

รูปแบบการดำเนินงานเพื่อเร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรียในพื้นที่มีปัญหาความไม่สงบ จังหวัดยะลา Accelerating Malaria Elimination in Conflict-Affected Areas of Southern Thailand : An Operational Model from Yala Province

ปฐมพร พริกชู^{1*}, ปรียาภรณ์ ซุ่ยตา², ปัญญสิริย์ จันทรน้อย²

Pathomporn Prikchoo^{1*}, Preeyaporn Suida², Panyasiri Junnoi²

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา, ²ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 12.1 จ.ยะลา

¹Office of Disease Prevention and Control 12, Songkhla, ²Vector Borne Disease Center 12.1 Yala

(Received: May 23, 2025; Revised: October 27, 2025; Accepted: November 11, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในปี พ.ศ. 2560 - 2567 ของจังหวัดยะลา 2) ถอดบทเรียนการดำเนินงานกำจัดมาลาเรียของจังหวัด ดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ 1) สืบค้นข้อมูลด้านผลผลิตและผลกระทบจากฐานข้อมูลมาลาเรียของกองโรคติดต่อ นำโดยแมลง 2) ศึกษาผลลัพธ์ด้วยการศึกษาเชิงปริมาณในด้านความรู้และพฤติกรรมป้องกัน ในประชากร 558 ราย ใน 5 อำเภอของจังหวัดยะลาที่ได้ดำเนินโครงการ และ 3) ศึกษาปัจจัยนำเข้าและกระบวนการด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐรวม 49 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของจังหวัดกับเป้าหมายของกรมควบคุมโรค ผลการวิจัยพบว่า

1. ในภาพรวมการกำจัดโรคไข้มาลาเรียมีความก้าวหน้ามาก ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ได้ผลสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ ผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาตามแนวทางของประเทศร้อยละ 100 ประชากรในพื้นที่เสี่ยงนอนในมุ้งชุบสารเคมีร้อยละ 86.70 ในคั่นก่อนการสำรวจ อัตราการเกิดโรคต่อประชากรพันคน ลดลงจาก 6.74 ในปี 2560 เหลือเพียง 0.12 แต่ยังไม่บรรลุผลในการหยุดการแพร่เชื้อในพื้นที่ครบ 3 ปี

2. บทเรียนของการดำเนินงาน พบว่าหน่วยงานสาธารณสุขใช้กลยุทธ์ค้นหาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแต่ละหมู่บ้านแก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหา ทำให้งานกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นเป้าหมายร่วมของหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน ขยายบริการป้องกัน ตรวจวินิจฉัย รักษา นักสื่อสารของสมาคมยุวมุสลิมได้ทำงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาอิสลาม และสมาชิกชุมชน สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมของชุมชนเพื่อปรับพฤติกรรมและการมีส่วนร่วม

หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีช่องทางการสื่อสารสองทางเพื่อรายงานกรณีผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และเพื่อบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัด หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องวางแผนการดำเนินงานในระยะต่อไปด้วยทรัพยากรภายในประเทศ

คำสำคัญ: กำจัดโรคไข้มาลาเรีย พื้นที่มีปัญหาความไม่สงบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: porpoh@hotmail.com)

Abstract

This mixed-methods study aimed to 1) evaluate the results of malaria elimination activities implemented during 2017 - 2024 in Yala Province, 2) draw lessons learned from program implementation and utilize them to improve future programming. The study was conducted in three steps. These were 1) extracting and analyzing output and impact data from the malaria information system managed by the Division of Vector Borne Diseases (DVBD), 2) utilizing DVBD's questionnaires and conducting a quantitative survey among 558 participants in five districts where activities have been implemented, to obtain outcome level results on malaria knowledge and preventive behaviors, and 3) conducting semi-structured interviews with public health officials and focus group discussion with relevant community partners on the inputs and processes. The outputs, outcomes and impact data were measured against the indicators and targets set by the Department of Disease Control. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

1. Significant progress toward malaria elimination has been made, most of the important indicators exceeded those of national targets. Patients receiving treatment according to National Treatment Guidelines were at 100%; at-risk population sleeping under insecticide treated net the night before the survey was at 86.70%; and the Annual Parasite Incidence (API) per thousand population decreased from 6.74 in 2017 to 0.12 in 2024. However, Yala has not been able to stop local malaria transmission for 3 years.

2. Lessons learned indicated that public health agencies implemented a case-data feedback strategy, returning malaria case information by village to enhance community awareness and ownership. This fostered collaboration between health authorities and local communities, expanding preventive, diagnostic, and treatment services. Youth Muslim Association communicators worked with community and Islamic religious leaders to convey malaria knowledge in linguistically and culturally appropriate ways, thereby improving health behaviors and participation.

Recommendations are that to improve program performance, relevant health agencies need to establish a two-way open communication channel for timely reporting malaria cases, so to achieve malaria elimination. Responsible public health agencies need to develop future programs planning with local resources.

Keywords: Malaria Elimination, Conflict-affected Area

บทนำ

ประเทศไทยได้ดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560 - 2569 และมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยในปีงบประมาณ 2564 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลงเหลือ 3,266 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับ 11,595 ราย ในปีงบประมาณ 2560 ที่เริ่มดำเนินการ แต่เมื่อพิจารณาความก้าวหน้าของแต่ละจังหวัด ยังคงมีความท้าทายและจำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินการตามแผน และมุ่งเป้าสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) การเปลี่ยนจากการควบคุมโรค (Malaria Elimination) มาเป็นการกำจัดโรค (Malaria Elimination) หมายถึง ลดอัตราป่วย อัตราตาย เพื่อกำจัดเชื้อมาลาเรียในผู้ป่วยที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ และกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ ถ้ามีผู้ป่วยมาลาเรียเข้ามา (Imported Case) จะต้องมีมาตรการค้นหาสกัดกั้นและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเป้าหมายในระดับจังหวัดคือการดำเนินงานจนไม่มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาในพื้นที่ของจังหวัด

แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามยุทธศาสตร์เน้นมาตรการเฝ้าระวังและการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้ออย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพโดยใช้มาตรการ 1-3-7 ได้แก่ มาตรการ 1 คือการรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วัน ไปยังฐานข้อมูลมาลาเรียของประเทศ มาตรการ 3 คือการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อจำแนกชนิดของการติดเชื้อและระบุแหล่งแพร่เชื้อ และการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อภายใน 7 วัน แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียระยะที่ 2 สำหรับปี 2564 - 2568 ของกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง ได้กำหนดเป้าตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่ ตัวชี้วัดผลผลิต (Outputs) การเข้าถึงบริการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes) การรับรู้ พฤติกรรม และความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน และตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) ผลทางระบาดวิทยา สำหรับใช้การดำเนินงานถึงปี 2567 (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

องค์ประกอบเชิงระบบที่สำคัญของการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศ ได้แก่ การมีระบบฐานข้อมูลมาลาเรีย (Malaria Information System: MIS) ที่บริหารจัดการโดยกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง ภายใต้กรมควบคุมโรค สำหรับการเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E) ที่มีประสิทธิภาพในการแสดงข้อมูลที่ทันต่อเวลาหรือเป็นแบบ Realtime (Lertpiriyasawat, Sudathip, Kitchakarn, Areechokchai, Naowarat, Shah, et al, 2021) ข้อมูลจากเว็บไซต์ และแถบแสดงผล (Dashboard) ของ MIS นี้สามารถแสดงข้อมูลเชิงปริมาณ อาทิ สถานการณ์มาลาเรีย แหล่งแพร่เชื้อ รวมทั้งผลของมาตรการ 1-3-7

จากฐานข้อมูลของกรมควบคุมโรค การดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัดยะลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2567 จังหวัดยะลาสามารถลดอุบัติการณ์มาลาเรียและจำนวนแหล่งแพร่เชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยลดจำนวนผู้ป่วยลงจาก 3,460 ราย ในปี 2560 ลงมาเหลือเพียง 65 รายในปลายปี พ.ศ. 2567 แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การประเมินรับรองว่าเป็นจังหวัดปลอดมาลาเรียจากกรมควบคุมโรค ซึ่งเกณฑ์สำคัญคือต้องไม่มีการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ของจังหวัด ติดต่อกันเป็นเวลอย่างน้อย 3 ปี (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เนื่องจากข้อมูลปัจจุบันมีเพียงข้อมูลทางระบาดวิทยา แต่ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโครงการในช่วง 8 ปี ที่ผ่านมาที่สำคัญได้แก่ข้อมูลด้านกระบวนการ กิจกรรม องค์ประกอบและปัจจัยต่าง ๆ บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีร่วมปฏิบัติงาน ตลอดจนระดับความรู้และพฤติกรรมของประชากรเป้าหมายที่นำมาสู่การลดลงของโรค ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการประเมินผล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน สามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัดในระยะต่อไป อีกประการหนึ่งสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้การเดินทางเข้าออกพื้นที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องใช้ความระมัดระวัง จึงเป็นข้อน่าสนใจว่าการทำงานมาลาเรียมีการดำเนินงานมาอย่างไร

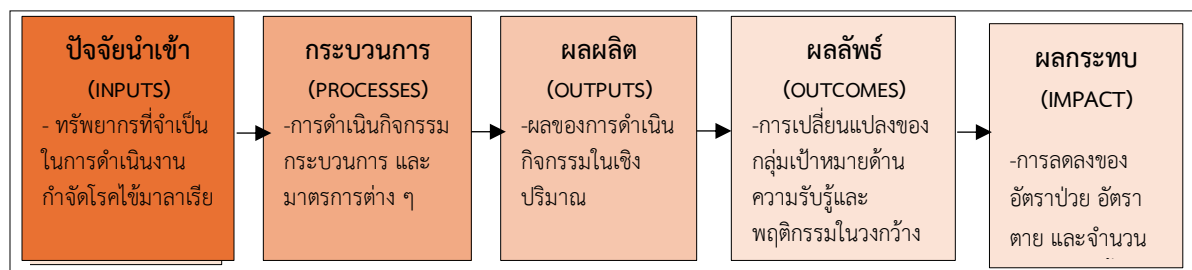
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2567 ของจังหวัดยะลา และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ ตามเกณฑ์ของกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง
2. เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานกำจัดมาลาเรียของจังหวัดยะลา โดยวิเคราะห์รูปแบบ ลักษณะกระบวนการสำคัญ และประโยชน์ของแต่ละกิจกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดการประเมินโครงการมาลาเรียในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อปานกลางถึงต่ำของ MEASURE Evaluation ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินผลด้านสาธารณสุขและโครงการมาลาเรียในระดับสากล (Evaluation Task Force of Roll Back Malaria's Monitoring and Evaluation Reference Group, 2019) โดยใช้แนวทางการประเมิน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ซึ่งกรอบการประเมิน (Evaluation Framework) นี้อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ว่าผลจากความสัมพันธ์ต่อเนื่องของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของการดำเนินโครงการมาลาเรีย คือสิ่งที่นำไปสู่ผลลัพธ์

และผลกระทบ และ Malaria Evaluation Taskforce ได้ใช้ กรอบการประเมิน 5 ด้าน นี้ ในภาคสนามของหลายประเทศ ซึ่งสามารถรวบรวมข้อมูลที่เข้มข้น และสามารถแสดงถึงกระบวนการที่สร้างความเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน (Ashton, Prosnitz, Andrada, Herrera, Ye, 2020) กรอบการประเมิน 5 ด้านนี้ สอดคล้องกับกรอบการประเมินผลสัมฤทธิ์ จาก แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียปี 2564 - 2568 ของกองโรคติดต่อทางแมลง (กองโรคติดต่อทางแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดลำดับเชิงอธิบาย (Sequential Explanatory Mixed Methods Design) ตามแนวทางของ Creswell และ Plano Clark (2018) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ระดับความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชากรในพื้นที่ จากนั้น จึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน เพื่ออธิบายและขยายผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น การผสมผสานดังกล่าวช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และเชื่อมโยงผลการประเมินตามกรอบการวิจัย 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

ขั้นตอนที่ 1 สืบค้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากฐานข้อมูลมาลาเรียของกองโรคติดต่อทางแมลงจากระบบ Malaria Information System (MIS) เพื่อนำผลการดำเนินงานและข้อมูลทางระบาดวิทยาของจังหวัดยะลา มาเป็นข้อมูลสำหรับผลผลิต และผลกระทบ ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ทำต่อเนื่องตามลำดับ (Sequential Design) คือในขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเรียบร้อยแล้วจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ มาเป็นกำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่ 3

ดำเนินโครงการกำจัดมาลาเรีย 7 อำเภอ การวิจัยนี้ได้เจาะจงเลือก 5 อำเภอ ที่เคยมีการระบาดสูง ประกอบด้วย อำเภอรารโต อำเภอบันนังสตา อำเภอยะหา อำเภอกาบัง และอำเภอกงป็นัง ได้ทำการการสำรวจ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชากรในพื้นที่ โดยประเมินด้านความรู้ พฤติกรรม และการเข้าถึงบริการเกี่ยวกับมาลาเรีย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินระดับผลลัพธ์ และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยรวบรวมข้อมูล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) เกี่ยวกับบทบาท กระบวนการ กิจกรรม และมาตรการที่ได้ดำเนินการ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลลัพธ์ (ขั้นตอนที่ 2)

ประชากรที่สำรวจ ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ที่ได้ดำเนินโครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ใน 5 อำเภอของจังหวัดยะลา ได้แก่ กรงป็นัง กาบัง บันนังสตา ยะหา และรารโต รวม 33,635 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ทำการสุ่มตัวอย่าง ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จาก 19 หมู่บ้าน 10 ตำบล และ 5 อำเภอในจังหวัดยะลา คำนวณตามสูตรทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้จำนวน 586 คน เก็บข้อมูลจริงได้จำนวน 588 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตำบล

และหมู่บ้าน ด้วยวิธีจับสลากไม่ใส่กลับ โดยสุ่มตำบลจำนวน 2 ตำบลต่อ 1 อำเภอ และสุ่มหมู่บ้านจำนวน 2 หมู่บ้าน ต่อ 1 ตำบล และขั้นตอนที่ 2 สุ่มหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้านโดยการคำนวณหาช่วงห่างให้มีการกระจาย และสุ่มหาตัวแทนประชากร 1 คนต่อหลังคาเรือน แสดงผลดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงขั้นตอนวิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1				ขั้นตอนที่ 2	
อำเภอ	ตำบล	กลุ่มบ้าน (ประชากร/หลังคาเรือน)		กลุ่มตัวอย่าง	ช่วงห่างหลังคาเรือน
ธารโต (4 ตำบล)	คีรีเขต	ผ่านศึก หมู่2 (238/65)	บ้านกม.8 หมู่3 (188/62)	118 คน	3
	บ้านแห	บุโหล่นนิยะ หมู่4 (491/124)	บ่อหิน หมู่7 (299/92)		
บันนังสตา (5 ตำบล)	บันนังสตา	กาโสด หมู่5 (465/110)	บาโจแกละ หมู่10 (430/93)	118 คน	3
	ถ้ำทะลุ	บันนังบุโบ หมู่ 3 (374/121)	สายเหมืองใหม่ หมู่3 (190/53)		
ยะหา (2 ตำบล)	ละแอ	ปรือรอ หมู่6 (450/108)	เจาะตีมาะ หมู่6 (180/70)	116 คน	3
	ปะแต	เจาะกือเตะ หมู่1 (440/82)	ลือเน็ง หมู่2 (610/101)		
กาบัง (2 ตำบล)	กาบัง	กาบัง หมู่7 (370/65)	-	117 คน	2
	บาละ	คชศิลา หมู่4 (240/94)	คลองน้ำใส หมู่7 (670/150)		
กรงปินัง (3 ตำบล)	สะเอะ	จาเราะซีปะ หมู่5 (510/152)	ตะโละสะโต หมู่6 (600/147)	117 คน	4
	ห้วยกระทิง	ตะโละกัว หมู่1(350/78)	มาะเยาะ หมู่3 (390/90)		

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ คือ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมป้องกัน ของการสำรวจ มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2563 โดยกองโรคติดต่อทางแมลง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นแบบเก็บข้อมูลออนไลน์ (Electronic Data Collection) เพื่อเก็บข้อมูลภาคสนาม แบ่งเป็น 6 ประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้และการรับรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ข้อมูลพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลการมีมุง การใช้มุ้ง การพ่นสารเคมี และความพึงพอใจต่อมุ้งที่แจก และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คำนวณ Cronbach' Alpha Coefficient โดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ .78 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมใช้สูตร Cronbach's Alpha ได้ .77 ทั้งสองแบบมีความเชื่อมั่นในระดับดี เหมาะสมต่อการเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอลงเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และได้แจ้งให้กลุ่มเป้าหมายทราบก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดอบรมทีมเก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ทีมเก็บข้อมูลได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดจำนวน 586 คน และเก็บข้อมูลได้ 588 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100.34 เนื่องจากการเก็บข้อมูลโดยตรง (On-site)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อประเมินปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive) จากผู้ให้ข้อมูล ใน 4 ระดับ ที่มีบทบาทในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับบริหาร ได้แก่ เขตสุขภาพ (สคร.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อทางแมลง (ศตม.) ผู้บริหารสมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย (ยมท.) และศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวม 7 ราย 2) เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการใน 5 อำเภอที่สำคัญได้แก่ กรงปินัง กาบัง บันนังสตา ยะหา และธารโต ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยควบคุมโรคติดต่อทางแมลง (นคม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 5 ราย 3) ระดับผู้นำชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและโต๊ะอิหม่ามรวม 7 ราย และ 4) ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ได้แก่ อสม.ที่เป็นพนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน 17 คน และนักสื่อสารของสมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย 13 คน รวมทั้งหมด 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 6 ประเด็นหลักได้แก่ จุดมุ่งหมาย บทบาทและกลยุทธ์การทำงาน ของหน่วยงาน ประโยชน์ของการคืนข้อมูลมาลาเรียสู่ชุมชน ปัจจัยและมาตรการสำคัญที่นำไปสู่การลดลงของโรคไข้มาลาเรีย ความรู้และพฤติกรรมของชุมชนในอดีตเป็นอย่างไร และกระบวนการหรือกิจกรรมอะไรที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านมาลาเรียของชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับบริหาร ระดับปฏิบัติการ และผู้นำชุมชน เป็นเวลายาวละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และวิธีสนทนากลุ่ม กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงในเดือนเมษายน พ. ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทปเสียง คำสัมภาษณ์ทั้งหมด แล้วทำการวิเคราะห์ตามประเด็นอย่างเป็นระบบ (Theme) ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์ และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ทำการเปรียบเทียบคำตอบในคำถามประเด็นเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระดับที่ต่างกัน ได้แก่ ระดับอำเภอ (สสอ.) ตำบล (อบต.) และชุมชน (ผู้นำชุมชน อสม. พนักงานมาลาเรียชุมชน นักสื่อสาร) หรือผู้ปฏิบัติงานในบทบาทเดียวกันแต่อยู่ต่างหมู่บ้านหรือตำบล (อสม. พนักงานมาลาเรียชุมชน นักสื่อสาร) อย่างน้อยจำนวน 3 คน และนำเปรียบเทียบข้อมูลจากแต่ละแหล่งแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความคิดเห็น หลังจากนั้นจึงสังเคราะห์เป็นข้อสรุปสำหรับประเด็นนั้น ๆ

จากผลการดำเนินงาน “รูปแบบการดำเนินงานเพื่อเร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรียในพื้นที่มีปัญหาความไม่สงบ จังหวัดยะลา” มีการถอดบทเรียนด้วยแนวทางการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (AAR) เพื่อวิเคราะห์กระบวนการและผลลัพธ์ต่อผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การคืนข้อมูลสู่ชุมชน การใช้ระบบสื่อสารออนไลน์ และการบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานรัฐและภาคีพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จ ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางออนไลน์ ภาคีเครือข่ายระดับชุมชนสามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนและสนับสนุนมาตรการเชิงรุกผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตอบสนองสถานการณ์ได้รวดเร็ว ส่วนผู้บริหารระดับบนโยนนำข้อมูลจากการทบทวนไปปรับกลยุทธ์และเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรในระยะต่อไป

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIB-2567/431 วันที่รับรอง 16 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ 1) การประเมินผลโครงการกำจัดมาลาเรียโดยนำผลการวิจัยทั้ง 3 ขั้นตอน มาเชื่อมโยงประกอบให้ครบ 5 ด้าน ตามกรอบการประเมินผลโครงการมาลาเรีย และทำการเปรียบเทียบ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดของกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง 2) การถอดบทเรียน รูปแบบการดำเนินงาน และองค์ความรู้จากการดำเนินงาน

1. การประเมินผลโครงการกำจัดมาลาเรีย

1.1 ด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs) ได้แก่ทรัพยากรต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง ปี พ.ศ. 2567 นอกจากงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ประเทศไทยยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกด้วย Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) โดยกรมควบคุมโรค มีบทบาทบริหารจัดการโครงการและงบประมาณตามที่ได้มีการอนุมัติ ตามหลักการการดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการแพร่ระบาด งบประมาณจากกองทุนโลกครอบคลุมกิจกรรมของหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งได้แก่งบประมาณในการจัดตั้งมาลาเรียคลินิกชุมชน (Malaria Post: MP) เพื่อขยายการเข้าถึงการตรวจรักษา ที่รวดเร็ว และค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมุ่งขูบสารเคมี และค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรขององค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งการสนับสนุนนี้จะสิ้นสุดลงในปี 2569

1.2 ด้านกระบวนการ (Processes) กิจกรรม กลยุทธ์ และมาตรการสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน ควบคุมกำจัดมาลาเรียที่สำคัญ ได้แก่ 1) มาตรการเพื่อควบคุมและลดการลดการระบาดของโรคในระยะแรก 2) การใช้ข้อมูลมาลาเรียของพื้นที่มาเป็นข้อมูลยุทธศาสตร์ในการกระตุ้นความตระหนักและความตื่นตัวของชุมชน 3) การเพิ่มบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาในชุมชนและมาตรการ 1-3-7, 4) การควบคุมยุงพาหะและการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ และ 5) การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสื่อสารเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

1.2.1 มาตรการควบคุมและลดการระบาด ในปี พ.ศ. 2559 ยะลา มีผู้ป่วยมาลาเรีย 7,600 ราย คิดเป็น 15.20: 1,000 ประชากร เมื่อเริ่มยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียในปี พ.ศ. 2560 จึงต้องดำเนินมาตรการ ควบคุมและลดการระบาดของโรคอย่างเข้มข้น ได้ร่วมมือทำงานกับชุมชน มาตรการที่สำคัญของการควบคุม การระบาด ได้แก่ การตรวจรักษาเชิงรับในที่บริการ การตรวจเลือดหาเชื้อเชิงรุกกับทุกคนในหมู่บ้านเพื่อกำจัดแหล่งรังโรค และการพ่นสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างทั้งหมู่บ้านเพื่อควบคุมยุงพาหะ จนถึงปี พ.ศ. 2564 ที่อัตราการเกิดโรคต่อ พันประชากรลดลงเหลือ 0.33 : 1,000 ประชากร จึงลดระดับมาอยู่ที่การกำจัดโรคด้วยมาตรการ 1-3-7

1.2.2 การคืนข้อมูลมาลาเรียสู่ชุมชนในช่วงปี 2559 - 2560 หน่วยงานสาธารณสุขระดับแผนงาน ได้ร่วมกันทบทวนสถานการณ์และวางแผนการทำงานร่วมกัน เจ้าหน้าที่ระดับบริหารของ สคร. 12 ได้ให้ข้อมูลว่า “เนื่องจากสาเหตุและผลของการการระบาดของโรคอยู่ที่ชุมชน ทาง สคร. ได้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลมาลาเรีย ในการวางแผนและชี้เป้าพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อสูง ตำบลและหมู่บ้านไหนที่มีผู้ป่วยมาก ก็จะจัดการดำเนินงานโดยเร่งด่วน และหาวิธีที่ชุมชนจะได้รับข้อมูลโดยตรง”

ในปี 2561 ทาง ศตม.ยะลาได้เริ่มจัดตั้งกลุ่มไลน์หลายกลุ่มเพื่อสื่อสารและกระจายข้อมูลมาลาเรีย แก่ชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทาง สคร.12 ได้จัดทำขึ้น โดยนำข้อมูลจากฐานข้อมูลมาลาเรียมาทำให้ดูง่าย โดยแสดงข้อมูล ของยะลาเป็นกราฟแท่งและตาราง เป็นรายอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน แคร่ทุกสัปดาห์จนถึงปัจจุบันให้เห็น ความเปลี่ยนแปลงของโรค และมีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียของประเทศ และขณะนี้ยะลาเป็นอันดับที่เท่าไรของ ประเทศ

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในทุกกลุ่มได้รับข้อมูลมาลาเรียและให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้รับมีประโยชน์มาก ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอได้ใช้ข้อมูลในการระบุพื้นที่ว่าที่ไหนมีการระบาดซึ่งทำให้สามารถดำเนินงาน และติดตามได้อย่างตรงเป้า ส่วนผู้ที่ทำงานในระดับชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่อาสาของ ยมท. กล่าวว่า “ในการทำงาน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนัก ที่เวทีพูดคุยเราต้องใช้ข้อมูลเป็นตัวนำให้เห็นว่าการระบาด พฤติกรรมของคนในชุมชน เป็นอย่างไร ให้เห็นว่ามาลาเรียที่ระบาดเกิดจากปัจจัยอะไรและบทบาทของใครเป็นอย่างไร” ขณะที่เจ้าหน้าที่มาลาเรีย คลินิกชุมชนและอสม. ซึ่งส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นนักสื่อสารของ ยมท. ด้วยจากทุกอำเภอได้พูดทำนองเดียวกันว่า ข้อมูลมีประโยชน์มาก จึงได้นำไปใช้ในการเปิดประเด็นการพูดคุยเวลาประชุมในหมู่บ้านที่มีสยิด ที่ร้านน้ำชาว่าขณะนี้ หมู่บ้านไหน ตำบลไหนของยะลามีมาลาเรียเท่าไร และจะต้องทำอย่างไรให้มาลาเรียหมดไป

1.2.3 การเพิ่มบริการตรวจวินิจฉัย รักษา และมาตรการ 1-3-7 ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนโลก การสนับสนุนงบประมาณสำหรับเพิ่มจุดบริการ จากหน่วยบริการของภาครัฐที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ มาลาเรีย คลินิกที่ดำเนินการโดย นคม. และโรงพยาบาล โดยให้จัดตั้งมาลาเรียคลินิกชุมชน คือในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 มี

91 แห่ง ปี 2564 - 2566 มี 100 แห่ง และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 และลดลงเหลือเพียง 10 แห่ง พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชนต้องผ่านการอบรมและทำงานที่ที่พักของตนเอง เมื่อตรวจพบว่ามิเชือกก็สามารถให้ยารักษาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนได้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลว่า “การทำงานของพนักงานมาลาเรียชุมชนที่เรียกว่า MP สำคัญมาก เพราะในหนึ่งอำเภอมี นค. เดียว อัตรากำลังจำกัด ถ้ามีคนใช้น้อยก็พอจัดการได้แต่เรามีคนใช้มาก พอมีกองทุนโลก มี MP ทำให้บริการได้ครอบคลุมในพื้นที่ระบาด” (หัวหน้า ศตม.12.1 ยะลา) เนื่องจากพนักงาน MP มีความคุ้นเคยกับคนในชุมชน และอยู่ใกล้บ้าน จึงเป็นบริการที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย “พอเริ่มเป็นไข้ เขาก็จะมาให้เราเจาะเลือดเผื่อจะเป็นมาลาเรีย ตอนกลางวันเค้าต้องทำงาน ถ้ามีไข้ก็จะมาตอนเย็น หรือตอนกลางคืน ตอนดึก ก็มาค่ะ” (อสม. อดีตพนักงาน MP อ.กรงปินัง ปี 2563 - 2567) “ชาวบ้านได้ประโยชน์มาก ในเวลาราชการเขามาที่เรา นอกเวลาราชการเสาร์ - อาทิตย์ ก็ไปที่ MP พนักงาน MP ช่วยเหลือได้อย่างมาก ทั้งติดตามการกินยาให้ครบและมาตรการ 1-3-7 ด้วยทั้งเจาะเลือด ฟันสารเคมี ให้สุศึกษา ทำให้เคสลดลงเร็ว” (หัวหน้า นค. ธารโต)

1.2.4 การควบคุมยุงพาหะและการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ มาตรการควบคุมยุงพาหะที่สำคัญ 3 มาตรการ คือ 1) การใช้มุ้งชุบสารเคมี LLINs ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อแจกจ่ายให้ประชาชน โดยมีมุ้งชุบน้ำยา 2 ชนิดคือ มุ้งสำหรับงานนอน ขนาด 2 คนต่อมุ้ง 1 หลัง และมุ้งคลุมเปลสำหรับการพกพาไปประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงยุงกัดในเวลากลางคืน เช่น กรีดยางพารา ล่าสัตว์ เป็นต้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2567 ชนิดและจำนวนมุ้งที่แจกใน 7 อำเภอ คือ มุ้ง LLINs 107,384 หลัง และมุ้งคลุมเปล 43,226 หลัง 2) การพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างติดผาผนังบ้านเรือนของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันยุงพาหะก่อนฤดูการระบาดของโรค 2 ครั้งต่อปี นอกจากนี้ยังมีมาตรการพ่นสารเคมีเฉพาะแห่ง (Focal Spray) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการ 1-3-7 เมื่อมีการพบผู้ป่วยมาลาเรียเกิดขึ้น ในช่วงปี 2559 - 2561 สมาชิกชุมชนบางส่วนในอดีต ไม่ยอมให้พ่นสารเคมีภายในหรือภายนอกบ้าน เพราะกลัวจะเป็นอันตรายต่อคนหรือสัตว์เลี้ยง เช่น นก ทำให้ความครอบคลุมยังไม่พอเพียง ต่อมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พนักงาน MP อสม. และนักสื่อสารของ สมาคมยุวมุสลิม (ยวมท.) ได้ทำความเข้าใจกับสมาชิกชุมชน ว่าสารเคมีที่พ่นไม่เป็นอันตรายต่อคนและสัตว์เลี้ยง ก่อนทำการพ่นก็มีการแจ้งชุมชนล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อม ทำให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี 3) การสนับสนุนเวชภัณฑ์ป้องกันยุง อาทิ สเปรย์ฉีดกันยุง โลชั่นทากันยุง ยาจุดกันยุง ให้ประชาชนได้ใช้ในการป้องกันยุงกัดในครัวเรือนและในการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงยุงกัดในเวลากลางคืน

1.2.5 การขับเคลื่อนชุมชนและการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลยุทธ์และกระบวนการของ ยวมท. ในการขับเคลื่อนชุมชน ได้แก่ ขั้นแรกคือการประชุมสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้นำชุมชนหรือที่เรียกว่า สี่เสาหลัก ซึ่งเป็นบุคคลที่ชุมชนให้ความเชื่อถือ ได้แก่ ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) ผู้นำศาสนา (ชุมชนอิสลามคืออิมาม) และปราชญ์ชาวบ้าน ขั้นตอนต่อมา คือการสื่อสารเรื่องมาลาเรียกับสมาชิกชุมชนเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยวมท. ได้คัดเลือกและอบรมพัฒนา “นักสื่อสาร” จากคนในชุมชนเพื่อทำงานในชุมชนของตน ในชุมชนมุสลิมนั้น โต๊ะอิมามได้มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้เวลาในช่วงก่อนการนำละหมาดที่มีสยิด ประชากรส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 81.95 เป็นมุสลิม (องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา, 2568) ดังนั้นจึงใช้ทั้งภาษาไทยและภาษามลายูถิ่นในการพูดคุยกับสมาชิกชุมชน นักสื่อสารในชุมชนมุสลิมให้ความเห็นว่า การนำคำสอนทางศาสนามาอ้างอิงก็สำคัญในการทำงานป้องกันโรค “ท่านนบีได้บอกไว้ว่า เจ้าจงระวัง 5 อย่าง ก่อนอีก 5 อย่างจะมาถึง 1 ใน 5 นั้นก็คือว่า เจ้าจงรักษาสุขภาพของเจ้าก่อนที่เจ้าจะเจ็บป่วยลง เพราะในหลักการของศาสนาบอกให้เราป้องกันดีกว่าการรักษา” (เจ๊ะซู/ผู้สอนสถานศึกษาจริยธรรมประจำหมู่บ้าน/นักสื่อสาร ของ ยวมท.)

1.3 ด้านผลผลิต เป็นการประเมินการเข้าถึงบริการด้านการป้องกัน ตรวจวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็วและการใช้ยา มาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ และรวมถึงการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ข้อมูลตัวชี้วัดที่ 7 มาจากการเก็บข้อมูลของ ศตม.12.1 ยะลา) ผลสัมฤทธิ์ ด้านผลผลิตของยะลาในปี 2567 พบว่ามีความเปลี่ยนแปลงในระดับสูง

จากข้อมูลพื้นฐานเมื่อปี 2560 และอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดของประเทศสำหรับปี 2567 ซึ่งส่วนใหญ่ได้ผลสูงกว่าทุกตัวชี้วัด ดังตาราง 2

สัดส่วนของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ได้รับรายงานเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลมาลาเรียภายใน 1 วัน ได้ร้อยละ 86.15 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศที่ร้อยละ 95 ขณะที่ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการสอบประวัติภายใน 3 วัน อยู่ที่ร้อยละ 96.92 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 95 เช่นเดียวกับร้อยละของกลุ่มบ้านที่มีรายจ่ายผู้ป่วยรายสัปดาห์และได้รับการตอบโต้ภายใน 7 วัน ได้ผลร้อยละ 98.15 สูงกว่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 95 ในส่วนของการวินิจฉัยและการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้องตามระบบควบคุมคุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 100 และได้รับยาตามแนวทางของประเทศที่ร้อยละ 100 เช่นกัน ด้านมาตรการป้องกันพบว่า ร้อยละของหลังคาเรือนในพื้นที่แพร่เชื้อที่มีมุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน (LLINs) ร้อยละ 95.40 และร้อยละของหลังคาเรือนที่ได้รับการพ่นสารเคมีมีฤทธิ์ตกค้างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อยู่ที่ร้อยละ 99.15 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 90 และร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) ที่มีการสนับสนุนการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย อยู่ที่ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 ในปี 2560

ตาราง 2 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลผลิต (Outputs) การเข้าถึงบริการระหว่างเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ ปี 2567

ตัวชี้วัดผลผลิต	ค่าพื้นฐาน	เป้า	ผล	ร้อยละ
	ยะลา	ประเทศ	ยะลา	การเปลี่ยนแปลง
	2560	2567	2567	
1. ร้อยละของผู้ป่วยมาลาเรียรายงานเข้าสู่ระบบภายใน 1 วัน	37.59	95	86.15	+129.18
2. ร้อยละของผู้ป่วยมาลาเรียสอบประวัติภายใน 3 วัน	70.28	95	96.92	+37.90
3. ร้อยละของกลุ่มบ้านที่มีผู้ป่วยรายสัปดาห์ที่ได้รับการตอบโต้ภายใน 7 วัน	21.96	95	98.15	+346.94
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้องตามระบบคุณภาพ	100	99.95	100	0.00
5. ร้อยละของผู้ป่วยมาลาเรียได้รับยารักษาตามแนวทางการรักษาของประเทศ	100	95	100	0.00
6. ร้อยละของหลังคาเรือนในพื้นที่แพร่เชื้อ (A)				
- มีมุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน (LLINs)	N/A	90	95.40	-
- พ่นสารเคมีมีฤทธิ์ตกค้างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	N/A	90	99.15	-
7. ร้อยละของ อปท. พื้นที่แพร่เชื้อสนับสนุนการกำจัดโรคมาลาเรีย	60	80	100	+66.66

1.4 ด้านผลลัพธ์ ข้อมูลที่แสดงเป็นการประเมินผลของการสื่อสารเพื่อสร้างความรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชากร และความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน จากผลการสำรวจประชากรตามขั้นตอนที่ 1 ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมป้องกันที่สำคัญ ๆ อยู่ในระดับสูง จากตาราง 3 พบว่าประชากรในพื้นที่ดำเนินโครงการส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับสูง โดยทราบว่าจะกันปล่องเป็นพาหะนำโรค ร้อยละ 99.10 ทราบว่าการกินยาไม่ครบรักษาไม่หาย ร้อยละ 85.10 และทราบอาการสำคัญของโรค เช่น มีไข้หนาวสั่น ร้อยละ 95.40 ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรค มีการพ่นสารเคมี ร้อยละ 99.10 นอนมุ้งชุบสารเคมี ร้อยละ 86.7 และเลือกใช้วิธียาจุดกันยุง ร้อยละ 71.80

ตาราง 3 ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชากรในพื้นที่ดำเนินโครงการ (n = 588)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย		
- โรคมาลาเรียติดต่อโดยยุงก้นปล่องกัด	583	99.15
- โรคมาลาเรีย “กินยาไม่ครบ รักษาไม่หาย”	503	85.54
- อาการสำคัญของโรคมาลาเรีย เช่น ไข้ หนาวสั่น	561	95.40
พฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย		
- ครีวเรือนที่ได้รับการพ่นสารเคมีภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	583	99.15
- นอนในมุ้งชุบสารเคมีคืนก่อนสำรวจ	510	86.73
- ใช้ยาจุดกันยุง	422	71.77

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของยะลา กับเป้าหมายของประเทศ พบว่า จังหวัดยะลาในปี 2567 มีจำนวนกลุ่มบ้านที่พบการแพร่เชื้อในพื้นที่ A1 และ A2 จำนวน 23 กลุ่มบ้าน จากจำนวน 214 กลุ่มบ้านในปี 2560 ซึ่งลดลงร้อยละ 89.25 จากค่าพื้นฐานยะลา ปี 2560 ขณะที่ร้อยละของประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อที่นอนในมุ้งซุบ สารเคมีในคืนก่อนการสำรวจ ร้อยละ 86.73 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 75 ในด้านความรู้ของประชาชน เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่าร้อยละของประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคว่าถูกยุงกัดหรือยุงกัดปล่อง กัด ร้อยละ 99.15 นอกจากนี้ ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้ว่าการกินยาไม่ครบทำให้รักษาไม่หาย ร้อยละ 85.54

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes) การรับรู้ พฤติกรรม และความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ค่าพื้นฐาน ยะลา 2560	เป้า ประเทศ 2567	ผลยะลา 2567	ร้อยละ การเปลี่ยน แปลง
1. จำนวนกลุ่มบ้านที่มีการแพร่เชื้อในพื้นที่ (A1, A2)	214	0	23	-89.25
2. ร้อยละของประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียนอนในมุ้งซุบ สารเคมี (LLINs /LLIHN ITN) ในคืนก่อนการสำรวจ	N/A	75	86.73	-
3. ร้อยละของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียทราบข้อความ หลักของการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างน้อย 1 ข้อความใน 6 เดือนที่ ผ่านมา (*การติดต่อของโรค, **ผลการกินยาไม่ครบ)	N/A	95	99.15* 85.54**	-

5. ด้านผลกระทบ เป็นผลด้านระบาดวิทยา ในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2567 อุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียลดลง มาจาก 3,430 ราย ในปี 2560 เหลือเพียง 65 รายในปี 2567 ลดลงร้อยละ 98.25

ตัวชี้วัดผลกระทบประกอบด้วยอัตราการเกิดโรคต่อประชากรพันคน อัตราตายต่อประชากรแสนคน และจำนวน ของอำเภอที่ไม่มีการแพร่เชื้ออย่างน้อย 3 ปี ข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่ 1 และ 2 มาจากฐานข้อมูลมาลาเรีย (MIS) และข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่ 3 มาจาก ศตม.12.1 ยะลา

ตาราง 5 พบว่า จังหวัดยะลาในปี 2567 มีอัตราการเกิดโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรพันคนอยู่ที่ร้อยละ 0.12 ลดลงจากร้อยละ 6.74 ในปี 2560 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 98.21 แต่ก็ยังสูงกว่าเกณฑ์ของประเทศที่ 0.009 สำหรับ อัตราตายด้วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคน ยังคงอยู่ที่ร้อยละ 0.000 หรือไม่มีผู้ป่วยตายด้วยไข้มาลาเรีย ในจังหวัดยะลา ในด้านจำนวนและร้อยละของอำเภอที่ไม่มีการแพร่เชื้ออย่างน้อย 3 ปี จังหวัดยะลามีทั้งหมด 8 อำเภอ ซึ่งเป็น อำเภอแพร่เชื้อ 7 อำเภอ ยกเว้นอำเภอเมือง 1 อำเภอ หลังจากดำเนินงานมา 8 ปี ยังไม่มีอำเภออื่น ที่หยุดแพร่เชื้อครบ 3 ปี จึงยังเท่ากับค่าพื้นฐานของจังหวัดยะลาในปี 2560

ตาราง 5 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) ผลทางระบาดวิทยา ระหว่างเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ ปี 2567 ของยะลา

ตัวชี้วัดผลกระทบ	ค่าพื้นฐานยะลา 2560	เป้าประเทศ 2567	ผลยะลา 2567	ร้อยละการ เปลี่ยนแปลง
1. อัตราการเกิดโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรพันคน	6.74	0.009	0.12	- 98.21
2. อัตราตายด้วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคน	0.000	0.003	0.000	0.000
3. จำนวน (ร้อยละ) ของอำเภอที่ไม่มีการแพร่เชื้ออย่างน้อย 3 ปี	1/8	928	1/8	0.00

การประเมินผลการกำจัดโรคไข้มาลาเรียจังหวัดยะลาในภาพรวม พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพียงพอ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมสามารถดำเนินกิจกรรม และมาตรการต่างๆ ได้ตามยุทธศาสตร์กำจัดมาลาเรียของประเทศ ด้านกระบวนการ หน่วยงานสาธารณสุขได้ใช้ ข้อมูลมาลาเรียเพื่อสร้างความตระหนักในชุมชน มีการขยายบริการด้านการป้องกัน ตรวจวินิจฉัย รักษาอย่างครอบคลุม รวมทั้งการให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน ซึ่งปรากฏเป็นผลผลิต ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของประเทศ กระบวนการได้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค

ไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมป้องกันมาลาเรียที่สูง โดยวัดได้จากผลของการสำรวจใน 5 อำเภอที่เคยมีการระบาดสูง มาตรการ กิจกรรมต่าง ๆ และความร่วมมือของชุมชนที่ได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการเกิดโรคไข้มาลาเรีย ลดลงอย่างมากในระดับผลกระทบของการดำเนินงาน

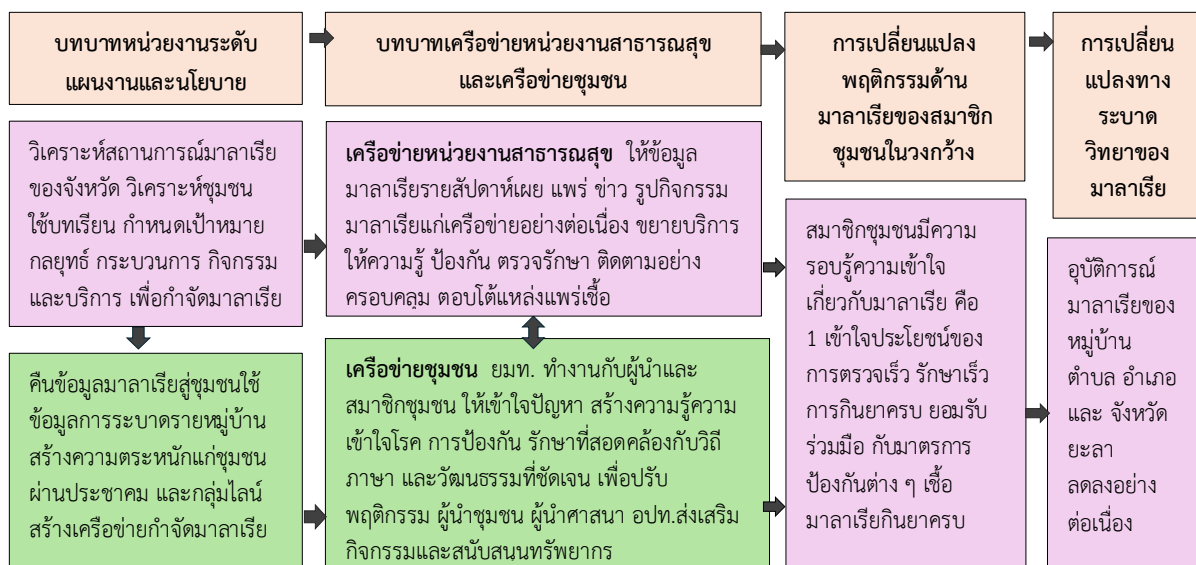
2. บทเรียน รูปแบบการดำเนินงาน และองค์ความรู้จากการวิจัย

จากการประเมินผลโครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของยะลาในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 ที่สามารถลดอุบัติการณ์โรคได้ในระดับสูงและลดจำนวนแหล่งแพร่เชื้อได้มาก เกิดจากปัจจัยสำคัญใน 3 ระดับ ได้แก่

1. นโยบายกำจัดโรคไข้มาลาเรียของกรมควบคุมโรค งบประมาณการสนับสนุนจากกองทุนโลก และการบริหารจัดการแผนงาน กิจกรรมและงบประมาณของสำนักงานชำนัญพิเศษด้านโรคติดต่อ นำโดยแมลง สายงาน สาธารณสุขทั่วไป และของหน่วยงานภาคประชาสังคม ตามแผนการดำเนินงานในแต่ละปี

2. ยุทธศาสตร์ ศักยภาพเชิงระบบและแนวทางด้านเทคนิควิชาการและมาตรการต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ ระบบฐานข้อมูลมาลาเรียของประเทศ (MIS) ที่ใช้ในการเฝ้าระวังและตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว เน้นการรายงาน การสอบสวนโรคและการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อที่รวดเร็ว มาตรการควบคุมยุงพาหะที่ใช้ทั้งการพ่นสารเคมีมีฤทธิ์ตกค้าง มุ้งชุบน้ำยาเคมี (LLINs) การขับเคลื่อนชุมชนและการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและ วัฒนธรรมของประชากรเป้าหมาย

3. การทำงานขับเคลื่อนชุมชน ด้วยกลยุทธ์สื่อสารข้อมูลมาลาเรีย และการปฏิบัติงานมาลาเรียผ่านกลุ่มไลน์ ช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางเข้าพื้นที่สูงมาก ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างเครือข่ายหน่วยงาน สาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน ที่มีอบหมายบทบาทที่ชัดเจนให้แก่ สมาคม ยุวมุสลิมแห่งประเทศไทยซึ่งทำงาน ใกล้ชิดกับเครือข่ายผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน และนักสื่อสารมาลาเรีย ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การลดของอุบัติการณ์โรค การดำเนินงานในพื้นที่อย่างจริงจัง ต่อเนื่องยาวนาน แสดงให้เห็น ความตั้งใจจริงของภาครัฐในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย กระบวนการทำงานดังกล่าวได้สรุปไว้ดังผังสรุปองค์ความรู้ จากการดำเนินงาน



ภาพ 2 ผังบทเรียน รูปแบบ องค์ความรู้จากการวิจัย

อภิปรายผล

1. ผลการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

การดำเนินงานควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระยะ 8 ปีที่ผ่านมาได้ทำให้อุบัติการณ์โรคและจำนวนแหล่งแพร่เชื้อลดลงมาก แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการเป็นจังหวัดปลอดมาลาเรีย เมื่อพิจารณาว่า ในปี 2560 ยะลา มีอุบัติการณ์โรคที่สูงและยังอยู่ในระยะของการควบคุมโรค แต่ก็ได้เริ่มดำเนินกิจกรรมตามยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยน่านโยบายมาดำเนินการตามบริบทของพื้นที่ มีการบริหารจัดการในลักษณะการบูรณาการงานมาลาเรียที่เคยดำเนินการโดยหน่วยงานโรคติดต่อมาโดยแมลง มาเป็นการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขทั่วไปได้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ พร้อมทั้งการระดมความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานมีความก้าวหน้ามาก มีกลยุทธ์ที่ดี แต่ก็มีประเด็นความท้าทาย ที่จะต้องจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัด

ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทรัพยากรต่าง ๆ และการบริหารจัดการ งบประมาณของงานมาลาเรียที่ผ่านมาเป็นลักษณะ งบประมาณร่วม (Co-financing) คือมาจากงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและจากงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ซึ่งได้ส่งผลในด้านความก้าวหน้าในการควบคุมกำจัดมาลาเรียของจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับบทความรายงานถึงประสิทธิผลของโครงการภายใต้กรอบการกำจัดเชื้อมาลาเรียด้อยใน 5 ประเทศแถบลุ่มแม่น้ำโขง ซึ่งได้รายงานมาตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา กองทุนโลกได้ใช้งบประมาณกว่า 700 ล้าน ดอลลาร์สหรัฐ ในการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการขยายมาตรการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การขยายการป้องกัน การบริการตรวจวินิจฉัยรักษาในระดับชุมชน การใช้ยาต้านมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ ระบบเฝ้าระวังที่ดี และความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและประชาสังคมได้ทำให้การระบาดลดลงมากและบางประเทศได้เข้าใกล้เป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Pley, Gibbs, Sudathip, Rekol, Nguyen, Whittaker, et al. 2025) แต่การสนับสนุนสำหรับจังหวัดยะลาจะสิ้นสุดลงในปี 2569 ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในระดับนโยบายและแผนงานได้แก่ ระดับเขตสุขภาพ และจังหวัด จำเป็นต้องจัดทำแผนการดำเนินงานของจังหวัดสำหรับปี 2570 เป็นต้น ไปพร้อมทั้งการจัดเตรียมแหล่งงบประมาณสำหรับกิจกรรม ในประเด็นการระดมความร่วมมือและทรัพยากรในประเทศ ในปี 2564 กองโรคติดต่อมาโดยแมลงได้ศึกษารูปแบบความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในจังหวัดมุกดาหาร ศรีสะเกษ จันทบุรี ตราด และ ยะลา พบว่า รูปแบบความร่วมมือมีสองลักษณะคือ หน่วยงานสาธารณสุขหรือกลุ่มของ อสม. ของมุกดาหาร ศรีสะเกษ และยะลา ของงบประมาณสนับสนุนจาก อปท. สำหรับกิจกรรมเกี่ยวข้องกับมาลาเรีย ขณะที่จังหวัดตราดและจันทบุรีได้ดำเนินงานตามนโยบายของ สคร. 6 คือหน่วยงานโรคติดต่อมาโดยแมลงได้สร้างศักยภาพด้านการควบคุมยุงพาหะมาลาเรียและถ่ายโอนบทบาทนี้ไปยัง อปท. และปรับบทบาทมาเป็นการสนับสนุนทางด้านวิชาการ (ชีวินนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, ประทีน ธรรมรักษ์, ประยุทธ์ สุดาทิพย์, ณัฐวุฒิ พรมดา, ประภารัตน์ พรมเอี้ยง, เจตสุดา กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2567) นโยบายของ สคร.6 เป็นรูปแบบและแนวทางที่สามารถนำไปสู่ความยั่งยืนของงานมาลาเรียทั้งด้านงบประมาณและปฏิบัติงานในระยะยาว

ด้านกระบวนการ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การคืนข้อมูลการระบาดของมาลาเรียแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในชุมชนและแสดงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่และพนักงานของสมาคมยุวมุสลิมได้พัฒนาสร้างเสริมศักยภาพและขยายบทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อิสลาม อสม. และนักสื่อสาร ให้มาเป็นกำลังสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน และการกักกันให้ครบ การกระจายข้อมูลมาลาเรียอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายชุมชนได้ติดตามความก้าวหน้าหรือมีส่วนในการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมในการสร้างควมมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีชุมชนเป็นฐานสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาของชุมชนได้ (รติยานภิศ พลเสก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ดลปัทม ทรงแปล, 2561) และแนวทางการดำเนินงานชุมชนซึ่งประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน 2) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต

3) การกำหนดกิจกรรม 4) การดำเนินกิจกรรม และ 5) การประเมินผลกิจกรรม (รศ.ยานภิกษ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, ดลปภฏ ทรงแเลิศ, 2561) และยังเน้นว่า การได้รับทราบข้อมูลที่บ่งชี้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพชุมชนเป็นข้อมูลที่สำคัญในการทำให้ชุมชนมีความตระหนัก และความต้องการในการพัฒนาการสร้างความรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม ภาษา และวัฒนธรรม ของกลุ่มเป้าหมายโดยสมาคมมุสลิมนับเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สูง การนำหลักการและการปฏิบัติ ทางศาสนาอิสลามมาส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและได้ผลที่ดีกว่าการให้คำแนะนำตามปกติ สอดคล้องกับ ผลของการการศึกษาถึงทดลองกับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมใน 2 พื้นที่ศึกษา อำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี (สุนันทา กาญจนพงศ์, 2566) และจังหวัดยะลา (มาติยะห์ มะเก็ง, ปิยนุช จิตตุนนท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, 2561) และข้อสรุปของบทความเกี่ยวกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 6 อ (นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, ปัทมา สุพรรณกุล, 2561)

ด้านผลผลิต ผลจากฐานข้อมูลมาลาเรียแสดงผลงานของยะลา เกือบทุกตัวชี้วัดได้ผลเกินเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นการรายงานเข้าระบบภายใน 1 วัน ที่ทำได้ร้อยละ 86.15 จากเป้า ร้อยละ 95 ปัจจุบันระบบการรายงานกรณี ผู้ป่วยมาลาเรีย ยังเป็น 2 ระบบ คือระบบของโรงพยาบาลคือการรายงาน 506 ขณะที่ระบบฐานข้อมูลมาลาเรียของ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง เป็นอีกระบบหนึ่งที่เรียกว่ามาลาเรียออนไลน์ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานของ MIS ข้อมูลของทั้ง 2 ระบบยังไม่เชื่อมโยงประสานกันในลักษณะเวลาจริง ในระดับปฏิบัติการเจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) เป็นผู้ใส่ข้อมูลเมื่อได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล แต่ผลของตัวชี้วัด การสอบสวนโรคภายใน 3 วัน และการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อภายใน 7 วัน ยังสามารถทำได้สูงกว่าเป้า ความท้าทายในการรายงานข้อมูลลักษณะนี้ เป็นความท้าทายเชิงระบบ และเกิดขึ้นในจังหวัดอื่นด้วย จากการศึกษาประเมินผลมาตรการ 1-3-7 ของพื้นที่ใน 3 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563 เพื่อหาสาเหตุและปรับปรุงการแจ้งเตือนเข้าระบบ ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 64 พบว่าเนื่องจากความล่าช้าและช่องทางการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมายัง เจ้าหน้าที่ นคม. เช่นกัน และได้เสนอแนะวิธีแก้ปัญหา โดยการตั้งกลุ่มไลน์มาลาเรียของจังหวัดเพื่อการติดต่อ รับ-ส่ง แจ้งข้อมูลผู้ป่วยมาลาเรียโดยทุกหน่วยงาน ทุกระดับเมื่อตรวจพบผู้ติดเชื้อมาลาเรียทุกราย (สุชนา สีหะวงษ์, วิริยา ลิ้มปิที่ปรการ, วิลาวัลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, สุรจิต เต็มวงษ์, 2565)

ด้านผลลัพธ์ ผลจากการสำรวจครั้งนี้พบว่าประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียมีความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงคือทราบเกี่ยวกับการติดต่อของโรคคือถูกยุงกัดหรือยุงกัดปล่องกัด ถึงร้อยละ 99.15 ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาคือผลของการกินยาไม่ครบจะทำให้รักษาไม่หายที่ร้อยละ 85.54 และในระดับพฤติกรรมป้องกัน ได้แก่ การนอนในมุ้งชุบสารเคมีที่ร้อยละ 86.73 นับเป็นผลที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับผลของการสำรวจความรู้ และพฤติกรรมด้านมาลาเรียของประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อของประเทศโดยกรมควบคุมโรค ครั้งล่าสุด เมื่อปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบว่าประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อที่นอนในมุ้งชุบสารเคมีเพียงร้อยละ 36.87 ในด้านความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ ของโรคไข้มาลาเรียอยู่ที่ร้อยละ 51.10 และทราบผลของการกินยาไม่ครบอยู่ที่ร้อยละ 51.80 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ด้านผลกระทบ จากการสืบค้นข้อมูลทางระบาดวิทยาจากฐานข้อมูลมาลาเรีย (MIS) จำนวนกรณีผู้ป่วยของ ยะลาลดลงจาก 3,460 ราย ในปี 2560 เหลือเพียง 65 ราย ในปี 2567 หรือลดลงร้อยละ 98.25 อัตราการเกิดโรคต่อ ประชากรพันคน (API) ลดลงจาก 6.74 ในปี 2560 เหลือ 0.33 ในปี 2564 และ เหลือเพียง 0.12 ในปี 2567 แต่ก็ยัง ไม่มีอำเภอใดที่สามารถหยุดการแพร่เชื้อเกินกว่า 3 ปีจาก 7 อำเภอที่มีการแพร่เชื้ออยู่เดิม ในทางปฏิบัติเนื่องจาก ยะลามิถาระโรคที่สูง เมื่อมีการเปลี่ยนนโยบายจากการควบคุมโรคมาเป็นการกำจัดโรค ยะลาจึงต้องดำเนินการ ควบคุมโรคอย่างเข้มข้น ถึง 4 ปี ก่อนที่ API จะลดลงเหลือ 0.33 ในปี 2564 การดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียจนไม่มี การติดเชื้อในพื้นที่เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาหลายปี กองโรคติดต่อฯ โดยแมลงได้รายงาน ว่า ณ ปี งบประมาณ 2566 มีจังหวัดที่ผ่านการรับรองปลอดโรคไข้มาลาเรียจำนวน 42 จังหวัด จากทั้งหมด 78 จังหวัด (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเป็นจังหวัดปลอดมาลาเรีย จังหวัดยะลา

ยังจะต้องดำเนินงานต่อไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งจะต้องอาศัยการวางแผนกิจกรรมต่าง ๆ และระดมงบประมาณภายในประเทศจากแหล่งต่าง ๆ

2. บทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา

ความสำเร็จในการลดโรคของจังหวัดยะลา เกิดจากการขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย และการดำเนินกิจกรรมในหลายระดับที่ส่งเสริมสอดคล้องกันด้วยงบประมาณที่เพียงพอ และบทบาทจากทั้งภาครัฐและภาคีเครือข่ายชุมชน จึงนำไปสู่การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในระดับพื้นที่ได้ การขับเคลื่อนในหลายระดับนี้สอดคล้องกับโมเดลนิเวศวิทยาทางสังคม (Ecological Model) ของพรณี ปานเทวัญ (2560) ได้ศึกษาและสรุปว่า “หลักการของโมเดล คือ พฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดหรือได้รับอิทธิพลจากลักษณะภายในบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะโดยกลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการหรือกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานหลาย ๆ ระดับเข้ามามีบทบาทในการแก้ปัญหาพฤติกรรมแต่ละชนิด” บทเรียนที่สำคัญคือการดำเนินงานที่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง จริงจัง จึงจะสามารถสร้างความรู้เข้าใจในประชากรเป้าหมาย ความร่วมมือจากชุมชน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของชุมชนได้

การนำผลวิจัยไปใช้

1. มาตรการ 1-3-7 ที่การรายงานการแจ้งเตือนภายใน 1 วันไม่ทันเวลา ควรมีการจัดตั้ง กลุ่มไลน์ในการรายงานการพบผู้ป่วยในระดับจังหวัดเพื่อเป็นการรับ-ส่งข้อมูลแบบสองทาง เพื่อความรวดเร็วในการประสานงาน และพื้นที่จะได้ดำเนินการได้ทันเวลา

2. หน่วยงานหลักระดับเขตสุขภาพและจังหวัด ร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานกำจัดมาลาเรียล่วงหน้า ด้วยการระดมทรัพยากรในประเทศ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับปี 2570 เป็นต้นไปก่อนที่จะสนับสนุนจากกองทุนโลกสิ้นสุดลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษากลไกการเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนมุสลิมอย่างละเอียด: โดยเฉพาะบทบาทของภาษา คำสอนทางศาสนา และโครงสร้างสังคมท้องถิ่น

2. การประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินว่าสถานการณ์โรคที่ดีขึ้นสามารถคงอยู่ได้หรือไม่ ในช่วงระยะที่การสนับสนุนจากกองทุนโลกสิ้นสุดลง

รายการอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานการสำรวจมาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2563. นนทบุรี:

กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้ มาลาเรีย พ.ศ. 2564-2568. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2568 จาก

https://malaria.ddc.moph.go.th/downloadfiles/Elimination_malaria_y2564-2568_plan.PDF

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือประเมินรับรองจังหวัดปลอดไข้ มาลาเรียปี 2565. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดเชื้อ มาลาเรียที่ดีเยี่ยมในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง พ.ศ. 2567-2569. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์

- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *POR (Prevention of Re-establishment of Malaria Transmission) แนวทางการป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อใหม่โรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์
- ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, ประทีน ธรรมรักษ์, ประยุทธ์ สุดาทิพย์, ณัฐวุฒิ พรหมดา, ประภารัตน์ พรหมเอี้ยง, เจิดสุตา กาญจนสุวรรณ และคณะ. (2567). *บทเรียนและรูปแบบความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบลเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย*. *วารสารควบคุมโรค*, 50(1), 87-97.
- นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และปัทมา สุพรรณกุล. (2561). *วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, (5)2, 302-312.
- พรณี ปานเทวัญ. (2560). *โมเดลเชิงนิเวศวิทยาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 7-15.
- มาดีอะห์ มะแก้ง, ปิยะนุช จิตตุนนท์ และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร. (2561). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และไม่มีโรคร่วม*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(1), 48-62.
- รศ.ดร.รัชชานันท์ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). *กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ*. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 1-13.
- รศ.ดร.รัชชานันท์ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมขยธวัช, และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, (5)1, 211-223.
- สุญา สีหะวงษ์, วิริยา ลิ้มปิติปการ, วิลาวัลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, และสุรจิต เต็มวงษ์. (2565). *การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เฝ้าระวังกำจัดไข้มาลาเรียเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563*. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 20(1), 9-21
- สุนันหา กาญจนพงศ์. (2566). *การพัฒนาแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(ฉบับเพิ่มเติม 1), S86-S100.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา. (2568). *ข้อมูลทั่วไปจังหวัดยะลา*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2568 จาก <https://yalapao.go.th/th/general-info/>
- Ashton, R., Prosnitz, D., Andrada, A., Herrera, S., & Ye, Y. (2020) Evaluating malaria programmes in moderate and low transmission settings: practical ways to generate robust evidence. *Malaria Journal*, 19(75), 1-14. doi.org/10.1186/s12936-020-03158-z
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Evaluation Task Force of Roll Back Malaria's Monitoring and Evaluation Reference Group. (2019). *Framework for Evaluating National Malaria Programs in Moderate and Low Transmission Settings*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina.
- Lertpiriyasuwat, C, Sudathip, P., Kitchakarn, S., Areechokchai, D., Naowarat, S., Shah, J., et al, (2021). Implementation and success factors from Thailand's 1-3-7 surveillance strategy for malaria elimination. *Malaria Journal*, 20(201), 1-12. doi.org/10.1186/s12936-021-03740-z



Pley, C., Gibbs, H., Sudathip, P., Huy, R., Nguyen, T. Q., Whittaker, M., et al. (2025). Impact of the Global Fund Regional Artemisinin-resistance Initiative on malaria control and elimination in the Greater Mekong subregion of southeast Asia. *The Lancet Infectious Diseases*, 25(6), e353–e359. doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00013-1

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row.