

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชน ในพื้นที่แพร่เชื้อสูง ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทย

Factors related to malaria prevention behavior of people in high transmission areas of Prachuap Khiri Khan province, Thailand

ภานุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล

Phanuwat Phithakthammakul

มณฑา เก่งการพานิช

Mondha Kengganpanich

ศรัณญา เบญจกุล

Sarunya Benjakul

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

DOI: 10.14456/dcj.2023.8

Received: April 20, 2021 | Revised: April 28, 2022 | Accepted: May 9, 2022

บทคัดย่อ

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะตามแนวชายแดน และพื้นที่เขตป่าของประเทศ การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่แพร่เชื้อสูง จำนวน 400 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในเดือนเมษายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test, Pearson's product moment correlation ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 75.2 ของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมี 23 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย 14 ปัจจัยเป็นตัวแปรต้นคุณลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และสภาพแวดล้อมที่พืักอาศัย ปัจจัยนำ 5 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ปัจจัยเอื้อ 3 ปัจจัย ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และปัจจัยเสริม 1 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรทำงานเชิงรุกมากขึ้น โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเชื่อที่ถูกต้อง จัดบริการเอื้อให้เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรค และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ติดต่อผู้พิมพ์ : มณฑา เก่งการพานิช

อีเมล : kmondha@yahoo.com

Abstract

Malaria has been a serious public health concern of Thailand, especially along the border and forested areas. This cross-sectional survey research aimed to study factors related to the malaria prevention behaviors of people in high transmission areas of Prachuap Khiri Khan Province, Thailand. PRECEDE Model and Health Belief Model were utilized as a conceptual framework. The sample were 400 persons aged 15 years and over in high transmission areas who were selected by multistage random sampling. Data were collected by interview questionnaires in April 2021. Descriptive and inferential statistics consisting of Chi-square test and Pearson product-moment correlation were used for testing hypothesis. The results revealed that 75.2% of people in high transmission areas had a low level of overall disease prevention behaviors. Twenty-three factors were significantly related to malaria prevention behaviors ($p < 0.05$). Fourteen out of these 23 factors were personal characteristics, history of illness with malaria, and residential environments. Five predisposing factors were malaria prevention knowledge, perceived susceptibility of malaria, perceived severity of malaria, perceived benefits of malaria prevention, and perceived barrier of malaria prevention. Three enabling factors were access to health services, sufficiency of resources to prevent mosquito bites, and obtaining information about malaria, whereas one reinforcing factor was social support. Therefore, public health agencies should be more proactively to encourage people to have correct knowledge and belief. Providing services that facilitate access to preventive materials and increase opportunities for the people and village health volunteer networks to continuously participate in the prevention and control malaria in high transmission areas.

Correspondence: Mondha Kengganpanich

E-mail: kmondha@yahoo.com

คำสำคัญ

ปัจจัยที่สัมพันธ์, โรคมาลาเรีย,
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย,
พื้นที่แพร่เชื้อสูง

Keywords

related factors, Malaria,
Malaria prevention behaviors,
high transmission areas

บทนำ

โรคมาลาเรียเป็นโรคติดต่อมาโดยแมลงชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญในประเทศเขตร้อน องค์การอนามัยโลกพบว่ามีผู้ป่วยปีละประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 1 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในประเทศเขตร้อน สำหรับประเทศไทยโรคไข้มาลาเรียยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่เขตร้อน โดยเฉพาะตามเขตชายแดนของประเทศ⁽²⁾ สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย

ปี 2562 มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย 5,435 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.57 และเพศหญิง ร้อยละ 33.43⁽³⁾ ในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี และนครปฐม ปี 2562 มีผู้ป่วยจำนวน 1,045 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2561 จำนวน 486 คน และมีผู้เสียชีวิต 4 ราย ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.4 เพศหญิง ร้อยละ 34.5 อาชีพของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรม

ทำไร่ ทำสวนยางพาราและปาล์ม ร้อยละ 57.8 รองลงมา คือ เด็กนักเรียน ร้อยละ 30.2 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 25–44 ปี ร้อยละ 28.3⁽⁴⁾

เมื่อพิจารณาจำนวนหมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อสูง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า มีจำนวนหมู่บ้านที่มี ผู้ติดเชื้อสูงในพื้นที่แพร่เชื้อตลอดปี (A1) ตามคำนิยามของ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหมู่บ้านแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย ที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตั้งแต่ 6 เดือนต่อปี และเป็น หมู่บ้านที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านติดต่อกัน อย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 ปี เพิ่มขึ้นจากปี 2561 จำนวน 50 หมู่บ้าน ในขณะที่ในพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพอื่นๆ ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง⁽⁴⁾ พื้นที่แพร่เชื้อตลอดปี (A1) ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ตามแนวชายแดนติดต่อกับ ประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะประเทศพม่า จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์เป็นหนึ่งในจังหวัดของประเทศไทยที่ ติดกับประเทศพม่า และพบว่า อำเภอหัวหิน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ พบผู้ป่วยมาลาเรียมากที่สุดของจังหวัด จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.46 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.7 ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 94.3 อาชีพ ที่ป่วยมากที่สุด คือ เกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 60.0 และกลุ่มอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่วัยทำงานในช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.4 และช่วงอายุ 25–44 ปี คิดเป็น ร้อยละ 22.9 และ 21.4 ตามลำดับ⁽³⁾

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งลักษณะทางประชากรและปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการป้องกัน ส่วนปัจจัยภายนอก ตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคมและกายภาพ และส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุปัจจัยอื่นๆ ร่วมกันที่ส่งผล ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงและขาดการป้องกันที่เหมาะสม⁽⁵⁻⁶⁾ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้มาลาเรีย ได้แก่ กลุ่มอายุ⁽⁵⁾ เพศ อาชีพ รายได้ของ ครอบครัว ประสบการณ์ป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย⁽⁷⁾ สภาพ แวดล้อมและลักษณะที่พักอาศัย จำนวนสมาชิกในบ้าน ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงสถานบริการ⁽⁸⁾ การได้รับแรง สนับสนุนทางสังคม และปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁶⁾ เป็นต้น

ที่ผ่านมา แม้นหน่วยงานสาธารณสุขจะมีการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่อง หากแต่ยังคงพบพื้นที่แพร่เชื้อ ตลอดปี (A1) ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่ จึงเห็นความสำคัญในการเข้าใจพฤติกรรม ป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว โดยประยุกต์ PRECEDE model และแนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นกรอบในการศึกษาวิจัยและกำหนดปัจจัย ทั้งนี้เพื่อ เข้าใจบริบทที่เป็นจริงที่นำไปใช้ในการดำเนินงานส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อสูง ให้มีประสิทธิภาพ และในการออกแบบแผนงานโครงการ ป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อมาลาเรียในประชาชนใน พื้นที่แพร่เชื้อสูงทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนใน พื้นที่แพร่เชื้อสูงของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยสำรวจแบบภาค ตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยกลุ่ม ตัวอย่างเป็นประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงของจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือก

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่แพร่เชื้อสูงของอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ 3 ตำบล 8 หมู่บ้าน ได้แก่ 1) ตำบลหนองพลับ มี 2 หมู่บ้าน 2) ตำบลห้วยสัตว์ใหญ่

มี 2 หมู่บ้าน และ 3) ตำบลบึงนคร มี 4 หมู่บ้าน รวมประชากร 4,595 คน (จากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุขปี 2563) คำนวณตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วนโดยใช้สูตรของดาเนียล⁽⁹⁾ ค่า Z เท่ากับ 1.96 กำหนดค่า P เท่ากับ 0.5 เป็นค่าสัดส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียจากการใช้ยาทากันยุง การนอนกางมุ้ง และการสวมเสื้อปกปิดที่ปฏิบัติประจำของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา⁽⁴⁾ ค่า q เท่ากับ 0.5 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติ (d) ของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.05 จากการแทนค่าในสูตร ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 355 คน และเก็บตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 400 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stratified Sampling)

ขั้นตอนที่ 1 เลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Selection) ได้อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เนื่องจากมีอัตราป่วยสูงสุดและเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยมากที่สุดในช่วง 3 ปีย้อนหลัง และเลือก 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองพลับ ตำบลห้วยสัตว์ใหญ่ และตำบลบึงนคร ซึ่งมีหมู่บ้านแพร่เชื้อสูง หมายถึง หมู่บ้านแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย ที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตั้งแต่ 6 เดือนต่อปี และเป็นหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านติดต่อกันอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 ปีประกอบด้วย ตำบลหนองพลับ มีจำนวน 2 หมู่บ้าน ตำบลห้วยสัตว์ใหญ่ มีจำนวน 2 หมู่บ้าน และตำบลบึงนคร มีจำนวน 4 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 8 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง จาก 8 หมู่บ้านเป้าหมาย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 นำบัญชีหลังคาเรือนที่มีอยู่ของทุกหมู่บ้านมาดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) นับระยะห่างของหลังคาเรือนจากช่วงความเชื่อมั่นของขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 เลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยเรียงลำดับจากหัวหน้าครัวเรือน แต่หากกรณีหัวหน้าครัวเรือนไม่อยู่ในวันที่เก็บข้อมูล ให้เก็บจากตัวแทนจากรายชื่อตามบัญชีครัวเรือนนั้น ๆ เพื่อเป็นตัวแทนครัวเรือน แห่งละ 1 คน

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ตัวอย่างในแต่ละครัวเรือน

1) อายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายหรือเพศหญิง และอาศัยอยู่ในหมู่บ้านแพร่เชื้อ 1 ปีขึ้นไป

2) สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และไม่มีภาวะพิการใด ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการตอบแบบสัมภาษณ์

3) เป็นตัวแทนครัวเรือนนั้น ๆ จำนวน 1 คน ต่อ 1 ครัวเรือน โดยเรียงลำดับจากหัวหน้าครัวเรือน แต่หากกรณีหัวหน้าครัวเรือนไม่อยู่ในวันที่เก็บข้อมูล ให้เก็บจากตัวแทนที่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมมาลาเรียในชุมชนและสามารถให้ข้อมูลได้

4) ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สะดวกที่จะตอบแบบสัมภาษณ์จนจบและขอยุติการให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ด้วยเหตุผลใด ๆ เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตามกรอบแนวคิด เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก อาชีพรอง รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียของตนเอง และคนในครอบครัว ลักษณะและสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย เป็นต้น

2. ปัจจัยนำในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ประกอบด้วย

1) ความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย 12 ข้อ คำตอบมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่/ไม่ใช่ และไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ คะแนนสำหรับการตอบถูกได้ 1 และตอบผิดหรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจได้ 0 คะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁰⁾

2) ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อย่างละ 10 ข้อ รวม 40 ข้อ ทุกคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁰⁾

3. ปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

4. ปัจจัยเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. หรืออาสาสมัครมาลาเรีย และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คำตอบสำหรับข้อ 3 และข้อ 4 เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁰⁾

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย โดยวัดจากพฤติกรรมภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา นับตั้งแต่วันที่เก็บข้อมูล ได้แก่ วิธีการป้องกันยุงกัดทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านหรือไปทำงานในป่า/ไร่ หรือค้างคืนในป่าของกลุ่มตัวอย่างและความถี่และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะใช้วิธีการป้องกัน

การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อ

คำถาม และการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าความตรงของเนื้อหาารายข้อ (I-CVI) ในส่วนที่ 1-5 อยู่ระหว่าง 0.67-1 และค่าความตรงของข้อมูลส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 0.93 ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.91 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.97 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.97 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.97 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.93 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เท่ากับ 0.87 ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด เท่ากับ 0.87 และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.91 ส่วนที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.93 ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.97 และหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยทดลองใช้ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่แพร่เชื้อสูงที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ใช้วิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.7 และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.9 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.8 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.8 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.8 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ MUPH 2021-020 คณะผู้วิจัย 12 คน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เป้าหมายที่มีอายุการทำงานมากกว่า 10

ปี จำนวน 6 คน โดยมีการอบรม 1 วัน ในประเด็นต่าง ๆ อาทิ รายละเอียดโครงการวิจัย ทักษะในการสัมภาษณ์ การทำความเข้าใจในข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ แผนการสุ่มตัวอย่าง และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน เมษายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้มาลาเรีย ด้วยสถิติ Chi-square test และ Pearson's product moment correlation

ผลการศึกษา

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง อำเภอหัวหิน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.2 (ดัง

ตารางที่ 1) การป้องกันยุงกัดภายในบ้านวิธีการหลักที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้มุ้งธรรมดา ร้อยละ 89.5 รองลงมา คือ ใช้ยาทากันยุง ร้อยละ 89.2 ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียเป็นประจำในเรื่องการใช้มุ้งชุบสารเคมี โดยทำการซ่อมแซมรูรั่วและกางมุ้งโดยพับชายมุ้ง ร้อยละ 51.5 และก่อนทายากันยุงหรือสุมไฟไล่ยุงปฏิบัติตามเอกสารและคำแนะนำของชนิดยาทากันยุงเสมอ ร้อยละ 39.0 ปฏิบัติพฤติกรรมบางครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติภายในบ้าน ในช่วงเวลาพลบค่ำหรือช่วงกลางคืนหากเข้านอนในมุ้งจะป้องกันไม่ให้ยุงกัดร่วมด้วย เช่น ใช้ยาจุดกันยุงหรือทายากันยุง ร้อยละ 80.7 ส่วนวิธีการหลักที่ใช้ในการป้องกันยุงกัดภายนอกบ้าน ใช้ยาทากันยุง ร้อยละ 92.3 รองลงมา คือ สวมเสื้อผ้าปกคลุมร่างกายให้มิดชิด ร้อยละ 83.5 และวิธีอื่น ๆ ร้อยละ 99.7 ได้แก่ ร่วมกับแกนนำชุมชนในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน และยินยอมให้เจ้าหน้าที่พ่นสารเคมีที่บ้าน พฤติกรรมการป้องกันยุงกัดเมื่อนอนนอกบ้านหรือไปทำงานในป่า/ไร่หรือค้างคืนในป่า พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นบางครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง ทายากันยุงใหม่อีกครั้ง เมื่ออาบน้ำหรือล้างมือหรือครบระยะตามเวลาที่กำหนดตามเอกสารการใช้งาน ร้อยละ 81.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (n=400)

Table 1 Number and percentage of the sample classified by level of malaria prevention behavior (n=400)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	จำนวน	ร้อยละ
สูง (42-52 คะแนน)	35	8.8
ปานกลาง (32-41 คะแนน)	64	16.0
ต่ำ (0-31 คะแนน)	301	75.2
mean=26.02, SD=9.525, min=0, max=51		

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศชาย มีพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคไข้มาลาเรียในระดับต่ำ มากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี สถานภาพสมรส หม้าย หย่า/แยก กลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 6,000 บาทขึ้นไป และกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (n=400)

Table 2 Relationship between individual factors and preventive behaviors (n=400)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค			χ^2 / r	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
เพศ				9.074	2	0.011 ^a
ชาย	158 (81.4)	26 (13.4)	10 (5.2)			
หญิง	143 (69.4)	38 (18.4)	25 (12.2)			
อายุ				0.117	–	0.019 ^b
20-29 ปี	48 (78.7)	7 (11.5)	6 (9.8)			
30-39 ปี	93 (75.6)	23 (13.8)	17 (10.6)			
40-49 ปี	88 (77.9)	17 (15.0)	8 (7.1)			
50-59 ปี	52 (71.3)	15 (20.5)	9 (8.2)			
60 ปีขึ้นไป	20 (66.7)	8 (26.6)	2 (6.7)			
mean=41.70, SD=11.26, min=20, max=74						
สถานภาพสมรส				18.666	4	0.001 ^a
โสด	52 (68.4)	12 (15.8)	12 (15.8)			
คู่	223 (79.0)	45 (16.0)	14 (5.0)			
หม้าย, หย่า, แยก	26 (61.9)	7 (16.7)	9 (21.4)			
รายได้ของครอบครัว (บาท)				0.402	–	<0.001 ^b
≤6,000	187 (85.0)	25 (11.4)	8 (3.6)			
>6,000	114 (63.3)	39 (21.7)	27 (15.0)			
mean=7,326.25, SD=4,285.45, median 6,000, min=1,000, max=30,000						
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)				-0.130	–	0.009 ^b
<4	190 (72.8)	42 (16.1)	29 (11.1)			
>4	111 (79.9)	22 (15.8)	6 (4.3)			
mean=4.15, SD=1.285, min=2, max=7						

^a คือ สถิติ Chi-square ^b คือ สถิติ Pearson's correlation

ประวัติการเจ็บป่วย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อสูง ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียครั้งสุดท้าย ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

และเพื่อนบ้านด้วยโรคไข้มาลาเรีย และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียครั้งสุดท้ายของคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในระดับสูงและต่ำแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (n=400)

Table 3 Relationship between illness history and preventive behaviors (n=400)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค			χ^2 / r	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย				39.378	2	<0.001 ^a
ไม่เคยป่วย	103 (62.8)	30 (18.3)	31 (18.9)			
เคยป่วย	198 (83.9)	34 (14.4)	4 (1.7)			
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียครั้งสุดท้าย				- 0.172	-	0.001 ^b
ไม่เคยป่วย	103 (62.8)	30 (18.3)	31 (18.9)			
ต่ำกว่า 12 เดือน	72 (86.7)	10 (12.0)	1 (1.3)			
มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป	126 (82.4)	24 (15.7)	3 (2.0)			
mean=30.91, SD=43.500, min=0, max=240						
ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเพื่อนบ้านด้วยโรคไข้มาลาเรีย				15.816	2	<0.001 ^a
ไม่เคยป่วย	116 (66.6)	33 (19.0)	25 (14.4)			
เคยป่วย	185 (81.9)	31 (13.7)	10 (4.4)			
ระยะเวลาการป่วยครั้งสุดท้ายของคนในครอบครัว				- 0.123	-	0.014 ^b
ไม่เคยป่วย	116 (66.6)	33 (19.0)	25 (14.4)			
ต่ำกว่า 12 เดือน	77 (86.4)	6 (6.7)	6 (6.7)			
มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป	108 (78.8)	25 (18.2)	4 (2.9)			
mean=23.42, SD=35.432, min=0, max=240						

^a คือ สถิติ Chi-square ^b คือ สถิติ Pearson's correlation

สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัย เป็นบ้านมั่นคงถาวร และสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่อยู่ไกลป่าหรือสวน และ/หรือแหล่งน้ำ กลุ่มเหล่านี้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียระดับสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (n=400)

Table 4 Relationship between the living environment of sample and disease prevention behavior (n=400)

สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค			χ^2 / r	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ลักษณะที่พักอาศัย				15.499	2	<0.001 ^a
บ้านถาวรมั่นคงถาวร	163 (70.0)	39 (16.7)	31 (13.3)			
บ้านอาศัยชั่วคราว/กระท่อม	138 (82.6)	25 (15.0)	4 (2.4)			
สภาพแวดล้อมที่พักอาศัยอยู่ใน/ใกล้ป่าหรือสวน และ/หรือใกล้แหล่งน้ำ				29.556	2	<0.001 ^a
ใช่	223 (82.2)	37 (13.7)	11 (4.1)			
ไม่ใช่	78 (60.5)	27 (20.9)	24 (18.6)			

^a คือ สถิติ Chi-square ^b คือ สถิติ Pearson's correlation

2.2 ปัจจัยความรู้และความเชื่อ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ($r=0.261$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ($r=0.281$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้มาลาเรียสูง ($r=0.267$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ($r=0.290$) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ($r=0.322$)

2.3 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ($r=0.267$) ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด ($r=0.190$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ($r=0.280$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.295$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (n=400)

Table 5 Relationship between predisposing factors and malaria prevention behavior (n=400)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ตัวแปรปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	0.261	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย	0.281	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย	0.267	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	0.290	<0.001
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	0.322	<0.001
ตัวแปรปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ	0.267	<0.001
ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกัน	0.190	<0.001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	0.280	<0.001
ตัวแปรปัจจัยเสริม		
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.295	<0.001

วิจารณ์

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 75.2 ซึ่งประชาชนเหล่านี้ส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจในระดับต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันยุงกัด จึงเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย สอดคล้องกับการศึกษาของ Shima ponda-Mataa และคณะ⁽¹¹⁾ ในประเทศแซมเบีย และนิคมแก้ววันดี⁽¹²⁾ พบว่า การปฏิบัติตัวในการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนมีความสัมพันธ์กับรายรับที่สูงขึ้น ทำให้สามารถซื้อหา/ใช้ยาทากันยุง รวมถึงการแต่งกายที่สามารถป้องกันได้ เช่นเดียวกับการ

ศึกษาของ Ugwu และคณะ⁽¹³⁾ Ouattara และคณะ⁽¹⁴⁾ Mazigo และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ราคาของวัสดุและอุปกรณ์ในการป้องกันยุงกัด เช่น ราคามุ้งชุบสารเคมีเป็นอุปสรรคขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้มุ้งและมุ้งชุบสารเคมี ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอจึงไม่สามารถหาซื้อได้ ดังนั้นเศรษฐกิจที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่แตกต่างกัน อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทางการเกษตร/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา ร้อยละ 83.5 ทำให้วิธีการป้องกันยุงกัดบางอย่างไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น การสวมเสื้อผ้ามิดชิดขณะกรีดยางหรือทำไร่ทำสวน ทำให้ผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทางการเกษตรโดยเฉพาะอาชีพกรีดยางพาราต้องพักค้างในป่า ไม่มีการ

ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันระหว่างปฏิบัติงาน และการตระหนักต่อการป้องกันยุงกัดของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ จึงไม่มีการใช้มุ้งคลุมเปล ไม่สวมเสื้อผ้าปกคลุมร่างกายในการป้องกันยุงกัด โดยให้เหตุผลว่าไม่สะดวก ร้อนและอึดอัดในการทำงาน การศึกษาของนคร เปรมศรี และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไพฑูรย์ มุสิกรัตน์⁽¹⁷⁾ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา

ความเชื่อด้านสุขภาพยังคงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้อสูง การที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เช่น ความไม่สะดวกสบายในการปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ มุ้งชุบสารเคมี ยาพาทันยุง เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Becker & Maiman⁽¹⁸⁾ และ Nuwaha และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้มุ้งชุบสารเคมีกำจัดแมลงกับมุ้งที่ไม่ชุบสารเคมีกำจัดแมลงในเขต Mbarara ประเทศยูกันดา พบว่าผู้ที่ไม่มี ความเชื่อว่ามีราคาแพงจะมีแนวโน้มการใช้มุ้งมากกว่าผู้ที่เชื่อว่ามุ้งมีราคาแพงเป็น 1.56 เท่า

ด้านสภาพแวดล้อมที่พืักอาศัยเป็นปัจจัยเอื้อในการละเลยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน ดังจะเห็นได้จากการที่ประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.7 มีสภาพแวดล้อมที่พืักอาศัยอยู่ใน/ใกล้ป่าหรือสวนและ/หรือใกล้แหล่งน้ำในรัศมี 1-2 กิโลเมตร ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรียทั้งเนื่องจากการเดินทางไปและการพักค้างคืนในป่าเพื่อทำการเพาะปลูกในสวนในไร่ในตอนกลางคืนและมีความถี่ในการเข้าป่าเกือบทุกวันเพื่อการทำสวนยางพารา หางของป่าและเข้าป่าเพื่อเลี้ยงสัตว์ สอดคล้องกับการศึกษาของนคร เปรมศรี และคณะ⁽¹⁶⁾ และสะไบทอง หาญบุ่งคล้า และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์⁽²⁰⁾ พบว่า สถานที่ทำงานอยู่ในป่าหรือสวนและใกล้แหล่งน้ำเป็นปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับการติดเชื้อมาลาเรียที่เป็นโรคประจำถิ่น

นอกจากนี้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงที่ศึกษานี้ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับต่ำซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชน ทั้งนี้เป็นปัจจัยที่สืบเนื่องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ประชาชนมุ่งเน้นการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงปากเลี้ยงท้องเป็นหลัก จึงทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ อาทิการเดินทางไปประกอบอาชีพในป่าและพักค้างคืน และยังมีแนวโน้มต่ำในการไปรับบริการด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือติดเชื้อมาลาเรีย การศึกษาของนคร เปรมศรี และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนนั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกในการไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้บริการที่หลากหลาย เช่น มาลาเรียคลินิก ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบต. หรือเทศบาล ร้านขายยาสัตดุอุปกรณ์ป้องกันยุงกัด

แรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง พบว่าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.7 ถือเป็นปัจจัยเสริมที่สามารถสนับสนุนชักจูง เอื้ออำนวยหรือกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ การเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้อง ทั้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. หรืออาสาสมัครมาลาเรีย และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการได้เข้าร่วมทำกิจกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นผลให้กลุ่มนี้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียไปในทางที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี แนวราช⁽²¹⁾ พรพิมล ประดิษฐ์ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ

- 1) หน่วยบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรทำงานเชิงรุกมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้เข้าถึงบริการ

2) สนับสนุนให้แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครมาลาเรีย ในชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3) สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเพียงพอและทั่วถึง กรณีที่แจกฟรี ควรกระทำอย่างทั่วถึงในพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เดินทางยากลำบาก และกรณีที่จำหน่าย ควรสนับสนุนร้านค้าร้านขายในชุมชนให้มีการขายวัสดุและอุปกรณ์ที่มีราคาถูกเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ ซึ่งส่งผลเอื้อต่อการมีพฤติกรรมป้องกัน

4) หน่วยงานรับผิดชอบควรให้ความสำคัญกับนโยบายป้องกัน โดยให้มีการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการเกิดโรค โดยเน้นกลวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5) สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มีการกำหนดมาตรการของชุมชน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้วยข้อความที่เน้นอันตรายต่อสุขภาพ สถานการณ์จำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิตในพื้นที่เพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค นำไปสู่การปรับทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุดข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1) ควรพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงโดยเฉพาะกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เกษตรกร ทำไร่ ทำสวน ที่สภาพแวดล้อมที่พื้กอาศัยอยู่ใน/ใกล้ป่าหรือสวน และ/หรือใกล้แหล่งน้ำ

2) ศึกษาพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุกของภาคีเครือข่ายในพื้นที่แพร่เชื้อสูงที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง เพื่อให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Malaria Report 2019. World Health Organization: Geneva; 2019.
2. International Cooperation Development Group International Cooperation Agency. Guidelines for border health operations to support the entry into the ASEAN Community 2014. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2014.
3. Division of Vector Borne Disease (TH). Thailand malaria elimination program [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]. Available from: <http://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10> (in Thai)
4. Office of Disease Prevention and Control Region 5 Ratchaburi. Annual report 2019. Ratchaburi: Office of Disease Prevention and Control Region 5 Ratchaburi; 2019.
5. Seehawong W, Lailuang W, Wongpirom R. People's Behaviour Regarding the Prevention and Control of Malaria on the Borders between Thailand, Laos and Cambodia in Ministry of Public Health Inspection Region 11th and 14th. Office of Disease Prevention and Control Region 7 Ubon Ratchathani. 2006;6(1):7.

6. Pradit P. Meta analysis of factors associated with malaria prevention behavioral to follow the health belief model and social support theory (dissertation). Bangkok: Thammasat University; 2015. 160 p. (in Thai)
7. Muernrat Y, Suwannarat S, Suwan V. Factors related to malaria treatment delay in Surat Thani Province. *J Vector Borne Dis*. 2006;7(2):1-11.
8. Sawang S, Siwirot P. Factors related to delayed malaria treatment seeking in Mae Hong Son Province (dissertation). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. 131 p. (in Thai)
9. Wayne WD. Biostatistic: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
10. Bloom BS. Taxonomy of Education Objectives, Hand Book 1: Cognitive Domain. New York: David McKay Company; 1984.
11. Shimaponda-Mataa NM, Tembo-Mwase E, Gebreslasie M, Mukaratirwa S. Knowledge, attitudes and practices in the control and prevention of malaria in four endemic provinces of Zambia. *S Afr J Infect Dis*. 2017;32(1):29-39.
12. Kawewandee N, Sirisawang V, Boriharn S. Factors relating to the participation of people in prevention and control of dengue hemorrhagic fever in Nakornjaedee Subdistrict Pasang District, Lamphun Province (Doctoral dissertation). Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2013. 123 p. (in Thai)
13. Ugwu EO, Ezechukwu PC, Obi SN, Ugwu AO, Okeke TC. Utilization of insecticide treated nets among pregnant women in Enugu, South Eastern Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2013;16(3):292-6.
14. Ouattara AF, Raso G, Edi CV, Utzinger J, Tanner M, Dagnogo M, Koudou BG. Malaria knowledge and long-lasting insecticidal net use in rural communities of central Cote d'Ivoire. *Malaria journal*. 2011;10(1):1-2.
15. Mazigo HD, Obasy E, Mauka W, Manyiri P, Zinga M, Kweka EJ, et al. Knowledge, attitudes, and practices about malaria and its control in rural northwest Tanzania. *Malar Res Treat*. 2010. doi.org/10.4061/2010/794261
16. Prensri N, Chinanonwet N, Sudathip P, Naing T, Sokanket S. Evaluation of coverage and usage of malaria prevention methods and associated malaria risk factors among population in area with malaria transmission in Thailand. Non-thaburi: Department of Disease Control. Ministry of Public Health; 2013.
17. Musikarat P. Factors related to preventive behaviors toward malaria among people who live in the Thailand-Cambodia frontier in Borai District, Trat Province (dissertation). Chonburi: Burapha University; 2009. (in Thai)
18. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J Public Health*. 1974;64(3):205-16.
19. Nuwaha F. Factors influencing the use of bed nets in Mbarara municipality of Uganda. *Am J Trop Med Hyg*. 2001;65(6):877-82.
20. Hanbungkla S, Chareerntanyarak L. Factors associated with malaria infection of endemic area in 2015, Ratchaburi province. *Dis Control J*. 2017;43(4):423-35. (in Thai)
21. Neawraj A. Factors affecting the malaria preventive behavior of border patrol police at Police Sub-Division camp 34, Tak Province (dissertation). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2007. 118 p. (in Thai)