

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดน ไทย-พม่า
โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษา ตำบลท่าสองยาง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

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

ผู้เกียรติ ก้อนแก้ว และปัทมา สุพรรณกุล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่ชายแดน ไทย-พม่า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษาตำบลท่าสองยาง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) ค้นหาสาเหตุของปัญหาโรคมลาเรีย การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมลาเรีย ยกักรูปแบบการป้องกัน และยืนยันรูปแบบ (2) นำรูปแบบไปทดลองใช้ที่หมู่ 2 บ้านแม่ตืน ตำบลท่าสองยาง (3) ประเมินผลรูปแบบ และ (4) สะท้อนผลรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 12 กิจกรรมจำแนกตามระดับความสัมพันธ์ทางสังคมได้ดังนี้ (1) ระดับบุคคลมี 1 กิจกรรม ได้แก่ ป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด (2) ระดับครอบครัวมี 4 กิจกรรม ได้แก่ ทำความสะอาดบ้าน ดูแลมุ้ง ยินยอมให้พ่นสารเคมีตกค้าง และปลูกระยะไคร้หอม และ 3) ระดับชุมชนมี 7 กิจกรรม ได้แก่ อบรมให้ความรู้ แจกคู่มือ เปิดเสียงตามสายด้วยสื่อภาษาถิ่น (ปกากะญอ) แจกต้นพันธุ์ตะไคร้หอม ส่งเสริมการใช้ตะไคร้หอม กำหนดมาตรการชุมชน และเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมลาเรียโดย อสม. ภายหลังนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่าประชาชนในพื้นที่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อการปลูกระยะไคร้หอมไต้ยุง มีการปลูกและนำตะไคร้หอมมาใช้ในการป้องกันยุง และนอนในมุ้งมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมลาเรียลดลง ร้อยละ 84.4 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันกับปีที่ผ่านมา

คำสำคัญ: โรคมลาเรีย, การป้องกันและควบคุมโรค, ฐานชุมชน, ชายแดนไทย-พม่า

Abstract

The purpose of this action research was to develop preventing and controlling malaria model along Thailand – Myanmar border by community base approach in Tha Song Yang sub-district, Tak province. The research process was divided into 4 phases, which were (1) to find the cause of malaria problems, community participation on preventing and controlling malaria, set up the model draft and confirmed the model (2) to implement the model in moo 2 Ban Mae-Tuen, Tha Song Yang sub-district (3) to evaluate the model and 4) to reflect the model. The research finding showed that the preventing and controlling malaria model along Thailand – Myanmar border by community base approach consisted of 12 activities divided according to the social relationships as follows: (1) the individual level had 1 activity as protect themselves from mosquito bites), (2) Family level had 4 activities included house cleaning, care bed net, permits indoor residual spray, planted the citronella, and (3) Community level had 7 activities

such as training, give the guide book, voice broadcast tower to pa-ka-ka-yore language, promoted the citronella planting, regulated community measure, citronella offers and surveillance the malaria prevention behavior by VHV). After implementation found that people in the area have increased knowledge, had positive attitude to planting citronella and used the citronella to protect the mosquito bites, and used bed nets. In addition, found that the number of malaria patients decreased in 84.4 percent compared to the same period last year.

Keywords: Malaria, prevention and control, community base approach, Thailand - Myanmar border

ความนำ

โรคมาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อปรสิตที่เรียกว่า พลาสโมเดียม โดยมียุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรค องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ากว่าครึ่งหนึ่งของประชากรโลกมีความเสี่ยงต่อโรคมาลาเรีย มากกว่า 90 ประเทศทั่วโลกอาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการแพร่กระจายของเชื้อมาลาเรียโรคมาลาเรียพบมากในแถบแอฟริกา อเมริกาใต้ และเอเชีย พบได้ทั้งในเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน จากการประมาณการณ์ในทุก ๆ 30 วินาที เด็กแถบแอฟริกาจะเสียชีวิตด้วยมาลาเรีย 1 ราย หรือประมาณ 3,000 คนต่อวัน (Malaria Foundation International, n.d.) มาลาเรียทำให้สูญเสียปีสุขภาวะถึง 34.0 ล้านปี DALYs (WHO, 2004) สถานการณ์ของมาลาเรียโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2543– 2548 พบผู้ป่วย 233-244 ล้านคนปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วย 225 ล้านคน และในปีพ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยมาลาเรียจำนวน 216 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมาลาเรียในปี พ.ศ. 2543ประมาณ 985,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.42 ปี พ.ศ. 2548เสียชีวิตประมาณ 927,000 คน คิดเป็นร้อยละ 0.38 ปี พ.ศ. 2552เสียชีวิตประมาณ 781,000 คน คิดเป็นร้อยละ 0.35 และปี พ.ศ. 2553 เสียชีวิตประมาณ 655,000 คน คิดเป็นร้อยละ 0.24 (WHO, 2011)จากที่กล่าวมาจะพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียมีโอกาสเสียชีวิตประมาณ 2 - 4 คนต่อผู้ป่วย 1,000 คน

สำหรับประเทศไทย โรคมาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากในแต่ละปียังมีผู้ป่วย

และผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในบริเวณ 30 จังหวัดชายแดนของประเทศ พบผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 80 (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง, 2551)พบมากบริเวณชายแดนไทย-พม่า (WHO, 2010) พบผู้ป่วยจำนวน 10,970 ราย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2554) การป่วยด้วยโรคมาลาเรียของประชาชนในจังหวัดตากยังอยู่ในอัตราป่วยที่สูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2552 - 2554 พบผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรีย 5,848 ราย 4,093 ราย และ 3,037 ราย หรือคิดเป็น 15.3, 13.2 และ 10.3 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ถึง 25 – 40 เท่าอำเภอที่พบอัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรีย สูงสุด ได้แก่ อำเภอท่าสองยาง อุ่มผาง แม่ระมาด พบพระ และแม่สอด โดยพบอัตราป่วยเท่ากับ 61.2, 13.3, 7.1, 6.3 และ 4.1 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 9.3 ตาก, 2554)

จากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียที่ผ่านมา พบว่าการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ส่วนใหญ่เกิดจากการชักนำ หรือสั่งการจากภาครัฐ มิได้เกิดจากชุมชนร่วมคิดร่วมดำเนินการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเกิดคำถามวิจัยว่ารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดน ไทย-พม่า จังหวัดตากที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบนั้นจะมีลักษณะเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยคาดหวังว่ารูปแบบที่เกิดจากผลการวิจัยครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

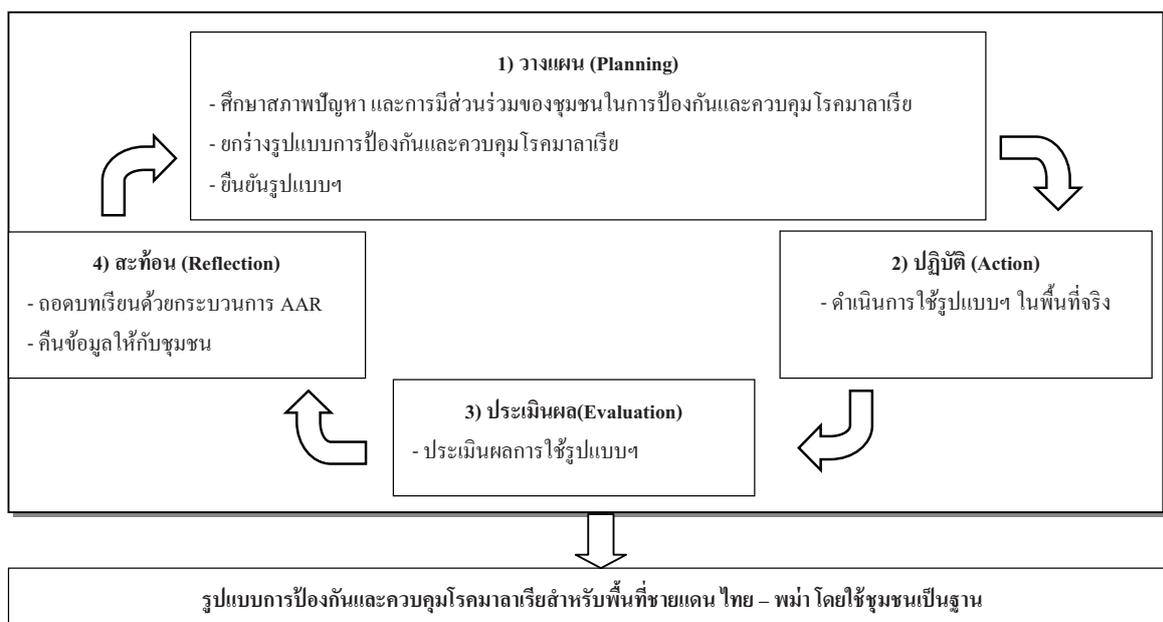
เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดน ไทย-พม่า จังหวัดตาก โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคมาลาเรีย อาการและอาการแสดง สถานการณ์โรคมาลาเรีย แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในประเทศไทยหลักการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ

และการพัฒนารูปแบบแนวคิดการมีส่วนร่วม ทฤษฎีการเรียนรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลักการและทฤษฎีการติดต่อสื่อสารเศรษฐกิจพอเพียง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (องอาจ นัยพัฒน์, 2551) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวางแผน ปฏิบัติการ ประเมินผล และสะท้อนผล รายละเอียดแสดงในภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามระยะการวิจัยดังนี้
ระยะที่ 1 วางแผน (planning) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่
ขั้นตอน 1ศึกษาสาเหตุของปัญหา และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตามแนวชายแดน ไทย – พม่า และสามารถให้ข้อมูลได้มากที่สุด (rich information) จำนวน 64 คนประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียหัวหน้า

หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่มาลาเรีย
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอนามัย โรงเรียนผู้นำชุมชน
นายก / ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลพระอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำนักเรียนตัวแทน
ผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียและกลุ่มแม่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะ
ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 นี้ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การ
สัมภาษณ์กลุ่ม และการสนทนากลุ่ม แนวทางการ
สัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มได้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เอกสารเลขที่ NU-IRB No.242/56 ในขณะที่ดำเนินการวิจัย
ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิที่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุก
ประการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ
และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้
จากการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ
(Thematic analysis) (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552)

ขั้นตอน 2 ยกร่างรูปแบบการป้องกันและควบคุม
โรคมาลาเรียผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการ
เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ที่มี
ประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค
มาลาเรีย จำนวน 21 คน ประกอบด้วย หัวหน้า นคท.ที่
9.3.6นายกฯ / ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลผอ.รพ.สต.
ทำสองยางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่มาลาเรียผู้นำ
ชุมชน อสม. ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านและตัวแทนผู้ป่วยโรค
มาลาเรีย ทำการยกร่างรูปแบบฯด้วยการระดมสมอง
(brainstorming technique)

ขั้นตอน 3 ยืนยันรูปแบบการป้องกันและควบคุม
โรคมาลาเรียสำหรับพื้นที่ชายแดน ไทย – พม่า จังหวัด
ตากก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้ ด้วยการจัดเวที
ประชาคม (civil society forum) เพื่อรับฟังความคิดเห็น

และหาข้อสรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและ
ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจากผู้ที่มีประสบการณ์
เกี่ยวกับโรคมาลาเรียจำนวน 30 คน

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (action) เป็นระยะของการ
นำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียสำหรับ
พื้นที่ชายแดน ไทย – พม่า ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ผู้วิจัยใช้
บ้านแม่ตั้น หมู่ที่ 2 เป็นพื้นที่ในการศึกษาเนื่องจากใน
ปีงบประมาณ 2556 หมู่บ้านนี้ เป็นหมู่บ้านที่พบความชุก
ของผู้ป่วยมาลาเรียมากที่สุด ในตำบลท่าสองยาง

ระยะที่ 3 ประเมินผล (evaluation) เป็นระยะ
ของการประเมินผลของการนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน
พื้นที่การศึกษาวิจัยผู้วิจัยกำหนดวิธีการประเมินผลไว้
ดังนี้

1) ประเมินผลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
ในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของประชาชน
ในพื้นที่ที่ทำการวิจัย ด้วยแบบสอบถาม

2) ประเมินพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม
โรคมาลาเรียของประชาชน ด้วยแบบเฝ้าระวัง โดย อสม.
จำนวน 5 ครั้ง

3) ประเมินจากจำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรียใน
ช่วงเวลาเดียวกันเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ในช่วงเดือน
ธันวาคม – เมษายน

ระยะที่ 4 สะท้อนผล (reflection) เป็นระยะที่
เปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่ร่วมแสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับข้อดีข้อด้อย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
ในขณะที่ทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยเลือกผู้เข้าร่วมการถอด
บทเรียนแบบเจาะจงจำนวน 23 คน ใช้การถอด
บทเรียน (lesson learn) เป็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยใช้
พื้นที่เดียวกันกับการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 คือ บ้านแม่ตั้น
หมู่ที่ 2 ตำบลท่าสองยางอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

ผลการวิจัย

1. สาเหตุของปัญหาในการป้องกันและควบคุม
โรคมาลาเรียตามแนวชายแดน ไทย-พม่า จังหวัดตาก

ด้านตัวบุคคล (host) พบว่าประชาชนในพื้นที่ ตำบลท่าสองยาง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค มาลาเรียในระดับน้อย ด้านพฤติกรรมของประชาชน พบว่าชาวบ้านจะป้องกันยุงกัดด้วยการทายากันยุง จูดยากันยุง โดยพบว่ามีทั้งนอนในมุ้ง และ ไม่นอนในมุ้งผู้ไม่นอนในมุ้งอ้างว่านอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกอึดอัด ไม่คุ้นเคย หายใจไม่สะดวก เหม็นหรือแพ้กลิ่น กลุ่มที่ไม่ชอบนอนในมุ้งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยกลางคน และกลุ่มผู้สูงอายุ

ด้านสิ่งทำให้เกิดโรค (agent) พบว่าพาหะนำ โรคมมาเลียจำแนกเป็น 2 ชนิดได้แก่ 1) ยุง เนื่องจาก สภาพภูมิประเทศเป็นป่าเขาจึงทำให้มียุงพาหะที่นำโรคมมาเลียเป็นจำนวนมากและ 2) ประชากรต่างดาว เนื่องจากตำบลท่าสองยางเป็นตำบลที่อยู่ติดกับประเทศ พม่าจึงมีประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านเดินทางเข้า- ออกเป็นจำนวนมาก

ด้านสิ่งแวดล้อม(environment) พบว่าสภาพ พื้นที่ของตำบลท่าสองยางมีลักษณะภูมิประเทศที่ตั้งอยู่ในเขตป่าและมีฝนตกชุก ประกอบกับชาวบ้านจะทำความสะอาดรอบบริเวณบ้านเมื่อมีการกระตุ้นหรือ รมรงค์จากภาครัฐเท่านั้น

2. การมีส่วนร่วมของประชาชน(Participation) ในตำบลท่าสองยางพบว่าประชาชนให้ความร่วมมือ และ เข้าร่วมกิจกรรมในการรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมมาเลีย เฉพาะในระยะเวลาการปฏิบัติและร่วมรับ ผลประโยชน์ยังขาดการมีส่วนร่วมในระยะวางแผนและ ประเมินผล

3. ผลการยกย่องรูปแบบการป้องกันและควบคุม โรคมมาเลีย

ผู้วิจัยได้รูปแบบการป้องกันและควบคุม โรคมมาเลียสำหรับพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า (ฉบับร่าง) ประกอบด้วย 13 กิจกรรม จำแนกออกเป็น

ระยะเตรียมการ 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) เตรียมสื่อ ภาษาล้าน (ปกากะญอ) เรื่องโรคมมาเลีย การป้องกันและ ควบคุมโรคมมาเลีย สำหรับประชาสัมพันธ์ผ่านหอ

กระจายข่าว (2) เตรียมสื่อสำหรับครัวเรือนเรื่องการ ป้องกันและควบคุมโรคมมาเลีย (3) เตรียมต้นพันธุ์ ตะไคร้หอมเพื่อแจกจ่ายชาวบ้าน และ (4) ประสานงาน กับผู้นำชุมชน / ผอ.รพ.สต. และหัวหน้า นคท.ที่ 9.3.6 ในการเตรียมพื้นที่ทดลองรูปแบบฯ

ระยะดำเนินการ 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) ประชุม ชาวบ้านชี้แจงวัตถุประสงค์ที่นำรูปแบบฯ มาทดลองใช้ ในพื้นที่ (2) แจกต้นตะไคร้หอมให้กับชาวบ้านเพื่อปลูก และขยายพันธุ์ (3) ผู้นำชุมชนติดตามการปลูกตะไคร้ หอมภายในชุมชน พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาในการปลูก ตะไคร้หอม (4) ติดตามประเมินผลเพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรคในการปลูกตะไคร้หอม (5) อบรมให้ความรู้กับ ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคมมาเลีย เป็นเวลา 1 วัน (6) แจกสื่อคู่มือการป้องกันโรคมมาเลียให้กับตัวแทนครัวเรือน ทุกครัวเรือน จำนวน 109 ชุด (7) เปิดเสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าวเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมมาเลียในชุมชน โดยใช้สื่อ ภาษาล้าน (ปกากะญอ) (8) เฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมมาเลียผ่านหัวหน้าครอบครัว โดย อสม. และ (9) ประเมินผลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมมาเลียของ ครัวเรือนผ่าน อสม.

ภายหลังได้รูปแบบ (ฉบับร่าง) ผู้วิจัยได้ทำประชาคม เพื่อยืนยันรูปแบบฯพบว่าผู้เข้าร่วมประชาคมเห็นด้วยว่า รูปแบบฯ มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ร้อยละ 96.7 (29 คน) และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 96.7 (29 คน)

4. ผลการประเมินความรู้ ทักษะคิด และ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมมาเลียของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (88 คน) ขณะทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 3 ครั้ง ด้วยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของประชาชนในการป้องกันโรคมมาเลีย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยครั้งที่ 1 มีคะแนนความรู้ เฉลี่ย 12.8 คะแนน ครั้งที่ 2 มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.7

คะแนน และครั้งที่ 3 มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 14.4 คะแนน
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคมาลาเรียระหว่างครั้งที่ 1-3 โดยวิธีทดสอบ
 แอลเอสดี (LSD) (n=88)

กลุ่มเปรียบเทียบความรู้	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
ความรู้ครั้งที่ 1 – ความรู้ครั้งที่ 2	12.784	13.705	-0.920	0.030*
ความรู้ครั้งที่ 1 – ความรู้ครั้งที่ 3	12.784	14.364	-1.580	< 0.001*
ความรู้ครั้งที่ 2 – ความรู้ครั้งที่ 3	13.705	14.364	-0.659	0.039*

* p-value < 0.05

สำหรับการเปรียบเทียบทัศนคติพบว่าค่าเฉลี่ย
 คะแนนทัศนคติของประชาชนในการป้องกันโรค
 มาลาเรีย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยครั้งที่ 1 มีคะแนน
 ทัศนคติเฉลี่ย 27.3 คะแนน ครั้งที่ 2 มีคะแนนทัศนคติ

เฉลี่ย 29.9 คะแนน และครั้งที่ 3 มีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย
 30.2 คะแนน จากข้อมูลพบว่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ยครั้งที่
 2 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกันดัง
 ตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันโรคมาลาเรียระหว่างครั้งที่ 1-3 โดยวิธีทดสอบ
 แอลเอสดี (LSD) (n=88)

กลุ่มเปรียบเทียบทัศนคติ	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
ทัศนคติครั้งที่ 1 – ทัศนคติครั้งที่ 2	27.341	29.864	-2.523	<0.001*
ทัศนคติครั้งที่ 1 – ทัศนคติครั้งที่ 3	27.341	30.193	-2.852	< 0.001*
ทัศนคติครั้งที่ 2 – ทัศนคติครั้งที่ 3	29.864	30.193	-0.330	0.620

* p-value < 0.05

ส่วนในด้านการเปรียบเทียบพฤติกรรมพบว่า
 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรค
 มาลาเรีย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ครั้ง โดยครั้งที่ 1 มี
 คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 15.3 คะแนน ครั้งที่ 2 มีคะแนน

พฤติกรรมเฉลี่ย 16.9 คะแนน และครั้งที่ 3 มีคะแนน
 พฤติกรรมเฉลี่ย 17.0 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 (p-value < 0.05) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกัน โรคมาลาเรียระหว่างครั้งที่ 1-3
โดยวิธีทดสอบแอลเอสดี (LSD) (n = 88)

กลุ่มเปรียบเทียบพฤติกรรม	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	p-value
พฤติกรรมครั้งที่ 1 – พฤติกรรมครั้งที่ 2	15.352	16.886	-1.534	0.002*
พฤติกรรมครั้งที่ 1 – พฤติกรรมครั้งที่ 3	15.352	17.023	-1.670	< 0.001*
พฤติกรรมครั้งที่ 2 – พฤติกรรมครั้งที่ 3	16.886	17.023	-0.136	0.733

* p-value < 0.05

5. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชน จากการเก็บข้อมูล โดย อสม. ขณะทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ปลูก ตะไคร้หอม ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการไม่ตี ตะไคร้หอม สำหรับการจัดบ้านเรือนให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก พบว่าชาวบ้านได้ดำเนินการมากกว่าร้อยละ 90 ของหลังคาเรือน ในขณะที่สภาพมุ้งที่ใช้ในการนอนของชาวบ้านกับพบว่ามุ้งมีแนวโน้มชำรุดมากขึ้น ส่วนการสวมเสื้อและกางเกงขายาว เพื่อป้องกันยุงกัดในขณะที่เข้าป่าพบว่ามุ้งมีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการนอนในมุ้งของสมาชิกในครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านแม่ต๋นยังคงยินยอมให้เจ้าหน้าที่พ่นสารเคมีตกค้างภายในบ้าน อีกทั้งยังไม่เช็ดลูกน้ำยาเคมีออกจากผนังบ้านเรือนเพิ่มขึ้น

6. ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยมาลาเรีย ภายหลังใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย พบจำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรียภายในบ้านแม่ต๋น หมู่ที่ 2 ตำบลท่าสองยาง ในปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยลดลงร้อยละ 84.4

7. ผลการถอดบทเรียนรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียฯ ผู้วิจัยสรุปผลการถอดบทเรียนตามลำดับดังนี้

7.1 ด้านการปลูกตะไคร้หอมเป็นแนวรั้วบ้าน หรือรอบๆ บริเวณบ้าน พบว่าไม่ประสบ

ความสำเร็จ ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน เสนอความคิดเห็นให้ทุกหลังคาเรือนปลูกตะไคร้หอม หลังคาเรือนละ 1 – 2 กอ เพราะจะดูแลง่าย พร้อมทั้งส่งเสริมการใช้ตะไคร้หอมที่ปลูกให้กับประชาชน โดยให้นำต้นตะไคร้หอมติดตัวไปด้วย เมื่อต้องเข้าไปในป่า หรือบริเวณที่มียุงชุม โดยการทุบต้นตะไคร้หอม เพื่อให้กลิ่นจากน้ำมันหอมระเหยออกฤทธิ์ไล่ยุง

7.2 ด้านสื่อที่ใช้สำหรับเปิดเสียงตามสาย ผ่านหอกระจายข่าว แนะนำให้ใช้สื่อภาษาถิ่น

7.3 ด้านคู่มือประชาชน ได้รับคำแนะนำให้จัดทำคู่มือเป็นฉบับการ์ตูน และปรับปรุงรูปแบบให้มีความแข็งแรงมากกว่าเดิม

7.4 ด้านการอบรมให้ความรู้ประชาชนและ อสม. ได้รับคำแนะนำให้เพิ่มจำนวนวันในการอบรมและให้ใช้สื่อในรูปแบบที่หลากหลายเช่น ใช้สื่อภาพ วัสดุ หรือ ภาพยนตร์ ฯลฯ

ภายหลังการถอดบทเรียนผู้วิจัยได้ปรับกิจกรรมของรูปแบบตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยได้จำแนกกิจกรรมของรูปแบบตามระดับความสัมพันธ์ทางสังคมได้ดังนี้ (ภาพ 2)

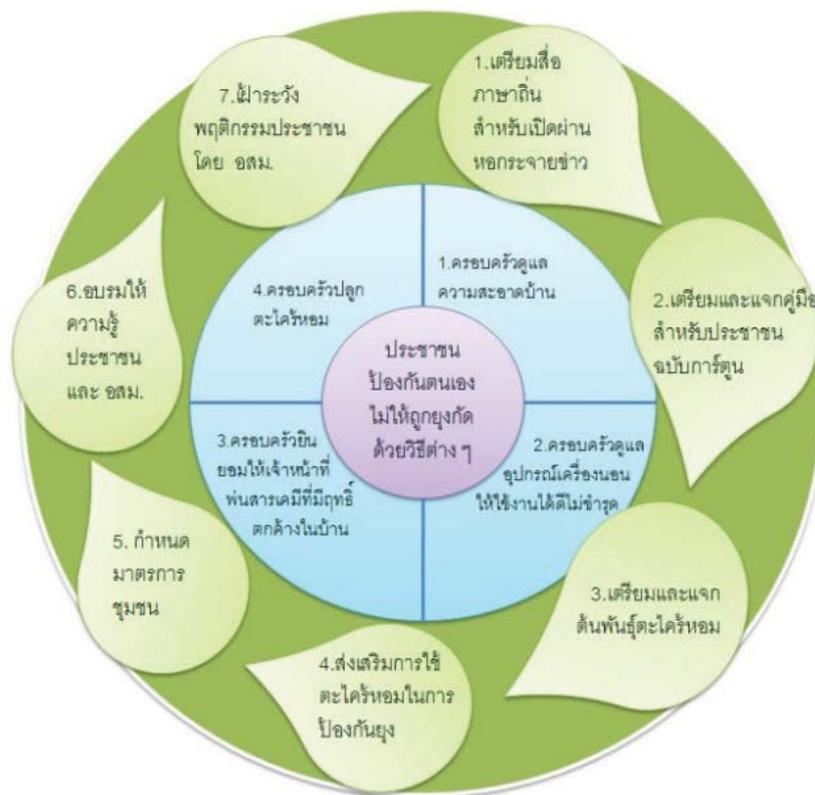
ก. ระดับบุคคล จำนวน 1 กิจกรรม คือ ประชาชนป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัดด้วยวิธีต่างๆ อาทิเช่น สวมเสื้อและกางเกงขายาวเมื่อเข้าป่าพกพาตะไคร้หอมเมื่อเข้าป่าและการนอนในมุ้ง

ข. ระดับครอบครัว จำนวน 4 กิจกรรม

คือ ดูแลทำความสะอาดบ้านเรือน ดูแลอุปกรณ์เครื่องนอนไม่ให้ชำรุดสามารถใช้งานได้ตลอดเวลา ยินยอมให้เจ้าหน้าที่พันสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างในบ้าน และปลูกตะไคร้หอมเพื่อป้องกันยุง

ค. ระดับชุมชน จำนวน 7 กิจกรรม คือ เตรียมสื่อภาษาถิ่นสำหรับเปิดให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้าน เตรียมและแจกคู่มือสำหรับประชาชน

ฉบับการ์ตูน เตรียมและแจกต้นพันธุ์ตะไคร้หอม ส่งเสริมการใช้ตะไคร้หอมเพื่อป้องกันยุง กำหนดมาตรการชุมชนอบรมให้ความรู้ประชาชนและ อสม. รวมถึงการเฝ้าระวังพฤติกรรมประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียโดย อสม.



ภาพ 2 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียฯ ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

การอภิปรายผล

ในการอภิปรายผลครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลกิจกรรมของรูปแบบฯ จำแนกตามระดับความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ระดับบุคคล จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัดดังกล่าวของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ชอบทายากันยุง และไม่นิยมนอนในมุ้ง โดยให้

เหตุผลว่า จะนอนในมุ้งในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว เพราะมียุงชุม ไม่นอนในมุ้งในช่วงฤดูร้อน ด้วยสาเหตุว่าอากาศเมื่อนอนในมุ้งจะร้อนกว่าเมื่อนอนนอกมุ้ง และยังให้เหตุผลอีกว่า รู้สึกอึดอัด หายใจลำบาก ซึ่งจะพบมากในกลุ่มวัยกลางคนและกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มบุคคลเหล่านี้ไม่คุ้นชินกับการนอนในมุ้งเพราะวิถีชีวิตในวัยเด็ก ไม่ได้ถูกฝึกมาให้นอนในมุ้ง เนื่องจากการแนะนำ/ส่งเสริมให้ประชาชนนอนในมุ้ง ใน

ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงเพียงจะธรรมดาในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมาจึงทำให้ไม่เกิดความคุ้นชิน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งลาวัลย์ เจษฎาจิตติกุล (2546) ที่พบว่าการไม่นอนในมุ้งหรือห้องที่มีมุ้งลวดมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคมาลาเรียมากกว่าการนอนในมุ้ง 4.08 เท่า

สำหรับในด้านความรู้ของประชาชนในการป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัดพบว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมาลาเรียค่อนข้างน้อย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยมาลาเรียที่ว่า “...มาลาเรียนี้เกิดจากอะไรนะ ยุงกัด?” หรือ “...มาลาเรียนี้มันเกิดจากอะไรพอรู้มั๊ย...เขาว่ามันเกิดจากยุง เขาว่ายุงก็ว่ากับเป็นนะก่าเนาะ” ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ไม่ใช่ภาษาถิ่นที่ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านเกิดความเข้าใจในการป้องกันโรคมาลาเรีย สอดคล้องกับงานวิจัยของอัญชลี แนวราช (2550) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรีย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ระดับครอบครัว ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

2.1 ดูแลทำความสะอาดบ้านเรือน พบว่าครอบครัวบ้านแม่ตั้น หมู่ที่ 2 ส่วนใหญ่ดูแลทำความสะอาดบ้านเรือน ของตนเองให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่เป็นแหล่งอาศัยของยุงพาหะนำโรคมาลาเรียมากถึงร้อยละ 92.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนได้รับความรู้ในการป้องกันโรคมาลาเรียจากการอบรมในช่วงเริ่มต้นทดลองใช้รูปแบบฯเป็นภาษาถิ่น ประกอบกับการได้รับความรู้จากการเปิดสื่อภาษาถิ่น ผ่านหอกระจายข่าวภายในหมู่บ้านร่วมด้วย อีกทั้งยังได้รับความรู้จากการบอกกล่าวโดยอ้อม ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี แนวราช (2550) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการ

ป้องกันโรคมาลาเรียมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2.2 ดูแลอุปกรณ์เครื่องนอนไม่ให้ซำรุค สามารถใช้งาน ได้ตลอดเวลาจากการศึกษาพบว่ามุ้งที่ใช้ในการนอนเกิดความซำรุคเสียหายมากขึ้นจากผลการสำรวจข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งที่ 5 (เมษายน 2558) พบว่ามุ้งซำรุค ร้อยละ 89.9 จากร้อยละ 18.2 ในการสำรวจครั้งที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมุ้งผ่านการใช้งานมานาน จึงเกิดความเสียหายตามอายุการใช้งาน เป็นการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนต้องสัมผัสกับยุงพาหะมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Graves, et al. (2009) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคมาลาเรียเพราะใช้มุ้งเพียงร้อยละ 37.0 โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 19.6 ที่เป็นมุ้งชุบน้ำยาเคมี และส่วนใหญ่มีมุ้งใช้เฉลี่ยเพียง 1 หลังต่อหลังคาเรือนเท่านั้น

2.3 ยินยอมให้เจ้าหน้าที่พันสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างในบ้านเรือน จากการศึกษพบว่าชาวบ้านบ้านแม่ตั้น ยินยอมให้เจ้าหน้าที่พันสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างภายในบ้านทุกครั้ง ร้อยละ 98.9 และไม่เช็ดถูออกร้อยละ 73.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชาวบ้านเกิดความตระหนัก และเกิดความกลัวว่าตนเองและสมาชิกภายในครอบครัวจะถูกยุงกัด และป่วยด้วยโรคมาลาเรีย จึงให้ความสำคัญกับการพันสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างภายในบ้านสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ระบุว่าหากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนั้นๆ และการป่วยด้วยโรคนั้นอาจมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและรับรู้ว่าคุณเองปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคจะเกิดผลประโยชน์ต่อตนเองจะทำให้บุคคลคนนั้นเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค (รุ่งโรจน์ พุ่มรีว, 2548)

2.4 ปลุกตะไคร้หอมเพื่อป้องกันยุงพบว่า การปลุกตะไคร้หอมเพื่อไล่ยุงไม่ประสบความสำเร็จ มี

เพียงร้อยละ 23.6 ที่ปลูกตะไคร้หอมเพื่อไล่ยุง เมื่อสอบถามชาวบ้านเกี่ยวกับปัญหาในการปลูกตะไคร้หอม ชาวบ้านแม่ต๋นได้ให้เหตุผลว่าปลูกไม่ติดเนื่องจากถูกรบกวน และทำลายโดยหนู ดังคำกล่าว “...ปลูกตะไคร้หอมไม่ติดค่ะ เพราะว่าหนูขี้ยอก ไม่ได้ปลูกซ้ำเพราะช่วงนั้นฝนตกเยอะคะเน่าหมด” จากการสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรมนี้ ด้วยการถอดบทเรียน ได้ข้อเสนอแนะว่า ต้องทำรั้วรอบบริเวณที่ปลูกตะไคร้หอมเพื่อป้องกันหนูทำลาย หรือทำคอกหมูเพื่อกันไม่ให้หมูออกมาทำลายตะไคร้หอม และเสนอให้ทุกบ้านปลูกตะไคร้หอมอย่างน้อย 2-3 กอ เพื่อให้สะดวกต่อการดูแล

3.ระดับชุมชน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่

3.1 เตรียมสื่อภาษาถิ่นสำหรับเปิดให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านจากการศึกษาพบว่า ชาวบ้านบ้านแม่ต๋นใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสารภายในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นภาษาเฉพาะ (ภาษาปกากะญอ) พบร้อยละ 97.2 พูดภาษาถิ่น และร้อยละ 97.4 ที่ฟังภาษาถิ่น (ปกากะญอ) ได้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงจัดทำสื่อเป็นภาษาถิ่น (ปกากะญอ) เพื่อให้ผู้รับฟังสื่อสามารถเข้าใจ เนื้อหาที่ผู้สื่อสื่อออกไปได้ สอดคล้องกับหลักการ และทฤษฎีการติดต่อสื่อสารที่ระบุว่าองค์ประกอบของการสื่อสารนั้นประกอบด้วย ผู้ส่งสาร ข่าวสาร ผู้รับสาร หากองค์ประกอบทั้งสาม เป็นการกระทำที่ดีจะส่งผลให้การสื่อสารนั้น ๆ ได้รับความสำเร็จตามความมุ่งหวัง (ผากจิต ลากจิต, มปป.)

3.2 เตรียมและแจกคู่มือสำหรับประชาชน ฉบับการ์ตูนจากการศึกษาพบว่าครั้งหนึ่งของชาวบ้านบ้านแม่ต๋น ร้อยละ 54.4 ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ จากเวทีการถอดบทเรียน มีข้อเสนอให้ปรับปรุงคู่มือให้สวยงามและเป็นรูปแบบการ์ตูนเพื่อดึงดูดเด็กให้สนใจอ่าน และผู้ที่อ่านหนังสือไม่ได้สามารถมองภาพแล้วเข้าใจได้ ดังคำบอกกล่าว “...ถ้าปรับเล่มให้สวยกว่านี้เด็กจะสนใจมากกว่านี่นะหนูว่า แบบว่าปรับสีให้สวยกว่าเดิมปรับให้เหมือนการ์ตูน เด็กน่าจะสนใจมากกว่าเดิม” ทั้งนี้อาจ

เป็นเพราะว่าการจดจำด้วยรูปภาพเป็นการจดจำที่ดีกว่า เมื่อได้เห็นรูปภาพสามารถจินตนาการตามรูปภาพที่เห็นได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภารดี จันทรอยู่ (2551) ที่พบว่า การสื่อสารด้วยแผนภาพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.3 เตรียมและการแจกต้นพันธุ์ตะไคร้หอมจากการศึกษาพบว่าแม่ต๋นตะไคร้หอมที่ปลูกจะถูกทำลายโดยหนูที่เลี้ยงแบบปล่อยให้หากินเองตามธรรมชาติ ฯลฯ ชุมชนบ้านแม่ต๋นก็ยังไม่ลดความพยายามที่จะใช้ตะไคร้หอม ซึ่งเป็นพืชสมุนไพรมาใช้ไล่ยุงเป็นการนำทรัพยากรที่หาได้ในชุมชนมาใช้ ตามแนวคิดการพึ่งพาตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สยาม พูเจริญ (2551) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพของชุมชน เป็นกระบวนการจัดการด้านสุขภาพบนพื้นฐานการพึ่งพาตนเองภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชน ชุมชนต้องแก้ไขปัญหาและดูแลรักษาสุขภาพของคนในชุมชนด้วยการพึ่งพาตนเอง

3.4 ส่งเสริมการใช้ตะไคร้หอมเพื่อป้องกันยุง จากผลการศึกษาพบว่า การปลูกตะไคร้หอมเพื่อป้องกันยุงกัด หรือเพื่อไล่ยุง เป็นแนวรั้วบ้าน ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจาก ถูกหนูทำลาย และฝนตกชุกมากส่งผลให้รากเน่า แต่ทั้งนี้ชาวบ้านบ้านแม่ต๋น ยังคงต้องการให้มีการใช้ตะไคร้หอมเพื่อไล่ยุงต่อไป จากการถอดบทเรียนพบว่าผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนเสนอให้ แต่ละหลังคาเรือนปลูกตะไคร้หอม หลังคาเรือนละ 2-3 กอ เนื่องจากสามารถดูแลต้นตะไคร้หอมไม่ให้ถูกหนูทำลายได้ง่ายกว่าการปลูกเป็นแนวรั้ว อีกทั้งยังส่งเสริมให้ประชาชนใช้ต้นตะไคร้หอมในการไล่ยุงโดยการนำต้น หรือใบตะไคร้หอมใส่ย่าม ติดตัวไปเมื่อเข้าป่า หรือเข้าไปในแหล่งที่มียุงชุกชุม

3.5 กำหนดมาตรการการชุมชนเพื่อเป็นบทลงโทษสำหรับครัวเรือนที่ไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคมาลาเรีย แต่จากการทดลองใช้รูปแบบฯ ไม่พบทุกหลังคาเรือนให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค

มาลาเรียเป็นอย่างดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัวทุกครอบครัวในชุมชนแม่ตั้น โดยบริบทที่มีความเป็นเครือญาติ มีความเป็นพี่เป็นน้อง และอาจกลัวที่จะต้องถูกลงโทษซึ่งทำให้ครอบครัวของตนเองเสียชื่อเสียง จึงให้ความร่วมมือเป็นเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิชัย ศิริฉนวน (2557) ที่พบว่ามาตรการชุมชนสามารถช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดยาบ้าไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้

3.6 อบรมให้ความรู้ประชาชนและอสม.

จากผลการวิจัยพบว่าการอบรมทำให้ชาวบ้านบ้านแม่ตั้นมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชาวบ้านได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย จากสื่อภาษาถิ่นผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ที่ดำเนินการเปิดกระจายเสียงให้ความรู้เป็นประจำทุกวัน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ (จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2550) ที่ระบุว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า และการตอบสนอง นอกจากนี้การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าได้ใช้ทรัพยากร และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่มีอยู่ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี ระบายศรี (2553) ที่พบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษา ทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรียในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.7 เฝ้าระวังพฤติกรรมประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียโดย อสม. จากผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรีย ดังนี้ (1) ชาวบ้านบ้านแม่ตั้นส่วนใหญ่สวมเสื้อและกางเกงขายาวเพื่อป้องกันยุงเป็นบางครั้งและทุกครั้ง (2) ชาวบ้านนอนในมุ้งเพิ่มมากขึ้น แต่จะพบว่าการลดลงในช่วงฤดูร้อน (มีนาคม, เมษายน) เพราะสภาพอากาศร้อนถึงร้อนจัด (3) ยินยอมให้เจ้าหน้าที่พ่นสารเคมีตกค้างภายในบ้านเรือนมากกว่าร้อยละ 95 อีกทั้งยังไม่เช็ดถูออกมากกว่าร้อยละ 70 ของครัวเรือนทั้งนี้อาจเป็น

เพราะว่าชาวบ้านให้ความสำคัญในการกำจัดยุงพาหะมากขึ้นเนื่องจากเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคมาลาเรียสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่ระบุว่า หากบุคคลเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค จะทำให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำสื่อเสียงที่เป็นสื่อที่ตรงกับภาษาถิ่น ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน และสำเนียงในการออกเสียงตรงกับสำเนียงในพื้นที่แต่ละแห่งที่ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มความรู้อันปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมของชาวบ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

2. การจัดทำสื่อเสียงเพื่อนำไปกระจายเสียงผ่านหอกระจายข่าว ควรใช้เจ้าหน้าที่ที่เป็นชนเผ่าในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมาลาเรียในการบันทึกเสียงเพื่อให้ภาษาที่ใช้ตรงกับบริบทพื้นที่แต่ละแห่ง กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำสื่อเสียง

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำคู่มือประชาชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย ที่น่าสนใจเช่น จัดทำคู่มือในรูปแบบการ์ตูน อีกทั้งยังต้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ถึงจะทำให้คู่มือฯ มีผลช่วยลดอัตราป่วยจากโรคมาลาเรีย

ข้อเสนอแนะด้านผู้ปฏิบัติ

1. หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมให้มีการปลูกสมุนไพรป้องกันยุงในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมาลาเรีย

2. หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ควรทำการสำรวจมุ้งที่ประชาชนใช้ในพื้นที่
ที่มีการระบาดของโรคมาลาเรียทุก ๆ 6 เดือน

ข้อเสนอแนะด้านประชาชน
ประชาชนควรปลูกตะไคร้หอม หรือสมุนไพร
ไล่ยุง ชนิดอื่น ๆ ไว้ใช้ในครัวเรือนของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- จารุณี ระบายศรี. (2553). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประชุมเพื่อระดมความคิดในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงชายแดนไทย-ลาว จังหวัด
อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: คลังนานาวิทยา.
- ชินพันธ์ วิริยะวิภาต และวันทนา กลางบุรัมย์. (2558). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการระบาดของโรคมาลาเรียใน
จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารควบคุมโรค, 41(1), 29-37.
- ฝากจิต ลาภจิตตร. (มปป). หลักการและทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร. ค้นจาก
http://ag.kku.ac.th/Extension/images/136323/information_2_2556.pdf
- ภารดี จันทร์อยู่. (2551). ผลของการสื่อสารด้วยแผ่นภาพต่อการได้รับการดูแลตามความต้องการและความซับซ้อนใจใน
การสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุ่งโรจน์ พุ่มรีว. (2548). ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ:
ยูทริรินทร์การพิมพ์.
- รุ่งลาวัลย์ เจษฎาจิตติกุล. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรียของประชาชนในอำเภอสวนผึ้ง
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศิริพร จิรวรรณกุล. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน.
- ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 93 อ. แม่สอด จ.ตาก. (2554). สรุปรายงานระบาดวิทยาโรคมาลาเรีย จังหวัดตาก
ปีงบประมาณ 2554. ตาก: ผู้แต่ง.
- สยาม พุเจริญ. (2551). ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการดูแลสุขภาพของชุมชน บ้านงามเมือง ตำบลยางหอม อำเภอขุน
ตาล จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิชัย ศิรินวล. (2557). มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าในในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- องอาจ นัยพัฒน. (2551). การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Graves P. M., Richards, F. O., Ngondi, J., Emerson, P. M., Shargie, E. B., Endeshaw, T., et al. (2009). Individual,
household and environmental risk factors for malaria infection in Amhara, Oromia and SNNP regions of
Ethiopia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(12), 1211-1220.
- WHO. (2004). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: Publications of the World Health Organization.
- WHO. (2010). *World Malaria Report 2010*. Retrieved from http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/
- WHO. (2011). *World Malaria Report 2011*. Retrieved from http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/