

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้ ได้นำเสนอเกี่ยวกับ ลักษณะโรคของไข้มาลาเรีย ระบาดวิทยาและสถานการณ์ปัจจุบันของไข้มาลาเรียในประเทศไทย มาตรการควบคุมไข้มาลาเรีย ความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย ความหมายและความสำคัญของความพึงพอใจ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะโรคของไข้มาลาเรีย

ไข้มาลาเรียเป็นโรคซึ่งเกิดจากเชื้อใน Class Sporozoa, Genus Plasmodium ซึ่งเป็นพวกสัตว์เซลล์เดียว

เขตปรากฏโรค พบมากในเขตร้อน และเขตร้อน ในประเทศไทยมีอยู่ทั่วไปยกเว้นกรุงเทพมหานคร มีมากในที่ที่เป็นป่าเขาและมีน้อยในเมือง

พาหะที่นำเชื้อมาลาเรียคือยุงก้นปล่อง (Anopheles) ซึ่งที่สำคัญมีอยู่ 5 ชนิด คือ Anopheles minimus , Anopheles dirus (A. balabacensis) , Anopheles maculatus , Anopheles sandaicus , Anopheles aconitus

การนำโรค

โดยยุงก้นปล่องตัวเมีย มี Sporozoite อยู่ในค่อมน้ำลาย และเมื่อมากัดคน คนก็จะได้รับเชือนั้น เด็กในครรภ์อาจจะได้รับเชื้อจากมารดาโดยผ่านทางรกที่ถึงขนาดได้ แต่พบน้อยมาก การถ่ายเลือดที่มีเชื้อมาลาเรียอยู่ก็เป็นอีกทางหนึ่งที่เชื้อจะผ่านเข้าสู่คนได้ ไข้มาลาเรียเกิดขึ้นได้ด้วยมือของประกอบ 3 ประการคือ

1. คนที่มี gametocyte ของเชื้อมาลาเรียอยู่ในเม็ดเลือด
2. ยุงก้นปล่องที่สามารถนำเชือดังกล่าวได้
3. ดินฟ้าอากาศเหมาะสม คือ อุณหภูมิ 65 - 85 องศาฟาเรนไฮต์ และความชื้นพอเหมาะ

สาเหตุของโรค

เชื้อมาลาเรียในคนมี 4 ชนิด คือ *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* และ *P. ovale*

เชื้อมาลาเรียมีวงจรชีวิตได้ 2 อย่าง เหมือนกันทุกชนิด คือ วงจรชีวิตในยุงและวงจรชีวิตในคน

1. วงจรชีวิตในยุง (Sporogony) เมื่อยุงกัดคนดูดเลือดจากคนที่มียุงมาลาเรียระยะ gametocyte เพศผู้และเพศเมีย เข้าไปในกระเพาะอาหาร gamete เพศผู้จะแบ่งตัวออกเป็นตัวยาวเรียวยาวหลายตัว และตัวหนึ่งจะผสมกับ gamete เพศเมียหนึ่งตัว เมื่อผสมกันแล้วก็จะเข้าไปอยู่ในผนังกระเพาะอาหารของยุงและ

จะเจริญเติบโตแบ่งตัวเป็นซิสต์ที่ใหญ่เรียกว่า oocyst ซึ่งภายในจะมี sporozoite อยู่มากมาย เมื่อเจริญเต็มที่แล้วซิสต์ก็จะแตก sporozoite จะออกมาอยู่ที่ต่อมน้ำลายของยุง เมื่อยุงกัดคนจะปล่อย sporozoite เข้าตัวคนพร้อมกับน้ำลายยุง วงจรชีวิตนี้กินเวลาประมาณ 7 - 20 วัน แล้วแต่อุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม

2. วงจรชีวิตในคน(Schizogony) เริ่มตั้งแต่เมื่อยุงกัดคนและปล่อย sporozoite เข้าในกระแสเลือด sporozoite จะหายไปจากกระแสเลือดอย่างรวดเร็ว(ประมาณในครึ่งชั่วโมง) และไปเจริญเป็น merozoite ในเซลล์ของตับ ใช้เวลาช่วงหนึ่งแล้วแต่ชนิดของมาลาเรีย ระยะที่มาลาเรียอาศัยเจริญตัวอยู่ในเซลล์ของตับก่อนเข้าเม็ดเลือดแดงเรียกว่า Pre-erythrocytic form (P.E.form) ระยะที่มาลาเรียเข้าไปเจริญตัวในเม็ดเลือดแดงเรียกว่า Erythrocytic form (E.form)

การเจริญของเชื้อมาลาเรียในเม็ดเลือดแดงเป็นไปได้ 2 ทาง

1. วงจรชีวิตไร้เพศ (asexual cycle) merozoite ที่เข้าไปอยู่ในเม็ดเลือดแดงจะเจริญเป็น trophozoite เป็น ring form, amoeboid form และเป็น schizont ซึ่งมี merozoite หลายตัว ฤกษ์แต่ชนิดของเชื้อมาลาเรีย เมื่อ schizont เจริญเต็มที่ที่จะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกออก merozoite ที่ออกมาจากเม็ดเลือดแดงที่แตกออกจะเข้าสู่เม็ดเลือดแดงอื่นต่อไป ระยะแตกของเม็ดเลือดแดงจะตรงกับระยะจับไข้ วงจรชีวิตนี้กินเวลานานแตกต่างกันสุดแล้วแต่ชนิดของมาลาเรีย

2. วงจรชีวิตมีเพศ เกิดจาก trophozoite ที่อยู่ในเม็ดเลือดแดงนั้นบางตัวจะเจริญเป็น gametocyte เพศผู้และเพศเมีย gametocyte เหล่านี้จะปรากฏในกระแสเลือดช้าหรือเร็วแล้วแต่ชนิดของเชื้อเช่นเดียวกัน สำหรับ *P.falciparum* จะใช้เวลานานประมาณ 10 วัน และยุงจะนำไปเจริญในตัวได้ต้องนานต่อไปอีก 4 วันหลังจากผู้ป่วยมีอาการไข้ แต่ *P.vivax* กินเวลานานเพียง 2-3 วัน และพร้อมที่จะให้ยุงนำไปเจริญในตัวได้ สำหรับ *P.malariae* มี gametocyte น้อย ทั้งเวลาไม่แน่นอน และ gametocyte พวกนี้จะคอบอยู่ในเลือดจนกว่ามียุงมากัดคนที่มิ และดูดเอาไปเจริญในยุงต่อไป⁽¹⁰⁾

ระบาดวิทยาและสถานการณ์ไข้มาลาเรียในประเทศไทย

ในภาพรวมจะพบผู้ป่วยมาลาเรียมากบริเวณจังหวัดชายแดน และทางภาคใต้ ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ที่สำคัญ ได้แก่ พม่า เนื่องจากบริเวณชายแดนไทย-พม่าจะมีสภาพเป็นภูเขาสูง ป่าทึบและมีแหล่งน้ำ ซึ่งเป็นที่เกิดของยุงพาหะนำโรค

เนื่องจากไข้มาลาเรียเป็นโรคที่นำโดยยุงก้นปล่อง ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยมากในฤดูฝน ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม ของทุกปี หากพิจารณาข้อมูลของประเทศจะเห็นว่าคล้ายกับมี 2 ฤดูกาล ที่มีผู้ป่วยมาลาเรียมาก นอกเหนือจากฤดูฝน ได้แก่เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของฤดูฝนในคาบสมุทรทางภาคใต้ และจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งแตกต่างไปจากภาคเหนือและภาคกลางของประเทศ อีกประการหนึ่งคือเป็นผลมาจากยุงพาหะนำโรค ซึ่งมีหลายชนิดและมีความชุกชุมในฤดูกาลแตกต่างกันออกไป

ลักษณะของผู้ป่วยมาลาเรีย

ไข้มาลาเรียพบได้ในทุกเพศ ทุกวัย และทุกกลุ่มอาชีพ มีการกระจายไม่สม่ำเสมอกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยมาลาเรียของกองระบาดวิทยา พบว่า เพศชาย:เพศหญิง เท่ากับ 2:1 และกลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดตามลำดับได้แก่ 15 - 24 ปี, 25 - 34 ปี และ 10 - 14 ปี ตามลำดับ ในวัยเด็กพบผู้ป่วยน้อย ยกเว้นในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีโรคมมาลาเรียชุกชุม เช่น จังหวัดตาก กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน จะพบเด็กเล็กป่วยมากได้เช่นกัน สาเหตุที่ผู้ป่วยพบมากในเพศชาย และวัยทำงาน เนื่องจากโรคนี้สัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมและอาชีพ ซึ่งเพศชายมีโอกาสสัมผัสกับยุงพาหะสูงกว่าเพศหญิง

สำหรับอาชีพที่พบผู้ป่วยมากนั้น ขึ้นกับพื้นที่ ตัวอย่างเช่นบริเวณภาคใต้พบในอาชีพกรีดยางสวนกาแฟ ในขณะที่ภาคเหนือได้แก่ปลูกป่า เก็บของป่า ตัดไม้ ทำเหมืองแร่ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงใต้พบคนพลอยทำสวนผลไม้ สวนยาง เป็นต้น

ชนิดของเชื้อมาลาเรียในประเทศไทย

ในประเทศไทยพบได้ทั้ง 4 ชนิด ในปี พ.ศ. 2539 พบสัดส่วนดังนี้

P.falciparum ร้อยละ 53.72 *P.vivax* ร้อยละ 45.63

P.malariae ร้อยละ 0.08 Mixed infection ร้อยละ 0.57

การกระจายของเชื้อชนิดต่าง ๆ ไม่สม่ำเสมอกันทั้งประเทศ โดยภาคใต้ 14 จังหวัด พบผู้ป่วยชนิด *P.vivax* สูงถึงร้อยละ 54.48 ในขณะที่ภาคเหนือของประเทศ(14จังหวัด) ส่วนใหญ่พบเชื้อ *P.falciparum* สูงถึงร้อยละ 57 สัดส่วนของเชื้อ *P.falciparum* และ *P.vivax* จะผันผวนกัน ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น ภาวะการเกิดระบาดบริเวณแหล่งของ *P.falciparum* หรือ *P.vivax* ในแต่ละช่วงเวลา ทำให้สัดส่วนของเชื้อชนิดนั้น ๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการดื้อยาของเชื้อ *P.falciparum* ด้วย ในประเทศไทยคือต่อยารักษามาลาเรียหลายขนาน เช่น คลอโรควิน ซัลฟาดอกซิน/ไพริเมธามีน และ เมโฟลควิน และพบมากบริเวณจังหวัดตาก จันทบุรี ตราด และสระแก้ว

ผู้ป่วยต่างชาติ

มีผู้ป่วยจากต่างชาติมารับการตรวจรักษาอยู่ในประเทศไทยจำนวนมาก ผู้ป่วยเหล่านี้แยกออกเป็นผู้ป่วยต่างชาติที่อยู่บริเวณตะเข็บชายแดน และข้ามแดนมารับบริการตรวจรักษาโรคที่สถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาลาเรียคลินิกของกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ และยังมีผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่มีที่พักเป็นหลักแหล่งในประเทศไทย แต่เดินทางไปมายังประเทศของตนเสมอ รายงานผู้ป่วยต่างชาติ นั้น ก่อนข้างไม่สมบูรณ์และไม่สามารถทราบจำนวนประชากรทั้งหมดได้ จึงเป็นการยากที่จะกิดอัตราป่วย หรือวิเคราะห์แจกแจงรายละเอียดได้ เท่าที่มีรายงานเป็นทางการในปีงบประมาณ 2534 ถึง 2539 พบผู้ป่วยต่างชาติพม่ามากที่สุด(96%) จังหวัดที่ตรวจพบผู้ป่วยต่างชาติ ได้แก่ จังหวัดที่อยู่ชายแดน

กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน จังหวัดที่พบมากที่สุด คือจังหวัดตากซึ่งมีแนวชายแดนนับพันกิโลเมตร ชนิดของเชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ *P. falciparum*⁽¹¹⁾

มาตรการควบคุมไข้มาลาเรีย

ก.มาตรการต่อุงพาหะ(Vector control measures)

มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความหนาแน่นและลดอายุขัยของุงพาหะ รวมทั้งลดการสัมผัสระหว่างุงพาหะกับคน โดยมีมาตรการในการควบคุม ได้แก่

1. การพ่นเคมีชนิดตกค้าง (Residual insecticide spraying)
2. การใช้สารเคมีชุบ/พ่นมุ้ง (Impregnated mosquito nets)
3. การพ่นหมอกควัน (Fogging)
4. การควบคุมทางชีววิธี(Biological control)
5. การควบคุมทางสิ่งแวดล้อม (Environmental control)
6. การใช้สารเคมีฆ่าลูกน้ำ (Larviciding)
7. ลดการสัมผัสระหว่างคนกับุงพาหะ (Man mosquito contact reduction)

ข.มาตรการต่อเชื้อมาลาเรีย

1. การค้นหาผู้ป่วย มี 2 ลักษณะ คือ

การค้นหาผู้ป่วยทางตรงเป็นวิธีที่เจ้าหน้าที่เดินทางเข้าไปในหมู่บ้านเพื่อเจาะโลหิต
การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อมเป็นวิธีที่ผู้ป่วยมาขังสถานบริการ

2. การใช้ยารักษาผู้ป่วย(Malaria Chemotherapy)

การใช้ยารักษามาลาเรีย(Malaria Chemotherapy)

การใช้ยารักษาผู้ป่วยแบ่งตามลักษณะการจ่ายยาเป็น 4 วิธี ดังนี้

1. การรักษาขั้นต้น(Presumptive Treatment)
2. การรักษาขั้นหายขาด(Radical Treatment)
3. การใช้ยาป้องกัน(Chemoprophylaxis)
4. การรักษากลุ่ม(Mass Drug Administration, Selective Drug Administration)

ในที่นี้ จะกล่าวถึงการรักษาขั้นหายขาดเท่านั้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องมีการนัดติดตามผลการรักษา⁽¹²⁾

การรักษาขั้นหายขาดเป็นการจ่ายยาเมื่อทราบผลฟิล์มโลหิต และชนิดเชื้อมาลาเรีย จึงจ่ายยารักษาขั้นหายขาดแก่ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อทุกราย โดยเร็วที่สุด

เนื่องจากการรักษาชั้นหายขาดที่ใช้กับเชื้อมาลาเรียแต่ละชนิดแตกต่างกัน จึงต้องนำรายละเอียดผลการตรวจโลหิตมาประกอบการเลือกจ่ายยาให้ถูกต้อง และสำหรับเชื้อฟิลิซิปาร์มันั้น ต้องพิจารณาสถานที่รับเชื้อ เพื่อให้ทราบถึงระดับการคือยามาประกอบการจ่ายยาด้วย โดยมีการจัดพื้นที่ ดังนี้

ระดับการคือยา เมโฟลควินของพื้นที่	อัตราการทำ ยาขนาด 750 มก.(%)	การพบผู้ป่วย คือยาชนิด RIII	จังหวัด
ระดับสูง	ต่ำกว่า 50	หลายราย	ตาก, ตราก, จันทบุรี
ระดับปานกลาง	50 - 70	อาจพบน้อยรายหรือไม่พบ	สระแก้ว
ระดับต่ำหรือไม่คือต่อยา	70 ขึ้นไป	ไม่พบ	จังหวัดอื่น ๆ ทั้งหมด

จากตารางเห็นได้ว่าจังหวัดกาญจนบุรี จัดเป็นพื้นที่ระดับการคือยาระดับต่ำหรือไม่คือต่อยา จึงจ่ายการรักษาตามตารางต่อไปนี้

กลุ่มผู้ป่วย(อายุ)	รับประทานยาพร้อมกันเพียงครั้งเดียวต่อหน้า	
	เมโฟลควิน(เม็ด)	ไพรมากวิน(มก.)
15 ปีขึ้นไป	3	30
9 - 14 ปี	2	15
4 - 8 ปี	1 ½	10
1 - 3 ปี	¾	5
6 - 11 เดือน	½	-
เด็กต่ำกว่า 6 เดือน หญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยแพ้ยามโฟลควิน	ให้ใช้การรักษาชั้นหายขาด ขนาดที่ 2	

ยามโฟลควิน ขนาดเม็ดละ 250 มก.

ยาไพรมากวิน มีขนาด 5 มก. และ 15 มก.

ข้อควรระวัง

- (1) ถ้าผู้ป่วยมีประวัติถ่ายปัสสาวะดำ ให้งดจ่ายยาไพรมากวิน
- (2) ในรายที่ตรวจพบเชื้อมีเพศ(Fg) เพียงอย่างเดียว โดยเป็นการป่วยครั้งแรก ให้จ่ายยาขนาดแรก แต่หากเป็นผู้มารับการตรวจซ้ำหรือมาตรวจตามนัดภายใน 14 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจครั้งแรก และตรวจพบเฉพาะเชื้อมีเพศ ให้จ่ายเฉพาะยาไพรมากวิน⁽¹²⁾

ยาเมโฟลควิน(Mefloquine)

เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงต่อเชื้อมาลาเรียทุกชนิดในคน รวมทั้งเชื้อฟัลซิพารัมที่คือต่อยาทุกชนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดได้คีและมีค่าครึ่งชีวิตยาว ทำให้สามารถให้ยาเพียงครั้งเดียวก็เพียงพอ

ฤทธิ์และอาการไม่พึงประสงค์ มีคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และเวียนศีรษะ การเดินของหัวใจช้าลงได้เป็นครั้งคราว แต่ไม่ทำให้เกิดอาการใดๆ อาจมีผลข้างเคียงทางสมอง แต่อาการจะหายไปเองภายใน 1 สัปดาห์

ยาไพโรมาควิน(Primaquine)

เป็นยาชนิดเดียวที่ใช้ในการรักษามาลาเรียนอกเม็ดเลือดแดง(Exo-erythrocytic Stage) ของเชื้อ วัณโรคและ โอวาเล่ และฆ่าแกมมาโตซัยท์ของฟัลซิพารัม ถูกดูดซึมได้ดีหลังจากการให้ยาทางปาก ยาถูกกำจัดออกจากพลาสมาในเวลาอันรวดเร็ว (ค่าครึ่งชีวิต 6 ชั่วโมง) ไพโรมาควินจะถูกเปลี่ยนเป็นการบอกรีไพโรมาควินที่ตับ และมีระดับในพลาสมาสูงเป็น 10 เท่า ของไพโรมาควิน metabolite ตัวนี้อยู่ในเลือดได้นานกว่า (ค่าครึ่งชีวิต 24 - 30 ชม.)

อาการที่ไม่พึงประสงค์ มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปวดมวนท้อง ท้องเสีย ⁽¹³⁾

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยไข้มาลาเรียฟัลซิพารัม ที่ได้รับยาเมโฟลควินและไพโรมาควิน เท่านั้น จึงไม่ขอกกล่าวถึงยาขนานอื่นในที่นี้

3. การติดตามผู้ป่วย

การติดตามผู้ป่วยไข้มาลาเรียเชื้อฟัลซิพารัม

การติดตามผู้ป่วยไข้มาลาเรียเชื้อฟัลซิพารัม ที่รับการรักษานับหายขาด มีจุดประสงค์เพื่อดูผลการรักษาในวันที่ 7 หลังรับการรักษาว่า เชื้อคือยาในระดับ RI หรือ S/RI หรือไวต่อยา (S) มากน้อยเพียงไร

ระดับการคือยา S = ไวต่อยา เชื้อมาลาเรียระยะไม่มีเพศหมดไปภายใน 7 วัน หลังผู้ป่วยได้รับยาและไม่กลับมาปรากฏ(Recrudescence) อีกเลย จนถึงวันที่ 28 หลังรับการรักษา

ระดับการคือยา RI = คือน้อย เชื้อมาลาเรียระยะไม่มีเพศหมดไปภายใน 7 วัน แต่กลับมีเชื้ออีกภายใน 28 วัน หลังได้รับยา

ระดับการคือยา RII = คือปานกลาง เชื้อมาลาเรียลดลงอย่างมากในวันที่ 7 แต่หลังรับยาไป 48 ชั่วโมง ยังมีเชื้อเหลืออยู่ 25 % หรือน้อยกว่าเมื่อเทียบกับปริมาณเชื้อในวันแรกก่อนรับยา

ระดับการคือยา RIII = คือมาก หลังผู้ป่วยได้รับยา 48 ชั่วโมง เชื้อมาลาเรียกลับเพิ่มขึ้นหรือไม่ลดลงหรือลดลงเพียงเล็กน้อย มีเชื้อเหลืออยู่มากกว่า 25 % เมื่อเทียบกับปริมาณเชื้อในวันแรกก่อนรับยา

แนวทางการปฏิบัติ

หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาหายขาด นักผู้ป่วยทุกรายมาเจาะ โลहितซ้ำ กรณีไม่มาตามนัด อนุโลมให้ใช้ช่วงระหว่างวันที่ 5 ถึงวันที่ 9 หลังรับการรักษา (± 2 วัน) ผลการติดตามในวันที่ 7 หลังการรักษาหากพบเชื้อ หรือพบ gametocyte ถือว่ารักษาไม่หาย ทำการรักษาตามขั้นตอนต่อไป⁽¹⁴⁾

4. การสอบสวนผู้ป่วย (Case investigation)

สอบสวนผู้ป่วยทุกรายทุกพื้นที่ โดยซักประวัติเพื่อค้นหาสาเหตุการติดเชื้อ

5. การสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ (Focal investigation)

เป็นกิจกรรมในการประมวลข้อมูลทางระบาดวิทยา กีฏวิทยา เพื่อทราบว่าการแพร่เชื้อเกิดขึ้นได้อย่างไร

ค.มาตรการต่อคน

1. การประชาสัมพันธ์ เป็นการเผยแพร่ความเข้าใจไปสู่ประชาชน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรู้จักป้องกันตนเอง ให้รีบเจาะ โลहितเมื่อมีอาการสงสัยจะเป็นไข้มาลาเรีย และให้ทราบถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติ

2. การรณรงค์ไข้มาลาเรีย เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจร่วมไปกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้บริการในชุมชน

3. การศึกษาในสถานควบคุมไข้มาลาเรีย จัดเป็นระบบสม่ำเสมอ ให้ศึกษาในหมู่บ้าน ในโรงเรียน ในมาลาเรียคลินิก ในแหล่งท่องเที่ยว ในชนกลุ่มน้อย โดยให้เนื้อหาสอดคล้องและเหมาะสมแต่ละพื้นที่

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) จัดให้มีและพัฒนาอาสาสมัคร ส่งเสริมและสนับสนุนประชาชนให้ดูแลตนเอง มีกองทุนในหมู่บ้านจัดซื้อ-ขายยาหากันสูงหรือมุ้ง มีหมู่บ้านพึ่งตนเองป้องกันไข้มาลาเรีย เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้⁽¹⁵⁾

ความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนรู้เพียงแต่จำได้อาจจะ โดยการนึก ได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับกำจัดความ ความหมายข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้เป็นต้น

บุญบง เจาทานนท์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ให้ความหมายว่าความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียหมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง เรื่องราว รายละเอียดเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย ได้แก่ สาเหตุ การติดต่อ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา การป้องกันโรค ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากการเรียนรู้ ประสบการณ์

ทั้งทางตรงและทางอ้อม และการจำได้ เข้าใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะทางสติปัญญา ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ความหมายนี้เป็นหลักในการวิจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียของผู้ป่วย

ความหมายและความสำคัญของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นสถานะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้ หรือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของรูสึกนั้น

นักวิจัยทางพฤติกรรมให้ความหมายของคำว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ ที่ผู้รับบริการเข้าไปใช้บริการในสถานที่ให้บริการนั้น ๆ และประสบการณ์นั้นได้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน

Aday and Andersen⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงความสำคัญพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับบริการกับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาล ที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขว่าสามารถเข้าถึงประชาชน คือความพึงพอใจ 6 ประการ คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับการบริการ ได้แก่ เวลาที่รอ การได้รับการรักษาเมื่อต้องการ และความสะดวกสบายที่ได้รับ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถได้รับบริการทุกประเภทได้ตามต้องการ ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย และมีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอรรถาธิบายท่าทางที่ดีเป็นกันเอง แสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ได้แก่ สาเหตุ และการให้การรักษา
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ ได้แก่ การดูแลที่ได้รับ ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อบริการ
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายเพื่อรักษาความเจ็บป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรทัย รวยอาจิณ⁽¹⁸⁾ ศึกษาปัจจัยกำหนดการใช้บริการมาลาเรียคลินิกในพื้นที่อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี และอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเหตุผลที่ไปใช้บริการมาลาเรียคลินิกนั้น เพราะเจ้าหน้าที่มีความรู้โดยตรง 74.3% เพราะมาลาเรียคลินิกอยู่ใกล้บ้าน 13.7 % และเหตุผลอื่น 12.3 % เช่น บริการฟรี รู้จักกับเจ้าหน้าที่มาลาเรีย เป็นต้น ในกลุ่มที่ไม่ไปใช้บริการระบุว่า ไปใช้บริการที่อื่น

48.2 % ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ไม่ทราบว่ามีการมาเรียคลินิก มาเรียคลินิกอยู่ไกลเกินไป และไม่มีเงินค่าเดินทาง 29.8 % รักษาตนเอง 15.7 % บริการไม่ดี 1.6 % และเพราะเหตุอื่น 4.7 %

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, สุธีรา สุนทรระกูล⁽¹⁹⁾ ศึกษาพฤติกรรมการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในมาเรียคลินิก ในตำบลหนองรี อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ารูปแบบการรักษาที่สำคัญคือการที่จะรักษาด้วยตนเองก่อนจึงไปที่มาเรียคลินิก และอาการของมาเรียและภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย การประเมินผลการรักษาช่วยตัดสินใจเลือกการรักษา และสิ่งสำคัญที่ช่วยแรงให้ผู้ป่วยย้ายมารักษาที่มาเรียคลินิกอยู่บนพื้นฐานของแผนการรักษาที่มีประสิทธิผล

อำนาจ เจริญกุล และคณะ⁽²⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและรักษาไข้มาเรียของประชาชนบริเวณชายแดนไทย - พม่า พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรักษาอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไขร้อยละ 57.4 และพฤติกรรมการรักษาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.6 พฤติกรรมที่เป็นประจำ ได้แก่ การกินยาจนหมด (ร้อยละ 90.1) เมื่อยาหมดแล้วอาการไข้ไม่หายจะกลับไปรักษาที่เดิมอีก (ร้อยละ 82.6) กลับไปเจาะเลือดซ้ำตามนัดหมายของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 78.7) และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ระดับรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องไข้มาเรีย

ภิรมย์ กมลรัตนกุล⁽²¹⁾ ศึกษาพฤติกรรมการรักษามาเรียของประชากรใน อ.โป่งน้ำร้อน จ.จันทบุรี และ อ.บ่อทอง จ.ชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ อ.บ่อทองไปรับบริการรักษาที่สถานีนานามาก เนื่องจากเพิ่งสร้างขึ้นและเข้าถึงได้ง่าย บุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชาวบ้าน บริเวณนั้นไม่มีคลินิกเอกชน และการติดต่อระหว่างหมู่บ้านและโรงพยาบาลอำเภอมีความลำบากโดยเฉพาะในฤดูฝน

อัญชลี สิงหนคร-ฤนาท⁽²²⁾ ให้ข้อเสนอแนะว่าในโครงการควบคุมมาเรีย ความใกล้ชิดกับบริษัทก่อสร้างหรือบริษัทที่เกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนาเศรษฐกิจอื่น ๆ มีผลต่อความร่วมมือในการเจาะเลือดและรักษา

สันต์ศิริ สรมณี⁽²³⁾ ศึกษารูปแบบการแสวงหาบริการรักษา พฤติกรรมการใช้รักษามาเรียและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มคนไข้ 2 หมู่บ้านในจังหวัดกาญจนบุรีและจันทบุรี พบว่าการประเมินอาการของชาวบ้านเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสวงหาบริการรักษา⁽¹⁹⁾

พวงพยอม การภิญโญ⁽²⁴⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัด

ลือชัย ศรีเงินขวง และคณะ⁽²⁵⁾ ศึกษาเรื่องความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง และโรงพยาบาลศิริราช พบว่ารูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลมีส่วนสำคัญมากต่อปัญหาความต่อเนื่องของการรับการรักษา

ชนินฐา เรืองมณีเศษ⁽²⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดสระบุรี พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความไม่สม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ความมั่นใจในผลการรักษา ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ระยะทาง และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา รวมทั้งความรู้ด้านการติดต่อของโรค ระยะเวลาการรักษา ผลเสียของการไม่มาตามกำหนด และความรู้ด้านอาการข้างเคียงของยา

Hopewell⁽²⁷⁾ ศึกษาประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในเปรู พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา คือ อาการและอาการแสดงของวัณโรคปอดคืบ 21.5 % มีปัญหาในครอบครัว 15.9 % ไม่มีผู้พามารักษา 15.4% มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงด้วยโรคอื่น 9.3 % สัมภาษณ์คนนัด 7.8 % คิดธุระด้านการงาน 6.9 % ไปรักษาที่อื่น 4.8% ข้ายที่อยู่ 4.3 % มีอาการข้างเคียงจากยา 3.0 % ไม่มีเงินค่าพาหนะและค่ายา 1.1 % รักษาอาการไม่คืบ 0.9 % ไม่ทราบว่าต้องมารักษานาน 0.7 % อื่น ๆ 8.4 %

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และความสนใจของผู้วิจัย จึงได้ทำกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

