การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of health literacy on malaria surveillance and prevention among people in the Thai-Cambodia border area, Khunhan district, Sisaket province.

(Received: April 6,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์[1], พุทธิไกร ประมวล[2],
Wisitsak Piriyanon[1], Putthikrai Pramual[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ตามกระบวนการของ PDCA และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multivariable linear regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ Independent t-test พบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ ความรู้และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย โดยประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรู้ระดับไม่ดี 3.73 คะแนน (Adjusted mean diff = 3.73, 95% CI: 1.68 to 5.78) และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี 7.60 คะแนน (Adjusted mean diff = 7.60, 95% CI: 5.50 to 9.71) รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรีย 2) กิจกรรมสร้างความรู้และทักษะในการป้องกันโรคมาลาเรีย 3) กิจกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรีย 4) การสนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ 5) การสร้างคุณค่าและบุคคลต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรีย และ 6) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, มาลาเรีย, ชายแดนไทย-กัมพูชา, อำเภอขุนหาญ

Abstracts

This study aimed to develop health literacy on malaria surveillance and prevention among people in the Thai-Cambodia border area, Khun Han district, Sisaket province. The research consisted of three phases: phase 1, an analytical cross-sectional study aimed to demonstrate factors associated with the behavior of malaria surveillance and prevention; phase 2, the action research aimed to develop health literacy on malaria surveillance and prevention based on the PDCA model; and phase 3, a quasi-experimental study aimed to assess the effect of the developed model from phase 2. Data were analyzed using multivariable linear regression, content analysis, and independent t-test statistics. The results indicated 2 predicted factors of the behavior of malaria surveillance and prevention including a good level of malaria knowledge (Adjusted mean diff = 3.73, 95% CI: 1.68 to 5.78) and a good level of malaria health literacy (Adjusted mean diff = 7.60, 95% CI: 5.50 to 9.71). A model for developing health literacy on malaria surveillance and prevention among people in the Thai-Cambodia border area contained building a model community for malaria prevention, a knowledge & skill-Based, health literacy skill, social support, empowerment & role modeling, and monitoring & evaluation. After an

experiment, the score of knowledge, perception of the health belief model, malaria health literacy, and behavior of malaria surveillance and prevention in the experimental group was significantly more than the comparison group.
Keywords: Health literacy, Malaria, Thai-Cambodia border, Khun Han district

บทนำ

โรคมาลาเรีย เป็นโรคติดต่อที่สำคัญที่คร่าชีวิตประชาชนไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และภายหลังจากการได้ดำเนินการด้วยมาตรการต่างๆ ในการควบคุมโรคมาเป็นเวลานาน มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาสารเคมีที่มีผลต่อยุงที่เป็นพาหะนำเชื้อมาลาเรีย ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มียาต้านเชื้อมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคลดลง แต่อย่างไรก็ตามโรคมาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากยังมีอัตราการเกิดโรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่องและรุนแรง โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ พม่า ราชอาณาจักรกัมพูชา และมาเลเซีย การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนในบางจังหวัด การลักลอบตัดไม้ทำลายป่า และอาชีพหาอาหารป่าหรือของป่าในพื้นที่แนวชายแดน ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดน [1] และการพบเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิปารัมที่ดื้อต่อยาหลายขนานสามารถแพร่กระจายเชื้อและเกิดการระบาดที่ทำให้การควบคุมโรคมาลาเรียยุ่งยากมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยมีพื้นที่การดื้อยาผสมอนุพันธุ์อาร์ติมิซินินของเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิปารัม (P. falciparum) ใน 6 จังหวัด ได้แก่ สุรินทร์ ศรีสะเกษ ตราด ระนอง กาญจนบุรี และตาก[2]

โรคมาลาเรีย เป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงที่มียุงก้นปล่อง (Anopheles spp.) เป็นพาหะนำเชื้อพลาสโมเดียม (Plasmodium spp.) หรือเชื้อมาลาเรียติดต่อมาสู่คน ยุงพาหะมักชุกชุมตามป่าและแหล่งน้ำ โดยเฉพาะตามแนวป่าหรือเทือกเขาบริเวณพื้นที่ชายแดนประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อยุงก้นปล่องที่มีเชื้อมาลาเรียไปกัดคน ทำให้คนที่ถูกยุงกัดเป็นโรคมาลาเรียหลังจากถูกยุงกัดประมาณ 10-14 วัน อาการที่สำคัญได้แก่ มีอาการไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องร่วง หากการตรวจวินิจฉัยและการเข้าถึงระบบการรักษาที่ถูกต้องล่าช้าเกินไป จะทำให้มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้[(3)] ก่อให้เกิดการสูญเสียภาวะสุขภาพเจ็บป่วยร่างกาย โดยเฉพาะเชื้อมาลาเรียชนิดที่สามารถหลบซ่อนในเซลล์ตับเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคมาลาเรีย และหากเกิดการติดเชื้อรุนแรงอย่างเฉียบพลันอาจจะทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องประสบกับความสูญเสียทางด้านจิตใจ ขาดกำลังในการทำงานหาเลี้ยงชีพ บางรายอาจจะถึงขั้นหยุดงาน สูญเสียรายได้สำหรับจุนเจือสมาชิกในครอบครัว และมีรายจ่ายเพิ่มจากค่าใช้จ่ายต่างๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยรักษา รวมทั้งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคและการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก[3,4]

องค์การอนามัยโลก ได้บังคับใช้ยุทธศาสตร์การป้องกันโรคและการรักษาภายใต้โครงการโลกต้านมาลาเรียโลก (Global malaria program) ตามยุทธศาสตร์หลัก คือ การควบคุมพาหะนำโรค การใช้สารเคมีป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตได้ และได้ปรับเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคมาลาเรีย ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2573 และผลักดันให้ประเทศที่มีอัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อพันประชากร ยกระดับนโยบายจากการควบคุมโรค (Malaria control) เป็นนโยบายการกำจัดโรคมาลาเรีย (Malaria Elimination) เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ และประเทศไทยได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาที่ยั่งยืน

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายกำจัดโรคมาลาเรีย โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคมาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 โดยมีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคมาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เร่งรัดกำจัดเชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคมาลาเรีย 3) สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคมาลาเรีย และ 4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคมาลาเรีย มีงบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 2,283 ล้านบาท[2]

สำหรับประเทศไทย มีอัตราป่วยและอัตราตายลดลงอย่างต่อเนื่องจากปี 2549-2558 โดยอัตราป่วยของโรคมาลาเรียต่อประชากรพันคน (Annual Parasite Incidence-API) ลดลงจาก 0.57 ในปี 2557 เป็น 0.38 ในปี 2558 และอัตราตายโรคมาลาเรียต่อประชากรแสนคน (Malaria Mortality Rate-MMR) ลดลงจาก 0.07 ในปี 2556 เป็น 0.06 ในปี 2557 ปัจจุบันมีแนวโน้มสัดส่วนของเชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์ (P. vivax) สูงกว่าเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิปารัม (P. falciparum) การกระจายของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย มีผู้ป่วยคนไทยคิดเป็นร้อยละ 57.69 ผู้ป่วยต่างชาติ คิดเป็นร้อยละ 43.38 ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงาน (15-60 ปี) ซึ่งประกอบอาชีพหรือปฏิบัติหน้าที่ในป่า สวน ไร่ ในเวลากลางคืนมากกว่าร้อยละ 58 แนวโน้มผู้ป่วยจะพบมากขึ้นระหว่างเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม จังหวัดที่พบผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดตาก อุบลราชธานี ยะลา กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ นราธิวาส สงขลา สุราษฎร์ธานี และสุรินทร์ คิดเป็นร้อยละ 87.69 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ มีหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียทั้งหมด 2,755 หมู่บ้าน (5,552 กลุ่มบ้าน) ซึ่งกระจายตัวอยู่ใน 220 อำเภอ จากจำนวนทั้งหมด 928 อำเภอ/เขต[(2)] และสถานการณ์โรคมาลาเรีย ปี 2560-2564 มีแนวโน้มลดลง พบผู้ป่วยมาลาเรีย 14,955, 7,379, 5,858, 4,427 และ 2,950 ราย ตามลำดับ แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2565 -2566 พบผู้ป่วยมาลาเรีย 8,499 และ 16,522 ราย[5] โดยในปี 2561 ราย จาก 54 จังหวัด อัตราป่วย 3.18 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันแรก ได้แก่ จังหวัดยะลา ตาก แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี อัตราป่วย 57.48, 51.17, 27.96, 26.88 และ 14.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ พบมากในเพศชาย อายุระหว่าง 25-34 ปี อาชีพนักเรียนนักศึกษา รองลงมาคืออาชีพทำการเกษตร ชนิดเชื้อที่พบคือ Plasmodium vivax[6]

สถานการณ์โรคมาลาเรียในจังหวัดศรีสะเกษตั้งแต่ปี 2557-2562 มีแนวโน้มพบผู้ป่วยมาลาเรียสูงจำนวน 815, 1,019, 831, 827, 872 และ 386 ราย ตามลำดับ และเริ่มลดลงในปี 2563-2566 ที่พบผู้ป่วยมาลาเรีย 66, 21, 10 และ 3 ราย ตามลำดับ โดยอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ อำเภอภูสิงห์ อำเภอขุนหาญ และอำเภอกันทรลักษ์ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่พบใน 3 อำเภอชายแดนนี้คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคมาลาเรียทั้งหมดในจังหวัดศรีสะเกษ[7] โดยปี 2561 จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วย 871 ราย มากเป็นอันดับ 4 ของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 25-34 ปี อาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติงานด้านความมั่นคงและเจ้าหน้าที่อุทยานแห่งชาติ ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามแนวป่าบริเวณเทือกเขาพนมดงรักชายแดนประเทศไทย-กัมพูชา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ และยังพบว่า มีประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านความมั่นคง และทำหน้าที่ดูแลรักษาสัตว์และป่าไม้มีการติดเชื้อมาลาเรียซ้ำและกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ในภูมิภาคเนื่องจากมีการ

ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนชุดปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านความมั่นคง[8]

ถึงแม้จังหวัดศรีสะเกษจะมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรีย ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ แต่สถานการณ์โรคมาลาเรียก็ยังคงมีแนวโน้มที่ยังพบรายงานผู้ป่วยมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนติดประเทศกัมพูชาอย่างต่อเนื่อง เพราะเขตพื้นที่รอยต่อระหว่างประเทศไทย-กัมพูชา เป็นเทือกเขาพนมดงรัก เป็นแหล่งที่อยู่ของยุงพาหะ และมีการบุกคืบเข้าไปทำสวนยางพาราหรือการเข้าไปหาของป่ามาขายของประชาชนในพื้นที่ ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับยุงพาหะที่มีเชื้อมาลาเรียเดิมอยู่ในพื้นที่ป่า ทำให้เกิดการระบาดของโรคซ้ำเดิมในพื้นที่ ตลอดจนประชาชนบางส่วนยังขาดความตระหนักระมัดระวังป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย ซึ่งการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในชุมชนนั้น ประชาชนในพื้นที่เอง คือ บุคคลที่สำคัญที่จะต้องมีการดูแล จัดการด้านสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ปลอดภัยจากโรคมาลาเรีย เพราะมีความจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงของโรคมาลาเรียในการทำมาหากินดำรงชีพ ประชาชนในชุมชนต้องเป็นตัวหลักในการจัดการตนเองในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวกับค่อยสนับสนุนส่งเสริมด้านพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

ดังนั้น หากประชาชนมีความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจอย่างแตกฉานในเฝ้าระวังและป้องกันโรคมาลาเรีย ก็จะสามารถให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรคมาลาเรียให้กับประชาชนคนอื่นๆ ในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นการวางรากฐานด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียให้ประชาชนในชุมชน เพื่อให้มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นตัวแบบที่ดีในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมให้กับประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 197 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณความแม่นยำในการ

ประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE)[9] โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์จากวิจัยของลำพูน วรจักร และคณะ[10] ทำการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ประชาชนที่เป็นตัวแทนอย่างที่ดีในการทำการศึกษา ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) สุ่มเลือกประชาชนอายุ 15 ปี ตามพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ในอำเภอขุนหาญ 3 ตำบล ตามสัดส่วนของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปในแต่ละตำบล (Proportion to size) ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) สุ่มเลือกตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปแต่ละหมู่บ้าน และขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปี ในแต่ละหลังคาเรือน เรียงตามบ้านเลขที่ จากนั้นสุ่มหยิบหมายเลขแรกเพื่อเป็นจุดเริ่มต้น จากนั้นทำการสุ่มคนถัดไปตามช่วงการสุ่มที่คำนวณได้ เว้นช่วงวนไปจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 197 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ส่วนที่ 2 สถานะสุขภาพ 3 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 20 ข้อ ส่วนที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 40 ข้อ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย 15 ข้อ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยด้านการแพทย์และด้านระบาดวิทยา และด้านการสร้างเครื่องมือและสถิต 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียใช้วิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77, 0.83, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยใช้สถิติ Multivariable linear regression นำเสนอขนาดความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Adjusted mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด[11] ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและสมรรถนะแห่งตน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และยุทธศาสตร์กำจัดโรคมาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ 50 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ตัวแทนครัวเรือน กลุ่ม

ที่ 2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย และกลุ่มที่ 3 กลุ่มสนับสนุนเพื่อจัดกระบวนการในสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (นคม.) เจ้าหน้าที่มาลาเรียคลินิกชุมชน (Malaria post: MP) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครื่องที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตในการเข้ากิจกรรม และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านการการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Techniques) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) และด้านผู้สืบค้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Two group pre-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน [12] กำหนดค่าพารามิเตอร์จากงานวิจัยของธีรศักดิ์ คันธศร และคณะ[13] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 112 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ 56 คน ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโดนเอาว์ อำเภอกันทรลักษ์ 56 คน ที่ได้รับการส่งเสริมให้ความรู้ตามปกติ สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stage random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เพื่อเลือกประชาชนในเขตพื้นตำบลในเขตพื้นที่ชายแดน 2 อำเภอๆ ละ 1 ตำบล และขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปี ในแต่ละหลังคาเรือน เรียงตามบ้านเลขที่ จากนั้นสุ่มหยิบหมายเลขแรกเพื่อเป็นจุดเริ่มต้น จากนั้นทำการสุ่มคนถัดไปตามช่วงการสุ่มที่คำนวณได้ เว้นช่วงวนไปจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การนำรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา ไปขยายผลต่อเนื่องในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอาว์ ตำบลรุง อำเภอกันทรลักษ์

จำนวน 2 หมู่บ้าน คือ บ้านโดนเอาว์ หมู่ที่ 4 และบ้านโดนเอาว์ใต้ หมู่ที่ 10 ซึ่งเป็นพื้นที่ B1 คือ หมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในหมู่บ้านอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน แต่ยังสำรวจพบยุงพาหะ โดยมีการนำรูปแบบกิจกรรมและกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียให้กับประชาชนทั้ง 2 หมู่ จากนั้นทำการตัวอย่างประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน จำนวน 100 คน เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่SPPH 2023-012 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ร้อยละ 10.15 และเคยได้รับการตรวจคัดกรองมาลาเรีย ร้อยละ 45.18 ดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.45 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับสูง ร้อยละ 59.90 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.99 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.45 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับสูง 77.15 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ มีอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย โดยประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรู้ระดับไม่ดี 3.73 คะแนน (Adjusted mean diff = 3.73, 95% CI: 1.68 to 5.78) และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี 7.60 คะแนน (Adjusted mean diff = 7.60, 95% CI: 5.50 to 9.71) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว

ตัวแปร	n	mean	SD	Un-adjusted Mean difference	Adjusted Mean difference	95% CI	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย							<0.0001
ระดับไม่ดี (ต่ำ/ปานกลาง)	72	57.43	7.39	0	0		
ระดับดี (สูง)	125	63.89	7.42	6.46	3.73	1.68 to 5.78	
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย							<0.0001

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว

ตัวแปร	n	mean	SD	Un-adjusted Mean difference	Adjusted Mean difference	95% CI	p-value
ระดับไม่ดี	72	55.56	7.55	0	0		
ระดับดี	125	64.97	6.03	9.41	7.60	5.50 to 9.71	

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ได้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย (Building a model community for malaria prevention)

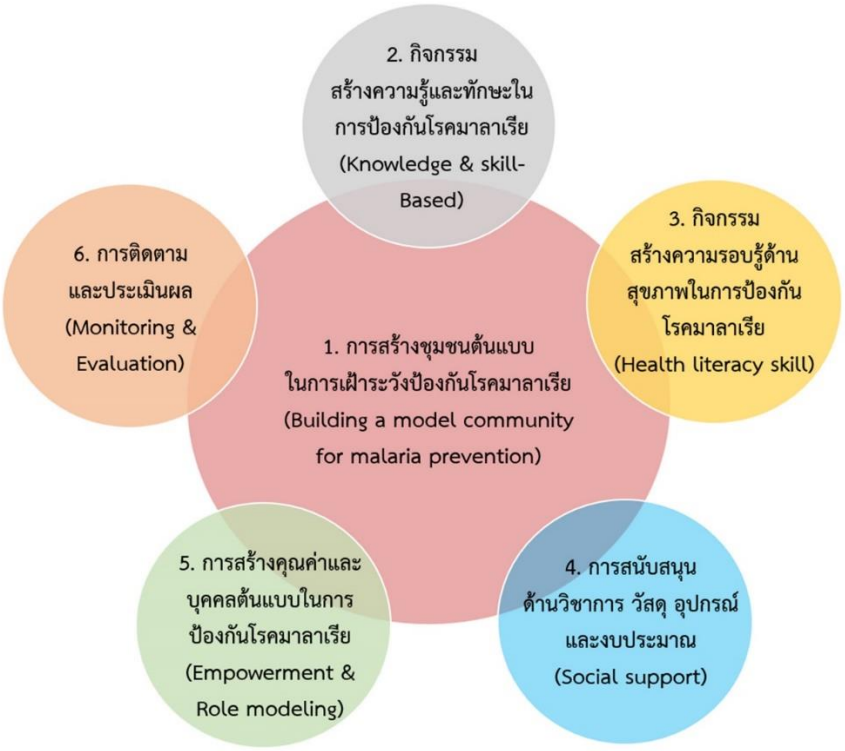
2. กิจกรรมสร้างความรู้และทักษะในการป้องกันโรคมาลาเรีย (Knowledge & skill-Based)

3. กิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรีย (Health literacy skill)

4. การสนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ (Social support)

5. การสร้างคุณค่าและบุคคลต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรีย (Empowerment & Role modeling)

6. การติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ดังภาพที่ 1



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.90 คะแนน (Mean diff = 0.90, 95% CI: 0.47 to 1.33), 5.29 คะแนน (Mean diff = 5.29, 95% CI: 3.61 to 6.97), 13.68 คะแนน (Mean diff= 13.68, 95% CI: 7.97 to 19.38) และ 4.43 คะแนน (Mean diff= 4.43, 95% CI: 2.59 to 6.29) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=56)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=56)		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
หลังได้รับโปรแกรม	ความรู้	9.25	0.97	8.35	1.29	0.90	0.47 to 1.33	0.0001
	การรับรู้	54.86	4.01	49.57	4.92	5.29	3.61 to 6.97	<0.0001
	ความรอบรู้	180.10	11.75	166.42	18.06	13.68	7.97 to 19.38	<0.0001
	พฤติกรรม	70.91	3.00	66.48	6.26	4.43	2.59 to 6.29	<0.0001
ก่อนได้รับโปรแกรม	ความรู้	7.57	1.78	7.89	1.38	-0.32	-0.92 to 0.28	0.2900
	การรับรู้	48.64	6.34	50.52	4.30	-1.88	-3.91 to 0.15	0.0690
	ความรอบรู้	158.94	19.35	164.92	19.32	-5.98	-13.22 to 1.26	0.1046
	พฤติกรรม	62.00	8.10	65.00	7.56	-3.00	-5.93 to -0.07	0.0452

ผลการดำเนินการขยายผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอาว์ ตำบลรุง อำเภอกันทรลักษ์ คือ บ้านโดนเอาว์ หมู่ที่ 4 และบ้านโดนเอาว์ใต้ หมู่ที่ 10 ตามรูปแบบกิจกรรมและกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย พบว่า หลังดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตัวแทนหลังคาเรือน 100 คน มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าก่อนดำเนินการ 1.71 คะแนน (Mean diff = 1.71, 95% CI: 1.45 to 1.97), 2.87 คะแนน (Mean diff =2.87, 95% CI: 1.78 to 3.96), 19.42 คะแนน (Mean diff= 19.42, 95% CI: 16.37 to 22.4) และ 3.59 คะแนน (Mean diff= 3.59, 95% CI: 2.38 to 4.79) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ระหว่างในพื้นที่ขยายผล ก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ

ตัวแปร	จำนวน (n)	หลังดำเนินการ		ก่อนดำเนินการ		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้	100	8.72	0.83	7.01	1.04	1.71	1.45 to 1.97	<0.0001
การรับรู้	100	53.69	2.74	50.82	4.81	2.87	1.78 to 3.96	<0.0001
ความรอบรู้	100	187.72	9.03	168.30	12.53	19.42	16.37 to 22.4	<0.0001
พฤติกรรม	100	72.41	2.45	68.82	5.62	3.59	2.38 to 4.79	<0.0001

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ ความรู้ และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย โดยประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรู้ระดับไม่ดี ความรู้ เป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่จะบ่งชี้ถึงความพร้อมในการทำความเข้าใจ และการรับรู้ต่างๆ ด้านสุขภาพ การใช้ดุลยพินิจในการพิจารณา วิเคราะห์ และตัดสินเลือกวิธีการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันตนเองต่อการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ป่ายางพาราหรือเชิงเขาพนมดงรักที่เป็นพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นเกษตรกรทำสวนยางพารา และหาของป่าตามฤดูกาล ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ดังนั้นหากประชาชนมีประสบการณ์และความรู้ในการป้องกันโรคมาลาเรียที่ดีและถูกต้อง ก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ดีด้วย[14,15,16] การมีความรู้จะเป็นพื้นฐานนำไปสู่การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคมาลาเรียได้ดีกว่า และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้วัดทักษะ 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและระบบบริการ ทักษะด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ทักษะด้านการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการป้องกันโรคมาลาเรีย ทักษะการจัดการตนเองในการเข้ารับการตรวจคัดกรองและการรักษา และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งหากประชาชนที่ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา มีคุณสมบัติทั้ง 6 ทักษะ อยู่ในระดับดีแล้ว ก็ส่งผลให้พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระ กองสนั่น และคณะ[17] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[18] และวัชราพร เชยสุวรรณ[(19)] ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของตนเองในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง และแนะนำผู้อื่น เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ

2. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ที่ได้จากการระดมความสมองจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีรูปแบบการจัดการในระดับต้นน้ำ คือ การส่งเสริมพัฒนาความรู้ ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการจัดการอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคัดกรองโรค ผ่านกิจกรรมและสื่อการสอน ระดับกลางน้ำ คือ การสนับสนุนทั้งด้านสื่อการเรียนรู้ วัสดุ อุปกรณ์ตรวจคัดกรอง และงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคในชุมชน ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และระดับปลายน้ำ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในการติดเชื้อมาลาเรีย และการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างพลังและสร้างคุณค่าให้กับชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ดี และขยายผลต่อยอดไปยังชุมชนอื่นๆ

ต่อไป สอดคล้องการวิจัยเชิงพัฒนารูปแบบและโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องป้องกันโรคมาลาเรียกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า การระดมความคิดจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง จะทำให้การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนมีผลความสำเร็จไปในทิศทางที่ดีและมีความยั่งยืน[10,20,21]

3. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา หลังได้รับโปรแกรมจากรูปแบบกิจกรรม 6 กิจกรรม จำนวน 12 สัปดาห์ พบว่า ประชาชนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากประชาชนในกลุ่มทดลองได้รับการอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ (Skill) ตามกรอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย จากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อมนำโดยแมลงโดยตรง ทำให้ทราบถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมาลาเรีย และได้ฝึกประสบการณ์การตรวจคัดกรองมาลาเรียร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเครือข่ายในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้คำปรึกษากันได้ตลอดเวลา ประกอบกับมีการสนับสนุนที่ดีจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้มีกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีแรงจูงใจและความภาคภูมิจากการประเมินและคัดเลือกชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย จึงทำให้ประชาชนทุกคนในชุมชนมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียในทิศทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ระบุว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น Rosenstock[22] และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยที่ผ่านมา[10,20,23]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความรู้ และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมด้านความรู้ ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน และแกนนำสุขภาพในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดของโรคมาลาเรีย

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย เป็นยุทธศาสตร์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคมาลาเรียที่สามารถสร้างแรงจูงใจ สร้างคุณค่าให้กับประชาชนและชุมชนได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการรวมกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และฝึกประสบการณ์ในการป้องกันโรคมาลาเรีย ทำให้ประชาชนเกิดการตื่นตัว ความตระหนักและสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนได้เป็นอย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนด้านความรู้ทางวิชาการและการดำเนินกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอบคุณ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขุนหาญที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียให้กับประชาชนในพื้นที่ ขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนตำบลโดนเอาว์ อำเภอกันทรลักษ์ ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอบคุณผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนอำเภอขุนหาญทุกคนที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประยุทธ สุดาทิพย์, เสาวนิต วิชัยขัทคะ, และสุธีรา พูลลิน. (2554). การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรียโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 43 จังหวัด ภายใต้โครงการกองทุนโลกรอบที่ 7: การประเมินเชิงนโยบายและผลกระทบการดำเนินงาน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 7(3), 225-239.
2. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2559). ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2558). รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
4. รุ่งระวี ทิพย์มนตรี และนารถลดา ขันติกุล. (2557). ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ปรมัตถ์การพิมพ์ จำกัด.
5. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 10.1 อุบลราชธานี. (2567). เอกสารบรรยายยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมาลาเรียและสถานการณ์โรคมาลาเรีย. [เอกสารอัดสำเนา]. อุบลราชธานี: ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 10.1 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.
6. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงกรมควบคุมโรค. (2561). รายงานประจำปี 2561 สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
7. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). สรุปผลการดำเนินงานโรคมาลาเรีย จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2566. [เอกสารอัดสำเนา]. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
8. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2561). สรุปผลการดำเนินงานโรคมาลาเรีย จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2561. [เอกสารอัดสำเนา]. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
9. Kelley, K., & Maxwell, S. E. (2003). Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychological methods, 8(3), 305.
10. ลำพูน วรจักร์ และพุทธิไกร ประมวล. (2563). ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบราชธานี. 3(3): 175-186.
11. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University.
12. พงษ์เดช สารการ. (2558). ชีวสถิติขั้นพื้นฐานและการวิเคราะห์ข้อมูล: STATA10. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. ธีรศักดิ์ คันศร และกุลชญา ลอยหา. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 26(3): 25-35.
14.ทรงเกียรติ ยุระศรี และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2564). ปัจจัยที่มีวามสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 14(1): 29-36.
15. สะใบทอง หาญบุ่งคล้า และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมาลาเรียที่เป็นโรคประจำถิ่นในจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2558. วารสารควบคุมโรค, 43(4), 423-435.
16. Girum, T., Hailemikael, G., & Wondimu, A. (2017). Factors affecting prevention and control of malaria among endemic areas of Gurage zone: An implication for malaria elimination in South Ethiopia, 2017. Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines, 3(1), 1–9.

17. วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 3(1): 35-44.
18. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 15(3): 259-267.
19. วัชราพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์นาวี. 44(3): 183-197.
20. จีระศักดิ์ กรมาทิตย์สุข, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย บ้านท่านหญิง ตำบลตะกุกเนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 4(2): 153-166.
21. สมหมาย งึมประโคน, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดขอนแก่น. 23(1): 35-45.
22. Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health education monographs. 2(4): 354-386.
23. เดือนนภา ศิริบูรณ์ และนพรัตน์ ส่งเสริม. (2559). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของตัวแทนครัวเรือน ตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. SNRU journal of science and technology. 8(3): 292-300.