

การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค
กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค ในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง
จังหวัดตรัง*

COMPARATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, PERCEPTION AND
PREVENTION & CONTROL BEHAVIOR ON DENGUE HEMORRHAGIC
FEVER AMONG THE PEOPLE IN EPIDEMIC VILLAGE AND
NON - INCIDENCE VILLAGE IN NAMPUD SUB - DISTRICT,
MUEANG DISTRICT, TRANG PROVINCE

พุทธิพงศ์ บุญชู

Puttipong Boonchu

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง

Sirindhorn College of Public Health Trang, Thailand

E-mail: puttipong@scphtrang.ac.th

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่ตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 266 คน จำแนกเป็นตัวแทนครัวเรือนที่อาศัย หมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค จำนวน 149 คน และหมู่บ้านที่ปลอดโรค จำนวน 117 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบแมนวิทนี ผลการวิจัย พบว่า 1) หมู่บ้านปลอดโรคกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.80 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.03 ปี มีความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.15 คะแนน (ระดับสูง) เจตคติเฉลี่ย 4.05 คะแนน (ระดับดี) การรับรู้ในภาพรวมเฉลี่ย 3.65 คะแนน (ระดับปานกลาง) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลี่ย 3.91 คะแนน (ระดับดี) ส่วนหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.50 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.01 ปี มีความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 10.35

* Received 29 December 2020; Revised 9 January 2021; Accepted 12 January 2021



คะแนน (ระดับปานกลาง) เจตคติเฉลี่ย 3.97 คะแนน (ระดับดี) การรับรู้ในภาพรวมเฉลี่ย 3.35
คะแนน (ระดับปานกลาง) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลี่ย 3.13
คะแนน (ระดับดี) 2) ผลการเปรียบเทียบพบว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้ความรุนแรงของ การ
เกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ปลอดโรคสูงกว่าหมู่บ้านที่มี
การระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ความรู้, เจตคติ, การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

Abstract

The Objectives of this research article were to study compare the differences between knowledge attitude perception and prevention & control behavior on Dengue Hemorrhagic Fever among people in non - incidence village and epidemic village in Nampud sub - district, Mueang district, Trang province. The sample were the household representatives of 266 people. (epidemic village 149 people and non - incidence Village 117 people). Simple random sampling method was used to select sample. Statistics used percentage, mean, standard deviation, and the mann – whitney u test. The results revealed that: 1) The majority of the population (65.80%) in non - incidence village are female, age average of people was 50.03 years, had knowledge mean score of 14.15 (high level) , attitude mean score of 4.05 (good level), overall perception mean score of 3.65 (moderate level), prevention and control behavior on Dengue Hemorrhagic Fever mean score of 3.91(good level). The most of samples (78.50%) in epidemic village are female, age average of people was 46.01 years, had knowledge mean score of 10.35 (moderate level), attitude mean score of 3.97 (good level), overall perception mean score of 3.35 (moderate level), prevention and control behavior on Dengue Hemorrhagic Fever mean score of 3.13 (good level). 2) The population in non - incidence village and epidemic village are different in their knowledge, attitude, perceived severity, perceived barriers and prevention and control behaviors of dengue fever with statistically significant at 0.01 levels.

Keywords: Knowledge, Attitude, Perception, Prevention & Control Behavior on Dengue Hemorrhagic Fever

บทนำ

โรคติดต่อ คือโรคที่สามารถแพร่กระจายจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งได้ หรือจากสัตว์แมลงมาสู่คน โดยมีเชื่อที่เป็นสาเหตุที่แน่นอน เช่น แบคทีเรีย ไวรัส หนองพยาธิ โดยใช้เลือดออกเป็นโรคติดต่อโรคหนึ่ง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกโดยเฉพาะประเทศเขตร้อนขึ้น ตั้งแต่ ค.ศ. 1970 ปัจจุบันระบาดเพิ่มมากขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แม้จะเป็นโรคประจำถิ่นของกว่า 100 ประเทศ แต่มีความรุนแรงมากที่สุดในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา โดยลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อัตราตายและอุบัติการณ์ยังคงค่อนข้างคงที่ ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์ต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (วรารคณา จันทรัง, 2558) เช่น ภูมิทัศน์ทางของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกีที่มีการปรับตัวให้ทนต่อสภาพอากาศมากขึ้น ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้าย สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง และความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค ตลอดจนนโยบายของผู้บริหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการเกิดโรคมีความผันแปรไปในแต่ละปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากสถิติข้อมูลการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 - 2561 พบอัตราป่วย 51.34, 162.95, 77.73, 65.91 และ 102.89 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 27, 98, 44, 56 และ 86 ราย ตามลำดับ สำหรับในปี 2562 มีรายงานผู้ป่วยใช้เลือดออก จำนวน 131,157 ราย อัตราป่วย 197.48 ต่อแสนประชากร ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ เมื่อพิจารณารูปแบบการเกิดโรค ในแต่ละภูมิภาค พบว่า ในช่วงต้นปีอัตราป่วยสูงที่สุดอยู่ในภาคใต้ และพบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 142 ราย สาเหตุเสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงและโรคประจำตัว เช่น ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ความดันโลหิตสูง และหัวใจ เป็นต้น ตลอดจนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้า โดยเฉพาะในปีที่ฤดูฝนมาเร็วกว่าทุกปี ผู้ปกครองเด็กมักเข้าใจว่าการเจ็บป่วยช่วงนี้เกิดจากไข้หวัด จึงซื้อยามารักษาตามอาการ ทำให้ไม่ได้ไปตรวจหาสาเหตุของไข้ ที่โรงพยาบาลตั้งแต่นั้น ๆ (วรารคณา จันทรัง, 2558)

ข้อมูลด้านระบาดวิทยาดังแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 ของจังหวัดตรัง พบอัตราป่วย 79.81, 121.10, 54.86 และ 96.88 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 0, 2, 1 และ 0 ราย สำหรับในปี 2562 มีรายงานผู้ป่วยใช้เลือดออก จำนวน 701 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 109 ต่อแสนประชากร แต่ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2562) ในส่วนอำเภอเมืองตรัง ปี 2557 - 2561 พบอัตราป่วย 113.23 ,149.25 190.59



,78.15 และ 130.18 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 0 ,1 ,1 ,1 และ 0 ราย ตามลำดับ สำหรับในปี 2562 มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 161 ราย อัตราป่วย 102.62 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต โดยพบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1.05: 1 อาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ อาชีพนักเรียน รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง กลุ่มอายุที่พบคือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี และจากรายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ของกรมควบคุมโรค ปี 2562 พบว่าอำเภอเมืองตรัง เป็นอำเภอเดียว ของจังหวัดตรัง ที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ตำบลน้ำผุด เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอเมืองตรัง มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อเนื่อง มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกภาพรวมต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2557 - 2561 โดยพบผู้ป่วยจำนวน 19,5,11,8 และ19 รายตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนในปี 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2562 มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 7 ราย อัตราป่วย 67.74 ต่อแสนประชากรและไม่พบผู้เสียชีวิต ทั้งนี้หากจำแนกจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก รายเดือนตั้งแต่ปี 2557 - 2562 พบว่า ตำบลน้ำผุดมีผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกเดือน โดยพบว่าเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดแทบทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับสภาพภูมิอากาศ ในฤดูฝนเกิดน้ำท่วมขังภาชนะแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจึงเกิดการแพร่ระบาดของโรค

อย่างไรก็ตามพบว่าพื้นที่ตำบลน้ำผุด บ้านเขาโหล หมู่ที่ 12 เป็นหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของรพ.สต.บ้านน้ำผุด เป็นหมู่บ้านปลอดโรคไข้เลือดออก ไม่มีรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2557 ส่วนหมู่ที่ 4 บ้านไร่พุด เป็นหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของรพ.สต.ตำบลน้ำผุด เป็นหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแบบซ้ำซากแทบทุกปี ตั้งแต่ปี 2557 - 2561 พบ ผู้ป่วย จำนวน 2, 0,1,4 ราย และปี 2562 พบผู้ป่วย จำนวน 3 ราย ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (2557 - 2561) ทั้งที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดทุกแห่ง ดำเนินการสื่อสารให้ประชาชน มีความรู้เรื่องไข้เลือดออก ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น การกระจายเสียงตามสาย การแจกแผ่นพับ รวมทั้งรณรงค์ให้ประชาชนในทุกหมู่บ้าน มีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลาย ผ่านกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ภายใต้โครงการจิตอาสาฯ เราทำความดีด้วยหัวใจด้วย" ตลอดจนร่วมกันกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและรอบ ๆ บ้านอย่างต่อเนื่องทุก 7 วัน และการจ่ายทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งการกำจัดยุงลายโดยการพ่นเคมีเมื่อพบผู้ป่วย ซึ่งล้วนเป็นนโยบายและมาตรการที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มงวดและต่อเนื่องเช่นเดียวกัน (ทอง ขาล กันหาจันทร์, 2562)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการทราบว่าประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค ในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง มีความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างไร และมีความแตกต่างกันหรือไม่ จึงได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค ในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติและพฤติกรรม (KAP) มาใช้ในการออกแบบการศึกษาวิจัย ซึ่งผลการวิจัยจะนำไปเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดำเนินงานในอนาคตและคาดหวังว่าจะช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลน้ำผุดได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในหมู่บ้านที่ปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Study) แบบศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Study) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยในพื้นที่ตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 376 คน ที่อาศัยในหมู่ที่ 4 บ้านไร่พรุ (หมู่ที่มีการระบาด) จำนวน 222 คน และหมู่ที่ 12 บ้านเขาโหล่ง (หมู่บ้านปลอดโรค) จำนวน 154 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยในพื้นที่ตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง โดยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณ Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 266 คน คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970) (Purposive Sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนหมู่ที่ 4 บ้านไร่พรุ จำนวน 149 คน และหมู่ที่ 12 บ้านเขาโหล่ง จำนวน 117 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุ 20 - 65 ปี จะต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และผู้ให้ข้อมูลไม่อยู่ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากเอกสารทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้ คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และประสบการณ์ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของตนเองและญาติ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อสอบปรนัยเลือกคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 15 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 คะแนน) ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60 - 79 (9 - 11 คะแนน) ระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 - 15 คะแนน) ระดับสูง ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, B. S. et al., 1971)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลระดับเจตคติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เจตคติไม่ดีอย่างยิ่ง (1.00 - 2.33) เจตคติไม่ดี (2.34 - 3.66) และเจตคติดี (3.67 - 5.00) ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, J. W. , 1977)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 4 ส่วน จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 8 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จำนวน 8 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตน จำนวน 8 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลระดับการรับรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ในระดับน้อย (1.00 - 2.33) การรับรู้ในระดับปานกลาง (2.34 - 3.66) และการรับรู้ในระดับมาก (3.67 - 5.00) ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, J. W. , 1977)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย การแปลผลระดับพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมในระดับที่ไม่ดี (1.00 - 2.00) มีพฤติกรรมในระดับที่พอใช้ (2.01 - 3.00) และมีพฤติกรรมในระดับที่ดี (3.01 - 4.00) ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, J. W., 1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร ในตำบลนาพละ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson 20 ($KR - 20 = 0.75$) สำหรับแบบสอบถามเจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้วิธีหาค่าของ Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีค่า 0.75, 0.85 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และประมวลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติทดสอบ The Mann -Whitney U test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (เลขที่อนุมัติ P059 /2563)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า หมู่บ้านปลอดโรค กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.8 อายุ 45 - 55 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.6 มีอายุเฉลี่ย 50.03 ปี (S.D. = 11.01) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 99.1 และได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 99.1 โดยไม่มีประสบการณ์ป่วย ร้อยละ 99.1

หมู่บ้านที่มีการระบาด กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.5 อายุ 55 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 32.9 มีอายุเฉลี่ย 46.01 ปี (S.D. = 12.44) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 44.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 63.7 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 73.8 และได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 98.0 โดยไม่มีประสบการณ์ป่วย ร้อยละ 81.9 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค จำแนกตามข้อมูลทั่วไป



ข้อมูลทั่วไป	หมู่บ้านปลอดโรค (n = 117)		หมู่บ้านที่มีการระบาด (n = 149)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	40	34.2	32	21.5
หญิง	77	65.8	117	78.5
2. อายุ				
$\bar{X}$, S.D.	$\bar{X} = 50.03$	S.D. = 11.01	$\bar{X} = 46.01$	S.D. = 12.44
3. สถานภาพสมรส				
โสด	3	2.6	26	17.5
คู่	85	72.6	107	71.8
หม้าย/หย่า/แยก	29	24.8	16	10.7
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	86	73.5	66	44.3
มัธยมศึกษา	28	23.9	48	32.2
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	3	2.6	35	23.5
5. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	5.1	15	10.1
เกษตรกร	64	54.7	82	55.0
รับจ้างและค้าขาย	47	40.2	52	34.9
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	39	33.3	32	21.5
5,000 - 10,000 บาท	71	60.7	95	63.7
มากกว่า 10,000 บาท	7	6.0	22	14.8
7. การได้รับการอบรม				
ได้รับการอบรม	116	99.1	39	26.2
ไม่ได้รับการอบรม	1	0.9	110	73.8
8. การได้รับข้อมูลข่าวสาร				
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	116	99.1	146	98.0
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	1	0.9	3	2.0
9. ประสบการณ์ป่วย				
เคยป่วย	1	0.9	27	18.1
ไม่เคยป่วย	116	99.1	122	81.9

2. ระดับความรู้ เจตคติ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

พบว่า กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านปลอดโรค มีความรู้ระดับสูง เจตคติระดับดี การรับรู้ภาพรวมระดับ ปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับดี

กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านที่มีการระบาด มีความรู้ระดับปานกลาง เจตคติระดับดี การรับรู้โดยรวมระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ใน

ระดับปานกลาง ส่วน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับดี ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง รายด้านและโดยรวม

ตัวแปร	หมู่บ้านปลอดโรค (n = 117)			หมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค (n = 149)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ความรู้	14.15	1.71	สูง	10.35	2.30	ปานกลาง
2. เจตคติ	4.05	0.17	ดี	3.97	0.32	ดี
3. การรับรู้ (โดยรวม)	3.65	0.07	ปานกลาง	3.35	0.24	ปานกลาง
3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.11	0.19	ปานกลาง	3.06	0.29	ปานกลาง
3.2 การรับรู้ความรุนแรง	3.58	0.22	ปานกลาง	3.44	0.34	ปานกลาง
3.3 การรับรู้ประโยชน์	4.06	0.24	มาก	4.02	0.34	มาก
3.4 การรับรู้อุปสรรค	4.00	0.04	มาก	3.75	0.58	มาก
4. พฤติกรรม	3.91	0.24	ดี	3.13	0.45	ดี

3. การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออก

พบว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ปลอดโรค สูงกว่าหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การรับรู้รายด้าน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค ในตำบลน้ำผุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติ (The Mann –Whitney U test)

ตัวแปร	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann – Whitney U	Z	Asymp. Sig (2 tailed)
ความรู้เรื่องโรคไขเลือดออก						
หมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค	149	84.63	12,609.50	1434.50	- 11.88	0.001**
หมู่บ้านปลอดโรค	117	195.74	22,901.50			

เจตคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออก



ตัวแปร	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann – Whitney U	Z	Asymp. Sig (2 tailed)
หมู่บ้านที่มีการ ระบาดของโรค	149	103.93	15,485.50	4310.50	- 7.13	0.001**
หมู่บ้านปลอดโรค	117	171.16	20,025.50			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก						
หมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค	149	130.50	19,445.00	8,270.00	- .732	0.464
หมู่บ้านปลอดโรค	117	137.32	16,066.00			
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก						
หมู่บ้านที่มีการ ระบาดของโรค	149	115.67	17,235.50	6,060.50	- 4.355	0.001**
หมู่บ้านปลอดโรค	117	156.20	18,275.50			
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก						
หมู่บ้านที่มีการ ระบาดของโรค	149	127.97	19,067.00	7,892.50	- 1.442	0.149
หมู่บ้านปลอดโรค	117	140.50	16,444.00			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
หมู่บ้านที่มีการ ระบาดของโรค	149	117.04	17,439.50	6,264.50	- 4.270	0.001**
หมู่บ้านปลอดโรค	117	154.46	18,071.50			
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
หมู่บ้านที่มีการ ระบาดของโรค	149	85.45	12,731.50	1,556.50	- 11.914	0.001**
หมู่บ้านปลอดโรค	117	194.70	22,779.50			

หมายเหตุ**มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า

1. เปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน ที่ปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค ในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง



พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านปลอดโรค สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ พัชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ ศึกษาผลการปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำกับสูง ผลการวิจัยพบว่า พื้นที่อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อสม.จะมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (พัชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ, 2559) เช่นเดียวกับ อภิชัย คุณิพงษ์และเสมอ วุฒิ ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดกับตำบล ที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่ากลุ่มของหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (อภิชัย คุณิพงษ์ และเสมอ วุฒิ, 2561)

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเพราะประชาชนใน หมู่บ้านปลอดโรค ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 99.1 ส่วนหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เพียงร้อยละ 26.2 จึงส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค มีความรู้สูงกว่าหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค สอดคล้องกับเดือนเพ็ญพร ชัยภักดี กล่าวว่า การฝึกอบรม เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเพื่อสร้างความรู้หรือเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่จะช่วยปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น (เดือนเพ็ญพร ชัยภักดี, 2563)

2. เปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน ที่ปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรังพบว่า ค่าเฉลี่ยเจตคติ ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านปลอดโรค สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ อภิชัย คุณิพงษ์และเสมอ วุฒิ ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดกับตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ สูงกว่ากลุ่มของหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (อภิชัย คุณิพงษ์ และเสมอ วุฒิ, 2561)

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าทั้งนี้เพราะหมู่บ้านปลอดโรค ได้เน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของประชาชนในหมู่บ้านด้วยการสื่อสาร โดยใช้ผู้ส่งสารที่มีความเชี่ยวชาญ น่าเชื่อถือ เช่น บุคลากรสาธารณสุข และผู้มีอิทธิพลต่อบุคคลในการเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อาทิเช่น ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ครูสุศึกษา และได้เลือกใช้สารที่มีผลต่อ



การยอมรับของบุคคล มีการเตรียมเนื้อหาสาระเป็นอย่างดี และสารมีความชัดเจน สอดคล้องกับ นันทิขรณ์ พุกษ์เรืองกิจ กล่าวว่า ทศนคติ ก่อตัวเกิดขึ้นมาและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจาก ปัจจัยหลายประการด้วยกัน คือ การสนใจจากบุคคลอื่น ข่าวสารข้อมูล การเข้าไปเกี่ยวข้องกับ กลุ่ม ดังนั้นจึงส่งผลทำให้ประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค มีเจตคติที่สูงกว่าหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค (นันทิขรณ์ พุกษ์เรืองกิจ, 2561)

3. เปรียบเทียบการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างใน หมู่บ้าน ที่ปลอดโรคกับหมู่ที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง รายงานพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านปลอดโรคสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับพัชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ ศึกษาผลการปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำกับสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ, 2559) และสอดคล้องกับ สมชาย ดุรงค์เดชและคณะ ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของชุมชนที่มีการระบาดของไข้เลือดออกซ้ำซากกับชุมชนที่มีการระบาดน้อย เขตพื้นที่ตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหมู่บ้านที่มีการระบาดน้อยสูงกว่าหมู่บ้านที่มีการระบาดของไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สมชาย ดุรงค์เดช และเนตรนภา สา สังข์ , 2561) และสอดคล้องกับ พัฒน์ธนี ดีเกตุ ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกัน ไข้เลือดออกของประชาชนเขตเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและระดับการรับรู้ประโยชน์ของหมู่บ้านที่มีการระบาดกับหมู่บ้าน ที่ไม่มีการระบาด ไม่แตกต่าง และพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาพรวมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านปลอดโรคสูงกว่า กลุ่มที่มีการระบาดของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (พัฒน์ธนี ดีเกตุ, 2562)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเพราะหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ รวมทั้งประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำผุด ได้ร่วมกัน ผนึกกำลังประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทางสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม เช่น ครูให้สุศึกษาหน้าเสาธงตอนเช้า ผู้นำชุมชนให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายของ หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แจกแผ่นพับ และ

ร่วมชี้แจงในการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน ส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรคมีการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวมสูงกว่าหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านปลอดโรคสูงกว่า หมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับอภิชัย คุณิพงษ์ และเสมอ วุฒิ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดกับตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างของหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (อภิชัย คุณิพงษ์ และเสมอ วุฒิ, 2561) และสอดคล้องกับ พัฒนธนี ดีเกตุ ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนเขตเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า ระดับพฤติกรรมกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก ของหมู่บ้านที่มีการระบาด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 (พัฒนธนี ดีเกตุ, 2562)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเพราะหมู่บ้านปลอดโรค เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง มีการจัดประชุมร่วมกัน ระหว่าง ผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เพื่อแสดงความคิดเห็น หา มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พร้อมกับได้มีมติกำหนดเป้าหมายร่วมกันให้หมู่บ้าน 12 บ้านเขาโหล่ง เป็นหมู่บ้านปลอดโรคไข้เลือดออกอย่างน้อย 10 ปี และมอบหมายให้ ประชาชนทุกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และทำลาย ตัวเต็มวัยเพื่อตัดวงจรชีวิตพาหะนำโรคให้ลดลง และประกอบกับในปี พ.ศ. 2563 หมู่บ้าน ปลอดโรคต้องการส่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมประกวดเป็น อสม.ดีเด่น ระดับจังหวัดตรัง สาขากการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ทำให้ชุมชนมีความตระหนักในการ ดำเนินการอย่างเข้มข้นมากยิ่งขึ้น จึงส่งผลให้ประชาชนหมู่บ้านปลอดโรคมีพฤติกรรมสูงกว่า หมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับนิตยา เพ็ญศิริินภา กล่าววว่า การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดเป็นขั้นตอนการดำเนินงานที่มีความต่อเนื่อง เป็นวงจร ซึ่งต้องอาศัยความรู้ด้าน วิทยาการระบาด การสาธารณสุข สังคมวิทยา จิตวิทยา และการศึกษาในการดำเนินงานตาม ขั้นตอนต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2558)



สรุป/ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำพุต อำเภอมืองตรัง จังหวัดตรัง สรุปได้ว่า ภาพรวมค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค สูงกว่า หมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค เช่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชน ควรศึกษาทวนวิธีในการดำเนินงานของหมู่บ้านปลอดโรค เพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรค มีการรับรู้ภาพรวม และรายด้าน คือการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรค มีความรู้ การรับรู้ภาพรวม และรายด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องควรทบทวนวิธีการเพื่อสื่อสารให้ประชาชนมีความรู้ และการรับรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นตามประเด็นดังกล่าว ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกถูกน้ำยุงลาย (ค่า BI CI HI) ระหว่างหมู่บ้านปลอดโรคกับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก 2) ควรทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน หรือศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

- เดือนเพ็ญพร ชัยภักดี. (2563). ความสำคัญและความหมายการฝึกอบรม. เรียกใช้เมื่อ 20 ตุลาคม 2563 จาก www.sites.google.com/site/duanpenporn/training
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานพยากรณ์ไข้เลือดออกปี 2562 เรียกใช้เมื่อ 15 มกราคม 2563 จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8_cdf4ad2299f6d23_files/Dangue/Prophecy/2562.pdf
- _____. (2562). เรียกใช้เมื่อ 21 มีนาคม 2562 จาก รายงานพยากรณ์ไข้เลือดออกปี: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8_cdf4ad2299f6d23_files/Dangue/Prophecy/2562.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2562). รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดตรัง สถานการณ์โรคติดต่อ ปี 2558- 2562. ใน เอกสารรายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลด้านสาธารณสุข (กวป.) ครั้งที่ 12/2562 วันที่ 27 ธันวาคม 2562 ณ ห้องประชุมจรัส สุวรรณเวลา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.

- ทองขาล กันหาจันทร์. (2562). สสจ.ตรัง จัดมาตรการ 7 ร. ป้องกันไข้เลือดออก. เรียกใช้เมื่อ 21 กรกฎาคม 2562 จาก www.siamrath.co.th/n/91896
- นันท์ชกรณ์ พงษ์เรืองกิจ. (2561). ทักษะคิดต่อการเข้าศึกษาในโครงการรัสเซียศึกษาของนักศึกษา. ใน รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2558). สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พัชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ. (2559). ศึกษาผลการปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำกับสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 27(1), 56-66.
- พัฒนธนี ดีเกตุ. (2562). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก, 6(2), 55-64.
- วรางคณา จันทรคง. (2558). วิทยาการระบาดและการควบคุมโรค. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมชาย ดุรงค์เดช และเนตรนภา สาสังข์ . (2561). ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของตำบลพระอินทราชา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 13(4), 34-44.
- อภิชัย คุณิพงษ์ และเสมอ วุฒิ. (2561). ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดกับตำบลที่ไม่มีการระบาดในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี. วารสารควบคุมโรค, 44(1), 102-110.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, B. S. et al. (1971). Handbook on formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607-610.