

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนที่อาศัยอยู่ตามบริเวณแนวชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราดซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารต่าง ๆ และ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้เสนอตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. ทฤษฎีความรู้
3. ทฤษฎีทัศนคติ
4. มาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good, 1959) พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทาง ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ
2. เป็นการไม่กระทำ (Non Action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

สุชาติ โสมประยูร ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมเกือบทุกอย่างของปัจเจกบุคคลจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพทั้งสิ้น ภายใต้บริบทนี้เราอาจแยกพฤติกรรมของคนเราออกเป็นสิ่งที่ทำไปโดยตั้งใจที่จะส่งเสริมหรือป้องกันสุขภาพ (ดังคำนิยามข้างต้น) หรือส่วนที่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจที่จะหวังผลด้านสุขภาพ ตามความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้

ดังนั้น พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลใน การกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคมที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ การพาบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย เช่น การนอนพักอยู่กับบ้านแทนที่จะไปทำงาน การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sickrole behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การเลิกดื่มสุรา การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น เป็นต้น

พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะนี้ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลต่าง ๆ ได้รับการปลูกฝังหรือได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มก็ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมสุขภาพแต่ละลักษณะมีกระบวนการทางพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้น การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ต้องได้รับการวิเคราะห์ วางแผนและดำเนินการอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) หมายถึงสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบดื่มยาชูกำลัง ความไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกายและสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้

บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเลว (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไปจนเกินความจำเป็น การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำหรือกิจกรรมที่อาจมีการกระทำที่เฉพาะเจาะจงหรือไม่ก็ได้ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้ปรากฏเห็นได้ หรืออากัปกริยาภายใน ซึ่งผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้ ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมีรากฐานมาจากความรู้ ทักษะและพฤติกรรมของบุคคล โดยการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยจะมีรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไป ส่วนหนึ่งอาจได้รับแนวความคิดในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจากประสบการณ์เดิมของบุคคลนั้น ตลอดจนวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้นๆ ซึ่งจะมีทั้งพฤติกรรมที่ถูกบ่งชี้ บ้าง โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในส่วนของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชน ซึ่งการแสดงออกถึงการกระทำของประชาชนที่ป้องกันและควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียมาเป็นระดับพฤติกรรม

ทฤษฎีความรู้

คำว่า ความรู้ (Knowledge) นั้น ในทัศนะของฮอสเปอร์ (อ้างถึงในมานอนซ์ เวทพันธ์ 2532) นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟัง ความรู้นี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ โดยประกอบไปด้วยคำจำกัดความหรือความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ไขปัญหา และมาตรฐานเป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความรู้เป็นเรื่องของการจำอะไรได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรือใช้ความสามารถของสมองมากนัก ด้วยเหตุนี้ การจำได้จึงถือว่าเป็น กระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ได้ใช้ความคิดและความสามารถทางสมองมากขึ้นเป็นลำดับ ส่วนความเข้าใจ (Comprehension) นั้น ฮอสเปอร์

ชี้ให้เห็นว่า เป็นขั้นตอนต่อมาจากความรู้ โดยเป็นขั้นตอนที่จะต้องใช้ความสามารถของสมองและทักษะในขั้นที่สูงขึ้น จนถึงระดับของการสื่อความหมาย ซึ่งอาจเป็นไปได้โดยการใช้ปากเปล่า ข้อเขียน ภาษา หรือการใช้สัญลักษณ์ โดยมักเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับข่าวสารต่าง ๆ แล้ว อาจจะโดยการฟัง การเห็น การได้ยิน หรือเขียน แล้วแสดงออกมาในรูปของการใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่าง ๆ เช่น การบรรยายข่าวสารที่ได้ยินมาโดยคำพูดของตนเอง หรือการแปลความหมายจากภาษาหนึ่งไปเป็นอีกภาษาหนึ่ง โดยคงความหมายเดิมเอาไว้ หรืออาจเป็นการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อสรุปหรือการคาดคะเนก็ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างถึงในอักษร สวัสดิ์ 2542) ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และ “การให้ความหมาย” ที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและข้อสรุป รวมถึงความสามารถในการ “คาดคะเน” หรือการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น

เบนจามิน บลูม (Benjamin S. Bloom อ้างถึงในอักษร สวัสดิ์ 2542) ได้ให้ความหมายของความรู้ ว่าหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและกระบวนการต่าง ๆ รวมถึงแบบ กระบวนการของโครงการวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ โดยก่อนหน้านี้ในปี ค.ศ. 1965 บลูมและคณะ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้หรือพุทธิพิสัย (cognitive domain) ของคน ว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่าง ๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป โดยบลูมและคณะ ได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับไว้ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญา ในการขยายความรู้ ความจำ ให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (comprehension) ในเรื่องใด ๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อย ที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อย ๆ หรือส่วนใหญ่ ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ (criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ (characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้ การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ความรู้คือ สิ่งที่มนุษย์สร้าง ผลิต ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษา เครื่องหมาย และสื่อต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้าง ผู้ผลิตจะให้ความหมาย

กระบวนการจัดการความรู้

1. การบ่งชี้ความรู้ 2. การสร้างและแสวงหาความรู้ 3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ
4. การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5. การเข้าถึงความรู้ 6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้
7. การเรียนรู้

ดังนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ไม่ให้อายุขัยสั้นลง เป็น การลดโอกาสเสี่ยงการเป็นไข้มาลาเรียและลดการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียจากผู้ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ไปยังบุคคลอื่น มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้ (กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2542)

1. การนอนในมุ้ง การใช้มุ้งป้องกันการเกิดโรคจากยุงกัดได้มีมาหลายร้อยปีแล้ว มุ้งที่ใช้ควรอยู่ในสภาพดีไม่มีรูขาดและเสียหาย ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการป้องกันลดลง ขนาดของ

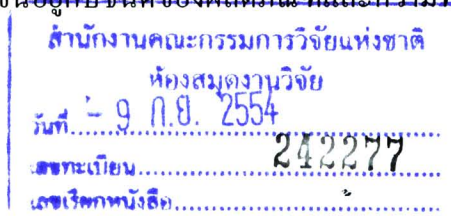


เส้นด้ายที่ทำมุ้งควรมีขนาดประมาณ 1-1.8 มิลลิเมตร และจำนวนของตาข่ายไม่ควรต่ำกว่า 156 รูต่อตารางนิ้ว ซึ่งจะทำให้ไม่ร้อนอากาศสามารถผ่านได้ แต่ถ้าจำนวนรูตาข่ายมีมากกว่านี้ก็จะสามารถป้องกันแมลงที่มีขนาดเล็กได้ สำหรับมุ้งขนาดมาตรฐานทั่วไปมีพื้นที่ประมาณ 14 ตารางเมตร องค์ประกอบอื่น ๆ ของมุ้ง เช่น วัสดุที่ใช้ทำมุ้งอาจเป็นเส้นใยสังเคราะห์ หรือทำจากเส้นใยฝ้าย รูปแบบของมุ้งมีหลากหลาย เช่น มุ้งรูปทรงสี่เหลี่ยม มุ้งรูปทรงกลม มุ้งสำหรับคนเดินป่า หรือมุ้งทหาร มุ้งประกอบเปลสำหรับผูกนอนกับต้นไม้ หรือเปลที่เย็บมุ้งติดไว้ด้วยกัน

2. การสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มิดชิด เช่น ใช้เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว เป็นต้น เสื้อผ้าควรมีความหนาพอเพียงและควรห่อหุ้มเล็กน้อยไม่กระชับติดร่างกาย สีและวัสดุที่นำมาทำเสื้อผ้ามี่มีส่วนในการลดยุงกัดได้ เช่น ผ้าที่มีสีดํามักดึงดูดความสนใจให้ยุงกัดได้มาก และได้มีการศึกษาในกลุ่มทหารให้สวมเสื้ออย่างมิดชิด ทำให้ลดการติดโรคที่นำโดยยุงได้ นอกจากนั้นประชาชนกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่ม เช่น กลุ่มคนกรีดขางในสวนยางอาจใช้เสื้อคลุมตาข่ายซุบสารเคมี หรือเสื้อกั๊กซุบสารเคมีสวมทับเสื้อผ้าที่ใช้อยู่ก็จะสามารถลดการถูกยุงกัดได้ระดับหนึ่ง

สารไล่ยุงชนิดใช้ซุบเสื้อผ้า ทารองเท้า ซุบมุ้ง ฯลฯ ได้แก่ permethrin ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นทั้งสารไล่ยุงและสารกำจัดยุงด้วย ส่วน deet ก็ใช้ซุบหรือฉีดพ่นเสื้อผ้า แถบรัดข้อมือ (wrist band) ตลอดจนวัสดุปูพื้น (patio grid) ได้เช่นกัน เนื่องจาก deet อาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้ หากใช้ไม่ถูกวิธีหรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet ผสมอยู่ในสัดส่วนที่สูงมาก (เกิน 30%) และใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานๆ deet จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งหากบริโภคเข้าไป บางรายอาจมีอาการทางสมอง ชัก และเสียชีวิตได้ การสูดดมไอรระเหยของ deet เป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดการวิงเวียน ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้ผลิตสารไล่ยุงปลอด deet โดยใช้สารอื่นๆ โดยเฉพาะสารที่สกัดได้จากพืช แม้จะมีประสิทธิภาพในการไล่ยุงได้ไม่ดีเท่ากับ deet แต่จะมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้นามากกว่า เช่น น้ำมันตะไคร้หอม (citronella oil), น้ำมันยูคาลิป (Eucalyptus oil), น้ำกระเทียม (garlic juice) และน้ำมันถั่วเหลือง (soybean oil) เป็นต้น พืชอีกหลายชนิดมีสารประกอบที่สามารถใช้ไล่ยุงได้ แต่ต้องใช้ให้ถูกส่วน (เช่น ใบเหง้า ลำต้น เปลือกผล ฯลฯ)

3. การใช้ยาทากันยุงกัด (Mosquito repellent) ยาทากันยุง หรือยาทาไล่ยุง หมายถึงผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ยุงมากัด ส่วนประกอบของยาทากันยุง ได้แก่ Benzyl benzoate, Butylethyl propanediol, DEET (N.N.-diethyl - 3 - toluamide), Dibutyl phthalate, Dimethyl carbamate, Dimethyl phthalate, Ethyl hexanediol, Butopyronoxyl และ 2-chlorodiethyl benzamide ยาทากันยุงนี้ ผลิตภัณฑ์อาจเป็นน้ำ หรือครีม หรือเป็นแท่ง (stick) และต้องมีประสิทธิภาพในการขับไล่ยุงได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และบางชนิดมีคุณสมบัติป้องกันได้ถึง 15 ชั่วโมง ประสิทธิภาพของยาทากันยุงขึ้นอยู่กับชนิดของผลิตภัณฑ์และความถี่ของการทายา



กันยุงด้วย โดยทั่วไปยาทากันยุงมักนิยมใช้ขณะอยู่นอกบ้าน ซึ่งทำให้มีโอกาสที่ต้องเสี่ยงต่อการถูกยุงกัดในขณะอยู่นอกมุ้ง และใช้ในกลุ่มประชาชนที่มีอาชีพหรือการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการถูกยุงพาหะกัดได้ง่าย เช่น การกรีดยาง การทำไร่สับปะรด ทำสวนผลไม้ เป็นต้น การใช้ยาทากันยุงต้องใช้ทาบริเวณที่มีโอกาสจะถูกยุงกัด ได้แก่ แขน ขา ใบหู หลังคอ และส่วนที่อยู่นอกเสื้อผ้า

สารไล่ยุงชนิดใช้ทาผิว อาจอยู่ในรูปของเหลว (cream หรือ lotion), เป็นวุ้น (gel), เป็นของเหลวคล้ายน้ำ (liquid), เป็นน้ำมัน (oil) และเป็นแป้ง (talcum powder) สารออกฤทธิ์หลักในผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีทั้งที่เป็นสารเคมีจำพวก deet และที่เป็นสารสกัดจากพืช (ขึ้นอยู่กับยี่ห้อและรูปแบบของผลิตภัณฑ์) ได้แก่ deet 24% v/v deet 20% w/w deet 15% w/w deet 7.5% w/w deet 2% w/v dimethyl phthalate 24% v/v diethyl toluamide Eucalyptus citriodora 15% w/w

การใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มทาผิวที่มี deet เป็นสารออกฤทธิ์หลักนี้ ก่อนซื้อควรพิจารณาว่ามีสารออกฤทธิ์มากน้อยเพียงใด สำหรับผู้ใหญ่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet อยู่ระหว่าง 15-20% ส่วนเด็กไม่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet มากกว่า 10% และต้องใช้ตามคำแนะนำที่ระบุไว้บนฉลากอย่างเคร่งครัด ห้ามใช้กับเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี ห้ามทาบริเวณตา (บางผลิตภัณฑ์ห้ามใช้ทาบนผิวหนัง) ผิวที่มีรอยถลอกหรือมีแผล และไม่ควรทาซ้ำในช่วงระยะเวลาสั้นๆ (โดยทั่วไปการทาครั้งหนึ่งจะให้ผลในการไล่ยุงได้นานประมาณ 4 ชั่วโมง) ไม่ควรใช้ทุกวันติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ ไม่ควรใช้กับสตรีมีครรภ์และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ไม่ควรทาผลิตภัณฑ์ไล่ยุงที่มีมือเด็ก เพราะเด็กอาจผลอขี้ตาหรือหยิบจับอาหารและสิ่งของใส่ปากซึ่งจะทำให้ได้รับสารเคมีนั้นเข้าไปในร่างกาย หลังจากทาผลิตภัณฑ์ไล่ยุงที่ผิวแล้วพบว่ามีอาการแพ้ เช่น เป็นผื่น ผื่นแดง หรือรู้สึกร้อน ต้องหยุดใช้ทันที ล้างผิวหนังที่ทาผลิตภัณฑ์ไล่ยุงด้วยน้ำกับสบู่ แล้วรีบไปพบแพทย์พร้อมกับนำผลิตภัณฑ์ไล่ยุงที่ใช้นั้นไปให้แพทย์ดูด้วย ในปัจจุบันผลิตภัณฑ์ทาผิวที่มี deet เป็นสารออกฤทธิ์หลักได้รับการพัฒนาให้มีความปลอดภัยต่อผู้ใช่มากขึ้น โดยบริษัทผู้ผลิตแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกาแถลงว่า สามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ไล่ยุงรูปแบบใหม่ โดย deet จะถูกบรรจุอยู่ภายในแคปซูลที่มีขนาดเล็กมาก (micro encapsulated formulation) ซึ่งเปลือกแคปซูลนี้เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (Micale protein) ที่ปลอดภัยต่อผิว เมื่อถูกดูดซึมเข้าไปภายในผิวก็จะไม่มีอันตรายใดๆ แต่กลับจะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิว หลังจากทาผลิตภัณฑ์นี้แล้ว เปลือกแคปซูลจะค่อยๆ ถูกดูดซึมอย่างช้าๆ เข้าไปในผิวและทำให้ deet ที่ถูกบรรจุอยู่ภายในแคปซูลนั้นออกฤทธิ์ในการไล่ยุงต่อไป และ deet จะระเหยไปได้หมดก่อนที่จะมีโอกาสแทรกซึมเข้าสู่ผิว และผลิตภัณฑ์นี้สามารถออกฤทธิ์ในการไล่ยุงได้นานถึง 24 ชั่วโมง

4. การใช้ยาจุดกันยุง (Mosquito coils and sticks) ยาจุดกันยุง หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาจุดกันยุงซึ่งเมื่อใช้จุดไฟแล้วสามารถระเหยสารออกฤทธิ์ขับไล่และฆ่ายุงได้ มีคุณสมบัติในการฆ่ายุงหรือไล่ไม่ให้เข้ามาในบริเวณดังกล่าว ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ซึ่งผลิตออกมาในท้องตลาด ส่วนใหญ่มีสารเคมี

ผสมไว้ในยาจุดไล่ยุงด้วย จึงทำให้ผู้ใช้ อาจเกิดการระคายเคืองได้ แต่มีสารเคมีบางกลุ่ม เช่น กลุ่มไพรีทรอยด์ สามารถนำมาผสมในยาจุดไล่ยุง และค่อนข้างปลอดภัยต่อมนุษย์

5. การใช้ตาข่ายกันยุงกัด หรือ การใช้มุ้งลวด ปัจจุบันมีการใช้ตาข่ายกันยุงกัดทั่วไปในเขตเมือง หรือตามชนบทบางแห่งก็สามารถซื้อหาได้สะดวก ตาข่ายอาจทำด้วยไนลอนหรือโลหะ เช่น ลวด ซึ่งต้องมีการออกแบบอย่างดีเพื่อปิดกั้นช่องซึ่งยุงสามารถลอดผ่านได้ โดยเฉพาะการทำตาข่ายป้องกันที่ประตูหน้าต่างต้องทำให้มุมประตูและหน้าต่างแข็งแรงไม่เสียหายได้ง่าย ประตูควรเปิดออกด้านนอก ขนาดของตาข่ายขึ้นอยู่กับขนาดของวัสดุ เช่น ลวดที่ใช้ทำตาข่าย ขนาดของตาข่ายที่เหมาะสม คือ 16 -18 รูต่อนิ้ว

สำหรับอุปกรณ์ไล่ยุงแบบใช้คลื่นเสียง (anti-mosquito buzzers) นั้น จากการทดสอบประสิทธิภาพโดยนักวิจัยและผู้สนใจหลายท่าน พบว่าไม่สามารถไล่ยุงได้ตามที่มีการโฆษณาไว้

6. การพ่นหมอกควัน (fogging) เป็นเครื่องพ่นสารเคมีชนิดเป็นฝอยละอองผ่านความร้อนออกมาเป็นควันเมื่อถูกกับยุงพาหะทำให้ตายทันที การพ่นหมอกควันนี้ดำเนินการในท้องที่ที่มีการแพร่เชื้อและพบว่ามียุงพาหะหลักซึ่งมีชีวนิสัยชอบกัดคนในบ้าน และเป็นท้องที่ชุมชนหนาแน่นซึ่งการพ่นด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างไม่ได้ผลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์เฉียบพลัน โดยทำการพ่นหมอกควันซึ่งการปฏิบัติงานนี้นอกจากทำการควบคุมยุงพาหะนำโรคมalaria แล้วยังมีผลพลอยได้ เป็นการควบคุมยุงที่เป็นพาหะของโรคอื่นๆ ได้อีก และประชาชนยอมรับการพ่นหมอกควัน หรือถ้ามีการพบผู้ป่วยไข้มาลาเรียมากผิดปกติในท้องที่ที่มีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรีย หรือถ้ามีการระบาดของไข้มาลาเรียในท้องที่ไม่มีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียแล้ว ให้ทำการพ่นหมอกควัน 4-6 ครั้งต่อแห่ง ระยะเวลาแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ โดยพิจารณาพ่นหมอกควันในระยะเวลาที่ยุงพาหะออกหากิน เช่น พลบค่ำ สารเคมีที่ใช้พ่นหมอกควัน คือ สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์ เช่น เคลด้าเมทริน 0.5 % ชนิดน้ำมัน หรืออาจใช้สารเคมีอื่นที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน โดยปกติจะทำการพ่นหมอกควันภายในบ้าน ก่อนทำการพ่นต้องแจ้งประชาชนทราบ และให้ความร่วมมือโดยการย้ายคนและสัตว์เลี้ยงออกไป พร้อมปิดปิดอาหาร และปิดประตูหน้าต่างทุกบานเว้นประตูหนึ่งแห่งเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทำการพ่นหมอกควันเข้า-ออกได้ ถ้าเป็นบ้าน 2 ชั้นหรือ 3 ชั้น ควรพ่นที่ชั้นบนก่อน เวลาพ่นให้ปลายเครื่องพ่นอยู่ห่างจากฝ้ายบ้านประมาณ 2 เมตร และให้เครื่องพ่นอยู่ในลักษณะเอียงให้กระบอกเครื่องพ่นอยู่ในแนว 45 องศา แล้วเปิดน้ำยาพร้อมส่ายปลายเครื่องพ่นเป็นมุม 180 องศา เดินถอยหลังช้าๆ จนถึงประตูที่เปิดไว้ เมื่อเห็นควันเต็มห้องแล้วปิดน้ำยาพร้อมปิดประตูห้องเพื่ออบควันไว้ 10-20 นาที การพ่นหมอกควันรอบๆ บริเวณบ้านนั้น ผู้ทำการพ่นต้องยืนอยู่เหนือลมและพ่นควันไปตามทิศทางที่อยู่ได้ลมโดยปกติการควบคุม

ยุงที่เป็นพาหะนำโรคมาลาเรียจะทำการพ่นนอกบ้านและจะต้องพ่นในเวลาหัวค่ำตั้งแต่พระอาทิตย์ตกจนถึงเวลา 20.30 น.

เครื่องพ่นหมอกควันจะใช้น้ำมันเบนซินเป็นเชื้อเพลิงในการทำงานของเครื่อง ความจุของถังน้ำมันเชื้อเพลิง ตั้งแต่ 1.4 - 2 ลิตร อัตราการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง 1.5 – 2 ลิตร / ชั่วโมง กำลังทำงานเครื่องพ่น 24- 25 แรงม้า หรือ 15,000 - 16,100 กิโลแคลอรี/ชั่วโมง การจุดระเบิดใช้พลังงานจากถ่านไฟฉาย ขนาด 1.5 โวลท์ จำนวน 4 ก้อน ต่อแบบอนุกรม และมีคอยล์จุดระเบิดสัญญาณอิเล็กทรอนิกส์ อัตราการไหลของน้ำยา ตั้งแต่ 8 - 30 ลิตร/ชั่วโมง แล้วแต่นาฬิกาเส้นผ่าศูนย์กลางหัวพ่น ถังใส่น้ำยาเคมีมีทั้งชนิดที่เป็นโลหะ และพลาสติก มีความจุ ตั้งแต่ 5 - 6.5 ลิตร น้ำหนักเครื่องพ่นเปล่า 7- 8 กิโลกรัม หากรวมน้ำหนักน้ำยาเคมีจะมีน้ำหนักประมาณ 15 กิโลกรัม ขนาดเม็ดน้ำยา (Droplets) มีเส้นผ่าศูนย์กลางระหว่าง 10- 60 ไมครอน (micron) (กองมลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2542)

ชนิดเครื่องพ่นหมอกควัน (Fogging)

ปัจจุบันเครื่องพ่นหมอกควันที่ใช้ในงานสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. เครื่องพ่นหมอกควันชนิดสะพายไหล่ อาทิเช่น

1.1 เครื่องพ่นหมอกควันสวิงฟ็อก (Swingfog) รุ่น SN -11 , SN -50 และ SN -50 N

1.2 เครื่องพ่นหมอกควันพัลฟ็อก (Pulpfog) รุ่น KP-10 SP

1.3 เครื่องพ่นหมอกควันไอจีบ้า (Igeba) รุ่น TF -30 และ TF- 35

1.4 เครื่องพ่นหมอกควันซูเปอร์ฮอค (Superhawk)

1.5 เครื่องพ่นหมอกควัน เอส เอส ฟ็อก (SS fog)

1.6 เครื่องพ่นหมอกควันโกลเด้นฟ็อก (Goldenfog)

2. เครื่องพ่นหมอกควันชนิดติดตั้งบนรถยนต์ อาทิเช่น

2.1 เครื่องพ่นหมอกควันสวิงฟ็อก รุ่น SN-101

2.2 เครื่องพ่นหมอกควันพัลฟ็อก รุ่น K-22 /10 BIO

2.3 เครื่องพ่นหมอกควัน IZ 400 (Auto)

ทฤษฎีทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) เป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวทาง จิตวิทยาสังคม และการวางแผนเพราะการรู้ถึงทัศนคติของคนหรือกลุ่มคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ว่าเป็นไปในทิศทางใด ย่อมจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนและดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มโนทัศน์เกี่ยวกับทัศนคตินี้ได้รับความสนใจมานาน

จากโน้ตสน์เกี่ยวกับทัศนคติมีลักษณะเช่นเดียวกับมโนทัศน์เชิงนามธรรมทั่วไปที่เกิดจากการสร้างขึ้น เป็นเครื่องแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่มนุษย์คิดพูดหรือกระทำ ความหมายที่แน่ชัดของคำว่า ทัศนคติ ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในกลุ่มนักจิตวิทยาหรือกลุ่มผู้ที่ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติ ดังนั้นแต่ละกลุ่มที่ทำการศึกษาค้นคว้าต่างก็ให้คำจำกัดความตามความเข้าใจของตนเองซึ่งได้ประมวลมากล่าวไว้ ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ

ประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ลัดดา กิตติวิภาต (2532) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งทำให้เกิดความพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบในทางบวกหรือในทางลบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

จากความหมายของทัศนคติที่กล่าวมาแล้วนั้น แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของการมองทัศนคติของนักการศึกษาและนักจิตวิทยา โดยมีทั้งการให้ความหมายของทัศนคติในด้านจิตใจ ในเชิงสติปัญญาและในเชิงการกระทำซึ่งถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของทัศนคติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึก และความเชื่อ หรือการรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมี พฤติกรรมโต้ตอบ ในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของ ทัศนคติ นั้นโดยสรุป ทัศนคติ ในงานที่นี้เป็นเรื่องของจิตใจ ท่าที ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของบุคคล ที่มีต่อข้อมูลข่าวสาร และการกลั่นกรองสถานการณ์ที่ได้รับมา ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ทัศนคติ มีผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมา

องค์ประกอบของทัศนคติ มี 3 ประการคือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (The Cognitive Component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคล ที่เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ทั่วไปทั้งที่ชอบ และไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้ หรือคิดว่าสิ่งใดดี มักจะมี ทัศนคติ ที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่า สิ่งใดไม่ดี ก็จะมี ทัศนคติ ที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Affective Component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตาม บุคลิกภาพ ของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (The Behavioral Component) คือ การแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจาก องค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึก

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลมี ทัศนคติ ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจาก บุคคลมีความเข้าใจ ดังนั้นส่วนประกอบทาง ด้านความคิด หรือ ความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบ

ขั้นพื้นฐาน ของ ทักษคติ และส่วนประกอบนี้ จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกของบุคคลอาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกัน ทั้งในทางบวก และทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการเรียนรู้

ประเภทของทัศนคติ

บุคคลสามารถแสดง ทัศนคติ ออกได้ 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ทัศนคติเชิงบวก เป็น ทัศนคติ ที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึก หรือ อารมณ์ จากสภาพจิตใจได้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือ เรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนิน กิจการของ องค์กร อื่น ๆ

2. ทัศนคติเชิงลบ หรือ ไม่ดี คือ ทัศนคติ ที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ ได้รับความเชื่อถือ หรือ ไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เรื่องราว หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงานองค์กร สถาบัน และการดำเนิน กิจการขององค์กร และอื่น ๆ

3. ทัศนคติ ที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อ บุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง

ทัศนคติ ทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์

การวัดทัศนคติ

ในทางจิตวิทยาการวัดทัศนคติเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการ ดำเนินชีวิตของคน เพราะการรู้ถึงทัศนคติของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ใดสิ่งหนึ่งว่าเป็นไปใน ทิศทางใด และมีความเข้มมากน้อยแค่ไหน ย่อมจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถทำนายพฤติกรรมที่ อาจเกิดขึ้นของบุคคลนั้นได้ และสามารถวางแผนดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งกับบุคคลหรือกลุ่ม คนนั้นได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทัศนคติไม่ได้เป็นสิ่งที่จะสามารถตรวจสอบหรือวัดได้ เช่นเดียวกับการตรวจสอบเซลล์ผิวหนังของมนุษย์ หรือการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ แต่ทัศนคติ ของบุคคลหนึ่งอาจแสดงออกมาได้ด้วยการใช้คำพูดหรือการกระทำ จะเห็นได้ว่าความคิดข้างต้นนี้ จะเน้นที่การแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นหลัก ในการวัดทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับที่ โดยธรรมชาติ แล้ว คุณสมบัติของทัศนคติเป็นสิ่งที่วัดได้ แม้ว่าทัศนคติจะเป็นเพียงภาวะของจิตใจ ไม่สามารถ สังเกตหรือวัดได้โดยตรง แต่ทัศนคติก็อาจวัดได้โดยอาศัยจากผลของการตอบสนอง ซึ่งจะประเมิน ได้เป็นทางบวกหรือทางลบและมีระดับความมากน้อย

มาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย

การควบคุมโรคมาลาเรียในอดีต ปี พ.ศ. 2530 โครงการควบคุมไข้มาลาเรีย เป็นแผนงานหนึ่งของกรมควบคุมโรคติดต่อมีชื่อว่า “แผนงานรณรงค์ควบคุมไข้มาลาเรีย” ซึ่งบรรจุในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) ได้มีการแบ่งเป็น 2 ท้องที่ดำเนินงาน คือ ท้องที่ควบคุมไข้มาลาเรีย (Control Areal) เป็นท้องที่ป่าเขา ท้องที่ชายแดนและท้องที่เสี่ยงต่อการปฏิบัติงานครอบคลุมประชากร 12.41 ล้านคน วัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมไข้มาลาเรียระยะยาว โดยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในด้านสาธารณสุข และท้องที่กำจัดไข้มาลาเรีย (Eradication Area) เป็นท้องที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ได้แก่ ที่ราบ และเขตเมือง ครอบคลุมประชากร 38.9 ล้านคน วัตถุประสงค์ เพื่อกำจัดไข้มาลาเรียและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อกลับมาใหม่ (กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542)

ปี พ.ศ. 2531 จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระบี่ ยังคงมีภาวะไข้มาลาเรียสูง และมีไข้มาลาเรียบริเวณตอนล่างของภาคใต้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่เป็นผู้ป่วย *P.vivax* และพบผู้ป่วยชนิดเชื้อ *P.ovale* อีก 3 ราย ในจังหวัดเชียงใหม่ กาญจนบุรี และจันทบุรีในปี 2531 มีการเปิดขายแคนด้านจังหวัดตราด มีคนงานชุดพลอยจากบริเวณใกล้เคียงข้ามไปชุดพลอย ที่จังหวัดไพลินของประเทศกัมพูชาจำนวนมาก เริ่มพบผู้ป่วยมากขึ้นที่จังหวัดตราด

ปี พ.ศ. 2532 สถานการณ์ไข้มาลาเรียสูงขึ้นในจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะท้องที่ชายแดน ได้แก่ ตราด ชะลา กรมควบคุมโรคติดต่อได้กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์เชิงรุก และกำหนดแนวทางการดำเนินงานโครงการเร่งรัดพัฒนางานควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ. 2532) มีการจัดตั้ง Technical Supervision Team ในระดับกอง และ Multipurpose Team ในระดับกรม เพื่อสนองนโยบายในครั้งนี้นำเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยการจัดลำดับพื้นที่ปัญหาไข้มาลาเรียออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (จะทำการเร่งรัดให้ลดลงอย่างรวดเร็ว) ระดับกลาง (ปฏิบัติงานตามปกติ) และระดับต่ำ (จะทำการเร่งรัดให้หมดไป) และทุกหน่วยงานจะต้องมีข้อมูล “เข้าเห็นออกเห็น รู้เร็ว แก้เร็ว” และมีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานควบคุมไข้มาลาเรียชายแดน เนื่องจากมีการเปิดพรมแดนบริเวณไทย-กัมพูชา ทำให้มีประชาชนจากทุกภาคของประเทศอพยพเคลื่อนย้ายเข้ามาจังหวัดตราดมากเพื่อเข้าไปชุดพลอยในประเทศกัมพูชา กองมาลาเรียจึงได้จัดทำโครงการควบคุมไข้มาลาเรีย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด (พ.ศ. 2532 – 2535) ขึ้น ได้มีการนำรูปแบบการดำเนินงานจัดตั้งทีมต่าง ๆ ทั้งเชิงรุกและรับ เพื่อควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณชายแดน

ปี พ.ศ. 2533 ปัญหาไข้มาลาเรียยังคงอยู่บริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา และ ไทย-พม่า พบผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดตราด และตาก มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องมาจากการอพยพเคลื่อนย้ายของประชาชนตามบริเวณชายแดนของจังหวัดทั้งสองสูงขึ้น จากการข้ามไปชุดพลอยใน

ประเทศกัมพูชา ประกอบกับเชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* ในท้องที่จันทบุรี ตราด และตาก มีระดับความดื้อยา Fansimef® เพิ่มขึ้น และใช้มาตรการเสริมในการควบคุมยุงพาหะ ได้เริ่มมีการนำสารเคมี Permethrin ชุบมุ้ง เปล เสื้อ กางเกง ผ้าห่มและหมวก ให้กับประชาชนที่ขึ้นไปจุดพลอยบนภูเขาในประเทศกัมพูชา

ปี พ.ศ. 2534 ผลกระทบมาจากการระบาดของไข้มาลาเรียบริเวณชายแดนจังหวัดตราด เนื่องจากประชาชนทุกภูมิภาคข้ามไปจุดพลอยในประเทศกัมพูชาระหว่างปี 2531 – 2533 เป็นสาเหตุการกระจายของเชื้อมาลาเรีย *P.falciparum* ที่ต้องเฝ้าระวังไปยังภาคต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้รักษาและเร่งหาพยาธิใหม่ทดแทนยาที่ใช้ โดยคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ศึกษาพัฒนาการรักษาตัวใหม่ Qinghaosu (*Artemisia annua* L.) ซึ่งมีอนุพันธ์ (Derivative) เป็น Artemether (Methylether derivative of Artemisinin) และ Artesunate (Sodium succinyl salt of Artemisinin) ซึ่งมีอนุพันธ์ทั้ง 2 ตัวนี้มีโครงสร้างที่อยู่ต่ำกว่า Artemisinin ยานี้มีครึ่งชีวิตสั้นและออกฤทธิ์ไวกว่า Quinine นอกจากนี้ยังให้ความสนใจ Halofantrine ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Phenanthrene methanol มีฤทธิ์เป็น Blood Schizontocidal สามารถฆ่าเชื้อ *P.falciparum* ที่ดื้อยา Chloroquine ได้

ปี พ.ศ. 2535 เริ่มแผนงานด้านการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) โดยแผนงานควบคุมโรคติดต่อ แผนงานรองควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุง ได้แบ่งงานเป็น 4 กลุ่มโรค ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

สถานการณ์ไข้มาลาเรียมีจำนวนผู้ป่วย 168,370 ราย (ลดลง 20% เทียบกับปีที่ผ่านมา) อย่างไรก็ตามการติดเชื้อมาลาเรียยังคงมีอยู่บริเวณชายแดนและพื้นที่ป่าเขาที่ห่างไกล เนื่องจากควบคุมไข้มาลาเรียมีวิธีการค่อนข้างสลับซับซ้อน และมีหลายหน่วยงานที่ปฏิบัติ จึงได้มีการจัดตั้งกระผู้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2534 ซึ่งเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติงานในกลุ่มปี พ.ศ. 2521 เช่น การแบ่งท้องที่การปฏิบัติงาน เป็นต้น กลุ่มนี้ได้เริ่มใช้ในปี 2535 เป็นต้นมา

กลวิธีควบคุมไข้มาลาเรีย โดยมีเป้าหมายระยะยาวสำหรับประเทศที่มีปัญหาไข้มาลาเรีย คือ

1. ป้องกันไม่ให้เกิดการตายจากโรคนี้
2. ลดอัตราป่วยและความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเกิดจากโรคนี้
3. รักษาพื้นที่ที่ปลอดมาลาเรียแล้ว ไม่ให้มาลาเรียกลับมาใหม่

กิจกรรมการควบคุมไข้มาลาเรีย ที่ได้รับการเสนอแนะจากการประชุม คือ

1. การรักษา ควรให้มีการตรวจบำบัดอย่างรวดเร็wtันท่วงที เน้นกลุ่มเสี่ยงโรค ควรมีนโยบายการใช้ยารักษามาลาเรียในแต่ละประเทศ และมีระบบเฝ้าระวังโรค

2. การป้องกัน ได้แก่ ป้องกันยุงกัดด้วยวิธีการต่าง ๆ ให้ภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนและกินยาป้องกัน โดยพิจารณาถึงประสิทธิภาพและความเสี่ยงของแต่ละมาตรการ สำหรับการควบคุมแมลงนำโรคควรคัดเลือกบางวิธีและใช้เฉพาะบางพื้นที่เท่าที่จำเป็น

3. การควบคุมการระบาด ควรพัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ให้สามารถตรวจพบการระบาดติดต่อสื่อสาร ไปยังผู้รับผิดชอบได้ทันท่วงที พัฒนาเครือข่าย ซึ่งจะช่วยบอกการระบาดได้

4. การใช้ระบาดวิทยาในการควบคุมโรค โดยอาศัยระบบข้อมูลทางระบาดวิทยา

5. ฝึกอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น

6. การดำเนินงานตามกลวิธี ต้องอาศัยเรื่อง การวางแผน การกระจายทรัพยากร การประสานงานระหว่างประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการควบคุมกำกับและการประเมินผล

7. บทบาทของรัฐบาล และองค์การระหว่างประเทศ ต้องได้รับการสนับสนุนและประสานงานจากทุกระดับ

ปี พ.ศ. 2540 เริ่มแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ด้านสาธารณสุข สาขาที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรค แผนงานควบคุมและป้องกันโรค (แผนงานรองควบคุมโรคติดต่อ) งานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคติดต่ออื่น ๆ ที่นำโดยแมลง ประกอบด้วย การควบคุมไข้มาลาเรีย การควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคเท้าช้าง และการควบคุมโรคติดต่ออื่น ๆ ที่นำโดยแมลง ทั้งนี้กองมาลาเรียต้องดำเนินงานในส่วนของการควบคุมไข้มาลาเรีย และการควบคุมโรคติดต่ออื่น ๆ ที่นำโดยแมลง เมื่อเดือนกรกฎาคม 2539 กรมควบคุมโรคติดต่อได้อนุมัติในหลักการในการปรับปรุงบทบาทหน้าที่และโครงสร้าง ในส่วนภูมิภาค ซึ่งส่งผลให้มีสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง มีงานที่รับผิดชอบใหม่ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโรคที่นำโดยแมลงทั้งหมดในปี 2540 สำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (5 สคม. หรือ ศูนย์มาลาเรียเขตเดิม) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (39 สคม. คือ หน่วยมาลาเรียเดิมและศูนย์โรคเท้าช้างเดิม) และหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (302 นคม. คือ ส่วนมาลาเรียเดิม)

สถานการณ์ไข้มาลาเรียยังมีปัญหาการแพร่เชื้อมาลาเรียสูงมากบริเวณท้องที่ชายแดนของ 30 จังหวัด ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศพม่า กัมพูชา มาเลเซีย และลาว ประกอบกับการมีแรงงานต่างด้าวลักลอบเข้ามาเป็นจำนวนมาก ซึ่งเข้ามาหลบซ่อนและกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ ส่วนใหญ่

เป็นผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรีย อีกทั้งสภาพท้องที่ชายแดนป่าเขา เอื้ออำนวยต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะ จึงทำให้มีการแพร่เชื้อรุนแรงยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องการเคลื่อนย้ายของประชากรในท้องที่บริเวณชายแดนสูง

ปี 2542 ภาวะไข้มาลาเรียระบาดค่อนข้างรุนแรงในหลายพื้นที่ของประเทศ คือ จังหวัดตามแนวบริเวณชายแดนไทย-พม่า ภาคใต้ทุกจังหวัด และจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกที่ต่อเนื่องมาจากปี 2541 ภาระหนักในปี 2542 ที่ต้องเร่งรัดการควบคุมการระบาดที่เกิดขึ้นบริเวณชายแดนยังมีแนวโน้มสูงมากผิดปกติในช่วงต้นปี 2542 ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า เชื้อที่พบในคนต่างชาตินั้นส่วนใหญ่เป็นฟัลซิพารัม จากประวัติอดีตที่ผ่านมา การระบาดของมาลาเรียในบริเวณศูนย์กลางการค้ายา มักจะลงเอยด้วยการเกิดเชื้อดื้อยารุ่นใหม่ และการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาออกไปกว้างขวางขึ้น

สถานการณ์และการควบคุมไข้มาลาเรียในประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทย คือ พม่า กัมพูชา ลาว และมาเลเซีย โดย 3 ประเทศแรกยังมีปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อการควบคุมไข้มาลาเรียของประเทศไทย (กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2542) ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียในปี 2548-2552 แสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 – 2552

ปี พ.ศ.	จำนวน ประชากร	จำนวน เจาะ โลหิต	จำนวน ผู้พบ เชื้อ	จำนวน เชื้อฟัล ซิพารัม	จำนวน เชื้อ ไวแวกซ์	คิดเป็น สัดส่วน เชื้อฟัล ซิพารัม	คิดเป็น สัดส่วน เชื้อ ไวแวกซ์	API/1,000
2548	60,846,656	2,457,503	29,785	14,670	14,921	49.25	50.10	0.49
2549	62,006,741	2,280,070	30,294	14,124	15,991	46.62	52.79	0.49
2550	62,851,480	2,041,733	33,178	16,557	16,945	49.90	49.72	0.53
2551	63,282,308	1,910,872	26,149	12,109	13,884	46.31	53.10	0.41
2552	63,492,417	1,816,383	23,327	9,486	13,616	40.67	58.37	0.37

ที่มา: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงกรมควบคุมโรค, 2552

นอกจากนี้จากการรวบรวมข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 3.4 จังหวัดตราด ปี 2553 เกี่ยวกับสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียของจังหวัดตราด จำแนกตาม

อำเภอ ในปี 2545- 2553 ดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่า ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา จำนวนคนที่เป็โรค มาลาเรียจะพบที่อำเภอบ่อไร่มากที่สุด

ตารางที่ 2 สถานการณ์ผู้ป่วยพบเชื้อโรคมาลาเรียในจังหวัดตราดปี 2545 -2553 รายอำเภอ

ปี	อำเภอ บ่อไร่	อำเภอ เมือง	อำเภอ เกาะช้าง	อำเภอ เขาสมิง	อำเภอ คลอง ใหญ่	อำเภอ แหลม งอบ	อำเภอ เกาะกูด	รวม
2545	667	476	148	99	99	56	17	1,562
2546	449	472	27	80	39	8	11	1,086
2547	508	407	99	94	66	39	19	1,232
2548	183	141	46	21	38	5	5	439
2549	287	217	101	52	185	24	22	888
2550	125	166	60	34	90	42	37	554
2551	122	103	33	8	55	12	71	404
2552	122	115	65	17	67	8	105	499
2553	39	37	24	6	16	3	11	136
(ตค.52- พค.53)								

ที่มา: ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 3.4 จังหวัดตราด, 2553

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน โรคมาลาเรียของประชาชนในอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาการเกิดโรคมาลาเรียต่อไป

ในปัจจุบันแนวทางการควบคุมโรคมาลาเรียต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการ เกิดโรค คือ คน เชื้อมาลาเรียและยุงพาหะ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้มีการติดเชื้อมาลาเรีย มาตรการควบคุมโรคจึงได้แก่ มาตรการต่อคน มาตรการต่อเชื้อ และมาตรการต่อยุงพาหะ

มาตรการต่อคน

เป็นมาตรการที่ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ป้องกันไข้มาลาเรีย การมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียในชุมชน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การศึกษา การรณรงค์

1. การประชาสัมพันธ์ เป็นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน เป็นการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและสร้างศรัทธา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเอง ร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย การประชาสัมพันธ์ใช้ช่องทางผ่านสื่อหลากหลาย เช่น

สื่อมวลชน มุ่งเน้นสื่อที่สามารถครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายได้กว้าง เช่น วิทยุโทรทัศน์ เสียงตามสาย เคเบิลทีวี หนังสือพิมพ์หรือสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว เป็นช่องทางสื่อที่มีอยู่ในชุมชนแล้ว ใช้เป็นแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน โปสเตอร์ เอกสารและสิ่งพิมพ์ เป็นการถ่ายทอดความรู้ ไปสู่บุคคล กลุ่มคนหรือชุมชน และเป็นแหล่งความรู้ของประชาชนมีโอกาสได้เห็นได้อ่านอยู่เป็นประจำ อันจะนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้จากคนหนึ่งไปสู่คนอื่น ๆ ในชุมชน

2. การศึกษา เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีกิจกรรมดำเนินการอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษาพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจมีอิทธิพลสูงมากในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้มีการเรียนรู้และตระหนักถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

การศึกษาในหมู่บ้าน เพื่อให้ความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจ แก่ประชาชนและกลุ่มผู้นำในหมู่บ้านเกี่ยวกับสถานการณ์ไข้มาลาเรีย เพื่อให้พร้อมที่จะร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย เช่น ชี้แจงประชาชนให้เห็นความสำคัญของการฟันสารเคมี

การศึกษาในโรงเรียน เพื่อให้กลุ่มครูและนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรีย ร่วมกับการประชุม/อบรมครูในโรงเรียน ให้ทราบและมองเห็นความสำคัญของปัญหา และร่วมกันแก้ไข และโรงเรียนสามารถจัดกิจกรรมที่นักเรียนมีส่วนร่วม เช่น การเลี้ยงปลา ปล่อยปลา ประกวดเรียงความ

การศึกษาในมาลาเรียคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบยาให้ครบและมาเจาะโลหิตตามนัด ป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อมาลาเรียในคราวต่อไป และเพื่อให้ผู้รับบริการรายอื่นมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการป้องกันตนเอง การให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย

การสุศึกษาในแหล่งท่องเที่ยว เพื่อให้ให้นักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติรู้จักป้องกันตนเองไม่ติดเชื้อไข้มาลาเรียเมื่อเข้าไปในแหล่งท่องเที่ยว มีเอกสารแผ่นพับ และบัตรขนาดพกพา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เรื่องการป้องกันไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้ความรู้กับกลุ่มชนและบริษัทท่องเที่ยวหรือชมรมท่องเที่ยว และ เน้นในเรื่องยากินป้องกันมาลาเรียว่าไม่สามารถป้องกันได้เต็มที่

การสุศึกษาในชนกลุ่มน้อย เพื่อเพิ่มความเข้มข้นในการให้ความรู้ เกิดความเข้าใจ และทำความเข้าใจกับชุมชนกลุ่มน้อยในเรื่องไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้รู้จักป้องกันตนเองตามสภาพปัญหาของพื้นที่และให้เหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรม ประเพณี ของกลุ่มชนนั้นด้วย

3. การรณรงค์ป้องกันไข้มาลาเรีย

การรณรงค์ไข้มาลาเรีย จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนพฤษภาคม เป็นการดำเนินการหลายกิจกรรมพร้อมกันเพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจไปสู่ประชาชนให้มองเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ประชาชนได้เห็น ได้ยิน ได้พูด ได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนประชาชน กลุ่มผู้นำ อาสาสมัครให้ตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน และพร้อมที่จะป้องกันตนเองและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นการจัดให้มีกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคโดยประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเต็มที่จนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด โดยเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้สมเหตุผลทางวิชาการ สังคมยอมรับและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ดำเนินการครอบคลุมประชาชนทุกคนและทุกครัวเรือนในชุมชน ประชาชนจึงควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาไข้มาลาเรียในหมู่บ้านให้ลดน้อยหรือหมดไปจากหมู่บ้าน เช่น การร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การปล่อยปลา เป็นต้น

จัดให้มีและพัฒนาอาสาสมัคร บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครมาลาเรีย (อมม.) คือ ให้บริการเจาะโลหิตส่งตรวจในรายที่สงสัยเป็นไข้มาลาเรีย แนะนำให้ความรู้และมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย ส่งต่อผู้ป่วยและแนะนำสถานบริการตรวจรักษาที่เหมาะสม

การส่งเสริมการป้องกันตนเอง เพื่อส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้มีมุ้งใช้อย่างเพียงพอ และรู้จักใช้มุ้งชุบสารเคมี เพื่อส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้รู้จักใช้ยาทากันยุง ตลอดจนนำมุ้งและยาทากันไปใช้ในกรณีต้องเข้าไปพักแรมในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย เพื่อส่งเสริมประชาชนให้จัดทำมุ้งลวดหรือมุ้งในลอนป้องกันไม่ให้ยุงเข้ามากัดในบ้าน โดยอาจจัดให้มีมุ้งและยาทากันยุงจำหน่ายในหมู่บ้าน เพื่อประชาชนหาซื้อได้สะดวก และราคาไม่แพง และแนะนำส่งเสริมประชาชนจัดทำมุ้งลวด

หมู่บ้านพึ่งตนเองในการป้องกันไข้มาลาเรีย (หมู่บ้าน พม.) มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการควบคุมยุงพาหะและป้องกันตนเอง เพื่อแก้ปัญหาไข้มาลาเรียในพื้นที่ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปจากหมู่บ้าน การจัดตั้งกองทุนจัดซื้อ-จัดขายมุ้งและยาทากันยุง หรือติดต่อ ประสานงานกองทุนอื่นในหมู่บ้านให้มีการจัดซื้อ-ขายมุ้ง และยาทากันยุง

มาตรการต่อเชื้อ

เป็นมาตรการที่ดำเนินการต่อเชื้อมาลาเรียเฉพาะในผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบำบัดรักษา ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ให้หายขาดจากโรค เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อระยะติดต่อ (infective stage) ไปสู่บุคคลอื่น ซึ่งประกอบด้วย

1. การค้นหาผู้ป่วย (Malaria Case Detection) ป็นการค้นหาผู้ที่มีเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ โดยการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อมาลาเรีย มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาแหล่งรังโรค อันจะนำไปสู่การบำบัดรักษา กลวิธีที่นำมาใช้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยมี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การค้นหาผู้ป่วยทางตรง (Active Case Detection) วิธีการค้นหาผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่เดินทางเข้าไปทำการค้นหาเพื่อเจาะเลือดผู้ป่วยในหมู่บ้าน ซึ่งอาจจะดำเนินการสม่ำเสมอ แบ่งออกตามลักษณะการปฏิบัติงานได้ 5 วิธี ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวิธีพิเศษ มาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ การเจาะเลือดหมู่ การเจาะเลือดขณะไปทำการสอบประวัติผู้ป่วยรายอื่น การเจาะเลือดในวัตถุประสงค์อื่นๆ

1.2 การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อม (Passive Case Detection) การค้นหาผู้ที่มีเชื้อมาลาเรียในกลุ่มผู้มาขอรับบริการตรวจรักษาที่สถานที่บริการต่างๆ อาทิเช่น อาสาสมัครมาลาเรีย มาลาเรียคลินิกต่างๆ สถานีอนามัย โรงพยาบาล

มาตรการต่อยุงพาหะ

มาตรการต่อยุงพาหะนำโรคมาลาเรียนั้น มีการควบคุมทั้งยุงพาหะตัวเต็มวัยและลูกน้ำยุงพาหะ โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 3 ประการคือ เพื่อลดความหนาแน่นของยุงพาหะ เพื่อลดอายุขัยของยุงพาหะ และเพื่อลดการสัมผัสระหว่างคนและยุง ยังมีกิจกรรมหลายลักษณะที่สามารถเลือกใช้ดำเนินการ เช่น การควบคุมโดยใช้สารเคมี การควบคุมทางชีววิธี การควบคุมทางสิ่งแวดล้อม ตลอดจนลดการสัมผัสระหว่างคนกับยุงหรือการป้องกันยุงกัดโดยใช้มุ้ง ยาทากันยุง หรือวิธีอื่นๆ

1. การพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor residual spraying) หมายถึง การพ่นสารเคมีให้มีฤทธิ์ตกค้างบนพื้นผิวที่ต้องการ อาคาร บ้านเรือน กระท่อม เฝิงที่พัก โดยเฉพาะพื้นผิวที่ยุงพาหะชอบเกาะพัก ปัจจุบันเลือกใช้สารเคมีสังเคราะห์กลุ่มไพรีทรอยด์ ซึ่งมีคุณสมบัติย่อยสลาย

ได้ในเวลาหนึ่งและไม่ว่าลายสิ่งแวดล้อมเช่น เกล็ดน้ำมริน ชนิดน้ำและชนิดผง และต้องพ่นติดพื้นผิวให้ได้ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร และมีฤทธิ์คงค้างประมาณ 3-6 เดือน

2. การใช้มุ้งชุบสารเคมี (Impregnated mosquito nets) โดยนำมุ้งมาชุบน้ำยาป้องกันยุง ซึ่งปัจจุบันเลือกใช้สารเคมีสังเคราะห์กลุ่มไพรีทรอยด์ ซึ่งมีคุณสมบัติย่อยสลายได้ในเวลาหนึ่งและไม่ว่าลายสิ่งแวดล้อมเช่น เพอร์มิทริน ชนิดน้ำ ทำการชุบมุ้งให้มีขนาดของสารที่ออกฤทธิ์ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร แต่มีข้อห้ามคือ ห้ามนำมุ้งไปตากแดด ห้ามนำไปซัก จะทำให้ฤทธิ์ของสารเสื่อมลงจนฆ่ายุงไม่ตาย

3. การใช้เครื่องพ่นหมอกควัน (Fogging) หมายถึงการใช้เครื่องพ่นสารเคมีชนิดเป็นฝอยละอองผ่านความร้อนออกเป็นควัน มักใช้สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์ เช่น เกล็ดน้ำมริน

4. การควบคุมทางชีววิธี เช่นการปล่อยปลาที่ใช้กินลูกน้ำ การถากถางแหล่งน้ำให้ไหลสะดวก การใช้จุลินทรีย์ เป็นต้น

5. การลดการสัมผัสระหว่างคนและยุงพาหะ (Man mosquito reduction) หรือการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด (Self prevention) มีหลายวิธี เช่น การนอนในมุ้ง การสวมเสื้อผ้ามิดชิดร่างกายให้มิดชิด การใช้ยากันยุง การใช้ยาจุดกันยุง การสุมไฟเพื่อให้มีควัน ฯลฯ

การติดต่อ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแพร่เชื้อมาลาเรียไข้มาลาเรียจะเกิดขึ้นและแพร่จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้ต้องประกอบด้วยปัจจัยหลักสามประการ คือ

1. สิ่งที่ทำให้เกิดโรค คือเชื้อมาลาเรีย ในพื้นที่ใดที่มีผู้ป่วยมาลาเรียชุกชุม พื้นที่นั้นก็มีโอกาสเป็นแหล่งแพร่เชื้อของไข้มาลาเรียได้อย่างดี ผู้ที่สามารถแพร่เชื้อประกอบด้วยผู้ป่วยที่แสดงอาการของไข้มาลาเรียชัดเจนและผู้ที่มีเชื้อแต่ไม่มีอาการของโรคชัดเจนเนื่องจากมีภูมิคุ้มกัน พวกหลังนี้เป็นพวกที่มีอันตรายมีโอกาสรักษาได้มาก เชื้อมาลาเรียที่สามารถแพร่เชื้อได้ต้องเป็นเชื้อระยะมีเพศ (gametocytes) ทั้งสองเพศในโลหิตของผู้ป่วย มีจำนวนมากพอและอยู่ในสภาพพร้อมที่จะไปผสมพันธุ์กันในยุงพาหะ ตลอดจนสามารถดำเนินวงจรชีวิตของเชื้อในยุงได้สำเร็จ

2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลักษณะภูมิประเทศและดินฟ้าอากาศนับเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแพร่เชื้อมาลาเรีย เนื่องจากอุณหภูมิและความชื้นมีอิทธิพลต่ออายุของยุงและการเจริญเติบโตของเชื้อมาลาเรียในตัวยุงพาหะ ในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมเชื้อยังคงมีชีวิตอยู่ได้แต่ไม่มีการเจริญเติบโต ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ต่างๆ ก็สนับสนุนให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพิ่มมากขึ้น ยุงแต่ละชนิดมีแหล่งเพาะพันธุ์แตกต่างกันไป หากจำนวนยุงที่มีเชื้อมาลาเรียมาก ก็ยังมีโอกาสแพร่เชื้อได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับนิสัยของยุง ยุงที่ชอบเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์และอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้คนย่อมมีโอกาสได้รับเชื้อและแพร่เชื้อได้ดี

3. คนที่มีภูมิไวรับ ประชาชนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจากเขตปลอดการแพร่เชื้อมาลาเรีย เมื่อมีการอพยพเคลื่อนย้ายเข้าไปในท้องที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีภูมิไวรับ และหากประชาชนเหล่านี้ไปทำงานหรือประกอบอาชีพในบริเวณป่าเขาที่เปิดโอกาสให้ยุงกัดที่มีเชื้อไข้มาลาเรียกัดเช่น การถางป่าเพื่อการเพาะปลูก การเพาะปลูกพืชไร่บางชนิด การตัดไม้ การหาของป่า การสร้างที่พักพิงที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างเช่น การนอนโดยไม่กางมุ้งการไม่ใช้ยาทากันยุง การไม่ยอมรับการพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง การกินยาป้องกันไข้มาลาเรียและการเข้าไปพักในป่าเขา ตลอดจนวิถีความเชื่อในการดำเนินชีวิตของแต่ละกลุ่มชน การเกิดโรคมาลาเรียโดยทั่วไปจึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลักสามประการดังกล่าว โดยมีผู้ป่วยมาลาเรียเป็นแหล่งแพร่เชื้อ ยุงกัดเป็นพาหะนำโรคไปกัดคนที่ป่วย และนำเชื้อมาติดกับตัวยุงเชื้อเจริญเติบโตแล้วแบ่งตัวเต็มที่ หลังจากนั้นยุงนำโรคไปกัดคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันหรือมีความไวในการรับเชื้อทำให้เกิดเป็นโรคได้ เมื่อมีโรคเกิดขึ้นจำนวนมากกว่าปกติก็เป็นการระบาดของโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประสิทธิ์ เวชสกุล และคณะ (2529) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็น โรคมาลาเรียของผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการที่คลินิก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี, อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี, อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด และอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียแต่ไม่ปฏิบัติร้อยละ 27.0 ไปค้างแรมในแหล่งมาลาเรียไม่นำมุ้งไปด้วยร้อยละ 68.0 และไม่ใช้ยาทากันยุงร้อยละ 43.0

สิริหญิง กังวาลเลิศ (2532) ศึกษาถึง ระบาดวิทยาและพฤติกรรมอนามัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ศึกษาจากการป่วยเป็นไข้มาลาเรียในผู้รับการตรวจรักษา มาลาเรียคลินิกหมู่บ้านทรัพย์ไพรวัลย์ และหมู่บ้านจังกระบาก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ด้านการระบาดวิทยา ร้อยละ 78.3 เกิดจากเชื้อ *P.Falciparum* เพศชายเป็นโรคมาลาเรียสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยกับการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย การใช้มุ้งและการกางมุ้งกันยุงในช่วงเวลา พลบค่ำ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า กลุ่มที่มีการป้องกันโรคมาลาเรียด้วยวิธีต่าง ๆ ยิ่งน้อยวิธีจะยิ่งเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมาลาเรียมากขึ้น

ทวีศักดิ์ แพทย์เพียร (2533) ศึกษาความรู้ความเข้าใจในการป้องกันไข้มาลาเรียของประชาชนในเขตตำบลโคมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนไม่กางมุ้งและระยะเวลาของการเข้านอนไม่ถูกต้อง ในเรื่องความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคมาลาเรีย ร้อยละ 48.17 อยู่ในเกณฑ์

พอใช้ ร้อยละ 25.69 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.80 อยู่ในเกณฑ์แก้ไข เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับช่วงอายุ พบว่า อายุระหว่าง 15 – 24 ปี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมาลาเรียสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และพิมพ์วัลย์ บุญมงคล (2533) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ประชากรดังกล่าวส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค การติดต่อของโรคได้อย่างถูกต้อง สำหรับความรู้ในด้านการป้องกันโรคมาลาเรียของประชากรตัวอย่างผลเป็นที่น่าพอใจ แต่อย่างไรก็ตามการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับกระบวนของการโรค ร้อยละ 90 ของประชากรตัวอย่างในเขตควบคุมมาลาเรียรับรู้ว่ามีมาลาเรียป้องกันได้ และร้อยละ 63 ของประชากรตัวอย่างในเขตจำกัดมาลาเรียที่มีการรับรู้การป้องกันโรคมาลาเรีย ส่วนเขตปลอดมาลาเรียมีความรับรู้ในเรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคได้น้อยที่สุด

บุญบง เจาทานนท์ (2539) ได้ศึกษาในเรื่องความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อมาลาเรียสูง และพื้นที่ ที่มีการติดเชื้อต่ำ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียแตกต่างกันปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับพื้นที่ที่มีการติดเชื้อมาลาเรีย การศึกษาต่อเนื่อง การมีมุ้งใช้ ส่วนอายุ ระยะเวลาในการทำงานและจำนวนครั้งของการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย

นิตยา ธนวิวุฒิ และคณะ (2540) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรียในกลุ่มศึกษา คือผู้ป่วยมาลาเรีย จำนวน 100 คน และกลุ่มเปรียบเทียบคือผู้ไม่ป่วยเป็นโรคมาลาเรียจำนวน 100 คน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่มาลาเรียคลินิก ของส่วนมาลาเรียที่ 9 อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยและ สภาพแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของบ้าน ชนิดของบ้าน วัสดุที่ใช้ทำฝาบ้าน ความสมบูรณ์ของฝาบ้าน การมีแหล่งน้ำอยู่ใกล้บ้าน พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเอง ได้แก่ การนอนในมุ้ง การใช้พัดลมไต่ยุง เวลาเข้าป่านายาทากันยุงไปใช้ และปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($P < 0.05$) โดยพบว่า ผู้ที่มีอายุ 5 – 14 ปี ผู้มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ผู้มีสภาพการสมรสโสดหรือหม้าย หย่า ผู้ไม่รู้หนังสือ ผู้อาศัยอยู่ในบ้านชั่วคราวหรือกระท่อม การมีบ้านอยู่ใกล้แหล่งน้ำ บ้านสร้างด้วยไม้ไผ่ ฝาบ้านทำด้วยไม้ไผ่ การมีฝาบ้านไม่ครบ 4 ด้าน การนอนในมุ้งเป็นบางครั้ง การไม่ใช้พัดลมไต่ยุงและการไม่นายาทากันยุงไปใช้เวลาเข้าป่า จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นมาลาเรียสูงกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คนนี้ เคยป่วยเป็นมาลาเรียภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่มักป่วย มากกว่า 1 ครั้ง และบุคคลกลุ่มนี้ เมื่อคิด

ว่าตนเองป่วยมีอาการบ่งชี้เป็นมาลาเรียมักจะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาลด้วยการซื้อยาตามร้านชำทั่วไปหรือร้ายขายยากินเอง คิดเป็น ร้อยละ 64.49

เสนาะ พ่วงฟัก (2542) ได้ศึกษาในเรื่องปัจจัยด้านการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนบริเวณชายแดน ประเทศไทย – เมียนมาร์ เขตอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมาลาเรีย ความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($P = 0.0035$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่เคยป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรียมีการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน ($P = 0.123$)

ยุทธพงศ์ หมั่นราษฎร์ (2544) ศึกษาาระบาดวิทยาและพฤติกรรมในการป้องกันรักษาโรคมาลาเรียของแรงงานต่างชาติ ในพื้นที่เสี่ยงสูงของจังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม จำนวน 600 ราย อายุเฉลี่ย 37.3 ± 12.84 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 60.3 ทำงานในสวนยางพาราร้อยละ 40.0 ทำงานในสวนกาแฟร้อยละ 36.2 และทำงานในสวนผลไม้ร้อยละ 13.7 ตามลำดับ ผลการชันสูตรโรคพบเชื้อมาลาเรีย จำนวน 15 ราย คือกลุ่มคนไทย 2 ราย กลุ่ม คนไทยร่วมแรงงานต่างชาติ จำนวน 5 ราย และกลุ่มแรงงานต่างชาติ จำนวน 8 ราย อัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรีย ในกลุ่มคนไทย และกลุ่มแรงงานต่างชาติ มีอัตรา เป็น 1.0 , 2.5 และ 4.0 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) กลุ่มแรงงานต่างชาติเป็นพาหะนำโรค ในอัตรา 3.5 ส่วนกลุ่มคนไทยและคนไทยร่วมแรงงานต่างชาติไม่พบพาหะนำโรค ด้านพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง คนไทยมีพฤติกรรมในการป้องกันยุงกัดแตกต่างจากกลุ่มแรงงานต่างชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คนไทยมีพฤติกรรมในการรักษาเมื่อป่วยด้วยไข้มาลาเรียถูกต้องกว่ากลุ่มแรงงานต่างชาติและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัย-สำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ไม่ป้องกันตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรีย 3.97 เท่าของผู้ที่มีการป้องกัน (C.I. 0.12 – 125.40) กลุ่มที่มีอายุ มากกว่า 45 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าเป็น 2.24 เท่า (C.I 0.14 – 35.80) ผู้ที่มีเชื้อชาติอื่นมีความเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรีย 4.18 เท่าของผู้ที่มีเชื้อชาติไทย (C.I 0.08 – 197.43) และในด้านอาชีพพบว่า ผู้ทำงานในสวนผลไม้มีความเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรียเป็น 2.04 เท่าของกลุ่มที่ทำงานในสวนยางพารา (C.I 0.11 – 39.44)

นฤมล อินทิตรา และคณะ(2548) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน ในอำเภอนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่ทำสวน การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลได้จากอาสาสมัครสาธารณสุข มากที่สุด ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียอยู่ใน

ระดับดี ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคมาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคมาลาเรียได้แก่ เพศและรายได้ ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคมาลาเรีย

บุษบง เจาทานนท์ และคณะ (2550) ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร โดยการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาถึงการรับรู้ของเกษตรกรในเรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเป็นไข้มาลาเรีย ผลดีในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรีย พฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรีย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรีย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับความรู้ ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยไข้มาลาเรีย และการรับรู้เรื่องมาลาเรีย ในเกษตรกรอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 180 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (บ้านนาหวาย) และกลุ่มควบคุม (บ้านทุ่งข้าวพวง) กลุ่มละ 90 ราย โดยใช้สอบถามและแบบสัมภาษณ์ทั้งก่อน การทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน โดยศึกษาตามขั้นตอนการตลาดเชิงสังคมได้ข้อมูลนำมาวางแผนสร้างเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาประสิทธิผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Student's t-test Paired t-test และ Pearson's Product Moment Correlation ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทางด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรีย คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรีย และการรับรู้ต่อผลดีในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยด้วยไข้มาลาเรีย ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ สำหรับก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรีย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ภายหลังจากทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นไข้มาลาเรีย และการรับรู้ต่อผลดีในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรีย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นไข้มาลาเรียกับพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียของเกษตรกร และอายุ 25 เพศ ระดับ

ความรู้ ประสบการณ์การป่วยด้วยไข้มาลาเรีย การรับรู้เรื่องมาลาเรีย กับ การรับรู้ทางด้านสุขภาพรวมทุกหมวด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันข้อเสนอแนะ ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงในระดับท้องถิ่นให้เป็นรูปธรรม และควรศึกษาและกำหนดกลุ่มเป้าหมายก่อนนำขึ้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคม ประยุกต์ใช้ในการวางแผนและดำเนินการณรงค์เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและบรรลุการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

พชญา เอ่งบริบูรณ์พงศ์ และคณะ (2550) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียของแรงงานต่างด้าวในเขตแดนไทย-พม่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 14-30 และไม่ได้รับการศึกษา ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารได้แก่ ภาษาพม่า แรงงานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 29.6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทักษะคิดเรื่องการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย การสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันโรคมาลาเรียและความรู้เรื่องโรคมาลาเรียมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรม การป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุวรรณณี สิริเศรษฐภักดี และบุญยืน แสงงาม (2553) ทำการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาในจังหวัดสุรินทร์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ใช้แบบสอบถามซึ่งนำมาจากสำนักมาลาเรีย ความเชื่อมั่น ความรู้มีค่า 0.79 ทักษะมีค่า 0.75 และการปฏิบัติมีค่า 0.81 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 447 คน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2552 วิเคราะห์สถิติด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วยสถิติทดสอบ Chi-square test และ Spearman Rank Correlation ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.8 มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.7 มีทัศนคติที่ดีต่อโรคมาลาเรีย ร้อยละ 41.7 มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมาลาเรียอยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือ เพศ จำนวนคนในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียรายได้เฉลี่ยจากการประกอบอาชีพ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ($p = 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.002$ และ $p = 0.024$ ตามลำดับ) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย ($r = 0.573$, $p = 0.001$) ส่วนทัศนคติไม่พบว่ามีสัมพันธ์