ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วัลลาวดี ขันแก้ว

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2566

คำนำ

การศึกษา “ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน” ในครั้งนี้ เพื่อทราบถึงความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูงของจังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจากโรคไข้มาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดแม่ฮ่องสอน และยังคงพบสถานการณ์สูงเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศ แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้แผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 ที่มีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษา ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาในพื้นที่ นำไปสู่การกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน และเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

วัลลาวดี ขันแก้ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ และหัวหน้าศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1 แม่ฮ่องสอน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้างานระบาดวิทยา ศตม. 1.1 แม่ฮ่องสอน หัวหน้าหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1.1 สบเมยและ1.1.2 แม่สะเรียง ที่สนับสนุนเจ้าหน้าที่ในการศึกษาพร้อมทั้งข้อมูลในการศึกษา กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานในพื้นที่

ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป และสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ ทั้งหมด 26 กลุ่มบ้าน แบ่งเป็น อำเภอสบเมย 7 กลุ่มบ้าน และอำเภอแม่สะเรียง 19 กลุ่มบ้าน จำนวน 374 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียในระดับดี ร้อยละ 51.22 (Mean = 8, S.D. =1.72) โดยทราบอาการของโรคไข้มาลาเรียและวิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ด้านการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.93 (Mean = 13, S.D. = 1.76) โดยรับรู้ว่าผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอาจจะเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาล่าช้า และทุกคนมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.37 (Mean = 12, S.D. = 1.47) คือการนอนในมุ้งในเวลากลางคืนและการสวมใส่เสื้อผ้ามิดชิดเป็นประจำ ทั้งนี้พบว่ายังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ การเที่ยวเล่นคุยสังสรรค์อยู่นอกบ้านในเวลากลางคืนเป็นบางครั้ง ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดทำแนวทางการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียสำหรับประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยเน้นประเด็นที่ประชาชนยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น แหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่เสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้มาลาเรีย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : โรคไข้มาลาเรีย, พื้นที่ไข้สูง, การป้องกันโรค

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
1.3 กรอบแนวคิด	5
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	6
1.5 นิยามศัพท์	6
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	6
บทที่ 2 เอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	8
2.2 แนวคิดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย	8
2.3 การค้นหาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย	9
2.4 การตรวจวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย	10
2.5 การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	12
2.6 ทฤษฎีการรับรู้	14
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	17
3.1 ประชากรที่จะศึกษา	17
3.2 ขนาดตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง	17
3.3 พื้นที่ที่จะศึกษา	17
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	18
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	19
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	19
บทที่ 4 ผลการศึกษา	20
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	26
บรรณานุกรม	28
ภาคผนวก	31

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 20

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย..... 23

ตารางที่ 3 การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย..... 24

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย..... 24

ตารางที่ 5 ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน..... 25

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1 10 อันดับจังหวัดที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปี พ.ศ. 2562 – 2566..... 2
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียแยกรายจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ปี พ.ศ. 2562 – 2566 2
รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียแยกรายอำเภอของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี พ.ศ. 2562 – 2566 3
รูปที่ 4 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2565 – 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน 4
รูปที่ 5 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำแนกตามอายุ และชนิดเชื้อมาลาเรีย ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน..... 4
รูปที่ 6 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำแนกตามอาชีพ ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน 4
รูปที่ 7 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำแนกตามประเภทบุคคล ปีงบประมาณ 2565 – 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน..... 5
รูปที่ 8 วงจรชีวิตของเชื้อไข้มาลาเรีย..... 8
รูปที่ 9 แนวคิดในโครงการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามระดับการแพร่เชื้อ..... 9

บทที่ 1
บทนำ

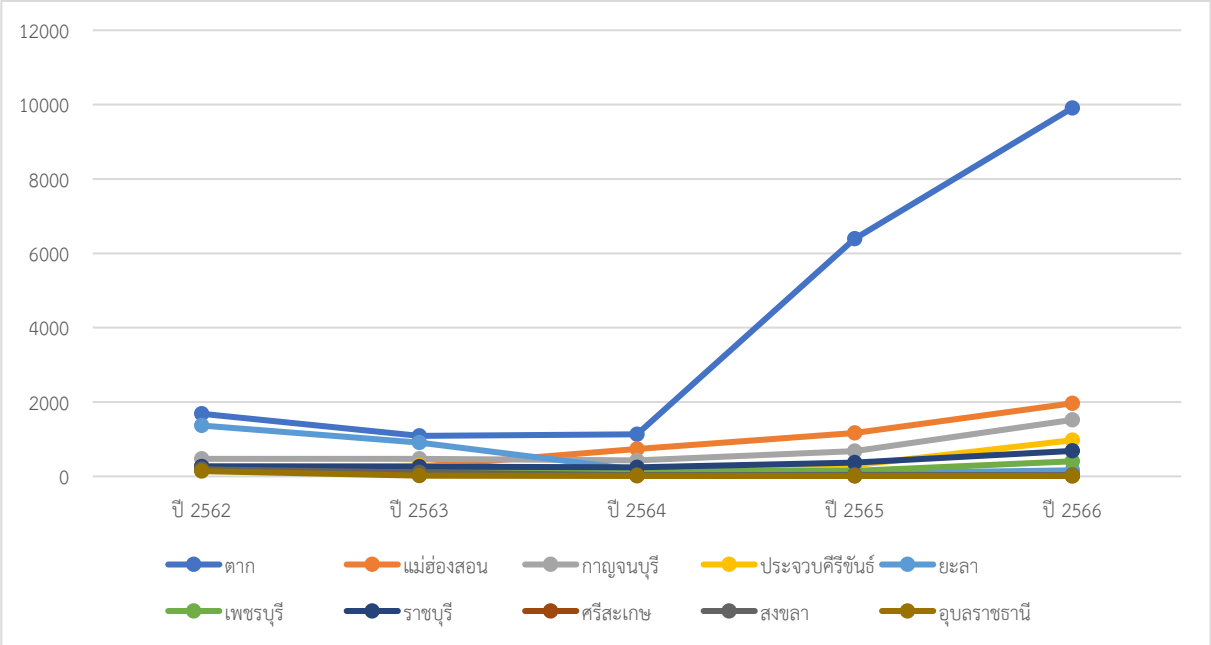
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้มาลาเรียหรือที่เรียกกันว่าไข้ป่า ไข้จับสั่น ไข้ดอกสัก ไข้ป้าง หรือไข้ร้อนเย็น เป็นโรคติดต่อโดยมียุงก้นปล่องเป็นพาหะ เมื่อยุงก้นปล่องกัดและดูดเลือดคนที่มีเชื้อมาลาเรียเข้าไป เชื้อจะเพิ่มจำนวนในยุงโดยใช้เวลาประมาณ 10 – 12 วัน เมื่อยุงก้นปล่องที่มีเชื้อมาลาเรียนี้ไปกัดคนอื่น ก็จะปล่อยเชื้อมาลาเรียจากต่อมน้ำลายเข้าสู่คนอีก จึงทำให้คนที่ถูกยุงกัดเป็นไข้มาลาเรีย ซึ่งอาจเริ่มมีอาการป่วยหลังจากถูกยุงก้นปล่องกัดประมาณ 10 – 14 วัน อาการที่สำคัญได้แก่ มีอาการไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องร่วง ในกรณีที่ทำการตรวจวินิจฉัยและรักษาให้ถูกต้องช้าเกินไปอาจมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ โรคนี้ทำให้บั่นทอนแรงงานจากการขาดงาน และมีผลต่อการศึกษาจากการขาดเรียนทำให้เด็กมีการเรียนรู้ช้า แนวโน้มของโรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ75 ใน 55 ประเทศทั่วโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ จำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 150,000 รายในปี พ.ศ. 2543 เหลือ 24,850 ราย ในปี พ.ศ. 2558 หรือลดลงประมาณ 85% คิดเป็นอัตราป่วย 0.38 ต่อประชากรพันคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบตามแนวชายแดนที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดน ทั้งยังพบปัญหามาลาเรียดื้อยารักษาซึ่งเป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2573 โครงการมาลาเรียโลก (Global Malaria Program) มีเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรียและผลักดันให้ประเทศที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อประชากรพันคน ยกระดับนโยบายจากการควบคุมโรค (Malaria Control) เป็นนโยบายการกำจัดโรคและประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนนโยบายดังกล่าวระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 ในปี พ.ศ. 2556 ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ประเทศไทยร่วมกับประเทศอื่นๆ ร่วมลงนามข้อตกลงในการผลักดันนโยบายและสนับสนุนงบประมาณการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 มีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 โดยมี 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3) สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ 4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ตลอดจนแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย (Malaria elimination) ภายในปี พ.ศ. 2567 กล่าวคือทุกอำเภอปลอดจากการแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

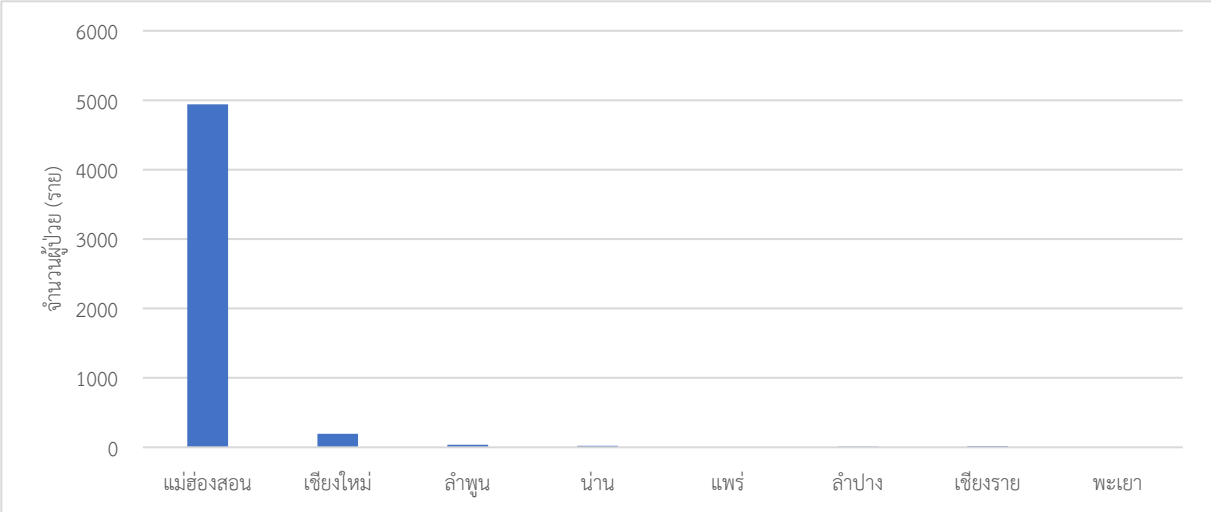
จากรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย 5 ปีย้อนหลัง ข้อมูลจากกองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2562 - 2566 ดังรูปที่ 1 พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสะสม 39,479 ราย จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ จังหวัดตาก 20,208 ราย รองลงมาคือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 4,941 ราย และจังหวัดกาญจนบุรี 3,569 ราย เป็นคนไทย 20,519 ราย (ร้อยละ 51.97) และต่างชาติ 18,960 ราย (ร้อยละ 48.03) กลุ่มบ้านที่มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อสะสม (พื้นที่ A1) จำนวน 1,352 กลุ่มบ้าน

จังหวัดที่พบแหล่งแพร่เชื้อมากที่สุดได้แก่ จังหวัดตาก 349 กลุ่มบ้าน จังหวัดยะลา 195 กลุ่มบ้าน และแม่ฮ่องสอน 166 กลุ่มบ้าน (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)



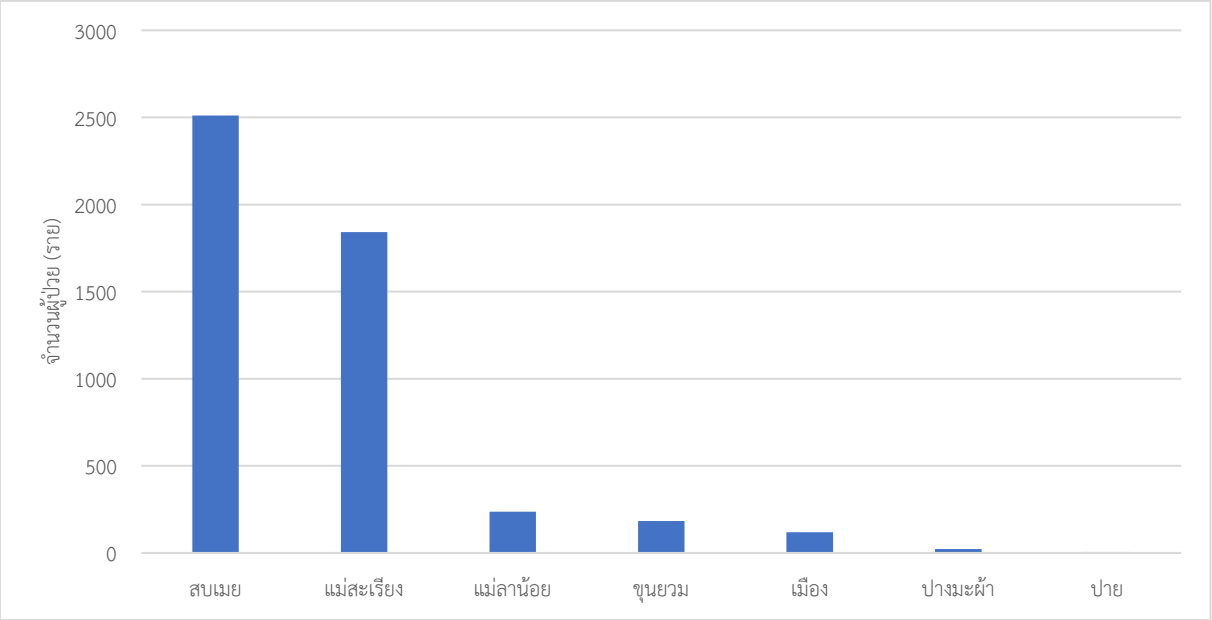
รูปที่ 1 10 อันดับจังหวัดที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปี พ.ศ. 2562 – 2566

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย 5 ปีย้อนหลัง ของเขตสุขภาพที่ 1 ข้อมูลจากกองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2562 - 2566 พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสะสม จำนวน 5,223 ราย จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมากที่สุดคือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 4,941 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.60 รองลงมาคือ จังหวัดเชียงใหม่ 194 ราย (ร้อยละ 3.71) และจังหวัดลำพูน 37 ราย (ร้อยละ 0.71) ดังรูปที่ 2 แยกเป็นคนไทย 2,447 ราย (ร้อยละ 46.85) ต่างชาติถาวร 362 ราย (ร้อยละ 6.93) ต่างชาติจร 853 ราย (ร้อยละ 16.33) และผู้อพยพในศูนย์พักพิงผู้ลี้ภัยทางสงคราม 1,561 ราย (ร้อยละ 29.89) สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.12 : 1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 5-15 ปี (ร้อยละ 25.94) รองลงมาคือ อายุ 25-45 ปี (ร้อยละ 26.48) ส่วนใหญ่พบชนิดเชื้อ *P. vivax* ร้อยละ 91.33 เชื้อ *P. falciparum* ร้อยละ 6.97 และอื่นๆ ร้อยละ 1.7 (โปรแกรมมาลาเรียออนไลน์, 2566)



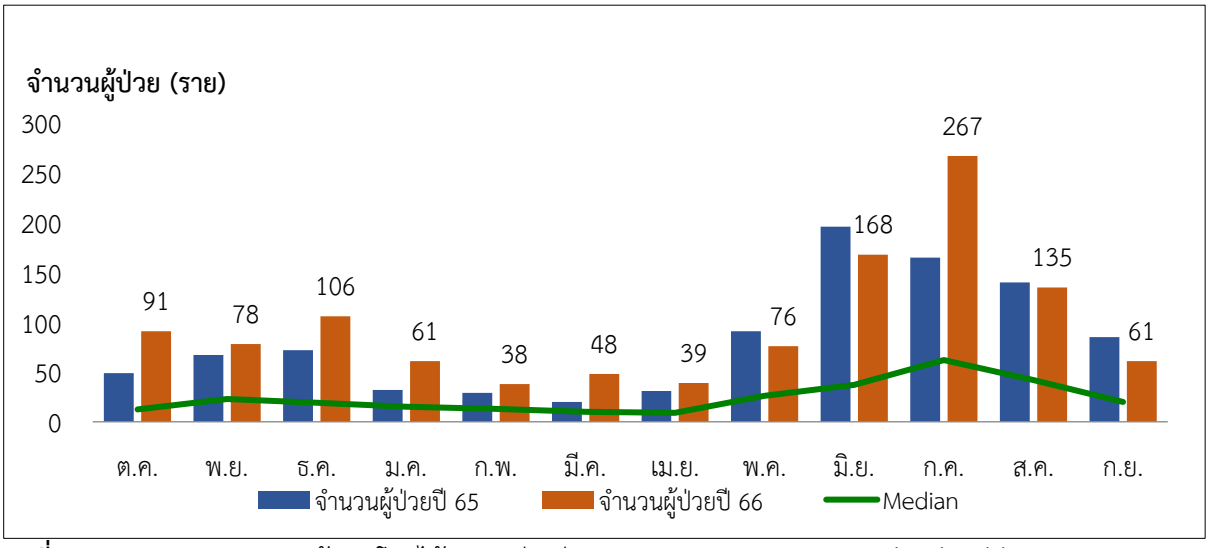
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียแยกรายจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ปี พ.ศ. 2562 – 2566

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย 5 ปีย้อนหลังของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ข้อมูลจากกองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2562 – 2566 พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสะสม จำนวน 4,941 ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมากที่สุดคือ อำเภอสบเมย 2,511 ราย (ร้อยละ 50.82) รองลงมาคือ อำเภอแม่สะเรียง 1,842 ราย (ร้อยละ 37.28) และอำเภอแม่ลาน้อย 236 ราย (ร้อยละ 4.78) ดังรูปที่ 3 แยกเป็นคนไทย 2,215 ราย (ร้อยละ 44.83) ต่างชาติถาวร 350 ราย (ร้อยละ 7.08) ต่างชาติจร 815 ราย (ร้อยละ 16.49) และผู้อพยพในศูนย์พักพิงผู้ลี้ภัยทางสงคราม 1,561 ราย (ร้อยละ 29.89) สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.09 : 1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 5-15 ปี (ร้อยละ 26.80) รองลงมาคือ อายุ 25-45 ปี (ร้อยละ 26.29) ส่วนใหญ่พบชนิดเชื้อ *P. vivax* ร้อยละ 92.19 เชื้อ *P. falciparum* ร้อยละ 6.48 และอื่นๆ ร้อยละ 1.33 (โปรแกรมมาลาเรียออนไลน์, 2566)

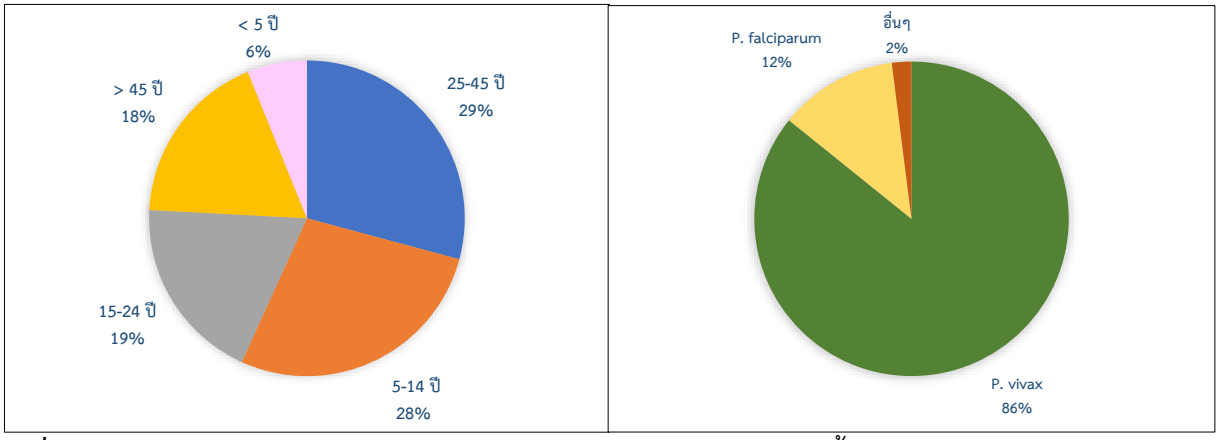


รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียแยกรายอำเภอของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี พ.ศ. 2562 – 2566

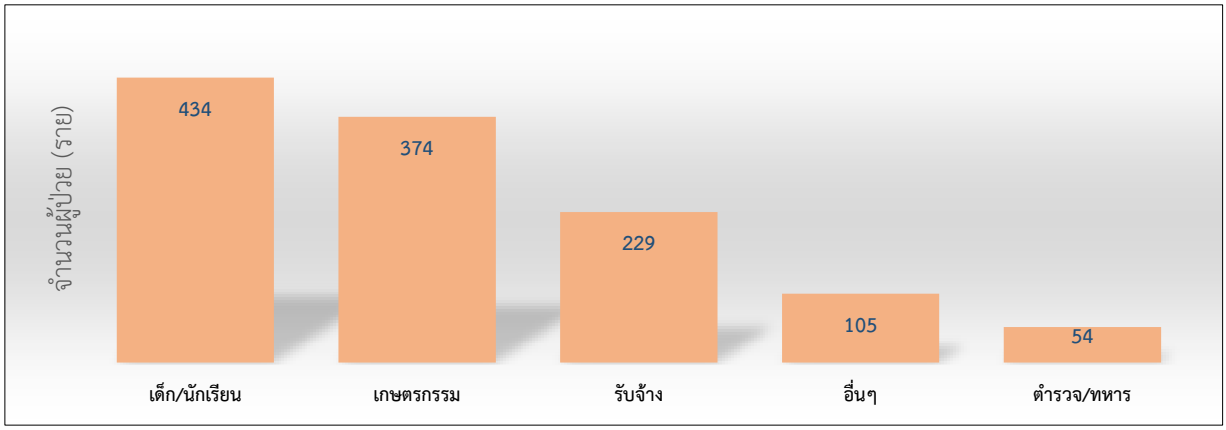
สำหรับสถานการณ์จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี 2566 (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 กันยายน 2566) พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสะสมไม่รวมศูนย์พักพิงผู้ลี้ภัย จำนวน 1,196 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.42 เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา (977 ราย) แบ่งเป็น เพศชาย 797 ราย (ร้อยละ 66.64) เพศหญิง 399 ราย (ร้อยละ 33.36) สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.99 : 1 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 25 - 45 ปี จำนวน 349 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.18 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5 – 14 ปี 330 ราย (ร้อยละ 27.59) กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี 228 ราย (ร้อยละ 19.07) กลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี 216 ราย (ร้อยละ 18.06) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี 73 ราย (ร้อยละ 6.10) อาชีพที่พบมากที่สุดคือ เด็ก/นักเรียน จำนวน 434 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.29 รองลงมาคือ เกษตรกรรม จำนวน 374 ราย (ร้อยละ 31.27) รับจ้าง 229 ราย (ร้อยละ 19.15) และอื่นๆ เช่น ค้าขาย หาของป่า 105 ราย (ร้อยละ 8.78) และเจ้าหน้าที่ตำรวจ/ทหาร 54 ราย (ร้อยละ 4.51) จากการแยกชนิดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Plasmodium Vivax* จำนวน 1,026 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.78 รองลงมาคือ *Plasmodium falciparum* จำนวน 146 ราย (ร้อยละ 12.21) และอื่นๆ 24 ราย (ร้อยละ 2.01) กลุ่มบ้านที่มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ปีปัจจุบัน (พื้นที่ A1) จำนวน 87 กลุ่มบ้าน เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.44 เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ ปี พ.ศ. 2565 (64 กลุ่มบ้าน) ดังรูปที่ 4 - 7 (โปรแกรมมาลาเรียออนไลน์, 2566)



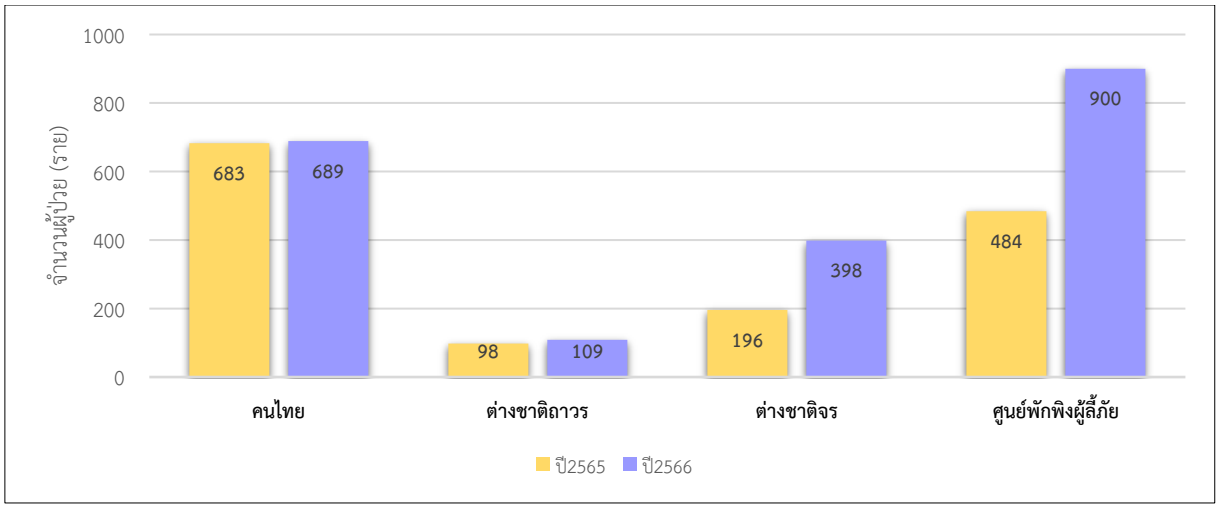
รูปที่ 4 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2565 – 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน



รูปที่ 5 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำแนกตามอายุ และชนิดเชื้อมาลาเรีย ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน



รูปที่ 6 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำแนกตามอาชีพ ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน



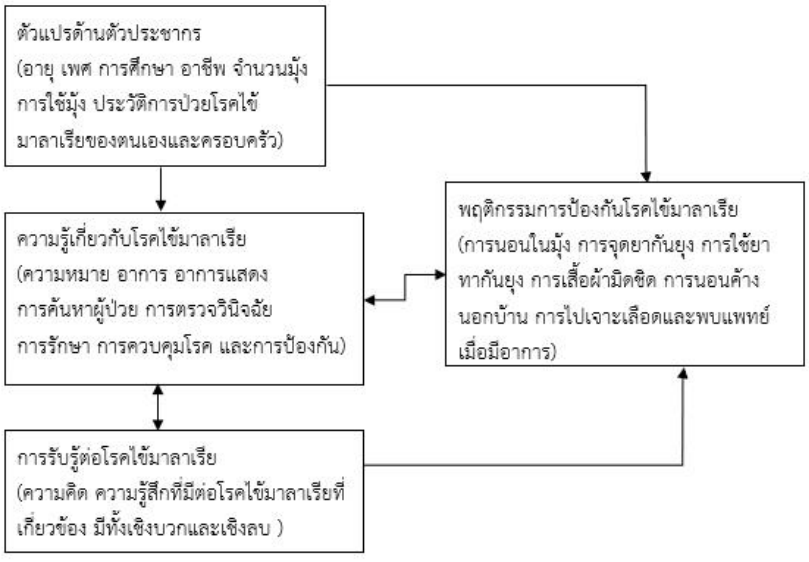
รูปที่ 7 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำแนกตามประเภทบุคคล ปีงบประมาณ 2565 – 2566 จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากสถานการณ์ของโรคไข้มาลาเรียจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าจำนวนผู้ป่วยและแหล่งแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเฉพาะอำเภอแม่สะเรียงและอำเภอสบเมยยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทางการกำจัดโรคไข้มาลาเรียฯ ที่กำหนดให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย ภายในปี 2567 นอกจากนี้ปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย กล่าวคือ ลักษณะภูมิประเทศและสภาพทางสังคมของจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่เป็นพื้นที่ป่ามากถึงร้อยละ 87 ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์มากถึงร้อยละ 90 อีกทั้งยังเป็นจังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเมียนมา มีช่องทางการเข้าออกทั้งด่านชายแดนและช่องทางธรรมชาติ ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคระบาดในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อจะใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาที่ส่งผลต่อสถานการณ์โรคในพื้นที่ และจัดทำแนวทางให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศ เพื่อให้จังหวัดแม่ฮ่องสอนลดจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียและขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่การเป็นพื้นที่ปลอดโรคไข้มาลาเรียต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

1.3 กรอบแนวคิด



1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 374 คน ที่อาศัยใน 26 กลุ่มบ้าน ในพื้นที่อำเภอแม่สะเรียงและอำเภอสบเมย ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – เมษายน 2566

1.5 นิยามศัพท์

ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการจำ หรือเข้าใจในสาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย หมายถึง ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น หรือการอธิบาย ถึงโอกาสเสี่ยง และการรับรู้อันตรายจากโรคไข้มาลาเรีย

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย หมายถึง การแสดงออก หรือการกระทำในการป้องกันตนเอง จากโรคไข้มาลาเรีย

พื้นที่ไข้สูงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายถึง อำเภอในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ที่เป็นการติดเชื้อภายในจังหวัด มากกว่า 100 ราย

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

ผลการศึกษาจะสามารถนำไปพัฒนา และเป็นประโยชน์ในการให้ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ตลอดจนการเสริมสร้างการรับรู้ และการมีพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับวิถีชีวิต รวมทั้งความเป็นอยู่ของกลุ่มเปราะบางตามแนวชายแดนไทย เพื่อให้เกิด ความร่วมมือในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคไข้มาลาเรีย ซึ่งจะส่งผลให้การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ตามแนวชายแดนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้ศึกษาได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย
2. แนวคิดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
3. การค้นหาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย
4. การตรวจวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย
5. การควบคุมโรคไข้มาลาเรีย
6. ทฤษฎีการรับรู้
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

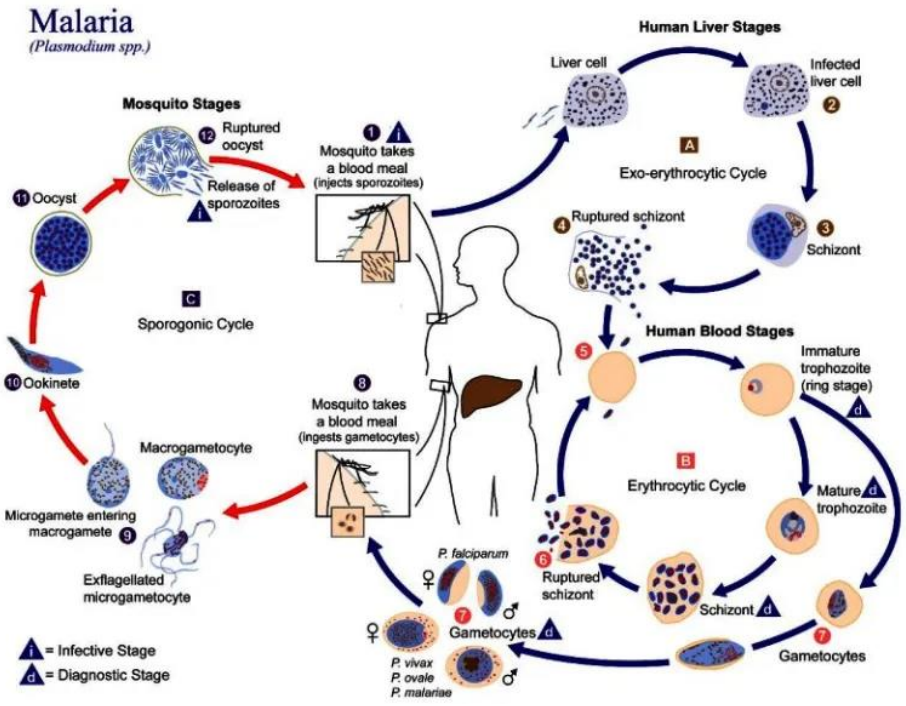
โรคไข้มาลาเรีย (Malaria) คือโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อโปรโตซัวในกลุ่มพลาสโมเดียม (*Plasmodium spp.*) ซึ่งเข้าสู่ร่างกายได้โดยการกัดของยุงก้นปล่องตัวเมีย (*Anopheles spp.*) หรือการติดต่อจากแม่สู่ลูก โรคไข้มาลาเรียยังมีชื่อเรียกอื่นๆ ที่แตกต่างกันไปตามลักษณะฤดูกาลเกิดโรคหรืออาการ เช่น ไข้จับสั่น ไข้ป่า ไข้ดง ไข้ดอกสัก ไข้ร้อนเย็น และไข้ป้าง เป็นต้น เชื้อมาลาเรียที่ก่อโรคในคนมี 5 ชนิด พบในประเทศไทยทุกชนิดในสัดส่วนที่แตกต่างกัน ได้แก่

1) พลาสโมเดียม ฟัลซิปารัม (*Plasmodium falciparum* หรือ *Pf*)
2) พลาสโมเดียม ไวแวกซ์ (*Plasmodium vivax* หรือ *Pv*)
3) พลาสโมเดียม มาลาริอี (*Plasmodium malariae* หรือ *Pm*)
4) พลาสโมเดียม โอวาเล (*Plasmodium ovale* หรือ *Po*)
5) พลาสโมเดียม โนไซ (*Plasmodium knowlesi* หรือ *Pk*) เป็นชนิดล่าสุด ในประเทศไทยรายงานครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2547 เป็นเชื้อที่พบในลิงแสม ลิงกัง และค่างดำ นอกจากนี้ยังพบได้ในประเทศอื่นๆ แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

เชื้อมาลาเรียมีระยะฟักตัวของโรค (Incubation Period) โดยระยะฟักตัวของโรคไข้มาลาเรียในร่างกายผู้ได้รับเชื้อ คือ ระยะตั้งแต่ถูกยุงกัดจนกระทั่งเริ่มมีอาการป่วย ซึ่งระยะฟักตัวนี้มีความแตกต่างตามชนิดของเชื้อมาลาเรีย โดยทั่วไปประมาณ 10 – 14 วัน แต่อาจนานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนได้ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล อาการเริ่มต้นของโรคไข้มาลาเรียมักเป็นอาการที่ไม่จำเพาะ มีความคล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อจากไวรัสทั่วไป หลังจากถูกยุงกัดอาการที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ไข้ โดยมีระยะฟักตัวแตกต่างกันแล้วแต่ชนิดของเชื้อมาลาเรีย โดยทั่วไปประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ อาการมักประกอบด้วยปวดศีรษะอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สบายท้องหรือปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ร่วมกับไข้ หนาวสั่น เหงื่อออก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยเด็กอาจชึม รับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่ได้ ไอ ซีด ตับม้ามโต กรณีเป็นโรคไข้มาลาเรียรุนแรง ระดับสติสัมปชัญญะอาจลดลงหรือหมดสติ อ่อนเพลียมาก ชัก เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว ช็อก ตาเหลืองตัวเหลือง ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่มี ปัสสาวะมีสีเข้ม มีภาวะซีดมาก ในระยะนี้ผู้ป่วย

หายขาดได้หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรคไข้มาลาเรียมียุงพาหะนำเชื้อมาลาเรีย ซึ่งยุงที่สามารถแพร่เชื้อมาลาเรียได้คือยุงก้นปล่องตัวเมียเท่านั้น ที่เรียกยุงก้นปล่องเนื่องจากเวลาที่ยุงกัดคน มันจะเกาะโดยยกส่วนท้องขึ้นทำมุมกับผิวหนัง ยุงก้นปล่องแต่ละชนิดมีความสามารถในการแพร่เชื้อได้ไม่เท่ากัน ยุงเพศเมียมีปากที่เป็นท่อแหลมสำหรับดูดเลือดจากคนเพื่อนำโปรตีนไปสร้างไข่ ออกหาเหยื่อเวลากลางคืนโดยใช้ปากที่มีลักษณะเป็นท่อเจาะผิวหนังเพื่อดูดกินเลือดในน้ำลายมีเชื้อมาลาเรียซึ่งยุงได้จากการไปกัดคนที่มีเชื้อระยะติดต่อมาก่อน ในวงจรชีวิตเชื้อมาลาเรียต้องการโฮสต์ 2 ชนิด คือ คน และยุงก้นปล่องเพศเมียซึ่งเป็นพาหะนำโรค ในยุงก้นปล่องตัวเมียมีการสืบพันธุ์แบบอาศัยเพศ (sexual reproduction) และมีการสืบพันธุ์แบบไม่อาศัยเพศ (asexual reproduction) ในเซลล์ตับและเม็ดเลือดแดงของคน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะในยุง เริ่มจากที่ยุงก้นปล่องตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้มาลาเรีย หลังจากนั้นเชื้อมาลาเรียจะเข้าไปในกระเพาะอาหารของยุงและผสมพันธุ์กันได้ตัวอ่อนของเชื้อมาลาเรียแบ่งตัวเป็นรูปร่างคล้ายเข็มปลายแหลมเข้าสู่ต่อมน้ำลายของยุง รอการถ่ายทอดจากยุงไปสู่คน และระยะในคน (ในตับและเม็ดเลือดแดง) ระยะในตับ เมื่อยุงที่มีเชื้อมาลาเรียกัดคนก็จะปล่อยเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดและเข้าสู่เซลล์ตับ มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ บางส่วนเมื่อมีการหยุดพักการเจริญชั่วขณะในตับและกลับมาเจริญเติบโตใหม่ จึงเป็นสาเหตุของการเกิดอาการไข้กลับ ดังรูปที่ 8 (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)



รูปที่ 8 วงจรชีวิตของเชื้อไข้มาลาเรีย (Centers for Disease Control and Prevention, 2020)

2.2 แนวคิดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

การกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นการดำเนินงานเพื่อหยุดการแพร่เชื้อมาลาเรียในขอบเขตพื้นที่ที่กำหนด เช่น ขอบเขตกลุ่มบ้าน/หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัดหรือประเทศ ซึ่งในแต่ละประเทศสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกจะประเมินรับรองการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

(WHO Certification of Malaria Elimination) ในระดับประเทศเท่านั้น สำหรับประเทศไทยการประเมินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียจะดำเนินการในระดับอำเภอเป็นต้นไป

การควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียนั้นเป็นกิจกรรมซึ่งมีความต่อเนื่องกัน หากสถานการณ์โรคลดลงและสภาพพื้นที่มีความเหมาะสมให้มีการปรับรูปแบบการดำเนินงานจากการควบคุมมาลาเรียมาเป็นการกำจัดมาลาเรีย จำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ของผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ โดยอาศัยแนวคิดหลักที่ว่าการควบคุมมาลาเรียนั้นให้เน้นการค้นหาโรคหรือผู้ป่วยและดำเนินการเพื่อลดภาระโรคลง ในขณะที่การกำจัดมาลาเรียนั้นมุ่งเน้นที่จะค้นหาเชื้อมาลาเรียหรืออีกนัยหนึ่งคือการติดเชื้อ เพื่อตัดวงจรการแพร่โรคอย่างเด็ดขาด ดังนั้นมาตรการต่างๆ จึงต้องเข้มข้นทั้งคุณภาพและปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานเฝ้าระวังโรคต้องสามารถบอกจุดที่มีเชื้อมาลาเรียหรือแหล่งแพร่เชื้อได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว

เป้าหมายของงานควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามระดับการแพร่เชื้อในพื้นที่ (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) มีดังต่อไปนี้

1. พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง (High transmission areas) คือ พื้นที่ที่มีผู้ป่วยมาลาเรียกระจายอยู่ทั่วไปเป็นบริเวณกว้าง เป้าหมายแรกในพื้นที่นี้คือ ต้องลดจำนวนป่วย จำนวนตาย และความรุนแรงของการแพร่เชื้อ

2. พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียต่ำ (Low transmission areas) คือ พื้นที่ที่มีการควบคุมมาลาเรียได้ผลดี ทำให้การแพร่เชื้อเหลือเพียงเป็นหย่อมๆ เช่น กลุ่มบ้าน มีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่เชื้ออยู่ในระดับต่ำ และสามารถระบุจุดที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อได้แน่นอน เป้าหมายในพื้นที่นี้คือดำเนินการหยุดยั้งการแพร่เชื้อ

3. พื้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย (Non-transmission areas) คือ พื้นที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียแล้ว (การแพร่เชื้อถูกยับยั้งได้สำเร็จ) เป้าหมายในพื้นที่นี้คือ การป้องกันไม่ให้การแพร่เชื้อมาลาเรียกลับมาได้อีก โดยเฉพาะจากการนำเชื้อเข้ามาในพื้นที่ (Imported case) พื้นที่ทั้งจังหวัดและอำเภอที่ปลอดการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ติดต่อกัน 3 ปีแล้ว จึงสามารถประกาศเป็นพื้นที่ปลอดมาลาเรียได้ ดังรูปที่ 9

	แพร่เชื้อสูง	แพร่เชื้อต่ำ	ไม่มีการแพร่เชื้อ
การตรวจวินิจฉัยและรักษา	การวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อลดการตาย	- เพิ่มความครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรในพื้นที่เสี่ยง - ติดตามผู้ป่วยให้กินยาให้ครบและติดตามผลการรักษา	เน้นการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อจากที่อื่น (Imported case)
การป้องกันและควบคุมยุงพาหะ	เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรค	- เพิ่มความครอบคลุม ในกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม	- ดำเนินการเฉพาะ - เมื่อมีการแพร่เชื้อกลับมาใหม่
การเฝ้าระวังโรค	- เน้นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับ - เพื่อประเมินสถานการณ์และจำแนกพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง	- การรายงาน การสอบสวนและการตอบโต้ที่รวดเร็ว - เน้นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อค้นหาผู้ป่วยไม่แสดงอาการในกลุ่มเสี่ยง	
การกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ	-	- สอบสวน กำจัด และเฝ้าระวังติดตามแหล่งแพร่เชื้อ	- ดำเนินการเฉพาะ - เมื่อมีการแพร่เชื้อกลับมาใหม่

รูปที่ 9 แนวคิดในโครงการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามระดับการแพร่เชื้อ

2.3 การค้นหาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

การค้นหาผู้ป่วย (Case detection) ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้สำเร็จจำเป็นต้องค้นหาผู้ติดเชื้อในชุมชนเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ โดยต้องค้นหาผู้ติดเชื้อทั้งการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับและเชิงรุก

1. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรับ (Passive Case Detection: PCD) ในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ มาลาเรียคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลรัฐ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน สถานบริการตรวจรักษาโรคเอกชนที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ และสถานบริการภาคประชาสังคม โดยสถานบริการเหล่านี้ต้องทำหน้าที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ติดเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็วและต้องง่ายต่อการเข้าถึง ในกรณีพื้นที่ห่างไกลอาจจำเป็นต้องพิจารณาจัดตั้งมาลาเรียชุมชน มาลาเรียชุมชนชายแดน ตามความเหมาะสมของพื้นที่ ผู้ป่วยที่สงสัยจะเป็นไข้มาลาเรีย ได้แก่ ผู้มีอาการไข้เคยมีประวัติไข้มาลาเรีย เพิ่งกลับมาจากท้องที่ป่าเขาที่อาจเป็นแหล่งแพร่มาลาเรีย เป็นคนถิ่นอื่นที่เดินทางมาจากแหล่งที่มีการแพร่ของไข้มาลาเรีย

2. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active Case Detection: ACD) เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เป็นการค้นหาผู้ป่วยนอกสถานบริการสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกรณีดังนี้ (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

- Reactive Case Detection: RACD (หรือที่เรียกว่า CIS3) หมายถึง เจาะเลือดประชากรเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อในหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อหรือไม่มีการแพร่เชื้อแต่มียุงพาหะ (พื้นที่ A1/A2/B1) ให้เจาะเลือดผู้อาศัยอยู่ในบ้านผู้ป่วยและเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่รอบบ้านผู้ป่วยทุกคนอย่างน้อย 50 ราย หรือไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนภายในรัศมี 1 กิโลเมตร หรือผู้ร่วมดำเนินกิจกรรม/ทำงาน พักค้างคืนร่วมกับผู้ป่วย

- Proactive Case Detection: PACD (หรือที่เรียกว่า SCD4) หมายถึง เจาะเลือดประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อ (พื้นที่ A1/A2) หรือผู้ที่เคยเดินทางเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงในเวลากลางคืนภายใน 2 สัปดาห์ ให้เจาะเลือดประชากรทุกคนที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว

2.4 การตรวจวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

การตรวจวินิจฉัย (Diagnosis) หมายถึง การดำเนินการทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยเชื้อมาลาเรียเพื่อระบุว่าผู้ใดติดเชื้อมาลาเรีย เป็นกิจกรรมที่ต้องทราบผลเร็วและถูกต้องเพื่อให้การรักษาขั้นหายขาด ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การชันสูตรโรคมาลาเรียในปัจจุบันมีวิธีการตรวจได้หลายวิธี เช่น การใช้กล้องจุลทรรศน์ การใช้ชุดตรวจอย่างรวดเร็ว และการตรวจด้านเทคนิคทางอณูชีววิทยา สำหรับประเทศไทยใช้การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยการทำฟิล์มโลหิตหนาและบาง (Thick – thin blood film examination) ซึ่งเป็นวิธีที่เชื่อถือได้มากที่สุดและยังคงใช้เป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยเชื้อมาลาเรีย ซึ่งมีข้อดีคือ ความไวสูง ความจำเพาะสูง สามารถนับจำนวนความหนาแน่นเชื้อ และสามารถตรวจแยกระยะต่างๆ ของเชื้อมาลาเรีย รวมทั้งแยกชนิดของเชื้อทั้ง 4 ชนิด ประกอบด้วย การทำฟิล์มโลหิตย้อมสี ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และควบคุมคุณภาพการตรวจ (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Microscopy) ประกอบด้วยกิจกรรมการทำฟิล์มโลหิต ย้อมสี ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และควบคุมคุณภาพการตรวจ ดังนี้

1. การทำฟิล์มโลหิต (Blood Slide Preparation) หมายถึง การจัดทำฟิล์มโลหิตของผู้รับบริการตรวจโลหิตเพื่อทำการย้อมสี ข้อพึงระวังคือ การทำฟิล์มโลหิตมีขั้นตอนที่เอื้ออำนวยต่อการติดเชื้อและแพร่โรคที่ติดต่อได้ทางโลหิตที่มีความรุนแรงสูง เทคนิคการทำฟิล์มโลหิตได้รับการพัฒนาใหม่เพื่อทำให้ปลอดการติดเชื้อและการแพร่โรคระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเจาะโลหิต จึงต้องมีการสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นทั้งสองฝ่ายและเพิ่มคุณภาพการย้อมสีรวมทั้งการอ่านฟิล์มโลหิตให้ได้มาตรฐานดีกว่าเดิม โดยจะเน้นการทำฟิล์มโลหิตแบบหนาและบางในแผ่นเดียวกันด้วยการเจาะโลหิตจากปลายนิ้ว

2. การย้อมฟิล์มโลหิต (Blood Staining) มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- สีย้อมใช้สียิมซ่า (Giemsa) ที่เจือจาง (Working Giemsa) การเจือจางสีย้อมใช้น้ำสะอาดที่เป็นด่างอ่อน หรือน้ำบัฟเฟอร์ (Buffered water) ที่มีค่า pH 7.0 - 7.2 ในการเจือจางสียิมซ่า

- ฟิล์มโลหิตที่ต้องย้อมเพื่ออ่านผลทันที (เช่น ในมาลาเรียคลินิก) ใช้สีเจือจาง 10% ย้อมนาน 8-10 นาที

- ฟิล์มโลหิตกรณีอื่น ๆ เช่น ฟิล์มโลหิตที่ได้จากการสำรวจซึ่งมีปริมาณมาก หรือฟิล์มโลหิตจากงานวิจัย หรือใช้ในการฝึกอบรมที่ย้อมหลังจากเก็บไว้ค้างคืนเกินกว่า 1 คืน ใช้สีเจือจาง 3% ย้อมนาน 30 นาที

- น้ำล้างสีล้างด้วยน้ำสะอาดที่เป็นด่างอ่อนมีความเป็นกรดเป็นด่างในระดับ pH 7.0-7.2

3. การควบคุมมาตรฐานเชิงคุณภาพการตรวจฟลมโลหิต (Quality control of blood film examination) และสมรรถนะการตรวจฟลมโลหิตของเจ้าหน้าที่ให้ได้มาตรฐานที่กำหนด โดยใช้วิธีตรวจสอบ (Checking) และตรวจสอบซ้ำ (Rechecking) ซึ่งได้กำหนดมาตรฐานความถูกต้องแมนยำในการตรวจฟลมโลหิต ต้องตรวจได้ถูกต้องไม่นอยกวารอยละ 99 โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

- การตรวจสอบ (Checking) สถานบริการตรวจและรักษามาลาเรีย (ของหน่วยและศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง) ทำการคัดเลือกฟลมโลหิตที่ตรวจแล้วจากอันดับฟลมของผู้ตรวจ รอยละ 5 ของฟิล์มโลหิตไม่พบเชื้อ และร้อยละ 100 ของฟิล์มโลหิตพบเชื้อ ส่งห้องปฏิบัติการตรวจสอบ (Checking) ซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) หรือของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (ศตม.) ที่ได้รับมอบหมายการตรวจสอบใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการตรวจวินิจฉัยฟิล์มโลหิตแบบหนา คือตรวจให้ได้ครบ 100 วงกล้องตามมาตรฐาน หรือใชเวลาประมาณ 6 นาทีตอสไลด

- การตรวจสอบซ้ำ (Rechecking) ห้องปฏิบัติการตรวจสอบ (Checking laboratory) คัดเลือกฟิล์มที่ตรวจสอบแล้ว รอยละ 10 สงตรวจสอบซ้ำที่หองปฏิบัติการสวนกลาง (กองโรคติดตอนำโดยแมลง)

- การแจงผลการตรวจสอบและตรวจสอบซ้ำ ในกรณีผลการตรวจสอบฟลมโลหิตผิดเปน “ผลลบปลอม หรือ False negative” (ตรวจสอบพบเชื้อจากฟลมที่ตรวจสอบวาไมพบเชื้อ) หรือ “ตรวจผิดชนิดเชื้อ” ใหรีบแจงผลการตรวจสอบทันที เพื่อเรงการติดตามจ่ายยารักษาผู้ป่วย และการปฏิบัติการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรค ในกรณีผลการตรวจสอบพบเป็น “ผลบวกปลอม หรือ False positive” (ตรวจสอบไมพบเชื้อมาลาเรียจากฟลมโลหิตที่รายงานพบเชื้อ) ใหแจงผลการตรวจตามไปภายหลัง

- การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (Internal quality control: IQC) เปนการควบคุมคุณภาพองคประกอบหรือวัสดุอุปกรณที่เกี่ยวของกับกระบวนการเตรียมฟลมโลหิต เชน การตรวจสอบคุณภาพสียิมซาที่ใชยอม การตรวจสอบคุณภาพของ Buffer การตรวจสอบและบันทึกคุณภาพการย้อมฟิล์มโลหิต หรือการทดสอบคุณภาพกล้องจุลทรรศน์ เป็นต้น

การรักษาตามชนิดเชื้อมาลาเรียและลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ ผู้ที่มีอาการหรือไม่แสดงอาการเป็นไข้แต่พบเชื้อมาลาเรียในกระแสโลหิตจากผลการตรวจวินิจฉัยของห้องปฏิบัติการโดยวิธีตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือชุดตรวจอย่างรวดเร็ว หรือวิธีชีวโมเลกุล ผู้ป่วยพบเชื้อทุกรายต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ก่อนให้ยารักษามาลาเรียควรวิเคราะห์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือไม่ เพื่อรีบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือระดับสูงกว่า หากเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแต่เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น หญิงมีครรภ์ เด็กเล็ก หรือมีโรคประจำตัว ซึ่งอาจเป็นอันตรายหากให้การรักษาในภาคสนาม หรือที่สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาลาเรียคลินิก มาลาเรียชุมชน ควรให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

1. การรักษาผู้ป่วยชนิดฟัลซิปารัมที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ใช้ยาขนานที่หนึ่ง (First line drug) คือยาสูตรผสมที่มีอนุพันธุ์อาร์ติมิซินิน (Artemisinin-based Combination Therapy: ACT) ซึ่งมีอยู่หลายสูตร แต่สำหรับประเทศไทยแนะนำให้ใช้ยาสูตรผสมที่มียา 2 ชนิดในเม็ดเดียวกัน คือ Dihydro-artemisinin และ Piperaquine ในขนาดที่แบ่งให้รับประทานวันละครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน เพื่อกำจัดเชื้อระยะไม่มีเพศในกระแสโลหิต และจ่ายยา Primaquine ร่วมด้วยในวันแรกหรือในวันอื่นโดยพิจารณาตามอาการของผู้ป่วย ควรแนะนำหรือติดตามสังเกตให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบ พร้อมกับติดตามเจาะโลหิตซ้ำเป็นระยะตามที่กำหนดเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยหายขาด

2. การรักษาผู้ป่วยชนิดไวแวกซ์ หรือโอวาเล่ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ยา Chloroquine โดยแบ่งให้ใน 3 วัน และให้ยา Primaquine ร่วมด้วย โดยให้วันละครั้ง นาน 14 วัน เพื่อกำจัดเชื้อระยะแฝงป้องกันไม่ให้เกิดไข้กลับซ้ำ (Relapse) ยกเว้นรายที่ไม่สามารถกินยา Primaquine ได้ ได้แก่หญิงมีครรภ์ เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และผู้ที่มีภาวะพร่องเอ็นไซม์ G6PD ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีแพทย์

3. การรักษาผู้ป่วยชนิดมาลาริอีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้จ่ายเฉพาะยา Chloroquine โดยแบ่งให้ใน 3 วัน และไม่ต้องให้ยา Primaquine เนื่องจากเชื้อชนิดนี้ไม่มีระยะแฝงในตับ

4. การรักษาผู้ป่วยชนิดผสม (ซึ่งมีเชื้อฟัลซิปารัมร่วมอยู่ด้วย) ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้รักษาเหมือนกรณีเชื้อชนิดฟัลซิปารัมในข้อ 1. และให้ยา Primaquine แล้วแต่กรณีของเชื้อตามข้อ 2. หรือ 3.

5. การรักษาผู้ป่วยชนิดโนเลไซที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หากสงสัยให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีแพทย์ เนื่องจากเชื้อชนิดนี้ไม่สามารถวินิจฉัยโดยวิธีใช้กล้องจุลทรรศน์และชุดตรวจอย่างรวดเร็ว แต่ต้องใช้วิธีชีวโมเลกุล ซึ่งมีเฉพาะที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือสูงกว่า

2.5 การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

การควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1) เพื่อลดความหนาแน่นของยุงพาหะ

2) เพื่อลดอายุขัยของยุงพาหะ

3) เพื่อลดการสัมผัสระหว่างคนและยุงพาหะ

1. การใช้มุ้งชุบสารเคมี (Insecticidal Treated Nets หรือ ITN) เป็นมาตรการหลักที่ใช้ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย มุ่งหวังในการควบคุมยุงพาหะตัวเต็มวัย มุ้งที่ชุบสารเคมีจะมีฤทธิ์คงทนอยู่ได้นาน 6 เดือน ถึง 1 ปี ขึ้นกับชนิดและรูปแบบของสารเคมี ควรชุบมุ้งให้ครอบคลุมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหลังคาเรือน และควรให้มีอัตราของการใช้มุ้งชุบสารเคมี 2 คนต่อมุ้ง 1 หลัง เพื่อการควบคุมยุงพาหะในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spraying หรือ IRS) เป็นการพ่นเคมีให้มีฤทธิ์ตกค้างบนพื้นผิวอาคารบ้านเรือน กระท่อมเพิงที่พักอาศัย พ่นเฉพาะพื้นผิวที่ยุงพาหะชอบเกาะพัก เช่น ฝาผนัง เสา หลังคาและเพดานที่มีระดับต่ำกว่า 3 เมตร ยุงจะได้รับสารเคมีผ่านทางขาบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆ เมื่อมีการเกาะบนพื้นผิว เป็นมาตรการที่ใช้สำหรับควบคุมการระบาด หรือพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อตลอดปี และการใช้มาตรการชุบมุ้งไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่เชื้อได้ เช่น ศูนย์พักพิงชั่วคราว

3. การใช้มุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ชนิดยาวนาน (Long Lasting Insecticidal Net หรือ LLIN) มุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน เป็นมุ้งที่มีคุณสมบัติขับไล่และฆ่ายุงได้ มีฤทธิ์ตกค้างของสารเคมีไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยสารเคมียังคงรักษาระดับความเข้มข้นมีฤทธิ์ตกค้างในระดับที่ฆ่ายุงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้สำหรับพื้นที่หรือสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรียโดยวิธีอื่นๆ เช่น ในพื้นที่ที่มีปัญหาความไม่สงบ พื้นที่เข้าทำงานยากลำบาก กลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย กลุ่มที่มีอาชีพไปค้างคืนในกระท่อม ในป่าสวน ไร่ กลุ่มประชากรที่อยู่ในพื้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อแต่เข้าไปในพื้นที่ที่มีโรคไข้มาลา เรียเป็นประจำ

4. การใช้มุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนานคลุมเปล (Long Lasting Insecticidal Net Hammock หรือ LLIN) เป็นมาตรการที่ใช้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งไปค้างคืนในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อและไม่สามารถใช้มุ้งกางนอนได้ มุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนานคลุมเปลเป็นมุ้งที่มีการชุบสารเคมีและนำมาคลุมเปลนอน สารเคมีที่ชุบมีคุณสมบัติขับไล่และฆ่ายุงได้ โดยมีฤทธิ์ตกค้างไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยที่สารเคมียังคงรักษาระดับความเข้มข้นมีฤทธิ์ตกค้างในระดับที่ฆ่ายุงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การใช้ผลิตภัณฑ์ยาทากันยุง (Mosquito repellent) หมายถึง การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ยุงมากัดตามร่างกายส่วนที่อยู่นอกเสื้อผ้า ผลิตภัณฑ์ทากันยุงที่ใช้ควรมีฤทธิ์ขับไล่ยุงนานไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง สารออกฤทธิ์มีหลายชนิด เด็กอายุ 4 ปีขึ้นไปให้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารออกฤทธิ์ชนิด DEET ได้ ส่วนเด็กอายุ 2 ปี หรืออายุน้อยกว่าควรใช้ผลิตภัณฑ์สารสกัดพืชสมุนไพร เช่น ตะไคร้หอม มะกรูด เป็นต้น หรือสารออกฤทธิ์ชนิด IR3535 ซึ่งมีความปลอดภัยต่อเด็กมากกว่า ผลิตภัณฑ์ทากันยุงอาจเป็นน้ำ ครีม แท่ง หรือสเปรย์ ประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับชนิดและความทั่วถึงของการใช้ผลิตภัณฑ์บนผิวหนังด้วย ควรส่งเสริมให้ใช้ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียซึ่งประชาชนมีพฤติกรรมที่ชอบอยู่นอกบ้าน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกยุงพาหะกัดในขณะอยู่นอกมุ้ง และใช้ในกลุ่มประชาชนที่มีอาชีพหรือการดำรงชีวิตที่เสี่ยงต่อการถูกยุงพาหะกัดได้ง่าย เช่น การกรีดยาง การทำไร่สับปะรด ซึ่งต้องทำงานในเวลากลางคืน เป็นต้น การใช้ผลิตภัณฑ์ทากันยุงต้องใช้ทาบริเวณที่มีโอกาสจะถูกยุงกัด ได้แก่ แขน ขา ใบหู หลังคอ หรือส่วนที่อยู่นอกเสื้อผ้า การส่งเสริมกิจกรรมนี้ต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนเห็นประโยชน์และมีความต้องการซื้อหาเพื่อนำมาใช้ด้วยตนเอง

6. การใช้มุ้งธรรมดา เพื่อป้องกันยุงกัดและเป็นโรคไข้มาลาเรียนั้น แนะนำให้ใช้ในพื้นที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อแต่อาจมียุงพาหะ และต้องดูแลมุ้งให้อยู่ในสภาพดีไม่ขาดและเสียหาย มุ้งขนาดมาตรฐานทั่วไปมีพื้นที่ประมาณ 14 ตารางเมตร ควรมีขนาดของเส้นด้ายไม่น้อยกว่า 100 เมตร และจำนวนของตาข่ายไม่ต่ำกว่า 169 รูต่อตารางนิ้ว ซึ่งทำให้อากาศผ่านได้ไม่ร้อน แต่ถ้าจำนวนรูของตาข่ายมุ้งมีมากกว่านี้ก็สามารถป้องกันแมลงขนาดเล็กได้ วัสดุมุ้งอาจเป็นเส้นใยสังเคราะห์หรือเส้นใยฝ้าย ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีมุ้งใช้ได้ในอัตราเฉลี่ย 2 คนต่อมุ้งหนึ่งหลัง

7. การสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มิดชิด เช่น สวมใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว เป็นต้น เสื้อผ้าควรมีความหนาพอเพียงและหลวมเล็กน้อย ไม่แน่นกระชับติดร่างกายเพื่อป้องกันยุงกัด สีของเสื้อผ้าก็มีส่วนในการลดยุงกัดได้ เช่น เสื้อผ้าสีอ่อนดึงดูดความสนใจของยุงได้น้อยกว่าผ้าที่มีสีดำ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่น คนกรีดยางในสวนยาง ควรใช้วิธีการนี้

8. การใช้ยาจุดกันยุง เมื่อใช้จุดไฟแล้วสามารถระเหยสารออกฤทธิ์ขับไล่และฆ่ายุงได้

2.6 ทฤษฎีการรับรู้

ทฤษฎีการรับรู้ หรือ Perception Theory เป็นกระบวนการประมวลผลจากบนลงล่างและจากล่างขึ้นบน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการตีความสิ่งเร้าที่ดีที่สุด เรียกว่า “วงจรการรับรู้” หรือ “Perceptual Cycle” (Neisser, 1976 as cited in McLeod, 2018) ซึ่งสัมพันธ์กันระหว่างความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ กระบวนการรับรู้เกิดขึ้นได้จะต้องมีองค์ประกอบ 4 ประการ ดังนี้

1. สิ่งเร้า (Stimulus) ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ เช่น สถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมรอบกาย

2. ประสาทสัมผัส (Sense Organs) ที่จะทำให้เกิดความรู้สึก เช่น ตามองเห็น หูได้ยิน จมูกได้กลิ่น ลิ้นรับรู้รส และผิวหนังรู้สึกร้อนหนาว

3. ประสบการณ์ หรือความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่สัมผัส

4. การแปลความหมายของสิ่งเร้าที่สัมผัส โดยสมองจะทำหน้าที่ทบทวนประสบการณ์ หรือ ความรู้เดิม ว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ซึ่งได้แก่ ผู้รับรู้ เป้าหมายที่จะรับรู้ และบริบท หรือสถานการณ์ของการรับรู้

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ดังนี้

1. ความรู้โรคไข้มาลาเรีย

ผลการศึกษาของจิราภรณ์ จำปาจันทร์ และวิบูลย์สุข ตาลกุล (2557) เรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตอำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 45-54 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพทำนาและทำไร่เป็นอาชีพหลัก เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียและได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครมาลาเรีย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง กล่าวคือ ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและการตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรีย ทราบถึงพาหะนำโรค ส่วนความรู้ที่ประชาชนมีความเข้าใจยังไม่ถูกต้องคือ ช่วงเวลาการออกหากินและแหล่งที่อยู่ของยุงก้นปล่อง

ผลการศึกษาของ Phensaengngam *et al.* (2008) เรื่อง การประเมินความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการปองกันโรคมาลาเรียในกลุมชนชาวกะเหรี่ยง ในคายอพยพอุมเปี่ยมใหม ตำบลพบพระ จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่าประชากรร้อยละ 61.7 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ตลอดจนระดับการศึกษา รายไดรวมของครอบครัว และการไดรับขอมูลเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับความรูเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยางมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาของกันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ และคณะ (2563) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเขตเทือกเขาพนมดงรัก จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 32.14 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 37.88 และพบเชื้อ *P. vivax* มากที่สุด ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.29 คะแนนความรู้เฉลี่ย 6.58 คะแนน

ผลการศึกษาของสุกัญญา ผดุงวิทย์ และคณะ (2566) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.38 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา

ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นหลัก เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 11.12 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.44 คะแนนความรู้เฉลี่ย 10.89 คะแนน โดยส่วนใหญ่ทราบอาการของโรคไข้มาลาเรีย และวิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย

2. การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย

ผลการศึกษาของวัชรพงษ์ แสงนิล และจารุวรรณ์ วงบุตดี (2552) เรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 43 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย และเข้ารับการรักษาที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยกับอาการของโรคไข้มาลาเรีย แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่อง คนที่สามารถเป็นโรคไข้มาลาเรียได้มากกว่าคนอื่นๆ เช่น คนที่ทำไร่ ทำสวน หาของป่า แต่ส่วนใหญ่ยังคิดว่าโรคไข้มาลาเรียสามารถหายเองได้

ผลการศึกษาของ Phensaengngam *et al.* (2008) เรื่อง การประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการปองกันโรคมาลาเรียในกลุมชนชาวกะเหรี่ยง ในคายอพยพอุมเปี่ยมใหม ตำบลพบพระ จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่าประชากรร้อยละ 40.1 มีเจตคติที่ดี ตลอดจนระดับการศึกษามีความสัมพันธกับเจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรียอยางมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาของกันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ และคณะ (2563) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเขตเทือกเขาพนมดงรัก จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 67.17 คะแนนเฉลี่ย 18.46 คะแนน

ผลการศึกษาของสุกัญญา ผดุงวิทย์ และคณะ (2566) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.05 คะแนนเฉลี่ย 38.46 คะแนน โดยมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียมากที่สุด คือ เรื่องการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด รองลงมาคือ ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

ผลการศึกษาของจิราภรณ์ จำปาจันทร์ และวิบูลย์สุข ตาลกุล (2557) เรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตอำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ การนอนกางมุ้งอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันยุงกัด การสวมเสื้อผ้าแขนยาวขายาวเมื่อต้องเดินทางเข้าไปในป่า และมีการดูแลมุ้งให้อยู่สภาพดีไม่ขาดหรือเสียหาย ส่วนพฤติกรรมที่ประชาชนยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ การกินยาป้องกันโรคมาลาเรียเมื่อต้องเดินทางไปทำงานในป่า การไม่นอนในมุ้งชุบสารเคมีเมื่อต้องพักค้างแรมในป่า และการไม่เข้ารับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรียหลังจากไปพักค้างแรมในป่า

ผลการศึกษาของวัชรพงษ์ แสงนิล และจารุวรรณ์ วงบุตดี (2552) เรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียดีมาก กล่าวคือ เมื่อมีอาการที่สงสัยจะรีบไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที การนอนการมุ้งเสมอในเวลากลางคืน และกำจัดยุงทันทีเมื่อเจอ

ผลการศึกษาของ Phensaengngam *et al.* (2008) เรื่อง การประเมินความรู เจตคติ และการปฏิบัติในการปองกันโรคไข้มาลาเรียในกลุมชนชาวกะเหรี่ยง ในคายอพยพอุมเปี่ยมใหม ตำบลพบพระ จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่าประชากรเพียง ร้อยละ 1 มีการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียในระดับดี โดยรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธกับการปฏิบัติตนและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนอยางมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาของกันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ และคณะ (2563) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเขตเทือกเขาพนมดงรัก จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีมุ้งนอน ร้อยละ 10.61 เมื่อพักค้างแรมในป่าจะนอนในมุ้งชุบสารเคมีทุกครั้ง ร้อยละ 42.93 ใช้ยาทากันยุงเป็นบางครั้ง ร้อยละ 54.04 สวมเสื้อแขนยาวกางเกงขายาวเป็นบางครั้ง ร้อยละ 67.68 ทั้งนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่นอนในมุ้งทุกครั้งที่เข้าป่า และยังขาดอุปกรณ์เครื่องนอนในการป้องกันตนเอง

ผลการศึกษาของสุกัญญา ผดุงวิทย์ และคณะ (2566) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.15 คะแนนเฉลี่ย 24.25 คะแนน โดยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียมากที่สุด คือ เรื่องการอนุญาตให้เจ้าหน้าที่มาพ่นสารเคมีติดผนังในบ้าน รองลงมาคือ การนอนในมุ้ง

ผลการศึกษาของทรงเกียรติ ยุระศรี และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์ (2564) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 39.21 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพทำไร่เป็นหลัก ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียมากที่สุด คือ การใช้มุ้งกางนอนหรือนอนในห้องที่มีประตูมุ้งลวดปิดมิดชิดเป็นบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย (น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์) รองลงมาคือ การทายากันยุงบางครั้งหรือไม่ทาเลย (น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์)

ผลการศึกษาของสุธีรา พูลถิน และคณะ (2566) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเร่งกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง กรณีศึกษา อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียมากที่สุด คือ การนอนในมุ้ง ร้อยละ 91.75 โดยใช้มุ้งเป็นประจำ ร้อยละ 85.50 และทราบประโยชน์ของการใช้นอนมุ้ง ร้อยละ 96.50

ผลการศึกษาของปองพล วรปาณิ และคณะ (2560) เรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคทั้ง 5 มิติของโรคไข้มาลาเรีย จังหวัดตาก ปี 2556 – 2560 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรียมากที่สุด คือ การไม่นอนกางมุ้ง การไม่ทายากันยุง และไม่จุดไฟไล่ยุง เนื่องมาจากลักษณะของการประกอบอาชีพของคนในพื้นที่ที่ต้องทำงานนอกบ้าน และทำงานในป่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวิธีดำเนินการศึกษาดังนี้

3.1 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สะเรียงและอำเภอสบเมย จำนวน 5,721 คน (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1 แม่ฮ่องสอน, 2565)

3.2 ขนาดตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตัวอย่าง 26 กลุ่มบ้านของอำเภอแม่สะเรียงและอำเภอสบเมย คำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane (1967)

$$n=N/(1+Ne^2)$$

แทนค่าสูตร

$$n=5,721/(1+5,721x0.05^2)$$

$$n= 374 \text{ คน}$$

โดยมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างรายอำเภอ ดังนี้ อำเภอสบเมย มีประชากรในพื้นที่ศึกษา 2,330 คน สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างคือ 152 คน และอำเภอแม่สะเรียง มีประชากรในพื้นที่ศึกษา 3,391 คน สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างคือ 222 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ประชาชนเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตัวอย่าง 26 กลุ่มบ้านของอำเภอแม่สะเรียงและอำเภอสบเมยในช่วงที่เก็บข้อมูล และสามารถสื่อสารภาษากะเหรี่ยงกับทีมผู้ปฏิบัติงานได้

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ประชาชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตัวอย่าง 26 กลุ่มบ้านของอำเภอแม่สะเรียงและอำเภอสบเมย และไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้

3.3 พื้นที่ที่จะศึกษา คัดเลือกพื้นที่ที่ศึกษาแบบเจาะจง โดยคัดเลือกพื้นที่ที่เป็นแหล่งติดเชื้อผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียต่อเนื่องตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 กรกฎาคม 2565 ประกอบด้วย 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสบเมย 7 กลุ่มบ้าน และอำเภอแม่สะเรียง 19 กลุ่มบ้าน รวมทั้งสิ้น 26 กลุ่มบ้าน ดังนี้

- บ้านห้วยมะโอ หมู่ 2 ตำบลแม่สามแลบ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านสิวาเดอ หมู่ 3 ตำบลแม่สามแลบ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านพะละอึ หมู่ 4 ตำบลแม่สามแลบ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านสบเมย หมู่ 4 ตำบลแม่สามแลบ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านกลอเซโล หมู่ 6 ตำบลแม่สามแลบ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านปู่ทา หมู่ 6 ตำบลแม่สามแลบ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านกอมูเดอ หมู่ 9 ตำบลแม่สามแลบ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านท่าตาฝั่ง หมู่ 7 ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านแม่ปอ หมู่ 7 ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านหม้อเหล้า หมู่ 10 ตำบลแม่ยวม อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านห้วยสันหลวง หมู่ 10 ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านแม่เหลอเหนือ หมู่ 2 ตำบลเสาหิน อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

- บ้านแม่เหลอใต้ หมู่ 2 ตำบลเสาหิน อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านเสาหิน หมู่ 4 ตำบลเสาหิน อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านอีหลู่ หมู่ 4 ตำบลเสาหิน อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านโพซอ หมู่ 5 ตำบลเสาหิน อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านปางเหว หมู่ 1 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านห้วยกองแป หมู่ 3 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านจอสิเดอร์เหนือ หมู่ 4 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านจอสิเดอร์ใต้ หมู่ 4 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านห้วยเฮี้ยะ หมู่ 4 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านแม่ก่อนใต้ หมู่ 5 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านกองสุมเหนือ หมู่ 6 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านกองสุมใต้ หมู่ 6 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านอู่หลู่ใต้ หมู่ 7 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- บ้านห้วยแห้ง หมู่ 11 ตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ไข้มาลาเรียสูง (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการป่วยโรคไข้มาลาเรีย รวมทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้าน จำนวนมุ้งในบ้าน ประวัติการใช้มุ้ง การรู้จักโรคไข้มาลาเรีย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียของตนเองและสมาชิกในบ้าน บุคคลที่ขอคำปรึกษากรณีมีอาการไม่สบาย และประวัติการพักค้างแรมของบุคคลต่างหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย โดยลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบโดยมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก รวมทั้งหมด 10 ข้อ กรณีตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ระดับดี คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (8 - 10 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 (6 - 7 คะแนน) และมีความรู้ระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (≤ 5 คะแนน) (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย รวมทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยการรับรู้ในเชิงบวก ตอบเห็นด้วย ได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน การรับรู้เชิงลบ ตอบเห็นด้วย ได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้ระดับดี คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (12 - 15 คะแนน) มีการรับรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 (9 – 11 คะแนน) และมีความรู้ระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (≤ 8 คะแนน) (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย รวมทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทำประจำ ทำบางครั้ง และไม่เคยทำ โดยพฤติกรรมที่ถูกต้องตอบทำประจำ ได้ 3 คะแนน ทำบางครั้ง ได้ 2 คะแนน และไม่เคยทำ ได้ 1 คะแนน พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตอบทำประจำ ได้ 1 คะแนน ทำบางครั้ง ได้ 2 คะแนน และไม่เคยทำ ได้ 3 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน

พฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียระดับดี คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (12 - 15 คะแนน) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 (9 – 11 คะแนน) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (≤ 8 คะแนน) (Bloom, 1971)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาข้อมูลจากระบบมาลาเรียออนไลน์ เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย และศึกษาจากเอกสาร ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน สรุปผลการดำเนินงาน และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาวิเคราะห์และสรุปประเด็นสภาพปัญหาจากการดำเนินงาน
2. คัดเลือกพื้นที่ปฏิบัติงาน
3. ประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อขอลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด
4. คัดเลือกทีมผู้ปฏิบัติงานในการลงพื้นที่ โดยคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1.1 สบเมย และหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1.2 แม่สะเรียง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ต้องสามารถพูดสื่อสารภาษากะเหรี่ยงได้
5. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้แก่ทีมงาน
6. ลงพื้นที่สัมภาษณ์ โดยใช้แบบฟอร์มสัมภาษณ์เรื่องความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชานในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

หลังจากการรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยใน 26 กลุ่มบ้านของอำเภอสบเมย และอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นส่วนๆ ตามรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ไข้มาลาเรียสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่ 2 อำเภอของจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมทั้งสิ้น 374 คน แบ่งเป็นอำเภอแม่สะเรียง 222 คน คิดเป็นร้อยละ 59.36 และอำเภอสบเมย 152 คน คิดเป็นร้อยละ 40.64 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (1.07:1) มีอายุระหว่าง 26 – 45 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50.80 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.56 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนามากที่สุด ร้อยละ 79.68 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในบ้าน 4 คน ร้อยละ 25.40 จำนวนมุ้งที่ใช้ภายในครัวเรือน จำนวน 2 หลัง ร้อยละ 37.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมุ้งใช้ ร้อยละ 97.86 และนอนในมุ้ง ร้อยละ 95.36 กลุ่มตัวอย่างรู้จักโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 94.65 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการป่วยโรคไข้มาลาเรียในรอบ 1 ปี ร้อยละ 72.46 และในครอบครัวไม่มีประวัติการป่วยโรคไข้มาลาเรียในรอบ 1 ปี ร้อยละ 67.65 นอกจากนี้หากเกิดอาการป่วย ส่วนใหญ่จะปรึกษาหมอหรือพยาบาล ร้อยละ 50 และไม่มีประวัติต่างชาติจร (ต.2) มาพักที่บ้านในช่วง 3 เดือน ร้อยละ 90.37 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=374 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่ศึกษา		
อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน	222	59.36
อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน	152	40.64
เพศ		
ชาย	194	51.87
หญิง	180	48.13
อายุ (ปี)		
15 – 25 ปี	68	18.18
26 – 45 ปี	190	50.80
≥ 46 ปี	116	31.02
(Mean = 37.71, S.D. = 12.84, Min = 15, Max = 65)		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=374 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	219	58.56
ชั้นมัธยมศึกษา	120	32.09
ชั้นอนุปริญญา/ปริญญาตรี	35	9.35
อาชีพ		
ทำไร่/ทำนา	298	79.68
หาของป่า	11	2.94
ทำสวนยางพารา	1	0.27
ไม่ได้ทำงาน	19	5.08
รับจ้าง	40	10.70
นักเรียน	4	1.06
ทหาร	1	0.27
จำนวนสมาชิกในบ้าน		
1 คน	17	4.55
2 คน	38	10.16
3 คน	57	15.24
4 คน	95	25.40
5 คน	90	24.06
6 คน	41	10.96
7 คน	22	5.88
8 คน	9	2.41
9 คน	5	1.34
มุ้งในครัวเรือน		
มี	366	97.86
ไม่มี	8	2.14
จำนวนมุ้งที่ใช้ภายในครัวเรือน		
ไม่มีมุ้ง	8	2.14

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=374 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1 หลัง	66	17.65
2 หลัง	141	37.70
3 หลัง	108	28.88
4 หลัง	37	9.89
5 หลัง	8	2.14
6 หลัง	6	1.60
การนอนในมุ้ง		
นอน	349	95.36
ไม่นอน	17	4.64
การรู้จักโรคไข้มาลาเรีย		
รู้จักหรือเคยได้ยิน	354	94.65
ไม่รู้จักหรือไม่เคยได้ยิน	20	5.35
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย		
เคย	97	25.94
ไม่เคย	184	72.46
ไม่แน่ใจ	6	1.60
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียของครอบครัว		
มี	104	27.80
ไม่มี	253	67.65
ไม่แน่ใจ	17	4.55
บุคคลที่ต้องการปรึกษาหากเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สามี/ภรรยา	149	39.84
พ่อ/แม่	91	24.33
ญาติพี่น้อง	58	15.51
ครู	4	1.07
หมอ/พยาบาล	303	81.02
ลูก	1	0.27

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=374 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการมีต่างชาติจร (ต.2) มาพักที่บ้านในช่วง 3 เดือน		
มี	36	9.63
ไม่มี	338	90.37

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด คือ อาการของโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 95.99 รองลงมาคือ การนอนในมุ้งเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 94.12 และการทายากันยุงเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 89.57 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย (n=374 คน)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย	229	61.23	145	38.77
2. ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรียมักกัดคนในช่วงเวลาใด	290	77.54	84	22.46
3. ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธุ์ที่ไหน	182	48.66	192	51.34
4. อาการของโรคไข้มาลาเรีย	359	95.99	15	4.01
5. การไม่ดื่มน้ำที่มีลูกน้ำเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	229	61.23	145	38.77
6. การนอนในมุ้งเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	352	94.12	22	5.88
7. การทายากันยุงเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	335	89.57	39	10.43
8. การกินยาป้องกันเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	241	64.44	133	35.56
9. การสวมใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวเวลากลางคืนเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	313	83.69	61	16.31
10. การไม่กินอาหารร่วมกับผู้ป่วยเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	248	66.31	126	33.69

การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรียที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อโรคไข้มาลาเรียมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอาจจะเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาล่าช้า ร้อยละ 77.27 รองลงมาคือ ท่านมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 74.06 และคนนอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 72.99 ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย (n=374 คน)

ข้อความ	เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านมีโอกาสเป็นโรคไข้มาลาเรีย	277	74.06	46	12.30	51	13.64
2. คนนอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นโรคไข้มาลาเรีย	273	72.99	44	11.77	57	15.24
3. คนที่เคยเป็นมาลาเรียแล้วจะไม่ป่วยซ้ำ	84	22.46	121	32.35	169	45.19
4. การปล่อยให้ยุงกัดเป็นการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	38	10.16	145	38.77	191	51.07
5. ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอาจจะเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาล่าช้า	289	77.27	45	12.03	40	10.70

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่กลุ่มตัวอย่างทำประจำมากที่สุด คือ การนอนในมุ้งเวลากลางคืนเป็นประจำ ร้อยละ 77.27 รองลงมาคือ การใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาในเวลากลางคืนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 74.33 และการเที่ยวเล่นคุยสังสรรค์ อยู่นอกบ้านในเวลากลางคืนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 69.25 ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (n=374 คน)

ข้อความ	ทำประจำ		บางครั้ง		ไม่เคยทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเที่ยวเล่นคุยสังสรรค์ อยู่นอกบ้านในเวลากลางคืน	34	9.09	259	69.25	81	21.66
2. การนอนค้างที่อื่นที่ไม่ใช่บ้านตนเอง	20	5.35	164	43.85	190	50.80
3. การนอนในมุ้งเวลากลางคืน	289	77.27	68	18.18	17	4.55
4. การใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาในเวลากลางคืน	76	20.32	278	74.33	20	5.35
5. การไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย เมื่อมีไข้หรือไม่สบาย	251	67.11	119	31.82	4	1.07

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ไข้มาลาเรียสูง

ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.22 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.34 และอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 14.44 (Mean = 8, S.D. = 1.72) ระดับการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.93 ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.27 และอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 0.80 (Mean = 13, S.D. = 1.76) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.37

ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.10 และอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 0.53 (Mean = 12, S.D. = 1.47) ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ไข้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (n=374 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย		
ระดับดี (≥8 คะแนน)	214	57.22
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	106	28.34
ระดับที่ต้องแก้ไข (≤5 คะแนน)	54	14.44
Mean = 8, S.D. = 1.72		
การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย		
ระดับดี (≥12 คะแนน)	269	71.93
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	102	27.27
ระดับที่ต้องแก้ไข (≤8 คะแนน)	3	0.80
Mean = 13, S.D. = 1.76		
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย		
ระดับดี (≥12 คะแนน)	237	63.37
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	135	36.10
ระดับที่ต้องแก้ไข (≤8 คะแนน)	2	0.53
Mean =12, S.D. = 1.47		

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียในระดับดี ร้อยละ 51.22 (Mean = 8, S.D. = 1.72) โดยทราบอาการของโรคไข้มาลาเรีย และวิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย แต่เมื่อจำแนกคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียแล้ว ยังพบคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิด ร้อยละ 51.34 ได้แก่ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ จำปาจันทร์ และวิบูลย์สุข ตาลกุล (2557) ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและการตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรีย เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อาชีพ กล่าวคือ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Phensaengngam *et al.* (2008) ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี โดยมีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง รวมถึงการศึกษาของกันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ และคณะ (2563) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน คือ เพศ และอายุ ตลอดจนการศึกษาของสุกัญญา ผดุงวิทย์ และคณะ (2566) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยทราบอาการของโรคไข้มาลาเรีย และวิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียเช่นเดียวกัน เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา กล่าวคือ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา

ด้านการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี โดยรับรู้ว่าผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอาจจะเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาล่าช้า และทุกคนมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย หากจำแนกคำถามด้านการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย ยังพบคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 45.19 ซึ่งสอดคล้องกับ Phensaengngam *et al.* (2008) ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่ มีเจตคติและการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี โดยมีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง แต่ไม่สอดคล้องกับศึกษาของวัชรพงษ์ แสงนิล และจารุวรรณ์ วงบุตดี (2552) ที่พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าคนที่ ทำไร ทำสวน และหาของป่าสามารถเปนโรคมาลาเรียได่มากกวาคนอื่นๆ รวมถึงยังแตกต่างกับการศึกษาของกันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา ตลอดจนยังแตกต่างกับการศึกษาของสุกัญญา ผดุงวิทย์ และคณะ (2566) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี คือการนอนในมุ้งเวลากลางคืนเป็นประจำ หากจำแนกพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่ายังมีการปฏิบัติตนที่เสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ การเที่ยวเล่นคุยสังสรรค์ อยู่นอกบ้านในเวลากลางคืนเป็นบางครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ จำปาจันทร์ และวิบูลย์สุข ตาลกุล (2557) ที่พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ การนอนกางมุ้งอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันยุงกัด เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อาชีพ กล่าวคือ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของวัชรพงษ์ แสงนิล และจารุวรรณ์ วงบุตดี (2552) ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียดีมาก คือ การนอนการมุ้งเสมอในเวลากลางคืน ตลอดจนสอดคล้อง

กับการศึกษาของสุธีรา พูลถิน และคณะ (2566) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในระดับดี ได้แก่ การนอนการมุ้ง และการใช้มุ้งเป็นประจำ แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Phensaengngam *et al.* (2008) ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งมีผลสอดคล้องกับรายได้ของครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา ผดุงวิทย์ และคณะ (2566) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ ตลอดจนแตกต่างกับการศึกษาของทรงเกียรติ ยุระศรี และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์ (2564) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีการป้องกัน ตนเองโดยใช้มุ้งนอน และทายากันยุงเป็นบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย และยังแตกต่างกับการศึกษาของปองพล วรปาณิ และคณะ (2560) ที่พบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การไม่นอนกางมุ้ง และการไม่ทายากันยุง

ข้อเสนอแนะ

- จัดทำแนวทางการให้สุขศึกษาเป็นภาษาท้องถิ่น (ภาษากะเหรี่ยง) ในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยเน้นประเด็นที่ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น แหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย
- สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่เสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ การเที่ยวเล่นคุยสังสรรค์อยู่นอกบ้านในเวลากลางคืน โดยขอความร่วมมืองดทำกิจกรรมนอกบ้านเวลากลางคืน หากมีความจำเป็นควรมีการป้องกันตนเองอย่างเข้มงวด เช่น ยาทากันยุง สวมเสื้อแขนยาวกางเกงขาวให้มิดชิด เป็นต้น ตลอดจนบริเวณโรงเรียนที่มีการใช้สัญญาณอินเตอร์เน็ต ขอความร่วมมือครูผู้รับผิดชอบปิดสัญญาณหลังเวลา 17.30 น. เพื่อลดการรวมตัวของนักเรียน และประชาชนในช่วงเวลาดังกล่าว

บรรณานุกรม

กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล และรัตภรณ์ วรเลิศ. (2563). ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเขตเทือกเขาพนมดงรัก จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 18(1), 83-96. [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/249615/169642.pdf

กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียนในพื้นที่ไข้มาลาเรียสูง. แนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี, 1, 29-30.

กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ปี 2565 (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 ธันวาคม 2565) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2566]; แหล่งข้อมูล: https://lookerstudio.google.com/reporting/44629302-6ac3-447c-bcc9-e0c7bde3c9a9/page/p_tokkezsjfd

จิราภรณ์ จำปาจันทร์ และวิบูลย์สุข ตาลกุล. (2557). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตอำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ, 37(3), 561-570. [สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: https://rdi.snru.ac.th/wp-content/uploads/2016/05/SCI_จิราภรณ์.pdf

ทรงเกียรติ ยุระศรี และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรียในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(1), 29-36. [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/243970/168360.pdf

ปองพล วรปาณิ, สถิต บุญเป็ง, ชำนาญ ปินนา และพิมทิพย์ ดีเมฆ. (2560). การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคทั้ง 5 มิติของโรคมาลาเรีย จังหวัดตาก ปี 2556 – 2560. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(1), 100-111. [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://thaidj.org/index.php/JHS/ article/view/11761/10081.pdf

โปรแกรมมาลาเรียออนไลน์. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียจังหวัดแม่ฮ่องสอนประจำสัปดาห์ (1 มกราคม – 30 กันยายน 2566) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: https://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/report/malaria_doc_support_by_province.php

วัชรพงษ์ แสงนิล และจารุวรรณ์ วงบุตดี. (2552). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ. การประชุมวิชาการ การพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน 2556, 3(1), 604-608. [สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: https://cscd.kku.ac.th/uploads/proceeding/150813_110845.pdf

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1 แม่ฮ่องสอน. (2565). ทะเบียนท้องที่จำนวนประชากร ปีงบประมาณ 2565. (เอกสารอัดสำเนา).

สุกัญญา ผดุงวิทย์, ลดาวัลย์ อานนท์ศิริโชติ และมิรันตี แพงงา. (2566). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านช่องมะเฟือง หมู่ที่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี, 2(2), 28-45. [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JODPC8/ article/ view/1570/1494.pdf

สุธีรา พูลถิน, รุ่งนิรันดร์ สุขอร่าม, สุทธิดา นิ่มศรีกุล และปิติ มงคลางกูร. (2566). การพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง กรณีศึกษา อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 21(1), 81-94. [สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/262217 /179990.pdf

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2566]; แหล่งข้อมูล: https://malaria.ddc.moph.go.th/downloadfiles/Malaria_Manual/[Strategy]_National_Malaria_Elimination_Strategy_Thailand_2017-2026.pdf

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่อง โรคไข้มาลาเรีย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/dvb/news.php?news=1023&deptcode=dvb

Bloom, B., Hastings, T. & Madaus, G. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning [online]. [cited 2024 April 12]; Available from: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000220096

Center for Disease Control and Prevention. (2020). Biology [online]. [cited 2024 February 28]; Available from: http://www.cdc.gov.malaria/about/biology/

McLeod, S. (2018). Perception Theory [online]. [cited 2024 April 13]; Available from: https://www.simplypsychology.org/perception-theories.html

Phensaengngam, W., Harnyuttamakorn, P. & Kanchanakhan, N. (2008). Assessment of knowledge, attitude, and practice regarding malaria prevention towards Karen ethmic group in Umpiem Mai Refugee camp, Phobphra district, Tak province. Journal of Health Research, 22(4), 195-198. [cited 2024 January 10]; Available from: https://www.thaiscience.info/Journals/Article/JHRE/10893479.pdf

Yamane, Taro. (1967). Statistics, An Introductory Analysis [online]. [cited 2023 October 4]; Available from: https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1440506

ภาคผนวก

สัมภาษณ์รอบที่ .....เลขที่แบบสัมภาษณ์ .....วัน เดือน ปี ที่ดำเนินการ ...../...../.....

หน่วยงาน .....ผู้สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....หมู่บ้าน..... ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ก. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการป่วยโรคไข้มาลาเรีย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง☐ หรือ ☐ ที่กลุ่มตัวอย่างตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง.....

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุปัจจุบัน (เต็มปี) =..... ปี

3. การศึกษาสูงสุด ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษา ☐ 3. อนุปริญญา/ปริญญาตรี ☐ 4.อื่นๆ.....

4. อาชีพที่ทำประจำ

☐ 1. ทำไร่/ทำนา ☐ 2. หาของป่าขาย (ผัก ปลา ของต่างๆในป่า) ☐ 3. ทำสวนยาง

☐ 4. ไม่ได้ทำงาน / อยู่บ้านเฉยๆ ☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

5. จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านเป็นประจำรวมตัวท่าน =..... คน

6. จำนวนมุ้งในครัวเรือนที่อยู่ในสภาพใช้ได้ =.....หลัง

7. ท่านมีมุ้งนอนหรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ถ้ามี เมื่อคืนท่านได้นอนในมุ้งหรือไม่ ☐นอน ☐ ไม่นอน

8. ท่านรู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องโรคไข้มาลาเรียหรือไม่ (ไม่จำเป็นต้องป่วยเอง)

☐ 1. รู้จักหรือเคยได้ยิน ☐ 2. ไม่รู้จักหรือไม่เคยได้ยิน

9. ตั้งแต่เดือนตุลาคมปีที่แล้วจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียหรือไม่ (ต้องมีการเจาะเลือด)

☐ 1. เคยเป็น ☐ 2. ไม่เคยเป็น ☐ 3. ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

10. ตั้งแต่เดือนตุลาคมปีที่แล้วจนถึงปัจจุบัน มีผู้ที่พักอาศัยที่เดียวกันเคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียหรือไม่

☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

11. เวลาเจ็บป่วยหรือ มีไข้ ไม่สบาย ท่านได้บอกหรือปรึกษาใครบ้าง ตอบได้หลายข้อ

☐ 1. สามี/ภรรยา ☐ 2. พ่อ/แม่ ☐ 3. ญาติ พี่น้อง

☐ 4. ครู ☐ 5. หมอ พยาบาล ☐ 6. อื่นๆ ระบุ .....

12.ในรอบ 3 เดือนมีบุคคลต่างหมู่บ้าน (ต.2) มานอนในบ้าน/กระท่อมของท่าน

☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

ข. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

คำชี้แจง โปรดอ่านคำถามและรอคำตอบ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หากไม่มีคำตอบโปรดเขียนลงช่องว่าง

1. ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย คือยุงที่มีชื่อว่าอะไร

☐ 1.ยุงลาย ☐ 2.ยุงเสือ ☐ 3.ยุงก้นปล่อง ☐ 4. อื่นๆ .....

2. ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย มักกัดคนในช่วงเวลาใด

☐ 1.กลางวัน ☐ 2.กลางคืน ☐ 3.ทั้งวัน ☐ 4. อื่นๆ .....

3. ยุงนำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย มีแหล่งเพาะพันธุ์อยู่ที่ไหนบ้าง

☐ 1.กระป๋อง ขยะที่มีน้ำขัง ☐ 2.ลำธาร ป่าเขา ☐ 3.น้ำเน่าขัง ☐ 4. อื่นๆ .....

4. โรคไข้มาลาเรีย มีอาการอย่างไรบ้าง

☐ 1.เป็นไข้ ปวดหัว หนาวสั่น ☐ 2.มีจุดเลือดออก☐ 3.คัน มีแผลตามตัว ☐ 4. อื่นๆ .....

5. การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ทำได้อย่างไรบ้าง

5.1 ไม่ดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง ..... ☐ 1. ใช่ ..... ☐ 2. ไม่ใช่

5.2 นอนในมุ้ง/มุ้งชุบน้ำยาทุกคืน ..... ☐ 1. ใช่ ..... ☐ 2. ไม่ใช่

5.3 ทายากันยุงเวลากลางคืน ..... ☐ 1. ใช่ ..... ☐ 2. ไม่ใช่

5.4 กินยาป้องกัน ..... ☐ 1. ใช่ ..... ☐ 2. ไม่ใช่

5.5 ใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวเวลากลางคืน ..... ☐ 1. ใช่ ..... ☐ 2. ไม่ใช่

5.6 ไม่กินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย ..... ☐ 1. ใช่ ..... ☐ 2. ไม่ใช่

ค. การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย

คำชี้แจง อ่านข้อความในแต่ละประโยค แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ความคิดเห็น”

1. ท่านมีโอกาสเป็นโรคไข้มาลาเรียเหมือนคนอื่นๆ ☐เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ไม่เห็นด้วย
2. คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืน มีโอกาสเป็นโรคไข้มาลาเรีย ☐เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ไม่เห็นด้วย
3. คนที่เคยเป็นมาลาเรียแล้ว จะปลอดภัยจากการติดมาลาเรียอีกครั้ง ☐เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ไม่เห็นด้วย
4. การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการปล่อยให้ยุงกัด ☐เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ไม่เห็นด้วย
5. คนที่เป็นโรคไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้ ☐เห็นด้วย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ไม่เห็นด้วย

ง. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

คำชี้แจง อ่านข้อความในแต่ละประโยค แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “การปฏิบัติตน”

1. การเที่ยวเล่น คุย สังสรรค์ อยู่นอกบ้านในเวลากลางคืน ☐ทำประจำ☐ ทำบางครั้ง ☐ไม่เคยทำ
2. การนอนค้างคืนที่อื่น (ที่ไม่ใช่บ้านตนเอง) ☐ทำประจำ☐ ทำบางครั้ง ☐ไม่เคยทำ
3. การนอนในมุ้งเวลากลางคืน ☐ทำประจำ☐ ทำบางครั้ง ☐ไม่เคยทำ
4. การใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาในเวลากลางคืน ☐ทำประจำ☐ ทำบางครั้ง ☐ไม่เคยทำ
5. การไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย เมื่อมีไข้ หรือไม่สบาย ☐ทำประจำ☐ ทำบางครั้ง ☐ไม่เคยทำ