

ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่มี
การระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ตำบลท่าบัว อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร

**Potential of Population in Hemorrhagic Fever Surveillance in Repetition
Epidemic Area in Tabua Sub-District Phothalae District Phichit Province**

บุญส่ง มั่นสัตย์รักสกุล (Boonsong Munsatraksaul)¹* ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (Dr.Narongsak Noosorn)**

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่เคยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ตำบลท่าบัว อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตรและเพื่อศึกษาศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่เคยมีการระบาดซ้ำซากของโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนของหลังคาเรือน จำนวน 324 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน มี 8 ตัวแปร ดังนี้ทัศนคติต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก การเป็นสมาชิกกลุ่มกองทุนเงินล้าน ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก อาชีพรับจ้าง ทักษะการใช้เครื่องมือ การศึกษาระดับปริญญาตรี การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และสามารถอธิบายความแตกต่างของศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าบัว ได้ร้อยละ 15.50

ABSTRACT

This study was a descriptive research aimed at studying the factors affecting the dengue hemorrhagic fever potential of people in dengue community, Tabua sub-district Phothalae district Phichit province and To study the potential for dengue hemorrhagic fever surveillance in people with dengue hemorrhagic outbreaks. The samples were 324 households. The instruments used in this study were as follows. Is a questionnaire Analyze data Descriptive statistics Stepwise Multiple Regression Analysis The results of the study revealed that the variables that correlated with the potential for dengue hemorrhagic fever surveillance were 8 variables as follows: Attitude toward dengue surveillance Membership of the fund. Sufficiency of tools to control and prevent dengue hemorrhagic disease. Bachelor degree Higher Education Expectations on the effectiveness of the response. And they can explain the difference in potency of dengue hemorrhagic fever among people in Tabua district at 15.50%

คำสำคัญ: ไข้เลือดออก ศักยภาพ การเฝ้าระวังโรค

Keywords: Hemorrhagic fever, Potential, Surveillance

¹Correspondent author: munsat2009@hotmail.com

* นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



บทนำ

ประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ ในระยะ 5 ปีต่อจากนั้นมาก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ส่วนใหญ่พบที่กรุงเทพฯ และชลบุรี การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่ามีการระบาดของโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูง 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปีแล้วเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสถิติจำนวนการป่วยจำแนกรายเดือน พบว่าเดือนที่มีรายงานการป่วยมากที่สุด คือ เดือน กรกฎาคม เนื่องจากเป็นช่วงฤดูฝน มักจะมีฝนตกชุก ทำให้เกิดการเพาะพันธุ์ยุงตัวแก่เป็นจำนวนมาก รองลงมา คือ เดือนสิงหาคม และกันยายน [1]

อำเภอโพนทะเลมียุทธการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี คือ ปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วย 53 ราย (อัตราป่วย 89.15 ต่อประชากรแสนคน) เป็นอำเภอที่มีอัตราการป่วยมากเป็นอันดับที่ 3 ในระดับจังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้ป่วย 267 ราย (อัตราป่วย 449.09 ต่อประชากรแสนคน) เป็นอำเภอที่มีอัตราการป่วยมากเป็นอันดับที่ 2 ในระดับจังหวัด ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วย 140 ราย (อัตราป่วย 231.07 ต่อประชากรแสนคน) เป็นอำเภอที่มีอัตราการป่วยมากเป็นอันดับที่ 3 ในระดับจังหวัด ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 143 ราย (อัตราป่วย 239.32 ต่อประชากรแสนคน) เป็นอำเภอที่มีอัตราการป่วยมากเป็นอันดับที่ 1 ในระดับจังหวัด ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วย 40 ราย (อัตราป่วย 66.11 ต่อประชากรแสนคน) เป็นอำเภอที่มีอัตราการป่วยมากเป็นอันดับที่ 4 ในระดับจังหวัด

สถิติการป่วยของตำบลท่าบั่วย้อนหลัง 5 ปี คือ ปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วย 7 ราย (อัตราป่วย 104.63 ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้ป่วย 23 ราย (อัตราป่วย 355.05 ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วย 24 ราย (อัตราป่วย 326.31 ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 13 ราย (อัตราป่วย 169.82 ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วย 4 ราย (อัตราป่วย 50.47 ต่อประชากรแสนคน) จากสถิติข้อมูลข้างต้น พบว่า อัตราป่วยเกินเกณฑ์มาตรฐานทุกปี มีบางปีที่อัตราป่วยสูงมากผิดปกติ จากการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนในพื้นที่ยังไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคด้วยตนเอง ยังคงอาศัยการดำเนินงานของหน่วยงานของภาครัฐเป็นหลัก เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่ อีกทั้งยังมีการปฏิบัติบริการงานป้องกันโรค ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า มีหลังคาเรือนที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานหรือปฏิบัติบริการ จำนวน 48 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 2.33 ของหลังคาเรือนทั้งหมดในเขตตำบลท่าบั่ว โดยให้เหตุผล คือ ไม่มีเวลา ไม่มีคนมาทำให้หรือ อสม.มาทำให้ ทราบดีว่าจัดลูกน้ำที่ใส่ในภาชนะที่มีน้ำขังมีกลิ่นเหม็น เปลือยน้ำ เลียดยาน้ำที่ต้องเททิ้งเพื่อทำความสะอาดภาชนะเก็บกักน้ำ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาวิจัยโดยมุ่งไปที่ คนในชุมชน ซึ่งการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน คนในชุมชนจะต้องมีศักยภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยที่ชุมชนจะต้องมีทักษะพร้อมจะดำเนินการได้เอง พร้อมทั้งจะนำไปสู่การปฏิบัติของชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก และเพื่อศึกษาศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ตำบลท่าบั่ว อำเภอโพนทะเล จังหวัดพิจิตร

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ตัวแทนของเหล่าคนวัย 1 คน อายุ 20 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่พื้นที่ตำบลท่าบั่ว จำนวน 2,063 เหล่าคนวัย โดยคำนวณจำนวนจากสูตร การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เครย์ซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% [2] ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร จำนวน 324 คน จึงดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) [2] โดยคำนวณเป็นสัดส่วนในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 324 คน

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม [3-4] โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะทำการศึกษารวมทั้งประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) [3] ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.802 วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ จำเป็นต้องใช้ตัวแปรสเกลแบบช่วง (Interval scale) และสเกลอัตราส่วน (Ratio scale) ถ้าข้อมูลเป็นข้อมูลเชิงกลุ่มจะต้องแปลงข้อมูลเชิงกลุ่มเป็นตัวแปรทวิ (Dummy variable) แล้วจึงนำเข้าสมการวิเคราะห์ความถดถอย หลังจากนั้นจึงตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้จากการเข้าสมการตามเงื่อนไขการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ จำนวน 4 ข้อ คือ การแจกแจงแบบปกติของค่าความคลาดเคลื่อน ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-scedasticity) เมื่อพิจารณากราฟ Scatterplot ความเป็นอิสระกันของค่าความคลาดเคลื่อน ด้วยสถิติทดสอบ Durbin Watson (มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5) ตัวแปรอิสระจะต้องไม่สัมพันธ์กันเองสูง (ไม่เกิด multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่าสหสัมพันธ์ (Pearson correlation : r) ระหว่างตัวแปรอิสระ (ไม่เกิน 0.80) เมื่อผลการตรวจสอบเป็นไปตามเงื่อนไข สามารถดำเนินการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุได้ จะได้ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกลงโปรแกรมในตาราง Coefficients ซึ่งดูได้จาก model สุดท้าย พร้อมกับค่า B และ ค่า Beta จากตารางเดียวกัน นำมาสร้างสมการถดถอยและตารางนำเสนอผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยศักยภาพของประชาชนในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าบั่ว อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร นำเสนอผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 10 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 324 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-61 ปี จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 65.4 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 20-40 ปี จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม 47.20 ปี (S.D. = 11.24) อายุสูงสุด 80 ปี และอายุต่ำสุด 20 ปี ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 เพศชาย จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 35.2 อาชีพส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 อาชีพค้าขาย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 อาชีพพนักงานบริษัท จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 และอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ประถมศึกษา จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น



จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 มีชมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ปริญญาตรี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 อนุปริญญาหรือ ปวส. จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9 ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 86.4 รองลงมาได้ 10,001–20,001, 20,002–30,002 ร้อยละ 10.5, 1.5 ตามลำดับ เฉลี่ยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถาม 7,736.42 (S.D. = 6,641.56) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด 50,000 บาทและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถามต่ำที่สุด 600 บาท การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 จากผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน จำนวน 179 คน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกเงินล้าน จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 กลุ่มอื่นๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2

2. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออกของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=324)

ระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 3 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (4 – 7 คะแนน)	165	50.9
ระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	159	49.1
$\bar{x} = 7.53$, S.D.=1.53, Min = 4, Max = 10		

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อนำผลรวมของคะแนนความรู้เรื่องไข้เลือดออกมาจัดระดับความรู้เป็นรายบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องไข้เลือดออกในระดับปานกลาง (4 – 7 คะแนน) จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 ระดับสูง (8 – 10 คะแนน) จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 ค่าเฉลี่ยผลรวมของคะแนนความรู้เรื่องไข้เลือดออกของผู้ตอบแบบสอบถาม 7.53 (S.D.=1.53) ผลรวมของคะแนนความรู้เรื่องไข้เลือดออกมากที่สุด 10 คะแนน และผลรวมของคะแนนความรู้เรื่องไข้เลือดออกต่ำสุด 4 คะแนน

3. ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของผู้ตอบ

แบบสอบถาม (n=324)

ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (10 – 16 คะแนน)	1	0.3
ระดับปานกลาง (17 – 23 คะแนน)	34	10.5
ระดับสูง (24 – 30 คะแนน)	289	89.2
$\bar{x} = 27.06$, S.D. = 2.70, Min = 16, Max = 30		

จากตารางที่ 2 พบว่า ทักษะคิดต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 89.2 ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนทักษะคิดต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 27.06 (S.D. = 2.70) ค่าผลรวมคะแนนทักษะคิดต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกต่ำที่สุด 16 คะแนน ค่าผลรวมคะแนนทักษะคิดต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมากที่สุด 30 คะแนน

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความคาดหวัง (noxiousness)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคามของ ผู้ตอบแบบสอบถาม (n=324)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 1 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (2 – 3 คะแนน)	60	18.5
ระดับสูง (4 – 5 คะแนน)	264	81.5
$\bar{x} = 4.18, S.D. = 0.77, \text{Min} = 3, \text{Max} = 5$		

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 81.5 ระดับปานกลาง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม 4.18 (S.D. = 0.77) ค่าผลรวมคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามต่ำที่สุด 2 คะแนน ค่าผลรวมคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามมากที่สุด 3 คะแนน

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (perceived probability)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคามของ ผู้ตอบแบบสอบถาม (n=324)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและสิ่งที่กำลังคุกคาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 1 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (2 – 3 คะแนน)	62	19.1
ระดับสูง (4 – 5 คะแนน)	262	80.9
$\bar{x} = 4.20, S.D. = 0.78, \text{Min} = 2, \text{Max} = 5$		

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและสิ่งที่กำลังคุกคามของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 ระดับปานกลาง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม 4.20 (S.D. = 0.78) ค่าผลรวมคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและสิ่งที่กำลังคุกคามต่ำที่สุด 2 คะแนน ค่าผลรวมคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและสิ่งที่กำลังคุกคามมากที่สุด 5 คะแนน



6. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=324)

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 1 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (2 – 3 คะแนน)	21	6.5
ระดับสูง (4 – 5 คะแนน)	303	93.5
$\bar{x} = 4.50$, S.D. = 0.62, Min = 3, Max = 5		

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 93.5 ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง 4.50 (S.D. = 0.62) ค่าผลรวมคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่ำที่สุด 2 คะแนน ค่าผลรวมคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองมากที่สุด 5 คะแนน

7. ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละระดับความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=324)

ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (5 – 8 คะแนน)	116	35.8
ระดับปานกลาง (9 – 12 คะแนน)	145	44.8
ระดับสูง (13 – 15 คะแนน)	63	19.4
$\bar{x} = 9.95$, S.D. = 2.82, Min = 5, Max = 15		

จากตารางที่ 6 พบว่า ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 รองลงมา คือ ระดับต่ำ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก 9.95 (S.D. = 2.82) ค่าผลรวมคะแนนความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำที่สุด 5 คะแนน ค่าผลรวมคะแนนความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด 15 คะแนน

8. ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละระดับทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค
ไข้เลือดออกในพื้นที่ของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=324)

ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (5 – 8 คะแนน)	15	4.6
ระดับปานกลาง (9 – 12 คะแนน)	294	90.8
ระดับสูง (13 – 15 คะแนน)	15	4.6
$\bar{x} = 10.27$, S.D. = 1.15, Min = 7, Max = 11		

จากตารางที่ 7 พบว่า ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 90.8 ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 10.27 (S.D. = 1.15) ค่าผลรวมคะแนนทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต่ำที่สุด 7 คะแนน ค่าผลรวมคะแนนทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่มากที่สุด 11 คะแนน

9. ศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละระดับศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=324)

ศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (5 – 8 คะแนน)	16	4.9
ระดับปานกลาง (9 – 12 คะแนน)	153	47.2
ระดับสูง (13 – 15 คะแนน)	155	47.8
$\bar{x} = 12.16$, S.D. = 1.79, Min = 7, Max = 15		

จากตารางที่ 8 พบว่า ศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในระดับสูง จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 12.16 (S.D. = 1.79) ค่าผลรวมคะแนนศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกต่ำที่สุด 7 คะแนน ค่าผลรวมคะแนนศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมากที่สุด 15 คะแนน

10. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านทรัพยากร กับศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่เคยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก

ก่อนการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ความถดถอยเกี่ยวกับค่าคลาดเคลื่อน จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ การตรวจสอบเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติของค่าความคลาดเคลื่อน พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อน มีแนวโน้มเข้าสู่การแจกแจงแบบปกติ Mean = 0, S.D. = 0.957 (ตามเกณฑ์ Mean = 0, S.D. เข้าใกล้ 1) การตรวจสอบเกี่ยวกับความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-



scedasticity) พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มคงที่ การตรวจสอบเกี่ยวกับความเป็นอิสระกันของค่าความคลาดเคลื่อนด้วยสถิติทดสอบ Durbin Watson พบว่า ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.837 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน การตรวจสอบเกี่ยวกับตัวแปรอิสระจะต้องไม่สัมพันธ์กันเองสูง (ไม่เกิด multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่าสหสัมพันธ์ (Pearson correlation : r) ระหว่างตัวแปรอิสระ มีค่าอยู่ระหว่าง -0.592 ถึง 0.672 เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

การเลือกตัวแปรเข้าสมการโดยวิธี Stepwise ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้หลักการของ forward selection โดยนำตัวแปรอิสระเข้าสมการเพื่อทดสอบความสัมพันธ์กับตัวแปรตามทีละหนึ่งตัว เมื่อพบว่ามีความสัมพันธ์จริง จึงนำตัวแปรดังกล่าวมาสร้างสมการถดถอยและตัดตัวแปรออก เมื่อพบว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม จนไม่สามารถกระทั่งไม่สามารถเลือกตัวแปรเข้าหรือไม่สามารถตัดออกจากสมการได้กระบวนการก็จะยุติ ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณ การเลือกตัวแปรเข้าและตัดตัวแปรออกจึงเป็นกระบวนการทำงานของโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ พบว่า มี 8 ตัวแปร คือ การศึกษาระดับปริญญาตรี การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง สมาชิกกลุ่มสมาชิกกองทุนเงินล้าน ทักษะคิดต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างตัวแปรต้นและศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่เคยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก

ตัวแปรต้น	B	Beta	t-value	p-value
การศึกษาระดับปริญญาตรี	-1.014	-0.126	-2.421	0.016
การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี	-3.840	-0.119	-2.291	0.023
อาชีพรับจ้าง	-0.738	-0.173	-3.283	0.001
สมาชิกกลุ่มสมาชิกกองทุนเงินล้าน	-0.678	-0.182	-3.436	0.001
ทักษะคิดต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก	0.135	0.203	3.341	0.001
ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง	0.343	0.118	2.150	0.032
ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.113	0.178	3.048	0.002
ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่	0.201	0.129	2.479	0.014
Constant(a)= 4.252, R=0.393, R Square=0.155, Adjusted R Square=13.3 หรือ 0.133, F=7.202, p-value=0.000				

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 9 พบว่า ตัวแปรการศึกษาระดับปริญญาตรี การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง สมาชิกกลุ่มสมาชิกกองทุนเงินล้าน ทักษะคิดต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ มีผลต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ตำบลท่าบัว อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรต้นทั้ง 8 ตัวแปรมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เป็น 0.393 และสามารถอธิบายความแตกต่างของศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าบัว ได้ร้อยละ 15.50 เรียงลำดับความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่มีต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (Beta) จากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมากที่สุด (Beta= 0.203) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก รองลงมา คือ การเป็นสมาชิกกลุ่มกองทุนเงินล้าน (Beta= -0.182) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (Beta= 0.178) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก อาชีพรับจ้าง (Beta= -0.173) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ (Beta= 0.129) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก การศึกษาระดับปริญญาตรี (Beta=-0.126) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (Beta=-0.119) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองมีความสัมพันธ์ต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด (Beta= 0.118) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก

หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วจะได้ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรตาม และสามารถนำตัวแปรมาเขียนสมการถดถอยเชิงพหุเพื่ออธิบายศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{ศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน} = 4.252 - 1.014(ep) - 3.840(eop) - 0.738(or) - 0.678(gm) + 0.135(ap) + 0.343(hp) + 0.113(emp) + 0.201(sp)$$

เมื่อ

ep = จบการศึกษาระดับสูงสุดปริญญาตรี

eop = จบการศึกษาระดับสูงสุดสูงกว่าปริญญาตรี

or = อาชีพรับจ้าง

gm = สมาชิกกลุ่มกองทุนเงินล้าน

ap = ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

hp = ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

emp = ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

sp = ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

สรุปผลการศึกษา

ระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.9 ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.8 ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.8 ส่วนระดับทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.2 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 81.5 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.9 ระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.5 ระดับศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.8 จากผลการศึกษา พบว่า มีตัว



แปรที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรค ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค จึงควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนในพื้นที่ให้ทั่วถึงและต่อเนื่อง จัดหาเครื่องมือให้มีความเพียงพอต่อความต้องการใช้งานหรือสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อทดแทนเครื่องมือที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก รวมทั้งพัฒนาทักษะในการเครื่องมือให้ใช้งานได้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนที่เคยมียุทธศาสตร์ของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก ทั้ง 8 ตัว มีรายละเอียดดังนี้ ตัวแปรการศึกษาระดับปริญญาตรี การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง สมาชิกกลุ่มสมาชิกกองทุนเงินล้าน ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ มีผลต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าบัว อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรต้นทั้ง 8 ตัวแปรมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เป็น 0.393 และสามารถอธิบายความแตกต่างของศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าบัว ได้ร้อยละ 15.50 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ ดังนี้

$$\text{ศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประชาชน} = 4.252 - 1.014(ep) - 3.840(eop) - 0.738(or) - 0.678(gm) + 0.135(ap) + 0.343(hp) + 0.113(emp) + 0.201(sp)$$

เมื่อ

ep = จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

eop = จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี

or = อาชีพรับจ้าง

gm = สมาชิกกลุ่มกองทุนเงินล้าน

ap = ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก

hp = ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

emp = ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

sp = ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

เรียงลำดับความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่มีต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (Beta) จากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมากที่สุด (Beta= 0.203) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก รองลงมา คือ การเป็นสมาชิกกลุ่มกองทุนเงินล้าน (Beta= -0.182) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ ความเพียงพอของเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (Beta= 0.178) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก อาชีพรับจ้าง (Beta= -0.173) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ ทักษะการใช้เครื่องมือในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ (Beta= 0.129) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก การศึกษาระดับปริญญาตรี (Beta=-0.126) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (Beta=-0.119) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองมีความสัมพันธ์ต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด (Beta= 0.118) และมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก จากข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่มีต่อศักยภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามมากที่สุด คือ ทักษะการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค

ไข้เลือดออกและมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก ทำให้ทราบว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ฉะนั้นการวางแผนดำเนินงานจึงควรเน้นกิจกรรมที่มีผลในทางปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน ในขณะที่ตัวแปรที่มีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบ คือ การเป็นสมาชิกกลุ่มกองทุนเงินล้าน อาชีพรับจ้าง การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ส่วนเป็นบุคคลที่มีภาระทางด้านหน้าที่การงาน ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง ควรเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นแรงงาน ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ควรเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนการดำเนินงาน ควบคุมกำกับงาน เสนอความคิดเห็นในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Dengue situation in Thailand [Internet].2014 [update 2015 April 14]. Available from:
<http://www.thaivbd.org/n/dengues/view/392>
2. Sittisomboon M. Research Methodology. phitsanulok: Naresuan University Publishing House; 2004.
3. Noxktajan R. Effect of application program on the motivation theory for prevention of hypertensive disease prevention behaviors among high risk individuals. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016; 27(2):16–28. Thai.
4. Hairi F, Ong CHS, Suhaimi A. A knowledge, attitude and practices (KAP) study on dengue among selected rural communities in the Kuala Kangsar district. Asia-Pacific Journal of Public Health 2003;15(1): 37–43. Thai.