

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

Development a Malaria disease prevention model In Nongwaeng Subdistrict, Lahansai District, Buriram Province

สมหมาย จิมประโคน ส.ม. (สาธารณสุข)*

จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ ปร.ด. (การพยาบาล)**

สมศักดิ์ ศรีภักดิ์ ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)***

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

Somma Nguemprakhon M.P.H. (Public Health)*

Jirapa Siriwatanamethanon Ph.D. (Nursing)**

Somsak Sripugdee Ph.D. (Environmental Education)***

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Chaiyaphum Rajabhat University

***Buriram Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานและผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 50 คน สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired Sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าชุมชนมีการสร้างแกนนำโรคมาลาเรียและได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชน 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุวิเคราะห์ปัญหาโรคมาลาเรีย 3) วางแผน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหา 4) ดำเนินงานตามแผน/โครงการ 5) ให้ความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง กิจกรรมลดโรค สังเกตการณ์และรวบรวมผลการปฏิบัติงาน 6) ประเมินการดำเนินงาน 7) สรุปผลและการรายงานผลการดำเนินงาน

สรุป การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ครั้งนี้คือ ประชาชนมีความรู้และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเน้นการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของพื้นที่โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานคือ ประชาชน ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ในการแก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการของชุมชน มีการสร้างแกนนำในพื้นที่และชุมชนมีเครือข่ายในการดำเนินงานร่วมกัน

คำสำคัญ: โรคมาลาเรีย การมีส่วนร่วมของชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการ

Abstract

The action research aimed to study the development process of malaria disease and the implementation to prevent malaria by the participation of local community in Nongwaeng Subdistrict, Lahansai District, Buriram Province. The 50 Participated were selected for this study. The statistics used in the analysis of quantitative data were frequency, percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test. Qualitative data was analyzed using content analysis.

The research on development of malaria prevention of malaria as consists of 7 steps 1) basic education and communities surroundings 2) The participation conference to diagnose malaria 3) Project planning and resolve the problems, 4) Taking action by implementing the plan 5) Educating the correct practice to reduce disease activities, monitors and gathers informations. 6) Evaluate performance. 7) conclusion of results and operations.

In conclusion, to develop a model for the prevention of malaria in the community is people have Knowledge of the correct implement Increase to focus on networking and the involvement of the community. The key to the success of the operation is to create a model for malaria prevention by the community participation and cooperation, fixing the problem according to the needs of the community.

Keywords: Malaria, Community Participation, Workshop is Conference

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเป็นโรคมาลาเรียมากกว่าปีละ 200 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 627,000 คน องค์การอนามัยโลกได้พยายามควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียเพื่อลดอัตราการเกิดโรคมาลาเรีย แต่พบว่ายังคงมีอัตราป่วยตายจากโรคมาลาเรียอยู่ในระดับสูง⁽¹⁾ มีรายงานความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคมาลาเรียประมาณ 3,000 ล้านคน มีความเสี่ยงสูง 1,200 ล้านคน มีการเสียชีวิตมากที่สุดในแอฟริกา ร้อยละ 90 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 78 ของการเสียชีวิต เกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและในเด็กวัยเรียน⁽²⁾

ประเทศไทย พบเชื้อมาลาเรียได้ในเขตป่าดิบชื้น โดยเฉพาะชายแดนไทย-พม่า และชายแดนไทย-กัมพูชา มีอัตราป่วยตายจากโรคมาลาเรียสูงโดยในปี พ.ศ. 2557 พบจำนวนผู้ป่วยจำนวน 29,424 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.45 ต่อพันประชากร⁽³⁾ มีผู้เสียชีวิต 2 ราย⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีการแพร่ระบาดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้ป่วยจำนวน 9,129 ราย อัตราป่วย 0.42 ต่อพันประชากร สาเหตุเนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้าน ในบริเวณพื้นที่ชายแดนและการย้ายถิ่นของประชากรภายในประเทศ เพื่อประกอบอาชีพในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย⁽³⁾ จังหวัดบุรีรัมย์มีพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา พบการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียทุกปี ตามการรายงานสถานการณ์โรคมาลาเรีย พ.ศ.2557 พบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวน 25

ราย อัตราป่วย 0.04 ต่อพันประชากร แต่ไม่มีผู้เสียชีวิต⁽³⁾ อำเภอละหานทราย มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดอุดรธานีชายของประเทศกัมพูชา พบการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียในปี พ.ศ.2557 พบผู้ป่วยมาลาเรียจำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.04 ต่อพันประชากร และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต⁽⁵⁾

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 4 ราย มีอาชีพเกษตรกรกร หาของป่าและล่าสัตว์ซึ่งต้องนอนค้างคืนในพื้นที่ที่ติดป่าทึบ การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียระหว่างที่มีการระบาดของโรคโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 5.2 มีการให้สุขศึกษาผู้สัมผัสโรคและประชาชนที่จะเข้าไปในป่า เพื่อหาของป่าและล่าสัตว์บริเวณแนวป่าท้ายอ่างเก็บน้ำลำจังหัน บริเวณแนวชายแดนไทย-กัมพูชา เจ้าหน้าที่ที่มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรียโดยเน้นให้ความรู้ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย รวมทั้งการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่องตัวเต็มวัย ในพื้นที่ที่มีการระบาด⁽⁶⁾ ตำบลหนองแวงโดยรอบหมู่บ้านเป็นพื้นที่ติดป่าเชิงเขา ป่าดิบชื้น ติดต่อกับอำเภอบ้านฝางอำเภอปิล จังหวัดอุดรธานี ประเทศกัมพูชา มีลักษณะภูมิประเทศที่เอื้อต่อการระบาดของโรคมาลาเรีย และเหมาะแก่การเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่องชนิดอะโนพเพลส มินิมัส (*Anopheles minimus*)⁽⁷⁾ จากการวิเคราะห์ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียในชุมชน พบสาเหตุและปัญหา

ของการเกิดโรคมะเร็งในชุมชน คือ ประชาชนขาดความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็ง ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการป้องกันโรคมะเร็ง และชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็ง การดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพที่ดี จะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน จึงจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จและยั่งยืน เพราะชุมชนจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมและเป็นเจ้าของโครงการด้วย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนและกระตุ้นการดำเนินงาน จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยให้การดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งได้ผลดียิ่งขึ้น⁽⁸⁾

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษามีความสนใจการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วม (Appreciation-Influence-Control : A-I-C) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้เข้าร่วมมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและหาทางออกร่วมกัน เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันโรคมะเร็ง โดยเปิดโอกาสให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของตน มีการกำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของตนและมีความเป็นไปได้ในทิศทางปฏิบัติ ตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความร่วมมือกัน ทั้งด้านการประสานความสามัคคีของแต่ละคนมาเป็นพลังในการจัดการดำเนินงาน และประเมินผลอย่างสร้างสรรค์ และสร้างทีมพัฒนากลุ่มชุมชน เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จสูงสุดได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็ง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันโรคมะเร็ง

ขอบเขตการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยคัดเลือกประชากรในตำบลหนองแวง ซึ่งเป็นตำบลที่มีอัตราป่วยโรคมะเร็งสูงที่สุดในอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2557

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
2. เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับชุมชน ประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้นพร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัยตาม กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Appreciation-Influence-Control : A-I-C) ในการดำเนินงานวิจัยดังนี้
 - ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยศึกษาบริบทชุมชนการค้นหาคาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การประชุมวางแผนแก้ไขปัญหาคัดเลือกเสนอแนะรูปแบบในการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็ง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) โดยการอบรมให้ความรู้และวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมะเร็ง จัดกิจกรรมลดโรคมะเร็งและกิจกรรมการประชุมการมีส่วนร่วม
 - ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) โดยการสังเกต จดบันทึกผลการดำเนินงาน ติดตามแผนงานโครงการ สนับสนุนแผนงานโครงการให้คำแนะนำ รวบรวมข้อมูล ประชุมผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth-Interview) ขั้นตอน
 - ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) โดย

การถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงาน การประเมินความรู้ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชนและสรุปผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โดยคัดเลือกประชากรตำบลหนองแวง ซึ่งเป็นตำบลที่มีอัตราป่วยโรคมาลาเรียสูงสุด ของอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้คัดเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกหมู่บ้านที่มีแนวโน้มอัตราป่วยโรคมาลาเรียสูงสุด ของตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย คือบ้านไผทรมพล และเป็นพื้นที่ที่ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน คัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือตามลักษณะการใช้งาน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประยุกต์ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการและกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ซึ่งได้ปรับปรุงจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนใน 1 ปี ที่ผ่านมา มีสมาชิกในครอบครัว เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรียหรือไม่

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านสาเหตุ แหล่งเพาะพันธุ์ การติดต่อและการแพร่เชื้อ การป้องกันโรค อาการ การรักษา

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Appreciation-Influence-Control : A-I-C) การสังเกตการณ์การสะท้อนผล ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมทุกครั้ง มีส่วนร่วมบางครั้ง และไม่เคยร่วม

2.2 แบบบันทึกสังเกตการณ์การดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ลักษณะข้อมูลที่สังเกตการณ์ ได้แก่ สถานที่ สิ่งแวดล้อม โครงสร้างทางกายภาพ ทรัพยากร และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชน โดยการสังเกตการณ์รายละเอียดการวางแผนงาน การปฏิบัติตามแผนงาน และการสะท้อนผลการดำเนินงานและการประเมินผลการดำเนินงาน

2.3 แนวทางการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) ลักษณะประเด็นการสัมภาษณ์และการสนทนา ได้แก่ ความรู้ ปัญหา สาเหตุและแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมาลาเรีย เพื่อให้เกิดข้อเสนอแนะหรือความต้องการที่จะทำให้การดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชนมีประสิทธิภาพมากที่สุด และมีคำถามหลังการพัฒนา ได้แก่ การมีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชนเป็นอย่างไร จะทำต่อหรือไม่ ผลการปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานครั้งต่อไป

2.4 แนวทางการสอบถามแบบเจาะลึก (In-depth-Interview) ลักษณะประเด็นข้อสัมภาษณ์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย สาเหตุ อาการ การ

ติดต่อปัญหาโรคมะเร็งในชุมชน วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในการป้องกันโรคมะเร็ง ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานแบบสอบถามโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรคมะเร็ง กับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และจัดหมวดหมู่ตามประเด็นวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากร

ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 64.00) อายุ 71 ปีขึ้นไปจำนวน 15 คน (ร้อยละ 30.00) อายุเฉลี่ย 59.56 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 80.00) ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 42 คน (ร้อยละ 84.00) อาชีพเกษตรกร จำนวน 41 คน (ร้อยละ 82.00) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน จำนวน 31 คน (ร้อยละ 62.00) สถานภาพหัวหน้าครอบครัว จำนวน 25 คน (ร้อยละ 50.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 19 คน (ร้อยละ 38.00) และใน 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 96.00)

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งของประชาชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการพัฒนาแบบการป้องกันโรคมะเร็งโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความรู้โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00) ($\bar{X} \pm SD. = 9.04 \pm 2.50$) และหลังการพัฒนาแบบมีความรู้โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 84.00) ($\bar{X} \pm SD. = 13.62 \pm 1.56$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา (n=50)		หลังการพัฒนา (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	9	18.00	42	84.00
ระดับปานกลาง	25	50.00	8	16.00
ระดับต่ำ	16	32.00	0	0.00
$\bar{X} \pm SD. , \text{Min} - \text{Max}$	9.04 $\pm$ 2.50, 3 - 12		13.62 $\pm$ 1.56, 10 - 15	

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 9.04 คะแนน และหลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 13.62 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 2

การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งของประชาชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการปฏิบัติตนโดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00) ($\bar{X} \pm SD. = 21.18 \pm 3.21$) และหลังการพัฒนารูปแบบมีการปฏิบัติตน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.00) ($\bar{X} \pm SD. = 25.92 \pm 1.94$) ดังตาราง 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้			
	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	9.04	2.50	10.95	<0.001
หลังการพัฒนา	13.62	1.56		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็ง	ก่อนการพัฒนา (n=50)		หลังการพัฒนา (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	15	30.00	47	94.00
ระดับปานกลาง	30	60.00	3	6.00
ระดับต่ำ	5	10.00	0	0.00
$\bar{X} \pm SD.$	21.18 $\pm$ 3.21		25.92 $\pm$ 1.94	
Min - Max	14 - 26		20.00 - 29.00	

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 21.18 คะแนน หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนน

เฉลี่ย 25.92 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า การปฏิบัติตนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคมาลาเรียก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคมาลาเรีย	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตน			
	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	21.18	3.21		
หลังการพัฒนา	25.92	1.94	9.84	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการพัฒนาแบบการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.00) ($\bar{X} \pm SD. = 35.54 \pm 7.87$) และหลังการพัฒนาแบบชุมชนมีส่วนร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.00) ($\bar{X} \pm SD. = 42.18 \pm 3.91$) ดังตารางที่ 5

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ย 35.54 คะแนน และหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ย 42.18 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน การป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน	ก่อนการพัฒนา (n=50)		หลังการพัฒนา (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	27	54.00	46	92.00
ระดับปานกลาง	18	36.00	4	8.00
ระดับต่ำ	5	10.00	0	0.00
$\bar{X} \pm SD. , \text{Min} - \text{Max}$	35.54 $\pm$ 7.87, 17 - 45		42.18 $\pm$ 3.91, 29.00 - 45.00	

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรค ก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน การป้องกันโรคมาลาเรีย	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ คะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชน			
	$\bar{X}$	SD.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	35.54	7.87		
หลังการพัฒนา	42.18	3.91	5.34	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การดำเนินงานและผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยได้การประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบจากกิจกรรมการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน นำไปสู่ความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และกระตุ้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน นอกจากนั้น การจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียของคนในชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน จนได้รูปแบบใหม่ แล้วนำไปปฏิบัติการจริงในชุมชน พร้อมการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการปฏิบัติงาน และสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อประเมินผลวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินงาน เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สนับสนุนให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ยุธนา แดงนุ้ย⁽⁹⁾ กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมของกิจกรรมการพัฒนาของประชาชนที่ก่อให้เกิดผลดี ทั้งต่อความสำเร็จของการพัฒนาในภาพรวมและผลดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนเองการวิจัยครั้งนี้เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการเข้าร่วมตั้งแต่การริเริ่มและติดตามกระบวนการ กำหนดความต้องการแผนงาน ตลอดจนเข้าร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานและเข้าร่วมการประเมินผลของกิจกรรม วีระ นิยมวัน⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การประชุมที่มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าประชุมได้มีโอกาสสื่อสารซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการประชุมที่ระดมพลังสมอง เพื่อแก้ไข

ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์

2. การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพบว่าหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนในชุมชน ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และได้ทราบถึงปัญหาโรคมาลาเรียในชุมชนของตนเอง ตลอดจนได้ร่วมแสดงข้อคิดเห็นและดำเนินงานในกิจกรรมทุกขั้นตอน ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและเรียนรู้จากการจัดกิจกรรมกลุ่มต่างๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำเสนอองค์ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันโรคมาลาเรีย ทำให้ประชาชนในชุมชนสามารถปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การอบรมให้ความรู้แก่แกนนำโรคมาลาเรียในชุมชน การให้ความรู้ผ่านทางหอกระจายข่าว และที่ประชุมประจำเดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮาสิมะ โต๊ะเจ๊ะ⁽¹¹⁾ กล่าวว่า การได้รับข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสาร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข่าวสาร และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากไข้มาลาเรียมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียในระดับต่ำ สุวรรณิ์ สิริเศรษฐภักดี และคณะ⁽¹²⁾ กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการมีความรู้ มีการรับรู้ และมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Singh Hag และ Dhiman⁽¹³⁾ ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ ของประชาชนในแคว้นมคธ รัฐฌาร์ขัณฑ์ ประเทศอินเดีย จัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อเพิ่มความรู้ให้ชุมชนและสร้างความตระหนักในท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคมาลาเรีย เพิ่มการใช้มุ้งสำหรับการป้องกันโรคมาลาเรีย จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้โรคมาลาเรียลดลง วันชัย สีหะวงษ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาพฤติกรรมในการรับรู้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนพื้นที่

ชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.80) ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 97.60) คะแนนความรู้การป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.00) พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย คือการนอนกางมุ้ง (ร้อยละ 91.40) Hellen k Kimbi และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาความรู้และการรับรู้ในการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มเสี่ยง ในเมืองบัว สาธารณรัฐเคนยา เพื่อประเมินระดับความรู้และการรับรู้ที่มีต่อการควบคุมโรคมาลาเรียของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากการดำเนินงานผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้มากขึ้น เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 87.80) โดยผู้ป่วยจะมีอาการตัวร้อน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย Mens และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาประสิทธิภาพความรู้และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรียของหญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเอโตะประเทศไนจีเรียโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวและการใช้มาตรการป้องกัน ผลการดำเนินงาน หญิงตั้งครรภ์ตอบคำถามเกี่ยวกับโรคมาลาเรียเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมาลาเรียได้อย่างถูกต้อง ก่อนการประเมิน (64.80) หลังจากการจัดกิจกรรมรณรงค์หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามได้อย่างถูกต้อง (73.80) การวิเคราะห์คะแนนการประเมินก่อนและหลังการดำเนินงานเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรีย (64.80 และ 73.80) แสดงให้เห็นว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3. การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน การปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการ

ประเมินผล ร่วมแก้ไขปัญหามาลาเรียในชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือในทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อานนท์ณัฐ เล็กเนียม⁽¹⁷⁾ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สุวรรณี สิริเศรษฐภักดี และคณะ⁽¹²⁾ กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญในทุกประเด็น การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย คือ การอภิปรายเจาะกลุ่ม และการเสวนากลุ่ม จันทรีจิรา อินจัน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย⁽¹⁸⁾ ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้เทคนิค Appreciation Influence Control (A-I-C) เพื่อเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญห สุขภาพอนามัยของชุมชนบ้านทุ่งต้นศรี หมู่ 5 ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่าสภาวะสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนบ้านทุ่งต้นศรี จากการสำรวจสรุปประเด็นเพิ่มเติม คือ ความต้องการบริการพื้นฐานจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่เจ็บป่วยแต่ละโรคและแต่ละอาการ การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชนเองและควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าเป็นฝ่ายตั้งรับด้วยการกำหนดการดำรงชีวิตให้มีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่และควรส่งเสริมให้มีภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การศึกษาบริบทชุมชน การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา การวางแผนและการแก้ไขปัญหา

การติดตามประเมินผลและพัฒนาแก้ไขให้ดีขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

การสร้างองค์ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียที่ถูกต้องนอกจากหน่วยงานภาครัฐต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการที่ถูกต้องแล้ว ยังต้องสร้างโอกาสให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนได้เรียนรู้และปฏิบัติตนที่ถูกต้องด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และอาจารย์ ดร.สมศักดิ์ ศรีภักดี และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ด้านเนื้อหาวิชาการและแนวทางการดำเนินการวิจัย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. world malaria day Invest in the future Defeat malaria. [Cited 20 Feb 2015] <[http://www.who.int/campaigns/malaria-day/2014/event.](http://www.who.int/campaigns/malaria-day/2014/event.;); 2015.
- World Malaria Report. The public health challenge posed by malaria.2014[Cited 20 Feb 2015]; 2015.
- สำนักโรคติดต่อมาลาเรีย. สถานการณ์โรคมาลาเรียสัปดาห์ที่ 1 – 50 ปี พ.ศ. 2557.[อินเทอร์เน็ต].2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaivbd.org/n/ histories/download/3032>.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่อที่น่าจับตามองในฤดูฝน. [อินเทอร์เน็ต].2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558] เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/files/news.pdf>.
- โรงพยาบาลละหานทราย. รายงานสถานการณ์โรคมาลาเรีย. ฝ่ายสุขภาพิบาล งานป้องกันและควบคุมโรค จังหวัดบุรีรัมย์; 2557.
- ภูวเดช สุระโคตร และคณะ. การสอบสวนโรคมาลาเรียหมู่บ้านปากช่องหมูที่ 1 ตำบลหนองแขว อำเภอละหานทรายจังหวัดบุรีรัมย์.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2553;2552.
- พชนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์.การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมสำหรับแรงงานต่างด้าวในเขตชายแดนไทย-พม่า. วิทยานิพนธ์พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
- บุญเทียน อาสารินทร์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิคกระบวน AIC บ้านเหล่านาดิ หมูที่ 11 ตำบลบ้านหว้า อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- ยุทธนา แดงนุ้ย. การมีส่วนร่วมของประชาชนในแผนพัฒนาเทศบาลตำบลกำแพง อำเภอละงู จังหวัดสตูล. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2554.
- วีระ นิยมวัน. การประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ AIC.นนทบุรี: โครงการตำรา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
- ฮาสิมะ โต๊ะเจ๊ะ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียของประชาชนในตำบลบ้านแหอำเภอรือดจังหวัดยะลา. [ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุขปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา; 2551.
- สุวรรณี สิริเศรษฐภักดี และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดสุรินทร์.วารสารวิชาการ สคร. 5; 2555.18(2), หน้า 44-55.
- Singh RK, Haq S and Dhiman RC. Studies on Knowledge, Attitude and Practices in Malaria Endemic Tribal Areas of Bihar and Jharkhand, India. Journal of Tropical Diseases. National Institute of Malaria Research (ICMR), Dwarka, New Delhi, India; 2014.

14. วันชัย สี่หวงษ์. พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค
มาลาเรียของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวและ
กัมพูชา. ผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ; 2552.
15. Helen K Kimbi, Sarah B Nkesa, Judith L
Ndamukong-Nyanga, Irene UN Sumbele,
JuliusAtashili and Mary BS Atanga. Knowledge
and perceptions towardsMalaria prevention among
vulnerable groups in the Buea Health District,
Cameroon. Kimbi et al. BMC Public Health;
2014.
16. Mens F, Petra, Pauline FD Scheelbeek, Hind Al
Atabbi and Ehijie FO Enato. Peereducation: The
effects on knowledge of pregnancy related malaria
andpreventive practices in women of reproductive
age in Edo State, Nigeria. Menset al. BMC Public
Health; 2011.
17. อานนท์รัฐ เล็กเนียม. ประสิทธิภาพของรูปแบบการมี
ส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางกรวยจังหวัด
นนทบุรี. นนทบุรี: ม.ป.พ.; 2555.
18. จันทรีจิรา อินจัน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย. การมีส่วน
ร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาลมพิษ
อุนามัยบ้านทุ่งต้นศรี อำเภอดอกคำใต้ จังหวัด
พะเยา:วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข;
2557.22(1),หน้า 1-10.