

ผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อ
การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี
จังหวัดปราจีนบุรี

ณัฐพล คำรังษี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
เมษายน 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อ
การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคมalariaเรื้อรังในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูน
จังหวัดปราจีนบุรี

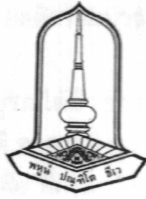
ณัฐพล คำรังษี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

เมษายน 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายณัฐพล คำรังษี
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

ประธานกรรมการ

(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอาร์กษ์)

กรรมการ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)

(อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล)

กรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(อาจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 18 เดือน ๗ พ.ศ. 2560



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงคามชัย ลีทองดี อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล และอาจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำแนะนำในการวิจัย และช่วยแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คุณอัญชลี มงกุฎทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ คุณอนุรักษ ศรีสุข นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ และคุณสุธี วรรณานักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอชาติ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านขุนศรี เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับลาน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินเทิน ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้นำชุมชน และชาวบ้าน บ้านขุนศรี หมู่ที่ 2 ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี และบ้านทับไทร หมู่ที่ 1 ตำบลแก่งดินสอ อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยครั้งนี้ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ ขอขอบคุณนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต รุ่นที่ 13 ศูนย์การเรียนรู้จังหวัดนครราชสีมาทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือเป็น อย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อประพันธ์ คำรังษี คุณแม่สร้อยญา คำรังษี และญาติพี่น้องทุก ๆ ท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความรักความห่วงใย และสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์ และผู้มี พระคุณทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือจนสำเร็จการศึกษา

ณัฐพล คำรังษี



ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี
ผู้วิจัย	นายณัฐพล คำรังษี
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากประชาชนที่มีพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 48 คน โดยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) การอบรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำโดยทีมภาคีเครือข่าย One Health ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการติดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี้ เป็นผลมาจากการบูรณาการเสริมสร้างศักยภาพให้กับภาคีเครือข่ายโดยใช้แนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคมะเร็ง; ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



TITLE Result of Network Association Program Using One Health System for Perception of Self-Prevention Knowledge and Behavior of People at Risk of Malaria Disease in Bupram Sub-district, Nadi District, Prachinburi Province

AUTHOR Mr. Natathapkon Khamrangsri

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Terdsak Promarak, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2017

ABSTRACT

This research was a quasi-experimental research with the objective to study the development result of the network association program using the one health system for perception of self-prevention knowledge and behavior of the people at Risk of Malaria Disease in Bupram Sub-district, Nadi District, Prachinburi Province. The samples were drawn by simple sampling from the population at risk of Malaria disease. The sample group was divided into an experimental group and a controlled group, each of which consisted of 48 samples. The experimental group participated in the activities to change their behavior consisting of appointing the committee to perform one health operation, providing knowledge and holding group activities to exchange knowledge, following up and giving advice by One Health Network Association team, which lasted 12 weeks. Data was collected before and after the experiment by using the questionnaires. Then, the data was analyzed with frequency, percentage, mean and standard deviation, and Paired *t*-test and Independent *t*-test were used to test the hypotheses.

The findings revealed that after the experiment, the experimental group obtained the scores for perception of Malaria disease occurrence, severity of the disease, benefits from preventing themselves from the disease, obstacles from preventing themselves from the disease, and preventive behaviors for Malaria disease higher than prior to the experiment and the controlled group at the significance statistic level of (p -value<0.05).

The factors of success for this program were a result from the integration of potential improvement for the network association by using one health system and participation of the association to promote the disease prevention operation in the area in order to generate knowledge and understanding which would lead to behavior change and continuous follow-up of the operation in the area.

Key Words: Malaria disease; one health system; behavior change



สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามในการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 สมมติฐานของการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น	4
1.7 ความสำคัญของการวิจัย	4
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชศน์เอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย (Malaria)	7
2.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	16
2.3 แนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)	19
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	32
3.1 รูปแบบการวิจัย	32
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	40
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	44
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	44



บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
4.1	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
4.2	ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
4.3	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	59
5.1	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	59
5.2	สรุปผล	59
5.3	อภิปรายผล	60
5.4	ข้อเสนอแนะ	62
เอกสารอ้างอิง		64
ภาคผนวก		69
ภาคผนวก ก	ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	70
ภาคผนวก ข	รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	72
ภาคผนวก ค	หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	74
ภาคผนวก ง	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	81
ภาคผนวก จ	ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	89
ภาคผนวก ฉ	รูปภาพการดำเนินกิจกรรม	102
ประวัติย่อของผู้วิจัย		112



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 4.1 ความถี่และร้อยละ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	47
ตาราง 4.2 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งในในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	49
ตาราง 4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	52
ตาราง 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	54
ตาราง 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	55
ตาราง 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	58



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า	
ภาพประกอบ 2.1	อาการของโรคมลาเรีย	12
ภาพประกอบ 2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	31
ภาพประกอบ 3.1	รูปแบบการวิจัย	32
ภาพประกอบ 3.2	แผนการทดลอง	33
ภาพประกอบ 3.3	ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	38



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคมาลาเรีย ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีประชากรป่วยและตายด้วยโรคมาลาเรีย เป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยการควบคุมไข้มาลาเรียดำเนินการอย่างต่อเนื่องนานกว่า 50 ปี แม้ว่าอัตราป่วยและตายด้วยไข้มาลาเรียจะลดลงได้ แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากตรวจพบว่ามียุงแมลงพาหุพาโรคมาลาเรียชนิดพลาสโมเดียมคือต่อยออาร์ติมิซินิน บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา และพื้นที่ที่อยู่ติดชายแดนประเทศเพื่อนบ้านก็ยังคงเป็นพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย ทำให้การควบคุมโรคดำเนินการได้ยาก เชื้อมาลาเรียในคนมี 6 ชนิด ได้แก่ ชนิดพลาสโมเดียม (*Plasmodium Falciparum*) ไวแวกซ์ (*P. Vivax*) มาลาเรีย (*P. Malariae*) โอวาเลเคอร์ติไซต์ (*P. Ovale Curtisi*) โอวาเลวอลล์เคอร์ไรต์ (*P. Ovale Wallikeri*) และโนเลส (*P. Knowlesi*) ในประเทศไทย เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดพลาสโมเดียมและไวแวกซ์ ส่วนน้อยเป็นชนิดมาลาเรีย โอวาเล และโนเลส ผู้ป่วยบางรายอาจติดเชื้อมาลาเรียมากกว่า 1 ชนิดพร้อมกัน เช่น ตรวจพบทั้งพลาสโมเดียมและไวแวกซ์ การแพร่กระจายของผู้ป่วยมาลาเรียจะพบมากบริเวณป่าเขาชายแดนของประเทศ โดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทย-พม่าและไทย-กัมพูชา ปีงบประมาณ 2556 จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูง ได้แก่ ตาก ยะลา กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี สงขลา ระนอง ศรีสะเกษ แม่ฮ่องสอน ชุมพร และประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่พบทั้งประเทศ จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียมีเบาบางในตอนกลางของประเทศ และไม่พบการติดเชื้อในบางพื้นที่ อัตราป่วยตายจากเชื้อมาลาเรียชนิดพลาสโมเดียมยังคงสูงเมื่อเทียบกับอีก 5 ชนิด โดยทั่วไประยะฟักตัว (Incubation Period) ของเชื้อมาลาเรีย ประมาณ 2 สัปดาห์ (ยกเว้นชนิดมาลาเรีย ประมาณ 18-40 วัน) ระยะฟักตัวอาจนานขึ้นถ้าผู้ป่วยได้รับยาป้องกันหรือมีภูมิคุ้มกันบางส่วน (Partial หรือ Semi-immunity) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ในปี 2554-2557 พบอัตราป่วยโรคมาลาเรีย 2.14, 1.06, 2.11 และ 9.50 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งในปี 2558 พบอัตราป่วยสูงถึง 21.95 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา มากกว่าร้อยละ 43.02 พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงอัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 14 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี อัตราป่วย 46.83 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี อัตราป่วย 36.16 ต่อประชากรแสนคน และ 15-24 ปี อัตราป่วย 32.65 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ รับจ้าง ร้อยละ 85.57 พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือน ตุลาคม จำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 30 ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ อ.นาดี อัตราป่วย 192.69 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อ.บ้านสร้าง อัตราป่วย 6.36 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2558)

และจากสถานการณ์ของโรคมาลาเรียในพื้นที่อำเภอนาดี ปี 2554-2557 พบอัตราป่วย 11.97, 1.98, 0.00 และ 72.75 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2558 พบอัตราป่วย 192.69 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าปีที่ผ่านมา แต่ยังไม่มียารายงานผู้เสียชีวิต โดยพื้นที่ที่พบอัตราป่วยมากที่สุด คือ ตำบลบุพราหมณ์ อัตราป่วย 233.45 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ตำบลแก่งดินสอ



อัตราป่วย 164.79 ต่อประชากรแสนคน และตำบลทุ่งโพธิ์ อัตราป่วย 77.09 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชาติ, 2558) ซึ่งพื้นที่ในเขตอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ไม่ใช่พื้นที่ที่มีอาณาเขตติดต่อกับต่างประเทศก็ตาม แต่ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงสลับกับภูเขา และมีอุทยานแห่งชาติทับลานอยู่ในเขตพื้นที่ ซึ่งเป็นป่าเขาโดยมีแอ่งน้ำขังในป่าเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่องพาหะนำโรคมะลาเรีย โดยตำบลบุพราหมณ์มีหมู่บ้านที่มีการแพร่โรคมะลาเรียสูง และมีการแพร่เชื้อตลอดทั้งปี (A1) มากที่สุด ถือว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะลาเรียและต้องได้รับการเฝ้าระวังการระบาดของโรคมะลาเรีย ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมะลาเรีย จึงควรกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยเน้นทางด้านระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ควรมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะลาเรียได้โดยง่าย ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคนับเป็นสิ่งสำคัญนอกเหนือจากมาตรการรักษาผู้ป่วยมาลาเรียเพื่อลดความรุนแรงและอัตราตายของโรค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2558)

กระบวนการสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ One Health ถือเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยเป็นวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพแนวใหม่ที่รวมเอาแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีโดยองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างวิทยาศาสตร์หลากหลายแขนง อีกทั้งยังต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนอันเกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่างมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า การนำแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวมาสู่การปฏิบัติจริงยังคงมีข้อจำกัดอยู่อีกมาก เนื่องจากความแตกต่างระหว่างหน่วยงานในด้านต่างๆ เช่น แนวคิด เป้าหมาย และวิธีการทำงาน อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีตระหนักร่วมกันว่า ในการรับมือหรือแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่นั้น ไม่สามารถดำเนินการได้เพียงภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง หากจำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อันดี และความร่วมมือกันในการแบ่งปันข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้ รวมถึงการทำงานร่วมกัน ในด้านต่างๆ ได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษา การสอบสวน และควบคุมโรค จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการปฏิบัติตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และเป็นการเตรียมความพร้อมในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยรูปแบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะลาเรีย เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการหาแนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้องจากการติดโรคมะลาเรีย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคมะลาเรีย ร่วมกันเพื่อลดอัตราป่วย และการเตรียมรับมือการระบาดในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดโรคมะลาเรียได้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป



1.2 คำถามในการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี หรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

1.3.1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

1.3.1.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

1.4.2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตในด้านประเด็นการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรีซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

1.5.2 ขอบเขตในด้านพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ในเขตตำบลบุพราหมณ์ โดยบ้านขุนศรี หมู่ที่ 2 ตำบลบุพราหมณ์ เป็นหมู่บ้านสำหรับกลุ่มทดลอง และบ้านทับไทร หมู่ที่ 1 ตำบลแก่งดินสอ เป็นหมู่บ้านสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

1.5.4 ระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้ในระหว่าง เดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2559

1.5.5 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1.5.5.1 ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว

1.5.5.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับกิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง จากสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ ได้แก่ การให้สุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีโอกาสที่จะได้รับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น ทางโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ หอกระจายข่าว อินเทอร์เน็ต เป็นต้น โดยทางผู้วิจัยไม่สามารถจำกัดหรือควบคุมการได้รับข้อมูลจากการสื่อสารได้ และกลุ่มทดลองจะได้กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเพิ่มเติมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้น

1.7 ความสำคัญของการวิจัย

1.7.1 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้อง

1.7.2 เครือข่ายในการดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง และสามารถมีแนวทางการดำเนินงานเป็นแบบแผน มีความร่วมมือในการดำเนินงาน พร้อมรับมือกับการระบาดของโรคในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องหลักการระบาด



1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.8.1 โปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว หมายถึง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นแนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว และจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาจัดทำเป็นชุดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็ง

1.8.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนผู้มีอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดโรคมะเร็ง ได้แก่ ทำนา ทำไร่ ทำสวน หาของป่าล่าสัตว์ และเลี้ยงสัตว์ ในพื้นที่แพร่โรคมะเร็งสูงตลอดทั้งปี ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี

1.8.3 พื้นที่เสี่ยงสูง (A1) หมายถึง พื้นที่ที่มียูงพาหะนำโรคมะเร็ง และมีการแพร่โรคมะเร็งตลอดทั้งปี ในพื้นที่อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี

1.8.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Beaker (1974) 4 ด้าน ดังนี้

1.8.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเสี่ยง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง

1.8.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง หมายถึง ความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเสี่ยง ถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็ง และผลของการเกิดโรคมะเร็งในระยะยาว

1.8.4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็ง หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะเกิดผลดีต่อสุขภาพ

1.8.4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็ง หมายถึง การดำรงชีวิต การขาดการณ์ล่วงหน้าของกลุ่มเสี่ยง เกี่ยวกับความไม่สะดวก ความยุ่งยากต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดโรคมะเร็ง

1.8.5 ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว หมายถึง กระบวนการบูรณาการการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เพื่อควบคุมป้องกันโรคมะเร็งอันเกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่างคน ยุ้งกันปล่อง และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค โดยมีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพของงานในการดำเนินการ มีความร่วมมือกันในการแบ่งปันข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้ รวมถึงการทำงานร่วมกันในด้านต่างๆ ได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษา การสอบสวน และควบคุมโรค

1.8.6 ภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพหนึ่งเดียว หมายถึง ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนจากโรงเรียน โดยมีบทบาทหน้าที่ 1) เพื่อนำเสนอประโยชน์ของความคิดสุขภาพหนึ่งเดียวจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ให้ผู้บริหารและผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่ เพื่อเกิดความเข้าใจและขับเคลื่อนการทำงานแบบเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว 2) เพื่อจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับตำบล 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรค ในการตอบโต้ต่อภัยคุกคามโรคอุบัติใหม่อย่างทันท่วงทีภายใต้การดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว



1.8.7 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรีย หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเลีย ได้แก่ การนอนในมุ้งชุบสารเคมี การทายากันยุง การนอนในบ้านและกระท่อมที่ได้รับการพ่นสารเคมี การสวมเสื้อผ้ามิดชิดเพื่อป้องกันยุงกัดขณะเข้าป่า และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันยุงกัด



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) โดยการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมalariaในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวคิดและหลักการประกอบการดำเนินงานวิจัยให้ถูกต้องและสมบูรณ์ในประเด็นดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องโรคมalariaเรื้อ (Malaria)
- 2.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- 2.3 แนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องโรคมalariaเรื้อ (Malaria)

2.1.1 โรคมalariaเรื้อ และชนิดของเชื้อมาลาเรื้อ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

โรคมalariaเรื้อเป็นโรคติดต่อที่มีมาแต่โบราณกาล มีชุกชุมตามบริเวณที่เป็นป่าเขาและมีแหล่งน้ำ โรคมalariaเรื้อถือเป็นโรคประจำถิ่นที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขมาช้านาน และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยในอดีต โรคมalariaเรื้อมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปตามลักษณะอาการหรือฤดูกาลเกิดโรค เช่น อาจเรียกชื่อว่าไข้จับสั่น ไข้ดอกสีก ไข้ป่า ไข้ป่าง ไข้ดง ไข้ร้อนเย็น เป็นต้น แต่ปัจจุบันทางราชการเรียกว่า ไข้มาลาเรื้อ การเรียกชื่อไข้มาลาเรื้อแตกต่างกันไป เช่น เรียกตามลักษณะการไข้ คือผู้ป่วยจะมีอาการหนาวสั่นเป็นพัก ๆ จึงเรียกว่าไข้จับสั่น หรือ อาการหนาว ๆ ร้อน ๆ จึงเรียกว่าไข้ร้อนเย็น สำหรับทางภาคเหนือผู้ป่วยเป็นไข้ในช่วงฤดูที่ดอกสีกบาน จึงเรียกว่าไข้ดอกสีกบางครั้งชาวบ้านเข้าไปค้างแรมในป่าดง เมื่อกลับออกมาเป็นไข้เรียกว่าไข้ป่าดง หรือเรียกตามลักษณะความผิดปกติของร่างกาย เช่น มีอาการม้ามโต ชาวบ้านเรียกว่าเป็นไข้ป่า เนื่องจากป่าภาษาท้องถิ่นคือ ม้าม นั่นเอง

โรคมalariaเรื้อในคนเกิดจากเชื้อโปรโตซัว ในสกุลพลาสโมเดียม ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 4 ชนิดด้วยกันคือ

- 1) เชื้อมาลาเรื้อชนิดฟัลซิพารัม (*Plasmodium Falciparum* : PF) เชื้อชนิดนี้จัดเป็นเชื้อที่ร้ายแรงที่สุดมีอัตราการตายสูงมากกว่าเชื้อชนิดอื่น ๆ ระยะการเจริญเติบโตของตัวอ่อนในระยะซิโคโนไซท์ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง หรืออาจจะน้อยกว่า ในระยะมีโรซอยท์ตัวอ่อนของเชื้อพลาสโมเดียมจะเข้าไปในเม็ดโลหิตแดงเท่าที่ทราบในปัจจุบันมีเพียงมนุษย์เท่านั้นที่เป็นโฮสต์ของไข้มาลาเรื้อชนิดนี้



2) เชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์ (*Plasmodium Vivax : PV*) เชื้อมาลาเรียชนิดนี้เกิดจากเชื้อพลาสโมเดียมไวแวกซ์ เป็นไข้มาลาเรียชนิดไม่รุนแรง แต่เป็นประเภทเรื้อรังอาจจะเป็นติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปี

3) เชื้อมาลาเรียชนิดมาลารีอิ (*Plasmodium Malariae : PM*) เชื้อมาลาเรียชนิดนี้ใช้ระยะเวลาในการเจริญเติบโตของตัวอ่อนประมาณ 72 ชั่วโมง พบน้อยกว่าไข้มาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมเคยระบาดในอาฟริกาตะวันออก ในแถบเอเชียก็พบระบาดในประเทศพม่า อินเดีย และศรีลังกา

4) เชื้อมาลาเรียโอวาเล่ (*Plasmodium Ovale : PO*) เชื้อไข้มาลาเรียชนิดนี้เกิดจากเชื้อพลาสโมเดียมโอวาเล่ ในบรรดาไข้มาลาเรียของคนนับว่าพบน้อยมาก เป็นไข้มาลาเรียที่ไม่รุนแรงในประเทศไทยยังไม่เคยพบไข้มาลาเรียชนิดนี้ ถิ่นที่พบคือแถบฝั่งตะวันตกของอาฟริกา

2.1.2 วงจรชีวิตของเชื้อมาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เชื้อมาลาเรียทั้ง 4 ชนิดมีวงจรชีวิตเหมือนกัน แบ่งเป็นระยะ วงจรชีวิตมีเพศในยุงพาหะ (Sporogony) และวงจรชีวิตไม่มีเพศในคน (Schizogony)

2.1.2.1 วงจรชีวิตมีเพศในยุงพาหะ (Sporogony)

ยุงก้นปล่องตัวเมียกัดและดูดโลหิตผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรียเข้าสู่กระเพาะ หลังจากนั้นเชื้อมาลาเรียจะเจริญเติบโต เคลื่อนตัวเข้าสู่ต่อมน้ำลายของยุง ซึ่งเป็นระยะที่ยุงถ่ายทอดเชื้อได้ขณะที่ยุงกัดคนจะปล่อยเชื้อมาลาเรียเข้าสู่กระแสโลหิตของคน เชื้อมีการพัฒนาตัวเอง และทำให้คนเกิดอาการป่วย วงจรเชื้อมาลาเรียในยุงตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงการพัฒนาเป็นระยะติดต่อกับคน ใช้เวลาช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ ความชื้น ชนิดเชื้อ PF, PV, PO ใช้เวลาประมาณ 10-20 วัน ส่วน PM ใช้เวลามากกว่า

2.1.2.2 วงจรชีวิตไม่มีเพศในคน (Schizogony) ระยะในคนแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) เชื้อระยะในเซลล์ตับ (Tissue Schizogony) ระยะนี้เกิดภายในร่างกายคน เมื่อยุงก้นปล่องตัวเมียปล่อยเชื้อมาลาเรียระยะติดต่อกับคนเข้าสู่ในกระแสโลหิตภายในเวลาครึ่งชั่วโมงเชื้อจะหายไปจากกระแสโลหิต บางตัวถูกทำลายโดยเม็ดเลือดขาว ส่วนที่เหลือจะเข้าสู่เซลล์ตับจากนั้นจะมีการเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนจนทำให้เซลล์ตับแตก เชื้อส่วนใหญ่จะเข้าไปอาศัยในเม็ดโลหิตแดง และบางส่วนถูกทำลายโดยเม็ดเลือดขาว

2) เชื้อระยะในเม็ดเลือดแดง (Erythrocytic Schizogony) เชื้อมาลาเรียเมื่อเข้ามาอยู่ในเม็ดเลือดแดงจะมีการเจริญต่อไปจนเม็ดเลือดแดงแตก บางตัวจะถูกเม็ดเลือดขาวทำลาย บางจำนวนจะเข้าสู่เม็ดเลือดแดงใหม่ต่อไป เมื่อมียุงก้นปล่องชนิดเป็นพาหะมาดูดเลือดจากคนป่วย เชื้อมาลาเรียก็จะเจริญเติบโตในยุงแล้วแพร่ไปสู่คนอื่นต่อ ๆ ไป อาการหนาวสั่นของผู้ป่วยมาลาเรียจะเกิดขึ้นในระยะนี้เนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตก

2.1.3 ยุงพาหะของโรคมมาลาเรีย และยุงชนิดอื่น ๆ

ยุงทั่วโลกมีทั้งหมด 2,500 ชนิด ในประเทศไทยมีประมาณ 410 ชนิด ยุงที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข มีดังนี้

1) ยุงลาย (*Aedes Spp.*) เป็นพาหะสำคัญในการนำเชื้อไข้เลือดออก (Hemorrhagic Fever) ในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

(1) ยุงลายบ้าน (*Aedes Aegypti*)

(2) ยุงลายสวน (*Aedes Albopictus*)



แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้แก่ ภาชนะขังน้ำที่ค่อนข้างสะอาด เช่น ตุ่มน้ำ อ่าง
อาบน้ำ น้ำรดส้วม ที่รองขา ตู้กับข้าว ฯลฯ

2) ยุงรำคาญ (*Culex Spp.*) ยุงในสกุลนี้แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

(1) ยุงที่อยู่ตามแหล่งน้ำเน่า เป็นยุงหากินกลางคืน ยุงชนิดนี้เป็นยุงที่ทำความ
รำคาญเมื่อกัด ทำให้คันหรือบางคนแพ้เป็นตุ่มพุพองได้ ในประเทศพม่ายุงชนิดนี้เป็นพาหะนำโรค
เท้าช้าง (Filariasis)

(2) ยุงที่เป็นตัวนำโรคไข้สมองอักเสบ เป็นยุงหากินตอนกลางคืน ชอบกินเลือดสัตว์
มากกว่าเลือดคนแหล่งเพาะพันธุ์อยู่ตามท้องนา หรือทุ่งหญ้าที่มีน้ำขัง

3) ยุงก้นปล่อง (*Anopheles Spp.*) ยุงก้นปล่อง (*Anopheles*) เท่านั้นที่เป็นพาหะ
โรคมalariaเรีย ในประเทศไทยมียุงก้นปล่อง 63 ชนิด ที่เป็นยุงพาหะหลักมี 3 ชนิด (นอกนั้นเป็นพาหะรอง
และสงสัย)

(1) *Anopheles Dirus Complex* ยุงไคร์สเป็นยุงที่มีประสิทธิภาพสูงในการแพร่
เชื้อไข้มาลาเรีย พบได้ทั่วไปในท้องที่ป่าเขา สวนยาง สวนผลไม้ ท้องที่ชุกดพลอย ยุงไคร์สชอบวางไข่ใน
แอ่งน้ำขัง แอ่งดิน แอ่งหิน รอยเท้าสัตว์ รอยล้อรถ หลุมพลอย ในประเทศไทยพบ 5 ชนิด

(2) *Anopheles Minimus Complex* ยุงมินิมัสในประเทศไทยมี 3 ชนิด พบได้ใน
พื้นที่ของจังหวัดตาก กาญจนบุรี และพบทั่วไปในที่ป่าเขา แหล่งเพาะพันธุ์อยู่ในลำธารน้ำใสไหลรินมีต้น
พืชน้ำที่มีสีแสงแดดส่องถึงเป็นช่วง ๆ

(3) *Anopheles Maculatus Complex* ยุงแมคคูเลตัส พบในประเทศไทย 6 ชนิด
แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่องในกลุ่มนี้แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของยุงที่พบ เช่น ในแอ่งหิน ลำธาร
ไหลเอื่อย ๆ แอ่งทราย ทุ่งนา

4) ยุงแมนโซเนีย (*Monsonia Spp.*) ยุงแมนโซเนีย หรือยุงเสือเป็นพาหะโรคเท้าช้าง
ในคน พบมากในภาคใต้ของไทย แหล่งเพาะพันธุ์เป็นบริเวณที่ราบลุ่ม ทุ่งนาบ่อบึงที่มีพืชน้ำชนิดต่าง ๆ
เช่น ผักตบชวา จอกแหวน

ปัจจัยที่สำคัญของยุงพาหะต่อการแพร่เชื้อไข้มาลาเรีย

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียในธรรมชาติ ได้แก่ เชื้อมาลาเรีย
ยุงพาหะ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีความสัมพันธ์และมีบทบาทร่วมกันในการแพร่โรคในแต่ละท้องถิ่นใน
ที่นี้จะกล่าวปัจจัยที่เกี่ยวกับยุงพาหะประกอบไปด้วย

1) ความหนาแน่น (Vector Density) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยุงที่เข้ากัดกินเลือดคน
(Man Biting Density) ความหนาแน่นโดยทั่วไปขึ้นอยู่กับฤดูกาล เนื่องจากยุงพาหะแต่ละชนิดจะมี
แหล่งเพาะพันธุ์ที่แตกต่างกันออกไป เช่น ยุงมินิมัส ซึ่งเพาะพันธุ์ในลำธารไหลริน ในท้องที่ป่าเชิงเขา
จะมีความชุกชุมสูงในช่วงตอนต้นและปลายฤดูฝน การแพร่เชื้อมาลาเรียจึงเกิดขึ้นได้สูงในช่วงระยะเวลา
ดังกล่าว

2) นิสัยการกัดกินเลือด (Host Preference) ยุงพาหะมีนิสัยชอบกินเลือดคน จะม
ความสามารถในการแพร่เชื้อมาลาเรียสู่คนได้สูง เช่น ยุงก้นปล่องชนิดไคร์ส ซึ่งพบมากในท้องที่ป่า
เชิงเขา มีความสามารถสูงที่สุดในการแพร่เชื้อมาลาเรียสู่คนมีค่าดัชนีเลือดคน (Human Blood Index)
สูง เป็นต้น



3) ความถี่ของการเข้ากัดคน (Frequency of Man Biting) โดยทั่วไปยุงจะเข้ากัดคนทุก 2-4 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับฤดูกาลเป็นสำคัญ เมื่ออุณหภูมิเฉลี่ยลดต่ำลง ระยะเวลาที่ใช้สำหรับการเจริญเติบโตของไข่ยาวนานขึ้น การเข้ากัดคนก็จะช้าลงกว่าปกติ ทำให้โอกาสของการแพร่เชื้อลดน้อยลงด้วย แต่เมื่ออุณหภูมิเฉลี่ยสูงขึ้น ยุงพาหะจะเข้ากัดคนบ่อยมากขึ้น การแพร่เชื้อก็จะเพิ่มขึ้นด้วย

4) อายุขัย (longevity) โดยทั่วไปยุงเพศเมียจะมีอายุขัยประมาณ 4-6 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิเป็นตัวกำหนด ยุงพาหะที่มีอายุยืนยาวโอกาสที่จะแพร่เชื้อไข้มามากกว่ายุงที่มีอายุสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากพบสไปโรชอยตีในตอม่น้ำลายแล้ว เพราะทุกครั้งที่เข้ากัดกินเลือดคน ยุงสามารถปล่อยเชื้อมาลาเรียเข้าสู่คนได้ทุกครั้งจนตลอดอายุขัย

5) ระยะบิน (Flight Ange) ยุงพาหะแต่ละชนิด มีระยะบินแตกต่างกัน ทั้งนี้มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง เช่น ทิศทางลม สภาพท้องที่ สิ่งกีดขวาง ภูเขา ต้นไม้ ระยะใกล้ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์และแหล่งที่อยู่ของเหยื่อ เป็นต้น ยุงพาหะที่บินได้ไกลก็สามารถแพร่เชื้อไปได้กว้างขวางมาก ยุงพาหะบางชนิดสามารถไปแพร่เชื้อโรคมมาลาเรียในพื้นที่ห่างไกลออกไป โดยติดไปกับเครื่องบิน เรือ รถยนต์ หรือยานพาหนะอื่น ๆ ได้เช่นกัน

2.1.4 วงจรชีวิตของยุงก้นปล่อง ชีววิทยาของยุงก้นปล่อง (Biology of Anopheles) ยุงก้นปล่องมีวงจรชีวิตเป็นแบบสมบูรณ (Complete Metamorphosis) ประกอบด้วย ระยะไข่ (Egg) ลูกน้ำ (Larva) ดักแด้ (Pupa) และตัวเต็มวัยหรือตัวแก่ (Adult)

1) ไข่ยุงก้นปล่อง (Egg) ยุงก้นปล่องจะวางไข่ใบเดียว ๆ ลอยบนผิวน้ำมีลักษณะยาวรีประมาณ 0.5 มิลลิเมตร รูปร่างคล้ายเรือ ซึ่งจะมีฟองลอยเรียก Float ยุงก้นปล่องจะวางไข่ได้ในน้ำหลายลักษณะ ทั้งน้ำจืด น้ำกร่อยและน้ำเค็ม ไข่จะมีประจุไฟฟ้าสังเกตเห็นได้จากการที่ไข่เกาะติดกันเป็นรูปร่างต่าง ๆ ไข่ของยุงก้นปล่องจะฟักในน้ำเสมอไป ระยะเวลาตั้งแต่ไข่จนฟักออกเป็นลูกน้ำจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของยุงและสภาพแวดล้อม โดยทั่วไปยุงก้นปล่องจะวางไข่ครั้งละประมาณ 76-96 ไข่โม่ง เฉลี่ยโดยทั่วไประยะไข่กินเวลาประมาณ 2-3 วัน

2) ลูกน้ำยุงก้นปล่อง (Larva) เมื่อตัวอ่อนเจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะฟักออกจากไข่ (Hatch) ลำตัวของลูกน้ำประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนหัว ส่วนอก และส่วนท้อง ส่วนท้องประกอบด้วยปล้องท้องจำนวน 9 ปล้อง แต่ปล้องที่ 8 และ 9 จะรวมติดกันเป็นระบบหายใจ ในยุงก้นปล่อง (Anopheles) มีรูเปิดหายใจเรียกว่า Spiracular Opening มีจำนวน 2 รู ส่วนยุงชนิดอื่น เช่น ยุงยักซ์ (Toxorhynchites) ยุงรำคาญ (Culex) และยุงลาย (Aedes) ปล้องท้องสุดท้ายจะกลายเป็นท่อหายใจเรียก ไสฟอน (Siphon) บริเวณปากลูกน้ำจะมีแปรง (Mouth Brushes) ลักษณะคล้ายพู่กันทำหน้าที่โบกอาหารเข้าปาก ยุงก้นปล่องจะกินอาหารระดับผิวน้ำ โดยวางลำตัวขนานกับผิวน้ำ (180 องศา) บริเวณด้านบนลำตัวลูกน้ำ (Dorsal) จะมีแผงขนลักษณะคล้ายพัดเรียกปัลเมท (Palmate Hair) หรือ Float Hairs ซึ่งเป็นขนช่วยสำหรับการลอยตัวขนานกับผิวน้ำ ลูกน้ำยุงก้นปล่องจะมีทั้งหมด 4 ระยะ (Instars) ตามลำดับ หลังจากระยะที่ 4 แล้วจะมีการลอกคราบจากรยะที่ 1 เป็นระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ตามลำดับ หลังจากระยะที่ 4 แล้วจะมีการลอกคราบอีกครั้งกลายเป็นระยะดักแด้ หรือตัวโม่ง (Pupa) ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ฟักออกมาจากไข่จนกลายเป็นระยะลูกน้ำระยะที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 8-10 วัน อาจมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและชนิดของยุงก้นปล่อง



3) ดักแด้ หรือตัวโม่่ง (Pupa) เมื่อลูกน้ำลอกคราบครั้งสุดท้ายก็จะเข้าสู่ระยะตัวโม่่งรูปร่างคล้ายเลขหนึ่งไทย ท่อหายใจมีรูปร่างคล้ายแตร (Trumpet) ดักแด้หรือตัวโม่่งไม่กินอาหาร จะลอยตัวนิ่งที่ผิวน้ำเพื่อหายใจเพียงอย่างเดียว ระยะนี้จะกินเวลาประมาณ 2-3 วัน ก็จะลอกคราบอีกครั้งกลายเป็นตัวเต็มวัยบินขึ้นจากผิวน้ำ

4) ตัวเต็มวัยหรือตัวแก่ (Adult) ยุ่งระยะตัวเต็มวัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนหัว ส่วนอก และส่วนท้อง ระยะเวลาดังแต่ไขจนถึงตัวเต็มวัย ใช้เวลาประมาณ 12-14 วันในฤดูร้อน และประมาณ 21-28 วันในฤดูหนาว

(1) ส่วนหัว ประกอบด้วย ตา (Eye) หนวด (Antennae) ปัลปัส (Maxillary Palps) โพรบอสซิส หรือปาก (Proboscis) หนวดของตัวผู้และตัวเมียจะแตกต่างกัน โพรบอสซิสหรือปากยุงมีลักษณะยาวใช้สำหรับเจาะดูด (Piercing & Sucking) ปัลปัสตั้งอยู่ด้านข้างเหนืออวัยวะปากเป็นอวัยวะรับสัมผัสมีจำนวนหนึ่งคู่ในยุงกันปล่อง ปัลปัสจะยาวทั้งตัวผู้และตัวเมีย ส่วนในยุงตัวเมียชนิดอื่น ๆ ปัลปัสจะมีขนาดสั้นกว่าตัวผู้

(2) ส่วนอก (Thorax) อกจะเชื่อมติดกับส่วนหัวด้วยแถบคอเล็ก ๆ (Collar) ส่วนอกประกอบด้วย 3 ส่วน คือ อกส่วนหน้า (Pro-thorax) อกส่วนกลาง (Meso-thorax) และอกส่วนหลัง (Meta-thorax) อกส่วนกลางเป็นบริเวณใหญ่ที่สุดของอกที่ขอบด้านหลังมีแผ่นไคติน (Chitin) เล็ก ๆ เรียกว่า สะคิ้วเตลัม (Scutellum) มีลักษณะกลมซึ่งเป็นลักษณะพิเศษใช้แยกยุงกันปล่องจากยุงตระกูลอื่น บริเวณอกส่วนกลางประกอบด้วยปีกบางเรียวกเล็กจำนวน 1 คู่ และปีกที่หดสั้นจำนวน 1 คู่ เรียก (Halteres) ปีกของยุงกันปล่องจะเป็นลายเรียวก (Wing-venation) บริเวณอกส่วนกลางนี้ยังประกอบด้วยขา 3 คู่ ขายุงประกอบด้วยส่วนสำคัญคือฟีเมอร์ (Femur) ทิเบีย (tibia) และทาร์ซัส (tarsus) ซึ่งทาร์ซัสมีทั้งหมด 5 ปล้อง ในการวินิจฉัยยุงกันปล่อง (Identification) จะอาศัยลวดลายและเกล็ด (Scale) บนปีกยุง ลวดลายของขา ตลอดจนปัลปัสเป็นสิ่งสำคัญ

(3) ส่วนท้อง (Abdomen) ท้องทั้งหมด 10 ปล้อง แต่ปล้องที่ 9-10 จะเจริญไปเป็นอวัยวะสืบพันธุ์ (Genitalia) ดังนั้นจึงมองเห็นได้ชัดเจนเพียง 8 ปล้อง ด้านบนปล้องท้องเรียกแผ่นหลังหรือด้านดอร์ซอลหรือเทอร์โกต์ (Dorsal. Tergite) ด้านล่างเรียกแผ่นท้องหรือด้านเวนทอลหรือสเตอร์ไนท์ (Ventral. Sternite)

เปรียบเทียบลักษณะของยุงกันปล่องกับตระกูลอื่น

1) ท่าเกาะ ยุงกันปล่องเมื่อเกาะพักจะทำมุม 45° กับผิวน้ำ ยุงชนิดอื่นจะเกาะขนานกับผิวน้ำ

2) ไข่ ยุงกันปล่องวางไข่เป็นลักษณะฟองเดี่ยวส่วนยุงชนิดอื่นจะวางไข่เป็นแพ

3) ลูกน้ำ ลูกน้ำยุงกันปล่องจะเกาะขนานกับผิวน้ำ ส่วนยุงชนิดอื่นจะทำมุมกับผิวน้ำ

2.1.5 การติดต่อและอาการของไข้มาลาเรีย

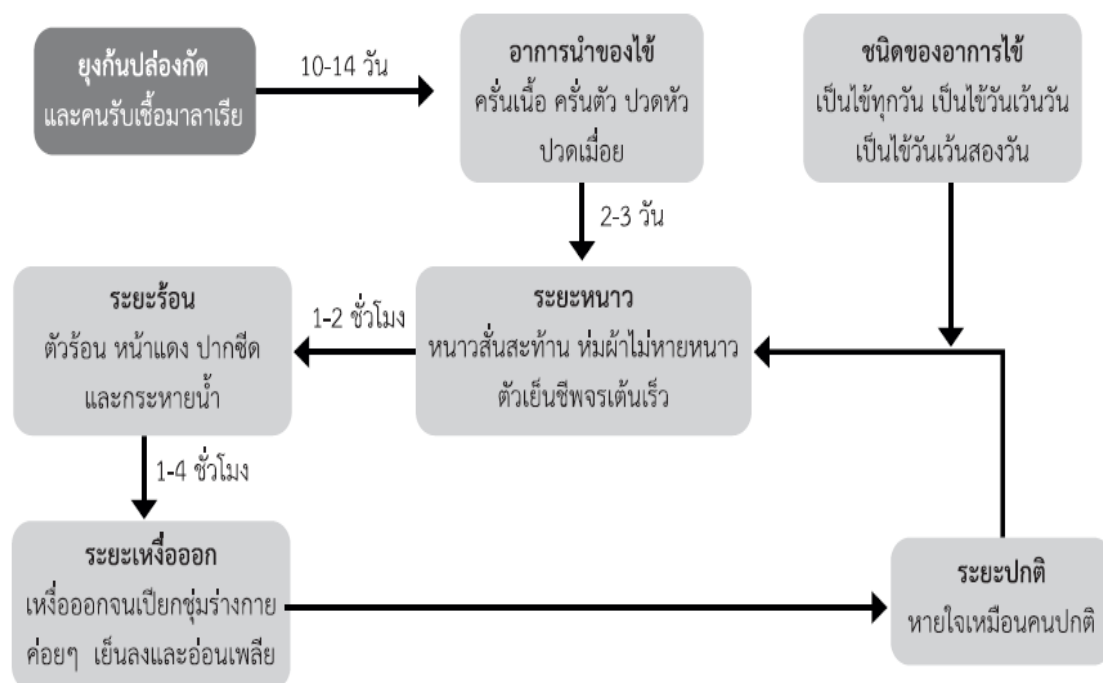
ไข้มาลาเรียติดต่อได้โดยมียุงกันปล่องตัวเมียเป็นตัวนำ เชื้อมาลาเรียจากคนไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยเริ่มจากยุงกันปล่องบางชนิดกัดคนที่เป็นไข้มาลาเรีย แล้วดูดเลือดที่มีเชื้อมาลาเรียเข้าไป เชื้อมาลาเรียจะเจริญเติบโตในตัวยุง ประมาณ 10-12 วัน เมื่อยุงมีเชื้อมาลาเรียไปกัดคน ทำให้คนที่ถูกกัดเป็นไข้มาลาเรีย ซึ่งจะมีอาการเริ่มแรกของไข้หลังจากถูกยุงกันปล่องกัด ประมาณ 10-14 วัน นอกจากนั้นยังมีการติดต่อโดยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ ติดต่อกันมารดาที่มีเชื้อมาลาเรีย ถ่ายทอดทางรกไปสู่ทารกในครรภ์ หรือจากการถ่ายโลหิตจากผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรีย



อาการแสดงของไข้มาลาเรียโดยทั่วไป จะมีอาการนำคล้ายกับเป็นไข้หวัด คือ มีไข้เล็กน้อย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัวและกล้ามเนื้อ อาจมีอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร อาการนี้จะเป็นระยะสั้น เป็นวันหรือหลายวันก็ได้ขึ้นอยู่กับระยะพักตัวของเชื้อมาลาเรียแต่ละชนิด

อาการที่เด่นชัดของไข้มาลาเรียประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

- 1) ระยะหนาว ผู้ป่วยจะมีอาการหนาวสั่น ปากและตัวสั่น ชีต ผิวหนังแห้งหายาบ ใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที ซึ่งเป็นระยะการแตกของเม็ดแดงที่มีเชื้อมาลาเรีย
- 2) ระยะร้อน ผู้ป่วยจะไข้สูง อาจมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนร่วมด้วย ตัวร้อนจัด หน้าแดง กระจายน้ำ
- 3) ระยะเหงื่อออก ผู้ป่วยจะมีเหงื่อออกจนเปียกชุ่มร่างกาย หลังจากระยะเหงื่อออก ร่างกายจะอ่อนเพลีย และหายใจเหมือนคนปกติ



ที่มา: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557)

ภาพประกอบ 2.1 อาการของโรคมลาเรีย

2.1.6 การป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย

โรคมลาเรีย เป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ถ้ารู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด ซึ่งมีอยู่หลายวิธี

2.1.6.1 วิธีป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย

- 1) นอนในมุ้ง หรือมุ้งชุบน้ำยา
- 2) ทายากันยุงบริเวณผิวหนังนอกเสื้อผ้าปกคลุม เช่น แขน มือ ขา และเท้า
- 3) ควรนอนหลับและอาศัยอยู่ในบ้าน หรือกระท่อมที่พันสารเคมีอย่างทั่วถึง



4) พันสารเคมีตามบ้านเรือนของประชาชนในท้องถิ่นที่มีไข้มาลาเรียชุกชุมปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อเป็นกับดักฆ่ายุงกันปล่อง ฤทธิ์ของสารเคมีจะทำให้ยุงตายภายใน 24 ชั่วโมง และสารเคมีจะมีฤทธิ์ตกค้างนาน 6-12 เดือน

5) นำ มุ้งไปชุบน้ำยา ซึ่งไม่มีกลิ่นและไม่ทำอันตรายต่อคน แต่เป็นอันตรายต่อยุงได้ที่หน่วยงานควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงทุกแห่ง

6) ปลอ่ยปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง ปลาหัวตะกั่ว ปลาชิว ปลาแกมบูเซีย ตามบริเวณแหล่งน้ำไหลภายในหมู่บ้าน โดยขอปลาดังกล่าวได้จากหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงทุกแห่ง

7) ดัดแปลงปรับสภาพแหล่งน้ำไหล เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น ถากถางวัชพืชที่ขึ้นริมลำธารน้ำไหล เพื่อให้ น้ำไหลเร็ว หรือกลบถมหลุมไม้ให้เป็นแหล่งน้ำขัง

2.1.6.2 การควบคุมยุงพาหะนำโรคมมาลาเรีย การควบคุมยุงพาหะนำโรคมมาลาเรียให้ได้ผลต้องมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวข้องกับชีววิทยา ชีวนิสัยและนิเวศวิทยาของยุงพาหะ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างโฮสต์ (Host) และสิ่งแวดล้อม การควบคุมยุงพาหะให้ได้ผล

ผู้ปฏิบัติควรคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้วย การควบคุมยุงพาหะมีหลายวิธีดังนี้

1) การควบคุมโดยวิธีบริหารจัดการสภาพแวดล้อม มีหลักการคือ เพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้ไม่เหมาะสมต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ซึ่งนำไปสู่การลดโอกาสสัมผัสกันระหว่างคนพาหะ และเชื้อที่ทำให้เกิดโรค วิธีการจัดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม มีหลายวิธีให้เลือกปฏิบัติขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของพื้นที่ และงบประมาณ การจัดการระบบน้ำที่ถูกต้อง เนื่องจากยุงเกือบทุกชนิดต้องอาศัยน้ำเป็นแหล่งวางไข่ ซึ่งแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิดของยุง เช่น แหล่งน้ำขัง ลำธารไหลริน น้ำกร่อย น้ำเค็ม น้ำเน่าสกปรก หรือน้ำสะอาดในภาชนะต่าง ๆ ดังนั้น การจัดการระบบน้ำที่ถูกต้องจะเป็นการลดแหล่งเพาะพันธุ์ได้ เช่น

(1) การทำท่อระบายน้ำชนิดถาวรมีฝาปิดตลอดทางระบายน้ำ

(2) การป้องกันน้ำเน่าขังในทางระบายน้ำ หรือระบบชลประทานส่งน้ำ

(3) การสำรวจแหล่งน้ำ และป้องกันไม่ให้สกปรกหรืออุดตัน ไม่มีตะไคร่น้ำขึ้น

(4) การกลบ-ถม แหล่งน้ำเน่าเสียที่ไม่ใช่ประโยชน์แล้ว

(5) การปรับปรุงความเร็วของกระแส น้ำ

(6) ในการระบายน้ำ หรือชลประทานส่งน้ำสามารถบริหารจัดการระบบการปล่อยน้ำ และการทำให้น้ำแห้งสลับกันไปได้ ระยะเวลาของการปล่อยน้ำหรือการทำให้น้ำแห้งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ว่าต้องการจะควบคุมยุงพาหะชนิดไหน ตามปกติแล้วไขยุงไม่สามารถอยู่ในสภาพน้ำแห้งได้ ยกเว้น ไขยุงลายบางชนิด ดังนั้นการปล่อยน้ำอาจจะทำทุก 7 วัน (มีน้ำ) แล้วให้น้ำแห้ง 1 วันก็ได้

(7) การดัดแปลงความเร็วของกระแส น้ำ คือปล่อยน้ำในอัตราเร็วสูงสลับกับอัตราเร็วต่ำหรือสร้างเครื่องกีดขวาง ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรบกวนการวางไข่ของยุงและทำให้ไข่ที่ยุงวางไว้แล้วได้รับการกระทบกระเทือน

(8) การปรับปรุงและควบคุมร่มเงาแสงสว่าง เนื่องจากยุงบางชนิดชอบแหล่งน้ำที่มีแสงแดดส่องถึง ยุงบางชนิดชอบร่มเงา ดังนั้นหากเราทราบชีวนิสัยของยุงที่ต้องการจะควบคุม ก็สามารปรับปรุงร่มเงาให้ถูกต้องจนไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงได้ เช่นการจัดการถากถางวัชพืชริมลำธาร นอกจากจะลดร่มเงาในน้ำแล้วยังลดแหล่งเกาะพักของลูกน้ำยุงด้วย



(9) การปรับปรุงตัดแปลงที่อยู่อาศัยและอุปนิสัยของคน เช่น การตัดแปลงบ้านพักให้มีมุ้งลวด

(10) การทำลายขยะหรือนำภาชนะที่ไม่ใช้มาทำประโยชน์อย่างอื่น โดยไม่ปล่อยให้เป็นแหล่งน้ำขังเพื่อไม่ให้ยุงวางไข่

2) การควบคุมโดยใช้สารเคมี การใช้สารเคมีเพื่อควบคุมแมลงอย่างมีประสิทธิภาพผู้ใช้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับชีววิทยา นิเวศวิทยาของแมลงที่จะควบคุม มีความรู้เรื่องเคมีกำจัดแมลงและวิธีการใช้ที่ถูกต้อง เช่น ต้องรู้ว่าแมลงที่จะควบคุมมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างไร แหล่งเพาะพันธุ์อยู่ที่ไหน นิสัยในการออกหากินเป็นอย่างไร แหล่งเกาะพักหรือแหล่งหลบซ่อนอยู่ที่ใด เพื่อจะได้ใช้สารเคมีให้ถูกต้อง

สารเคมีกำจัดแมลงคือสารเคมีทั้งที่เป็นสารบริสุทธิ์และสารสังเคราะห์ที่ใช้ในการฆ่าแมลง การตายของแมลงอาจเป็นลักษณะสัมผัสแล้วตายทันที (Quick Knock Down) หรือสัมผัสแล้วยังไม่ตายทันที (Slow Knock Down) จะตายในโอกาสต่อไป อาจตายภายใน 24 ชั่วโมงหรือมากกว่า การพิจารณาเลือกสารเคมีเหมาะสมมีประสิทธิภาพในการควบคุมพาหะนำโรค ต้องพิจารณาหลักเกณฑ์ดังนี้

(1) มีประสิทธิภาพในการควบคุมพาหะได้สูง และสามารถควบคุมแมลงชนิดอื่น ๆ ที่อยู่อาศัยในบ้านเรือนได้ด้วย

(2) มีพิษต่อคนและสัตว์ต่ำ

(3) ไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สะสมในดินและน้ำ

(4) ใช้ง่ายสะดวก ไม่ทำให้เครื่องพ่นฝุ่กร่อน

การพ่นสารเคมีควบคุมยุงกันปล่องจะใช้วิธีพ่นให้มีฤทธิ์ตกค้าง (Residual Spraying) โดยการพ่นภายในพื้นผิวบ้าน เมื่อยุงเข้ามาในบ้านและเกาะพัก จะได้รับสารเคมีที่พ่นตกค้างไว้มีผลทำให้ยุงตาย หรือมีอายุสั้นลง เป็นการลดความหนาแน่นของยุงพาหะ และทำให้อายุยุงสั้นลง

สารเคมีกำจัดแมลงที่นำมาใช้ในงานควบคุมพาหะนำโรค แบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

(1) ออร์กาโนคลอเรีย เช่น DDT

(2) ออร์กาโนฟอสเฟต เช่น Fenitrothion (FNT), Abate®

(3) คาร์เมต เช่น Propoxur

(4) ไพรีทรอยด์ Permethrin, Deltamethrin

สารเคมีดังกล่าวข้างต้นทั้ง 4 กลุ่ม มีด้วยกันหลายชนิด ส่วนมากมีความเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนกลางของแมลง ทำให้แมลงเป็นอัมพาตและตายในที่สุด แต่ยังมีสารบางประเภทที่ฤทธิ์ในการหยุดยั้งการเจริญเติบโตของแมลง (Insect Growth Regulator) และสารเคมีสังเคราะห์คล้ายฮอร์โมนของแมลง เมื่อแมลงได้รับสารเคมีเหล่านี้ในปริมาณที่พอเหมาะจะหยุดยั้งการเจริญเติบโตของแมลงได้ เช่น สารเคมีสังเคราะห์ใช้ควบคุมการลอกคราบของแมลง โดยปกติแมลงหรือยุงจะการลอกคราบหลายครั้งจึงเป็นตัวเต็มวัย โดยมีฮอร์โมนกระตุ้นการลอกคราบ สารเคมีคล้ายฮอร์โมนทำให้แมลงไม่สามารถลอกคราบได้และตายในที่สุด เช่น ไพริพรีอ็อกซิเฟน (Pyriproxyfen) เป็นต้น

3) การควบคุมโดยใช้วิธีทางชีววิทยา หรือการใช้สิ่งมีชีวิตควบคุมกันเอง คือ การนำสิ่งมีชีวิตมาควบคุมทำลายสิ่งมีชีวิตด้วยกันเอง หลักการมีหลายแบบ เช่น การใช้สิ่งมีชีวิตเป็นตัวห้ำ (ผู้ล่า) หรือเป็นตัวเบียน (เข้าไปเบียดเบียน) การใช้ตัวห้ำ (Predator) เช่น



(1) การปล่อยปลากินลูกน้ำลงในแหล่งเพาะพันธุ์ยุง หรือแหล่งที่มีลูกน้ำยุงมาก ๆ เช่น การใช้ปลาหัวตะกั่ว ปลาแกมบูเซีย และปลาหางนกยูง เป็นต้น

(2) การใช้ลูกน้ำยุงยักษ์กินลูกน้ำที่เล็กกว่า พบว่ายุงยักษ์หนึ่งตัวสามารถกินลูกน้ำได้วันละมากกว่า 10 ตัว และจะกินได้มากขึ้นเมื่อลูกน้ำยุงยักษ์กลายเป็นระยะที่ 3 และ 4

(3) การใช้แมลงบางชนิดกินลูกน้ำยุง เช่น แมงดาสวน มวนแมงป่องน้ำหรือมวนยักษ์ เป็นต้น

การใช้ตัวเบียน (Parasite) เช่น ไข่เดือนฝอย บางชนิดมีขนาดเล็กมากอาศัยอยู่ เช่น หนอนพยาธิใน Family Mermithidae ชื่อ *Romanomermis culicivorax* เมื่อถูกลูกน้ำยุงกินเข้าไป จะไม่ตาย แต่เข้าไปเจริญเติบโตในกระเพาะอาหารยุง เมื่อไข่เดือนฝอยโตมากขึ้นมีผลทำให้ลูกน้ำที่องแตกตาย และยังมีไข่เดือนฝอยบางชนิดชอบวางไข่ในดิน เมื่อฟักออกมาจากไข่จะว่ายน้ำอย่างรวดเร็วไขเข้าไปในบริเวณลำตัวของลูกน้ำ ทำให้ลูกน้ำตายเพราะสูญเสียน้ำ

การใช้เชื้อโรคทำให้ยุงตาย

(1) สัตว์เซลล์เดียว (Protozoa) ปล่อยบริเวณที่มีลูกน้ำชุกชุม เมื่อลูกน้ำกินเข้าไป สัตว์เซลล์เดียวเหล่านี้จะปล่อยของเสียซึ่งเป็นอันตรายต่อลูกน้ำ ทำให้ลูกน้ำตาย

(2) การใช้เชื้อราชั้นต่ำที่อาศัยอยู่ในน้ำ เชื้อราในสกุล *Coelomomyces*, *Culicinomyces*, *Lagenieium* เป็นต้น

(3) การใช้แบคทีเรีย (จุลินทรีย์) จากธรรมชาติ เช่น แบซิลัส ทูรินจิว (Bacillus thuringiensis) แบซิลัสชนิดนี้มีอยู่ในดินและทำการแยกสายพันธุ์ได้ในปี พ.ศ. 2519 เชื้อจุลินทรีย์ชนิดนี้เมื่อเจริญเติบโตจะทำการแบ่งตัวจำนวนมาก และเมื่อเจริญเติบโตระยะหนึ่ง จะทำการสร้างสปอร์รูปรูปร่างและผลึกโปรตีน ซึ่งเป็นสารมีพิษ (Delta Endotoxin) หลังจากลูกน้ำกินจุลินทรีย์เข้าไป ลูกน้ำยุงจะปล่อยน้ำย่อย (เอนไซม์) ไปย่อยผลึกโปรตีนนี้สลายเป็นโพลีเปปไทด์ ซึ่งเป็นสารพิษ (Toxin) ออกฤทธิ์ทำลายเยื่อบุผนังกระเพาะและทางเดินอาหารของลูกน้ำ ทำให้เซลล์ผนังกระเพาะบวมแตก และในขณะเดียวกันสารพิษที่เกิดจากกระบวนการนี้จะเข้าสู่ระบบไหลเวียนของลูกน้ำยุงทำให้ลูกน้ำยุงตายอย่างรวดเร็ว ส่วนสปอร์และผลึกโปรตีน ที่ตกค้างอยู่จะสลายตัวไปเองตามธรรมชาติ ซึ่งไม่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม

4) การควบคุมโดยใช้วิธีทางพันธุกรรม ใช้หลักการเรื่องการจำกัดการขยายพันธุ์ ทำอย่างไรจะให้ยุงเป็นหมัน หรือทำอย่างไรจะไม่ให้ยุงตัวเมียสามารถแพร่พันธุ์ได้ตามปกติ ซึ่งขั้นตอนในการทำให้ยุงเป็นหมันมีหลายรูปแบบ คือ

(1) การใช้สารกัมมันตรังสีฉายแสงยุงตัวผู้ ทำให้เซลล์สืบพันธุ์และน้ำเชื้อผิดปกติ ดังนั้นเมื่อยุงตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศไปผสมพันธุ์กับยุงตัวเมียที่ปกติในธรรมชาติ จะทำให้ไข่ยุงตัวเมียผิดปกติไปด้วย เช่น ไม่สามารถเจริญเติบโตได้ตามปกติ อาจตายก่อนถึงระยะตัวเต็มวัย หรือทำให้ยุงตัวเมียไม่สามารถวางไข่ได้

(2) การใช้หลักการคัดเลือกพันธุ์ทางธรรมชาติ เช่น การคัดเลือกสายพันธุ์จากยุงชนิดซับซ้อน (Species Complex) เมื่อคัดเลือกได้พันธุ์ที่เป็นหมันก็ปล่อยสู่ธรรมชาติ ข้อเสียของวิธีนี้คือ แพง และต้องใช้เทคโนโลยีสูง



5) การควบคุมโดยใช้วิธีการแบบผสมผสาน พบว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการควบคุมยุงพาหะ หลักการคือ การใช้วิธีดังกล่าวข้างต้น 1-4 วิธีใดวิธีหนึ่งมากกว่า 2 วิธี มาผสมผสานในการควบคุมยุง ส่วนจะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของยุง วัตถุประสงค์และงบประมาณที่มีอยู่ นอกจากการควบคุมยุงโดย 5 วิธีดังกล่าวข้างต้น วิธีที่ดีที่สุดที่จะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคติดต่อมาโดยแมลงคือ การป้องกันตนเองจากยุงกัดโดย

- (1) นอนในมุ้ง ings มุ้งชุบ และไม่มุ้งชุบน้ำยา หรือการสวมเสื้อผ้าให้มิดชิดในเวลาค่ำคืน
- (2) การใช้ยาจุดกันยุง การสูมไฟไล่ยุง
- (3) การใช้สารทาป้องกันยุง ซึ่งมีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ยุงกัด สารทาป้องกันยุงกัดมีหลากหลายชนิด ทั้งที่ทำจากพืชสมุนไพร และผลิตจากสารเคมีซึ่งอาจมีส่วนประกอบของ Benzyl Benzoate. Butylethyl. Propanediol. DEET (N. N-diethyl-3 methylbenzamide). Dibutyl Phthalate. Dimethyl Carbat. Ethyl Hexanedilol เป็นต้น
- (4) ให้สุขศึกษาแก่คนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน
- (5) ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขทุกรูปแบบ
- (6) หมั่นทำบ้านเรือนให้สะอาดอยู่เสมอ
- (7) ไปพบแพทย์เมื่อสงสัยจะเป็นโรคเพื่อรับการรักษา ซึ่งเป็นการตัดวงจรการติดต่อ

2.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้าน จิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role Behavior)

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความสะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1974) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

Janz และ Backer (1984) ได้อธิบายเกี่ยวกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม จะให้ความ



ร่วมมือและยอมรับจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี จึงให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค (Janz and Backer, 1984 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552)

2.2.1 องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 6 ประการ คือ

2.2.1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการร้ายที่จะเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อ ต่อโอกาสของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker (1974) จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคลจากการที่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค ผู้ที่มีระดับการรับรู้ที่สูงกว่าโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ย่อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่า ผู้ที่ไม่รับรู้หรือมีการรับรู้ในระดับต่ำ (Gochman, 1986) สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นด้วยกลวิธีต่างๆ ดังเช่น Rosenstock (1966 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้เสนอวิธีพัฒนาระดับการสอน (Teaching Techniques) และวิธีปรับพฤติกรรม (Behavior Modification Techniques) วิธีการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการเรียนรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของบุคคลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal Influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม (Group Influence) มาเป็นส่วนประกอบในการสอน Rosenstock (1974) ยังได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออก เป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยวิธีการสอนรายบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น

2) ระดับกลุ่ม เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโดยใช้แรงผลักดันทางสังคม เช่น จัดให้มีการอภิปรายโต้แย้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

3) ระดับชุมชน เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคมและสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนวิธีการปรับพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการตัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้อ่อนแอต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา



วิธีปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย หรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่

2.2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาการเกิดโรค แทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceive Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่หลีกเลี่ยงการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้ อาจมีความหมายแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (Becker, 1974) การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

2.2.1.3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือทำให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อการไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านี้ โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลเสีย มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

2.1.2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้



2.1.2.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

2.1.2.6 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น
- 2) ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

- 3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพพบว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีสิ่งกระตุ้น เช่น การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักนับถือ มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะช่วยทำให้บุคคลมีการแสดงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง โดยการศึกษาของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยได้จัดทำเป็นกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคมะเร็ง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง

2.3 แนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)

2.3.1 ที่มาของแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) หมายถึง มุมมอง ด้านสุขภาพที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านสุขภาพของ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับ มนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม โดยความหมายของสุขภาพหนึ่งเดียวจะโยงถึงความสำคัญและ ความสัมพันธ์ด้านต่างๆ ของแต่ละปัจจัยที่มีผลทั้งการก่อเกิด และผลกระทบต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีแนวคิด นำไปสู่การดึงผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เข้ามาเพื่อปฏิบัติงานร่วมกันและร่วมพัฒนางานดังกล่าวอย่างเป็นเอกภาพ ให้เื้อื่อต่อ การมีชีวิตที่ดีของ



ทุก “ชีวิต” บนโลกใบนี้แยกกันไม่ได้ ดังคำกล่าวว่า “สุขภาพหนึ่งเดียว” ซึ่งหมายถึง สุขภาพของทุกชีวิตบนโลกใบนี้รวมกันเป็นหนึ่งเดียวนั่นเอง (ธนวัฒน์ ศุภนิตยานนท์, 2557)

แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ One Health ถือเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยเป็นวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพแนวใหม่ที่รวมเอาแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีโดยองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างวิทยาศาสตร์หลากหลายแขนง อีกทั้งยังต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนอันเกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่างมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า การนำแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวมาสู่การปฏิบัติจริงยังคงมีข้อจำกัดอยู่อีกมาก เนื่องจากความแตกต่างระหว่างหน่วยงานในด้านต่าง ๆ เช่น แนวคิด เป้าหมาย และวิธีการทำงาน อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีตระหนักร่วมกันว่า ในการรับมือหรือแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่นั้น ไม่สามารถดำเนินการได้เพียงภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง หากจำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อันดี และความร่วมมือกันในการแบ่งปันข้อมูล ข่าวสาร และองค์ความรู้ รวมถึงการทำงานร่วมกันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษา การสอบสวน และควบคุมโรค จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวในประเทศไทย จึงถือเป็นความพยายามในเบื้องต้น เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการปฏิบัติตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และเป็นการเตรียมความพร้อมในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพได้ต่อไปในอนาคต

2.3.2 วัตถุประสงค์ในการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว

2.3.1.1 เพื่อให้มีการประสานงานและร่วมกันจัดหาทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ระหว่างภาคส่วน ภายใต้หลักการ สุขภาพหนึ่งเดียว ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและระหว่างประเทศ

2.3.1.2 สนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ และแนวทางการฝึกอบรมบุคลากรระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสัตว์ สุขภาพสัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข

2.3.1.3 สนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ และแนวทางการฝึกอบรมบุคลากรระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสัตว์ สุขภาพสัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข

2.3.1.4 สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายระดับชาติภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

2.3.1.5 กลไกการทำงานของเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว มีศูนย์ประสานงานเป็นกลไกหลักในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเครือข่ายและผลักดันให้มีการดำเนินงานตามกรอบการทำงาน

2.3.1.6 ศูนย์ประสานงาน จัดตั้งเป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว ประเทศไทย โดยมีคณะผู้ประสานงาน (รับสมัครด้วยความสมัครใจ) เป็นกลไกหลักในติดต่อประสานงานในเครือข่าย ที่ตั้งของศูนย์ประสานงาน ในเบื้องต้นตั้งอยู่ที่สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



2.3.3 การกิจ/กรอบการทำงานของเครือข่ายความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว

2.3.3.1 พัฒนาแหล่งข้อมูล (Informational Resource) ในด้านต่างๆ เช่น

- 1) ทำเนียบเครือข่ายของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษา และสมาชิกเครือข่าย
- 2) กิจกรรมที่มีการดำเนินการอยู่และจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก รวมถึงการประชุม สัมมนาที่เกี่ยวข้อง
- 3) การศึกษาวิจัยและผลงานตีพิมพ์ที่ใช้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว
- 4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหนึ่งเดียวอื่นๆ

2.3.3.2 เชื่อมโยงการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว โดยวิธีต่างๆ

- 1) จัดให้มีเวทีในการแสดงตัวอย่างการทำงานตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (Sharing Examples of Success and Best Practices)
- 2) พัฒนาการติดต่อสื่อสารเชิงรุกระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ
- 3) พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสัตว์สุขภาพสัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข
- 4) พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์/แนวทางในการดำเนินงานกิจกรรมด้านสุขภาพหนึ่งเดียว ทั้งระยะสั้นและระยะยาวในประเทศไทย
- 5) แจ้งเตือนเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ต้องอาศัยการทำงานตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวในเครือข่าย
- 6) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวไปยังหน่วยงานอื่นๆ ให้กว้างขวางและนำไปปฏิบัติได้มากขึ้น
- 7) สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรระหว่างหน่วยงาน
- 8) บริหารและประสานแหล่งเงินทุนเพื่อพัฒนาและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว

2.3.3.3 การบริหารงานของเครือข่ายความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว

- 1) ดำเนินงานภายใต้การกำกับทิศทางของประธานร่วมในลักษณะการนำร่วม (Collective Leadership)
- 2) มีผู้แทนจากหน่วยงานสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า ระบบนิเวศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกันทำงาน
- 3) มีการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance)
- 4) เครือข่ายความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว จะร่วมมือกันกับเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า และระบบนิเวศ ในประเทศไทย ทั้งภาครัฐ เอกชน รวมทั้งสถาบันการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการทำงานอย่างเป็นเอกภาพ และร่วมกันจัดหาแบ่งปัน ทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ทั้งในและระหว่างประเทศ เพื่อการทำงานร่วมกันตามแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมสูงสุด เพื่อประโยชน์สาธารณะและสุขภาพที่ดีของทุกชีวิต



2.3.3.4 งบประมาณ มาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานสนับสนุน เช่น องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ (USAID) ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (US-CDC) โดยสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้การสนับสนุนในเบื้องต้น

2.3.3.5 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1) กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2) กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
3) กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

4) องค์การสวนสัตว์ในพระบรมราชูปถัมภ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- 5) มหาวิทยาลัย
- 6) ภาควิชาต่างๆ
- 7) หน่วยงานเอกชน
- 8) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- 9) หน่วยงานอื่น ๆ

2.3.3.6 หน่วยงานสนับสนุน ได้แก่

1) องค์การอนามัยโลก (WHO)
2) องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)
3) ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (US-CDC)
4) องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ (USAID) (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค, 2555)

2.3.4 ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559, 2555)

ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เป็น 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์ในแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

2.3.4.1 วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้หน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องด้านโรคติดต่อ อุบัติใหม่ ทั้งภาคสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม มีความร่วมมือกันด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)

2) เพื่อให้หน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องมีศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.4.2 ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

1) มีกลไกการประสานงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ แบบบูรณาการ ทั้งภาคสุขภาพคน สัตว์ และสัตว์ป่า



2) ระบบการเฝ้าระวังโรคสามารถตรวจพบโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในประเทศได้อย่างรวดเร็วภายในระยะต้นของการระบาด

3) เครือข่ายห้องปฏิบัติการสามารถตรวจหาเชื้อสาเหตุของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ตามเวลามาตรฐานของแต่ละหน่วยงานกำหนด และมีห้องปฏิบัติการชีวโมเลกุลที่มีมาตรฐานเพียงพอ

4) บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทั่วประเทศ สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสามารถป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคในสถานพยาบาลได้ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.3.4.3 กลยุทธ์การดำเนินงาน

1) กลยุทธ์เสริมสร้างความเข้มแข็งของการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ มีมาตรการและแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

(1) ประเมินและกำหนดนโยบายในการลดความเสี่ยงของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนอย่างเป็นระบบด้วยความร่วมมือแบบพหุภาคี

(2) ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่เป็นประโยชน์กับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้เหมาะสม

(3) ส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคในคน สัตว์ และสัตว์ป่า ที่บริเวณช่องทางเข้าออกประเทศทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ตามแนวทางของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (พ.ศ. 2548)

(4) พัฒนางานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ รวมทั้งด้านบริเวณชายแดน

(5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ตามช่องทางเข้าออกประเทศและแนวชายแดน

(6) ปลูกฝังจิตสำนึกการปฏิบัติงานตอบสนองแบบสหสาขา ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวในการจัดการศึกษาระดับต่างๆ ของหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2) กลยุทธ์บูรณาการระบบเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระหว่างภาค คน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม มีมาตรการและแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

(1) จัดให้มีกลไกความร่วมมือระดับชาติ ในการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการระหว่างภาคคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาภาคสนามและระบาดวิทยาโมเลกุล เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และต่างประเทศ

(2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบติดตามการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ

(3) ให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่มีแนวโน้มจะเกิดการแพร่ระบาด แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง

(4) ทบทวนและซักซ้อมการแจ้งข่าวการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างสม่ำเสมอ

(5) ส่งเสริมประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยใช้การวินิจฉัยและรายงานโรคตามกลุ่มอาการอย่างเหมาะสม



(6) จัดให้มีระบบเฝ้าระวังโรคสำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ และมีแนวโน้มที่จะระบาดในสัตว์ในพื้นที่เสี่ยง

(7) จัดให้มีระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกสำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญและมีแนวโน้มที่จะระบาดในคน รวมถึงโรคในกลุ่มอาการที่สำคัญ เช่น สมองอักเสบ (Encephalitis) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) และปอดอักเสบอย่างรุนแรง (Severe Pneumonia)

(8) ประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในการรายงานการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสัตว์และคน

(9) ส่งเสริมบทบาทของหน่วยงานในท้องถิ่น ประชาชนและอาสาสมัครในการเฝ้าระวังและรายงานโรคและกลุ่มอาการแสดงที่อาจบ่งถึงการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น สัตว์ป่วยหรือตายผิดปกติ การขาดเรียนหรือขาดงานผิดปกติ

(10) พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทั้งในคนและสัตว์

(11) จัดทำระบบมาตรฐานข้อมูลและนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ ๆ มาใช้เพื่อการเฝ้าระวัง

3) กลยุทธ์พัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายทางห้องปฏิบัติการ มีมาตรการและแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

(1) พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการอ้างอิงระดับชาติ ให้มีมาตรฐานสากลด้านการประกันคุณภาพ และระบบชีววินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

(2) สร้างห้องปฏิบัติการชีววินิจฉัยที่มีมาตรฐานเพียงพอ เพื่อการตรวจหาเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่

(3) พัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติทางสาธารณสุข เพื่อให้สามารถสนับสนุนงานด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในสถานะที่มีการระบาดใหญ่

(4) จัดหากำลังคนด้านห้องปฏิบัติการให้เพียงพอสำหรับการรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ทั้งสภาวะปกติ และในสถานะที่มีการระบาดใหญ่

(5) ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในการตรวจหาเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่และจัดการข้อมูลทางระบาดวิทยา

(6) จัดทำแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติงานระดับชาติ สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคติดต่ออุบัติใหม่

(7) พัฒนาระบบและแผนการจัดเก็บรวมทั้งการส่งต่อสิ่งส่งตรวจให้มีคุณภาพปลอดภัย และมีการฝึกซ้อมแผนอย่างสม่ำเสมอ

(8) ให้องค์กรตามกฎหมายดำเนินการควบคุม ประเมินคุณภาพตามมาตรฐานสากล เพื่อให้การรับรองคุณภาพน้ำยา ชุดทดสอบที่ใช้ในงานบริการสำหรับการวินิจฉัยผู้ป่วยทั้งที่ผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค

(9) พัฒนาระบบรายงานผลเพื่อให้สามารถแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถึงผู้เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันเหตุการณ์

(10) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลเชื้อโรค ที่รวบรวมข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลความไวและการดื้อยาด้านจุลชีพ ข้อมูลพันธุกรรมของเชื้อโรคติดต่อ รวมทั้งปรับปรุงระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูล



ระหว่างห้องปฏิบัติการเครือข่าย ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และทันเหตุการณ์โดยผ่านทางอินเทอร์เน็ต

(11) จัดให้มีเครือข่ายของศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีประสบการณ์สูงในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มโรคต่าง ๆ

4) กลยุทธ์พัฒนาระบบการวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาล และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีมาตรการและแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

(1) ส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้มีขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่

(2) จัดระบบรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และจัดซ้อมแผนอย่างสม่ำเสมอ

(3) พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ในด้านการวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาพยาบาล และการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในสถานพยาบาล

(4) พัฒนาระบบเครือข่าย การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในสถานพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน และในชุมชน รวมถึงระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่

(5) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการสำรองทรัพยากรที่จำเป็น

(6) จัดทำคู่มือ แนวทางการเตรียมความพร้อมระดับชาติ ด้านการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาพยาบาล การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อ และฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ

5) กลยุทธ์เสริมสร้างความเข้มแข็งของการสอบสวน และควบคุมโรคเชิงบูรณาการ มีมาตรการและแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

(1) พัฒนากลไกการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนสาธารณสุขปศุสัตว์ สุขภาพสัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม และภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการสอบสวนและควบคุมโรคติดต่อ

(2) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการสอบสวนและควบคุมโรคติดต่อทั้งในภาคสุขภาพสัตว์และสาธารณสุข ทั้งในภาครัฐและเอกชน ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

(3) สนับสนุนการสอบสวน และควบคุมโรคติดต่อ ทั้งในชุมชน สถานพยาบาล และห้องปฏิบัติการ

(4) ปรับปรุงระบบการแยกผู้ป่วย (Isolation) และการแยกกัก (Quarantine) ผู้สัมผัสโรค

(5) พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างประเทศในการเตรียมความพร้อมป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

(6) ส่งเสริมการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ในการควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการปรับปรุงสุขาภิบาลทั้งในเขตเมืองและชนบท

(7) ดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างบูรณาการระหว่างภาคสาธารณสุข ปศุสัตว์ สัตว์ป่าและสิ่งแวดล้อม



การดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวในประเทศไทยเป็นกลไกความร่วมมือทุกภาคส่วนที่จะช่วยลดผลกระทบมหาศาลต่อเศรษฐกิจ ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มีความสอดคล้องกับการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐในด้านต่าง ๆ เช่น นโยบายประชารัฐ หรือการดำเนินงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทำให้การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งระหว่างหน่วยงานราชการต่างกระทรวง และระหว่างภาครัฐและเอกชนหรือชุมชน มีความมั่นคงและราบรื่นมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหากมีเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง ชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีสรรพกำลังที่พร้อมจะให้ความร่วมมือ จะส่งผลดีต่อเสถียรภาพในการปฏิบัติงานของภาครัฐ อันก่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนในอนาคตสืบไป (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค, 2559)

สรุป สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) แสดงถึงความสัมพันธ์ของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมอย่างใกล้ชิด มองทุกชีวิตรวมเป็นสุขภาพอันหนึ่งอันเดียวไม่สามารถมีเส้นแบ่งความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของแต่ละสิ่งมีชีวิตได้ การเจ็บป่วยหนึ่งอาจมีความเกี่ยวเนื่องและอาจมีความเป็นสาเหตุ (Causative) ของกันและกัน ระหว่าง Species ของสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ บนโลกใบนี้ หากพิจารณาถึงการเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งของมนุษย์ สัตว์ หรือสิ่งแวดล้อมแล้ว อาจพบความสัมพันธ์กับชีวิตอื่น ๆ ที่อาจจะเป็นตัวแปรสำคัญในการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพกลับมาโดยเร็วได้เพื่อไม่ให้เป็นการเสียสมดุลทางสุขภาพ หากแต่มีการตระหนักและพึงระวังถึงความเป็นไปได้ดังกล่าว การดูแลสุขภาพในแนวคิดของสุขภาพหนึ่งเดียว จะทำให้การมีสุขภาพที่ดีคงอยู่ต่อไปได้โดยไม่ถูกทำลายสมดุลดังกล่าว

จากการศึกษาเรื่องแนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำแนวทางการดำเนินงานตามระบบสุขภาพหนึ่งเดียว โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินที่เกี่ยวกับมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภออนาคิ จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ทั้งนี้ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานซึ่งมาจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และดำเนินการพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุขบง เจาพานนท์ (2550) ศึกษาประสิทธิผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทางด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันไข้มาลาเรีย คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรีย และการรับรู้ต่อผลดีในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยด้วยไข้มาลาเรียภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) สำหรับก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป้องกันไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการป้องกันไข้มาลาเรีย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) ภายหลังการ



ทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นไข้มาลาเรีย และการรับรู้ต่อผลดีในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นไข้มาลาเรียกับพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร และอายุเพศ ระดับความรู้ ประสบการณ์การป่วยด้วยไข้มาลาเรีย การรับรู้เรื่องมาลาเรีย กับการรับรู้ทางด้านสุขภาพรวมทุกหมวด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ข้อเสนอแนะ ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงในระดับท้องถิ่นให้เป็นรูปธรรม และควรศึกษาและกำหนดกลุ่มเป้าหมายก่อนนำขั้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคม ประยุกต์ใช้ในการวางแผน และดำเนินการรณรงค์เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและบรรลุการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

ไพวรรณ เหล่าวัฒนาถาวร (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตัวมากขึ้นกว่าการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในทุกด้าน มีกลุ่มทดลองบางส่วนปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการล้างมือ การจับไก่ด้วยมือเปล่า การนำไก่ที่ตายในบ้านมารับประทาน รวมทั้งการเฝ้าระวังตัวเองด้วยการสังเกตอาการเจ็บป่วย

รศมี ศรีชื่น (2551) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดโรคมมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทยสหภาพเมียนมาร์ จังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา บุคคลในครอบครัวมีประวัติการติดโรคมมาลาเรีย และการเข้าไปพักค้างนอกพื้นที่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการติดโรคมมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.05$ เมื่อควบคุมปัจจัยทางเพศและอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการติดโรคมมาลาเรียคือ อาชีพทำสวน โดยเฉพาะผู้ที่ประกอบอาชีพทำสวนยางพารา สวนปาล์มมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคมมาลาเรียมากกว่าอาชีพอื่น ๆ เป็น 4.037 เท่า (Adjusted OR=4.037, 95%CI=1.289-5.435, $p\text{-value} = 0.016$) บุคคลในครอบครัวมีประวัติการติดโรคมมาลาเรีย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคมมาลาเรียมากกว่าไม่มีประวัติการติดโรคมมาลาเรียเป็น 2.544 เท่า (Adjusted OR=2.544, 95%CI=1.246-5.192, $p\text{-value} = 0.010$) การเข้าไปพักค้างนอกพื้นที่อาศัย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคมมาลาเรียมากกว่าผู้ที่ไม่ไปพักค้างนอกพื้นที่อาศัยเป็น 5.564 เท่า (Adjusted OR=5.564, 95%CI=1.860-16.642, $p\text{-value} = 0.002$) บุคคลที่ทำงานอยู่ใกล้แหล่งน้ำ/อยู่ในสวน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคมมาลาเรียมากกว่าทำงานที่อื่นเป็น 0.239 เท่า (Adjusted OR=0.239, 95%CI=0.070-0.819, $p\text{-value} = 0.023$)

ออมทรัพย์ ดีล้ำ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการใช้วิธีการป้องกันโรคมมาลาเรียของชาวบ้านตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาด้านจังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ชาวบ้านตามแนวชายแดนประเทศไทย กัมพูชาด้านจังหวัดสุรินทร์ มีพฤติกรรมการใช้วิธีการป้องกันโรคมมาลาเรียโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ชาวบ้านมีวิธีการป้องกันการใช้วิธีการป้องกันโรคมมาลาเรียแตกต่างกันตามเพศ อาชีพ การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคมมาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมาลาเรีย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคมมาลาเรีย ความคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับ ความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมมาลาเรีย และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เมื่อวิเคราะห์การจำแนกพบพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัว สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการใช้วิธีการป้องกันโรคมมาลาเรียของชาวบ้านได้ ร้อยละ 23.8



จิรพัทธ์ ธนบัตร (2555) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งของประชาชนในตำบล จ.ป.ร. อำเภอกะบุรี จังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็ง โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ประชาชนที่มีระดับการศึกษา อายุ การป่วยเป็นโรคมะเร็งแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ที่ได้รับการพบสารเคมีฆ่าหญ้า และการเดินทางข้ามแดนต่างก็มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งไม่แตกต่างกัน และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้กับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยสรุปความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ดังนั้นควรส่งเสริมความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคมะเร็งเพื่อให้ประชาชนมีการป้องกันโรคมะเร็งมากขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมะเร็งอย่างยั่งยืนต่อไป

ปรีชา ปิยะพันธ์ (2556) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง อยู่ในระดับไม่เหมาะสม (ร้อยละ 62.2) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.133$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.179$) วัสดุ อุปกรณ์ป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.119$) และการกระตุ้นเตือนมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .398$) ส่วนปัจจัยที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ($p\text{-value}>0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งและการเข้าถึงบริการในคลินิกมะเร็ง ดังนั้น การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน พัฒนาสื่อให้มีคุณภาพ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรคให้เพียงพอ สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในระดับครอบครัว ชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่ดีมีประสิทธิภาพและเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

รุ่งระวี ทิพย์มนตรี (2556) ศึกษาผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคมะเร็งในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ผลการศึกษาพบว่า ในเชิงคุณภาพจากการสำรวจความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน พบว่า นักเรียนในพื้นที่โครงการมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งในระดับปานกลาง มีระดับการรับรู้ค่อนข้างสูง และมีระดับพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า มีการเจาะโลหิต 7,644 ครั้ง พบเชื้อ 106 ราย อัตราป่วยเมื่อสิ้นสุดโครงการ(5 เดือน) คือ 63.4 ต่อพันประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาพบว่ามีแนวโน้มลดลง

มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียชาวบ้านจ้อง อ.โปงผา อ.แม่สาย จ.เชียงราย โดยศึกษาในกลุ่มประชากรในกลุ่มอายุ 15-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในบ้านจ้อง โดยการจัดทำแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ในการควบคุมป้องกัน



โรคมะเร็ง แต่ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ ปัจจัยการสนับสนุนจากภาครัฐ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = 0.1533, 0.2162, 0.4735$ ตามลำดับ)

วิชัย สติมัย (2556) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนการระบาดและการดำเนินการควบคุมไข้มาลาเรียพื้นที่โดยอาสาสมัครชุมชน (อสช.) ในท้องถิ่น กิ่งอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยองศึกษาเชิงปฏิบัติการระหว่างเดือนตุลาคม 2555 - ธันวาคม 2556 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเตรียมความพร้อมก่อนการระบาดและการดำเนินการควบคุมไข้มาลาเรียพื้นที่โดยอาสาสมัครชุมชน (อสช.) ในท้องถิ่นพื้นที่ศึกษาคือหมู่ที่ 3, 7 และ 8 ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง โดยทำการคัดเลือก อสช.หมู่บ้านละ 6 คน รวม 18 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการอบรม อสช. เจาะโลหิตค้นหาผู้ป่วยได้ 166 รายตรวจพบเชื้อมาลาเรีย 1 รายที่หมู่ 3 ระยะเวลาเมื่อเริ่มป่วยจนเข้ามารักษา จำนวน 3 วัน และ อสช. สามารถทำตารางวิเคราะห์สถานการณ์ไข้มาลาเรียได้ถูกต้องด้านงานควบคุมยุงพาหะดำเนินการพ่นเคมีได้ 166 หลังคาเรือนชุบมุ้งได้ 210 หลัง ให้สุขศึกษา เป็นรายบุคคลรายกลุ่มแจกเอกสารแผ่นพับและปิดโปสเตอร์ตามที่ตั้งต่างๆ นอกจากนี้มีกิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ การปล่อยปลาถิ่นน้ำรวม 20 ครั้ง ผลการทดสอบความรู้ของประชาชน พบว่าระดับความรู้เรื่องไข้มาลาเรียหลังการศึกษา (ค่าเฉลี่ย=6.17) มากกว่าก่อนการศึกษาวิจัย (ค่าเฉลี่ย=4.12) และความสัมพันธ์ของระดับความรู้หลังการศึกษาวิจัย และก่อนการศึกษาวิจัย ($r=0.424$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษานี้พบผู้ป่วยเพียง 1 ราย ในพื้นที่ศึกษาแต่ อสช. สามารถยับยั้งการระบาดในชุมชนได้สามารถปฏิบัติงานป้องกันควบคุมไข้มาลาเรียขั้นพื้นฐานได้ประชาชนมีความรู้เรื่องไข้มาลาเรียดีขึ้นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยเฉพาะ อบต. ให้ความสนใจในงานควบคุมไข้มาลาเรียมากขึ้นรูปแบบการดำเนินการในการศึกษานี้ควรนำมาใช้หรือประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาไข้มาลาเรียและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขอื่นๆ อย่างไรก็ตามควรมีการเอาใจใส่ในการดำเนินการของชุมชนและความเป็นหุ้นส่วนหรือเครือข่ายในท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินการ ต่อไป

หาญณรงค์ แสงแก (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองใหม่ อำเภอรัฐประศาสตร์ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า แกนนำครัวเรือนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายของแกนนำครัวเรือนภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนพบว่าดัชนีชี้วัดความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่า House Index เท่ากับ 14.28 ค่า Breteau Index เท่ากับ 5.71 ซึ่งทั้งสองตัวแปรมีค่าลดลง และอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จิระศักดิ์ กรมาทิพย์สุข (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็ง บ้านท่าหนิง ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำผู้นำชุมชน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาเข้าโปรแกรมเสริมพลัง



ชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียก่อน และหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนมาตรการป้องกันโรคที่ได้จากการระดมความคิดจากกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ 1) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ 2) ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียในกลุ่มนักเรียน 3) จัดทำโครงการแจกยาทากันยุงให้กับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวสำหรับผู้มารับบริการที่มาลาเรียคลินิกชุมชน 4) จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคในวันมาลาเรียโลก

เดือนภา ศิริบุรณ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของตัวแทนครัวเรือน ตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการทดลองพบว่า หลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียแล้ว กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.01

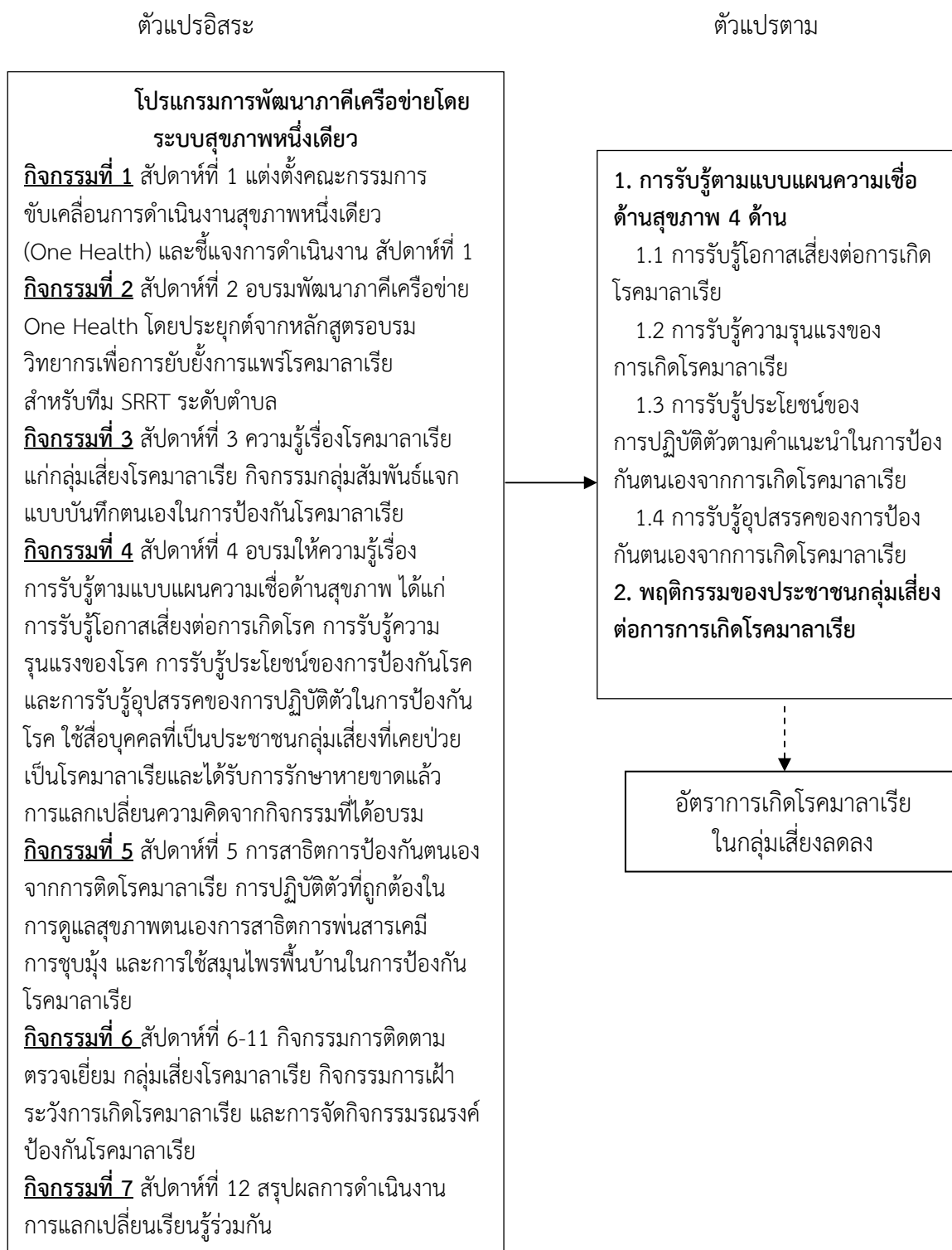
แบบมีดีลี และคณะ (Bamidele et al, 2012) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่รัฐบาลท้องถิ่น รัฐ Olorunda ทางตะวันตกเฉียงใต้ไนจีเรีย (Community Participation in Malaria Control in Olorunda Local Government Area, Osun State, Southwestern Nigeria) การศึกษาใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 550 คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุ 20 - 39 ปี ร้อยละ 65.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียมากที่สุดร้อยละ 88.0 ยุงกัดอาจทำให้เกิดโรคไข้มาลาเรียได้ร้อยละ 92.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพูดคุยเรื่องสุขภาพกับการควบคุมโรคไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.000$)

คูฟแมน และคณะ (Kaufman et al, 2012) ได้วิจัยเรื่อง “ฉันและเด็กๆ จะไม่ทนทุกข์ทรมานกับโรคไข้มาลาเรียอีกต่อไป (My Children and I Will No Longer Suffer From Malaria: A Qualitative Study of The Acceptance and Rejection of Indoor Residual Spraying To Prevent Malaria in Tanzania) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพของการยอมรับและปฏิเสธการฉีดพ่นสารเคมีเพื่อลดการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย พบว่าประชาชนมีแนวโน้มรับการประชาสัมพันธ์การฉีดพ่นสารเคมีจากเจ้าหน้าที่ของรัฐมากขึ้นแต่ยังมีข้อสงสัยและปฏิเสธการฉีดพ่นสารเคมีโดยมีรูปแบบการปฏิเสธ คือ (1) บางส่วนไม่ยอมรับการฉีดพ่นสารเคมีจนกว่าจะให้เห็นผลจริง (2) การฉีดพ่นสารเคมีทำในที่แคบๆ เท่านั้น (3) ปฏิเสธทันที

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวป้องกันโรค มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน แต่สำหรับการศึกษาในส่วนของการนำแนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียวมาใช้ในการจัดโปรแกรมนั้นยังไม่ปรากฏผู้วิจัยเห็นว่า หากได้มีการศึกษาเพิ่มเติมทำให้ทราบถึงระดับความสำเร็จของการประยุกต์แนวคิดมาผนวกในโปรแกรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง



2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

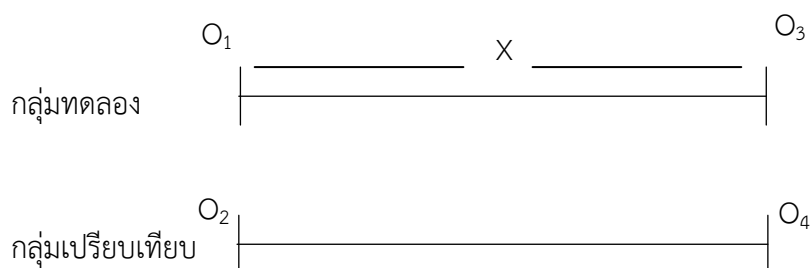
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดระบบสุขภาพ หนึ่งเดียว (One Health) งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ในเขตตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี มาเป็นประยุกต์เป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค มาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโรคมมาลาเรีย โดยมีขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-Post Test Design) และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม โดยที่จัดให้กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการโรคมมาลาเรีย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังแสดงในภาพประกอบ 3.1



ภาพประกอบ 3.1 รูปแบบการวิจัย



โดยกำหนดให้

- $O_1 O_3$ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง
 $O_2 O_4$ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง
 X หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น

กลุ่มทดลอง	O_1	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	O_2	
	สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6-11		12
กลุ่มเปรียบเทียบ	O_3								O_4
	สัปดาห์ที่	1 - 12							

ภาพประกอบ 3.2 แผนการทดลอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

O_1 หมายถึงการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

O_2 หมายถึงการเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

O_3 หมายถึงการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

O_4 หมายถึงการเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง



X_1 หมายถึง กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ตำบลบุพราหมณ์ ประกอบไปด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปศุสัตว์ตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนจากโรงเรียน พร้อมทั้งชี้แจงความเป็นมาของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ความสำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงานตามโครงสร้างของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว แบ่งหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการรับผิดชอบ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) เพื่อนำเสนอประโยชน์ของความคิดสุขภาพหนึ่งเดียวจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ให้ผู้บริหารและผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่ เพื่อเกิดความเข้าใจและขับเคลื่อนการทำงานแบบเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว
- 2) เพื่อจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับตำบล
- 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคในการตอบโต้ภัยคุกคามโรคอุบัติใหม่อย่างทันท่วงทีภายใต้การดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว เป็นกิจกรรมในสัปดาห์

X_2 หมายถึง กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 เป็นกิจกรรมอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health โดยประยุกต์จากหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล ในเรื่องนโยบายการยับยั้งการแพร่เชื้อก่อโรคมมาลาเรียความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคมมาลาเรีย ระบบการเฝ้าระวังโรคมมาลาเรีย การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยงการสอบสวนโรคมมาลาเรียการควบคุมโรคมมาลาเรียการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการทำงานกับเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคมมาลาเรียประกอบด้วย การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การสาธิต กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งบทบาทหน้าที่การเป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคมมาลาเรียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

X_3 กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 หมายถึง การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องโรคมมาลาเรียแก่กลุ่มเสี่ยงโรคมมาลาเรีย การประชุมกลุ่มแบ่งกลุ่มอภิปราย จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคมมาลาเรีย วิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health

X_4 กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 หมายถึง การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้ โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมมาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมมาลาเรีย โดยใช้สื่อบุคคลที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เคยป่วยเป็นโรคมมาลาเรียและได้รับการรักษาหายขาดแล้ว มีความสนใจในการเป็นตัวแบบบุคคลที่ป่วยเป็นโรคมมาลาเรียและได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดจากกิจกรรมที่ได้อบรมวิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health

X_5 หมายถึง กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 การสาธิตการป้องกันตนเองจากการโรคมมาลาเรีย การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองการสาธิตการพ่นสารเคมี การชุบมุ้ง และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันโรคมมาลาเรีย วิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health

X_6 หมายถึง กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6-11 กิจกรรมการติดตาม ตรวจเยี่ยม กลุ่มเสี่ยงโรคมมาลาเรีย กิจกรรมการเฝ้าระวังการเกิดโรคมมาลาเรีย โดยภาคีเครือข่าย One Health และการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคมมาลาเรีย จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับ คู่มือการปฏิบัติตัว การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกสัปดาห์



X_7 หมายถึง กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 เป็นการสรุปผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และมอบรางวัลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ป่วยเป็นโรคมาลาเรียมอบใบประกาศ ประเมินผลและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ประชาชนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการโรคมาลาเรีย ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อมาลาเรีย (A1) ในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 7,042 คน

3.2.2 การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการการจับฉลากรายชื่อ การหาขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2548) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_{α} = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่ $\alpha = 0.05$ (1.64)

Z_{β} = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type II Error ที่ $\beta = 0.10$ (1.28)

σ = ผลต่างความแปรปรวนของตัวอย่างกลุ่มที่สัมพันธ์กันหรือกลุ่มหนึ่งวัดซ้ำ

Δ = ผลต่างของผล (Effect Size) คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$

จากการศึกษาของ จารุณี ระบายศรี (2553) ได้ทำการศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประชุมเพื่อระดมความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเหมือนกับงานวิจัยนี้และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเหมือนกัน และใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลองเหมือนกัน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมาลาเรียของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 27.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44 ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 25.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.09

การหาค่าความแปรปรวน

$$\sigma^2 = \frac{(n - 1)Sd_1^2 + (n - 1)Sd_2^2}{n + n - 1}$$



$$= \frac{(33 - 1)(2.44)^2 + (33 - 1)(3.61)^2}{33 + 33 - 2}$$

$$= 9.49$$

ผลต่างของผล (Effect Size) คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณหาผลต่างของผล = 27.75 - 25.66 = 2.09 แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n / group = \frac{2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

$$= \frac{2 (1.64 + 1.28)^2 (9.49)}{(2.09)^2}$$

$$= 38 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้กลุ่มตัวอย่างละ 38 คน รวมทั้งสิ้น 76 คน เพื่อให้ขนาดตัวอย่างมากเพียงพอที่จะทำให้มีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ โดยจากการทดลองพบว่า ไม่ว่าประชากรมีการแจกแจงแบบใด เมื่อขนาดตัวอย่างเท่ากับหรือมากกว่า 30 การแจกแจงของค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงแบบปกติ (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2547) และเพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการถอนตัว (Drop Out) ในช่วงของการทดลองเนื่องจากการเสียชีวิต หรือการย้ายที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มอีกร้อยละ 15 โดยอ้างอิงจากจำนวนประชากรในหมู่บ้าน 54 หมู่บ้าน มีการย้ายที่อยู่อาศัยหลังจากฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตแล้ว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ดังนั้นจึงใช้สูตรเพื่อคำนวณปรับขนาดตัวอย่าง (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2547) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{1 - R}$$

เมื่อ กำหนด n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้
 n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว
 R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตามร้อยละ 20 คือ 0.20
 แทนค่าในสูตร

$$n_{adj} = \frac{38}{1 - 0.20}$$

$$= 47.50$$



ปรับให้เป็นจำนวนเต็มคือ กลุ่มละ 48 คน
 ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ 48 คน/กลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้
 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 96 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน

3.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2.3.1 การคัดเลือกหมู่บ้านโดยสุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ดังนี้

1) คัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย ผู้วิจัยได้เลือกหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งและเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคมะเร็งโดยมีหมู่บ้านที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 2 ตำบลบุพราหมณ์และ หมู่ที่ 1 ตำบลแก่งดินสอ

2) สุ่มตัวอย่างได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองคือ หมู่ที่ 2 บ้านขุนศรี ตำบลบุพราหมณ์ หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบคือ หมู่ที่ 1 บ้านทับไทร ตำบลแก่งดินสอ โดยทั้งสองหมู่บ้านอยู่ห่างกัน ประมาณ 24 กิโลเมตร

3.2.3.1 กลุ่มทดลอง คัดเลือกประชาชนผู้มีความเสี่ยงต่อการโรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือประชาชนประชาชนผู้มีความเสี่ยงต่อการโรคมะเร็ง ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็ง และหมู่บ้านที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อมาลาเรียตำบลบุพราหมณ์ และตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยกำหนดเกณฑ์และคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นประชาชนที่เสี่ยงเพศชายและเพศหญิง
- 2) อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
- 3) เป็นผู้มีอาชีพที่เสี่ยงต่อการโรคมะเร็ง ได้แก่ ทำไร่ ทำสวน ล่าสัตว์ หาของป่า และเลี้ยงสัตว์ ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการโรคมะเร็งสูง (A1)
- 4) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงต่อการโรคมะเร็ง (A1)
- 5) เป็นผู้ให้การยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

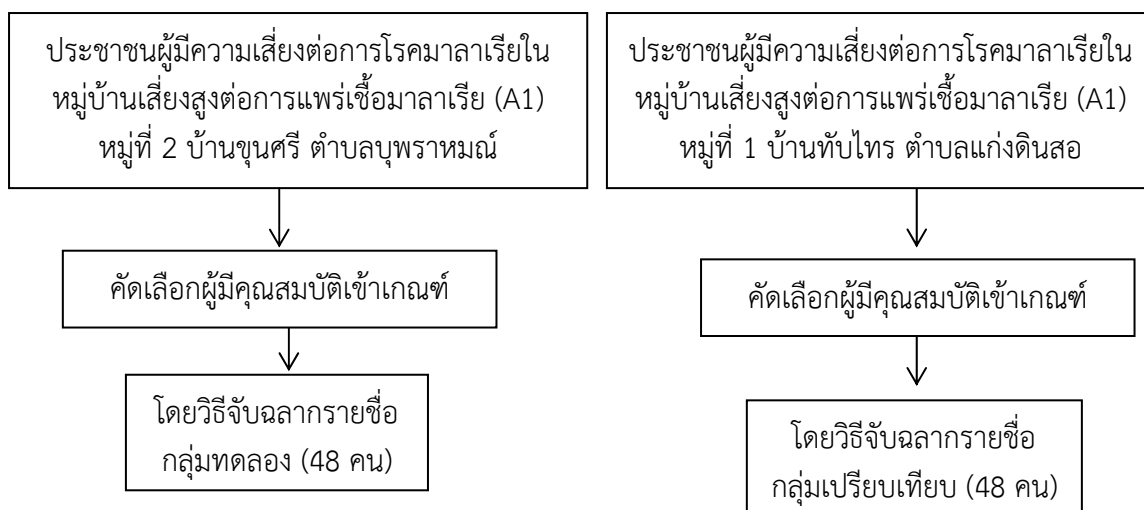
- 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป

จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการการจับฉลากรายชื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- | | |
|------------------|---|
| กลุ่มทดลอง | ได้แก่ หมู่ที่ 2 บ้านขุนศรี ตำบลบุพราหมณ์ จำนวน 48 คน |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านทับไทร ตำบลแก่งดินสอ จำนวน 48 คน |



ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง



ภาพประกอบ 3.3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือการวิจัยขึ้นเองภายหลังที่ได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากร ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก อาชีพรอง ประสบการณ์การป่วยเป็นโรคมาลาเรีย

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการโรคมาลาเรีย มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการโรคมาลาเรีย มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการโรคมาลาเรีย มีข้อความทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด



5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการโรคมาลาเรีย มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันการโรคมาลาเรีย มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

3.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่าย โดยรูปแบบสุขภาพหนึ่งเดียวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการโรคมาลาเรีย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ แนวทางการอภิปรายกลุ่ม เนื้อหา การประเมินผล อุปกรณ์ และระยะเวลาที่ใช้

2) อุปกรณ์และเอกสารเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการโรคมาลาเรีย เพื่อใช้ประกอบการสร้างการเรียนรู้

(1) ภาพพลิก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย อาการแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค การป้องกัน และสถานการณ์ของโรค

(2) สื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลความรู้ในการอบรม ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์

(3) คู่มือสำหรับประชาชนเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย

(4) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ได้แก่ สารเคมีพ่นฝาผนัง บ้าน สารเคมีสำหรับชุบมุ้ง มุ้งชุบสารเคมี และสมุนไพรไล่ยุง

3) วัสดุอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health ได้แก่ คู่มือหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล

3.3.1.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

สำหรับคำตอบในแต่ละข้อ โดยใช้หลักการสร้างแบบสอบถามเป็นข้อความประมาณมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย



การให้คะแนนข้อความ จะยึดเนื้อความของข้อความเป็นหลัก
ถ้าข้อความเป็นบวก จะให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน

ถ้าข้อความลบ จะให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนในการปฏิบัติแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3
ระดับ ดังนี้ (รักขณา สิงห์เทพ, 2551)

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติทุกวันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 4 - 6 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่มีการปฏิบัติเลยสักวันต่อสัปดาห์

การให้ค่าคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกัน ดังนี้ (รักขณา สิงห์เทพ, 2551)

ถ้าข้อความบวก จะให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	1
ไม่ได้ปฏิบัติ	เท่ากับ	0

ถ้าข้อความลบ จะให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	1
ไม่ได้ปฏิบัติ	เท่ากับ	2

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1.1 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือมีขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัย สร้างเครื่องมือขึ้นโดยศึกษาเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และเอกสาร
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดโครงสร้างของเนื้อหาและขอบเขตให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของ
การวิจัยและการวัด



2) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ

(1) คุณอัญชลี มงกุฎทอง ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

(2) คุณอนุรักษ์ ศรีสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

(3) คุณสุธี วรรณมา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหม่ อ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว) ช่วยราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

3) ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ช่วยประเมินว่า ข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถาม สามารถวัดได้ตรงกับเนื้อหาที่กำหนดหรือไม่ โดยให้คะแนนตามเกณฑ์แล้วนำผลมาพิจารณาคะแนนของผู้เชี่ยวชาญ ในแต่ละข้อมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องดังนี้ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ดังนี้ (เด็คดีียว วรรณชาติ, 2553)

+ 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้อง

0 หมายถึง ไม่แน่ใจหรือตัดสินไม่ได้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้อง

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ

IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

บันทึกผลการพิจารณาความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยได้นำผลการตรวจสอบตรงของเนื้อหา (Content Validity) มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป

3.4.2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดลองใช้ (Try out) ใช้สัมภาษณ์กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการโรคมะเร็ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างทดลอง จำนวน 30 คน ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกัน เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของแบบสอบถาม ความเข้าใจของภาษาที่ใช้แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง รวมทั้งพิจารณาใช้ภาษาที่อ่านง่ายและมีความชัดเจนของภาษา



ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการโรคมะเร็งของประชาชนกลุ่มเสี่ยงวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อหาความสอดคล้องภายใน โดยการตรวจสอบแบบแผนการตอบคำถามแต่ละข้อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับว่าเครื่องมือมีคุณภาพ ไม่ต่ำกว่า 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยง (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548) โดยค่าความเชื่อมั่นจากการทดลองใช้เครื่องมือ ดังนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการโรคมะเร็ง เท่ากับ 0.81
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของการโรคมะเร็ง เท่ากับ 0.82
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการโรคมะเร็ง เท่ากับ 0.87
- 4) การรับรู้ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการโรคมะเร็ง เท่ากับ 0.85
- 5) พฤติกรรมการป้องกันการโรคมะเร็ง เท่ากับ 0.84

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยรูปแบบสุขภาพหนึ่งเดียว มาจัดทำเป็นโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการโรคมะเร็ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

3.5.1.1 ประสานข้อมูลขอหนังสือแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยที่ตำบลบุพราหมณ์

3.5.1.2 ประสานงานพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล

3.5.1.3 ประชุมชี้แจงผู้ช่วยทำวิจัย จำนวน 5 คน

3.5.1.4 เตรียมสถานที่และกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.5.1.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.5.1.6 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการทดสอบก่อนการทดลอง ให้คะแนนและแปลผลการทดลอง

3.5.2 ขั้นดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็นการดำเนินการวิจัยในประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

3.5.2.1 กลุ่มทดลอง

- 1) ก่อนสัปดาห์ที่ 1 เก็บแบบสอบถาม Pre-test
- 2) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ตำบลบุพราหมณ์ พร้อมทั้งชี้แจงความเป็นมาของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว



วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ความสำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงานตามโครงสร้างของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว แบ่งหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการรับผิดชอบ ใช้ระยะเวลา 1 วัน

3) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health โดยประยุกต์จากหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล ในเรื่องนโยบายการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรีย ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคมมาลาเรีย ระบบการเฝ้าระวังโรคมมาลาเรีย การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยง การสอบสวนโรคมมาลาเรีย การควบคุมโรคมมาลาเรีย การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการทำงานกับเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมมาลาเรีย ประกอบด้วยการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การสาธิต กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบบทบาทหน้าที่การเป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคมมาลาเรียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ระยะเวลา 2 วัน

4) สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนและข้อตกลงต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องโรคมมาลาเรียแก่กลุ่มเสี่ยงโรคมมาลาเรีย การประชุมกลุ่มแบ่งกลุ่มอภิปราย จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคมมาลาเรีย วิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health ใช้ระยะเวลา 1 วัน

5) สัปดาห์ที่ 4 การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้ โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมมาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมมาลาเรีย โดยใช้สื่อบุคคลที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เคยป่วยเป็นโรคมมาลาเรียและได้รับการรักษาหายขาดแล้ว มีความสนใจในการเป็นตัวแบบบุคคลที่ป่วยเป็นโรคมมาลาเรียและได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดจากกิจกรรมที่ได้อบรม วิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health ใช้ระยะเวลา 2 วัน

6) สัปดาห์ที่ 5 การสาธิตการป้องกันตนเองจากการโรคมมาลาเรีย การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง การสาธิตการพ่นสารเคมี การชุบมุ้ง และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันโรคมมาลาเรีย วิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health ใช้ระยะเวลา 1 วัน

7) สัปดาห์ที่ 6-11 กิจกรรมการติดตาม ตรวจเยี่ยม กลุ่มเสี่ยงโรคมมาลาเรีย กิจกรรมการเฝ้าระวังการเกิดโรคมมาลาเรีย โดยทีมภาคีเครือข่าย One Health การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคมมาลาเรีย จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับ คู่มือการปฏิบัติตัว การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

8) สัปดาห์ที่ 12 สรุปผลการติดตาม และมอบรางวัลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ป่วยเป็นโรคมมาลาเรีย มอบใบประกาศ ประเมินผลและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ใช้ระยะเวลา 1 วัน

3.5.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

1) ก่อนสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการโรคมมาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของการโรคมมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันตนเองจากการโรคมมาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันการโรคมมาลาเรีย กลุ่มเสี่ยงก่อนดำเนินโครงการวิจัย



2) สัปดาห์ที่ 1-12 กลุ่มเปรียบเทียบจะรับกิจกรรมในการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคมะเร็งของสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ และใช้แบบสอบถามชุดเดิมเก็บข้อมูลหลัง การทดลองเพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

3) หลังสัปดาห์ที่ 12 เก็บแบบสอบถาม Post-Test

4) สัปดาห์ที่ 13 ให้สุศึกษาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองในเรื่องโรคมะเร็งสรุป เกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโรคมะเร็งและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

5) คืนข้อมูลแก่กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อนำไปใช้

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง

3.6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

3.6.1.1 ใช้ Paired t -test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระ จากกัน ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการโรคมะเร็ง การรับรู้ความ รุนแรงของการโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการ ป้องกันตนเองจากการโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันการโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

3.6.1.2 ใช้ Independent t -test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อิสระจากกัน ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการโรคมะเร็ง การรับรู้ ความรุนแรงของการโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำใน การป้องกันตนเองจากการโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันการโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทาง การศึกษาด้านจริยธรรม ดังนี้

3.7.1 ขออนุญาตดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและชี้แจง ขั้นตอนการวิจัยต่อผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านขุนศรี ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี นายองค์การบริหารส่วนตำบลบุ พราหมณ์ กำนันตำบล ผู้นำชุมชน และกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้

3.7.2 ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยโดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การเก็บ รวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูลทราบ

3.7.3 การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการบังคับใดๆ รวมทั้งแจ้งถึง สิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบหรือผลเสียใดๆ

3.7.4 การดำเนินการรวบรวมข้อมูล หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของ ผู้ร่วมการวิจัย โดยไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมการวิจัย



3.7.5 ยึดหลักผลประโยชน์หรือไม่ก่อให้เกิดอันตรายระมัดระวังไม่ก่อให้เกิดความผิดพลาดหรือความเดือดร้อนต่อร่างกายและจิตใจ

3.7.6 มีการดูแลรักษาและเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลให้เป็นความลับ โดยการเขียนและนำเสนอผลเป็นภาพรวมและนำเสนอตามความเป็นจริง

3.7.7 เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้หรือทัศนคติที่ไม่ถูกต้องให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามเลขที่รับรอง PH 066/2559



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา จำนวน 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 48 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 48 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมายผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

\bar{x}	แทน	ค่าเฉลี่ย(Mean)
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
t	แทน	สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
Min.	แทน	ค่าต่ำสุด (Minimum)
Max.	แทน	ค่าสูงสุด (Maximum)

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่าย โดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรีผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรู้ แรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็ง และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและ หลังการทดลอง



ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมาลาเรีย และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมาลาเรีย และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 4.1 ความถี่และร้อยละ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 48)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	22	45.8	24	50.0
หญิง	26	54.2	24	50.0
2. อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 20 ปี	3	6.3	2	4.1
21 - 29	10	20.8	9	18.8
30 - 39	14	29.2	14	29.2
40 - 49	11	22.9	12	25.0
50 - 59	9	18.8	9	18.8
60 ปี ขึ้นไป	1	2.1	2	4.1
กลุ่มทดลอง	$\bar{x} = 38.9$ SD = 11.18 Min. = 19 Max. = 60			
กลุ่มเปรียบเทียบ	$\bar{x} = 40.0$ SD = 11.20 Min. = 19 Max. = 60			
3. สถานภาพสมรส				
โสด	19	39.5	19	39.5
สมรส	26	54.2	27	56.3
หย่า/แยก	1	2.1	0	0.0
หม้าย	2	4.2	2	4.2



ตาราง 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 48)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	8	16.7	10	20.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	43.9	18	37.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12	25.0	15	31.2
ปวส./อนุปริญญา	4	8.3	3	6.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	6.3	2	4.2
5. อาชีพหลัก				
เกษตรกร	8	16.7	10	20.8
รับจ้าง	25	52.1	23	47.9
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	5	10.4	5	10.4
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	6	12.5	4	8.3
งานบ้าน	4	8.3	6	12.6
6. อาชีพรอง				
หาของป่า	10	20.8	12	25.0
รับจ้าง	6	12.5	5	10.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพรอง	32	66.7	31	64.6
7. ประสบการณ์การป่วยเป็นโรค มาลาเรีย				
เคย	14	29.2	18	37.5
ไม่เคย	34	70.8	30	32.5

จากตาราง 4.1 พบว่า

กลุ่มทดลองผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.2) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 29.2) รองลงมามีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 22.9) มีอายุต่ำสุด 19 ปี และมีอายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.2) รองลงมามีสถานภาพโสด (ร้อยละ 39.5) ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 43.9) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 25.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ รับจ้าง (ร้อยละ 52.1) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 16.7) ส่วนอาชีพรอง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพรอง (ร้อยละ 66.7) มีอาชีพรองหาของป่า (ร้อยละ 20.8) ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 29.2)



กลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษา พบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 29.2) รองลงมา มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 25.0) มีอายุน้อยที่สุด 19 ปี และมีอายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 56.3) รองลงมา มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 39.5) ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 31.2) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ รับจ้าง (ร้อยละ 47.9) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 20.8) ส่วนอาชีพรองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพรอง (ร้อยละ 64.6) มีอาชีพรองหาของป่า (ร้อยละ 25.0) ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 37.5)

4.3.2 ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรีย และด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.2 ความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับการรับรู้ และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้และระดับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 48)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรีย				
ระดับการรับรู้มากที่สุด	4 (8.3)	31 (64.4)	4 (8.3)	4 (8.3)
ระดับการรับรู้มาก	5 (10.4)	8 (16.7)	3 (6.3)	4 (8.3)
ระดับการรับรู้ปานกลาง	15 (31.3)	7 (14.6)	19 (39.6)	24 (50.0)
ระดับการรับรู้น้อย	22 (45.8)	2 (4.2)	21 (43.8)	15 (31.3)
ระดับการรับรู้น้อยที่สุด	2 (4.2)	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (2.1)
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมาลาเรีย				
ระดับการรับรู้มากที่สุด	0 (0.0)	22 (45.8)	2 (4.2)	4 (8.3)
ระดับการรับรู้มาก	19 (39.6)	21 (43.8)	3 (6.3)	3 (6.3)
ระดับการรับรู้ปานกลาง	24 (50.0)	5 (10.4)	11 (22.9)	19 (39.6)
ระดับการรับรู้น้อย	19 (39.6)	0 (0.0)	30 (62.5)	21 (43.8)
ระดับการรับรู้น้อยที่สุด	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.2)	1 (2.1)



ตาราง 4.2 (ต่อ)

ระดับการรับรู้และระดับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 48)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน				
การเกิดโรคมะเร็ง				
ระดับการรับรู้มากที่สุด	4 (8.3)	28 (58.3)	4 (8.3)	3 (6.3)
ระดับการรับรู้มาก	11 (22.9)	15 (31.3)	7 (14.6)	7 (14.6)
ระดับการรับรู้ปานกลาง	25 (52.1)	5 (10.4)	25 (52.1)	28 (58.3)
ระดับการรับรู้ต่ำ	8 (16.7)	0 (0.0)	11 (22.9)	10 (20.8)
ระดับการรับรู้ต่ำที่สุด	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน				
การเกิดโรคมะเร็ง				
ระดับการรับรู้มากที่สุด	6 (12.5)	37 (77.1)	5 (10.4)	5 (10.4)
ระดับการรับรู้มาก	4 (8.3)	11 (22.9)	3 (6.3)	3 (6.3)
ระดับการรับรู้ปานกลาง	21 (43.8)	0 (0.0)	22 (45.8)	21 (43.8)
ระดับการรับรู้ต่ำ	17 (35.4)	0 (0.0)	18 (37.5)	19 (39.6)
ระดับการรับรู้ต่ำที่สุด	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค				
ระดับการปฏิบัติดี	6 (12.5)	36 (75.0)	5 (10.4)	6 (12.5)
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	22 (45.8)	12 (25.0)	20 (41.7)	22 (45.8)
ระดับการปฏิบัติไม่ดี	20 (41.7)	0 (0.0)	23 (47.9)	20 (41.7)

จากตาราง 4.2 พบว่า

 กลุ่มทดลอง

 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 45.8) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.3) และอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 10.4) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 64.4) รองลงมาอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 16.7) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.6)

 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาอยู่ในระดับมากและระดับน้อย (ร้อยละ 39.6) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 45.8) รองลงมาอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 43.8) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 10.4)



4.3.3 ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมาลาเรีย และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

4.3.3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมาลาเรียภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมาลาเรียภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	48	34.44	8.40		
หลังการทดลอง		49.19	7.62	10.16*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	48	34.58	7.30		
หลังการทดลอง		34.79	7.60	0.94	0.35
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	48	32.75	6.17		
หลังการทดลอง		49.27	5.43	16.12*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	48	30.38	7.81		
หลังการทดลอง		30.42	7.47	0.17	0.87
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	48	19.19	4.53		
หลังการทดลอง		25.06	2.71	7.64*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	48	17.73	4.67		
หลังการทดลอง		17.79	4.18	0.66	0.51



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	48	17.52	4.71	12.50*	<0.001
หลังการทดลอง		26.56	1.49		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	48	17.10	4.70	0.60	0.55
หลังการทดลอง		17.17	4.50		

จากตาราง 4.3 พบว่า

 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง

 ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 34.44 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.40 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 49.19 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.62 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

 ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.75 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.17 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 34.79คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.60 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value>0.05)

 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง

 ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 34.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.51 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 49.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.43 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

 ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.81 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.42คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.47 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value >0.05)



ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.19 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.53 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 25.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.71 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 17.73 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.67 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 17.79คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.18 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value>0.05)

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 17.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.71 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 26.56คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.49 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 17.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.70 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 17.17คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value>0.05)

4.3.3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรค					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	48	9.75	4.45	11.79*	<000.1
หลังการทดลอง		19.52	3.38		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	48	9.50	4.49	1.75	0.09
หลังการทดลอง		9.94	4.54		



จากตาราง 4.4 พบว่า

ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.75 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.45 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 19.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.38 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.49 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.94 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.54 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value>0.05)

4.3.4 ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็ง และด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

4.3.4.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	34.44	8.40	0.09	0.93
กลุ่มเปรียบเทียบ		34.58	7.30		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	49.19	7.62	9.27*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		34.79	7.59		
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	32.75	6.17	1.65	0.10
กลุ่มเปรียบเทียบ		30.38	7.81		



ตาราง 4.5 (ต่อ)

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	49.27	5.43	14.14*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		30.42	7.47		
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	19.19	4.53	1.55	0.12
กลุ่มเปรียบเทียบ		17.73	4.67		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	25.06	2.71	10.04*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		17.83	4.18		
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	17.52	4.71	0.43	0.67
กลุ่มเปรียบเทียบ		17.10	4.70		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	26.56	1.49	13.82*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		17.17	4.47		

จากตาราง 4.5 พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรีย

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 34.44 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.40 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 34.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.30 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรียก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$)

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 49.19 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.62 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 34.79 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.59 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรียหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมาลาเรีย

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.75 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.17 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 30.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



4.3.4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	n	\bar{x}	SD	t	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรค					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	9.75	4.45	0.27	0.79
กลุ่มเปรียบเทียบ		9.50	4.49		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	19.52	3.38	11.7*	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ		9.94	4.54		

จากตาราง 4.6 พบว่า

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 9.75 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.45 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 9.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.49 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p -value>0.05)

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.38 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 9.94 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.54 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 48 คน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามผู้วิจัยขอแนะนำผลการศึกษาลำดับดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง

5.1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

5.2 สรุปผล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพหลัก คือ รับจ้าง ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพรอง และส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีเพียง ร้อยละ 29.2 เคยป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า



เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพหลัก คือ รับจ้าง ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพรอง และส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรีย มีเพียง ร้อยละ 37.5 เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรีย

และจากการดำเนินกิจกรรมการวิจัย ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น ตั้งแต่การแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ตำบลบุพราหมณ์ จากนั้นดำเนินการกิจกรรมอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health โดยประยุกต์จากหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล ในเรื่องนโยบายการยับยั้งการแพร่เชื้อก่อโรคมาลาเรียความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคมาลาเรียระบบการเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยงการสอบสวนโรคมาลาเรียการควบคุมโรคมาลาเรียการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการทำงานกับเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย จากนั้นดำเนินการกิจกรรมอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงเรื่องโรคมาลาเรีย และเรื่องการเรียนรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ และมีการสาธิตการป้องกันตนเองจากการโรคมาลาเรีย ซึ่งทีมภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันจัดกิจกรรมต่างๆ ขึ้นตลอดจนการเยี่ยมติดตาม ให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยง มีการกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรีย และมีการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่

ผลจากการดำเนินงานพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับประโยชน์ของการป้องกันการเกิดและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรีย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ส่วนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งหลังจากการวิจัยได้เกิดทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ตำบลบุพราหมณ์ เกิดขึ้น และมีการขยายผลการดำเนินงานไปสู่การดำเนินงานด้านอื่น ๆ ในพื้นที่

5.3 อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย ในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว มาจัดทำเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย สามารถอธิบายได้จากผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health โดยประยุกต์จากหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล ในเรื่องนโยบายการยับยั้งการแพร่เชื้อ



ก่อโรคมาลาเรีย ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคมาลาเรีย ระบบการเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย การตรวจจับเหตุการณ์ ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยง การสอบสวนโรคมาลาเรีย การควบคุมโรคมาลาเรีย การแลกเปลี่ยน ข้อมูลและการทำงานกับเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ประกอบด้วย การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การสาธิต กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเตรียมความพร้อมภาคี เครือข่าย One Health ในการดำเนินการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการ บรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้ โดยเน้นการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยใช้สื่อบุคคลที่เป็นประชาชน กลุ่มเสี่ยงที่เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรียและได้รับการรักษาหายขาดแล้ว มีความสนใจในการเป็นตัวแบบ บุคคลที่ป่วยเป็นโรคมาลาเรียและได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดจากกิจกรรมที่ได้อบรมการประชุม กลุ่มแบ่งกลุ่มอภิปราย จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามความเชื่อ ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนนภา ศิริบุรณ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและ ควบคุมโรคมาลาเรีย ของตัวแทนครัวเรือน ตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี มีการ จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยกิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยการบรรยาย การ ฉายวีดิทัศน์ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ประชุมระดมความคิด อภิปรายกลุ่ม ระดมความคิดเห็นให้แกนนำ ร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ของแกนนำป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของชุมชน สาธิตและฝึก ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองไม่ให้ยุ่งกีดกิจกรรมการณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน “ชาวบ้าน ร่วมใจ ปลอดภัยไข้มาลาเรีย” แกนนำป้องกันโรคมาลาเรียให้สุศึกษาประชาชนสัมพันธ์ผ่านหอกระจาย ข่าวทุกวันจันทร์ พุธ และวันศุกร์ การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีม ผลการทดลองพบว่า หลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรียแล้ว กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมสุศึกษาตามระบบปกติที่นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับแนวคิดของ Janz และ Backer (1984) ได้อธิบายเกี่ยวกับทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดี แล้วก็ตาม จะให้ความร่วมมือและยอมรับจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติจะเห็นความสำคัญของการ มีสุขภาพที่ดี จึงให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ หาญณรงค์ แสงแก (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมสุศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำ ครัวเรือน ตำบลเมืองใหม่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า แกนนำครัวเรือนหลัง ได้รับโปรแกรมสุศึกษาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของ แกนนำครัวเรือน มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ใน การปฏิบัติตนป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุศึกษาในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ส่วนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยสามารถอธิบายได้จากผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม การสาธิตการป้องกันตนเองจากการโรคมาลาเรีย การสาธิตการพันสารเคมี การชุบมุ้ง และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันโรคมาลาเรีย กิจกรรมการติดตาม ตรวจเยี่ยม กลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรีย กิจกรรมการเฝ้าระวัง การเกิดโรคมาลาเรียการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรีย กิจกรรมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกสัปดาห์ โดยภาคีเครือข่าย One Health และการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคมาลาเรีย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเสี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคมาลาเรีย ประกอบกับการบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรีย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียในทางที่ดีขึ้น เป็นไปตามแนวคิดตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการ มีสุขภาพดีจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีระศักดิ์ กรมาทิพย์สุข (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย บ้านท่าหนึง ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำผู้นำชุมชน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาเข้าโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การระดมความคิดเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงจากการปฏิบัติตนการป้องกันโรคมาลาเรียในวิถีชีวิต และวางแผนแก้ไข ปัญหาโรคมาลาเรียในพื้นที่ การจัดกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ การสรุปและถอดบทเรียน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.4.1.1 ควรมีการศึกษาบริบทด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบตามที่ผู้วิจัยได้จัดทำไว้ และไม่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

5.4.1.2 การจัดกิจกรรมที่เน้นให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินงาน ทำให้ภาคีเครือข่ายได้แสดงออกถึงความต้องการที่จะแก้ไขปัญหา และเกิดการร่วมกันวางแผนหาแนวทางที่เหมาะสม

5.4.1.3 การพัฒนาภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ ทำให้มีเครือข่ายในการติดตามเฝ้าระวังการเกิดโรคและภัยสุขภาพ และสามารถประสานงานภายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



5.4.1.4 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคในพื้นที่อื่น ๆ ได้

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการขยายการดำเนินงานไปยังสถานศึกษา เพื่อเป็นการส่งเสริมปลูกฝัง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในเด็กซึ่งอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ให้สามารถป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็งได้

5.4.2.2 ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัย และดำเนินการติดตามกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

5.4.2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกภาคเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคมะเร็งในชุมชน อย่างยั่งยืน



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการใช้ยารักษามาลาเรียในผู้ป่วยไข้มาลาเรีย ชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข* (ปรับปรุงปี พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2558ก). *แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2558ข). *สรุปการดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวของประเทศไทย (One Health)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- กรรณิการ์ เกตุทิพย์. (2549). *การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กลุ่มโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี. (2556ก). *ทะเบียนท้องที่ปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2556*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- _____. (2556ข). *สรุปสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังประจำปี 2556*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรค. (2542). *มาลาเรียวิทยา 2542*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. (2555). *แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จารุณี ระบายศรี. (2553). *การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประชุมเพื่อระดมความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่สูงชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรพัทธ์ ธนบัตร. (2555). *พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน ในตำบล จ.ป.ร. อำเภอกะบุรี จังหวัดระนอง*. ใน: *เอกสารการประชุมวิชาการ การพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน ประจำปี 2555 “ชุมชนท้องถิ่น ฐานรากการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” วันที่ 16-19 กุมภาพันธ์ 2555*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ. หน้า 15-20.
- จีระศักดิ์ กรมาทิพย์สุข. (2559). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย บ้านท่าหนิง ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 153-166.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- จุฬารณณ์ โสตะ. (2552). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.
 ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เด็จเดี่ยว วรณชาติ. (2552). ผลของแรงจูงใจและป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ
 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เดือนนภา ศิริบุรณ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรค
 มาลาเรีย ของตัวแทนครัวเรือนตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสาร SNRU Journal of Science and Technology, 8(3), 292–300.
- ธนวัฒน์ สุภินิตยานนท์. (2557). สุขภาพหนึ่งเดียว. *วารสาร Thammasat Medical Journal*, 14(2),
 247-253.
- นารลดา ชันธิกุล. (2555). ประสิทธิภาพของการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการเสริมสร้าง
 ศักยภาพของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จังหวัดแม่ฮ่องสอน.
วารสารมาลาเรีย, 37(5), 10-25.
- บุษบง เจาทานนท์. (2550). ประสิทธิภาพการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 ป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร. *วารสารโรคติดต่อมาโดยแมลง*, 4(1), 22-36.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ:
 สร้างสื่อ.
- ปรีชา ปิยะพันธ์. (2556). พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-
 กัมพูชา อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 11(4),
 30-39.
- ไพวรรณ เหล่าวัฒนาถาวร. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผน
 ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของ
 ประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
 จังหวัดอุบลราชธานี*, 5(1), 20-36.
- มยุรี วรณโกรโรจน์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรีย
 ชาวบ้านจ้อง อำเภอโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รักษณา สิงห์เทพ. (2551). *การพัฒนาศักยภาพ ในการป้องกันวัณโรคของชุมชน โดยเทคนิค AIC :
 กรณีศึกษาบ้านโสกนาคร ตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ขอนแก่น.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- รัศมี ศรีชื่น. (2551). *ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-สหภาพเมียนมาร์
 จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- รุ่งระวี ทิพย์มนตรี. (2556). ผลการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็ก
 และเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม
 ราชกุมารี. *วารสารมาลาเรีย*, 38(5), 15-20.



- วิชัย สติมัย. (2556). การศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนการระบาดและการดำเนินการควบคุมไข้มาลาเรียทันต่วงที่โดยอาสาสมัครชุมชน (อสช.) ในท้องถิ่น กิ่งอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง. *วารสารกรมควบคุมโรค*, 4(3), 23-26.
- สมทัศน์ มะลิกุล. (2542). *มาลาเรียวิทยา 2542*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สุกัญญา แซ่ลี. (2551). *การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ตำบลนาข่า อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชญา สีหะวงษ์. (2553). *การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อุทยานแห่งชาติให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียกรณีศึกษาอุทยานแห่งชาติในจังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี*, 4(4), 20-26.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. (2558). *รายงานสถานการณ์โรคมมาลาเรีย ปี 2554-2557*. ปราจีนบุรี. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดี. (2558). *รายงานสถานการณ์โรคมมาลาเรีย ปี 2554-2557*. ปราจีนบุรี. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือการปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2557). *หลักสูตรอบรมการเฝ้าระวัง ควบคุมเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. (2555). *แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- _____. (2559). *สรุปการดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวของประเทศไทย (One Health)*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- หาญณรงค์ แสงแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองใหม่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร*, 10 (1), 65-81.
- อรุณ จิรวินกุล. (2548). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- อรุณีย์ ศรีนวล. (2555). *การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- ออมทรัพย์ ดีล้ำ. (2554). พฤติกรรมการใช้วิธีการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้านตามแนวชายแดน ประเทศไทย-กัมพูชา ด้านจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Becker, M. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Bamidele JO, Ntaji MI, Oladele EA, Bamimore OK. (2012). Community Participation in Malaria Control in Olorunda Local Government Area, Osun State, Southwestern Nigeria. *Afr J Infect Dis*, 6(2), 24-8.
- D Houeto, W D'Hoore, EM Ouendo, D Charlier & A Deccache. (2007). Malaria Control among Children Under Five in Sub-Saharan Africa: the Role of Empowerment and Parents' Participation Besides the Clinical Strategies. *Rural and Remote Health*, 7(840), 1-10.
- Gochman, D.S. (1986). *Health Behavior Emerging Research Perspectives*. New York: Wiley.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). *The Health Belief Model: A Decade Later*. *Health Education Quarterly*, 11(1), 973-975.
- Kaufman MR, Rweyemamu D, Koenker H, Macha J. (2012). My Children and I Will no Longer Suffer from Malaria. [Online]. Available from: from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22747610> [Cited July 30, 2013].
- Pamela Opiyo, W Richard Mukabana, Ibrahim Kiche, Evan Mathenge, Gerry FKilleen & Ulrike Fillinger. (2007). An Exploratory Study of Community Factors Relevant for Participatory Malaria Control on Rusinga Island, western Kenya. *Malaria Journal*, 6(48), 1-20.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(Winter 1974), 328 - 338.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 066/ 2559

ชื่อโครงการวิจัย : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลสุพราหมณ์ อำเภอนาดิ่ง จังหวัดปราจีนบุรี

ผู้วิจัย : นายณัฐพล คำรังษี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่รับรอง : 22 พฤศจิกายน 2559

วันหมดอายุ : 21 พฤศจิกายน 2560

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สงครามชัย สีทองดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. คุณอัญชลี มงกุฎทอง

วุฒิการศึกษาสูงสุด	ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
2. คุณอนุรักษ์ ศรีสุข

วุฒิการศึกษาสูงสุด	ปริญญาโทบริหารสาธารณสุขมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) มหาวิทยาลัยบูรพา
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
3. คุณสุธี วรรณมา

วุฒิการศึกษาสูงสุด	ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหม่) ตำบลวังใหม่ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหม่ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)ว ๒๖๕๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑/ก กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางอัญชลี มงกุฎทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายณัฐพล คำรังษี รหัสนิสิต ๕๗๐๗๑๔๘๐๐๐๒ นิสิตระดับปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนากาติเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตดจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย สิททองดี)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๖





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๖๒๕๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายอนุรักษ์ ศรีสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายณัฐพล คำรังษี รหัสนิสิต ๕๗๐๗๑๔๘๐๐๐๒ นิสิตระดับปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูน จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่บัณฑิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครมชัย สิทธิงติ)
ผู้รักษาการแทนบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) / ๐๕๕๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ใหญ่บ้านขุนศรี ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูนี จังหวัดปราจีนบุรี

ด้วย นายณัฐพล คำรังษี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูนี จังหวัดปราจีนบุรี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุเคราะห์ให้ นายณัฐพล คำรังษี เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มประชาชนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียจำนวน ๔๘ คน ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครมชัย สีทองดี)
ผู้รักษาการคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๕๕๐๖





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/๒๕๕๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ใหญ่บ้านทับลาน ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูนี จังหวัดปราจีนบุรี

ด้วย นายณัฐพล คำรังษี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูนี จังหวัดปราจีนบุรี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุเคราะห์ให้ นายณัฐพล คำรังษี เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มประชาชนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียจำนวน ๔๘ คน ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้นำไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย สีทองดี)

ผู้อำนวยการศูนย์คณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๒๕๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้ใหญ่บ้านหินเทิน หมู่ที่ ๘ ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดูนี จังหวัดปราจีนบุรี

ด้วย นายณัฐพล คำรังษี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูนี จังหวัดปราจีนบุรี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า กลุ่มประชาชนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมะเร็ง จำนวน ๓๐ คน ที่อยู่ในความรับผิดชอบ/ดูแล/ควบคุม/กำกับของท่าน มีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นายณัฐพล คำรังษี ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิตดจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลิ้มทองดี)
ผู้รักษาการคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



สำหรับผู้วิจัย

เลขที่แบบสอบถาม ID [] []
 [] กลุ่มทดลอง ครั้งที่.....
 [] กลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยระบบสุขภาพหนึ่งเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในพื้นที่เสี่ยงสูง ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็งและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งของประชาชนกลุ่มเสี่ยง คำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งในการนำไปพัฒนาการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในโอกาสต่อไป แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะของประชากร จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็ง จำนวน 6 ข้อ
- ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็ง จำนวน 6 ข้อ
- ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง จำนวน 12 ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบข้อคำถามทุกข้ออย่างสมบูรณ์ โดยแสดงความคิดเห็นให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด และขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเป็นอย่างดี

นายณัฐพล คำรังษี

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ศึกษาวิจัย



ส่วนที่ 1 ลักษณะของประชากร

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมค่าในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	Sex <input type="checkbox"/>
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มเป็นปี)	Age <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หย่า/แยก <input type="checkbox"/> 4. หม้าย	Status <input type="checkbox"/>
4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. <input type="checkbox"/> 4. ปวส./อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี	Edu <input type="checkbox"/>
5. อาชีพหลัก <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) <input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 3. ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> 4. รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 5. งานบ้าน <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ).....	MainOcc <input type="checkbox"/>
6. อาชีพรอง <input type="checkbox"/> 1. ล่าสัตว์ <input type="checkbox"/> 2. หาของป่า <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	MinerOcc <input type="checkbox"/>
7. ประสบการณ์การป่วยเป็นโรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> 1. เคย <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย	MLRExp <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	การรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1	ท่านมีโอกาสเสี่ยงป่วยเป็นโรคมะเร็งเพราะ ท่านไม่ได้ป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด						A1 <input type="checkbox"/>
2	ชาวบ้านทุกคนในหมู่บ้านของท่านมีโอกาสป่วย เป็นโรคมะเร็งได้						A2 <input type="checkbox"/>
3	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคมะเร็งแล้ว ท่านมีโอกาส ป่วยเป็นโรคมะเร็งซ้ำได้อีก						A3 <input type="checkbox"/>
4	เมื่อท่านถูกยุงกัดแล้ว ท่านมีโอกาสป่วย เป็นโรคมะเร็งได้						A4 <input type="checkbox"/>
5	ท่านต้องเข้าป่า หรือบริเวณแนวป่าเพื่อประกอบ อาชีพเลี้ยงคนในครอบครัว						A5 <input type="checkbox"/>
6	การที่ท่านไม่นอนในมุ้งชุบสารเคมี ท่านมีโอกาส ป่วยเป็นโรคมะเร็งได้						A6 <input type="checkbox"/>
7	เพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้บ้านท่านป่วยเป็นโรค มะเร็งตัวท่านมีโอกาสรับเชื้อจากบุคคลนั้นได้						A7 <input type="checkbox"/>
8	ท่านมั่นใจว่าไม่เป็นโรคมะเร็งเพราะท่าน พยายามไม่ให้ถูกยุงกัดอย่างดีที่สุดแล้ว						A8 <input type="checkbox"/>
9	ขณะที่ท่านทำงานในป่าหรือบริเวณที่มียุงชุม ยุง ไม่สามารถกัดได้เนื่องจากท่านรู้ตัวตลอดเวลา						A9 <input type="checkbox"/>
10	ในขณะที่ท่านประกอบอาชีพตามป่าหรือบริเวณ ยุงชุม ท่านมีวิธีที่สามารถป้องกันไม่ให้ยุงกัดได้						A10 <input type="checkbox"/>
11	การที่ท่านไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่พ่นสารเคมีบ้าน และกระท่อม ท่านมีโอกาสถูกยุงกัดแล้ว และอาจป่วยเป็นโรคมะเร็งได้						A11 <input type="checkbox"/>
12	การที่ท่านได้รับการถ่ายเลือดจากผู้ที่มีเชื้อ มะเร็งท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคมะเร็งได้						A12 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความคำถาม	การรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1	โรคมะเร็งสามารถทำให้ท่านถึงแก่ชีวิตได้						B1 <input type="checkbox"/>
2	โรคมะเร็งในปัจจุบันมีการรักษาที่ยาก เสียเวลาในการรักษานาน และต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก						B2 <input type="checkbox"/>
3	หากท่านปล่อยให้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นเวลานานจะทำให้ท่านได้รับความทรมาณจากการป่วยเพิ่มขึ้น						B3 <input type="checkbox"/>
4	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคมะเร็ง ท่านสามารถอาศัยและร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านและครอบครัวได้เหมือนคนปกติ						B4 <input type="checkbox"/>
5	การซื้อยามากินเอง หรือการใช้สมุนไพรที่ท่านได้ในหมู่บ้านก็สามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายได้						B5 <input type="checkbox"/>
6	ปัจจุบันเชื้อมะเร็งสามารถทำอันตรายได้รุนแรงและทำให้เสียชีวิตในเวลารวดเร็ว						B6 <input type="checkbox"/>
7	ถ้าท่านเคยเป็นโรคมะเร็งแล้ว เมื่อท่านป่วยเป็นโรคมะเร็งอีก อาการของท่านจะไม่รุนแรงเนื่องจากท่านมีภูมิต้านทานโรคเกิดขึ้น						B7 <input type="checkbox"/>
8	โรคมะเร็งเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง ถ้าเป็นแล้วก็รักษาเหมือนโรคอื่นๆทั่วไป						B8 <input type="checkbox"/>
9	การมีอาคารใช้ หนาวสั้น โดยเกิดเป็นเวลาถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาของการเจ็บป่วยและไม่มีความรุนแรงแต่อย่างไร						B9 <input type="checkbox"/>
10	โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นหายเองได้						B10 <input type="checkbox"/>
11	โรคมะเร็งมียารักษาหายขาดได้						B11 <input type="checkbox"/>
12	อาการรุนแรงของโรคมะเร็งคืออาการของมะเร็งขึ้นสมอง อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว						B12 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค
มาลาเรีย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	การรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1	การป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด เป็นสิ่งที่ท่าน ทำได้ยาก แต่ท่านก็ต้องทำ เพื่อความ ปลอดภัยจากโรคมาลาเรีย						C1 <input type="checkbox"/>
2	วิธีการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด ท่าน สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่						C2 <input type="checkbox"/>
3	การสวมเสื้อผ้าที่มิดชิดเมื่อต้องเข้าป่า ทำให้ท่านปลอดภัยจากการถูกยุงกัด						C3 <input type="checkbox"/>
4	ท่านหายขาดจากการเป็นโรคมาลาเรีย เพราะรับประทานยารักษาครบขนาด ตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ						C4 <input type="checkbox"/>
5	ท่านพยายามป้องกันยุงกัด แม้ว่าจะทำ ให้ท่านเหนียวตัวและอาจทำให้เกิดผื่น คันได้						C5 <input type="checkbox"/>
6	ท่านสวมเสื้อผ้ามิดชิดเพื่อป้องกันยุงกัด แม้ทำให้ท่านประกอบอาชีพไม่สะดวก						C6 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคมะเร็ง

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	การรับรู้					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1	การใช้สารเคมีชุบมุ้งเพื่อป้องกันยุงกัดทำให้ท่านรู้สึกเหม็นจนทนไม่ได้						D1 <input type="checkbox"/>
2	การจุดไฟเพื่อไล่ยุงเป็นวิธีที่ไม่สะดวกเนื่องจากต้องเติมเชื้อเสมอๆ						D2 <input type="checkbox"/>
3	ท่านต้องเดินทางเข้าตัวเมืองเพื่อซื้อยากันยุงเป็นการไม่สะดวกสำหรับท่าน						D3 <input type="checkbox"/>
4	การซื้ออุปกรณ์เพื่อป้องกันยุง ท่านไม่สามารถหาได้เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงสำหรับท่าน						D4 <input type="checkbox"/>
5	การเดินทางไปตรวจเลือดหาเชื้อโปรโตซัวพลาสโมเดียม ไม่สะดวกสำหรับท่าน เพราะระยะทางไกล						D5 <input type="checkbox"/>
6	เมื่อกลับจากป่า ท่านรีบไปเจาะเลือดตรวจหาเชื้อโปรโตซัวพลาสโมเดียม เพื่อการรักษาจะได้ทันท่วงที						D6 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคมลาเรีย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับกรปฏิบัติตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติมากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีโอกาส

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบางครั้งที่มีโอกาส

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย

ข้อ	ข้อความคำถาม	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
		ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	
1	ท่านนอนในมุ้งชุบสารเคมี ขณะหลับนอนที่บ้านหรือ เวลาค้างแรมนอกบ้าน				P1 <input type="checkbox"/>
2	ท่านมีการจัดหมุ้งให้มีปริมาณเพียงพอต่อสมาชิกใน ครอบครัว				P2 <input type="checkbox"/>
3	ท่านมีความเต็มใจที่จะให้เจ้าหน้าที่พ่นสารเคมีใน บ้านและกระท่อม				P3 <input type="checkbox"/>
4	ท่านทายากันยุงเพื่อป้องกันยุงกัด				P4 <input type="checkbox"/>
5	ท่านนอนในบ้านและกระท่อมที่ได้รับการพ่นสารเคมี				P5 <input type="checkbox"/>
6	ท่านสวมเสื้อผ้ามิดชิดเพื่อป้องกันยุงกัด ขณะเข้าป่า				P6 <input type="checkbox"/>
7	ท่านใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันยุงกัด เช่น ตะไคร้หอม มะกรูด				P7 <input type="checkbox"/>
8	ท่านสูมไฟไล่ยุง เพื่อป้องกันยุงกัด				P8 <input type="checkbox"/>
9	ท่านรับประทานยารักษาครบตามขนาด				P9 <input type="checkbox"/>
10	ท่านตรวจเลือดทุกครั้งเมื่อกลับจากป่า				P10 <input type="checkbox"/>
11	ท่านนำมุ้งไปชุบสารเคมีก่อนนำไปใช้				P11 <input type="checkbox"/>
12	ท่านมาตรวจเลือดตามที่เจ้าหน้าที่นัดหมาย				P12 <input type="checkbox"/>

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านได้ตอบคำถามครบทุกข้อแล้ว
ขอขอบพระคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้



ภาคผนวก จ
ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “กิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ตำบลบุพราหมณ์”

เวลาที่ใช้ : 3 ชั่วโมง

ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว(One Health)

แนวคิดหลัก

การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่น มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบและเกิดการติดต่อประสานงานที่ดี

สาระเนื้อหา

1. การประชุมภาคีเครือข่าย
2. การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
3. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

วิธีดำเนินการ

1. ทีมผู้วิจัยแนะนำตัว แนะนำภาคีเครือข่าย ชี้แจงโครงการวิจัย และชี้แจงกิจกรรมในการวิจัย
2. ประชุมชี้แจงการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)
3. ระดมความคิด
4. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม
5. การซักถาม นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. สไลด์ ชุดที่ 1 เรื่อง “สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)”
2. กระดาษ ปากกา

การประเมินผล

1. มติที่ประชุม / แนวทางการดำเนินงาน
2. การซักถามประเด็นข้อสงสัย
3. การมีส่วนร่วมของที่ประชุม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “กิจกรรมอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health”

เวลาที่ใช้ : 6 ชั่วโมง

ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ภาคีเครือข่าย One Health มีความรู้เรื่องโรคมลาเรีย
2. เพื่อให้ภาคีเครือข่าย One Health นำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดให้กลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวคิดหลัก

การพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health ให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมลาเรียตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมลาเรีย จะทำให้ภาคีเครือข่าย One Health สามารถดำเนินงานให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคมลาเรียได้

สาระเนื้อหา

หลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (30 นาที)

1. ทักทาย ทำสมาธิก่อนมาอบรม
2. ทบทวนกิจกรรมในวันที่ผ่านมา

ขั้นดำเนินการ (5 ชั่วโมง)

1. แนะนำหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล

2. การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องต่อไปนี้

- 2.1 นโยบายการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรีย
- 2.2 ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคมลาเรีย
- 2.3 ระบบการเฝ้าระวังโรคมลาเรีย
- 2.4 การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยง
- 2.5 การสอบสวนโรคมลาเรีย
- 2.6 การควบคุมโรคมลาเรีย
- 2.7 การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการทำงานกับเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม

โรคมลาเรีย

3. กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ การสาธิต การแบ่งบทบาทหน้าที่การเป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคมลาเรียในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ขั้นสรุป (30 นาที)

1. สรุปการทำกิจกรรม (15 นาที)
2. นัดหมายการอบรมในวันต่อไป (15 นาที)

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. สไลด์ ชุดที่ 2 เรื่อง “หลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล”
2. กระดาษ ปากกา

การประเมินผล

1. การนำเสนอข้อมูล
2. การซักถามประเด็นข้อสงสัย
3. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
4. บรรยากาศในการทำกิจกรรม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “อบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง”
 เวลาที่ใช้ : 3 ชั่วโมง
 ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย One Health

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

แนวคิดหลัก

การมีความรู้ที่ถูกต้อง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็ง

สาระเนื้อหา

1. การเกิดโรคมะเร็ง
2. อาการ การติดต่อของโรค
3. การรักษาและการป้องกันโรค

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (30 นาที)

ทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนและข้อตกลงต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นดำเนินการ (2 ชั่วโมง)

1. การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งแก่กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง
2. การประชุมกลุ่มแบ่งกลุ่มอภิปรายวิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health
3. แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคมะเร็ง

ขั้นสรุป (30 นาที)

1. สรุปการทำกิจกรรม
2. มอบรางวัล
3. นัดหมายการอบรมในวันต่อไป

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. สไลด์ ชุดที่ 3 เรื่อง “โรคมะเร็ง”
2. กระดาษ ปากกา
3. แบบบันทึกตนเอง
4. ของใช้ในครัวเรือนสำหรับมอบเป็นรางวัล



การประเมินผล

1. การนำเสนอข้อมูล
2. การซักถามประเด็นข้อสงสัย
3. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
4. บรรยากาศในการทำกิจกรรม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 4

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “การรับรู้เพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย”
เวลาที่ใช้ : 3 ชั่วโมง
ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย One Health

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคมาลาเรีย

แนวคิดหลัก

การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรียจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคมาลาเรีย

สาระเนื้อหา

การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรีย

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (30 นาที)

ทักทาย ชี้แจงการอบรมในวันนี้

ขั้นดำเนินการ (2 ชั่วโมง)

1. การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องการรับรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคมาลาเรีย ได้แก่
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย
 - 1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมาลาเรีย
 - 1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรีย
2. ใช้สื่อบุคคลที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรียและได้รับการรักษาหายขาดแล้วมาเล่าประสบการณ์
3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากกิจกรรมที่ได้อบรม วิทยากรโดยภาคีเครือข่าย One Health



ขั้นสรุป (30 นาที)

1. สรุปการทำกิจกรรม
2. มอบรางวัล
3. นัดหมายการอบรมในวันต่อไป

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. สไลด์ ชุดที่ 4 เรื่อง “การรับรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคมะเร็ง”
2. กระดาษ ปากกา
3. ของใช้ในครัวเรือนสำหรับมอบเป็นรางวัล

การประเมินผล

1. การนำเสนอข้อมูล
2. การซักถามประเด็นข้อสงสัย
3. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
4. บรรยากาศในการทำกิจกรรม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 5

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “การป้องกันโรคมาลาเรีย”
 เวลาที่ใช้ : 3 ชั่วโมง
 ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย One Health

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคมาลาเรีย

แนวคิดหลัก

การมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการป้องกันโรคมาลาเรีย จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมาลาเรียที่ถูกต้อง

สาระเนื้อหา

วิธีการป้องกันโรคมาลาเรีย

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (30 นาที)

ทักทาย ชี้แจงการอบรมในวันนี้

ขั้นดำเนินการ (2 ชั่วโมง)

1. ให้ความรู้และสาธิตวิธีการป้องกันโรคมาลาเรีย
 - 1.1 การสาธิตการพ่นสารเคมี
 - 1.2 การชุบมุ้งด้วยน้ำยาเคมี
 - 1.3 การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันโรคมาลาเรีย
2. การฝึกปฏิบัติวิธีการป้องกันโรคมาลาเรีย

ขั้นสรุป (30 นาที)

1. สรุปการทำกิจกรรม
2. นัดหมายการอบรมในวันต่อไป

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. เครื่องพ่นสารเคมี
2. มุ้ง / น้ำยาเคมี
3. สมุนไพรพื้นบ้าน



การประเมินผล

1. ความรู้ความเข้าใจ
2. การซักถามประเด็นข้อสงสัย
3. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
4. บรรยากาศในการทำกิจกรรม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 6

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “เยี่ยมติดตาม”
 เวลาที่ใช้ : 1 ครั้ง / สัปดาห์
 ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย One Health

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับตรวจเยี่ยม ติดตาม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมลาเรีย
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่าย One Health

แนวคิดหลัก

การรับรู้ต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค รวมถึงการได้รับคำปรึกษาในเรื่องหรือข้อสงสัยต่าง ๆ จากภาคีเครือข่าย One Health และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการ

ออกตรวจเยี่ยม ติดตาม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมลาเรีย โดยภาคีเครือข่าย One Health และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการให้สุขศึกษา และการเฝ้าระวังการเกิดโรคมลาเรีย โดยทีมภาคีเครือข่าย One Health

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. แผ่นพับ
2. ป้ายประชาสัมพันธ์

การประเมินผล

1. การตอบคำถามจากการซักถาม
2. การสุ่มดูแบบประเมินที่ตนเอง



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 7

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “กิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรีย”
 เวลาที่ใช้ : 1 ครั้ง / สัปดาห์
 ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย One Health

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรณรงค์การป้องกันโรคมาลาเรีย
2. เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย

แนวคิดหลัก

การรณรงค์การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างและประชาชนในชุมชน ให้ความสนใจเรื่องโรคมาลาเรีย ตลอดจนการมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักถึงโทษพิษภัยของโรคมาลาเรีย อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

จัดกิจกรรมรณรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน 1 ครั้ง / เดือน และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย 1 ครั้ง / สัปดาห์ โดยการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรีย จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับ คู่มือการปฏิบัติตัว การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. ป้ายรณรงค์
2. แผ่นพับ
3. ป้ายไวนิล
4. อุปกรณ์การจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์
5. แผนการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
3. บรรยากาศในการทำกิจกรรม



กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 8

ชื่อกิจกรรมสุขศึกษา : “สรุปผลการดำเนินงาน”
 เวลาที่ใช้ : 1 วัน
 ผู้จัดกิจกรรม : ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และภาคีเครือข่าย One Health

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในระหว่างดำเนินการ

วิจัย

แนวคิดหลัก

การสรุปผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับในการวิจัยที่ผ่าน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จะได้ทราบถึงปัญหา ข้อเสนอแนะ หรือความต้องการที่มาจากคนในชุมชนอย่างแท้จริง

วิธีดำเนินการ

1. พิธีปิดการวิจัยมา มองรางวัล มอบใบประกาศ แก่กลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง
3. คณะผู้วิจัยกล่าวสรุปการวิจัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

สื่อและวัสดุอุปกรณ์

1. รางวัล ใบประกาศนียบัตร
2. แบบสอบถาม

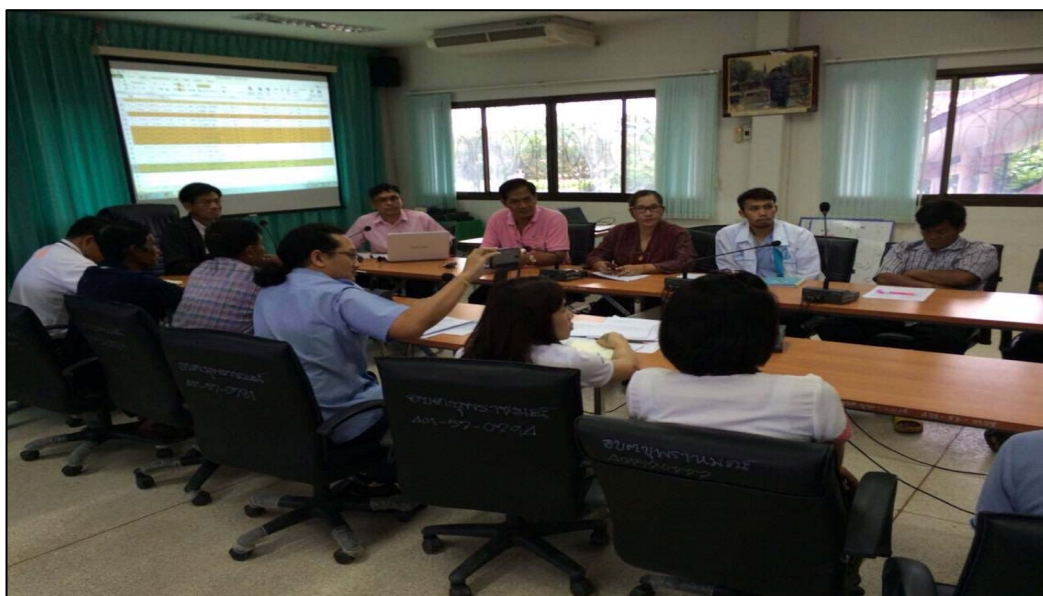
การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
3. บรรยากาศในการทำกิจกรรม
4. ผลการตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก ฉ
ตัวอย่างรูปภาพการดำเนินงานกิจกรรม





ภาพกิจกรรม
แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)
และชี้แจงการดำเนินงาน





ภาพกิจกรรม
อบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health



ภาพกิจกรรม
อบรมให้ความรู้เรื่องโรคมมาลาเรียและการใช้ชุดตรวจ



ภาพกิจกรรม
การสาธิตการใช้เครื่องมือ และแลกเปลี่ยนความคิดจากกิจกรรมที่ได้อบรม





ภาพกิจกรรม
ติดตามตรวจเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง



ภาพ
กิจกรรม
อบรม
แลกเปลี่ยน
เรียนรู้



ให้กับนักเรียน





ภา

พิกิจกรรม
จัดกิจกรรมเฝ้าระวัง รณรงค์ป้องกันโรคมมาลาเรีย





ภาพกิจกรรม
สรุปผลการดำเนินงาน





ภาพ

กิจกรรม
ทีมภาคีเครือข่าย



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นายณัฐพล คำรังษี
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2532
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2550 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนปราจิณราษฎรอำรุง จังหวัดปราจีนบุรี พ.ศ. 2554 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2556 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2560 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขุนศรี ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี 25220
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 861/2 หมู่ที่ 12 ตำบลดงพระราม อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี 25000

