

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์
อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

The relationship between health belief patterns and participation in dengue
fever prevention and control of people in Ban Tha Chan Subdistrict Health
Promotion Hospital, Khanom District, Nakhon Si Thammarat Province.

อมรเทพ เพชรรัตน์

Amonthap Phetcharat

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

*Corresponding author, e-mail: phetrat1234@hotmail.com

Received: 26 January 2025; Revised: 29 January 2025; Accepted: 27 February 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตรพ.สต.บ้านท่าจันทน์ อ.ขนอม จ.นครศรีธรรมราช จำนวน 768 หลังคาเรือน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้ 166 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI ระหว่าง 0.80–1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.952 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ Spearman Rank Correlation Coefficient

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.91$, $SD = 0.25$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M = 4.28$, $SD = 0.40$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ($M = 3.87$, $SD = 0.65$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ($M = 3.61$, $SD = 0.32$) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($M = 3.40$, $SD = 0.45$) การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.48$, $SD = 0.70$) โดยด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.87$, $SD = 0.65$) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ($M = 3.68$, $SD = 0.74$) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($M = 3.23$, $SD = 0.86$) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($M = 3.11$, $SD = 0.93$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำและปานกลาง โดยมีทิศทางไปทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s = 0.369$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r_s = 0.524$, $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีกิจกรรมที่让群众เห็นประโยชน์จากการป้องกันโรคอย่างแท้จริง โดยจะต้อง让群众เข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่การตัดสินใจจนถึงการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอย่างจริงจัง

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This cross-sectional research aims to study the relationship between the health belief model and participation in the prevention and control of dengue fever. The study population consists of residents living in the area of Ban Tha Chan Health Promotion Hospital (RHS) in Khanom District, Nakhon Si Thammarat Province, totaling 768 households. A simple random sample of 166 participants was selected. The research instrument used was a questionnaire, which was validated by three experts, resulting in a CVI value between 0.80 and 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.952. The data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

The research findings revealed that the overall perception of dengue fever was at a high level ($M = 3.91$, $SD = 0.25$). The highest average score was in the area of perceived severity of the disease ($M = 4.28$, $SD = 0.40$), followed by the perception of the benefits of prevention ($M = 3.87$, $SD = 0.65$), the perceived risk of the disease ($M = 3.61$, $SD = 0.32$), and the perceived barriers to disease prevention ($M = 3.40$, $SD = 0.45$). The overall participation in the prevention and control of dengue fever was at a moderate level ($M = 3.48$, $SD = 0.70$), with the highest average in the area of participation in benefits ($M = 3.87$, $SD = 0.65$), followed by participation in operations ($M = 3.68$, $SD = 0.74$), participation in evaluation ($M = 3.23$, $SD = 0.86$), and participation in decision-making ($M = 3.11$, $SD = 0.93$). The perception of disease severity and the perception of prevention benefits were found to have a low to moderate correlation with participation in the prevention and control of dengue fever, with a positive direction and statistically significant at the 0.01 level ($r_s = 0.369$, $p < 0.001$ and $r_s = 0.524$, $p < 0.001$).

Recommendation: To raise public awareness for the serious prevention and control of dengue fever, the Health Promotion Hospital (RHS) should organize activities that allow the public to see the real benefits of disease prevention. The public should be involved in these activities from the decision-making process through to active participation in the evaluation process.

Keywords : Health belief model, participation, disease prevention and control, dengue fever.

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะและก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลกมากกว่า 100 ประเทศ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มอาเซียน เนื่องจากมีเขตที่ตั้งอยู่ในโซนร้อนชื้น และมีภูมิประเทศเหมาะสมต่อการขยายพันธุ์ของยุงลาย และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด รวมถึงประเทศไทย โดยประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 60 ปีจนถึงปัจจุบัน (กองโรคติดต่อหน้าโดยแมลง, 2563)

สถานการณ์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 153,734 ราย (รายงานเพิ่มขึ้น 2,926 ราย) อัตราป่วย 232.47 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยสูงกว่าปีที่ผ่านมา 3.4 เท่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 5 อันดับแรกคือ จังหวัดตราด จังหวัดระยอง จังหวัดน่าน จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดเชียงราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยัน 168 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 โดยอัตราป่วยตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-34 ปี ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ ได้แก่ ไปรักษาตัว มีโรคประจำตัว และติดสุราตามลำดับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้เสียชีวิตพบไวรัสเดงกีทั้ง 4 สายพันธุ์ โดยพบ DENV-2 มากที่สุด รองลงมาคือ DENV-1, DENV-3 และ DENV-4 ตามลำดับ (สถาบันป้องกันโรคควบคุมโรคเขตเมือง, 2566)

สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปี 2562-2566 พบว่า มีอัตราป่วยเท่ากับ 278.4, 58.17, 7.06, 17.98 และ 228.33 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอัตรายตายเท่ากับ 0.28, 0.00, 0.00, 0.00 และ 0.34 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) สำหรับอำเภอชนอมพบอัตราป่วยเท่ากับ 114.36, 46.34, 14.26 และ 21.39 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชนอม, 2567)

และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์เท่ากับ 145.35, 50.96, 102.04, 50.81 และ 754.14 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังไม่มียุผู้ป่วยเสียชีวิต (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์, 2567)

จากสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก จะเห็นว่าอัตราป่วยเกินเป้าหมายทั้ง 5 ปี ซึ่งเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าจะต้องมีอัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร จากแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) (Becker & Maiman, 1975) เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรม การป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึง บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ (สุปรียา ต้นสกุล, 2550) โดย Health Belief Model มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ซึ่งกล่าวถึงปัญหาหรือผลกระทบจากการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค (Perceived Benefits) ซึ่งเมื่อมีความเชื่อว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ก็จะตัดสินใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค (Perceived Barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การไม่มีเวลา ความรำคาญเมื่อต้องนอนกลางมุ้ง เป็นต้น

ในส่วนของการมีส่วนร่วม โดยแนวคิดของ Cohen & Uphoff (1981) ได้อธิบายและวิเคราะห์ รูปแบบการมีส่วนร่วม โดยสามารถแบ่งกระบวนการ ออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจลงมือ ปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วย การสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการ ประสานขอความร่วมมือ การมีส่วนร่วมใน ผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่าง ๆ ประกอบไป ด้วย ผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคม และผลประโยชน์ส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและ การตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็น การแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

จากการดำเนินงานการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าจันทน์ อำเภอนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ผ่านมามีพบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็น ผู้ดำเนินงานเอง และร่วมกับชุมชน อสม. และแกนนำ หมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม การควบคุมและป้องกันการระบาดของ โรคไข้เลือดออกก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ และ พบว่ายังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนยังมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ เพียงพอ และยังไม่เห็นความสำคัญในการร่วมมือใน การควบคุมและป้องกันโรค รวมไปถึงการปฏิบัติงาน ในการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่อาจมีข้อจำกัด ในด้านเวลา ภารกิจ และงบประมาณ จึงทำให้เกิด ความไม่ต่อเนื่องในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออก

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า หาก ประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้

ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ขั้นตอนการตัดสินใจ ร่วม ปฏิบัติการ ร่วมรับในผลประโยชน์ และร่วม ประเมินผล ฉะนั้น การศึกษาค้นคว้าจะสมารถนำแบบ แผนความเชื่อสุขภาพไปวางแผนและประยุกต์ให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราป่วย และอัตราตายได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

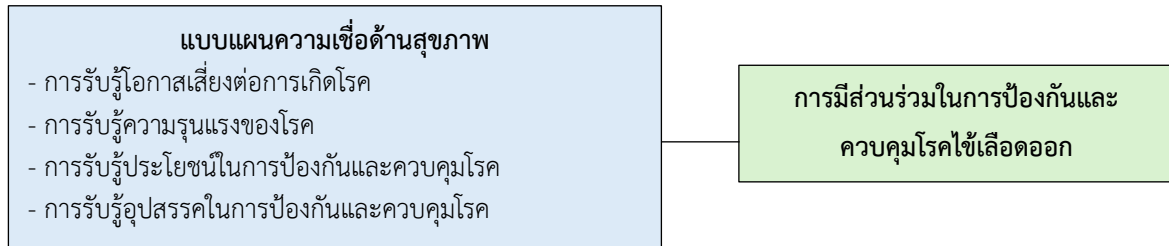
1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อ สุขภาพ (Health Belief Model; HBM) (Becker & Maiman, 1975) เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกัน โรคและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ในการ ป้องกันและควบคุมโรค (Perceived Benefits) การ รับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค

(Perceived Barriers) มาศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff (1981) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) การมีส่วนร่วมใน

ผลประโยชน์ (Benefits) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวแทนจากหลังคาเรือน ๆ ละ 1 คน จำนวน 768 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 คน รวมเป็น 166 คน

ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการหยิบลาก และมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างน้อย 1 ปี
2. มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่

มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกให้ข้อมูล และปฏิเสธความร่วมมือในการร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเป็นคณะกรรมการ/ชมรมในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 37 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค 9 ข้อ

โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยจะกลับคะแนน

การแปลผล: จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977) ระดับสูง (3.67–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.66) และระดับต่ำ (1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 9 ข้อ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 8 ข้อ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ 10 ข้อ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 8 ข้อ การให้คะแนน 5 ระดับ: มีส่วนร่วมทุกครั้ง (5 คะแนน) จนถึง ไม่มีส่วนร่วมเลย (1 คะแนน) การแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาข้อ (Item-level CVI) ระหว่าง 0.80–1.00

ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล้านปรืด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ = 0.829 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก = 0.971 รวมทั้งฉบับ = 0.952

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการระหว่างวันที่ 1–30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดย อสม. ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน มีขั้นตอนดังนี้
2. ผ่านการรับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. ส่งหนังสือถึงประธาน อสม. เพื่อขอความร่วมมือ
4. ประธาน อสม. คัดเลือก อสม. ที่รับผิดชอบบ้านกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดแบบสอบถาม
5. ตรวจสอบแบบสอบถามก่อนส่งกลับ
6. ตรวจสอบความครบถ้วน ใส่รหัส และนำเข้าสู่การวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้:

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) ใช้ Spearman Rank Correlation Coefficient เนื่องจากผล Kolmogorov-Smirnov test แสดงว่าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$)

เกณฑ์การแปลความสัมพันธ์ (Bartz, 1999):

สูงมาก	0.80–1.00
สูง	0.60–0.79
ปานกลาง	0.40–0.59
ต่ำ	0.20–0.39
ต่ำมาก	0.01–0.19

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมฯ เอกสารเลขที่ 131/2567
รับรองตั้งแต่ 27 สิงหาคม 2567 ถึง 26 สิงหาคม
2568 ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ก่อให้เกิดความ
เสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.30 มีอายุระหว่าง 45–
59 ปี (วัยทำงานตอนปลาย) มากที่สุด รองลงมาคือ
อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.20 อายุเฉลี่ย 44.11 ปี
(SD = 9.16) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ
72.29 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอน

ปลาย/ปวช. ร้อยละ 29.52 ส่วนใหญ่มีอาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 37.35 และ 32.75 ส่วนใหญ่มี
รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001–15,000 บาท และ
มากกว่า 15,000 บาท เท่ากัน ร้อยละ 30.22 รายได้
เฉลี่ย 15,060.84 บาท (SD = 10,138.85) ใน 1 ปีที่
ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรค
ไข้เลือดออก ร้อยละ 95.78 เกือบทั้งหมดได้รับ
ข่าวสาร ร้อยละ 99.40 โดยได้รับจากอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 35.54
และกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มี
ตำแหน่งในชุมชน ร้อยละ 78.31

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกใน
ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.91, SD = 0.25) เมื่อ
พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (M =
4.28, SD = 0.40) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ใน
การป้องกันโรคไข้เลือดออก (M = 3.87, SD = 0.65)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก (M = 3.61,
SD = 0.32) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค
ไข้เลือดออก (M = 3.40, SD = 0.45)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (n= 166 คน)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	SD.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก	3.61	0.32	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	4.28	0.40	สูง
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.87	0.65	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.40	0.45	ปานกลาง
ภาพรวม	3.91	0.25	สูง

3. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
(M = 3.48, SD.= 0.70) โดยด้านการมีส่วนร่วมใน
ผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M = 3.87, SD.=

0.65) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการ
ปฏิบัติการ (M= 3.68, SD.= 0.74) ด้านการมีส่วน
ร่วมในการประเมินผล (M = 3.23, SD.= 0.86)

และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($M = 3.11$,
 $SD = 0.93$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ($n = 166$ คน)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	M	S.D.	แปลผล
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.11	0.93	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.68	0.74	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.87	0.65	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.23	0.86	ปานกลาง
ภาพรวม	3.48	0.70	ปานกลาง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมี

ส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง โดยมีทิศทางไปทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s = 0.369$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r_s = 0.524$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติ Spearman Rank Correlation Coefficient

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การมีส่วนร่วม	$p\text{-value}$	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก	0.140	0.073	ไม่มี
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	0.369	< 0.001	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.524	< 0.001	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	-0.085	0.276	ไม่มี

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลดังนี้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในภาพรวม การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีการระบาดทั้งปี ซึ่งการระบาดในแต่ละปี ถึงแม้จะไม่มีผู้เสียชีวิตในพื้นที่ แต่ในทุก ๆ เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทร์ จะมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังมีหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลนอม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนอม หรือแม้กระทั่งระดับประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข จะมีการรณรงค์ต่อเนื่องเช่นกัน ฉะนั้น เมื่อประชาชนรับรู้ว่าจะหากป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจะมีโอกาสเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา ($M = 4.61$, $SD = 0.54$) รวมไปถึงรับรู้ว่าจะหากเป็นโรคไข้เลือดออก ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจจะช็อก หมดสติ และเสียชีวิตได้ ($M = 4.54$, $SD = 0.66$) ซึ่งอาการของโรคไข้เลือดออกจะทำให้ประชาชนทราบความรุนแรงของโรค ทั้งนี้เมื่อประชาชนรับรู้ความรุนแรงจะส่งผลให้เห็นถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยรับรู้ว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและนอกบ้านเป็นการป้องกันการระบาดของโรค ($M = 4.58$, $SD = 0.60$) และการแก้ปัญหาที่เกิดจากชุมชนร่วมคิด ร่วมประชุมจะทำให้การป้องกันโรคไข้เลือดออกประสบความสำเร็จได้ดี ($M = 4.51$, $SD = 0.62$) สอดคล้องกับ คม ยิบประดิษฐ์ และ ภัทรสุดา สีนสวัสดิ์ (2567) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับ บุญประจักษ์ จันทรวิณ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง

สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง จากข้อคำถามจะเห็นว่า ประชาชนรับรู้วิธีการป้องกันและควบคุมโรคเป็นอย่างดี ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถแพร่ระบาดได้หากคนในชุมชนไม่ป้องกันและควบคุมยุงลาย ($M = 4.44$, $SD = 0.52$) และหากไม่ปิดฝา หรือมีภาชนะน้ำขังจะสามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ ($M = 4.40$, $SD = 0.62$) แสดงให้เห็นว่าประชาชนรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคที่ถูกต้อง แต่ในขณะเดียวกันประชาชนรับรู้เกี่ยวกับยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับรู้ว่าการถูกยุงกัดในเวลากลางวันเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่ายุงกัดตอนกลางคืน ($M = 1.96$, $SD = 0.71$) และการเป็นโรคไข้เลือดออกทำให้ภูมิคุ้มกันแล้ว ($M = 2.80$, $SD = 1.06$) ทั้งนี้ ในส่วนของ การป้องกันโรคประชาชนมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น เมื่อเกิดโรคไข้เลือดออก รพ.สต. หรือองค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องมาพ่นหมอกควันทุกครั้ง ($M = 1.92$, $SD = 0.80$) หรือจะต้องแจกสเปรย์ไล่ยุงหากไม่ได้มาพ่นหมอกควัน ($M = 2.78$, $SD = 1.15$) ฉะนั้น หากประชาชนยังมีความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการช่วยเหลือ และหากหน่วยงานนั้นไม่ได้ปฏิบัติ ประชาชนจึงยังมีความคิดเห็นว่าเป็นอุปสรรคในการป้องกันโรค แตกต่างกับ คม ยิบประดิษฐ์ และ ภัทรสุดา สีนสวัสดิ์ (2567) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ส่วน บุญประจักษ์ จันทรวิณ (2565) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวม ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากบริบทในเขตโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์ อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ดำเนินงานเอง โดยมี อสม. และแกนนำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดความร่วมมือในการตัดสินใจ และประเมินผลสำเร็จที่แท้จริง ซึ่งจากข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ซึ่งข้อที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณสำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องพ่นหมอกควัน การจัดซื้อทรายอะเบท มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 2.70$, $SD = 1.19$) แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย สำหรับการประเมินผลประชาชนยังเป็นคณะกรรมการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และมีหน้าที่รับผิดชอบในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยเช่นกัน ($M = 2.61$, $SD = 1.19$; $M = 2.85$, $SD = 1.30$) ซึ่งจากบริบทการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ และพบว่ายังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ อาจเกิดจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและประเมินผลร่วมกัน แตกต่างกับ อรัญญา ทิพย์ชาติ, พิทักษ์พงศ์ กางการ และ ญัฐดนัย แก้วโพนงาม (2564) ที่พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง

ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ จะทำให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน อาทิ การได้รับผลประโยชน์จากการทำความสะอาดบ้านเรือนของตนเอง และการได้รับคำแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่ และ อสม. ($M = 4.05$, $SD = 0.73$; $M = 4.05$, $SD = 0.87$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

ที่พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน โดยการเก็บกวาดภาชนะที่มีน้ำขังในบริเวณบ้าน จะช่วยป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก ($M = 3.95$, $SD = 0.77$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนทราบถึงผลประโยชน์จะดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ สอดคล้องกับ ภู่อันวรร ภูเมาะ, วิลาสินี อาแว, รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ศรเกษตรริน และ อังสินี กันสุขเจริญ (2559) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ อรัญญา ทิพย์ชาติ, พิทักษ์พงศ์ กางการ และ ญัฐดนัย แก้วโพนงาม (2564) ที่พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาของ ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และ เสาวนีย์ สังข์แก้ว (2557) ที่พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อยู่ระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีทิศทางไปทางบวก อาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนทราบดีว่าโรคไข้เลือดออกจะมีความรุนแรงหากรักษาช้าหรือรักษาไม่ถูกต้อง แต่เนื่องจากโรคไข้เลือดออกมีการระบาดในพื้นที่เป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องตลอดทั้งปี ประกอบกับยังไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในพื้นที่ จึงอาจจะทำให้การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ระพี ดวงดี, มธุริน มาลีหวล, ปณิดา ครองยุทธ และ ถนอมศักดิ์ บุญสุ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สำหรับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อยู่ระดับปานกลางกับการ

มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นไปในทิศทางบวก แสดงให้เห็นว่า ประชาชนทราบประโยชน์จากการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยกิจกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ในบ้าน นอกบ้าน และหากมีกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน เมื่อมีส่วนร่วมกันจะสามารถป้องกันการระบาดของโรคได้ ทั้งนี้ รวมไปถึงการแจ้งสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกให้ประชาชนในชุมชนทราบก็จัดได้ว่า มีส่วนร่วมในการส่งต่อข้อมูล ให้ประชาชนรับรู้ รับทราบที่ทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริชัย จันทุม, ชัยญา อภิบาลกุล, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และ สุทิน ชนะบุญ (2559) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ แตกต่างกับการศึกษาของ พงษ์ระพี ดวงดี, มธุริน มาลีหวล, ปณิดา ครองยุทธ และ ถนอมศักดิ์ บุญสู่ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์ กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความรู้ แรง และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ฉะนั้น เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีกิจกรรมที่ให้ประชาชนเห็นประโยชน์จากการป้องกันโรคอย่างแท้จริง โดยจะต้องให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่การตัดสินใจจนถึงการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติ โดยบูรณาการกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่กระบวนการเริ่มแรก ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนของพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง, กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กูอินวาร์ กูเมาะ, วิลาลินี อาแว, รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ ศรีเกษตริน, & อังสินี กันสุขเจริญ. (2559). การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านบางหมู่ ตำบลบ้านน้ำบ่อ อำเภอนาเระ จังหวัดปัตตานี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(3), 218–229.
- คม ยิบประดิษฐ์, & ภัทรสุดา สิ้นสวัสดิ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 2(1), 1–14.
- บุญประจักษ์ จันทรวิน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครชัยศรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 141–156.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, & เสาวนีย์ สังข์แก้ว. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลแหลมไทร อำเภอกวนขนุน จังหวัด

- พัทลุง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัย
บูรพา, 9(1), 51–61.
- พงษ์ระพี ดวงดี, มธุริน มาลีหวล, ปณิศา ครองยุทธ, &
ณอมศักดิ์ บุญสุ. (2563). การมีส่วนร่วม
ของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำ
ราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร
สาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(1),
1–12.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์.
(2567). รายงานประจำปีงบประมาณ 2566.
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชนอม.
- ศิริชัย จันทุม, ชัญญา อภิบาลกุล, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์,
& สุทิน ชนะบุญ. (2559). ความสัมพันธ์
ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการดำเนินงาน
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการ
บริหารท้องถิ่น, 9(4), 104–118.
- สุปรียา ต้นสกุล. (2550). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์:
แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและ
ส่งเสริมสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา, 30(105),
1–14.
- สถาบันป้องกันโรคควบคุมโรคเขตเมือง. (2566). สรุป
รายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา.
สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2567, จาก
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1518020240108030514.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
(2567). รายงานระบาดวิทยา 2566.
กระทรวงสาธารณสุข.
- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts*
(4th ed.). Prentice Hall.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The
Health Belief Model: Origins and
correlation in psychological theory.
Health Education Monograph,
2(Winter), 336–385.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd
ed.). Prentice Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis
for the behavioral sciences* (2nd ed.).
Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural
development participation: Concept
and measure for project design
implementation and evaluation*.
Cornell University Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner,
A. (2007). G*Power 3: A flexible
statistical power analysis program for
the social, behavioral, and biomedical
sciences. *Behavior Research Methods*,
39(2), 175–191.

Online Access

[https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/
article/view/5363](https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/5363)

