

ผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of improving health literacy on malaria by village health volunteers in
the Thai-Cambodian border area,
Sisaket province, Thailand

ลำพูน วรจักร¹ พุทธิไกร ประมวล^{2*}

¹กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

²กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Lumpoon Vorachak¹ Putthikrai Pramual^{2*}

¹Public Health Strategy Division, Sisaket Provincial Public Health Office

²Communicable Disease Control Division, Sisaket Provincial Public Health Office

*Correspondence author: Email: putthikrai.pramual@gmail.com

(Received: June 20, 2020; Revised: August 8, 2020; Accepted: September 4, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 238 คน ใน 3 อำเภอชายแดนไทย-กัมพูชา โดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่มจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 – 31 มีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียโดยใช้สถิติ Multilevel mixed-effects linear regression นำเสนอด้วยค่า Mean difference และช่วงความเชื่อมั่น 95% พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 อายุเฉลี่ย 47±9.79 ปี เคยป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 12.61 เคยได้รับการตรวจคัดกรองมาลาเรีย ร้อยละ 42.02 และเคยได้รับการอบรม ร้อยละ 70.71 ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แยกรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ด้านทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติตัว ด้านทักษะในการจัดการตนเอง และด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลอง เท่ากับ 7.95±1.61, 3.62±0.67, 3.56±0.89, 3.92±0.73, 3.77±0.94 และ 3.82±0.96 ตามลำดับ และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.67±1.24, 4.02±0.52, 3.99±0.72, 4.15±0.48, 4.15±0.60 และ 4.20±0.66 ตามลำดับ คะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.72 และ 84.03 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า หลังทดลอง อสม.มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง 15.42 คะแนน (Adjusted mean difference = 15.42, 95% CI = 12.10-18.74 p-value<0.001) ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จึงควรนำรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรียตามบริบทพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ ไข้มาลาเรีย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to investigate the effect of malaria health literacy development among village health volunteers in the Thai-Cambodian Border area, Sisaket province, Thailand. A total of 238 village health volunteers were enrolled by using a cluster random sampling method of 3 districts in the border area. Data were retrieved before and after experiments from 1st February 2020 to 31st March 2020 using questionnaires. A multilevel mixed-effects linear regression was used for analyzing the mean difference score of malaria health literacy. Presented in terms of adjusted mean difference and 95% confidence interval. Results from this study showed that most of the village health volunteers were female (71.43%) with a mean age of 47 ± 9.79 years. Of these 12.9% used to have a history of malaria infection. The participants received malaria screening and malaria workshops were 42.02% and 70.71%, respectively. Results showed a high score of all health literacy skills of malaria included: cognitive, accession, communication and social support, decision, self-management, and media literacy skills both before and after the experiment. The mean scores of 6 skills of health literacy before the experiment were 7.95 ± 1.61 , 3.62 ± 0.67 , 3.56 ± 0.89 , 3.92 ± 0.73 , 3.77 ± 0.94 , and 3.82 ± 0.96 respectively. The mean scores of 6 skills of health literacy after experimental were 8.67 ± 1.24 , 4.02 ± 0.52 , 3.99 ± 0.72 , 4.15 ± 0.48 , 4.15 ± 0.60 , and 4.20 ± 0.66 respectively. In addition, a total score of malaria health literacy was also high before and after experimental (56.72% and 84.03). Health literacy scores before and after the experiment were significant differences. Especially, their health literacy scores after the experimental increased more than before the experiment 15.42 points (Adjusted mean difference = 15.42, 95% CI. = 12.10-18.74 p-value <0.001). Therefore, public health officials should apply this model of health literacy development to promote health knowledge about malaria prevention according to the area context more efficiently.

Keywords: Health literacy, Malaria, Village health volunteer, Thai-Cambodian Border area

1. บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้มาลาเรียในช่วงระหว่างปี 2543-2558 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทั่วโลกลดลงร้อยละ 47 และสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียต่อพันประชากร ลดลงจาก 0.57 ในปี 2557 เป็น 0.38 ในปี 2558 และอัตราตายต่อแสนประชากรลดลงจาก 0.07 ในปี 2556 เป็น 0.06 ในปี 2558 แต่อย่างไรก็ตามยังพบเชื้อมาลาเรียชนิดพลาสโมเดียมที่ดื้อยาหลายขนานสามารถแพร่กระจายเชื้อและเกิดการระบาดที่ทำให้การควบคุมโรคไข้มาลาเรียยุ่งยากมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ยืนยันว่า ประเทศไทยมีพื้นที่การดื้อยาพลาสโมเดียมฟัลซิพารัม (P. falciparum) ใน 6 จังหวัด ได้แก่ สุรินทร์ ศรีสะเกษ ตราด ระนอง กาญจนบุรี และตาก⁽¹⁾ และยังมีอัตราการเกิดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและรุนแรงในพื้นที่จังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ พม่า ราชอาณาจักรกัมพูชา และมาเลเซีย⁽²⁾ ปี 2558 มีผู้ป่วยคนไทยร้อยละ 57.69 และเป็นผู้ป่วยต่างชาติ ร้อยละ 43.38 ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา ร้อยละ 14.20, 1.04 และ 0.93 ตามลำดับ การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติ การลักลอบตัดไม้ทำลายป่า อาชีพหรือการปฏิบัติหน้าที่ในป่า สวน ไร่ ในเวลากลางคืน และการหาอาหารป่าหรือของป่าในพื้นที่แนวชายแดน ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคของไข้มาลาเรียในพื้นที่ชายแดน^(1,2) ปี 2561 ประเทศไทยพบผู้ป่วย 2,114 ราย จาก 54 จังหวัด อัตราป่วย 3.18 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดยะลา ตาก แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี อัตราป่วย 57.48, 51.17, 27.96, 26.88 และ 14.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ชนิดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ *Plasmodium vivax* (PV) ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อมีอาการไข้ หนาวสั่น ทรมาน ทำไร และทำสวนยางพารา⁽³⁾

ผลการประเมินความครอบคลุม การใช้วิธีป้องกัน และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้มาลาเรียของประชากรในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย พบว่า ยังมีประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อไข้มาลาเรียที่คิดว่าการดื่มน้ำในป่าทำให้เป็นไข้มาลาเรียได้ และมีความตระหนักรู้ว่าตัวเองเสี่ยงต่อโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 61.5 ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้มาลาเรีย เพียงร้อยละ 62.8 ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพนักงานมาลาเรียชุมชนที่ตั้งอยู่ใน

หมู่บ้าน⁽¹⁾ และจากการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 62.2 ทักษะคิดและการรับรู้ข่าวสารมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชน⁽⁴⁾

การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความรู้ สร้างความตระหนัก และการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย รวมถึงการนำศักยภาพของตนเองช่วยขับเคลื่อนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน และกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่ยั่งยืนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ⁽⁵⁾ ปัจจุบันการสาธารณสุขของไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง”⁽⁶⁾ ซึ่งการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องดำเนินการใน 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และบุคคลที่สามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง หนึ่งในนั้นคือ กลุ่มของอสม. ที่เป็นผู้ที่เสียสละในการทำงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชน และเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยงและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียให้กับประชาชน ส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้อง รวมทั้งขยายผลไปสู่ครอบครัวและชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคไข้มาลาเรีย อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า

จากข้อมูลผู้ป่วยไข้มาลาเรียตั้งแต่ปี 2560-2562 ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ อำเภอภูสิงห์ อำเภอขุนหาญ และอำเภอกันทรลักษ์ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่พบใน 3 อำเภอชายแดนนี้คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยไข้มาลาเรียทั้งหมดในจังหวัดศรีสะเกษ โดยอำเภอภูสิงห์ มีอัตราป่วย 456.09, 307.22 และ 66.20 ต่อแสนประชากรตามลำดับ รองลงมา คือ อำเภอขุนหาญมีอัตราป่วย 375.04, 410.61 และ 42.20 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอำเภอกันทรลักษ์ มีอัตราป่วย 112.89, 145.45 และ 25.19 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽⁷⁾

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในชุมชนนั้น อสม. คือ บุคลากรที่สำคัญในการช่วยสื่อสารความเสี่ยง ให้ความรู้ และขับเคลื่อนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียในชุมชน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาประชาชนจะได้รับความรู้เกี่ยวโรคไข้มาลาเรียจากอสม. มากที่สุด⁽¹⁾ ดังนั้นหาก อสม. มีความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจอย่างแตกฉานในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ก็จะสามารถให้คำแนะนำ ให้ความรู้ มีทักษะการปฏิบัติ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียให้กับประชาชนในชุมชนได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นการพัฒนาและเป็นการวางรากฐานด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียให้อสม. ที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมให้กับประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (One group pre-post test design) โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็น อสม. จาก 3 อำเภอชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอขุนหาญ และอำเภอภูสิงห์ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นพื้นที่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ในปี 2562 อำเภอละ 1 แห่ง เป็น รพ.สต. ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถรวมกิจกรรมในพื้นที่จนครบ 4 สัปดาห์ ได้แก่ รพ.สต.ภูมิซอระ อำเภอกันทรลักษ์ จำนวน 88 คน รพ.สต.กันทรอม อำเภอขุนหาญ จำนวน 88 คน และ รพ.สต.ไพรพัฒนา อำเภอภูสิงห์ จำนวน 62 คน รวมจำนวน 238 คน ซึ่ง อสม. จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียและ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุปัจจัย เสนอข้อคิดเห็นและการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรียในชุมชน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้ที่เหมาะสม และการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจคัดกรอง การป้องกันควบคุม และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และกิจกรรมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียผ่านการบรรยายประกอบสื่อ วิดีทัศน์ ภาพนิ่ง อภิปรายกลุ่ม สานิต และฝึกปฏิบัติการปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรอง การป้องกันยุงก้นปล่องกักตุนขยะปฏิบัติหน้าที่หรือทำงานในป่า คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ดังแสดงในรูปที่ 1

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินการก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้ จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบนจามิน บลูม⁽⁸⁾ คือ

ความรู้ระดับสูง (8-10 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ จำนวน 5 ด้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 5 ตัวเลือก แบ่งระดับความรู้รายด้าน ด้วยค่าเฉลี่ยคะแนน เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ คือ

ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)

ระดับต่ำ (0-2.33 คะแนน)

แบ่งระดับความรู้ในภาพรวม จากคะแนนรวม เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง (155-210 คะแนน)

ระดับปานกลาง (98-154 คะแนน)

ระดับต่ำ (40-97 คะแนน)

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – objective congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ ถือว่าเป็นข้อคำถามที่มีความสอดคล้อง โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับทิมสยาม 07 อำเภอยุหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เป็นพื้นที่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าความน่าเชื่อถือความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่า KR20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ทักษะการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติตัว ทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองและการรับการรักษาโรคไข้มาลาเรีย และทักษะด้าน

การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย หาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารายด้านเท่ากับ 0.78, 0.81, 0.84, 0.82, 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียโดยใช้สถิติ Multilevel mixed-effects linear regression นำเสนอด้วยค่า Mean difference และช่วงความเชื่อมั่น 95% การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ

- กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรีย
- กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย
- กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การหาสาเหตุ เสนอแนวทางในการดำเนินในชุมชน การอภิปรายกลุ่มเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย
- กิจกรรมการเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้มาลาเรีย
- กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจคัดกรอง การป้องกันควบคุม และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย
- กิจกรรมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ

- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย
- ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย
- ทักษะการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติตัว
- ทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคไข้มาลาเรีย
- ทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และการรับการรักษาโรคไข้มาลาเรีย
- ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

3. ผลการวิจัย

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 อายุเฉลี่ย 47 ± 9.79 ปี ช่วงอายุ 50-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 33.61 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.97 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.10 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 71.01 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.53 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.04 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.85 ในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยไข้มาลาเรียในหมู่บ้าน ร้อยละ 31.51 มีรายงานของรายได้ 5,000 ต่อเดือน (ต่ำสุด 2,000 บาท และสูงสุด 100,000 บาทต่อเดือน) ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงแนวชายแดน รพ.สต. และ รพ.ชุมชน เท่ากับ 23.68 ± 15.89 , 2.81 ± 2.17 และ 16.99 ± 9.88 กิโลเมตร ตามลำดับ ในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมาลาเรียในชุมชน ร้อยละ 31.51 สมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 19.33 และอสม.ที่เคยมีประวัติป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 12.61 เคยได้รับการตรวจคัดกรองมาลาเรีย ร้อยละ 42.02 ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 70.17 และได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้มาลาเรียจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 92.35 โดยทั้ง 3 อำเภอมีสัดส่วนของปัจจัยต่างๆ ใกล้เคียงกันกับภาพรวม ดังแสดงในตารางที่ 1

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียทั้ง 6 ทักษะ พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมฯ อสม. มีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=238)		อำเภอกันทรลักษ์ (n=88)		อำเภอขุนหาญ (n=88)		อำเภอกุสุมาลย์ (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	238	100	88	36.97	88	36.97	62	26.05
1. เพศหญิง	170	71.43	65	73.86	71	80.68	34	54.84
2. อายุ								
น้อยกว่า 40 ปี	52	21.85	22	25.00	16	18.18	14	22.58
40-49 ปี	79	33.19	34	38.64	28	31.82	17	27.42
50-59 ปี	80	33.61	23	26.14	36	40.91	21	33.87
60 ปีขึ้นไป	27	11.34	9	10.23	8	9.09	10	16.13
Mean $\pm$ SD	47.27 $\pm$ 9.79		46.08 $\pm$ 9.56		47.73 $\pm$ 9.89		48.32 $\pm$ 9.96	
3. สถานภาพสมรส คู่	207	86.97	81	92.05	74	84.09	52	83.87
4. ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	129	54.20	49	54.69	49	55.69	31	50.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	15.13	16	18.18	13	14.77	7	11.19
มัธยมศึกษาตอนปลาย	62	26.05	22	25.00	16	18.18	24	38.71
อนุปริญญา/ปวส.	4	1.68	-	-	4	4.55	-	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	2.94	1	1.14	6	6.82	-	-

ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติตัว ด้านการตัดสินใจในการปฏิบัติตัว ด้านการจัดการตนเองเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.03, 78.15, 71.01, 87.39, 81.93 และ 81.93 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

หลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 ผลของการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียในภาพรวม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.72 ค่าเฉลี่ยคะแนน 151.11 ± 27.53 คะแนน หลังจากได้รับโปรแกรมฯ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.03 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 172.52 ± 19.61 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของ อสม. เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ แล้วพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 15.42 คะแนน (95% CI: 12.10-18.74, p-value<0.0001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=238)		อำเภอกันทรลักษ์ (n=88)		อำเภอขุนหาญ (n=88)		อำเภอกิ่งเหล็ก (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	169	71.01	68	77.27	56	63.64	45	72.58
6. มีโรคประจำตัว	56	23.53	14	15.91	22	15.00	20	32.26
เบาหวาน	19	35.85	5	35.71	7	35.00	7	36.84
ความดันโลหิตสูง	23	43.40	5	35.71	10	50.00	8	42.11
หัวใจ/หลอดเลือด	3	5.66	1	7.14	1	50.00	1	5.26
หอบหืด	3	5.66	1	7.14	1	5.00	1	5.26
ไตวายเรื้อรัง	1	1.89	1	7.14	-	-	-	-
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน								
น้อยกว่า 5,000 บาท	96	40.43	39	44.42	41	46.59	16	25.81
5,000-7,499 บาท	95	39.92	38	43.18	28	31.82	29	46.77
มากกว่า 7,500 บาท	47	19.75	11	12.50	19	21.59	17	27.42
Median (Min : Max)	5,000 (200:100,000)		5,000 (200:30,000)		5,000 (1,000:100,000)		5,250 (1,000:25,000)	
8. ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงแนวชายแดน	23.68±15.89		16.81±14.65		32.98±17.75		20.26±4.67	
9. ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึง รพ.สต.	2.81±2.17		2.26±1.91		2.66±1.99		3.81±2.45	
10. ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงโรงพยาบาล	16.99±9.88		25.88±8.91		9.59±5.77		14.90±4.63	
11. รอบปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยมาลาเรียในหมู่บ้าน	75	31.51	27	30.68	25	28.41	23	37.10
12. มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย	46	19.33	16	18.18	13	14.77	17	27.42
13. เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคมาลาเรีย	30	12.61	7	7.95	5	5.68	18	29.03
14. เคยการได้รับการตรวจคัดกรองมาลาเรีย	100	42.02	38	43.18	29	32.95	33	53.23
15. เคยได้อบรมป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย	167	70.17	52	59.09	63	71.59	52	83.87
16. แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียที่ได้รับ								
วิทยุ	37	15.55	13	14.77	16	18.18	8	12.90
โทรทัศน์	76	31.93	29	32.95	33	37.50	14	22.58
หนังสือพิมพ์	14	5.88	6	6.82	6	6.82	2	3.23
โปสเตอร์	53	22.27	18	20.45	17	19.32	18	29.03
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	58	24.37	19	21.59	28	31.82	11	17.74
สื่อออนไลน์ (Facebook, Line)	15	6.30	3	3.41	10	11.36	2	3.23
ผู้นำชุมชน	72	30.25	38	43.18	21	23.86	13	20.97
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	196	92.35	77	87.50	69	78.41	50	80.56
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	24	10.08	11	12.50	8	9.09	5	8.06
สมาชิกในครอบครัว	20	8.40	8	9.09	6	6.82	6	9.68
อื่นๆ	6	2.52	5	5.68	-	-	1	1.61

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แยกรายด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	19 (7.98)	58 (24.37)	161 (67.65)	7 (2.94)	19 (7.89)	212 (89.08)
2. ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	14 (5.88)	103 (43.28)	121 (50.84)	2 (0.84)	50 (21.01)	186 (78.15)
3. ทักษะการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติตัว	27 (12.86)	95 (39.92)	116 (48.74)	4 (1.68)	65 (27.31)	169 (71.01)
4. ทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	10 (4.20)	66 (27.73)	162 (68.07)	2 (0.84)	28 (11.76)	208 (87.39)
5. ทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และการรับการรักษาโรคไข้มาลาเรีย	26 (10.92)	64 (26.89)	148 (62.18)	3 (1.26)	40 (16.81)	195 (81.93)
6. ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	26 (10.92)	64 (26.89)	148 (62.18)	4 (1.68)	39 (16.39)	195 (81.93)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยแยกรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความรู้ด้านสุขภาพ	หลังได้รับโปรแกรม		ก่อนได้รับโปรแกรม		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
1. ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	8.76	1.24	7.95	1.61	0.81	0.55-1.07	<0.0001
2. ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	4.02	0.52	3.62	0.67	0.40	0.29-0.51	<0.0001
3. ทักษะการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติตัว	3.99	0.72	3.56	0.89	0.43	0.28-0.57	<0.0001
4. ทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	4.15	0.48	3.92	0.73	0.23	0.11-0.34	0.0001
5. ทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และการรับการรักษาโรคไข้มาลาเรีย	4.15	0.60	3.77	0.94	0.38	0.23-0.52	<0.0001
6. ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	4.20	0.66	3.82	0.96	0.38	0.23-0.53	<0.0001

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (40-97 คะแนน)	10	4.20	2	0.84
ปานกลาง (98-154 คะแนน)	93	39.08	36	15.13
สูง (155-210 คะแนน)	135	56.72	200	84.03
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	157.11 (27.53)		172.52 (19.61)	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	161 (81:204)		176 (80:204)	

ตารางที่ 5 ผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Unadjusted Mean difference	Adjusted Mean difference	95% CI	p-value
1. ช่วงที่วัดผล						<0.0001
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	157.11	27.53	0	0		
หลังได้รับโปรแกรมฯ	172.52	19.61	14.61	15.42	12.10-18.74	
2. เพศ						0.0490
ชาย	68	28.57	0	0		
หญิง	170	71.43	6.29	5.99	0.05-11.95	
3. การได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้มาลาเรีย						0.0220
ไม่เคย	71	29.83	0	0		
เคย	167	70.17	9.32	6.58	0.93-12.22	

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multilevel mixed-effects linear regression โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ระยะทางจากบ้านถึง รพ.สต. และ รพ. โรคประจำตัว ประวัติการมีผู้ป่วยมาลาเรียในหมู่บ้าน และในครอบครัว ประวัติการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย และการได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้มาลาเรีย

4. อภิปรายผล

อสม. ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 54.20 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมและการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในอำเภอฉวาง จังหวัดอุบลราชธานี และอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์^(10,11) พบอสม. ที่มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 12.61 และมีอสม. จำนวน 3 และ 2 ราย ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียถึง 2 และ 3 ครั้ง และมีสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 19.33 ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมาลาเรีย ร้อยละ 57.98 และมีอสม.ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย เพียงร้อยละ 42.02 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ยังมีอสม. บางส่วนที่ป่วยเป็นไข้มาลาเรียซ้ำซาก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความตระหนักในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการเข้ารับการอบรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ดังนั้น การที่จะทำให้ อสม. ที่เปรียบเสมือนทีมผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยองค์ความรู้ ทักษะ และเทคนิควิธีการที่ครอบคลุมในทุกมิติของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เพื่อจะเป็นกำลังสำคัญในการสื่อสารความเสี่ยง และช่วยเชื่อมประสานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตลอดจนการผลักดันให้เกิดสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ทั้งการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และ

ร่วมปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียในชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติของ อสม. จากสถานการณ์และบริบทจริงในพื้นที่ จนเกิดเป็นความรู้อันแตกฉานด้านป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างแท้จริง^(11,12)

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียในภาพรวมและแยกรายทักษะ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของ อสม. อยู่ในระดับสูง โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังได้รับโปรแกรมฯ อสม. มีคะแนนทักษะด้านความรู้ความเข้าใจด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติตัวด้านการตัดสินใจในการปฏิบัติตัว ด้านการจัดการตนเองเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรอง และทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนความรู้ในภาพรวมมากขึ้นถึง 15.42 คะแนน โดยมีคะแนนมากขึ้นอย่างน้อย 12 คะแนน และมากที่สุด 18 คะแนน ทั้งนี้เป็นผลจากรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมด้านความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่หลากหลาย ทำให้ อสม. มีความเข้าใจได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีประสบการณ์ตรงในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรีย สอดคล้องกับการศึกษาที่ของอะห์ลี ฆามาเนาะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จังหวัดปัตตานี ที่มีการทบทวนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมถอดบทเรียน แสดงความคิดเห็น การ

วิเคราะห์ปัญหาและความสามารถแห่งตน และร่วมวางแผนการปฏิบัติงาน จนพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของหาญณรงค์ แสงแก้ว⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การร่วมคิดร่วมอภิปราย และการฝึกปฏิบัติทักษะการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้ตัวแทนครัวเรือนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของรุ่งนภา อาระห์ และอุทัย เจริญจิตต์ ที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และหลังทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(15,16)

จะเห็นว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนั้น เป็นการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้สามารถเข้าใจ ใช้ความรู้ ประเมินตนเอง การค้นหาความรู้ และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมถ่ายทอดได้อย่างถูกต้อง มีวิธีปฏิบัติที่สร้างเสริมสุขนิสัย ลดละเลิกพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และความเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้ตนเองเจ็บป่วยได้⁽¹⁷⁾ ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ในระดับสูง จะส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่ดีด้วย เนื่องจากมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดการสังเคราะห์ความรู้ มีข้อมูล และทักษะในการสื่อสารที่ดี รู้ทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินผลเนื้อหาตลอดจนตัดสินใจปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง⁽¹⁸⁾ และจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคด้วย^(19,20)

ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของ อสม. ถือเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพ จึงควรนำรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ การลงมือฝึกปฏิบัติตามทักษะ และเทคนิควิธีการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในสถานการณ์จริง จนเกิดเป็นองค์ความรู้ที่ครอบคลุมในทุกมิติของการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เพื่อให้

อสม. นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และจะส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์และอัตราการตายด้วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ต่อไป

5. สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของ อสม. ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา สามารถช่วยส่งเสริมให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและแยกรายทักษะ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะต่างๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้มาลาเรียให้กับ อสม. และประชาชนในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพของบุคคล และนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วรารุณ ชื่นตา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนของจังหวัดศรีสะเกษให้สามารถวางระบบเฝ้าระวัง ตรวจจับ ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา และเป็นแรงบันดาลใจในการสร้างผลงานด้านวิชาการในครั้งนี้ และขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. และบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอกุสุมาลย์ และอำเภอภูสิงห์ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

7. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์; 2559. 116.
2. ประยุทธ์ สุดาพิทย์, เสาวนิต วิชัยชิตะ, และสุธีรา พูลสิน. การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรีย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 43 จังหวัด ภายใต้

- โครงการกองทุนโลกรอบที่ 7: การประเมินเชิงนโยบาย และผลกระทบการดำเนินงาน. วารสารสาธารณสุข ล้านนา 2554; 7(3): 225-39.
3. สำนักระบาดวิทยา. สรุปสถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ประจำปี 2561: รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค [online]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d30_5261.pdf. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย. 2563].
 4. ปรีชา ปิยะพันธ์. พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 7 2556; (4): 30-9.
 5. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562. 55-8.
 6. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 [online]. แหล่งข้อมูล : http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย. 2563].
 7. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงานโรคไข้มาลาเรีย จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2562. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2562.
 8. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill. 1971.
 9. Best, John. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall, Inc.1977:174.
 10. เดือนนภา ศิริบุรณ์ และนพรัตน์ ส่งเสริม. ผลของ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและ ควบคุมโรคมาลาเรียของตัวแทนครัวเรือนตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. SNRU journal of science and Technology. 2016; 8(3): 292-300.
 11. สมหมาย จีมประโคน, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และ สมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแขว อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23(1): 35-45.
 12. สุวรรณิ สิริเศรษฐภักดี. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนเขตพื้นที่ชายแดน ไทย-กัมพูชา จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา 2555; 18(2): 44-55.
 13. อะหลี ฆมานมานะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จังหวัดปัตตานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: 2557.
 14. หาญณรงค์ แสงแก. ผลของโปรแกรมสุขภาพในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำ ครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัด สระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558; 10(1): 65-81.
 15. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาการพยาบาลเวช ปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ; มหาวิทยาลัยคริสเตียน: 2560.
 16. อุทัย เจริญจิตต์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพแล พฤติกรรมตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์ สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารหัว หินสุใจไกลกังวล 2561; 3(2): 58-72.
 17. จุฬามณี กันกรุง. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพะ ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูล สงคราม (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก; มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม: 2558.
 18. วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้าน สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตรสุขภาพและการ สาธารณสุขชุมชน 2563; 3(1): 35-44.

19. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, and Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization among the elderly. *Social Science & Medicine* 2008; 66(8): 1809-1816.
20. Von Wagner, C., Knight, k., Steptoe, A., & Wardle, J. Functional health literacy and health promoting behavior in a national sample of British adults. *Journal Epidemio Community Health*, 2007; 61(12): 1086-1090.