเมินพื้นที่เสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค จำแนกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ในความรับผิดชอบของ 15 หน่วยงาน (รพ. สต./รพ.) รวมทั้งหมด 18 หมู่บ้านโดยแบ่งหมู่บ้านเสี่ยงสูง จำนวน 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 9 หมู่บ้าน ดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่มีแกนนำของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมอบรมและฝึกทักษะในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินสมรรถนะแกนนำจำนวน 465 คน (บ้าน 465 หลัง) และประเมินสมรรถนะประชาชน จำนวน 1,535 คน (บ้าน 1,535 หลัง) วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนที่เป็นการประเมินสถานการณ์ปัญหาได้แก่ ระดับพื้นที่เสี่ยง ข้อมูลลักษณะชุมชน ดัชนีลูกน้ำ ยุงลายของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำเทียบกับค่าดัชนีลูกน้ำมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับสมรรถนะแกน นำและสมรรถนะประชาชน เปรียบเทียบความแตกต่าง และวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะ แกนนำและสมรรถนะประชาชน โดยผลการศึกษาพบว่า

7.1.2.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของอำเภอสิชล มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออกจากเกณฑ์การประเมินปัจจัยด้านความรุนแรง และปัจจัยด้านโอกาส โดยพบว่าคะแนนที่ได้ จากการประเมินพื้นที่ในการระบุความเสี่ยงสูงและต่ำ โดยมีคะแนนที่ 13 ที่เป็นจุดตัดหรือแบ่งระดับ ลักษณะชุมชนของบ้านแกนนำและบ้านประชาชนเป็นชุมชนชนบท บ้านเดี่ยวชั้นเดียว ใช้น้ำประปา และ ดื่มน้ำบ่อและน้ำถัง ห้องน้ำห้องส้วมอยู่ในบ้าน ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุดของบ้านแกนนำเสี่ยงสูง และต่ำ คือ ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน และภาชนะเหลือใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 22.5 และ 17.1) ตามลำดับ ขณะที่ภาชนะที่พบมากที่สุดของบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำคือ อ่างบัวในบ้าน และอ่างรถยนต์ นอกบ้าน (ร้อยละ 25 และ 24) ตามลำดับ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (BI, HI, CI) โดยรวมของบ้านแกนนำและ ประชาชนสูงกว่าค่ามาตรฐานทั้ง 2 พื้นที่ (BI, HI, และ CI = 665, 31.8, 65.1 และ 464, 15.9, และ 5.9) ตามลำดับ โดยบ้านแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI สูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และบ้านประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI สูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำมีความแตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ขณะที่การสนทนากลุ่มกับแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำพบว่า การรับรู้ปัญหาพบว่า ชุมชน “มองไม่เห็นความรุนแรงของปัญหา” “ขาดความร่วมมืออย่างจริงจังของคนในชุมชน” “อสม. ขาดความมั่นใจด้านความรู้และทักษะ” “รับเชื้อจากคนนอก” “สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของคนเป็นเหตุ” “สื่อสารกันไม่ถึง” ขณะที่แนวทางการแก้ไข ชุมชนต้องการ “เพิ่มสมรรถนะความรู้และทักษะต่างๆ แก่ อสม.” “ให้ปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นของทุกคน”

7.1.2.2 ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของอำเภอสีชล

1) ระดับสมรรถนะแกนนำของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำมีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$, SD: 153.5, 43.0 และ 150.3, 39.3) ตามลำดับ แม้ว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำรายด้าน (Domain) พบว่า สมรรถนะแกนนำจำนวน 14 ด้าน ของหมู่บ้านเสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา และด้านการสื่อสารข้อมูล ส่วนสมรรถนะแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงต่ำโดยรวมพบว่ามีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน ระดับต่ำ 2 ด้าน และระดับต่ำมาก 1 ด้านคือ ด้านความสามารถผู้นำศาสนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า สมรรถนะแกนนำโดยรวมมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในรายด้านพบว่าด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านผู้นำหน้าที่ด้านสาธารณสุขของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$, $P < .05$) ตามลำดับ

2) สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า สมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD : 153.5, 43.0 และ 151.0, 41.2) เมื่อพิจารณาในรายด้านทั้ง 11 ด้าน พบว่า สมรรถนะประชาชนหมู่บ้านเสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 2 ด้าน และระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา และด้านการสื่อสาร สมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน ระดับสูง 2 ด้าน และระดับต่ำ 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำชุมชน เมื่อเปรียบเทียบ 2 พื้นที่ พบว่า ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ($P < .001$) และด้านความสามารถของผู้นำศาสนาของหมู่บ้านเสี่ยงสูงอยู่ในระดับสูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

7.1.2.3 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของอำเภอสีชล

1) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา การอบรม และประสบการณ์ป่วยมีความสัมพันธ์ และมีเพียงระดับการศึกษาที่สามารถทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 4.8 ($R^2 = .048$) ส่วนปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ ได้แก่ การอบรม ($P < .05$) และพบว่าร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 4.8 ($R^2 = .048$)

2) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง พบว่า ปัจจัย 4 ตัวได้แก่ อายุ แม่บ้าน สถานภาพสมรส และการอบรม มีความสัมพันธ์ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 1.0 ($R^2 =$

.102) โดยการอบรม อายุ และอาชีพรับจ้างเป็นปัจจัยทางบวก ส่วน สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยทางลบ ต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง สำหรับสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า รายได้ ครอบครัว อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ศาสนาพุทธและการอบรมมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ ร้อยละ 5.2 ($R^2 = .052$)

7.1.3 เปรียบเทียบพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ ในภาพรวมของ 2 อำเภอ ผลการประเมินพื้นที่เสี่ยงตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคจำแนกหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ในความรับผิดชอบของแต่ละ รพ. สต. ของทั้ง 2 อำเภอ รวมทั้งหมด 30 หมู่บ้านโดยแบ่งหมู่บ้านเสี่ยงสูง จำนวน 15 หมู่บ้าน หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวน 15 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่มีแกนนำของแต่ละหมู่บ้านเข้าร่วมอบรม และฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินสมรรถนะแกนนำ จำนวน 819 คน (บ้าน 819 หลัง) และประเมินสมรรถนะประชาชน จำนวน 2,777 คน (บ้าน 2,777 หลัง) วิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ แบ่งการเปรียบเทียบเป็น 3 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ความเสี่ยงของปัญหาโรคไข้เลือดออกของแกนนำหมู่บ้านเสี่ยงสูง 2 อำเภอ 2) ระดับสมรรถนะแกนนำและประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ และ 3) ปัจจัยสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะแกนนำและประชาชนชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนของหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของพื้นที่ทั้ง 2 อำเภอ โดยผลการศึกษาพบว่า

7.1.3.1 สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกของ 2 อำเภอ โดยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกจากเกณฑ์การประเมินปัจจัยด้านความรุนแรง และปัจจัยด้านโอกาส หมู่บ้านเสี่ยงสูง (จำนวน 15 หมู่บ้าน) หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ (จำนวน 15 หมู่บ้าน) ภาชนะที่ทำการสำรวจของแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 399 หลัง พบว่า ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุด คือ ภาชนะน้ำใช้นอกบ้าน (ร้อยละ 14.1) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 420 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 50) รองภาชนะเหลือใช้ในบ้าน (ร้อยละ 14.6) และโดยรวมของอำเภอสีชล มีบ้านที่สำรวจ 819 หลัง พบ ภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ อ่างบัวในบ้าน และ ภาชนะเหลือใช้ในบ้าน (ร้อยละ 16.7 และ 116) ตามลำดับ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายของภาชนะแต่ละประเภท ระหว่างบ้านแกนนำพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า มีเพียงยางรถยนต์ในบ้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนของ 2 อำเภอ พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง จากบ้าน 1,340 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย $BI = 352.8$ $HI = 15.4$ และ $CI = 4.7$ สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านประชาชนที่สำรวจจำนวน 1,436 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ $BI = 443.6$ $HI = 12.3$ และ $CI = 4.8$ และโดยรวมของบ้านประชาชนที่สำรวจทั้งหมดของ 2 อำเภอ 2,277 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ $BI = 395.6$ $HI = 13.8$ และ $CI = 4.8$ เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ค่าดัชนี HI มี โดยหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI สูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

ภาษาของการสำรวจของประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงจำนวน 1,340 ครั้วเรือน พบว่า ภาษาที่พบลูกน้ำยุงลายสูงที่สุด คือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 33.3) ส่วนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จำนวนบ้าน 1,337 หลัง พบว่า ภาษาที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์นอกบ้าน (ร้อยละ 16.8) และโดยรวมของ 2 อำเภอมีบ้านประชาชนที่สำรวจ 2,777 หลัง พบ ภาษาที่มีลูกน้ำยุงลายสูงที่สุดคือ ยางรถยนต์ในบ้าน (ร้อยละ 14.5) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของร้อยละของภาษาที่พบลูกน้ำยุงลายของภาษาแต่ละประเภท ระหว่างครัวเรือนประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ พบว่า ภาษาเหลือใช้ นอกบ้านของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) และ แจกันนอกบ้าน ยางรถยนต์ในบ้าน และ อ่างบัวในบ้านของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายของบ้านประชาชนของ 2 อำเภอ พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูง จากบ้าน 1,340 หลังมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย BI= 352.8 HI = 15.4 และ CI= 4.7 สำหรับดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านประชาชนพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ จากบ้านประชาชนที่สำรวจจำนวน 1,436 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 443.6 HI = 12.3 และ CI= 4.8 และโดยรวมของบ้านประชาชนที่สำรวจทั้งหมดของ 2 อำเภอ 2,277 หลัง มีค่าดัชนีลูกน้ำ BI= 395.6 HI = 13.8 และ CI= 4.8 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ พบว่า ค่าดัชนี HI มี โดยหมู่บ้านเสี่ยงสูงมีค่า HI สูงกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

7.1.3.2 ระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน พบว่า สมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยรวมของหมู่บ้านเสี่ยงสูง (15 หมู่บ้าน) และเสี่ยงต่ำ (15 หมู่บ้าน) รวม 30 หมู่บ้านของ 2 อำเภอ เมื่อพิจารณาสมรรถนะแกนนำในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 2 อำเภอจำนวน 15 หมู่บ้าน พบว่า มีจำนวน 398 คน มีระดับสมรรถนะแกนนำโดยรวระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 163.9, 41.9) ส่วนในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา สำหรับพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำจาก 15 หมู่บ้านจำนวน 419 คน พบว่า สมรรถนะแกนนำโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 164.6, 40.2) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 14 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่สมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 11 ด้าน ระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และ ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน ส่วนสมรรถนะระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านการสื่อสารข้อมูล และระดับต่ำมาก 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา โดยรวมทั้งหมดของแกนนำ 2 อำเภอ 817 คน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 164.2, 41.0) เมื่อพิจารณาในรายด้าน ทั้ง 14 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะแกนนำอยู่ในระดับปานกลาง 12 ด้าน ระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และระดับต่ำ 1

ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ โดยรวมพบว่าไม่มีความแตกต่างของสมรรถนะแกนนำในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในรายด้าน พบว่า มีเพียง 2 ด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คือ ด้านผู้ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุข และด้านด้านการประเมินความต้องการ

สมรรถนะประชาชน ของ 2 อำเภอ (30 หมู่บ้าน) จำนวน 2,777 คน พบว่า เมื่อพิจารณาสมรรถนะประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 15 หมู่บ้าน 1,340 คน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 162.2, 40.6) ในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต ด้านผู้ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ด้านด้านการสื่อสารข้อมูล สำหรับพื้นที่เสี่ยงต่ำ จาก 15 หมู่บ้านจำนวน 1,437 คน พบว่า สมรรถนะประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 158.4, 38.5) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า สมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่ำส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา เมื่อพิจารณาสมรรถนะประชาชน ของ 2 อำเภอ (30 หมู่บ้าน) จำนวน 2,777 คน พบว่า ระดับสมรรถนะโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$, SD= 160.3, 39.6) เมื่อพิจารณาในรายด้าน (Domain) ทั้ง 11 ด้าน พบว่า มีระดับสมรรถนะประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ด้าน ระดับสูง 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤต และ ด้านผู้ทำหน้าที่สาธารณสุข และด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชน และระดับต่ำ 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนา ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะประชาชนของพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ พบว่า สมรรถนะประชาชนโดยรวมของหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนในรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านสมรรถนะกลุ่มแกนนำหลัก ด้านการสื่อสารข้อมูลและ ด้านความสามารถของผู้นำศาสนาของประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงมากกว่าหมู่บ้านเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$, $P < .01$, $P < .05$) ตามลำดับ

7.1.3.3 ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน จำแนกเป็นปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ

1) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในการแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน ของ 2 อำเภอ พบว่า ปัจจัยประสบการณ์ป่วย และการศึกษาของแกนนำมีความสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 6.1 ($R^2 = .061$) โดยประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยจะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงสูง ส่วนปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า ปัจจัยการอบรมและอาชีพรับราชการมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 8 ($R^2 = .080$) โดยการอบรมจะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงสูง

2) ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน สมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูงของ 2 อำเภอ พบว่า ปัจจัย 6 ตัวได้แก่ การอบรม ประสบการป่วย สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกรรม แม่บ้าน และศาสนาพุทธ มีความสัมพันธ์ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$) โดยการอบรม ประสบการป่วย อาชีพเกษตรกรรม และศาสนาพุทธ มีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง ส่วนสถานภาพสมรส และอาชีพแม่บ้านมีผลทางลบต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงสูง สำหรับสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำ พบว่า ปัจจัย 4 ตัวได้แก่ การอบรม อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รายได้ครอบครัว และอาชีพแม่บ้านมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายสมรรถนะได้ ร้อยละ 3.3 ($R^2 = .033$) โดยทุกปัจจัยมีผลทางบวกต่อสมรรถนะประชาชนในหมู่บ้านเสี่ยงต่ำของ 2 อำเภอ

7.2 อภิปรายผล

7.2.1 สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของ 12 หมู่บ้านของอำเภอลานสกา โดยสถานการณ์ปัญหาไข้เลือดออกของอำเภอลานสกามีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่เกินไปตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านเสี่ยง(39)ที่สอดคล้องกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน(38) ซึ่งจะสะท้อนความความชุกของยุงในพื้นที่ (41) ที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก (62) จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วย ระดับการศึกษา การอบรม และอาชีพรับราชการเป็นปัจจัยทำนายทางบวกต่อสมรรถนะแกนนำ ส่วนปัจจัยด้านการอบรมสามารถทำนายสมรรถนะประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ดังนั้นการจัดการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องมีการคัดสรรแกนนำที่มีระดับการศึกษา มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เพื่อทำหน้าที่สร้างสมรรถนะให้แก่ประชาชนโดยเน้นการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับกลุ่มแกนนำเองและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก(45, 55, 63) และการให้ความสำคัญต่อกลุ่มแกนนำชุมชน หรือแกนนำที่มีส่วนในความสำเร็จในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก (58) ตลอดจนการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและหมู่บ้าน ได้ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะหรือความสามารถของแกนนำและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง เช่น พัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาสมรรถนะชุมชนโดยรวมได้ทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชน

7.2.2 สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของ 18 หมู่บ้านของอำเภอลานสกา โดยสถานการณ์ปัญหาไข้เลือดออกของอำเภอลานสกามีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่เกินไปตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านเสี่ยง(39)ที่สอดคล้องกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน(38) จะเห็นได้ว่าปัจจัย

ด้านการอบรมจะสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ดังนั้นการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงจำเป็นในการจัดให้กับกลุ่มแกนนำและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำ ตลอดจนการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและหมู่บ้าน ได้ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะหรือความสามารถของแกนนำและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการดำเนินการในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของชุมชนในประเทศศรีลังกา ที่ผู้มีอำนาจในชุมชนจะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบของครัวเรือนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก(64) โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง เช่น พัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาสมรรถนะชุมชนโดยรวมได้ทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชน

7.2.3 สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำของ 30 หมู่บ้านของอำเภอลานสกา และอำเภอลีล โดยสถานการณ์ปัญหาไข้เลือดออกของอำเภอลานสกามีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านเสี่ยง(39) ที่สอดคล้องกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน(38) โดยรวม 2 อำเภอ ปัจจัยประสพการณ์ป่วย ด้านการอบรมจะสัมพันธ์และทำนายสมรรถนะแกนนำในหมู่บ้านเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำตามลำดับ ขณะที่ปัจจัยด้านการอบรมจะมีผลต่อสมรรถนะประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ สอดคล้องกับผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลการดำเนินการชุดกิจกรรม (Intervention) เพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยการจัดการยุงในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่พบว่าชุดกิจกรรมดังกล่าวต้องมีการเพิ่มเรื่องโปรแกรมความรู้ (Education program) เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย(65)

ข้อมูลที่ได้สามารถยืนยันให้มีการจัดประสพการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคให้กับกลุ่มแกนนำและประชาชนทั้งหมู่บ้านเสี่ยงสูงและต่ำของ 2 อำเภอ ตลอดจนการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับองค์การบริหารส่วนตำบล และ อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน ตลอดจนประชาชนในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะหรือความสามารถของแกนนำและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้านที่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง เช่น การสื่อสารข้อมูล เครือข่ายแกนนำชุมชนกับชุมชน ความสามารถของผู้นำศาสนา และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเชิงรุก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาสมรรถนะชุมชนโดยรวมได้ทั้งกลุ่มแกนนำและกลุ่มประชาชน สอดคล้องกับแนวทางการจัดการยุงลายในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management: IVM) ที่องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอให้มีการประยุกต์ใช้ (25) และการดำเนินการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (66)

อ้างอิง

1. สำนักกระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการเฝ้าระวังโรคติดต่อ. 2552 [cited 10/09/2007]; Available from: <http://epid.moph.go.th>.
2. WHO. Dengue and dengue heamorrhagic fever. In Fact Sheet. World Health Organization. Geneva: WHO Regional Publication No 117; 2002.
3. WHO. Strategic framework for dengue prevention and control in Asia-Pacific (2006-2010). Meeting of perther on dengue prevention and control in Asia-Pacific; 23-24 march 2006; Chiang Mai, Thailand2006.
4. Malavige GN, Fernando S, Fernando DJ, Seneviratne SL. Dengue viral infections. Postgrad Med J [pgmj.2004.019638]. 2004;80:588-601.
5. WHO. Prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever: comprehensive guidelines. New Delhi: WHO Reginal Publication, SEARO No. 29; 1999.
6. Deen JL. The challenge of dengue vaccine development and introduction. Tropical Medicine and International Health. 2004;9(1):1-3.
7. DeRock D, Deen J, Clemens JD. Policymarkers' views on dengue fever/dengue haemorrhagic fever and the need for dengue vaccines on four Souteast Asia countried. Vaccine. 2003;22:121-9.
8. Chua KB, Chua IL, Chue I, Chue KH. Effect of chemical fogging on immature Aedes mosquitoes in natural field conditions. Singapore Med J. 2005;46(11):639-44.
9. Ponlawat A, Scott JG, Harrington LC. Insecticide susceptibility of Aedes aegypti and ades albopictus across Thailand. J Med Entomol. 2005;42(5):821-5.
10. Chakravarti A, Kumari R. Eco-epidemiological analysis or dengue infection during an outbreak of dengue fever, India. Virology Journal. 2005;2(32).
11. Gubler DJ, Reiter P, Ebi K, Yap W, Nasci R, Patz J. Climate variability and change in the United States: potential impacts on vector- and rodent-borne diseases. Environ Health Perspect. 2001 May;109 Suppl(2):223-33.
12. Spiegel J, Bennett S, Gatteraley L, Hayden MH, Kittapong P, Nalim S, et al. Barriers and Bridges to prevention and control of dengue: The need for a social for a social-ecological approach. EcoHealth 2005;2:273-90.
13. Guha-Sapir D, Schimmer B. Dengue fever: new paradigms for a changing epidemiology. Emerging Themes in Epidemiology. 2005;2(1).

14. Guzm'an MaG, Kiuri' G, Di'az M, Llop A, Vazquez S, gonza'lez D. Dengue, one of the grest emerging health challenges of the 21st Century. Expert Rev Vaccinnes. 2004;3(5):89-98.
15. WHO. Global Strategic Framework for Integrated vector Management WHO/CDS/CPE/PVC/2004.10,2004.
16. งานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. สถิติการป่วย. จังหวัดนครศรีธรรมราช2553.
17. Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion, part 2; whose use? Andwith what measurement? Critecal Public Health 2001;11(2):129-39.
18. Laverack G. An indentification and interpretation of the prganizational aspects of community empowerment. Community Development Journal. 2001;36(2):134-45.
19. Laverack G. Building capable comunities: experiences in a rural Fijian context. Health Promotion International. 2003;18(2):99-106.
20. Laverack G. Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. Community Development Journal. July 2006;41(3):266-76.
21. NSW. A framework for buikding capacity to improve health. AU: Better Health Center-Publications Warehouse; 2001.
22. Smith N, Littlejohns LB, Roy D. Measurement community capacity: state the Field review and recommendations for future research. Canada: David Thrompson Health region; 2003.
23. Gibbon M, Labonte R, Laverack G. Evaluation community capacity. Health and Social Care in the Community 2002;10(6):485-91.
24. Suwanbamrung C, Somrongthong R, Singchanchai P, Srigernyuang L. The Development of a Tool to Assess Community Capacity of Sustainable Community-based Dengue Prevention and Control: A Study in Southern Thailand [Dissertation]. Bangkok, Thailand: Chulalongkorn University; 2008.
25. WHO. Dengue: Guidelines for diagnosis,Treatment, Prevention and control. Geneva, Swilzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication data; 2009.
26. ศุขธิดา อุบล และ จันทพงษ์ วสี. ไข้เลือดออกเต็งก็ ไวรัสวิทยา พยาธิกำเนิดจากกลไกภูมิคุ้มกัน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุม กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.
27. WHO. Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020. France2012.
28. สำนักควบคุมโรคไข้เลือดออก. โรคไข้เลือดออก ฉบับประเกียรณก. edition n, editor. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.

29. กลุ่มงานควบคุมโรค (งานระบาดวิทยา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพฤษภาคม 2557.
30. จรวย สุวรรณบำรุง. การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน "กำแพงเขาโมเดล" โมเดลการสร้างสมรรถนะชุมชนสู่ตำบลควบคุมโรคไข้เลือดออกเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
31. Kalayanarooj S. Dengue: Treatment and Management. edition, editor. Bangkok: Design Limited.; 1988.
32. Kalayanarooj S. Standardized clinical management: Evidence of reduction of dengue haemorrhagic fever case-fatality rate in Thailand. Dengue Bulletin. 1999;23:10-7.
33. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้เลือดออก ฉบับประเภณก. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
34. ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร. ระบาดวิทยา 7, editor. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
35. Arunachalam N, Kishore B, Samuel M, Krishnamoorthi R, Manavalan R, Tewari SC, et al. Community-based control of Aedes aegypti by adoption of eco-health methods in Chennai City, India. Pathogens and Global Health. 2012;106(8):488-96.
36. Arunachalam N, Tana S, Espiso F, Kittayapong P, Abeyewickreme W, Wai KT, et al. Eco-bio-social determinants of dengue vector breeding: a multicountry study in urban and periurban Asia. Bull World Health Organ. 2010;88:173-84.
37. Sommerfeld J, Kroeger A. Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vectors in urban and peri-urban Asia. Pathogens and Global Health. 2012;106(8):428-35.
38. Focks DA. A review of entomological sampling methods and indicators for dengue vectors. Geneva: WHO (WHO/TDR/IDRDen.03.1); 2004.
39. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 2555,: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2554.
40. WHO. Monograph on dengue/ dengue haemorrhagic fever. New Delhi: Regional Office for South-East Asia 1993.
41. WHO. Prevention and control of dengue and dengue hemorrhagic fever: comprehensive guidelines. New Delhi: WHO Regional Publication, SEARO No. 29; 1999.
42. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สถิติการป่วย. จังหวัดนครราชสีมา 2555.

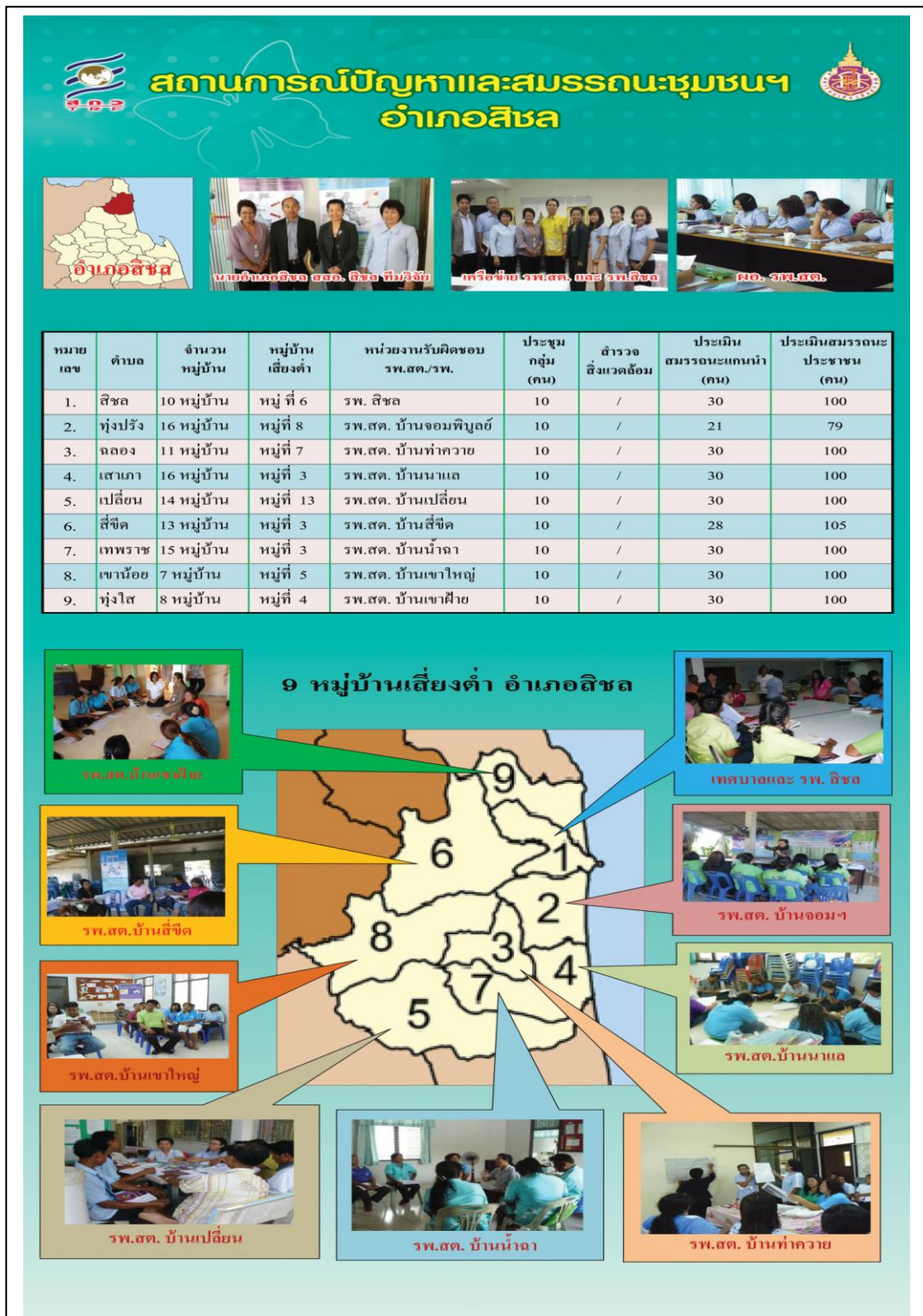
43. Suwanbamrung C. The Development of a Tool to Assess Community Capacity of Sustainable Community-based Dengue Prevention and Control: A Study in Southern Thailand [Dissertation]. Bangkok Thailand: Chalalongkorn University; 2008.
44. Suwanbamrung C, Nukan N, Sripon S, Somrongthong R, Singchagchai P. Community capacity for sustainable community-based dengue prevention and control: Study of a Sub-district in Southern Thailand. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2010;3(4):1-5.
45. Suwanbamrung C, Somrongthong R, Sinchagchai P, Srigernyaun L. Community Capacity Domains of Dengue Prevention and Control. *Asia Pacific Journal Tropical Medicine*. 2009;2(4):50-7.
46. Suwanbamrung C, Somrongthong R, Singchagchai P, Srigernyaung L, editors. Application of a Dengue Community Capacity-Assessment Tool (Dccat) for Sustainable Community-based Dengue Prevention and Control. The 1st Annual International Graduate Research Conference on Social Sciences and Humanities Theme "Harmony in Diversity" Between April 2-3, 2009; 2009; At SD Avenue Hotel, Bangkok, Thailand.
47. Bopp M, Bopp J. Welcome to de Swamp: Measuring Community Capacity is Fundamental to transformational work Canada: The Four worlds Centre for Development Learning; 2002.
48. Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion, part 2; whose use? And with what measurement? *Critical Public Health* 2001;11(2):129-39.
49. Laverack G. Building capable communities: experiences in a rural Fijian context. *Health Promotion International*. 2003;18(2):99-106.
50. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*. 2001;16(2):179-85.
51. Nguyen M-N, Gauvin L, Martineau I, Grignon R. Sustainability of the impact a public health intervention: Lessons learned from the Laval walking clubs experience. *Health Promotion Practice*. 2005;6(1):44-52.
52. Suwanbamrung C. A community network to prevention and control dengue: A area base solution. 38 th APACPH CONFERENCE 2006 and 2 nd International Public Health Conference, 3-6 December 2006, Rama garden Hotel, Bangkok, Thailand; 3-6 December 2006; Rama garden Hotel, Bangkok, Thailand: Starboom Interprint Co., Ltd; 2006.

53. Romani MET, Vanlerberghe V, Perez D, Lefevre P, Ceballos E, Bandera D, et al. Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba. *Social Science & Medicine*. 2007;64:976-88.
54. จรวย สุวรรณบำรุง, รัตนา สำโรงทอง, สุวิษ ธรรมภาโล, อนันต์ คำแป้น, และ พิทยา แต่งเกลี้ยง. รูปแบบการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2553.
55. Suwanbamrung C, Dumpan A, Thammapalo S, Sumrongtong R, Phedkeang P. A model of community capacity building for sustainable dengue problem solution in Southern Thailand. *Health*. 2011;3(9):584-601.
56. Toledo ME, Baly-Gil A, Ceballos-Ursula E, Boelaert M, Van der Stuyft P. Community participation in Dengue prevention: an approach from the perspective of different social actors. *Salud Publica Mex*. 2006 Jan-Feb;48(1):39-44.
57. Toledo ME, Vanlerberghe V, Perez D, Lefevre P, Ceballos E, Bandera D, et al. Toward active community participation in dengue vector: result from action research in Santiago de Cuba, Cuba. *Trans of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2006;48, 39-44..
58. Toledo ME, Vanlerberghe V, Perez D, Lefevre P, Ceballos E, Bandera D, et al. Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba. *Social Science & Medicine*. 2007;64:976-88.
59. อรณุช พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และ วันชัย ธรรมสัจการ. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2552;27(1):81-90.
60. จรวย สุวรรณบำรุง และคณะ. ปัจจัยทำนายระดับความสามารถชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย. [โครงการวิจัย]. In press 2555.
61. จรวย สุวรรณบำรุง, อิตารัตน์ เอกศิรินิมิตร, จันทร์จรรย์ ถือทอง, อภิญา อิงอาจ, สุดา ใจห้าว, เสริมสุข รัตนสุวรรณ, et al. รายงานรูปแบบการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2557.
62. Sekhon H, Minhas S. A study of larval indices and the risk for dengue outbreak. *Scholars Academic Journal of Biosciences (SAJB)*. 2014;2(8):544-7.
63. Suwanbamrung C. Community capacity for sustainable community-based dengue prevention and control: Domain, assessment tool and capacity building model. *Asia Pacific Journal Tropical Medicine*. 2010; 3(6):499-504.

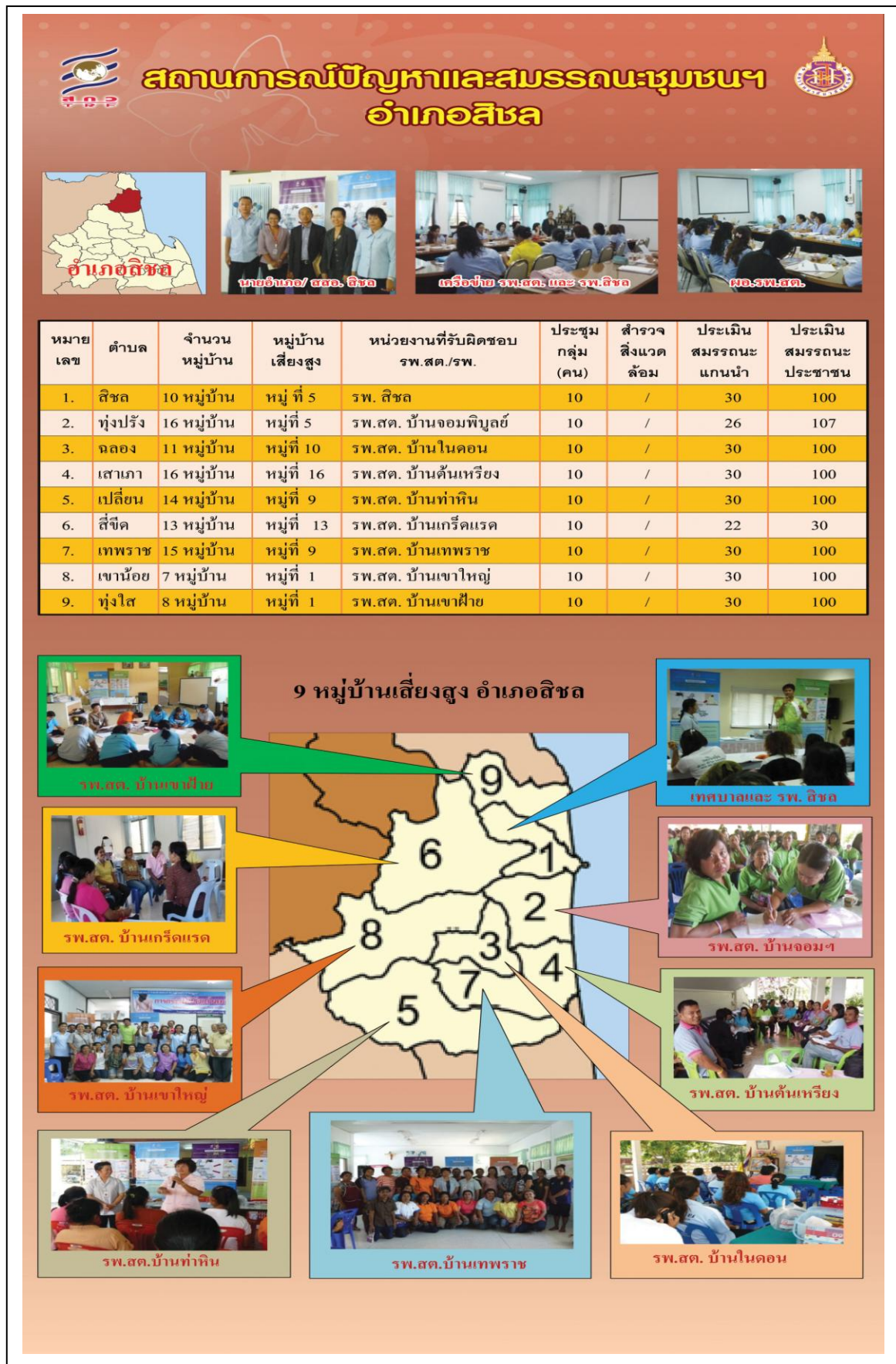
64. Abeyewickreme W, Wickremasinghe AR, Karunatilake K, Sommerfeld J, Axel K. Community mobilization and household level waste management for dengue vector control in Gampaha district of Sri Lanka; an intervention study. *Pathogens and Global Health*. 2012;106(8):479-87.
65. Erlanger TE, Keiser J, Utzinger J. Effect of dengue vector control interventions on entomological parameters in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Medical and Veterinary Entomology*. 2008;22:203-21.
66. Organization ADBaWH. Managing Regional Public Goods for Health Community-Based Dengue Vector Control. Philippines 2013.

ภาคผนวก ก

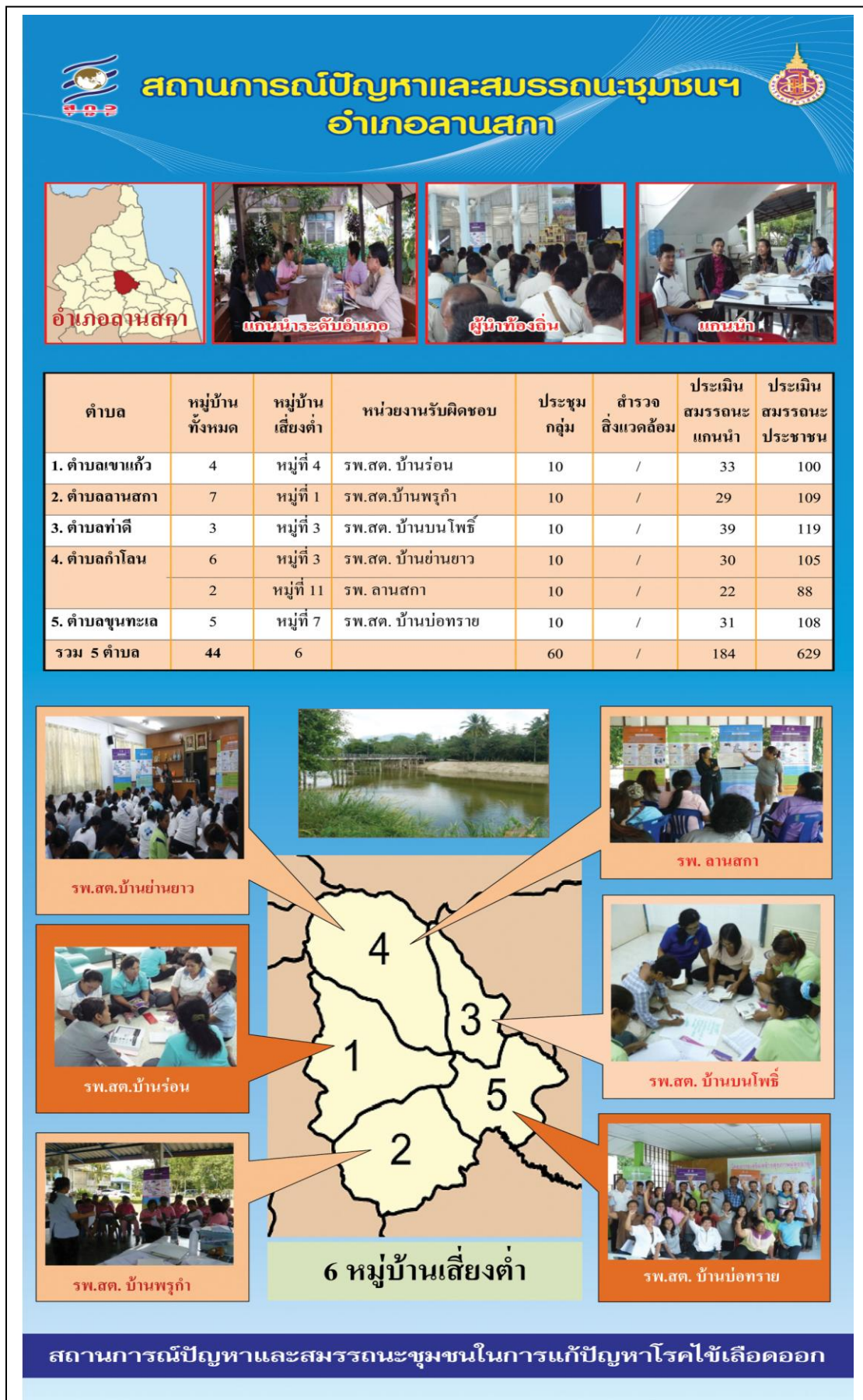
ภาพการดำเนินการประเมินสถานการณ์ปัญหาและสมรรถนะชุมชนฯ ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงต่ำ
อำเภอสิชล



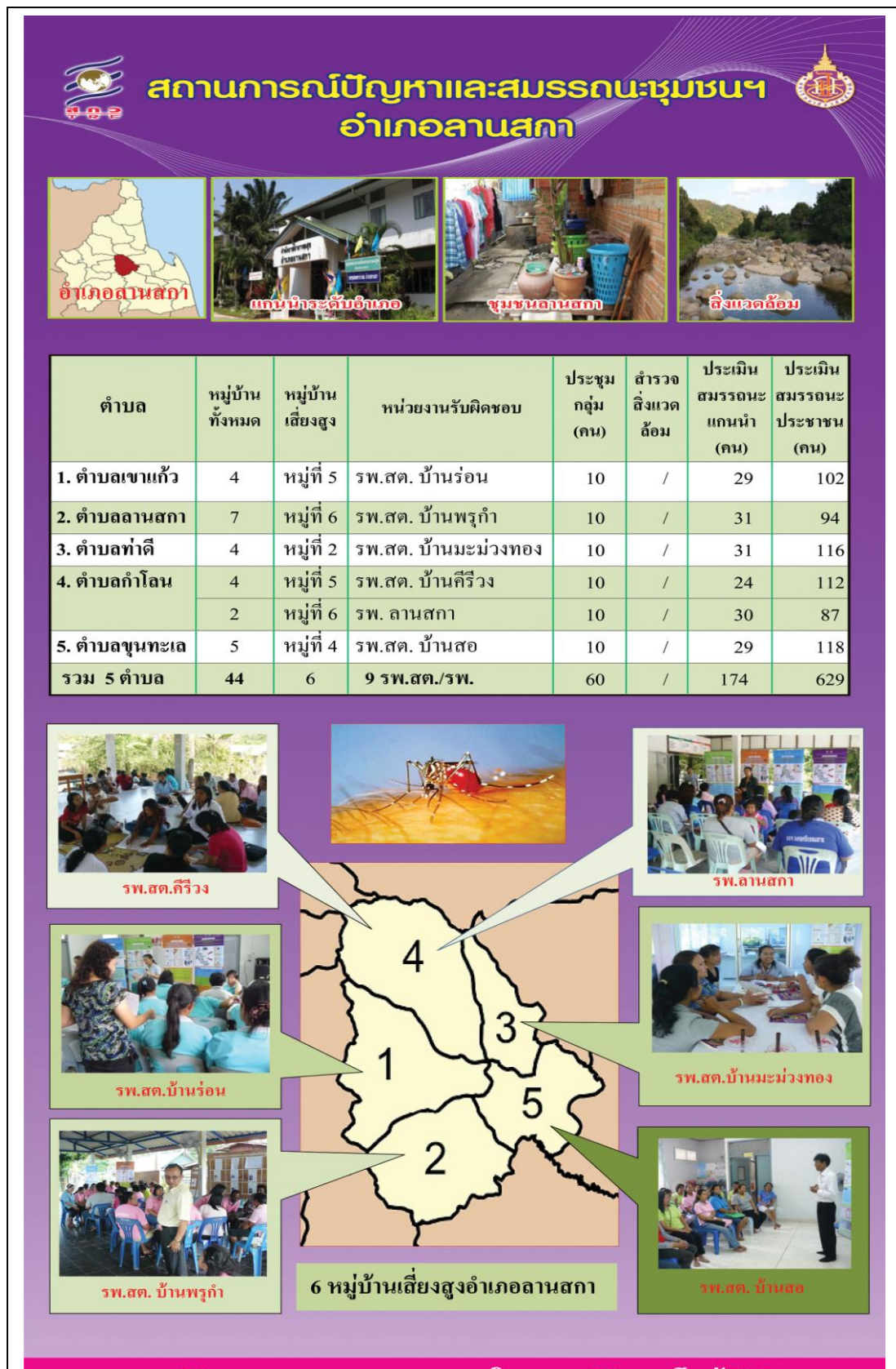
ภาพการดำเนินการประเมินสถานการณ์ปัญหาและสมรรถนะชุมชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอสีล



ภาพการดำเนินการประเมินสถานการณ์ปัญหาและสมรรถนะชุมชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงต่ำ อำเภอลานสกา



ภาพการดำเนินการประเมินสถานการณ์ปัญหาและสมรรถนะชุมชนฯ ในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอลานสกา



แบบสอบถามโครงการวิจัย เรื่อง

“สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ
จังหวัดนครศรีธรรมราช”

สำหรับกลุ่มแกนนำชุมชน (อบท. สอบท. สอ. อสม. ครู ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และชมรมต่างๆ)

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของผู้ตอบแบบสอบถาม และสำรวจ
สิ่งแวดล้อมและภาระงานการเก็บกักน้ำของครัวเรือน ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและการควบคุม
โรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 สมรรถนะแกนนำชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสิ่งแวดล้อม และสำรวจลูกน้ำยุงลาย

ส่วนที่ 4 ปัญหาหรืออุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หรือ เติมข้อมูลในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ.....

3. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มบริบูรณ์)

4. สถานภาพการสมรส ☐ โสด ☐ สมรส

☐ หม้าย/หย่าร้าง

5. จบการศึกษาสูงสุด ☐ ไม่ได้ศึกษา

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

☐ ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4)

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6)

☐ ปริญญาตรี

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)

☐ อื่นๆ.....

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)

6. อาชีพหลัก

☐ เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)☐ ค้าขาย☐ รับราชการ☐ ไม่ได้ทำงาน☐ รับจ้าง☐ แม่บ้าน☐ ประมง☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ของทั้งครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ.....บาท

8. ระยะเวลาทั้งหมดในการอาศัยอยู่ในพื้นที่ปี

9. ท่านมีตำแหน่งเหล่านี้ในชุมชนหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)

☐ คณะกรรมการหมู่บ้าน☐ อบต./สอปท.☐ ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน)☐ ผู้นำศาสนา (พระสงฆ์/โต๊ะอิหม่าม)☐ สมาชิกชมรมต่างๆในหมู่บ้าน☐ อสม.☐ ครู☐ อื่นๆ ระบุ.....

10. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในชุมชนดังกล่าว จำนวน.....ปี

11. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ☐ ไม่เคย ☐ เคย

โปรดระบุจำนวนการได้รับการอบรม.....ครั้ง

12. ท่านมีประสบการณ์ในการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกโดย ☐ ไม่เคยมีประสบการณ์ ☐ เคยมีประสบการณ์กรุณาระบุว่ามีประสบการณ์จากบุคคลต่อไปนี้ ☐ ตนเองป่วย ☐ สมาชิกในครอบครัวป่วย ☐ เพื่อนบ้านป่วย ☐ อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะแกนนำชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะแกนนำชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ขอให้ท่านประเมินความสามารถของท่าน และ คนในชุมชน ตลอดถึง บุคคลที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โดยประเมินข้อความแต่ละข้อว่าสามารถมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมระดับในระดับใด

แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงตามการประเมินของแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

ไม่มี หมายถึง ท่านเห็นว่า ไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรม หรือพฤติกรรม ตามข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับมาก

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับมากที่สุด

ตัวอย่าง การตอบแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อความ	ระดับสมรรถนะชุมชน ^๑					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ก	ท่านสามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง.....					/	

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านมีความสามารถในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง ในระดับมาก

1	ด้านการจัดการสถานการณ์วิกฤตของปัญหาไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	เมื่อมีผู้ป่วยหรือผู้ป่วยตายจากโรคไข้เลือดออก ท่านเห็นว่า มีการดำเนินการกิจกรรม ดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
1	สถานีอนามัย สามารถประเมินการระบาด/สถานการณ์อันตราย ได้อย่างรวดเร็ว ในระดับใด						
2	สถานีอนามัย สามารถค้นหาแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพื่อทำลาย ได้อย่างรวดเร็ว ในระดับใด						
3	อสม. สามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุม ได้อย่างรวดเร็ว ในระดับใด						
4	สถานีอนามัย สามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุม ได้อย่างรวดเร็ว ในระดับใด						
5	อสม. สามารถค้นหาแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพื่อทำลาย ได้อย่างรวดเร็ว ในระดับใด						
2	ด้านภาวะผู้นำส่วนบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่าน สามารถ ดำเนินกิจกรรมดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
6	สามารถเสนอความคิด ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่ชาวบ้านในระดับใด						
7	สามารถกระตุ้นคนในชุมชน ให้มีกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับใด						
8	สามารถเสนอวิธีการ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่ชาวบ้าน ในระดับใด						
9	สามารถให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่ชาวบ้าน ในระดับใด						

3	ด้านผู้นำที่ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน สามารถเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านทาง อสม. อยู่ในระดับใด						
11	ท่าน สามารถเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านทาง อสม. ได้ในระดับใด						
12	ท่านเห็นว่า สถานีอนามัย สามารถเป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของท่านได้ในระดับใด						
13	ท่านคิดว่า ชุมชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง สถานีอนามัย กับ ชาวบ้าน อยู่ในระดับใด						
14	ท่านเห็นว่า ชุมชน มี อสม. เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
4	ด้านการประเมินความต้องการในการจัดการโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
15	ท่านเห็นว่าคนในชุมชน สามารถนำเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านการประชุมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับใด						
16	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน สามารถนำเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านทาง นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับใด						
17	ท่าน สามารถนำเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านทาง สมาชิก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับใด						
18	ท่าน สามารถนำเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านทางการทำประชาคมของชุมชน อยู่ในระดับใด						

19	ท่าน สามารถนำเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านการประชุมของ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ได้ในระดับใด						
5	ด้านความรู้สึกร่วมกับชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
20	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน คิดว่าการป้องกันและป้องกันโรคไข้เลือดออก ต้องกระทำที่จริงจังกจากทุก คน อยู่ในระดับใด						
21	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน เข้าใจว่า การป้องกันและป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องการ ความสามัคคีจาก ทุกคน อยู่ในระดับใด						
22	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน คิดว่าการป้องกันและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น หน้าที่รับผิดชอบของทุก คน อยู่ในระดับใด						
6	ด้านเครือข่ายของกลุ่มผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่าน มีส่วนเกี่ยวข้องหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับบุคคลต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
23	ท่าน มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือทำกิจกรรมร่วมกับ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในระดับใด						
24	ท่าน มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือทำกิจกรรมร่วมกับ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในระดับใด						
25	ท่าน มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือทำกิจกรรมร่วมกับ สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในระดับใด						
26	ท่าน มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือทำกิจกรรมร่วมกับ นายก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในระดับใด						
27	ท่าน มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือทำกิจกรรมร่วมกับ ปลัด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในระดับใด						

7	ด้านการสื่อสารข้อมูลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่าน <u>สามารถ</u> รับข้อมูลการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก จากแหล่งข้อมูลดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
28	จาก เสียงตามสายของชุมชนอยู่ในระดับใด						
29	จาก หอกระจายข่าวหรือสถานีวิทยุชุมชนอยู่ในระดับใด						
30	จาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับใด						
31	จาก รถกระจายเสียงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับใด						
32	จาก โปสเตอร์ หรือป้ายโฆษณาอยู่ในระดับใด						
8	ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน มีการดำเนินการดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
33	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน มีการจัดสรรเวลา กับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
34	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน มีความคิดริเริ่ม กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
35	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน มีการปรึกษา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
36	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน มีการกระตุ้น ให้มีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งกันและกัน						

9	ด้านความสามารถของผู้นำทางศาสนาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า ผู้นำทางศาสนา มีความสามารถดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
37	ท่านเห็นว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง พระสงฆ์หรือโต๊ะอิหม่ามกับชาวบ้าน ในระดับใด						
38	พระสงฆ์หรือโต๊ะอิหม่าม มีส่วนร่วมกับกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำในระดับใด						
39	ท่านสามารถเสนอความต้องการ ผ่านทางพระสงฆ์หรือโต๊ะอิหม่าม ในระดับใด						
40	พระสงฆ์/โต๊ะอิหม่าม สามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ได้อย่างรวดเร็ว ในระดับใด						
41	พระสงฆ์หรือโต๊ะอิหม่าม เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับใด						
10	เครือข่ายของตัวแทนผู้นำชุมชนกับชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านคิดว่า มีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกันดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
42	ชุมชน มีส่วนเกี่ยวข้องหรือทำกิจกรรมร่วมกับ สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในระดับใด						
43	ชุมชน มีส่วนเกี่ยวข้องหรือทำกิจกรรมร่วมกับ หน่วยงานภาครัฐต่างๆในชุมชน ในระดับใด						
44	ชุมชน มีส่วนเกี่ยวข้องหรือทำกิจกรรมร่วมกับ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในระดับใด						
45	ชุมชน มีส่วนเกี่ยวข้องหรือทำกิจกรรมร่วมกับ สถาบันการศึกษาในพื้นที่ ในระดับใด						

11	ด้านการจัดการทรัพยากรของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า ชุมชน มีกิจกรรมในการด้านทรัพยากร ดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
46	มีเครื่องพ่นสารเคมี อย่างเพียงพอ ในระดับใด						
47	มีปริมาณสารเคมีในการพ่นป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ ในระดับใด						
48	มี จำนวนพนักงานพ่นสารเคมีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ ในระดับใด						
49	มี จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างเพียงพอ ในระดับใด						
12	ด้านกลุ่มแกนนำหลักในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า แกนนำชุมชน ดังข้อต่อไปนี้ สามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
50	หน่วยงานอื่นๆจากภายนอกชุมชน เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับใด						
51	ภาคเอกชน เป็นแกนนำในดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับใด						
52	ชาวบ้านทุกคน เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนในระดับใด						
53	กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับใด						

13	ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า เพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในกิจกรรม ดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
54	เพื่อนบ้านช่วยสนับสนุนการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับใด						
55	เพื่อนบ้านช่วยวางแผนป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับใด						
56	เพื่อนบ้าน ช่วยประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับใด						
57	เพื่อนบ้าน ช่วยกระตุ้นให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับใด						
14	ด้านการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในการป้องกันและควบคุมโรค	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า ชุมชน มีการดำเนินการดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
58	ชุมชน มีแนวทางในการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างชัดเจน ในระดับใด						
59	ชุมชน มีแนวทางในการพ่นสารเคมีอย่างชัดเจน ในระดับใด						
60	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีนโยบายหรือแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกชัดเจน ในระดับใด						
61	คนในชุมชน มีร่วมกิจกรรมการพ่นสารเคมีตามแนวทางที่กำหนดโดยชุมชนเป็นประจำ ในระดับใด						

ส่วนที่ 3 การประเมินสิ่งแวดล้อมของบ้านที่ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้นำครอบครัว

คำชี้แจง ดำเนินการสำรวจหลังการสัมภาษณ์ผู้นำครอบครัวเสร็จเรียบร้อยแล้ว

1. การกระจายของบ้าน ☐ บ้านเดี่ยว ☐ กลุ่มบ้าน 1-5 บ้าน ☐ กลุ่มบ้าน > 6 บ้าน
2. ลักษณะของบ้าน ☐ บ้านยกได้ทุนสูง ☐ บ้านยกได้ทุนต่ำ
☐ บ้านชั้นเดียว ☐ บ้านสองชั้น ☐ อาคารพาณิชย์/หมู่บ้าน
3. วัสดุที่ใช้ในการสร้างบ้าน ☐ ไม้ ☐ ซีเมนต์กับไม้ ☐ ซีเมนต์ ☐ อื่นๆ.....
4. บริเวณรอบบ้าน ☐ บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งพันธุ์ยุงลาย
☐ บริเวณบ้านสะอาด โล่ง ไม่มีภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งพันธุ์ยุงลาย
- ลักษณะชุมชน ☐ ชุมชนเมือง ☐ ชุมชนเมืองใกล้ตลาด
☐ ชุมชนกึ่งเมือง ☐ ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด
☐ ชุมชนชนบท ☐ ชุมชนชนบทใกล้ตลาด

หมายเหตุ ลักษณะสิ่งแวดล้อมในบ้าน และบริเวณบ้านว่ามีสภาพสะอาด โล่ง.....

.....

.....

.....

.....

6. ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

บ้านเลขที่
หมู่ที่
ตำบล

ชนิดภาชนะที่ทำการสำรวจ	จำนวนภาชนะ ที่ทำการสำรวจ ทั้งหมด (ชิ้น/อัน)	จำนวนภาชนะ ที่พบลูกน้ำ ยุงลายทั้งหมด (ชิ้น/อัน)
1. ภาชนะเก็บน้ำดื่มที่มีน้ำในบ้าน		
2. ภาชนะเก็บน้ำดื่มที่มีน้ำนอกบ้าน		
3. ภาชนะเก็บน้ำใช้ในบ้าน		
4. ภาชนะเก็บน้ำใช้นอกบ้าน		
5. ภาชนะรองขาตู้ หรือ ตู้กับข้าวในบ้าน		
6. ภาชนะรองขาตู้ หรือ ตู้กับข้าวนอกบ้าน		
7. แจกันดอกไม้ หรือกระถางต้นไม้ที่มีน้ำในบ้าน		
8. แจกันดอกไม้ หรือกระถางต้นไม้ที่มีน้ำนอกบ้าน		
9. ถาดรองและกระถางปลูกต้นไม้ที่มีน้ำขังในบ้าน		
10. ถาดรองและกระถางปลูกต้นไม้ที่มีน้ำขังนอกบ้าน		
11. ภาชนะเหลือใช้ที่มีน้ำขัง บริเวณรอบบ้าน เช่น ยางรถ กระป๋อง กะลามะพร้าว ขวดแก้ว ขวด พลาสติก และเศษภาชนะต่างๆ		
9. อื่นๆ.....		

ส่วนที่ 4 โปรดระบุ ปัญหาหรืออุปสรรค และข้อเสนอแนะของท่านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบ

ปัญหาหรืออุปสรรค.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ข้อมูล

--	--	--

บ้านเลขที่
หมู่ที่
ตำบล

แบบสอบถามโครงการวิจัย เรื่อง “สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน
ในพื้นที่เสี่ยงและต่ำ จังหวัดนครศรีธรรมราช”
สำหรับประชาชนที่เป็นตัวแทนแต่ละครัวเรือน

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ข้อมูลที่ได้จากท่าน
จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาความสามารถในการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยข้อมูลทั้งหมด จะได้รับ
การพิทักษ์สิทธิ โดยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐานอย่างยั่งยืนฉบับนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล
- ส่วนที่ 2 สมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินสิ่งแวดล้อม และสำรวจลูกน้ำยุงลาย
- ส่วนที่ 4 ปัญหาหรืออุปสรรคและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หรือเติมข้อมูลในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

1. เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง	2. ศาสนา	☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ.....
3. อายุ.....ปี	(นับจำนวนเต็มบริบูรณ์)		
4. สถานภาพการสมรส	☐ โสด ☐ สมรส	☐ หม้าย/หย่าร้าง	
5. จบการศึกษาสูงสุด	☐ ไม่ได้ศึกษา	☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	
	☐ ประถมศึกษาปีที่ 4 (ป. 4)	☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	
	☐ ประถมศึกษาปีที่ 6 (ป. 6)	☐ ปริญญาตรี	
	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)	☐ อื่นๆ.....	
	☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6)		

6. อาชีพหลัก

- | | |
|---|--|
| ☐ เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่) | ☐ รับจ้าง |
| ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | ☐ แม่บ้าน |
| ☐ รับราชการ | ☐ ประมง |
| ☐ ไม่ได้ทำงาน | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |

7. รายได้ของทั้งครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ.....บาท

8. ระยะเวลา ทั้งหมดในการอาศัยอยู่ในพื้นที่ปี

9. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

โปรดระบุจำนวนการได้รับการอบรม.....ครั้ง

10. ท่านมีประสบการณ์ในการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือไม่ ☐ ไม่เคยมีประสบการณ์ ☐ เคยมีประสบการณ์

ถ้ามีประสบการณ์กรุณาระบุว่ามีประสบการณ์จากบุคคลต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ ตนเองป่วย ☐ สมาชิกในครอบครัวป่วย ☐ เพื่อนบ้านป่วย ☐ อื่นๆ ระบุ.....

กรุณาปิดหน้าถัดไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะประชาชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

ขอให้ท่านประเมินความสามารถของท่าน และ **คนในชุมชน** ตลอดถึง **บุคคลที่เกี่ยวข้อง** ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โดยประเมินข้อความแต่ละข้อว่าสามารถมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมระดับในระดับใด

แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงตามการประเมินของแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

ไม่มี หมายถึง ท่านเห็นว่า ไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรม หรือพฤติกรรม ตามข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับมาก

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่า สามารถทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้น ในระดับมากที่สุด

ตัวอย่าง การตอบแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อความ	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ก	ท่านสามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง.....					/	

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านมีความสามารถในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง ในระดับมาก

1	การจัดการสถานการณ์วิกฤตของปัญหาไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	เมื่อมีผู้ป่วยหรือป่วยตายจากโรคไข้เลือดออก ท่านเห็นว่า มีการดำเนินการกิจกรรม ดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
1	ชุมชนมีการควบคุมโรคด้วยทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้อย่างรวดเร็ว อยู่ในระดับใด						
2	ชุมชนมีการควบคุมโรคด้วยแจ้งข่าวให้ทราบโดยทั่วกัน ได้อย่างรวดเร็ว อยู่ในระดับใด						
3	ชุมชนมีการควบคุมโดยใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย ได้อย่างรวดเร็ว อยู่ในระดับใด						
4	สถานีอนามัย สามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ได้อย่างรวดเร็ว อยู่ในระดับใด						
5	อสม. สามารถดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ได้อย่างรวดเร็ว อยู่ในระดับใด						
2	ภาวะผู้นำของตัวบุคคล ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6	สามารถให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อชุมชนได้ อยู่ในระดับใด						
7	สามารถให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
8	สามารถให้เวลา ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
9	สามารถเป็นตัวอย่างแก่เพื่อนบ้าน เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
10	สามารถกระตุ้นเพื่อนบ้าน ให้ทำกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
3	ด้านความสามารถของผู้นำศาสนาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

11	พระสงฆ์หรือโตะอิหม่าม มีการร่วมกิจกรรมรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ อยู่ในระดับใด						
12	คนในชุมชน สามารถนำเสนอความต้องการ ผ่านทางพระสงฆ์หรือโตะอิหม่าม อยู่ในระดับใด						
3	ด้านความสามารถของผู้นำศาสนาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชน ^๑					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
13	พระสงฆ์หรือโตะอิหม่าม เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
14	ท่าน ได้รับข้อมูลการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกจาก จากวัด/มัสยิด อยู่ในระดับใด						
15	ผู้พระสงฆ์/โตะอิหม่าม มีการประสานกับชาวบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
4	ด้านภาวะผู้นำของคนในชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชน ^๑					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน มีการดำเนินการดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด						
16	มีการปรึกษา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
17	ให้เวลา กับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
18	มีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เป็น ตัวอย่างแก่ชุมชนอื่นๆ อยู่ในระดับใด						
19	มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกชัดเจนอยู่ในระดับใด						
20	มีการรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
21	ว่าสามารถยอมรับความคิดเห็นต่อกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับใด						
22	มีความคิดริเริ่ม กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						

5	ด้านความสามารถของผู้ที่ทำหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรค	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
23	ท่านสามารถนำเสนอความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่าน อสม. อยู่ในระดับใด						
24	ท่านเห็นว่า ชุมชน สามารถนำเสนอความต้องการ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผ่านทาง อสม. อยู่ในระดับใด						
25	ท่านเห็นว่า ชุมชนมี อสม. เป็นแกนนำในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
26	ท่านเห็นว่า มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลไข้เลือดออก ระหว่าง สถานีอนามัย กับ อสม. อยู่ในระดับใด						
27	ท่านเห็นว่า ชุมชนมี กำลังคนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจาก อสม. อย่างเพียงพอ อยู่ในระดับใด						
28	ท่านเห็นว่า อสม. มีส่วนร่วมในการประสานชาวบ้านในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						

6	ความรู้สึกร่วมกับชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชน ^๑					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
29	ท่าน เห็นว่า คนที่ทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรได้รับการชื่นชม อยู่ในระดับใด						
30	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน คิดว่าคนที่ทำกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรได้รับการชื่นชม อยู่ในระดับใด						
31	ท่านเห็นว่า คนในชุมชน คิดว่าโรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ อยู่ในระดับใด						
32	ท่านเห็นว่าโรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ อยู่ในระดับใด						
7	การสื่อสารข้อมูลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชน ^๑					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ท่าน ได้รับข้อมูลการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกจาก ช่องทาง ดังข้อความต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด							
33	ข้อมูล จากเสียงตามสายของชุมชน อยู่ในระดับใด						
34	ข้อมูล จากหอกระจายข่าวของชุมชน อยู่ในระดับใด						
35	ข้อมูล จากวิทยุชุมชน อยู่ในระดับใด						
36	ข้อมูล จากระดกระจายเสียงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับใด						
37	ข้อมูล จากวารสารจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับใด						
38	ข้อมูล จากจดหมายข่าว อยู่ในระดับใด						
39	ข้อมูล จากโปสเตอร์/ป้ายประกาศ อยู่ในระดับใด						

8	การดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
40	ชุมชนมี แนวทางในการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายไว้ อย่างชัดเจน อยู่ในระดับใด						
41	ชุมชนมี แนวทางในการพ่นสารเคมี อย่างชัดเจน อยู่ในระดับใด						
42	คนในชุมชน มีกิจกรรม การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นประจำ อยู่ในระดับใด						
43	ท่าน สามารถช่วยกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน เป็นประจำ อยู่ในระดับใด						
9	กลุ่มแกนนำหลัก ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ท่านเห็นว่า ชุมชน มีบุคคลดังข้อความต่อไปนี้ สามารถเป็นแกนนำ ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
44	หน่วยงานอื่นๆจากภายนอกชุมชน เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
45	กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
46	ภาคเอกชน เป็นแกนนำในดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
47	ครู หรือ นักเรียน เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
48	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด						
49	ทุกคน เป็นแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน อยู่ในระดับใด						

10	ด้านการจัดการทรัพยากรของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
50	มีพนักงานพ่นสารเคมีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างเพียงพอ อยู่ในระดับใด						
51	มีสารเคมีในการพ่นป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างเพียงพอ อยู่ในระดับใด						
52	มีเครื่องพ่นสารเคมี อย่างเพียงพอ อยู่ในระดับใด						
53	มีจำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ อยู่ในระดับใด						
11	ด้านการประเมินความต้องการในการจัดการโรคไข้เลือดออกของชุมชน	ระดับสมรรถนะชุมชนฯ					
		ไม่มี	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
54	คนในชุมชน สามารถเสนอความต้องการ ผ่านการทำประชาคมของชุมชน อยู่ในระดับใด						
55	คนในชุมชน สามารถเสนอความต้องการ ผ่านการประชุมหมู่บ้าน อยู่ในระดับใด						
56	คนในชุมชน สามารถเสนอความต้องการ ผ่านทาง สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับใด						
57	คนในชุมชนสามารถเสนอความต้องการ ผ่านการประชุมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับใด						
58	คนในชุมชน สามารถเสนอความต้องการ ผ่านทาง นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อยู่ในระดับใด						

กรุณาปิดหน้าต่างไป

ส่วนที่ 3 การประเมินสิ่งแวดล้อมของบ้านที่ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้นำครอบครัว

คำชี้แจง ดำเนินการสำรวจหลังการสัมภาษณ์ผู้นำครอบครัวเสร็จเรียบร้อยแล้ว

1. การกระจายของบ้าน ☐ บ้านเดี่ยว ☐ กลุ่มบ้าน 1-5 บ้าน ☐ กลุ่มบ้าน > 6 บ้าน
2. ลักษณะของบ้าน ☐ บ้านยกใต้ถุนสูง ☐ บ้านยกใต้ถุนต่ำ
☐ บ้านชั้นเดียว ☐ บ้านสองชั้น ☐ อาคารพาณิชย์/หมู่บ้าน
3. วัสดุที่ใช้ในการสร้างบ้าน ☐ ไม้ ☐ ซีเมนต์กับไม้ ☐ ซีเมนต์ ☐ อื่นๆ.....
4. บริเวณรอบบ้าน ☐ บริเวณบ้านมีขยะและภาชนะเหลือใช้ที่เปื้อนแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
☐ บริเวณบ้านสะอาด โล่ง ไม่มีภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
5. ลักษณะชุมชน ☐ ชุมชนเมือง ☐ ชุมชนเมืองใกล้ตลาด
☐ ชุมชนกึ่งเมือง ☐ ชุมชนกึ่งเมืองใกล้ตลาด
☐ ชุมชนชนบท ☐ ชุมชนชนบทใกล้ตลาด

หมายเหตุ ลักษณะสิ่งแวดล้อมในบ้าน และบริเวณบ้านว่ามีสภาพสะอาดหรือไม่อย่างไร

.....

6. ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

บ้านเลขที่
หมู่ที่
ตำบล

ชนิดของภาชนะที่ทำการสำรวจ	จำนวน ภาชนะ ที่ทำการ สำรวจ ทั้งหมด (จีน/อัน)	จำนวน ภาชนะ ที่พบลูกน้ำ ยุงลาย ทั้งหมด (จีน/อัน)
1. ภาชนะเก็บน้ำดื่ม		
2. ภาชนะเก็บน้ำในห้องน้ำ		
3. ภาชนะเก็บน้ำใช้		
4. ภาชนะรองขาตู้ หรือ ตู้กับข้าว		
5. แจกันดอกไม้		
6. ถาดรอง และ กระจาดปลูกต้นไม้		
7. ภาชนะเหลือใช้ที่มีน้ำขัง บริเวณ บ้าน เช่น ขางรด กระป๋อง กะลามะพร้าว และเศษภาชนะต่างๆ		
8. อื่นๆ.....		

ส่วนที่ 4 โปรดระบุ ปัญหาหรืออุปสรรค และข้อเสนอแนะของท่านในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบ

ปัญหาหรืออุปสรรค.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ข้อมูล

ภาคผนวก ง รายชื่อนักวิจัย

โครงการวิจัยย่อยที่ 1

ภาษาไทย:

ภาษาอังกฤษ:

หัวหน้าโครงการ อาจารย์ ดร. ธิติรัตน์ เอกนิมิตรศิริ

สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับสมรรถนะชุมชนในการ
แก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Problem Situation and Factors relating to Community Capacity
Level for Sustainable Dengue Problem Solution at high Risk
and low Areas, Nakhon Si Thammarat Province

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวธิดารัตน์ เอกศิรินิมิต	สถานที่	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
	Thidarat Eksirinimit	ทำงาน	
ตำแหน่ง	อาจารย์		มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
โทรศัพท์	0 75 672164		222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา
โทรสาร	0 75 672103		จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160
E-mail	kthidara@wu.ac.th	ห้องทำงาน	อาคารวิชาการ 2 ชั้น 2 ห้อง 137

ประวัติการศึกษา

ปี พ.ศ.	ชื่อปริญญา/สาขา	สถาบัน
2555	Doctor of philosophy	Flinders University, Australia
2545	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2539	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลครอบครัว	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2531	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล และผดุงครรภ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติการทำงาน

2543-ปัจจุบัน	อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2535 - 2543	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2531 - 2534	พยาบาลประจำการหอบริบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การปฏิบัติการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้องเฉพาะ

- การพยาบาลครอบครัว
- การพยาบาลทารก / เด็ก

- สมุนไพรไทย
- อาหารเพื่อสุขภาพ
- การนวดไทย

ขอบเขตงานวิจัยที่สนใจ

- การส่งเสริมความผูกพันของทารกก่อนกำหนด/ครบกำหนดและครอบครัว
- การส่งเสริมสุขภาพในทารกและเด็ก
- การติดเชื้อในทารกและเด็ก
- การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่

บทความวิชาการ

1. ชิดารัตน์ กำลังดี. (2543).กลุ่มช่วยเหลือตนเอง .(Self – help group) วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์. 20 (1) (มกราคม – เมษายน), 56 – 63.
2. เกศรา เสงี่ยมและชิดารัตน์ กำลังดี .(2544). การประเมินสภาพทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 21 (2) (พฤษภาคม – สิงหาคม), 137 – 148.

การนำเสนอผลงานวิชาการ

1. ชิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร.(2540). ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร วัย 1 – 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด. Oral presentation ในการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ณ โรงแรมแก่นอินทร์ จ.ขอนแก่น วันที่ 8-10 กันยายน 2540.

การบริการวิชาการ

บริการวิชาการภายนอกหน่วยงาน

1. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ” วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2542 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 80 คน (3 ชั่วโมง)

2. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด” วันที่ 3 พฤศจิกายน 2542 หอผู้ป่วยบริบาลทารกแรกเกิด(N.ICU) โรงพยาบาลหาดใหญ่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน (3 ชั่วโมง)
3. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “อาหารเพื่อสุขภาพ” วันที่ 10 กรกฎาคม 2543 สถานธรรมพุมพิกอริยา ต.บ้านพรุ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา บุคคลทั่วไปจำนวน 60 คน (2 ชั่วโมง) วันที่ 6 สิงหาคม 2543 สถานธรรมหิมาลัย อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา บุคคลทั่วไปจำนวน 50 คน (2 ชั่วโมง)
4. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด” วันที่ 5 สิงหาคม 2543 จัดโดยภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 50 คน (3 ชั่วโมง)
5. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “ชีวิตนี้เลือกได้ : พืช สมุนไพรและอาหารเพื่อสุขภาพ” 14 กรกฎาคม 2544 สถานธรรมอัมรินทร์ อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช บุคคลทั่วไปจำนวน 50 คน (1 ชั่วโมง)
6. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “อาหารเพื่อสุขภาพ” วันที่ 22 ตุลาคม 2544 ณ สถานีอนามัยประดู่หอม จ.นครศรีธรรมราช บุคคลทั่วไปจำนวน 40 คน (2 ชั่วโมง)
7. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “อาหารเพื่อสุขภาพ” วันที่ 18 กรกฎาคม 2553 ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พยาบาลวิชาชีพจำนวน 50 คน (1 ชั่วโมง)

บริการวิชาการภายในหน่วยงาน

1. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “อาหารสุขภาพกับโรคมะเร็ง” วันที่ 14 กันยายน 2544 ณ โรงอาหารกิจกรรมมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ บุคลากรทั่วไปทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย จำนวน 80 คน
2. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “การดูแลเด็กปฐมวัย” วันที่ 24 มิถุนายน – 5 กรกฎาคม 2545 ภาคทฤษฎีบรรยายที่มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์(15 ชั่วโมง) ภาคปฏิบัติ ได้ฝึกที่บ้านเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (12 ชั่วโมง) ครูที่สอนเด็กอนุบาลและครูในศูนย์ปฐมวัย จำนวน 10 คน
3. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “มังสวิรัตจัดโรครัก” วันที่ 2 มีนาคม 2554 ณ อาคารเรียนรวม 5 ห้อง 209 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ บุคลากรทั่วไปทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย จำนวน 80 คน

ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่และที่กำลังดำเนินการ

ปีงบประมาณ 2543* อิทธิพลของธุรกิจต่อสถานเลี้ยงเด็กและพ่อแม่ : ศักยภาพที่จะมีผลต่อ

สุขภาพของเด็กปฐมวัย (แหล่งทุน : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) รายงานวิจัยและเผยแพร่ในห้องสมุดทั่วประเทศ (ISBN 974-644-104-3) (ผู้ร่วมวิจัย)

Aksirinit, T. (maiden name). (1997). The effect of self-help group on self-care actions in mothers of 1 to 5 year old children with asthma disease. Kaen in hotel, Khon kaen. 7 September 1997.

Kamlangdee, T. (2000). **Concept of self-help group**. Songklanakarin J. Nursing. 20(1):56-63.

MorSuwan, L, Kamlangdee, T. and et al. (2000). Influence of business on child care center and parents : Potential impact on early child health. (ISBN : 974-644-104-3).

Kamlangdee, T. (2001). **Health assessment of prematurity**. Songklanakarin J. Nursing. 21(2): 137 – 148.

Buddharat, U, Punthmatharith, B, **Kamlangdee, T.** (2005). Nursing care needs, need responses, and need response satisfactions of mothers having infants admitted into the Neonatal Intensive Care Unit of one Provincial hospital in lower Southern Thailand. TJN.54 (2): 121-131.

Kamlangdee, T. (2007). An evaluation of Kangaroo Care for preterm infants in Thailand. Flinders University, Adelaide, SA, Australia, 13rd November 2007.

Punthmatharith, B, Buddharat, U, Kamlangdee, T. (2007). Nursing care needs, need responses, and need response satisfactions of mothers having infants admitted into the Neonatal Intensive Care Unit of one Provincial hospital in lower Southern Thailand. Songklanakarin J. 25 (2): 117-126.

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวจรวัย สุวรรณบำรุง
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Charuai Suwanbamrung

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3900300257941

3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.

4. หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

หน่วยงาน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
222 ไทยบุรี ต.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช 80160

โทรศัพท์ 075673000 โทรสาร 075673000

E-mail Scharuai@wu.ac.th; Suwanbamrung_charuai@yahoo.com

5. ประวัติการศึกษา (Education)

Ph.D.	:Doctor of Philosophy on Research for Health Development Progame Graduate School, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand
M.S.N.	:Master Science of Nursing (Parents and Child) Prince of Sonkhla University, Songkhla Province, Thailand
B.Sc.	:Bachelor of Science in Nursing (Nusing and midwifery) Songkhla Nursing College, Songkhla Province, Thailand
B.Sc.	:Bachelor of Public Health science (Occcupation Health and safety) Sukhothai Thammathirat Open University, Nontabury Province, Thailand

5. การอบรมระยะสั้น (Short Course)

Epidemiology course	:Epidemiology course I, II and field work at Phuket Province Prince of Sonkhla University, Songkhla Province, Thailand
Nurse Practioner	:Certificate in Nurse Practioner (NP) Walailak University, Nakhon Si Thamarat Province, Thailand
Clinical Teaching	:Certificate in Concentration Teaching in Clinical Nursing, Nakhon Si Thamarat, Nursing College, Nakhon Si Thamarat Province, Thailand

6.สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

- Research design and methodology
- Public health, Epidemiology,
- Vector born disease, Dengue prevention and control in community,
- Community health Nursing

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นที่ทำเสร็จแล้ว ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

7.1 งานวิจัยที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัย

- 1) เรื่อง รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐานอย่างยั่งยืน:
กรณีศึกษาตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
แหล่งทุน สสส. ปีงบประมาณ 2552

- 2) เรื่อง รูปแบบการสร้างสมรรถนะในการแก้ปัญหาไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน
แหล่งทุน วช. ผ่านงบประมาณแผ่นดินของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ 2553
- 3) เรื่อง การสร้างความสามารถของอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน
โรงเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนประทีปศาสน์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
แหล่งทุน สกอ. ภาคใต้ตอนบน 2553
- 4) เรื่อง การกำจัดการเกิดยุงลายเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
ชุมชนตลาดพฤษ อำเภอมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช
แหล่งทุน งบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ท้องถิ่น และ
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ 2554
- 5) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้โรงเรียนเป็น
ฐาน: กรณีโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลกำแพงเขา
แหล่งทุน กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบลกำแพงเขา อำเภอมือง นครศรีธรรมราช
ปีงบประมาณ 2555

7.2 โครงการที่กำลังดำเนินการวิจัยในฐานะหัวหน้าโครงการ

- 1) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่าง
ยั่งยืน: กรณีตำบลกำแพงเขา จังหวัดนครศรีธรรมราช
แหล่งทุน สกอ. ภาคใต้ตอนบน 2555 (ดำเนินการในปีงบประมาณ 2556)
- 2) เรื่อง การสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนสู่ตำบลควบคุม
โรคเข้มแข็ง อำเภอมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
แหล่งทุน สกอ. ภาคใต้ตอนบน 2555 (ดำเนินการในปีงบประมาณ 2556)

7.3 ผลงานการตีพิมพ์ที่ดำเนินการเสร็จ

Suwanbamrung C. et al. (2013). Risk Factors Related to Dengue Infections in Primary School Students: Exploring Students' basic Knowledge of Dengue and Examining the Larval Indices in Southern Thailand. *Journal Infection and Public Health*. Available online June 21, 2013.

Suwanbamrung C. et al. (2013). The Eradication of Condition of *Aedes aegypti* Sources through Dengue Prevention and Control in Thailand Peuruhat Mueang District, Nakhon Si Thammarat Provice. *Area Based Development Research Journal (Thai)*, 5(5): 59-80.

Suwanbamrung C. (2012). The community capacity building for sustainable dengue problem solution (CCB-SDPS) model: The results from studies in community, southern region, Thailand. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2012; 2(2):196-204.

Suwanbamrung C, Tapalak N, Jitchun C, Promsuwan C, Prosupa S, Muenraj Y, et al. (2012). Student Capacity Building of Dengue Prevention and Control: A Study of an Islamic School, Southern Thailand. *Health*. 4(7).

Suwanbamrung C. et al. (2011). A model of community building for sustainable dengue problem solution in sothern Thailand. *Health*. 3(9).

Suwanbamrung C. et al. (2011). The Building Capacity of school Health Volunteer's Dengue Prevention and Control : A Study of Prateepsasana Islamic School, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. *Area Based Development Research Journal (Thai)*, 3(5).

Suwanbamrung C. et al. (2010). The Assessment and Development of the Community Capacity for Sustainable of Dengue Problem Solution by Community Participation. *Area Based Development Research Journal (Thai)*, 3(1), p: 65-72.

Suwanbamrung C. et al. (2010). Community capacity for sustainable community-based dengue prevention and control: domain, assessment tool and capacity building model. *Asia Pacific Journal Tropical Medicine*. 3(6): 499-504.

Suwanbamrung C. et al. (2010). Community capacity for sustainable community-based dengue prevention and control: Study of a Sub-district in Southern Thailand. *Asia Pacific Journal Tropical Medicine*. 3(3): 215-219.

Suwanbamrung C. et al. (2009). Community Capacity Domains of Dengue Prevention and Control. *Asia Pacific Journal Tropical Medicine*. 2(4): 50-57.

7.3 ผลงานการนำเสนอโดยการบรรยายและโปสเตอร์

Suwanbamrung C. et al. (2012). The Student's Capacity Building of Dengue Prevention and Control: A Study of Islamic School, Thailand. Oral Presentation, The International of Art& Science (IJAS) Conference for Academic Discipline, 25-28 April, 2012, Paris, France.

Suwanbamrung C. et al. (2011). The Model of Community Capacity Building for Sustainable Dengue Problem Solution. Oral Presentation, The International of Art& Science (IJAS) Conference for Academic Discipline, 22-26 May, 2011, Ryerson University, Toronto, Canada.

Suwanbamrung C. et al. (2010). Community Participatory to Assess Community Capacity Level for Sustainable of Dengue Problem Solution. Oral Presentation at 42nd APACPH Conference, 22-24 November, 2010, Bali Indonesia.

Suwanbamrung C. et al. (2009). *The Development of a Tool to Assess Community Capacity of Sustainable Community-Based Dengue Prevention and Control: A Study in Southern Thailand.* Oral Presentation at 41st APACPH Conference, 3-6 December, 2009, Taipei, Taiwan.

Suwanbamrung C. et al. (2009). *Community Capacity Domains of Sustainable Dengue Problem Solution Thailand: Results from Qualitative Research.* Oral Presentation at 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, 19-20 September 2009, Kobe International Exhibition Hall Kobe, Japan.

Suwanbamrung C. et al. (2009). *Community Capacity for Sustainable Community-Based Dengue Prevention and Control in South Thailand.* Oral presentation at the 4th International Conference on Community Health Nursing Research, 16-20 August 2009, Adelaide Convention Center, SA Australia.

Suwanbamrung C. et al. (2009). *The Development of a Dengue Community Capacity Assessment Tool (DCCAT) for Sustainable Community-Based Dengue Prevention and Control.*

Oral presentation at the 4th International Conference on Community Health Nursing Research, 16-20 August 2009, Adelaide Convention Center, SA Australia.

Suwanbamrung C. et al. (2009). *The Application of a Dengue Community Capacity-Assessment Tool (DCCAT) for Sustainable Community-based Dengue Prevention and Control*. Oral presentation at the 1st Annual International Graduate Research Conference on Social Sciences and Humanities: Harmony in Diversity, to be held on 2 – 3 April 2009, SD Avenue hotel, Bangkok, Thailand.

Suwanbamrung C. et al. (2008). *Community Capacity Domains of Sustainable Community-based Dengue Prevention and Control in Southern Thailand*. Poster presentation at the second International Conference on Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever, 15-17 December 2008, Hilton Phuket Arcadia Resort & spa, Phuket, Thailand.

Suwanbamrung C. et al. (2007). *Communication for Behavioural Impact (COMBI) Implementation for Prevention and Control: A Case Study of Pre-Survey in Loa PDR*. Poster presentation at the Joint International Tropical Medicine Meeting 2007 “Health Security in the Tropics” 29-30 November 2007, Imperial Queen’s Park Hotel, Bangkok, Thailand.

Suwanbamrung C. (2007). *Dengue prevention: What communication for behavioral impact (COMBI) do we need? – Laos experience*. Expert oral presentation at the First GMS-CDC technical forum on dengue and dengue haemorrhagic fever prevention and control: achievement and challenges, 24 – 26 Oct, 2007 at Yasaka Hotel - Nhatrang, Viet Nam.

Suwanbamrung C. et al. (2006). *A community network to prevention and control dengue: A area base solution*. Poster presentation at 38th APACPH CONFERENCE 2006 and 2nd International Public Health Conference, 3-6 December 2006, Rama Garden Hotel, Bangkok, Thailand.

7.4 ประสบการณ์ในการทำวิจัยโรคไข้เลือดออกในต่างประเทศ (WHO Experience)

WHO Technical Assistance for Communication for Behavioural Impact (COMBI) for Dengue Prevention and Control in four Provinces in Lao PDR (Part time)

7.5 รางวัลและทุนสนับสนุนเกี่ยวกับการนำเสนอผลงานวิจัย (Scholarship)

2011: รางวัลการนำเสนอบรรยายดีเด่น และรางวัล POPULAR VOTE สาขาวิทยาการสุขภาพ ในการประชุมวิชาการ “วลัยลักษณ์วิจัยครั้งที่ 3” เมื่อ 16 มิถุนายน 2554
ณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2011: Scholarship from Walailak University for Presentation at International Conference at Toronto, Canada

2009: The Young Investigator Travel Award from the 41st APACPH Conference [the Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health] for International Presentation at Taipei, Taiwan

2009: Scholarship from Walailak University for Presentation at International Conference Adelaide, AUS

2009: Scholarship from the Thailand Nursing and Midwifery Council for Presentation at International Conference at Kobe, Japan

2008: Scholarship from the Thailand Nursing and Midwifery Council for Dissertation

2008: Scholarship from Graduate School of Chulalongkhon University for Dissertation

ประวัติผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

ชื่อ นางสาวจันทร์จรรย์ ถือทอง
 อายุ 37 ปี
 เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
 สถานภาพ สมรส
 ภูมิลำเนา 6 หมู่ 3 ตำบลท่าพญา อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
 โทรศัพท์มือถือ 089-1666515
 E – mail chanchuri.th@wu.ac.th

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิตสาขาการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
 ช่วงปี พ.ศ. 2537-2541
 ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ช่วงปี พ.ศ. 2549-2551

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 2541 – 2555 พยาบาลวิชาชีพ แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
 พ.ศ. 2549– 2555 อาจารย์นิเทศนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
 เดือน ตุลาคม 2555 - ปัจจุบัน
 อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผลงานทางวิชาการ -

การบริการวิชาการ

- วิทยากรสัมมนาพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต วันที่ 22-26 เมษายน 2556

ประวัติผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

1. ชื่อ-สกุล นางเสริมสุข รัตนสุวรรณ
2. ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ
3. สถานที่ปฏิบัติงาน รับผิดชอบงานระบาดวิทยา กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0-7534-3409-10 ต่อ 313, 314 โทรสาร 0-7534-3409-10 ต่อ 314
Email : sermsukr@yahoo.com

4. ประวัติการศึกษา

ลำดับ	วุฒิทางการศึกษา/สาขาวิชา	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา
1	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ (พยาบาลเทคนิค)	วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส จ. นราธิวาส	พ.ศ.2530
2	ปริญญาบัตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	พ.ศ.2542

5. ประวัติการรับราชการ

- ปี 2530 รับราชการโรงพยาบาลปะนาเระ อ. ปะนาเระ จ. ปัตตานี
- ปี 2537 รับราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชจนถึงปัจจุบัน

ประวัติผู้ร่วมโครงการคนที่ 4

ชื่อ-สกุล	น.ส.สุดา ใจห้าว	สถานที่ทำงาน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ตำแหน่ง	อาจารย์ผู้ช่วยสอน		มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
โทรศัพท์	0 75 672156		222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา
โทรสาร	0 75 672103		จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160
E-mail	Suda.ja@wu.ac.th	ห้องทำงาน	อาคารวิชาการ 2 ชั้น 1 ห้อง 124

ประวัติการศึกษา

ปี พ.ศ.	ชื่อปริญญา/สาขา	สถาบัน
2555	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขา การผดุงครรภ์ขั้นสูง)	มหาวิทยาลัยมหิดล

2548

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2548-2549

พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด

โรงพยาบาลพัทลุง

พ.ศ. 2549-2551

อาจารย์ผู้ช่วยสอน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

พ.ศ. 2553-2555

อาจารย์ผู้ช่วยสอน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

พ.ศ.2555-ปัจจุบัน

อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประสบการณ์วิชาชีพ

1. ภาระงานสอนปัจจุบัน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ

2548-ปัจจุบัน สมาชิกสภาการพยาบาล

ผลงานที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

ความต้องการและการเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและหญิงที่มีบุตรอายุ 0-3 ปี
สุดา ใจห้าว, ลัดดา เถียมวงศ์, กำไล สมรักษ์, เรวดี เพชรศิริสาณ์ห์

การนำเสนอผลงานทางวิชาการ/รางวัล

1. นำเสนอผลงานวิจัย เรื่อง ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน ในการประชุมวิชาการ เรื่อง Nursing Research and Innovation : Make it Easy วันที่ 5-6 มิถุนายน พ.ศ.2555 ณ โรงแรมไดมอนด์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
2. รางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการ เรื่อง Nursing Research and Innovation : Make it Easy วันที่ 5-6 มิถุนายน พ.ศ.2555 ณ โรงแรมไดมอนด์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางอภิญญา อิงอาจ
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Apinya Ingard

3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.

4. หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

หน่วยงาน 97/215 หมู่ที่ 1 ต. บึงยี่โถ อ. ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130

โทรศัพท์ โทรสาร 02-592-0438 โทรศัพท์ 087-334-7334 และ 086-476-7226

E-mail apinya.i@hotmail.com

Ph.D. (Research and Statistics for Cognitive Science) :Doctor of Philosophy on Research and Statistics for Cognitive Science, Burapha University, Choburee Province, Thailand

M.S. (Appllied Statistics) :Master Science of Appllied Statistics

Natioan Institue of Development Administration, Bangkok,
Thailand

B.S. (Accounting) : Bachelor in Accounting, Bangkok University, Bangkok, Thailand

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นที่ทำเสร็จแล้ว ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

1) เรื่อง การรับรู้ความสามารถของตนด้านการเรียน และความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคของนักศึกษา
ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยกรุงเทพ ปี 2553

2) **เรื่อง** การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันคุณธรรมนำสังคมเข้มแข็งของนักศึกษาอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยกรุงเทพ ปี 2552

3) เรื่อง การศึกษาการเรียนรู้ร่วมระหว่างเด็กที่มีความต้องการพิเศษกับเด็กปกติ ในเขตพื้นที่สำนักงานเขตการศึกษาสระแก้ว เขต 2. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา ปี 2550

4) เรื่อง สถิติวิเคราะห์พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร
ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยกรุงเทพ ปี 2550

5) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจศึกษาต่อระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ปี 2550

7. ผลงานการตีพิมพ์ที่ดำเนินการเสร็จ

7.1 บทความวิจัยในงานประชุมวิชาการระดับนานาชาติ

- Ingard, A. (2006). Computer Assisted Instruction for Introduction to Statistics on Probability Theory. Hawaii International Conference on Statistics, Mathematics and Related Fields: Honolulu, Hawaii. January 16 – 18, 2006.
- Ingard, A. (2006). Statistical Analysis of Moral Behaviors of Bachelor Degree Students in Bangkok, Thailand. International Conference on International Society for Research on Emotions (ISRE): Atlanta, Georgia. August 6 – 10, 2006.
- Panthong, k. & Ingard, A. (2008). Inclusive Education for Special and Normal Children: A Case Study of Inclusive Educational Schools under the Office of Sakaeo Educational Service Area, Thailand. The 6th Annual Hawaii International Conference on Education: Honolulu, Hawaii. January 5 – 8, 2008.
- Ingard, A. (2008). The Causal Relationship of Variables Affecting Student Learning Achievement on Introduction to Statistics Course: Bangkok University, Thailand. The 6th Annual Hawaii International Conference on Education: Honolulu, Hawaii. January 5 – 8, 2008.
- Ingard, A. (2008). A Confirmatory Factor Analysis of Virtue Guiding Civil Society in Undergraduates at Private University, Bangkok Metropolis and Vicinity. The International Conference of Education, Research and Innovation (ICERI 2008): Madrid, Spain. November 17-19, 2008.
- Ingard, A. (2009). The Relationship Model of Variables Affecting the Self-Directed Learning Readiness of Undergraduates in Area of Health Science, Thailand. The International Conference on Education and New Learning (EDULEARN09): Barcelona, Spain. July 6-8, 2009.
- Ingard, A. (2012). Talent Management Model of Establishment in the Eastern Industries of

Thailand. International Conference for Academic Disciplines: Rome, Italy. October 28 – November 1, 2012.

7.2 บทความวิจัยในวารสารระดับชาติ

อภิญา อิงอาจ. (2548). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา: การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุตัวแปร. *วารสารวิจัย มสค. สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. 4(2), 100 – 113.

อภิญา อิงอาจ และ เจษฎา สุทธิอุดม. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจศึกษาต่อระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ*. 5(2), 24 – 38.

อภิญา อิงอาจ รัตนา ศิริพานิช และ เสรี ชัดแฉ่ม. (2552). การพัฒนาสูตรปรับแก้การจำกัดพิสัยทางตรงแบบใหม่. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*. 7(1), 22 – 36.

อภิญา อิงอาจ และ ชลธร อริยปิณฑ์. (2553). การรับรู้ความสามารถของตนด้านการเรียน และความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคของนักศึกษา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ*. 9(1), 30 – 43.

นินดา สร้อยดอกสน อภิญา อิงอาจ สิริพงษ์ คุศกรเจริญ และ รัตนา เตือนวีระเดช. (2553). การพัฒนาโปรแกรมสอนภาษาอังกฤษสำหรับเยาวชนผู้พิการทางสายตา. *วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ*. 20(3), 581 – 590.

อภิญา อิงอาจ. (2553). พฤติกรรมความซื่อสัตย์สุจริตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ*. 21(1), 1020 – 1029.

7.3 บทความวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ

Ingard, A. (2013). Invariance Test of Talent Management Model of Establishment in the Eastern Industries of Thailand. *Journal of Law and Social Science*. 2(1), 133 – 139.