

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

People's participation in the control and prevention of chikungunya fever at Nong Sarai Primary Care Cluster, Pak Chong district, Nakhon Ratchasima province

ภิษณี วิจันติก

Pitsanee Wichantuk

คณะสาธารณสุขศาสตร์

Faculty of Public Health,

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

DOI: 10.14456/dcj.2022.22

Received: August 19, 2021 | Revised: April 11, 2022 | Accepted: April 19, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย จำนวน 354 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-squared test, Fisher's exact test และ Spearman correlation coefficient ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.9) มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ การทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( $p<0.001$ ) การทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชน ( $p<0.01$ ) ความรู้เกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา ( $r_s=0.525$ ,  $p<0.01$ ) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคชิคุนกุนยา ( $r_s=0.336$ ,  $p<0.01$ ) ปัจจัยเอื้อ คือ การมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาในชุมชน ( $p<0.001$ ) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ( $p<0.01$ ) การได้รับการอบรม ( $p<0.001$ ) และการได้รับเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ( $p<0.001$ ) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยาทุกด้านเพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของชุมชนอย่างยั่งยืน

ติดต่อผู้พิมพ์ : ภิษณี วิจันติก

อีเมล : pitsanee.w@nrru.ac.th

## Abstract

This descriptive research aimed to study the participation of population to prevent and control chikungunya fever and factors that associated with the participation of population in the prevention and control of chikungunya fever. The samples consisted of 354 participants recruited from households living in the areas under the control of Nong Sarai Primary Care Cluster. The samples were obtained using a stratified sampling method. The research instruments were self-reported questionnaires. The data were analyzed using

descriptive statistics Chi-squared test, Fisher's exact test and Spearman correlation coefficient. The results revealed that 46.9% of samples had a high level on the participation of population to prevent and control chikungunya fever. The selected predisposing, enabling, reinforcing factors were significantly associated with the people's participation to prevent and control chikungunya fever. The four predisposing factors were being a village health volunteer ( $p < 0.001$ ), being a community leader ( $p < 0.01$ ), knowledge about chikungunya fever ( $r_s = 0.525$ ,  $p < 0.01$ ) and the perception about chikungunya fever ( $r_s = 0.336$ ,  $p < 0.01$ ). The enabling factor was the accessibility of prevention equipment for chikungunya fever ( $p < 0.001$ ). In addition, the three reinforcing factors were given information ( $p < 0.01$ ), being trained on chikungunya fever ( $p < 0.001$ ) and given document/leaflet/manual for the prevention of chikungunya fever ( $p < 0.001$ ). The related authorities should encourage the participation of people in prevention and control of chikungunya fever for every procedure that support the cooperation of sustainable community participation.

**Correspondence:** Pitsanee Wichantuk

**E-mail:** pitsanee.w@nrru.ac.th

### คำสำคัญ

การมีส่วนร่วม, การป้องกันและควบคุมโรค,  
โรคชิกุงุนยา

### Keywords

participation, prevention and control,  
chikungunya fever

## บทนำ

โรคชิกุงุนยา หรือโรคไข้วัดข้อยุ่งลาย เป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสชิกุงุนยา (Chikungunya virus) โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะนำโรคพบการระบาดครั้งแรกที่ประเทศแทนซาเนีย ในปี พ.ศ. 2495 และแพร่ระบาดไปยังหลายทวีป<sup>(1)</sup> ในประเทศไทยพบรายงานโรคครั้งแรก ในปี 2501 ปัจจุบันยังคงพบผู้ป่วยในทุกภูมิภาคได้ตลอดทั้งปี พบมากในช่วงฤดูฝนและพบผู้ป่วยได้ในทุกกลุ่มอายุ อาการของโรค คือ มีไข้สูงฉับพลัน พบผื่นแดงตามร่างกาย อาจมีอาการคัน ตาแดง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน และชัก โดยในเด็กมักไม่มีอาการรุนแรง แต่ในวัยผู้ใหญ่พบอาการที่สำคัญ คือ ปวดข้อ อาจข้อบวมและอักเสบจนเกิดการผิดรูปและปวดเป็นระยะเวลานานเป็นเดือนหรือปี และในบางรายอาจรุนแรงมากจนทำให้ขยับข้อไม่ได้<sup>(2-4)</sup> โรคชิกุงุนยายังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในหลายพื้นที่โดยพบได้บ่อยที่ในภาคใต้ โดยจากรายงานสถานการณ์โรค พบว่ามีผู้ป่วยสูงสุดในปี 2552 ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 82.0 ต่อประชากรแสนคน

และ ลดลงหลังจากนั้น แต่พบแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2561-2562 ซึ่งภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 70.3 ต่อประชากรแสนคน และพบระบาดในพื้นที่ชุมชนหรือเขตเมืองมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยง คือ อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาด หรือมีประวัติเดินทางเข้าพื้นที่เสี่ยง หรือเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิด และมีพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากยุงไม่เหมาะสม<sup>(3)</sup>

จังหวัดนครราชสีมา พบการระบาดของโรคชิกุงุนยาในพื้นที่ อำเภอปากช่อง ครั้งแรกในปี 2562 ซึ่งพบการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ การระบาดของโรคชิกุงุนยาในพื้นที่ยังพบระบาดเพิ่มขึ้นไปยังหลายตำบล ในปี 2563 โดยตำบลหนองสาหร่ายเป็นตำบลที่พบการกระจายของโรคชิกุงุนยาในชุมชนและมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นสูงสุด จากอัตราป่วยเท่ากับ 23.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 61.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2563 และในตำบลลั้งคงพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 197.14 ต่อประชากรแสนคน<sup>(5-6)</sup>

ทั้งนี้ คลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่ายเป็นหน่วยงานระบบบริการปฐมภูมิใน ต.หนองสาหร่าย ที่พบผู้ป่วยในชุมชนและมีแพร่ระบาดในบริเวณบ้านเรือนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งแม้ไม่พบการเสียชีวิต แต่พบผลกระทบทางสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีอาการปวดข้อเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันและการประกอบอาชีพ จากสถานการณ์ดังกล่าว การควบคุมพาหะนำโรค คือ ยุงลาย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้น หากประชาชนทุกคนในชุมชนร่วมมือร่วมใจช่วยกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายควบคู่ไปกับการพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากยุงลายที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันโรคชิกุนกูยาของหน่วยงานในพื้นที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำเร็จอย่างยั่งยืน ตามหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ตระหนักถึงปัญหาของชุมชน และมีส่วนร่วมในแก้ไขปัญหาของตนเอง<sup>(7)</sup>

ดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย โดยนำทฤษฎี PRECEDE Model<sup>(8)</sup> มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยทฤษฎีดังกล่าวอธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกระทำของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และการรับรู้ 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ รายได้ การได้รับสิ่งสนับสนุน การเข้าถึงแหล่งบริการ และการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายได้สะดวก และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกที่ได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งช่วยสนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล

ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลอื่น การได้รับสื่อและการเข้าถึงสื่อต่าง ๆ<sup>(8-9)</sup> เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff<sup>(10)</sup> ซึ่งมี 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาของประชาชน และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย โดยข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคชิกุนกูยาในพื้นที่ได้

## วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-022-2564 ซึ่งรับรองวันที่ 29 มกราคม 2564

### นิยามศัพท์

คลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย (Nong Sarai Primary Care Cluster) หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมซึ่งส่งผลให้เกิดการดูแลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง โดยมีทีมสหวิชาชีพ คือ ทีมหมอครอบครัว (Family medical care team) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมกันให้การดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน 10,000 คน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งมี 7 ชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนหนองสาหร่าย ชุมชนวัดจันทิก ชุมชนข้างโรงทอ ชุมชนท่าเลื่อนสามัคคี ชุมชนบ้านน้อยทุ่งสว่าง ชุมชนศาลเจ้า

## แม่กวานอิม และชุมชนท่ามะนาว

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาของโรคภายในชุมชน วิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรค ร่วมวางแผนและกำหนดวิธีดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคซิคุนกุญาภายในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคซิคุนกุญาภายในครอบครัวและภายในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หมายถึง การมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคซิคุนกุญาภายในครอบครัวและภายในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง การมีส่วนร่วมในการติดตามผล การประเมินผล การรับรู้ความสำเร็จของการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคซิคุนกุญาภายในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ คราวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย ต.หนองสาหร่าย อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว หนองสาหร่าย

| ชุมชน                | จำนวนหลังคาเรือนในชุมชนทั้งหมด<br>(หลัง) | จำนวนตัวแทนครัวเรือน<br>(คน) |
|----------------------|--|------------------------------|
| 1. หนองสาหร่าย       | 1,318                                    | 104                          |
| 2. วัดจันทิก         | 704                                      | 55                           |
| 3. ข้างโรงทอ         | 1,060                                    | 84                           |
| 4. ทำเลื้อนสามัคคี   | 526                                      | 41                           |
| 5. บ้านน้อยทุ่งสว่าง | 191                                      | 15                           |
| 6. ศาลเจ้าแม่กวานอิม | 438                                      | 35                           |
| 7. ท่ามะนาว          | 255                                      | 20                           |
| รวม                  | 4,492                                    | 354                          |

จำนวน 4,492 หลังคาเรือน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan<sup>(11)</sup> กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 354 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่มครัวเรือนออกเป็นกลุ่มย่อยตามชุมชนที่อยู่อาศัย ซึ่งมีจำนวน 7 ชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนหนองสาหร่าย ชุมชนวัดจันทิก ชุมชนข้างโรงทอ ชุมชนทำเลื้อนสามัคคี ชุมชนบ้านน้อยทุ่งสว่าง ชุมชนศาลเจ้าแม่กวานอิม และชุมชนท่ามะนาว จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละชุมชนตามสัดส่วนของครัวเรือนในแต่ละแห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครัวเรือนซึ่งอาศัยอยู่เป็นประจำ ครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 354 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) (ตารางที่ 1) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน อายุ 20-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจนเสร็จสิ้น ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และผู้ที่ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยในขณะตอบแบบสอบถาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคชิคุงุนยาในรอบปี 2563 การทำหน้าที่เป็น อสม. การทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชน การได้รับสิ่งสนับสนุนประเภทผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิคุงุนยา การได้รับการพ่นหมอกควันกำจัดยุงบริเวณที่พักอาศัยจากหน่วยงานของภาครัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรค การได้รับเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคชิคุงุนยา และการมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิคุงุนยาในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคชิคุงุนยา จำนวน 8 ข้อ แบบปรนัยมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน และแปลผลระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ<sup>(12)</sup> คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (7-8 คะแนน) คือ ระดับสูง ร้อยละ 60-79 (5-6 คะแนน) คือ ระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-4 คะแนน) คือ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคชิคุงุนยา แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการป้องกันโรค จำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีความหมายทางบวกและทางลบ และเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามความหมายทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย โดยข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม และแปลผลระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ<sup>(13)</sup> คือ ระดับสูง (38-48

คะแนน) ระดับปานกลาง (27-37 คะแนน) และระดับต่ำ (16-26 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุงุนยา แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 19 ข้อ แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่เคยมีส่วนร่วม (ไม่เคยเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรม) มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง (เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง) และมีส่วนร่วมเป็นประจำ (เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำทุกครั้งที่) และแปลผลระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ระดับ(13) คือ และมีระดับมาก (26-38 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-25 คะแนน) และระดับน้อย (0-12 คะแนน)

**การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564 ซึ่งยังคงอยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคขณะเก็บข้อมูลวิจัยโดยได้ใส่หน้ากากอนามัยในทุกครั้ง ได้ทำความสะอาดมือของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมด้วยแอลกอฮอล์ 70% และได้มอบหน้ากากอนามัย และปากกาใหม่ 1 ด้าม ให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน เพื่อสวมใส่และใช้ตอบแบบสอบถามเป็นการส่วนตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค ผู้วิจัยได้ชี้แจง ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลเสียใดเกิดขึ้น ผู้วิจัยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน นำข้อคำถามที่มีค่า Index of Item Objective Congruence ระหว่าง 0.67-1.00 ไปทดลองใช้กับตัวแทนครัวเรือน ต.ปากช่อง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามด้านการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยามีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 และ 0.89 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ค่าต่ำสุด (minimum: min) และค่าสูงสุด (maximum: max) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติอนุमान ได้แก่ Chi-squared test โดยใช้ Fisher's exact test ในกรณีที่ภายในเซลล์มีค่า 0 และค่าคาดหวัง (Expected Value) ในแต่ละเซลล์มีค่าน้อยกว่า 5 เกิน ร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด และ Spearman correlation coefficient เนื่องจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

### ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามสมบูรณ์กลับคืนมาทั้งสิ้น จำนวน 354 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับคืน (Response rate) ร้อยละ 100 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 68.4) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย  $47.7 \pm 16.1$  ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.3 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.5 อาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 35.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,789.2 บาท/

เดือน (median=9,000, min=0, max=100,000) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ชั้นไป ร้อยละ 77.4 โดยระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนเฉลี่ย 29.2 ปี (median=29.5, min=1, max=74) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.6 ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวที่เคยป่วยด้วยโรคชิกุนกุนยาในรอบปี 2563 ร้อยละ 96.9 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.7) ไม่ได้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชน (ร้อยละ 95.5) โดยในปี 2563 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับสิ่งสนับสนุนประเภทผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยา ร้อยละ 78.8 โดยได้รับทรายอะเบทมากที่สุด ร้อยละ 78.8 ในปี 2563 ได้รับการพ่นหมอกควันกำจัดยุงจากหน่วยงานของภาครัฐ ร้อยละ 89.8 ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา ร้อยละ 64.1 โดยได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 43.5 ไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา ร้อยละ 76.0 ไม่เคยได้รับเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคชิกุนกุนยา ร้อยละ 82.2 และในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยา ร้อยละ 83.9 โดยมีสเปรย์กำจัดยุงจำหน่ายมากที่สุด ร้อยละ 66.4

#### ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา

กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 38.7) มีความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยาอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) โดยพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ “วิธีป้องกันโรคชิกุนกุนยาที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้ถูกยุงลายกัด” (ร้อยละ 84.2) ในขณะที่ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ “โรคชิกุนกุนยาสามารถเกิดขึ้นได้เฉพาะในฤดูฝนเท่านั้น” (ร้อยละ 66.1)

#### การรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยาอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.1) เห็นด้วยกับข้อคำถามที่ว่า “การป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยาเป็นหน้าที่ของ

ทุกคนในชุมชนและความร่วมมือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ” ประมาณครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50.8) ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “โรคชิกุนกูยา สามารถแพร่ระบาดได้ทุกฤดู” และร้อยละ 45.2 ไม่แน่ใจกับข้อความที่ว่า “ในวัยเด็กหากป่วยด้วยโรคชิกุนกูยาจะมีอาการรุนแรงมากกว่า ช่วงวัยอื่น”

#### การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.9) มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกตามด้าน พบว่า ประมาณครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 50.8) ระบุว่ามีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์ในระดับมาก มีเพียงร้อยละ 35.0 ที่ระบุว่า

มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับมาก (ตารางที่ 2) โดยพบว่า กิจกรรมด้านการปฏิบัติการที่มีส่วนร่วมเป็นประจำ (ร้อยละ 72.9) คือ การป้องกันโรคชิกุนกูยาภายในครอบครัวของตนเอง เช่น จัดบริเวณบ้านให้ปลอดโปร่ง ไม่มีมุมอับ ป้องกันไม่ให้มีแหล่งน้ำขังภายในบ้าน และป้องกันไม่ให้ยุงกัด เป็นต้น ร้อยละ 37.6 มีส่วนร่วมในด้านการประเมินผลเป็นบางครั้ง ได้แก่ การประเมินสภาพแวดล้อมของชุมชนก่อนดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยา ในขณะที่ ร้อยละ 35.9 ระบุว่าไม่เคยมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจวิเคราะห์หาแนวทางในการป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วยด้วยโรคชิกุนกูยาร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูยา การรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูยา และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาจำแนกรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=354)

| ปัจจัย                                | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|------------|--------|
| <b>ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูยา</b>   |            |        |
| ระดับสูง (7-8 คะแนน)                  | 108        | 30.5   |
| ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)              | 137        | 38.7   |
| ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)                  | 109        | 30.8   |
| (mean=4.96, SD=2.39, min=0, max=8)    |            |        |
| <b>การรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูยา</b> |            |        |
| ระดับสูง (38-48 คะแนน)                | 285        | 80.5   |
| ระดับปานกลาง (27-37 คะแนน)            | 59         | 16.7   |
| ระดับต่ำ (16-26 คะแนน)                | 10         | 2.8    |
| (mean=40.14, SD=5.32, min=16, max=48) |            |        |
| <b>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</b>     |            |        |
| ระดับมาก (8-10 คะแนน)                 | 124        | 35.0   |
| ระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)              | 95         | 26.8   |
| ระดับน้อย (0-3 คะแนน)                 | 135        | 38.1   |
| (mean=5.10, SD=3.90, min=0, max=10)   |            |        |
| <b>การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ</b>   |            |        |
| ระดับมาก (8-10 คะแนน)                 | 170        | 48.0   |
| ระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)              | 115        | 32.5   |
| ระดับน้อย (0-3 คะแนน)                 | 69         | 19.5   |
| (mean=6.50, SD=3.32, min=0, max=10)   |            |        |

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา การรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกุนยา และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยาจำแนกรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=354)

| ปัจจัย  | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์                       |            |        |
| ระดับมาก (8-10 คะแนน)                                 | 180        | 50.8   |
| ระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)                              | 90         | 25.4   |
| ระดับน้อย (0-3 คะแนน)                                 | 84         | 23.7   |
| (mean=6.51, SD=3.51, min=0, max=10)                   |            |        |
| การมีส่วนร่วมในการประเมินผล                           |            |        |
| ระดับมาก (6-8 คะแนน)                                  | 124        | 35.0   |
| ระดับปานกลาง (3-5 คะแนน)                              | 118        | 33.3   |
| ระดับน้อย (0-2 คะแนน)                                 | 112        | 31.6   |
| (mean=4.06, SD=3.10, min=0, max=8)                    |            |        |
| การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยาโดยรวม |            |        |
| ระดับมาก (26-38 คะแนน)                                | 166        | 46.9   |
| ระดับปานกลาง (13-25 คะแนน)                            | 96         | 27.1   |
| ระดับน้อย (0-12 คะแนน)                                | 92         | 26.0   |
| (mean=22.18, SD=12.71, min=0, max=38)                 |            |        |

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การทำหน้าที่เป็น อสม. ( $p<0.001$ ) และการทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชน ( $p<0.01$ ) ด้านปัจจัยเอื้อ คือ การมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/

อุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยาในชุมชน ( $p<0.001$ ) และด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ( $p<0.01$ ), การได้รับการอบรมให้ความรู้ ( $p<0.001$ ) และการได้รับเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ( $p<0.001$ ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกุนยาโดยรวม (n=354)

| ปัจจัย  | การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคชิกุนกุนยาโดยรวม |                     |
|---|--|---------------------|
|   | $\chi^2$   | p-value             |
| ปัจจัยนำ  |  |                     |
| เพศ   | 2.374  | 0.305               |
| สถานภาพสมรส   | 9.305  | 0.157               |
| ระดับการศึกษา                                       | 9.884  | 0.451               |
| อาชีพ   | 7.385  | 0.496               |
| มีโรคประจำตัว                                       | 0.938  | 0.626               |
| สมาชิกในครอบครัวของเคสป่วยโรคชิกุนกุนยาในรอบปี 2563 | -  | 0.857 <sup>a</sup>  |
| การทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน     | -  | <0.001 <sup>a</sup> |
|   | -  | <0.01 <sup>a</sup>  |

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาโดยรวม (n=354) (ต่อ)

| ปัจจัย   | การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคชิกุนกูญาโดยรวม |         |
|--|---|---------|
|  | $\chi^2$  | p-value |
| <b>ปัจจัยเอื้อ</b>   |   |         |
| ได้รับสิ่งสนับสนุนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญา                      | 1.171   | 0.557   |
| ได้รับการพ่นหมอกควันกำจัดยุงบริเวณที่พักอาศัยจากหน่วยงานของภาครัฐ        | 0.561   | 0.755   |
| มีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์เพื่อป้องกันควบคุมโรคชิกุนกูญา<br>ในชุมชน | 15.218  | <0.001  |
| <b>ปัจจัยเสริม</b>   |   |         |
| ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคชิกุนกูญา                                 | 10.938  | <0.01   |
| ได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูญา                             | 15.551  | <0.001  |
| ได้รับเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค   | 36.901  | <0.001  |

<sup>a</sup>Fisher's exact test

นอกจากนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูญา ( $r_s=0.525, p<0.01$ ) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูญา ( $r_s=0.336, p<0.01$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาโดยรวม (n=354)

| ปัจจัย                         | การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคชิกุนกูญาโดยรวม |         |
|--------------------------------|---|---------|
|                                | $r_s$   | p-value |
| <b>ปัจจัยนำ</b>                |   |         |
| อายุ                           | 0.104   | 0.051   |
| ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน        | 0.030   | 0.577   |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูญา   | 0.525   | <0.01   |
| การรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูญา | 0.336   | <0.01   |
| <b>ปัจจัยเอื้อ</b>             |   |         |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน           | -0.003  | 0.956   |

### วิจารณ์

ผู้วิจัยวิจารณ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้  
 (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูญาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 46.9 โดยขั้นตอนที่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ร้อยละ 50.8 และขั้นตอนที่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 38.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่ศึกษาใน อ.ยะรัง จ.ปัตตานี<sup>(14)</sup> ที่รายงานว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค

ชิกุนกูญาในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วิเคราะห์ ค้นหา สาเหตุของปัญหามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และรายงานการวิจัยที่ศึกษาใน อ.ระแงง จ.นราธิวาส<sup>(15)</sup> ที่พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบความสอดคล้องในบางประเด็น คือ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุการวางแผนวิธีการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่พบรายงานการวิจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคชุกชุมใน พื้นที่ต่าง ๆ มากนัก โดยพบในพื้นที่ภาคใต้เท่านั้น<sup>(14-15)</sup> ทั้งนี้ อาจสืบเนื่องมาจากพบการระบาดมากที่สุดในภาคใต้<sup>(16)</sup> จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่พบการศึกษาแพร่หลาย

ทั้งนี้ การระบาดของโรคชุกชุมที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในอำเภอปากช่อง<sup>(5-6)</sup> อาจสืบเนื่องมาจากน้ำท่วมในเดือนตุลาคม 2563 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคและปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic triad)<sup>(17)</sup> โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกิดเป็นแหล่งน้ำขังในพื้นที่ ซึ่งเอื้อให้เกิดการเพิ่มจำนวนของยุงลาย และส่งผลให้โรคชุกชุมระบาดมากยิ่งขึ้นในช่วงปลายปี สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังโรคที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคชุกชุมจำนวนมากในระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2563 และพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรคเช่นเดียวกัน โดยในปี 2563 อ.ปากช่อง มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 186.99 ต่อประชากรแสนคน<sup>(6)</sup> อย่างไรก็ตาม ในปี 2564 ยังไม่พบการระบาดของโรคชุกชุม ย้ำเกิดขึ้นในพื้นที่<sup>(18)</sup> ซึ่งอาจเนื่องมาจากความร่วมมือของหลายหน่วยงานในพื้นที่ อันได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองปากช่อง โรงพยาบาลปากช่อง นานา ศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอปากช่อง 9.4 ร่วมกับ อสม. และประชาชนได้จัดโครงการณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยได้พ่นหมอกควันกำจัดยุง และให้ความรู้ประชาชน ในพื้นที่เพื่อป้องกันโรคที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค<sup>(19)</sup> อีกทั้ง ผู้นำชุมชน และ อสม. ในพื้นที่ยังเป็นแกนนำสุขภาพในการควบคุมป้องกันโรคภายในชุมชน โดยได้ให้ความรู้โรคชุกชุมที่ได้รับจากการอบรมมาเผยแพร่ให้แก่ประชาชนภายในชุมชนของตนเอง ควบคุมไปกับกิจกรรมที่ชักชวนให้ประชาชนร่วมกันตรวจสอบภาชนะที่มีน้ำขังเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายภายในครัวเรือน นอกจากนี้ การระบาดของโรคชุกชุมทำให้ประชาชนที่เคยมีประวัติป่วยมี

ภูมิคุ้มกันต่อโรค<sup>(20)</sup> และเนื่องด้วยโรคชุกชุมมีอาการเฉพาะการระบาดแบบปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี ซึ่งในบางพื้นที่พบการระบาดแบบปีเว้นหลายปี ดังสถานการณ์การระบาดย้อนหลัง ของประเทศไทย ที่พบการระบาดในปี 2531 ที่จังหวัดสุรินทร์ 2534 ที่จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดปราจีนบุรี 2536 ที่จังหวัดเลย จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดหนองคาย 2551 ในจังหวัดภาคใต้ของประเทศ จนถึงปี 2552 ที่เป็นการระบาดครั้งใหญ่ในหลายจังหวัดของประเทศ จนกระทั่งพบการระบาดอีกครั้งในปี 2561 ต่อเนื่องจนถึงปี 2563<sup>(3,16,21)</sup> จึงล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่มีการระบาดของโรคชุกชุมในปีต่อมา

ข้อสังเกตที่พบจากการวิจัย คือ อำเภอปากช่อง ได้มีรูปแบบการจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคชุกชุม ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การลงพื้นที่โดย อสม. และบุคลากรทางสาธารณสุขจากหลากหลายหน่วยงานเพื่อเดินรณรงค์ให้ความรู้ร่วมไปกับการแจกจ่ายทรายอะเบทให้แก่ประชาชนในชุมชน การจัดกิจกรรมบักคลีนนิ่งเดย์ และการพัฒนาผู้นำชุมชน และ อสม. ให้เป็นแกนนำสุขภาพเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในแต่ละชุมชน ล้วนเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคทั้งระดับชุมชน ระดับกลุ่มบุคคล และระดับบุคคล โดยการประชาสัมพันธ์ด้วยสื่อรณรงค์ร่วมกับสื่อประเภทบุคคล สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า เกือบสองในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 64.1) ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคชุกชุม โดยได้รับข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งเป็นสื่อประเภทบุคคลมากที่สุด (ร้อยละ 43.5) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.2) ไม่เคยได้รับเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคชุกชุม ซึ่งเป็นสื่อประเภทสิ่งพิมพ์ อย่างไรก็ตาม จากการลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย พบว่า ภายในแต่ละชุมชนมีการติดโปสเตอร์ซึ่งจัดเป็นสิ่งสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ถึงสาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการป้องกันโรคชุกชุม โดยพบบริเวณส่วนกลางของประชาชนภายในชุมชน เช่น ศาลาประชาคม

หมู่บ้าน ลานกีฬา บริเวณถนนแหล่งชุมชนที่ประชาชนสัญจรผ่าน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการให้ความรู้ผ่านช่องทาง Facebook ของหน่วยงานในพื้นที่ ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายในชุมชนอีกด้วยการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องและหลากหลายรูปแบบในพื้นที่จึงล้วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญและเอื้อให้เกิดการให้ความร่วมมือร่วมใจในการป้องกันโรคชิกุนกูยาภายในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น กิจกรรมป้องกันควบคุมโรคชิกุนกูยาอันเกิดจากความร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยงานในพื้นที่สอดคล้องกับหลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน<sup>(22)</sup> ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การรับฟังความคิดเห็น 3) การเกี่ยวข้อง 4) ความร่วมมือ และ 5) การเสริมอำนาจแก่ประชาชน ซึ่งส่งเสริมให้ประชาชนผู้ที่มีความเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมร่วมกับภาครัฐในการปฏิบัติและเป็นการสร้างพลังความร่วมมือซึ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง<sup>(22)</sup> กิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ควบคุมการระบาดของโรคชิกุนกูยาสำเร็จจากความร่วมมือร่วมใจของประชาชนร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีส่วนร่วมที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การป้องกันโรคชิกุนกูยาภายในครอบครัวของตนเอง ถึงร้อยละ 72.9 ผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกใน ต.หนองสาหร่าย ซึ่งลดลงเป็นอย่างมาก โดยพบว่า จากอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 197.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2563<sup>(6)</sup> ลดลงเหลือ 10.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2564<sup>(18)</sup> ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคด้วยความร่วมมือร่วมใจของประชาชนในพื้นที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคเป็นอย่างยิ่ง

(2) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมใน

การป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาของกลุ่มตัวอย่างอย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของรายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคชิกุนกูยาตามที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำรายงานการวิจัยการมีส่วนร่วมของตัวแทน คริวเรือนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มาร่วมพิจารณาผลเนื่องจากมีพาหะนำโรคเช่นเดียวกันโดยจำแนกประเด็นดังนี้

ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การทำหน้าที่เป็น อสม. ( $p<0.001$ ) และผู้นำชุมชน ( $p<0.01$ ) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับรายงานวิจัยของเวอาชัน โตะฮิล<sup>(14)</sup> แต่สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของนิอาชิ นิจินการี<sup>(15)</sup> และรายงานวิจัยของไพรัตน์ ห้วยทราย, ธนุย์สิญจน์ สุขเสริม และกฤษณ์ ชุนสิริก<sup>(23)</sup> ซึ่งอธิบายได้ว่า การทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชน และ อสม. นั้น เปรียบเสมือนการมีตำแหน่ง และบทบาททางสังคมภายในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งและการสนับสนุนจากราชการให้ทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพในชุมชน โดยได้เผยแพร่ความรู้ด้านการป้องกันโรคชิกุนกูยา และแจกจ่ายทรายอะเบทให้แก่ประชาชนในชุมชนของตนเอง อีกทั้งยังร่วมดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคกับหน่วยงานในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ซึ่งพบว่าตัวแทนคริวเรือนที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชน และ อสม. มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาอยู่ในระดับมาก ถึงร้อยละ 87.5 และ 89.4 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับตัวแทนคริวเรือนซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชนและ อสม. ที่ให้ข้อมูล นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูยา ( $r_s=0.525, p<0.01$ ) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคชิกุนกูยา ( $r_s=0.336, p<0.01$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิกุนกูยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยของนิคม แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง และศิริขวัญ บริหาร<sup>(24)</sup> ผลการวิจัยที่พบนี้ สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model<sup>(8)</sup> ที่กล่าวว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ และการรับรู้ จะก่อให้เกิดแรงจูงใจและนำไปสู่การปฏิบัติ<sup>(8-9)</sup>

และแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock<sup>(25)</sup> ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค หากเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต<sup>(25)</sup> และแนวคิดของ Becker<sup>(26)</sup> ที่กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลมาจากการรับรู้ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติจากภายใน ได้แก่ การรับรู้สุขภาพของตนเอง และจากสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารและคำแนะนำจากบุคคลอื่น โดยมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านจิตสังคม และด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคล<sup>(26)</sup>

**ด้านปัจจัยเอื้อ** พบว่า การมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในชุกชุมใกล้ที่พักอาศัย ( $p<0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในชุกชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model<sup>(8)</sup> ที่กล่าวว่า ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรงซึ่งจะสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล<sup>(8-9)</sup> โดยสอดคล้องกับรายงานวิจัยของนิคม แก้ววันดี วราภรณ์ ศิริสว่าง และศิริขวัญ บริหาร<sup>(24)</sup> อธิบายได้ว่า การมีแหล่งจำหน่ายในชุมชนเอื้อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคได้ง่ายและสะดวกสบายยิ่งขึ้น อีกทั้งด้วยบริบทพื้นที่ ต.หนองสาหร่าย อ.ปากช่อง มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองมีแหล่งค้าขายหลากหลายและยังใกล้เคียงแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่มีสภาพป่า จึงทำให้มีร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เพื่อป้องกันชุกชุมกระจายอยู่ทั่วถึงในพื้นที่ ดังผลการวิจัยที่พบว่า มีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในชุกชุมร้อยละ 83.9 จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเอื้อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชุกชุมในชุกชุมได้ง่ายยิ่งขึ้น

**ด้านปัจจัยเสริม** พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคชุกชุมในชุกชุม ( $p<0.01$ ) การได้รับการอบรมให้

ความรู้เกี่ยวกับโรคชุกชุมในชุกชุม ( $p<0.001$ ) และการได้รับเอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคชุกชุมในชุกชุม ( $p<0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในชุกชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model<sup>(8)</sup> ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลมาจากบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยสนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล<sup>(8-9)</sup> ซึ่งสอดคล้องรายงานวิจัยนิคม แก้ววันดี วราภรณ์ ศิริสว่าง และศิริขวัญ บริหาร<sup>(24)</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับรายงานวิจัยในพื้นที่ภาคใต้<sup>(14-15)</sup> ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ที่ศึกษา พื้นที่ตั้งของตำบลหนองสาหร่ายใกล้เคียงกับพื้นที่ป่าไม้และภูเขาจึงทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลในการป้องกันโรคที่มียุ่งและแมลงเป็นสัตว์พาหะ ทั้งอย่างเป็นประจำ ในการวิจัยนี้ เก็บสองในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 64.1) ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคชุกชุมในชุกชุม โดยในปี 2563 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.8) เคยได้รับสิ่งสนับสนุนประเภทผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคชุกชุมในชุกชุม และร้อยละ 89.8 ระบุว่าได้รับการพ่นหมอกควันกำจัดยุงจากหน่วยงานของภาครัฐ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสริมที่จะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ ต.หนองสาหร่ายเกิดการมีส่วนร่วมการป้องกันโรคชุกชุมในชุกชุมได้เป็นอย่างดี

**สรุป** ผลวิจัยที่พบในการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model<sup>(8)</sup> ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีผลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคชุกชุมในชุกชุมที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีปัจจัยเอื้อที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติได้ง่ายโดยสามารถเข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างสะดวก และมีปัจจัยเสริมจากการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคชุกชุมในชุกชุมจาก อสม. ผู้นำชุมชน และ

บุคลากรทางสาธารณสุข ย่อมส่งผลสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติอันมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคชิคุนกุนยา ดังนั้น ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยาจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรคำนึงถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของประชาชนภายในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย** จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าประชาชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจวิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุของปัญหาน้อยที่สุด ซึ่งขั้นตอนการตัดสินใจนั้น เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดปัญหาที่มาจากความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และจะนำไปสู่การวางแผนดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่ประชาชนภายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคชิคุนกุนยาทั้ง 4 ขั้นตอน อาทิ จัดประชุมประชาคมเพื่อให้ประชาชนร่วมเสนอปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรคภายในชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนจะสามารถจัดการและแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง อีกประเด็นที่สำคัญ คือ ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม วิธีการ และแนวทางในดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคภายในครอบครัวและชุมชนของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือจากประชาชนทุกภาคส่วนของชุมชนในการควบคุมโรคชิคุนกุนยาในพื้นที่อย่างยั่งยืน

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป** ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคชิคุนกุนยาของชุมชนโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาร่วมประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือจากประชาชนและการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ที่พบการระบาดของโรคชิคุนกุนยาต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ น.ส.ศศิธร ผาดสูงเนิน เทศบาลเมืองปากช่อง อบต.หนองสาหร่าย รพ.ปากช่องนานา คลินิกหมอครอบครัวหนองสาหร่าย และ อสม. ที่ให้ข้อมูลและความร่วมมืออย่างดียิ่ง และขอขอบคุณประชาชนที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chikungunya [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 May 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya>
2. Thavara U, Tawatsin A, Pongsakul T, Bhakdeenuan P, Chanama S, Anantapreecha S, et al. Outbreak of Chikungunya fever in Thailand and virus detection in field population of vector mosquitoes, *Aedes aegypti* (L.) and *Aedes albopictus* skuse (Diptera: Culicidae). Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2009;40(5):951–60.
3. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Annual epidemiological surveillance Report 2019. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2019. (in Thai)
4. Department of Disease Control (TH), Division of General Communicable. Chikungunya (ICD-10 A92.0) [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2020 [cited 2021 Jan 4]. 4 p. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/5%20Chikungunya%203%20Dec.pdf> (in Thai)

5. Pakchongnana Hospital. Epidemiological surveillance report 2019. Pakchong: Pakchongnana Hospital; 2019. (in Thai)
6. Pakchongnana Hospital. Epidemiological surveillance report 2020. Pakchong: Pakchongnana Hospital; 2020. (in Thai)
7. The Primary Health Care Division, The Department of Health Service Support (TH). The four-decade development of primary health care in Thailand 1978–2014. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty The King; 2014. (in Thai)
8. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. mountain view. California: Mayfeld publishing company; 1999.
9. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. TRCN J. 2019;12(1):38–48. (in Thai)
10. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation. New York: Cornell University; 1980.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607–10.
12. Bloom BS, Hastings JT, Madaus G. Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York: Graw-Hill Book Company; 1971.
13. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
14. Tohelay W. People participation in prevention and control of chikungunya in Yarung district, Pattani province [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2009. 88 p. (in Thai)
15. Nijinikaree N. People participation in prevention and control of chikungunya in Ra-ngae district, Narathiwat province [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2009. 102 p. (in Thai)
16. Mingmaleechokcha S. 2009–2017 Spread of chikungunya virus in Thailand (Bachelor of Science) Phitsanulok: Naresuan University; 2018. 65 p. (in Thai)
17. Gordon JE. Epidemiology in modern perspective. Proc R Soc Med. 1954;47(7):564–70.
18. Pakchongnana Hospital. Epidemiological surveillance report 2021. Pakchong: Pakchongnana Hospital; 2021. (in Thai)
19. Pakchong today news. Volunteer health care pakchong kill mosquito [Internet]. Pakchong: Pakchong today news; 2020 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <http://www.pakchongnews.com/news/volunteer-health-care-pakchong-kill-mosquito/>(in Thai)
20. Centers for Disease Control and Prevention (US). Chikungunya virus [Internet]. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2022 [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/chikungunya/symptoms/index.html>
21. Department of Disease Control (TH). Guidelines on clinical management of chikungunya fever. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2020. (in Thai)
22. Office of the Public Sector Development Commission (TH). Participatory Governance [Internet]. Office of the Public Sector Development Commission; 2020 [cited 2021 Apr 1].

- Available from: <https://www.opdc.go.th/content/Mjc4Nw> (in Thai)
23. Huaysai P, Sukserm T, Khunluek K. The participation of the population of Huai Phuang district, Kalasin province in the prevention and control of dengue hemorrhagic fever. *Prae-wa Kalasin*. 2016;3(1):64-81. (in Thai)
24. Keawwande N, Siriswang W, Borriharn S. Factors relating to the participation of people in prevention and control of dengue hemorrhagic fever in Nakornjaedee subdistrict Pasang district, Lamphun province. In: Insombat B, editor. Proceedings of 15<sup>th</sup> National and International conference interdisciplinary research for local development sustainability; 2015 Jul 23; Nakhon Sawan Rajabhat University, Nakhon Sawan. Nakhon Sawan: 2015. p. 73-86. (in Thai).
25. Rosenstock IM. Historical original of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328-35.
26. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):409-19.