

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียประชาชนกลุ่มเสี่ยง

บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี

Knowledge, Attitude, and Practice of Risk Populations towards Malaria Prevention

in Bann Chongmafuang, Moo 12, Nong Ri Sub-district, Mueang District,

Chonburi Province

สุกัญญา ผดุงวิทย์ วท.บ. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Sukunya Phadungwit B.Sc. (Environmental Health)

ลดาวณีย์ อานนท์ศิริโชติ ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Ladawan Arnonsiricho B.P.H. (Public Health)

มิรันตี แพงงา ส.ม. (วิทยาการระบาด)

Miruntee Phaengnga M.P.H. (Epidemiology)

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.1 ศรีราชา

Vector Borne Disease Control Center 6.1 Sriracha

Received: August 25, 2023

Revised: January 5, 2024

Accepted: January 5, 2024

บทคัดย่อ

โรคไข้มาลาเรีย ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะพบการแพร่เชื้อของโรคในหลายพื้นที่ และกลับพบว่าการกลับมาแพร่เชื้อใหม่ในพื้นที่ปลอดการแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย ทั้งนี้ พื้นที่หลายแห่งไม่เคยพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมากกว่า 20 ปี การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนบ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 205 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรทุกคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่รัศมีห่างจากบ้านผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ระยะ 2 กิโลเมตร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.44 คะแนนเฉลี่ย 10.89 คะแนน (S.D. = 2.67) ทักษะอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.05 คะแนนเฉลี่ย 38.46 คะแนน (S.D. = 4.86) และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.15 คะแนนเฉลี่ย 24.25 คะแนน (S.D. = 6.07) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ การใช้มุ้ง และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนเพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองโรคไข้มาลาเรีย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังนั้น จึงควรสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สร้างความตระหนัก

ถึงอันตรายโรคไข้มาลาเรียแก่ประชาชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย
ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: โรคไข้มาลาเรีย, ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม

ABSTRACT

Malaria continues to pose a significant threat to public health in Thailand, with its prevalence observed across various parts of the country. It has been found that malaria is prevalent in areas previously considered malaria-free for more than 20 years. The purpose of this cross-sectional descriptive study aimed to study the relationship between personal factors, knowledge, attitudes about malaria, and malaria prevention behaviors of the people at Ban Chongmafueng, Moo 12, Nong Ri Sub-district, Mueang District, Chonburi Province. The study was conducted from January 2023 to July 2023. The sample group consisted of 205 risk populations selected through purposive sampling based on specific criteria. All population aged 15 years and over resided within a 2-kilometer radius of malaria patients' homes. The tool utilized in the research was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, and correlation was tested using chi-square statistics. The findings indicated that the sample group showed a relatively high level of knowledge, with 42.44% of the respondents having an average of 10.89 points (S.D. = 2.67). On the other hand, their attitude toward preventing malaria was at a medium level with an average of 38.46 points (S.D. = 4.86), which was 58.05% of the respondents. In terms of their behavior to prevent malaria, the respondents had a moderate level with an average of 24.25 points (S.D. = 6.07), which was 54.15% of the respondents. Factors that influenced malaria prevention behaviors included education level, occupation, mosquito net usage, and knowledge of malaria. There was a statistically significant correlation with malaria prevention behavior at P-value < 0.05. Factors including sex, age, and illness of malaria influenced malaria prevention behaviors; however, they are not statistically significant correlations (p-value > 0.05). Therefore, health literacy should be promoted to raise public awareness of the dangers of malaria. The behavior change in malaria prevention and control should consider the intervention at individual, household, and community levels, leading to sustainability in public health.

KeyWords: Malaria, Knowledge, Attitude, Behavior

บทนำ

โรคไข้มาลาเรีย เป็นโรคติดเชื้อโปรโตซัวในกลุ่มพลาสโมเดียม "*Plasmodium spp.*" โดยมียุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรค มีมานานกว่า 5,000 ปี⁽¹⁾ การป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียทั่วโลกที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จอย่างดี สถานการณ์การระบาดของโรคมีแนวโน้มลดลงโดยในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2558 แต่ถึงอย่างไรโรคไข้มาลาเรีย ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะบริเวณเขตร้อนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลงจนหลายประเทศได้ดำเนินนโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Malaria Elimination Program)⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า อัตราการติดเชื้อมาลาเรียทั่วประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ปีงบประมาณ 2565 อัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 0.13 ต่อพันประชากร จากรายงานระบบมาลาเรียออนไลน์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ทั้งหมด 8,499 ราย พบคนไทย จำนวน 3,821 ราย ร้อยละ 44.96 เพิ่มขึ้น 2 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันจากปีงบประมาณ 2564 และพบผู้ป่วยต่างชาติ จำนวน 4,678 ราย ร้อยละ 55.04 เพิ่มขึ้น 4.6 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันจากปีงบประมาณ 2564 โดยสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 2:1 ชนิดเชื้อส่วนใหญ่พบเชื้อ *Plasmodium vivax* ร้อยละ 94.93⁽³⁾

จังหวัดชลบุรี พบการรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2559 อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สถานการณ์โรคเพิ่มขึ้น จากรายงานระบบมาลาเรียออนไลน์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 10 เท่า โดยส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 65.00 กลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 30.00 อาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.00 ชนิดเชื้อ *Plasmodium vivax* ร้อยละ 90.00⁽³⁾ พบการติดเชื้อซ้ำเนื่องจากรักษาไม่หาย จำนวน 6 ราย และ 1 ใน 6 ราย พบการติดเชื้อซ้ำถึง 2 ครั้ง กลุ่มบ้านที่มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ปัจจุบัน จำนวน 6 กลุ่มบ้าน เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวนกลุ่มบ้านเพิ่มขึ้น 6 เท่า

บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่เคยพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ติดเชื้อในพื้นที่กว่า 20 ปี แต่ในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 3 ราย ชนิดเชื้อ *Plasmodium vivax* ทั้ง 3 ราย เพศ ชาย 2 ราย หญิง 1 ราย อายุ 5-14 ปี 1 ราย อายุ 25-44 ปี 1 ราย และมากกว่า 45 ปี 1 ราย อาชีพเจ้าหน้าที่ป่าไม้ 1 ราย เด็ก/นักเรียน 1 ราย และพระสงฆ์ 1 ราย⁽³⁾ เป็นการติดเชื้อในพื้นที่ (Indigenous Case) คือ ผู้ป่วยติดเชื้อในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งผู้ป่วยมีความแตกต่าง ทั้งเพศ อายุ อาชีพ อีกทั้งสภาพแวดล้อมบางพื้นที่ยังเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ มีแนวเขาเชื่อมต่อไปถึงเขาเขียว เขาชมพู่และน้ำตกพื้นที่บางส่วนเป็นเขตอนุรักษ์ป่าไม้ ทำให้ทรัพยากรป่าไม้อยู่ตามแนวเขาจำนวนมาก มีแหล่งการท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ สถานที่ปฏิบัติธรรมชื่อดัง ทำให้มีการเข้าออกของประชาชนจากหลากหลายพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลก มีเป้าหมายกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในระหว่างปี พ.ศ. 2559-2573 โดยผลักดันประเทศที่มีอัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อประชากรพันคน ยกเว้นนโยบายจากการควบคุมโรค (Malaria Control) เป็นการกำจัดโรค (Malaria Elimination) สำหรับประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรค จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยมีเป้าหมายให้ประเทศไทยปลอดโรคไข้มาลาเรียภายใน ปี พ.ศ. 2567⁽⁴⁾

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.1 ศรีราชา กรมควบคุมโรค ดำเนินโครงการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียและป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อใหม่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์และบูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วน แต่ยังไม่พบสถานการณ์ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

ดังนั้น การศึกษานี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนแนวทางการบริหารงานปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้อง ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายให้ได้ตามเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนบ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนบ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยทำการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ.2566

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้เกณฑ์การตอบโต้เร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับพื้นที่⁽⁴⁾ ซึ่งสามารถดำเนินการกับประชาชนที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ครบทุกคน จำนวน 205 คน

1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1.1.1 อาศัยอยู่ในพื้นที่บริเวณรัศมี 2 กิโลเมตร จากบ้านผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
- 1.1.2 มีสติสัมปชัญญะปกติดี สามารถสื่อสาร และให้ข้อมูลได้
- 1.1.3 ยินยอมและสมัครใจในการให้ข้อมูล

1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

อาศัยอยู่ในหมู่บ้านช่องมะเฟือง น้อยกว่า 6 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นและปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสอบถามกองโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนสมาชิกครอบครัว การใช้มุ้ง ประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะคำถามแบบปลายปิดและเปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียแบบปรนัยจำนวน 15 ข้อ มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 3 ทักษะคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย เป็นแบบสอบถามทักษะคติ เป็นข้อความแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 6 ข้อ และข้อความเชิงลบ 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เป็นข้อความแบบประเมินค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ทำประจำมากที่สุด ทำประจำมาก ทำประจำปานกลาง ทำน้อย ไม่เคยทำ มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 4 ข้อ และข้อความเชิงลบ 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยหาความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.72 (ค่าคุณภาพตามเกณฑ์ IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้)

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่บ้านห้วยมะไฟ หมู่ 4 ตำบลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 37 ตัวอย่าง ข้อคำถามวัดความรู้ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Kuder-Richardson (KR -20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ข้อคำถามวัดทัศนคติ ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการประชุมทีมชี้แจงทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูล เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องและตรงกันก่อนการเก็บข้อมูล ประสานหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ขอเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการดำเนินการ และสร้างความคุ้นเคย ความเป็นกันเองต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความจริงและถูกต้องมากที่สุด นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2566

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรียต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ < 0.05

3.2 การแบ่งระดับ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับตามแนวคิดของ Bloom อ้างถึงใน เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ⁽¹²⁾ ดังนี้

3.2.1 ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มที่มีระดับความรู้สูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (12 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มที่มีระดับความรู้ปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00-79.99 (9-11 คะแนน) และกลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน)

3.2.2 ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มที่มีระดับทักษะสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (40 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มที่มีระดับทักษะปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00-79.99 (30-39 คะแนน) และกลุ่มที่มีระดับทักษะต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 คะแนน)

3.2.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (28 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00-79.99 (21-27 คะแนน) และกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงบ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี นำเสนอห้วงข้อดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.22 เพศชาย ร้อยละ 47.32 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.38 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.64 ปี) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีค่ามัธยฐาน 53 ปี (ค่าต่ำสุด = 15 ปี, ค่าสูงสุด = 90 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.32 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.05 และมีลักษณะการนอนในมุ้ง ร้อยละ 47.32 อีกทั้ง มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 11.22 และผู้ที่พักอาศัยเดียวกันป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 15.12

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

1.2.1 การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคไข้มาลาเรีย มีลักษณะเป็นไข้ ปวดหัว หนาวสั่น มากที่สุด ร้อยละ 95.12 รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย โดยนอนในมุ้ง/มุ้งชุบน้ำยา/มุ้งลวดทุกคืน ร้อยละ 88.29 อาการของโรคไข้มาลาเรีย มีลักษณะปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 86.34 ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 82.44 การทายากันยุงเวลากลางคืน ป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 80.98 อาการโรคไข้มาลาเรีย คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 78.54 การกินยาป้องกัน ในขณะที่ยังไม่ป่วย ไม่สามารถป้องกันโรคไข้มาลาเรียได้ ร้อยละ 76.10 ช่วงเวลาที่ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรียออกหากิน ร้อยละ 70.73 อาการคัน มีแผลตามตัว ไม่ใช่อาการโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 68.78

แหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 67.80 อาการมีจุดเลือดออก ไม่ใช่อาการโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 63.90 การใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวเวลากลางคืนป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 63.90 พบว่าความรู้ที่มีน้อยสุด 3 อันดับคือ การไม่กินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย ไม่ใช่การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 59.02 อาการไอ/จาม มีน้ำมูก ไม่ใช่อาการโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 59.02 และมีความรู้เรื่องการไม่ดื่ม น้ำจากภาชนะที่มีลูกน้ำยุง ไม่ใช่การป้องกันโรคไข้มาลาเรียต่ำที่สุด ร้อยละ 47.32

1.2.2 การจัดระดับความรู้โรคไข้มาลาเรีย เมื่อจัดระดับความรู้โรคไข้มาลาเรีย พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 42.44 รองลงมาคือ กลุ่มระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 40.98 และกลุ่มระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 16.59 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	จำนวน (n = 205)	ร้อยละ
กลุ่มที่มีระดับความรู้สูง (12 คะแนนขึ้นไป)	87	42.44
กลุ่มที่มีระดับความรู้ปานกลาง (9-11 คะแนน)	84	40.98
กลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน)	34	16.59

(Mean = 10.89, S.D. = 2.67, Min = 3, Max = 15) คะแนนเต็ม 15 คะแนน

1.3 ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

1.3.1 การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับมากที่สุด คือ เรื่องการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.58 คะแนน) รองลงมา ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย คะแนนเฉลี่ย 4.25 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.64 คะแนน) การแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนในหมู่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.83 คะแนน) เมื่อเป็นโรคไข้มาลาเรีย กินยาลดไข้อย่างเดียวก็หาย ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอ คะแนนเฉลี่ย 3.91 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.12 คะแนน) การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด ทำให้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก คะแนนเฉลี่ย 3.68 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.09 คะแนน) การฟันสารเคมีชนิดติดผนังหรือการชุบมุ้งสารเคมีเป็นวิธีการที่สามารถกำจัดยุงได้ดีที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.66 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.00 คะแนน) คนที่เป็นโรคไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาซ้ำอาจตายได้ คะแนนเฉลี่ย 3.65 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.21 คะแนน) ส่วนทัศนคติที่ได้คะแนนน้อย 3 อันดับคือ ชุมชนของท่านกำลังมีปัญหา เรื่องการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย คะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.93 คะแนน) การแก้ปัญหการระบาดของโรคไข้มาลาเรียเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น คะแนนเฉลี่ย 3.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.26 คะแนน) และมีทัศนคติเรื่องโรคไข้มาลาเรียจะไม่เกิดขึ้นกับคนที่มีการกายสมบูรณ์ แข็งแรงต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.43 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.15 คะแนน)

1.3.2 การจัดระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในกลุ่มที่มีระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 58.05 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีระดับทัศนคติสูง ร้อยละ 40.00 และกลุ่มที่มีระดับทัศนคติต่ำ ร้อยละ 1.95 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	จำนวน (n = 205)	ร้อยละ
กลุ่มที่มีระดับทัศนคติสูง (40 คะแนนขึ้นไป)	82	40.00
กลุ่มที่มีระดับทัศนคติปานกลาง (30-39 คะแนน)	119	58.05
กลุ่มที่มีระดับทัศนคติต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 คะแนน)	4	1.95

(Mean = 38.46, S.D. = 4.86, Min = 10, Max = 49) คะแนนเต็ม 50 คะแนน

1.4 ปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุนประกอบด้วย รับการสนับสนุนมุ้งซุสสารเคมี หรือรับการสนับสนุนน้ำยาสารเคมีซุสซิงพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนมุ้งซุสสารเคมี หรือรับการสนับสนุนน้ำยาสารเคมีซุสซิง ร้อยละ 85.47

1.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

1.5.1 การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับมากที่สุด เรื่องการอนุญาตให้เจ้าหน้าที่มาพ่นสารเคมีติดผนังในบ้าน คะแนนเฉลี่ย 4.07 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.42 คะแนน) รองลงมา การนอนในมุ้งหรือในบ้านที่มีมุ้ง คะแนนเฉลี่ย 4.00 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.40 คะแนน) และการยินยอมให้เจ้าหน้าที่เจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรีย คะแนนเฉลี่ย 3.83 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.60 คะแนน) การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทุกครั้งที่เกิดการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย คะแนนเฉลี่ย 3.32 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.47 คะแนน) ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การจุดยากันยุง หรือสุมไฟไต้ยุงหรือทายากันยุงเมื่ออยู่นอกบ้านเวลากลางคืน คะแนนเฉลี่ย 3.18 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.42 คะแนน) การไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรียเมื่อมีไข้หนาวสั่น คะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.52 คะแนน) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียเรื่องการทำกิจกรรมนอกบ้านหรือนอกที่พักอาศัยช่วงเวลากลางคืนต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.71 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.19 คะแนน)

1.5.2 การจัดระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการอยู่ในกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียปานกลาง ร้อยละ 54.15 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียสูง ร้อยละ 30.24 และกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียต่ำ ร้อยละ 15.61 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	จำนวน (n=205)	ร้อยละ
กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียสูง (28 คะแนนขึ้นไป)	62	30.24
กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียปานกลาง (21-27 คะแนน)	111	54.15
กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน)	32	15.61

(Mean = 24.25, S.D. = 6.07, Min = 7, Max = 34) คะแนนเต็ม 35 คะแนน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

2.1 เพศ พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.37 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

2.2 อายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55-74 ปี โดยผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 55-74 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 26.34 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

2.3 ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียน โดยผู้ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 29.27 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.4 อาชีพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกร โดยผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกร ส่วนใหญ่ ร้อยละ 28.78 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$)

2.5 การใช้มุ้ง พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่กางมุ้งนอน โดยผู้ที่ไม่กางมุ้งนอนส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.15 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้มุ้งกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2.6 ประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้มาลาเรียของตนเอง พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยโรคไข้มาลาเรีย โดยผู้ที่ไม่เคยป่วยโรคไข้มาลาเรียส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.80 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้มาลาเรียกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

2.7 ประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้มาลาเรียของผู้พักอาศัยเดียวกัน พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่พบคนที่พักอาศัยเดียวกันเคยป่วยโรคไข้มาลาเรีย โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.39 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้มาลาเรียในที่พักอาศัยเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

2.8 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 26.34 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$)

2.9 ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.73 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างทักษะเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

2.10 ปัจจัยสนับสนุน พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนจูงจูงสารเคมีหรือรับการสนับสนุนน้ำยาสารเคมีจูงจูง โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ ร้อย 48.78 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.011$) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

ปัจจัยต่าง ๆ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม (n =205)			p-value
			สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
เพศ						0.172
ชาย	97	47.32	16.59	23.41	7.32	
หญิง	105	51.22	12.68	30.37	7.80	
เพศทางเลือก	3	1.46	0.98	-	0.49	
อายุ						0.381
15 - 34 ปี	44	21.46	7.32	9.76	4.39	
35 - 54 ปี	64	31.22	11.22	14.63	5.37	
55 - 74 ปี	84	40.98	9.76	26.34	4.88	
75 ปีขึ้นไป	13	6.34	1.95	3.41	0.98	
ระดับการศึกษา						<0.001*
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	101	49.27	16.59	29.27	3.41	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม (n =205)			p-value
			สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
มัธยมศึกษา	36	17.56	5.85	4.88	6.83	0.003*
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	64	31.22	6.83	19.02	5.37	
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.95	0.98	0.98	-	
อาชีพ						0.001*
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	130	63.41	26.34	28.78	8.29	
พระ/สามเณร	19	9.27	0.98	6.83	1.46	
ข้าราชการ/ธุรกิจส่วนตัว/พนักงานบริษัท	42	20.49	1.95	13.66	4.88	
นักเรียน/นักศึกษา	11	5.37	0.98	3.90	0.49	
เจ้าหน้าที่ป่าไม้	3	1.46	-	0.98	0.49	
กางมุ้งนอน						0.892
ใช่	97	47.32	20.49	20.00	6.83	
ไม่ใช่	108	52.68	9.76	34.15	8.78	
เคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย						0.177
เคย	23	11.22	2.93	6.34	1.95	
ไม่เคย	182	88.78	27.32	47.80	13.66	
ผู้ที่พักอาศัยเดียวกัน เคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย						0.022*
เคย	31	15.12	2.44	9.76	2.93	
ไม่เคย	174	84.88	27.80	44.39	12.68	
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย						0.022*
ระดับความรู้สูง	87	42.44	13.66	26.34	2.44	
ระดับความรู้ปานกลาง	84	40.98	12.20	19.51	9.27	
ระดับความรู้ต่ำ	34	16.59	4.39	8.29	3.90	
(น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน)						

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม (n =205)			p-value
			สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย						0.395
กลุ่มที่มีระดับทัศนคติสูง	82	40.00	13.66	21.95	4.39	
กลุ่มที่มีระดับทัศนคติปานกลาง	119	58.05	16.59	30.73	10.73	
กลุ่มที่มีระดับทัศนคติต่ำ	4	1.95	-	1.46	1.49	
ปัจจัยสนับสนุน						0.011*
รับการสนับสนุนมุ่งชุมชน						
เคยได้รับ	30	14.63	4.39	5.37	4.88	
ไม่เคยได้รับ	175	85.37	25.85	48.78	10.73	

*p-value < 0.05

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 42.44 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจและคณะ⁽⁵⁾ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในอาศิพหน่วยลาดตระเวน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 6.58 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.92 คะแนน) และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.29 การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง เกิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสื่อสารความเสี่ยงโรค ขณะลงไปเจาะเลือดค้นหาผู้ป่วยทั้งหมู่บ้าน ช่วงที่เกิดการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ ซึ่งช่วงเวลาผ่านไปไม่นานนัก เมื่อพิจารณาจากข้อคำถาม พบว่า ประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการของโรคไข้มาลาเรียบางข้อไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่ทราบว่าการคลืนใส่อาเจียน คือหนึ่งในอาการโรคไข้มาลาเรีย เข้าใจผิดว่าอาการมีจุดเลือดออกคัน มีผลตามตัว และประชาชนยังขาดความรู้เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ ช่วงเวลาออกหากินของยุง นำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย โดยจำสับสนกับยุงลาย ว่าแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรียอยู่ในภาชนะขังน้ำตามบ้านเรือน ออกหากินหรือกัดคนในตอนกลางวัน อีกทั้งในเรื่องของการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ประชาชนยังมีความเข้าใจผิดว่ามียากินป้องกันโรคไข้มาลาเรียได้ บางส่วนไม่รู้ว่าการใส่เสื้อแขนยาวกางเกงขายาวเวลากลางคืน สามารถป้องกันการโดนยุงกัดได้ จากข้อคำถามข้างต้น ประชาชนมีความรู้ระดับปานกลาง แต่ข้อคำถามที่ประชาชนมีความรู้ระดับต่ำ 3 อันดับแรก ซึ่งควรเร่งแก้ไขโดยเร็ว ได้แก่ การที่ประชาชนเข้าใจว่าการดื่ม น้ำจากภาชนะที่มีลูกน้ำยุงก้นปล่องจะทำให้ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 47.32 ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดซึ่งมีมาแต่โบราณ การกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย จะทำให้ติดโรคไข้มาลาเรียได้ ร้อยละ 59.02 และอาการไอ/จาม มีน้ำมูกเป็นอาการหนึ่งของโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 59.02 ฉะนั้น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรวางแผนเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องอาการ การติดต่อโรคไข้มาลาเรีย แหล่งเพาะพันธุ์ช่วงเวลาออกหากินของยุงพาหะนำโรค

และวิธีป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานรัฐ เอกชนในพื้นที่ เริ่มตั้งแต่วางแผนไปถึงดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนเกิดการยอมรับว่าโรคไข้มาลาเรียเป็นปัญหา และพร้อมแก้ไขปัญหาก็ไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียตามบริบทของ ชุมชนอย่างยั่งยืน เมื่อจัดระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 58.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอดุลย์ เจือจันทร์⁽⁶⁾ พบว่า เจ้าหน้าที่อุทยานแห่งชาติปางสีดา มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.10 ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมี ระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากองค์ความรู้ที่ได้รับถึงแม้จะอยู่ในระดับสูง แต่ได้รับเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ยังไม่เกิดกระบวนการนำมาประมวลผลสู่มุมมองต่อทัศนคติการป้องกันโรคไข้มาลาเรียต่อตนเองเท่าไรนัก ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านควรให้ความรู้สื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรีย อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติ ไม่ถูกต้อง 3 อันดับแรก คือ ทัศนคติเรื่องโรคไข้มาลาเรียจะไม่เกิดขึ้นกับคนที่มีการกายสมบูรณ์แข็งแรงต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.43 คะแนน ทำให้ประชาชนละเลยการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้อง ซึ่งต้องมีการ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ทัศนคติเรื่องประชาชนคิดว่าการแก้ปัญหาการระบาดของ โรคไข้มาลาเรียเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น คะแนนเฉลี่ย 3.60 คะแนน และประชาชนไม่ทราบว่ ชุมชนของตนกำลังมีปัญหาเรื่องการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย คะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน ซึ่งต้องมีการ ประชาสัมพันธ์การระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ตามช่องทางต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และต่อเนื่อง เช่น หอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์ ป้ายไวนิล โดยเน้นย้ำถึงอันตรายของโรคไข้มาลาเรีย เพื่อให้ประชาชนตระหนักตื่นตัวไปสู่อ การป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียอย่างถูกต้องรวดเร็ว พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียระดับปานกลาง ร้อยละ 54.14 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของสมหมาย จิมประโคนและคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ประชาชนภายในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.53 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรม ไม่เหมาะสม 3 อันดับแรก คือ พฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องการทำกิจกรรมนอกบ้านหรือนอกที่พักอาศัยช่วงเวลา กลางคืน คะแนนเฉลี่ย 2.71 คะแนน เนื่องจากบ้านช่องมีเพียงมีความแตกต่างของการประกอบอาชีพ ซึ่งล้วนแต่ มีกิจกรรมเสี่ยงต่อการโดนยุงกัดได้แก่ เจ้าหน้าที่พิทักษ์ป่าไม้ พระภิกษุสงฆ์สามเณร ซึ่งปฏิบัติภารกิจสงฆ์ เติญจกรรม เป็นต้น อีกทั้งยังมีพฤติกรรมการไม่ป้องกันตัวจากการโดนยุงกัด เช่น ไม่ทายากันยุง ไม่จุดไฟ ไล่ยุง เวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเวลากลางคืน การจุดยากันยุง หรือสุมไฟไล่ยุงหรือทายากันยุง เมื่ออยู่นอก บ้านเวลากลางคืน คะแนนเฉลี่ย 3.18 คะแนน ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย พร้อมทั้งจัดเตรียมสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ป้องกันยุงกัดอย่างเพียงพอเหมาะสมกับกิจกรรมเสี่ยงนั้น ๆ สร้างระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในระดับพื้นที่ เพื่อให้ครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมในเรื่องกรณีประชาชนมีอาการไข้ หนาวสั่น ซึ่งเป็น อาการเข้าข่ายโรคไข้มาลาเรีย แต่ไม่มาเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อโรคไข้มาลาเรีย คะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน ทำให้ถ้าป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียจะเข้าถึงการรักษาที่ช้า เป็นแหล่งรังโรคในชุมชนได้ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขใน พื้นที่ ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แก่ประชาชน โดยทำเป็นแผนงานโครงการจัดอบรม

สื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรียแก่ประชาชนโดยตรง หรือจัดอบรมแกนนำสุขภาพ ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นตัวแทนสื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรียแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงทุกครัวเรือน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอดุลย์ เจือจันทร์⁽⁶⁾ ทั้งนี้ เนื่องมาจากพื้นที่บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี ซึ่งเป็นพื้นที่ทำการศึกษายังไม่เคยพบผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 20 ปี ทำให้ประชาชนในพื้นที่ไม่มีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย เมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้มาลาเรียทำให้การรับรู้ การเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารเริ่มต้นพร้อมกัน นำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรพัทธ์ ธนบัตร และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ หรือข้อมูลต่าง ๆ ได้หลากหลายช่องทางกว่า อาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสุจารี คำศรี และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากผลการศึกษาพบกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ เพราะกลุ่มอาชีพนี้ มีกิจกรรม หรือวิถีชีวิตการทำงานที่เสี่ยงต่อโรคไข้มาลาเรียมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทำให้สนใจและตระหนัก ในการป้องกันตนเอง การใช้มุ้ง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยส่วนใหญ่ไม่กางมุ้งนอน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tadesse Menjetta⁽¹⁰⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้มุ้งนอนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 97.10 กลุ่มตัวอย่าง เลือกจะใช้มุ้งกับกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.10 ในขณะที่กลุ่มที่เหลือที่ไม่มีพฤติกรรมทั้งในการนอน กางมุ้งหรือการฉีดพ่นยากันยุงให้เหตุผลว่าขาดความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้มาลาเรียของตนเองและผู้พักอาศัยเดียวกัน พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรพัทธ์ ธนบัตร และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า ประชาชนที่มีการป่วยโรคไข้มาลาเรียต่างกันโดยรวมที่มีการป่วยโรคไข้มาลาเรียต่างกัน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) ความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้มาลาเรีย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.022$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรพัทธ์ ธนบัตร และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า พฤติกรรมในการ ป้องกันโรคไข้มาลาเรียด้านความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) ($r = 0.269$) ทั้งนี้ เนื่องมาจากพฤติกรรมเกิดจากความรู้ที่ได้รับแล้วนำมาประมวลผล สู่การปฏิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม หากประชาชนมีความรู้การป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย อย่างครบถ้วนถูกต้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียตามมาด้วย ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้

มาลาเรีย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรพัทธ์ ธนบัตร และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียกับเจตคติการป้องกันโรคไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์เชิงบวกในทิศทางเดียวกัน อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) ($r = 0.923$) ทั้งนี้ เนื่องจากพื้นที่ศึกษาบ้านช่องมะเฟืองเกิดการระบาดของโรคไข้มาลาเรียครั้งแรกในปีงบประมาณ 2565 ประชาชนเริ่มได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา แต่ระยะเวลายังไม่ยาวนานพอที่จะก่อเกิดเป็นทัศนคติ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เพราะฉะนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรดำเนินกิจกรรมสร้างความตระหนักถึงอันตรายโรคไข้มาลาเรีย สร้างเสริมให้ประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การได้รับการสนับสนุนมุ้งชุบสารเคมีหรือรับการสนับสนุนน้ำยาสารเคมีชุบมุ้ง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.011$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอดุลย์ เจือจันทร์⁽⁶⁾ พบว่า การสนับสนุนมุ้งชุบสารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนน้ำยาสารเคมีชุบมุ้งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$)

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนบ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมือ จังหวัดชลบุรี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง 205 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่บริเวณรัศมี 2 กิโลเมตร จากบ้านผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเพศหญิง ร้อยละ 51.22 อายุ ระหว่าง 55-74 ปี ร้อยละ 40.98 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.32 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.05 มีลักษณะการนอนในมุ้ง ร้อยละ 47.32 มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 11.22 และมีผู้ที่พักอาศัยเดียวกันป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 15.12 ได้รับการสนับสนุนมุ้งชุบสารเคมีหรือรับการสนับสนุนน้ำยาสารเคมีชุบมุ้ง ร้อยละ 14.63

พบว่า กลุ่มตัวอย่างความรู้ระดับความรู้สูง ทัศนคติอยู่ระดับทัศนคติปานกลาง พฤติกรรมอยู่ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ การใช้มุ้ง และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วน เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้มาลาเรีย และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองโรคไข้มาลาเรีย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ดังนั้น จึงควรสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สร้างความตระหนักถึงอันตรายโรคไข้มาลาเรียแก่ประชาชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียทั้งต่อตนเองครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยประเด็นความสัมพันธ์เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว โดยไม่ครอบคลุมตัวแปรอื่น ดังนั้นความสัมพันธ์ที่ได้อาจจะเปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่

1. หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสร้างความตระหนักถึงอันตรายโรคไข้มาลาเรีย และสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง อาการโรคไข้มาลาเรีย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะ ช่วงเวลาออกหากิน และวิธีป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และนำไปสู่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการโดนยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรียกัด โดยดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ควรประชาสัมพันธ์ รมรณรงค์ให้ประชาชนที่มีอาการไข้ หนาวสั่น ไปเจาะเลือดตรวจหาเชื้อโรคไข้มาลาเรีย ที่หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านโดยเร็ว เพื่อเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ไม่เป็นแหล่งรังโรค เป็นการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพสามารถแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียได้อย่างยั่งยืน

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคไข้มาลาเรียและกลุ่มที่ไม่เป็นโรคไข้มาลาเรีย เพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวรา เหลืองอ่อน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ นายพงษ์สุธีร์ ทองเกลี้ยง ในการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ 12 บ้านช่องมะเฟือง ตำบลหนองรี อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ที่อำนวยความสะดวกและประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และขอบพระคุณประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งระวี ทิพย์มนตรี, นารลดา ชันธิกุล. ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
2. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
3. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/index_newversion.php
4. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
5. กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, วัฒนชัย เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล, รัตกรณ์ วรเลิศ. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลนครมวกเหล็ก จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2563;18(1):83-96.
6. อุดลย์ เจือจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่อุทยานแห่งชาติปางสีดา อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2562.
7. สมหมาย จิมประโคน, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, สมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไข้มาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23(1):35-45.
8. สุจารี คำศรี, กันยารัตน์ หนูชุม, สุรพล เนาวรัตน์. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 7 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/Download/402876/58faf65b9fcb6ee0f569fc9853c5b7a0?Resolve_DOI=10.14457/SRU.res.2014.5
9. จิรพัทธ์ ธนบัตร, ศรีงามลักษณ์ คำทอง, บุญสนอง ช่วยแก้ว. พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชน ในตำบล จ.ป.ร. อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง. ใน: สำนักบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บรรณาธิการ. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมชุมชนท้องถิ่นฐานรากการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. การประชุมวิชาการการพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน ประจำปี 2555 “ชุมชนท้องถิ่น ฐานรากการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน”; 16-19 กุมภาพันธ์ 2555; ขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555. หน้า 788-91.
10. Menjetta T. Assessment of Knowledge, Attitude, and Practice towards Prevention and Control of Malaria in Halaba Town, Southern Ethiopia. J Trop Med [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 31]; 2021: 1-5. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jtm/2021/5665000/>

11. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี. นนทบุรี: กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง; 2564.
12. เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทวีวิทย จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2561;8(1):45-58.