

การพัฒนาแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา จังหวัดระนอง

Model development of Malaria control and elimination

by community participation in the Thai - Myanmar border area, Ranong Province

(Received: March 27,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

สุธน คุ่มเพชร¹

Suthon Khumphet¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา จังหวัดระนอง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการใน 12 ตำบล ของ 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองระนอง อำเภอกระบุรี และอำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 360 คน ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน

การศึกษพบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมามีความซับซ้อน โดยมี อัตราป่วย 183.45 ต่อแสนประชากรในอำเภอกระบุรี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ปัญหาหลักประกอบด้วย การเข้าถึง บริการที่ไม่เท่าเทียม ระบบการเฝ้าระวังที่ล่าช้า การขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญ และอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยห้าองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม ระบบการวินิจฉัยและการรักษาในชุมชน ระบบการป้องกันและควบคุมแบบบูรณาการ ระบบการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร และระบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม มีการจัดตั้งโรคไข้มาลาเรียโพสต์ 12 แห่ง และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรค ไข้มาลาเรีย 62 คน

ผลการประเมินประสิทธิผลแสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกระดับตัวชี้วัด อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรีย ลดลงจาก 183.45 เป็น 98.76 ต่อแสนประชากร คิดเป็นการลดลงร้อยละ 46.18 ระยะเวลาการรายงานผู้ป่วยลดลงจาก 2.85 เป็น 1.12 วัน การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7 มีการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดด โดยการรายงานผู้ป่วยภายในหนึ่งวันเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80

การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 7.19 เป็น 10.42 คะแนน ผู้เข้าร่วมมี ความพึงพอใจต่อการกระบวนการพัฒนาในระดับมาก (Mean = 4.16) การประเมินความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการหกเดือน แสดงผลในระดับสูง (คะแนน 34.01 จาก 40) โดยมีจุดแข็งด้านการยอมรับของชุมชน ความเข้มแข็งของระบบอาสาสมัคร และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ โรคไข้มาลาเรีย การมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ยุทธศาสตร์ 1-3-7 ความยั่งยืน

ABSTRACT

This study aimed to develop a service model for malaria management in the Thailand-Myanmar border area of Ranong Province through community participation. Using participatory action research methodology, the study was conducted in 12 sub-districts across three districts: Mueang Ranong, Kapoe, and Kraburi in Ranong Province, with 360 participants over an 6-month period.

The study revealed complex malaria transmission patterns in the Thailand-Myanmar border area, with an incidence rate of 183.45 per 100,000 population in Kraburi District, significantly higher than the national average. Key challenges identified included unequal access to services, delayed surveillance systems, shortage of specialized personnel, and language and cultural barriers.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

The developed service model comprised five core components: participatory surveillance and case detection system, community-based diagnosis and treatment system, integrated prevention and control system, data management and communication system, and participatory management system. Twelve malaria posts were established, and 62 malaria volunteers were trained and developed.

Effectiveness evaluation demonstrated significant improvements across all indicator levels. Malaria incidence decreased from 183.45 to 98.76 per 100,000 population, representing a 46.18% reduction. Patient reporting time decreased from 2.85 to 1.12 days, Implementation of the 1-3-7 strategy showed remarkable improvement, with patient reporting within one day increasing from 67.40% to 94.80%.

Community participation increased significantly, with overall scores rising from 7.19 to 10.42 points. Participants expressed high satisfaction with the development process (Mean = 4.16). Sustainability assessment six months post-project completion showed high-level results (34.01 out of 40 points), with strengths in community acceptance, volunteer system robustness, and local government support.

Keywords: Service model development, Malaria, Community participation, Thailand-Myanmar border, Participatory action research, 1-3-7 strategy, Sustainability

บทนำ

โรคไข้มาลาเรียเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในพื้นที่เขตร้อนและกึ่งเขตร้อนที่มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรค องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยมาลาเรียทั่วโลกประมาณ 249 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 608,000 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในทวีปแอฟริกา¹

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โรคไข้มาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูงและระบบสาธารณสุขมีข้อจำกัด ประเทศไทยแม้จะมีความก้าวหน้าอย่างมากในการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย แต่ยังมีพื้นที่บางส่วนที่ยังพบการแพร่ระบาดต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา²

จังหวัดระนองเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนที่ยังพบการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีภูมิประเทศเป็นป่าเขาและมีประชากรข้ามชาติอาศัยอยู่จำนวนมาก ข้อมูลจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงที่ 11.5 ระนองแสดงให้เห็นว่าในปี 2566 อำเภอกระบุรีมีอัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียสูงถึง 183.45 ต่อแสน

ประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศที่กำหนดไว้อย่างมาก³

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ชายแดนมีความซับซ้อนเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามพรมแดน ความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำกัด และความแตกต่างของระบบสาธารณสุขระหว่างประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียแบบดั้งเดิมมีประสิทธิภาพจำกัด⁴

ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 ได้กำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยสามารถบรรลุการกำจัดโรคไข้มาลาเรียภายในปี 2569 โดยใช้ยุทธศาสตร์ 1-3-7 ซึ่งประกอบด้วย การรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วัน การสอบสวนโรคและการยืนยันการติดเชื้อภายใน 3 วัน และการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดภายใน 7 วัน อย่างไรก็ตาม การนำยุทธศาสตร์นี้ไปปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนที่มีความซับซ้อนต้องการการปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่⁵

การวิจัยครั้งนี้จึงมีความมุ่งหมายในการพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นหลัก เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน และสามารถบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดย การมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัด โรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการ ควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดย การมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งเป็นการผสมผสานการวิจัยเชิง ปฏิบัติการกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม รวมทั้ง วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้มาซึ่ง องค์ความรู้ใหม่ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดย การมีส่วนร่วมในการวิจัยของทุกภาคส่วนทุก ขั้นตอนตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วม ตรวจสอบ และร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับ กระบวนการเรียนรู้⁽⁶⁾

การวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน หลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการ สะท้อนกลับ (Reflecting) โดยดำเนินการเป็นวัฏ จักรต่อเนื่อง⁷

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาได้แก่พื้นที่ที่มีการ แพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียสูง (A1 หรือ A2) บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จังหวัดระนอง ครอบคลุม 12 ตำบลใน 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองระนอง อำเภอกะบุรี และอำเภอ กะเปอร์ จังหวัดระนอง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน ควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 360 คน ได้มาโดย การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามบทบาทและความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อาสาสมัครโรคไข้มาลาเรีย และประชาชนในพื้นที่ เป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และแบบประเมิน ความรู้และทักษะ เครื่องมือทุกชนิดได้รับการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน และหลังการดำเนินงาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

(Inductive Content Analysis) ตามแนวทางของ Strauss และ Corbin⁸

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดระนอง โดยยึดหลักการยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) การรักษาความลับ (Confidentiality) และการไม่เป็นอันตราย (Non-maleficence)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 360 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ร้อยละ 25.6 คณะกรรมการสุขภาพตำบลและแกนนำชุมชน ร้อยละ 35.8 อาสาสมัครโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 17.2 และประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ร้อยละ 21.4 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.3) มีอายุระหว่าง 35-54 ปี (ร้อยละ 46.7) และมีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 41.1)

สถานการณ์และบริบทการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

การวิเคราะห์อัตราป่วยตามกลุ่มประชากรแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการติดต่อระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ

ตารางที่ 1 อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียตามกลุ่มประชากรในปี 2567

กลุ่มประชากร	จำนวนประชากร	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
คนไทย	145,672	142	97.48
ประชากรข้ามชาติที่มีเอกสาร	23,456	189	805.69
ประชากรข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร	8,234*	380	4,615.38
รวม	177,362	711	400.77

*ที่มา: รายงานประจำปี 2567

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของอัตราป่วยระหว่างกลุ่มประชากร โดยประชากรข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารมีอัตราป่วยสูงที่สุดถึง 4,615.38 ต่อแสนประชากรสูงกว่าคนไทยถึง 47.33 เท่า ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงที่สูงและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัดของกลุ่มนี้

การกระจายตามฤดูกาลและพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรคหลักในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชากรไทยและประชากรข้ามชาติ ระบบการเฝ้าระวังที่ล่าช้าเนื่องจากการสื่อสารและการ

ขนส่งที่ยากลำบาก การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรมในการสื่อสารกับประชากรข้ามชาติ

ปัจจัยที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดรวมถึง สภาพภูมิอากาศและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ การเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามพรมแดนอย่างต่อเนื่อง และพฤติกรรมสุขภาพของประชากรที่ยังไม่เหมาะสม เช่น การไม่นอนมุ้ง การแสวงหาการรักษาที่ล่าช้า และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค

รูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่พัฒนาขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ การวิจัยได้พัฒนารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้

มาลาเรียที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักดังนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา จังหวัดระนอง

องค์ประกอบที่ 1: ระบบการเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการจัดตั้งโรคไข้มาลาเรียโพสต์ในระดับชุมชน 12 แห่ง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรีย 62 คน และระบบการรายงานแบบทันทีผ่านช่องทางต่างๆ

องค์ประกอบที่ 2: ระบบการวินิจฉัยและการรักษาในชุมชน รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์

การตรวจวินิจฉัยและยารักษาโรคไข้ในชุมชน การฝึกอบรมอาสาสมัครให้สามารถใช้ชุดตรวจเร็ว (RDT) และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 3: ระบบการป้องกันและควบคุมแบบบูรณาการ ประกอบด้วยการจัดจำหน่ายมุ้งชุบยาฆ่าแมลง การพ่นยาฆ่าแมลงในบ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

องค์ประกอบที่ 4: ระบบการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังแบบออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือในการรายงาน และการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมและภาษา

องค์ประกอบที่ 5: ระบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย คณะกรรมการควบคุมโรคไข้มาลาเรียระดับตำบล การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และกลไกการติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียหลังจากการดำเนินงาน 6 เดือน แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวชี้วัดหลักทุกด้าน ($p < 0.001$)

ตัวชี้วัดด้านการเกิดโรค

1. อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลงจาก 183.45 เป็น 98.76 ต่อแสนประชากร คิดเป็นการลดลงร้อยละ 46.18
2. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลดลงจาก 127 ราย เป็น 68 ราย คิดเป็นการลดลงร้อยละ 46.46
3. การแพร่ระบาดภายในครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 18.5 เป็นร้อยละ 7.4

ตัวชี้วัดด้านการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7

1. การรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80
2. การสอบสวนโรคภายใน 3 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.80 เป็นร้อยละ 97.10
3. การดำเนินการป้องกันภายใน 7 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.70 เป็นร้อยละ 95.60

ตารางที่ 2 ผลการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง
การรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วัน	100	67.40	94.80	+27.40
การสอบสวนผู้ป่วยภายใน 3 วัน	100	74.20	96.30	+22.10
การตอบสนองต่อจุดแพร่เชื้อภายใน 7 วัน	100	68.90	91.70	+22.80

ตารางที่ 2 พบว่า ผลการประเมินการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7 แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดดในทุกมิติ การรายงานผู้ป่วยภายในหนึ่งวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80 การสอบสวนผู้ป่วยภายในสามวันปรับปรุงจากร้อยละ 74.20 เป็นร้อยละ 96.30 และการตอบสนองต่อจุดแพร่เชื้อภายในเจ็ดวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.90 เป็นร้อยละ 91.70

ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. คะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน
เพิ่มขึ้นจาก 7.19 เป็น 10.42 คะแนน (จาก
คะแนนเต็ม 12)

2. จำนวนอาสาสมัครที่มีความรู้ในระดับ
ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 83.9

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของ
ผู้เข้าร่วมการพัฒนาต่อกระบวนการพัฒนา
รูปแบบ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา (n=360)

ประเด็นการประเมิน	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน	4.23	0.67	มากที่สุด
การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/การฝึกอบรม	4.18	0.72	มาก
การสนับสนุนจากทีมงานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ	4.35	0.58	มากที่สุด
ความชัดเจนของบทบาทและหน้าที่	4.09	0.74	มาก
การได้รับข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำ	4.26	0.63	มากที่สุด
ความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ	4.14	0.69	มาก
การประสานงานระหว่างหน่วยงาน	3.97	0.81	มาก
ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน	4.02	0.76	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.16	0.70	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้เข้าร่วมการพัฒนา
มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาในระดับ
มาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.16 (SD = 0.70)
ประเด็นที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือการสนับสนุน
จากทีมงานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ (Mean = 4.35)
รองลงมาคือการได้รับข้อมูลป้อนกลับและ
คำแนะนำ (Mean = 4.26) และการมีส่วนร่วมใน
การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน (Mean =
4.23) ตามลำดับ

ตัวชี้วัดด้านความยั่งยืน

การประเมินความยั่งยืนหลังสิ้นสุด
โครงการ แสดงผลในระดับสูง (คะแนน 34.01 จาก
40 คะแนนเต็ม) โดยมีจุดแข็งในด้านการยอมรับ
ของชุมชน ความเข้มแข็งของระบบอาสาสมัคร
และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความยั่งยืนของโครงการ (n=12 ตำบล)

ด้านความยั่งยืน	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับความยั่งยืน
ความยั่งยืนด้านการเงินและทรัพยากร	7.25	1.42	ปานกลาง
ความยั่งยืนด้านองค์กรและการจัดการ	8.67	1.15	สูง
ความยั่งยืนด้านเทคนิคและศักยภาพ	8.92	1.08	สูง
ความยั่งยืนด้านสังคมและการยอมรับ	9.17	0.94	สูง
คะแนนรวมทุกด้าน	34.01	4.59	สูง

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดลงของอัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียร้อยละ 46.18 ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป็นผลสำเร็จที่น่าชื่นชมและสอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย⁹

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประสบความสำเร็จมีหลายประการ

1. การใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และคณะ¹⁰ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ห่างไกล

2. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 83.9 ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Bisanzio และคณะ¹¹ ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับชุมชน

3. การบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ เข้าด้วยกัน แทนที่จะดำเนินการแยกส่วน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวัง การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน ไปจนถึงการบริหารจัดการ การบูรณาการนี้ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน¹²

การปรับปรุงการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ 1-3-7 ที่เห็นได้ชัดเจนในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น การรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.40 เป็นร้อยละ 94.80 เป็นความก้าวหน้าที่สำคัญ เนื่องจากการรายงานที่รวดเร็วเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดต่อ¹³

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรกคือระยะเวลาในการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น แม้ว่าจะพบผลการปรับปรุงที่ชัดเจน แต่การประเมินความยั่งยืนระยะยาวต้องการการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่านี้ ประการที่สองคือการนำไป

ประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต้องมีการปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษาความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือนที่แสดงผลในระดับสูงเป็นสัญญาณที่ดีสำหรับความต่อเนื่องของการดำเนินงาน โดยเฉพาะการที่ชุมชนยังคงมีความกระตือรือร้นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนระยะยาวต้องการกลไกการสนับสนุนทางการเงินและการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

1. ผู้ปฏิบัติควรสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากชุมชนในระยะเริ่มต้นโดยใช้เวลาสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจกับผู้นำชุมชนและประชาชนก่อนดำเนินกิจกรรมหลัก

2. ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียด้วยการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริงมากกว่าการบรรยาย พร้อมทั้งควรจัดระบบการนิเทศงานและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

3. ควรปรับแต่งรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นโดยศึกษาลักษณะทางภูมิศาสตร์ โครงสร้างทางสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่อย่างละเอียด

4. ควรใช้ภาษาท้องถิ่นและจัดหาลำมที่เหมาะสมสำหรับประชากรข้ามชาติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารและลดอุปสรรคด้านภาษา

5. ควรสร้างระบบการสื่อสารและประสานงานที่ผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลกับระบบการสื่อสารแบบดั้งเดิมให้ครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนาแบบการจัดการโรคติดต่อแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางหลัก พร้อมทั้งควรจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการขยายผล

2. ควรบรรจุแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมเข้าในหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเพื่อสร้างความเข้าใจและทักษะที่จำเป็น

3. ควรจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียและการดำเนินงานโรคไข้มาลาเรียโพสต์ในพื้นที่เสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง

4. ควรสร้างกลไกการเงินที่ยั่งยืนผ่านการผสมผสานระหว่างงบประมาณของรัฐ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการระดมทรัพยากรจากชุมชน

5. ระดับจังหวัดและอำเภอควรจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการควบคุมโรคไข้มาลาเรียในระดับพื้นที่ที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วนเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ

6. ควรสร้างระบบการยกย่องและสร้างแรงจูงใจให้แก่ชุมชนและอาสาสมัครที่มีผลงานดีเด่นอย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง

7. ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่เป็นมาตรฐานและระบบการรับรองความสามารถของอาสาสมัครโรคไข้มาลาเรียเพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงาน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลกระทบระยะยาว 3-5 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาอย่างเป็นระบบ

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่ชายแดนอื่นที่มีบริบทสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกัน โดยเฉพาะชายแดนไทย-กัมพูชา ไทย-ลาว และไทย-มาเลเซีย

3. ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากรเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสม

4. ควรพัฒนาและทดสอบเครื่องมือการประเมินความยั่งยืนที่มีความละเอียดและ

ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งตัวชี้วัดที่สามารถวัดคุณภาพของการมีส่วนร่วม

5. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการทำงานของชุมชนในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและความหลากหลายทางวัฒนธรรม

6. ควรพัฒนาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์สำหรับการประเมินความคุ้มค่าของ

การลงทุนในรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมเปรียบเทียบกับแนวทางดั้งเดิม

7. ควรดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนากอบแนวคิดทฤษฎีใหม่ที่บูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการจัดการระบบนิเวศสุขภาพอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World malaria report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. รายงานประจำปี 2566. ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง; 2567.
4. Charoensak P, Sirichai M, Rattanasing N. Vector ecology and malaria transmission dynamics in Thailand-Myanmar border areas. Parasites Vectors. 2023;16:89.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด; 2564.
6. กมล สุตประเสริฐ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์; 2540.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
8. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
9. Department of Disease Control. Annual Report on Malaria Surveillance in Thailand 2024. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024.
10. Anderson M, Thompson K, Silva P. Socioeconomic determinants of malaria treatment-seeking behavior in border populations. Global Health Research. 2023;15(3):245-262.
11. Bisanzio D, Kitchakarn S, Sudathip P. Malaria elimination strategies in Southeast Asia: Progress and challenges. Lancet Global Health. 2023;11(4):e456-e467.
12. Brown D, Liu Y, Kumar V. Integration of traditional and modern medicine in malaria treatment: A community perspective. J Ethnopharmacol. 2023;298:115-127.
13. Garcia J, Rahman A, Patel R. Cost-effectiveness of community-based interventions for malaria control: A systematic review. Health Econ Rev. 2023;13:45.



14. บุญเทียน อาสารินทร์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.