

การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of Prevention and Control of Dengue Fever by Community Participation Model in Ban Tha Mueang Tambon Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์¹ มณีรัตน์ จิรุปภา²

Teerasak Polsawat¹ Maneerat Jirubapa²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต.บ้านท่าเหมือง อ.ดอนมดแดง เก็บข้อมูลด้วยการวิเคราะห์บริบท การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบประเมินค่าดัชนีความชุกกลุ่มน้ำยาลายจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้อง 20 คนในการพัฒนารูปแบบ และประชาชนกับภาคีเครือข่าย 25 คนสำหรับการประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม การสะท้อนกลับและเลือกปฏิบัติ การดำเนินการและประเมินผล และการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง การจัดทำแผนงานแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเสริมสร้างความรอบรู้แก่ชุมชน การรณรงค์ป้องกัน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการสร้างระบบการสื่อสาร/ติดตามประเมินผล หลังใช้รูปแบบ พบว่าความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) และค่าดัชนีลูกน้ำยาลายลดลง ($HI=1.74$, $CI=4.26$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, การมีส่วนร่วม

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop a dengue fever prevention and control model through community participation at Ban Tha Mueang Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District. Data were collected through contextual analysis forms, focus group discussion guidelines, questionnaires, and larval indices assessment forms from sample groups: 20 stakeholders for model development and 25 community members and network partners for evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired Samples T-test, and content analysis.

The results showed that the model development process consisted of systematic experience management, participatory analysis, reflective practice selection, implementation and evaluation, and systematic learning. The developed model comprised 7 activities: risk factor identification and assessment, participatory planning, network capacity building, community health literacy promotion, prevention campaigns, network participation promotion, and communication/monitoring system development. After implementing the model, knowledge, participation, and preventive behaviors significantly improved ($P<0.001$), and larval indices decreased ($HI=1.74$, $CI=4.26$).

keywords: The Development of Model, Prevention and Control of Dengue Fever ,Community Participation Model

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหมือง จ.อุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี, จ.อุบลราชธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: maneerat_ji@yahoo.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโรคที่มีหลากหลายชนิด มีความรุนแรง ทำให้เสียชีวิต เป็นโรคติดต่อจากยุงลายสู่คนเกิดจากเชื้อไวรัส 4 สายพันธุ์ทำให้ติดเชื้อมีได้ ไม่มียารักษาเฉพาะเจาะจงจะรักษาตามอาการ และประเทศไทยเป็นพื้นที่เขตร้อนชื้นจะเหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ของยุงลาย ทำให้เพิ่มพามะของเชื้อโรคมามากขึ้น นอกจากนี้ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 400 ล้านคนต่อปี และมีอัตราการตาย 22,000 คน¹ ซึ่งการเสียชีวิตขึ้นกับความรุนแรงของเชื้อไวรัส อายุ และภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้พยาบาลและสาธารณสุขจึงต้องบูรณาการร่วมมือป้องกันและควบคุมโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยพบต่อเนื่องและทำให้สูญเสียชีวิต ดังรายงานจากกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ.2566 (ข้อมูล ณ 1 มกราคม 2566 - 14 มิถุนายน 2566) จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค พบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำสัปดาห์การระบาดที่ 23 พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 21,457 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 32.42 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต จำนวน 19 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 0.09 โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วย พ.ศ.2566 มากกว่า พ.ศ.2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 3.3 เท่า² ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาด คือ มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน และการเคลื่อนย้ายของประชากรส่งผลให้น้ำเชื้อเข้ามาในพื้นที่³ สิ่งนี้สะท้อนให้ต้องควบคุมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อม และหากให้ชุมชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาจะส่งผลให้การควบคุมโรคสำเร็จเพราะเป็นปัญหาของชุมชนทุกคนจะมีความตระหนักช่วยกันแก้ไขปัญหาด้วยกัน⁴ และช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น⁵ จะเห็นได้ว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากวิชาชีพพยาบาลและสาธารณสุขโดยใช้กลยุทธ์ในการระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ

นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเกิดจากปัจจัยหลายชนิดร่วมกัน และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะขึ้นกับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์การป้องกันโรค⁶ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน⁷ รวมทั้งการพัฒนาแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางจะช่วยลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและอัตราป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา "การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี" โดยบูรณาการแนวคิดทั้งจากศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง
อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า
เมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็น
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
(Participatory Action Research) ระหว่างวันที่
30 พฤศจิกายน 2566 ถึง 29 พฤศจิกายน 2567
ดำเนินการวิจัยเป็น 5 ระยะ คือ 1) การจัดการ
ประสบการณ์อย่างเป็นระบบ 2) การวิเคราะห์โดย
การมีส่วนร่วม และการจัดการแก้ปัญหา 3) การ
สะท้อนกลับและการเลือกปฏิบัติ 4) การดำเนินการ
และการประเมินผลการปฏิบัติการ 5) การเรียนรู้
อย่างเป็นระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชน
และภาคีเครือข่ายในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง
อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการพัฒนารูปแบบ
รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ตัวแทนจากชุมชน
ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบ
เจาะจง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง
ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายก อบต. และ
สมาชิก อบต.) ครูอนามัยโรงเรียน และอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเกณฑ์การคัดเลือก มี
ประสบการณ์หรือความรู้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์
ปัญหาไข้เลือดออก/ภาวะสุขภาพในชุมชน หรือมี
ความสนใจที่จะเข้ามาแก้ไขปัญหาในชุมชน และ
ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์
การคัดออก คือ ขอลอนตัวออกจากการศึกษา และ

เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้า
ร่วมกิจกรรมการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินผล
รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ประชาชนหรือ
ภาคีเครือข่าย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยอำนาจ
การทดสอบ (Power of test) คำนวณโดยใช้
โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยเลือก
statistical test เป็น Difference between two
dependent means (Matched pairs) ขนาด
อิทธิพล (Effect size) อ้างอิงจากงานวิจัยของดาว
เรืองคำและคณะ (2560)⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรม
การป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ของแกนนำ
ชุมชน พบ เท่ากับ 0.71 กำหนดระดับความเชื่อมั่น
ที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 23 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง
อีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่ม
ตัวอย่างรวมเป็น 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ
ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้า
ร่วมกิจกรรมและมีความสนใจและยินดีเข้าร่วม
ในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ มีเจ็บป่วย
ด้วยโรคร้ายแรงหรือย้ายถิ่นฐานระหว่างการเข้า
ร่วมกิจกรรมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาโดย
ผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบวิเคราะห์บริบทโดยใช้ประเมิน
ลักษณะทางนิเวศวิทยาและภาวะเสี่ยงทั้งด้าน
กายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการ
เกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วย 3
ประเด็น คือ บริบทชุมชน ลักษณะทางนิเวศวิทยา
และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

2. แนวคำถามการสนทนาแบบมีส่วนร่วม
เป็นคำถามปลายเปิด 2 ประเด็น คือ สภาพปัญหา
และสาเหตุการระบาดของโรคไข้เลือดออกใน
ชุมชนเป็นอย่างไร และรูปแบบการป้องกันโรค
ไข้เลือดออกในชุมชนควรเป็นอย่างไร โดยใช้

เทคนิคการสนทนาแบบมีโครงสร้างเชิง
ประสบการณ์

3. แบบสอบถามวัดความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ความรู้โรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ) แบ่งระดับความรู้ คือ สูง ($\geq 70\%$, ≥ 14 ข้อ) ปานกลาง ($50-69\%$, $10-13$ ข้อ) และต่ำ ($< 50\%$, < 10 ข้อ) ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไข้เลือดออก จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดการมีส่วนร่วม 5 ด้าน คือ การค้นหาปัญหา การตัดสินใจและวางแผน การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ จากน้อยที่สุด (1.00-1.50) ถึงมากที่สุด (4.51-5.00) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ) ข้อความทางบวกให้คะแนน 3, 2, 1 ข้อความทางลบให้คะแนน 1, 2, 3 ตามลำดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก (2.33-3.00) ปานกลาง (1.67-2.32) และน้อย (1.00-1.66) และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิด

4. แบบประเมินค่าดัชนีความชุกของน้ำ
ยุงลาย ใช้ประเมินค่า House Index (HI) และ Container Index (CI) ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมควบคุมโรค โดย HI คือร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำ และ CI คือร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำ

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือส่วนที่ 1-3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน (เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน และการควบคุมโรค 1 ท่าน) และพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .67-1.0 และตรวจสอบค่าความ

เชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับประชาชน และภาคีเครือข่าย ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงบัง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน พบว่า แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีค่า KR 20 เท่ากับ .74 ส่วนแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไข้เลือดออกในชุมชนและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ เช่น หลังจากโครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินโครงการวิจัยและขออนุญาตดำเนินงาน จัดประชุมสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 20 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาเอกสารข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับสภาพปัญหาและแนวทางดำเนินงานที่ผ่านมา และจัดทำแผนที่ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อระบุพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์โดยการมีส่วนร่วมและการจัดการแก้ปัญหา โดยจัดประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 กับผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มเดิม โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มานำเสนอ และใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีโครงสร้างเชิงประสบการณ์ เพื่อให้กลุ่มวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินงาน ปัญหา/สาเหตุและทฤษฎี ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกและบันทึกเสียง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาร่างรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 การสะท้อนกลับและการเลือกปฏิบัติ ผู้วิจัยจัดประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 เพื่อนำเสนอร่างรูปแบบและแผนปฏิบัติการ เปิดโอกาส

ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักพิจารณาทางเลือกของปฏิบัติการและระบุกิจกรรมที่เหมาะสม มีการสะท้อนกลับและปรับปรุงรูปแบบ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลและสรุปรูปแบบและแผนปฏิบัติการที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม

ระยะที่ 4 การดำเนินการและการประเมินผลการปฏิบัติการ ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อการประเมินผล 25 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งประเมินค่าดัชนีความชุกกลุ่มน้ำยุงลาย จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ การสร้างเครือข่าย การฝึกอบรมให้ความรู้ และการรณรงค์ป้องกันโรค หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม 3 เดือน เก็บข้อมูลหลังการดำเนินการ (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามและการประเมินค่าดัชนีความชุกกลุ่มน้ำยุงลายชุดเดิม

ระยะที่ 5 การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจัดเวทีถอดบทเรียนกับผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มเดิม นำเสนอผลการดำเนินงานและการประเมินผล เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกัน ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึก บันทึกเสียง และถ่ายภาพกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบใช้ Paired Samples T-test และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้วิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบสามเส้า

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-186.1 รับรอง 30 พฤศจิกายน 2566-29 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา ผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตอนที่1 บริบทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมดจำนวน 6,361 คน จาก 1,737 หลังคาเรือน เป็นชุมชนชนบทที่มีพื้นที่ราบลุ่ม ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง การระบาดของโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2561-2566 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 21 ราย ปัญหาสำคัญที่สุดคือขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากชุมชน

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อนำปัญหาไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ระยะตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พบประเด็นปัญหาสำคัญ 5 ด้าน คือ 1) บริบท/ภาวะเสี่ยงมีพื้นที่รกร้างและมีภาชนะเก็บกักน้ำยังพบลูกน้ำยุงลาย 2) นโยบาย/แนวปฏิบัติมีมาตรการทางสังคมไม่ชัดเจน 3) ผู้ปฏิบัติมีภาระงานและความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ 4) งบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์มีไม่เพียงพอและ 5) ประชาชนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมน้อย

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีเพศชาย (ร้อยละ 48.00) และเพศหญิง (ร้อยละ

52.00) อายุเฉลี่ย 45 ปี ($SD = 7.42$) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.00) การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 44.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 52.00) และรายได้เฉลี่ย 9,556 บาทต่อเดือน ($SD = 10,851.17$)

3.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม เมื่อจำแนกตามระดับความรู้พบว่ากลุ่มที่มีความรู้สูงจะมีคะแนนความรู้โรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางมีคะแนนความรู้โรคไข้เลือดออกลดลง เมื่อพิจารณาในรายประเด็น พบว่าหลังพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นเด่นชัดร้อยละ 36 โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นได้ทุกฤดูกาลที่พบการป่วยมากและมีการระบาดคือฤดูหนาว และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดร้อยละ 8 คือ ผู้ที่มีอาการไข้หนาวสั่น จับไข้เป็นบางเวลาเป็นอาการของโรคไข้เลือดออกและการควบคุมการแพร่พันธุ์ของยุงลายโดยการกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีที่ได้ผลดีกว่าใช้วิธีการพ่นสารเคมี อย่างไรก็ตามมีประเด็นความรู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าประเด็นอื่นแม้จะมีการเพิ่มขึ้นได้แก่ ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้ว และกลับมาเป็นซ้ำอีก จะมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าครั้งแรก การใส่ทรายอะเบทในภาชนะกักเก็บน้ำ ช่วยฆ่าลูกน้ำยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออก ผู้ที่หายจากการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้วจะยังคงมีเชื้อโรคในกระแสเลือดหลังการพัฒนารูปแบบโดยรวมกล่าวได้ว่ารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนี้ส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะด้านโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นได้ทุกฤดูกาลที่พบการป่วยมากและมีการระบาดคือฤดูหนาว

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย paired samples t -test พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ ($M = 15.28$, $SD = 1.88$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($M = 10.24$, $SD = 1.96$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(24) = 12.67$, $p < .001$, 95% CI [4.22, 5.86]

3.3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ผลประเมินภาพรวมก่อนและหลังใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับมาก ($M = 3.76$, $SD = 0.41$ และ $M = 4.33$, $SD = 0.26$ ตามลำดับ) พบว่าหลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าก่อนใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($M = 4.02$, $SD = 0.13$) และต่ำสุดคือการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($M = 3.37$, $SD = 0.29$) หลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ($M = 4.39$, $SD = 0.42$) และต่ำสุดคือการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($M = 4.27$, $SD = 0.45$)

การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจพบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนหลังการใช้รูปแบบ โดยก่อนการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.37$, $SD = 0.29$) และหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($M = 4.27$, $SD = 0.45$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.20 เป็น 3.80 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทในการร่วมตัดสินใจมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพบว่า ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.92 ($SD = 1.47$) เป็น 4.39 ($SD = 0.42$) โดยหลังการใช้รูปแบบมีประเด็นที่เพิ่มเป็นระดับมากที่สุดสองประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดบ้านให้สะอาดปลอดโปร่งไม่ให้เป็นที่หลบซ่อนของยุง ($M = 4.60$, $SD = 0.65$) และการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่จัดขึ้นในหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ($M = 4.56$, SD

=0.71) การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักและลงมือปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคอย่างจริงจังมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์พบว่า ก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.02$, $SD = 0.13$ และ $M = 4.37$, $SD = 0.27$ ตามลำดับ) หลังใช้มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประเด็นที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคใช้เลือดออก ($M = 4.60$, $SD = 0.82$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิภาพและประชาชนตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในการประเมินผลพบว่า ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.91 ($SD = 0.33$) เป็น 4.00 ($SD = 0.47$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสำรวจลูกน้ำในครัวเรือนเป็นประจำทุกสัปดาห์ และการมีส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงานป้องกันโรคใช้เลือดออก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในชุมชนของตนเองมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ด้วย paired samples t -test พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ ($M = 4.33$, $SD = 0.26$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($M = 3.76$, $SD = 0.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(24) = 7.06$, $p < .001$, 95% CI [0.40, 0.73]

3.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ด้วย paired samples t -test พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกหลังใช้รูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อจำแนกตามประเด็นที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน ได้แก่ การเข้าร่วม

กิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุง และการป้องกันตนเองและคนในครอบครัวไม่ให้ยุงกัด พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.28 เป็น 2.92 และ 2.80 ตามลำดับ ส่วนผลการวิเคราะห์ด้วย paired samples t -test พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ ($M = 2.83$, $SD = 0.09$) ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($M = 2.55$, $SD = 0.26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(24) = 5.83$, $p < .001$, 95% CI [0.18, 0.38]

3.5 ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการศึกษาพบว่า ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในบ้าน (House Index [HI]) ลดลงมากจากร้อยละ 20.57 เป็น 1.74 โดยจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงจาก 36 หลังคาเรือนเหลือ 3 หลังคาเรือนจากจำนวนที่สำรวจ 175 หลังคาเรือน ขณะเดียวกันค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะ (Container Index [CI]) ลดลงมากจากร้อยละ 23.38 เป็น 4.26 โดยจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงจาก 58 ชิ้น เหลือเพียง 11 ชิ้น จากภาชนะที่สำรวจประมาณ 250 ชิ้น การลดลงของค่าดัชนีทั้งสองนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคใช้เลือดออก

ตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี สรุปเป็นแนวคิด "THA MUAENG" ซึ่งเป็นชื่อของพื้นที่วิจัยที่สะท้อนการทำงานแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้

T - Team (การทำงานเป็นทีม): ความสำเร็จเกิดจากการร่วมแรงร่วมใจของทุกภาค

ส่วน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า "บทบาทหน้าที่กะลี่ยช่วยดูแลพี่น้องประชาชนเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ช่วยเหลือลงประชาสัมพันธ์ช่วยกัน รณรงค์"(FCT-9)

H - Habitual (การทำจนเป็นนิสัย): การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องทำสม่ำเสมอจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชุมชนตามที่ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำ "การป้องกันไข้เลือดออกจะให้ผลดีคือ ต้องเฝ้าจริงจัง ต่อเนื่อง เฝ้าช่วยกัน เป็นทีมเฝ้าคนเดียวได้" (FCT-1)

A - Activity (กิจกรรมที่ชัดเจน): ต้องมีการกำหนดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า "หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องมีกิจกรรมพาชาวบ้านทำให้ชัดเจน กระตุ้นเป็นระยะ เวียกหลายนำกันกะลี่ยได้" (FCT-9)

M - Management (การจัดการที่มีประสิทธิภาพ): ต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า "ตอนนี้มีเครื่องฟ่นอยู่สองเครื่องครับ เราซื้อใหม่ 1 เครื่อง" (FCT-9) และ "แต่ถ้าฟ่นโดนมันจะร้อนมันต้องพัก ยามฟ่นเหลือเครื่องเดียว มันตาย ระบบมันร้อนแล้วก็มีมันชำรุดได้ง่าย" (FCT-6)

U - Unity (ความเป็นเอกภาพ): การทำงานประสานกันเป็นหนึ่งเดียวและเกิดจากความสามัคคีของคนในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า "ชาวบ้านเอง คนในชุมชนเอง ก็ต้องสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน" (FCT-2) และ "ผู้ใหญ่บ้านกะเอาผู้ช่วยลงไปนำเวลาฟ่นกะเป็นคนฟ่น ฟ่นได้รับการอบรม คือ รพสต มีการอบรม" (FCT-2)

E - Education (การเรียนรู้ร่วมกัน): การพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยและทันต่อสถานการณ์โรคให้กับชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังคำกล่าวที่ว่า "คืออยู่บ้านดิฉันเนาะ ยามแลงฟ่นกะลี่ยเติมน้ำ ลิปมีน้ำ เปิดอาบเอา คะเจ้ากะระวังอยู่" (FCT-7)

A - Activate (การกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง): การสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นเตือนให้ชุมชนปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันโรคสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า "อสม เฝ้าคืออยู่ปะเขาได้ ออ นีละความสม่ำเสมอต่อเนื่องนะ" (PC-2)

NG - Network (เครือข่ายที่เข้มแข็ง): การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันโรคที่เข้มแข็งและครอบคลุมทุกภาคส่วน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า "ควรมีเครือข่ายในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง" ((FCT-1) และ "ถ้ารู้เขาจะจะไป กะประสานกับผู้ใหญ่บ้านฟ่น อสม." (PC-2)

ปัจจัย **"THA MUAENG"** เป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็งจะส่งผลต่อการจัดการปัญหาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมื่อง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มี 5 ระยะ คือ การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม การสะท้อนกลับและเลือกปฏิบัติ การดำเนินการและประเมินผล และการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการครอบคลุมและเป็นระบบนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกระบวนการและกลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบมีแผนงานและกลยุทธ์ ค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง เสริมสร้างสมรรถนะของบุคคล³ สร้างเครือข่าย และอบรมภาคีเครือข่าย รวมทั้งจัดทำโครงสร้างการทำงานชัดเจน¹⁰ ทำให้สะท้อนถึงกระบวนการพัฒนาเป็นขั้นตอนส่งผลให้การพัฒนารูปแบบประสบความสำเร็จ

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบสำคัญ คือ การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง การจัดทำ

แผนงานแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพ เครือข่าย การเสริมสร้างความรอบรู้แก่ชุมชน การรณรงค์ป้องกัน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย และการสร้างระบบการสื่อสาร/ติดตาม ประเมินผล โดยรูปแบบดังกล่าวจะครอบคลุมทั้ง การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การวางแผน การพัฒนาศักยภาพ และการติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า รูปแบบป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกควรเริ่มจากการค้นหาปัจจัยเสี่ยง การจัดตั้งทีม การจัดการสภาพแวดล้อม⁵ และการพัฒนารูปแบบควรมีกิจกรรมที่บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน⁶ ดังนั้นรูปแบบที่มีองค์ประกอบครบถ้วนจะส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างชัดเจน โดย House Index (HI) ลดลงจากร้อยละ 20.57 เป็นร้อยละ 1.74 และ Container Index (CI) ลดลงจากร้อยละ 23.38 เป็นร้อยละ 4.26 จะเห็นได้ว่าหลังใช้รูปแบบการพัฒนาเมื่อจำแนกตามรายด้าน 3 ด้าน พบว่า

ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะประเด็นความรู้ที่สำคัญเช่น การไม่ใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยที่สงสัยไข้เลือดออก และการใส่ทรายอะเบทเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ การป้องกันโรค⁶ รวมทั้งการมีความรู้เกี่ยวกับโรค⁷ ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านการวางแผนและการตัดสินใจ แสดงให้เห็นการเสริมพลังชุมชนเกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนารูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล สะท้อนให้เห็นว่าการให้โอกาสชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรค⁴ และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน¹⁰ ซึ่งการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น

ด้านที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีขึ้นหลังการใช้รูปแบบ โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงและการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด เป็นผลลัพธ์สำคัญที่สะท้อนความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งการใช้รูปแบบกิจกรรมจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกดีขึ้น⁸ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค⁷ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ค้นพบคือ "THA Mueang" โดยมีการทำงานเป็นทีม ทำจนเป็นนิสัย มีกิจกรรมที่ชัดเจน บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ประสานงานเป็นเอกภาพ กระตุ้นต่อเนื่อง เรียนรู้ร่วมกัน และมีเครือข่ายเฝ้าระวังเข้มแข็ง สิ่งนี้จะนำไปสู่ความสำเร็จการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นผลจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ใช้พลังชุมชนในการจัดการสภาพแวดล้อม ปรับพฤติกรรม จัดระบบเฝ้าระวังโรค และการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งเป็นองค์

ความรู้และกลวิธีที่สำคัญที่นำไปประยุกต์ใช้ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานควรประยุกต์ใช้แนวทางการใช้หลัก "THA MUEANG" ในการวางแผนโครงการสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นการทำงานเป็นทีม การสร้าง

พฤติกรรมที่เป็นนิสัย และการพัฒนาเครือข่ายที่เข้มแข็ง และนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชน รวมทั้ง เสริมสร้างความรู้ในประเด็นที่ประชาชนเข้าใจน้อย เช่น อันตรายของการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยไข้เลือดออก และการควบคุมยุงลายที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Pourzangiabadi, M., Najafi, H., Fallah, A., Goudarzi, A., & Pouladi, I. (2025). Dengue virus: Etiology, epidemiology, pathobiology, and developments in diagnosis and control - A comprehensive review. *Infection, Genetics and Evolution*, 127, 105710. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2024.105710>
2. กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปีสัปดาห์การระบาดที่ 23 พ.ศ. 2566 (ข้อมูล ณ 1 มกราคม 2566–14 มิถุนายน 2566). กระทรวงสาธารณสุข.
3. สุรัตน์ ตันศิริ, ฉัตรชัย ชมพู, และวรพล หนูแก้ว. (2561). สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 5(1), 1-12.
4. อารี พุ่มประไพทย์. (2562). ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 5(1), 43-52.
5. นอรีณี ตะหวา, ปวีตร ชัยวิสิทธิ์. (2563). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเขตตำบลเคิ่ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. ใน *การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10* (หน้า 1612-1627). มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. ณัฐยา สุนัต, สมคิด จูหว่า, พรณา หอมสินธุ์, รัชนิ สรรเสริญ. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 53-67.
7. วิทยา ทรแก้ว. (2563). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอนาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 13-26.
8. สฤณีเดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, มาสรีน ศุภลักษณ์. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขต อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 517-527.
9. ดาว เวียงคำ, จุฑามาศ ผลมาก, พยาม การดี, ศิริรัตน์ โกศลย์วัฒน์, นวียา กันทะมูล, สำเริง พรหมมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของแกนนำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 207-214.
10. ประเสริฐ ไหลหาโคตร. (2559). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 13(3), 43-50.