

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา



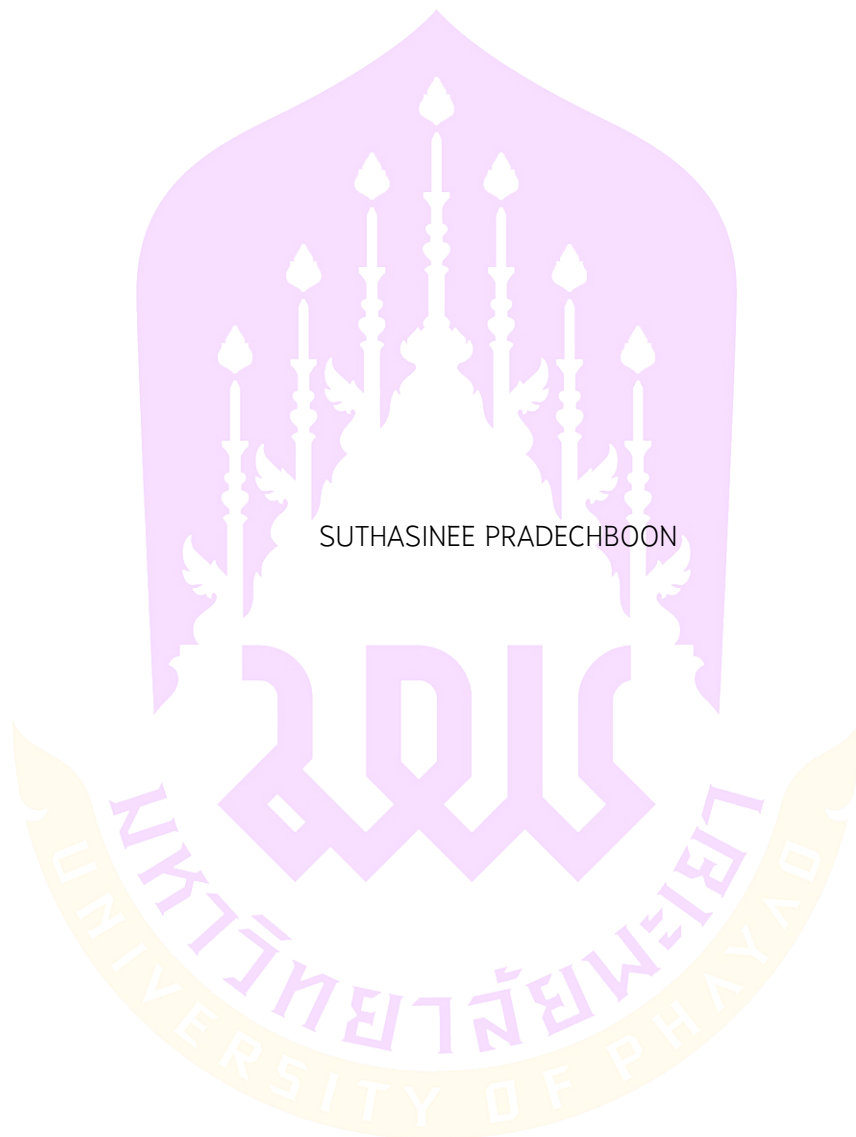
การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

FACTORS ASSOCIATED WITH THE PREVENTIVE HEALTH BEHAVIORS FOR
STREPTOCOCCUS SUIS INFECTION IN PHAYAO PROVINCE



SUTHASINEE PRADECHBOON

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

May 2023

Copyright 2023 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา

ของ สุธาสินี ประเดชญ

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมชาย จาดศรี)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)



เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา
ผู้ศึกษาค้นคว้า: สุธาสินี ประเดชญ, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565
อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมชาย จาตุศรี
คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ, โรคไข้หูดับ, โรคติดเชื้อ Streptococcus suis

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 334 คน และกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกโดยใช้แบบสอบถามผ่าน Google Forms วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หูดับระดับปานกลาง มีความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบระดับต่ำ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค หรือประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หูดับผ่านโทรทัศน์ และความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หูดับ และปัจจัยทั้งสามนี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันไข้หูดับของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33.8 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -.562, r = .229, r = .249$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบมีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ผกผันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ นั่นหมายถึง หากบุคคลมีความเชื่อและทัศนคติในทางที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันไข้หูดับลดลง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการบริโภคอาหารดิบ การบริโภคเนื้อหมูเสียดิบและส่วนประกอบจากหมูแบบดิบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรค อาการแสดง ความรุนแรงของโรค และผลกระทบต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อและการปฏิบัติตัวในการป้องกันที่เหมาะสม และการทำลายเชื้อที่ถูกต้อง ควรใช้โทรทัศน์เป็นช่องทางในการสื่อสารเรื่องไข้หูดับและทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประชาชนเข้าถึงข้อมูลและนำไปปฏิบัติได้

Title: FACTORS ASSOCIATED WITH THE PREVENTIVE HEALTH BEHAVIORS FOR STREPTOCOCCUS SUIS INFECTION IN PHAYAO PROVINCE

Author: Suthasinee Pradechboon, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

Advisor: Assistant Professor Dr. Somchai Jadsri

Keywords: Prevention behaviors of Streptococcus suis Infection Streptococcus suis infection

ABSTRACT

The cross-sectional study aims to study the factors that correlate with the prevention behaviors of Streptococcus suis Infection in Phayao province. The sample of 334 was convenience sampled and asked for completing questionnaires through Google Forms. The data was analyzed by descriptive statistics and the relationships between factors were analyzed by Pearson correlation and a stepwise multiple linear regression. The results showed that the sample had moderate knowledge about Streptococcus suis infection, low level of attitude of consuming raw red meat and high level of practical prevention of Streptococcus suis infection. Disease prevention behavior was negative correlation with attitude of consuming raw red meat ($r = -.562$, $p < 0.001$), positive correlation with Receiving news or Information channels by television and knowledge ($r = .229$, $r = .249$ respectively, $p < 0.001$). These three factors could predict disease prevention behavior as 33.80%. Therefore, relevant agencies should focus on raising public awareness to have the right attitude of raw red meat safe eating. In particular, the consumption of raw blood pork and raw pork components. The relevant authorities should disseminate academic knowledge about the disease. Symptoms, severity of the disease, and health effects that affect long-term quality of life, behaviors that increase the risk of infection and proper prevention and destruction. Communication channels about Streptococcus suis infection should be done continuously. Through television, where the public has access to information and put it into practice.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดีโดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาตศรี อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่คอยชี้แนะ ถ่ายทอดความรู้ ข้อคิด คำแนะนำช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทั้งคอยให้กำลังใจเสมอมา ตลอดการ ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ ลุล่วง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณในความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จุฑา ดร.สุทธิชัย ศิรินวล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาขอ แบบสอบถาม ทั้งยังตรวจสอบรายละเอียดที่ถูกต้องของโครงร่างวิจัย และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้และรู้จักคิดพิจารณาโดยใช้เหตุผลเพื่อ ให้ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้ยินดีตอบแบบสอบถามออนไลน์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม ออนไลน์อย่างครบถ้วน และสมบูรณ์ จนทำให้ได้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา อย่างสมบูรณ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว ที่เป็นแหล่งสนับสนุนพลังกาย พลังใจ เป็น อย่างดี ขอบคุณพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ที่คอยให้กำลังใจเสมอมา คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจาก การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศความดีความชอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

สุธาสิณี ประเดชบุญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	5
วัตถุประสงค์เฉพาะ	5
สมมุติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ <i>Streptococcus suis</i> หรือ ไขหูดับ	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	16
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรม KAP	17
แนวคิดทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง	24
แนวคิดธรรมเนียมสุขภาพ.....	28

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ส่วนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการวิจัย.....	38
ส่วนที่ 3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	45
ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง	51
ส่วนที่ 3 ความเชื่อและทัศนคติ ที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ ของกลุ่มตัวอย่าง	53
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หูดับ.....	58
ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หูดับและการสร้างสมการ	59
บทที่ 5 บทสรุป.....	61
สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	72
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก.....	77
ภาคผนวก ก เอกสารผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและพื้ที่กษสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	78
ภาคผนวก ข แบบสอบถามในการวิจัย.....	81
ประวัติผู้วิจัย	89

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วย/ อัตราป่วยต่อแสนประชากร/ อัตราป่วยตายโรค Streptococcus suis (รวม) ปี 2565 สัปดาห์ที่ 1 ถึง 53 พื้นที่ จังหวัดพะเยา.....	37
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)	47
ตาราง 4 แสดงอายุ เพศ จำนวนและร้อยละ จำแนกตามบริโภคนิสัยเมนูที่ทำจากเนื้อสัตว์ตามความชอบส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)	48
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ว่ามีภูมิตกาศชุมชนป้องกันโรคใช้หูดับ ในพื้นที่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)	50
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละประวัติการป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334).....	50
ตาราง 8 แสดงระดับความเห็นต่ออันตรายของโรคใช้หูดับที่มีต่อสุขภาพจำแนกตามเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334).....	51
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันโรคติดเชื่อหูดับถูกต้อง และค่าระดับความรู้ (n = 334).....	52
ตาราง 10 แสดงระดับความเชื่อและทัศนคติเชิงลบที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายชื่อ (n = 334).....	54
ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อคิดเห็นว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อคำถามทางลบของความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ จำแนกรายชื่อ (n = 334).....	55
ตาราง 12 แสดงระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายชื่อ (n = 334)	57

ตาราง 13 แสดงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัด59

ตาราง 14 แสดงการวิเคราะห์ผล (Stepwise multiple regression analysis)60



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงแผนภูมิความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม.....	6
ภาพ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติรูปแบบที่ 1	22
ภาพ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติรูปแบบที่ 2.....	23
ภาพ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติรูปแบบที่ 3.....	23
ภาพ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติรูปแบบที่ 4.....	23



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* หรือไข้หูดับ เป็นโรคที่พบได้ทั้งในมนุษย์และสัตว์ได้ทั่วโลก สถานการณ์ทั่วโลก ข้อมูลในปี พ.ศ. 2555 พบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้ออยู่ในทวีปเอเชีย รองลงมา ได้แก่ ทวีปยุโรปพบร้อยละ 8.5 โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จากทวีปเอเชีย เกี่ยวข้องกับการบริโภค ในภูมิภาคเอเชียโรคติดเชื้อนี้ จัดเป็นโรคประจำถิ่นในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศเวียดนามและไทย เนื่องจากลักษณะการเลี้ยงสุกรกระบวนกรฆ่าสัตว์ตลาด และการบริโภคสุกรที่ไม่ได้ปรุงสุก โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* นี้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ทุกปี และเชื้อ *Streptococcus suis* เป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรียในผู้ใหญ่ ที่มีความชุกสูงในภาคเหนือ เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมการบริโภคเนื้อสุกรดิบ รายงานการเกิดโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ส่วนใหญ่อยู่ที่ภาคเหนือและภาคกลางตอนบน และยังพบว่าพื้นที่ที่พบอัตราป่วยมีความสอดคล้องกับอัตราตาย ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2557-2562 พบอัตราป่วยของโรคไข้หูดับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นค่อยไปในเขตภาคเหนือ และจังหวัดที่มีอัตราป่วยเฉลี่ยสูงสุดต่อประชากรแสนคนและมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย ได้แก่ อุตรดิตถ์ (7.08) นครสวรรค์ (4.96) น่าน (4.73) และพะเยา (3.54) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวว่า กระแสการรับประทานอาหารดิบของคนไทยกำลังเป็นที่นิยม เชื่อว่าอาหารดิบมีความสดใหม่น่ารับประทาน รสชาติเป็นที่ถูกปากสำหรับผู้ชื่นชอบอาหารดิบ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขศึกษาจึงได้เฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดิบของประชาชน โดยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1-12 ระหว่างวันที่ 5-31 มีนาคม 2565 มีผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวนทั้งสิ้น 113,847 คน ผลการสำรวจ พบว่า ประชาชนร้อยละ 28 กินอาหารดิบอย่างน้อย 1 อย่าง ร้อยละ 7.3 นิยมกินเนื้อวัวดิบ เช่น ก้อยเนื้อ ซอยจู้ ก้อยมะนาว ลาบเลือด ส้มวัว ร้อยละ 5.9 นิยมกินเนื้อหมูดิบ เช่น ก้อยหมู หลู้หมู แหนมหมู จากผลการสำรวจพบว่าประชาชนยังคงนิยมรับประทานอาหารดิบที่ไม่ผ่านการปรุงสุก ไม่ผ่านความร้อน หรือใช้ความร้อนในระยะเวลาอันสั้น เช่น ลาบหมู ก้อยเนื้อ รวมถึงอาหารประเภทยำต่าง ๆ ที่มักจะลวกเนื้อสัตว์กึ่งดิบกึ่งสุก และเน้น

รสชาติที่เผ็ดจัดหรือเปรี้ยวจัด เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) การบริโภคเนื้อสัตว์ดิบเป็นเมนูอาหารของคนไทย โดยเฉพาะอาหารท้องถิ่นของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พฤติกรรมกินเนื้อสัตว์ดิบถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น จนกลายเป็นวัฒนธรรมการบริโภค ผลการศึกษาพบความชุกของการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบของประชาชน อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน เท่ากับร้อยละ 65.30 (อภิชาติ สถาพรวิวัฒน์, มณฑา เก่งการพานิช, นิคม แสงรัตน์ และคณะ, 2563)

เชื้อ *Streptococcus suis* เป็นเชื้อแบคทีเรียย้อมติดสีแกรมบวก รูปร่างกลม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ประมาณ 1 ไมโครเมตร สามารถสร้างสารพิษที่สลายเม็ดเลือดแดงได้ไม่สมบูรณ์ (alpha-hemolysis) ปกติเชื้อนี้สามารถพบได้ในช่องจมูก ต่อมทอลซิล ช่องคลอด และทางเดินอาหารของสุกร โดยที่สุกรไม่แสดงอาการป่วยแต่จะเป็นแหล่งรังโรค ในภาวะที่สุกรเครียดเนื่องจากความแออัด อากาศไม่เหมาะสม ความสกปรก หรืออยู่ในสภาวะที่ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ จะทำให้เชื้อเพิ่มจำนวนและสามารถแพร่กระจายไปยังสุกรตัวอื่น ๆ ในฝูงได้

การติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในมนุษย์เกิดขึ้นได้จากการรับเชื้อจากการบริโภคเนื้อ และเลือดหมูที่ปรุงแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ จากการสัมผัสกับหมูที่ติดเชื้อทั้งเนื้อหมู เครื่องใน และเลือดหมูที่เป็นโรค โดยเชื้อจะเข้าทางบาดแผล รอยขีดข่วนตามร่างกายหรือทางเยื่อบุตา หรือการสัมผัสเลือดของหมูที่กำลังป่วย โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ *Streptococcus suis* มีอัตราตายประมาณร้อยละ 12 โดยอาการและความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่ได้รับ สายพันธุ์ของเชื้อ และระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย (กรมควบคุมโรค, 2565) เชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus suis* ทำให้เกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและก่อให้เกิดความพิการด้านการสูญเสียการได้ยิน อย่างถาวรมีอัตราสูงถึงร้อยละ 47 อาการแสดงจากการติดเชื้อนอกจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) ที่พบมากที่สุดยังสามารถแสดงอาการได้หลายอย่าง เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) เยื่อบุหัวใจอักเสบ (endocarditis) ข้ออักเสบ (arthritis) และกลุ่มอาการช็อกซ็อก (toxic shock syndrome) ซึ่งกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มอาชีพเลี้ยงสุกร ทำงานในฟาร์มปศุสัตว์ หรือในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมชอบรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ที่ทำจากเนื้อหรือเลือดสุกร (มกร ลิมอุดมพร, 2560) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหายแล้ว ส่วนใหญ่มักพบความผิดปกติตามมาในภายหลัง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว และสูญเสียการได้ยินจนถึงขั้นหูหนวกหรือที่เรียกกันว่า “หูดับ” จากผลการศึกษาติดตามผู้ป่วย 3 รายที่ติดเชื้อ *Streptococcus suis* type 2 รอดชีวิต แต่มีความพิการหลงเหลือ คือ ภาวะหูหนวกถาวร ทั้ง 2 ข้าง หลังติดตามผลนาน 1 ปี และผู้ป่วยยังคงมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน แต่ความรุนแรงลดลง ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ไม่สามารถรับการฟื้นฟูภาวะหูหนวกโดยใช้

เครื่องช่วยฟังได้แต่ความสามารถในการทรงตัวของผู้ป่วยดีขึ้น จากการติดเชื้อทำให้คนปกติ กลายเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ อันเนื่องมาจากวัฒนธรรมการรับประทานอาหารจากสุกร ดิบที่ผิด เช่น ลาบ หลู้ ล้า ชกเล็ก เป็นต้น (ชินานาญ มั่นคง, 2550)

อาการทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ ใช้และปวดศีรษะ โดยระยะเวลาเฉลี่ยของอาการ ป่วยก่อนมาพบแพทย์คือประมาณ 1 สัปดาห์แต่แตกต่างกันได้ตั้งแต่ 3 วันถึง 2 สัปดาห์ อาการ อื่น ๆ ที่มีรายงาน ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ และคอแข็ง การตรวจร่างกาย ที่พบบ่อย ได้แก่ คอแข็ง (neck stiffness) ผื่นผิวหนัง จุดเลือดออกที่ผิวหนังในรายที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ช็อค การหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน หรือภาวะเลือดแข็งตัว ผิดปกติผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบพบการได้ยินผิดปกติเป็นภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย (กรมควบคุมโรค, 2565) หากพบว่ามีอาการดังกล่าว ขอให้รีบไปพบแพทย์ทันที แจ้งประวัติ การกินหมูดิบและสัมผัสเนื้อหมูให้ทราบ เพราะหากมาพบแพทย์และวินิจฉัยได้เร็ว จะช่วยลด อัตราการเกิดหูหนวกและการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ กลุ่มเสี่ยงที่หากติดเชื้อจะมีอาการป่วย รุนแรงเนื่องจากร่างกายมีภูมิต้านทานโรคต่ำ ได้แก่ ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคมะเร็ง โรคหัวใจ หรือผู้ที่เคยตัดม้ามออก เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2565)

โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในระยะยาวต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตค่อนข้างมาก สิ่งเหล่านี้สะท้อน โดยค่าความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years หรือ DALY) ซึ่งเป็นค่าแสดงภาระโรค มีการประเมินว่า DALY ของโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในจังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับ 7.41 ต่อประชากรแสนราย จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงานค่อนข้างสูงอายุ ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 42.9) รองลงมา ได้แก่ แม่บ้าน (ร้อยละ 24.6) และเกษตรกร (ร้อยละ 23.0) มีสัดส่วนเพศหญิง ต่อชายเท่ากับ 1: 2.65 ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินภาระทางเศรษฐกิจ ในด้านสุขภาพของโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าค่าใช้จ่ายของรัฐ ในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้สูงถึงเกือบ 38,000 บาทต่อราย สำหรับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและญาติ อยู่ที่ประมาณ 5,000 บาทต่อราย ไม่นับรวมรายได้ที่ต้องสูญเสียจากการขาดงาน และผลกระทบจากการขาดรายได้ของผู้นำครอบครัว เนื่องจากโรคนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค, 2565)

สถานการณ์ของโรคใช้हुดับในประเทศไทยจากข้อมูลเฝ้าระวังโรค *Streptococcus suis* ปี 2565 พบผู้ป่วย 375 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.57 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 7 ราย คิดเป็น

อัตราตาย 0.01 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 0.53 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ อายุมากกว่า 65 ปี (35.73%) อายุ 55-64 ปี (28.00%) อายุ 45-54 ปี (18.13%) สัญชาติเป็นไทย ร้อยละ 100.0 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตร ร้อยละ 30.4 รับจ้าง ร้อยละ 26.1 งานบ้าน ร้อยละ 15.7 ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ พบมากในอายุมากกว่า 65 ปี (72 ราย) อายุ 55-64 ปี (49 ราย) และอายุ 45-54 ปี (37 ราย) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ นครราชสีมา พะเยา อุตรดิตถ์ อุทัยธานี และตาก ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565)

สถานการณ์ของโรคไข้หูดับในจังหวัดพะเยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2565 พบผู้ป่วยจำนวน 11, 18, 40 และ 12 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 8.28, 20.98, 20.71 และ 2.50 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 1, 1, 1 และ 0 ราย ตามลำดับ ในปี 2565 พบว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคและการรายงานผู้ป่วยต่ำกว่าปีที่ผ่านมาและต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 10 ราย เพศหญิง 2 ราย กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 55-64 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 8.28 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (3.81) กลุ่มอายุ 45-54 ปี (3.55) และกลุ่มอายุ 25-34 ปี (1.47) ตามลำดับ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, 2566)

แม้ว่าอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* จะน้อยแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จากสถานการณ์ของโรคข้างต้นมีผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบ (อภิชาติ สถาวรวิวัฒน์, มณฑา เก่งการพานิช, นิคม แสงรัตน์ และคณะ, 2563) จึงจะเห็นได้ว่าการป้องกันการเกิดโรคมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการเฝ้าระวังโรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนที่แสดงออกซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นมีหลายปัจจัย สามารถอธิบายได้จากแบบจำลอง KAP (Knowledge Attitude and practices) คือ การศึกษาถึงระดับความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ โดยทั้งสามปัจจัยนั้นเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อกันทั้งในทางตรงและทางอ้อมในการปฏิบัติตน รวมถึงปัจจัยอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น พฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน (Preventive Health Behavior) ช่องทางและการรับข่าวสารหรือประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพ กฎกติกาชุมชน (ธรรมเนียมสุขภาพ) ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา เพื่อทราบพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับปฐมภูมิ และนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบวางแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไข้หูดับในจังหวัดพะเยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตายต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัดบ ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคไข้หัดบ กฎกติกามุขชน จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัดบ ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคไข้หัดบ กฎกติกามุขชน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัดบ ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคไข้หัดบ กฎกติกามุขชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบของประชาชน จังหวัดพะเยา ซึ่งได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชน ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอภูกามยาว อำเภอดอกคำใต้ อำเภอภูซาง อำเภอเชียงคำ และอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ช่วงระหว่างวันที่ 6 มีนาคม - 10 เมษายน 2566 จำนวน 384 คน

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดของประชาชนจังหวัดพะเยา โดยมี

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส อาชีพ การบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ (หมู วัว ควาย) การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ประวัติเคยป่วยโรคติดเชื้อไข้หัด) ความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลต่อความรุนแรงของโรค (การรับรู้อันตรายของโรค) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคไข้หัด กฎกติกาของชุมชน และปัจจัย คือ ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัด ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันไข้หัด

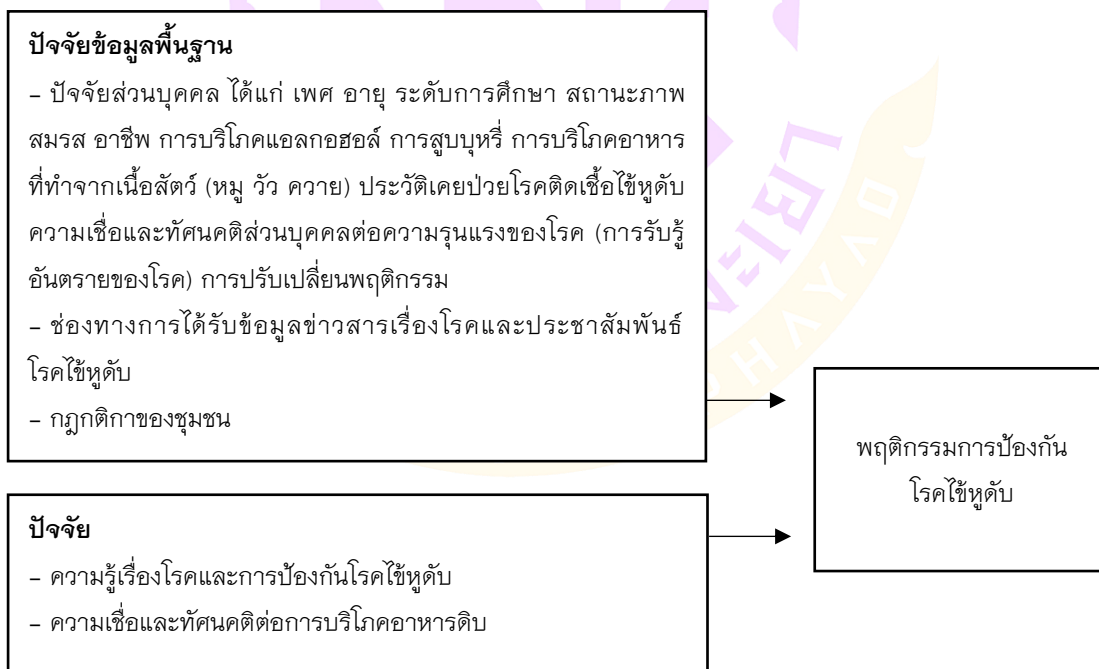
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 6 มีนาคม 2566 – 10 เมษายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 แสดงแผนภูมิความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก ที่ทำให้บุคคลแสดงออกเป็นการกระทำหรือปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไข้หูดับ รวมถึงการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค

2. ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคไข้หูดับ หมายถึง เครื่องมือหรือตัวกลางที่ใช้ในการนำสื่อซึ่งหมายถึง ข่าวสาร เรื่องราว ข้อมูล ความรู้ สถานการณ์ต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคไข้หูดับ และภัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้หูดับ จากผู้ส่งสารไปสู่ประชาชน (ผู้รับสาร) เพื่อการถ่ายทอดหรือบอกข่าวสารให้แก่ประชาชนได้รับทราบ ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรคไข้หูดับ และเป็น การกระจายข่าวสารไปสู่ประชาชนอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว

3. กฎกติกาของชุมชน หมายถึง กรอบ แนวทาง กติกา หรือ ข้อตกลงร่วมที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพในภาพรวมของพื้นที่ หรือเฉพาะบางประเด็นตามที่ชุมชนเห็นร่วมกันก็ได้ โดยมีหัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนทิศทางการพัฒนาสุขภาพโดยรวมที่ชุมชนหรือสังคมเห็นร่วมกัน และเขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้สื่อสารสร้างความเข้าใจ และผลักดันให้มีการนำไปปฏิบัติจริง ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล ทบทวนและปรับปรุงใหม่ร่วมกันในชุมชน

4. ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อและแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมส่วนบุคคล รวมถึงการปฏิบัติสืบทอดต่อการรับประทานอาหารดิบที่เป็นไปในทิศทางในทางที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ตามข้อเท็จจริงทางวิชาการ ซึ่งอาจมีทั้งโทษและประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบวางแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไข้หูดับ ในจังหวัดพะเยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย

2. ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการทำวิจัยรูปแบบอื่นต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย แล้วแบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ความรู้และการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* หรือ ไข้หูดับ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม KAP
4. แนวคิดทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง
5. แนวคิดธรรมเนียมสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* หรือ ไข้หูดับ

กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึง โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในแนวทางป้องกันควบคุมโรค สเตร็ปโตค็อกคัส ซูอิส.ว่าเป็นเชื้อแบคทีเรียประเภท facultative anaerobe อยู่ในวงศ์ *Streptococcaceae* จีโนส *Streptococcus* มีลักษณะโคโลนีกลมมนชอบเรียบ ใส จัดเรียงตัวเป็นแบบสายสั้น ๆ หรือเป็นคู่ โดยทั่วไปพบเป็นเชื้อประจำถิ่น พบในทอนซิล โพร่งจมูก ทางเดินอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินอาหารของสุกร แคปซูลและผนังเซลล์ของเชื้อ *Streptococcus suis* ประกอบไปด้วย โปรรตีน หรือสารโพลีแซคคาไรด์ (polysaccharide) ชนิดต่าง ๆ หลังจากรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายทั้งทางการรับประทานหรือสัมผัสเชื้อทางผิวหนัง เชื้อ *Streptococcus suis* จะเพิ่มจำนวน (colonized) ก่อนที่ผิวหนัง หรือเซลล์บุทางเดินอาหารที่สัมผัสหรือรับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย แล้วหลบหลีกภูมิคุ้มกันของมนุษย์แพร่กระจายทางกระแสโลหิต จากนั้นเชื้อสามารถผ่านภูมิคุ้มกันของระบบประสาทเข้าสู่สมอง (blood brain barrier) ทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) ได้นอกจากนั้นอาจแพร่กระจายตามกระแสโลหิตไปทำให้เกิดพยาธิสภาพตามอวัยวะอื่น ๆ ได้เช่นกัน เช่น ข้ออักเสบ กระดูกไขสันหลังอักเสบ หรือลิ้นหัวใจอักเสบ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะมีอาการรุนแรงระหว่างที่เชื้อเพิ่มจำนวนในกระแส

โลหิตทำให้เกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงที่มีภาวะช็อก (septic shock) ได้เช่นเดียวกับ *Streptococcus* ชนิดอื่น ๆ แต่พบว่า เชื้อ *Streptococcus suis* ทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้บ่อยที่สุด

แนวทางการป้องกันควบคุมโรคนั้น ได้อธิบายถึงการเสริมสร้างอาหารปลอดภัย เพื่อการป้องกันโรคในคน

1. กลุ่มผู้เลี้ยงสัตว์ เนื่องจากเชื้อโรค *Streptococcus suis* ส่วนใหญ่พบในสุกรและ ไม่แสดงอาการ ไม่มีข้อบ่งชี้หรืออาการในสัตว์ที่บ่งบอกว่าสัตว์มีเชื่อนี้ผู้เลี้ยงสัตว์ควรป้องกัน และระวังตนเองในการเลี้ยงหรือจับสุกรเพราะมีความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากสุกรที่เป็นพาหะ ได้ควรป้องกัน ดังนี้

1.1 การทำความสะอาดคอก ควรใส่รองเท้าและถุงมือทุกครั้งเพื่อป้องกันการสัมผัสกับของเสียมูลหรือน้ำจากคอกสุกร หรือเมื่อต้องเข้าไปทำงานในคอกสุกร

1.2 หลีกเลี่ยงจากการจับซากสุกรที่ตายด้วยมือเปล่าและสุกรควรได้รับการวินิจฉัยสาเหตุการตายจากสัตวแพทย์ประจำฟาร์ม

1.3 การทำลายซาก ควรฝังให้ลึกประมาณ 2 เมตร และโรยปูนขาวที่ก้นหลุมและ บนตัวสัตว์ก่อนทำการกลบดิน

1.4 ไม่ควรเคลื่อนย้ายซากสุกรที่ตายออกนอกบริเวณฟาร์มเพื่อจำหน่ายหรือ บริโภค

1.5 ล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับสุกรหรือทำความสะอาดคอกสัตว์

2. กลุ่มผู้ชำแหละซากสัตว์หรือทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ผู้ทำงานในโรงงานฆ่าสัตว์จะเป็น ผู้ที่สัมผัสโดยตรงกับซากสัตว์หากซากสัตว์มีเชื้อโรคและไม่ตระหนัก หรือมีการป้องกันที่ดี อาจจะทำให้โอกาสสูงในการติดเชื้อได้ดังนั้น ผู้ที่ทำงานโรงงานฆ่าสัตว์ผู้ชำแหละเนื้อสัตว์ จะต้องมีการป้องกันตนเองอย่างดีไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการแต่งกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล นอกจากนี้ผู้ที่ทำงานในโรงงานฆ่าสัตว์ก็ต้องมีสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรค ไปสู่เนื้อสัตว์ซึ่งอาจปนเปื้อน โดยการสัมผัสโดยตรง ผ่านทางระบบทางเดินหายใจ และระบบ ทางเดินอาหาร

2.1 ไม่ซื้อสัตว์ป่วยหรือตายด้วยโรคระบาดมาชำแหละ

2.2 การรับสุกรเข้ามาต้องมาจากแหล่งที่เชื่อถือได้

2.3 ปฏิบัติตามหลักสุขลักษณะของพนักงาน (Personal hygiene) ดังนี้

2.3.1 การตรวจสุขภาพพนักงาน พนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงฆ่าสัตว์ต้องมี สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อ และไม่เป็พาหะนำโรคที่มีผลต่อการผลิตเนื้อสัตว์ เช่น วัณโรค โรคเรื้อน ไทฟอยด์ ไวรัสตับอักเสบนชนิดบี เป็นต้น ทั้งนี้ต้องมีการดำเนินการตรวจ

สุขภาพของพนักงานก่อนจะรับเข้าทำงานในโรงฆ่าสัตว์และจัดให้มีการตรวจสุขภาพของพนักงานอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้พนักงานที่เจ็บป่วย หรือเป็นพาหะของโรค สัมผัสกับเนื้อสัตว์ซึ่งอาจจะปนเปื้อนสู่กระบวนการผลิตเนื้อสัตว์ได้

2.3.2 พนักงานที่เจ็บป่วย กรณีพนักงานเจ็บป่วย หรือเป็นโรคซึ่งอาจส่งผล ต่อความปลอดภัยของอาหาร เช่น ท้องร่วง โพรงจมูกอักเสบ อาเจียน เป็นไข้เจ็บคอ เป็นแผล ติดเชื้อ มีหนอง เป็นต้น ต้องแจ้งให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบทราบ และมีการดำเนินการจัดการ เช่น แยกพนักงานที่เจ็บป่วยไปทำหน้าที่อื่น ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสเนื้อสัตว์ หรือให้ไป พบแพทย์เพื่อตรวจรักษาให้หายก่อนเข้าปฏิบัติงานใหม่ กรณีที่เกิดบาดแผลที่มือหรือแขน ให้ปิดแผลด้วยพลาสติกชนิดที่กันน้ำได้และสวมถุงมือทับก่อนการปฏิบัติงานที่สัมผัสกับ เนื้อสัตว์ เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากบาดแผลปนเปื้อนสู่เนื้อสัตว์

2.3.3 การแต่งกาย

1) เสื้อผ้า (ชุดปฏิบัติงาน) ควรเป็นชุดที่รัดกุม และเหมาะสมต่อ การปฏิบัติงานควรมีสีอ่อน เพื่อตรวจสอบความสะอาดได้และทำจากวัสดุที่ซักล้างได้ง่าย ไม่ควรมีกระเปาะหรือกระดุม เนื่องจากการทำความสะอาดได้ยาก และอาจปะปนไปกับเนื้อสัตว์ ได้ทั้งนี้โรงฆ่าสัตว์ควรจัดให้มีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับพนักงาน โดยไม่ควรสวมชุดปฏิบัติงาน ในโรงฆ่าสัตว์มาจากบ้าน และควรจัดให้มีตู้เก็บของสำหรับให้พนักงานเก็บของใช้ส่วนตัว

2) รองเท้า จัดให้มีรองเท้าบู๊ท สำหรับพนักงานเปลี่ยนก่อนเข้า บริเวณผลิต โดยมีการจุ่มในอ่างน้ำยาฆ่าเชื้อโรคก่อนเข้าปฏิบัติงานในบริเวณผลิตและ ห้ามพนักงานสวมรองเท้าบู๊ทออกนอกบริเวณผลิตหรือเข้าห้องน้ำ

3) ที่คลุมผม หมวก และหน้ากากอนามัย การสวมหมวกและที่คลุมผม จะช่วยป้องกันไม่ให้เส้นผมหลุดร่วงสู่เนื้อสัตว์โดยหมวกและที่คลุมผมควรมีรูตาข่าย ขนาดเล็กพอที่จะป้องกันไม่ให้เส้นผมหลุดร่วงไปสู่เนื้อสัตว์ได้การสวมหน้ากากอนามัย (ปิดจมูกและปาก) จะช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อโรคในน้ำลายและในทางเดินหายใจของพนักงาน ปนเปื้อนสู่เนื้อสัตว์

4) ผ้ากันเปื้อน โดยทั่วไปมักทำจากพลาสติกเพื่อให้ทำความสะอาด ได้ง่ายควรตรวจดู สภาพของผ้าอย่างกันเปื้อนให้อยู่ในสภาพสะอาด ไม่ชำรุด

5) ถุงมือ การใช้ถุงมือในโรงฆ่าสัตว์อาจใช้ถุงมือที่ทำจากพลาสติกหรือ ยางเพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคปนเปื้อนจากมือพนักงานสู่เนื้อสัตว์และป้องกันของเสียจาก ซากสัตว์ที่ฆ่าแหละเข้าทางผิวหนัง

3. กลุ่มผู้จำหน่ายเนื้อสุกรสดในแผงทั่วไป/ ในตลาด ผู้จำหน่ายเนื้อสุกรนับว่าเป็นจุดแรกที่มีความสำคัญต่อผู้บริโภค ดังนั้น จึงต้องป้องกันการนำเชื้อโรคนี้สู่ผู้บริโภค

3.1 เนื้อสุกรที่นำมาจำหน่ายควรมาจากโรงฆ่าสัตว์ที่ได้มาตรฐาน มีการตรวจรับรองจากพนักงานตรวจเนื้อโดยปกติแล้วเนื้อสุกรที่ผ่านจากโรงงานฆ่าสัตว์จะมีตราประทับรับรองที่ซากทุกซากที่จะนำสู่การจำหน่าย และควรมีใบรับรองการนำเนื้อสุกรจากโรงฆ่าสัตว์ที่มีมาตรฐาน

3.2 ไม่ซื้อเนื้อหรือผลิตภัณฑ์สุกรที่ป่วยหรือสงสัยป่วยมาจำหน่าย

3.3 ควรจำหน่ายเนื้อสดทุกวัน หากเหลือค้างคืนควรนำไปผลิตเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อจำหน่าย

3.4 จัดให้มีคีบเนื้อสัตว์หรือถุงมือที่ใช้ครั้งเดียวเพื่อไม่ให้เกิดการสัมผัสเนื้อสัตว์โดยตรงและล้างมือหลังการสัมผัสเนื้อสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ทุกครั้ง

3.5 การเก็บเนื้อสุกรสดระหว่างวันที่จะนำมาจำหน่าย หรือเก็บค้างคืนไม่เกิน 5 วันต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิไม่เกิน 5 °C ในตู้เย็นหรือแช่น้ำแข็งตลอดระยะเวลาการเก็บ และหากจำเป็นต้องเก็บนานหลายเดือน จะต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่ต่ำกว่าลบ 18 °C

3.6 ควรทำความสะอาดบริเวณพื้น ทางเดิน แผงจำหน่ายสินค้าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือน้ำผงซักฟอกและฆ่าเชื้อโดยคลอรีนที่มีความเข้มข้น 100 ส่วนในล้านส่วน (ใช้ผงปูนคลอรีน 60% ในอัตราส่วน 1 ช้อนชาต่อน้ำ 20 ลิตร) กรณีที่พบผู้ป่วยหรือมีความเสี่ยงให้เพิ่มความเข้มข้นของคลอรีนเป็น 1,000 ส่วนในล้านส่วน (ใช้ผงปูนคลอรีน 60% ในอัตราส่วน 2 ช้อนชาต่อน้ำ 20 ลิตร)

3.7 ผู้จำหน่ายสุกรต้องมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อ ระวังอย่าให้มีบาดแผลที่มีโอกาสให้ใช้พลาสติกกันน้ำปิดแผล และสวมถุงมือ

3.8 กรณีจำหน่ายเนื้อสุกรในตลาด

3.8.1 ปฏิบัติตามข้อ 3.1-3.7

3.8.2 ควรล้างแผงจำหน่ายอาหารสด และแผงเนื้อสัตว์ฆ่าแช่ทุกวัน ในกรณีคราบไขมันน้อยใช้โซดาไฟชนิด 96% 1 ช้อนโต๊ะต่อน้ำ 10 ลิตร และกรณีคราบไขมันมากใช้โซดาไฟชนิด 96% ในอัตราส่วน 2 ช้อนโต๊ะต่อน้ำ 10 ลิตร ทั้งไว้นาน 15-30 นาที

3.8.3 ใช้น้ำสะอาดฉีดล้างทางเดิน ฝาผนัง และกวาดล้างลงสู่ทางระบายน้ำเสีย เพื่อชะล้างสิ่งสกปรกและสารเคมีที่ใช้ทำความสะอาดออกให้หมด

3.8.4 ล้างตลาดตามหลักสุขาภิบาล ในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดต่อ ควรมีการล้างตลาดตามหลักการสุขาภิบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง*

4. กลุ่มผู้ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหาร

4.1 ผู้จำหน่ายอาหารต้องผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร ตามบทบัญญัติ “กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร 2561” (ออกตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535)

4.2 ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหาร

4.3 ผู้ปรุง ประกอบ และจำหน่ายอาหารต้องมีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคติดต่อ ะมัดระวังอย่าให้มีบาดแผลที่มือ ถ้ามีให้ใช้พลาสติกกันน้ำปิดแผล และสวมถุงมือทุกครั้งขณะปฏิบัติงาน

4.4 เลือกซื้อเนื้อสุกหรือผลิตภัณฑ์จากแหล่งที่ได้มาตรฐานหรือแหล่งที่เชื่อถือได้มาปรุง ประกอบอาหารจะต้องเลือกซื้อเนื้อที่เก็บในความเย็นตลอดเวลา มีสีแดงธรรมชาติ ไม่ซีดเหลือง ไม่มีกลิ่นเหม็นบูด ที่สำคัญจะต้องไม่มีเม็ดสีขาว (ตัวอ่อนของพยาธิตัวดีด หรือมีลักษณะผิดปกติอื่น ๆ เช่น ตุ่ม ก้อน ผิวไม่แห้ง หรือแฉะเกินไป มีน้ำเยิ้ม มีการเปื้อนอุจจาระ และควรเลือกซื้อจากแหล่งที่มีสัตวแพทย์รับรอง โดยสังเกตจากตราประทับบนหนังที่ชำแหละจากโรงฆ่าสัตว์ที่ได้รับการรับรองจากกรมปศุสัตว์)

4.5 การเก็บต้องเก็บในภาชนะที่สะอาดแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะโดยมีการแบ่งเป็นชั้นส่วนในขนาดที่เหมาะสมสำหรับใช้ปรุงในแต่ละครั้ง มีการปกปิดเพื่อป้องกันสัตว์แมลงหรือสิ่งสกปรกปนเปื้อน ในขณะที่เนื้อสัตว์ที่อยู่ในระหว่างรอการปรุงซึ่งเป็นการเก็บในช่วงระยะเวลาสั้น ให้เก็บไว้ในอุณหภูมิตู้เย็น ไม่เกิน 10 °C แต่หากไว้ใช้ไม่เกิน 5 วัน ต้องเก็บที่อุณหภูมิไม่เกิน 5 °C และหากเก็บนานหลายเดือนจะต้องเก็บไว้ที่อุณหภูมิต่ำกว่าลบ 18 °C (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการกำหนดอุณหภูมิในการเก็บรักษาอาหารสดในสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561)

4.6 ก่อนนำไปปรุงต้องล้างให้สะอาด โดยเฉพาะสิ่งสกปรกที่ติดมากับไขมัน ถ้ามีมากควรล้างด้วยน้ำอุ่นแล้วจึงนำมาชำแหละอวัยวะต่าง ๆ

4.7 ปรุงอาหารให้สุกทั่วถึงด้วยความร้อนอย่างน้อย 70 °C ในเวลาไม่น้อยกว่า 2 นาที เพื่อทำลายเชื้อโรคและตัวอ่อนพยาธิ

4.8 สำหรับอาหารปรุงสำเร็จ ให้มีการปกปิดอาหาร และอุ่นอาหารทุก ๆ 2 ชั่วโมง ในกรณีมีการใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับ หรือตักอาหาร ะมัดระวังไม่ให้ส่วนของด้ามจับ ตกหล่นหรือสัมผัสกับอาหารเพราะอาจเกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคได้

4.9 คู่มือสถานที่ปรุงประกอบอาหาร บริเวณพื้น โต๊ะที่นั่ง บริเวณที่รับประทาน อาหารให้สะอาดโดยทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือผงซักฟอก และฆ่าเชื้อ ด้วยน้ำยาทำความสะอาดทุกวันหลังให้บริการ

4.10 ผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลความสะอาดและเก็บขยะต้องสวมถุงมือยางผ้ายาง กันเปื้อน รองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง สวมหน้ากากอนามัย ใช้ปากคีบด้ามยาวเก็บใส่ถุงขยะปิด ปากถุงให้มิดชิด นำไปรวบรวมไว้ที่พักขยะและล้างมือด้วยน้ำสะอาดและสบู่ทุกครั้ง และอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีภายหลังจากปฏิบัติงาน

5. กลุ่มผู้บริโภคและประชาชนทั่วไป

5.1. กรณีเลือกซื้อจากสถานที่จำหน่ายอาหารมาบริโภค

5.1.1 เลือกร้านที่ได้มาตรฐาน ผ่านการรับรองจากหน่วยงานราชการ โดยผู้จำหน่ายอาหารมีสุขลักษณะส่วนบุคคลที่ดีคือ สวมใส่ผ้ากันเปื้อน หมวก หรือเน็ตคลุมผม รวมถึงต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าขณะปฏิบัติงาน

5.1.2 อาหารปรุงสำเร็จมีการปกปิด มีอุปกรณ์ในการคีบตักอาหาร

5.1.3 เลือกซื้ออาหารที่ปรุงสุกด้วยความร้อนอย่างน้อย 70 °C ในเวลา ไม่น้อยกว่า 2 นาที ไม่ซื้ออาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ หลู้ จิ้มจุ่ม ที่ต้มไม่สุกพอ เป็นต้น มารับประทาน

5.1.4 ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหาร ทุกครั้งหลังสัมผัส สิ่งสกปรก

5.2 กรณีซื้อเนื้อสุกรสดมาปรุง ประกอบเอง

5.2.1 ระวังระวังอย่าให้มีบาดแผลที่มือ ถ้ามีให้ใช้พลาสติกปิดแผลและ สวมถุงมือทุกครั้ง ขณะหั่นเนื้อสุกรสด

5.2.2 เลือกซื้อเนื้อสุกรหรือผลิตภัณฑ์จากตลาดที่ได้มาตรฐานหรือแหล่ง ที่เชื่อถือได้มาปรุง ประกอบอาหาร จะต้องเลือกซื้อเนื้อที่เก็บในความเย็นตลอดเวลา มีสีแดง ธรรมชาติไม่ซีดไม่มึนเหม็นบูดที่สำคัญจะต้องไม่มีเม็ดสีขาวหรือมีลักษณะผิดปกติอื่น ๆ เช่น ตุ่ม ก้อน ผิวไม่แห้ง หรือแฉะเกินไป มีน้ำเยิ้ม มีการเปื้อนอุจจาระ

กรมควบคุมโรคได้กล่าวถึงการป้องกันโรคว่า การที่โรคนี้จะป้องกันได้จะต้องมี การเฝ้าระวังและครอบคลุมโรคทั้งในสัตว์และคน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและ บุคลากร ตั้งแต่การป้องกันการเฝ้าระวังการสอบสวนและการควบคุมโรคการวินิจฉัยและ การดูแลรักษา รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจสู่ประชาชนในการป้องกันตนเองซึ่งการที่ จะดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคให้ได้ผลดีนั้น จำเป็นต้องดำเนินการในทุกภาคส่วนให้เกิด

เครือข่ายความร่วมมือทุกระดับ ตั้งแต่ส่วนกลาง จังหวัดอำเภอ และในระดับชุมชนหรือตำบล โดยการบริหารจัดการตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว การป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ไม่สามารถสำเร็จได้ด้วยการทำงานจากหน่วยงานเดียวเนื่องจากเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน หลายคนอาจเห็นว่าการแก้ปัญหาจัดการ ที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร หรือสุขอนามัยส่วนบุคคลเนื่องจากสาเหตุหลักของโรคนี้นี้มาจากการรับประทานเนื้อหรือเลือด หมูดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ หรือการสัมผัสเนื้อหมูขณะมีบาดแผลแต่ที่จริงปัจจัยเสี่ยงมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากกว่านั้นตั้งแต่การเลี้ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคในสุกร การฆ่าและและการวางขาย ที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อจนไปถึงขั้นตอนการปรุงประกอบเป็นอาหารอีกทั้งยังมีเรื่องอื่น ที่เข้ามาเกี่ยวข้องเช่นวัฒนธรรมความเชื่ออีกด้วย ดังนั้นจะเห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค ติดเชื้อใช้หุ้ดับไม่สามารถสำเร็จได้จากการทำงานหน่วยเดียว จำเป็นต้องทำงานแบบหลาย หน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวจึงจะสามารถ ยุติปัญหาได้อย่างแท้จริง โดยแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวเป็นแนวคิดที่มีเป้าหมายสำคัญใน การเสริมสร้างการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพของทุกภาคส่วนและทุกระดับ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมโดยตระหนัก ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพคนสัตว์ และสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกันโดยใน ปีพ.ศ. 2555 กรมควบคุม โรค โดยกระทรวงสาธารณสุขนำแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวมาใช้เป็นกรอบความคิดใน การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องใน การเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ ปัจจุบันมีหลายโรคที่ใช้ แนวคิด“สุขภาพหนึ่งเดียว” มาเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคไข้หวัดใหญ่ โรคติดต่ออุบัติใหม่ ฯลฯ การดำเนินงานประกอบด้วยหน่วยงานเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในส่วนกลาง ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมอนามัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์กรมปศุสัตว์ สถาบันสุขภาพสัตว์ แห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครอง

2. เครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในจังหวัด ได้แก่ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสุขภาพสัตว์ และสุขอนามัย (สสอ.) ศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ศูนย์อนามัย สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด สำนักงานปศุสัตว์เขตโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ฯลฯ

3. เครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครปศุสัตว์ ฯลฯ

4. เครือข่ายความร่วมมือภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ได้แก่ เครือข่ายผู้เลี้ยงสุกรเครือข่ายศาสนาในชุมชน วัด เครือข่ายผู้ประกอบการร้านอาหารท้องถิ่น ฯลฯ

การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* นั้น หมายถึงกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อติดตามสังเกต พินิจพิจารณาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของการกระจาย ปัจจัยสาเหตุของโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ คือ การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ข้อมูล แปลผล และการกระจายข่าวให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อนำไปสู่การควบคุมป้องกันโรค และประเมินผลการดำเนินการแก้ปัญหาโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ *S. suis* โดยทั่วไปประกอบด้วยองค์ประกอบ ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนสำคัญ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ตลอดจนต้องกำหนดตัวแปรให้ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการ การเก็บข้อมูลมักพบปัญหาค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องอาศัยข้อมูลรายละเอียดที่ช่วยสนับสนุน หรือยืนยันการวินิจฉัยและความร่วมมือจากเครือข่ายระดับต่าง ๆ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดเรียงให้เป็นหมวดหมู่ตามลักษณะตัวแปร เพื่อแสดงให้เห็นถึงลักษณะการกระจาย ขนาด และความรุนแรงของโรค และสถานการณ์แนวโน้มของการเกิดโรค และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลในอดีต ปัจจุบัน หรือระหว่างพื้นที่โดยทั่ว ๆ ไป

3. การแปลผลข้อมูลเป็นการนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาพิจารณาอย่างมีเหตุผลเพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนถูกต้อง ภายใต้ข้อกำหนดของข้อมูลที่มีอยู่เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเกิดและเปลี่ยนแปลงของโรค โดยแปลผลออกมาในลักษณะสถานการณ์โรคและอธิบายเหตุผลสนับสนุนลักษณะการเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้น โดยการตั้งสมมุติฐานหรืออ้างอิงข้อมูลทางวิชาการที่เชื่อถือได้เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนควบคุมป้องกันโรค

4. การกระจายข่าวสาร การนำเสนอข้อมูลที่แปลผลและให้ข้อสรุปที่ชัดเจนแล้วให้แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและหามาตรการควบคุมป้องกันโรค หรือนำมาเป็นข่าวสารเพื่อเตือนภัยประชาชนเพื่อให้ปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

การกระจายข่าวสารทำได้หลายรูปแบบ แต่ต้องมีความถูกต้องตามข้อเท็จจริง มีความสม่าเสมอ อ่านเข้าใจง่าย และมีข้อเสนอแนะประกอบข่าวสารนั้น

ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคใช้หุ้ดดับหรือป้องกันการระบาดของโรคนั้น ควรเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองแก่ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่มอาชีพ ให้ปลอดภัยจากโรค มีการบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรค อย่างครอบคลุมทั้งในสัตว์และคน ระหว่างหน่วยงานและบุคลากรในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชนรวมถึงชุมชนในพื้นที่ ให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือทุกระดับอย่างมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระดับชุมชนหรือตำบล จังหวัดอำเภอ จนถึงส่วนกลาง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (concept about health behavior)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจเจกบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากความเป็นปัจเจกบุคคล เช่น พันธุกรรม ที่ต่างกัน ซึ่งเมื่อเกิดมาแล้วพันธุกรรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่สามารถดูแลและปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้มีความเชื่อความรู้เจตคติและทักษะต่อการดูแลสุขภาพ ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคลย่อมมีสุขภาพดีและความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

2. ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

2.1.1 พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราการใช้เข็มขัดนิรภัยการสวมหมวกกันน็อคการขับรถให้ถูกกฎจราจร การตรวจสุขภาพประจำ เป็นต้น

2.1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติ แต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

2.1.3 พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่ากายเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่างหรือรู้สึกไม่สบาย ก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร และค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาวะการณ์ เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่ากายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยามกินเอง การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลยคอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

2.1.4 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior) การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้วเพื่อที่จะให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การล้างมือบ่อยๆ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนักการมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

ดังนั้น มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัย สถานการณ์ สิ่งแวดล้อมและเงื่อนไข ซึ่งสิ่งที่แสดงออก อาการ ท่าที บทบาท ความประพฤติที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางที่ดีและไม่ดี ถือเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสิ้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติและพฤติกรรม KAP

1. ทฤษฎี ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice)

เป็นทฤษฎีที่มีการนำมาใช้ในการสำรวจเพื่อทำความเข้าใจถึงสภาวะที่ต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจกลุ่มของประชากรที่ทำการศึกษา แบบสำรวจความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัตินั้นมีการประยุกต์ในหลากหลายการศึกษา เช่น การสำรวจโรคไวรัส การสร้างเสริมสุข และโรคเอดส์

1.1 ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้นิยามความหมายไว้ว่า

ความรู้ คือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ องค์วิชาในแต่ละสาขา

วิจารณ์ พานิช (2555) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นการยากมากที่จะให้นิยาม คำว่า "ความรู้" ด้วยถ้อยคำสั้น ๆ ยิ่งในความหมายที่ใช้ในศาสตร์ด้านการจัดการความรู้ คำว่า "ความรู้" ยิ่งมีความหมายหลายนัย และหลายมิติ

ความรู้ คือ สิ่งที่เหมาะนำไปใช้ จะไม่หมดหรือสึกหรอ แต่จะยิ่งอกเงย หรือ
งอกงามขึ้น

ความรู้ คือ สารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ

ความรู้ เป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้

ความรู้ เกิดขึ้น ณ จุดที่ต้องการใช้ความรู้

ความรู้ เป็นสิ่งที่ขึ้นกับบริบท และกระตุ้นให้เกิดขึ้นโดยความต้องการ

ความรู้ มาจากการจัดระบบ และตีความ สารสนเทศ (Information) ตามบริบท
และสารสนเทศก็มาจากการประมวล ข้อมูล (data) ความรู้จะไม่มีประโยชน์ ถ้าไม่นำไปสู่
การกระทำหรือการตัดสินใจในการจัดการสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคแห่งสังคม
ที่ใช้ความรู้เป็นฐาน (knowledge-based society) มองความรู้ว่าเป็นทุนปัญญา หรือทุนความรู้
สำหรับการสร้างคุณค่า และมูลค่า (value) การจัดการความรู้เป็นกระบวนการใช้ทุนปัญญา
นำไปสร้างคุณค่าและมูลค่า ซึ่งอาจเป็นมูลค่าทางธุรกิจ หรือคุณค่าทางสังคมก็ได้

บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้ หมายถึง
การระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว และรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่าง ๆ
ทั้งที่ปรากฏและเกี่ยวพันกัน แบ่งเป็น 3 ประเภท (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, ม.ป.ป.,
อ้างอิงใน สุกัญญา ชิตวิสัย, 2556) คือ

1. ความรู้เฉพาะสิ่ง (Knowledge of specifics) เป็นความสามารถในการระลึก
หรือจำได้ในเรื่องราว ประเภท คำศัพท์เฉพาะ และข้อเท็จจริงบางประการ

2. ความรู้เรื่องวิถีและการจัดการกระทำกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of ways and
means of dealing with specifics) เป็นเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนนิยม แนวโน้มและลำดับเหตุการณ์
การจัดพวกและประเภทเกณฑ์ และระเบียบวิธี

3. ความรู้ เรื่องสากลและนามธรรมในสาขาต่าง ๆ (Knowledge of the
universals and abstracts in a field) เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป ทฤษฎีและโครงสร้าง

1.2 ระดับความรู้

วิจารณ์ พานิช (2555) ได้นำเสนอระดับของความรู้ เพื่อเป็นแนวทางใน
การทำความเข้าใจความรู้ให้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น โดยแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. Know-what เป็นความรู้เชิงทฤษฎีล้วน ๆ เปรียบเสมือนความรู้ของผู้จบ
ปริญญาใหม่เมื่อนำเอาความรู้เหล่านี้ไปใช้งานก็จะได้ผลบ้างไม่ได้ผลบ้าง

2. Know-how เป็นความรู้ที่มีทั้งเชิงทฤษฎี และเชิงบริบท เปรียบเสมือน ความรู้ของผู้จบปริญญา และมีประสบการณ์การทำงานระยะหนึ่ง เช่น 2-3 ปี ก็จะมีความรู้ ในลักษณะที่รู้จักปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อม หรือบริบท

3. Know-why เป็นความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผลได้ว่าทำไมความรู้นั้น ๆ จึงใช้ได้ผลในบริบทหนึ่ง แต่ใช้ไม่ได้ผลในอีกบริบทหนึ่ง

4. Care-why เป็นความรู้ในระดับคุณค่า ความเชื่อ ซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อน มาจากภายในจิตใจให้ต้องกระทำสิ่งนั้น ๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์

1.3 ทศนคติ (Attitude)

ทศนคติ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้นิยาม ความหมายไว้ว่า ทศนคติ คือ แนวความคิดเห็น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสัจ สุวรรณ (2536) ได้ให้ความหมายของทศนคติ ว่าเป็นความคิดเห็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำหรือ สถานการณ์ต่าง ๆ

ณัฐกร อินทุยศ (2556) กล่าวว่า ทศนคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ สิ่งต่าง ๆ ทั้งในด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา ประกอบกับความรู้ที่เกิดจาก การเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า ทำให้มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ โดยคุณลักษณะของทศนคติ มีดังนี้

1. ทศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ทศนคติไม่ได้มีมาตั้งแต่กำเนิด แต่เกิด จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ซึ่งประสบการณ์มีอิทธิพลต่อทศนคติ

2. ทศนคติมีคุณลักษณะของการประเมิน (Evaluative nature) ทศนคติ เกิดจากการประเมินความเชื่อต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกในด้านบวกหรือ ด้านลบต่อเหตุการณ์นั้น ๆ

3. ทศนคติมีคุณภาพและความเข้ม (Quality and intensity)

4. ทศนคติมีความคงทนไม่เปลี่ยนแปลงง่าย (Permanence) ทศนคติไม่สามารถ เปลี่ยนได้ง่าย หากเป็นทศนคติที่ฝังแน่นจากการสะสมประสบการณ์ที่ผ่านการเรียนรู้มานาน ซึ่งแม้จะมีประสบการณ์ใหม่เข้าไป ก็ไม่ทำให้ทศนคติเดิมเปลี่ยนแปลงไป

5. ทศนคติต้องมีสิ่งที่หมายถึง (Attitude object) หมายถึง จะไม่มีทศนคติ ลอย ๆ ที่ไม่มีความหมาย แต่ทศนคติต้องมีสิ่งที่หมายถึงที่แน่นอน เช่น ทศนคติต่อบุคคล หรือ ต่อสถานการณ์

6. ทศนคติมีลักษณะความสัมพันธ์ ทศนคติจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งของ หรือสถานการณ์ โดยทศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะประกอบด้วยหลายทศนคติที่มีความสัมพันธ์แตกต่างกัน ยิ่งมีความสัมพันธ์กันสูงมากเท่าใด การรวมตัวของแต่ละทศนคติ ยิ่งแน่นแฟ้นมากขึ้น

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์ (2547) ได้จำแนกลักษณะโครงสร้างของทศนคติ (Structure of Attitude) ไว้ดังนี้

1. ขนาดหรือระดับความเข้ม (Magnitude or valence) หากทศนคตินั้นมีระดับความเข้มมากแปลว่าทศนคตินั้นจะเปลี่ยนยาก
2. ความซับซ้อน (Complexity of attitude) หมายถึง การมีทศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเกิดจากความเชื่อหลายอย่างเป็นพื้นฐาน
3. อันดับความสำคัญ (Centrality) หมายถึง หากทศนคดียิ่งฝังลึก จะยิ่งมีความสำคัญต่อเจ้าของทศนคตินั้น ๆ
4. ความเด่น (Salience) หมายถึง ทศนคติที่มีความโดดเด่น ชัดเจน ในความคิดของเจ้าของทศนคติ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้ง่าย

หน้าที่และประโยชน์ของทศนคติ (Function of Attitude)

(สมิธ และคณะ, 1956, แค้ทซ, 1960, อ้างอิงใน จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2547) ได้กล่าวไว้ว่า

1. หน้าที่ให้ความเข้าใจ (Understanding or knowledge function) ทศนคติทำให้เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น
2. หน้าที่ป้องกันตนเอง (Ego-defense or protect their self-esteem) ใช้ทศนคติทำหน้าที่ปกป้องตนเอง
3. หน้าที่ในการปรับตัว (Adjustive function or need satisfaction) ทศนคติทำให้บุคคลนั้น มีการปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ปรับตัวโดยการลดน้ำหนักตัว เพราะเชื่อว่าหากผอมทำให้เข้ากับคนอื่น ๆ ที่รูปร่างดีได้
4. หน้าที่แสดงออกซึ่งค่านิยม (Value expression) ทศนคติทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เป็นค่านิยมของตนเอง

1.4 การปฏิบัติ

ปฏิบัติ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้นิยามความหมายไว้ว่า ปฏิบัติ คือ ดำเนินการไปตามระเบียบแบบแผน กระทำตาม ประพฤติ และปรนนิบัติรับใช้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) ได้กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ

บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ ได้กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมการกระทำที่สังเกตได้ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญและเป็นทักษะในการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยได้แบ่งขั้นตอนของพฤติกรรมการปฏิบัติไว้ 6 ขั้นตอน (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, ม.ป.ป., อ้างอิงใน อติชาติ หงษ์ทอง, 2549) คือ

1. การรับรู้ (Perception) เป็นทักษะการกระทำของกล้ามเนื้อก่อให้เกิดความรู้สึกโดยเริ่มจากการเร้าอวัยวะสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างแล้วจึงเกิดการเลือกแนวปฏิบัติ

2. การเตรียมความพร้อมการปฏิบัติ (Set) เป็นขั้นตอนที่มีการพัฒนาภายใต้สถานการณ์ที่เจาะจงหรือตามรูปแบบที่กำหนดไว้ บุคคลจะแสดงออกผ่านการเลียนแบบหรือการลองผิดลองถูกประกอบด้วย ความพร้อมทางสมอง ความพร้อมทางกาย และความพร้อมทางอารมณ์

3. การตอบสนองตามคำแนะนำหรือตามแนวทางที่กำหนดไว้ (Guided response) เป็นการแสดงออกของบุคคลที่กระทำตามคำแนะนำหรือการชักจูงของผู้อื่น โดยการตอบสนองนี้ จะเกิดขึ้นจากการเลือกกระทำตามพฤติกรรมที่ผู้อื่นชี้แนะ ซึ่งอาจมีทั้งทางบวกและทางลบ

4. การปฏิบัติได้ (Mechanism) เป็นการตอบสนองที่กระทำอยู่เป็นประจำ เป็นนิสัยจนเกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่น และมีความชำนาญในการปฏิบัติ รูปแบบของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้เป็นองค์ประกอบภายในของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกที่รวดเร็วเป็นไปตามขั้นตอน

5. การตอบสนองที่ซับซ้อน (Complex overt response) ใช้ ทักษะระดับสูงต่อการตอบสนอง ได้แก่ ความแน่วแน่ในการแก้ปัญหา และการกระทำโดยอัตโนมัติ

6. การดัดแปลงให้เหมาะสม (Adaptation) เป็นการกระทำต่อสถานการณ์หรือปัญหาใหม่ ๆ การริเริ่มเป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ โดยใช้ความสามารถและทักษะ

2. ทฤษฎีว่าด้วยความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ (KAP Theory)

KAP นั้นย่อมาจากอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของ ความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) การศึกษาเกี่ยวกับ KAP โดยมากเป็นการศึกษาด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ว่าด้วยความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติ องค์การอนามัยโลก

(WHO) กล่าวว่าแบบสำรวจ KAP คือ การศึกษาที่เป็นตัวแทนของประชากรเฉพาะกลุ่มหนึ่ง ๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้ ความเชื่อ และสิ่งที่พวกเขาได้กระทำในประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง

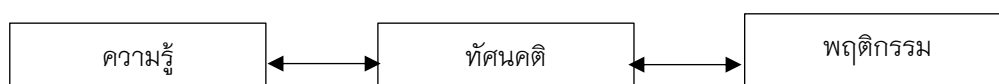
แบบสอบถาม KAP ได้มีการนำไปใช้ศึกษา ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ ในหลากหลาย วัตถุประสงค์ ผลจากการสำรวจ KAP ช่วยให้ทราบถึงช่องว่างของความรู้ ความเชื่อหรือทัศนคติในทางวัฒนธรรม และแบบแผนการปฏิบัติที่เอื้อต่อการทำความเข้าใจ การกระทำและการเข้าถึงปัญหา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ คือ การที่บุคคลมีความรู้เกิดขึ้น แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็น ข้อยืนยันว่าบุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป ทัศนคติเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ กับการกระทำหรือการปฏิบัติถ้ามีทัศนคติที่ตีรวมกับองค์ประกอบอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้ปฏิบัติแล้ว บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่ทัศนคติไม่ดี ดังนั้นความรู้ มีผลทางตรงต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีทัศนคติ-เป็นตัวกลาง ในการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520, อ้างอิงใน อติชาติ หงษ์ทอง, 2549)

สุรพงษ์ โสชนะเสถียร (2556) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีว่าด้วยความรู้ ทักษะและการปฏิบัติให้ความสำคัญกับตัวแปรทั้งสาม (ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ) ของผู้รับสาร อันอาจมีผลกระทบต่อสังคมจากการรับสารที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะต่อเนื่องกันไป กล่าวคือเมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้ายคือการก่อให้เกิดการกระทำ

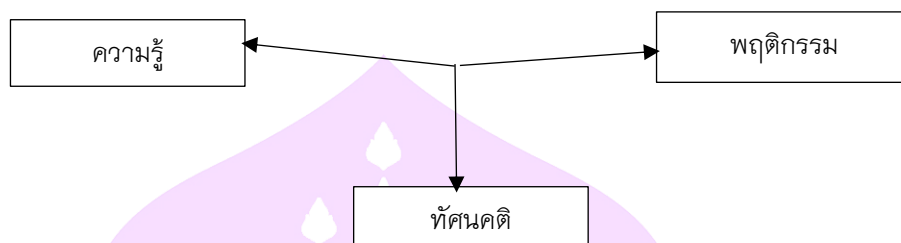
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ สามารถแบ่งความสัมพันธ์ ระหว่างกันได้เป็น 4 แบบ ตามที่ Schwartz ดังนี้ (สุรพงษ์ โสชนะเสถียร, 2556, อ้างอิงใน อติชาติ หงษ์ทอง, 2549)

1. พฤติกรรมจะเป็นไปตามทัศนคติและความรู้ที่บุคคลนั้นมี โดยมีทัศนคติ เป็นตัวกลางระหว่างความรู้และพฤติกรรม กล่าวคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และ พฤติกรรมจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ดังภาพ 2



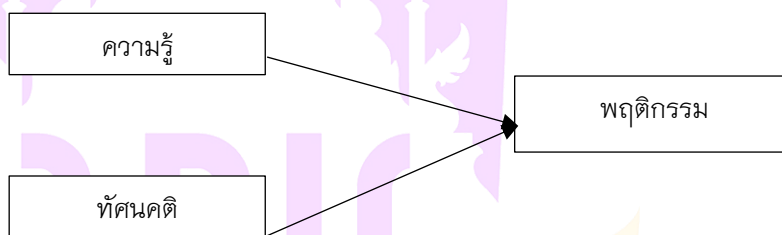
ภาพ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติรูปแบบที่ 1

2. พฤติกรรมที่เกิดจากความรู้อะและทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน หรือความรู้กับทัศนคติมีผลร่วมกันเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดพฤติกรรม ดังภาพ 3



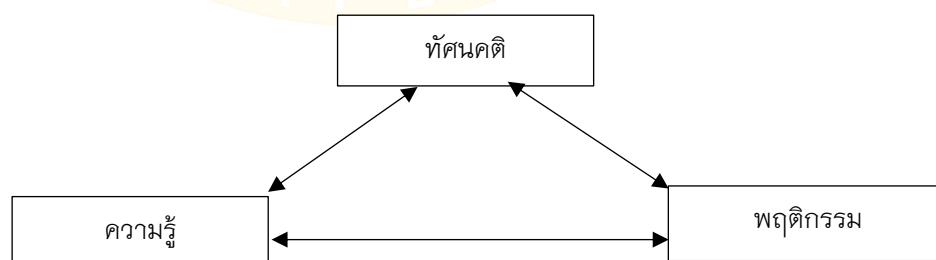
ภาพ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติรูปแบบที่ 2

3. ความรู้และทัศนคติต่างก่อให้เกิดพฤติกรรมได้โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน ดังภาพ 4



ภาพ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติรูปแบบที่ 3

4. ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และพฤติกรรมตามความรู้นั้น เป็นผลความรู้ต่อพฤติกรรมโดยตรง หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามทัศนคติ เป็นผลความรู้ต่อพฤติกรรมทางอ้อม ดังภาพ 5



ภาพ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติรูปแบบที่ 4

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมจากการรับสารนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง เมื่อผู้รับสารได้รับสารจะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ แล้วก่อให้เกิดการกระทำซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กัน โดยการสื่อสารเป็นเครื่องมืออันสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยผ่านสื่อชนิดต่าง ๆ ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

แนวคิดทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้กล่าวถึงการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคและภัยสุขภาพในคู่มือการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในภาวะวิกฤต (Crisis Risk Communication) ว่ามีความสำคัญ ทั้งเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความตื่นตระหนก และสร้างพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งเพื่อการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็น ทันเวลา ทันต่อสถานการณ์แก่ประชาชน และสังคม โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม และเศรษฐกิจทั้งต่อประชาชนเองและประเทศชาติรวมทั้งต้องรับฟังประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบ

การสื่อสารความเสี่ยงองค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยาม การสื่อสารความเสี่ยงว่าหมายถึง การติดต่อสื่อสาร เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และความคิดเห็นระหว่างผู้ประเมินความเสี่ยง (risk assessor) ผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager) ถึงผู้รับสารหรือผู้ที่อยู่ในความเสี่ยง เช่น ประชาชน กลุ่มหรือองค์กร อื่นที่เกี่ยวข้อง และสนใจ (stake holder) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง และแม่นยำ การสื่อสารความเสี่ยงมีอยู่ในทุกกระบวนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (World Health Organization, 2008)

การสื่อสารความเสี่ยง คือ กระบวนการหนึ่งในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขเมื่อเกิดการระบาดของโรคใดโรคหนึ่งหรือภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นรวมทั้งในภาวะภัยพิบัติต่าง ๆ การสื่อสารความเสี่ยงจะทำให้ประชาชนที่อยู่ในภาวะเสี่ยงเข้าใจความเสี่ยงของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยงจะทำให้ผู้ที่มีอำนาจหน้าที่หรือผู้เชี่ยวชาญได้รับฟัง และเข้าใจความตระหนักของประชาชน และความต้องการประชาชน เพื่อนำไปสู่การให้คำแนะนำแก่ประชาชนได้ถูกต้องตรงกับปัญหา สร้างความเชื่อถือเชื่อมั่น และการยอมรับประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงจะต้องมีการประเมินตั้งแต่เริ่มต้นเหตุการณ์และผลที่ตามมาการจัดการข่าวสื่อสารได้รับข้อผิดพลาด

รวมทั้งความท้าทายอื่น ๆ ในภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยรักษาชีวิตของประชาชน คือ การสื่อสารความเสี่ยง ประชาชนมีสิทธิที่จะรู้ว่าพวกเขาจะปกป้องตัวเองจากความเสี่ยงต่อสุขภาพและชีวิตอย่างไร ต้องได้รับข้อมูลสำหรับใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อปกป้องตนเอง บุคคลที่รักและคนที่อยู่รอบ ๆ จากภาวะการเจ็บป่วย และสูญเสียจากความเสี่ยง ประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงไม่ใช่เพียงรักษาชีวิตและลดการเจ็บป่วยแต่ยังสามารถลดผลกระทบต่อความมั่นคงทางสังคม เศรษฐกิจและนโยบายในระหว่างภาวะฉุกเฉินนั้น ๆ ได้

1. บทบาทในการสื่อสารความเสี่ยง

1.1 บทบาทผู้รับข้อมูลข่าวสาร

1.1.1 รับให้รอบทั้งในและต่างประเทศ สื่อหลักและโซเชียล ทงการและไมทงการ ประชาชน ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สื่อมวลชน และนานาชาติ

1.1.2 วิเคราะห์แยกแยะความเสี่ยง และผลกระทบ

1.1.3 จับประเด็น และกำหนดสิ่งใดต้องทำก่อนหลัง

1.1.4 ตรวจสอบข้อมูล ผู้รู้หรือแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

1.2 บทบาทผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร

1.2.1 ให้โดยรอบทั้งในและต่างประเทศ สื่อหลักและโซเชียล ทงการและไมทงการ ประชาชน ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สื่อมวลชน และนานาชาติ

1.2.2 จำเพาะ กลุ่มเป้าหมาย ประเด็น และสถานการณ์

1.2.3 ประเด็นสื่อสาร อพเทศสถานการณ์ บอกตัวเลขแต่ไม่ต้องบอกรายละเอียด บอกมาตรการหน่วยงาน ให้ความรู้ บอกสิ่งที่ควรกระทำ และแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

1.2.4 มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรม

2. ผลของการสื่อสารความเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จ

ต้องทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน ตั้งแต่ นักวิชาการ ประชาชนภาคเอกชน ภาครัฐและรวมถึงภาคการเมืองมีความเข้าใจตรงกันในเรื่องความเสี่ยงที่สื่อสารและความเข้าใจนั้นนำไปสู่การเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดการความเสี่ยงการพัฒนานโยบายของฝ่ายการเมืองเพื่อการจัดการป้องกัน และปกป้องคุ้มครองประชาชนทำให้เกิดการเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และที่สำคัญ คือ ทำให้เกิดการสื่อสารสองทาง (two-way communication process) ในการแก้ไขปัญหาหรือข้อโต้แย้งในประเด็นความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงจึงไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว

แต่ต้องรวมถึงการที่ภาครัฐ ภาคประชาชน/สังคม และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดได้ร่วมกันแก้ปัญหา และหาทางเลือกที่เหมาะสมด้วยความเข้าใจ และมีเหตุผล อีกปัจจัยหนึ่งที่จะต้องให้ความสำคัญในกระบวนการสื่อสารความเสี่ยง คือ การรับรู้ความเสี่ยง (risk perception) ของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพราะการรับรู้ความเสี่ยงมีความสลับซับซ้อน กลยุทธ์ที่ใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงต้องยืดหยุ่น และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยงของผู้เกี่ยวข้อง

3. การวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ

การสื่อสารความเสี่ยงครอบคลุมมากกว่าการเผยแพร่ข้อมูลโดยภารกิจหลักของการสื่อสารความเสี่ยงคือการกำหนดกระบวนการที่ทำให้มีการเชื่อมโยงส่งต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความเห็นที่สำคัญต่อการประเมินความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคล หน่วยงานหรือองค์กรหรือผู้ส่งสารและผู้รับสาร และต้องมั่นใจว่าได้รวบรวมข้อมูล และความคิดเห็นที่จำเป็นทั้งหมดต่อการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพไว้ในกระบวนการตัดสินใจ และอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การสื่อสารความเสี่ยงจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกระบวนการประเมินความเสี่ยงและการบริหารจัดการความเสี่ยง ดังนั้น แผนการสื่อสารความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพจึงประกอบด้วยเนื้อหาครอบคลุมทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การจัดระบบหรือกลไก เพื่อเตรียมพร้อมรับผลกระทบโรคและภัยสุขภาพ

ด้านที่ 2 การจัดสรรทรัพยากร และการประสานงานกับองค์กรภายนอก

ด้านที่ 3 การสื่อสารความเสี่ยง และการให้ความรู้แก่ประชาชน และบุคลากร

ด้านที่ 4 การเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาษาต่างประเทศแก่นักท่องเที่ยว และแรงงาน

ต่างดาว

ด้านที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงาน

4. อุปสรรคที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยง

4.1 การเลือกฟัง และรับรู้ ในการสื่อสารมนุษย์มักจะเลือกในสิ่งที่ตนสนใจมากเป็นอันดับแรกซึ่งความสนใจของคนแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าคน ๆ นั้นจะเลือกสนใจในสิ่งใด

4.2 การมีความหมายไม่ตรงกัน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารได้ อันเนื่องมาจากความแตกต่างของภาษา ในบางสถานที่อาจใช้คำแบบเดียวกัน แต่มีความหมายต่างกัน จนทำให้การสื่อสารมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้

4.3 ความสับสนระหว่างความรู้สึกกับความจริง โดยจะใช้ความรู้สึกว่าจะเป็นอย่างนั้น แต่ความเป็นจริงแล้วไม่ได้เป็นเช่นนั้น จนทำให้เกิดการสับสนในการสื่อสารได้

4.4 การไม่เปลี่ยนแปลงความคิดเห็น เป็นการใช้ความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก ไม่ได้อิงความคิดเห็นของผู้อื่น มักทำให้เกิดความขัดแย้งกันในด้านความคิด

4.5 การมองไม่เห็นความแตกต่าง

4.6 การมีความคิดแบบสุดโต่ง

4.7 การมีความคิดว่ารู้หมด

5. ปัจจัยความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง

5.1 ผู้บริหารเข้าใจระบบงานสื่อสารความเสี่ยงให้การสนับสนุนทางด้านนโยบาย และงบประมาณรวมทั้งให้ขวัญกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

5.2 ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่มีประสบการณ์รักและทุ่มเทกับงานรวมทั้งต้องพัฒนาตนเองและพัฒนางานเสมอ

5.3 เครือข่ายและสื่อมวลชน ให้ความร่วมมือในการเสนอข่าว และเสนอข่าวตามข้อเท็จจริง

6. สรุปการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ

6.1 ปฏิบัติตามนโยบาย และแนวทางทุกระดับ ทั้งระดับชาติระดับกระทรวงระดับกรม โดยปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

6.2 ต้องสร้างความเชื่อมั่น การรับรู้และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแก่ประชาชน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.3 รับฟัง และทำความเข้าใจความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของประชาชน กลุ่มเป้าหมายและยอมรับความแตกต่างของแต่ละคน รวมทั้งการเคารพความเป็นมนุษย์ของผู้ที่เราสื่อสารความเสี่ยงด้วย

6.4 ศึกษา และใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยง ทำน้อยลงทุนน้อยสื่อสารความเสี่ยงในวงกว้าง

6.5 พัฒนาตนเอง พัฒนางาน คิดสร้างสรรค์และสร้างนวัตกรรม

ดังนั้น การสื่อสารความเสี่ยง จึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็น ทันเวลา และทันต่อสถานการณ์ แก่ประชาชน และสังคม โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของประชาชนและประเทศชาติ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และข้อความคิดเห็น ระหว่างผู้ประเมินความเสี่ยง (risk assessor) ผู้จัดการความเสี่ยง

(risk manager) ถึงผู้รับสารหรือผู้ที่อยู่ในความเสี่ยง เช่น ประชาชน กลุ่มหรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง และสนใจ (stake holder) โดยต้องรับฟังข้อคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ และแม่นยำ การสื่อสารข้อมูลที่ตรงประเด็นทำให้ผู้รับสารเข้าใจสถานการณ์และลดความตื่นตระหนกได้ ทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และเกิดพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรครวมถึงภัยสุขภาพได้ทันเวลา

แนวคิดธรรมนูญสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “สช.” ได้อธิบายว่า “สุขภาพ” ในความหมายใหม่ ทำให้ขอบเขตการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีความกว้างขวางครอบคลุมไปถึงการจัดการต้นตอที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เรียกว่า “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” (Social Determinants of Health: SDH) ซึ่งหมายถึง “สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงปัจจัยและระบบต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย” ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น อาชีพ รายได้ หนี้สิน ฯลฯ ปัจจัยด้านการศึกษา เช่น ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ การเข้าถึงเทคโนโลยี ฯลฯ ปัจจัยด้านสังคม เช่น การมีส่วนร่วม ช่วยเหลือพึ่งพา นึกถึงประโยชน์ส่วนรวม ฯลฯ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย ฝุ่นพิษ หมอกควัน ฯลฯ ทุกเรื่องมีผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม หากจัดการสิ่งเหล่านี้ได้จะทำให้บรรลุเป้าหมายการมี “สุขภาพวะ” หรือ “คุณภาพชีวิตที่ดี” ของประชาชน การพัฒนาระบบสุขภาพ ในความหมายใหม่นี้ จึงมีความเชื่อมโยงกันหมดและสลับซับซ้อนมาก ตั้งแต่ระดับบนสุด คือผู้กำหนดนโยบาย ไปจนถึงระดับล่างสุดคือพฤติกรรมของประชาชน ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ ต้องอาศัยวิธิตัด วิธิการทำงานใหม่ ๆ ไม่ติดกรอบกติกา มีเครื่องมือ มีเวลา มีความสามัคคีร่วมมือกันของทุกฝ่าย การดำเนินงานของ สช. ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึงมีเป้าหมายสูงสุดคือการสร้างสังคมสุขภาพวะ ภายใต้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คือการเชื่อมพลัง 3 ภาคส่วน ได้แก่ พลังสังคม พลังปัญญา และพลังรัฐ เข้ามา ทำงานร่วมกัน โดยมีเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ

หลังจาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้ สช. ได้ทำหน้าที่สนับสนุนให้องค์กรหน่วยงาน และเครือข่ายภาคีได้มีโอกาสเข้ามาร่วมเรียนรู้เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมทั้ง 3 ประเภท มาอย่างต่อเนื่อง กล่าวเฉพาะ “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่” พบว่ามีการนำไปปรับใช้ในพื้นที่ต่าง ๆ ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในลักษณะการมีเป้าหมายหรือข้อตกลง

ร่วมในการพัฒนาสุขภาวะของพื้นที่ หลายแห่งเกิดความสมัครสมานสามัคคี มีความร่วมมือกัน อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และยังสามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

การรับรู้เรื่อง “ธรรมนูญสุขภาพ” จึงเกิดขึ้นมานานแล้วในแวดวงการปฏิรูประบบ สุขภาพ และได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางมากขึ้นจากกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา จากการรับรู้ได้กลายเป็นแรงบันดาลใจ ทำให้ชุมชนหลาย แห่งนำแนวคิด “ธรรมนูญสุขภาพ” ไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนจนกลายเป็นที่มาของ “ธรรมนูญ สุขภาพพื้นที่หรือประเด็นอันเป็นที่มาของการให้คำนิยามคำว่า “ธรรมนูญสุขภาพ” อย่างเป็น ทางการ ว่าหมายถึง “กรอบ แนวทาง กติกา หรือ ข้อตกลงร่วม เกี่ยวกับภาพอนาคตของระบบ สุขภาพที่พึงประสงค์ หรือทิศทางการพัฒนาสุขภาพโดยรวมที่ชุมชนหรือสังคมเห็นร่วมกัน และ เขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อใช้สื่อสารสร้างความเข้าใจ และผลักดันให้มีการนำไป ปฏิบัติจริง ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล ทบทวนและปรับปรุงใหม่ร่วมกัน”

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่หมายถึง “กรอบทิศทาง ข้อตกลงร่วมพันธสัญญา หรือ กติการ่วม ที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจครอบคลุม ประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพในภาพรวมของพื้นที่ หรือเฉพาะบางประเด็นตามที่ชุมชนเห็นร่วมกัน ก็ได้ โดยมีหัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และ ทบทวนธรรมนูญสุขภาพร่วมกัน” เช่น ธรรมนูญสุขภาพตำบล ธรรมนูญสุขภาพอำเภอ ธรรมนูญสุขภาพจังหวัด

ธรรมนูญสุขภาพประเด็น หมายถึง “ธรรมนูญสุขภาพที่ใช้ประเด็นสาธารณะ เป็นขอบเขตของเนื้อหาสาระในธรรมนูญซึ่งอาจข้ามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ได้” เช่น ธรรมนูญ ลุ่มน้ำภูมิจังหวัดอุดรธานี จังหวัดสงขลา ธรรมนูญลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา เป็นต้น กล่าวโดยสรุป “ธรรมนูญสุขภาพ” คือเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งถูกเขียนรับรองไว้ทั้งใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เจตนาให้เป็นเครื่องมือของคนไทยในการร่วมกันพัฒนา สุขภาวะหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในฐานะที่เป็น “กฎกติกา” หรือ “ข้อตกลงร่วม” ของสังคม หรือชุมชน อันมีผลผูกพันประชาชนทุกคนตลอดจนหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกับ กฎหมายทั่วไป

ดังนั้น กฎกติกาของชุมชน จึงหมายถึง กรอบ แนวทาง กติกา หรือ ข้อตกลงร่วม ที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจครอบคลุมประเด็น เกี่ยวกับสุขภาพในภาพรวมของพื้นที่ หรือเฉพาะบางประเด็นตามที่ชุมชนเห็นร่วมกันก็ได้ สิ่งสำคัญคือการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ช่วยกันออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวน

ทิศทางการพัฒนาสุขภาพพร้อมกัน การทำให้เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อนำไปใช้สื่อสาร สร้างความเข้าใจให้คนในชุมชนนำไปปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผล ทบทวนและปรับปรุง ใหม่ร่วมกันในชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กุลจิรา เพ็ชรกุล และกรรณิการ์ ณ ลำปาง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส ของประชาชน จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.30) ทักษะคิดในการป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.67) และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.56) โดยปัจจัยด้านเพศ อาชีพ ความรู้ และทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .476$ และ $.514$ ตามลำดับ $p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ มักเป็นการให้ความรู้เฉพาะเวลาที่มีการระบาดเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคมและเฉพาะพื้นที่ที่พบการติดเชื้อเท่านั้นทำให้ประชาชนได้รับความรู้ไม่ทั่วถึง และไม่ต่อเนื่องรวมถึงการให้ความรู้ผ่านการสื่อสาร ผ่านสื่อต่าง ๆ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ ภาพ อินโฟกราฟฟิกมักเป็นการให้ความรู้เฉพาะเรื่อง เช่น “กินหมูดิบ เสี่ยงหูดับ” กรมควบคุมโรค (2563) ทำให้ประชาชนเกิดการจำได้เฉพาะความรู้ที่ได้รับบ่อยครั้ง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความตระหนักให้ประชาชนมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* อย่างถูกต้องต่อไป

รุจิรา ดุริยศาสตร์, ณิชชาธร ภาโนมัย และสรรเพชร อังกิติตระกูล (2558) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชนในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับเชื้อ *Streptococcus suis* ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* และการปฏิบัติในการป้องกันโรค

ติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -.320$ และ $r = -.368$ ตามลำดับ $P < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .235$, $P < 0.05$) คะแนนความเชื่อและทัศนคติโดยรวมที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบของกลุ่มตัวอย่างตำบลนาขมิ้นมากกว่าตำบลโพนจานนั้น เนื่องจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างตำบลนาขมิ้นมีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ทำให้มีโอกาสการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เป็นผลให้ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบที่เคยมีมาค่อย ๆ เปลี่ยนไปในทางที่ถูกต้องมากขึ้นและประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด คือ การเลิกบริโภคอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ และมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค และให้ความรู้กับประชาชนอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดิบ และมีการเฝ้าติดตามผล รวมทั้งมีการสำรวจการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

รชนีกร คำหล้า, อุดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, ยุพาพร ศรีจันทร์ และคณะ (2553) ศึกษาการพัฒนารูปแบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาโรค *Streptococcus suis* ในพื้นที่ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้ที่มีหน้าที่ปรุงอาหารส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ผู้ชายและผู้สูงอายุชอบกินดิบ จะมีการทำลาบ หลู้หมูดิบในงานเลี้ยงของหมู่บ้าน โดยส่วนมากมักได้รับประทานร่วมกับการดื่มสุรา มติชุมชน ได้มีการกำหนดมาตรการสังคม หากมีงานเลี้ยงของหมู่บ้านต้องไม่มีรายการอาหารที่ทำจากหมูดิบ โดยกลุ่มแม่บ้านจะเป็นผู้กำหนดรายการอาหารร่วมกับเจ้าภาพงานและกรรมการหมู่บ้าน ในขณะเดียวกันได้กำหนดสื่อในการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชน ได้แก่ โปสเตอร์ ติดตั้งในจุดที่เห็นชัดของหมู่บ้านเพื่อสร้างกระแสให้เกิดความตระหนักอันตรายของการกินหมูดิบ สติกเกอร์ เพื่อใช้เป็นสื่อรณรงค์ ในการเคาะประตูบ้าน และติดเพื่อย้ำเตือน สื่อวิทยุมีความว่า หน่วยปราบคนกินดิบ เพื่อเป็นสื่อบุคคลให้กับกลุ่มแม่บ้านใส่ในกรณีมีงานเลี้ยง โดยทุกคนพร้อมใจใส่สื่อ มีกิจกรรมการรณรงค์ในหมู่บ้านจำนวน 2 ครั้ง ในเดือนเมษายนและสิงหาคม 2551 หลังจากดำเนินการแล้ว 6 เดือนได้ติดตามผลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ประชาชนในหมู่บ้านเลิกกินหมูดิบ งานเลี้ยงขึ้นบ้านใหม่ งานศพ งานแต่งงาน งานเลี้ยงอื่น ๆ ในหมู่บ้าน รายการอาหารในงานเลี้ยงเป็นรายการปรุงสุกเท่านั้น (ร้อยละ 90) และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การสื่อสารความเสี่ยง

โรคและภัยสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้หูดับแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนและการใช้มาตรการสังคมในการเลิกกินหมูดิบนั้นได้ผลเป็นที่ประจักษ์ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานภาครัฐและเอกชนสนับสนุนให้เกิดกลไกและกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ทิพย์วัลย์ อุন্নนภาศ (2551) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในผู้ที่ดื่มสุรา อำเภอสนักป่าแพ่ง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับระหว่างตำบลที่ไม่พบโรคกับตำบลที่พบโรคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.643$) ตำบลที่พบโรคมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* สูงกว่าตำบลที่ไม่พบโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.05$) ตำบลที่พบโรคการรับรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ($r = -.27$, $P = 0.001$) พบว่าช่องทางที่ได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของกลุ่มเป้าหมายมาจากโทรทัศน์มากที่สุด จากการที่โทรทัศน์ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวมีข้อจำกัดหลายเรื่อง มีข้อจำกัดเรื่องรายละเอียดของการแลกเปลี่ยนความรู้ การซักถามและระยะเวลาในการเผยแพร่สั้น ดังนั้นผู้ชมจึงต้องมีความตั้งใจในการชม จึงจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวได้ โดยสรุป ผู้ที่ดื่มสุราอำเภอสนักป่าแพ่งส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ควรมีการร่วมกันหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการรับรู้ที่มีอยู่ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ต่อตนเองและชุมชนในอนาคต

เปรมจิตร แก้วมูล (2552) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชน ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยรวม และความรู้ในหัวข้อย่อยทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ *Streptococcus suis* และความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 34.2) และแหล่งของข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์และแผ่นพับ ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นประเด็นของการปฏิบัติพบว่าการปรุงอาหารจากเนื้อสุกรอยู่ในระดับดี ส่วนการเลือกซื้อเนื้อสุกรการบริโภคเนื้อสุกร และการจัดเก็บทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องครัวอยู่ในระดับปานกลาง

วัฒนา โยธาใหญ่, อุดุลย์ศักดิ์ วิจิตร และเกรียงศักดิ์ จิตรวัชรพันธ์ (2549) ศึกษาบริบททางสังคมและการบริโภคนิสัยของประชาชนในหมู่บ้านที่เกิดโรคโบทูลิซึม จังหวัดพะเยาของการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปของหมู่บ้าน ด้านลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบและลาดเนินเขา ประวัติศาสตร์เป็นคนที่ราบลุ่ม การตั้งบ้านเรือนและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภค บางอาศัยอยู่ใกล้กัน มีการเผื่อแบ่งปันกันกิน เช่น สังคมชนบททั่วไป สภาพทางสังคม ศาสนาและความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมไม่ได้แตกต่างไปจากที่อื่น ๆ ของภาคเหนือเท่าใดนัก แหล่งอาหารของชาวบ้านส่วนใหญ่ซื้อจากตลาดในหมู่บ้านและหาเองตามธรรมชาติบ้างเล็กน้อย ขนบธรรมเนียมประเพณีการบริโภคอาหารทั่วไปมักทำอย่างง่าย ๆ ไม่พิถีพิถัน การปรุงแต่งเท่าใดนัก มักชอบรับประทานผัก ที่มีในท้องถิ่นเป็นหลัก มักมาทำเป็นต้ม แกงอาหารประเภทน้ำพริกที่เป็นเอกลักษณ์ คือ น้ำปู เป็นอาหารสำเร็จที่ใช้บริโภคและเป็นเครื่องปรุง มีใช้ประจำครัวแทบทุกครัวเรือน อาหารอันเป็นที่เกียติเป็นศักดิ์ศรี คือ ลาบดิบ ได้แก่ ลาบหมู ลาบควาย ลาบปลา นอกจากนี้ยังมี ล้าควาย ล้าปลา เป็นอาหารเนื้อดิบของชาวบ้าน ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคโบทูลิซึมที่เกิดจากเนื้อแกงนั้น ไม่มีใครทราบมาก่อนเช่นกัน เพียงรู้ว่าการกินดิบอาจเป็นโรคพยาธิเท่านั้นเอง และค่านิยมการบริโภคอาหารดิบของชาวบ้าน พบว่า ประชาชนร้อยละ 85 เคยบริโภคอาหารดิบ โดยเฉพาะลาบดิบ รองลงมาคือ ล้า อิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินอาหารดิบมาจากบิดามารดา (ร้อยละ 39) และความถี่ในการบริโภคมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 57.6) ประเภทเนื้อที่รับประทานบ่อย ๆ ได้แก่ หมู วัว ควาย และปลา (ร้อยละ 51.0, 43.0 และ 6.0 ตามลำดับ) ทศนคติกับการบริโภคลาบดิบมีความเห็นว่าการกินลาบดิบมันอร่อยกินง่ายสะดวกกินอาหารได้มาก อิ่มนานกินแล้วรู้สึกแข็งแรง ถ้ากินสุก ไม่มีรสชาติจืดชืด เมื่อมีงานเลี้ยงหาเจ้าภาพเลี้ยงอาหารเป็นลาภจะทำให้มีหน้ามีตา เจ้าภาพจัดดีที่สุดใน และถือว่าเป็นสุดยอดของอาหารแต่ละงานเลี้ยงสำหรับเนื้อสัตว์ป่าอื่น ๆ ที่นำมาปรุงเป็น ลาบดิบนานปีจึงจะได้กิน ทศนคติที่มีต่อการเลิกบริโภคเนื้อดิบของชาวบ้านเห็นว่าเพราะเป็นขนบธรรมเนียมที่ถ่ายทอด หล่อหลอมกันมาหลายชั่วอายุคน หากจะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะต้องใช้เวลา เจ้าหน้าที่ต้องมาดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักและเห็นโทษ โดยเน้นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมชาวบ้านอย่างจริงจัง สำหรับการใช้มาตรการทางสังคมมาลงโทษผู้กินลาบดิบนั้นปฏิบัติยาก และการดำเนินงานจะต้องทำในแนวกว้างมากกว่า จะดำเนินการเพียงหมู่บ้านเดียว ขั้บเคลื่อนทั้งอำเภอ หรือจังหวัด หากจะใช้ได้ผลจริงจังและเด็ดขาดอาจจะต้องใช้กฎหมายบังคับจึงจะได้ผล

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2560) ได้ทำการสำรวจของการมีอุปกรณ์รับชมรายการโทรทัศน์ในครัวเรือน พ.ศ. 2560 ผลการสำรวจพบว่า มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้นประมาณ 21.5 ล้านครัวเรือน ในจำนวนนี้มีครัวเรือนที่มีอุปกรณ์ในการรับชมรายการโทรทัศน์ 20.6 ล้านครัวเรือน (ร้อยละ 96.0) แบ่งเป็นครัวเรือนที่มีอุปกรณ์การรับชมรายการโทรทัศน์ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 96.2) และครัวเรือนที่มีอุปกรณ์การรับชมรายการโทรทัศน์นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 95.8)

วิชาญ ปาวัน, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม และคณะ (2560) ได้ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2559 พบว่า แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .321, .171$ และ $.373$ ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูล 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์/ เบลูทีวี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตามลำดับ

พวงทอง อังคาบ (2538) กล่าวว่า สื่อวิทยุโทรทัศน์เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนเป็นจำนวนมากได้ในเวลาเดียวกัน มีภาพที่เหมือนจริง จึงทำให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถสร้างความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการได้เป็นอย่างดี สามารถเสนอข่าวสารได้รวดเร็ว และถ่ายทอดเหตุการณ์จริงไปยังผู้รับสารหลาย ๆ คนในเวลาเดียวกันสามารถนำเสนอข่าวสารให้น่าสนใจ น่าเชื่อถือ หรือสร้างความทรงจำและโน้มน้าวได้ดี

ณัฐ จ่ากลาง, ภัคดี โพธิ์สิงห์ และวิทยา เจริญศิริ (2560) ได้ศึกษานโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน กรณีศึกษาอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาผลการดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน พบว่าการดำเนินงานไม่สำเร็จ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ กฎกติกาชุมชนนั้นขาดความชัดเจนในการกำหนดค่าเป้าหมายของหมู่บ้าน ขาดความร่วมมือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับปฏิบัติยังไม่ครอบคลุม ทำให้ขาดทักษะในการดำเนินงานขาดกระบวนการ กำกับ ติดตาม และประเมินอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลครั้งเดียว แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของประชาชน จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอภูกามยาว อำเภอดอกคำใต้ อำเภอภูกามยาว อำเภอเชียงคำและอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ช่วงระหว่างวันที่ 6 มีนาคม - 10 เมษายน 2566 จำนวน 384 คน
3. ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกรณีที่ประชากรมีจำนวนไม่แน่นอน (Infinite population) (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) สัดส่วนประชากรที่กำหนดลุ่มเท่ากับ .50 ดังสูตรดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนด เท่ากับ 0.5

Z = 1.96 ที่ระดับความมั่นใจ 95% ($\alpha = .05$)

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05

จากโจทย์ $P = .50$

ต้องการความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z = 1.96$

ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ 5% ได้ ดังนั้น $e = 0.05$

$$\begin{aligned}
 \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{P(1-P)Z^2}{e^2} \\
 &= \frac{(.50)(1-.50)(1.96)^2}{(0.05)^2} \\
 &= \frac{.50 \times .50 \times 3.84}{.0025} \\
 &= \frac{.9600}{.0025} \\
 &= 384
 \end{aligned}$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 384

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ประชาชนอายุ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ใน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอภูพานยาว อำเภอดอกคำใต้ อำเภอภูซาง อำเภอเชียงคำ และอำเภอจุน
2. เป็นผู้ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น
3. เป็นผู้มีความเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบด้วยตนเองแบบออนไลน์ได้
4. มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม เช่น สมาร์ทโฟน หรือคอมพิวเตอร์
5. เป็นผู้ที่สมัครใจให้ข้อมูลและยินดีให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อุปกรณ์ที่ใช้ไม่สามารถเปิด link Google Form ได้
2. ผู้ที่มีปัญหาด้านการรับรู้ ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ในการตอบแบบด้วยตนเองแบบออนไลน์ได้
3. ผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
4. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลจนแล้วเสร็จ หรือตอบคำถามไม่ครบ

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria)

อาสาสมัครไม่สามารถตอบแบบสอบถามต่อไปได้ หรือ ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามที่ชักไว้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย

อาสาสมัครมีภาวะเครียดรุนแรง เมื่อยล้า ปวดตา อันมีผลกระทบต่อสุขภาพ
ของผู้เข้าร่วมวิจัยจากการตอบแบบสอบถาม

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling)

ขั้นแรก ผู้วิจัยเลือกจังหวัดตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่
จังหวัดพะเยา

ขั้นที่ 2 การเลือกอำเภอตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกศึกษาใน 5 อำเภอ ที่พบอัตราป่วย
ต่อแสนประชากรจำนวนมากที่สุด 5 อันดับแรก ในปี 2565 ได้แก่ อำเภอภูกามยาว
อำเภอดอกคำใต้ อำเภอภูซาง อำเภอเชียงคำและอำเภอจุน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วย/ อัตราป่วยต่อแสนประชากร/ อัตราป่วยตายโรค

Streptococcus suis (รวม) ปี 2565 สัปดาห์ที่ 1 ถึง 53 พื้นที่ จังหวัดพะเยา

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวน ประชากร	จำนวนป่วย (ราย)	อัตราป่วย ต่อแสน ประชากร	จำนวนตาย (ราย)	อัตรา ป่วยตาย
1	อ.เมืองพะเยา	129,635	1	0.77	-	-
2	อ.จุน	50,530	1	1.98	-	-
3	อ.เชียงคำ	77,074	2	2.59	-	-
4	อ.เชียงม่วน	19,165	-	-	-	-
5	อ.ดอกคำใต้	70,994	3	4.23	-	-
6	อ.ปง	52,922	1	1.89	-	-
7	อ.แม่ใจ	34,530	-	-	-	-
8	อ.ภูซาง	31,757	1	3.15	-	-
9	อ.ภูกามยาว	21,513	3	13.95	-	-
	รวม	480,916	12	2.50	-	-

ที่มา: ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์รายงานสถานการณ์โรคในระบบเฝ้าระวัง

ขั้นที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยไม่ทราบจำนวนประชาชนผู้ที่สามารถตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ได้ว่ามีจำนวนเท่าใด ดังนั้นในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยผ่านแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยใช้ Google Forms ผ่านรูป QR code หรือ link ที่ได้สื่อสารในหนังสือขอความร่วมมือหน่วยงานภาครัฐ ประชาสัมพันธ์เชื้อเชิญ และสื่อสารส่งต่อในกลุ่มไลน์ของแต่ละอำเภอ โดยผู้วิจัยได้แนบข้อความประชาสัมพันธ์เชื้อเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยโดยสะดวก มีคำอธิบายชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) โดยที่การยินยอมเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ได้อธิบายถึงการยุติการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อ มีมาตรการลดความเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ มีคำอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ในหนังสือข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอย่างชัดเจน การยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยกตเสือกยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในแบบสอบถามออนไลน์ แทนการลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน Google Forms การวิจัยครั้งนี้มีผู้ยินดีเข้าร่วมโดยสมัครใจ จำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 86.98 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ศึกษาวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัยสร้างแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้ภูมิตกของชุมชน ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคใช้หูดับ ประวัติป่วยโรคใช้หูดับ ความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลต่อความรุนแรงของโรค (การรับรู้อันตรายของโรค) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับ

ส่วนที่ 4 ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบต่อการบริโภคอาหารดิบ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หูดับ

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* หรือ ไข้หูดับ ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หูดับ แบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบ แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันโรค

2. ผู้วิจัยใช้แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม KAP แนวคิดและทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง แนวคิดธรรมเนียมสุขภาพ สร้างเครื่องมือเป็นแบบสำรวจรายการและแบบเติมคำ ถามพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ งามบริโภคนิสัยด้านการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์แบบดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ ได้แก่ ประเภทการปรุง เมนูอาหารที่ชอบ ความถี่ในการรับประทาน การรับรู้กฎกติกาของชุมชน ในการป้องกันการเกิดโรคไข้หูดับ ช่องทางการได้รับข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพไข้หูดับ ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้หูดับ การรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค การตระหนักในความรุนแรงของโรคไข้หูดับ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* และการป้องกันโรค แบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของรุจิรา ดุริยศาสตร์, นิตชาธร ภาโนมัย และสรรเพชร อังกิติตระกูล (2558) และนำมาปรับ คำถามและเนื้อหาให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ แบ่งเนื้อหาในแบบประเมินเป็น 5 ส่วน รวม 74 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ การบริโภค แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เมนูอาหารที่ทำจากหมูที่ชอบที่สุด เมนูอาหารที่ทำจากเนื้อหมู วัว ควาย ประเภทปรุงแบบดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบที่ชอบบริโภค ความถี่ของการบริโภคอาหารที่ทำจากหมูแบบดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ การรับรู้กฎกติกาของชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคไข้หูดับ ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคไข้หูดับ ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้หูดับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของโรค หรือมีคนรู้จักป่วยเป็นไข้หูดับ การตระหนักในความรุนแรงของโรคไข้หูดับ (การรับรู้อันตรายของโรค) จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการและเติมคำ โดยมี 1 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ถาถามการตระหนักในความรุนแรงของโรคใช้หูดับ (การรับรู้อันตรายของโรค) มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับต่ำ	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33
ระดับปานกลาง	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66
ระดับสูง	ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* หรือใช้หูดับ และความรู้ในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อใช้หูดับหรือเกิดอาการรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ ความรู้เรื่องโรค อาการแสดงของโรค ความรุนแรงของโรค จำนวน 8 ข้อ การทำลายเชื้อที่ถูกต้อง จำนวน 1 ข้อ ตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน

ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	คะแนนร้อยละ 60–59.99
ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 60–79.99
ระดับสูง	คะแนนร้อยละ 80–100

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ เป็นข้อคำถามที่มีข้อความทางลบ หมายถึง มีความรู้สึกที่ไม่เห็นด้วยกับความเชื่อและทัศนคติ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert, 1974) มีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

คะแนนข้อคำถามทางลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
เห็นด้วย	2 คะแนน
เห็นเป็นกลาง	3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง 5 คะแนน

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33

ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66

ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หูดับ จำนวน 19 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ข้อความทางบวก หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง จำนวน 9 ข้อ (1, 2, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17) และข้อความทางลบ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ (3, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ โดยมีความหมายและเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

	คะแนนข้อคำถามทางบวก	คะแนนข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	3 คะแนน

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66

ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33

ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00

การหาคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาของแบบวัด และแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำถามที่มีความตรงคือข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5–1.00 คัดเลือกไว้ใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรปรับปรุงหรือตัดทิ้ง และกำหนดค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถามนี้เท่ากับ 0.70 ขึ้นไป

3. ประเมินคุณภาพขั้นต้นของแบบทดสอบ ในแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และส่วนที่ 5 โดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ของคำถามแต่ละข้อและครอบคลุมในเรื่องที่จะวัด

คะแนน +1 คือ ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

คะแนน 0 คือ ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

คะแนน -1 คือ ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลที่ได้จากการตรวจของผู้เชี่ยวชาญนำมาคำนวณหาค่า (The Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95, 0.90, 0.85 และ 0.84 ตามลำดับ ปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และ นำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไข ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอปง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้ชุดบ ใช้สูตร KR-20 ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ความรู้และทัศนคติ ต่อการบริโภคอาหารดิบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้ชุดบ ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรแบบ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และ 0.71

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจึงได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ทำหนังสือแนะนำตัว ให้ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัยและแนบไฟล์ข้อความประชาสัมพันธ์เชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยโดยสะดวก มีคำอธิบายชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วม ในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) โดยที่การยินยอมเข้าร่วม โครงการในครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ได้อธิบายถึงการยุติการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อ มีมาตรการลดความเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ มีคำอธิบายการพิทักษ์สิทธิในหนังสือข้อมูล คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอย่างชัดเจนไปกับแบบสอบถาม

2. ชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบว่าข้อมูล ทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น โดยผลการวิจัยไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

3. งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ UP-HEC 1.2/043/66

ส่วนที่ 3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำวิจัย
2. ผู้ศึกษานำหนังสือจากคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาถึงนายอำเภอเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา ขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลประชาสัมพันธ์โครงการและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้ศึกษาได้เข้าพบปลัดอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 5 อำเภอ ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการศึกษา โดยขอความกรุณาให้ส่งรูปคิว QR code หรือ link ที่ได้สื่อสารในประชาสัมพันธ์เชิญ หนังสือขอความร่วมมือหน่วยงานภาครัฐ และสื่อสารส่งต่อในกลุ่มไลน์ของอำเภอ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน Google Forms
4. การยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นไปโดยสมัครใจ ได้อธิบายถึงการยุติการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อ มีมาตรการลดความเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจในหนังสือข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอย่างชัดเจน
5. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส อาชีพ) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ (หมู วัว ควาย),เมนูอาหารที่ทำจากหมูที่ชอบที่สุด เมนูอาหารที่ทำจากเนื้อหมู วัว ควาย ประเภทการปรุงแบบดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบที่ชอบบริโภค ความถี่ของการบริโภคอาหารที่ทำจากหมูแบบดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ การบริโภค

แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้ภูมิตกของชุมชน ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และประชาสัมพันธ์โรคไข้หัด ความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลต่อความรุนแรงของโรค ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้หัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของโรค หรือมีคนรู้จักป่วยเป็นไข้หัด การตระหนักในความรุนแรงของโรคไข้หัด ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัด ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หัด ความสัมพันธ์ (ETA Correlation, Bivariate Correlation) และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ในการทำนายอิทธิพลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัด (Stepwise multiple regression analysis)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือและดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ใน 5 อำเภอของจังหวัดพะเยา ได้แก่ อำเภอภูกามยาว อำเภอดอกคำใต้ อำเภอภูซาง อำเภอเชียงคำ และอำเภอจุน กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 384 คน สุ่มและเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 6 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2566 โดยวิธีสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ใช้แบบสอบถามออนไลน์ มีผู้สมัครใจยินดีเข้าร่วมวิจัยและตอบกลับแบบสอบถามทาง Google Forms ทั้งสิ้น 334 คน คิดเป็นร้อยละ 86.98 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 334 คน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	167	50
หญิง	167	50
อายุ (ปี)		
25-34	153	45.8
35-44	81	24.3
45-54	64	19.2
55-64	31	9.3
65-80	5	1.5

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.2
ประถมศึกษา	12	3.6
มัธยมศึกษา/ ปวช.	83	24.9
อนุปริญญา/ ปวส.	47	14.1
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	188	56.3
สถานภาพสมรส		
โสด	154	46.1
สมรส (คู่)	161	48.2
แยกกันอยู่	2	0.6
หย่า	11	3.3
หม้าย	6	1.8
ประกอบอาชีพ		
นักเรียน/ นักศึกษา	9	2.7
เกษตรกรรวม	12	3.6
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	29	8.7
รับจ้าง	30	9.0
รับราชการ	166	49.7
พนักงานภาครัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	63	18.9
พนักงานเอกชน	11	3.3
ไม่ได้ทำงาน	14	4.2

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) มีอายุระหว่าง 25-34 ปี (ร้อยละ 45) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 56.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48.2) และประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 49.7)

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคสุราหรือแอลกอฮอล์ และ ความถี่ในการบริโภค การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ และความถี่ในการบริโภคแบบดิบ หรือกึ่งสุกกึ่งดิบ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคสุรา/ แอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มสุรา	98	29.3
ดื่มบ้าง นาน ๆ ครั้ง ออกงานสังคัม	151	45.2
ดื่มเดือนละ 2-3 ครั้ง	43	12.9
ดื่มสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	34	10.2
ดื่มทุกวัน	8	2.4
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	55	16.5
เลิกบุหรี่แล้ว	43	12.9
ไม่เคยสูบบุหรี่	236	70.7
การบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์		
ทานแบบดิบ หรือ กึ่งสุกกึ่งดิบ	79	23.7
ทานแบบสุกเท่านั้น	225	76.3
ความถี่ในการบริโภคแบบดิบ หรือกึ่งสุกกึ่งดิบ		
ทุกครั้งเลย (5)	3	3.80
บ่อยครั้งมาก มาก (4)	3	3.80
บ่อยครั้ง (3)	10	12.66
บางครั้ง (2)	34	43.04
นาน ๆ ครั้ง (1)	29	36.71

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการบริโภคสุราหรือแอลกอฮอล์ มีความถี่ในการบริโภคแบบนาน ๆ ครั้งเวลาออกงานสังคัม (ร้อยละ 45.2) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.7) และบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์แบบสุกเท่านั้น (ร้อยละ 76.3)

3. บริโภคนิสัยเนื้อสัตว์แบบดิบ และกึ่งสุกกึ่งดิบของกลุ่มตัวอย่าง และเมนูที่ชอบทาน

กลุ่มตัวอย่างที่มีบริโภคนิสัยเนื้อหมูแบบดิบ และกึ่งสุกกึ่งดิบ พบมากในช่วงอายุ 25-34 ปี ทั้งเพศชายและหญิง โดยพบ เพศชาย 2 คน และหญิง 1 คน ชอบทานเมนูแบบดิบมากที่สุด (ร้อยละ 0.9) และเพศชาย (ร้อยละ 18.56) เพศหญิง (ร้อยละ 4.19) ชอบทานเมนูอาหารที่ทำจากหมูแบบกึ่งสุกกึ่งดิบมากที่สุด คิดเป็น (ร้อยละ 22.8)

เพศชายอายุ 25-80 ปี มีความชอบในการทานกึ่งสุกกึ่งดิบ ซึ่งต่างจากเพศหญิง ช่วงอายุ 55-80 ปี ชอบทานเมนูแบบสุกเท่านั้น ดังแสดงในตาราง 4

เมนูที่ชอบรับประทานของกลุ่มตัวอย่างที่ทานเนื้อสัตว์แบบดิบ หรือกึ่งสุกกึ่งดิบ ชอบทาน ได้แก่ ลาบหมูดิบ (ร้อยละ 91.14) หลู้หมูดิบ (ร้อยละ 48.10) ลาบเนื้อดิบใส่เลือดหมู (ร้อยละ 45.57) ส้าเนื้อดิบใส่เลือดหมู (ร้อยละ 34.18) หลู้เนื้อดิบใส่เลือดหมู (ร้อยละ 25.32) ส้าหมูดิบ (ร้อยละ 21.52) ก้อยหมูดิบ (ร้อยละ 15.19) ตามลำดับ และยังพบกลุ่มตัวอย่าง 2 คน (ร้อยละ 0.89) ที่ไม่ทานดิบ หรือไม่ทานกึ่งสุกกึ่งดิบ แต่ชอบทานเมนู หลู้หมูดิบ

ตาราง 4 แสดงอายุ เพศ จำนวนและร้อยละ จำแนกตามบริโภคนิสัยเมนูที่ทำจากเนื้อสัตว์ตามความชอบส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)

อายุ (ปี)	เพศ	ทานดิบ		กึ่งสุกกึ่งดิบ		สุกเท่านั้น	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
25-34	ชาย	1	0.3	40	11.98	49	14.67
	หญิง	1	0.3	9	2.69	53	15.87
35-44	ชาย	1	0.3	11	3.29	28	8.38
	หญิง			3	0.90	38	11.38
45-54	ชาย			7	2.10	18	5.39
	หญิง			2	0.60	37	11.08
55-64	ชาย			3	0.90	5	1.50
	หญิง					23	6.89
65-80	ชาย			1	0.30	3	0.90
	หญิง					1	0.30

4. ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายช่องทาง แต่ช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงสื่อและจดจำช่องทางได้ ได้แก่ สื่อในอินเทอร์เน็ต เช่น FACEBOOK, Website (ร้อยละ 53.9) โทรศัพท์ (ร้อยละ 52.4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. (ร้อยละ 50) และยังพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ไม่เคยได้รับข่าวสาร/ ประชาสัมพันธ์ ผ่านช่องทางใดเลย (ร้อยละ 14.1) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง

ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับข่าวสาร/ ประชาสัมพันธ์	47	14.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม.	167	50.0
เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์	25	7.5
ผู้นำชุมชน	30	9.0
หนังสือพิมพ์	39	11.7
โทรศัพท์	175	52.4
สื่อในวิทยุ	40	12.0
สื่อในอินเทอร์เน็ต เช่น FACEBOOK, Website	180	53.9
ตลาดนัด	8	2.4
ร้านตัดผม	5	1.5
ร้านค้าในชุมชน	11	3.3

5. การรับรู้ภูมิตกของชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ภูมิตกของชุมชน หมายถึง กรอบ แนวทาง กติกา หรือ ข้อตกลงร่วมกันที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพในภาพรวมของพื้นที่ หรือเฉพาะบางประเด็นตามที่ชุมชนเห็นร่วมกันก็ได้ ซึ่งพื้นที่หรือชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่นั้น มีกฎหรือกติกาชุมชน ที่เป็นธรรมเนียมสุขภาพ

เพื่อป้องกันโรคไข้หูดับ เช่น มีข้อตกลงของชุมชนว่าด้วยการไม่ให้มีเมนูอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ดิบเพื่อเลี้ยงแขกทุกงานประเพณีของชุมชน ร้อยละ 19.8 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ว่ามีกฎกติกาชุมชนป้องกันโรคไข้หูดับในพื้นที่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)

การรับรู้กฎ/กติกาชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
มีและรับทราบ	66	19.8
ไม่มี	140	41.9
ไม่ทราบ	128	38.3

6. ความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลต่อความรุนแรงของโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)

กลุ่มตัวอย่างไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้หูดับ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อหมู (ร้อยละ 59.1) เมื่อได้รับทราบข่าวสาร ความรู้ทางวิชาการเรื่องโรคและความรุนแรงของโรคไข้หูดับ หรือมีคนรู้จักเคยป่วยด้วยโรคติดต่อไข้หูดับ มีพฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) โดยเลือกทานแบบสุกแล้วเท่านั้น ดังแสดงในตาราง 7 และกลุ่มตัวอย่างรับรู้อันตรายของโรคไข้หูดับที่มีต่อสุขภาพในระดับสูง เพศชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.15 (S.D. = 1.13) เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.47 (S.D. = 1.1) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละประวัติการป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)

ประวัติการป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติป่วยโรคไข้หูดับ		
เคยป่วย	0	0
ไม่เคยป่วย	100	100
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
เปลี่ยนเป็นทานอาหารที่ทำจากเนื้อหมูแบบสุกแล้วเท่านั้น	197	59.1
ไม่เปลี่ยน เนื่องจาก ไม่ทานดิบอยู่แล้ว	107	32
ไม่เปลี่ยน ยังคงทานดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เหมือนเดิม	30	8.9

ตาราง 8 แสดงระดับความเห็นต่ออันตรายของโรคใช้หูดับที่มีต่อสุขภาพจำแนกตามเพศ
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 334)

เพศ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ชาย	4.15	1.13	สูง
หญิง	4.47	1.1	สูง

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามทั้งหมดถูกต้อง (ร้อยละ 78.2) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 0.75 (S.D. = 0.34)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงด้านการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการบริโภค ได้แก่ ควรเลือกซื้อเนื้อหมูจากร้านค้า/ ฟาร์ม ที่ได้รับ ใบอนุญาตและผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน (ร้อยละ 97.90) การเก็บเนื้อหมูที่ถูกต้องโดยเก็บ ในตู้เย็น (ร้อยละ 97.60) ควรล้างมือก่อนปรุงและก่อนรับประทานอาหาร (ร้อยละ 97.60) ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การรับประทานเนื้อหมูกึ่งสุกกึ่งดิบ มีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคใช้หูดับ (ร้อยละ 97.60) และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องความรุนแรง ของโรค ได้แก่ รู้ว่าการติดเชื้อใช้หูดับทำให้สูญเสียการได้ยินจนถึงขั้นหูหนวกถาวรได้ (ร้อยละ 96.41) ดังแสดงในตาราง 9 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ ด้านความรู้ เรื่องโรค ได้แก่ การดูแลรักษาร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงสามารถป้องกันการติดเชื้อใช้หูดับได้ (ร้อยละ 26.65) แม้ร่างกายจะแข็งแรงแต่หากได้รับเชื้อจำนวนมาก และความรุนแรงยังขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อก็ทำให้ป่วยติดเชื้อได้ ด้านการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส ได้แก่ การสัมผัสหมูมีชีวิต หรือเนื้อหมูด้วยมือเปล่า ไม่ทำให้ติดเชื้อ *Streptococcus suis* หรือ ติดเชื้อ โรคใช้หูดับ (ร้อยละ 44.60) ด้านความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ได้แก่ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อหูดับสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยไม่หลงเหลืออาการ ผิดปกติใด ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 58.08) ด้านการป้องกันและทำลายเชื้อ ได้แก่ เชื้อ *Streptococcus suis* หรืออีกชื่อเรียกว่า เชื้อใช้หูดับถูกทำลายได้ง่ายจากการล้างมือด้วยสบู่ หรือผงซักฟอก (ร้อยละ 51.8) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อความถามความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันโรคติดเชื้อหูดับถูกต้อง และค่าระดับความรู้ (n = 334)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคติดเชื้อหูดับ	ตอบคำถามถูกต้อง		ระดับ
	จำนวนคน	ร้อยละ	
1. ควรล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังจากการปรุงและการบริโภคอาหาร	326	97.6	สูง
2. การรับประทานเลือดหมู หรือเนื้อหมูกึ่งสุกกึ่งดิบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหูดับ	326	97.6	สูง
3. หากจำเป็นต้องเก็บเนื้อหมูต่างคืน ควรเก็บไว้ในตู้เย็นตลอดเวลา	326	97.6	สูง
4. ควรเลือกซื้อเนื้อหมูจากร้านค้า/ ฟาร์มที่ได้รับใบอนุญาต และผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน	327	97.9	สูง
5. มีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย สับสน กระสับกระส่าย ปวดข้อ คอแข็ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งนี้ เป็นอาการแสดงของโรคติดเชื้อหูดับ	292	87.43	สูง
6. การแจ้งประวัติการกินหมูดิบ/ การสัมผัสเนื้อหมูให้แพทย์ทราบเมื่อมีอาการป่วย จะทำให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วขึ้น	319	95.51	สูง
7. การดูแลรักษาร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงสามารถป้องกันการติดเชื้อหูดับได้*	89	26.65	ต่ำ
8. หากป่วยติดเชื้อหูดับร่วมกับการมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว อาการแสดงของโรคอาจมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น	321	96.11	สูง
9. การติดเชื้อหูดับ ทำให้สูญเสียการได้ยินจนถึงขั้นหูหนวกถาวรได้	322	96.41	สูง
10. การดื่มสุราพร้อมการรับประทานเนื้อหมูดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ สุราจะทำลายเชื้อหูดับได้*	213	63.77	ปานกลาง
11. ในหมูโดยธรรมชาติแล้ว จะพบเชื้อ <i>Streptococcus suis</i> หรือเชื้อหูดับอยู่แล้ว	223	66.77	ปานกลาง
12. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อหูดับ จะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ใน 24 ชั่วโมง	278	83.23	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคติดเชื้อหูดับ	ตอบคำถามถูกต้อง		ระดับ
	จำนวนคน	ร้อยละ	
13. ประงอาหารให้สุกทั่วถึงด้วยความร้อนอย่างน้อย 70 องศา ในเวลาไม่น้อยกว่า 2 นาที เพื่อทำลายเชื้อโรคและตัวอ่อน พยาธิ	260	77.84	ปานกลาง
14. ผู้ติดสุราเรื้อรัง เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความ รุนแรงมาก เมื่อป่วยติดเชื้อหูดับ	279	83.53	สูง
15. สามารถบริโภคเลือดหมูดิบที่ราดมาในอาหารได้ หากใน อาหารนั้นมีเนื้อหมูที่ปรุงสุกแล้ว*	254	76.05	ปานกลาง
16. เชื้อ <i>Streptococcus suis</i> หรืออีกชื่อเรียกว่า เชื้อหูดับ ถูกทำลายได้ง่ายจากการล้างมือด้วยสบู่ หรือผงซักฟอก	173	51.8	ต่ำ
17. การบริโภคหมูที่มีเชื้อ <i>Streptococcus suis</i> เท่านั้นจึงจะ ทำให้ติดเชื้อโรคหูดับ*	266	79.64	ปานกลาง
18. ผู้เลี้ยงสุกรสามารถป้องกันการสัมผัสโรคติดเชื้อ <i>Streptococcus suis</i> ด้วยการสวมรองเท้าบู๊ต ถุงมือ	287	85.9	สูง
19. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อหูดับสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยไม่หลงเหลืออาการผิดปกติใด ๆ ของร่างกาย*	194	58.08	ต่ำ
20. การสัมผัสหมูมีชีวิต หรือเนื้อหมูด้วยมือเปล่า ไม่ทำให้ ติดเชื้อ <i>Streptococcus suis</i> หรือ ติดเชื้อโรคหูดับ*	149	44.61	ต่ำ
ภาพรวม		78.2	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความเชื่อและทัศนคติ ที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ ของกลุ่มตัวอย่าง

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง
อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.81 (S.D. = 0.97) นั่นคือมีความเห็นว่า ไม่เห็นด้วยกับ
ข้อความทางลบ ดังแสดงในตาราง 10

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่อข้อความมากที่สุด
ในประเด็น ดังนี้ การเลิกบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก
(ร้อยละ 32.63) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.81 (S.D. = 1.38) อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ
มีรสชาติอร่อยกว่าอาหารที่ผ่านความร้อนเพื่อปรุงให้สุก (ร้อยละ 18.86) มีค่าเฉลี่ยคะแนน
เท่ากับ 2.36 (S.D. = 1.20) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 10 แสดงระดับความเชื่อและทัศนคติเชิงลบที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 334)

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	ระดับความเชื่อและทัศนคติทางลบ		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การเลิกบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก	2.81	1.38	ปานกลาง
2. อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ มีรสชาติอร่อยกว่าอาหารที่ผ่านความร้อนเพื่อปรุงให้สุก	2.36	1.20	ปานกลาง
3. ผู้หญิงที่บริโภคอาหารดิบได้ เป็นหญิงเก่ง	1.69	0.94	ต่ำ
4. ผู้ชายที่บริโภคอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ สมกับเป็นลูกผู้ชาย	1.75	0.98	ต่ำ
5. ผู้ชายที่บริโภคอาหารดิบไม่ได้ เป็นคนอ่อนแอ ไม่เป็นผู้นำ	1.68	0.93	ต่ำ
6. การบริโภคอาหารดิบ หรือกึ่งสุกกึ่งดิบได้ ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย	1.88	1.00	ต่ำ
7. การบริโภคอาหารดิบพร้อมกับการดื่มสุรามีสรรพคุณในทางชูกำลัง	1.70	0.87	ต่ำ
8. การดื่มสุรา พร้อมกับการบริโภคอาหารดิบ คิดว่าสุราสามารถฆ่าเชื้อโรคได้	1.70	0.85	ต่ำ
9. อาหารดิบหรือปรุงกึ่งสุกกึ่งดิบ มักมีรสจัด ทำให้ต้องบริโภคข้าวเป็นจำนวนมาก จึงไม่เปลืองกับข้าว	1.77	0.90	ต่ำ
10. หากหญิงตั้งครรภ์ชอบบริโภคอาหารดิบ ลูกในครรภ์จะเป็นเพศชาย	1.57	0.79	ต่ำ
11. การปรุงอาหารให้มีรสเปรี้ยวรสเค็ม และรสเผ็ดจะทำให้อาหารสุก และช่วยฆ่าเชื้อโรคได้	1.70	0.85	ต่ำ
12. อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นอาหารพิเศษ	1.77	0.91	ต่ำ
13. การบริโภคอาหารดิบไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ	1.73	0.89	ต่ำ
14. อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง กระชุ่มกระชวย ทำให้ดูมีเลือดฝาดดูเป็นหนุ่มเป็นสาวมากขึ้น	1.69	0.82	ต่ำ
15. การบริโภคอาหารแบบดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ จะช่วยประหยัดเวลาในการปรุงอาหาร และมีเวลาไปทำอย่างอื่น	1.74	0.83	ต่ำ

ตาราง 10 (ต่อ)

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	ระดับความเชื่อและทัศนคติทางลบ		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
16. การบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ สามารถบริโภคมากเท่าไรก็ได้ เพราะมียาที่สามารถรักษาและป้องกัน การเกิดโรคได้	1.70	0.82	ต่ำ
17. การปรุงอาหารให้สุกเป็นเรื่องยุ่งยาก	1.72	0.83	ต่ำ
18. การทานอาหารดิบเป็นวัฒนธรรมการทานอาหารที่มีมาแต่ดั้งเดิม ผู้ทานอาหารดิบถือได้ว่ามีรสนิมการทานอาหารที่ดี	1.84	0.89	ต่ำ
19. การทานอาหารดิบจะทำให้มีอายุยืนยาวและมีกำลัง	1.66	0.80	ต่ำ
20. ยิงทานอาหารดิบที่ปรุงจากเนื้อหมูที่สดมากเท่าไรว่ายิ่งได้รับประโยชน์จากความสดใหม่มากเท่านั้น	1.69	0.86	ต่ำ
ภาพรวม	1.81	0.97	ต่ำ

หมายเหตุ: ทุกข้อเป็นคำถามเป็นข้อความทางลบ

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อคิดเห็นว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความทางลบของความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ จำแนกรายข้อ (n = 334)

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	จำนวนคน	ร้อยละ
1. การเลิกบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก	109	32.63
2. อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ มีรสชาติอร่อยกว่าอาหาร ที่ผ่านความร้อน เพื่อปรุงให้สุก	63	18.86
3. ผู้หญิงที่บริโภคอาหารดิบได้ เป็นหญิงเก่ง	20	5.99
4. ผู้ชายที่บริโภคอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ สมกับเป็นลูกผู้ชาย	21	6.29
5. ผู้ชายที่บริโภคอาหารดิบไม่ได้ เป็นคนอ่อนแอ ไม่เป็นผู้นำ	20	5.99
6. การบริโภคอาหารดิบ หรือ กึ่งสุกกึ่งดิบได้ ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย	22	6.59
7. การบริโภคอาหารดิบพร้อมกับการดื่มสุราจะมีสรรพคุณในทางชูกำลัง	15	4.49

ตาราง 11 (ต่อ)

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	จำนวนคน	ร้อยละ
8. การดื่มสุราพร้อมกับการบริโภคอาหารดิบ คิดว่าสุราสามารถฆ่าเชื้อโรคได้	16	4.79
9. อาหารดิบหรือปรุงสุกกึ่งดิบ มักมีรสจัดทำให้ต้องบริโภคข้าวเป็นจำนวนมากจึงไม่เปลืองกับข้าว	17	5.09
10. หากหญิงตั้งครรภ์ชอบบริโภคอาหารดิบ ลูกในครรภ์จะเป็นเพศชาย	9	2.69
11. การปรุงอาหารให้มีรสเปรี้ยวรสเค็ม และรสเผ็ดจะทำให้อาหารสุกและช่วยฆ่าเชื้อโรคได้	12	3.59
12. อาหารดิบหรือปรุงสุกกึ่งดิบ เป็นอาหารพิเศษ	17	5.09
13. การบริโภคอาหารดิบไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ	13	3.89
14. อาหารดิบหรือปรุงสุกกึ่งดิบ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง กระชุ่มกระชวย ทำให้ดูมีเลือดฝาดดูเป็นหนุ่มเป็นสาวมากขึ้น	10	2.99
รวม	334	100

หมายเหตุ: ทุกข้อเป็นคำถามเป็นข้อความทางลบ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้หุ้ดับของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หุ้ดับของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.51 (S.D. = 0.74) ดังแสดงในตาราง 12

การปฏิบัติทุกครั้งของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ไม่ซื้อเนื้อหรือผลิตภัณฑ์จากหมูที่ทราบว่าเป็นป่วยหรือสงสัยว่าป่วยมาประกอบอาหาร (ร้อยละ 90.72) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.88 (S.D. = 0.39) ล้างมือก่อนและหลังการปรุงอาหารและบริโภคอาหาร (ร้อยละ 90.42) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.90 (S.D. = 0.33) ไม่ซื้อเนื้อหมูที่มีกลิ่นคาว หรือมีสีคล้ำนำมาปรุงอาหาร (ร้อยละ 90.42) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.89 (S.D. = 0.36) การปฏิบัติทุกครั้งของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ เคยสัมผัสกับหมูที่มีชีวิต โดยไม่ได้สวมถุงมือ (ร้อยละ 32.04) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.71 (S.D. = 0.92) ซื้ออาหารที่ปรุงจากเนื้อหมูดิบ ประเภทลาบ ก้อย จากร้านค้าจำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 22.16) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.69 (S.D. = 0.81) ดังแสดงในตาราง 12

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หุ้ดับรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อใช้หุ้ดับจากการรับประทาน ได้แก่ ซื้ออาหารที่ปรุงจากเนื้อดิบประเภทลาบ ก้อย

จากร้านค้าจำหน่ายอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 77.84) ทานเนื้อหมูที่ปรุงด้วยวิธีต่าง ๆ ในบ้านหรือร้านอาหารบุฟเฟต์ เช่น ปิ้ง ย่าง จุ่ม ต้ม แม้ว่าเนื้อจะยังสุกไม่ทั่วถึง (ร้อยละ 53.89) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปนเปื้อนและสัมผัส ได้แก่ ไม่แยกใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในการประกอบอาหาร หรือใช้ร่วมในการรับประทานระหว่างเนื้อหมูดิบและเนื้อหมูสุก เช่น มีด เขียง ตะเกียบ ที่คีบ ทัพพี ช้อน จาน ชาม (ร้อยละ 53.59) ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสโดยสัมผัสกับหมูที่มีชีวิตโดยไม่ได้สวมถุงมือ (ร้อยละ 67.9) สัมผัสเนื้อหมูดิบหรือส่วนประกอบของหมู ขณะที่บริเวณมือมีบาดแผลหรือรอยถลอก (ร้อยละ 31.73)

ตาราง 12 แสดงระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หุ้ดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 334)

พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หุ้ดับ	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ล้างมือก่อนและหลังการปรุงอาหารและบริโภคอาหาร	2.90	0.33	สูง
2. เลือกซื้อเนื้อหมูจากตลาดสด ร้านค้า หรือห้างสรรพสินค้า ซึ่งได้รับใบอนุญาตและผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากโรงฆ่าสัตว์	2.71	0.49	สูง
3. เคยสัมผัสกับหมูที่มีชีวิต โดยไม่ได้สวมถุงมือ*	1.71	0.92	ปานกลาง
4. ไม่นำเนื้อหมูที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุมาบริโภค	2.91	0.33	สูง
5. ล้างทำความสะอาดเนื้อหมูดิบทุกครั้ง ก่อนจะนำมาปรุงอาหาร	2.78	0.49	สูง
6. ซื้อเนื้อหมูที่มีกลิ่นคาว หรือมีสีคล้ำนำมาปรุงอาหาร*	2.89	0.36	สูง
7. บริโภคอาหารประเภทลาบดิบ ก้อยดิบ หรือ กุ้งสุกกุ้งดิบ ในงานเทศกาลงานบุญประเพณีต่าง ๆ ที่มีความพิเศษ*	2.62	0.55	สูง
8. ปรุงอาหารที่ทำจากเนื้อหมู ส่วนประกอบของหมูให้สุกก่อนแล้วจึงนำมาบริโภค	2.76	0.49	สูง
9. แยกใช้อุปกรณ์ในการประกอบอาหาร ใช้หยิบจับ หรือใช้ตัก รับประทาน ระหว่างของดิบและของสุก เช่น มีด เขียง ตะเกียบ ที่คีบ ทัพพี ช้อน จาน ชาม	2.42	0.70	สูง
10. เก็บเนื้อหมูโดยไม่ได้แช่เย็น และนำมาประกอบอาหาร*	2.68	0.64	สูง
11. ปรุงอาหารที่ทำจาก เนื้อหมู หรือส่วนประกอบของหมู ให้สุกด้วยความร้อนและใช้เวลาอย่างเหมาะสม	2.78	0.52	สูง
12. สัมผัสเนื้อหมูดิบ หรือส่วนประกอบของหมูขณะที่บริเวณมือมีบาดแผลหรือรอยถลอก*	2.65	0.54	สูง

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคใช้หุดับ	ระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรค		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
13. บริโภคหุดับหรือกึ่งลุดกึ่งดึบ ร่วมกับการดื่มสุรฯ*	2.66	0.54	สูง
14. ซึ้ออาหารที่ปรุงจกเนื้อหุดับ ประเภทลอบ กัอย จกร้านค้จกจำหน่ายอาหารที่ได้มตรฐน	1.69	0.81	ปานกลง
15. ซึ้อเนื้อหรือผลัดกัณฑ์จกหุดที่ทรบว่ป่วยหรือสยยว่ ป่วยมประกอบอาหาร*	2.88	0.39	สูง
16. บริโภคอาหารประเภทลอบ กัอย ดึบหรือกึ่งลุดกึ่งดึบ เป็นอาหารในชึวิตประจำวัน*	2.63	0.52	สูง
17. ล้างอุปกรณที่ชึเตรียมหรือประกอบอาหารที่ห้จก เนื้อหุดับ ดัวยน้ยห้ทำความสะอาดก่อนจ้ดเก็บ	2.62	0.68	สูง
18. ทานเนื้อหุดที่ปรุงดัวยวิธีต่ง ๆ ในบ้านหรือร้ณอาหาร บุฟเฟต์ เช่น บั๊ง ย่าง จุ่ม ดั้ม แม้ว่เนื้อ จะยังลุดไม่ท่วถึง*	2.50	0.58	สูง
19. ซึ้อเนื้อหุดจกรถเร่ หรือ ไม่รู้แหล่งที่มห้เพื่อชึประกอบ อาหาร*	2.67	0.53	สูง
ภพรวม	2.51	0.74	สูง

หมายเหตุ: *ค้ถามเป็นช็อความทงลบ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคใช้หุดับ

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคใช้หุดับ โดยใช้สถิติเพียร์สันเชิงสัมพันธ์ (Bivariate) พบว่ ช่องทงการได้รบัข้อมูลข่วสารเรื่งโรคและประชสัมพันธ์เรื่งโรคใช้หุดับที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคใช้หุดับของกัลุ่มตัวอย่างอย่งมีนัยสำคัญทงสถิติ ได้แก่ จกเจ้หน้าทีสาธารณสุช/ อสม. ($r = .162$, $p = 0.003$) หน้งสือพิมพ์ ($r = .111$, $p = 0.042$) โทรท้ศนั ($r = .229$, $p < 0.001$) สือในอินเตอร้เน็ต เช่น FACEBOOK, Website ($r = .217$, $p < 0.001$) และพบว่ กฤกติกษชมนไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคใช้หุดับของกัลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 แสดงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หัด

ปัจจัย	r	P-value
ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบ	-0.562 ^{1*}	<0.001*
ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัด	0.249 ^{1*}	<0.001*
ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัด		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม.	0.162 ^{2*}	0.003*
เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์	0.058 ^{2*}	0.294
ผู้นำชุมชน	0.025 ^{2*}	0.649
หนังสือพิมพ์	0.111 ^{2*}	0.042*
โทรทัศน์	0.229 ^{2*}	<0.001*
สื่อในวิทยุ	-0.016 ^{2*}	0.770
สื่อในอินเทอร์เน็ต เช่น FACEBOOK, Website	0.217 ^{2*}	<0.001*
ตลาดนัด	-0.066 ^{2*}	0.232
ร้านตัดผม	-0.056 ^{2*}	0.308
ร้านค้าในชุมชน	-0.023 ^{2*}	0.672
กฎกติกาชุมชน	0.054 ^{1*}	0.612

หมายเหตุ: 1*=ETA correlation, 2*=biserial correlation

ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หัดและการสร้างสมการ

นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หัด มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยใช้สถิติ (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หัดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ ($r = -.562$, $p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัดผ่านช่องทางโทรทัศน์ ($r = .229$, $p < 0.001$) ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .249$, $p < 0.001$) ดังตารางในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงการวิเคราะห์ผล (Stepwise multiple regression analysis)

ตัวแปรอิสระ	B	Std. Error	Beta	t	P-value
ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบทางลบ	-.170	0.015	-0.516	-11.146	<0.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับผ่านช่องทางโทรทัศน์	1.177	0.452	0.119	2.602	0.010
ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับ	0.278	0.118	0.109	2.351	0.019
A (Constant)	53.842	1.944		27.694	<0.001

R = .587, Adjusted R Square = .338, F = 57.765, R Square = .344, Std. Error Square = 4.02268

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังตาราง 14 สามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันโรคใช้หูดับ = 53.842 - .170 (ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบทางลบ) + 1.177 (การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับผ่านช่องทางโทรทัศน์) + .278 (ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับ)

อธิบายความว่า เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรเข้าสู่สมการพยากรณ์แล้ว ก็จะได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = .587 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยหรืออำนาจการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) = .338 หรือสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.80

โดยที่ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบทางลบนั้น มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้หูดับ โดยจะส่งผลด้านลบต่อการพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคลดลงร้อยละ 31.60 ($p < 0.001$) เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับผ่านช่องทางโทรทัศน์เพิ่ม ปัจจัยนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.90 ($p < 0.001$) และเมื่อบุคคลได้รับความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับเพิ่ม อิทธิพลของปัจจัยนี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 33.80 ($p < 0.001$)

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา

2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัดบ ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ ช่องทางการได้รับข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัดบ กฎกติกากลุ่มชน จังหวัดพะเยา

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัดบ ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ ช่องทางการได้รับข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัดบ กฎกติกากลุ่มชน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา

4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอภูกามยาว อำเภอดอกคำใต้ อำเภอภูซาง อำเภอเชียงคำและอำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 334 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้กฎกติกาของกลุ่มชน ช่องทางการได้รับข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัดบ ประวัติป่วยโรคไข้หัดบ ความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลต่อความรุนแรงของโรค (รับรู้อันตรายของโรค) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หัดบ ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบต่อการบริโภคอาหารดิบ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ (ETA Correlation, Bivariate Correlation) และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ในการทำนายอิทธิพลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ (Stepwise multiple regression analysis) ผลการศึกษาสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี (ร้อยละ 45) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 56.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48.2) และประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 49.7) ด้านบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทานอาหารจากเนื้อสัตว์แบบสุกเท่านั้น (ร้อยละ 76.3) และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีบริโภคนิสัยชอบทานดิบหรือทานกึ่งสุกกึ่งดิบ (ร้อยละ 23.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 25-34 ปี ความถี่ในการรับประทานดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ แบบนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 43.04) และเมนูอาหารดิบที่เป็นที่โปรดปรานของกลุ่มตัวอย่างที่ชอบกินดิบ และกึ่งสุกกึ่งดิบ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลาบหมูดิบมากที่สุด (ร้อยละ 91.14) รองลงมา หลู้หมูดิบ (ร้อยละ 48.10) และลาบเนื้อดิบใส่เลือดหมู (ร้อยละ 45.57) ตามลำดับ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หูดับของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.51 (S.D. = 0.74) อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันที่ดี มีการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์แบบสุกเท่านั้น (ร้อยละ 76.3) มีการบริโภคสุราหรือแอลกอฮอล์ชนิดอื่น แบบนาน ๆ ครั้งเวลาออกงานสังคม (ร้อยละ 45.2) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.7) มีค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้อันตรายของโรคระดับสูง เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อันตรายของโรคไข้หูดับที่มีต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.47 (S.D. = 1.1) เพศชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.15 (S.D. = 1.13) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้หูดับ และจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้หูดับหลายช่องทางทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.1) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อหมู เมื่อรับรู้ข่าวสารความรู้ทางวิชาการเรื่องโรคและความรุนแรงของโรคเชื้อหูดับ หรือมีคนรู้จักเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อหูดับ เกิดพฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) โดยเลือกทานแบบสุกแล้วเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันโรคไข้หูดับ ระดับสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ไม่นำเนื้อหมูที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุมาบริโภค ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.91 (S.D. = 0.33) ล้างมือก่อนและหลังการปรุงอาหารและบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.90 (S.D. = 0.33) ไม่ซื้อเนื้อหมูที่มีกลิ่นคาวหรือมีสีคล้ำนำมาปรุงอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.89 (S.D. = 0.36) มีพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันโรคไข้หูดับ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติ

ป้องกันโรคใช้หุ้ดดับ ระดับปานกลาง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเคยสัมผัสกับหมูที่มีชีวิต โดยไม่ได้สวมถุงมือ ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.71 (S.D. = 0.92) ซึ่อาหารที่ปรุงจากเนื้อหมูดิบประเภทลาบ ก้อย จากร้านค้าจำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.69 (S.D. = 0.81)

ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อใช้หุ้ดดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อใช้หุ้ดดับจากการรับประทาน ได้แก่ ซึ่อาหารที่ปรุงจากเนื้อดิบประเภทลาบ ก้อย จากร้านค้าจำหน่ายอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 77.84) อธิบายได้จากถ้าพิจารณาจากคู่มือที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดทำเป็นคู่มือประชาชนเรื่องการขอรับรองความปลอดภัยด้านอาหาร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์, 2559) ว่า การขอรับรองผู้ประกอบการร้านอาหารต้องเป็นผู้ยื่นขอรับรองกับหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบเอง อาจไม่สะดวก เสียเวลา ค่าขายและมีเงื่อนไขที่ต้องปฏิบัติอย่างเข้มงวด คือ หลักเกณฑ์การให้เครื่องหมายรับรองความปลอดภัย หลังได้รับการรับรองแล้วจะมีการสุ่มตรวจทุก 6 เดือน หากพบการกระทำผิดเป็นครั้งที่ 2 สุ่มตรวจพบอาหารที่รับรองแล้วมีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ จะถูกพักใบรับรอง ผู้ประกอบการที่ได้รับการรับรองแล้วต้องต่ออายุใบรับรองทุก 3 ปี และร้านอาหารไม่เคยพบอุบัติการณ์มีลูกค้าป่วยอาหารเป็นพิษหรือป่วยติดเชื้อใช้หุ้ดดับระบาดจากการมาบริโภคที่ร้านเลยยังไม่ดำเนินการขอรับรอง และหากพิจารณาจากมุมมองผู้บริโภค อาจเห็นว่าร้านค้าทุกร้านอาหารทุกร้านต้องมีมาตรฐานและมีสุขอนามัยอยู่แล้วและชื่อเสียงของร้านทั้งด้านบวกและด้านลบมีผลต่อการประกอบกิจการ จึงไม่ได้ให้ความสนใจในเครื่องหมายรับรองคุณภาพความปลอดภัยและเคยรับประทานร้านไหนอร่อยและถูกใจ รสชาติถูกปากก็ไปทานที่ร้านเดิมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2560) ที่พบว่าสิ่งที่กลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี คำนึงถึงเป็นอันดับแรกก่อนเลือกซื้ออาหาร คือความชอบมากที่สุด (ร้อยละ 19.28) รองลงมาคือความสะดวก (ร้อยละ 19.10) รสชาติ (ร้อยละ 18.95) อยากรทาน (ร้อยละ 17.20) คุณค่าทางโภชนาการ (ร้อยละ 12.84) ความสะดวก รวดเร็ว (ร้อยละ 7.03) และราคา (ร้อยละ 4.20) ตามลำดับ ทานเนื้อหมูที่ปรุงด้วยวิธีต่าง ๆ ในบ้านหรือร้านอาหารบุฟเฟต์ เช่น ปิ้ง ย่าง จุ่ม ต้ม แม้ว่าเนื้อจะยังสุกไม่ทั่วถึง (ร้อยละ 53.89) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัส ปนเปื้อนเชื้อ ได้แก่ ไม่แยกใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในการประกอบอาหาร หรือใช้ร่วมกับการรับประทาน ระหว่างเนื้อหมูดิบและเนื้อหมูสุก เช่น มีด เขียง ตะเกียบ ที่คีบ ทักพี ซ้อน จาน ชาม (ร้อยละ 53.59) มีพฤติกรรม

เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัส ได้แก่ เคยสัมผัสกับหมูที่มีชีวิตโดยไม่ได้สวมถุงมือ (ร้อยละ 7.9) เคยสัมผัสเนื้อหมูดิบ หรือส่วนประกอบของหมู ขณะที่บริเวณมือมีบาดแผล หรือรอยถลอก (ร้อยละ 31.73) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร คำหล้า, อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, ยุพาพร ศรีจันทร์ และคณะ (2553) การพัฒนารูปแบบสื่อสารความเสี่ยงและภัยสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ปัญหาโรค *Streptococcus suis* ในพื้นที่ ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่ามีประชาชนส่วนน้อยที่รู้ว่าโรคนี้สามารถติดต่อได้ทางผิวหนังและเยื่อเมือก จึงทำให้ผู้ที่ซื้อหมูฆ่าแหวะหมู มีการสัมผัสหมูไม่มีการระวังและป้องกันตนเอง

2. ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หุดับ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาศึกษาความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หุดับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หุดับอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบข้อคำถามทั้งหมดถูกต้อง (ร้อยละ 78.2) มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 0.75 (S.D. = 0.34) อธิบายได้จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หุดับ ผ่านทางสื่อในอินเทอร์เน็ต เช่น FACEBOOK Website (ร้อยละ 53.9) โทรทัศน์ (ร้อยละ 52.4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. (ร้อยละ 50.0) สื่อในวิทยุ (ร้อยละ 12) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 9) เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ (ร้อยละ 7.5) ร้านค้าในชุมชน (ร้อยละ 3.3) ตลาดนัด (ร้อยละ 2.4) ร้านตัดผม (ร้อยละ 1.5) แต่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน ไม่เคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หุดับจากช่องทางใดเลย (ร้อยละ 14.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ดุริยศาสตร์, ณิตชาธร ภาโนมัย และสรพรเพชร อังกิติตระกูล (2558) ที่พบว่าช่องทางที่มาข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคมาจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 58.3) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค (ร้อยละ 85.7) สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมจิตร แก้วมูล (2552) ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชน ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ *Streptococcus suis* และความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 34.2) และแหล่งของข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์และแผ่นพับ สอดคล้องกับ กุลจิรา เพ็ชรกุล และกรรณิการ์ ณ ลำปาง (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ สเตรปโตคอคคัส ซูอิส ของประชาชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ มักเป็นการให้ความรู้เฉพาะเวลาที่มีการระบาดเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม

และเฉพาะพื้นที่ที่พบการติดเชื้อเท่านั้นทำให้ประชาชนได้รับความรู้ไม่ทั่วถึง และไม่ต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้ผ่านการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ ภาพ อินโฟกราฟฟิก มักเป็นการให้ความรู้เฉพาะเรื่อง เช่น “กินหมักดิบเสี่ยงหูดับ” (กรมควบคุมโรค, 2563) ให้ประชาชนเกิดการจำได้เฉพาะความรู้ที่ได้รับบ่อยครั้ง

ผลการศึกษาข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดเรื่องโรค ว่าการดูแลรักษาร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงจะสามารถป้องกันการติดเชื้อหูดับได้ ซึ่งในทางวิชาการที่ถูกต้องนั้น แม้ร่างกายจะแข็งแรงแต่หากได้รับเชื้อปริมาณมากก็ป่วยติดเชื้อได้ และความรุนแรงของโรคยังขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2565) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้ป่วยใช้หูดับที่รักษาหายแล้วมักพบความผิดปกติตามมา ในภายหลัง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว และสูญเสียการได้ยินจนถึงขั้นหูหนวก หรือที่เรียกกันว่า “หูดับ” มีบางรายยังพบอาการผิดปกติและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น หูดอย ๆ ดับ และมีปัญหาด้านการทรงตัว (ชินานานฎ มั่นคง, 2550) และด้านการป้องกัน และทำลายเชื้อ กลุ่มตัวอย่างไม่รู้วิธีการป้องกันและฆ่าเชื้ออย่างถูกวิธี โดยที่เชื้อใช้หูดับ ถูกทำลายได้ง่ายจากการล้างมือด้วยสบู่ หรือผงซักฟอก (กรมควบคุมโรค, 2565) ด้านการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าเชื้อสามารถติดต่อได้จากการสัมผัส หากหมูป่วยหรือตายจากการติดเชื้อ *Streptococcus suis* การสัมผัสด้วยมือเปล่า อาจติดเชื้อได้หากมือมีแผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร คำหล้า, อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, ยุพาพร ศรีจันทร์ และคณะ (2553) การพัฒนารูปแบบสื่อสารความเสี่ยงและภัยสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ปัญหาโรค *Streptococcus suis* ในพื้นที่ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่ามีประชาชนส่วนน้อยที่รู้ว่าโรคนี้สามารถติดต่อได้ทางผิวหนังและเยื่อเมือก จึงทำให้ผู้ที่มีอาชีพฆ่าและหมู มีการสัมผัสหมูไม่มีการระวังและป้องกันตนเอง

3. ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.81 (S.D. = 0.97) นั่นคือมีความเห็นว่า ไม่เห็นด้วยกับข้อความทางลบในข้อคำถาม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบในทางที่ถูกต้อง อธิบายได้จากปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.3) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 49.7) ประกอบอาชีพรับราชการ มีพฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) คือ ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 29.3)

ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.7) บริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์แบบสุกเท่านั้น (ร้อยละ 76.3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่มีกฎกติกาชุมชนที่เป็นธรรมอนุญาตสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคใช้हु้ดบ และรับทราบถึงข้อปฏิบัติ (ร้อยละ 19.8) และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคใช้हु้ดบ รวมถึงความตระหนักในการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นทัศนคติส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่างที่อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อันตรายของโรคใช้हु้ดบ ที่มีต่อสุขภาพ ระดับสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง อาชีพส่วนใหญ่รับราชการซึ่งมีหลากหลายวิชาชีพ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมาก สามารถสังเคราะห์ประโยชน์และโทษจากการบริโภคได้ รวมถึงการรับรู้ อันตรายและความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับสูงนั้น ทำให้มีทัศนคติที่ถูกต้อง ต่อการบริโภคอาหารดิบด้วย ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อนั้น ได้แก่ ปัจจัย ด้านจิตวิทยา คือการเรียนรู้ รับรู้ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมคือ การขัดเกลาทางสังคม ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ เพศ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย มากที่สุด คือ เห็นด้วยว่าการเลิกบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.81 (S.D. = 1.38) เห็นด้วยว่าอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ มีรสชาติ อร่อยกว่าอาหารที่ผ่านความร้อนเพื่อปรุงให้สุกมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.36 (S.D. = 1.20) สอดคล้องการศึกษาของรุจิรา ตรียศศาสตร์, ณิชชาธร ภาโนมัย และสรรเพชร อังกิติตระกูล (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชน ในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่า คะแนน ความเชื่อและทัศนคติโดยรวมที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบของกลุ่มตัวอย่าง ตำบลนาขมิ้น มากกว่าตำบลโพนจานนั้น เนื่องจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างตำบลนาขมิ้นมีตั้งแต่ ระดับประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ทำให้มีโอกาสการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ที่ถูกต้อง เป็นผลให้ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบที่เคยมีมาค่อย ๆ เปลี่ยนไป ในทางที่ถูกต้องมากขึ้น และประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด คือ การเลิกบริโภค อาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของวัฒนา โยธาใหญ่, อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร และ เกรียงศักดิ์ จิตรวัชรพันธ์ (2549) ที่พบว่า ชาวบ้านตำบลเชียงแวง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา มีค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารดิบ โดยประชาชน (ร้อยละ 85) บริโภคอาหารดิบ โดยเฉพาะเมนูลาบดิบ รองลงมาคือ ล้า อิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินอาหารดิบ มาจากบิดามารดา (ร้อยละ 39) และความถี่ในการบริโภคนั้นมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 57.6) ประเภทเนื้อที่รับประทานบ่อย ๆ ได้แก่ หมู วัว ควาย และปลา (ร้อยละ 51.0

43.0 และ 6.09 ตามลำดับ) ทักษะติดกับการบริโภคลาบดิบมีความเห็นว่าการกินลาบดิบมันอร่อยกินง่ายสะดวกกินอาหารได้มากอิ่มนานกินแล้วรู้สึกแข็งแรง ถ้ากินสุก ไม่มีรสชาติจืดชืด เมื่อมีงานเลี้ยงหาเจ้าภาพเลี้ยงอาหารเป็นลาบจะทำให้มีหน้ามีตา เจ้าภาพจัดดีที่สุดในและถือว่าเป็นสุดยอดของอาหารแต่ละงานเลี้ยงนั้น สำหรับเนื้อสัตว์ป่าอื่น ๆ ที่นำมาปรุงเป็นลาบดิบนานปีจึงจะได้กิน ทักษะติดที่มีต่อการเลือกบริโภคเนื้อดิบของชาวบ้านเห็นว่าเพราะเป็นขนบธรรมเนียมที่ถ่ายทอดหล่อหลอมกันมาหลายชั่วอายุคน หากจะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องใช้เวลา เจ้าหน้าที่ที่ต้องมาดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักและเห็นโทษ โดยเน้นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมชาวบ้านอย่างจริงจัง ซึ่งผลการศึกษาความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบจากเนื้อสัตว์ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ พบว่าอาจมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้องมากขึ้น อธิบายได้จากระดับคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับต่ำ มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่เห็นด้วยกับข้อความทัศนคติทางลบ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าเป็นด้วยและเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความทางลบว่า อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นอาหารพิเศษ (ร้อยละ 5.09) การทานอาหารดิบเป็นวัฒนธรรมการทานอาหารที่มีมาแต่ดั้งเดิม ผู้ทานอาหารดิบถือได้ว่ามีรสนิยมการทานอาหารที่ดี (ร้อยละ 5.09) การทานอาหารดิบ จะทำให้มีอายุยืนยาว และมีกำลัง (ร้อยละ 2.69) อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง กระชุ่มกระชวย ทำให้ดูมีเลือดฝาด ดูเป็นหนุ่มเป็นสาวมากขึ้น (ร้อยละ 2.99) แต่อย่างไรก็ตามด้วยวัฒนธรรมและบริบททางสังคม หากจะเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารดิบที่น่าเชื่อถือได้ ต้องทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลเชียงแวง อำเภอกู่ช้างต่อไป

4. ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหรือประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับจังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับผ่านหลายช่องทาง ผ่านทางสื่อในอินเทอร์เน็ต เช่น FACEBOOK Website (ร้อยละ 53.9) โทรศัพท์ (ร้อยละ 52.4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. (ร้อยละ 50) สื่อในวิทยุ (ร้อยละ 12) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 9) เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ (ร้อยละ 7.5) ร้านค้าในชุมชน (ร้อยละ 3.3) ตลาดนัด (ร้อยละ 2.4) ร้านตัดผม (ร้อยละ 1.5) อธิบายได้ว่าโดยทั่วไปผู้รับสารมีความต้องการแสวงหาข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองเพื่อนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคใช้หูดับพบว่า ช่องทางโทรศัพท์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคใช้หูดับของ

กลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .229, p < 0.001$) ด้วยเหตุผลที่โทรทัศน์เป็นสื่อที่ประชาชนเข้าถึงง่าย แทบทุกหลังคาเรือนมีโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ใช้ทั้งทั้งภาพและเสียงในการสื่อสาร มีภาพเคลื่อนไหว การให้บริการบันเทิงของช่องโทรทัศน์มีการคำนึงถึงผู้รับสื่อ มีการใช้ล่ามมือนำสารถึงสื่อผู้รับสาร มีตัวหนังสือเป็นสื่อนำสารถึงผู้รับสาร โดยมีรูปแบบรายการหลากหลาย และเป็นปัจจุบัน ทำให้เกิดความน่าสนใจ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ดังที่พวงทอง อังคาบ (2538) กล่าวว่า สื่อวิทยุโทรทัศน์เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนเป็นจำนวนมากได้ในเวลาเดียวกัน มีภาพที่เหมือนจริง จึงทำให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถสร้างความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการได้เป็นอย่างดี สามารถเสนอข่าวสารได้รวดเร็ว และถ่ายทอดเหตุการณ์จริงไปยังผู้รับสารหลาย ๆ คนในเวลาเดียวกัน สามารถนำเสนอข่าวสารให้น่าสนใจ น่าเชื่อถือ หรือสร้างความทรงจำและโน้มน้าวได้เป็นอย่างดี ผลการสำรวจของการมีอุปกรณ์รับชมรายการโทรทัศน์ในครัวเรือน พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้นประมาณ 21.5 ล้านครัวเรือน ในจำนวนนี้มีครัวเรือนที่มีอุปกรณ์ในการรับชมรายการโทรทัศน์ 20.6 ล้านครัวเรือน หรือคิดเป็นร้อยละ 96.0 แบ่งเป็นครัวเรือนที่มีอุปกรณ์การรับชมรายการโทรทัศน์ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 96.2) และครัวเรือนที่มีอุปกรณ์การรับชมรายการโทรทัศน์นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 95.8) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2560) สอดคล้องการศึกษาของวิชาญ ปาวัน, กรัณชรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม และคณะ (2560) ได้ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2559 พบว่า แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .321, .171, \text{ และ } .373$ ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูล 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์/ เคเบิลทีวี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตามลำดับ สอดคล้องการศึกษาของทิพย์วัลย์ ชุ่มนันทกาต (2551) ได้ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในผู้ที่ดื่มสุรา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าช่องทางที่ได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของกลุ่มเป้าหมายมาจากโทรทัศน์มากที่สุด จากการที่โทรทัศน์ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว มีข้อจำกัดหลายเรื่อง มีข้อจำกัดเรื่องรายละเอียดของการแลกเปลี่ยนความรู้ การซักถาม และระยะเวลาในการเผยแพร่สั้น ดังนั้นผู้ชมจึงต้องมีความตั้งใจในการชม จึงจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวได้

5. กฎกติกากลุ่มชนที่เป็นธรรมนุญสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษากฎหรือกติกาชุมชนที่เป็นธรรมนุญสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้หูดับ พบว่าในพื้นที่ชุมชนที่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างมีกฎกติกาชุมชนโดยมีข้อตกลงของชุมชนว่าด้วยการไม่ให้มีเมนูอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ดิบเพื่อเลี้ยงแขกทุกงานประเพณีของชุมชน (ร้อยละ 19.8) และในชุมชนที่อาศัยอยู่นั้นไม่มีกฎกติกาชุมชน (ร้อยละ 41.9) และยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบเลยว่าชุมชนที่อาศัยอยู่นั้นมีกฎกติกาชุมชนอยู่หรือไม่ (ร้อยละ 38.3) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ พบว่า กฎกติกาชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ ซึ่งการทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นต้องอาศัยความร่วมมือในชุมชน และตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติยอมรับหรือปฏิเสธกฎกติกาชุมชนของคนในชุมชนนั้น ขึ้นอยู่กับบริบทด้านวัฒนธรรมและสังคมของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ถนัด จ่ากลาง, ภัคดี โพธิ์สิงห์ และวิทยา เจริญศิริ (2560) ศึกษานโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน กรณีศึกษาอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาผลการดำเนินงานตามนโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน พบว่าการดำเนินงานไม่สำเร็จ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ กฎกติกาชุมชนนั้นขาดความชัดเจนในการกำหนดค่าเป้าหมายของหมู่บ้าน ขาดความร่วมมือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับปฏิบัติยังไม่ครอบคลุม ทำให้ขาดทักษะในการดำเนินงาน ขาดกระบวนการ กำกับ ติดตาม และประเมินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อความสำเร็จของกฎกติกาชุมชนและการมีส่วนร่วมในชุมชนนั้น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของรัชนิกร คำหล้า, อุดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, ยุพาพร ศรีจันทร์ และคณะ (2553) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาโรค *Streptococcus suis* ในพื้นที่ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ในชุมชนได้กำหนดมาตรการสังคมในชุมชน โดยกลุ่มแม่บ้านกำหนดรายการอาหารร่วมกับเจ้าภาพงานและกรรมการหมู่บ้าน จัดทำสื่อในการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชน ได้แก่ โปสเตอร์เพื่อสร้างกระแสให้เกิดความตระหนักอันตรายของการกินหมูดิบ สติกเกอร์เพื่อใช้เป็นสื่อรณรงค์ในการเคาะประตูบ้าน และติดเพื่อย้ำเตือน สื่อยืดมีข้อความว่า หน่วยปราบคนกินดิบ เพื่อเป็นสื่อบุคคลให้กับกลุ่มแม่บ้านใส่ในกรณีมีงานเลี้ยง โดยทุกคนพร้อมใจใส่สื่อ มีกิจกรรมการรณรงค์ในหมู่บ้านจำนวน 2 ครั้ง ในเดือนเมษายนและสิงหาคม 2551 หลังจากดำเนินการแล้ว 6 เดือน ได้ติดตามผลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า

ประชาชนในหมู่บ้านเล็กกินหมูดิบ งานเลี้ยงขึ้นบ้านใหม่ งานศพ งานแต่งงาน งานเลี้ยงอื่น ๆ ในหมู่บ้าน รายการอาหารในงานเลี้ยงเป็นรายการปรุงสุกเท่านั้น (ร้อยละ 90) และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาโรคใช้หูดับแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนและการใช้มาตรการสังคม ในการเลิกกินหมูดิบนั้นได้ผลเป็นที่ประจักษ์ การดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนให้เกิดกลไกและกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

6. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าตัวแปรที่ทำนายความผันแปรพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคใช้หูดับผ่านช่องทางโทรทัศน์ และความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการโรคใช้หูดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -.562$, $r = .229$, $r = .249$ ตามลำดับ) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 33.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณกับกับพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับ ($r = -.562$) กล่าวคือ หากบุคคลมีความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบ จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับลดลง การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและประชาสัมพันธ์โรคใช้หูดับผ่านช่องทางโทรทัศน์ และความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการโรคใช้หูดับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคใช้หูดับ จังหวัดพะเยา มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .229$, $r = .249$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่าการมีความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องต่อการบริโภคอาหารดิบทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องตามมาด้วย สามารถป้องกันการติดเชื้อใช้หูดับจากการรับประทานซึ่งจากการทานอาหารดิบ ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับแรกของโรคติดเชื้อใช้หูดับ เมื่อบุคคลได้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับผ่านช่องทางโทรทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียง รวมทั้งเป็นภาพเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความน่าสนใจ มีรูปแบบรายการที่หลากหลายและเป็นปัจจุบัน ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงสารที่ต้องการสื่อได้ง่าย จึงทำให้บุคคลเกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถสร้างความรู้สึกลงและพฤติกรรมที่ต้องการได้เป็นอย่างดี และเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลความรู้ทำให้เกิดการรับรู้ และจดจำนำไปปฏิบัติเกิดการปฏิบัติตามมา สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้ให้

ข้อคิดเห็นว่าคุณภาพสัมพันธระหว่างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ คือ การที่บุคคลมีความรู้เกิดขึ้น แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าคุณจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป ทักษะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำหรือการปฏิบัติถ้ามีทักษะที่ดีรวมกับองค์ประกอบอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้ปฏิบัติแล้วบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่ทักษะไม่ดี ดังนั้นความรู้มีผลทางตรงต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีทักษะเป็นตัวกลางในการปฏิบัติ กล่าวโดยสรุปคือความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบที่ถูกต้อง การได้รับข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคใช้หูดับผ่านสื่อโทรทัศน์ และความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคใช้หูดับของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของกุลจิรา เพ็ชรกุล และกรรณิการ์ ณ ลำปาง (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส ของประชาชน จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อาชีพ ความรู้ และทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ ($r = .476$ และ $.514$) ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ดุริยศาสตร์, ณิชชาธร ภาโนมัย และสรรเพชร อังกิติตระกูล (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชนในตำบลนาขมิ้นและ ตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับเชื้อ *Streptococcus suis* ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -.320$, $r = -.368$ ตามลำดับ) ($P < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = .235$, $P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

1.1 ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบนั้น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมป้องกันใช้หูดับกล่าวคือ หากบุคคลมีความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบทางลบ จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคใช้หูดับลดลง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอ หน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในจังหวัดพะเยา ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการบริโภคอาหารดิบและรณรงค์ให้ผู้ประกอบการร้านอาหารเข้าร่วมรับรองความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety) เพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัยของผู้บริโภค

1.2 ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและการป้องกันโรคใช้หูดับ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอรวมถึงหน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในจังหวัดพะเยา ควรเผยแพร่ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรคและการป้องกันการติดเชื้อใช้หูดับ ดังนี้

1.2.1 โรคใช้หูดับสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสผ่านทางผิวหนังและเยื่อเมือก และจากการรับประทานเนื้อหมูและส่วนประกอบของหมูดิบ

1.2.2 การป่วยติดเชื้อใช้หูดับนั้นแม้ร่างกายจะแข็งแรงแต่หากได้รับเชื้อจำนวนมากก็ทำให้ป่วยติดเชื้อได้และความรุนแรงขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อและระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย

1.2.3 โรคใช้หูดับแม้รักษาหายแล้วบางรายยังพบความผิดปกติ มีปัญหาการทรงตัว พิกการ หูค่อย ๆ ดับ หรือต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2.4 การป้องกันการติดเชื้อใช้หูดับควรทานเนื้อหมูและส่วนประกอบของหมูที่ปรุงสุกแล้ว หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับหมูที่ยังมีชีวิตด้วยมือเปล่า หากมือมีแผลหรือรอยถลอก ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใส่ถุงมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อใช้หูดับ

1.2.5 การฆ่าทำลายเชื้อใช้หูดับทำได้ง่ายด้วยสบู่หรือผงซักฟอก

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการด้านภารกิจสื่อสารความเสี่ยง และการควบคุม ป้องกันโรค

จากผลการศึกษาการได้รับข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.1 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัดจากช่องทางใดเลย ดังนั้น

2.1 ภารกิจงานด้านสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) ในระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค ควรใช้ช่องทางโทรทัศน์เป็นสื่อในการนำสารรูปแบบต่าง ๆ ในการให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้หัดและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สื่อสารด้วยสื่อที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดการรับรู้และเกิดความเข้าใจเรื่องโรคไข้หัดของประชาชนทุกกลุ่มวัย

2.2 ภารกิจด้านการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคไข้หัดในระดับพื้นที่ ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค หรือเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หัดเนื่องจากมีบริบทวัฒนธรรมการกินอาหารดิบ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในพื้นที่ควรจัดทำสื่อหรือข้อความที่ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าใจได้ง่าย และกระจายข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว ผู้นำชุมชน นักข่าวพลเมือง อสม. เพื่อแจ้งเตือนให้ประชาชนในพื้นที่เกิดการรับรู้และมีการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไข้หัด

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวกโดยใช้ Google Forms และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 45) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 56.3) และประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 49.7) ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรและมีความหลากหลายมากขึ้น จึงควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีที่เหมาะสมกับประชากรและบริบทในพื้นที่ ดำเนินการศึกษาในระดับตำบล หรืออำเภอที่มีสถิติการป่วยหรือตายด้วยโรคไข้หัดอย่างต่อเนื่อง ให้ได้ข้อมูลจำแนกตรงกับบริบทในพื้นที่และนำมาจัดทำแผนลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคไข้หัดต่อไป

3.2 ด้วยความแตกต่างของวัฒนธรรมและบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หัดควรทำการศึกษาในระดับตำบล อำเภอ หรือเจาะจงพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่ชัดเจนตรงกับบริบทของพื้นที่ นำสู่วางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไข้หัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บรรณานุกรม

- Best, J., W. (1977). **Research in Education**. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B., S. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. New York: McGraw-Hill.
- Likert, R. (1974). **The Method of Constructing an Attitude Scale**. New York: Routledge.
- World Health Organization. (2008). **Advocacy, communication and social mobilization for TB control a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys**. Switzerland: WHO Press.
- กรมควบคุมโรค. (2563). **คู่มือการสื่อสารความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพในภาวะวิกฤต (Crisis Risk Communication)**. สมุทรปราการ: ทีเอส อินเทอร์เน็ต.
- กรมควบคุมโรค. (2565). **แนวทางการป้องกันควบคุมโรคสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). **ข่าวประชาสัมพันธ์**. สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2565, จาก <https://prgroup.hss.moph.go.th/news/937>.
- กุลจิรา เพ็ชรกุล และกรรณิการ์ ณ ลำปาง. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิสของประชาชน จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารสาธารณสุขล้านนา**, 16(1), 13-23.
- จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. (2547). **ทัศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรม: การวัดการพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลง**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.
- ชินานากู มั่นคง. (2550). ภาวะหูหนวกถาวรจากเชื้อ streptococcus suis ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร. **วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร**, 1(9), 1-11.
- ณัฐกร อินทุยศ. (2556). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนัด จ่ากลาง, ภัคดี โพธิ์สิงห์ และวิทยา เจริญศิริ. (2560). นโยบายหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน กรณีศึกษา อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชาการธรรมศาสตร์**, 17(3), 155-164.

- ทิพย์วัลย์ อุ๋นนันกาศ. (2551). **การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Streptococcus suis ในผู้ที่ดื่มสุรา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์, ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). **การวิจัยเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2536). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เปรมจิตร แก้วมูล. (2552). **ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิสของประชาชน ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์**. วิทยานิพนธ์, พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พวงทอง อังกาบ. (2538). **พฤติกรรมการเปิดรับชมรายการเผยแพร่พระพุทธศาสนาทางโทรทัศน์ของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร**. สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2562, จาก <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/6868/11/Chapter1.pdf>.
- มกร ลีมอุดมพร. (2560). **โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Streptococcus suis ในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2559**. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 33(2), 9–20.
- รัชนิกร คำหล้า, อุดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, ยุพาพร ศรีจันทร์ และคณะ. (2553). **การพัฒนารูปแบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาโรค Streptococcus suis ในพื้นที่ตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา**. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 6(1), 104–113.
- รุจิรา ดุริยศาสตร์, นิตชาธร ภาโนมัย และสรพรเพชร อังกิตติตระกูล. (2558). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ Streptococcus suis ของประชาชนในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม**. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 22(2), 75–84.
- วัฒนา โยธาใหญ่, อุดุลย์ศักดิ์ วิจิตร และเกรียงศักดิ์ จิตรวัชรพันธ์. (2549). **บริบททางสังคมและการบริโภคนิสัยของประชาชนในหมู่บ้านที่เกิดโรคโบทูลิซึม จังหวัดพะเยา**. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 2(3), 216–219.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). **การจัดการความรู้คืออะไร ไม่ทำไม่รู้**. สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2562, จาก http://www.ubu.ac.th/web/files_up/16f2017021715585062.pdf.

- วิชาญ ปาวัน, กรัณท์รัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม และคณะ. (2560). การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 70–78.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. (2566). **ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์รายงานสถานการณ์โรคในระบบเฝ้าระวัง (รง.506)**. สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2566, จาก http://1.10.141.27:8010/dpc10/r506_week/province.php.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). **การมีอุปกรณ์รับชมรายการโทรทัศน์ในครัวเรือน พ.ศ.2560**. สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N25-01-61-2.aspx>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). **การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560**. สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2566, จาก https://nso.go.th/sites/2014/DocLib13/Food_consumption_behavior_of_the_populatio.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. (2559). **คู่มือประชาชน เรื่องการขอรับรองความปลอดภัยด้านอาหาร**. สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2566, จาก <http://203.157.186.111/hhp/docs/114/1114578.pdf>.
- สุกัญญา ชิตวิสัย. (2556). **ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์, ภ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- สุรพงษ์ โสชนะเสถียร. (2556). **ทฤษฎีการสื่อสาร**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ระเบียงทอง.
- อดิชาติ หงษ์ทอง. (2549). **ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคใช้หัตถ์นกของประชาชนที่เลี้ยงสัตว์ปีก ในจังหวัดลพบุรี**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ สถาพรวิวัฒน์, มณฑา เก่งการพานิช, นิคม แสงรัตน์ และคณะ. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบของประชาชน อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารสุขศึกษา*, 43(1), 25–37.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO

ภาคผนวก ก เอกสารผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE

19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไขุ่ทูตบ จังหวัดพะเยา
: FACTORS ASSOCIATED WITH THE PREVENTIVE HEALTH BEHAVIORS FOR STREPTOCOCCUS SUIS INFECTION IN PHAYAO PROVINCE.

เลขที่โครงการวิจัย : UP-HEC 1.2/043/66

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุธาสินี ประเดชญญ

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.สมชาย จาตศรี

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.อัญจราภรณ์ ดวงใจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับรอง : 3 เมษายน 2566

วันหมดอายุ : 3 เมษายน 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

หน่วยงานวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา - รับรองอำนาจ - วันที่ 3 มิ.ย. 2566		แบบฟอร์ม UP-HEC 04.1 / 1
 University of Phayao Human Ethics Committee	ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)	

ชื่อโครงการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวสุชาลินี ประเดชญ

ที่อยู่ 149 หมู่ 7 ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา 56150

โทรศัพท์ที่ทำงาน 054409000 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0636296599 โทรสาร -

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่มีความสมัครใจ ยินดีในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยต้องการสำรวจเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไข้หูดับ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามและส่งกลับแบบสอบถามในระบบ Google Form เป็นการแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ในประเทศไทย โรคติดเชื้อ Streptococcus suis หรือ ไข้หูดับ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรียในผู้ใหญ่ ที่มีความชุกสูงในภาคเหนือเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมการบริโภคเนื้อสุกรดิบ รายงานการเกิดของโรคติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ที่ภาคเหนือและภาคกลางตอนบน และยังพบว่าพื้นที่ที่พบอัตราป่วยมีความสอดคล้องกับอัตราตาย ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคระหว่างปีพ.ศ. 2557-2562 พบอัตราป่วยของโรคไข้หู

Version...2..

Date...23 ก.พ. 66..

หน่วยวิจัยกรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา - วิทยาลัยการแพทย์ - วันที่ = 3 มิถุนายน 2566		แบบฟอร์ม UP-HEC 05 / 1
 University of Phayao Human Ethics Committee	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับอาสาสมัครอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป (Informed Consent Form)	

การวิจัยเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หูดับ จังหวัดพะเยา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย พร้อมด้วยเอกสารเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้ทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจิตใจอย่างละเอียด ข้าพเจ้ารับทราบว่าผู้วิจัยได้ให้เวลาและโอกาสในการซักถามข้อสงสัย ตลอด 24 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้อธิบายในเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีการระบุอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจะตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่บิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ โดยที่ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจรับทราบ ก่อนยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมโครงการโดยการตอบแบบสอบถามได้อย่างสะดวกผ่านสมาร์ทโฟน หรือคอมพิวเตอร์ส่วนตัว

ผู้วิจัยได้อธิบายอย่างชัดเจนในเอกสารที่เกี่ยวข้อง ถึงประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ ว่าผู้วิจัยเป็นผู้สร้างประโยชน์ต่อส่วนรวม เป็นผู้เสียสละเวลามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไข้หูดับในจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบวางแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไข้หูดับในจังหวัดพะเยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดอัตราการป่วย

Version...3..

Date...18 มิ.ค. 66.....

ภาคผนวก ข แบบสอบถามในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หัดบ จังหวัดพะเยา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถามไม่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวตนท่าน เนื่องจากแบบสอบถามไม่ให้ระบุชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในโครงการนี้ และข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมทั้งหมดจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

- () ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ
() ปฏิเสธการเข้าร่วม

*ท่านได้กดยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจแล้ว ก่อนทำแบบสอบถาม

หากท่านปฏิเสธการเข้าร่วม ท่านไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

- () ชาย () หญิง

2. อายุ

- () 18-24 ปี () 25-34 ปี () 35-44 ปี () 45-54 ปี () 55-64 ปี
() อายุ 65 -80 ปี

3. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา/ ปวช.
() อนุปริญญา/ ปวส. () ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

4. สถานภาพสมรส

- () โสด () สมรส () แยกกันอยู่ () หย่า () หม้าย

5. ประกอบอาชีพ

- () นักเรียน/นักศึกษา () เกษตรกรรม () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
() รับจ้าง () รับราชการ () พนักงานภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ
() พนักงานเอกชน () ไม่ได้ทำงาน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ ; การบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้กฎกติกาของชุมชน การได้รับข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพใช้หูดับ ประวัติป่วยโรคใช้หูดับ ความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลต่อความรุนแรงของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. ท่านชอบบริโภคเมนูอาหารที่ทำจากหมู ด้วยวิธีการปรุง แบบใด มากที่สุด

() ดิบ () กึ่งสุก-กึ่งดิบ () สุกเท่านั้น

2. ความถี่ของการบริโภคอาหารที่ทำจากหมูแบบดิบ หรือ กึ่งสุก-กึ่งดิบ ของท่านเป็นอย่างไร

() ไม่ทานดิบและไม่ทานกึ่งสุก-กึ่งดิบ () นาน นาน ครั้ง (1) () บางครั้ง (2)

() บ่อยครั้ง (3) () บ่อยครั้งมาก มาก (4) () ทุกครั้งเลย (5)

3. เมนูอาหารที่ทำจากเนื้อหมู-วัว-ควาย ประเภทปรุงแบบ ดิบ หรือ กึ่งสุก-กึ่งดิบ ที่ท่านชอบบริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ*)

() ไม่ทานดิบ ไม่ทานกึ่งสุก-กึ่งดิบ () ก้อยหมูดิบ () ลาบหมูดิบ

() ส้าหมูดิบ () หลู้หมูดิบ () จู้หมู () ลาบเนื้อดิบ

() ส้าเนื้อดิบ () หลู้เนื้อดิบ () จู้เนื้อ

4. การบริโภคสุรา/แอลกอฮอล์

() ไม่ดื่ม () ดื่มนาน นาน ๆ ออกงานสังคม () ดื่มเดือนละ 2-3 ครั้ง

() ดื่มสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง () ดื่มทุกวัน

5. การสูบบุหรี่

() ไม่เคยสูบบุหรี่ () สูบบุหรี่ () เลิกสูบบุหรี่แล้ว

6. ท่านเคยได้รับข่าวสาร การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและภัยสุขภาพโรคใช้หูดับ จากช่องทางใดบ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ*)

() ไม่เคย () เคย จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม.

() เคย จากเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ () เคย จากผู้นำชุมชน () เคย จากหนังสือพิมพ์

() เคยจากข่าวโทรทัศน์ () เคยจากสื่อในวิทยุ

() เคยจากสื่อในอินเทอร์เน็ต เช่น เฟสบุ๊ก เว็บไซต์ () เคย จากตลาดนัด

() เคย จากร้านตัดผม () เคย จากร้านค้าในชุมชน

7. ท่านเคยป่วยเป็นโรคใช้หูดับหรือไม่

() เคยป่วย () ไม่เคยป่วย

8. สำหรับท่านที่เคยป่วยเป็นโรคไข้หูดับ การบริโภคอาหารที่ทำจากหมูในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร

ไม่เคยป่วย ยังกินดิบ หรือ ยังกินกึ่งสุก – กึ่งดิบ ทานแบบปรุงสุกแล้วเท่านั้น

9. ในชุมชนของท่าน มีกฎกติกาชุมชน ไม่ให้มีเมนูอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ดิบเพื่อเลี้ยงแขกทุกงานประเพณีของชุมชน หรือไม่

มี ไม่มี ไม่ทราบ

10. ท่านคิดว่า เชื้อโรคไข้หูดับ มีอันตรายต่อสุขภาพของท่าน มากหรือน้อย อย่างไร

มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

11. พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ทำจากหมู ของท่านเปลี่ยนไป หรือไม่ อย่างไร เมื่อท่านได้รับทราบข่าวสาร ความรู้วิชาการเรื่องโรคและภัยสุขภาพโรคไข้หูดับ หรือ มีคนที่ท่านเคยรู้จักเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไข้หูดับ

ไม่เปลี่ยน ยังคงทานดิบ หรือ กึ่งสุก-กึ่งดิบ เหมือนเดิม

ไม่เปลี่ยน เนื่องจากไม่ทานดิบอยู่แล้ว

เปลี่ยน ทานอาหารที่ทำจากหมูแบบสุกเท่านั้น



ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคไข้หูด

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส หรือ โรคติดเชื้อหูด และการป้องกันโรค	ถูก	ผิด
1. ควรล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังจากการปรุงและการบริโภคอาหาร		
2. การรับประทานเลือดหมู หรือเนื้อหมูกึ่งสุกกึ่งดิบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อหูด		
3. หากจำเป็นต้องเก็บเนื้อหมูค้างคืน ควรเก็บไว้ในตู้เย็นตลอดเวลา		
4. ควรเลือกซื้อเนื้อหมูจากร้านค้า/ ฟาร์มที่ได้รับใบอนุญาตและผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน		
5. มีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย สับสนกระสับกระส่าย ปวดข้อ คอแข็ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งนี้ เป็นอาการแสดงของโรคติดเชื้อหูด		
6. การแจ้งประวัติการกินหมูดิบ การสัมผัสเนื้อหมูให้แพทย์ทราบเมื่อมีอาการป่วย จะทำให้ ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วขึ้น		
7. การดูแลรักษาร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงสามารถป้องกันการติดเชื้อหูดได้		
8. หากป่วยติดเชื้อหูด ร่วมกับการมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว อาการแสดงของโรคอาจมีความ รุนแรงมากยิ่งขึ้น		
9. การติดเชื้อหูด ทำให้สูญเสียการได้ยินจนถึงขั้นหูหนวกถาวรได้		
10. การดื่มสุราพร้อมการรับประทานเนื้อหมูดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ สุราจะทำลายเชื้อหูดได้		
11. เนื้อหมูโดยธรรมชาติแล้ว จะพบเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิสหรือเชื้อหูดอยู่แล้ว		
12. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อหูด จะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ใน 24 ชั่วโมง		
13. ปรุงอาหารให้สุกทั่วถึงด้วยความร้อนอย่างน้อย 70 องศา ในเวลาไม่น้อยกว่า 2 นาที เพื่อทำลายเชื้อโรคและตัวอ่อนพยาธิ		
14. ผู้ติดเชื้อหูดเร็วจริง เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงมาก เมื่อป่วยติดเชื้อหูด		
15. สามารถบริโภคเลือดหมูดิบที่ราดมาในอาหารได้ หากในอาหารนั้นมีเนื้อหมูที่ปรุงสุกแล้ว		
16. เชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส หรืออีกชื่อเรียกว่า เชื้อหูด ถูกทำลายได้ง่ายจากการล้างมือ ด้วยสบู่ หรือผงซักฟอก		
17. การบริโภคหมูที่มีเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิสเท่านั้นจึงจะทำให้ติดเชื้อหูด		
18. ผู้เลี้ยงสุกรสามารถป้องกันการสัมผัสโรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส ด้วยการสวม รองเท้าบูต ถุงมือ		
19. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อหูดสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยไม่หลงเหลืออาการผิดปกติ ใด ๆ ของร่างกาย		
20. การสัมผัสหมูมีชีวิต หรือเนื้อหมูด้วยมือเปล่า ไม่ทำให้ติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส หรือ ติดเชื้อโรคหูด		

ส่วนที่ 4 ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น เป็น กลาง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย ยิ่ง
1. การเลิกบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก					
2. อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ มีรสชาติอร่อย กว่าอาหารที่ผ่านความร้อนเพื่อปรุงให้สุก					
3. ผู้หญิงที่บริโภคอาหารดิบได้ เป็นหญิงเก่ง					
4. ผู้ชายที่บริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ สมกับเป็นลูกผู้ชาย					
5. ผู้ชายที่บริโภคอาหารดิบไม่ได้ เป็นคนอ่อนแอ ไม่เป็นผู้นำ					
6. การบริโภคอาหารดิบ หรือ กึ่งสุกกึ่งดิบได้ ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย					
7. การบริโภคอาหารดิบพร้อมกับการดื่มสุราจะมีสรรพคุณในทางชูกำลัง					
8. การดื่มสุรา พร้อมกับการบริโภคอาหารดิบ สามารถฆ่าเชื้อโรคได้					
9. อาหารดิบหรือปรุงกึ่งสุกกึ่งดิบ มักมีรสจัด ทำให้ต้องบริโภคซ้ำเป็นจำนวนมาก จึงไม่เปลืองกับข้าว					
10. หากหญิงตั้งครรภ์ชอบบริโภคอาหารดิบ ลูกในครรภ์จะเป็นเพศชาย					
11. การปรุงอาหารให้มีรสเปรี้ยวรสเค็ม และรสเผ็ด จะทำให้อาหารสุก และช่วยฆ่าเชื้อโรคได้					
12. อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ เป็นอาหารพิเศษ					
13. การบริโภคอาหารดิบไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ					
14. อาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง กระชุ่มกระชวย มีเลือดฝาด ดูเป็นหนุ่มเป็นสาวมากขึ้น					
15. การบริโภคอาหารแบบดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ จะช่วยประหยัดเวลาในการปรุงอาหาร และมีเวลาไปทำอย่างอื่น					

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น เป็น กลาง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย ยิ่ง
16. การบริโภคอาหารดิบหรือกึ่งสุกกึ่งดิบ สามารถบริโภคมากเท่าไรก็ได้ เพราะมียาที่สามารถรักษาและป้องกันได้					
17. การปรุงอาหารให้สุกเป็นเรื่องยุ่งยาก					
18. การทานอาหารดิบเป็นวัฒนธรรมการทานอาหารที่มีมาแต่ดั้งเดิม ผู้ทานอาหารดิบถือได้ว่ามีรสนิยมการทานอาหารที่ดี					
19. การทานอาหารดิบ จะทำให้มีอายุยืนยาว และมีกำลัง					
20. ยิงทานอาหารดิบที่ปรุงจากเนื้อหมูที่สดมากเท่าไร ยิ่งได้รับประโยชน์จากความสดใหม่มากเท่านั้น					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส (ใช้หุดับ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส (ใช้หุดับ)	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ล้างมือก่อนและหลังทำการปรุงอาหารและบริโภคอาหาร			
2. เลือกรับซื้อเนื้อหมูจากตลาดสด ร้านค้า หรือห้างสรรพสินค้า ซึ่งได้รับใบอนุญาตและผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากโรงฆ่าสัตว์			
3. สัมผัสกับหมูที่มีชีวิต โดยไม่ได้สวมถุงมือ			
4. ไม่นำเนื้อหมูที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุมาบริโภค			
5. ล้างทำความสะอาดเนื้อหมูดิบทุกครั้ง ก่อนจะนำมาปรุงอาหาร			
6. ซื้อเนื้อหมูที่มีกลิ่นคาว หรือมีสีคล้ำ นำมาปรุงอาหาร			
7. บริโภคอาหารประเภทลาบดิบ ก้อยดิบ หรือ กุ้งสุกกุ้งดิบ ในงานเทศกาลงานบุญประเพณีต่าง ๆ ที่มีความพิเศษ			
8. ปรุงอาหารที่ทำจากเนื้อหมู ส่วนประกอบของหมูให้สุก ก่อนนำมาบริโภค			
9. แยกใช้อุปกรณ์ในการประกอบอาหาร ใช้หยิบจับ หรือใช้ตักรับประทานระหว่างของดิบและของสุก เช่น มีด เขียง ตะเกียบ ที่คีบ ทัพพี ช้อน จาน ชาม			
10. เก็บเนื้อหมูโดยไม่แช่เย็น และนำมาประกอบอาหาร			
11. ปรุงอาหารที่ทำจาก เนื้อหมู หรือส่วนประกอบของหมูให้สุกด้วยความร้อนและ ใช้เวลาอย่างเหมาะสม			
12. สัมผัสเนื้อหมูดิบ หรือส่วนประกอบของหมูขณะที่บริเวณมือมีบาดแผลหรือรอยถลอก			
13. บริโภคหมูดิบหรือกุ้งสุกกุ้งดิบ ร่วมกับการดื่มสุรา			
14. ซื้ออาหารที่ปรุงจากเนื้อหมูดิบ ประเภทลาบ ก้อย จากร้านค้าจำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน			
15. ซื้อเนื้อหรือผลิตภัณฑ์จากหมูที่ทราบว่าป่วยหรือสงสัยว่าป่วยมาประกอบอาหาร			
16. บริโภคอาหารประเภทลาบ ก้อย ดิบหรือกุ้งสุกกุ้งดิบ เป็นอาหารในชีวิตประจำวัน			
17. ล้างอุปกรณ์ที่ใช้เตรียมหรือประกอบอาหารที่ทำจากเนื้อหมูดิบ ด้วยน้ำยา			

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส (ใช้หูดับ)	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
ทำความสะอาดก่อนจัดเก็บ			
18. ทานเนื้อหมูที่ปรุงด้วยวิธีต่างๆ ในบ้านหรือร้านอาหารบุฟเฟต์ เช่น ปิ้งย่าง จุ่ม ต้ม แม้ว่าเนื้อจะยังสุกไม่ทั่วถึง			
19. ซื้อเนื้อหมูจากรถเร่ หรือ ไม่รู้แหล่งที่มาเพื่อใช้ประกอบอาหาร			

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ที่ท่านกรุณาสละเวลาของท่านในการทำแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัย มา ณ โอกาสนี้



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	สุธาสินี ประเดชญ
วัน เดือน ปี เกิด	8 กุมภาพันธ์ 2523
สถานที่เกิด	พะเยา
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2548 ส.บ. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	149 หมู่ 7 ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา 56150

