



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Factors related to delayed malaria treatment in Suratthani Province



ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร์*
สุกัญญา สุวรรณรัตน์**
วีราษฏร์ สุวรรณ**
วทม. (เวชศาสตร์ชุมชน)*
ป.พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง**
สศบ.**

Yuthapong Muernrat*
Sukanya Suwannarat**
Veerast Suwan**
M.Sc. (Com.Med)*
B.Sc.**
B.Sc.**

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรวดเร็วของการมารับการรักษาไข้มาลาเรีย และปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไข้มาลาเรียที่มารับการรักษา ณ มาลาเรียคลินิก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 276 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 31 มีนาคม 2551

การศึกษาความรวดเร็วของการมารับการรักษาของผู้ป่วยมาลาเรียพบว่า ผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาภายใน 5 วัน ร้อยละ 51.09 และมารับการรักษาซ้ำเกิน 5 วัน ร้อยละ 48.91 โดยเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใน 6.08 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรคที่กำหนดไว้ไม่เกิน 5 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) แสดงว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมาลาเรียมีความรวดเร็วของการได้รับการรักษาไข้มาลาเรียเกิน 5 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 6 วัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ เพศ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรง ลักษณะการเดินทาง พาหนะที่ใช้ในการเดินทางระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ประสบการณ์ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย และการรักษาก่อนมารับบริการ

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ระดับรายได้ ความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย การป้องกันไข้มาลาเรีย ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลากการป่วยครั้งสุดท้าย ความพึงพอใจในสถานบริการ อาการแสดง และชนิดเชื้อมาลาเรีย

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค

** ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี กรมควบคุมโรค

Abstract

The objectives of this study were to investigate the rate of delayed in seeking malaria treatment and the related factors in Suratthani province. Two hundred and seventy-six patients attending malaria clinics in Suratthani province during October 1997 to March 1998 were enrolled. Data collection was by interview.

The result showed that 51.09% of the patients received treatment within 5 days and 48.91% received treatment after 5 days. In average, patients received treatment within 6.08 days that was statistically longer than criteria set (5.5 days, $p < 0.001$) by the Bureau of the Vector-borne Diseases, Department of Disease Control.

Factors that were significantly correlated to the delayed seeking treatment included gender, occupation, perception of disease severity, difficulty in transportation, awareness of malaria illness, experience on malaria illness, and pretreatment.

Factors that were not significantly correlated ($p > 0.05$) included age, education, marriage, income, knowledge on malaria, malaria prevention, cost of transportation, cost of treatment, duration of last malaria illness, satisfaction on the service of malaria clinic and Plasmodium species.

These findings were able to apply for planning the cost effective operations for malaria treatment and disease prevention and control.

คำสำคัญ: มาลาเรีย (Malaria) การรักษาช้า (Delayed treatment) จังหวัดสุราษฎร์ธานี (Suratthani Province)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมาเป็นเวลานาน ทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและตายเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ไข้มาลาเรียยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม ในแต่ละปีรัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมไข้มาลาเรียเป็นจำนวนมาก⁽¹⁾ ส่วนผู้ป่วยมาลาเรียและครอบครัวนอกจากเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแล้ว ยังขาดรายได้ที่พึงได้รับในระหว่างการเจ็บป่วยอีกด้วย ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีพซึ่งทำให้ประเทศชาติประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจโดยรวมต่อไป⁽²⁾

ตามที่สำคัญโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค มีเป้าหมายในการลดระยะเวลาป่วยด้วยไข้มาลาเรียซึ่งนับตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันได้รับการรักษาหายขาด ให้เหลือไม่เกิน 5 วัน (วันเริ่มป่วยเป็นไข้มาลาเรีย หมายถึง วันที่ผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรียในร่างกายเริ่มมีความรู้สึกว่าตนเองมีอาการป่วยหรือเริ่มสงสัยว่าป่วยเป็นวันแรกในการป่วยครั้งนี้ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษาหายขาดที่มาลาเรียคลินิก) เพื่อให้ผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาเร็วยิ่งขึ้นซึ่งจะสามารถป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมาลาเรียเกิดภาวะรุนแรงและแทรกซ้อนอันจะส่งผลให้ถึงแก่ชีวิตได้ และยังเป็นการตัดวงจร

การแพร่เชื้อมาลาเรียอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำจำนวนมาก โดยในปี 2550 มีผู้ป่วยมาลาเรียพบเชื้อระยะมีเพศ (Gametocyte) จำนวน 138 ราย⁽¹⁾ นอกจากนี้ จะเห็นได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดมาลาเรียชนิด *Plasmodium faciparum* ระยะติดต่อกับ (Fg) โดยเปรียบเทียบระหว่างท้องที่มี Fg สูง และ Fg ต่ำ ของอรัญญา ภิญญรัตน์โชติ⁽³⁾ ที่พบว่า มีผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรียระยะมีเพศซึ่งแสดงว่าต้องมีการติดเชื้อมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 วัน⁽⁴⁾ ถึงร้อยละ 30.90

ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์และทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำ จึงศึกษาความรวดเร็วของการมารับการรักษาไข้มาลาเรียและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมารับการรักษา มาลาเรียซ้ำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรวดเร็วของการมารับการรักษาไข้มาลาเรียและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความรวดเร็วของการมารับการรักษาไข้มาลาเรียหายขาด (ระยะเวลาตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันได้รับการรักษาหายขาดของผู้ป่วยมาลาเรีย)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย ได้แก่

ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย การรับรู้ ความรุนแรงของไข้มาลาเรีย และการป้องกัน ไข้มาลาเรีย

ปัจจัยด้านการเดินทางมารับการรักษา ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง พาหนะที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ประสิทธิภาพการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ความตระหนักในการป่วย เป็นไข้มาลาเรีย ความพึงพอใจสถานบริการ ชนิดของเชื้อมาลาเรีย การรักษาก่อนมารับบริการรักษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional analytic study

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมาลาเรียทุกรายที่มารับการรักษาไข้มาลาเรีย ณ มาลาเรียคลินิก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 31 มีนาคม 2551

ขนาดตัวอย่าง คำนวณตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 p(1-p)}{d^2}$$

p = อัตราป่วยด้วยไข้มาลาเรีย ปี2550

(API = 8.167/1,000) = 0.8167%

α = ระดับความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1

กำหนด $Z_{\alpha/2} = 1.96$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

กำหนด = 0.05

n = ขนาดตัวอย่าง = 230 ราย

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของตัวอย่างทั้งหมด เป็นขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น = 276 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมวัตถุประสงค์ โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความเชื่อถือได้ (reliability) และการหาอำนาจจำแนก (discrimination power)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขจนได้ความตรง และความเที่ยงที่เหมาะสมแล้ว จึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวนตามที่กำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมจากนักวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Epi Info version 3.3.2 ซึ่งมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรเชิงปริมาณ

ตาราง 1 จำนวนวันของผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรียได้รับการรักษา (ระยะเวลาตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันได้รับการรักษาหายขาด)

จำนวนที่เริ่มป่วยจนได้รับการรักษาหายขาด (วัน)	จำนวนผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรีย (ราย)	ร้อยละ
1	8	2.90
2	14	5.07
3	44	15.94
4	27	9.78
5	48	17.39
6	21	7.61
7	19	6.88
8	26	9.42

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytic statistic) ได้แก่

ทดสอบความรวดเร็วของการมารับการรักษา มาลาเรียเปรียบเทียบกับเป้าหมายของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง โดยใช้ one-sample t-test⁽⁵⁾

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้ χ^2 - test หรือ Fisher's exact test ใน

กรณีที่เป็นตาราง 2x2 และมีค่า expected value น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20⁽⁶⁾

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า มีความรวดเร็วของการมารับการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำ ดังนี้

1. ความรวดเร็วของการมารับการรักษา
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย

ตาราง 1 จำนวนวันของผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรียได้รับการรักษา (ระยะเวลาตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันที่ได้รับการรักษาหายขาด) (ต่อ)

จำนวนที่เริ่มป่วยจนได้รับการรักษาหายขาด (วัน)	จำนวนผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรีย (ราย)	ร้อยละ
9	29	10.51
10	21	7.61
11	6	2.18
12	10	3.62
13	3	1.09
รวม	276	100.00

ตาราง 2 ความรวดเร็วของการมารับการรักษามาลาเรีย (ระยะเวลาตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันที่ได้รับการรักษาหายขาด) เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายของกรมควบคุมโรค

จำนวนที่เริ่มป่วยจนได้รับการรักษาหายขาด (วัน)	Mean	S.D	t-test	df	p-value
กลุ่มตัวอย่าง	6.08	2.92	34.56	275	0.00
เป้าหมายของกรมควบคุมโรค	5.00	0.00			

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการมารับการรักษามาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มรักษาช้า		กลุ่มรักษาเร็ว		χ^2 - test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	104	77.0	71	50.4	21.16	1	.00
หญิง	31	23.0	70	49.6			
รวม	135	100.0	141	100.0			
อาชีพ							
ค้าขาย	2	1.5	2	1.4	29.43	4	.00
กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	19	14.1	8	5.7			
สวนผลไม้	22	16.3	15	10.6			
เด็ก/นักเรียน	26	19.3	70	49.6			
สวนยางพารา	66	48.9	46	32.6			
รวม	135	100.0	141	100.0			

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงกับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรีย

ปัจจัย	กลุ่มรักษาช้า		กลุ่มรักษาเร็ว		χ^2 - test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรับรู้ความรุนแรง					179.93	2	.00
ระดับต่ำ	19	14.1	8	5.7			
ระดับปานกลาง	104	77.0	8	5.7			
ระดับสูง	12	8.9	125	88.6			
รวม	135	100.0	141	100.0			

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเดินทางกับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำ

ปัจจัยการเดินทาง	กลุ่มรักษาช้า		กลุ่มรักษาเร็ว		χ^2 - test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ลักษณะการเดินทาง							
มาเอง	70	51.9	52	36.9	18.63	3	.00
เพื่อนบ้านพามา	8	5.9	4	2.8			
นายจ้างพามา	2	1.5	19	13.5			
ญาติพามา	55	40.7	66	46.8			
รวม	135	100.0	141	100.0			
พาหะที่ใช้ในการเดินทาง							
รถจ้างเหมา/จ้าง							
รถส่วนตัว	0	0.0	4	2.8	22.16	3	.00
รถโดยสารประจำทาง	19	14.1	4	2.8			
รถจักรยานยนต์, (รถจักรยานยนต์, รถยนต์)	108	80.0	112	79.5			
รวม	135	100.0	141	100.0			
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ							
0-30 กิโลเมตร	48	35.6	31	22.0	18.05	2	.00
31-60 กิโลเมตร	72	53.3	66	46.8			
มากกว่า 60 กิโลเมตร	15	11.1	44	31.2			
รวม	135	100.0	141	100.0			

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเดินทางกับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำ (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มรักษาช้า		กลุ่มรักษาเร็ว		χ^2 - test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เวลาที่ใช้ในการเดินทาง							
ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง	72	53.3	49	34.8	17.41	2	.00
1-2 ชั่วโมง	57	42.3	66	46.8			
มากกว่า 2 ชั่วโมง	6	4.4	26	18.4			
รวม	135	100.0	141	100.0			

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ประสพการณ์ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย และการรักษาก่อนมารับบริการกับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำ

ปัจจัย	กลุ่มรักษาช้า		กลุ่มรักษาเร็ว		χ^2 - test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย							
ตระหนักว่าจะป่วย	82	60.8	108	76.6	18.75	2	.00
ไม่แน่ใจ	45	33.3	17	12.1			
ไม่ตระหนักว่าจะป่วย	8	5.9	16	11.3			
รวม	135	100.0	141	100.0			
ประสพการณ์ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย							
ไม่เคยป่วย	64	47.4	23	16.3	30.89	1	.00
เป็นไข้มาลาเรีย							
เคยป่วย	71	52.6	118	83.7			
เป็นไข้มาลาเรีย							
รวม	135	100.0	141	100.0			
การรักษาก่อนมารับบริการ							
ไม่ได้รักษา	62	45.9	110	78.0	30.24	1	.00
รักษา	73	54.1	31	22.0			
รวม	135	100.0	141	100.0			

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ความรวดเร็วของการมารับการรักษาไข้มาลาเรียของผู้ป่วยมาลาเรีย พบว่า ผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาหายขาด ภายใน 5 วัน ร้อยละ 51.09 มีผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำเกิน 5 วัน ร้อยละ 48.91 ทั้งนี้โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาหายขาดภายใน 6.08 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของสำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลงที่กำหนดไว้ไม่เกิน 5 วัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.00) แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมาลาเรียมีความรวดเร็วของการได้รับการรักษามาลาเรียเกิน 5 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 6 วัน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Fungladda⁽⁷⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดกาญจนบุรีได้รับการรักษาเฉลี่ย ภายใน 4.3 วัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ endemic malaria ซึ่งมักจะมีภูมิต้านทานในระดับหนึ่งจึงมักจะไม่ปรากฏอาการป่วยหลังจากได้รับเชื้อในระยะแรกๆ และมักจะมีประสบการณ์การป่วยมาแล้วจึงไม่กระตือรือร้นในการรักษา ประกอบกับในปัจจุบันประชาชนสามารถรักษาด้วยตนเองมากขึ้นเพราะมีร้านค้าจำหน่ายยากระจายอยู่ในพื้นที่และใกล้ที่พักอาศัยจำนวนมากขึ้นซึ่งทำให้สะดวกและรวดเร็วต่อการรักษา ประหยัดเวลาต่อการประกอบอาชีพเนื่องจากผลผลิตทางการเกษตรและปาล์มน้ำมันราคาสูงขึ้น และเมื่อรักษาไม่หายซึ่งมักผ่านไประยะหนึ่งแล้วจึงจะไปรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภายหลัง จึงทำให้การเดินทางมารับการรักษาล่าช้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียซ้ำของผู้ป่วยมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่

เพศ โดยพบว่ากลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.00) กับกลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียเร็ว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Banguero⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรียในประเทศไทยโคลัมเบีย และพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ นิตยา ธนวิฑู⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์การป่วยเป็นมาลาเรียในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่าเพศชายป่วยเป็นมาลาเรียสูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากโรคไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมและอาชีพ⁽⁴⁾ และเพศชายต้องประกอบอาชีพเสี่ยงสูง เช่น เข้าป่า ล่าสัตว์ หาของป่า รับจ้างตัดไม้ นอกจากนั้นส่วนใหญ่เพศชายมักมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลน้อยกว่าเพศหญิง เพราะเพศหญิงมีสถานะเป็นแม่บ้านต้องคำนึงถึงสภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตร ธิดา และตนเอง มากกว่าเพศชาย อันเป็นลักษณะของสังคมไทย⁽¹⁰⁾ จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าและแตกต่างกันกับเพศชาย

อาชีพ โดยพบว่ากลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียซ้ำส่วนใหญ่เป็นประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ทำสวนยางพารา และสวนผลไม้ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.00) กับกลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียเร็วที่ส่วนใหญ่มักเป็นเด็ก/นักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ เจริญกุล⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษากิจกรรมการป้องกัน

และรักษาไข้มาลาเรียของประชาชนบริเวณชายแดนไทย-พม่า และพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาโรคไข้มาลาเรีย ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มเด็ก/นักเรียน มักจะอยู่ในความดูแลของผู้ปกครองและครู จึงทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี

การรับรู้ความรุนแรง โดยพบว่ากลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียช้า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) กับกลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียเร็วที่ส่วนใหญ่มักมีการรับรู้ความรุนแรงระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับประสิทธิเวชสถล⁽¹¹⁾ และประยुทธ สุดาทิพย์^(12, 13) ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของไข้มาลาเรียในระดับดี ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง และมีผู้ป่วยเป็นไข้มาลาเรียตลอดปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การป่วยด้วยไข้มาลาเรีย และรับรู้ความทุกข์ทรมานจากการป่วยเป็นอย่างดี เมื่ออาการป่วยในลักษณะเดิมอีกจึงมักจะกระตือรือร้นไปรับการรักษาด้วยวิธีการและรูปแบบต่างๆ

ลักษณะการเดินทาง พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง โดยพบว่า กลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียช้าส่วนใหญ่เดินทางมารับการรักษาด้วยตนเองโดยลำพังด้วยรถยนต์ส่วนตัว ซึ่งมักตัดสินใจไปรับการรักษาหลังจากป่วยเป็นเวลานานหลายวันแล้ว ประกอบกับระยะทางจากบ้านพักถึงสถานบริการที่ไปรับการรักษาค่อนข้างห่างไกล การเดินทางมักใช้เวลานานและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) กับกลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียเร็ว ที่ส่วนใหญ่มักมีบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกันเป็นอย่างดี เป็นผู้นำ

ตัวผู้ป่วยมารับบริการรักษาซึ่งทำให้มีความสะดวกในการเดินทางมารับบริการมากกว่าการเดินทางมาด้วยตนเอง

ความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ประสพการณ์ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย การรักษาก่อนมารับบริการ โดยพบว่า กลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียช้าส่วนใหญ่มีความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย มีประสบการณ์เคยป่วยเป็นไข้มาลาเรียและการรักษาก่อนมารับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) กับกลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียเร็ว โดยที่กลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียช้าถึงแม้ส่วนใหญ่จะมีความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย และมีประสบการณ์เคยป่วยเป็นไข้มาลาเรียมาก่อน แต่มักจะมีการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ก่อนมารับบริการการรักษาจากมาลาเรียคลินิกในครั้งนี้ จึงทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องล่าช้าออกไปและแตกต่างกันกับกลุ่มที่รักษาโรคไข้มาลาเรียเร็ว ซึ่งส่วนใหญ่มีความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย และมีประสบการณ์เคยป่วยเป็นไข้มาลาเรียมาก่อน เช่นเดียวกัน แต่ส่วนใหญ่มักไม่มีการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ก่อนมารับบริการจากมาลาเรียคลินิก จึงส่งผลให้สามารถมารับการรักษาที่ถูกต้องเร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรทำการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) ก่อนการวางแผนปฏิบัติงาน และวิเคราะห์สถานการณ์เป็นระยะๆ ก่อนการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ เพราะเหตุการณ์แต่ละช่วงระยะเวลาย่อมมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากนั้น จึงปฏิบัติงานควบคุมโรคตามแผนงาน/โครงการที่ผ่านการวิเคราะห์มาแล้วนั้นอย่างจริงจังต่อไป ซึ่งจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้อง

ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างแท้จริง อันจะส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมีศักยภาพสูงสุดและเกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย มีถิ่นที่อยู่อาศัยห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข/มาลาเรียคลินิก ควรพิจารณาจัดตั้งมาลาเรียคลินิกชุมชน (Community malaria clinic: CMC) ซึ่งอาจจะดำเนินการ โดยอาสาสมัครมาลาเรียหรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมและสามารถทำการตรวจวินิจฉัยไข้มาลาเรียด้วยชุดตรวจสำเร็จรูป (Rapid diagnostic test) โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ (Criteria) ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยให้เหมาะสม และทำการรักษาตามคู่มือรักษามาลาเรียของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อความยั่งยืนของมาลาเรียคลินิกชุมชนนั้นๆ เมื่อมาลาเรียคลินิกชุมชนมีความเข้มแข็งจึงควรถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบบริหารจัดการต่อไป ส่วนหน่วยงานของทางราชการที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาทหน้าที่ในการนิเทศงานและให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้และทรัพยากรที่จำเป็นเท่านั้น

3. ควรสร้างและพัฒนาโปรแกรมการให้สุขศึกษาหรือความรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนหรือชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีจึงควรทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ และควรทำการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในรายที่มารับการรักษาล่าช้าประกอบด้วย

2. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากผู้ป่วยมีระยะเวลาการ

ป่วยนานเพราะมารับบริการรักษาโรคไข้มาลาเรียล่าช้า ทั้งในทัศนะของผู้รับบริการคือผู้ป่วยมาลาเรียและผู้ให้บริการคือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

3. ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินผลโปรแกรมการให้สุขศึกษาหรือความรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการสร้างเสริมศักยภาพของประชาชน หรือชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ด้วยความกรุณาของ นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้คำปรึกษา แนะนำตรวจแก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายวันชัย กลางณรงค์ หัวหน้าศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเจ้าหน้าที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช. รายงานประจำปี 2550. นครศรีธรรมราช, 2550.
2. นิคม ดีพอ. การวิเคราะห์พฤติกรรมและต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยในการรักษาไข้มาลาเรียก่อนการเข้ารับบริการของกองมาลาเรีย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2536.
3. อรัญญา ภิญโญรัตนโชติและคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดมาลาเรียชนิด Plasmodium falciparum ระยะติดต่อ (Fg) โดยเปรียบเทียบระหว่างท้องที่มี Fg สูง และ Fg ต่ำ. รายงานการศึกษาวิจัย ปี 2547. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11. นครศรีธรรมราช, 2550.

4. จันทรา เหล่าถาวร, ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. มาลาเรีย. คัดดีโสภาคการพิมพ์ กรุงเทพฯ; 2540.
5. ดุสิต สุจิรัตน์. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539: 55-66.
6. ดุสิต สุจิรัตน์. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539: 1-22.
7. Fungladda W ,et al. Sociodemographic and behavioral factor associated with hospital malaria patients in Kanchanaburi, Thailand. Journal of Medicine and Hygiene 1987; 90(5): 233-7.
8. Banguero H. Socioeconomic factors associated with Malaria in Columbia. SOC Sci Med 1984; 19 : 1099-1104.
9. นิตยา ธนวิวุฒิ. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์การป่วยเป็นมาลาเรียในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมาลาเรีย 2540; 32 (2): 57-71.
9. นิตยา ธนวิวุฒิ. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์การป่วยเป็นมาลาเรียในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมาลาเรีย 2540; 32 (2): 57-71.
10. อำนาจ เจริญกุล. พฤติกรรมการป้องกันและรักษาไข้มาลาเรียของประชาชนบริเวณชายแดนไทย-พม่า วารสารโรคติดต่อ 2539; 22 (4): 308-316.
11. ประสิทธิ์ เวชสถล และคณะ. ความรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นมาลาเรีย. วารสารมาลาเรีย 2539; 31⁽¹⁾ : 7-16.
12. ประยุทธ์ สุดาทิพย์ และมาริสา นิเกษม. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย. วารสารมาลาเรีย 2541; 33 (2) : 60-72.
13. ประยุทธ์ สุดาทิพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรียชนิดพลาสโมเดียมฟัลซิพารัม ช้ำในผู้ป่วยมาลาเรียที่ได้รับการรักษา ณ มาลาเรียคลินิก วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2541.

