

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ทินมณี คฤหะมาน, ส.ม.¹

นภชา สิงห์วีระธรรม, ประ.ด.^{2*}

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 7 กรกฎาคม 2567; วันที่แก้ไข: 8 ตุลาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 11 ตุลาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 418 คน ใช้การสุ่มแบบไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอธิบายและชี้แจงแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามอย่างละเอียดแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสารภาษาพม่าได้ จำนวน 10 คน เพื่อให้มีความเข้าใจและถูกต้องในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเนื้อหาแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.87 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 10.13, SD = .57$) มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งระดับเหมาะสม ($M = 1.63, SD = .45$) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ ($p = .043$), ระดับการศึกษา ($p = .039$), รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท) ($p = .014$), ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่ ($p = .012$) และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรค ($p = .007$) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง, แรงงานข้ามชาติชาวพม่า

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นภชา สิงห์วีระธรรม, อีเมล: noppcha@cmu.ac.th

**Relationships between Personal Factors and Health Belief Model
on the Malaria Prevention Behavior of Burmese
Migrant Workers in Mae Sot District, Tak Province**

Thinmanee Kharuehaman, M.P.H.³

Noppcha Singweratham, Ph.D.^{4}*

Jukkrit Wungrath, Ph.D.²

(Received: July 7th, 2024; Revised: October 8th, 2024; Accepted: October 11th, 2024)

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the relationships between personal factors and health belief patterns related to malaria prevention behaviors among 418 Burmese migrant workers in Mae Sot district, Tak province. A non-probability sampling method, specifically convenience sampling, was used to recruit the participants. Data were collected through a questionnaire developed by the researcher that covered personal factors, health beliefs, and malaria prevention behaviors. The questionnaire was explained in detail to 10 Burmese-speaking health officials to ensure accurate understanding during interviews with the sample group. The content validity of the instrument was verified by three experts, yielding a content validity index between 0.67 and 1.00. The reliability of the health belief model and malaria prevention behavior questionnaire were confirmed with Cronbach's alpha coefficients of 0.87 and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequencies, percentages, means, and standard deviations, as well as multivariate logistic regression analysis. The results showed that the overall health belief perception was at a high level ($M = 10.13$, $SD = .57$) and the level of malaria prevention behavior was appropriate ($M = 1.63$, $SD = .45$). Additionally, it was found that age ($p = .043$), education level ($p = .039$), average monthly family income ($p = .014$), duration of residence in the area ($p = .012$), and perceived barriers to prevention ($p = .007$) were significantly associated with malaria prevention behaviors at the 0.05 level.

Keywords: health belief model, malaria prevention behavior, Burmese migrant workers

³ Master of Public Health, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

⁴ Lecturer, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

* Corresponding author: Noppcha Singweratham, Email: noppcha@cmu.ac.th

บทนำ

โรคมาลาเรีย (Malaria) หรือเรียกว่า ไข้ป่า ไข้จับสั่น เป็นโรคติดต่อที่อันตรายร้ายแรงถึงชีวิต โดยมียุงก้นปล่อง (*Anopheles spp.*) เป็นพาหะนำโรค นำเชื้อพลาสโมเดียม (*Plasmodium spp.*) ติดต่อสู่คน มักพบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่องบริเวณภูเขา ป่าทึบ แหล่งน้ำล้าธรรมชาติ ตามป่าเขาและแนวชายแดน (Sarikputi, 2022) โรคมาลาเรียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จัดให้เป็นโรคที่มีความสำคัญเร่งด่วน 1 ใน 4 โรค ที่ต้องได้รับการแก้ไข เป็นภัยคุกคามร้ายแรงต่อสุขภาพประชาชนในหลายพื้นที่ ซึ่งทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นทวีปที่มีภาระโรคมาลาเรียสูงเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากทวีปแอฟริกา (World Health Organization [WHO], 2023) และเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพในประเทศอื่นๆ รวมถึงประเทศไทย

สำหรับสถานการณ์โรคมาลาเรียในประเทศไทย จากระบบฐานข้อมูล Malaria Online พบว่า ตั้งแต่ในช่วงปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคมาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง จนถึงปี พ.ศ.2565 และปี พ.ศ.2566 ที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรียเพิ่มสูงขึ้นถึง 8,498 ราย และ 16,277 ราย เป็นชาวต่างชาติชาวพม่า 4,678 ราย และ 9,086 รายตามลำดับ ข้อมูล ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2566 ซึ่งจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคมาลาเรียมากที่สุดในประเทศไทย คือ จังหวัดตาก จำนวน 8,202 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 (Department of disease control , 2023) โดยจังหวัดตากมีพื้นที่ติดต่อกับประเทศพม่าครอบคลุมพื้นที่ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่สอด อำเภอพบพระและอำเภอแม่ระมาด (Tak Provincial Industrial Office, 2021) โดยอำเภอแม่สอด เป็นหนึ่งในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีสถานประกอบการ ทั้งภาคอุตสาหกรรม ภาคการเกษตรและภาคบริการต่างๆ ที่ต้องการแรงงานจำนวนมากในการขับเคลื่อนประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้มีแรงงานข้ามชาติชาวพม่าเดินทางเข้ามาจำนวนมากทั้งเดินทางเข้ามาแบบถูกกฎหมายและเดินทางข้ามชายแดนโดยไม่ผ่านด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ อีกทั้งการสู้รบบริเวณชายแดน เป็นเหตุให้มีการอพยพหนีภัยเข้ามา รวมถึงการแสวงหาบริการสุขภาพพื้นฐานในประเทศไทย ทำให้เกิดอุปสรรคด้านสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อบริเวณชายแดน (Hengboriboonphong & Kritsanakriangkrai, 2007) นอกจากนี้ยังมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย อยู่อาศัยใกล้ป่า มีความรู้และความเชื่อจากบรรพบุรุษบางเรื่องที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันโรคมาลาเรีย และส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรค (Maneedang et al., 2016) และแม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอแม่สอดได้จัดตั้งสถานบริการตรวจรักษาโรคมาลาเรียอย่างครอบคลุม เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า แต่ยังคงมีการระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่อำเภอแม่สอดทุกปี ซึ่งโรคมาลาเรียเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีและเหมาะสม โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคมีปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ วิถีชีวิต บริบทถิ่นที่อาศัย เป็นต้น ที่ส่งผลให้มีการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ หากมีการรับรู้ที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย เนื่องจากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคมีความรุนแรงต่อชีวิต (Pradit et al., 2015) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่านั้น กรณีมีการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มักจะไป

ซื้อยารับประทานเองเป็นอันดับแรก หากไม่ดีขึ้นจะไปปรึกษาการรักษาที่โรงพยาบาล มีส่วนน้อยที่ยังคงรักษาตามความเชื่อ และส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการหารายได้ การประกอบอาชีพ มักไม่ให้ความสนใจในเรื่องของสุขภาพอนามัยของตนเองมากนัก (Khamsam & Suttakorn, 2015)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้เห็นควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังโรคและการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า เพื่อช่วยลดการเจ็บป่วยโรคมลาเรียในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งการศึกษานี้จะทำให้เข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตากและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาข้อมูลสาธารณสุขและแนวทางในการดูแลสุขภาพ การวางแผนดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในอำเภอแม่สอดให้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามกรอบแนวคิดสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความสมบูรณ์ด้านคุณภาพชีวิตของวัยแรงงาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975) ซึ่งใช้ในการอธิบายและคาดการณ์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมุ่งเน้นไปที่ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แรงงานข้ามชาติชาวพม่าที่มีอายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยและทำงานในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย จำนวน 29,509 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานข้ามชาติชาวพม่าที่มีอายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยและทำงานในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Wayne W.D. (1995) ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + p(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

และประมาณการขนาดตัวอย่างใช้ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 380 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ทั้งสิ้น 418 ราย การศึกษาค้นครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีโรคต้องห้ามสำหรับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามามีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรไทย จำนวน 6 โรค ได้แก่ โรคเรื้อนในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, วัณโรคระยะติดต่อ, โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม, การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในเลือด, โรคพิษสุราเรื้อรังและโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 อีกทั้งสามารถสื่อสารได้ตอบเป็นภาษาพม่าได้และยินยอมสมัครใจการเข้าร่วมการศึกษาค้นวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอการศึกษาวิจัย และชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้รับอนุญาตตามหนังสือรับรองหมายเลข ET015/2567 ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2567 แล้วจึงประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสารภาษาพม่าได้ในการชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงชี้แจงรายละเอียดเอกสารการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอด โดยข้อมูลจากการศึกษาค้นครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตน โดยนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (Checklist) และให้เติมข้อมูลในช่องว่างให้ครบถ้วน ประกอบด้วย 1.เพศ 2.อายุ 3.ศาสนา 4.ระดับการศึกษา 5.อาชีพหลัก 6.

สถานภาพสมรส 7.รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท) 8.ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง 9.ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอด 10.ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 4 ตอน จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรค จำนวน 10 ข้อ 2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ 3.การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ 4.การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับของ Likert (Likert Type Scale) โดยข้อความเชิงบวก ให้คะแนนจากเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และข้อความเชิงลบให้คะแนนจากเห็นด้วยให้ 1 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยให้ 3 คะแนน (Sukprasit, 2018)

เกณฑ์การแปลผล

ใช้เกณฑ์ประเมินผลค่าคะแนนของ Khan & Best (Sukprasit, 2018)

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของ (Pradit, et al., 2015) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยข้อความเชิงบวก ให้คะแนนจากปฏิบัติเป็นประจำให้ 2 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติให้ 0 คะแนน และข้อความเชิงลบให้คะแนนจากปฏิบัติเป็นประจำให้ 0 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติให้ 2 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

ใช้เกณฑ์ประเมินผลคะแนนรวมรายชื่อในการแบ่งระดับ ดังนี้ (Kachma & Srikuta, 2023)

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 70 (คะแนนเฉลี่ย < 1.4 คะแนน)

หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งระดับไม่เหมาะสม

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 (คะแนนเฉลี่ย $\geq$ 1.4 คะแนน)

หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งระดับเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายชื่อจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ระดับวิทยาจำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ประสานงานชุมชนสัมพันธ์ หน่วยวิจัยมาลาเรียโซไกล (SMRU) จำนวน 1 คน และอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 1 คน เพื่อประเมินความสอดคล้อง

ของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเนื้อหา (Content Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยทำการทดลองใช้แบบสอบถามในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) คำนวณหาความเชื่อมั่นของเนื้อหาแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมเท่ากับ 0.87 ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรค ได้เท่ากับ 0.91, 0.83, 0.75, 0.71 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ได้เท่ากับ 0.81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างละเอียด

2. ผู้วิจัยประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถสื่อสารภาษาพม่าได้ จำนวน 10 คน โดยอธิบายและชี้แจงแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามอย่างละเอียด เพื่อให้มีความเข้าใจในการสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติชาวพม่า เพื่อความถูกต้องของข้อมูลและลดความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าร่วมการเก็บข้อมูลด้วยทุกครั้ง และติดตามประเมินผลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน 30 เมษายน - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

3. นำแบบสอบถามที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจำนวน 418 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละข้อ ได้แบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง โดยนำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำแนกรายตัวแปร โดยใช้สถิติ Simple Logistic Regression Analysis ซึ่งกำหนดค่า p-value < .20 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น จากนั้นจึงพิจารณารายตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นด้วยสถิติ Multiple Logistic

Regression Analysis โดยกำหนดค่า $p < .05$ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์และการเกิด Multicollinearity ใช้วิธีการตรวจสอบจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของความแปรปรวน (Variance Inflation Factors: VIF) และค่า Tolerance โดยพบว่าตัวแปรอิสระมีค่า $VIF < 10$ และค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่า Crude OR, Adjust OR, 95%CI และ p-value ที่ระดับ 0.05 (Kachma & Srikuta, 2023)

ผลการวิจัย

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.2) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี (ร้อยละ 72.5) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.20 ปี, $SD = 11.60$ ปี, ($Min = 18$ ปี, $Max = 59$ ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.9) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.4) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 56.9) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.4) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท) ต่ำกว่า 6,000 บาท (ร้อยละ 68.4) ไม่เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 95.2) อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอดมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 91.4) และรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรียจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 62.9)
2. **การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านและภาพรวมของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก**

ตารางที่ 1 จำนวนเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($n = 418$)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			M	SD	แปลผล
	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	223 (53.35%)	195 (46.65)	0 (0%)	2.33	0.22	ระดับปานกลาง
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	404 (96.65%)	14 (3.35)	0 (0%)	2.81	0.20	ระดับมาก
3.การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค	409 (97.85%)	9 (2.15)	0 (0%)	2.72	0.14	ระดับมาก
4.การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรค	181 (43.30%)	214 (51.20)	23 (5.50)	2.27	0.33	ระดับปานกลาง
การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม				2.53	0.57	ระดับมาก

จากตารางที่ 1 พบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.53, SD = .57$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย ($M = 2.81, SD = .20$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมาลาเรีย ($M = 2.27, SD = .33$)

3. ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ($n = 418$)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย	จำนวน	ร้อยละ	M	SD
ระดับพฤติกรรมเหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00)	230	55.02	1.63	0.45
ระดับพฤติกรรมไม่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 1.33 – 0.00)	188	44.98	0.42	0.18

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียระดับพฤติกรรมเหมาะสม ($M = 1.63, SD = .45$) และมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียระดับพฤติกรรมไม่เหมาะสม ($M = .42, SD = .18$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำแนกรายตัวแปร

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย จำแนกรายตัวแปร ($n = 418$)

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย		Crude OR	95%CI	p -value
	จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม		
เพศ					0.030*
ชาย	65 (47.45)	72 (52.55)	1		
หญิง	165 (58.72)	116 (41.28)	1.58	1.04-2.38	
อายุ					0.168*
46 ปีขึ้นไป	57 (49.57)	58 (50.43)	1		
< 45 ปี	173 (57.10)	130 (42.90)	1.35	0.88-2.08	

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังกันโรคมลาเรีย		Crude OR	95%CI	p-value
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม			
ศาสนา					0.756
พุทธ	210 (55.26)	170 (44.74)	1		
อิสลาม	20 (52.63)	18 (47.37)	0.90	0.46-1.75	
ระดับการศึกษา					0.004*
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	170 (59.86)	114 (40.14)	1		
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	60 (44.78)	74 (55.22)	0.54	0.36-0.82	
อาชีพหลัก					0.004*
รับจ้างทั่วไป	129 (54.20)	109 (45.08)	1		
เกษตรกร	62 (68.89)	28 (31.11)	1.87	1.12-3.13	
ค้าขาย	10 (52.63)	9 (47.37)	0.94	0.37-2.40	
โรงงานอุตสาหกรรม	29 (40.85)	42 (59.15)	0.58	0.34-0.99	
สถานภาพสมรส					0.810
โสด	38 (51.35)	36 (48.65)	1		
คู่	173 (55.63)	138 (44.37)	1.19	0.71-1.97	
หย่าร้าง	13 (54.17)	11 (45.83)	1.12	0.44-2.82	
หม้าย	6 (66.67)	3 (33.33)	1.89	0.44-8.15	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท)					<.001*
ต่ำกว่า 6,000 บาท	177 (61.89)	109 (38.11)	1		
6,001 บาทขึ้นไป	53 (40.15)	79 (59.85)	0.41	0.27-0.63	
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมลาเรีย					0.075*
ไม่เคยป่วยเป็นโรคมลาเรีย	215 (54.02)	183 (45.98)	1		
เคยป่วยเป็นโรคมลาเรีย	15 (75.00)	5 (25.00)	2.55	0.91-7.16	
ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอด				0.073*	
น้อยกว่า 6 เดือน	25 (69.44)	11 (30.56)	1		
มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	205 (53.66)	177 (46.34)	0.51	0.24-1.07	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	M = 23.59 SD = 2.19	M = 22.91 SD = 2.14	1.15	1.05-1.26	0.002*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	M = 28.31 SD = 2.14	M = 27.93 SD = 1.76	1.10	0.99-1.22	0.051*
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค	M = 27.23 SD = 1.43	M = 27.14 SD = 1.47	1.04	0.91-1.19	0.538
การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรค	M = 22.79 SD = 3.37	M = 22.54 SD = 3.28	1.02	0.96-1.08	0.445

หมายเหตุ: นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .2$

จากตารางที่ 3 พบว่า การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Simple logistic regression กำหนดค่า $p < .2$ ได้แก่ ตัวแปรเพศ ($p = .030$), อายุ ($p = .168$), ระดับการศึกษา ($p = .011$), อาชีพหลัก ($p = .004$), รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท) ($p < .001$), ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ($p = .075$), ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอด ($p = .073$), ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ($p = .002$) และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p = .051$) ทั้งนี้จึงพิจารณานำตัวแปรดังกล่าวเข้าสู่การวิเคราะห์สถิติ Multiple logistic regression ต่อไป

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ($n = 418$)

ตัวแปร	CrudeOR (95%CI)	AdjustedOR (95%CI)	p-value
เพศ			0.210
ชาย	1	1	
หญิง	1.58 (1.04-2.38)	1.35 (0.84-2.16)	
อายุ			0.043*
46 ปีขึ้นไป	1	1	
< 45 ปี	1.35 (0.88-2.08)	1.68 (1.02-2.77)	
ระดับการศึกษา			0.039*
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	1	1	
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	0.54 (0.36-0.82)	0.60 (0.37-0.98)	
อาชีพหลัก			0.207
รับจ้างทั่วไป	1	1	
เกษตรกรรม	1.87 (1.12-3.13)	1.13 (0.62-2.05)	
ค้าขาย	0.94 (0.37-2.40)	1.40 (0.52-3.76)	
โรงงานอุตสาหกรรม	0.58 (0.34-0.99)	0.67 (0.35-1.28)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)			0.014*
ต่ำกว่า 6,000 บาท	1	1	
6,001 บาทขึ้นไป	0.41 (0.27-0.63)	0.54 (0.33-0.88)	
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย			0.073
ไม่เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย	1	1	
เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย	2.55 (0.91-7.16)	2.70 (0.91-8.00)	

ตัวแปร	CrudeOR (95%CI)	AdjustedOR (95%CI)	p-value
ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอด			0.012*
น้อยกว่า 6 เดือน	1	1	
มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	0.51 (0.24-1.07)	0.35 (0.16-0.80)	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	1.15 (1.05-1.26)	1.15 (1.04-1.27)	0.005*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.10 (0.99-1.22)	1.12 (0.99-1.25)	0.065

หมายเหตุ: นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression กำหนดค่า $p < .05$ พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ($p = .043$) โดยผู้ที่มีอายุ ≤ 45 ปี จะมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสม เป็น 1.68 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุ 46 ปีขึ้นไป (Adjusted OR = 1.68, 95%CI = 1.04-2.86), ระดับการศึกษา ($p = .039$) โดยผู้ที่เรียนจบชั้นระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่เรียนต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ถึง 40% (Adjusted OR = .60, 95%CI = .37- .98), รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท) ($p = .014$) โดยผู้ที่มีรายได้ 6,001 บาทขึ้นไป มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาท ถึง 46% (Adjusted OR = .54, 95%CI = .33 - .88), ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอด ($p = .012$) โดยผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอดมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จะมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอดน้อยกว่า 6 เดือน ถึง 65% (Adjusted OR = .35, 95%CI = .16 - .80) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ($p = .005$) โดยเมื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสม เพิ่มขึ้น 15% (Adjusted OR = 1.15, 95%CI = 1.04-1.27)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการศึกษา พบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 10.13$, $SD = .57$) สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย ($M = 2.81$, $SD = .20$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชน จังหวัดกาฬสินธุ์ (Phattharaphokanon et al., 2023) ซึ่งพบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรียในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าหากเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต มีความรุนแรงและ

อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ และสำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็ง ($M = 2.27$, $SD = .33$) และในส่วนของคุณค่าอื่นๆ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

จากการศึกษา พบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งอยู่ในระดับเหมาะสม ($M = 1.63$, $SD = .45$) อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ ความเชื่อและแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อมีการรับรู้ที่ดีย่อมมีเจตคติที่ดี ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของประชาชนในพื้นที่ใช้สูง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (Khankaew, 2023) ที่ศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้มาลาเรีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งอยู่ในระดับดี

ผลจากการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .043$) โดยผู้ที่ มีอายุ ≤ 45 ปี จะมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีอายุ 46 ปีขึ้นไป อาจกล่าวว่า ช่วงอายุ ≤ 45 ปี มีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากผู้ที่มีอายุ 46 ปีขึ้นไป มีการได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ ทำให้มีการรับรู้ที่ดีมากกว่า ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงโรคมะเร็งในจังหวัดนครราชสีมา (Kachma & Srikuta, 2023) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 46 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งไม่เหมาะสม

จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .039$) โดยผู้ที่เรียนจบชั้นระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่ไม่เหมาะสม แตกต่างจากการศึกษาของประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (Phadungwit et al., 2024) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ที่เรียนต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีประสบการณ์การป้องกันโรคมะเร็งมากกว่า อีกทั้ง ความแตกต่างของบริบทพื้นที่ การประกอบอาชีพและวิถีชีวิตที่ต่างกัน

จากการศึกษา พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท)มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) โดยผู้ที่มีรายได้ 6,001 บาทขึ้นไป มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่ไม่เหมาะสม อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีรายได้มากกว่าส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ทำให้ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งที่ไม่เหมาะสม แตกต่างกับการศึกษาของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (Phithakthammakul et al., 2022)

อาจเนื่องจากพื้นที่บริบท การประกอบอาชีพและวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย แต่ผู้ที่มีรายได้มากกว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียในระดับสูงกว่า

จากการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอดน้อยกว่า 6 เดือน ก่อนเดินทางเข้ามาในพื้นที่มักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมาลาเรียที่เป็นโรคประจำถิ่นในจังหวัดราชบุรี (Hanbungkla & Charemtanyarak, 2017) พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมาลาเรีย กล่าวได้ว่า ประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้า-ออกจากพื้นที่ในระยะสั้นไม่ถาวร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับเชื้อมาลาเรีย อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ระยะยาว

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) สอดคล้องกับการศึกษาของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูงของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (Phithakthammakul et al., 2022) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย กล่าวได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้มีการตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและกล่าวได้ว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ดังการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า (Konkaew & Suphankul, 2015) และการศึกษาของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ (Piriyanon & Pramuan, 2024) กล่าวว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระบุว่า หากบุคคลเชื่อว่าตนมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่า แรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมในระดับมาก จึงส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียอยู่ในระดับเหมาะสม นอกจากนี้ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค, อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท)และระยะเวลาที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ดังนั้นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับโรคมาลาเรียที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดยส่งเสริมให้มีความตระหนักต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมาลาเรีย และให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและลดอัตราการเจ็บป่วยโรคมาลาเรียในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

1. แรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมาก ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียอยู่ในระดับเหมาะสม สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพในแรงงานข้ามชาติชาวพม่ากลุ่มอื่นเพื่อให้มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมต่อไป

2. เสริมสร้างให้ความรู้ ความเข้าใจโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมาลาเรียแก่แกนนำในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันโรคมาลาเรียต่อผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น การอยู่อาศัยใกล้ป่า การเคลื่อนย้ายเข้า-ออกระหว่างชายแดนประจำ เป็นต้น และให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในแต่ละตำบล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียในแต่ละตำบลอย่างเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*, 2(winter), 336-385.

Department of disease control. (2023). *Thailand Malaria Elimination Program*. Malaria online.

https://malaria.ddc.moph.go.th/malariar10/report/mhealth_page.php

Hanbungkla, S., & Charerntanyarak, L. (2017). Factors associated with malaria infection of endemic area in 2015, Ratchaburi Province. *Disease Control Journal*, 43(4), 423-435.

- Hengboriboonphong, P., & Kritsanakriangkrai, O. (2007). *The development of Malaria prevention measures for migrants along Thai – Myanmar border* [Master's Thesis, Naresuan University]. <https://dric.nrct.go.th/Search/ShowFulltext/2/198678>
- Kachma, R., & Srikuta, P. (2023). The Relationship between health literacy and malaria prevention behaviors of people in malaria risk areas in Nakhon Ratchasima Province. *HCU Journal*, 27(1), 14-27.
- Khamsam, A., & Suttakorn, W. (2015). *Health belief and compliance behavior with prescribed medication among people with hypertension at Thakham District Health Promoting Hospital, Mueang District, Phrae Province*. [Master's Thesis, Chiangmai University]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:123759>
- Khankaew, W. (2023). *Knowledge, awareness and malaria prevention behavior among people in high fever areas, Mae Hong Son Province*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1581220240620025637.pdf>
- Konkaew, K., & Suphankul, P. (2015). The model development for malaria prevention and control along Thailand-Myanmar border by community base approach : Tha Song Yang Sub-District, Tha Song Yang District, Tak Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 9(3), 196-207.
- Maneedang, P., Rongmuang, D., Thongphet, P., & Sridowruang, C. (2016). Lifestyle, Lack of Knowledge, Beliefs and Wrong Health Behavior Cause Malaria among Burmese Workers in Saidang Sub-District, Muang Ranong. *The Southern College Network Journal of Nursing and Pubic Health*, 3(3), 77-93.
- Phadungwit, S., Anonsirichot, L., & Panga, M. (2024). Knowledge, attitude, and practice of risk populations towards malaria prevention in Bann Chongmafuang, Moo 12, Nong Ri Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province. *The Office of Disease Prevention and Control 8 Udon Thani Journal*, 2(2), 28-45.
- Phattharaphokanon, K., Kittiratphan, W., Pansombat, S., Tonphukiew, W., & Wongphakdee, S. (2023). *Knowledge, perception and behavior to prevention of malaria in Kalasin Province*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/8.กฤติษณิ.pdf>
- Phithakthammakul, P., Kengganpanich, M., & Benjakul, S. (2022). Factors related to malaria prevention behavior of people in high transmission areas of Prachuap Khiri Khan Province, Thailand. *Disease Control Journal*, 49(1), 89-97