

กรณีศึกษา: การรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร

สุชารัตน์ ผลโกล

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา: การรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร

.....
สุชารัตน์ ผลโลก

นางสุชารัตน์ ผลโลก
ผู้ศึกษา

.....
ผอ. ยอ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....
อ.พนธ์ อภิษฐ์กุล

รองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....
สมชาย ภูมิ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ดร. พงษ์ภักดี

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

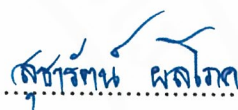
เรื่อง

กรณีศึกษา: การรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2555



นางสุชาร์ดน์ ผลโกก

ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์สุลี ทองวิเชียร,

ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อ้วนประเสริฐวงศ์ นิษโรจน์,

พย.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์อรรถพันธ์ เจริญผล,

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง ชีระทองคำ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิธิโรจน์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร กรรมการสอบ ที่กรุณาให้คำปรึกษาให้คำแนะนำที่มีคุณค่า และกรุณาตรวจสอบแก้ไขสารนิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา และให้ความรัก ความเข้าใจ พร้อมทั้งคำแนะนำด้วยความเมตตาตลอด รวมทั้ง ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพรรณิ ธรากุล อาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างสารนิพนธ์

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศิริรัตน์ วรรณศิริ ผู้บังคับบัญชาที่เป็นแบบอย่างที่ดีของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการศึกษา ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลหนองโดนทุกท่าน ที่ได้ปฏิบัติงานบริการประชาชนและงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยความเสียสละในระหว่างที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน ที่ได้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำสารนิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รหัส 50) ที่เป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เคยป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ทุกหน่วยงานที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาครั้งนี้จะสำเร็จลงไปได้ไม่ได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

ท้ายสุดผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สามิและบุตรสาวทั้ง 2 คน ที่เสียสละ ให้ความรัก ความห่วงใย กำลังใจเสมอ ขณะที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษา

สุชาร์ตน์ ผลโกล

กรณีศึกษา: การรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร

CASE STUDY: PERCEPTION OF LEPTOSPIROSIS PREVENTION IN A SELECTED COMMUNITY

สุชาร์ตน์ ผลโคก 5037835 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D. (NURSING), อรพินธ์ เจริญผล,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และกลุ่มเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค ตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี กลุ่มละ 6 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้แนวคำถามสร้างโดยผู้ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และกลุ่มเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค ให้ประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกันและมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส 6 ประการ ได้แก่ ประการแรกคือ การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน และ 3 คน ตามลำดับ ประการสองคือ การป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรค จำนวน 3 คน และ 4 คน ประการสามคือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค โดยพื้นที่ชุมชนเป็นที่ราบลุ่มและน้ำท่วมทุกปี จำนวน 4 คน และ 2 คน ประการสี่คือ อุปสรรคของการป้องกันโรค เกี่ยวกับงบประมาณ และการได้รับข้อมูล ที่ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเวลาไม่ตรงกัน จำนวน 5 คน และ 6 คน ประการห้าคือ แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค คือแรงสนับสนุนของชุมชนโดย อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือประชาชน จำนวน 4 คน และ 6 คน ประการสุดท้ายที่สำคัญคือ ประชาชนไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค จำนวน 5 คน และ 4 คน ตามลำดับ ผลการศึกษามีข้อเสนอว่า การพัฒนาระบบการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นสิ่งสำคัญ จึงควรสร้างความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และจัดสรรงบประมาณ เพื่อปรับสภาพแวดล้อมที่ถูกละเลย และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน

คำสำคัญ: การรับรู้ / การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

CASE STUDY: PERCEPTION OF LEPTOSPIROSIS PREVENTION IN A
SELECTED COMMUNITY

SUCHARAT PHOLPOK 5037835 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SANGTHONG TERATHONGKUM,
Ph.D. (NURSING), ORAPIN CHAREONPOL, M.ED. (NURSING ADMINISTRATION)

ABSTRACT

The purpose of this case study was to investigate factors related to perception of leptospirosis prevention in a selected community. The purposive sample consisted of 6 clients who had had leptospirosis and 6 officers whose work was related to leptospirosis prevention in Donthong subdistrict, Nongdon district, Saraburi province, Thailand. Data were collected twice, one week apart for 60 minutes each using focus group discussions and guideline questionnaires developed by the investigator. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the client group and officer group had congruently and relatively 6 themes of perception of leptospirosis prevention. Firstly, 6 clients and 3 officers said that people had a right to knowledge about leptospirosis. Secondly, their leptospirosis prevention had been reported by 3 clients and 4 officers. Four clients and 2 officers said that the leptospirosis epidemic was caused by annual flooding of the community. Next, 5 clients and 6 officers reported budget problems and giving information to the wrong target group due to incongruent timing. Furthermore, behavioral motivation by community support from health care volunteers, clients and people was reported by 4 clients and 6 officers. The final important point was that people did not have perceived susceptibility, which was reported by 5 clients and 4 officers. This study suggests that development of a leptospirosis prevention system is important. Thus, the awareness of people's leptospirosis prevention should be promoted and budget distribution into the community should be performed to develop environmental health and to promote capacity of health care volunteers participating in leptospirosis prevention in the community.

KEY WORDS: PERCEPTION / LEPTOSPIROSIS PREVENTION

91 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	8
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส	8
ส่วนที่ 2 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการรับรู้	14
การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	
ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา (Case study)	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	27
บทที่ 4 ผลการศึกษา	30
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	36
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา	39
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	42
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	57
รายการอ้างอิง	74
ภาคผนวก	81
ประวัติผู้ศึกษา	91

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส	30
4.2	ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	31
4.3	การเปรียบเทียบความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในชุมชนระหว่างกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	33

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้อัตราป่วยตายของโรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลง จาก 16 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2553 แต่อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2549 พบอัตราป่วย 5.21 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 8.57 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2553 และพบมากที่สุดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็น 15.75 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคใต้ คิดเป็น 10.70 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 3.6 : 1 อัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 55 - 64 ปี คือ 12 ต่อประชากรแสนคน อาชีพที่พบมากที่สุดคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 17.29 (ธีรศักดิ์ ชักนำ, และประวิทย์ ชุมเกษียร, 2550; นิภาพรณ สฤกษ์คือภักษ์ชัย, 2554; สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยการเกิดโรคสัมพันธ์กับฤดูกาล จึงพบผู้ป่วยเพิ่มในฤดูฝนตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม (ธีรศักดิ์ ชักนำ, และประวิทย์ ชุมเกษียร, 2550; สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จึงส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ผู้ที่เป็โรคเลปโตสไปโรซิสมักได้รับผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยมักมีไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะปวดที่น่อง โคนขา ตัวตาเหลือง บางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ เลือดออกในปอดและทางเดินอาหาร เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การทำงานของตับไต หัวใจ และหายใจล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตได้ (ยุพิน สุพุทธมงคล, 2548; รัตนา ธีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ, 2548; ศิริจิตต์ वासนะวัฒน์, และวรมันต์ ไวดาบ, 2547; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2551; สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Slack , 2010) นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพ ทำให้สูญเสียรายได้ และยั้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล โดยในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงประมาณ 1,800 บาท ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องล้างไต ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นอีก 10,000 บาท รวมค่าใช้จ่ายประมาณ 4,590-26,500 บาท/คน (เสาวภา พรศิริพงษ์ และ

คณะ, 2544) ส่งผลกระทบต่อรายได้และเพิ่มภาระแก่ครอบครัว ตลอดจนส่งผลต่อปัญหาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการขาดแรงงานและผลิตผลทางการเกษตรลดลง รวมทั้ง ประเทศต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาล ค่ายา การรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพื่อมิให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค โดยต้องปฏิบัติควบคู่กันทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องใช้มาตรการการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน และการสอบสวนโรคที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านระบบการแจ้งข่าว การรายงาน และข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547; นุชนางค์ ภูสันติ, 2545) การวิเคราะห์ความเสี่ยงและปัญหา พร้อมทั้งวางแผนในการควบคุมโรคและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย เช่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู เป็นต้น (นุชนางค์ ภูสันติ, 2545) รวมทั้ง การให้สุศึกษา และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคและการป้องกัน การติดเชื้อเลปโตสไปโรซิสแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง ผ่านทางสารสนเทศ ตลอดจนมาตรการด้านการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547)

สำหรับประชาชนควรป้องกันตนเอง โดยรักษาความสะอาดบ้านเรือน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของหนู หลีกเลี่ยงการลงอาบหรือแช่น้ำในที่ที่มีหนูชุกชุม หลีกเลี่ยงการฆ่าโคลนด้วยเท้าเปล่า หรือสัมผัสแหล่งที่อาจมีเชื้อโรค โดยเฉพาะเมื่อมีบาดแผล สวมอุปกรณ์ป้องกันโรค ได้แก่ รองเท้าบู๊ท และถุงมือยาง จากการศึกษาของ รัตนา ธีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ (2548) พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านการฆ่าสัตว์ การจับปลา และการไม่สวมรองเท้าบู๊ทของผู้ที่เป็นโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่า 2.1, 1.7, และ 1.6 เท่าคนปกติ และผู้ที่สวมรองเท้าและป่วยมากเป็น 2.22 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่สวมรองเท้าบู๊ท และการศึกษาของ เบญจวรรณ ระลึก, และคณะ (2552) พบว่า ทหารประจำการที่สัมผัสโคลนเลนกว่าครึ่งชั่วโมง มีโอกาสเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่าทหารที่มีกิจกรรมอื่นๆ 2.72 เท่า (Adjusted RR 2.72; 95% CI = 1.5-4.72) ดังนั้น หากจำเป็นต้องมีการลุยน้ำหรือฆ่าโคลน ควรรีบชำระล้างร่างกายทันที และเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อหลังและน่อง ต่อม่าน้ำเหลืองโต ตับม้ามโต เป็นต้น (Sambasiva, Naveen, Bhalla, & Agarwal, 2003) หรือสงสัยว่าอาจเกิดโรคควรรีบพบแพทย์ทันที (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; วิชัย โชควิวัฒน์, 2542) นอกจากนี้ ชุมชนต้องร่วมมือสำรวจพื้นที่ที่มีน้ำท่วมขังเพื่อกำจัดสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค (วิชัย โชควิวัฒน์, 2542) ส่งผลให้ลดการแพร่ระบาดของเชื้อ และสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถประยุกต์แนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และ PREECEED-PROCEED model ทั้งนี้ แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นแนวคิดที่มุ่งทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอาศัยองค์ประกอบ 3 ด้าน (Bloom, 1975) ได้แก่ ด้านความรู้ (cognitive domain) ด้านเจตคติ (affective domain) และด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) (กานดา พاجرทิศ, 2551; วิโรจน์ จันททิโร, 2549) โดยพฤติกรรม 3 ด้านนี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่ดี รวมทั้งจากประสบการณ์การเรียนรู้ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในประชาชนในชุมชน หากประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพวิทยาของตน จากการศึกษาพบว่า ความรู้ (กานดา พاجرทิศ, 2551; เจริญ ยศวงษ์ษา, คณาธิป มุคเจริญ และวสุธร ดันวัฒนกุล, 2551; ชนะชัย มาตย์คำมี, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ยุพาพร สุภาคี, 2547) และทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส (ชนะชัย มาตย์คำมี, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับ การศึกษาเชิงทดลอง ณ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อาทิ ร่วมรณรงค์กำจัดหนู และเป็นสมาชิกกองทุนรองเท้าบูท เป็นต้น มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วัชรชัย รัตนแสง, และวิเชียร สุ่มมาตย์, 2548) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สภาพสมรส ลักษณะงานที่ต้องสัมผัสน้ำ ความเชื่ออำนาจในตน การมุ่งอนาคตและควบคุมตนเองในการป้องกันโรค (นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545) แรงสนับสนุนทางสังคม (นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ยุพาพร สุภาคี, 2547) สิ่งจูงใจ และการมีส่วนร่วมับชุมชน (ยุพาพร สุภาคี, 2547) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาพบว่า เกษตรกรยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ จึงมีความเชื่อต่อการป้องกันโรคที่ผิด ส่งผลให้ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (วิโรจน์ จันททิโร, 2549)

ทั้งนี้การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาโดยโรเซนสต็อก (Rosenstock) เชื่อว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะต้องไม่มีอุปสรรคหรือมีน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ

(Rosenstock, 1974) ดังนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และรับรู้ประโยชน์สูง และรับรู้อุปสรรคต่ำในการป้องกันโรค นอกจากนี้ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ยังเสนอปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้าง อาทิ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น ดังนั้นหากบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส บุคคลต้องรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส รวมทั้งรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคมกกว่าอุปสรรค ทั้งนี้ ในประเทศไทยไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส บนพื้นฐานแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบในการศึกษาในโรคอื่นๆ อาทิ การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ (ณัฐธิดา นิมิตรดี, หรรษา เศรษฐบุปผา, และสมบัติ สกุลพรรณ, 2551) มะเร็งตับ (รุจิรา อักษร, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, และทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, 2550) ความดันโลหิตสูง (วันชพรรณ อิมเอิบ, 2551) เป็นต้น

สำหรับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) พัฒนาโดย อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการ (outcome expectation) บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรม เพื่อจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura, 1997) ทั้งนี้ สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective stages) (Bandura, 1997) ดังนั้น ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และบุคคลคาดหวังว่าการปฏิบัตินั้นส่งผลดีต่อตนเอง บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ทั้งนี้ ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสบนพื้นฐานแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่พบในการศึกษาโรคอื่นๆ อาทิ การรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (สิริลักษณ์ นานาวิจิต, 2552) การปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จุฑาวดี กมลพรมงคล, 2555) การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (สุมาลี เชื้อพันธ์, 2553; อุษา ทศนวิน, 2550)

แนวคิด PREECEED-PROCEED model พัฒนาโดย กรีน และคณะ ในปี ค.ศ. 1980 (Green et al., 1980 cited in Green & Kreuter, 1991) ซึ่งเชื่อว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากสาเหตุปัจจัยหลายประการ อาทิ ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ของบุคคล เป็นต้น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงต้องดำเนินงานหลายด้าน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อน จึงวางแผนและกำหนดกลวิธีการ เช่นเดียวกับ พฤติกรรมการ

ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อน อาทิ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และ หรือ ทรัพยากรที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาทิ การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรค เป็นต้น สำหรับ ปัจจัยเสริม หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่อง เมื่อได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ ข้อมูลข่าวสาร (ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546; Green & Kreuter, 1991)

ดังนั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ ปัจจัยนำ อาทิ ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และ ข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาพบว่า ปริมาณน้ำฝนและอุณหภูมิ ภาวะน้ำท่วมขัง อุทกภัยมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส (ดิเรก สุดแดน, และคณะ, 2549; Reis et al., 2008; Stern et al., 2010; Wangroongsarb et al., 2005; WHO, 2003) ส่วนปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากรัฐ อสม. เพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ การศึกษาบนพื้นฐานแนวคิดนี้มีจำกัด แต่มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน โดยพบปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ในด้านปัจจัยนำ ได้แก่ รายได้ สถานะภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสวมถุงมือ รองเท้าบู๊ท การมีแหล่งน้ำสะอาด สำหรับอุปโภคและบริโภค และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546)

จังหวัดสระบุรีพบ ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสครั้งแรกในปี พ.ศ. 2540 โดยการระบาด มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่มีน้ำท่วมขัง ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 49 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จำนวน 16 คน หลังจากนั้น จำนวนผู้ป่วยลดลง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วย 10 คน (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 2 จังหวัดสระบุรี, 2554) ส่วนตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ในปี พ.ศ. 2551-2553

พบจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 2-3 คน อาจเนื่องจากพื้นที่ประสบปัญหาภัยแล้ง ไม่มีน้ำท่วมขัง เป็นผลให้จำนวนผู้ป่วยลดลง (ฝ่ายสุขภาพิบาล โรงพยาบาลหนองโดน, 2553) อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังเชิงรุกเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค หากเกิดภาวะน้ำท่วมขังเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศของตำบลดอนทองเป็นพื้นที่ราบลุ่ม น้ำท่วมขัง จึงอาจพบการแพร่ระบาดกลับซ้ำได้ นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองโดน พบว่า ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส สอดคล้องกับผลสำรวจพบว่า ประชาชนในอำเภอหนองโดน มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.80 และความรู้เกี่ยวกับแหล่งพาหะนำโรค คิดเป็นร้อยละ 87.50 ทั้งที่มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง (ฝ่ายสุขภาพิบาล โรงพยาบาลหนองโดน, 2549) นอกจากนี้ จากการสอบถามผู้ที่เป็โรคเลปโตสไปโรซิส ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองโดนของผู้ศึกษา พบว่า ยังขาดความรู้ ความตระหนัก และมีความเชื่อที่ผิด เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือการให้ข้อมูลข่าวสารไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง การศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในบริบทของชุมชนหนองโดนยังมีจำกัด และยังไม่เป็นระบบ ทำให้พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ทราบถึงสาเหตุปัจจัยของการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสโดยตรง ส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเจ้าหน้าที่และผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสให้แก่ชุมชน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร

นิยามศัพท์

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลจัดระบบหรือตีความสิ่งที่ประสาทสัมผัสได้ เพื่อให้ความหมายให้กับสิ่งนั้นๆ (Robbins, 2003) ทำให้เกิดการเรียนรู้ ส่งผลให้มีความรู้และความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติของบุคคล (Wagner & Hollenbeck, 2005)

การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ในการป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547; สุมาลย์ สาระยา, 2554; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2546; Sambasiva et al., 2003; Slack, 2010) ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน (นุชนางค์ ภูวนันติ, 2545)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

- 1.1 สาเหตุและการติดต่อ
- 1.2 อาการและอาการแสดง
- 1.3 การวินิจฉัยโรค
- 1.4 การรักษาและภาวะแทรกซ้อน
- 1.5 แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

ส่วนที่ 2 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา (Case study)

- 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา
- 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม (focus group

discussion)

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) เป็นโรคติดต่อที่ระบาดในฤดูฝน การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ สาเหตุและการติดต่อ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงหลักและแนวทางในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จะช่วยในการควบคุมการระบาดของโรคได้

1.1 สาเหตุและการติดต่อ

โรคเลปโตสไปโรซิส หรือโรคฉี่หนู เกิดจากเชื้อเลปโตสไปรา (*Leptospira interrogans*) ซึ่งเป็นแบคทีเรียรูปร่างเกลียว จัดอยู่ใน Family *Leptospiraceae* เคลื่อนไหวเร็วโดยการหมุน หรือ

การโค้งงอปลายทั้งสองข้างหรือข้างใดข้างหนึ่ง เจริญได้ดีที่อุณหภูมิประมาณ 28 - 30 องศาเซลเซียส ในสภาวะที่เป็นด่าง (pH 7.2 - 8.0) ถูกทำลายโดยแสงแดดภายใน 2 - 3 นาที หากสิ่งแวดล้อมเหมาะสม เช่น ดิน โคลน หรือแอ่งน้ำ จะมีชีวิตอยู่ได้นานเป็นเดือน (วนิดา วิระกุล, 2545; Fain , Adler, Bolin, & Perolat, 1999; Levett, 2001; Vinetz, 2001)

โรคเลปโตสไปโรซิสสามารถติดต่อสู่คนทางผิวหนัง เชื้อบุทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และเยื่อตา จากการสัมผัส รับประทานอาหารและดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ ที่ถูกขับออกมาจากปัสสาวะหรือเลือดของสัตว์ที่ติดเชื้อ และปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม (วรลักษณ์ ดังคณะกุล, และคณะ, 2542; Slack, 2010) โดยเชื้อจะเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับเชื้อ และกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ (ศิริจิตต์ วาสนะวัฒน์, และวรมันต์ ไวกาบ, 2547) และมีระยะฟักตัวประมาณ 4 - 19 วัน (คาริกา กิ่งเนตร, 2544) ส่วนปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ อาชีพหรือการทำงานที่ต้องขุดที่ชื้นแฉะ หรือแช่น้ำ การไม่สวมรองเท้าบู๊ท (รุ่งเรือง กิจผาติ, และคณะ, 2547) กลุ่มนักผจญภัย เดินป่าล่าสัตว์ หรือนักกีฬาที่มีกิจกรรมทางน้ำ (Slack, 2010; Wangroongsarb et al., 2005) นอกจากนี้พบว่า อัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้นหลังน้ำลด (อมรรัตน์ ชอบกตัญญู, และสภารัตน์ ผาดินาวิน, 2555) เนื่องจากปริมาณเชื้อที่อยู่ในน้ำ มีปริมาณความเข้มข้นสูง ทำให้ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (ดิเรก สุกแดน, และคณะ, 2549)

จากการศึกษาของ รัตนา วีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ (2548) ในผู้ที่แพทย์สงสัยว่าติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส จำนวน 699 คน เก็บข้อมูลจากการเก็บตัวอย่างเลือดและการสัมภาษณ์ สอบสวนโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่อยู่ในที่มีเหวี่ยงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสเป็น 3.56 เท่าของผู้ที่อยู่ในที่ไม่มีเหวี่ยง (OR =3.56; 95% CI = 2.51-5.06) ผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นทุ่งนา/ ที่ชื้นแฉะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าผู้ที่อยู่ตามหนอง บึง บ่อ /สระ (OR =2.28; 95% CI = 1.37-3.81) ผู้ที่เลี้ยงสัตว์โดยการผูกสัตว์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่า 0.62 เท่าของผู้ที่ปล่อยสัตว์หากินรอบแหล่งน้ำ (OR =0.62; 95% CI=0.39-0.99) ผู้ที่ฆ่าสัตว์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าผู้ที่ไม่ฆ่าสัตว์ 2.15 เท่า (OR =2.15, 95% CI = 1.15-4.02) การหาปลามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าการไม่หาปลา 1.65 เท่า (OR =1.65, 95% CI = 1.14-2.39) ผู้ไม่สวมรองเท้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าผู้สวมรองเท้าบู๊ทถึง 1.62 เท่า (OR =1.62, 95% CI = 1.11-2.36) และผู้ที่สวมรองเท้าแต่มีโอกาสเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าผู้สวมรองเท้าบู๊ท 2.22 เท่า (OR =2.22, 95% CI = 1.40-3.52) ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ เบญจวรรณ ระวัง, และคณะ (2552) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารักษาโรงพยาบาลค่ายทหาร เพื่อศึกษาลักษณะของการระบาด แหล่งเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยง เพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในทหารประจำการ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างคือ ทหาร

เกณฑ์ประชากร จำนวน 255 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคคือ การสัมผัสโคลนเลน บริเวณบ่อบอนหน้าหน่วยฝึกทหารใหม่ ซึ่งเป็นบ่อตื้นระดับน้ำเหนือข้อเท้าเล็กน้อย มีพืชน้ำเล็กๆ ปกคลุม ทำให้เชื้อเจริญเติบโตได้เป็นอย่างดี รวมทั้งกิจกรรมการกลิ้งโคลนเลนกว่าครึ่งชั่วโมง ทำให้มีโอกาสเกิดแผล ส่งผลให้ ทหารประชากรมีโอกาสเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่า ทหารที่มีกิจกรรมอื่นๆ (Adjusted RR 2.72; 95% CI = 1.5-4.72)

1.2 อาการและอาการแสดง

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไม่จำเพาะ (Slack, 2010) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 37-70 หรือมีอาการคล้ายไข้หวัด ประมาณร้อยละ 10 (Ashford et al., 2000) โดยอาการทางคลินิกแบ่งออกเป็น 2 ระยะ (ยุพิน สุพุทธมงคล, 2548; สิริจิตต์ วาสนะวัฒน์, และวรมันต์ ไวดาบ, 2547) ดังนี้

ระยะแรก (leptospiremic phase) อยู่ในช่วง 4-7 วัน ผู้ป่วยมีอาการไข้สูงทันทีทันใด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมาก โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหลังน่องและต้นคอ ตาแดงจากเส้นเลือดในเยื่อตาขยายตัว คลื่นไส้ อาเจียน อาจพบอาการคอแข็ง ความดันเลือดต่ำ ต่อมน้ำเหลืองโต ตับม้ามโต (Sambasiva, Naveen, Bhalla & Agarwal, 2003)

ระยะที่ 2 (immune phase) อยู่ในช่วง 4-30 วัน รายที่อาการไม่รุนแรง หลังมีไข้ประมาณ 1 สัปดาห์ ไข้จะลด ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะมาก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการทำงานของตับและไตผิดปกติ ส่วนรายที่มีอาการรุนแรงจะมีไข้สูงลอย หนาวสั่น ตาแดงมาก ชักหรือสับสน ตัวและตาเหลือง ปัสสาวะน้อยลง ช็อค หรือไอเป็นเลือด และอาจเสียชีวิตได้

1.3 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิส ประกอบด้วย

1) การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการสัมผัสสัตว์หรือสิ่งปนเปื้อนปัสสาวะสัตว์ เช่น การแช่น้ำ ดินโคลน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นต้น (ยุพิน สุพุทธมงคล, 2548; สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2551)

2) การตรวจร่างกาย พบอาการสำคัญของโรค ได้แก่ ไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ กดเจ็บกล้ามเนื้อน่อง ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ตาแดง ปัสสาวะน้อย ปัสสาวะสีเข้ม ไอเป็นเลือด และความดันเลือดต่ำ (รัตนาวาสนะวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ, 2548)

3) การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ในรายที่มีอาการรุนแรงมักพบ เม็ดเลือดขาวสูง โดยเฉพาะนิวโทรฟิลส์ เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดแดงและขาวในปัสสาวะ การเพิ่มขึ้นของ BUN, Cr,

muscle enzyme (CPK), bilirubin และ liver enzyme (อัตรา วัฒนวงษ์, พลายขงค์ สการะเสริญ, และ พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า, 2551) โดยการวินิจฉัยโรคตามแนวทางองค์การอนามัยโลก คือ การเพาะเชื้อ เลปโตสไปรา และการตรวจด้วยวิธี microscopic agglutination test (MAT) แต่วิธีนี้มีความไวต่ำ และจำเป็นต้องตรวจสอบครั้งห่างกัน 7-10 วัน (Fain et al., 1999) ส่วนวิธีที่แพร่หลายและสะดวก คือ การตรวจภูมิคุ้มกันโดยใช้แอนติเจนของเชื้อด้วยวิธี leptodipstick test, macroscopic slide agglutination test (MSAT), enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) เป็นต้น ซึ่งมีความไว ร้อยละ 20-87 ขึ้นกับระยะเวลาที่ตรวจโดยมีความไวสูงในสัปดาห์ที่สองของการเกิดโรค

1.4 การรักษาและภาวะแทรกซ้อน

การรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วจะทำให้การพยากรณ์โรคดี สามารถลดอัตราการตาย และ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ไตวาย เลือดออกในปอดและทางเดินอาหาร ตับวาย ปอดอักเสบ หัวใจวาย เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และภาวะหายใจล้มเหลว (ยุพิน ศุภพทรมงคล, 2548; สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551; Slack, 2010)

การรักษาจำเพาะคือ การให้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ penicillin 1.5 ล้านยูนิต ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วันละ 4 ครั้ง หรือ ampicillin 4 กรัมต่อวัน แบ่งฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ครั้งละ 1 กรัม เป็นเวลา 7 วัน ถ้าผู้ป่วยแพ้ยา penicillin อาจใช้ doxycycline 200 มิลลิกรัมต่อวัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 5-7 วัน หรืออาจใช้ erythromycin 500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มักหายเป็นปกติใน 2-6 สัปดาห์หลังการรักษา จากการศึกษาพบว่า การใช้ doxycycline, penicillin G, และ amoxycillin ได้ผลดี แม้จะให้เข้าถึง 7 วัน หลังจากเริ่มป่วย (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, ม.ป.ป.; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2546)

1.5 แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ต้องปฏิบัติควบคู่กันทั้งด้านเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและประชาชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องจัดระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน การอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชน ในพื้นที่ และการสอบสวนโรคที่มีประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนาวิธีการตรวจทั้ง screening test และ confirmatory test ระบบการแจ้งข่าว การรายงานโรค และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการ กำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ (เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547; คาริก้า กิ่งเนตร, 2544; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545) ตลอดจนมีการจัดทำประชามติกับประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อ ร่วมกันค้นหาปัญหาและความเสี่ยง วิเคราะห์สาเหตุ พร้อมทั้งวางแผนในการควบคุมโรค โดยค้นหา

แหล่งเพาะพันธุ์โรค เช่น แหล่งน้ำบริเวณโรงงานสัตว์ที่ติดเชื้อ และการแก้ไขการปนเปื้อนเชื้อ หรือ ห้ามการใช้ชั่วคราว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2546) รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่าย เช่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู เป็นต้น (นุชนางค์ ภูวนันต์, 2545) พร้อมทั้งการให้สุศึกษา และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคและการป้องกันแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง ผ่านทางสารสนเทศ ตลอดจนจัดระบบการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547)

นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชนที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้ลด การแพร่ระบาดของโรคในชุมชน อย่างไรก็ตาม ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากวิทยุ และโทรทัศน์ซึ่งมีข้อมูลจำกัด ในด้านความครอบคลุม ความต่อเนื่อง และเวลาของการนำเสนอ จึง ทำให้ข้อมูลการป้องกันโรคครอบคลุม ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง เกิดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ดังนั้น การได้รับข้อมูลข่าวสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นแรง สนับสนุนพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชน (เสาวภา พรศิริพงษ์, และคณะ, 2544) จึงควรมี ระบบสนับสนุนการดำเนินและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสที่เป็นระบบและต่อเนื่อง

สำหรับประชาชนควรป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งแวดล้อม ที่อาจปนเปื้อนเชื้อ โดยการสวมถุงมือ และรองเท้าบูทขณะทำงานสัมผัสดินและน้ำ หากจำเป็นต้องลุยน้ำที่ท่วมขัง ต้อง รีบล้างมือ เท้า และร่างกายส่วนที่สัมผัสกับน้ำที่สกปรกด้วยสบู่และน้ำสะอาด จากนั้นเช็ดด้วยผ้า สะอาดให้แห้ง ระมัดระวังให้ผิวหนังที่เป็นแผลหรือรอยถลอกโดนน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ (สุมาลย์ สาระยา, 2554; Sambasiva et al., 2003; Slack, 2010) นอกจากนี้ ชุมชนต้องร่วมมือสำรวจพื้นที่เสี่ยง ที่มีน้ำ ท่วมขัง เพื่อกำจัดสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค (วิชัย โชควิวัฒน์, 2542) การป้องกันแหล่งน้ำสาธารณะ การกำหนดกฎหมาย ข้อบังคับอื่นๆ เช่น กำหนดพื้นที่เลี้ยงสัตว์ จัดตั้งกองทุนรองเท้าบูท เป็นต้น และหากมีอาการผิดปกติ สงสัยว่าจะเกิดโรค ควรพบแพทย์ (เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547)

จากการศึกษาของ ชำนาญ ประดับเพชร (2546) ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโต สไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองแขง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสุ่มแบบเป็นระบบ จำนวน 345 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโต สไปโรซิส อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48.3 และ 86.7 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับ เจตคติในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทำนองเดียวกัน เจตคติมี ความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปรียา อินทะนิล (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสในเกษตรกร อำเภอ

เวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 380 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 62.4 โดยพบพฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ ได้แก่ การสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวขณะทำสวนหรือทำนา และล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส คิดเป็นร้อยละ 86.3 และ 86.1 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ การเดินเท้าเปล่าบนคันนาที่มีหญ้ารก และขำโคลนบริเวณที่มีน้ำขังด้วยเท้าเปล่า คิดเป็น ร้อยละ 89.5 และ 80.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสจาก อสม. คิดเป็นร้อยละ 56.6

จากการศึกษาของ คนอง ยาสิงห์ทอง (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันตนเองจากโรคเลปโตสไปโรซิสของชาวเขาเผ่าปกากะญอ ในอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 362 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบระบบ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม และกลุ่มเปรียบเทียบที่สงสัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การลุยน้ำขำโคลนด้วยเท้าเปล่า การสวมถุงมือยางทุกครั้งระหว่างหาปลา และการสวมรองเท้าบูท มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยต้องสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส เมื่อสวมรองเท้าบูทเพิ่มขึ้น แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาทำสวน 3-6 ชั่วโมงต่อวัน และระยะเวลาทำนามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทั้งนี้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ โสภณ หอมกรุ่น (2548) ที่ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนหมู่ที่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 126 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เกษตรตำบล และผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสและการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ควรประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อ อาทิ การไม่ลงไปแช่น้ำหรือลุยโคลนขณะร่างกายมีบาดแผล การสวมถุงมือขณะที่มีบาดแผลก่อนไปทำงานที่ต้องสัมผัสน้ำ การไม่เดินเท้าเปล่าในทุ่งนา เป็นต้น การลดการปนเปื้อนเชื้อในสถานะแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดหนูในบ้าน พื้นที่เกษตรกรรมและคอกสัตว์ ทั้งนี้ แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการป้องกันโรค การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิส การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดหนู

โรคเลปโตสไปโรซิสเกิดจากเชื้อเลปโตสไปรา ติดต่อกันจากการสัมผัสหรือรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ ผู้ป่วยมักมีไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมาก โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง และต้นคอ ในรายที่อาการรุนแรงอาจเสียชีวิต ดังนั้นบุคคลและชุมชนจึงควรร่วมกันในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่อาจปนเปื้อนเชื้อ รักษาความสะอาดร่างกาย และจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัยจากเชื้อโรค

ส่วนที่ 2 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสมีหลายแนวคิด อาทิ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และ PREECEED-PROCEED model ทั้งนี้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอาศัยองค์ประกอบ 3 ด้าน (Bloom, 1975) ได้แก่ พฤติกรรมด้านความรู้ (cognitive domain) คือ สิ่งที่บุคคลรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ อาทิ ความรู้ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาทางสติปัญญา การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การประเมินผล พฤติกรรมด้านเจตคติ (affective domain) คือ ความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ อาทิ การให้ความสนใจ ค่านิยม ความรู้สึกต่อสิ่งต่างๆ บอกแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคล และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) คือ การแสดงออกทางร่างกายที่สังเกตเห็นได้ โดยมีความรู้และเจตคติเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง (กานดา พاجرทิศ, 2551; วิโรจน์ จันทจิโร, 2549) โดยพฤติกรรม 3 ด้านนี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นเป้าหมาย ที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่ดี รวมทั้งจากประสบการณ์การเรียนรู้ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในประชาชนในชุมชน หากประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค บุคคลจะปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตน

จากการศึกษาของ กานดา พاجرทิศ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรอาศัยในเขตชุมชนดงมะดะ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย ได้รับการสุ่มแบบระบบ (systematic random sampling) จำนวน 346 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.99 และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับ

ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.14 ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ เจริญ ยศวงศ์ษา และคณะ (2551) ที่ศึกษาอิทธิพลของความรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส บ้านขุนห้วย หมู่ 13 ตำบลแม่พุง อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80.6 พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 66.2 ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในการทำนอญเกี่ยวกับการศึกษาของ ชนะชัย มาตย์คำมี (2553) ที่ศึกษาความรู้และความตระหนักในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และความตระหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของ นุชนางค์ ภูวสันติ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ สภาพสมรส และลักษณะงานที่ต้องสัมผัสน้ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความรู้ ทักษะ ความเชื่ออำนาจในตน และการมุ่งอนาคตและควบคุมตนเองในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจน การได้รับสิ่งสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ พบว่า การมุ่งอนาคตและควบคุมตนเอง ทักษะต่อการป้องกันโรค ลักษณะสิ่งแวดล้อมในบ้านที่มีหนูชุกชุม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรค สิ่งแวดล้อมที่มีcockleสัตว์ในบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส คิดเป็น ร้อยละ 26.40

นอกจากนี้การศึกษาของ ยุพาพร สุภาภดี (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.

ถูกเลือกโดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) จำนวน 350 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ สิ่งจูงใจ การได้รับแรงสนับสนุนจากภาครัฐ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชน การได้รับความสนับสนุนจากภาครัฐ และความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของ อสม. คิดเป็นร้อยละ 20.7 สอดคล้องกับ การศึกษาของ วัชรชัย รัตนแสง และวิเชียร สุ่มมาตย์ (2548) ที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าครอบครัว กลุ่มสมรส หรือตัวแทนคนในครอบครัว จำนวน 2 พื้นที่ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 824 หลังคาเรือน ได้รับการกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อาทิ ร่วมรณรงค์กำจัดหนู และเป็นสมาชิกกองทุนรองเท้าบู๊ท เป็นต้น ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 795 หลังคาเรือน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังกิจกรรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการร่วมรณรงค์กำจัดหนู และเป็นสมาชิกกองทุนรองเท้าบู๊ทดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ วิโรจน์ จันทพิโร (2549) ที่ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หูหนวกของเกษตรกร หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกร จำนวน 28 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบ้านกล้วย จำนวน 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบการใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม (focus group) ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกร ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ เกี่ยวกับโรคไข้หูหนวก มีความเชื่อต่อการป้องกันโรคและเจตคติที่ผิด เป็นผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบๆ และพฤติกรรมที่ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค จึงเป็นผลให้เกิดการระบาดของโรคในชุมชน

ทั้งนี้การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเป็นแบบจำลองเพื่อใช้อธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล พัฒนาจากทฤษฎีขอบเขตชีวิต (life space) โดย เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) นักจิตวิทยา ในปี ค.ศ. 1950 ที่เชื่อว่า บุคคลจะมีขอบเขตที่เป็นบวกและลบ โดยบุคคลจะถูกดึงดูดจากขอบเขตที่เป็นบวก เพื่อรักษาสุขภาพ และผลักดันออกจากขอบเขตที่เป็นลบ เพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย ดังนั้น บุคคลจึงแสวงหาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อส่งเสริม

ขอบเขตที่เป็นบวก ส่งผลให้สุขภาพดี (Rosenstock, 1974) โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ ซึ่งการรับรู้ของบุคคล (individual perception) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ (สุพชา วิวัฒน์, 2551) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (percieved susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (percieved severity) โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่า ตนมีโอกาสรiskต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติตนจะต้องไม่มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย และความอาย เป็นต้น และการปฏิบัติตนมีประโยชน์มากกว่าอุปสรรค (Rosenstock, 1974)

ต่อมา เบคเกอร์ (Becker, 1974) ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย

1. การรับรู้ภาวะคุกคามของบุคคล (perceived threat) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสรiskเป็นโรคนั้นๆ ส่วน การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตน ทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงภาวะนั้น

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ (likelihood of action) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) การรับรู้ประโยชน์ เป็นความเชื่อว่าการกระทำตามคำแนะนำ จะช่วยลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรค เป็นความคิดว่าการกระทำตามคำแนะนำ จะทำให้เกิดความยุ่งยาก และเสียค่าใช้จ่าย ดังนั้น หากบุคคลประเมินว่าการปฏิบัติพฤติกรรมมีประโยชน์มากกว่าอุปสรรค บุคคลจะกระทำการสิ่งนั้น

3. ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านลักษณะประชากร อาทิ อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น ส่วน ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม แรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้อง และปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค นอกจากนี้ สิ่งชักนำ (cues to action) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมกับปัญหา ประกอบด้วย สิ่งชักนำภายใน (internal cues) และสิ่งชักนำภายนอก (external cues) สิ่งชักนำภายใน ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) ส่วนสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

ดังนั้น หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หากประเมินแล้วว่า ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค ทั้งนี้ในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสบนพื้นฐานแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่พบในการศึกษาในโรคอื่นๆ อาทิ การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ (, หารรษา เสรฐบุปผา, และสมบัติ สกฤพรณ์, 2551) มะเร็งตับ (รุจิรา อักษร, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, และทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, 2550) ความดันโลหิตสูง (วันชพรรณ อิมเอิบ, 2551) เป็นต้น

สำหรับ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ซึ่งพัฒนาโดย อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เชื่อว่า หากบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการ (outcome expectation) บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรม อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura, 1997) โดยสมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาจากแหล่งต่างๆ (Evan, 1989 อ้างใน สิริลักษณ์ นานาวิชิต, 2552: หน้า 11) ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในทำนองเดียวกัน การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) เป็นการสังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรม จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าลองฝึกปฏิบัติและไม่ย่อท้อ ส่วนการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) แบนดูราเสนอว่า ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ สำหรับสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective stages) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าสภาวะร่างกายและจิตใจดี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสูง

ดังนั้น ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และคาดหวังว่าตนจะไม่ติดเชื้อโรค บุคคลจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรค อาทิ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ทั้งนี้ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสบนพื้นฐานแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่พบในการศึกษาโรคอื่นๆ อาทิ การรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (สิริลักษณ์ นานาวิชิต, 2552) การปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (จุฑาวดี กมลพรมงคล, 2555) การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (สุมาลี เชื้อพันธ์, 2553; อุษา ทศนวิน, 2550)

นอกจากนี้ แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model พัฒนาโดย กรีน และคณะ ในปี ค.ศ. 1980 (Green et al., 1980 cited in Green & Kreuter, 1991: p.14-15) เป็นแนวคิดที่ศึกษาปัจจัยสาเหตุของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อจะวางแผนแก้ไขปัญา โดยแนวคิดนี้อยู่บนพื้นฐานสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา บริหาร และการศึกษา มีความเชื่อว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุร่วมกันหลายปัจจัย ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินงาน

หลายด้าน และต้องวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมก่อน จึงวางแผนและกำหนดกลวิธี เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 กรีน และ ครูเตอร์ ได้พัฒนาแบบจำลองใหม่คือ PRECEDE -PROCEED Model ซึ่งย่อมาจากคำว่า Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เพื่อศึกษาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ส่วน PROCEED มีชื่อเต็มว่า Policy, Regulatory and Organization Constructs in Education and Environmental Development หมายถึง การประเมินการบริหาร นโยบาย และการวางแผน ดำเนินการในการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 9 ระยะ (Green & Kreuter, 1999) ได้แก่

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (social diagnosis) โดยการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังของบุคคล

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (epidemiological diagnosis) เพื่อพิจารณา เป้าหมายสุขภาพ ที่จะมียผลต่อปัญหาทางสุขภาพ

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (behavioral and environmental diagnosis) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ และช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคล

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา เป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม จำแนกออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) และปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อน อาทิ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาทิ การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ในการป้องกันโรค เป็นต้น สำหรับ ปัจจัยเสริม หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่อง เมื่อได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (วรวิทย์ นุ่มดี, 2546)

ระยะที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหาร และนโยบาย (administrative and policy diagnosis) เกี่ยวกับ การประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กร และด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การ สร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร นโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ (implementation) โดยผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรมที่กำหนดไว้

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงาน

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบทั้งข้อดีและข้อจำกัด (impact evaluation) เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงาน โครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้น ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายได้จากโครงการ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลรวมยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ การศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในชุมชนในครั้งนี้ จะสอดคล้องกับระยะที่ 4 ของแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model เนื่องจากจะช่วยในการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในชุมชนหนองโดน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม และปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ทั้งนี้การศึกษานี้มีพื้นฐานแนวคิดนี้มีจำกัด จากการศึกษาของประเสริฐศักดิ์ กายนาภา (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในเกษตรกร อำเภอกาฬ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกร อำเภอกาฬ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 247 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ในด้านปัจจัยนำ ได้แก่ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสวมถุงมือ รองเท้าบูท การมีแหล่งน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคและบริโภค และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

เช่นเดียวกับ การศึกษาของ วรวิทย์ นุ่มดี (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ในด้านปัจจัยนำ ได้แก่ สถานะภาพสมรส ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค ทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ในด้านปัจจัยเอื้อ

ได้แก่ การสวมถุงมือ รองเท้าบู๊ท การมีแหล่งน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคและบริโภค และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมและการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสและปัจจัยเอื้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย ($R^2 = .250$)

ดังนั้นการศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน บนพื้นฐานแนวคิดต่างๆ จะมีส่วนช่วยให้ทราบสาเหตุปัจจัยของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยอื่นๆ ดังนั้น การศึกษานี้บนพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ จะทำให้ทราบแนวทางในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในบริบทของชุมชน

ส่วนที่ 3 กรณีศึกษา (case study)

การประยุกต์รูปแบบกรณีศึกษาโดยผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จะช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในบริบทของชุมชน จึงจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา หลักและวิธีการสนทนากลุ่ม

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับกรณีศึกษา

กรณีศึกษา (case study) หมายถึง การศึกษารายกรณี ซึ่งอาจเป็นบุคคล ชุมชน หน่วยงาน เหตุการณ์หรือปัญหา โดยเก็บรวบรวมข้อมูล หลักฐานในเรื่องนั้นอย่างละเอียดและวิเคราะห์เจาะลึกถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2551) ในทำนองเดียวกัน เกียรติสุดา ศรีสุข (2552) ให้ความหมายว่าเป็น การวิจัยที่มุ่งศึกษาถึงรายละเอียดเรื่องราวต่างๆ ของบุคคล กลุ่มคน หรือหน่วยงานสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลลึกซึ้งเกี่ยวกับภูมิหลัง สถานภาพ และปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่างๆ

มณี อภานันท์กุล (2552) ให้ความหมายว่าเป็น การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลรายบุคคลหรือกลุ่มแบบเจาะลึก เพื่อศึกษาข้อมูลทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการศึกษา รวมทั้ง

สภาพแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน ในสภาพธรรมชาติ ไม่มีการจัดกระทำหรือควบคุมสภาพแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลประเภทโลกทัศน์ของบุคคลเป็นหลัก มีการมองภาพรวมรอบด้าน (holistic perspectives) เน้นเกี่ยวกับบริบท ความรู้สึกร่วม ความเข้าใจ และผู้ศึกษาต้องเป็นกลาง

ดังนั้น กรณีศึกษาจึงเป็นทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งใน แนวกว้างและลึก อาจต้องใช้ข้อมูลหลายชนิดจากหลายแหล่ง ด้วยวิธีต่างๆ ในงานวิจัยเรื่องเดียวกัน (พิชญ์สินี ชมพุกำ, และ พิมพทอง สังสุทธิพงศ์, 2552)

การศึกษาแบบกรณีศึกษาอาจทำได้ 3 รูปแบบ (พิชญ์สินี ชมพุกำ, และ พิมพทอง สังสุทธิพงศ์, 2552) ดังนี้

1) การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบท อย่างสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ที่เลือกศึกษา นำเสนอข้อมูลด้วยการบรรยายรายละเอียด ไม่เน้นการ วิเคราะห์

2) การศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (exploratory study) เป็นการวิจัยนำร่อง เพื่อหาคำนิยาม โทนทัศน์ที่ยังไม่ชัดเจน และค้นหาประเด็นที่แท้จริงของปรากฏการณ์ เพื่อความเข้าใจหรือหาแนว ทางแก้ไขประเด็นนั้นๆ

3) การศึกษามุ่งหาคำอธิบาย (explanatory study) เพื่อหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมาก่อน หรือยังไม่เพียงพอ

การศึกษาแบบกรณีศึกษา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (มณี อาภาณันทิกุล, 2552) ได้แก่

ขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหาที่จะศึกษา ครอบคลุมความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา จุดมุ่งหมายของการวิจัย สมมติฐานของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ

ขั้นที่ 2 การเขียนคำถามการวิจัย เป็นการระบุประเด็นที่นักวิจัยสงสัยและประสงค์ที่จะ หาคำตอบ ในวงจำกัด ช่วยให้ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจน

ขั้นที่ 3 การเลือก case ที่จะศึกษา ควรกำหนดขอบเขตที่ชัดเจน

ขั้นที่ 4 การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล โดยเลือกวิธีอธิบายปรากฏการณ์แบบคนใน (insider) โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participation observation) และการสัมภาษณ์-ทั้งนี้ สิ่งที่ต้องสังเกต 6 ประการ ได้แก่ การกระทำ แบบแผนการกระทำ การให้ความหมายของการกระทำหรือ แบบแผนพฤติกรรม ความสัมพันธ์ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนหรือสังคม การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของสมาชิก คือ การที่บุคคลยอมร่วมมือในกิจกรรมนั้นๆ และสภาพสภาพสังคม ภาพรวมทุก แ่งทุกมุมที่สามารถประเมินได้

สำหรับการสัมภาษณ์ (interview) เป็นการเจาะลึกประเด็นต่างๆ ที่ผู้วิจัยสนใจ อาจใช้ สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม โดยการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (formal interview) หรือการ

สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้เตรียมคำถามและข้อกำหนดไว้ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลจำกัด ไม่ลึกซึ้งและครอบคลุม โดยเฉพาะในแง่ของวัฒนธรรมและความรู้สึกนึกคิด ส่วนการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) มักใช้ควบคู่ไปกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรม โดยเตรียมคำถามกว้างๆ ล่วงหน้า การสัมภาษณ์แบบนี้ อาจแบ่งออกเป็น การสัมภาษณ์โดยเปิดกว้าง ไม่จำกัดคำตอบ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยใช้คำถามชักใช้ไล่เลียง เพื่อค้นหาข้อมูลสำคัญ (key informant interview) ซึ่งการศึกษาค้างนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ โดยมีการสัมภาษณ์ควบคู่กับการสังเกตต่อกับปฏิกิริยาของกลุ่มศึกษาขณะทำการสนทนากลุ่ม

ขั้นที่ 5 การเลือกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล มี 2 วิธี คือ 1. การสร้างข้อสรุป ซึ่งได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ ที่ได้จัดบันทึกไว้จากสิ่งที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น โดยเขียนเป็นประโยคหรือข้อความ ส่วนวิธีที่สองเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งได้จากการศึกษาเอกสาร ในการวิเคราะห์เอกสารผู้วิจัยต้องคำนึงถึงบริบท หรือสภาพแวดล้อมของข้อมูลเอกสารที่นำมาวิเคราะห์ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองวิธีนี้จะเป็นข้อความแบบบรรยาย (descriptive) ไม่มีสูตรสำเร็จตายตัว ขึ้นอยู่กับประเด็นหรือปัญหาที่จะวิเคราะห์ และการเลือกของนักวิจัย ดังนั้นการมีกรอบความคิดหรือทฤษฎีที่หลากหลายจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการช่วยวิเคราะห์ข้อมูลได้ลึกซึ้งและสร้างข้อสรุป

ขั้นที่ 6 การเขียนรายงาน คือ การเขียนรายงานการวิจัย เพื่อนำเสนอผลงานที่ได้จากการศึกษา ได้ค้นพบความจริงหรือความรู้ใหม่ๆ การเขียนรายงานต้องเตรียมเนื้อหาให้มีสาระครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต้องวางเค้าโครงของรายงานก่อน จึงลงมือเขียน และต้องให้สอดคล้องกับประเภทของผู้อ่าน มีความถูกต้อง รัดกุม ชัดเจน มีความกลมกลืน ต่อเนื่อง เชื่อมโยง โดยหลักเหตุผล เน้นประเด็นสำคัญ และภาษาที่ใช้ต้องเป็นวิชาการหรือเป็นแบบทางการ (พิชญ์สินี ชมพูคำ, และพิมพ์ทอง สันสุทธิพงศ์, 2552)

ข้อดีของการศึกษากรณีศึกษา ได้แก่ เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก นักวิจัยสามารถลงลึกได้ตามต้องการ มีความยืดหยุ่นในการออกแบบ การใช้เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล และดำเนินการวิจัย สามารถใช้ข้อมูลได้หลากหลายชนิดในการวิจัยเรื่องเดียวกัน ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ใช้วิธีเก็บข้อมูลได้หลายวิธีในงานวิจัยเรื่องเดียวกัน และเป็นการวิจัยที่ให้ความสำคัญแก่กลุ่มศึกษา ส่วนข้อจำกัด ได้แก่ การตัดสินใจเลือกกลุ่มตัวอย่าง ต้องขึ้นกับขอบเขตที่แท้จริง ทั้งเนื้อหา เวลา สถานที่ จำนวนกรณีศึกษาหากเป็นกรณีเดียวจะไม่มีปัญหา แต่ถ้าจำเป็นต้องมีหลายกรณี จำนวน case เท่าไรจึงจะพอ นักวิจัยจำเป็นต้องพิจารณาจุดมุ่งหมาย ความเป็นไปได้เรื่องเวลา ทรัพยากร ปัจจัยอำนวยความสะดวกอื่นๆ และข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในวงกว้าง (พิชญ์สินี ชมพูคำ, และพิมพ์ทอง สันสุทธิพงศ์, 2552)

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูล ความคิดเห็น และแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นปัญหาเฉพาะของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่มาจากวัฒนธรรมหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยใช้แนวคำถามหลัก (main questions) คำถามชักใช้ไล่เรียง (probe) และคำถามติดตาม (follow up) (Rubin & Rubin, 1995) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาประเด็นสำคัญ (กรณีการ สุขเกษม, และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2547) โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประมาณ 6-10 คน (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550) ประกอบด้วย ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ผู้จดบันทึก (Note taker) ผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) และสมาชิกกลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ต้องสร้างบรรยากาศในการสนทนาเป็นอย่างดีให้เกิดความเป็นกันเองมากที่สุด ไม่แสดงความคิดเห็นของตนเอง ควรให้สมาชิกในกลุ่มเป็นผู้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ผู้ดำเนินการสนทนาที่ดีต้องสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ ส่วนผู้จดบันทึก (Note taker) ต้องร่วมอยู่ภายในกลุ่มตลอดเวลา ทำหน้าที่จดบันทึกเพียงอย่างเดียว ไม่แสดงความคิดเห็น เพราะจะทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และต้องเป็นผู้ถอดเทปด้วยตนเอง เพื่อความเข้าใจในเนื้อหาที่บันทึกที่ตรงกัน สำหรับผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) มีหน้าที่คอยควบคุมบันทึกเสียงขณะที่ดำเนินการสนทนา อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดำเนินการสนทนาและผู้จดบันทึก (สุภางค์ จันทวานิช, 2549)

การสนทนากลุ่มจะมีประสิทธิภาพ ต้องมีการเตรียมแนวคำถาม ตระหนักถึงความสามารถของสมาชิก ให้เกียรติ และให้โอกาสสมาชิกทุกคนแสดงความคิดเห็น ตลอดจนมีการสังเกตและจดบันทึกความคิดเห็นต่างๆ (วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล, และศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์, 2547) โดยขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550) ประกอบด้วย

1) ขั้นตอนเตรียมการ ดังต่อไปนี้

- 1.1) การกำหนดหัวข้อ ประเด็น และแนวคำถามที่ใช้ในการจัดสนทนากลุ่ม
- 1.2) การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยเหลือทั่วไป และสมาชิก
- 1.3) การเตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และเครื่องเขียน
- 1.4) สถานที่จัดสนทนากลุ่ม ควรเป็นสถานที่ที่สามารถควบคุมเสียงจากภายนอก และบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง รวมทั้งควรเป็นสถานที่ที่สะดวกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนา ที่นั่งประชุมควรจัดเป็นลักษณะวงกลม สี่เหลี่ยม หรือเป็นรูปตัววู ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสามารถมองเห็นกันได้ทั่วถึง (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2546)

2) ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มแนะนำตนเอง ผู้จดบันทึก และผู้ช่วยเหลือทั่วไปแก่สมาชิก รวมทั้งขอให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพใน

กลุ่ม หลังจากนั้นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ ข้อตกลงระหว่างการดำเนินการสนทนา และวิธีการสนทนากลุ่ม โดยผู้ดำเนินการสนทนาเปิดประเด็นการสนทนา และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนาร่วมอภิปราย รวมทั้งมีการสังเกตบันทึกปฏิกิริยา ท่าทางของสมาชิกและข้อมูลต่างๆ ระหว่างการสนทนา และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียง เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน

3) ขั้นสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกที่ได้ให้ข้อมูล และความคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อประเด็นการสนทนากลุ่ม ภายหลังการสนทนากลุ่มผู้จัดบันทึกถอดเทปคำต่อคำ พร้อมบันทึกรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปประเด็นปัญหาในการสนทนากลุ่ม (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)

การสนทนากลุ่มมีข้อดี คือ ทำให้ได้ข้อมูล ความรู้และประสบการณ์ตรงจากผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ต้องการศึกษา ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มสามารถปรับคำถามให้เหมาะสมกับสมาชิกกลุ่มแต่ละบุคคล โดยคงไว้ซึ่งความหมายและสาระ สามารถนำมาประยุกต์ได้กับผู้ที่อ่านหรือเขียนหนังสือ หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางสายตา (บุญใจ ศรีสถิตินรากุล, 2550; วิมลพร ไสยวรรณ, 2545) อย่างไรก็ตาม การสนทนากลุ่มมีข้อจำกัดคือ สมาชิกกลุ่มอาจรู้สึกไม่อิสระในการตอบ เนื่องจากต้องเผชิญหน้ากับผู้ดำเนินการสนทนา และการวิเคราะห์ข้อมูลมีความยุ่งยาก และซับซ้อนมากกว่าการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายปิด (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) นอกจากนี้ ถ้าในกลุ่มมีสมาชิกในกลุ่มเพียงไม่กี่คนที่แสดงความคิดเห็น จะทำให้ได้ข้อมูลของคนส่วนน้อย จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องระวัง ไม่ให้มีการผูกขาดการสนทนา และไม่ควรจัดสมาชิกกลุ่มที่มีสถานะเป็นผู้ให้บริการและสมาชิกกลุ่มที่มีสถานะเป็นผู้ใช้บริการอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากจะทำให้เกิดการไม่กล้าพูด หรือบางครั้งหากมีพฤติกรรมบางอย่าง ที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ควรมีการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวดีกว่า เพราะถ้าผู้ดำเนินการสนทนาไม่สามารถควบคุมการสนทนาภายในกลุ่มได้ การสนทนาจะไม่ราบรื่น (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

กล่าวโดยสรุปการสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความจริง ตามการรับรู้ ความคิดเห็น และความรู้สึกของสมาชิก ซึ่งจะช่วยให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อเลปโตสไปรา สามารถติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยการสัมผัสหรือรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อที่ปนออกมาจากปัสสาวะหรือเลือดของสัตว์ที่ติดเชื้อ แนวทางการป้องกันการติดโรคเลปโตสไปโรซิสต้องปฏิบัติควบคู่กันทั้งด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคมียหลายประการ อาทิ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดสมรรถนะแห่งตน เป็นต้น ซึ่งจะมีอิทธิพลสนับสนุนหรือยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น การประยุกต์กรณีศึกษาซึ่งเก็บ

ข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จะทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และตรงประเด็นในบริบทของชุมชน
ส่งผลให้ทราบปัจจัยสาเหตุของการพร่องการปฏิบัติพฤติกรรม และเป็นแนวทางในการป้องกันโรค
เลปโตสไปโรซิสต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรรวิธีดำเนินการศึกษาแสดงตามลำดับดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส ตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

กลุ่มศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคประจำโรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
2. สามารถสื่อสารภาษาไทย
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี
4. เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส/ มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
5. สม่ัครงใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยการลงนาม

3.2 สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาในครั้งนี้ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสมากที่สุด ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มน้ำท่วมเกือบทุกปีในช่วงฤดูฝน มี 8 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 3,700 คน ประชาชนส่วนใหญ่นับถือ

ศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง สวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันโรค เช่น ถุงมือ รองเท้าบูท เป็นบางครั้ง ใช้น้ำประปาและล้างมือในการอุปโภคบริโภค ระบบสุขภาพแต่ละบ้าน ส่วนใหญ่ไม่มีท่อระบายน้ำทิ้ง กำจัดขยะโดยการเผา หรือมีรถเทศบาลเก็บขยะ มีวัดคอนทองเป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ประชาชนส่วนใหญ่บริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล จึงพบปัญหาสุขภาพ คือ เบาหวาน จำนวน 133 คน และความดันโลหิตสูง จำนวน 113 คน รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนทอง ส่วนโรคเลปโตสไปโรซิสเข้ารับการรักษา หรือถูกส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองโดน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี โดยเฉลี่ย 2-3 คน/ปี

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่สร้างโดยผู้ศึกษา (ภาคผนวก ก) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม รายได้ของครอบครัว หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ
- 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่ (ภาคผนวก ก) ที่ผู้ศึกษาสร้างโดยครอบคลุมเนื้อหาความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม สุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่แก้ไขไม่ได้ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลและแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา
- 3) เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดจดบันทึก ปากกา ดินสอ และเทปบันทึกเสียง MP 4 ยี่ห้อ SAMSUNG

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID ๑๑-๕๒-๑๓ ข) ผู้ศึกษาขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองโดน หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนทอง และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อบริการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและรายละเอียดของการศึกษาแก่กลุ่มศึกษา และให้ลงนามในหนังสือยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent) เมื่อสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา (ภาคผนวก ข) พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา แนะนำตนเอง ผู้บันทึก และผู้ช่วยทั่วไป ขอให้กลุ่มศึกษาแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเก็บข้อมูล โดยใช้แบบศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) และดำเนินการสนทนา (focus group discussion) โดยใช้แนวคำถามในการสนทนา (ภาคผนวก ก) การสังเกต และบันทึกพร้อมทั้งขออนุญาตกลุ่มศึกษานักศึกษาที่เกี่ยวข้องร่วมสนทนากลุ่ม ทั้งนี้การสนทนากลุ่มทำ 2 ครั้ง/กลุ่ม ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง

4) ผู้ศึกษาถอดคำจากเทปบันทึกเสียงที่ได้จากการสนทนาแบบคำต่อคำ และสรุปประเด็นสำคัญ พบกลุ่มศึกษาตามการนัดหมายครั้งที่ 2 เพื่อสอบถามและอภิปรายข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ความถี่ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดย

2.1) ผู้ศึกษาถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียง พิมพ์ทุกคำพูดของกลุ่มศึกษา พร้อมพิมพ์สิ่งที่ได้จากการสังเกตในแต่ละช่วงการสนทนา

2.2) ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อความและประเด็นสำคัญ รวมทั้งหาข้อสรุปในประเด็นต่างๆ ที่ได้ จากการสนทนากลุ่ม เพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษา

3.6 ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ผู้ศึกษายึดหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มศึกษาได้รับการชี้แจงขั้นตอนต่างๆ ของการศึกษาโดยละเอียด และลงนามเมื่อสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มศึกษาเป็นความลับ การเปิดเผยจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการ และเผยแพร่ในภาพรวมของการศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษา (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร ผลการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

4.1.1 ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส

4.1.2 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในชุมชน

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

4.1.1 ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5 คน สำเร็จการศึกษาระดับชั้นอนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรชั้นสูง จำนวน 4 คน อาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน ที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านตนเอง ลักษณะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวยกพื้นสูง จำนวน 5 คน รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,446.67 บาท/เดือน (SD =1451.99) ดังตารางที่ 4.1

4.1.2 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากันคือ 3 คน ประสบการณ์ทำงาน 10-20 ปี จำนวน 3 คน และลักษณะงานที่รับผิดชอบส่วนใหญ่คือ ควบคุมโรคและสุขศึกษา จำนวน 3 คน ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (n = 6)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	5
หญิง	1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (n = 6) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	1
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูง	4
ปริญญาตรี	1
อาชีพ	
เกษตรกร	1
รับจ้าง	3
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	2
ลักษณะที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม	
บ้านตนเอง ลักษณะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวยกพื้นสูง	5
บ้านพักข้าราชการลักษณะเป็นบ้านตึกสองชั้น	1
รายได้ครอบครัว (M = 5,446.67 บาท/เดือน SD = 1451.99, range = 3,800-7,400)	
ต่ำกว่า 4,000	1
4,001-6,000	3
6,001-8,000	2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (n = 6)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	3
หญิง	3
ประสบการณ์ทำงาน	
น้อยกว่า 10 ปี	2
10-20 ปี	3
มากกว่า 20 ปี	1

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (n = 6) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	
ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2
ฝ่ายวิเคราะห์แผนงาน	1
ฝ่ายควบคุมโรคและสุขาภิบาล	3

4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในชุมชน

การเปรียบเทียบความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับ การรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในชุมชน ระหว่างกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แสดงดังตารางที่ 4.3 โดยมีรายละเอียดดังนี้ ดังนี้

4.2.1 การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง ประชาชนมีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ วิธีการติดต่อ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเป็นกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 6 คน แต่มีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 3 คน ที่กล่าวว่าประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง ดังเช่นคำกล่าว

PT1: “สาเหตุของการเกิดโรค เหมือนชานาไปย่ำพื้นที่และ น้ำขังพื้นที่ที่มีปริมาณ น้ำน้อยๆ อะ อาการจะมีปวดท้อง ตาแดง มีอาการไข้สูง ไข้จะไม่ลงอะ”

PT3: “การป้องกันคือ หลีกเลียงไปย่ำน้ำที่และ และก็ใส่รองเท้าเวลาทำการเกษตร และการทำนา”

PT6: “เชื้อโรคที่ปนอยู่ในน้ำของหนู เมื่อหนูจืออกมาบนดิน มันไปลุยน้ำตอนนั้น มีแผล มันก็ทำให้นั้นเป็นโรค”

OFF1: “เชื้อโรคติดมาทางบาดแผลจากการทำนา การประกอบอาชีพมีผลต่อการระบาดของโรค”

OFF2: “ชานาเขามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคคีนะ เคียวนี้ไม่ค่อยเป็นโรค”

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 1 คน มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกล่าวว่า “นึกว่ามันเกิดมาจากยา ยาเขาฉีดหนูว่า ฉีดยะไรมาก่อน”

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในชุมชน ระหว่างกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ($n=6$) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ($n=6$)

ประเด็น	จำนวน (คน)	
	ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส	เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
1. การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส	6	3
2. การไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค	5	4
3. การป้องกันตนต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส	3	4
4. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค	4	2
5. อุปสรรคของการป้องกันโรค	5	6
6. แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค	4	6

4.2.2 การไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค หมายถึง ประชาชนไม่คิดว่าตนมีโอกาสติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส เมื่อไม่ป้องกันตน โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 4 คน ไม่คิดว่าประชาชนจะติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ถ้าไม่ป้องกันตน ดังเช่นคำกล่าว

PT1: “...ไม่ใส่หрокกรองทำน้ำดื่มนะ โรคนี้หนูนะมันคงไม่เกิดกับฉันหรอก เพราะก็มันคงไม่เป็นกันง่ายๆ หโรคถ้าเราไม่มีแผล”

PT6: “ใช่ อย่างผมก็ไม่เห็นว่าตนเองจะเป็นไง อย่างเวลาเลิกงานหรือเสาร์ อาทิตย์ ก็หาปลา หนู ไม่เคยจะใส่รองเท้าเพราะหนัก ทำมาดั่งนั้น ก็ไม่เห็นจะเป็นเลย...”

OFF1: “ประชาชนเขามีความรู้เรื่องโรคนี้ดีแต่เขาไม่กลัวโรคนี้...เขาไม่ป้องกันตัวเองเวลาประกอบอาชีพ เขาจะไม่ป้องกันตัว ไม่ใส่รองเท้าบู๊ท”

4.2.3 การป้องกันตนต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เช่น การสวมรองเท้าบู๊ท ถูมืออย่าง เป็นต้น โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT): จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 4 คน ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ดังตัวอย่าง

- PT1: “ป้องกันก่อนลงน้ำ ก่อนไปทำการเกษตร การป้องกันต้องใส่รองเท้าบูท และถ้าไปเจอน้ำขังปริมาณน้อยๆ ต้องหลีกเลี่ยง...เขาป้องกัน ใส่รองเท้าบูทกัน บางครั้งเดี๋ยวนี้เขาก็ไม่ค่อยทำหนูกันแล้ว บางทีหาได้ก็ทิ้งกันแล้ว”
- PT5: “วิธีการทำหนู เมื่อก่อนมันก็ไม่มีการใส่ถุงมือ แต่เดี๋ยวนี้คงไม่ได้”
- OFF3: “พอเขาทำนาเสร็จเขาก็จะอาบน้ำล้างตัว”

4.2.4 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค หมายถึง พื้นที่ชุมชนที่เป็นที่ราบลุ่ม และน้ำท่วมทุกปี โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 2 คน ระบุความเห็นที่สอดคล้องกัน ดังตัวอย่างคำกล่าว

- PT5: “คงเป็นเพราะน้ำท่วมเกือบทุกปี หนูมันก็เยอะ พอน้ำท่วมมันก็น้ำออกมา ทำให้เกิดโรค”
- PT6: “บ้านเราน้ำมันท่วมเกือบทุกปี หนูมันก็มากกว่าที่อื่น เลยทำให้มันมีการระบาดของโรค โดยเฉพาะตอนน้ำหลาก”
- OFF1: “ภูมิศาสตร์ ที่ราบลุ่ม น้ำท่วมถึง”

4.2.5 อุปสรรคของการป้องกันโรค หมายถึง ปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสอบสวนโรค และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ที่ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเวลาไม่สอดคล้องกัน ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน ระบุความเห็นที่สอดคล้องกัน ดังตัวอย่าง

- PT5: “ฉันก็ไม่เคยเจอหรอก ส่วนมากจะเจอแม่กับลูกของมัน ... เขาก็ไม่ได้ว่าอะไรนะ บอกแต่ว่าหมอเขามาสอนเรื่องโรคนี้หนู แต่ฉันก็ไม่ค่อยได้ฟังรายละเอียดหรอก เพราะกลับมาก็ดีแล้ว ง่วงค้าย”
- OFF1: “การเปิดหอกระจายข่าวกับการทำงานของเขา บางคนอาจจะอยู่ตรงนั้น ตรงกับเวลาทำงานของเขา ได้รับข่าวสารตรงนั้น ถ้าไม่อยู่ตรงนั้นก็ไม่ได้รับ”
- OFF2: “ส่วนมากไปรณรงค์โรคตามหมู่บ้าน ก็ไม่ค่อยเจอรวยทำงานหรอก ส่วนมากจะพบแต่กับคนแก่กับเด็ก เพราะชาวบ้านส่วนใหญ่ออกไปทำนาหรือรับจ้างกันหมด กว่าจะกลับก็ค่ำมืด ซึ่งก็เป็นเวลาเลิกงานแล้ว”

- OFF2: “เคยมีส่วนกลางลงมาสอบสวนโรคด้วยนะ มีการลงพื้นที่ร่วมกันมีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาแต่ไม่เคยส่งผลการวิเคราะห์กับมาเลย ทำให้ไม่ทราบข้อมูลว่าควรที่จะมีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่พบอย่างไร”
- OFF5: “จะออกไปให้สุกศึกษาชาวบ้านตอนเย็นหลังเลิกงานก็ไม่ได้หรอก ไม่มีงบประมาณมาสนับสนุน การเดินทางมันต้องมีค่าใช้จ่ายนะ เบิก OT ก็ไม่ได้ ไม่มีให้”

4.2.6 แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรค หมายถึง แรงสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดย อสม. ผู้ป่วย หรือประชาชน เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันโรคแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 4 คน และกลุ่มศึกษาที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 6 คน ให้ความเห็นที่สอดคล้องกัน อาทิ

- PT3: ความจริงน่าจะมีคนที่เคยเป็นโรคมาคุยให้ฟังบ้างนะ เพราะเขาเคยเป็นมาก่อน ฉันจะได้รู้ว่ามันจะมีการเป็นอย่างไรตอนเป็นโรค”
- OFF1: “ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ที่จะแนะนำการป้องกันโรคกับประชาชนในหมู่บ้านเพราะเขาจะรู้เวลาของแต่ละบ้านว่าจะกลับเข้ามาบ้านเวลาใด บางทีถ้ากลับค่ำ เจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถติดตามให้ความรู้ได้สะดวกต้องเป็นประชาชนในพื้นที่”
- OFF2: “ให้ผู้ที่เคยเป็นโรคเป็นผู้ถ่ายทอดถึงสาเหตุ การติดต่อ อาการ และวิธีการที่จะป้องกันโรคให้กับคนในชุมชน”

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษา (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร การอภิปรายผล มีดังนี้

กลุ่มศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ทั้งสองกลุ่มได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ผลจากการศึกษา พบประเด็นสำคัญ 5 ประการ โดยทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันและถูกต้องเกี่ยวกับ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส การป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค อุปสรรคของการป้องกันโรค และแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มให้ความเห็นว่าประชาชนไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค โดยสามารถอภิปรายประเด็นสำคัญดังนี้

1. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 3 คน ให้ความเห็นตรงกันว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งจะทำให้ประชาชนปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ของบลูม (Bloom, 1975) เชื่อว่าความรู้ และเจตคติเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง (กานดา พاجرทิต, 2551; วิโรจน์ จันททิโร, 2549) โดยพฤติกรรม 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นเป้าหมาย ที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่ดี รวมทั้งจากประสบการณ์การเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เคยเป็น โรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน ให้ความเห็นว่าประชาชนไม่เชื่อว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ซึ่งตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่า ตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Rosenstock, 1974) เช่นเดียวกับ แนวคิด PREECEED-PROCEED model ที่เชื่อว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องเริ่มจากการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัย ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อน (Green et al., 1980 cited in Green & Kreuter, 1991)

ดังนั้น หากประชาชนไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปรา ประชาชนก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กานดา พاجرทิศ, 2551; เจริญ ยศวงศ์ษา, คณาธิป มุคเจริญ, และวสุธร ต้นวัฒนกุล, 2551; ชนะชัย มาตรฐานคำ, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ประเสริฐศักดิ์ กายนาภา, 2544; ยุพาพร สุภาคี, 2547; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ในเรื่องเจตคติแตกต่างกับหลายการศึกษา (ชนะชัย มาตรฐานคำ, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ประเสริฐศักดิ์ กายนาภา, 2544; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546) อาจเนื่องจากชุมชนหนองโชนเป็นชุมชนที่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม วิธีชีวิตอยู่กับน้ำมาตลอด ประชาชนจึงเกิดความเคยชินกับการอยู่กับน้ำโดยขาดความระมัดระวังตน หรือไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีน้ำท่วมขัง จึงไม่สามารถป้องกันตนเองได้

2. การป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน กล่าวว่า ประชาชนมีการป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส โดยการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นผลจากการที่ประชาชนมีประสบการณ์ตรง (enactive mastery experience) จากการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective stages) (Bandura, 1997) ตลอดจนการได้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้มีความรู้และเจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตน (Bloom, 1975) แม้ว่าจำนวนผู้ที่ให้ประเด็นสำคัญดังกล่าวจะไม่มากเท่ากับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส แต่ถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของชุมชน ซึ่งอาจทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในชุมชน ส่งผลให้ลดการแพร่ระบาดของเชื้อ

จากการศึกษาของ วัชรชัย รัตนแสง, และวิเชียร สุ่มมาตย์ (2548) พบว่า ภายหลังจากกิจกรรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ โสภณ หอมกรุ่น (2548) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเสนอว่า ประชาชนควรได้รับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อ อาทิ การไม่ลงไปแช่น้ำหรือลุยโคลนขณะร่างกายมีบาดแผล การสวมถุงมือขณะที่มีบาดแผลก่อนไปทำงานที่ต้องสัมผัสน้ำ การไม่เดินเท้าเปล่าในทุ่งนา เป็นต้น การลดการปนเปื้อนเชื้อในสถานะแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดหนูในบ้าน พื้นที่เกษตรกรรมและคอกสัตว์ ทั้งนี้ แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการป้องกันโรค การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิส การสร้างแรงบันดาลใจทางสังคม และการจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดหนู

3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 2 คน กล่าวว่า ชุมชนหนองโดนเป็นที่ราบลุ่มและน้ำท่วมทุกปี ดังนั้น จึงทำให้เกิดโรคระบาดได้ง่าย เนื่องจาก เชื้อจะเจริญเติบโตได้ดี หากสิ่งแวดล้อมเหมาะสม เช่น ดิน โคลน หรือแอ่งน้ำ จะมีชีวิตอยู่ได้นานเป็นเดือน (วนิดา วิระกุล, 2545; Fain , Adler, Bolin, & Perolat, 1999; Levett, 2001; Vinetz, 2001) และพบว่า อัตราป่วยและอัตราตายจะเพิ่มขึ้นหลังน้ำลด (อมรรัตน์ ขอบกัตัญญ และลลารัตน์ ผาตินาวิน, 2555) เนื่องจากปริมาณเชื้อที่อยู่ในน้ำ มีปริมาณความเข้มข้นสูง ทำให้ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (ดิเรก สุกแดน, และคณะ, 2549) จากการศึกษาของ รัตนา ชีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ (2548) พบว่า ผู้ที่อยู่ในที่มีห้วยรก ทุ่งนา พื้นที่ชื้นแฉะ เลี้ยงสัตว์ อาชีพหาปลา และ ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันโรคมีโอกาสเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าผู้ที่ไม่มีกิจกรรมดังกล่าว ในทำนองเดียวกัน การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยของ เบญจวรรณ ระลึก, และคณะ (2552) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคคือ การสัมผัสโคลนเลน บริเวณบ่อบอนหน้าหน่วยฝึกทหารใหม่ ส่งผลให้ทหารประจำการมีโอกาสเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่า ทหารที่มีกิจกรรมอื่นๆ

4. อุปสรรคของการป้องกันโรค พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน กล่าวว่างบประมาณและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสอบสวนโรค และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนที่ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเวลาไม่สอดคล้องกัน ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงขาดความรู้และความตระหนักในการป้องกันโรค เช่นเดียวกับแนวคิดของ กรีน และครูเตอร์ (Green L.W & Kreuter M.W., 1999) ที่พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นไปในทางเดียวกับประเสริฐศักดิ์ กายนาคา (2544) และ วรวิทย์ นุ่มดี (2546) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสวมถุงมือ รองเท้าบู๊ท การมีแหล่งน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคและบริโภค และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสมิ่นัยสำคัญทางสถิติ

5. แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน ระบุถึงผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนในชุมชน เป็นผู้ที่มิบทบาทในการแจกอุปกรณ์ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและช่วงเวลามากที่สุด โดยแรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้องจะเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม ที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการรับรู้ของบุคคล (Becker, 1974) สอดคล้องกับแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่อง เมื่อได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับหลายการศึกษา (นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; ยุพาพร สุภาคติ, 2547; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546)

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในชุมชนที่เลือกสรร ในบทนี้จะนำเสนอสรุปผลการศึกษา ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะของการศึกษา

6.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบกรณีศึกษา (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร กลุ่มศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ทั้งสองกลุ่มได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส/ มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส สามารถสื่อสารภาษาไทย และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้แนวคำถามที่สร้างโดยผู้ศึกษา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5 คน สำเร็จการศึกษาระดับชั้นอนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรชั้นสูง จำนวน 4 คน อาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน ที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านตนเอง ลักษณะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวยกพื้นสูง จำนวน 5 คน รายได้เฉลี่ย 5,446.67 บาท/เดือน (SD = 1,451.99) ส่วนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากันคือ 3 คน ประสบการณ์ทำงาน 10-20 ปี จำนวน 3 คน และส่วนใหญ่รับผิดชอบงานฝ่ายควบคุมโรคและสุขศึกษา จำนวน 3 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกัน พบประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง ประชาชนมีข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ วิธีการติดต่อ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 3 คน ให้ความเห็นตรงกันว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

2. การป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน ให้ความเห็นสอดคล้องกัน

3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค หมายถึง พื้นที่ที่เป็นที่ราบลุ่ม และน้ำท่วมทุกปี เหมาะแก่การระบาดของโรค โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 2 คน ระบุความเห็นที่สอดคล้องกัน

4. อุปสรรคของการป้องกันโรค หมายถึง ปัญหางบประมาณ และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ที่ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน ระบุความเห็นไปในทำนองเดียวกัน

5. แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง แรงสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดย อสม. ผู้ป่วย หรือประชาชน เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันโรคแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน และกลุ่มศึกษาที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน ให้ความเห็นที่สอดคล้องกัน

อย่างไรก็ตาม ประชาชนไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค หมายถึง ประชาชนไม่คิดว่าตนมีโอกาสติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส เมื่อไม่ป้องกันตน โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน ให้ความเห็นสอดคล้องกัน

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษาที่ป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนใหญ่รับจ้าง 3 คน และเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ 2 คน มีอาชีพเกษตรกรรม 1 คน และส่วนใหญ่ศึกษาในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูง จำนวน 4 คน จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลตามทฤษฎีมากกว่าการ

ปฏิบัติจากประสบการณ์จริง ดังนั้น การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวกับน้ำ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลในการปฏิบัติตามจริงมากที่สุด

2. การสนทนากลุ่ม พบว่า มีสมาชิกกลุ่มบางคนไม่กล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นในบางประเด็น อาทิ พฤติกรรมการป้องกันโรค แรงสนับสนุนจากสังคม เป็นต้น มีผู้นำในกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มบางคนคล้อยตาม ในทำนองเดียวกัน การเก็บข้อมูลของกลุ่มเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นประชาชนในหมู่บ้าน อาจเกิดความเกรงใจ ทำให้ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้รับไม่ครอบคลุม ดังนั้น ในการสนทนากลุ่มผู้นำสนทนาต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดทุกคนในทุกประเด็น และควรแยกกลุ่มสมาชิกที่ประชาชนเกรงใจออกอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลตามจริงและธรรมชาติมากที่สุด

3. ผลการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาเชิงคุณภาพในบริบทของชุมชน ดังนั้น การอ้างอิงผลการศึกษาจึงมีข้อจำกัด ในการนำไปใช้กับชุมชนอื่น เนื่องจากวิถีชุมชนแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาที่ได้ พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีบทบาทมากในการให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน เนื่องจากรู้จักบริบทของชุมชน สามารถให้ความรู้ได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและช่วงเวลา ดังนั้นจึงควรจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสและการป้องกันแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและเวลารวมทั้งยังช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ด้านการบริหาร

2.1 จัดทำข้อเสนอแนะต่อองค์การบริหารส่วนตำบล ในการเพิ่มงบประมาณเพื่อปรับสภาพแวดล้อม ที่มีน้ำท่วมขัง และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ

2.2 เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเสนอเข้ากระทรวงสาธารณสุขในการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรณรงค์การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส รวมทั้งการจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ในการป้องกันโรคอย่างเพียงพอ

2.3 จัดประชุมพัฒนาระบบการติดตาม กำกับ และนิเทศงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค หรือการทำประชาคม เพื่อคืนข้อมูลการแพร่โรคเลปโตสไปโรซิสต่อชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งจะทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักเพิ่มขึ้น

3. ด้านการวิจัย ควรศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในบริบทของชุมชน

กรณีศึกษา: การรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร

CASE STUDY: PERCEPTION OF LEPTOSPIROSIS PREVENTION IN A SELECTED COMMUNITY

สุชาติพันธ์ ผลโกก 5037835 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D. (NURSING), อรพินธ์ เจริญผล,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้อัตราป่วยตายของโรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลง จาก 16 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2553 แต่อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2549 พบอัตราป่วย 5.21 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 8.57 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2553 และพบมากที่สุดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็น 15.75 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 3.6: 1 อัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 55-64 ปี คือ 12 ต่อประชากรแสนคน อาชีพที่พบมากที่สุดคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 17.29 (นิภาพรณ สฤณดิษฐ์กริชชัย, 2554; ชีรศักดิ์ ชักนำ และประวิทย์ ชุมเกษียร, 2550; สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยการเกิดโรคสัมพันธ์กับฤดูกาล (ชีรศักดิ์ ชักนำ, และประวิทย์ ชุมเกษียร, 2550; สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ผู้ที่เป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมักได้รับผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยมักมีไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะปวดที่น่อง โคนขา ตัวตาเหลือง บางรายที่มีอาการรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะไตวาย เลือดออกในปอดและทางเดินอาหาร ตับวาย ปอดอักเสบ หัวใจวาย เยื่อหุ้ม

สมองอักเสบ และภาวะหายใจล้มเหลว (ยุพิน ศุภพทรมงคล, 2548; รัตนา ชีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ, 2548; สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551; ศิริจิตต์ วัฒนะวัฒน์, และวรมันต์ ไวดาบ, 2547; สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Slack, 2010) ทั้งนี้เมื่อเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพ จึงส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว โดยอาจเพิ่มภาระพึ่งพิง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดแรงงานในการพัฒนาประเทศ หรือผลิตผลทางการเกษตรลดลง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร และ/หรือผู้ใช้แรงงาน (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพื่อมิให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค โดยมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคต้องปฏิบัติควบคู่กัน ทั้งด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน โดยด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องใช้มาตรการการเฝ้าระวังเชิงรุก และการสอบสวนโรคที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านระบบการแจ้งข่าว การรายงาน และข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรค (เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547; นุชนางค์ ภูสันติ, 2545) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย เช่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู เป็นต้น (นุชนางค์ ภูสันติ, 2545) การให้สุศึกษา และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิสแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง ผ่านทางสื่อสารสนเทศตลอดจนมาตรการด้านการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว (เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์, 2547; กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สำหรับประชาชนควรมีการป้องกันตนเอง โดยรักษาความสะอาดบ้านเรือน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของหนู หลีกเลี่ยงการลงอาบหรือแช่น้ำ ที่มีหนูชุกชุม หลีกเลี่ยงการย่ำโคลนด้วยเท้าเปล่า หรือสัมผัสแหล่งที่อาจมีเชื้อโรค โดยเฉพาะเมื่อมีบาดแผล ควรสวมอุปกรณ์ป้องกันโรค ได้แก่ รองเท้าบู๊ท และถุงมือยาง จากการศึกษาของ รัตนา ชีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ (2548) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านการฆ่าสัตว์ การจับปลา และการไม่สวมรองเท้าบู๊ทของผู้ที่เป็นโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่า 2.1, 1.7, และ 1.6 เท่าของคนปกติ และผู้ที่สวมรองเท้าแตะป่วยมากเป็น 2.22 เท่าของผู้ป่วยที่สวมรองเท้าบู๊ท และการศึกษาของ เบญจวรรณ ระลึก, และคณะ (2552) พบว่า ทหารประจำการที่สัมผัสโคลนเลนกว่าครึ่งชั่วโมง มีโอกาสเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่าทหารที่มีกิจกรรมอื่นๆ 2.72 เท่า หากจำเป็นต้องมีการลุยน้ำหรือย่ำโคลน ควรรีบชำระล้างร่างกายทันที และเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อหลังและน่อง ต่อม่าน้ำเหลืองโต ตับม้ามโต (Sambasiva, Naveen, Bhalla, & Agarwal, 2003) หรือสงสัยว่าจะเกิดการติดเชื้อจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลุยน้ำย่ำโคลน การจับปลา การไม่สวมรองเท้าบู๊ท เป็นต้น ควรรีบพบแพทย์ทันที (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; วิชัย โชควิวัฒน์, 2542)

นอกจากนี้ ชุมชนต้องร่วมมือสำรวจพื้นที่เสี่ยง ที่มีน้ำท่วมขัง เพื่อกำจัดสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค (วิชัย โชควิวัฒน์, 2544)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถประยุกต์แนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และ PREECEED-PROCEED Model ทั้งนี้ แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นแนวคิดที่มุ่งทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอาศัยองค์ประกอบ 3 ด้าน (Bloom, 1975) ได้แก่ ด้านความรู้ (cognitive domain) ด้านเจตคติ (affective domain) และด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) (กานดา พาจรทิส, 2551; วิโรจน์ จันททิโร, 2549) โดยพฤติกรรม 3 ด้านนี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่ดี รวมทั้งจากประสบการณ์การเรียนรู้ เช่นเดียวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในประชาชนในชุมชน หากประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค บุคคลจะปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค และการดูแลสุขวิทยาของตน จากการศึกษาพบว่า ความรู้ (กานดา พาจรทิส, 2551; เจริญ ยศวงษ์ษา, คณาธิป มุขเจริญ, และวสุธร ดันวัฒนกุล, 2551; ชนะชัย มาตย์คำมี, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ยุพาพร สุภาคดี, 2547) และทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส (ชนะชัย มาตย์คำมี, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับ การศึกษาเชิงทดลอง ณ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อาทิ ร่วมรณรงค์กำจัดหนู และเป็นสมาชิกกองทุนรองเท้าบู๊ท เป็นต้น มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วัชรชัย รัตนแสง, และวิเชียร สุ่มมาตย์, 2548) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สภาพสมรส ลักษณะงานที่ต้องสัมผัสน้ำ ความเชื่ออำนาจในตน การมุ่งอนาคตและควบคุมตนเองในการป้องกันโรค (นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545) แรงสนับสนุนทางสังคม (นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ยุพาพร สุภาคดี, 2547) สิ่งจูงใจ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน (ยุพาพร สุภาคดี, 2547) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาพบว่า เกษตรกรยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ จึงมีความเชื่อต่อการป้องกันโรคที่ผิด ส่งผลให้ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (วิโรจน์ จันททิโร, 2549)

ทั้งนี้การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้อง โรเซนสต็อก (Rosenstock) เชื่อว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต้องรับรู้ว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรค

นั้นมีความรุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติ นั้นจะต้องไม่มีอุปสรรคหรือ มีน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ (Rosenstock, 1974) ดังนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อ บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และรับรู้ประโยชน์สูง และรับรู้อุปสรรคต่ำในการป้องกันโรค นอกจากนี้ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ยังเสนอปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้าง อาทิ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น ดังนั้นหากบุคคลจะ ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส บุคคลต้องรับรู้โอกาสเสี่ยงและ รับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส รวมทั้งรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรค มากกว่าอุปสรรค ทั้งนี้ ในประเทศไทยไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส บน พื้นฐานแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบในการศึกษาในโรคอื่นๆ อาทิ มะเร็งตับ (จุริรา อักษร, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, และทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, 2550) ความดันโลหิตสูง (วนัชพรรณ อิ่มเอิบ, 2551) เป็นต้น

สำหรับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) พัฒนาโดย อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และคาดหวัง ในผลลัพธ์ที่ต้องการ (outcome expectation) บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรม เพื่อจะนำไปสู่ ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura, 1997) ทั้งนี้ สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective stages) (Bandura, 1997) ดังนั้น ถ้า บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และบุคคล คาดหวังว่าการปฏิบัติ นั้นส่งผลดีต่อตนเอง บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ทั้งนี้ ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสบนพื้นฐานแนวคิดการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน แต่พบในการศึกษาโรคอื่นๆ อาทิ การรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (สิริลักษณ์ นานาวิชิต, 2552) การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน (สุมาลี เชื้อพันธ์, 2553; อุษา ทศนวิน, 2550)

แนวคิด PREECEED-PROCEED model พัฒนาโดย กรีน และคณะ ในปี ค.ศ. 1980 (Green et al., 1980 cited in Green & Kreuter, 1991) ซึ่งเชื่อว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก สาเหตุปัจจัยหลายประการ อาทิ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ของบุคคล เป็นต้น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงต้องดำเนินงานหลายด้าน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่มีผล

ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อน จึงวางแผนและกำหนดกลวิธีการ เช่นเดียวกับ พฤติกรรมการ ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อน อาทิ ความรู้ ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และ หรือ ทรัพยากรที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาทิ การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรค เป็นต้น สำหรับ ปัจจัยเสริม หมายถึง การปฏิบัติ พฤติกรรมต่อเนื่อง เมื่อได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ ข้อมูลข่าวสาร (ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546; Green & Kreuter, 1991)

ดังนั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ ปัจจัยนำ อาทิ ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และ ข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาพบว่า ปริมาณน้ำฝนและอุณหภูมิจึง ภาวะน้ำท่วมขัง อุทกภัยมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส (ดิเรก สุตแดน, และคณะ; 2549; Reis et al., 2008; Stern et al., 2010; Wangroongsarb et al., 2005; WHO, 2003) ส่วนปัจจัยเสริมให้เกิด พฤติกรรม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้การศึกษานี้มีพื้นฐานแนวคิดนี้มีจำกัด แต่มีผล การศึกษาที่สอดคล้องกัน โดยพบปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม โรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ รายได้ สถานะภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสวม ถุงมือ รองเท้าบู๊ท การมีแหล่งน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคและบริโภค และการเข้าถึงระบบบริการ สาธารณสุข และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546)

จังหวัดสระบุรีพบ ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสครั้งแรกในปี พ.ศ. 2540 การระบาดมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม โดยในปีพ.ศ.2549 ที่มีน้ำท่วมขัง จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นถึง 49 คน โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จำนวน 16 คน หลังจากนั้นจำนวน ผู้ป่วยลดลง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วย 10 คน (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 2 จังหวัด

สระบุรี, 2554) ในทำนองเดียวกัน ตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี พบจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 2-3 คน ในปี พ.ศ. 2551-2553 (ฝ่ายสุขภาพิบาล โรงพยาบาลหนองโดน, 2553) อาจเนื่องมาจากพื้นที่ประสบปัญหาภัยแล้ง ไม่มีน้ำท่วมขัง เป็นผลให้จำนวนผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังเชิงรุกเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค หากเกิดภาวะน้ำท่วมขังเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองโดนพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส สอดคล้องกับผลสำรวจพบว่า ประชาชนในอำเภอหนองโดน มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.80 และความรู้เกี่ยวกับแหล่งพาหะนำโรค คิดเป็นร้อยละ 87.50 ทั้งที่มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง (ฝ่ายสุขภาพิบาล โรงพยาบาลหนองโดน, 2549) จากการสอบถามผู้ที่เป็โรคเลปโตสไปโรซิสที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองโดนของผู้ศึกษา พบว่า ยังขาดความรู้ ความตระหนัก และมีความเชื่อที่ผิด เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้ง การศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในบริบทของชุมชนหนองโดนยังมีจำกัดและยังไม่เป็นระบบ ทำให้พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ทราบถึงสาเหตุปัจจัยของการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสโดยตรง ส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโร ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเจ้าหน้าที่และผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสให้แก่ชุมชน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนที่เลือกสรร

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) เพื่อศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่เลือกสรร

ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส ตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

กลุ่มศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทย มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส/ มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยการลงนาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่สร้างโดยผู้ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม รายได้ของครอบครัว หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ
2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส และปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดจดบันทึก ปากกา ดินสอ และเทปบันทึกเสียง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID ๑๑-๕๒-๑๓ ย) ผู้ศึกษาขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและรายละเอียดของการศึกษาแก่กลุ่มศึกษา และให้ลงนามในหนังสือยินยอม และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง/กลุ่ม ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มศึกษาสามารถขออนุญาตได้ตลอดเวลา
3. ผู้ศึกษาดำเนินการสนทนาโดยใช้แนวคำถามหลักและคำถามติดตาม พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกโดยผู้ช่วยศึกษา รวมถึงขออนุญาตกลุ่มศึกษานักศึกษาบันทึกเสียงขณะร่วมสนทนา
4. ผู้ศึกษาถอดคำจากเทปบันทึกเสียงที่ได้จากการสนทนาแบบคำต่อคำ ที่ได้จากการสนทนาในครั้งที่ 1 และสรุปประเด็นสำคัญ พบกลุ่มศึกษาตามการนัดหมายครั้งที่ 2 เพื่อสอบถามและอภิปรายข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ความถี่ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดย
 - 2.1 ผู้ศึกษาถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียง พิมพ์ทุกคำพูดของกลุ่มศึกษา พร้อมพิมพ์สิ่งที่ได้จากการสังเกตในแต่ละช่วงการสนทนา
 - 2.2 ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อความและประเด็นสำคัญ รวมทั้งหาข้อสรุปในประเด็นต่างๆ ที่ได้ จากการสนทนากลุ่ม เพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษา

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ผู้ศึกษายึดหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มศึกษาได้รับการชี้แจงขั้นตอนต่างๆ ของการศึกษาโดยละเอียด และลงนามเมื่อสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มศึกษาเป็นความลับ การเปิดเผยจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการ และเผยแพร่ในภาพรวมของการศึกษา

ผลการศึกษา

กลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5 คน สำเร็จ การศึกษาระดับชั้นอนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรชั้นสูง จำนวน 4 คน อาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน ที่พัก อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านตนเอง ลักษณะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวยกพื้นสูง จำนวน 5 คน รายได้เฉลี่ย 5,446.67 บาท/เดือน (SD = 1451.99)

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากันคือ 3 คน ประสบการณ์ทำงาน 10-20 ปี จำนวน 3 คน และลักษณะงานที่รับผิดชอบ ส่วนใหญ่คือ ควบคุมโรคและสุขศึกษา จำนวน 3 คน

จากการสนทนากลุ่มทั้งกลุ่มผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสและเจ้าหน้าที่ พบ ประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกันแนวคิดต่างๆ ดังนี้

1) การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง ประชาชนมีข้อมูล ที่ ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ วิธีการติดต่อ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ทั้งสองกลุ่มศึกษา มีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ วิธีการติดต่อ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเป็น กลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 6 คน แต่มีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการ ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 3 คน ที่กล่าวว่าประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง ดังคำกล่าว

“สาเหตุของการเกิดโรค เหมือนชานาไปย่ำพื้นที่แฉะ น้ำขังพื้นที่ที่มีปริมาณน้ำน้อยๆ ค่ะ อาการจะมีปวดท้อง ตาแดง มีอาการไข้สูง ไข้จะไม่ลงค่ะ”

“การป้องกันคือ หลีกเลียงไปย่ำน้ำที่แฉะ และก็ใส่รองเท้าเวลาทำการเกษตร และการ ทำนา”

“เชื้อโรคที่ปนอยู่ในฉี่ของหนู เมื่อหนูฉี่ออกมาบนดิน ฉันทไปลุยน้ำตอนฉันทมีแผล มันก็ ทำให้ฉันเป็นโรค”

2) การไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค หมายถึง ประชาชนไม่คิดว่าตนมี โอกาสติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส เมื่อไม่ป้องกันตน โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 4 คน ไม่คิดว่าประชาชนจะติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ถ้าไม่ป้องกันตน ดังเช่นคำกล่าว

“...ไม่ใส่รองเท้าบูทนะ โรคฉี่หนูมันคงไม่เกิดกับฉันหรอก เพราะก็มันคงไม่ เป็นกันง่ายๆ หรือถ้าเราไม่มีแผล”

“ใช่ อย่างผมก็ไม่แน่ใจว่าตนเองจะเป็นไง อย่างเวลาเลิกงานหรือเสาร์ อาทิตย์ ก็หาปลา หนูไม่เคยจะใส่รองเท้าเพราะหนัก ทำมาดั่งนาน ก็ไม่เห็นจะเป็นเลย...”

3) การป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส หมายถึง ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เช่น การสวมรองเท้าบู๊ท ถูมืออย่าง เป็นต้น โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 4 คน ให้ความเห็นสอดคล้องกันเช่น

“ป้องกันก่อนลงน้ำ ก่อนไปทำการเกษตร การป้องกันต้องใส่รองเท้าบู๊ท และถ้าไปเจอ น้ำขังปริมาณน้อยๆ ต้องหลีกเลี่ยง...”

“วิธีการทำหนู เมื่อก่อนมันก็ไม่มีการใส่ถุงมือ แต่เดี๋ยวนี้คงไม่ได้” ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ระบุถึงวิธีป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ดังตัวอย่างคำกล่าว

“พอเขาทำนาเสร็จเขาก็จะอาบน้ำล้างตัว”

4) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค หมายถึง พื้นที่ชุมชนเป็นที่ราบลุ่มและน้ำท่วมทุกปีโดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 2 คน ระบุความเห็นที่สอดคล้องกัน ดังตัวอย่างคำกล่าว

“คงเป็นเพราะน้ำท่วมเกือบทุกปี หนูมันก็เยอะ พอน้ำท่วมมันก็น้ำออกมา ทำให้เกิดโรค”

5) อุปสรรคของการป้องกันโรค หมายถึง ปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสอบสวนโรค และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ทั้งสองกลุ่มศึกษาระบุตรงกันว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเวลาไม่สอดคล้องกัน โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน ระบุความเห็นที่สอดคล้องกัน ดังตัวอย่าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“การเปิดหอกระจายข่าวกับการทำงานของเขา บางคนอาจจะอยู่ตรงนั้น ตรงกับเวลาทำงานของเขา ได้รับข่าวสารตรงนั้น ถ้าไม่อยู่ตรงนั้นก็ไม่ได้รับ”

“ส่วนมากไปรณรงค์โรคตามหมู่บ้าน ก็ไม่ค่อยเจอวัยทำงานหรอก ส่วนมากจะพบแต่กับคนแก่กับเด็ก เพราะชาวบ้านส่วนใหญ่ออกไปทำนา หรือรับจ้างกันหมด กว่าจะกลับก็ค่ำมืด ซึ่งก็เป็นเวลาเลิกงานแล้ว”

“จะออกไปให้สุขศึกษาชาวบ้านตอนเย็นหลังเลิกงานก็ไม่ได้หรอก ไม่มีงบประมาณสนับสนุน การเดินทางมันต้องมีค่าใช้จ่ายนะ เบิก OT ก็ไม่ได้ ไม่มีให้”

6) แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หมายถึง แรงสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดย อสม. ผู้ป่วย หรือประชาชน เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันโรคแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มศึกษาที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส (PT) จำนวน 4 คน และกลุ่มศึกษาที่เป็น

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (OFF) จำนวน 6 คน ให้ความเห็นที่สอดคล้องกัน:

“ความจริงน่าจะมีคนที่เคยเป็นโรคมาคุยให้ฟังบ้างนะ เพราะเขาเคยเป็นมาก่อน ฉันจะรู้ว่ามันจะมีอาการเป็นอย่างไรตอนเป็นโรค”

“ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ที่จะแนะนำการป้องกันโรคกับ ประชาชนในหมู่บ้านเพราะเขาจะรู้เวลาของแต่ละบ้านว่าจะกลับเข้ามาบ้านเวลาใด บางทีถ้ากลับคำ เจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถติดตามให้ความรู้ได้สะดวก ต้องเป็นประชาชนในพื้นที่”

อภิปรายผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาพบประเด็นสำคัญ 5 ประการ โดยทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันและถูกต้อง ดังนี้

1. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ให้ความเห็นตรงกันว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งจะทำให้ประชาชนปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ของบลูม (Bloom, 1975) เชื่อว่าความรู้และเจตคติเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง (กานดา พาจรทิศ, 2551; วิโรจน์ จันทพิโร, 2549) โดยพฤติกรรม 3 ด้านนี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นเป้าหมาย ที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่ดี รวมทั้งจากประสบการณ์การเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน ให้ความเห็นว่าประชาชนไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ซึ่งตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Rosenstock, 1974) เช่นเดียวกับ แนวคิด PREECEED-PROCEED model ที่เชื่อว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องเริ่มจากการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัย ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อน (Green et al., 1980 cited in Green & Kreuter, 1991)

ดังนั้น หากประชาชนไม่เชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปรา ประชาชนก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กานดา พาจรทิศ, 2551; เจริญ ขววงษ์ชา, คณาธิป มุคเจริญ, และวสุธร ดันวัฒนกุล, 2551; ชนะชัย

มาตย์คำมี, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; ยุพาพร สุภาคี, 2547; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้าในเรื่องเจตคติแตกต่างกับหลายการศึกษา (ชนะชัย มาตย์คำมี, 2553; นุชนางค์ ภูวสันติ, 2545; ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546) อาจเนื่องจากชุมชนหนองโชนเป็นชุมชนที่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม วิถีชีวิตอยู่กับน้ำมาตลอด ประชาชนจึงเกิดความเคยชินกับการอยู่กับน้ำโดยขาดความระมัดระวังตน หรือไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีน้ำท่วมขัง จึงไม่สามารถป้องกันตนเองได้

2. การป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน กล่าวว่าประชาชนมีการป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส โดยการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของตน ซึ่งเป็นผลจากการที่ประชาชนมีประสบการณ์ตรง (enactive mastery experience) จากการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective stages) (Bandura, 1997) ตลอดจนการได้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้มีความรู้และเจตคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตน (Bloom, 1975) แม้ว่าจำนวนผู้ที่ให้ประเด็นสำคัญดังกล่าวจะไม่มากเท่ากับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส แต่ถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของชุมชน ซึ่งอาจทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในชุมชน ส่งผลให้ลดการแพร่ระบาดของเชื้อ

จากการศึกษาของ วัชรชัย รัตนแสง, และวิเชียร สุ่มมาตย์ (2548) พบว่า ภายหลังจากกิจกรรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ โสภณ หอมกรุ่น (2548) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเสนอว่า ประชาชนควรได้รับการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อ อาทิ การไม่ลงไปแช่น้ำหรือลุยโคลนขณะร่างกายมีบาดแผล การสวมถุงมือขณะที่มีบาดแผลก่อนไปทำงานที่ต้องสัมผัสน้ำ การไม่เดินเท้าเปล่าในทุ่งนา เป็นต้น การลดการปนเปื้อนเชื้อในสถานะแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดหนูในบ้าน พื้นที่เกษตรกรรมและคอกสัตว์ ทั้งนี้ แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการป้องกันโรค การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิส การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดหนู

3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรค พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 2 คน กล่าวว่าชุมชนหนองโชนเป็นพื้นที่ราบลุ่มและน้ำท่วมทุกปี ดังนั้น จึงทำให้เกิดโรคระบาดได้ง่าย เนื่องจาก เชื้อ

จะเจริญเติบโตได้ดี หากสิ่งแวดล้อมเหมาะสม เช่น ดิน โคลน หรือแอ่งน้ำ จะมีชีวิตอยู่ได้นานเป็นเดือน (วนิดา วิระกุล, 2545; Fain , Adler, Bolin, & Perolat, 1999; Levett, 2001; Vinetz, 2001) และพบว่า อัตราป่วยและอัตราตายจะเพิ่มขึ้นหลังน้ำลด (อมรรัตน์ ชอบกตัญญู, และลดารัตน์ ผาตินาวิน, 2555) เนื่องจากปริมาณเชื้อที่อยู่ในน้ำ มีปริมาณความเข้มข้นสูง ทำให้ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (ดิเรก สุตแดน, และคณะ, 2549) จากการศึกษาของ รัตนา ชีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ (2548) พบว่า ผู้ที่อยู่ในที่มีห้วยารก ท่งนา พื้นที่ชื้นแฉะ เลี้ยงสัตว์ อาชีพหาปลา และไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันโรคมีโอกาสเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าผู้ที่ไม่มิกิจกรรมดังกล่าว ในทำนองเดียวกัน การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยของ เบญจวรรณ ระลึก, และคณะ (2552) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคคือ การสัมผัสโคลนเลน บริเวณบ่อบอนหน้าหน่วยฝึกทหารใหม่ ส่งผลให้ทหารประจำการมีโอกาสเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่าทหารที่มีกิจกรรมอื่นๆ

4. อุปสรรคของการป้องกันโรค พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน กล่าวว่างบประมาณและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการสอบสวนโรค และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนที่ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเวลาไม่สอดคล้องกัน ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงขาดความรู้และความตระหนักในการป้องกันโรค เช่นเดียวกับแนวคิดของ กรีน และครูเตอร์ (Green L.W & Kreuter M. W, 1999) ที่พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นไปในทางเดียวกับประเสริฐศักดิ์ กายนาคา (2544) และ วรวิทย์ นุ่มดี (2546) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสวมถุงมือ รองเท้าบูท การมีแหล่งน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคและบริโภค และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค พบผู้ที่เคยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 6 คน ระบุถึงผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนในชุมชน เป็นผู้ที่มียบทบาทในการแจกอุปกรณ์ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและช่วงเวลามากที่สุด โดยแรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้องจะเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม ที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการรับรู้ของบุคคล (Becker, 1974) สอดคล้องกับแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่อง เมื่อได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับหลายการศึกษา (นุชนางค์ ภูวนันติ, 2545; ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2544; ยุพาพร สุภาคติ, 2547; วรวิทย์ นุ่มดี, 2546)

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษาที่ป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนใหญ่รับจ้าง 3 คน และเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ 2 คน มีอาชีพเกษตรกรรม 1 คน และส่วนใหญ่ศึกษาในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูง จำนวน 4 คน จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลตามทฤษฎีมากกว่าการปฏิบัติจากประสบการณ์จริง ดังนั้น การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวกับน้ำ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลในการปฏิบัติตามจริงมากที่สุด

2. การสนทนากลุ่ม พบว่า มีสมาชิกกลุ่มบางคนไม่กล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นในบางประเด็น อาทิ พฤติกรรมการป้องกันโรค แรงสนับสนุนจากสังคม เป็นต้น มีผู้นำในกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มบางคนคล้อยตาม ในทำนองเดียวกัน การเก็บข้อมูลของกลุ่มเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นประชาชนในหมู่บ้าน อาจเกิดความเกรงใจ ทำให้ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้รับไม่ครอบคลุม ดังนั้น ในการสนทนากลุ่มผู้นำสนทนาต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดทุกคนในทุกประเด็น และควรแยกกลุ่มสมาชิกที่ประชาชนเกรงใจออกอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลตามจริงและธรรมชาติมากที่สุด

3. ผลการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาเชิงคุณภาพในบริบทของชุมชน ดังนั้น การอ้างอิงผลการศึกษาจึงมีข้อจำกัด ในการนำไปใช้กับชุมชนอื่น เนื่องจากวิถีชุมชนแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาที่ได้ พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีบทบาทมากในการให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน เนื่องจากรู้จักบริบทของชุมชน สามารถให้ความรู้ได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและช่วงเวลา ดังนั้นจึงควรจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสและการป้องกันแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและช่วงเวลารวมทั้งยังช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ด้านการบริหาร

2.1 จัดทำข้อเสนอแนะต่อองค์การบริหารส่วนตำบล ในการเพิ่มงบประมาณเพื่อปรับสภาพแวดล้อม ที่มีน้ำท่วมขัง และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ

2.2 เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเสนอเข้ากระทรวงสาธารณสุขในการจัดสรรงบประมาณเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลา และค่าใช้จ่าย

ต่างๆ ในการรณรงค์การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส รวมทั้งการจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ในการป้องกันโรคอย่างเพียงพอ

2.3 จัดประชุมพัฒนาระบบการติดตาม กำกับ และนิเทศงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค หรือการทำประชาคม เพื่อคืนข้อมูลการแพร่โรคเลปโตสไปโรซิสต่อชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้ในการป้องกันโรค ซึ่งจะทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักเพิ่มขึ้น

3. ด้านการวิจัย ควรศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในบริบทของชุมชน

CASE STUDY: PERCEPTION OF LEPTOSPIROSIS PREVENTION IN A SELECTED COMMUNITY

SUCHARAT PHOLPHOK 5037835 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SANGTHONG TERATHONGKUM, Ph.D. (NURSING), ORAPIN CHAREONPOL, M.ED. (NURSING ADMINISTRATION)

EXTENDED SUMMARY**Background and Significance of the Study**

Despite declines in mortality rates from leptospirosis in Thailand from 16 per 100,000 population in 2008 to 8 per 100,000 population in 2010, morbidity rates have been escalating from 5.21 per 100,000 population in 2009 to 8.57 per 100,000 population in 2010, with most of that number encountered in the Northeast at 15.75 per 100,000 population. Most of these were males rather than females at a ratio of 3.6:1. The highest morbidity rate was found in the 55-64 year age group at 12 per 100,000 population. The occupation in which leptospirosis was most frequently encountered was agriculture (55.56%), followed by contractors (17.29%) (Nipapan Saritapirakchai, 2011; Tirasak Chaknum, & Prawit Chumkasian, 2007; Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2011) while occurrence of diseases was related to seasons (Tirasak Chaknum, & Prawit Chumkasian, 2007; Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2011).

Persons with leptospirosis generally suffer physiological, psychological, family, social and economic impacts. Patients usually have high fevers, chills, headaches, severe muscular pain, especially in the legs and thighs with jaundice.

Some patients with severe symptoms may die from complications, such as lung hemorrhage, acute renal failure, acute respiratory distress syndrome, septic shock and gastrointestinal bleeding (Yupin Suputtamongkon, 2005; Rattana Tirawat, & Nisa Sirisukkan, 2005; Surakiat Achanupab, 2008; Sirijit Wassanawattana, & Woraman Waidab, 2004; Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2007; Slack, 2010). Once patients become ill, they will be unable to perform occupations, causing impacts on family income which may increase dependence or cause social and economical problems due to lack of labor for national development or reduced agricultural output because most leptospirosis patients are farmers and/ or laborers (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2007).

Therefore, prevention and control of leptospirosis is important and necessary in order to prevent epidemiology of the disease. Preventive and control measures must be practiced together in terms of both public health officials and people. Public health officials must implement offensive monitoring measures and effective investigation of the disease concerning news, information systems, reports and news or information with benefits toward setting disease prevention and control measures in place (Kriangsak Wetiwutajan, 2004; Nuchanapang Puwasanti, 2002), including the development of personnel and network capacity, such as community leaders, public health volunteers and teachers, etc. (Nuchanapang Puwasanti, 2002). Education and public relations regarding the disease and prevention of leptospirosis infections to risk group populations through information communications, including patient treatment and transfer measures will cause patients to receive prompt treatment (Kriangsak Wetiwutajan, 2004; Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health, 2006).

People should protect themselves by maintaining hygiene in homes, so they do not become breeding grounds for mice and rats, avoiding bathing or soaking in water exposed to rats, avoiding stepping on mud with bare feet, or avoiding exposure to potential sources of the disease, especially when people have open wounds, in which case people should wear protective equipment, such as boots and rubber gloves. According to the study of Rattana Tirawat, & Nisa Sirisukkan (2005), the risk factors for behavior concerning animal slaughter, fishing and not wearing boots by persons

with leptospirosis were found to be 2.1, 1.7 and 1.6 times higher than in ordinary persons, respectively, while persons who wore sandals were found 2.22 times more likely to have leptospirosis than patients who wore boots. The study of Benjawan Releuk and colleagues (2009) revealed soldiers who came into contact with mud for more than half an hour to have 2.72 times higher chances of having leptospirosis than soldiers at other activities. If people need to wade through water or step in mud, these people should practice immediate hygiene. Furthermore, when people have unusual symptoms, such as high fevers with back and thigh muscles aches, enlarged lymph glands, liver and spleen (Sambasiva, Naveen, Bhalla, & Agarwal, 2003) or when the disease is suspected due to risk behaviors, such as wading in water and mud, fishing and not wearing boots, etc., these people should see doctors immediately (Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health, 2006; Wichai Chokwiwattana, 2001). In addition, communities must survey risk areas with flooding so the vector animals can be eradicated (Wichai Chokwiwattana, 2001).

Modification of health behaviors aimed at preventing leptospirosis can involve the implementation of various related concepts, such as the Health Belief Model, the Self-Efficacy Theory and the PRECEDE-PROCEED Model. The concept of health behaviors is a concept focused on predicting the health behaviors of people by using three domains of components (Bloom, 1975), i.e. the cognitive, affective and psychomotor domains (Kanda Pajornitid, 2008; Wiroj Jantatiro, 2006). These three behavior domains are interrelated. For a person to have correct and proper behaviors, the person must have good knowledge and attitude from learning experiences similar to behaviors for the prevention of leptospirosis practiced by people in communities. If people has good knowledge and attitude toward preventing the disease, the person will modify health behaviors by avoiding infections, wearing protective equipment and caring for health. According to studies, knowledge (Kanda Pajornitid, 2008; Jarern Yotwongsa, Kanatip Mudjarern, & Wasutorn Tanwattanakun, 2008; Chanachai Matkammee, 2010; Nutnapang Puwasanti, 2002; Yupaporn Supakadee, 2004) and attitude toward the prevention and control of leptospirosis (Chanachai Matkammee, 2010; Nutnapang Puwasanti, 2002) are positively related to behaviors for the prevention and control of the disease with statistical significance.

These findings concurred with an experimental study conducted at Suvarnabhumi, Roi Et, which found the experimental group participating in activities for the prevention and control of leptospirosis, such as participation in exterminating mice and rats and membership in boot foundations, etc., to have better knowledge, attitude and practice than the control group with statistical significance (Watcharachai Rattanasang, & Wichian Summat, 2005). Furthermore, other factors were also found to be related to practices for the prevention and control of leptospirosis with statistical significance, e.g. educational attainment, income, marital status, types of work requiring contact with water, belief in self-empowerment, determination for the future and self-control in preventing the disease (Nutnapang Puwasanti, 2002), social support (Nutnapang Puwasanti, 2002; Yupaporn Supakadee, 2004), motivation and participation with communities (Yupaporn Supakadee, 2004). Some studies, however, have found farmers to lack knowledge, understanding and skills, thereby resulting in mistaken beliefs regarding disease prevention and preventing farmers from wearing protective equipment for leptospirosis (Wiroj Jantatiro, 2006).

Other factors will be involved in whether or not a person will perform certain health behaviors. Rosenstock believed a person must perceive susceptibility and severity of the disease with impacts on living in order for a person to perform the behavior. Furthermore, practices must either have no obstacles or fewer obstacles than benefits (Rosenstock, 1974). Hence, a person will perform disease prevention behaviors when the person perceives the threats of a disease, great benefits from prevention and few obstacles to preventing the disease. In addition, Becker (1974) proposed factors with influence on disease prevention behaviors to include population characteristics, psychosocial factors and structural factors, e.g. age, gender, nationality, personality, social support, knowledge, experience with disease, health motivation, news and information from media and interpersonal relations, etc. Therefore, if a person is to perform behaviors aimed at preventing and controlling leptospirosis, the person must perceive the opportunities, risks and severity of leptospirosis together with perceiving the benefits to outweigh the obstacles in controlling and preventing the disease. In Thailand, no studies on leptospirosis prevention were found to be based on the concept of the health belief models encountered in the studies of other diseases, such as liver cancer (Rujira Aksorn,

Tipaporn Wonghongkun, & Tawilak Wannarit, 2007) and hypertension (Wanatchapan Imerb, 2008), etc.

The Self-Efficacy Theory developed by Albert Bandura states that a person will decide to perform a behavior if the person has perceived self-efficacy toward the performance of behaviors with outcome expectation in order to lead to the expected outcome (Bandura, 1997). Perceived self-efficacy can be improved from various sources, such as enactive mastery experiences, vicarious experiences, verbal persuasion, physiological and effective stages (Bandura, 1997). Therefore, if a person has a belief in self-efficacy in performing behaviors for the prevention of leptospirosis and the person expects the performance of those behaviors to have positive effects, the person will perform the behaviors for the prevention of leptospirosis. No studies on leptospirosis were found to be based on the concept of the Self-Efficacy Theory. However, the Self-Efficacy Theory has been discovered in studies of other diseases, such as the antiretroviral medication adherence of HIV/AIDS patients (Siriluck Nanawichit, 2009) and diabetes self-care (Sumalee Chuapan, 2010; Usa Tassanawin, 2007).

The PRECEDE-PROCEED model was developed by Green and colleagues in 1980 (Green et al., 1980; cited in Green & Kreuter, 1991) who believed the behaviors of persons to be caused by various causes and factors, e.g. knowledge, attitudes, beliefs, values, perception, etc. Therefore, behavior modification must be carried out in various aspects beginning with the analysis of the causes and factors with effects on behavioral changes before planning and setting mechanisms or methods. In the same manner, many factors are related to the behaviors of a person for the prevention of leptospirosis, e.g. predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors. Predisposing factors refers to the existing characteristics of the person or population, e.g. knowledge, attitude, beliefs, values, perception and personal factors. Enabling factors refer to environmental characteristics, such as physiological factors, socio-cultural factors, personal skills and/or resources to help promote desired health behaviors, e.g. service accessibility, expenses, disease control and prevention equipment, etc. Reinforcing factors refer to continued performance of behaviors when support is received from family members, communities and public health officials or news and information (Prasertsak Kainaka, 2001; Worawit Numdee, 2003; Green & Kreuter, 1991).

Therefore, factors related to the prevention of leptospirosis comprise predisposing factors, e.g. knowledge, beliefs, perception, disease prevention and control behaviors, including personal factors, enabling factors for disease prevention and control behaviors, e.g. the environment, accessibility to sources of benefits with news and information. According to the study, the amount of rain, temperature and floods were found to be related to increased leptospirosis incidence (Direk Suddan and colleagues; 2006; Reis et al., 2008; Stern et al., 2010; Wangroongsarb et al., 2005; WHO, 2003). Reinforcing factors consisted of social support. Although studies based on this concept are limited, the findings were found to be consistent. The following factors were found to be related to behaviors aimed at the prevention and control of leptospirosis with statistical significance: Predisposing factors, such as income, marital status, family members, knowledge, attitude about prevention and control of the disease, perceived risks for incidence of the disease, perceived severity of obstacles in the prevention and control of the disease and perceived benefits of practices for the prevention and control of the disease. Enabling factors comprised wearing gloves and boots, having clean water sources for use and consumption with accessibility to public health service systems. Reinforcing factors comprised receipt of recommendations from close relatives and intimate acquaintances, village public health volunteers, public health officials and receipt of news and information (Prasertsak Kainaka, 2001; Worawit Numdee, 2003).

Saraburi Province first encountered leptospirosis patients in 1997. The epidemic was related to environmental conditions. During the floods of 2006, the number of patients increased by 49 patients, 16 of which lived in Don Thong, Nong Don. The number of patients later declined until ten patients were found in 2010 (Office of Disease Prevention and Control 2, Saraburi Province, 2011). In the same pattern, Don Thong Sub-district, Nong Don District, Saraburi Province encountered an average of 2-3 patients in 2008-2010 (Sanitation Department, Nong Don Hospital, 2010). The decline in the number of patients may have been caused by droughts and the absence of flooding in the area. However, preparations for aggressive monitoring to prevent epidemics of the disease are essential when flooding is involved. According to interviews with patients coming to receive examinations and treatment at the Out-Patient Department, Nong Don Hospital, people was found to be deficient in

knowledge regarding the etiology and prevention of leptospirosis, which was consistent with surveys finding the population of Nong Don to have inaccurate knowledge regarding the prevention of leptospirosis at the highest level of 65.80% and knowledge regarding vector sources at 87.50%, despite continuous rallies (Sanitation Department, Nong Don Hospital, 2006). According to interviews conducted by the researcher with leptospirosis patients coming to receive services at Nong Don Hospital, leptospirosis patients were found to continue to lack knowledge and awareness while maintaining erroneous beliefs due to deficient news and information. In addition, studies on the perception of leptospirosis prevention in the environment of Nong Don remain limited and unsystematic. Consequently, nurses, public health officials and related persons remain unaware of the direct causes of leptospirosis epidemics, so people are unable to prevent leptospirosis. Therefore, as a community health nurse practitioner, the researcher realizes the importance of studies on the perception of leptospirosis prevention in officials and leptospirosis patients. These findings can become guidelines for communities in the prevention of leptospirosis.

Research Objectives

To study the factors related to the perception of leptospirosis prevention in the selected community.

Methodology

This study was a case study of the perception of leptospirosis prevention in people and officials in a selected community.

Population and Study Groups

The population comprised persons involved in leptospirosis epidemics in Don Thong Sub-district, Nong Don District, Saraburi Province.

The study groups were divided into 2 groups with 6 members each. The first group consisted of persons who had leptospirosis while the second group

consisted of officials involved with leptospirosis prevention, such as community leaders, public health volunteers, members of the Sub-district Administrative Organization, district public health officials, primary care unit officials and hospital officials. Both groups were sampled by purposive sampling according to inclusion criteria, such as age over 18 years, ability to communicate in Thai, residence in Don Thong Sub-district, Nong Don District, Saraburi Province, had leptospirosis/ duties involving leptospirosis prevention and willingness to participate in the study by signing informed consent forms.

Research Instrumentation

1. The demographic data questionnaire for persons with leptospirosis and officials was created by the investigator and covered educational attainment, occupation, characteristics of residence and environments, family income, department, occupational experience and characteristics of responsibilities.
2. Questions for the group conversations of persons with leptospirosis and officials created by the investigator to cover the study objectives consisted of questions on knowledge of leptospirosis, attitude regarding leptospirosis and factors influencing leptospirosis prevention.
3. Data collection instrumentation and equipment consisted of notebooks, pens, pencils and SAMSUNG MP 4 tape recorders.

Data Collection

1. After receiving approval from the Ethics Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital (ID 11-52-13), the investigator requested an official letter from the Dean of Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
2. The investigator informed the study groups of the study objectives and details of the study in addition to having the study group members sign in letters of consent and requesting cooperation in data collection by 2 group conversations per group, which were a week apart for an hour per session. The study groups were able to withdraw at any time.

3. The investigator conversed by using interview guide and follow-up questions with observations and recordings made by the study assistant, including requesting permission from the study groups to record the conversation.

4. The investigator transcribed verbatim of the first conversation and summarized key issues. The researcher met the study groups at the second appointment to question the study groups and discuss data on uncovered issues in order to acquire complete data.

Data Analysis

1. The demographic data on persons with leptospirosis and officials involved with leptospirosis prevention was analyzed using computer software programs to analyze frequency, range, mean and standard deviation.

2. Content analysis was conducted in order to answer the research objectives by:

2.1 Transcribing verbatim of the study groups and printing observations for each part of the conversations.

2.2 Analyzing relevant contents and issues in combination with summarizing various issues acquired from group conversations in order to answer research objectives.

Ethical Considerations

The researcher strictly complied with ethical principles by collecting data from willing study groups after receiving approval from the Ethics committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Data collection of the study groups was confidential and disclosed only in necessary cases with academic reasons and dissemination in the form of an aggregate perspective of the study.

Results

Most of the study group members with leptospirosis were males (5 members), 4 members had graduated with associate degrees/ high-level degrees and 3 members were employees. Most (5 members) had their own homes which were one-story homes on stilts. The study group had an average income of 4,500 baht/month (SD = 1451.99).

The officials involved with leptospirosis prevention were 3 males and 3 females with 3 officials having work experience of 10-20 years. Most of the group was responsible for disease control and health education (3 officials).

According to group conversations of both the group with leptospirosis and officials, significant issues consistent with various concepts were as follows:

1) Correct knowledge about leptospirosis refers to people having true knowledge of the etiology, symptoms, method of transmission and prevention of leptospirosis. Both groups had accurate data regarding the etiology, symptoms, method of transmission and prevention of leptospirosis among six members of the group who had leptospirosis with three officials involved in the prevention of leptospirosis who stated that people had accurate knowledge as in the following statement:

“The disease is caused by farmers walking on wet areas or puddles with low amounts of water. Symptoms include thigh pain, red eyes and high fevers that do not drop”.

“The method of prevention is to avoid stepping in wet places and to wear shoes when working on the farm or rice paddies”.

“I had the disease because I walked in water with rat urine when I had an open wound”.

2) Non-perceived susceptibility meant that people did not believe themselves as being at risk for infection with leptospirosis when people did not protect themselves from leptospirosis. Five members of the group who had leptospirosis and four officials involved with the prevention of leptospirosis did not think people would be infected with leptospirosis if people did not practice disease prevention as in the following statement:

“I don’t wear boots. I probably won’t have leptospirosis because it probably wouldn’t be easy to have it as long as I don’t have any open wounds”.

“Yes, I never thought I’d have it. I’ve never worn boots when I go to look for fish and mice after work or on the weekends. I did it for a long time and never had the disease...”

3) Leptospirosis prevention refers to people performing leptospirosis avoidance behaviors, e.g. wearing boots and rubber gloves, etc. Three members of the group with leptospirosis and four officials involved with leptospirosis prevention provided concurrent opinions as in the following statement:

“I protect myself before going into the water or working on the farm by wearing boots and I avoid small puddles of water”.

“I had no gloves for cooking mice in the past”. The group of officials specified methods for preventing leptospirosis infections according to the following examples:

“They wash themselves after planting rice”.

4) Epidemics facilitating environments refer to community areas that flood every year. Four members of the group with leptospirosis and two officials involved with leptospirosis prevention reported consistent opinions as in the following statements:

“It’s probably because it floods almost every year. There are many rats. They run from the water when it floods and that probably starts the disease.”

5) Barriers of disease prevention refer to problems regarding budget, receipt of news and information regarding investigation of the disease and prevention of leptospirosis by people. Both study groups reported similarly that the receipt of data regarding leptospirosis by people did not match the target groups because of inconsistent timing. Five members of the group with leptospirosis and six officials involved with leptospirosis prevention reported consistent opinions as in the following statements:

“Some people might be there by their work schedules when the loudspeaker broadcasting tower is on and they might receive the news there. If they’re not there, then they won’t get the news,”

“We mostly campaign about the disease in the villages. We don’t see many working age people. Most of the people we see are senior citizens and children because most of the villagers are out working and won’t come back until late at night, which is outside our working hours”.

“We can’t provide health education for people in the evenings after work. We have no budget to support that. It costs money to travel and we can’t draw OT pay”.

6) Motivation to create disease prevention behaviors refers to sources of support or community participation by public health volunteers, patients or people in providing knowledge in the prevention of the disease for risk groups in the population. Four members of the group with leptospirosis and six officials involved with leptospirosis prevention reported consistent opinions as in the following statements:

“There should be some people who have had the disease to talk to, so I know what the symptoms were like when they had the disease,”

“We let people in communities who can recommend disease prevention to villagers participate because they know when each villager will return home. Officials can’t follow-up conveniently. It has to be a local person. It’s much more convenient that way.”

Discussion

According to the findings of this study, five significant issues were revealed. Both groups held opinions which were consistent and accurate as follows:

1. Knowledge and Attitude about Leptospirosis – Both groups shared the opinion that people had knowledge regarding leptospirosis which would cause people to practice disease prevention behaviors in compliance with the Health Behavior Concept of Bloom (1975) who believed knowledge and attitude to support behaviors of correct practices (Kanda Pajornitid, 2008; Wiroj Jantatiro, 2006). The three aspects of behaviors are interrelated and performance of health behaviors is a goal that will help the persons have good health. However, the fact that the person will have accurate and suitable behaviors relies on good knowledge and attitudes, including

learning experience. Nevertheless, according to the findings of this study, five persons who had leptospirosis and four officials involved in leptospirosis prevention held the opinion that people did not believe themselves to be at risk for prevention. According to the Health Belief Model, a person who adopts the behaviors for avoiding illness must believe in the perceived susceptibility for having the disease and that the disease has severe impacts on life (Rosenstock, 1974), a finding this is similar to the PRECEDE-PROCEED model asserting that behavior modification must begin with analysis of the causes and factors influencing behavioral changes (Green et al., 1980 cited in Green & Kreuter, 1991).

Therefore, if the population does not believe itself to be at risk for leptospirosis infection, people will not perform disease prevention behaviors. The findings of this study concur with the findings of numerous studies revealing knowledge to be positively related to behaviors for the prevention and control of diseases with statistical significance (Kanda Pajornitid, 2008; Jarern Yotwongsa, Kanatib Mudjarern, & Wasutorn Tanwattanakun, 2008; Chanachai Matkammee, 2010; Nutnapang Puwasanti, 2002; Prasertsak Kainaka, 2001; Yupaporn Supakadee, 2004; Worawit Numdee, 2003). However, the findings of this study concerning attitude differed from a number of studies (Chanachai Matkammee, 2010; Nutnapang Puwasanti, 2002; Prasertsak Kainaka, 2001; Worawit Numdee, 2003), which may be because the Nong Don community is in a watershed area with lifestyles constantly intertwined with water, so people are accustomed to being exposed to the water without concern or is unable to avoid flooding situations in which people is unable to practice self-protection.

2. Leptospirosis prevention – Three persons who had leptospirosis and four officials involved with leptospirosis prevention were found to have reported people to have protection against leptospirosis infections by avoiding infection, wearing protective equipment and taking care of health as a result of enactive mastery experience from illness with leptospirosis, vicarious experience, verbal persuasion, physiological and effective stages (Bandura, 1997), including the receipt of news and information from various sources of benefits. Hence, people had knowledge and attitude concerning behavior modification (Bloom, 1975). Although the number of persons who provided the aforementioned issues was less significant than the amount

of knowledge and attitude regarding leptospirosis, this factor is considered a significant turning point for communities and may cause communities to participate in community disease prevention, thereby reducing the epidemiology of the disease.

According to the study of Watcharachai Rattanasang and Wichian Summat (2005), the experimental group was found to have better knowledge, attitude, practices and community participation in disease prevention following activities than the control group with statistical significance. Sopon Homkrun (2005) conducted a qualitative study and proposed that people should improve leptospirosis prevention behaviors, i.e. avoiding contact with the disease, e.g. not soaking in water or wading in mud while having open wounds, wearing gloves while having open wounds before performing work requiring contact with water and not walking barefoot on rice paddies, etc., together with reduced contamination in the environment, e.g. by exterminating mice in homes, agricultural areas and animal pens. Guidelines and methods of behavioral development consisted of provision of knowledge in disease prevention, building awareness regarding leptospirosis problems, creation of social support and hosting activities to rally for extermination of mice and rats.

3. Epidemic facilitating environment - Four persons who had leptospirosis and two officials involved with leptospirosis prevention reported the Nong Don community to be a watershed area with annual flood which causes epidemics to occur easily because germs thrive under the abovementioned conditions. Germs can survive for months in suitable environments such as soil, mud or puddles of water (Wanida Wirakun, 2002; Fain, Adler, Bolin, & Perolat, 1999; Levett, 2001; Vinetz, 2001) while pathology and mortality rates were found to increase after the water had receded (Amornrat Chobkatanyu and Ladarat Patinawin, 2012). High concentrations of germs in water caused people to have increased risk for infection (Direk Suddan and colleagues, 2006). According to the study of Rattana Tirawat and Nisa Sirisukkan (2005), persons living in places with large amounts of grass, rice paddies, wetland areas and persons raising animals and fish without wearing disease prevention equipment were at greater risk for having leptospirosis than persons without the aforementioned activities. Similarly, revisions of patient medical records by Benjawan Raleuk and colleagues (2009) found a significant risk factor for the disease to be contact with mud near the elephant ear pond area for training new military, so the

regular military is a greater risk for having leptospirosis than soldiers with other activities.

4. Barriers to disease prevention - Five persons with leptospirosis and six officials involved with leptospirosis prevention were found to have reported that public budgets and receipt of information regarding disease investigation and leptospirosis prevention were not commensurate with the target groups due to inconsistent timing. Consequently, the risk groups in people had deficient knowledge and awareness of disease prevention, which was similar to the concept of Green and Kreuter (Green & Kreuter, 1999) who found access to sources of benefits to be an important factor in facilitating the expression of behaviors in persons. This finding was found to be congruent with Prasertsak Kainaka (2001) and Worawit Numdee (2003) who discovered facilitating factors, e.g. wearing gloves and boots, having clean sources of water for consumption and accessibility to public health service systems to be related to leptospirosis prevention and control behaviors with statistical significance.

5. Motivation for disease prevention behaviors - Five persons who had leptospirosis and six officials involved with leptospirosis prevention were found to have reported community leaders, public health volunteers and community members to have primary roles in distributing equipment, providing news and information about the disease to the target groups and times. Persuasion from friends or relatives was found to be a psychosocial factor with indirect impacts on health behaviors through perception of persons (Becker, 1974), which was consistent with the concept of Green and Kreuter (1999) who stated that a person will perform behaviors continuously when supported by family, community and public health officials. The above was also consistent with many other studies (Nutnapang Puwasanti, 2002; Prasertsak Kainaka, 2001; Yupaporn Sapakadee, 2004; Worawit Numdee, 2003).

Research Limitations

1. Sample Group – Most of the sample group members with leptospirosis were self-employed (three samples), government enterprise employees/civil servants (two samples) and had agricultural occupations (one sample). Most of the sample

group (four samples) had educational attainments at the associate degree/higher vocational level, which may have caused data to be acquired to be rooted more in theory than practice from experience. Therefore, selection of the sample group with lifestyles involving water is essential to acquiring data representing real practice as much as possible.

2. Group Discussions - Some group members were found to have not spoken or expressed opinions on certain issues, e.g. disease prevention behaviors and social support, etc., with the moderators in the groups, thereby causing group members to follow. In the same way, the data collection of officials, which included two community leaders and health care volunteers, may have created a certain degree of obligation or consideration, thereby preventing the samples from daring to express opinions and resulting in the deficient data coverage. In group discussions, therefore, the moderator must allow every member to address all issues and members to whom people feels particularly obligated or considerate should be separated into another group in order to acquire the most factual and natural data.

3. Research Findings – This research comprised a qualitative study in a community context. Therefore, the citation of the findings has limitations in implementation with other communities due to different community lifestyles.

Recommendations

1. Nursing Practice – According to research findings, health care volunteers were found to play extensive roles in educating villagers due to their knowledge of community environments, thereby enabling volunteers to provide knowledge in line with the target groups and times. Hence, programs should be arranged to improve the capacity of health care volunteers in providing education about leptospirosis and prevention for risk groups because public health volunteers can provide data on disease prevention in line with target groups and times while further increasing social support with community participation.

2. Management

2.1 Proposals should be submitted to the Sub-district Administrative Organization, to increase budgetary support for modifying flooded environments and creating healthy environments.

2.2 Proposals should be submitted to provincial public health offices to include allocation of sufficient budgetary support as returns for officials who perform overtime work and expenses in rallying for leptospirosis prevention, including the procurement of disease prevention equipment.

2.3 Meetings should be hosted to improve systems for monitoring, directing and observing work for agencies involved with disease prevention and control or the holding of public hearings in order to return data on leptospirosis epidemics to communities together with the provision of knowledge about disease prevention, which will raise public awareness.

3. Nursing Research – Studies should be conducted on the effects of improvements in health care volunteer capacity for leptospirosis prevention in community environments.

รายการอ้างอิง

- กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). นโยบายและแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2549. จาก <http://www.pr-ddc.com>
- กรรณิการ์ สุขเกษม, และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2547). การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตกาล. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า พรินติ้ง.
- กานดา พاجرทิต. (2551). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของ เกษตรกรชุมชนดงมะละ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2547). การสร้างสุขภาพในมิติของการป้องกันและควบคุมโรคในบริบท หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6.
- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2552). ระเบียบวิธีวิจัย. เชียงใหม่: ครองช่าง.
- คนอง ยาสีห์ทอง. (2549). พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันตนเองจากโรคเลปโตสไปโรซิสของ ชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอในอำเภอมะนัง จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจริญ ขวัญศรีษา, คณาธิป มุขเจริญ, และวสุธร ต้นวัฒนกุล. (2551). อิทธิพลของความรู้ต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส:กรณีศึกษาบ้านขุนห้วย ตำบล แม่พุง อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. วารสารควบคุมโรค, 34(1), 40-46.
- จุฑาวดี กมลพรมงคล. (2555). ผลการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิบัติ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักเรียนประถมศึกษาชาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนะชัย มาตย์คำมี. (2553). ความรู้ ความตระหนักและเพื่อเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และความตระหนักในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอ กมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชำนาญ ประดับเพชร. (2546). พฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัคร สาธารณสุข อำเภอหนองแซง จังหวัดสระบุรี. (เอกสารอัดสำเนา).

- ณัฐริดา นิมิตติ, หรรษา เสธฐบุปผา, และสมบัติ สกุลพรรณ. (2551). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มาใช้บริการในคลินิกอดสุรา. *พยาบาลสาร*, 35(3), 154-164.
- คาริกา กิ่งเนตร. (2544). *คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ดิเรก สุดแดน, วราลักษณ์ ดังคณะกุล, มนุสสิป ศิริมาตย์, ไพบุญ หนันไชย, สลักจิต ชูติวิเวกพงษ์, มุทิตะ ชลามาตย์, และคณะ. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นโรคลี้นุหลังจากอุทกภัยครั้งใหญ่จังหวัดน่าน*. จาก <http://epid.go.th>.
- ธีรศักดิ์ ชักนำ, และประวิทย์ ชุมเกษียร. (2550). สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 38(19), 329-331.
- นิภาพรรณ สฤษดิ์อิทธิรัชชัย. (2554). สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ.2553. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 42(30), 465-468.
- นุชนางค์ ภูวนันติ. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2550). *ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ ระลึก, พจมาน ศิริอารยาภรณ์, ธีรศักดิ์ ชักนำ, คารินทร์ อารีโชคชัย, ดิเรก สุดแดน, จริยนาฏรณ เกวี, และคณะ. (2552). การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) กลุ่มทหารประจำการในค่ายแห่งหนึ่ง จังหวัดนครนายก. *วารสารควบคุมโรค*, 35(3), 206-211.
- ประเสริฐศักดิ์ ทยานาถา. (2544). *ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในเกษตรกร อำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปรียา อินทะนิล. (2552). *พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกรอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฝ่ายสุขภาพโรงพยาบาลหนองโดน. (2549) *รายงานการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส*. (เอกสารอัดสำเนา).

- ฝ่ายสุขภาพโรงพยาบาลหนองโดน. (2553). รายงานการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส. (เอกสาร
อัดสำเนา).
- พิชญ์สินี ชมพูคำ, และพิมพ์ทอง สังสุทธิพงศ์. (2552). รายงานการ *Qualitative Research* วิจัยเชิง
คุณภาพ. หลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพัฒนาศึกษา, คณะ
ศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*.
กรุงเทพฯ: ชานเมืองการพิมพ์.
- มณี อาภาวรรณทิกุล. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องกรณีศึกษา
แนวทางการวิจัยกรณีศึกษา*. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล.
(เอกสารอัดสำเนา).
- ยุพาพร สุภาคี. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลปโตสไป
โรซิสในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่เสี่ยงโรคเลป
โตสไปโรซิส จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุพิน ศุพุทธมงคล. (2548). *ตำราโรคติดเชื้อ 2*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.
- รัตนา ชีระวัฒน์, และนิสา สิริสุขการ. (2548). ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส.
วารสารควบคุมโรค, 31(1), 74-82.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2551). *พจนานุกรมศัพท์ศึกษาศาสตร์ อักษร A-L ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*.
กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- รุจิรา อักษร, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, และทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ
มะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน.
พยาบาลสาร, 34(1), 131-142.
- รุ่งเรือง กิจผาติ, วิมล เพชรกาญจนางค์, ปิยะดา หวังรุ่งทรัพย์, สุกลักษณ์ ชะแสง, พิมพ์ใจ นัยโกวิท,
และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2547). *การพยากรณ์โรคเลปโตสไปโรซิสจากผู้ป่วยไข้
เฉียบพลัน โดยอาศัยลักษณะเวชกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางวิทยาการระบาด*. จาก
http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_5_001c.asp?info_id=839
- วันชพรรณ อิมอิม. (2551). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 3(6), 13-17.

- วรลักษณ์ ดังคณะกุล, กาญจนา ยังขาว, โนรีรัตน์ สร้อยสระน้อย, ชวนพิศ สุทธีนนท์, พรรณราย สมิตสุวรรณ, และประวิทย์ ชุมเกษียร. (2542). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสในประชากรเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 8(3), 351-359.
- วนิดา วีระกุล. (2545). รายงานผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา.
- วัชรชัย รัตนแสง, และวิเชียร สุ่มมาตย์. (2548). ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยชุมชนมีส่วนร่วม. *ขอนแก่นวารสาร*, 31(3), 301-313.
- วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล, และศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์. (2547). ปัญหาความขัดแย้งแนวทางการป้องกัน และแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากการดำเนินงาน โครงการขนาดใหญ่. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2542). *คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิมลพร ไสยวรรณ. (2545). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิโรจน์ จันททิโร. (2549). การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรหมู่ที่ 8 ตำบลบางกล้วย อำเภอนองโค่น จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- วรวิทย์ นุ่มดี. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศิริจิตต์ วาสนะวัฒน์, และวรมันต์ ไวกาบ. (2547). โรคไข้ฉี่หนูในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร*, 28(2), 70-77.
- ศิริพร จิรวินกุล. (2546). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- สิริลักษณ์ นานาวิชิต. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมืออุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทายาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลหาดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตมหาวิทยาลัย, เชียงใหม่.

- สุพัชชา วิลลัดนันท์. (2551). ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ จันทวานิช. (2549). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี เชื้อพันธ์. (2553). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล, 25(1), 77-87.
- สุมาลย์ สารธยา. (2554). ความรู้สู่ประชาชน โรคระบาดที่มากับน้ำท่วม (ตอน 3) โรคฉี่หนู. จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/thai/knowledgeinfo.php?id=75>.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). คำราการตรวจโรคทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- โสภณ หอมกรุ่น. (2548). การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนหมู่ที่ 6 ตำบลท่าฉนวน อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเทพสตรี.
- สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 2 จังหวัดสระบุรี. (2554). ฐานข้อมูลที่ 2 สถานการณ์ติดต่อระหว่างสัตว์และคน. จาก <http://dpc2.ddc.moph.go.th/index.php?menu=3&topic3=1>.
- สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). โรคฉี่หนู หรือเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis). จาก <http://dpc10.ddc.moph.go.th>.
- สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานโรคในระบบการเฝ้าระวัง 506 Leptospirosis. จาก <http://www.epid.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2546). รายงานระบาดวิทยา. สระบุรี. (เอกสารอัดสำเนา).
- เสาวภา พรศิริพงษ์, ดาริกา กิ่งเนตร, เรณู เมืองเกลี้ยง, เดชชนะ จันทร์โพธิ์ศรี, พรทิพย์ อุษกรรัตน์, สุกมิตร ชุณหะวัณ, และคณะ. (2544). วิธีชีวิตเสี่ยงต่อโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 10(1), 104-115.
- อมรรัตน์ ขอบกัตัญญ, และลดารัตน์ ผาติณวิน. (2555). สถานการณ์และการเฝ้าระวังโรคติดต่อกับอุทกภัย (Situation and Communicable Diseases Surveillance and flooding). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 43(1), 1-8.
- อุษา ทศณวิน. (2550). ผลของการเข้าค่ายเบาหวานกลางวันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อรนาถ วัฒนวงษ์, พลายยงค์ สการะเสถณี, และพรพิทักษ์ พันธุ์หล้า. (2551). การประเมินแนวทางเวชปฏิบัติโรคเลปโตสไปโรซิส ฉบับปรับปรุง. *วารสารกรมควบคุมโรค*, 34(3), 354-362.
- Ashford, D. A., Kaiser, R. M., Spiegel, R. A., Perkins, B. A., Weyant, R. S., Bragg, S. L., & et al. (2000). Asymptomatic infection and risk factors for leptospirosis in Nicaragua. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 63(5), 249-254.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman. and company.
- Becker, M.H. (1974). *The Health belief model: and sick role behavior*. Health education Monographs 2: 409-419.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook 1: Cognitive domain* (20th ed.). New York: David McKay.
- Fain, S., Adler, B., Bolin, C., & Perolat, P. P. (1999). *Leptospira and leptospirosis* (2nd ed.). Australia: MediSci Melbourne.
- Green , L. W., & Kreuter, M. W., (1991). *Health promotion planning an education approach* (2nd ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Green , L. W., & Kreuter, M. W., (1999). *Health Promotion Planning An Education Approach* (3nd ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Levett, P. N. (2001). Leptospirosis. *Clinical Microbiology Review*, 14(2), 296-326.
- Reis R. B, Ribeiro G. S, Felzemburgh R. D.M, Santana F. S, Mohr S, & Melendez A. X. T. O. (2008). Impact of environment and social gradient on leptospira infection in urban slum. *Leptospira Transmission in Urban Slums*, 2(4), 1-10.
- Robbins, S.P. (2003). *Organizational behavior* (10th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and a person health behavior. New Jersey: Charles B., Slack, 1-8.
- Rubin, H., & Rubin, I. (1995). *Qualitative interview: The art of hearing data*. London: Sage.
- Sambasiva, R. R, Naveen, G. P. Bhalla , & Agarwal, S.K., (2003). Leptospirosis in India and the Rest of the World. *The Brazilian Journal of Infectious Disease*, 7(3), 178-193.
- Slack, A. (2010). Leptospirosis. *Australian Family Physician*, 39(7), 495-498.

- Stern, E. J., Galloway, R., Shadomy, S. V., Wannemuehler, K., Atrubin, D., Blackmore, C., et al. (2010). Outbreak of leptospirosis among adventure race participants in Florida 2005. *Clinical Infectious Diseases*, 50, 843-849.
- Vinetz, J. M. (2001). Leptospirosis. *Current Opinion of Infectious Diseases*, 14(5), 527-538.
- Wagner, J. A., & Hollenbeck, J.R. (2005). *Organizational behavior: Securing competitive advantage* (5th ed.). OH: South-Western.
- Wangroongsarb, P., Yaseang, S., Petkanchanapong, W., Naigowit, P., Hagiwara, T., Kawabata, H., & et al. (2005). Applicability of polymerase chain reaction to diagnosis of leptospirosis. *The Journal of Tropical Medicine and Parasitology*, 28(2), 43-47.
- WHO. (2003). *Human leptospirosis: Guidance for diagnosis, surveillance and control*. Geneva: International Leptospirosis Society.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอหนองโดนมีประวัติป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอหนองโดนมีประวัติป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส

ID
การศึกษาสูงสุด
อาชีพ
ลักษณะที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม
รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน

แนวคำถามสนทนากลุ่ม

สำหรับประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอหนองโดนมีประวัติป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส
คำชี้แจง

เพื่อศึกษารูปแบบในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคำถาม (Interview Guide)

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

- ท่านรู้จักโรคฉี่หนูหรือโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่ ถ้ารู้จัก รู้จักจากสื่อหรือวิธีการใด
- โรคฉี่หนูหรือโรคเลปโตสไปโรซิส ในความเข้าใจของท่านคืออะไร
- ท่านเคยทราบเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ วิธีการติดต่อและการป้องกันของโรคฉี่หนูหรือไม่ และจากสิ่งใด
- วิธีการติดต่อของโรคฉี่หนู จากประสบการณ์และสิ่งที่ท่านเคยทราบมา สามารถติดต่อได้ทางใด

- ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับความยากง่ายในการติดต่อของโรคฉี่หนูหรือโรคเลปโตสไปโรซิส มีความวิตกกังวลบ้างไหมเกี่ยวกับการติดต่อของโรคและคิดว่าการติดต่อของโรคเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของท่านหรือไม่ อย่างไร
- ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้โรคโรคฉี่หนูหรือโรคเลปโตสไปโรซิสระบาดในเขตพื้นที่ตำบลคอนทอง อำเภอหนองโดน
- ท่านมีวิธีการป้องกันโรคฉี่หนูหรือโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างไร

ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดและการป้องกันโรค

- ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการระบาดและการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ปัจจัยทางด้านความรู้

- ท่านคิดว่าความรู้มีผลต่อการระบาดและการป้องกันของโรคเลปโตสไปโรซิสมากน้อยแค่ไหน อย่างไร

ปัจจัยด้านพฤติกรรม

- ท่านคิดว่าพฤติกรรมมีผลต่อการระบาดและการป้องกันของโรคเลปโตสไปโรซิสมากน้อยแค่ไหน อย่างไร

ปัจจัยด้านสุขภาพ

- ท่านคิดว่าสุขภาพมีผลต่อการระบาดและการป้องกันของโรคเลปโตสไปโรซิสมากน้อยแค่ไหน อย่างไร

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขไม่ได้

- สิ่งแวดล้อมที่แก้ไขไม่ได้ เช่น พื้นที่น้ำท่วมขัง ฤดูกาล เป็นต้น ท่านคิดว่ามีผลต่อการระบาดและการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่ อย่างไร

ความครอบคลุมของการให้บริการด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการรับรู้ของประชาชน

- ท่านคิดว่าจากสื่อต่าง ๆ และการรณรงค์การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในปัจจุบันที่กระทำกันมาตลอดเพียงพอหรือไม่ในการทำให้ท่านทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ
- ท่านมีความคิดอะไรเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน

ความต้องการ/ความคาดหวังของประชาชนต่อรูปแบบการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

- เคยมีการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจากท่านหรือไม่ ทำอย่างไร

- ท่านคิดว่าประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่อย่างไร เข้ามาในลักษณะใด
- ท่านต้องการการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส รูปแบบหรือวิธีใดที่จะทำให้ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสามารถปฏิบัติตามได้ เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่
- ท่านคาดหวังอะไรเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ID.....
 หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
 ประสบการณ์ทำงานประสบการณ์ทำงาน.....
 ลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

แนวคำถามสนทนากลุ่ม

สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง

เพื่อศึกษารูปแบบในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคำถาม (Interview Guide)

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

- ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในท้องถิ่น
- ประชาชนในท้องถิ่นรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการระบาดและการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างไร มีวิธีการรณรงค์อย่างไร
- ประชาชนในท้องถิ่นมีวิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติตนอย่างไรในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

- อะไรเป็นสาเหตุให้โรคเลปโตสไปโรซิสระบาดในพื้นที่
- ท่านคิดว่าการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในปัจจุบันได้ผลดีมากน้อยเพียงใด
- ท่านคิดว่าการรณรงค์วิธีการใดที่ประสบผลสำเร็จมากที่สุด
- ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดที่เป็นอุปสรรคต่อการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ปัจจัยทางด้านความรู้การให้ข้อมูลและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน

- ท่านคิดว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสมากน้อยเพียงใด ท่านทราบได้อย่างไร
- ท่านมีวิธีการรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสกับประชาชนอย่างไร
- ท่านคิดว่าประชาชนในท้องถิ่นมีความรู้และรับรู้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสมากน้อยเพียงใด เพราะอะไร

- ท่านคิดว่าการให้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสกับประชาชนเพียงพอและครอบคลุมมากน้อยเพียงใด ที่ประชาชนจะสามารถปฏิบัติตามได้

ปัจจัยด้านพฤติกรรมของประชาชน

- ประชาชนมีการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างไร
- ท่านมีวิธีการหรือแนวทางในการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขพฤติกรรมของประชาชนอย่างไร ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ปัจจัยด้านสุขภาพ

- ด้านสุขภาพในท้องที่ปัจจุบันพบปัญหามากน้อยเพียงใดในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
- ท่านมีวิธีการหรือแนวทางในการรณรงค์แก้ไขด้านสุขภาพของประชาชนอย่างไร

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขไม่ได้

- ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขไม่ได้ เช่น ปัญหาแหล่งพื้นที่ตั้งตั้งอยู่บนพื้นที่ราบลุ่มน้ำสามารถท่วมขัง ท่านมีวิธีการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างไร

ปัจจัยด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยี

- ท่านคิดว่างบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยี มีผลต่อการการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่ อย่างไร
- ท่านคิดว่าอุปสรรคในการใช้วัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยี ในการการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ของท่านมีหรือไม่ อย่างไร

ปัจจัยด้านการประสานงาน

- ท่านคิดว่าการประสานงานมีผลต่อความสำเร็จในการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสมากน้อยเพียงใด อย่างไร
- ท่านคิดว่าสิ่งใดที่เป็นอุปสรรคต่อการประสานงานการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสขณะที่ท่านดำเนินการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับประชาชนในพื้นที่

- ประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือมากน้อยเพียงใด อย่างไร ในการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
- สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างไร เข้าใจความต้องการของประชาชนมากน้อยเพียงใด ทราบได้อย่างไร

ข้อเสนอแนะในการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

- ท่านคิดว่าควรมีการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จ

- ท่านต้องการให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีบทบาทในการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่เพราะเหตุใด และต้องการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะใด อย่างไร
- ท่านมีข้อเสนอแนะใดที่ต้องการเพิ่มเติมในการรณรงค์ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส



ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมในการเก็บข้อมูล

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตอำเภอนองโค่น
จังหวัดสระบุรี

ผู้วิจัย นางสาวสุชาร์ตน์ ผลโกก

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้รับทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับข้าพเจ้าจากผู้วิจัยอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อน
เร้นและยินยอมให้ทำวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้า
สามารถสอบถามผู้วิจัยได้และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า
นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วย
เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ (ผู้เข้าร่วมวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยรวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ (ผู้วิจัย)

วันที่

Copyright © VNU-Phu Thuan University



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๓๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๖๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๓

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๗๕๓

ชื่อโครงการ	การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตอำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๑-๕๒-๑๓ บ
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสุชารัตน์ ผลโกศ
ที่ทำงาน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ชื่อโครงการใหม่ ครั้งที่ ๑	กรณีศึกษา: การรับรู้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในชุมชนที่เลือกสรร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เอสซิงกิ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๖๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๓

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2009/1753/N₁

Title of Project	Model Development of Leptospirosis Prevention by Community Participation in Nongdon District Saraburi Province
Protocol Number	ID 11-52-13
Principal Investigator	Mrs. Sucharat Pholpok
Official Address	Ramathibodi School of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
Document reviewed	
New Title 1 :	Case Study : Perception of Factors Related to Leptospirosis in Selected Community

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects

.....
Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects

.....
Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

May 14, 2012

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสุชาร์ตน์ ผลโคก

วัน เดือน ปีเกิด

24 พฤษภาคม 2518

สถานที่เกิด

จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี พ.ศ. 2537 - 2541

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 - 2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 59/10 หมู่ที่ 3 ตำบลหนองปลาไหล

อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

เบอร์โทรศัพท์ (036) 302169

084-1042488

E-mail: Satjawathana@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

และสถานที่ทำงาน

แผนกคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองโดน

จังหวัดสระบุรี

เบอร์โทรศัพท์ (036) 397111, (036) 397251