KKU Journal for Public Health Research
Vol.18 No.2 May – August 2025

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรู้และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

ณัฐณิชา ศรีพระนาม[(1)], ณีรนุช วรไธสง[(1)]*

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 14 พฤษภาคม 2568
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 8 กรกฎาคม 2568

** ผู้รับผิดชอบบทความ*
email: natnicha.sr66@snru.ac.th
(1) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติตามมาตรการของหัวหน้าครัวเรือนตำบลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร โดยใช้การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross - sectional Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าครัวเรือนจำนวน 356 คน ใช้แบบสอบถามตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.63, S.D.=0.37) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง (ค่าเฉลี่ย 3.59, S.D.=0.46) การรับรู้ความรุนแรง (ค่าเฉลี่ย 3.57, S.D.=0.45) การรับรู้ประโยชน์ (ค่าเฉลี่ย 3.53, S.D.=0.42) การรับรู้ความสามารถตนเอง (ค่าเฉลี่ย 3.67, S.D.=0.49) อยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.97, S.D.=0.62) ขณะที่การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย1.98, S.D.=0.60) และผลการวิเคราะห์พบว่าทุกด้านของการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยง (r_s= 0.673) ความรุนแรง (r_s=0.674) และประโยชน์ของการป้องกัน (r_s=0.624) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของหัวหน้าครัวเรือนในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับครัวเรือน ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างยั่งยืนในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: *โรคไข้เลือดออก, การรับรู้ด้านสุขภาพ, การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค, หัวหน้าครัวเรือน*

KKU Journal for Public Health Research
Vol.18 No.2 May – August 2025

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

Original Article

The Perception and Practice of Dengue Fever Prevention Measures among Household Heads in Waritchaphum Subdistrict, Waritchaphum District, Sakon Nakhon Province

Natnicha Srepranam[(1)], Neeranute Wontaisong[(1)]*

Received Date: May 14, 2025
Accepted Date: July 8, 2025

** Corresponding author*
email: natnicha.sr66@snru.ac.th
(1) Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

Abstract

This research aimed to study the perception and practice with dengue fever prevention measures and to examine the relationship between perception and compliance among household heads in Waritchaphum Subdistrict, Waritchaphum District, Sakon Nakhon Province. A cross-sectional study was employed, with 356 household heads selected as the sample. Data were collected using a structured questionnaire based on the Health Belief Model (HBM), and analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The findings revealed that overall perception regarding dengue fever was at a high level (Mean=3.63, S.D.=0.37). Specifically, perceived susceptibility (Mean= 3.59, S.D.=0.46), perceived severity (Mean=3.57, S.D.=0.45), perceived benefits (Mean=3.53, S.D.=0.42), and perceived self-efficacy (Mean=3.67, S.D.=0.49) were all at high levels, while perceived barriers were at a moderate level (Mean=2.97, S.D.= 0.62). Preventive practices were found to be at a moderate level overall (Mean=1.98, S.D.=0.60). Spearman's correlation analysis indicated that all aspects of perception were significantly associated with preventive behaviors ($p<0.001$). Notably, perceived susceptibility ($r_s=0.673$), perceived severity ($r_s=0.674$), and perceived benefits ($r_s= 0.624$) showed a high level of correlation. These results highlight the important role of household heads in dengue fever surveillance and control at the household level and suggest that enhancing health perception may contribute to sustainable community-based disease prevention strategies.

***Keywords*:** *Dengue Fever, Health Perception, Preventive Behavior, Household Head*

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่มีพาหะคือยุงลาย ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทยและประเทศในเขตร้อนชื้น โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกประมาณ 100-400 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย 147,412 ราย และมีผู้เสียชีวิต 174 ราย โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุดคือช่วงอายุ 25-34 ปี (กรมควบคุมโรค, 2566) สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ การขยายตัวของเขตเมือง และการเคลื่อนย้ายของประชากร ซึ่งล้วนเอื้อต่อการเพิ่มจำนวนของยุงลาย รัฐบาลไทยจึงได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแห่งชาติ พ.ศ. 2566-2570 โดยมี 5 ยุทธศาสตร์หลัก เช่น การควบคุมพาหะ การสื่อสารความเสี่ยง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร พร้อมผลักดันมาตรการต่างๆ ในระดับพื้นที่ เช่น “5ป.1ข.”, “3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค”, “3 – 3 – 1” และ “4 เน้น 4 เดือน” เพื่อเร่งรัดการควบคุมโรคในฤดูฝนซึ่งเป็นฤดูกาลระบาดหลัก แม้จะมีการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และมาตรการเชิงรุกในระดับประเทศและท้องถิ่น แต่ในระดับครัวเรือนยังคงพบอุปสรรคสำคัญด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จากรายงานของโรงพยาบาลวาริชภูมิ (2566) พบว่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Container Index: CI) ในตำบลวาริชภูมิ มีค่าสูงถึงร้อยละ 10.05 ซึ่งเกินค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดำเนินมาตรการในครัวเรือนที่ยังไม่สัมฤทธิ์ผล ที่ผ่านมา งานวิจัยส่วนใหญ่มักเน้นศึกษากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำสุขภาพ หรือประชาชนทั่วไป โดยพบว่าระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนยังอยู่ในระดับปานกลาง (พุทธินันท์ บุญทา และคณะ, 2559; บุญประจักษ์ จันทร์วิน, 2565; จันทร์แรม ยุทธพล, 2564) และยังไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนพฤติกรรมเชิงรุกของครัวเรือน อีกทั้งยังมีงานวิจัยเพียงเล็กน้อยที่ศึกษาในกลุ่ม “หัวหน้าครัวเรือน” ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพจากภาครัฐสู่ครัวเรือนโดยตรง แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ได้ถูกนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติ โดยแต่ละองค์ประกอบล้วนส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นช่องว่างของงานวิจัยที่ยังขาดการศึกษา ในกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนในฐานะผู้นำการจัดการสุขภาพภายในบ้าน อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และการรับรู้ที่อาจส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อประเมินระดับการรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรการของหัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่ตำบลวาริชภูมิ โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) เป็นกรอบแนวคิดหลัก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของครัวเรือนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนตำบลวาริชภูมิ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติตามการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนตำบลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

- **รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ หัวหน้า

ครัวเรือนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของตำบลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 4,738 ครัวเรือน (ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2567) โดยเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือน ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และมีส่วนร่วมในการประสานงานกับบุคคลในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้นำชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ หัวหน้าครัวเรือนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของตำบลวาริชภูมิ และอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนนั้นไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีบทบาทในการตัดสินใจหรือดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพของครัวเรือน และยินยอมเข้าร่วมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 356 คน ได้มาจากการคำนวณตามสูตรของ Krejcie และ Morgan (1970) สำหรับประชากรจำนวน 4,738 คน โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ ±5%

- **วิธีการสุ่มตัวอย่าง**

ในการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเริ่มจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 356 คน จากประชากรเป้าหมายจำนวน 4,738 ครัวเรือนในตำบลวาริชภูมิ จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านโดยใช้วิธีการจัดสรรตามสัดส่วน (Proportional Allocation) ตามจำนวนครัวเรือนที่มีอยู่จริงในแต่ละหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มบ้านเลขที่ของครัวเรือนด้วยวิธีการจับฉลาก (Lottery Method) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่กำหนดไว้โดยปราศจากอคติ และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ที่ได้รับการสุ่มมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทำการชี้แจงเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามบ้านเลขที่ที่สุ่มได้ ซึ่งต้องเป็นหัวหน้าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี มีบทบาทในการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของครัวเรือน รวมถึงการประสานกับภาคีสุขภาพในชุมชน หลังจากได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน โดยในแต่ละหมู่บ้านมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบจนได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนจำนวน 356 คน

- **เครื่องมือที่ใช้และวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอิงจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่ บทบาทในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วยจากโรคไข้เลือดออก และแหล่งข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (10 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรง (7 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ (8 ข้อ) การรับรู้อุปสรรค (8 ข้อ) และการรับรู้ความสามารถตนเอง (9 ข้อ) การตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน), และน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์แปลผลระดับการรับรู้โดยใช้คะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้ระดับสูง ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.67 ถึง 5.00, การรับรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34 ถึง 3.66 และการรับรู้ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 ถึง 2.33 (Best & Kahn, 1993)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยครอบคลุมพฤติกรรมตามหลัก 5 ป. 1 ข. หลัก 3 เก็บ และการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยมีระดับการตอบ 4 ระดับ ได้แก่ 3 = ปฏิบัติเป็นประจำ 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 1 = ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 0 = ไม่เคยปฏิบัติเลย เกณฑ์การแบ่งระดับการปฏิบัติ ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ การปฏิบัติตามมาตรการระดับสูง ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.01 ถึง 3.00 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.01 ถึง 2.00 และระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.00 ถึง 1.00 (Best & Kahn, 1993)

เพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ยอมรับเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.96 และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ที่ 0.92

- **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นได้นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ไปยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลวาริชภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาดโพนไผ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกรมการปกครองอำเภอวาริชภูมิ เพื่อขอข้อมูลบ้านเลขที่ของครัวเรือนสำหรับใช้ในการสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งได้ประสานผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อจัดประชุมชี้แจงและขอความร่วมมือในการแจ้งหัวหน้าครัวเรือนที่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติในการคัดเข้า-คัดออก เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถนัดหมายเข้าพบ ขอความยินยอม และดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าครัวเรือนในทั้ง 17 หมู่บ้านตามวันและเวลาที่กำหนด หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

- **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) นอกจากนี้ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูลด้วยการทดสอบสมมติฐานการแจกแจงแบบปกติ (Normality Test) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลด้านการรับรู้และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีการแจกแจงไม่เป็นปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จึงเลือกใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งเหมาะสมกับข้อมูลที่ไม่ได้แจกแจงแบบปกติ มีระดับการวัดแบบอันดับ (Ordinal Scale) และตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน

- **จริยธรรมการทำวิจัย**

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 หมายเลขการรับรองการวิจัยที่ HE67-091 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

อัตราการตอบกลับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ข้อมูลทั่วไปพบว่า หัวหน้าครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.53 มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 48.88 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.02 มีสถานสมรส ร้อยละ 60.96 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.91 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจาก อสม. มากที่สุดร้อยละ 93.82

กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าครัวเรือนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (S.D.=0.37) ซึ่งการรับรู้รายด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (ค่าเฉลี่ย 3.93 S.D.=0.59) การรับรู้ความรุนแรง (ค่าเฉลี่ย3.91 S.D.=0.62) การรับรู้ประโยชน์ (ค่าเฉลี่ย 3.94 S.D.=0.71) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ค่าเฉลี่ย3.67 S.D.=0.49) ส่วนการรับรู้อุปสรรคการป้องกันไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย2.97 S.D.=0.62) ด้านการปฏิบัติตาม

มาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.37 (ค่าเฉลี่ย=1.98, S.D.=0.46) ดังตารางที่ 1 และ 2

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในภาพรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยความสัมพันธ์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($r_s=0.708$) ดังตารางที่ 4

บทสรุปและอภิปรายผล

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อนำมาวิเคราะห์รายด้านตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง ขณะที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับการรับรู้ใน 5 ด้านสำคัญดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรง สามารถเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวได้ตลอดเวลา (Perceived Susceptibility & Perceived Severity) ประกอบกับการมองเห็นถึงประโยชน์ของการป้องกัน เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ (Perceived Benefits & Self-Efficacy) ส่งผลให้โดยรวมแล้วเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงการยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น เวลา ความรู้ หรือการเข้าถึงทรัพยากร ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันไข้เลือดออก ขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการเสริมแรงด้านการลดอุปสรรค เช่น การจัดอบรมเพิ่มเติม การแจกจ่ายอุปกรณ์ป้องกัน หรือการรณรงค์กระตุ้นเชิงรุกโดยบุคลากรสุขภาพ อสม. และผู้นำชุมชน ยังคงมีความจำเป็น เพื่อสนับสนุนให้หัวหน้าครัวเรือนมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีความยั่งยืนและต่อเนื่อง ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวิโรจน์ บุญสุวรรณ์ (2564) และพุทธิพงศ์ บุญชู (2564) ที่พบว่า การรับรู้ที่ดีมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคของประชาชน และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมการรับรู้ในทุกมิติของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในชุมชน

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

- **ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย**

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมการรับรู้เพื่อลดอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยดำเนินกิจกรรมเชิงรุกเพื่อเพิ่มการรับรู้อุปสรรค เช่น ความไม่สะดวกด้านเวลาและข้อจำกัดด้านรายได้ ผ่านการบูรณาการกิจกรรมป้องกันโรคเข้ากับวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อให้ประชาชนสามารถกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ควรสนับสนุนบทบาทของหัวหน้าครอบครัว ด้วยการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเวลา เช่น การสื่อสารที่เข้าใจง่าย การสร้างแรงสนับสนุนจากชุมชน และการส่งเสริมกิจกรรมที่สามารถดำเนินควบคู่กับงานประจำได้อย่างสอดคล้องและเป็นรูปธรรม.

- **ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป**

การวิจัยควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะชุมชนท้องถิ่น เพื่อออกแบบแนวทางป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทจริง พร้อมทั้งควรเก็บข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสะท้อนปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในการพัฒนารูปแบบควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). **รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำปี 2566.** ค้นเมื่อ 22 มกราคม 2568, จาก https://ddc.moph.go.th

จันทร์แรม ยุทธพล. (2564). การรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลนคร. **วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30**(1), 115–126.

บุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8**(4), 141-156.

พุทธินันท์ บุญทา, อารยา จันทร์เพ็ญ, & สมชาย กิ่งแก้ว. (2559). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลชนบท. **วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 22**(2), 97–108.

พุทธิพงศ์ บุญชู. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตชนบท. **วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 10**(3), 142–151.

โรงพยาบาลวาริชภูมิ. (2566). รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ. เอกสารภายใน.

วิโรจน์ บุญสุวรรณ์. (2564). การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก. **วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม, 27**(3), 221-230.

สำนักงานทะเบียนกลาง กรมการปกครอง. (2567). **ข้อมูลจำนวนครัวเรือนรายตำบล**. ตำบลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2568, จาก https://stat.bora.dopa.go.th

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). **Research in Education** (7th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Chanyasanha, C., Guruge, G. R., & Sujirarat, D. (2015). Factors influencing preventive behaviors for dengue infection among housewives in Colombo, Sri Lanka. **Asia Pacific Journal of Public Health, 27**(1), 96-104.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. ***Educational and Psychological Measurement, 30***(3), 607–610.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs, 2**(4), 328–335.

World Health Organization. (2020). **Dengue and severe dengue: Factsheet.** Retrieved January 22, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue.

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=356)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	187	52.53
หญิง	159	44.66
LGBTQ (เพศทางเลือก ได้แก่ ชายรักชาย หญิงรักหญิง)	10	2.81
อายุ		
20-39 ปี	174	48.88
40-59 ปี	134	37.64
60 ปีขึ้นไป	48	13.48
Median= 40 ปี,Min=20 ปี, Max=81 ปี		
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	167	46.91
เกษตรกรรม	91	25.56
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	52	14.61
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	46	12.92
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	101	28.37
มัธยมศึกษาตอนต้น	114	32.02
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	35	9.83
อนุปริญญา/ปวส	39	10.96
ปริญญาตรี	59	16.57
สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.25

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (n=356)

การรับรู้เกี่ยบกับโรคไข้เลือดออก	ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			mean
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	S.D.
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	3	107	246	3.93
	(0.84)	(30.06)	(69.00)	0.59
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1	142	213	3.91
	(0.28)	(39.89)	(59.83)	0.62
3.การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	2	159	195	3.94
	(0.56)	(44.66)	(54.78)	0.71
4.การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค	49	241	66	2.97
	(13.76)	(67.70)	(18.54)	0.62
5.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	1	161	194	3.67
	(0.28)	(45.23)	(54.49)	0.49
ภาพรวม	**0**	**204**	**152**	**3.63**
	(0.00)	**(57.30)**	**(42.70)**	**0.37**

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน (n=356)

ระดับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	(ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.00 - 1.00)	6	1.69
ปานกลาง	(ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.01 - 2.00)	190	53.37
สูง	(ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.01 - 3.00)	160	44.94

Mean=1.98, S.D.=0.46

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=356)

องค์ประกอบการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	0.673	< .001	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.674	< .001	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.624	< .001	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันโรค	0.357	< .001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค	0.570	< .001	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
การรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.708	< .001	มีความสัมพันธ์ระดับสูง