

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม
The Effects of an Empowerment Program for Community Leaders in Dengue
Fever Prevention and Control at That Phanom Crown Prince Hospital, That
Phanom District, Nakhon Phanom Province

ดาวประกาย หย้างาม^{1,*}

Dawprakay Yangam^{1,*}

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประเทศไทย

¹That Phanom Crown Prince Hospital, That Phanom District, Nakhon Phanom Province, THAILAND.

*Corresponding author E-mail: dawprakay2013@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.55674/ajhe.v1i1.5964>

วันที่รับบทความ 16 ก.ค. 2569

Received: Jul. 16, 2026

วันที่แก้ไขบทความ 31 ส.ค 2569

Revised: Aug. 31, 2026

วันที่ตอบรับบทความ 3 ก.ย. 2569

Accepted: Sep. 3, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนหลังทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำชุมชนพื้นที่เทศบาลตำบลธาตุพนมใต้ อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 8 หมู่บ้าน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 11 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย independent t-test และ paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่า Mean diff. เท่ากับ 2.18, 5.86, 4.76 และ 8.04 คะแนน ตามลำดับ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่า Mean diff. เท่ากับ 2.75, 5.51, 4.50 และ 6.24 คะแนน ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, แกนนำชุมชน, การรับรู้พลังอำนาจ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, พฤติกรรมการป้องกันโรค

Abstract

This quasi-experimental, two-group, pre-test/post-test study aimed to compare knowledge regarding dengue fever prevention and control, perceived empowerment, self-efficacy, and dengue prevention and control behaviors—both within groups (before vs. after the experiment) and between the experimental and comparison groups. The sample consisted of community leaders from eight villages in the That Phanom Tai Subdistrict Municipality, That Phanom District, Nakhon Phanom Province, selected via purposive sampling. They were divided into an experimental group (n=43) and a comparison group (n=50). The research instrument was a community leader empowerment program for dengue fever prevention and control, implemented over 11 weeks. Data were collected using questionnaires and analyzed using percentages, means, independent t-tests, and paired-sample t-tests.

The results showed that, after the program, the experimental group had statistically significant increases ($p < .001$) in mean scores for knowledge, perceived empowerment, self-efficacy, and dengue prevention and control behaviors compared with pre-program levels; the mean differences were 2.18, 5.86, 4.76, and 8.04 points, respectively. Post-experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores for knowledge, perceived empowerment, self-efficacy, and dengue fever prevention and control behaviors than the comparison group ($p < .001$), with mean differences of 2.75, 5.51, 4.50, and 6.24 points, respectively.

Keywords: Dengue Fever, Community Leaders, Empowerment Perception, Self-Efficacy, Disease Prevention Behaviors

1. บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย 1 มกราคม – 27 สิงหาคม พ.ศ. 2569 พบผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกรวม สะสมจำนวน 23,524 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 35.71 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 26 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยสะสม 600 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 11.01 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดบึงกาฬ อัตราป่วย 29.56 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี และสกลนคร คิดเป็นอัตราป่วย 16.94, 16.21, 12.42, 10.06, 6.08 และ 2.29 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽¹⁾

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดนครพนม วันที่ 1 มกราคม – 27 สิงหาคม 2569 พบผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 109 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 15.39 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ อำเภอบ้านแพง คิดเป็นอัตราป่วย 60.15 ต่อแสนประชากร รองลงมา ได้แก่ นาทม ธาตุพนม และศรีสงคราม อัตราป่วยเท่ากับ 59.44, 26.03 และ 18.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 18 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 26.03 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเพศชายเท่ากับเพศหญิง พบมากที่สุดกลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 29.04 พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนเมษายน รองลงมา ได้แก่ มกราคม กรกฎาคม พฤษภาคมและสิงหาคม พื้นที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ ตำบลกุดฉิม คิดเป็นอัตราป่วย 46.95 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ พระกลางทุ่ง น้ำก่ำ อุ่มเหมา และแสนพัน อัตราป่วยเท่ากับ 41.71, 40.91, 33.66 และ 27.27 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽²⁾ จากข้อมูลการดำเนินงานดังกล่าวอำเภอธาตุพนมมีแนวโน้มการเกิดโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่องทุกช่วงฤดูกาล

จากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับพื้นที่ พบว่าประชาชนยังคงมองว่าการควบคุมโรคเป็นบทบาทหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ (อสม.) ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายยังไม่เพียงพอ และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลเท่าที่ควร การบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน จึงมีความสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมโรคให้เกิดประสิทธิภาพ

จากการประเมินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อมาโดยยูงลาย อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ปี 2566 พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหลักในการควบคุมพาหะนำโรคตามมาตรการ 3-3-1 เมื่อพบผู้ป่วยไข้เลือดออก แต่พื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงหรือมีการระบาดยังไม่สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วนและทันเวลา แม้ควบคุมโรคภายใน 1 วันได้ตามเกณฑ์ แต่ดัชนีลูกน้ำยูงลายยังสูงเกินมาตรฐาน ได้แก่ HI ร้อยละ 80.00, CI ร้อยละ 21.74 และ BI ร้อยละ 100 อสม.ยังขาดความมั่นใจ ทักษะการสื่อสารและการแสดงความคิดเห็นต่อประชาชน ส่งผลให้การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนยังไม่เต็มศักยภาพและพึงพา อสม. เป็นหลัก⁽³⁾

ดังนั้น จึงควรใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของแกนนำชุมชนเพื่อให้สามารถเป็นผู้นำ กระตุ้นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนหลังทดลอง (Two-Group pre-test post-test Design)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 พื้นที่การศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มแกนนำชุมชนพื้นที่เทศบาลตำบลธาตุพนมใต้ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 8 หมู่บ้าน โดยคัดเลือกหมู่บ้านตามเกณฑ์ ได้แก่ (1) อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลธาตุพนมใต้ทั้งหมู่บ้าน และ (2) มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี 2566 จากนั้นแบ่งหมู่บ้านเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มทดลอง คือ พื้นที่เทศบาลตำบลธาตุพนมใต้ที่มีเขตรับผิดชอบเต็มพื้นที่ จำนวน 4 หมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ได้แก่ หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 6 หมู่ที่ 8 และหมู่ที่ 12 ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งในพื้นที่ยังพบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายต่อเนื่องและพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในทุกปี

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ พื้นที่เทศบาลตำบลธาตุพนมใต้ที่มีเขตรับผิดชอบเต็มพื้นที่ จำนวน 4 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองธาตุพนม จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 9 ตำบลธาตุ

พนม อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนมและพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่างพัฒนา จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 8 ตำบลรามัญพนมเหนือ อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม

3.2.2 กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน และ พื้นที่เทศบาลตำบลรามัญพนมใต้ที่มีเขตรับผิดชอบเพิ่มพื้นที่ อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม จำนวน 93 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 85 คน

กลุ่มทดลอง จำนวน 43 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 4 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ 39 คน อาศัยในพื้นที่ หมู่ที่ 3 8 6 และ 12 ตำบลรามัญพนม อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 คน ผู้ใหญ่บ้าน 4 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ 46 คน อาศัยในพื้นที่ หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 9 ตำบลรามัญพนม อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม หมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 8 ตำบลรามัญพนมเหนือ อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) ผู้นำชุมชน ต้องเป็นบุคคลที่ได้รับการเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้ใหญ่บ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านในความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลรามัญพนมใต้เพิ่มพื้นที่ทั้งหมู่บ้าน อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม

2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

2.1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.2) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลรามัญพนมใต้เพิ่มพื้นที่ทั้งหมู่บ้าน

2.3) มีการปฏิบัติงานและเข้าร่วมโครงการได้สม่ำเสมอ

ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นการเฉพาะสำหรับแกนนำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ กำหนดช่วงเวลาและสถานที่ที่หลีกเลี่ยงการพบกันของกลุ่มทดลองระหว่างให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชรามัญพนม อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม

เกณฑ์การยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทํารายงาน

2) ไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในองค์กรชุมชน และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) ให้คะแนน 0 – 1 คะแนน คะแนนรวม 0 – 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้พลังอำนาจ และส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีจำนวนส่วนละ 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ให้คะแนน 1–5 คะแนน คะแนนรวม 10 – 50 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ให้คะแนน 1 – 4 คะแนน คะแนนรวม 10 – 40 คะแนน

การแปลผลข้อมูลส่วนที่ 2-5 แปลผลคะแนนแบบสอบถามใช้คะแนนรวมที่ได้ในแต่ละด้านเปรียบเทียบกับคะแนนเต็ม และแปลงเป็นค่าร้อยละ จากนั้นจำแนกระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การจัดระดับผลการเรียนรู้ของ Bloom⁽⁴⁾ ได้แก่ ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 และระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ทั้งนี้คะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนว่าผู้ตอบมีความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับที่สูงขึ้นตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การได้รับประสบการณ์ (2) การระบุประสบการณ์ (3) การวิเคราะห์ (4) การวางแผน และ (5) การปฏิบัติรวมอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยส่วนที่ 2 ใช้สูตร KR-20 ได้ค่า 0.94 และส่วนที่ 3 – 5 วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.90, 0.92 และ 0.91 ตามลำดับ

3.4 ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัย แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
กลุ่มทดลอง	O ₁ X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₄ X ₅	X ₄ X ₅	X ₄	X ₄ X ₅	X ₄	X ₄ X ₅	O ₂
สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
กลุ่มเปรียบเทียบ	O ₃										O ₄

ภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัย

ระยะที่ 1: ระยะก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ พัทธ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลอง (O_1) และกลุ่มเปรียบเทียบ (O_3) โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ, แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง, แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และแบบสำรวจความซุกของลูกน้ำยุงลาย

ระยะที่ 2: ระยะดำเนินการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ถึง 10

กลุ่มเปรียบเทียบ: ดำเนินชีวิตและปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามปกติของชุมชน

กลุ่มทดลอง: ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (X) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ชุดกิจกรรม ($X_1 - X_5$) รวมทั้งสิ้น 9 กิจกรรมย่อย ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

โปรแกรมครั้งที่ 1 (X_1) (สัปดาห์ที่ 1): การปรับเปลี่ยนเจตคติและการระบุปัญหา ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 (รู้เท่าทันโรค): ให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรค

กิจกรรมที่ 2 (การผ่านประสบการณ์): จำลองสถานการณ์จริงร่วมกับประสบการณ์เดิม

กิจกรรมที่ 3 (การระบุประสบการณ์): ถอดบทเรียนและเชื่อมโยงปัญหาให้เห็นความสำคัญ

กิจกรรมที่ 4 (การวิเคราะห์ประสบการณ์): วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยสาเหตุและผลกระทบเชิงระบบเพื่อโยงปัญหา

โปรแกรมครั้งที่ 2 (X_2) (สัปดาห์ที่ 2): การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการวางแผน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 5 (การรับรู้ความสามารถตนเอง): กระตุ้นให้แกนนำค้นพบศักยภาพของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรค

กิจกรรมที่ 6 (การวางแผน): กำหนดขั้นตอน กลวิธีการดำเนินงาน และบทบาทหน้าที่

โปรแกรมครั้งที่ 3 (X_3) (สัปดาห์ที่ 3): การเริ่มต้นปฏิบัติจริงในชุมชน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 (การปฏิบัติในชุมชน 1): ลงพื้นที่ปฏิบัติงานจริง ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชน, การกำจัดลูกน้ำยุงลายตามมาตรการ 5ป. 1ข. และการใช้ทรายอะเบท, การเฝ้าระวังโรค และการควบคุมโรค พร้อมทั้งติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทำงานจริง

โปรแกรมครั้งที่ 4 (X_4) (สัปดาห์ที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10): การปฏิบัติจริงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 8 (การปฏิบัติในชุมชน 2): แกนนำชุมชนดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ เฝ้าระวัง และควบคุมโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผู้วิจัยคอยให้คำปรึกษา

โปรแกรมครั้งที่ 5 (X_5) (สัปดาห์ที่ 5, 6, 8 และ 10): การติดตาม สนับสนุน และถอดบทเรียน

กิจกรรมที่ 9 (การติดตามสนับสนุนและประเมินผล): จัดเวทีเสนอผลการดำเนินงาน สะท้อนปัญหาและอุปสรรค โดยผู้วิจัยทำหน้าที่รับฟัง ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ช่วยปรับปรุงแผนงานตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง คอยกระตุ้น และเสริมพลังสร้างกำลังใจแก่นำชุมชนในการปฏิบัติงานในพื้นที่

ระยะที่ 3: ระยะหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 11

เมื่อสิ้นสุดการจัดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยทำการประเมินหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 11 ทั้งในกลุ่มทดลอง (O_2) และกลุ่มเปรียบเทียบ (O_4)

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2) เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยสถิติ Independent t-test

3) เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภายในกลุ่มของแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภธาตุพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยสถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 032/67/67 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

4. ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.14) มีอายุ 50 – 59 ปี (ร้อยละ 37.21) มีอายุเฉลี่ย 54.6 ปี สถานภาพคู่ (ร้อยละ 81.40) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 55.81) และดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ (ร้อยละ 62.79) โดยมีประสบการณ์ทำงานในองค์กรชุมชน 5 – 10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 39.53) กลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 56.00) มีอายุเฉลี่ย 52.4 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 76.00)

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 24.00) ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 25 คน (ร้อยละ 50.00) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 68.00) และมีประสบการณ์ทำงานในองค์กรชุมชนเฉลี่ย 10 ปี 8 เดือน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=43)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	41.86	22	44.00
หญิง	25	58.14	28	56.00
อายุ (ปี)				
30-39 ปี	5	11.63	8	16.00
40-49 ปี	12	27.91	15	30.00
50-59 ปี	16	37.21	18	36.00
60 ปีขึ้นไป	10	23.26	9	18.00
สถานภาพ				
โสด	4	9.30	6	12.00
คู่	35	81.40	38	76.00
หม้าย	3	6.98	4	8.00
หย่า	1	2.33	2	4.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาตอนต้น	5	11.63	4	8.00
ประถมศึกษาตอนปลาย	10	23.26	8	16.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	20.93	10	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	18.60	12	24.00
อนุปริญญา/ปวส.	5	11.63	7	14.00
ระดับการศึกษา (ต่อ)				
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	5	11.63	8	16.00
อื่น ๆ	1	2.33	1	2.00
ประสบการณ์ทำงาน				
ต่ำกว่า 5 ปี	8	18.60	10	20.00
5-10 ปี	17	39.53	18	36.00
11-15 ปี	10	23.26	12	24.00
มากกว่า 15 ปี	8	18.60	10	20.00
อาชีพ				
เกษตรกรรวม	24	55.81	25	50.00

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=43)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	6	13.95	8	16.00
รับจ้าง	8	18.60	12	24.00
งานบ้าน	3	6.98	3	6.00
อื่น ๆ	2	4.65	2	4.00
ตำแหน่ง				
ผู้ใหญ่บ้าน	7	16.28	4	8.00
สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	9	20.93	12	24.00
อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ (อสม.)	27	62.79	34	68.00

4.2 ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงร้อยละ 69.77 และระดับปานกลางร้อยละ 30.23 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ในระดับสูงร้อยละ 52.00 และระดับปานกลางร้อยละ 48.00 โดยไม่พบผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำทั้งสองกลุ่ม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.00 และไม่พบผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางและระดับต่ำ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูงลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 46.00 และผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.00 ทั้งนี้ คณะแผนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 11.60 ± 0.79 คะแนน เป็น 13.79 ± 0.77 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 2.18, $t = 14.59$, $p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 2 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 10.94 ± 0.86 คะแนน เป็น 11.04 ± 0.85 คะแนน และไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.69$, $p = .10$) ดังแสดงตารางที่ 3 นอกจากนี้ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (11.60 ± 0.79 และ 10.94 ± 0.86 คะแนน ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.72$, $p = .09$) ดังแสดงตารางที่ 4 อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.79 ± 0.77 และ 11.04 ± 0.85 คะแนน ตามลำดับ; Mean diff = 2.75, 95% CI = 2.41–3.81, $t = 16.14$, $p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 5

2) การรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.49 และระดับปานกลาง ร้อยละ 46.51 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 44.00 โดยไม่พบผู้ที่มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับต่ำทั้งสองกลุ่ม ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดมีการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นจาก 39.60 ± 1.60 เป็น 45.46 ± 1.00 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้า

ร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 5.86, $t = 20.67$, $p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 2 ส่วนกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองมีผู้ที่มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับสูงและระดับปานกลางเท่ากัน คือร้อยละ 50.00 และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 39.46 ± 1.38 เป็น 39.96 ± 1.60 คะแนน แต่ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.81$, $p = .08$) ดังแสดงตารางที่ 3 นอกจากนี้ ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจใกล้เคียงกัน (39.60 ± 1.60 และ 39.46 ± 1.38 คะแนน ตามลำดับ) และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.47$, $p = 0.64$) ดังแสดงตารางที่ 4 ขณะที่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (45.46 ± 1.00 และ 39.96 ± 1.60 คะแนน ตามลำดับ; Mean diff = 5.51, 95% CI = 4.83–6.17, $t = 16.34$, $p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 5

3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.12 และระดับปานกลาง ร้อยละ 34.88 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 62.00 โดยไม่พบผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำทั้งสองกลุ่ม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้งหมดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.00 และระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 56.00 ทั้งนี้ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (40.23 ± 2.38 คะแนน) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (40.46 ± 2.47 คะแนน) และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.45$, $p = 0.66$) ดังแสดงตารางที่ 4 หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจาก 40.23 ± 2.38 เป็น 45.00 ± 2.01 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 4.76, $t = 21.16$, $p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 2 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 40.46 ± 2.47 เป็น 40.50 ± 2.54 คะแนน และไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.53$, $p = 0.60$) ดังแสดงตารางที่ 4 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (45.00 ± 2.01 และ 40.50 ± 2.54 คะแนน ตามลำดับ; Mean diff = 4.50, 95% CI = 3.56–5.44, $t = 9.33$, $p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 5

4) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.14 และระดับปานกลาง ร้อยละ 41.86 ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.00 และไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมระดับปานกลางและระดับต่ำ ขณะที่กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีพฤติกรรมระดับสูง ร้อยละ 40.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 หลังการทดลองมีพฤติกรรมระดับสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 42.00 และระดับปานกลางลดลงเป็นร้อยละ 58.00 โดยไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการทดลอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 37.13 ± 2.01 คะแนนใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 37.16 ± 1.88 คะแนน และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.41, p = 0.88$) ดังแสดงตารางที่ 4 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 45.18 ± 1.78 คะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 8.04, $t = 25.49, p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 2 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 37.16 ± 1.88 เป็น 37.34 ± 2.01 คะแนน และไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.84, p = 0.07$) ดังแสดงตารางที่ 3 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 45.18 ± 1.78 และ 37.34 ± 2.01 ตามลำดับ, Mean diff = 6.24, 95% CI = 4.95–7.54, $t = 9.29, p < .001$) ดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Mean diff. (Post–Pre)	95% CI		t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		Lower	Upper		
ความรู้	11.60±.79	13.79±.77	2.18	1.88	2.48	14.59	<.001*
การรับรู้พลังอำนาจ	39.60±1.60	45.46±1.00	5.86	5.28	6.43	20.67	<.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	40.23±2.38	45.00±2.01	4.76	4.31	5.22	21.16	<.001*
พฤติกรรมการป้องกัน	37.13±2.01	45.18±1.78	8.04	7.40	8.68	25.49	<.001*

*p<.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Mean diff. (Post–Pre)	95% CI		t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		Lower	Upper		
ความรู้	10.94±0.86	11.04±0.85	0.10	-0.02	0.21	1.69	0.10
การรับรู้พลังอำนาจ	39.46±1.38	39.96±1.60	0.50	-0.05	1.05	1.81	0.08
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	40.46±2.47	40.50±2.54	0.40	-0.11	0.19	0.53	0.60
พฤติกรรมการป้องกัน	37.16±1.88	37.34±2.01	0.18	-0.02	0.38	1.84	0.07

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean±SD	กลุ่มควบคุม Mean±SD	Mean diff.	95% CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ความรู้	11.60±.79	10.94±0.86	0.26	-0.04	0.55	1.72	0.09
การรับรู้พลังอำนาจ	39.60±1.60	39.46±1.38	0.14	-0.47	0.76	0.47	0.64
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	40.23±2.38	40.46±2.47	-0.22	-1.23	0.78	-0.45	0.66
พฤติกรรมการป้องกัน	37.13±2.01	37.16±1.88	-0.02	-0.84	0.80	-0.41	0.88

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean±SD	กลุ่มควบคุม Mean±SD	Mean diff.	95% CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ความรู้	13.79±0.77	11.04±0.85	2.75	2.41	3.81	16.14	<.001*
การรับรู้พลังอำนาจ	45.46±1.00	39.96±1.60	5.51	4.84	6.17	16.34	<.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	45.00±2.01	40.50±2.54	4.50	3.56	5.44	9.33	<.001*
พฤติกรรมการป้องกัน	45.18±1.78	37.34±2.01	6.24	4.95	7.54	9.29	<.001*

*p<.05

5. สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติจริง ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเชื่อมโยงความรู้กับปัญหาในบริบทพื้นที่ เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีร่วมกับการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งพบว่าหลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ความตระหนักรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)⁽⁵⁾

การที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจและการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า โปรแกรมเปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การเลือกกิจกรรม การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและมั่นใจในศักยภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและการประเมินผลเป็นปัจจัยสำคัญ

ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่⁽⁶⁾ ทั้งนี้ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura อธิบายว่า ประสบการณ์ตรง การได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽⁷⁻¹⁰⁾

พฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีขึ้นสะท้อนว่าโปรแกรมช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ แกนนำชุมชนสามารถนำความรู้และความมั่นใจไปใช้ในการสำรวจภาวะเสี่ยง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ให้คำแนะนำครัวเรือน และประสานเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและลดความเสี่ยงของโรคในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้ Google Maps ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำ อสม. ซึ่งช่วยให้การติดตามผลดัชนีลูกน้ำยุงลายทำได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽¹¹⁾

ข้อจำกัดการศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาติดตามผลที่อาจยังไม่สะท้อนการคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาว การใช้แบบสอบถามรายงานตนเองซึ่งอาจเกิดความเอนเอียงจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม และการศึกษาในบริบทแกนนำชุมชนเฉพาะพื้นที่ ดังนั้น การนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่อื่นควรปรับให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรของพื้นที่ รวมทั้งควรมีการติดตามผลระยะยาว

6. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ และการติดตามอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน พร้อมทั้งสนับสนุนให้แกนนำชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และเป็นต้นแบบแก่ครัวเรือน เพื่อขยายผลสู่ระดับชุมชน นอกจากนี้ ควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน รวมทั้งควรใช้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ House Index (HI), Breteau Index (BI) และ Container Index (CI) ในการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาซ้ำในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกันทั้งเขตเมืองและชนบท เพื่อประเมินความเหมาะสมและการประยุกต์ใช้โปรแกรมในชุมชนที่หลากหลาย พร้อมทั้งเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและผลกระทบต่อค่าดัชนีลูกน้ำและอุบัติการณ์โรคในระยะยาว นอกจากนี้ ควรพัฒนาเครื่องมือประเมินผลที่เชื่อมโยงข้อมูลด้านความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และตัวชี้วัดทางระบาดวิทยา รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคของแกนนำชุมชน เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

7. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชนในพื้นที่เทศบาลตำบลธาตุพนมได้ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัย และขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่มีส่วนสนับสนุนจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

8. เอกสารอ้างอิง

- (1) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล API จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ระบบ Digital Disease Surveillance (DDS). นนทบุรี: กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค; 2569.
- (2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รูปแบบดิจิทัล Digital Disease Surveillance (DDS). นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2569.
- (3) งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. รายงานข้อมูลผลการประเมินมาตรการ 3-3-1 อำเภอธาตุพนม ปี 2566. นครพนม: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม; 2566.
- (4) Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
- (5) ภรณ์ทิพย์ ปานเชียงวงษ์, วรกร วิชัยโย, ชีรนาถ สุวรรณเรือง. ผลของรูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. EMH [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างถึง 31 ส.ค. 2569];9(1):617-24.
- (6) สมลักษณ์ กองศูนย์พนิช, ศิริชัย จันทุม. อิทธิพลของการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ จังหวัดขอนแก่น. RHPC9J [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างถึง 31 ส.ค. 2569];18(3):1016-30.
- (7) Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
- (8) Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Educ Q. 1986;13(1):73-92.
- (9) Andersson N, Nava-Aguilera E, Arostegui J, Morales-Perez A, Suazo-Laguna H, Legorreta-Soberanis J, et al. Evidence based community mobilization for dengue prevention in Nicaragua and Mexico (Camino Verde, the Green Way): cluster randomized controlled trial. BMJ. 2015;351.
- (10) Toledo ME, Vanlerberghe V, Baly A, Ceballos E, Valdes L, Searret M, et al. Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba, Cuba. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007;101(1):56-63.
- (11) ศิริพร วัฒนพฤกษ์, ผงศิลป์ เฟิงมาก, รัตน์นริศ สุวรรณรัตน์, ศุภโชค ยอดแก้ว. การใช้ Google Maps เพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนบ้านหนองนายชัย ตำบลคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างถึง 31 ส.ค. 2569];49(3):519-29.