



การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน
ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF): A Comparative Study on Prevention Behaviors
Between People Residing in Areas of Repeated and Non-Repeated Outbreaks

จิราพร พัฒน์มณี¹, ปุญญพัฒน์ ไชยเมส², สมเกียรติยศ วรเดช^{2*}

Jiraporn Putmanee¹, Bhunyabhadh Chaimay², Somkiattiyos Woradet^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองศก ตำบลคลองศก อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี¹, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการ
สุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ^{2*}

Klongsok Health Promoting Hospital, Phanom District, Suratthani Province¹,
Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University^{2*}

(Receive: November 20, 2022; Revised: March 21, 2023; Accepted: May 2, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด เลือกพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำด้วยวิธีการเจาะจง ส่วนพื้นที่ไม่มีการระบาดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยพิจารณาจากคำมีธยฐานการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 20 - 60 ปี และอาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี หมู่บ้านละ 136 คน รวมจำนวน 272 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563 ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.73, 0.83, 0.71, 0.73 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างของการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดด้วยสถิติ Mann Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า

ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีทัศนคติ (p -value=0.001) พฤติกรรม (p -value<0.001) และการมีส่วนร่วม (p -value<0.001) ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม พบว่า ประชาชนมีความรู้และการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักและทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมที่เน้นการปฏิบัติในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน ต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกันโรค, การมีส่วนร่วมของชุมชน, พื้นที่ระบาดซ้ำ, โรคไข้เลือดออก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somkiattiyos@tsu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-9592939)



Abstract

This analytic cross-sectional study aimed to compare the preventing dengue hemorrhagic fever (DHF) between people residing in a repeated outbreak area and a non-outbreak area of DHF. The repeated outbreak area was purposely selected, while the non-outbreak areas were simple randomly selected, with a 5-year median criteria for morbidity from DHF. In total, 272 samples, aged 20–60 years, were randomly selected from 2 villages (136 samples in each village). All participants were residing in their village for at least one year. The data were gathered between January and March 2020, using a questionnaire validated by three experts with 0.67-1.00 of content validity. The data were analyzed using descriptive statistics and mann whitney u test for comparison of the preventing DHF between people residing in the repeated outbreak area and the non-outbreak area, respectively. Results showed that people residing in repeated outbreak and non-outbreak of DHF had significant differences in attitude (p -value=0.001), behaviors (p -value<0.001), and participation (p -value<0.001) in preventing DHF. However, people had no difference in knowledge (p -value=0.468) and perception (p -value=0.268) in preventing DHF.

This study therefore suggests that public health personnel should organize activities that emphasize community participation in order to raise awareness and attitude, and to prevent DHF. Participation, in particular, should focus on eliminating mosquito larvae breeding sites and in areas where there are repeated outbreaks.

Keywords: DHF, Dengue Hemorrhagic Fev, Prevention, Community Participation, Repeated Outbreak Areas

บทนำ

โรคไข้เลือดออกกระบาดครั้งแรกในประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 (Phichet, 2011) ก่อนช่วงปี พ.ศ. 2513 มีเพียง 9 ประเทศที่ประสบปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง ต่อมาได้แพร่ระบาดในประเทศต่างๆ มากกว่า 100 ประเทศ และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่นทั่วโลก (World Health Organization, 2012) ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกโรคกลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) และยังเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 มักกระบาดมากในช่วงฤดูฝน เนื่องจากมีอุณหภูมิและความชื้นที่เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นพาหะของโรค (Office of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) องค์การอนามัยโรครายงานไว้ในภูมิภาคของทวีปอเมริกาที่มีผู้ติดเชื้อประมาณ 2.38 ล้านราย ภาคตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิกมีผู้ติดเชื้อประมาณ 375,000 ราย ประเทศฟิลิปปินส์มีผู้ติดเชื้อประมาณ 176,411 ราย และประเทศมาเลเซียมีผู้ติดเชื้อประมาณ 100,028 ราย (World Health Organization, 2019)

ประเทศไทยเริ่มมีการระบาดในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา และมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และเริ่มมีการรายงานการระบาดอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่นั้นมามีการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2530 มีการรายงานผู้ป่วยสูงสุดมากถึง 174,285 ราย เสียชีวิต 1,007 ราย (The Bureau of Communicable Diseases is Led by Insects, 2018) ปัจจุบันโรคไข้เลือดออก มีรูปแบบการระบาดเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพพื้นที่ มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคจึงเป็นการป้องกันโรคล่วงหน้า โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งภายในบ้าน ชุมชน สถานที่สำคัญ โดยเฉพาะใน



สถานศึกษาและโรงพยาบาล (Office of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 939 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 96.54 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2018 พบมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 34 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 88.33 ต่อแสนประชากร (Bureau of Epidemiology, 2019) เมื่อพิจารณาในพื้นที่ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (2556-2560) มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 121.99, 492.23, 191.27, 266.86, 379.931 และ 225.14 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมและการรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม แต่ปัญหาโรคไข้เลือดออกก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ พบมีการระบาดซ้ำทุกปีในขณะที่เดียวกันพบว่าบางพื้นที่กลับไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก

จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเมื่อพิจารณาจากค่าช่วงความเชื่อมั่น (Mean Difference: MD) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval; 95% CI) โดยการใช้กราฟแผนภูมิ (Forest Plot) พบว่ายังให้ผลการศึกษาที่มีความแม่นยำน้อย เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นที่กว้างมากเกินไปและพบว่าการศึกษาส่วนเป็นการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางยังไม่ค้นพบการศึกษาในภาคใต้และจากแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green, & Kreuter (2005) ที่มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมกำจัดลูกน้ำและยุงลาย ลักษณะสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านพัก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Piromrat (2015) การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการหาวิธีการป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออก ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด ในเขตพื้นที่ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

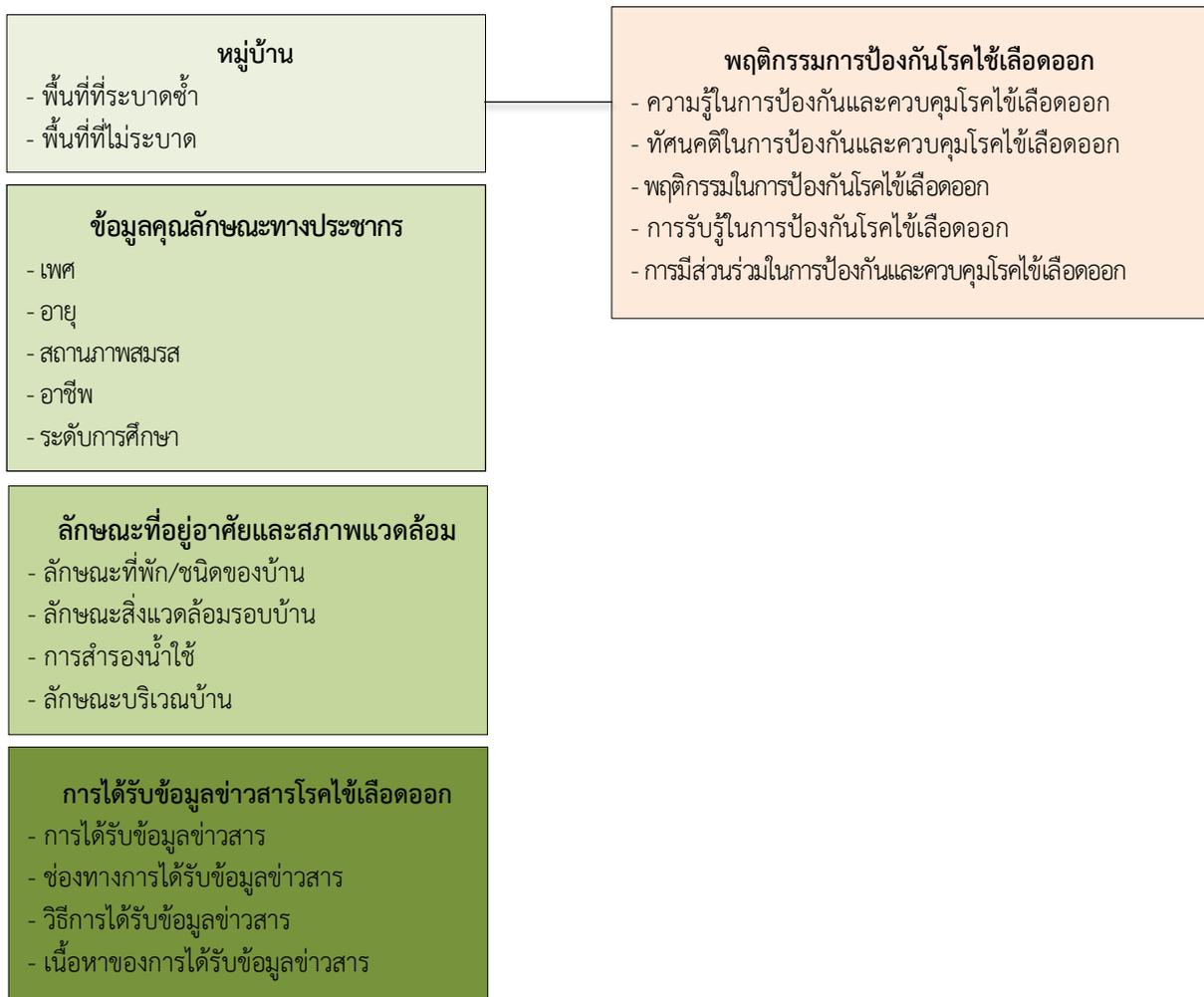
สมมุติฐานวิจัย

ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดในเขตพื้นที่ ต.พลูเถื่อน อ.พนม จ.สุราษฎร์ธานี มีค่าคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด โดยใช้ แนวคิดของ

PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green, & Kreute (2005) ที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยนำมาประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Phatmanee, Woradet, & Chaimay, 2020) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำแนกตามตัวแปรต้น คือ หมู่บ้านที่มีพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด และบรรยายลักษณะข้อมูลตามคุณลักษณะทางประชากร ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก ดังแผนภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) ชนิดภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนคือ ครั้วเรือนในเขตพื้นที่ ต.พุลเถื่อน อ.พนม จ.สุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครั้วเรือนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด คือ พื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก มากกว่าปกติในช่วงเวลาหนึ่งๆ ในหมู่บ้านเดียวกัน หรือมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นเกินกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือพบผู้ป่วยมากกว่า 2 รายขึ้นไปจำนวน 136 ครั้วเรือน และพื้นที่ไม่มีการระบาดที่ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกช่วงเวลาหนึ่งๆ ในหมู่บ้านเดียวกัน และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง จำนวน 136 รวม 272 ครั้วเรือน

คำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้ ค่าความเชื่อมั่นภายใต้โค้งปกติ (Z_α) เท่ากับ 1.64 ค่าอำนาจในการทดสอบ (Z_β) เท่ากับ 1.28 และความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (σ^2) จากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 36.03 (Ruetai, & Niramol, 2012) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไปมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลพุลเถื่อน อำเภอพนม อย่างน้อย 1 ปี ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และเกณฑ์การคัดออก คือ ประชากรที่ไม่สะดวก และไม่อยู่ในวันเก็บข้อมูล หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้สร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model ของกรีนและครูเตอร์ ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และการเข้าร่วมอบรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 2 ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ลักษณะของที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านลักษณะแวดล้อมบริเวณบ้าน การสำรองน้ำใช้ จำนวนภาชนะที่สำรวจลูกน้ำ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 4 ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดถูกผิด (0/1) ส่วนที่ 5 ทักษะคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 การรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 5 - 8 เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 5 ตัวเลือก โดยเกณฑ์แปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นระดับคะแนน 1-5 คะแนน (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญการทำวิจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รูปแบบของ แบบสอบถาม ความเหมาะสมด้านภาษา ความเหมาะสมและนำไปใช้ได้หรือไม่ และได้ปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญแนะนำ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Consistency) เท่ากับ 0.66-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียง พื้นที่อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน



หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามด้านความรู้ด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson (KR 20) เท่ากับ .72 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามด้านทัศนคติ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมของโรคไข้เลือดออกมีค่าเท่ากับ .93, .78, .82 และ .75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บข้อมูลจำนวน 5 คน อบรม ชักซ้อม และทดลองลงมือปฏิบัติจนเป็นที่เข้าใจดีแล้วจึงลงมือเก็บข้อมูลจริงโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยทำ หนังสือขออนุญาตและประสานงานขอความร่วมมือเพื่อทำการศึกษาในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการศึกษา ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง และความครบสมบูรณ์ ของทุกข้อคำถาม คำตอบในแบบสอบถามทุกชุด นำไปวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของข้อมูลตามคู่มือลง รหัสที่จัดทำไว้แล้วในแบบสอบถาม และลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เตรียมข้อมูลและใช้ในการประมวลผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด และทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normality) ด้วยสถิติ Komogorv-Smirnov พบว่า คะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อตรวจสอบการแจกแจงปกติของ ตัวแปร ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ด้วย Komogorv-Smirnov ซึ่งพบว่ามี การกระจายแบบโค้งไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเลือกสถิติ Mann Whitney U test โดย 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน เพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมและ ป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยขอการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2019-035, REC No. 083 ลงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

คุณลักษณะทางประชากร	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	44	32.35	41	30.15
หญิง	92	67.65	95	69.85
อายุ (ปี)				
20-29 ปี	23	20.59	28	20.59
30-39 ปี	29	21.32	29	21.32
40-49 ปี	41	28.68	39	28.68
50-60 ปี	43	29.41	40	29.41
Mean ± SD (Min, Max)	42.49 ±10.64 (20,60)		41.85 ±11.02 (20,60)	



ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ				
โสด	14	10.29	25	18.38
สมรส	112	82.35	96	70.59
หม้าย	10	7.36	15	11.03
อาชีพ				
เกษตรกร	114	83.82	10	112
รับจ้างทั่วไป	4	2.94	11	8.09
ค้าขาย	16	11.77	10	7.35
รับราชการ	2	1.47	3	2.21
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	85	62.50	67	49.27
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	13.24	21	15.44
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	12.50	29	21.32
อนุปริญญา / ปวส.	6	4.41	4	2.94
ปริญญาตรี	10	7.35	15	11.03

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดซ้ำ ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.65) 1 ใน 3 มีอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 29.41) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.49 ($SD=10.64$) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.35) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 83.82) มีระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.85) ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 29.41) รองลงมา มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.85 ($SD=11.02$) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.59) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 82.35) ประมาณครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.27)

2. ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 2 ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพบริเวณบ้าน

ลักษณะที่อยู่อาศัย	พื้นที่ระบาดซ้ำ (136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะที่พักอาศัย				
บ้านเดี่ยว	58	42.65	72	52.94
เป็นกลุ่ม 1-5 หลังคาเรือน	2	1.47	6	4.41
ห้องแถว/บ้านเช่า	73	53.68	56	41.18
เป็นกลุ่มใหญ่ 6 หลังขึ้นไป	3	2.20	2	1.47
ชนิดของบ้าน				
เป็นอาคารไม้ชั่วคราว	11	8.09	17	12.50



ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะที่อยู่อาศัย	พื้นที่ระบาดซ้ำ (136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เป็นอาคารครึ่งตึกครึ่งไม้	23	16.91	20	14.71
เป็นอาคารคอนกรีต	99	72.79	94	69.12
ทำด้วยวัสดุอื่นๆ	3	2.21	5	3.67
ลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน				
มีการเก็บกวาดเรียบร้อยไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	29	21.32	110	80.88
มีเศษวัสดุหรือขยะที่ไม่ใช้แล้ว เช่น กะลา โอง	107	78.68	26	19.12
การสำรองน้ำใช้				
มีภาชนะสำรองน้ำ เช่น โอง ถัง	73	53.68	76	55.88
ไม่มีการสำรองน้ำ เปิดใช้วันต่อวัน	63	46.32	60	44.12
ลักษณะบริเวณบ้าน				
สวนยางพารา/สวนปาล์ม	109	80.15	136	100
น้ำท่วมขัง	27	19.85	0	0

จากตาราง 2 พบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำประมาณ 1 ใน 2 มีที่พักอาศัยเป็นชนิดห้องแถว/บ้านเช่า (ร้อยละ 53.68) ส่วนใหญ่มีลักษณะบ้านเป็นอาคารคอนกรีต (ร้อยละ 72.79) มีการเก็บกวาดบ้านไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ 78.68) ส่วนใหญ่อาศัยในสวนยางพารา/สวนปาล์ม (ร้อยละ 80.15) ส่วนพื้นที่ไม่มีการระบาด ประมาณครึ่งมีลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยวห่างจากบ้านอื่นในรัศมีเกิน 100 เมตร (ร้อยละ 52.94) ส่วนใหญ่มีลักษณะบ้านเป็นอาคารคอนกรีต (ร้อยละ 69.12) มีการเก็บกวาดบ้านไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ 80.88) ทุกหลังคาเรือนมีลักษณะบริเวณบ้านเป็นสวนยางพารา/สวนปาล์ม (ร้อยละ 100) โดยสำรองน้ำใช้ เช่น โอง ถัง (ร้อยละ 55.88)

3. การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 3 การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสาร				
เคย	114	83.82	124	91.18
ไม่เคย	22	16.18	12	8.82
ครัวเรือนได้รับข้อมูลข่าวสารช่องทางใด				
กิจกรรมรณรงค์	97	71.32	82	60.29
โทรทัศน์	18	13.24	30	22.06
หนังสือพิมพ์	12	8.82	4	2.94



ตาราง 3 (ต่อ)

การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แผ่นพับ	9	6.62	20	14.71
ครัวเรือนของท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจาก				
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
การอบรม/การประชุม	7	5.15	13	9.56
คำบอกเล่า	1	0.74	2	1.47
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	109	80.15	104	79.47
อาสาสมัครสาธารณสุข	26	19.12	29	15.44
ผู้นำชุมชน	1	0.74	3	2.21
ครัวเรือนของท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร				
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก	111	81.62	100	73.53
อาการของโรคไข้เลือดออก	63	46.32	70	51.47
สถานการณ์ในโรคไข้เลือดออก	45	33.09	69	50.74
สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก	59	43.38	62	45.59
การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	21	15.44	22	16.18

จากตาราง 3 ประชาชนที่อาศัยพื้นที่ระบาดซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 83.82) ได้รับข่าวสารจากกิจกรรมรณรงค์ (ร้อยละ 97.71) ได้รับข่าวสารโดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 80.15) โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 82.62) ในส่วนของการได้รับข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ไม่มีการระบาด พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 91.18) ได้รับข้อมูลข่าวสารจากกิจกรรมรณรงค์ (ร้อยละ 60.29) ได้รับข่าวสารโดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 79.47) โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 73.53)

4. ระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 4 ระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ระดับ	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	56	41.18	63	46.32
ระดับปานกลาง	65	47.79	55	40.44
ระดับต่ำ	15	11.03	18	13.24



ตาราง 4 (ต่อ)

ระดับ	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<i>Mean ± SD (Min, Max)</i>	14.77 ± 2.43 (7, 20)		14.88 ± 3.10 (3, 20)	
ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	8	5.88	26	19.12
ระดับปานกลาง	108	79.41	93	68.38
ระดับต่ำ	20	14.71	17	12.50
<i>Mean ± SD (Min, Max)</i>	25.63 ± 2.09 (20, 30)		26.36 ± 2.68 (17, 30)	
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	79	58.09	114	83.82
ระดับปานกลาง	16	11.76	6	4.41
ระดับต่ำ	41	30.15	16	11.76
<i>Mean ± SD (Min, Max)</i>	23.95 ± 3.05 (14, 29)		26.05 ± 2.58 (17, 30)	
การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	117	86.03	112	82.35
ระดับปานกลาง	19	13.97	24	17.65
<i>Mean ± SD (Min, Max)</i>	26.66 ± 2.74 (19, 30)		26.30 ± 2.77 (20, 30)	
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	33	24.26	104	76.47
ระดับปานกลาง	80	58.82	30	22.06
ระดับต่ำ	23	16.92	2	1.47
<i>Mean ± SD (Min, Max)</i>	21.12 ± 3.87 (12, 29)		25.35 ± 2.67 (17, 30)	

จากตาราง 4 พื้นที่ระบาดซ้ำ พบว่า ประชาชนมีระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.79, *Mean ± SD*: 14.77 ± 2.43) ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.41, *Mean ± SD*: 25.63 ± 2.09) พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.09, *Mean ± SD*: 23.95 ± 3.05) การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.35, *Mean ± SD*: 26.66 ± 2.74) และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.82, *Mean ± SD*: 21.12 ± 3.87) สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาด พบว่า ประชาชนมีระดับความรู้ในการการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.32, *Mean ± SD*: 14.88 ± 3.10) ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.38, *Mean ± SD*: 26.36 ± 2.68) พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.82, *Mean ± SD*: 26.05 ± 2.58) การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.03, *Mean ± SD*: 26.30 ± 2.77) และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.47, *Mean ± SD*: 25.35 ± 2.67)

5. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด



ตาราง 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

การเปรียบเทียบความแตกต่าง	n	Rank Sum	z	p-value
ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	18097.00	0.725	0.469
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	19031.00		
ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	16512.50	3.191	0.001
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	20615.50		
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	14799.50	5.842	<0.001
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	22328.50		
การรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	19275.00	1.106	0.269
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	17853.00		
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	12670.50	9.119	<0.001
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	24457.50		

จากตาราง 5 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและไม่มีการระบาดมีค่าคะแนนทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001, <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) ในขณะที่ความรู้และการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

โดยสรุป จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด ในเขตพื้นที่ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีปัจจัยด้านทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกของประชาชนทั้งสองพื้นที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

จากการศึกษาที่พบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนนทัศนคติของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดซ้ำพบว่ามีความแตกต่างที่ต่ำกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่มีการระบาดทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.79) ส่งผลให้ประชาชนมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแตกต่างกัน สอดคล้องกับทฤษฎีแบบจำลองของ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter 2005) ที่กล่าวว่าในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้ เจตคติความเชื่อค่านิยม ที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายในหรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ



พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้ เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่และมักจะ ได้รับจากการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการสร้างค่านิยม ที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อมส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ทั้งสองพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirawan (2016) ที่ทำการศึกษาศึกษาพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่มีการระบาดต่ำและพื้นที่มีการระบาดสูง เขตอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนทัศนคติที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดสูง ($p\text{-value} < 0.01$) การศึกษาของ Abhichai (2018) ที่ทำการศึกษาในเรื่อง การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาด กับตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี พบว่าทัศนคติการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดมีระดับคะแนนทัศนคติที่ต่ำกว่าตำบลที่ไม่มีการระบาด ($p\text{-value} < 0.005$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruetai, & Niramol (2012) ที่ทำการศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดและหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาด พื้นที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดมีค่าคะแนนระดับทัศนคติที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้านที่มีการระบาด ($p\text{-value} = 0.036$)

ในส่วนของพฤติกรรมพบว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนนพฤติกรรมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดซ้ำพบว่ามีความรู้ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.79) และยังพบว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.41) มีทัศนคติระดับสูงเพียง (ร้อยละ 5.88) ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่เป็นพื้นฐานของการคิด การไตร่ตรอง การสร้างค่านิยมที่ถูกต้อง และการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่สอดคล้องกับทฤษฎีแบบจำลองของ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวว่าคุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นข้อบ่งชี้ที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรมนั้น และยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.82) และมีส่วนร่วมระดับต่ำถึง (ร้อยละ 16.91) ทำให้ประชาชนไม่มีบทบาทในการร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนและชุมชนไม่ได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีและถูกต้องโดยการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสังคม (Division of Preventive Medicine, 2005) จากคุณลักษณะของบุคคลที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมของประชาชนทั้งสองพื้นที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา Ruetai, & Niramol (2012) ที่พบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่พบผู้ป่วยมีค่าคะแนนระดับพฤติกรรมที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย ($p\text{-value} = 0.02$) การศึกษาของ Jirawan (2016) พบว่าประชาชนในพื้นที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนระดับพฤติกรรมที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดสูง ($p\text{-value} < 0.001$) และการศึกษาของ Abhichai (2018) ที่ทำการศึกษาในเรื่อง การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดกับตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดมีระดับคะแนนพฤติกรรมที่ต่ำกว่าตำบลที่ไม่มีการระบาด ($p\text{-value} < 0.001$)



สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนน การมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดซ้ำพบว่ามีความรู้ค่าคะแนนการมีส่วนร่วมต่ำกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่มีการระบาดเนื่องจากประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำมีทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูงเพียง (ร้อยละ 5.88) ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดและการแสดงพฤติกรรมของประชาชนในการดูแลตัวเอง และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทำให้ลักษณะบริเวณบ้านพื้นที่ระบาดซ้ำส่วนใหญ่มีเศษวัสดุหรือขยะที่ไม่ใช่แล้วเช่น กะลา โอง ถึง (ร้อยละ 78.63) เนื่องจากสมาชิกในครัวเรือนยังขาดความตระหนักและขาดกระบวนการของชุมชนในลักษณะการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งสองพื้นที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Krishna (2010) ที่ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน การรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์โรคสูงและอุบัติการณ์โรคต่ำ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์โรคสูงมีค่าคะแนนสูงกว่าหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์โรคต่ำ (p -value<0.001) การศึกษาของ Praphasi (2014) ที่ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำและสูง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำมีค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง (p -value<0.001) และการศึกษาของ Sutipong (2003) ที่ทำการศึกษารื่อง เปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงและไม่พบโรคไข้เลือดออก อำเภอป่าปอ จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก หมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงมีค่าคะแนนการมีส่วนร่วมที่ต่ำกว่าหมู่บ้านที่ไม่พบโรคไข้เลือดออก (p -value<0.001)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา นำมาใช้ประกอบการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในชุมชน และการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการให้ความรู้และส่งเสริมให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมประชาชนให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยตามปัญหาของพื้นที่เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในระดับชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนกับกลุ่มเป้าหมาย



References

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Summary of the Annual Disease Surveillance Report*. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand Printing House. (in Thai)
- Division of Preventive Medicine. (2005). *Handbook of Preventive Medicine*. Documentation Teaching Technical Courses. Preventive medicine. Division of Preventive Medicine Naval Medical Department. Bangkok
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach*. New York: Quebecor World Fairfield.
- Jirawan, W. (2016). *Behavior for Dengue Hemorrhagic Fever Control and Prevention of People in the Area with Low and High Epidemics, Amphoe Mueang Trang, Changwat Trang*. Master of Public Health. Trang: College of Public Health. (in Thai)
- Office of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Weekly Outbreak News Summary, 2018* from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
- Phatmanee, J., Woradet, S. & Chaimay, B. (2020). A Review of the Literature on Differences of Behavioral Factors among People Living in High and Low Endemic Areas of Dengue Fever in Thailand. *UBRU Journal of Public Health Research*, 9(2), 6-19.
- Phichet, S. (2011). *Comparison of Knowledge Social Support and Preventive Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever among People in Epidemic and Non-Epidemic Villages in Thungbenja Subdistrict Thamai District Chanthaburi Province*. Master of Public Health. Chanthaburi: Burapha University. (in Thai)
- Piomrat, K. (2015). Prevention and Control Behavior of Dengue Fever of Health Network Partners in Muang District Buriram Province. *Research and Development Journal, Buriram Rajabhat University*, 10(2), 84-90.
- Praphasi, S. (2014). *The Comparison of People Behavior and Community Leaders Participation for Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control between Sub-District which Had High and Low, Incidence Rate, Buayai District, Nakhonratchasima Province*. Master of Public Health. Nakhonratchasima Province: Khon Kean Universit.
- Ruetai, S. & Niramol, M. (2012). A Comparative Study of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behavior among the People Living in the Epidemic and Non-epidemic Villages: A Case Study in Phimai District. *Nakhon Rachasima Province. Srinakarin Vejsarn*, 27(4), 361-365.
- Sutipong, N. (2003). *Compare Public Perceptions and Participation in Prevention and Control. Dengue Fever Between the Villages, the Incidence of the Disease was Found High and Dengue Fever was Not Observed*. Nampad District, Uttaradit Province. Master of Public Health. Uttaradit: Chiang Mai University. (in Thai)
- The Bureau of Communicable Diseases is Led by Insects. (2018). *Dengue Prognosis*. 2018 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/e0325809a787bf36b787fe9a56acc691.pdf>



World Health Organization. (2012). *Handbook for Clinical Management of Dengue*. Geneva. Organisation Mondiale De La Sante.

World Health Organization. (2019). *Dengue and Severe Dengue*. November 10, 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets>.