

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ตำบลหงษ์เจริญ อำเภотаแซะ จังหวัดชุมพร

Behavioral Change Program for Prevention and Control of Dengue Fever
at Hong Charoen Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province.

อนุกุล พลวัชรินทร์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงษ์เจริญ สำนักงานสาธารณสุขอำเภотаแซะ จังหวัดชุมพร

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหงษ์เจริญ อำเภотаแซะ จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานด้วย Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความรู้ ($\bar{X}_{diff}=3.68$, 95% CI = 2.84 to 4.51) การรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X}_{diff}=1.04$, 95% CI = 0.08 to 2.00) การรับรู้อุปสรรค ($\bar{X}_{diff}=0.93$, 95% CI = -0.04 to 1.91, P-value = 0.062) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}_{diff}=2.50$, 95% CI = 0.81 to 4.81, P-value = 0.004) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า HI (House Index) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลต่าง ร้อยละ 6.20, 6.45, และ 5.64 ตามลำดับ และต่ำกว่า ร้อยละ 10

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This study is quasi-experimental research that aims to study the effectiveness of behavior modification programs in the prevention and control of dengue fever. Hong Charoen Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province. The sample group consisted of 88 people, divided into an experimental group of 44 people and a control group of 44 people, using multi-stage random sampling. The research period was 12 weeks. Data was collected using a questionnaire on knowledge about dengue fever. Perception of risk opportunities perception of violence perceived benefits Obstacle perception Behaviors for prevention and control of dengue fever and the mosquito larvae index value Data were analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were analyzed using an independent t-test at the statistical significance level of 0.05.

The research results found that After receiving the behavior modification program for prevention and control of dengue fever, knowledge ($\bar{x}_{diff}=3.68$, 95% CI = 2.84 to 4.51), perception of severity ($\bar{x}_{diff}=1.04$, 95% CI = 0.08 to 2.00) Perceived barriers ($\bar{x}_{diff}= 0.93$, 95% CI = -0.04 to 1.91, P-value = 0.062) Dengue fever prevention and control behavior ($\bar{x}_{diff}= 2.50$, 95% CI = 0.81 to 4.81, P-value = 0.004) The two groups were significantly different at the 0.05 level. The Aedes larvae index value, week 4, week 8, and week 12 found that the experimental group had a mosquito larvae index value HI (House Index) less than the control group, with differences of 6.20 percent, 6.45, and 5.64 percent, respectively, and 10 percent lower.

Keywords: Behavior modification, Disease prevention and control, Dengue fever

บทนำ

ไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever - DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ, มีผลกระทบมากมายในกว่า 100 ประเทศโดยเฉพาะในภูมิภาคเขตร้อนและกึ่งร้อน ในแต่ละปีมีการแพร่ระบาดที่รวดเร็วพบผู้ป่วยทั่วโลกปีละมากกว่า 50-100 ล้านคน, กว่าครึ่งหนึ่งจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 25,000 รายต่อปี, มีอัตราการตายอยู่ที่ ร้อยละ 2.5 โรคไข้เลือดออกมีทั้งหมด 4 ชนิด (DEN-1, DEN-2, DEN-3, และ DEN-4) พาหะหลักในการแพร่เชื้อไวรัสเดงกีคือยุงลายบ้านและยุงลายสวน จากข้อมูลจากระบบรายงานเฝ้าระวังโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี 2566 (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 24 พฤษภาคม 2566) พบผู้ป่วยจำนวน 16,650 ราย อัตราป่วย 25.16 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 14 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08 ซึ่งจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2566 มากกว่า พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 3.7 เท่า (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง, 2566) สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 กรกฎาคม 2566 พบผู้ป่วยไข้เลือดออก 701 ราย อัตราป่วย 138.10 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบในกลุ่มอายุ 10-14 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ปี 2566) ผู้ป่วยจะสูงกว่าค่ามัธยฐาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2566) สำหรับอำเภอท่าแซะ พบผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 113 ราย อัตราป่วย 135.64 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ผู้ป่วยจะสูงกว่าค่ามัธยฐาน 4.8 เท่า สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พบผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 16 ราย อัตราป่วย 265.30 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ผู้ป่วยจะสูงกว่า

ค่ามัธยฐาน 1.4 เท่า (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ, 2566)

การป้องกันโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ครั้งที่ 3/2566 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2566 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1. ระดับปฐมภูมิ สื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคไข้เลือดออกให้นักเรียน ผู้ปกครอง และประชาชนทั่วไป ได้รับรู้เนื่องจากผู้ป่วยไข้เลือดออกพบในกลุ่มวัยเรียนสูง รณรงค์กำจัดลูกน้ำ ยุงลาย ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และทำต่อเนื่องในโรงเรียน สถานศึกษา บ้าน และชุมชน นอกจากนี้ ประสานท้องถิ่น เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ สารเคมี กำจัดลูกน้ำ และยุงลาย 2. ระดับทุติยภูมิ วินิจฉัย รักษาตามแนวปฏิบัติ และรายงานโรค มีการทบทวนแนวปฏิบัติ และ 3. ระดับตติยภูมิ รักษา ส่งต่อ และฟื้นฟู เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ต่างๆ ทางกายภาพ ให้พอเพียง ส่วนแนวทางของการควบคุมโรคให้ศึกษาจากคู่มือของกรมควบคุมโรค ของกรมการแพทย์ ปี 2559 แนวทางวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเด็กในผู้ใหญ่ ปี 2563 นิยามโรคและแนวทางการ รายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย กรมควบคุมโรค ปี 2563

การนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เนื่องจากมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ, ความรับรู้, และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการป้องกันโรค การใช้ Health Belief Model ช่วยในการกำหนด และดำเนินการที่เน้นความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลต่อ ความรุนแรงของโรคและประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน โดยเมื่อบุคคลมีความเชื่อ รับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ



(Becker, M.H.,1975) (Rosenstock, 1974) ดังนั้น การนำทฤษฎีและแนวคิดที่นำเสนอในแบบแผนความ เพื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา โรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรค ไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ ทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบสองกลุ่มก่อนและ หลังการทดลอง (Two Groups Pre-test and Post-test Design) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และกลุ่มควบคุม (Control group) เป็น กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจ

ทดสอบ (Power Analysis) (Cohen,1988) เมื่อ กำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบ (effect size) เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = 0.05$ คำนวณกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 25 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87.5 คน \approx 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน กลุ่มควบคุม 44 คน การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Muti-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำแนกหมู่บ้านในตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร ทั้งหมด 13 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) พิจารณาจากหมู่บ้านที่มี อุบัติการณ์ไข้เลือดออกมากที่สุด 2 อันดับแรกของตำบล และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI) มากกว่า 10 เพื่อคัดเลือก กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

- กลุ่มทดลอง เป็นประชากรที่ อาศัยอยู่ หมู่ที่ 4 บ้านตาหงส์ พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร เลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 คน

- กลุ่มควบคุม เป็นประชากรที่ อาศัยอยู่ หมู่ที่ 9 บ้านบางกลอย พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากด่าน อำเภอท่า ชะ จังหวัดชุมพร เลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ตัวแทนครัวเรือน 1 คน ต่อ 1 ครัวเรือน อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียน ได้และสื่อสารได้อย่างชัดเจน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ ยิน เป็นผู้ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ไม่นิยมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างการทดลอง ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อ วีดิทัศน์ ภาพนิ่ง อภิปรายกลุ่ม สาธิตและฝึกปฏิบัติการสำรวจลูกน้ำยุงลาย คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) และ กฤตเมธ อัทภูมิจิ (2560)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สมาชิกภายในบ้าน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ (ตอบถูก=1 คะแนน, ตอบผิด=0 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อ

คำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.82

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.80

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.88

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.90

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำเป็นบางครั้ง



(2 คะแนน) และไม่ทำ (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.89

ส่วนที่ 8 แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย เป็นแบบประเมินความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และ หลัง การทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 เพศชาย ร้อยละ 18.18 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 36.36 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.73 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.91 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.73 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 34.09 ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก จากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 97.73 รองลงมาทางหอกระจาย

ข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91 กลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.34 เพศชาย ร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.91 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.27 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.27 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 43.18 ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก จากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 95.45 รองลงมา หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 13.20 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 14.13 คะแนน ซึ่งความรู้โรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มทดลอง 0.93 คะแนน (95% CI = - 1.89 to 0.33, P-value = 0.058)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 17 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 13.31 คะแนน ซึ่งความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.68 คะแนน (95% CI = 2.84 to 4.51, P-value <.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
ก่อนการทดลอง	13.20	2.52	14.13	2.00	-0.93	-1.89 – 0.33	-1.91	0.058
หลังการทดลอง	17.00	1.97	13.31	1.96	3.68	2.84 – 4.51	8.76	<.001

P-value<0.05 = Significant

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 26.06 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.29 คะแนน ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.77 คะแนน (95% CI = - 0.27 to 1.82, P-value = 0.147)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 26.40 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.88 คะแนน ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.52 คะแนน (95% CI = - 0.44 to 1.49, P-value = 0.286) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
ก่อนการทดลอง	26.06	2.21	25.29	0.77	0.77	-0.27-1.82	1.46	0.147
หลังการทดลอง	26.40	2.45	27.70	2.86	0.52	-0.44-1.49	1.07	0.286

P-value<0.05 = Significant

**การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.90 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 24.77 คะแนน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.13 คะแนน (95% CI = - 0.06 to 2.20, P-value = 0.037)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 26.13 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.09 คะแนน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.04 คะแนน (95% CI = 0.08 to 2.00, P-value = 0.033) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ความ รุนแรง	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
	ก่อนการทดลอง	25.90	2.68	24.77				
หลังการทดลอง	26.13	2.33	25.09	2.19	1.04	0.08-2.00	1.04	0.033

P-value<0.05 = Significant

**การรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 27.61 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.75 คะแนน ซึ่งการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม -1.13 คะแนน (95% CI = - 2.01 to -2.54, P-value = 0.012)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.63 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 27.70 คะแนน ซึ่งการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.93 คะแนน

(95% CI = -0.04 to 1.91, P-value = 0.062) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ ผลประโยชน์	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
ก่อนการทดลอง	27.61	2.13	28.75	2.02	-1.13	-2.01 - -2.54	-2.56	0.012
หลังการทดลอง	28.63	1.57	27.70	2.86	0.93	-0.04 - 1.91	1.89	0.062

P-value<0.05 = Significant

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 15.13 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 16.95 คะแนน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก น้อยกว่ากลุ่มควบคุม -1.81

คะแนน (95% CI = - 2.01 to -2.54, P-value = 0.012)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 23.31 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 17.38 คะแนน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 5.93 คะแนน (95% CI = 3.39 to 8.47, P-value = 0.013) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้อุปสรรค	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
ก่อนการทดลอง	15.13	4.58	16.95	6.32	-1.81	-4.15 - 0.52	-1.54	0.126
หลังการทดลอง	23.31	5.10	17.38	6.79	5.93	3.39 - 8.47	4.64	0.013

P-value<0.05 = Significant

พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.86 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.18 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม -2.31

คะแนน (95% CI = - 4.41 to -2.25, P-value = 0.030)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 30.50 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.00 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.50 คะแนน (95% CI = 0.81 to 4.81, P-value = 0.004) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้อุปสรรค	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
ก่อนการทดลอง	25.86	4.47	28.18	5.36	-2.31	-4.41 - -2.25	-2.20	0.030
หลังการทดลอง	30.50	3.55	28.00	4.35	2.50	0.81-4.18	2.95	0.004

P-value<0.05 = Significant

เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ซึ่งวัดจากค่า HI (House Index) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 10.53 และ 11.34 ตามลำดับ ซึ่งค่า HI ทั้งสองกลุ่มมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งเกินเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่เกิน ร้อยละ 10) โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 0.81

หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 5.26 และ 11.46 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่า

ร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 6.20

หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 1.96 และ 11.41 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 9.45

หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 7.56 และ 16.20 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนด ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 8.64 ดังตารางที่ 4.14 และภาพที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ซึ่งวัดจากค่า HI (House Index) Index) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาติดตาม	กลุ่มทดลอง ค่า HI (%)	กลุ่มควบคุม ค่า HI (%)	ผลต่าง
สัปดาห์ที่ 1	10.53	11.34	0.81
สัปดาห์ที่ 4	5.26	11.46	6.2
สัปดาห์ที่ 8	1.96	11.41	9.45
สัปดาห์ที่ 12	7.56	16.20	8.64

อภิปรายผล

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประยุกต์เนื้อหาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้มีผลดีต่อพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง การบรรยายระดับวิทยาของโรคไข้เลือดออก, สาเหตุ, การแพร่กระจาย, อาการ, การรักษา, และวงจรชีวิตของยุงลายมีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและตระหนักในปัญหา การบรรยายถึงลูกน้ำยุงลายในชุมชนและการเสนอผลการสำรวจมีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ การอบรมกลุ่มลงฝึกสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนมีบทบาทในการสร้างความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีทางกายภาพ มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวทุกวันศุกร์ กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง จากผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก ในหลายช่องทาง โดยในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลข่าวสารโรค

ไข้เลือดออก จากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 97.73 รองลงมาทางหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91 กลุ่มควบคุมได้รับจากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 95.45 รองลงมา หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91 ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1975) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า HI (House Index) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลต่าง ร้อยละ 6.20, 6.45, และ 5.64 ตามลำดับ และต่ำกว่า ร้อยละ 10 การศึกษาของ จิตติชญา ฉลาดลั่น และพิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม (2562)

ที่ทดลองใช้รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าหลังการดำเนินกิจกรรม 1 เดือน, การสำรวจครัวเรือนที่เข้าร่วมทั้งหมดพบว่าภาชนะที่ปลูกน้ำยุงลายมีอัตราการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้เป็นการสรุปและนำเสนอข้อมูลที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จรวยสุวรรณบำรุง (2557) ที่พบว่าหลังการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สูง อำเภอเสี่ยงสูง, ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และพรรณพัชร วงศ์ธีรพงษ์ (2565) ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตเมธ อัทธภูมิ, วินัย รัตนสุวรรณ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2560). ประสิทธิผลการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*; 11(2): 140-53.
2. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2566. <https://lookerstudio.google.com/reporting/dfa7d4e2-b7f5-48ed-b40a54f1cd4cbdfb/page/cFWgC?s=wJjraAskGk>

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพครัวเรือนมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เรียนรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออก รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะยาว
2. การศึกษาที่มีการวัดซ้ำหลายครั้ง ควรจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มเติมเป็น 2 หรือ 3 ช่วง เพื่อเป็นการกระตุ้นประชาชนดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ควรพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ โรคและภัยสุขภาพ



3. จรรยา สุวรรณบำรุง. (2557). ผลการประเมินสถานการณ์ปัญหาและการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยผสมผสานวิธีและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของตำบลกำแพงเขา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่* 6(5): 54-75.
4. ฐิติชญา ฉลาดล้ำ และพิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม. (2562). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาตำบลต้นแบบ หมู่ 3 บ้านทุ่งทอง ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 153-162.
5. ประณพพัชร วงศ์ธีราพงษ์ (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5935/3/PannaphatWonghiraphong.pdf>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. (2566). โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค 506 ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ. (2566). โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค 506 ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ.
8. Becker, M.H.. (1975). Socio-behavioral Determinant of compliance with health and medical care recommendation. *Medical care*. 13(1): 10-15
9. Rosenstock. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health education Monographs* winter. 2(4): 354-386