

การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ
Perception and Prevention Behavior of Malaria in Ubon Ratchathani and
Sri-Sa-Ket province

วัชรพงษ์ แสงนิล และจากรุวรรณ วัฒนศิริ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีอำเภอวารินชำราบ

จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย 34190

E-mail: jw_beer@yahoo.com

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย รวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์ในเดือนมีนาคม 2552 จำนวน 383ครัวเรือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (49.86%) รองลงมาคือระดับสูง (48.41%) และระดับต่ำ (1.73%) ระดับพฤติกรรมการป้องกันของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (56.73%) รองลงมาคือระดับสูง (36.55%) และระดับต่ำ (6.72%)

คำสำคัญ: การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคมาลาเรีย

Abstract

This research aimed to study the perception and prevention behaviors of malaria. The data were collected from March 2009. Data on individual perception and behavior concerning DHF prevention were investigated during interviews of 383 families. For statistical analysis, all data was analyzed using descriptive statistics (e.g., frequency, mean, SD, percentage). The perception in malaria of population were moderate (49.86%) high (48.41%) and low (1.73%). The risk behaviors in were moderate (56.73%) high (36.55%) and low (6.72%).

Keywords: Perception, Prevention Behavior, Malaria

1. บทนำ

มาลาเรียเกิดจากเชื้อพลาสโมเดียม (Plasmodium) ซึ่งเป็นโปรโตซัวที่อยู่ในเซลล์ที่ทำให้เกิดโรคในคนมี 4 ชนิด ได้แก่ *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* และ *P. malariae* โดยมีผู้ป่วยป่วยเป็นมาลาเรียประมาณ 50-80 ของผู้ป่วยมาลาเรียขั้นสูงจะมีอาการชัก [3],[4],[5] ในประเทศไทยมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขและ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทั้งด้านงบประมาณและเครื่องมือต่างๆ แต่โรคมาลาเรียยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเนื่องมาจากปัจจัยหลายๆ ด้าน ทั้งปัจจัยด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของประชาชนเอง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมาลาเรียสูง ส่วนใหญ่พบได้ในทุกกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ.2551 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 72.71 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี, 15-24 ปี, 0-4 ปี, 25-34 ปี และ กลุ่ม 35-44 ปี อัตราป่วย 70.37, 65.64, 52.44, 48.55 และ 37.93 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ [6] ซึ่งหากทราบปัจจัยเสี่ยงที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลหรือเป็นแบบจำลองในการหาแนวทางการป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์โรคมาลาเรียในท้องถิ่นนั้นๆ ได้ อย่างเหมาะสม ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ

2. วิธีดำเนินงาน

1. พื้นที่ศึกษา จำนวน 4 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านเข้ด่อน อำเภอน้ำยืน และหมู่บ้านแก้งเรืองพัฒนา อำเภอนาจะหลวยในจังหวัดอุบลราชธานี มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศกัมพูชาและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว หมู่บ้านโค่นเอว อำเภอกันทรลักษ์ และหมู่บ้านคูสีแจ อำเภอกุสิงห์ ในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศกัมพูชา

2. กำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร รวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2552 ด้วยวิธีสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่ จำนวน 383 ชุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป (10 ข้อ)

2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย (14 ข้อ)

แบ่งระดับการรับรู้เป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วย (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) การแปลผลการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย พิจารณาจากค่าคะแนนรวมจากการตอบแบบสัมภาษณ์ (เท่ากับ 14 คะแนน) โดยแบ่งแบบช่วงเท่ากัน (Equal Interval) คือ คะแนนอยู่ในช่วง 10-14 คะแนน การรับรู้ในระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 5-9 คะแนน การรับรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน การรับรู้ในระดับต่ำ

3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง จำนวน 15 ข้อ แบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) การแปลผลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง จะพิจารณาจากค่าคะแนนรวมจากการตอบสัมภาษณ์ (เท่ากับ 75 คะแนน) แบ่งระดับเกณฑ์แบบช่วงเท่ากัน (Equal Interval) ดังนี้ คะแนนอยู่ในช่วง 51-75 คะแนน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 26-50 คะแนน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในระดับปานกลาง และคะแนนอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในระดับต่ำ

4. การหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยวิธีสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น 0.64

5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ผลการศึกษา

การศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.39%) อายุโดยเฉลี่ย 43 ปี สถานภาพส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (75.92%) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (69.21%) รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะต่ำกว่า 5,000 บาท (79.77%) อาชีพหลักคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.89 รองลงมาคือ อาชีพค้าขายร้อยละ 19.77 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาในรอบครัวเคยมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 23.94 และส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 14.65 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 17.7 ซึ่งในพื้นที่ดังกล่าวมีประชาชนเข้ารับการรักษาที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง ของกรมควบคุมโรคเพียงร้อยละ 0.60 ดังตารางที่ 1

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโรคมะเร็งมักแสดงอาการใช้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้มากที่สุด (91.48%) รองลงมาคือ บุคคลที่ทำอะไร ทำสวน และหาของป่า สามารถเป็นโรคมะเร็งได้มากกว่าคนอื่น (96.32%) และบริเวณที่มีน้ำขัง ทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะโรคมะเร็ง (96.01%) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นเองและสามารถหายเองได้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 93.77 ดังตารางที่ 2

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 49.86 มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง (48.41%) และระดับต่ำ (1.73%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเท่ากับ 9.27 (ตารางที่ 3)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งดีมาก ดังเห็นได้จากเมื่อมีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ จะไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ร้อยละ 96.88 รองลงมาคือ การนอนกางมุ้งเสมอในเวลาากลางคืน ร้อยละ 96.33 และเมื่อพบเห็นยุงบินบริเวณบ้าน ท่านจะตยุงให้ตายทันที ร้อยละ 94.89 แต่ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างมักจะนอนและค้างคืนในป่า หรือในไร่ / สวน เป็นประจำ ร้อยละ 79.31 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งอย่างมาก ดังตารางที่ 4

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 56.73 มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง (36.55%) และระดับต่ำ (6.72%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเท่ากับ 7.97 (ตารางที่ 5)

4. อภิปรายผล

มาลาเรียเป็นโรคที่มีการระบาดในประเทศไทยมาหลายปี และจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและประเทศกัมพูชา ซึ่งมีพื้นที่และสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่องมาก โดยเฉพาะมีป่าไม้หนาที่บและทำการเกษตรพืชไร่ จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระดับสูงเพียงร้อยละ 49.86 ซึ่งถือได้ว่ายังมีบางส่วนที่ยังไม่แน่ใจและขาดความรู้ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.41 เห็นด้วยกับโรคมะเร็งไม่ทำอันตรายถึงชีวิต ซึ่งเป็นความรู้ที่ผิด รวมถึงผู้ใหญ่เท่านั้นที่เป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 30.31 เพราะมาลาเรียเป็นโรคที่พบได้ในทุกกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ.2551 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 72.71 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี, 15-24 ปี, 0-4 ปี, 25-34 ปี และ กลุ่ม 35-44 ปี อัตราป่วย 70.37, 65.64, 52.44, 48.55 และ 37.93 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ [6] กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง เห็นได้จากเมื่อมีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ จะไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที และมีนอนกางมุ้งเสมอในเวลาากลางคืน ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 [7] รายงานว่ายุงก้นปล่องที่เป็นพาหะนำโรคมะเร็งชอบออกหากินตอนกลางคืนถึงเช้ามืด แต่ยังไม่พบในพื้นที่ที่มีป่าที่บมาก ๆ ก็หากินช่วงกลางวันด้วย จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างมักจะนอนและค้างคืนในป่า หรือในไร่ / สวน เป็นประจำ ร้อยละ 79.31 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งอย่างมาก ซึ่งการศึกษาของ Eveline [8] ปัจจัยที่สำคัญของมาลาเรีย คือ ป่าไม้ แหล่งน้ำ ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ และความชื้น ล้วนมีความเหมาะสมต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่อง ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจะต้องมีการอบรมหรือให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

- ประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเอง ความ
ร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อ
- 5. กิตติกรรมประกาศ**
ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ให้ทุนสนับสนุนการ
วิจัย ประจำปี 2552
- 6. การอ้างอิง**
- [1] Jongwutiwes S. Putaporntip C. Iwasaki T. Sata T. Kanbara H. Naturally acquired *Plasmodium knowlesi* malaria in human, Thailand. Emerg Infect Dis 2004; 10: 2211-3.
- [2] Singh B. Kim Sung L. Matusop A. A large focus of naturally acquired *Plasmodium knowlesi* infections in human beings. Lancet 2004; 363: 1017-24.
- [3] World Health Organization. Severe falciparum malaria. Trans R Soc Trop Med Hyg 2000; 94 Suppl 1: S1-90.
- [4] Waller D. Krishna S. Crawley J. Clinical features and outcome of severe malaria in Gambian children. Clin Infect Dis 1995; 21: 577-87.
- [5] Warrell DA. Cerebral malaria: clinical features, pathophysiology and treatment. Annals Trop Med Parasitol 1997; 91: 875-84.
- [6] สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2551. โรคมalariaเรื้อ. สรุปลักษณะการณั้เฝ้าระวังโรค 2551. <http://epid.moph.go.th/>.
- [7] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9. โรคมalariaเรื้อ. 2551. <http://dpc9.ddc.moph.go.th/group/insec92/vbdc92/malaria.htm>.
- [8] Eveline K. Wim VDH. Felix A. A malaria risk analysis in an irrigated area in Sri Lanka. Acta Tropica 2004; 215-225.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=355)		
ชาย	98	27.61
หญิง	257	72.39
อายุ	$\bar{x} = 42.84, S.D. = 18.64$	
สถานภาพสมรส (n=353)		
โสด	61	17.28
แต่งงาน	268	75.92
หย่า/หม้าย	24	6.80
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=354)		
ประถมศึกษา	245	69.21
มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1- ม.3	55	15.54
มัธยมศึกษาตอนปลาย ม.4-ม.6	20	5.65
อนุปริญญา/ปวส.	6	1.69
ปริญญาตรี	8	2.26
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.28
ไม่ได้เรียน	19	5.37
รายได้ต่อเดือน (n=351)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	280	79.77
5,000 – 10,000 บาท	62	17.66
10,001 – 20,000 บาท	8	2.28
มากกว่า 20,000 บาท	1	0.28
อาชีพหลัก (n=354)		
เกษตรกรกรรม	166	46.89
ค้าขาย/ รับจ้าง/ใช้แรงงาน	70	19.77
รับราชการ/บำนาญ	4	1.13
ทำไร่	51	14.41
นักเรียน / นักศึกษา	33	9.32
อื่นๆ	30	8.47
ประวัติครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่ (n=355)		
เคยมี	85	23.94
ไม่เคยมี	270	76.06
ผู้ป่วยในครอบครัวของท่านมีอาชีพ		
เกษตรกรกรรม/ทำนา/ทำไร่	52	14.65
หาของป่า/ เก็บไม้ผืน / ล่าสัตว์	10	2.82
นักเรียน	5	1.41
รับจ้าง	14	3.94
ทหารพราน	1	0.28
อยู่บ้าน	2	0.56
ก่อสร้าง	1	0.28
ผู้ป่วยของท่านเข้ารับการรักษาที่ใด		
สถานีนอนามัย	10	2.80
หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง	2	0.60
มาลาเรียคลินิก	6	1.70
โรงพยาบาลชุมชน	63	17.70
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	3	0.80

ตารางที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)
1. โรคมะเร็งเป็นโรคติดต่อที่มียุ่งกันปล่องเป็นพาหะนำโรค	327(92.63)	26(7.37)
2. ผู้ใหญ่เท่านั้นที่เป็นโรคมะเร็ง	107(30.31)	246(69.69)
3. โรคมะเร็งมักกระบาดในช่วงฤดูฝน	291(82.67)	61(17.33)
4. โรคมะเร็งสามารถติดต่อโดยวิธีการถ่ายเลือด	197(56.29)	153(43.71)
5. โรคมะเร็งมักแสดงอาการใช้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้	345(97.73)	8(2.27)
6. มุ้งที่ชุบน้ำยาสารเคมีที่หน่วยงานสาธารณสุขให้ สามารถป้องกันโรคมะเร็งได้	321(90.93)	32(9.07)
7. คนที่มีร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรคมะเร็ง	137(38.92)	215(61.08)
8. โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นเองและสามารถหายเองได้	22(6.23)	331(93.77)
9. บ้านของท่านอยู่ใกล้บ้านที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็ง ท่านสามารถติดต่อมาโรคมะเร็งได้	214(60.80)	138(39.20)
10. บริเวณที่มีน้ำขัง ทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะโรคมะเร็ง	337(96.01)	14(3.99)
11. บุคคลที่ทำไร่ ทำสวน และหาของป่าสามารถเป็นโรคมะเร็งได้มากกว่าคนอื่น	340(96.32)	13(3.68)
12. โรคมะเร็งไม่ทำอันตรายถึงชีวิต	65(18.41)	288(81.59)
13. ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งแล้วสามารถป่วยเป็นโรคมะเร็งซ้ำได้อีก	322(91.48)	30(8.52)
14. ยุงพาหะนำโรคมะเร็งออกหากินในเวลากลางคืนและเวลาใกล้รุ่ง	247(70.17)	105(29.83)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ระดับการรับรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง	(10-14)	168	48.41
ระดับปานกลาง	(5-9)	173	49.86
ระดับต่ำ	(0-4)	6	1.73
รวม		347	100.00

คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด (\bar{X} = 9.27, S.D. = 1.67) Missing= 8

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง	ใช่ n (%)	ไม่ใช่ n (%)
1. ท่านนอนกลางมุ้งเสมอในเวลากลางคืน	341(96.33)	13(3.67)
2. ท่านนำมุ้งไปชุบน้ำยาป้องกันยุงเสมอ	221(62.61)	132(37.39)
3. ท่านทายากันยุงเสมอเมื่อเวลาพักผ่อนในป่า หรือในที่มืด	121(34.57)	229(65.43)
4. ท่านสวมใส่เสื้อแขนยาว และกางเกงขายาวเมื่ออยู่ในที่อับแสงหรือทำงานในที่มืด	272(77.71)	78(22.29)
5. ท่านทายากันยุง หรือใช้ยาฉีดกันยุงในบริเวณบ้านทุกสัปดาห์	134(37.96)	219(62.04)
6. เมื่อท่านพบยุงบินบริเวณบ้าน ท่านจะตียุงให้ตายทันที	334(94.89)	18(5.11)
7. ท่านมีภารกิจที่ต้องพักอยู่ในไร่ / สวน หรือป่าเป็นประจำทุกวัน	157(44.60)	195(55.40)
8. ท่านนอนและค้างคืนในป่า หรือในไร่ / สวน เป็นประจำ	72(20.69)	276(79.31)
9. เมื่อท่านมีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ท่านไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที	341(96.88)	11(3.13)
10. ท่านทำลายภาชนะขังน้ำทุกครั้งที่พบลูกน้ำ	334(94.62)	19(5.38)
11. ท่านใช้ทรายอะเบทใส่ภาชนะใส่น้ำทุกสัปดาห์	311(88.10)	42(11.90)
12. ท่านได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งจากหน่วยงานภาครัฐอย่างน้อย 2 เดือนครั้ง	167(47.31)	186(52.69)

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

ระดับการป้องกัน	ช่วงคะแนน	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง	(9-12)	125	36.55
ระดับปานกลาง	(5-8)	194	56.73
ระดับต่ำ	(0-4)	23	6.72
รวม		342	100.00

คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด (\bar{X} = 7.97, S.D. = 1.73) Missing= 13