

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร

Developing the potential of community health networks for prevention and resolution of dengue fever problems in high-risk areas of Sakon Nakhon Province.

(Received: August 5,2026 ; Revised: August 30,2026 ; Accepted: September 1,2026)

ตระกูลไทย ฉายแมน¹

Trakoonthai Chaimaen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน, อสม., ผู้แทน อบต., ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 136 คน 2) ประชาชนที่เป็นตัวแทนหลังคาเรือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 440 คน ดำเนินการในพื้นที่ตำบลเสี่ยงสูงอันดับหนึ่งของแต่ละอำเภอ ได้แก่ 1) ต.หนองปลิง อ.นิคมคำอุ่น 2) ต.สร้างค้อ อ.ภูพาน 3) ต.บึงทวาย อ.เต่างอย และ 4) ต.กุดบาก อ.กุดบาก ทำศึกษาวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึง เมษายน 2569 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test

ผลการพัฒนาพบว่า เครือข่ายสุขภาพชุมชน มีระดับความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.42 คะแนน (S.D. = 1.88) ก่อนการพัฒนา เป็น 18.47 คะแนน (S.D. = 1.55) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) มีระดับการปฏิบัติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 23.80 คะแนน (S.D. = 2.58) ก่อนการพัฒนา เป็น 28.82 คะแนน (S.D. = 1.66) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) มีระดับ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนา คะแนนเฉลี่ย 47.53 (S.D. = 3.70) เป็นคะแนนเฉลี่ย 57.10 (S.D. = 3.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และ ประชาชนที่เป็นตัวแทนหลังคาเรือน มีระดับความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.11 คะแนน (S.D. = 2.08) ก่อนการพัฒนา เป็น 17.73 คะแนน (S.D. = 2.03) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) มีระดับการปฏิบัติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.75 คะแนน (S.D. = 2.14) ก่อนการพัฒนา เป็น 28.46 คะแนน (S.D. = 1.95) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, เครือข่ายสุขภาพชุมชน, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to develop the potential of community health networks in dengue fever prevention and control by applying the AIC technique in a participatory planning process. The target population included 136 community health network members and 440 household representatives from four top high-risk sub-districts: Nong Pling, Sang Kho, Bueng Thaway, and Kud Bak. The study was conducted from December 2025 to April 2026. Data was analyzed using descriptive statistics and the Paired Samples t-test.

The development results revealed that the community health networks' average knowledge score significantly increased from 16.42 (S.D. = 1.88) before the intervention to 18.47 (S.D. = 1.55) after the intervention at the 0.05 statistical level (p-value < 0.001). Their average practice score significantly increased from 23.80 (S.D. = 2.58) pre-development to 28.82 (S.D. = 1.66) post-development at the 0.05 level (p-value < 0.001). The level of participation also increased significantly, from a pre-development average score of

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

47.53 (S.D. = 3.70) to 57.10 (S.D.=3.65) at the 0.05 level (p -value < 0.001). Furthermore, the household representatives' average knowledge score significantly increased from 16.11 (S.D. = 2.08) before development to 17.73 (S.D. = 2.03) after development at the 0.05 statistical level (p -value < 0.001). Their average practice score rose significantly from 24.75 (S.D. = 2.14) pre-development to 28.46 (S.D. = 1.95) post-development at the 0.05 level (p -value < 0.001).

Keywords: Developing the potential, Community health networks, Dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับสากล เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Virus DENV 1-4) โดยมียุงลายตัวเมียเป็นพาหะนำโรค¹ องค์การอนามัยโลก ระบุว่ามีการระบาดทั่วโลกเสี่ยงต่อการติดเชื้อถึง 3.9 พันล้านคน และในปี ค.ศ. 2023 มีผู้ป่วยพุ่งสูงกว่า 4.5 ล้านราย เสียชีวิตกว่า 2,300 ราย ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดในประวัติศาสตร์ โดยมีสัดส่วนการเกิดโรคในเอเชียสูงถึงร้อยละ 70 ของทั้งหมด² ปัจจัยหลักที่กระตุ้นการระบาด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขหลังการระบาดของโรคโควิด-19² สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสมสูงถึง 105,250 ราย อัตราป่วย 159.09 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 90 ราย³ เช่นเดียวกับจังหวัดสกลนคร ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วย 219 ราย แม้อัตราป่วยในภาพรวมจังหวัดจะอยู่ที่ 19.30 ต่อประชากรแสนคน⁴ แต่เมื่อจำแนกรายพื้นที่ก็กลับพบ พื้นที่เสี่ยงสูง ที่มีอัตราป่วยเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัด (13.30 ต่อประชากรแสนคน) และสูงเกินเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ให้อัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร ได้แก่ อำเภอนิคมน้ำอูน (95.18), อำเภอกุดบาก (64.51), อำเภอเต่างอย (58.36) และอำเภอกุดบาก (50.37)⁴ หากไม่มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด ชุมชนที่หนาแน่นจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่⁴ แม้ปัจจุบัน จะมีการพัฒนาวัคซีนป้องกัน

ไข้เลือดออก แต่การป้องกันโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านและรอบบ้านยังคงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุด สะดวก รวดเร็ว และประหยัดงบประมาณมากที่สุด⁵ อีกทั้งค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านและสถานที่ต่างๆ ยังมีแนวโน้มแปรผันตรงตามจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอีกด้วย³ อย่างไรก็ตาม แม้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครจะขับเคลื่อนมาตรการณรงค์ให้ความรู้พ่นหมอกควัน และควบคุมลูกน้ำยุงลายมาโดยตลอด แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า ประชาชนยังมีความรู้และการรับรู้ต่ำ พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติประจำทุก 7 วัน เช่น ปิดฝาโอ่งหรือชัฒภาชนะ มีอัตราการปฏิบัติไม่ถึงร้อยละ 40 อีกทั้งขาดความตระหนัก โดยคิดว่าการกำจัดยุงลายไม่ใช่ธุระของตน⁴ เกณฑ์สุขภาพและเครือข่ายขาดพลังและการมีส่วนร่วมโดยบทบาทหลักยังตกอยู่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ยังก่อให้เกิดช่องว่างในการทำงานขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และระบบบัญชาการโรคระบาดขาดความเป็นเอกภาพ⁴ จากการดำเนินงานด้วยกระบวนการแบบเดิมที่เผชิญข้อจำกัด จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดการปัญหาใหม่ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC (Appreciation-Influence-Control) ของ อรพินท์ สฟโชคชัย (2537) รวมถึงหลักการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบเฝ้าระวังโรค เพื่อพัฒนา

แนวทางการสร้างความร่วมมือและการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทุกภาคส่วนให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการสถานการณ์และศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก
- 2) เพื่อพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการ AIC
- 3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC
- 4) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ และพฤติกรรมของประชาชนตัวแทนครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC
- 5) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร โดยใช้กระบวนการ AIC ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่

อำเภอนิคมคำอุ่น อำเภอภูพาน อำเภอเต่างอย อำเภอกุดบาก และคัดเลือกพื้นที่ตำบลเสี่ยงสูงอันดับหนึ่งของแต่ละอำเภอ ได้แก่ 1) ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมคำอุ่น 2) ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน 3) ตำบลบึงทวาย อำเภอเต่างอย และ 4) ตำบลกุดบาก อำเภอภูพาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึง เมษายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ 1) เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 136 คน 2) ประชาชนที่เป็นตัวแทนตามจำนวนหลังคาเรือนจำนวน 1,349 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

1) เป็นเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 136 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานไข้เลือดออก, มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี, เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ อำนวยความสะดวกประสานการดำเนินงาน ส่งเสริมการดำเนินการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์, สมารถใจ และสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ลาออกหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน, เปลี่ยนบทบาทในการทำงาน, ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างของประชาชนที่เป็นตัวแทนตามจำนวนหลังคาเรือน คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน และกระจายในพื้นที่เสี่ยงสูงเท่า ๆ กัน แบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 4 พื้นที่ ๆ ละ 110 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป, อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน, อ่านและเขียนหนังสือได้, ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงมีกิจกรรมและเก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน, ปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวน แนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับตัวแปร แต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.แบบสอบถาม เครือข่ายสุขภาพชุมชน แบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่ง รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ใช้เลือดออกในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบเลือกคำตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย⁶ คือ

มีความรู้ระดับต่ำ ได้ 0.00 - 11.59 คะแนน

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้ 12.00 - 15.99 คะแนน

มีความรู้ระดับดี ได้ 16.00 - 20.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 10 ข้อ แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับได้แก่ ปฏิบัติประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย⁶ คือ

มีการปฏิบัติระดับดี ได้ 23.34 - 30.00 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้ 16.68 - 23.33 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับต่ำ ได้ 10.00 - 16.67 คะแนน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 20 ข้อ แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับได้แก่ ดีให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน ต่ำให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย⁶ คือ

มีส่วนร่วมภาพรวม ระดับดี ได้ 46.68 - 60.00 คะแนน

มีส่วนร่วมภาพรวม ระดับปานกลาง ได้ 33.34 - 46.67 คะแนน

มีส่วนร่วมภาพรวม ระดับต่ำ ได้ 20.00 - 33.33 คะแนน

2. แบบสอบถาม ประชาชนที่เป็นตัวแทนตามจำนวนหลังคาเรือน แบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจาก ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบเลือกคำตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย⁶ คือ

มีความรู้ระดับต่ำ ได้ 0.00 - 11.99 คะแนน

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้ 12.00 - 15.99 คะแนน

มีความรู้ระดับดี ได้ 16.00- 20.00 คะแนน
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน จำนวน 10 ข้อ แบ่งการปฏิบัติเป็น 3 ระดับได้แก่ ปฏิบัติประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย⁶ คือ

มีการปฏิบัติระดับดี ได้ 23.34 - 30.00 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้ 16.68 - 23.33 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับต่ำ ได้ 10.00 - 16.67 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา⁷ (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 3 ท่าน ผลการทดสอบความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ 0.99 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามชุดนี้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับแกนนำเครือข่ายสุขภาพชุมชนและประชาชน อำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล⁸ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน สถิติ Paired Sample T Test เพื่อเปรียบเทียบ ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน, ของประชาชน ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวใน

การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน,ของประชาชน ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบ และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2568 เลขที่ SKN REC 2025 - 110

ผลการศึกษา

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทด้านพื้นที่ของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร

1. บริบทของพื้นที่ สภาพภูมิศาสตร์ พื้นที่เสี่ยง จังหวัดสกลนคร ได้แก่ 1) ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน 2) ตำบลสร้างค้อ อำเภอกุสุมาลย์ 3) ตำบลบึงทวาย อำเภอเต่างอย และ 4) ตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก เป็นพื้นที่ราบเชิงเขาและลาดเอียงไปจนถึงสันเขาภูพาน มีลำน้ำพุง เป็นสายหลักที่สำคัญซึ่งไหลลงมาจากเทือกเขาภูพาน และพื้นที่ราบติดอ่างเก็บน้ำเขื่อนน้ำอูน อ่างเก็บน้ำเขื่อนน้ำพุง สภาพดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย สภาพภูมิอากาศทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ฤดู ได้แก่ ฤดูฝน จะเริ่มในเดือนพฤษภาคม ฝนตกชุกในเดือนกรกฎาคม ฤดูหนาว จะเริ่มเดือนพฤศจิกายน อากาศหนาวจัดในช่วงเดือนมกราคม ฤดูร้อนจะเริ่มเดือนมีนาคม อากาศร้อนจัดช่วงเดือนเมษายน ของทุกปี ประชาชน ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ปลูกพืชหลักที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง ยางพารา ประชากรบางส่วนประกอบอาชีพ การประมง รับจ้าง ค่าขาย

นอกจากนี้ประชากรส่วนหนึ่งไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด ทำให้สภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร ประมาณ 22,077 บาท/เดือนครัวเรือน (สำนักงานสถิติจังหวัดสกลนคร, 2568)

2. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ปี 2563 - ปี 2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยต่อแสนประชากรมีแนวโน้มผันผวนอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 338 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 29.36 ต่อแสนประชากร และลดลงอย่างมากในปี พ.ศ. 2564 เหลือ 104 ราย (อัตราป่วย 9.02 ต่อแสนประชากร) ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 151 ราย (อัตราป่วย 13.19) และเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 413 ราย (อัตราป่วย 36.14) ก่อนจะลดลงในปี พ.ศ. 2567 เหลือ 227 ราย (อัตราป่วย 19.82) ในปี พ.ศ. 2567 ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยจังหวัดสกลนคร 5 ปีย้อนหลังเท่ากับ 14.90 ต่อแสนประชากร พบว่า มีจำนวน 4 อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน ได้แก่ นิคมน้ำออน ภูพาน เตาบอย และ กุดบาก

3. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ตามหลักการระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วย คน (Host) ตัวก่อโรค (Agen) สิ่งแวดล้อม (Environment)

ด้านคน (Host) พื้นที่เสี่ยงสูงได้แก่ อำเภอ นิคมน้ำออน อำเภอภูพาน อำเภอเตาบอย และ อำเภอ กุดบาก มีประชากร ทั้งหมด 85,917 คน ชาย จำนวน 43,116 คน คิดเป็นร้อยละ 50.18 หญิง จำนวน 42,801 คน คิดเป็นร้อยละ 49.82 จำนวน 1,349 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม พฤติกรรมเสี่ยง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุและเด็กที่อยู่บ้านตอนกลางวัน มักมีพฤติกรรมนอนกลางวัน 1-2 ชั่วโมงโดยไม่กางมุ้ง ทำให้ถูกยุงลายกัด เด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มที่พบป่วยมากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 50) เนื่องจากอยู่รวมกันที่โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้ติดต่อกัน

ง่าย

ด้านตัวก่อโรค (Agent) โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีพาหะนำโรค คือยุงลาย ซึ่งในเขตจังหวัดสกลนคร พบว่า มีทั้งยุงลายบ้านและยุงลายสวน เนื่องจากลักษณะบ้านเรือนส่วนใหญ่จะมีสวนและป่าละเมาะหลังบ้าน และจากการสำรวจยังพบพบยุงลายสวนที่สวนยางพาราจำนวนมาก

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน มีภาชนะซึ่งน้ำจำนวนมาก เช่น ที่รองขาตู้ กะบะหลังตู้เย็น และตุ่มน้ำ (เนื่องจากผู้สูงอายุนิยมรองน้ำฝนไว้ใช้ และปัญหาน้ำประปาไม่ไหลบ่อย) บ้านมืดทึบ แสงสว่างไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในห้องน้ำ และมีการแขวน/พาดเสื้อผ้าทิ้งไว้ ทำให้เป็นที่เกาะอาศัยของยุงลาย

สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ชุมชนอยู่ติดกันเป็นกลุ่มใหญ่ และมีขยะรอบหมู่บ้านที่ขังน้ำได้ (เศษกระดาษา ถุง/ขวดพลาสติก) มีปาร์ก ป่าไผ่ (ต่อไม้ไผ่มีน้ำขังหลังถูกตัด) และมีโอ่งขาวขนาดใหญ่ที่ไม่ได้ใช้งานตั้งทิ้งไว้เกือบทุกบ้าน สวนยางพารารอบหมู่บ้าน ในช่วงที่ไม่มีการกรีดยางจะมีน้ำขังในกะลารองน้ำยาง กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายขนาดใหญ่

4) การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การดำเนินงาน: พื้นที่เสี่ยงสูง 4 ตำบล (หนองปลิง, สร้างค้อ, บึงทวาย, กุดบาก) มีการควบคุมโรคทุกปี เช่น พ่นหมอกควัน แจกทรายอะเบท สุ่มตรวจลูกน้ำยุงลาย และรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ โดยใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ดัชนีลูกน้ำยุงลายย้อนหลัง 6 เดือนยังสูงเกินค่ามาตรฐานมาก พบค่า HI อยู่ที่ 50.00 - 68.60 (มาตรฐาน < 10) และค่า CI อยู่ที่ 24.08 - 36.00 (มาตรฐาน = 0) ทำให้ยังเกิดโรคในพื้นที่ สาเหตุของปัญหาด้านประชาชน ขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ด้านสิ่งแวดล้อม เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ยุง เช่น มีขยะ

หมู่บ้านและน้ำขังในกะลารองน้ำยางในสวนยางพารา ด้านระบบและอุปกรณ์: ระบบเฝ้าระวังในชุมชนขาดความต่อเนื่อง วัสดุอุปกรณ์ (ทรายอะเบท น้ำยาเคมี เครื่องพ่น) มีไม่เพียงพอ ด้านภาคีเครือข่าย ขาดพลังและการมีส่วนร่วม โดยภาระงานตกอยู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ อบต. เป็นหลัก ส่วนภาคส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะภาคประชาชนยังขาดส่วนร่วมอย่างมาก

ส่วนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แบบมีส่วนร่วม AIC

1.ระยะเตรียมการ (ธันวาคม 2568)

1.1 ศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก (HI, BI, CI, อัตราป่วย, อัตราป่วยตาย) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2567

1.2 กำหนดพื้นที่ศึกษา และประสานงานเครือข่ายสุขภาพชุมชน

1.3 จัดเตรียมความพร้อมทีมวิจัยและภาคีเครือข่ายสนับสนุน

1.4 ส่งแบบทดสอบและแบบสอบถามเพื่อประเมินก่อนการวิจัย

1.5 จัดเตรียมสถานที่และทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

2.ระยะการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนด้วยกระบวนการ AIC (22 ธันวาคม 2568)

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ณ ศาลาประชาคม ต.บึงหวาย อ.เต่างอย มีผู้เข้าร่วม 136 คน โดยแบ่งกระบวนการเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้:

2.1 ขั้นเข้าใจสถานการณ์และกำหนดเป้าหมาย (A: Appreciation) วิเคราะห์ปัญหาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านกลุ่มย่อย พบว่าสาเหตุเกิดจาก คน (นอนไม่กางมุ้ง ขาดความรู้/วินัย), ตัวก่อโรค (ยุงลายบ้าน/สวนชุกชุมและดื้อยา), สิ่งแวดล้อม (ป่ารก ขยะขังน้ำ ไร่ไม่ได้ใช้สวนยางพารามีน้ำขังในกะลา และบ้านมิดทึบ) รวมถึงอุปสรรคด้านงบประมาณและอุปกรณ์จำกัด สร้างเป้าหมายร่วมกัน ที่ประชุมลงมติตั้ง "ภาพฝัน"

ร่วมกันคือ "ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก"

2.2 ขั้นค้นหาวิธีการสู่เป้าหมาย (I: Influence) ระดมความคิดเพื่อหามาตรการทางสังคมและนโยบายพื้นที่ เช่น ตั้งทีมควบคุมโรคระดับหมู่บ้าน, พัฒนาศักยภาพ อสม., สำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ทุกสัปดาห์ในชุมชน/โรงเรียน/วัด, พัฒนาระบบเฝ้าระวัง, และกำหนดนโยบายให้ทุกฝ่ายรับผิดชอบร่วมกัน

2.3 ขั้นกำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (C: Control) ร่วมกันเขียนแผนปฏิบัติการและแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน

ผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์สัปดาห์ละครั้ง, จัดทำประชาคม และนำทำความสะอาดรอบหมู่บ้าน

ประชาชน หน่วยงาน/โรงเรียน ปฏิบัติตามมาตรการ "5 ป 1 ข" (ปิด, เปลี่ยน, ปล่อยปลา, ปรับปรุง, ปฏิบัติทุก 7 วัน + ชัดฉวีวาชนะ)

อสม. สำรวจและรายงานผลลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์, เคาะประตูบ้านเฝ้าระวังโรค, และแจกทรายอะเบท

รพ.สต./โรงพยาบาล จัดอบรม, กำกับติดตาม อสม., ทำแผนปฏิบัติการและสรุปรายงานผล

3. ขั้นปฏิบัติการและผลการดำเนินงาน (เริ่มธันวาคม 2568) จากการนำแผนไปปฏิบัติผ่าน 6 กิจกรรมหลัก สรุปผลลัพธ์ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดตั้งทีมควบคุมโรคระดับตำบล สามารถตั้งคณะทำงานบูรณาการ ทั้ง 4 ตำบล มีโครงสร้างหน้าที่และแผนปฏิบัติการชัดเจน

กิจกรรมที่ 2 อบรม อสม. และแกนนำ ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะภาคปฏิบัติผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) สามารถคำนวณดัชนีลูกน้ำยุงลายและสื่อสารความเสี่ยงได้

กิจกรรมที่ 3 สร้างความรู้ในชุมชน รณรงค์ผ่านหอกระจายข่าว สื่อประชาสัมพันธ์และอสม. เคาะประตูบ้าน ประชาชนมีความรู้ผ่านเกณฑ์เกินร้อยละ 80 และร่วมมือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์มาก

ขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม
ทำความสะอาดชุมชนทุกสัปดาห์ ส่งผลให้
สิ่งแวดล้อมดีขึ้น คุณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้ตาม
เกณฑ์ คือ HI ไม่เกินร้อยละ 10 และ CI เท่ากับ 0

กิจกรรมที่ 5 สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ประจำ
สัปดาห์ อสม.สำรวจภาชนะและรายงานผลทุก
สัปดาห์ ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย ช่วยให้ค้นหา
และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างรวดเร็ว

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและ
รายงานโรค สร้างช่องทางรายงานผ่านไลน์ (Line
Group) และแบบฟอร์มชุมชน อสม.แจ้ง
สถานการณ์ได้ถูกต้องตรงเวลา สรุปข้อมูลราย
เดือน และแจ้งเหตุโรคระบาดได้เร็วภายใน 24
ชั่วโมง ทำให้ระงับการแพร่กระจายของโรคได้
ทันทั่วทั้ง

**ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย
สุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรค
ใช้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร**

1) ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพชุมชน
พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 อายุ
ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 44.9 โดยมี
อายุเฉลี่ย 49.68 ปี (ต่ำสุด 23 ปี, สูงสุด 80 ปี)
ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ
27.9 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 23.5 ส่วน
ใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่
ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือรับ
ราชการ ร้อยละ 16.1 ตำแหน่งในชุมชนส่วนใหญ่
เป็น อสม. ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ร้อยละ 14.7 รายได้ครอบครัว ส่วน
ใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีรายได้ช่วง 2,000-18,000
บาท โดยมีรายได้เฉลี่ย 12,000 บาท/เดือน (ต่ำสุด
2,000 บาท, สูงสุด 50,000 บาท) ประสบการณ์ใน
การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกใน
ชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 10 ปีคิดเป็นร้อยละ
83.1 มีประสบการณ์เฉลี่ย 6.49 ปี (S.D. = 4.86)
ประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี ประสบการณ์มากที่สุด
28 ปี

ระดับความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกและการ
ป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของเครือข่าย
สุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร
ก่อนและหลังการพัฒนา ระดับความรู้เรื่องโรค
ใช้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรค
ใช้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่
เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แยกรายพื้นที่ พบว่า ก่อน
การพัฒนา เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.สร้างก่อ
อ.ภูพาน มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 15.94,
S.D = 1.61) เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.บึงหวาย
อ.เต่างอย มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 15.79,
S.D = 1.81) เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.หนองปลิง
อ.นิคมคำอุ่น มีความรู้ระดับดี ($\bar{X}$ = 16.38, S.D =
1.50) เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก
มีความรู้ระดับดี ($\bar{X}$ = 16.79, S.D = 2.03) หลัง
การพัฒนา เครือข่ายสุขภาพชุมชนมีระดับความรู้
เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทุกพื้นที่ และมีความรู้ภาพรวม
ระดับดี ($\bar{X}$ = 18.47, S.D = 1.55)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของเครือข่าย
สุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา แยกรายพื้นที่

ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกและการ ป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	136	ดี	16.42	1.88	-18.15	135	<0.001*
หลังการพัฒนา	136	ดี	18.47	1.55			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการพัฒนา มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร จำนวน 136 คน พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี (23.34 -

30.00 คะแนน) เพิ่มขึ้นจาก 75 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.1 เป็น 134 คน คิดเป็นร้อยละ 98.5 ขณะที่กลุ่มที่มีระดับมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวปานกลาง ลดลงจาก 61 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 เหลือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 23.80 คะแนน (S.D. = 2.58) ก่อนการพัฒนา เป็น 28.82 คะแนน (S.D. = 1.66) ภายหลังการพัฒนา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	136	ดี	23.80	2.58	-24.37	135	<0.001*
หลังการพัฒนา	136	ดี	28.82	1.66			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน(การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา) ในพื้นที่เสี่ยงสูง ก่อนพัฒนา ทุกตำบลมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 47.53, S.D. = 3.70) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยสูงสุดคือ ต.บึงทวาย อ.เต่างอย อยู่

ในระดับดี ($\bar{X}$ = 47.38, S.D. = 3.28) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำสุดคือ ต.หนองปลิง อ.นิคมจำบอน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 46.56, S.D. = 4.03) ภายหลังพัฒนาทุกตำบล มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 57.10, S.D. = 3.65) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยสูงสุดคือ ต.กุดบาก อ.กุดบาก อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 58.59, S.D. = 1.69) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำสุดคือ ต.หนองปลิง อ.นิคมจำบอน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 56.41, S.D. = 4.07)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	136	ดี	47.53	3.70	-29.63	135	<0.001*
หลังการพัฒนา	136	ดี	57.10	3.65			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

2) ข้อมูลทั่วไปของประชาชนตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.2 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 33.9 รองลงมาคือ 60-69 ปี ร้อยละ 25.0 โดยมีอายุ

เฉลี่ย 52.55 ปี (ต่ำสุด 20 ปี, สูงสุด 85 ปี) ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.6 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 68.4 ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 78.0 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 11.5 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.5 มีรายได้ช่วง 700-22,133.33 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ย 7,613 บาท/เดือน (ต่ำสุด 700 บาท, สูงสุด 65,000 บาท) การรับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่รับจากวิทยุ โทรทัศน์ และหอกระจายข่าว ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือหน่วยงานราชการ ร้อยละ 24.3 และสื่อออนไลน์ ร้อยละ 20.5

ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แยกรายพื้นที่ พบว่า ก่อนการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่ที่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี ยกเว้น ประชาชนในพื้นที่ ต.หนองปลิง อ.นิคมคำนูน มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.93$, S.D = 1.99) หลังการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่ที่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทุกพื้นที่ ประชาชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก มีความรู้มากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 18.92$, S.D = 1.91) และมีความรู้ภาพรวมระดับดี ($\bar{X} = 17.74$, S.D = 2.03)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	440	ดี	16.11	2.08	-25.20	439	<0.001*
หลังการพัฒนา	440	ดี	17.73	2.03			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร พบว่าหลังการพัฒนา มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แยกรายพื้นที่ พบว่า ก่อนการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่ที่มีระดับระดับพฤติกรรม

การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ทุกพื้นที่ ($\bar{X} = 24.75$, S.D = 2.14) ประชาชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 25.28$, S.D = 1.99) หลังการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่ที่มีระดับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น ประชาชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 29.47$, S.D = 0.85) และมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวภาพรวมระดับดี ($\bar{X} = 28.46$, S.D = 1.95)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	440	ดี	24.75	2.14	-40.38	439	<0.001*
หลังการพัฒนา	440	ดี	28.46	1.95			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ใช้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร พบว่า หลังการพัฒนา มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

ภายหลังการพัฒนา ศักยภาพเครือข่าย สุขภาพชุมชน ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) ในพื้นที่เสี่ยงสูงทั้ง 4 ตำบลมีอัตรา ลดลงอย่างชัดเจน โดยค่าเฉลี่ยรวมของดัชนีบ้าน (HI) ลดลงจาก 56.94 เหลือ 5.97 ดัชนีภาชนะ (CI) ลดลงจาก 40.62 เหลือ 17.13 และดัชนีภาชนะต่อ บ้าน 100 หลัง (BI) ลดลงจาก 113.62 เหลือ 38.46

ก่อนดำเนินการ (ธันวาคม 2567 - เมษายน 2568) ในพื้นที่เสี่ยงสูงทั้ง 3 ตำบล พบผู้ป่วยตำบล ละ 1 ราย ยกเว้น ตำบลบึงทวาย พบผู้ป่วย 2 ราย รวมทั้งหมด 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วยรวม 4.72 ต่อ แสนประชากร ไม่พบผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก หลังดำเนินการ (ธันวาคม 2568 - เมษายน 2569) ผลลัพธ์ประสบความสำเร็จอย่างดียิ่งเยี่ยม ในช่วง เวลาเดียวกันของปีถัดมา ไม่พบผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นเลยในทุกพื้นที่ (0 ราย) อัตรา ป่วยลดลงเหลือ 0.00 ต่อแสนประชากร ไม่พบ ผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control) ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 1) กลุ่ม เครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 136 คน 2) ประชาชนที่เป็นตัวแทนหลังคาเรือน จำนวน 440 คน ดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่ อำเภอนิคมน้ำอูน อำเภอภูพาน อำเภอเต่างอย อำเภอกุด

บาก และคัดเลือกพื้นที่ตำบลเสี่ยงสูงอันดับหนึ่งของแต่ละอำเภอ ได้แก่ 1) ตำบลหนองปลิง อำเภอ นิคมน้ำอูน 2) ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน 3) ตำบล บึงทวาย อำเภอเต่างอย และ 4) ตำบล กุดบาก อำเภอกุดบาก ทำศึกษาวิเคราะห์ระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึง เมษายน 2569 รูปแบบการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) การดำเนินงาน ตามกระบวนการ AIC จัดประชุมเครือข่ายสุขภาพ ชุมชน 136 คน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ตั้งเป้าหมาย "ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรค ไข้เลือดออก" และจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีการ มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน การปฏิบัติการ ขับเคลื่อนผ่าน 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้ง ทีมป้องกันและควบคุมโรคระดับตำบล 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำ 3) การ สร้างความตระหนักรู้ผ่านหอกระจายข่าวและการ เคาะประตูบ้าน 4) การดูแลความสะอาด สิ่งแวดล้อมทุกสัปดาห์ 5) การสำรวจและกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์อย่างต่อเนื่อง (ครอบคลุมเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 80) 6) การพัฒนาระบบรายงาน ผ่านกลุ่ม Line แจ้งเหตุได้ภายใน 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังดำเนินการพัฒนาด้วย กระบวนการ AIC เครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 136 คน มีระดับความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้น ความรู้ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.6 เป็นร้อยละ 95.6 มีระดับ พฤติกรรมระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.1 เป็น ร้อยละ 98.5 และการมีส่วนร่วมระดับมากเพิ่มขึ้น ระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.9 เป็นร้อยละ 96.3 การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ พฤติกรรม และ การมีส่วนร่วมทั้งหมดนี้ แตกต่างจากก่อนการ พัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับประสิทธิ์ ภูมิโส⁹ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการ วางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมี ส่วนร่วมและความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับ ทองบน เนาว์แก้ว¹⁰ ได้ศึกษา การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรค ใช้เลือดออกของแกนนาสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคใช้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนตัวแทนครัวเรือน (440 คน) ระดับความรู้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 64.1 เป็น ร้อยละ 86.8 และพฤติกรรมระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.0 เป็น ร้อยละ 95.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับ กานต์ญาณี เกียรติพนมแพ บุญเทียน อาสารินทร์ และสุภาภรณ์ โคตรมณี¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรค ใช้เลือดออก พื้นที่เสี่ยงสูง เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น ก่อนการดำเนินงานมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 64.19 หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85.00 ด้านพฤติกรรม ประชาชนมีพฤติกรรมก่อนการดำเนินงานในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 80.59 หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89.21 ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีบ้านที่พบลูกน้ำ ยุงลาย (HI) ลดจากร้อยละ 56.98 เหลือ ร้อยละ 5.97 (ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ไม่เกิน 10) ดัชนีภาชนะที่พบลูกน้ำ (CI) ลดจากร้อยละ 40.66 เหลือ ร้อยละ 17.13 ดัชนีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลัง (BI) ลดจากร้อยละ 113.72 เหลือ ร้อยละ 38.46 การลดลงของดัชนีลูกน้ำยุงลายนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์ (2563) สอดคล้องกับ ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์⁵ ได้ศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรค ใช้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอบึงลุมพิก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ค่า HI CI BI

ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานหลังดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินการ (ธ.ค. 2567 - มี.ค. 2568) พบผู้ป่วย 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4.72 ต่อแสนประชากร ภายหลังดำเนินการ (ธ.ค. 2568 - มี.ค. 2569) ไม่พบผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกเลยในทุกพื้นที่ (0 ราย) และไม่มีผู้เสียชีวิต ทำให้อัตราป่วยลดลงเหลือ 0.00 ต่อแสนประชากร สอดคล้องกับ ประสิทธิ์ มณีโสภ⁹ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลจากการดำเนินการส่งผลให้อัตราป่วยโรค ใช้เลือดออกลดลงจาก 342.7 ต่อแสนประชากร (60 ราย) ในปี 2566 เหลือ 97.12 ต่อแสนประชากร (17 ราย) ในปี 2567 คิดเป็นการลดลง ร้อยละ 71.7 ยังสอดคล้องกับ กานต์ญาณี เกียรติพนมแพ บุญเทียน อาสารินทร์ และสุภาภรณ์ โคตรมณี¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคใช้เลือดออก พื้นที่เสี่ยงสูง เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคใช้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรค ใช้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม และระบบเฝ้าระวังโรค พัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาโรคใช้เลือดออกในชุมชน ส่งผลให้ ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรค ใช้เลือดออกได้ถูกต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต ลด อัตราป่วยด้วยโรคใช้เลือดออก ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงความยั่งยืนในการแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัยไปปฏิบัติ

1. ควรส่งเสริมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (กลุ่ม Line หมู่บ้าน) เป็นระบบแจ้งเตือนและเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเร็วในการสื่อสารความเสี่ยง เมื่อพบผู้ป่วยสงสัย ทีมควบคุมโรคระดับพื้นที่ (รพ.สต. และ อปท.) สามารถแจ้งประสานงานไปยังผู้นำชุมชน และ อสม. ทำให้การลงพื้นที่สอบสวน ควบคุมโรค และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบที่พักอาศัยของผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้ทันที” (FG16_เจ้าหน้าที่สาธารณสุข_22/12/2568)

2. พัฒนาชุดความรู้เฉพาะทางเพิ่มเติมให้กับภาคประชาชนแม้ความรู้ทั่วไปจะอยู่ในระดับดี แต่ผลวิจัยชี้ว่าประชาชนบางส่วนยังมีข้อจำกัดเรื่อง "การใช้ยาในผู้ป่วยไข้เลือดออก" (เช่น ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 36.4 ขาดความรู้ข้อห้ามการใช้ยาพาราเซตามอล ร้อยละ 31.4 และขาดความรู้เรื่องการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 16.6) จึงควรเน้นย้ำเรื่องความปลอดภัยของการใช้ยาเมื่อมีไข้สูงเฉียบพลันในสื่อหออกระจายข่าวและการเคาะประตูบ้านของ อสม.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรผลักดันการดำเนินงานตามกิจกรรม "ชุมชนปลอดยุงน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก" ให้เป็นธรรมเนียมชุมชนหรือข้อบัญญัติท้องถิ่น (อบต.หรือเทศบาล) หรือควรกำหนดนโยบายนี้ให้เป็นมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้านอย่างเป็นทางการ เพื่อสร้างความรับผิดชอบในชุมชน

2. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ควรบรรจุแผนงานการควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมไว้ในแผนงบประมาณประจำปี เพื่อจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น (เช่น ทรายอะเบท น้ำยาเคมี สื่อประชาสัมพันธ์) ให้เพียงพอตลอดทั้งปี ไม่เฉพาะช่วงที่มีการระบาด

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป เนื่องจากการวิจัยนี้ดำเนินการในช่วงระยะเวลา 5 เดือน (ธันวาคม 2568 – เมษายน 2569) ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะ 1 - 2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมประชาชนและการคงอยู่ของระบบเฝ้าระวังในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก.(2567). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กและผู้ใหญ่ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2567.
2. World Health Organization.(2024). Dengue and severe dengue [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
3. กรมควบคุมโรค.(2568). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2025/06/34359?utm_source=chatgpt.com
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.(2568). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2567. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2568.
5. ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์.(2563). การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไรใต้ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
6. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.
7. พิสนุ พงศ์ศรี.(2557). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด; 2557.
8. ยุทธ ไกยวรรณ.(2560). สถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
9. ประสิทธิ์ มณีสม.(2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในอำเภอมะขาม จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการโรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึง

เมื่อ 4 ส.ค. 2568];7(2):1-15. (หรือระบุเลขปีที่/ฉบับที่ตามจริง). เข้าถึงได้จาก:

<https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/20241127061033.pdf>

10. ทองบน เนาว์แก้ว.(2562). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2562;7(2):1-15.
11. กานต์ญาณี เกียรติพนมแพ, บุญเทียน อาสารินทร์, สุภาภรณ์ โคตรมณี.(2566). การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกพื้นที่เสี่ยงสูง เขตสุขภาพที่ 8. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2566;30(1):1-12.