

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน และควบคุมไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่าบ้านแม่สุริน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย
2. วิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย
3. บทบาทของอาสาสมัครมาลาเรีย อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย
5. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย

##### 1.1 ความหมายโรคไข้มาลาเรีย

โรคไข้มาลาเรีย หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อมาลาเรีย ผู้ป่วยมักมีอาการหนาวสั่น ปวดศีรษะ ไม่รู้สึกรู้สึกรวมคสติ หรือท้องเดิน (กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543)

##### 1.2 ชนิดของยุงพาหะ (กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543)

ยุงก้นปล่อง เป็นยุงในสกุล Anopheles มีบทบาทสำคัญด้านการเป็นพาหะนำเชื้อไข้มาลาเรียยุงก้นปล่อง (Anopheles) ที่เป็นพาหะนำเชื้อมาลาเรียในประเทศไทย พบว่ามี 10 ชนิดที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อ และแต่ละชนิดก็มีความสามารถในการแพร่เชื้อมาลาเรียได้ไม่เท่ากัน การจะตัดสินว่า ยุงก้นปล่องชนิดใดเป็นพาหะนำเชื้อไข้มาลาเรียได้นั้น จะต้องสามารถพิสูจน์ให้ได้ว่า ได้ผ่าพบเชื้อไข้มาลาเรียระยะสปอโรซอइट (Sporozoite) ในต่อมน้ำลายยุง และยุงก้นปล่องตัวเมียเท่านั้นที่กินเลือดคนและสัตว์ เพื่อนำเลือดนำไปเลี้ยงรังไข่ให้เจริญ ถ้าที่แห่งใดพบยุงตัวผู้เกาะพักอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากจะพบว่าแหล่งเพาะพันธุ์มักจะอยู่ไม่ไกลจากสถานที่นั้นเพราะยุงตัวผู้จะไปรดัก

ผสมพันธุ์กับยุงตัวเมียก่อนจะวางไข่ ยุงสามารถบินได้ประมาณ 1 ไมล์ และอาจจะไกลกว่าหากมีกระแสลมช่วย ยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะนำโรค แบ่งออกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามความสามารถในการแพร่เชื้อ มาลาเรีย ได้ดังนี้

**1.2.1 ยุงพาหะหลัก (Primary vector)** คือ ยุงที่สามารถนำเชื้อมาลาเรียได้ดีและมีบทบาทสำคัญในการแพร่โรคในท้องที่ป่าเขาทั่วประเทศ ยุงในกลุ่มนี้มี 3 ชนิด ได้แก่

1) *Anopheles dirus* พบได้ทั่วไปทุกภาค ในท้องที่ป่า ป่าเขา สวนยางพารา หรือสวนผลไม้ที่อยู่ติดกับป่า เพาะพันธุ์ตามแอ่งน้ำขังในป่า

2) *Anopheles minimus* พบได้ทั่วไปทุกภาคในท้องที่ป่าเชิงเขา เพาะพันธุ์ในลำธารน้ำไหล

3) *Anopheles maculatus* พบในท้องที่ป่าเชิงเขา เพาะพันธุ์ในลำธารน้ำไหล

**1.2.2 ยุงพาหะรอง (Secondary vector)** คือ ยุงที่สามารถนำเชื้อมาลาเรียได้แต่ไม่ดีเท่ากับยุงพาหะหลัก และมีบทบาทในการแพร่โรคน้อย ยุงในกลุ่มนี้มี 3 ชนิด ได้แก่

1) *Anopheles sundaicus* พบตามท้องที่ชายทะเลบางแห่งเท่านั้น เพาะพันธุ์ในน้ำกร่อย

2) *Anopheles aconitus* พบได้ทั่วไปโดยเฉพาะในท้องที่ป่าเขาและทุ่งนา

3) *Anopheles pseudowillmori* พบตามท้องที่ป่าเขา

### 1.3 ลักษณะยุงก้นปล่อง

ยุงก้นปล่อง ที่เป็นพาหะหลักของการนำเชื้อโรคมาลาเรียที่สำคัญ ได้แก่

**1.3.1 *Anopheles dirus*** ตัวเมีย ส่วนของปาก (proboscis) จะยาวเกือบเท่าระยะครึ่งปาก (maxillary palpi) และส่วนปลายอก (scutellum) จะโค้งเรียบไม่มี รอยหยักส่วนขาจะขาลายทั้ง 3 คู่ ข้อต่อระหว่างขาหลังตรงส่วน Tibia และ Tarsi จะมีปื้นขาวยาวมาก เห็นได้ชัดเจน

**1.3.2 *Anopheles minimus*** ลักษณะปาก ระยะเวลาปากและส่วนปลายของอกคล้าย *An.dirus* แต่ส่วนของปากและขาตัดตลอด *Anopheles Minimus* พบตามชายป่า ชอบวางไข่ในลำธารน้ำใส ไหลเอื่อยๆ ยุง *Anopheles* จะชอบออกไข่ในน้ำนิ่ง ดังนั้นวิธีหนึ่งที่เราจะช่วยกำจัดมาลาเรียคือ ทำลายแหล่งน้ำนิ่ง ทั้งในและนอกบ้านให้หมดสิ้น

**1.3.3 *Anopheles maculatus*** ลักษณะปาก ระยะเวลาปาก และส่วนปลายของอกคล้าย *An.dirus* แต่ลักษณะของขาจะลายทั้ง 3 คู่ ขาหลังจะมีปื้นขาวที่ส่วนปลาย

**1.3.4 *Anopheles sundaicus*** ลักษณะปาก ระยะเวลาปาก และส่วนปลายของอกคล้าย *An.dirus* แต่ลักษณะขาทุกขาจะมีจุดขาวเป็นกระไม่มีปื้นขาวเลย

## 1.4 วงจรชีวิตของยุงก้นปล่อง มี 4 ระยะคือ ตัวเต็มวัย ไข่ ลูกน้ำและตัวโม่ง

### 1.4.1 ตัวเต็มวัย

1) *palpi* ทั้งเพศผู้และเพศเมียยาวเท่ากับ *proboscis* โดยปลาย *palpi* ของเพศผู้โป่งออก มีลักษณะคล้ายกระบอง (club-shaped)

2) *Scutellum* โค้งมนเป็นรูปครึ่งวงกลมไม่หยักเป็นก้าน

3) ขายาวเรียวยาวเล็กไม่มีขนแข็งและ *pul villi*

4) ส่วนท้องไม่มีเกล็ด *sternite* ซึ่งเป็นส่วนท้องด้านล่างเป็นบริเวณเรียบ

5) ปีกมีเกล็ดขนขึ้นหนาเป็นลวดลาย ขาว - ดำ และขอบปีกมีขนเล็กๆ อยู่รอบ (*Fringe of hair*) กันลอยให้เห็นเป็นรูปต่างๆ ยุงก้นปล่องตัวเมียจะวางไข่บนผิวน้ำ โดยลอยตัวบนผิวน้ำหรือปล่อยทิ้งไข่ลงในน้ำที่ละใบขณะบินเรื่อยๆ บนผิวน้ำ เคยมีผู้ศึกษาการวางไข่ของยุงก้นปล่องบางชนิดพบว่าสามารถวางไข่ได้ครั้งละประมาณ 150-200 ฟอง และวางไข่ได้อย่างน้อย 3 ครั้งตลอดชีวิต ดังนั้นตลอดชั่วอายุของยุงอาจวางไข่ได้ถึงหนึ่งพันฟอง ไข่ยุงที่ถูกวางใหม่ๆ จะมีสีขาว แล้วค่อยเปลี่ยนเป็นสีดำ เนื่องจากตัวอ่อนในไข่เริ่มมีการเจริญเติบโต

1.4.2 **ลูกน้ำ** ลูกน้ำไม่มีท่อหายใจ แต่มีขน *palmate hair* ช่วยพยุงตัวลอยขนานกับผิวน้ำ

1.4.3 **ตัวโม่ง** ส่วนตัวโม่งมี *trumpet* สั้น และส่วนปลายของท่อหายใจกว้าง บานออกมาก

ยุงมีปากที่เป็นท่อแหลมสำหรับดูดเลือดจากคน เพื่อเอาโปรตีนไปสร้างไข่ยุงตัวเมียมักออกหาเหยื่อเวลากลางคืน โดยใช้ปากที่มีลักษณะเป็นท่อเจาะผิวหนังเพื่อดูดกินเลือด กระบวนการนี้ ตามปรกติจะดำเนินไปโดยเหยื่อไม่รู้ตัว เนื่องจากยุงจะปล่อยน้ำลายออกมาเพื่อทำหน้าที่เป็นยาชา ทำให้คนถูกกัดไม่รู้สึกรู้เจ็บ ซึ่งน้ำลายนี้เองที่มีเชื้อมาลาเรียโดยยุงได้เขี่ยนี้จากคนที่มันไปกัดมาก่อน

1.5 **ชีววิทยาและแหล่งเพาะพันธุ์ยุง** (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค, 2550)

1.5.1 ***Anopheles dirus*** เป็นยุงพาหะที่มีประสิทธิภาพสูงในการแพร่เชื้อทั้ง *Plasmodium falciparum* และ *Plasmodium vivax* ในประเทศไทย แหล่งเพาะพันธุ์จะเป็นแหล่งน้ำขังที่มีร่มเงาตามท้องที่ ป่า เขาสวนยางท้องที่ขุดพลอยในจังหวัดจันทบุรี ตราด สวนผลไม้ในภาคตะวันออกและภาคใต้แม้แต่คอกสุเทพซึ่งเป็นพื้นที่สูงกว่าระดับน้ำทะเลถึง 4,500 ฟุต ก็พบได้ รวมทั้งจังหวัดอื่นๆ เช่น จังหวัดตาก พิชญ์โลก ลำปาง ยุงชนิดนี้มีขนาดใหญ่ มีนิสัยชอบกัดกินเลือดคน (*Anthropophilic*) และชอบเกาะพักนอกบ้าน (*Exopophilic*) กลางวันมักเกาะพักตามพุ่มไม้เตี้ยโพรง

ไม้ที่มีดและที่มีความชื้นสูงใกล้กับแหล่งเพาะพันธุ์ เวลาพลบค่ำบินเข้าใกล้ที่อยู่อาศัยและเข้ากัดกินเลือดเวลา 22.00-23.00 น. ในธรรมชาติพบ sporozoite ในต่อมน้ำลายสูงถึง 8.7% มีความชุกมากในฤดูฝน

**1.5.2 *Anopheles minimus*** มีถิ่นที่อยู่ตามท้องที่ป่าเขาและเชิงเขา แหล่งเพาะพันธุ์ตามลำธารหรือลำห้วยที่น้ำไหลช้าๆ บริเวณน้ำซับหรือน้ำซึม ชุกชุมมากตอนต้นฤดูฝนระหว่างกันยายน - พฤศจิกายน ชอบกัดคนในบ้านและเกาะพักในบ้าน ในฤดูหนาวเดือนพฤศจิกายน - กุมภาพันธ์ เข้ากัดคนเวลา 18.00 - 19.00 น. แต่ฤดูฝนและฤดูร้อนชอบกัดเวลา 21.00 - 22.00 น. สามารถพบได้เกือบทุกจังหวัดที่มีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรีย เป็นยุงพาหะที่มีความสำคัญมากที่สุดในปัจจุบันนี้

**1.5.3 *Anopheles maculatus*** มีถิ่นที่อยู่ตามท้องที่ป่าเขาและเชิงเขาเช่นกัน เป็นยุงที่มีบทบาทสำคัญในการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียในภาคใต้ มีแหล่งเพาะพันธุ์ตามลำห้วย ลำธารและแอ่งน้ำขังที่มีแสงแดดส่องถึง มีนิสัยชอบกินเลือดสัตว์ (Zoophilic) กัดคนนอกบ้านเวลา 18.00 - 21.00 น. บินไกลประมาณ 1.65 กิโลเมตร ชุกชุมสูงฤดูฝนในท้องที่ภาคอื่นๆ

**1.5.4 *Anopheles sundaicus*** พบในท้องที่ชายทะเลบางแห่งเท่านั้น เช่น จังหวัดพังงา ธรรมชาติมีแหล่งเพาะพันธุ์ในน้ำกร่อย

## 1.6 การติดต่อ (กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543)

**1.6.1 ติดต่อโดยถูกยุงก้นปล่องที่มีเชื้อมาลาเรียในต่อมน้ำลายกัด** ซึ่งเป็นวิธีธรรมชาติที่พบได้มากที่สุด

**1.6.2 ติดต่อจากมารดา** ซึ่งมีเชื้อมาลาเรียในร่างกายและถ่ายทอดทางรกไปสู่ทารกในครรภ์ วิธีนี้พบได้น้อยมาก แต่พบได้ในท้องที่ที่มีมาลาเรียชุกชุม กรณีเช่นนี้จะพบระยะฟักตัวสั้นกว่าการถูกยุงกัดทารกและมารดาจะมีเชื้อมาลาเรียชนิดเดียวกัน

**1.6.3 ติดต่อโดยวิธีการให้โลหิต** จะพบในรายที่ผู้บริจาคโลหิตมีความหนาแน่นของเชื้อมาลาเรียในกระแสโลหิตต่ำและไม่มีอาการ ซึ่งหากไม่ได้ทำการตรวจโลหิตหาเชื้อมาลาเรียก่อนผู้ที่รับการให้โลหิตจะป่วยเป็นมาลาเรียได้

## 1.7 อาการวิทยาของไข้มาลาเรีย

อาการและอาการแสดงของไข้มาลาเรียไม่มีลักษณะพิเศษบ่งเฉพาะ โดยมากจะมีอาการนำคล้ายกับไข้หวัด คือ มีไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะ ปวดตามตัวและกล้ามเนื้ออาจมีอาการคลื่นไส้เบื่ออาหารได้ อาการจะเป็นเพียงระยะสั้นเป็นวันหรือหลายวันก็ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาฟักตัวของเชื้อชนิดของเชื้อ จำนวนของสปอโรซอइट์ที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไป ภาวะภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อมาลาเรียของผู้ป่วย ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันมาลาเรียมาก่อนหรือได้รับยารักษามาลาเรียมาบ้างแล้วอาการจับไข้ซึ่งเป็นอาการที่เด่นชัดของมาลาเรียประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

**1.7.1 ระยะเวลาหัวสั้น** ผู้ป่วยจะมีอาการหนาวสั่น ปากและตัวสั้น ซีด ผิวหนังแห้ง หยาบเหมือนหนังห่าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15- 60 นาที ระยะนี้จะตรงกับการแตกของเม็ดเลือดแดง ที่มีเชื้อมาลาเรีย

**1.7.2 ระยะร้อน** ผู้ป่วยจะมีไข้สูงอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย หน้าแดง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-6 ชั่วโมง

**1.7.3 ระยะเหงื่อออก** ผู้ป่วยจะมีเหงื่อออกจนชุ่มที่นอนหลังจากระยะเหงื่อออก จะมีอาการอ่อนเพลียและไข้ลดลง (จันทรา เหล่าถาวร และศรชัย หล่อริย์สุวรรณ, 2540) ปัจจุบันจะพบลักษณะทั้ง 3 ระยะ ได้น้อยมาก ผู้ป่วยจะมีไข้สูงตลอดเวลา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นไข้มาลาเรีย ครั้งแรก เนื่องจากในระยะแรกๆ ของการติดเชื้อมาลาเรียเชื้ออาจจะเจริญถึงระยะแก่ไม่พร้อมกันซึ่ง อาจจะเป็นผลมาจากได้รับเชื้อในเวลาที่แตกต่างกันเม็ดเลือดแดงแตกไม่พร้อมกันเมื่อเชื้อมาลาเรีย เจริญในเม็ดเลือดแดงไม่พร้อมกันทำให้เกิดมีเชื้อหลายระยะ การแตกของเม็ดเลือดแดงจึงไม่พร้อมกันผู้ป่วยมาลาเรียในระยะแรกอาจมีไข้สูงตลอดวันได้แต่เมื่อผ่านไประยะหนึ่งแล้วการแตกของ เม็ดเลือดแดงพร้อมกันจะเห็นผู้ป่วยมีการจับไข้หนาวสั่นเป็นเวลาแยกได้ชัดเจนตามชนิดของเชื้อมาลาเรีย เชื้อไวแวกซ์ฟัลซิพารัม และ โอวัลต์ ใช้เวลาในการแบ่งตัว 48 ชั่วโมงจึงทำให้เกิดไข้ทุกวันที่ 3 ส่วน มาลาเรีย ใช้เวลาในการแบ่งตัว 72 ชั่วโมงอาการไข้จึงเกิดทุกวันที่ 4

## 1.8 การดำเนินโรค (กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543)

**1.8.1 ฟัลซิพารัมมาลาเรีย** ในบรรดามาลาเรียทั้ง 4 ชนิดในคน ฟัลซิพารัมมาลาเรีย เป็นชนิดที่รุนแรงและเป็นอันตรายมากที่สุด ดังนั้นจึงมีชื่อว่า “Malignant Malaria” ถ้าหากคนได้รับ เชื้อนี้เข้าไปและไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นเป็นมาลาเรียขึ้นสมองได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อมาลาเรีย ผู้ป่วยมาลาเรียขึ้นสมองโดยมากมีการชักนำมาก่อนมีภาวะ ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยเหล่านี้ถ้าได้รับการรักษาและหายจากโรคแล้วมักจะหายเป็นปกติโดยไม่มีอาการอื่น หลงเหลือเลย ผู้ป่วยฟัลซิพารัมมาลาเรียจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้บ่อย เช่น เกิดภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ และเกิดภาวะความเป็นกรดเกิน (metabolic acidosis) และเสียชีวิตจากปอดบวม น้ำหรือ ไตวายได้ ผู้ป่วยฟัลซิพารัมมาลาเรียในระยะแรกของโรคจะมีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้หรือ อาเจียน ปวดท้องหรือท้องเดินได้ ซึ่งไม่เป็นลักษณะจำเพาะของมาลาเรีย จะพบอาการเหล่านี้ในโรค อื่นได้เช่นกันบางคนอาจมีไอหรือลักษณะคล้ายไข้หวัดได้ใน 4-5 วันแรกของโรค ไข้จะสูงลอย ตลอดเวลาเนื่องจากการแตกของเม็ดเลือดแดงแต่ละชุดไม่พร้อมกัน แต่หลังจากเชื้อมาลาเรียเจริญ อยู่ในระยะเดียวกันแล้วเม็ดเลือดแดงจะแตกพร้อมกันทุก 48 ชั่วโมง จึงให้ชื่อว่า tertian malaria ผู้ป่วย จะซิดและเหลืองได้เนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตกดับและม้ามมักโต

**1.8.2 ไวกเวกซ์มาลาเรีย** ผู้ป่วยที่เป็นไวกเวกซ์มาลาเรียมักจะไม่มีเสียชีวิตจึงมีชื่อว่า “benign 16aculat malaria” แต่ผู้ป่วยจะเป็นโรคซ้ำอีก (relapse) ซึ่งเกิดจากอิมโนซอยต์ในตับ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไวกเวกซ์มาลาเรียอาจเสียชีวิตได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ เด็กขาดสารอาหาร เช่น ในแถบแอฟริกา หรือเกิดม้ามแตกได้อาการของผู้ป่วยไวกเวกซ์มาลาเรียจะมีลักษณะคล้ายกับฟัลซิพารัมมาลาเรียแต่จะพบหนาวสั่นได้บ่อยกว่าและขณะเกิดหนาวสั่นผู้ป่วยมักมีอาการปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อมาก ในแถบแอฟริกาจะพบการติดเชื้อไวรัสเป็น herpes labialis ได้บ่อยแต่แถบเอเชียพบได้น้อยไวกเวกซ์มาลาเรียต่างสายพันธุ์ จะให้ความรุนแรงของโรคต่างกัน เช่น ชนิดที่พบในประเทศจีน Plasmodium vivaxmultinucleatum มีรายงานว่าทำให้เกิดมาลาเรียขึ้นสมองได้ ผู้ป่วยที่เป็นไวกเวกซ์มาลาเรียถ้าไม่ได้รับการรักษา อาการไข้จะค่อยๆ ทุเลาและหายได้แต่จะเป็นซ้ำได้อีกภายใน 2 ปี นานที่สุด 8 ปี เข้าใจว่าไวกเวกซ์มาลาเรียที่อยู่ในเขตร้อนและเขตอบอุ่นเป็นคนละสายพันธุ์กัน ไวกเวกซ์มาลาเรียที่อยู่ในเขตร้อนจะเกิดอาการเป็นโรคมมาลาเรียได้เร็วและพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ได้ในเวลาอันสั้นหลังจากเป็นมาลาเรียแล้วประมาณ 3-6 เดือนเท่านั้น ส่วนไวกเวกซ์ชนิดที่พบในประเทศกึ่งเขตร้อน (subtropics) อาการเป็นมาลาเรียอาจใช้เวลานาน และการเป็นซ้ำอีก (relapse) ก็ใช้เวลานานเช่นกัน เช่น ไวกเวกซ์มาลาเรีย ที่อยู่ในรัสเซีย สายพันธุ์ Plasmodium vivaxhibernans จะเป็นมาลาเรียภายหลังที่ได้รับเชื้อ 8-9 เดือนไปแล้ว ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากสปีโรซอยต์ที่แตกต่างกันหรือเกิดจากความแตกต่างของอุณหภูมิในปัจจุบันนี้ยังไม่ทราบสาเหตุว่าอะไรที่กระตุ้นอิมโนซอยต์ ทำให้เกิดเชื้อกลับเป็นใหม่อีกครั้ง

**1.8.3 โอวัลต์มาลาเรีย** อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อชนิดโอวัลต์จะมีลักษณะคล้ายกับไวกเวกซ์มาลาเรีย แต่ผู้ป่วยที่เป็นโอวัลต์มาลาเรียจะมีอาการน้อยกว่า และมีเชื้อกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าไวกเวกซ์มาลาเรีย ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาการไข้จะทุเลาและหายได้เองแต่เป็นซ้ำได้อีกภายใน 1 ปี นานที่สุด 5 ปี

**1.8.4 มอลาริโอมาลาเรีย** มอลาริโอมาลาเรียจะทำให้เกิดมีไข้หนาวสั่นวัน 3 วันวัน โดยมียาวัน 1 แล้วสบายอยู่ 3 วันวันที่ 4 จึงมีไข้จึงเรียกว่า “quartan malaria” ผู้ป่วยมักไม่มีอาการรุนแรงและกว่าจะเกิดอาการไข้อาจใช้เวลานานเป็นปี เชื้อมอลาริโอมาลาเรียอยู่ในคนได้เป็นเวลานานหลายปี ที่มีรายงานนานถึง 53 ปี ซึ่งทำให้มีปัญหาการติดเชื้อผสม (mixed infections) การติดเชื้อมาลาเรีย 2 ชนิดพร้อมกันพบได้น้อย แต่พอจะพบได้บ้างในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อ (endemic area) โดยปกติแล้วมักจะวินิจฉัยไม่ได้หรือวินิจฉัยผิด เนื่องจากจะเห็นมาลาเรียชนิดหนึ่งมีจำนวนมากกว่า ทำให้วินิจฉัยว่าเป็นมาลาเรียชนิดเดียวเท่านั้น การติดเชื้อผสมที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ฟัลซิพารัมมาลาเรียร่วมกับไวกเวกซ์มาลาเรียซึ่งพบในแถบกึ่งเขตร้อน และฟัลซิพารัมกับมอลาริโอ หรือฟัลซิพารัมกับโอวัลต์มาลาเรีย ซึ่งพบได้ในประเทศแอฟริกา ในประเทศไทยรายงานจากการตรวจเลือดผู้ป่วย

ทั่วประเทศพบการติดเชื้อผสมของเชื้อฟัลซิพารัมกับไวแวกซ์มาลาเรีย ในระยะแรกพบได้น้อยเพียงอัตราร้อยละ 0.5 เท่านั้น แต่รายงานจากโรงพยาบาลที่มีการติดตามผู้ป่วยฟัลซิพารัมภายหลังการรักษานานถึง 2 เดือน จะพบว่าเมื่ออัตราการเป็นไวแวกซ์มาลาเรียเกิดขึ้นสูงถึงร้อยละ 33 แสดงว่าในระยะแรกอัตราการได้รับเชื้อมาลาเรียผสม 2 ชนิดบ่อยจริง แต่อาจตรวจไม่พบหรือตรวจแยกชนิดของมาลาเรียได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษามาลาเรียชนิดเดียวคือ ฟัลซิพารัมแต่ภายหลังเป็นมาลาเรียชนิดไวแวกซ์ ตามมาในอัตราที่สูง อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการติดเชื้อผสมขึ้นอยู่กับชนิดของมาลาเรียดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

### 1.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไข้มมาลาเรีย

เพศ พบว่า โรคมาลาเรียพบได้ทุกเพศทุกวัย ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากชายมีอาชีพที่ต้องเสี่ยงมากกว่าหญิง สัดส่วนการพบเชื้อเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2:1 (กรองทอง ทิมามสาร, อ่างใน จันทรา เหล่าถาวร และศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, 2540)

อายุ พบว่า กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ เพศชายอายุ 15-24 ปี รองลงมาคือ 25-34 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน (กรองทอง ทิมามสาร, อ่างใน จันทรา เหล่าถาวร และศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, 2540)

อาชีพ พบว่าอาชีพที่พบผู้ป่วยมากขึ้นอยู่กับพื้นที่ในแต่ละภูมิภาค ซึ่งจะมีลักษณะพื้นที่และการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน เช่น บริเวณภาคใต้พบอาชีพกรีดยาง สวนกาแฟ ในขณะที่ภาคเหนือ ได้แก่ อาชีพปลูกป่า เก็บของป่า ตัดไม้ ส่วนภาคตะวันออก ได้แก่ อาชีพ ขุดพลอย ทำสวนผลไม้ สวนยาง (กรองทอง ทิมามสาร, อ่างใน จันทรา เหล่าถาวร และศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, 2540)

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มมาลาเรีย ได้แก่ การไม่นอนในมุ้ง การไม่ใช้ยากันยุง การไม่ยอมรับการพ่นสารเคมี การเข้าป่าก่อนป่วยเป็นไข้มมาลาเรีย (ประยูทธ สุดาทิพย์, 2541)

การนอนในมุ้ง พบว่าการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการป่วยเป็นไข้มมาลาเรียชนิดพลาสโมเดียมฟัลซิพารัม (*Plasmodium falciparum*) เข้าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ณ มาลาเรียคลินิก จังหวัดกาญจนบุรี เกี่ยวกับพฤติกรรม

การปฏิบัติตน พบว่า การเข้าไปพักในป่าภายใน 14 วัน ก่อนป่วยเป็นไข้มมาลาเรียในกลุ่มผู้ป่วยซ้ำ ร้อยละ 78.1 มีพฤติกรรมไม่นอนในมุ้งขณะค้างคืนในป่า และร้อยละ 95.3 ไม่ทายากันยุงขณะพักแรม โดยกลุ่มที่ไม่นอนในมุ้งทุกคืนขณะพักค้างคืนในป่าเสี่ยงต่อการเป็นไข้มมาลาเรียชนิด พลาสโมเดียมฟัลซิพารัม (*Plasmodium falciparum*) เข้า 1.72 เท่าของกลุ่มที่นอนกางมุ้งทุกคืน (ประยูทธ สุดาทิพย์, 2541)

การเคลื่อนย้ายประชากร ผลของการสู้รบบริเวณชายแดนทำให้มีการอพยพเข้ามาในประเทศไทยและในปัจจุบันมีการขายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีพื้นที่ติดต่อประเทศไทย ได้แก่ พม่า กัมพูชา ประกอบกันคณะรัฐมนตรีได้ผ่อนผันแรงงานต่างชาติ ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา เข้ามาทำงานในประเทศไทยได้แต่ก็มีผู้ที่หลบเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย จำนวนหนึ่ง (วารสารมาลาเรีย ,ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม การเคลื่อนย้ายประชากร โรคไข้มาลาเรีย, 2543)

## 2. วิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2555)

การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย หมายถึง มาตรการในการสกัดกั้น ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อมาลาเรีย ได้แก่ 1. มาตรการต่อคนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย 2. มาตรการต่อยุงในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย 3. มาตรการต่อเชื้อในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

### 2.1 มาตรการต่อคนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

เป็นมาตรการที่ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ป้องกันไข้มาลาเรีย การมีส่วนร่วมของชุมชนประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรีย ในชุมชน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การสุศึกษา การรณรงค์

#### 2.1.1 การประชาสัมพันธ์

การประชาสัมพันธ์เป็นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงานเป็นการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจและสร้างศรัทธาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเองร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียการประชาสัมพันธ์ใช้ช่องทางผ่านสื่อหลากหลาย เช่น สื่อมวลชน มุ่งเน้นสื่อที่สามารถครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายได้กว้าง เช่น วิทยุโทรทัศน์ เสียงตามสาย เคเบิลทีวี หนังสือพิมพ์หรือสิ่งพิมพ์หรือกระจายข่าว เป็นช่องทางสื่อที่มีอยู่ในชุมชนแล้ว ใช้เป็นแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนโปสเตอร์ เอกสารและสิ่งพิมพ์ เป็นการถ่ายทอดความรู้ ไปสู่บุคคลกลุ่มคนหรือชุมชน และเป็นแหล่งความรู้ของประชาชนมีโอกาสได้เห็นได้อ่านอยู่เป็นประจำ อันจะนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้จากคนหนึ่งไปสู่คนอื่นๆ ในชุมชน

### 2.1.2 การให้สุศึกษา

การให้สุศึกษาเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีกิจกรรมดำเนินการอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษาพยาบาลสิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจมีอิทธิพลสูงมากในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้มีการเรียนรู้และตระหนักถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

การให้สุศึกษาในหมู่บ้าน เพื่อให้ความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจแก่ประชาชน และกลุ่มผู้นำในหมู่บ้านเกี่ยวกับสถานการณ์ไข้มาลาเรีย เพื่อให้พร้อมที่จะร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย เช่นชี้แจงประชาชนให้เห็นความสำคัญของการฟันสารเคมี

การให้สุศึกษาในโรงเรียน เพื่อให้กลุ่มครูและนักเรียนมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียร่วมกับการประชุม/อบรมครู ในโรงเรียน ให้ทราบและมองเห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมกันแก้ไข และโรงเรียนสามารถจัดกิจกรรมที่นักเรียนมีส่วนร่วม เช่นการเลี้ยงปลา ปล่อยปลา ประกวดเรียงความ

การให้สุศึกษาในมาลาเรียคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบและมาเจาะโลหิตตามนัดป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อมาลาเรียในคราวต่อไปและเพื่อให้ผู้รับบริการรายอื่น มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันตนเองการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย

การให้สุให้ศึกษาในแหล่งท่องเที่ยวเพื่อให้นักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติรู้จักป้องกันตนเองไม่ติดเชื้อไข้มาลาเรียเมื่อเข้าไปในแหล่งท่องเที่ยว มีเอกสารแผ่นพับ และบัตรขนาดพกพาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เรื่องการป้องกันไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้ความรู้กับกลุ่มชนและบริษัทท่องเที่ยวหรือชมรมท่องเที่ยว และเน้นในเรื่องยากินป้องกันมาลาเรียว่าไม่สามารถป้องกันได้เต็มที่

การให้สุศึกษาในชนกลุ่มน้อย เพื่อเพิ่มความเข้มข้นในการให้ความรู้เกิดความเข้าใจ และทำความเข้าใจกับชุมชนกลุ่มน้อยในเรื่องไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้รู้จักป้องกันตนเองตามสภาพปัญหาของพื้นที่และให้เหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรม ประเพณี ของกลุ่มชนนั้นด้วย

### 2.1.3 การรณรงค์การควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

การรณรงค์ป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เป็นการดำเนินการหลายกิจกรรมพร้อมกันเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจไปสู่ประชาชนให้มองเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ประชาชนได้เห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนประชาชนกลุ่มผู้นำ

อาสาสมัครให้ตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านและพร้อมที่จะป้องกันตนเองและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย

#### 2.1.4 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

1) การจัดให้มีกิจกรรมควบคุมป้องกันโรค โดยประชาชนมีส่วนร่วม ในกิจกรรมอย่างเต็มที่จนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด โดยเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติได้สมเหตุผลทางวิชาการสังคมยอมรับและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมดำเนินการครอบคลุมประชาชนทุกคนและทุกครัวเรือนในชุมชนประชาชนจึงควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาไข้มาลาเรียในหมู่บ้านให้ลดน้อยหรือหมดไปจากหมู่บ้าน เช่น การร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ปล่อยปลาเป็นต้นจัดให้มีและพัฒนาอาสาสมัคร บทบาทหน้าที่ขออาสาสมัครมาลาเรีย (อมม.) คือ ให้บริการเจาะโลหิตส่งตรวจในรายที่สงสัยเป็นไข้มาลาเรียนำให้ความรู้และมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรียส่งต่อผู้ป่วยและแนะนำสถานบริการตรวจรักษาที่เหมาะสมส่งเสริมการป้องกันตนเองเพื่อส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้มีมุ้งใช้อย่างเพียงพอและรู้จักใช้มุ้งชุบสารเคมีเพื่อส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้รู้จักใช้ยาทากันยุงตลอดจนนำมุ้งและยาทากันไปใช้ในกรณีต้องเข้าไปพักผ่อนในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียเพื่อส่งเสริมประชาชนให้จัดทำมุ้งลวดหรือมุ้งในลอนป้องกันไม่ให้ยุงเข้ามากัดในบ้าน โดยอาจจัดให้มีมุ้งและยาทากันยุงจำหน่ายในหมู่บ้านเพื่อประชาชนหาซื้อได้สะดวก และราคาไม่แพงและแนะนำส่งเสริมประชาชนจัดทำมุ้งลวด

2) การเสริมสร้างศักยภาพหมู่บ้านพึ่งตนเองในการป้องกันไข้มาลาเรีย (หมู่บ้าน พบม.) มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ (1) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการควบคุมยุงพาหะและป้องกันตนเอง (2) เพื่อแก้ปัญหาไข้มาลาเรียในพื้นที่ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปจากหมู่บ้านการจัดตั้งกองทุนจัดซื้อ-จัดขายมุ้งและยาทากันยุง หรือติดต่อ (3) ประสานงานกองทุนอื่นในหมู่บ้านให้มีการจัดซื้อ-ขายมุ้ง และยาทากันยุง

#### 2.1.5 การแบ่งท้องที่ในการปฏิบัติงาน (Area Stratification)

การแบ่งท้องที่ในการปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย เพื่อความเหมาะสมในการเลือกใช้มาตรการควบคุมโรค และให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าของการควบคุมโรคในแต่ละท้องที่แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) *ท้องที่ควบคุม (Control area) หรือท้องที่ CA* มีหน่วยวัดเป็นระดับหมู่บ้านหรือระดับกลุ่มบ้าน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

2) *ท้องที่ควบคุมที่มีการแพร่เชื้อ (Transmission area) หรือท้องที่ A* ได้แก่

(1) *ท้องที่แพร่เชื้อตลอดปี (Perennial transmission area) หรือท้องที่ A1* ซึ่งเป็นหมู่บ้าน หรือกลุ่มบ้านที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในท้องที่นั้นตลอดทั้งปี โดยใช้เกณฑ์การติดเชื้อในท้องที่ ตั้งแต่ 6 เดือนต่อปีขึ้นไป

(2) *ท้องที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล (Periodic transmission area) หรือท้องที่ A2* ซึ่งเป็นหมู่บ้าน หรือกลุ่มบ้านที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในท้องที่นั้นเฉพาะบางเดือน รวมแล้วน้อยกว่า 6 เดือนต่อปี ตลอดระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา

3) *ท้องที่ควบคุมไม่มีการแพร่เชื้อ (Non – transmission area) หรือท้องที่ B* ได้แก่

(1) *ท้องที่ไม่มีการแพร่เชื้อ-เสี่ยงสูง (High risk area) หรือท้องที่ B1* เป็นหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านที่ไม่มีการแพร่เชื้อในท้องที่ อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป และสำรวจพบยุงพาหะตัวเต็มวัยหรือลูกน้ำ หรือมีสภาพภูมิประเทศเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะหลักหรือพาหะรอง

(2) *ท้องที่ไม่มีการแพร่เชื้อ เสี่ยงต่ำ (Low risk area) หรือท้องที่ B2* เป็นหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านไม่มีการแพร่เชื้อในท้องที่ อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป และไม่พบยุงพาหะ หรือสภาพภูมิประเทศไม่เหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะหลักหรือพาหะรอง

4) *ท้องที่เตรียมการผสมผสานงาน (Pre-integration area) หรือท้องที่ PA* มีหน่วยวัดเป็นระดับอำเภอ โดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านในอำเภอนั้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อ-เสี่ยงต่ำ ที่เป็นท้องที่ B2 อย่างน้อย 3 ปี ติดต่อกัน ดำเนินงานให้ปลอดภัยในความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม

(1) การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อม เฉพาะสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน สำหรับอาสาสมัครไม่มีการเจาะเลือด

(2) การรักษา จ่ายยาขึ้นหายขาดแก่ผู้ป่วยทุกราย ส่วนยารักษาขั้นต้นจ่ายเฉพาะสถานีอนามัยที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์

(3) การติดตาม / สอบสวน ไม่มีการติดตามผู้ป่วย แต่สอบสวนผู้ติดเชื้อทุกราย เพื่อให้รู้ว่าไปติดเชื้อมาจากท้องที่ใด

(4) การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่สื่อตามความจำเป็นเท่านั้น

(5) ควบคุมยุงพาหะ ไม่มีความจำเป็นต้องควบคุม ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่ามีแหล่งแพร่เชื้อเกิดขึ้นใหม่ ทางหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงจะเข้าไปดำเนินการเอง

5) *ท้องที่ผสมผสานงาน (Integration area) หรือท้องที่ IA* มีหน่วยวัดเป็นระดับจังหวัด โดยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหมู่บ้านหรือกลุ่มบ้านในจังหวัดนั้นเป็นท้องที่ PA

อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป และจังหวัดสามารถดำเนินการเองได้เป็นอย่างดี ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กิจกรรมส่วนใหญ่เหมือนกับท้องที่ PA เว้นแต่การเจาะโลหิตที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเลือกทำเป็นบางพื้นที่และไม่มีการใช้ยารักษาขั้นตอนในท้องที่นี้

## 2.2 มาตรการต่อเชื้อมาลาเรีย

เป็นมาตรการที่ดำเนินการต่อเชื้อมาลาเรียเฉพาะในผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบำบัดรักษา ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อระยะติดต่อกันไปสู่บุคคลอื่น

### 2.2.1 การค้นหาผู้ป่วย

เป็นการค้นหาผู้ที่มีเชื้อมาลาเรียในกระแสโลหิตที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่โดยการเจาะโลหิตตรวจหาเชื้อมาลาเรีย เพื่อค้นหาแหล่งรังโรคให้การบำบัดรักษาและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตัดวงจรการแพร่โรคและการตรวจโลหิตติดตามสำหรับผู้ที่เคยพบเชื้อมาลาเรีย

1) การค้นหาผู้ป่วยทางตรง เป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่เดินทางเข้าไปเจาะโลหิตในหมู่บ้านซึ่งอาจดำเนินการอย่างสม่ำเสมอหรือเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจเมื่อมีไข้สูงผิดปกติหรือคาดว่าจะมีไข้สูงผิดปกติ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวิธีพิเศษ มาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่การเจาะโลหิตหมู่บ้าน การเจาะโลหิตขณะไปสอบประวัติผู้ป่วยการค้นหาผู้ป่วยวิธีพิเศษเป็นการเจาะโลหิตประชาชนกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านในลักษณะเยี่ยมทุกหลังคาเรือน และต้องนำฟิล์มโลหิตกลับมาตรวจยังสำนักงานเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เมื่อมีปัญหาภาวะไข้มาลาเรียสูงผิดปกติหรือเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะไข้สูงขึ้นมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ เป็นการเจาะโลหิตประชาชนในหมู่บ้านพร้อมอุปกรณ์สำหรับวินิจฉัยเชื้อมาลาเรีย ให้การบำบัดรักษาและสอบประวัติผู้ป่วยมาลาเรีย โดยไม่ต้องนำฟิล์มโลหิตกลับมาตรวจยังสำนักงานดำเนินการในกรณีที่ต้องการค้นหาและรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วการเจาะโลหิตหมู่บ้าน เป็นกิจกรรมหนึ่งของการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อเพื่อสอบสวนและประเมินสถานการณ์โรคและเป็นโอกาสค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียที่ไม่ได้ตรวจพบครั้งก่อนเพื่อให้การบำบัดรักษา การเจาะโลหิตขณะไปสอบประวัติผู้ป่วยเป็นการเจาะโลหิตผู้ที่เสี่ยงต่อการติดโรครอบๆ บ้านผู้ป่วยขณะไปสอบประวัติผู้ป่วยในหมู่บ้าน โดยมุ่งหวังผลพลอยได้ในการค้นหาผู้ป่วยให้ได้มากขึ้น

2) การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อม เป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับโดยประชาชนเป็นผู้มารับบริการตรวจรักษาที่สถานบริการต่างๆ ในลักษณะเจาะโลหิตตรวจรักษาทันที หรือเจาะโลหิตส่งตรวจและรักษาภายใน 7 วันตามสถานบริการต่างๆ เช่น มาลาเรียคลินิก หรือมาลาเรียคลินิกชุมชนเป็นสถานบริการเจาะโลหิตตรวจรักษาทันทีละในบางแห่งให้บริการนอกเวลาราชการด้วย ซึ่งขึ้นกับศักยภาพของแต่ละแห่งโรงพยาบาล เป็นสถานบริการเจาะโลหิต ตรวจรักษาทันทีโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพประจำตำบลเป็นสถานบริการเจาะโลหิต ตรวจรักษาทันที หรือเจาะโลหิตส่งตรวจและรักษา ภายใน 7 วันอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการเจาะโลหิตส่งตรวจเพื่อบำบัดรักษาภายใน 7 วันและแนะนำ สถานที่ตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยให้คำแนะนำในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียแก่ประชาชนและชุมชน ตลอดจนสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครมี 2 ประเภท คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครมาลาเรียประจำหมู่บ้าน (อมม.)

### 2.2.2 การติดตามผลการรักษาผู้ป่วย

คือ การติดตามเจาะโลหิตผู้ป่วยเพื่อตรวจซ้ำในระยะ 1-3 เดือน เพื่อติดตาม ผลการรักษา หลังจากผู้ป่วยได้รับยารักษาจนหายขาดแล้วเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรายนั้นหายขาดจาก โรคมมาลาเรียรายที่ตรวจพบเชื้อซ้ำอีกจะได้รับการรักษาซ้ำเพื่อมิให้กลับป่วยขึ้นอีกและไม่ให้แพร่โรค ไปสู่ผู้อื่นชนิดและการจ่ายยาให้ดูในคู่มือการรักษา มาลาเรียฉบับปัจจุบันดำเนินการโดยนักผู้ป่วย พบเชื้อทุกรายมารับการเจาะโลหิตซ้ำที่ มาลาเรียคลินิกหรือสถานบริการอื่นๆ หากผู้ป่วยไม่มาให้ไป ติดตามเจาะโลหิตที่บ้านผู้ป่วย

### 2.2.3 การสอบประวัติผู้ป่วย

หมายถึง การสอบถามผู้ป่วยที่พบเชื้อมาลาเรียทุกรายเกี่ยวกับประวัติการ เจ็บป่วยและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์มรายงาน เพื่อทราบสาเหตุและชนิดของการติดเชื้อ เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมโรคต่อไป

## 2.3 มาตรการต่อยุงพาหะ

มาตรการควบคุมยุงพาหะนำไข้มาลาเรียมีการควบคุม ทั้งยุงพาหะตัวเต็มวัยและ ลูกน้ำยุงพาหะ โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 3 ประการ คือ เพื่อลดความหนาแน่นของยุง พาหะ เพื่อลดอายุขัยของยุงพาหะและเพื่อลดการสัมผัสระหว่างคนและยุงพาหะกิจกรรมในการ ควบคุมยุงพาหะพิจารณาตามความเหมาะสมทางด้านระบาดวิทยา กีฏวิทยาประชากร สภาพทาง เศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ที่มีกิจกรรมหลายลักษณะที่ใช้ดำเนินการ ได้แก่

### 2.3.1 การพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง

เป็นการพ่นเคมีให้มีฤทธิ์ตกค้างบนพื้นผิว อาคาร บ้านเรือน กระท่อมเพิง ที่พักอาศัย เฉพาะพื้นผิวที่ยุงพาหะในพื้นที่ชอบเกาะพักเป็นมาตรการสำคัญที่ใช้ควบคุมยุงพาหะ ของห้องที่มีการแพร่เชื้อสูงหรือห้องที่อาจจะมีเกิดการตายด้วยมาลาเรียได้โดยพ่นเคมีก่อนฤดูการ แพร่เชื้อหนึ่งเดือนและพ่นทันทีสำหรับห้องที่ซึ่งไม่มีการแพร่เชื้อที่พบว่ากลับมีการแพร่เชื้ออีก สารเคมีที่ใช้คือ เดลตามาทริน 5% wdp. พ่นบนพื้นผิวภายในอาคารบ้านเรือนให้มีสารออกฤทธิ์ติด พื้นผิวขนาด 20 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร ปีละ 1 หรือ 2 รอบ

### 2.3.2 การใช้มุ้งซุบสารเคมี

มุ้งที่ซุบสารเคมีใช้สำหรับการควบคุมยุงพาหะระยะตัวเต็มวัยมักดำเนินการในกลุ่มบ้านหรือหมู่บ้านที่สำรวจแล้วพบว่ามีการใช้มุ้ง 70% ของหลังคาเรือนขึ้นไป หรือเป็นห้องที่มีประชาชนใช้มุ้งอัตราส่วนไม่เกิน 3 คนต่อมุ้ง 1 หลัง สารเคมีที่ใช้ซุบมุ้ง คือ เพอร์เมทริน 10% ชนิดน้ำมันใช้ซุบมุ้งให้มีสารออกฤทธิ์ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อตารางเมตรระยะเวลาที่ทำการซุบมุ้งต้องทำให้เสร็จก่อนฤดูกลางแพร่เชื้อไม่เกิน 1 เดือนดำเนินการ 1-2 รอบต่อปี เช่นเดียวกับการพ่นบ้าน

### 2.3.3 การพ่นหมอกควัน

เป็นการใช้เครื่องพ่นสารเคมีชนิดเป็นฝอยละอองผ่านความร้อนออกมาเป็นควันเมื่อถูกกับยุงพาหะทำให้ตายทันที ดำเนินการในห้องที่ที่มีการแพร่เชื้อและพบว่ามียุงพาหะหลักซึ่งมีชีวนิสัยกัดคนในบ้าน เป็นห้องที่ชุมชนหนาแน่นประชาชนยอมรับการพ่นหมอกควันหรือถ้ามีการพบผู้ป่วยมาลาเรียมากผิดปกติหรือถ้ามีการระบาดของไข้มาลาเรียในห้องที่ไม่มีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียแล้วจะพ่นหมอกควัน 4-6 ครั้งต่อแห่ง ระยะเวลาแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ โดยมักพ่นหมอกควันในระยะเวลาที่ยุงพาหะออกหากิน เช่น พลับคำสารเคมีที่ใช้พ่นหมอกควัน คือ สารเคมีกลุ่มไพริทรอยด์ เช่น เดลตามาทริน 0.5 % ชนิดน้ำมัน

### 2.3.4 การควบคุมทางชีววิธี

หมายถึง การนำสิ่งมีชีวิตมาใช้ควบคุมยุงพาหะ โดยเฉพาะในระยะที่เป็นลูกน้ำโดยใช้ปลาหางนกยูง ปลาแกมบุเซีย และปลาหัวตะกั่วปล่อยในแหล่งน้ำที่พบหรือสงสัยว่าจะมีการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ (ยกเว้นแหล่งน้ำของยุง An. dirusซึ่งมักค้นหาไม่พบ) และปล่อยในฤดูกาลที่มีแหล่งน้ำเหมาะสมซึ่งปลาสามารถมีชีวิตอยู่ และขยายพันธุ์ได้การใช้ปลากินลูกน้ำให้ปล่อยปลาซ้ำที่เดิมแห่งละ 3-4 ครั้งๆ ละประมาณ 100-200 ตัว แต่ละครั้งปล่อยปลาห่างกันประมาณ 1 เดือน

### 2.3.5 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Environmental management)

การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมยุงพาหะมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันมิให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะหรือลดปริมาณของยุงพาหะลง ซึ่งจะมีผลถึงการลดการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ลงด้วย มีแบบเปลี่ยนแปลงที่ถาวร ได้แก่ การระบายน้ำ การกลบถมแหล่งเพาะพันธุ์การปรับสภาพและระดับผิวดิน และการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว เช่น การเปลี่ยนความเป็นกรดด่างของน้ำ การระบายน้ำ การปรับระดับน้ำการผันกระแสน้ำ เป็นต้น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมต้องลงทุนค่อนข้างสูงและต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนและ/หรือองค์กรในท้องถิ่นนั้นให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นอย่างดีเพราะต้องมีการซ่อมบำรุงและดูแลอย่างใกล้ชิด

### 2.3.6 การใช้สารฆ่าลูกน้ำ

เป็นการใช้สารเคมีหรือใช้จุลินทรีย์บางชนิดใส่ในแหล่งน้ำแล้วสามารถฆ่าลูกน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะได้ทั้งนี้ประชาชนต้องไม่ใช้น้ำจากแหล่งน้ำนั้นเพื่อการบริโภคและอุปโภคในชีวิตประจำวัน สารเคมีต้องไม่เป็นอันตรายต่อคนหรือสัตว์น้ำปัจจุบันสารเคมีที่ใช้ควบคุมลูกน้ำยุงพาหะ คือ ทีมีฟอส (Temephos) หรือเอเบท (Abate) ใช้ในขนาด 1 ส่วนต่อน้ำหนึ่งล้านส่วน (1 ppm=part per million) ดำเนินการในแหล่งน้ำแห่งละ 4-6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และควรทำในช่วงก่อนมีการแพร่เชื้อสูง หรือมีผู้ป่วยเกิดขึ้นมากปัจจุบันนี้มีพื้นที่ที่เหมาะสมในการเลือกใช้วิธีนี้น้อยมาก

## 3. บทบาทของ อาสาสมัครมาลาเรียอาสาสมัครสาธารณสุขเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

### 3.1 บทบาท อาสาสมัครมาลาเรีย

อาสาสมัครมาลาเรีย เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงที่สำคัญในการควบคุมและป้องกันเชื้อไข้มาลาเรีย ซึ่งขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ มีดังนี้

**3.1.1 การค้นหาผู้ป่วย** เป็นการค้นหาผู้ที่มีเชื้อมาลาเรียในกระแสโลหิตที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ โดยการเจาะโลหิตตรวจหาเชื้อมาลาเรีย เพื่อค้นหาแหล่งรังโรค ให้การบำบัดรักษาและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตัดวงจรการแพร่โรค และการตรวจโลหิตติดตามสำหรับผู้ที่เคยพบเชื้อมาลาเรีย

**3.1.2 การประชาสัมพันธ์การประชาสัมพันธ์** เป็นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่อาสาสมัครมาลาเรียกับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงานเป็นการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและสร้างศรัทธาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเองร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียการประชาสัมพันธ์ใช้ช่องทางผ่านสื่อหลากหลาย เช่น

1) สื่อมวลชนมุ่งเน้นสื่อที่สามารถครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายได้กว้าง เช่น วิทยุโทรทัศน์เสียงตามสาย เคเบิล

2) ทีวี หนังสือพิมพ์หรือสิ่งพิมพ์

3) *หอกระจายข่าว* เป็นช่องทางสื่อที่มีอยู่ในชุมชนแล้ว ใช้เป็นแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน

4) *โปสเตอร์ เอกสาร และสิ่งพิมพ์* เป็นการถ่ายทอดความรู้ไปสู่บุคคล กลุ่มคนหรือชุมชน และเป็นแหล่งความรู้ของประชาชนมีโอกาสได้เห็นได้อ่านอยู่เป็นประจำ อันจะนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้จากคนหนึ่งไปสู่คนอื่นๆ ในชุมชน

**3.1.3 การให้สุขศึกษา** การให้สุขศึกษาเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมีกิจกรรมดำเนินการอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษาพยาบาลสิ่งแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจมีอิทธิพลสูงมากในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้มีการเรียนรู้ และตระหนักถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

1) *การให้สุขศึกษาในหมู่บ้าน* เพื่อให้ความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจแก่ประชาชนและกลุ่มผู้นำในหมู่บ้านเกี่ยวกับสถานการณ์ไข้มาลาเรีย เพื่อให้พร้อมที่จะร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย เช่น ชี้แจงประชาชนให้เห็นความสำคัญของการพ่นสารเคมี

2) *การให้สุขศึกษาในโรงเรียน* เพื่อให้กลุ่มครูและนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียร่วมกับการประชุม/อบรมครูในโรงเรียน ให้ทราบและมองเห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมกันแก้ไข และโรงเรียนสามารถจัดกิจกรรมที่นักเรียนมีส่วนร่วม เช่น การเลี้ยงปลา ปล่อยปลา ประกวดเรียงความ

3) *การให้สุขศึกษาในมาลาเรียคลินิก* เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบ และมาเจาะโลหิตตามนัดป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อมาลาเรียในคราวต่อไปและเพื่อให้ผู้รับบริการรายอื่น มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันตนเองการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย

4) *การให้สุขศึกษาในแหล่งท่องเที่ยว* เพื่อให้นักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติรู้จักป้องกันตนเองไม่ติดเชื้อไข้มาลาเรียเมื่อเข้าไปในแหล่งท่องเที่ยว มีเอกสารแผ่นพับ และบัตรขนาดพกพา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เรื่องการป้องกันไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้ความรู้กับกลุ่มชนและบริษัทท่องเที่ยวหรือชมรมท่องเที่ยว และเน้นในเรื่องยากินป้องกันมาลาเรียว่าไม่สามารถป้องกันได้เต็มที่

5) *การให้สุขศึกษาในชนกลุ่มน้อย* เพื่อเพิ่มความเข้มข้นในการให้ความรู้ เกิดความเข้าใจและทำความเข้าใจกับชุมชนกลุ่มน้อยในเรื่องไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้รู้จักป้องกันตนเองตามสภาพปัญหาของพื้นที่และให้เหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรม ประเพณีของกลุ่มชนนั้นด้วย

**3.1.4 การรณรงค์ป้องกันไข้มาลาเรีย** การรณรงค์ไข้มาลาเรีย จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนพฤษภาคม เป็นการดำเนินการหลายกิจกรรมพร้อมกันเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจไปสู่ประชาชนให้มองเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ประชาชนได้เห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนประชาชนกลุ่มผู้นำ อาสาสมัครให้ตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน และพร้อมที่จะป้องกันตนเองและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย

### 3.2 บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขจะคล้ายคลึงกับบทบาทของอาสาสมัครมาลาเรีย แต่อาสาสมัครมาลาเรียจะเป็นบุคลากรหลักในการรณรงค์ควบคุมป้องกัน โรคไข้มาลาเรีย และสามารถเจาะโลหิตหาเชื้อมาลาเรียได้แต่อาสาสมัครสาธารณสุขมีหน้าที่ดังนี้คือ

**3.2.1 การประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและสร้างศรัทธาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง** โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเองร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย

**3.2.2 การรณรงค์ป้องกันไข้มาลาเรียโดยผ่านมาตรการต่างๆ** คือ มาตรการต่อคน มาตรการต่อชุมชน มาตรการต่อเชื้อมาลาเรีย

### 3.3 บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียมีดังนี้คือ

#### 3.3.1 การค้นหาผู้ป่วย

เป็นการค้นหาผู้ที่มีเชื้อมาลาเรียในกระแสโลหิตที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่โดยการเจาะโลหิตตรวจหาเชื้อมาลาเรีย เพื่อค้นหาแหล่งรังโรคให้การบำบัดรักษาและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตัดวงจรการแพร่โรคและการตรวจโลหิตติดตามสำหรับผู้ที่เคยพบเชื้อมาลาเรีย

1) **การค้นหาผู้ป่วยทางตรง** เป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่เดินทางเข้าไปเจาะโลหิตในหมู่บ้าน ซึ่งอาจดำเนินการอย่างสม่ำเสมอหรือเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจเมื่อมีไข้สูงผิดปกติหรือคาดว่าจะมีไข้สูงผิดปกติ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยวิธีพิเศษ มาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ การเจาะโลหิตหมู่ การเจาะโลหิตขณะไปสอบประวัติผู้ป่วยการค้นหาผู้ป่วยวิธีพิเศษเป็นการเจาะโลหิตประชาชนกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านในลักษณะเยี่ยมทุกหลังคาเรือน และต้องนำฟิล์มโลหิตกลับมาตรวจยังสำนักงานเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เมื่อมีปัญหากล่าวไข้มาลาเรียสูงผิดปกติหรือเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะไข้สูงขึ้นมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ เป็นการเจาะโลหิตประชาชนในหมู่บ้านพร้อมอุปกรณ์สำหรับวินิจฉัยเชื้อมาลาเรีย ให้การบำบัดรักษาและสอบประวัติผู้ป่วยมาลาเรียโดยไม่ต้องนำฟิล์มโลหิตกลับมาตรวจยังสำนักงานดำเนินการในกรณีที่ต้องการค้นหาและรักษา

ผู้ป่วยอย่างรวดเร็วการเจาะโลหิตหุ้ม เป็นกิจกรรมหนึ่งของการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อเพื่อสอบสวนและประเมินสถานการณ์โรคและเป็นโอกาสค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียที่ไม่ได้ตรวจพบครั้งก่อนเพื่อให้การบำบัดรักษาการเจาะโลหิตขณะไปสอบประวัติผู้ป่วยเป็นการเจาะโลหิตผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการติดโรครอบๆบ้านผู้ป่วยขณะไปสอบประวัติผู้ป่วยในหมู่บ้าน โดยมุ่งหวังผลพลอยได้ในการค้นหาผู้ป่วยให้ได้มากขึ้น

2) *การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อม* เป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรับโดยประชาชนเป็นผู้มารับบริการตรวจรักษาที่สถานบริการต่างๆ ในลักษณะเจาะโลหิตตรวจรักษาทันที หรือเจาะโลหิตส่งตรวจและรักษาภายใน 7 วันตามสถานบริการต่างๆ เช่น มาลาเรียคลินิก หรือมาลาเรียคลินิกชุมชนเป็นสถานบริการเจาะโลหิตตรวจรักษาทันทีละในบางแห่งให้บริการนอกเวลาราชการด้วย ซึ่งขึ้นกับศักยภาพของแต่ละแห่งโรงพยาบาล เป็นสถานบริการเจาะโลหิต ตรวจรักษาทันทีสถานีนามัย เป็นสถานบริการเจาะโลหิต ตรวจรักษาทันที หรือเจาะโลหิตส่งตรวจและรักษาภายใน 7 วันอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการเจาะโลหิตส่งตรวจเพื่อบำบัดรักษาภายใน 7 วันและแนะนำสถานที่ตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยให้คำแนะนำในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียแก่ประชาชนและชุมชนตลอดจนสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครมี 2 ประเภท คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครมาลาเรียประจำหมู่บ้าน (อมม.)

### 3.3.2 การติดตามผลการรักษาผู้ป่วย

คือ การติดตามเจาะโลหิตผู้ป่วย เพื่อตรวจซ้ำในระยะ 1-3 เดือน เพื่อติดตามผลการรักษา หลังจากผู้ป่วยได้รับยารักษาจนหายขาดแล้วเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรายนั้นหายขาดจากโรคมมาลาเรียรายที่ตรวจพบเชื้อซ้ำอีกจะได้รับการรักษาซ้ำเพื่อมิให้กลับป่วยขึ้นอีกและไม่ให้แพร่โรคไปสู่ผู้อื่นชนิดและการจ่ายยาให้ดูในกลุ่มมือการรักษามาลาเรียฉบับปัจจุบันดำเนินการ โดยนัดผู้ป่วยพบเชื้อทุกรายมารับการเจาะโลหิตซ้ำที่มาลาเรียคลินิกหรือสถานบริการอื่นๆ หากผู้ป่วยไม่มาให้ไปติดตามเจาะโลหิตที่บ้านผู้ป่วย

### 3.3.3 การสอบประวัติผู้ป่วย

หมายถึง การสอบถามผู้ป่วยที่พบเชื้อมาลาเรียทุกรายเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์มรายงานเพื่อทราบสาเหตุและชนิดของการติดเชื้อเพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมโรคต่อไป

## 3.4 บทบาทประชาชนในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย

ในการปฏิบัติตนเองในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียของประชาชนทั่วไป คือ

3.4.1 *การนอนในมุ้ง* การใช้มุ้งป้องกันการเกิดโรคจากยุงกัดได้มีมาหลายร้อยปีแล้วมุ้งที่ใช้ควรอยู่ในสภาพดีไม่มีรูขาดและเสียหายซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพการป้องกันลดลงขนาด

ของเส้นด้ายที่ทำมุ้งควรมีขนาดประมาณ 1-1.8 มิลลิเมตร และจำนวนของตาข่ายไม่ควรต่ำกว่า 156 รู ต่อตารางนิ้ว ซึ่งจะทำให้ไม่ร้อนอากาศสามารถผ่านได้ แต่ถ้าจำนวนรูตาข่ายมีมากกว่านี้ก็จะสามารถ ป้องกันแมลงที่มีขนาดเล็กได้สำหรับมุ้งขนาดมาตรฐานทั่วไปมีพื้นที่ประมาณ 14 ตารางเมตร องค์ประกอบอื่นๆ ของมุ้งเช่นวัสดุที่ใช้ทำมุ้งอาจเป็นเส้นใยสังเคราะห์หรือทำจากเส้นใยฝ้าย รูปแบบ ของมุ้งมีหลากหลาย เช่น มุ้งรูปทรงสี่เหลี่ยม มุ้งรูปทรงกลม มุ้งสำหรับคนเดินป่า หรือมุ้งทหารมุ้ง ประกอบเปลสำหรับผูกนอนกับต้นไม้ หรือเปลที่เย็บมุ้งติดไว้ด้วยกัน

**3.4.2 การสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มิดชิด** เช่น ใช้เสื้อแขนยาวกางเกงขาวยาว เป็นต้นเสื้อผ้าควรจะมีคุณภาพและควรจะมีขนาดเล็กน้อยไม่กระชับติดร่างกายสีและวัสดุ ที่นำมาทำเสื้อผ้ามิดชิดมีส่วนในการลดยุงกัดได้เช่นผ้าที่มีสีดำนั้ดึงดูดความสนใจให้ยุงกัดได้มากและ ได้มีการศึกษาในกลุ่มทหารให้สวมเสื้อผ้ามิดชิดทำให้ลดการติดโรคที่นำโดยยุงได้ นอกจากนั้น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่ม เช่น กลุ่มคนกรีดยางในสวนยางอาจใช้เสื้อคลุมตาข่ายซุบสารเคมีหรือ เสื้อกั๊กซุบสารเคมีสวมทับเสื้อผ้าที่ใส่อยู่ก็จะสามารถลดการถูกยุงกัดได้ระดับหนึ่ง

**3.4.3 การใช้ยาทากันยุงกัด (Mosquito repellent)** ยาทากันยุงหรือยาทาไล่ยุง หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ยุงมากัดส่วนประกอบของยาทากันยุง ได้แก่ Benzyl benzoate, Butylethylpropanediol, DEET (N.N.-diethyl - 3 - toluamide), Dibutyl phthalate, Dimethyl carbamate, Dimethyl phthalate, Ethyl hexanediol, Butopyronoxyll และ 2-chlorodiethyl benzamide ยาทากันยุงนี้ ผลิตภัณฑ์อาจเป็นน้ำ หรือครีมหรือเป็นแท่ง (stick) และต้องมีประสิทธิภาพ ในการขับไล่ยุงได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และบางชนิดมีคุณสมบัติป้องกันได้ถึง 15 ชั่วโมงประสิทธิภาพ ของยาทากันยุงขึ้นอยู่กับชนิดของผลิตภัณฑ์และความทั่วถึงของการทายาทากันยุงด้วย โดยทั่วไป ยาทากันยุงมักนิยมใช้ขณะอยู่นอกบ้าน ซึ่งทำให้มีโอกาสที่ต้องเสี่ยงต่อการถูกยุงกัดในขณะที่อยู่นอก มุ้งและใช้ในกลุ่มประชาชนที่มีอาชีพหรือการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการถูกยุงพาหะกัดได้ง่าย เช่น การกรีดยาง การทำไร่สับปะรด เป็นต้น การใช้ยาทากันยุงต้องใช้ทาบริเวณที่มีโอกาสจะถูกยุงกัด ได้แก่ แขน ขา ใบหูหลังคอ และส่วนที่อยู่นอกเสื้อผ้า

**3.4.4 การใช้ยาจุดกันยุง (Mosquito coils and sticks) ยาจุดกันยุง** หมายถึง ผลิตภัณฑ์ ยากันยุง ซึ่งเมื่อใช้จุดไฟแล้วสามารถระเหยสารออกฤทธิ์ขับไล่และฆ่ายุงได้ มีคุณสมบัติในการฆ่ายุง หรือไล่ไม่ให้เข้ามาในบริเวณดังกล่าวปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ ซึ่งผลิออกมาในท้องตลาดส่วนใหญ่ มีสารเคมีผสมไว้ในยาจุดไล่ยุงด้วยจึงทำให้ผู้ใช้ อาจเกิดการระคายเคืองได้ แต่มีสารเคมีบางกลุ่ม เช่น กลุ่มไพริทรอยด์ สามารถนำมาผสมในยาจุดไล่ยุง และค่อนข้างปลอดภัยต่อมนุษย์

**3.4.5 การใช้ตาข่ายกันยุงกัด หรือการใช้มุ้งลวด** ปัจจุบันมีการใช้ตาข่ายกันยุงกัด ทั่วไปในเขตเมืองหรือตามชนบทบางแห่งก็สามารถซื้อหาได้สะดวกตาข่ายอาจทำด้วยไนลอนหรือ

โลหะเช่น ลวดซึ่งต้องมีการออกแบบอย่างดีเพื่อปิดกั้นช่องซึ่งยังสามารถลอดผ่านได้โดยเฉพาะการทำตาข่ายป้องกันที่ประตูหน้าต่างต้องทำให้มุมประตูและหน้าต่างแข็งแรงไม่เสียหายได้ง่าย ประตูควรเปิดออกด้านนอกขนาดของตาข่ายขึ้นอยู่กับขนาดของวัสดุ เช่น ลวดที่ใช้ทำตาข่ายขนาดของตาข่ายที่เหมาะสม คือ 16 -18 รูต่อนิ้ว

#### 4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

##### 4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นปัจจัยหลักสำคัญในการพัฒนาชุมชนในด้านต่างๆ มีการยอมรับในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้วว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนทำให้การพัฒนาชุมชนนั้นๆ เป็นไปด้วยความมั่นคง และยั่งยืน ได้มีนักวิชาการหลายคนได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังนี้

อรพินท์ สพโชคชัย (2538: 2) กล่าวถึง ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในชุมชนที่เข้ามามีบทบาทในการดำเนินการพัฒนาของภาครัฐ หรือหมายถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้านในการดำเนินการพัฒนาของภาครัฐ หรือกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนที่ประชาชนยินดีมาร่วมซึ่งเป็นการร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมลงทุนลงแรง

กาญจนา แก้วเทพ (2538: 99) อธิบายความหมายการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงว่า จะต้องเป็นการมีส่วนร่วมชนิดที่ประชาชนเป็นตัวตั้ง คือ เจ้าของโครงการ ส่วนบุคคลภายนอกเป็นฝ่ายสนับสนุน ชาวบ้านเป็นผู้วางแผนดำเนินตามรูปแบบ และวิธีการที่ชาวบ้านคุ้นเคย ตัดสินใจเมื่อต้องการทางเลือกแบบต่างๆ ในการแก้ปัญหา ภูมิรู้ ภูมิปัญญา และภูมิธรรมรวมทั้งด้านตัวบุคคลในการระดมความคิดในการแก้ปัญหา ต้องมาจากชุมชนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งเป็นผู้แก้ไขข้อผิดพลาดหรือความขัดแย้งอันอาจเกิดขึ้นตามวิธีการของตัวเองด้วย

ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540: 15-17) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใดๆ ที่มีผลกระทบถึงตัวประชาชนสอดคล้องกับ อภิชาติ พันธเสน (2539: 165) ซึ่งกล่าวไว้เช่นกันว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การมีอำนาจการตัดสินใจที่เน้นในเรื่องอำนาจและการควบคุม โดยการมีกิจกรรมร่วมกันของ ประชาชนที่ไม่เคยมีส่วนเกี่ยวข้องกัน

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527: 183–185) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional involvement) ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการ (contribution) ให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ความหมายที่กล่าวถึงแล้วนี้ นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ ยังได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ในรูปแบบของสมการว่า

การมีส่วนร่วม = ความร่วมมือร่วมใจ + การประสานงาน + ความรับผิดชอบ

Participation = cooperation + coordination + responsibility

ความร่วมมือร่วมใจ หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะมาทำงานร่วมกันเพื่อ บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มนักวิชาการต่างประเทศได้ให้นิยามของการมีส่วนร่วมดังนี้

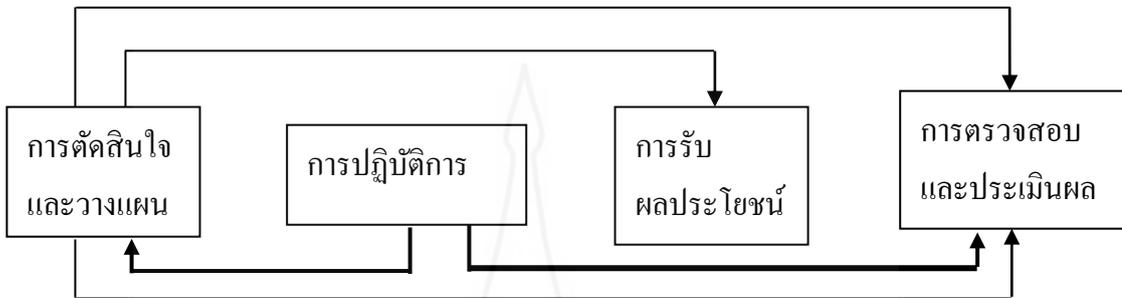
สหประชาชาติ (United Nation, 1981: 5) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การสร้างโอกาสให้สมาชิก ทุกคนของชุมชน และสมาชิกในสังคมที่กว้างกว่า สามารถ เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ และเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมทั้ง มีส่วนได้รับประโยชน์จากผลของการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน

ไวท์ (White, 1982 อ้างถึงใน กรมการพัฒนาชุมชน, 2529: 11) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 มิติด้วยกัน มิติที่หนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะไร ควรทำ และทำอย่างไร มิติที่สองมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา การลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ ตัดสินใจ และมิติที่สาม มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานและยังมี อีกมิติหนึ่งที่น่าจะพิจารณาเป็นมิติที่สี่ คือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

องค์การยูนิเซฟ (UNICEF, 1982 อ้างถึงใน Midgley, 1986: 27) ให้ความหมาย เิงปฏิบัติการของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความมีอิสระในตนเอง และ การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยโครงการนั้นจะประสบความสำเร็จเมื่อชุมชนเป็นผู้กำหนดความ ต้องการและใช้ประโยชน์จากโครงการนั้นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเมื่อบุคคลภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้ถอนตัวออกไปแล้ว โครงการนั้นๆ ก็ยังคงดำรงอยู่ต่อไปได้

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1997: Online) ให้ความหมายของการมี ส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมโดยทั่วไปในขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการตัดสินใจและวางแผนได้เพียงอย่างเดียวยังใช้การวางแผนและตัดสินใจควบคู่ไปกับขั้นตอน การปฏิบัติการด้วยการวางแผนและตัดสินใจยังเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องของการรับผลประโยชน์ และการตรวจสอบและประเมินผลในกิจการพัฒนาด้วยจะเห็นว่าการวางแผนและตัดสินใจนั้นเกี่ยวข้องกับ เกือบโดยตรงกับการปฏิบัติและก็เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์และการตรวจสอบและประเมินผลด้วย

นอกจากนี้ก็จะมีผลสะท้อนกลับจากการตรวจสอบและประเมินผลและการปฏิบัติการกลับไปสู่การตัดสินใจอีกด้วย



ภาพที่ 2.1 แสดงแนวคิดสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วม

หมายถึงการส่งผลโดยตรง \_\_\_\_\_

หมายถึงการส่งผลย้อนกลับ \_\_\_\_\_

ที่มา: John M. Cohen & Norman T. Uphoff “การมีส่วนร่วมโดยทั่วไป”

แนวความคิดของจอห์น เอ็ม โคเฮน และนอร์แมน ที อัฟฮอฟ (John M. Cohen and Norman T. Uphoff) นี้จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมมี 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลทุกขั้นตอนมีความสัมพันธ์ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมที่ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นประการสำคัญ ซึ่งในแนวทางการมีส่วนร่วมนี้มุ่งให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหาเป็นผู้ที่มีบทบาทในทุกๆ เรื่องไม่ใช่ที่กำหนดให้ประชาชนปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่จะคิดซึ่งแนวความคิดนี้มีกรอบพื้นฐานและวิเคราะห์การมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การริเริ่มตัดสินใจ การดำเนินการตัดสินใจ และการตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากรการบริการ และการประสานขอความช่วยเหลือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ทางวัตถุผลประโยชน์ทางด้านสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นการควบคุมตรวจสอบการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมดและเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วม

4.1 การตัดสินใจ

4.2 การปฏิบัติการ

4.3 การรับผลประโยชน์

4.4 การประเมินผล

เพียส และสติเฟล (Pearse&Stiefel, 1979: Online) การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับองค์การในการเพิ่ม การควบคุมการใช้ทรัพยากร รวมทั้งกฎระเบียบในสถานการณ์ต่างๆ ส่วนไคย์และเวสเทนดรอฟ (Ghai&Westendroff, 1993: 89) มองการมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดของการเพิ่มพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการสร้างสรรค์องค์การทั่วทั้งองค์การ เป็นการเพิ่มพลังอำนาจกับผู้ที่เกี่ยวข้องโอกาส ยกจน โดยยึดหลักประชาธิปไตยมีอิสระในการร่วมตัดสินใจ เกิดการยอมรับตนเอง

โอคเลย์ และมาร์สเดน (Okley&Maisden, 1987: 19-21) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมโดยกว้างว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมช่วยเหลือโดยสมัครใจ การให้ประชาชนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนการร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ ส่วนความหมายที่ระบุเฉพาะเจาะจง หมายถึง การที่ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมแก้ปัญหาของเขา ให้เขาเป็นผู้มีความริเริ่ม และมุ่งใช้ความพยายาม และความเป็นตัวของตัวเองเข้าดำเนินการและควบคุมทรัพยากร ตลอดจนระเบียบในสถาบันต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้ ซึ่งเป็นการแสดงถึงสภาพของการมีส่วนร่วมที่เน้นให้กลุ่มดำเนินการ และมีจุดสำคัญที่จะให้การมีส่วนร่วมนั้นเป็นการปฏิบัติอย่างแข็งขัน มิใช่เป็นไปอย่างเฉยเมยหรือมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีเท่านั้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมคือการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนนอกจากการวางแผนแล้วยังมีการตัดสินใจเข้ามาเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการการดำเนินงาน การรับผลประโยชน์และการประเมินผลการดำเนินงาน

#### 4.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นพลังสร้างสรรค์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับบุคคลแต่ละคน และผลผลิตของสังคม ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ความผูกพันของบุคคลในสังคม นวัตกรรมของสังคมที่เกิดขึ้นในอดีตจนถึงปัจจุบัน และจะเกิดขึ้นใหม่ในอนาคตเป็นผลจากแนวคิดของการมีส่วนร่วมเกือบทั้งสิ้น จะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความต้องการ ลักษณะของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติที่มีต่อการมีส่วนร่วม นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมยังช่วยยกระดับแรงจูงใจ (Motivation) การสร้างข้อผูกพันของการเปลี่ยนแปลง (Commitment to change) การให้ความร่วมมือ (Co-operation) และคุณภาพของการตัดสินใจ (Goens& Clover, 1991: 235) แนวคิดหลักของการมีส่วนร่วม

มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เข้าไปเกี่ยวข้อง (Involvement) การช่วยเหลือและการทำประโยชน์ (Contribution) ความรับผิดชอบ (Responsibility) การให้อำนาจ (Autonomy) ซึ่งเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์มากกว่าเป็นกิจกรรมทางร่างกาย (เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, 2538: 182-183) ปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมมีกระแสการยอมรับที่จะนำมาใช้เป็นหลักการพื้นฐานของการพัฒนายุทธศาสตร์ประเทศ วะสี ได้กล่าวไว้ว่า หัวใจสำคัญของการพัฒนาชุมชน คือ การให้ชุมชนนั้นรวมตัวกัน ซึ่งมีได้หมายถึงการรวมตัวเพื่อผลประโยชน์ร่วมกันทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่เป็นการรวมตัวกันด้วยจิตสำนึก และค่านิยมร่วมกันบางอย่าง ซึ่งจะทำให้เกิดพลังที่ยั่งยืนเป็นศิลปะแห่งการพัฒนาชุมชนที่กล่าวในที่นี้รวมความถึง บ้าน สถาบัน ศาสนา โรงเรียน และสถาบันสังคมอื่นๆ (อมรวิรัช นาคทรพร, 2541: 71-72) สำหรับหลักการในมิติของการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาเป็นการกระตุ้นให้บุคคลที่เคยอยู่นอกได้เข้ามาเกี่ยวข้องในมิติของการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาเป็นการกระตุ้นให้บุคคลที่เคยอยู่นอกได้เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาเพื่อกระจายผลของการพัฒนาให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึง ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการบริโภคผลิตของสังคม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการริเริ่มกิจกรรม โครงการ ร่วมดำเนินงาน ติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างมีศักดิ์ศรี และความเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่จะมีผลกระทบต่อคนในสังคม หลักการมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดประชาธิปไตย (ศิริกาญจน์ โกสุมภ์, 2542: 12-13; อรพินท์ สพฤกษ์ชัย, 2538: 1; Carlson, 1996: 269)

#### 4.3 ลักษณะและขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

ลักษณะและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมได้มีนักวิชาการให้ความหมายไว้หลายท่าน โดยแต่ละท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

- ธนาภรณ์ เมทนิสตุติ (2543) ได้กล่าวถึงลักษณะแนวทางของการมีส่วนร่วม ดังนี้
1. การร่วมคิด หมายถึง การมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือในการวางโครงการวิธีการติดตามผลการตรวจสอบและการดูแลรักษา เพื่อให้กิจกรรมโครงการสำเร็จผลตามวัตถุประสงค์
  2. การร่วมตัดสินใจ หมายถึง เมื่อมีการประชุมปรึกษาหารือเรียบร้อยแล้ว ต่อมาจะต้องร่วมกันตัดสินใจเลือกกิจกรรมหรือแนวทางที่เห็นว่าดีที่สุดหรือเหมาะสมที่สุด
  3. การร่วมปฏิบัติตามโครงการ หมายถึง การเข้าร่วมในการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ เช่น ร่วมออกแรง ร่วมบริจาคทรัพย์ เป็นต้น
  4. การร่วมติดตามและประเมินผลโครงการ หมายถึง เมื่อโครงการเสร็จสิ้นแล้วได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจตราดูแล รักษาและประเมินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ

มณฑล จันท์แจ่มใส (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลจะต้องมีและเกิดขึ้น มาโดยตลอด ทั้งนี้เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการ การบริหารจัดการดำเนินงานตามแผน การเสียสละกำลังแรงงานของบุคคล ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ กำลังเงินหรือทรัพยากรที่มีอยู่

ประชุม สุวาทิต (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะเงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคลเกิดจากพื้นฐาน 4 ประการ คือ

1. เป็นบุคคลที่จะต้องมีความสามารถที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ จะต้องเป็นผู้มีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ อาทิเช่น จะต้องมีความสามารถในการค้นหาความต้องการวางแผนการบริหารจัดการการบริการองค์กร ตลอดจนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

2. เป็นบุคคลที่มีความพร้อมที่เข้ามามีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้นั้นจะต้องมีสภาพทางเศรษฐกิจวัฒนธรรมและกายภาพที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมได้

3. เป็นบุคคลที่มีความประสงค์จะเข้าร่วม กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมถึงเห็นผลประโยชน์ของการเข้าร่วมจะต้องไม่เป็นการบังคับหรือผลักดันให้เข้าร่วม โดยที่ตนเองไม่ประสงค์จะเข้าร่วม

4. เป็นบุคคลที่ต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ เป็นผู้มีโอกาสที่จะเข้าร่วมซึ่งถือว่าเป็นการกระจายอำนาจให้กับบุคคลในการตัดสินใจ และกำหนดกิจกรรมที่ตนเองต้องการในระดับที่เหมาะสม บุคคลจะต้องมีโอกาสและมีความเป็นไปได้ที่จะจัดการด้วยตนเอง สำหรับลักษณะการมีส่วนร่วมของบุคคลโดยทั่วไปแล้ว ยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม อาชีพ และรายได้ เป็นต้น

#### 4.4 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

มณฑล จันท์ส่อง (2544) ได้กำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของบุคคล ไว้ว่า

1. การเข้าร่วมจะต้องมีบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย การที่จะให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น

2. จะต้องระบุกลุ่มเป้าหมายด้วย อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปบุคคลกลุ่มเป้าหมายมักถูกจำกัดโดยกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอยู่แล้วเป็นพื้นฐาน

ศิริชัย กาญจนวาสิ (2547) ได้กำหนดรูปแบบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กร ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการประชุม
2. การมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา

3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร
4. การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา
5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลในกิจกรรมต่างๆ
6. การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์

วรรณ วลัยวานิช (2549) ได้กำหนดรูปแบบของการมีส่วนร่วมของบุคคลไว้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ รูปแบบที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมตัดสินใจในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน จนกว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลเสร็จสมบูรณ์

2. การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง คือ รูปแบบที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือเข้ามาเกี่ยวข้องในลักษณะหนึ่งลักษณะใด หรือในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง เท่านั้น โดยแท้จริงแล้วกระบวนการมีส่วนร่วมไม่อาจสามารถกระทำได้ในทุกประเด็นแต่การมีส่วนร่วมของบุคคลจะมีอยู่ในเกือบทุกกิจกรรมของสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจและประเด็นการพิจารณาที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขพื้นฐานการมีส่วนร่วมว่าจะต้องมีอิสรภาพ มีความเสมอภาค และมีความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้การมีส่วนร่วมดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุชาติ จักรพิสุทธิ์ (ออนไลน์ 2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) การจำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม สามารถจำแนกขั้นตอนหรือประเภทของการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ : ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำก็คือการกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้องการตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผนและการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานและประสานงานการให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือข้อมูล เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ : ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้น จากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้วยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วยรวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคม

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล : การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตก็คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆได้

โคเฮน และอัฟฮอฟ (1997) กล่าวการมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา : ขั้นตอนนี้เป็นส่วนแรกที่สำคัญที่สุดเพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถเข้าใจปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาด้วยตนเองได้กิจกรรมต่างๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์เพราะจะขาดความเข้าใจและมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรมนั้นแต่อาจมองปัญหาไม่ได้เด่นชัดเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาจึงเสมือนกระเจกเงาผู้คอยสะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็นและวิเคราะห์ปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม : การวางแผนการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนต่อไปนี้ที่ขาดไม่ได้หากเจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาต้องการแต่ผลงานการพัฒนาให้เสร็จสิ้นโดยจับไว้ก็จะดำเนินการวางแผนงานด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหาพัฒนาประสิทธิภาพของตนเองและสามารถวางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน : ชุมชนมีทรัพยากรที่สามารถลงทุนและปฏิบัติงานได้เพราะจากประสบการณ์การทำงานในชนบทอย่างน้อยก็มีความรู้ของตนเองเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้ และในหลายๆ แห่งก็สามารถที่จะร่วมลงทุนในกิจกรรมหลายๆ ประเภทได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จักคิดค้นทุนให้กับตนเองในการ

ดำเนินงานและจะระมัดระวังรักษากิจกรรมที่สร้างขึ้น เพราะจะมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ ซึ่งต่างไปจากสภาพที่การลงทุนและการปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอกจะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อนมากนักและการบำรุงรักษาจะไม่เกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่าไม่ใช่ชุมชนนอกจากนั้นการร่วมปฏิบัติงานด้วยตนเองทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิดและเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถจะดำเนินกิจกรรมชนิดนั้นด้วยตนเองต่อไปได้

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน : ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งอีกเหมือนกันเพราะถ้าหากการติดตามและการประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่เป็นการดำเนินการโดยบุคคลภายนอกชุมชนก็ไม่สามารถทราบว่าจะงานที่ทำไปนั้นได้รับผลดีได้รับประโยชน์อย่างไรหรือไม่ถึงแม้ว่าจะมีผู้ได้แย้งว่าการประเมินที่เที่ยงธรรมที่สุดน่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าคิดถึงจุดมุ่งหมายของการพัฒนาที่มุ่งจะพัฒนาคนการคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรมอาจจะไร้ประโยชน์การผสมผสานระหว่างคนภายนอกกับชุมชนน่าจะเกิดประโยชน์ตามวัตถุประสงค์มากกว่า เพราะนอกจากจะเป็นการประเมินแล้วยังแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกระบวนการประเมินและเป็นการเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่นๆ

อคิน รพีพัฒน์ (2547: 49) จำแนกประเภทการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนในการพัฒนาเป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในขั้นริเริ่มในขั้นริเริ่มโครงการ : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชนและมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการนั้นๆ

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในขั้นวางแผนโครงการพัฒนา : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงานกำหนดทรัพยากรและแหล่งของทรัพยากรที่จะใช้ในโครงการ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์วัสดุอุปกรณ์และแรงงานหรือโดยการบริหารงานและประสานงาน ตลอดจนการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดจากโครงการพัฒนา : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากโครงการหรือมีส่วนร่วมในการรับผลเสียที่อาจเกิดจากโครงการ ซึ่งผลประโยชน์หรือผลเสียนี้อาจเป็นด้านกายภาพหรือด้านจิตใจที่มีผลต่อสังคมหรือบุคคลก็ได้

ขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา : เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่าโครงการพัฒนาที่พวกเขาดำเนินการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่การประเมินผลนี้อาจเป็นการประเมินผลย่อย (Formative evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลความก้าวหน้าของโครงการที่กระทำกันเป็นระยะๆ หรือการประเมินผลรวม (Summative evaluation)

กล่าวโดยสรุป ลักษณะและขั้นตอนการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

#### 4.5 ระดับของการมีส่วนร่วม

การแบ่งระดับของการมีส่วนร่วม สามารถแยกได้ตามระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมตามแนวคิดสมาคมสาธารณสุขของอเมริกาได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมนั้นไม่ได้มีความแปรเปลี่ยนเฉพาะชนิด (Kinds) และปริมาณของกิจกรรมที่กระทำเท่านั้นแต่ยังมีความแปรเปลี่ยนในระดับความเข้ม (Degree) ในการเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการริเริ่มและวางแผนกิจกรรม ดังนั้นพิสัยของการมีส่วนร่วมอาจจะมีตั้งแต่ระดับการยอมรับบริการที่จัดไว้ให้แล้วไปจนถึงการรวมกลุ่มเพื่อตัดสินใจและริเริ่มโครงการพัฒนาเองซึ่งระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมหรือระดับการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของสมาคมสาธารณสุขของอเมริกานั้นอาจจำแนกได้ 3 ระดับ คือ

(1) ระดับการตัดสินใจ (Decision making) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาคด้วยตัวเอง (Level of responsibility by themselves)

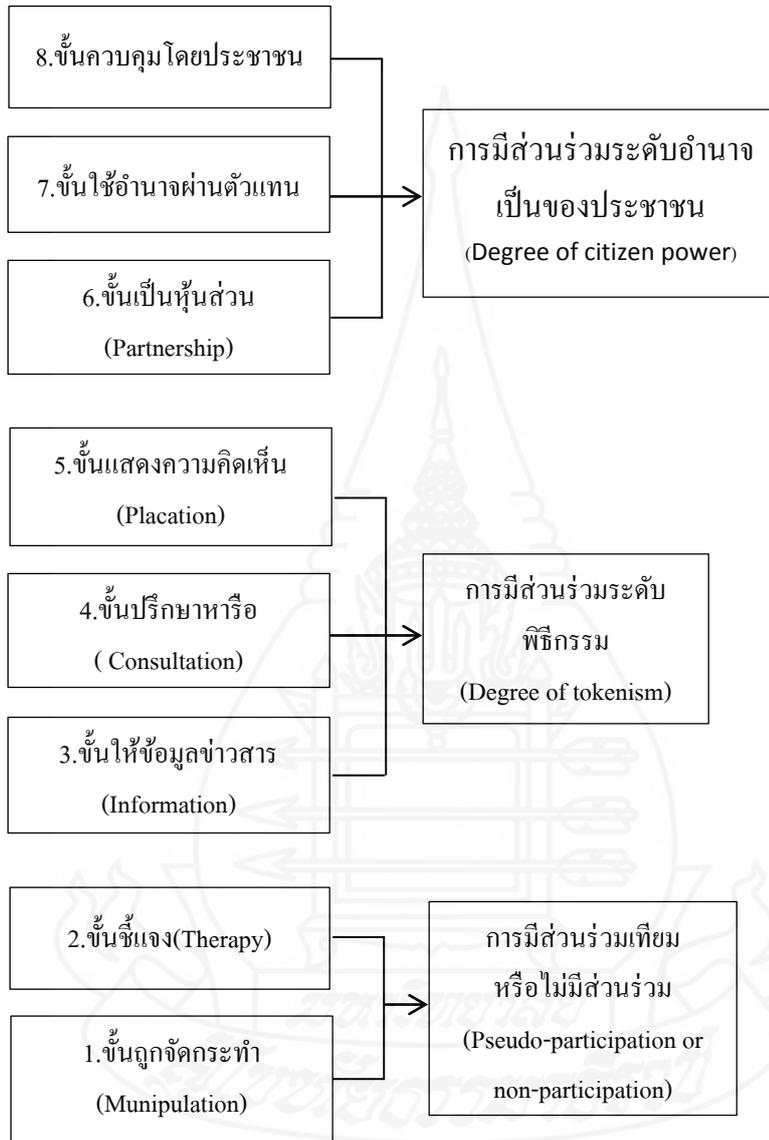
(2) ระดับการร่วมมือ (Cooperation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสถียรจากประชาชน ในด้านเวลา ทรัพยากรและแรงงาน เพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จการมีส่วนร่วมในระดับนี้ถือว่าการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable level of participation)

(3) ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ให้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น

Cohen และ Uphoff (1980: 219-222) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

อาร์นสไตน์ (Arnstein) นั้นเห็นว่าการมีส่วนร่วมมีลักษณะเป็นรูปของบันไดการมีส่วนร่วม (Participation ladder) 8 ขั้น ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 2.2 บันไดของการมีส่วนร่วม 8 ขั้น ของอาร์นสไตน์  
ที่มา: ชีระพงษ์ แก้วหาญ (2543: 154)

ภาพประกอบ บันไดของการมีส่วนร่วม 8 ขั้น ของอาร์นสไตน์ในขั้นต่ำของบันได คือ ขั้นถูกจัดกระทำและขั้นที่สองคือขั้นชี้แจงนั้นเรียกว่าการมีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วมเป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการตัดสินใจในกรณีนี้ จะมีกลุ่มบุคคลจำนวนน้อยที่อยู่ในอำนาจเท่านั้นทำหน้าที่ตัดสินใจโดยไม่มี การพูดถึงเนื้อหา วิธีการของการตัดสินใจหรือ ตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ของผู้มีอำนาจตัดสินใจนั้นขั้นที่สองนี้สร้างขึ้นมาเพื่อที่จะทดแทนการมีส่วนร่วมที่แท้จริงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของสองขั้นนี้ไม่ใช่เป็นกรทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือควบคุมโครงการแต่จะช่วยให้ผู้กุมอำนาจอยู่ดำเนินการให้การศึกษา (Educate) หรือการชี้แจงแก่ผู้ที่เข้ามาร่วม

บันไดขั้นที่ 3 ถึง 5 ก้าวหน้าถึงระดับที่เรียกว่าการมีส่วนร่วมแบบพิธีกรรมหรือการมีส่วนร่วมบางส่วนโดยขั้นที่ 3 ขั้นให้ข้อมูลข่าวสาร และขั้นที่ 4 ขั้นปรึกษาหารือนั้นความเห็นหรือข้อคิดของประชาชนได้รับการรับฟังจากผู้กุมอำนาจอยู่มากขึ้นแต่ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้พวกเขาไม่มีอำนาจที่จะรับประกันได้ว่าความคิดเป็นของพวกเขาจะได้รับการเอาใจใส่จากผู้มีอำนาจเต็มเมื่อการมีส่วนร่วม ถูกจำกัดอยู่ที่ระดับเหล่านี้จึงไม่มีทางที่จะทำการเปลี่ยนแปลงสภาพตามข้อเรียกร้องของผู้มีส่วนร่วมบางส่วนนี้คือ ขอมให้คนไร้อำนาจ (Have-nots) ให้คำแนะนำได้แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจต่อไป

บันไดลำดับสูงขึ้นไปเป็นระดับที่เรียกว่าอำนาจเป็นของประชาชน ซึ่งเพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้นประชาชนสามารถเข้าไปสู่ขั้นที่ 6 ขั้นเป็นหุ้นส่วน ซึ่งจะ ทำให้สามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสีย (Trade-offs) กับผู้มีอำนาจดั้งเดิม ส่วนในขั้นที่ 7 ขั้นใช้อำนาจผ่านตัวแทน และขั้นที่ 8 ขั้นควบคุม โดยประชาชนเป็นการใช้อำนาจตัดสินใจของประชาชนโดยผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของอาร์นสไตน์นี้มองความเข้มของการมีส่วนร่วมในแง่ของการมีอำนาจในการตัดสินใจของประชาชน ซึ่งมีพิสัยของความเข้มตั้งแต่การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเลยไปจนถึงการมีอำนาจในการตัดสินใจอย่างเต็มที่

แนวคิดการมีส่วนร่วมที่แสดงให้เห็นความเข้มของการมีส่วนร่วมที่สำคัญอีกแนวหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมที่แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามลักษณะของการปฏิบัติการ ลักษณะทั้ง 4 ประเภทนี้ไม่ได้เป็นอิสระจากกันยังมีความคาบเกี่ยวและต่อเนื่องกันการจำแนกลักษณะนี้ทั้ง 4 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 การมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive participation) ทั้งนี้เป็นขั้นเริ่มแรก ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการยอมรับ (Accepting) หรือการเพิ่ม (Gaining) การเข้าถึงผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมหรือการช่วยเหลือปัจจัยการดำรงชีวิตเฉพาะหน้าบางประการสำหรับผู้

เข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนาซึ่งอาจจะหมายถึง บริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกเฉพาะ ซึ่งไม่เคยมีมาก่อนหรือหมายถึง การปรับปรุงหรือการแนะนำรูปแบบการผลิตตามแนวทางเศรษฐกิจใหม่

ประเภทที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนการถูกกระทำ (Passive / reflective participation) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นส่วนต่อเนื่องจากประเภทที่หนึ่ง โดยถือว่าการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมทางการศึกษาบางประการที่สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าใจสาเหตุของสภาพการณ์ต่างๆ เช่น การด้อยพัฒนา และเข้าใจปัญหา ซึ่งจะต้องแก้ไขโดยการจัดทำโครงการพัฒนา

ประเภทที่ 3 การมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้น (Active participation) การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 3 นี้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับองค์กรหรือบุคคลระดับพื้นฐาน (Grass roots) ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์จากโครงการหรือทำการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับกว้างๆ จากกลุ่มอื่นๆ ทั่วๆ ไปที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ของสังคม นอกเหนือไปจากกลุ่มผลประโยชน์เองโดยปกติแล้ว การมีส่วนร่วมในมิตินี้ รวมไปถึงองค์กรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว

ประเภทที่ 4 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนความกระตือรือร้น (Active / reflective participation) ขั้นนี้เสริมต่อจากขั้นการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นเป็นการสะท้อนหรือการประเมินเกี่ยวกับข้อจำกัดและทางเลือกต่างๆ ของโครงการภายใต้บริบทระดับชาติภายใต้เงื่อนไขเดิมของโครงการที่มีอยู่ โดยปกติจะรวมถึงการออกแบบการก่อรูปหรือการประเมินเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ทางเลือกของโครงการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะความจำเพาะของโครงการและลักษณะทั่วไปของสังคมที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมโดยเน้นการเข้าร่วมตั้งแต่การศึกษาตัดสินใจไปจนถึงการประเมินและควบคุม

บัญญัติ แก้วส่อง (2539) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วม ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo-participation) หรือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใดๆ ในการตัดสินใจแต่เป็นฝ่ายกระทำตามการตัดสินใจของบุคคลอื่นเท่านั้น

ระดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นแต่อำนาจในการตัดสินใจอยู่ที่บุคคลอื่น

ระดับที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ความคิดเห็นของบุคคลที่เข้าร่วมได้รับการรับฟังและยอมรับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเอง

การศึกษาครั้งนี้การประเมินการมีส่วนร่วมใช้หลักแนวคิดของ Cohen และ Uphoff เพราะเป็นแนวความคิดที่มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่การเริ่มคิดและการตัดสินใจในการวางแผน

และมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจปฏิบัติงานหรือการดำเนินงาน และการตัดสินใจเข้ารับผลประโยชน์ และประเมินผล ซึ่งในแต่ละกระบวนการมีการตัดสินใจเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง

กล่าวสรุป ระดับการมีส่วนร่วม หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการร่วมทำกิจกรรม แบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

## 5. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้มาลาเรีย

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมมีความสำคัญมากเพราะการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและมีสิ่งต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาของ อนุภาพ ธีรลาภ (2528: 25-26) เห็นว่าปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ความเกรงใจผู้ที่มีสถานภาพที่สูงกว่าความต้องการเป็นกลุ่มเป็นความเชื่อในตัวผู้นำความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ของรัฐการคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนการยอมรับแบบอย่างความไม่พอใจต่อสภาพแวดล้อมการยอมรับในอำนาจรัฐและฐานะทางเศรษฐกิจขณะ

รัช เบญจาทิกุล (2529: 25-26) เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนามี 5 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองวัฒนธรรม และด้านจิตวิทยาทางสังคม อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยด้านอื่นๆ เข้ามาที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมอาจมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ได้มีผู้เสนอรายละเอียดของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมไว้มากมาย ดังนี้

พัทธา สายหู(2529) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมขึ้นอยู่กับ

1. ปัจจัยที่เป็นลักษณะของโครงการ เช่น เป็นโครงการที่ประชาชนต้องการ
2. ปัจจัยที่เป็นลักษณะของชาวบ้านเอง เช่น ความขยันขันแข็ง สามัคคี มีผู้นำดี
3. ปัจจัยที่มาจากทางราชการ เช่น ถือเป็นโครงการสำคัญ มีงบประมาณเหลือเพียงพอ มีเจ้าหน้าที่วิชาการสนับสนุน

4. ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบ เช่น การคมนาคมสะดวก วัสดุพร้อม เศรษฐกิจของหมู่บ้านไม่ฝืดเคือง ปัจจัยดังกล่าว เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมของประชาชน

ปรัชญา เวสารัชช์ (2527) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่พัฒนาชนบทได้อย่างสอดคล้องว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง และความปลอดภัยมีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนเป็นอย่างมากโดยเฉพาะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ส่วนปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้นำ เช่นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือสามารถให้เกิดการเข้าร่วมของประชาชนโดยง่ายเช่นกัน ปัจจัยที่เป็นรางวัลตอบแทนก็สำคัญเพราะเป็นผลประโยชน์ที่ชาวบ้านได้รับ เช่น ค่าตอบแทน แรงงาน เงินปันผล เป็นต้น

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (อ้างใน ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, 2534) ได้อธิบายถึงปัจจัยภายในว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องเกิดจากปัจจัยภายในเป็นตัวผลักดัน ซึ่งจะเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องเกิดจาก

1. เกิดความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลและสิ่งศักดิ์ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ที่ส่งผลต่อส่วนร่วม
2. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทั้งๆ ที่ยังไม่มีความศรัทธาหรือความเต็มใจ
3. อำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้ประชาชนถูกบังคับให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

วิรัช นิภาวรรณ (อ้างใน เสาวนีย์ สีสองสม, 2541) ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชน จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทมากขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างน้อย 2 ประการ ได้แก่

1. นโยบายหรือรูปแบบการพัฒนาของรัฐบาล กล่าวคือ การพัฒนาแบบเสรี (Free Development) และการพัฒนาแบบมีแผน (Planned Development) สนับสนุนประชาชนในชนบท ให้เข้ามามีส่วนร่วมได้มากกว่าแบบบังคับ (Force Development)

2. โครงสร้างทางการเมืองและสังคมของชนบท โครงสร้างดังกล่าวนี้มีส่วนสำคัญ ทำให้ประชาชนในชนบทเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทรัพยากรมากขึ้นแตกต่างกัน เช่น โครงสร้างทางการเมืองในสังคมชนบทที่สนับสนุนการปกครองระบอบประชาธิปไตย ย่อมส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าโครงสร้างที่ไม่ได้สนับสนุนระบอบประชาธิปไตย หรือ โครงสร้างสังคมที่เป็นเจ้าขุนมูลนาย หรือโครงสร้างที่สนับสนุนความเชื่อ ในเรื่องกรรม ย่อมไม่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นต้น ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ได้กล่าว มาแล้วนั้น สามารถสรุปประเด็นแนวความคิดดังที่ อัลดฮอฟ (Uphoff, 1977)

ได้อธิบายไว้ว่า การเข้าใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความสลับซับซ้อน ซึ่งจะต้องพิจารณาถึงบริบทของการมีส่วนร่วมด้วย ดังจะเห็น ได้ว่าสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่สำคัญ มีดังนี้ คือ

1. ลักษณะของโครงการ มีความสลับซับซ้อนมากน้อยเพียงใด ดังนั้น ลักษณะของโครงการจึงควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1.1 ผลต่อการเข้าร่วมเพื่อพิจารณาถึงความสลับซับซ้อนทางเทคโนโลยีจะต้องไม่มีความสลับซับซ้อนมากเกินไป ความสามารถของประชาชน มีความเหมาะสมและนำไปใช้โดยไม่มีความยุ่งยากหรือขั้นตอนมากเกินไป และเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น

1.2 ผลประโยชน์ตอบแทน จะต้องมึรูปธรรมที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้สูงและมีความรวดเร็วของผลประโยชน์

1.3 การออกแบบโครงการ รูปแบบของโครงการ จะต้องมีความเกี่ยวพันหรือความเชื่อมโยงของโครงการที่ส่งผลถึงกัน โครงการจะต้องมีความยืดหยุ่น แสดงความสามารถเข้าถึงระบบการทำงานของประชาชนในโครงการนั้น

2. สภาพแวดล้อมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1 ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ

2.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

2.3 ปัจจัยทางการเมือง

2.4 ปัจจัยทางสังคม

2.5 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

2.6 ปัจจัยทางด้านประวัติศาสตร์

อรอนงค์ ธรรมกุล (2539: 21) ยังได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของคนในชุมชนในกระบวนการพัฒนาท้องถิ่นไว้ด้วยกัน 3 ประการ ได้แก่

1. ด้านความผูกพันเป็นเครือญาติและความผูกพันในชุมชน

2. ด้านการมีภาวะทางเศรษฐกิจ

3. ด้านการสนับสนุนจากองค์กรภายในหมู่บ้านในประเด็นเดียวกันจากการศึกษาของ

Creighton

(วันชัย วัฒนศัพท์, ผู้แปล 2543: 158-161) พบว่าการที่คนเราจะพิจารณาว่าคนได้รับผลกระทบและเลือกที่จะมีส่วนร่วมในโครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 6 ประการ คือ

1. ความใกล้ชิดปัญหา
2. ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ
3. การเข้าถึงประโยชน์ใช้สอยหรือบริการ
4. ประเด็นทางด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม
5. ค่านิยม
6. อำนาจที่ได้รับการมอบหมายตามกฎหมาย

นอกจากนี้ประชาชนโดยทั่วไปจะเข้ามามีส่วนร่วมปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญ คือ การให้ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณชนทั่วไปถึงผลที่จะติดตามมาของการมีส่วนร่วมหรือการไม่ทำตามกิจกรรมที่นำเสนอและต้องแสดงให้เห็นชัดเจนเพื่อให้ประชาชนเห็นช่องทางในการเข้ามีส่วนร่วมได้ถ้าเขาต้องการที่จะมีส่วนร่วม (วันชัย วัฒนศัพท์, ผู้แปล, 2543) สำหรับนักวิชาการต่างประเทศองค์การอนามัยโลก (อ้างใน ไชยชนะ สุทธิวรชัย, 2536: 19 -20) ได้เสนอปัจจัยพื้นฐานในการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยของสิ่งจูงใจในการเห็นว่าตนจะได้ผลประโยชน์ตอบแทนในสิ่งที่ตนทำไป
2. ปัจจัยโครงสร้างของช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมควรเปิดโอกาสให้ทุกๆ คน

และทุกๆ กลุ่มในชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมในการพัฒนาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยการเข้าร่วมอาจอยู่ในรูปของการมีตัวแทนหรือเข้าร่วมโดยตรงควรมีเวลากำหนดที่ชัดเจนเพื่อผู้เข้าร่วมจะสามารถกำหนดเงื่อนไขของตนเองได้ตามสภาพเป็นจริงของตนและกำหนดลักษณะของกิจกรรมที่แน่นอนว่าจะทำอะไรส่วนเพอร์สัน Person (อ้างถึงใน สุวรรณ มานะโรจนานนท์, 2542: 15) ได้อธิบายว่าการกระทำของมนุษย์ (Action of Anyone) จะขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลระบบสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่และวัฒนธรรมในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกซึ่งวัฒนธรรมนี้จะเป็นตัวกำหนดความคิดความเชื่อค่านิยมของบุคคลในขณะที่คือฟแมน Kaufman (อ้างถึงใน ฉอาน วุฒิกกรมรักษา, 2526: 25) พบว่าอายุเพศการศึกษาขนาดครอบครัวอาชีพรายได้และความยาวนานในการอาศัยอยู่ในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนสอดคล้องกับอัลวินเบอร์เทรค Alvin Bertrand (อ้างถึงใน วัชรภรณ์ เอี่ยมสะอาด, 2538: 26) ที่พบว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ลักษณะของบุคคล คือ อายุ เพศ สถานภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษาถิ่น ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาในท้องถิ่น ค่านิยม และทัศนคติในประเด็นเดียวกันจอห์น เอ็ม โคอเฮน และ นอร์แมน ที อัฟฮอฟ (John M. Cohen และ Norman T. Uphoff) (อ้างถึงใน อรอนงค์ ธรรมกุล, 2539: 19) ได้กล่าวถึงภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ ปัจจัยกายภาพและชีวภาพปัจจัยทางเศรษฐกิจปัจจัยทางการเมืองปัจจัยทางสังคมปัจจัยทางวัฒนธรรมและปัจจัยด้านประวัตินอกจากนี้ ริคเคอร์ William W. Reeder (อ้างถึงใน ไชยชนะ สุทธิวรชัย,

2536: 25-26) ยังกล่าวว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมีความเชื่อว่า ปัจจัยภายนอกคือสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการตัดสินใจแต่บุคคลจะแปลงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเหล่านั้นมาสู่ตัวบุคคลในรูปแบบของความเชื่อ (Beliefs) และความไม่เชื่อ (Disbeliefs) ซึ่งจะเป็นเหตุผลที่จะทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน คือ

1. ปัจจัยที่ดึงดูดให้เกิดการกระทำ ได้แก่ เป้าหมาย (Goals) ความเชื่อ (Belieforientation) ค่านิยม
2. (Value Standards) นิสัยและขนบธรรมเนียม (Habits and Custom)
3. ปัจจัยผลักดันให้เกิดการกระทำ ได้แก่ ความคาดหวัง (Expectations) ข้อผูกพัน (Commitments) และการบังคับ (Force)
4. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ โอกาส (Opportunity) ความสามารถ (Ability) การสนับสนุน (Support) เป็นแรงกระตุ้นให้คนกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป

โรเจอร์ (Roger, 1980) (อ้างถึงใน อภิรักษ์ ช่างเกวียน, 2540: 33-34) กล่าวว่าปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเป็นตัวตัดสินใจเข้าร่วมกระทำกิจกรรมใหม่ๆ ในชุมชนหรือยอมรับสิ่งใหม่ๆ คือ การติดต่อสื่อสารและลักษณะส่วนตัวของบุคคลนั้นๆ

1. ปัจจัยช่องทางการสื่อสารเป็นวิธีการที่ผู้ส่งข่าวสารไปยังผู้รับสารใน 2 ลักษณะ คือ
  - 1.1 ช่องทางการสื่อสารมวลชน (Mass media Channel) เป็นวิธีการถ่ายทอดข่าวสารที่เกี่ยวกับการสื่อสารเช่นหนังสือพิมพ์นิตยสารวารสารและหนังสือประเภทอื่นๆ เช่น ภาพยนตร์วิทยุโทรทัศน์ ซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มความรู้กระจายข่าวสารสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลได้
  - 1.2 ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Channel) เป็นการติดต่อระหว่างบุคคล เพื่อถ่ายทอดข่าวสารระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้มากกว่าสื่อประเภทอื่นๆ
2. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว (Person Characteristic) ประกอบด้วย อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ ขนาดที่ดิน และความสามารถเฉพาะอย่าง รวมถึงระดับการศึกษาแพรรี่ มอยส์เซอร์และคาย (อ้างถึง ศิริรักษา สถาพรจนา, 2541: 22-30) ได้รวบรวมแนวคิดการอธิบายการมีส่วนร่วมเป็น 4 แนว คือ
  - 2.1 เครื่องมือการมีส่วนร่วม (Instrumental participation) ซึ่งเป็นการมองว่าการมีส่วนร่วมมีฐานะเป็นเครื่องมือโดยพิจารณา 2 ทฤษฎี ดังนี้

2.1.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยาทางสังคม (Socio - psychological theory) เป็นการอธิบายว่าบุคคลจะใช้การมีส่วนร่วม เพื่อสนับสนุนเป้าหมายของตนเองด้วยการใช้ต้นทุนที่ต่ำที่สุด และก่อให้เกิดผลสูงสุดโดยเป้าหมายนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมหรืออาจเป็นความสนใจส่วนตัว ในวงแคบดังที่ Verba และ Nie กล่าวว่า “การมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมที่เป็นเครื่องมือสำคัญที่พลเมืองพยายามที่จะมีอิทธิพลต่อรัฐบาลให้ปฏิบัติในทางที่พลเมืองนำเสนอ” โดยเหตุผลก็คือการตัดสินใจเข้าร่วมของบุคคลเป็นผลมาจากแรงผลักดันทางสังคม (Social Forces) ที่กระทบต่อความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับชีวิตทางการเมืองของเขาโดยเฉพาะความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการกระทำต่างๆ ที่เขาอาจจะกระทำ แนวคิดจิตวิทยาสังคมมีองค์ประกอบสำคัญที่ผลักดันให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งเวอร์บาและไนท์ Verba และ Nie เรียกว่า “Socio-economic Status Model”

2.1.2 ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Theory) ซึ่งตามแนวคิดของ Barnes, Kaase กล่าวว่า “เหตุผลสำคัญที่ทำให้บางคนมีส่วนร่วมและบางคนไม่มีส่วนร่วมก็คือ ผู้เข้าร่วมได้พิจารณาแล้วว่า การกระทำนั้นมีแนวโน้มว่าจะนำประโยชน์มาให้มากกว่าต้นทุนที่ใช้ไป” ซึ่งแนวคิดนี้ได้เสนอว่า บุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองจะเริ่มด้วย

- 1) การพิจารณาถึงประเด็นความต้องการและปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ตลอดจนความสนใจทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีความหลากหลายของ “ประเด็นสาธารณะ” (Publics Issue)
- 2) ความโน้มเอียงทางการเมือง (Political Orientation) ซึ่งหมายถึงทัศนคติบางประการที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมือง

2.2 การมีส่วนร่วมด้านการติดต่อสื่อสาร (Communitarian Participation) อธิบายว่าแรงจูงใจหนึ่งที่ทำให้คนเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองนั้นจะเกี่ยวข้องกับชุมชนที่เข้าเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎีประชาธิปไตยแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Democratic Theory) ตามแนวคิดของราโซ ที่มองว่าบุคคลจะมีส่วนร่วมสูงในชุมชนท้องถิ่นเพราะเขาจะเข้าใจความต้องการและปัญหาของท้องถิ่น และตระหนักกว่าจะต้องร่วมมือกับบุคคลอื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการนั้น เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการพึ่งพาซึ่งกันและกันเขาจะพยายามทำให้ความสัมพันธ์ร่วมกันนั้นยั่งยืน โดยความรู้สึกรวมถึงความเป็นชุมชน (Sense of Community Identity) นี้จะมีมากในสังคมขนาดเล็ก มีความผูกพันกันแน่นแฟ้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนการกระจายอำนาจด้วยด้วยเหตุนี้เหตุผลหนึ่งในการอธิบายว่าทำไมจึงเป็นการส่งเสริมในสังคมสมัยใหม่การมีส่วนร่วมจึงมีระดับต่ำก็คือสังคมสมัยใหม่เป็นสังคมที่รวมอำนาจทำให้ความเป็นชุมชนลดลงและเป็นผลให้คนธรรมดาๆ ไม่ถูกระตุ้นให้เข้าร่วมในรูปแบบของชีวิตสาธารณะ ซึ่งดูเหมือนจะส่งผลกระทบโดยทางอ้อมเท่านั้น

2.3 ทฤษฎีการศึกษา (Education Theory) มองว่า การมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทางการศึกษา ซึ่งเป็นมุมมองของการมีส่วนร่วมที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบต่างๆ

ของทฤษฎีประชาธิปไตยแบบเข้มข้นและแบบมีส่วนร่วม (Radical Participatory Democratic Theory) โดยการศึกษาในชีวิตทางการเมือง (Political Life) จะพัฒนาความรู้สึกมีความสามารถและความรู้สึก รับคิดชอบประเด็นความสนใจทางเศรษฐกิจและสังคมความสนใจของบุคคลและกลุ่มที่จะตัดสินใจ เข้าร่วมโดยเลือกประเด็นพื้นฐานของต้นทุนและผลประโยชน์ที่สันนิษฐานว่าจะได้รับ

2.4 แนวทางนี้อธิบายว่า ประชาชนอาจจะไม่ได้เข้าร่วม โดยคาดหวังถึงการบรรลุ เป้าหมายโดยตรง หรือไม่ได้คำนึงถึงชุมชนของเขาเลย หากการแสดงออกถึงความรู้สึก ซึ่งกิจกรรม เหล่านี้แสดงถึงของเขาด้วย ซึ่งอาจจะเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมเชิงสัญลักษณ์ เช่น การร้องเพลง ชาติการเคารพธงชาติ

เพ็ญศรี สมร่าง (2536) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมชุมชนในงานสาธารณสุข ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนและการประสานงานที่ดีต่อกัน เจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยตนเอง หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวคิดและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับ ทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน การพัฒนาก็จะประสบความล้มเหลวและขาดความ ต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีประสานงานที่ดีจะนำมาซึ่งความใกล้ชิดสนิทสนมและความรู้สึกที่ว่าทุกๆ คนต่างเป็นส่วนหนึ่งของโครงการนั้นๆ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะสั้น การกำหนดนโยบายและอำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลาง การทำงาน จึงมุ่งที่จะสั่งการมากกว่าชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง

3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ จิตวิทยาทางสังคมระเบียบสังคมและ วัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้ง รากฐาน เป็นเวลานานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ การรวมตัวของชุมชน การเสียสละช่วยเหลือ กัน

นุมนวล อุทงบุญ (2536) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ การสมรส

2. ปัจจัยด้านอื่นๆ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยแรงจูงใจ ได้แก่ การมองเห็นผลประโยชน์ตอบแทนจากการเข้าร่วม กิจกรรม การได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้าน

- 2.2 ปัจจัยลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ
- 2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การได้รับทราบรายละเอียดและระยะเวลาเกี่ยวกับกิจกรรมของชุมชน เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 2.4 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารต่างๆ เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 2.5 ปัจจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคล ได้แก่ ความศรัทธาต่อบุคคล ความเกรงใจบุคคลที่เคารพ
- 2.6 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของโครงการ
- 2.7 ปัจจัยด้านเจตคติต่อโครงการ
- 2.8 ปัจจัยด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ
- 2.9 ปัจจัยด้านวัฒนธรรม
- 2.10 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากรัฐ

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้มากมาย ส่วนใหญ่จะมีความคล้ายกัน มีรายละเอียดปลีกย่อยที่มีความแตกต่างกันเล็กน้อย ในที่นี้ผู้วิจัยมีความสนใจปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และได้เลือกนำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วย การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ อันจะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ปัจจัยที่นำมาศึกษามีความสำคัญ ดังนี้

## 5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

**5.1.1 อายุ** อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการ ทั้งร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าวัยสูงอายุ (Oram, 1991) จากการศึกษาของ นิตยา ธนวิวุฒิ และคณะ(2540) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรียในกลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยมาลาเรีย จำนวน 100 คน และกลุ่มเปรียบเทียบคือผู้ไม่ป่วยเป็นโรคมาลาเรีย จำนวน 100 คน พบว่าคนที่มารับบริการตรวจรักษาที่มาลาเรียคลินิก ของส่วนมาลาเรียที่ 9 อำเภอทองผาภูมิ

**5.1.2 เพศ** เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์และเพศยังเป็นตัวแปรที่กำหนด

ความต้องการในการดูแลโดยทั่วไปซึ่งคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ (oreem , 1985) นอกจากนี้เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม สังคมไทยมีค่านิยมให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว และเพศชายมีหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ต้องเดินทางไปทำงานในไร่ หรือหาของป่าซึ่งทำให้โอกาสที่เพศชายเจ็บป่วยด้วยโรคมalaria เรียบมากกว่าเพศหญิง สัมพันธ์กับการศึกษาของ สิริหญิง กังวานเลิศ (2532) ผลการศึกษาพบว่าเพศชายเป็นโรคมalaria เรียบสูงกว่า เพศหญิงในทุกกลุ่มอายุสอดคล้องกับ กรองทอง ทิมसार(อ้างในจันทร์หา เหล่าถาวร และสรชัย หล่อริย์สุวรรณ, 2540) แต่การศึกษาดังกล่าวการศึกษาของ วารุณี วัชรเสวี (2554: บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเมืองที่มีต่อโครงการเมืองนำอยู่ของเทศบาลนครราชสีมาพบว่า เพศชาย เพศหญิงมีส่วนร่วมโครงการเมืองนำอยู่ที่ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.045

**5.1.3 การศึกษา** การศึกษาเป็นรากฐานของความรู้การรับรู้ที่ก่อเกิดความเข้าใจ การตัดสินใจ ทำให้บุคคลเห็นผลประโยชน์ พยายามเสาะหาความรู้ ทำสิ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญและสามารถซักถามปัญหาจนเข้าใจกับวิธีการควบคุมป้องกัน โรคมalaria เรียบ จากข้อมูล UNPD ในด้านดัชนีการพัฒนาระบบสาธารณสุข (ชินภัทร ภูมิรัตน, 2544: 9) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการศึกษามีผลต่อด้านสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าตัวแปรทางการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527: 15) สอดคล้องกับจากการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกัน โรคมalaria เรียบของ ชันทอง บุญเสริม (2539) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ชัดแจ้งกับการศึกษาของ วันชัย สีหะวงษ์ (2551) พบว่าประชากรตามแนวชายแดนไทย-ลาว และกัมพูชาในแต่ละระดับการศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมalaria เรียบไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโรคมalaria เรียบสามารถเกิดได้กับประชาชนในพื้นที่ชายแดนทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนภรณ์ ภูจินาพันธ์ (2534) พบว่าระดับของการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์และ Fungladda&Sumamai (1986 อ้างใน อุษา เล็กอุทัย, 2542) พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมalaria เรียบ

**5.1.4 อาชีพ** สำหรับโรคระบาดที่มากับยุง อาชีพที่ทำงานในป่าหรือในสวนที่มีป่าที่มียุงกัดชุกชุมย่อมเสี่ยงกับการถูกยุงกัดและย่อมจะมีโอกาสเป็นโรคมามากกว่าบุคคลอื่นที่มีอาชีพที่ทำงานอยู่ในตัวอาคาร จากการศึกษาของ ประยุทธ์ สุดาทิพย์ และมานิสาน นิภาเกษม (2541) พบว่ากลุ่มอาชีพที่ไม่ได้เข้าป่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา

ของ มั่น ไชร์คอดเกาะ (2545: 58-59) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลยะลา จังหวัดยะลา พบว่าปัจจัยด้านอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก

**5.1.5 รายได้** รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตด้านความต้องการพื้นฐาน การเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข และสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาของ เสนาะ พ่วงพิัก (2542) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยด้านการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคมลาเรียของประชาชน บริเวณชายแดนประเทศไทย-เมียนมาร์ เขตอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมลาเรียซึ่งมีความขัดแย้งกับการศึกษาของ นิตยา ธนวิวุฒิ และคณะ (2540) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมลาเรีย พบว่าผู้มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( P-value< 0.05)

**5.1.6 สถานภาพการสมรส** ในการศึกษาสถานภาพการสมรสที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรียได้มีนักวิชาการได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรสกับการเกิดโรคไว้หลายท่าน จากการศึกษาของ จตุพร พงษ์ศิริ (2551) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้มาลาเรีย เป็น 2.25 เท่าของผู้มีสถานภาพคู่ สอดคล้องกับ นิตยา ธนวิวุฒิ (2540) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 5.2 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม

### 5.2.1 ความหมายปัจจัยด้านความรู้

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า ความรู้ไว้หลายท่าน ดังนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (อ้างถึงใน อักษร สวัสดิ์ 2542, 26) ได้ให้คำอธิบายว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ โครงสร้างและวิธีแก้ไขปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้นๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และ “การให้ความหมาย” ที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและข้อสรุป รวมถึงความสามารถในการ “คาดคะเน” หรือการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น

เบนจามินบลูม (Benjamin S. Bloom อ้างถึงใน อักษร สวัสดิ์ 2542, 26-28) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการและ

กระบวนการต่างๆ รวมถึงแบบกระสวนของโครงการวัตถุประสงค์ในด้านความรู้ โดยเน้นในเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ โดยก่อนหน้านั้นในปี ค.ศ. 1965 บลูม และคณะ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้หรือพุทธิพิสัย (cognitive domain) ของคน ว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่าง ๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป โดยบลูมและคณะ ได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับ ไว้ดังนี้

1. ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ ความจำให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (comprehension) ในเรื่องใดๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไข ปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

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

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือส่วนใหญ่ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

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

วิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด ศุภกนิษฐ์ (2540) ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการจำและเข้าใจรายละเอียดของข้อมูลต่างๆ ที่บุคคลได้สะสมไว้และถ่ายทอดต่อๆ กันมาตลอดจนสามารถที่จะสื่อความหมาย แปลความ ตีความ ขยายความ หรือแสดงความความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ หลังจากที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แล้ว

### 5.2.2 การวัดระดับความรู้

การวัด เป็นการกำหนดตัวเลขให้กับสิ่งที่ต้องการศึกษาภายใต้กฎเกณฑ์ที่แน่นอน ซึ่งมาตราการวัดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 มาตราการวัดระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นระดับที่ใช้จำแนกความแตกต่างของสิ่งที่ต้องการวัดออกเป็นกลุ่มๆ โดยใช้ตัวเลข เช่น ตัวแปรเพศ แบ่งออกเป็นกลุ่มเพศชายและกลุ่มเพศหญิง ในการกำหนดตัวเลขอาจจะใช้เลข 1 แทนเพศชาย และเลข 2 แทนเพศหญิง ระดับที่ 2 มาตราการวัดระดับเรียงอันดับ (Ordinal Scale) เป็นระดับที่ใช้สำหรับจัดอันดับที่หรือตำแหน่งของสิ่งที่ต้องการวัด ตัวเลขในมาตราการวัดระดับนี้เป็นตัวเลขที่บอกความหมายในลักษณะ มาก-น้อย สูง-ต่ำ เก่ง-อ่อน กว่ากัน ระดับที่ 3 มาตราการวัดระดับช่วง (Interval Scale) เป็นระดับที่สามารถกำหนดค่าตัวเลขโดยมีช่วงห่างระหว่างตัวเลขเท่าๆ กัน สามารถนำตัวเลขมาเปรียบเทียบกันได้ว่า มีปริมาณมากน้อยเท่าใด แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นที่เท่าของกันและกัน เพราะมาตราการวัดระดับนี้ไม่มี 0 (ศูนย์) แท้ มีแต่ 0 (ศูนย์) ระดับที่ 4 มาตราการวัดระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) เป็นระดับที่สามารถกำหนดค่าตัวเลขให้กับสิ่งที่ต้องการวัด มี 0 (ศูนย์) แท้ เช่น น้ำหนัก ความสูง อายุ เป็นต้น ระดับนี้สามารถนำตัวเลขมาบวก ลบ คูณ หาร หรือหาอัตราส่วนกันได้ คือสามารถบอกได้ว่า ถนนสายหนึ่งยาว 50 กิโลเมตร ยาวเป็น 2 เท่าของถนนอีกสายหนึ่งที่ยาวเพียง 25 กิโลเมตร

การวัดระดับความรู้เป็นการประเมินผลด้านความรู้ที่สามารถวัดออกมาเป็นระดับต่างๆ โดยมีนักวิชาการได้ให้ความหมายดังนี้

Wiersma and Jurs (1990) ให้นิยามว่า การวัด หมายถึง การกำหนดค่าเป็นตัวเลขให้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยใช้กฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้ค่าที่เป็นตัวเลขนั้นมีความหมายในเชิงปริมาณเพื่อแทนคุณสมบัติของสิ่งที่ต้องการวัด ผลจากการวัดได้เป็น ค่าสังเกต (observed value) หรือค่าการวัด (measure)

มนตรี (2537) ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับแรก ความรู้เกี่ยวกับสิ่งรอบตัวเรา ซึ่งสามารถรับรู้ได้โดยประสาทสัมผัส มองเห็น ได้ยิน คมกลิ่น และลิ้มรสได้ เช่น ความร้อน-เย็น ความสว่าง-มืด เสียง ดังระดับที่สอง ได้แก่ ความรู้ด้านภาษา ซึ่งจะทำได้ อ่าน และเขียนหนังสือได้ ฟังเข้าใจ ฟังวิทย์และดูทีวีรู้เรื่อง ตลอดจนมีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้สะสมและ

ตกทอดกันมาในระดับที่สาม ได้แก่ ความรู้ด้านวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาเล่าเรียน ทำให้คิดเลขเป็น คำนวณดอกเบี้ยได้ ออกแบบอาคารได้ เขียนบทละครได้ ใช้คอมพิวเตอร์เป็น วินิจฉัยโรคและรู้วิธีรักษาโรค เป็นต้น ความรู้วิชาการเหล่านี้ มักจะต้องเรียนรู้จากครู อาจารย์ เอกสาร ตำราทาง วิชาการหรือผู้ที่รู้เรื่องนั้นมาก่อน ระดับที่สี่ ได้แก่ ความรู้ใหม่ เป็นความรู้ที่ไม่เคยมีอยู่ก่อน ได้มา โดยการค้นคว้าวิจัย การคิดค้นกระบวนการใหม่ และควรจะหาแนวทางในการนำความรู้ใหม่ไปใช้ ให้เป็นประโยชน์ เพื่อให้เกิดการพัฒนา

Bloom และคณะ (1956) (อ้างใน สุภภรณ์, 2546) ได้ทำการศึกษาและจำแนก พฤติกรรมด้านความรู้ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงตามลำดับชั้นความสามารถจากต่ำไปสูง ดังนี้

1. ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจำหรือรู้สึกได้ แต่ไม่ใช่การใช้ ความเข้าใจไปตีความหมายในเรื่องนั้นๆ แบ่งออกเป็น ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่องซึ่งเป็นข้อเท็จจริง วิธีดำเนินงาน แนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง และหลักการ

2. ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่างๆ ได้ ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม แบ่งเป็นการแปลความ การตีความ การขยายความ

3. การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมา เช่น แนวคิด ทฤษฎีต่างๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือนำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่างๆ ได้

4. การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราว ออกเป็น ส่วนประกอบย่อย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบส่วนย่อย และหลักการ หรือทฤษฎี เพื่อให้เข้าใจเรื่องราวต่างๆ

5. การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราว หรือส่วน ประกอบย่อยมาเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้มีคุณค่า ขึ้น

6. การประเมินค่า หมายถึง ความสามารถในการพิจารณา ตัดสินคุณค่าของ ความคิดอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินใจอะไรดีไม่ดียังไรใช้หลักเกณฑ์เชื่อถือได้โดยอาศัย ข้อเท็จจริงภายในและภายนอก

ปัจจัยด้านความรู้มีนักวิชาการได้ศึกษาในหัวข้อการมีความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

นิตยา ธนวิวุฒิ (2540) พบว่าปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วันเพ็ญ (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของนักเรียนมัธยมต้น พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงขอโรค การรับรู้ผลประโยชน์ที่ได้รับ จากการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

เสนาะ พ่วงพิก (2542) ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการ เกิดโรคมมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $p=0.0035$ )

พิมพ์พร เชื้อบางแก้ว (2541) ที่ศึกษาในเรื่องการระบาดวิทยาและการป้องกัน ตัวเองของโรคมมาลาเรียในชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง

### 5.3 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติ โดยแยกหัวข้อ ต่างๆ ดังนี้

#### 5.3.1 ความหมายของทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติมีรากศัพท์มาจากภาษา ละตินว่า APTUS แปลว่า โนมเอียง ซึ่งนักวิชาการแต่ละท่านได้ให้ความหมายของทัศนคติ ดังนี้

ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร (2545: 138) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคล ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้ จะต้องอยู่นานพอสมควร

สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ (2541: 64) ทัศนคติ คือ ผลผสมผสาน ระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งออกมาในทางประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทาง ขอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ขึ้น

พงศ์ หรดาล (2540: 42) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก ท่าที ความคิดเห็น และพฤติกรรมของคนที่มีความสัมพันธ์เพื่อนร่วมงาน ผู้บริหาร กลุ่มคน องค์กรหรือสภาพแวดล้อมอื่นๆ โดยการแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกหรือท่าทีในทางยอมรับ หรือปฏิเสธ

นิวสตรอม และเดวิส (Newstrom และ Devis (2002: 207) ให้ความหมาย ของทัศนคติไว้ว่าทัศนคติ ความรู้สึกหรือความเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่า พนักงานรับรู้สภาวะ แวดล้อมของพวกเค้าอย่างไร และผูกพันกับการกระทำของพวกเค้า หรือมีแนวโน้มของการกระทำ อย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร

ฮอนบี้ (Hornby, A S. (2001: 62) “Oxford Advanced Learner’s Dictionary of Current English”) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ วิถีทางที่คุณคิดหรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคนใดคนหนึ่ง และวิถีทางที่คุณประพฤติต่อใครหรือคนใดคนหนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณคิดหรือรู้สึกอย่างไร

กล่าวโดยสรุปคือ ทัศนคติ คือ ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับ สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งทำให้มีความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ถ้ามีความรู้สึกชอบ อยากได้ อยากใกล้ สิ่งนั้นเรียกว่า ทัศนคติเชิงบวกถ้ามีความรู้สึกไม่ชอบ ไม่อยากได้ ไม่อยากใกล้ สิ่งนั้น เรียกว่า ทัศนคติเชิงลบ ถ้ามีความรู้สึกเฉยๆ ไม่ชอบ ไม่เกลียด เรียกทัศนคติแบบนี้ว่า แบบทัศนคติแบบนิ่งเฉย

**5.3.2 ลักษณะของทัศนคติ** ได้มีนักวิชาการสรุปความหมายของลักษณะของทัศนคติ ดังนี้

ศักดิ์ไทยสุรกิจบวร(2545: 138)ได้กล่าวถึงลักษณะทัศนคติสรุปได้ดังนี้

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้
2. ทัศนคติมีลักษณะที่คงทนถาวรยาวนานพอสมควร
3. ทัศนคติมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัว คือ บอกลักษณะดี-ไม่ชอบ-ไม่ชอบ
4. ทัศนคติทำให้บุคคลที่เป็นเจ้าของพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่หมายของทัศนคติ
5. ทัศนคติบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งของ และบุคคลกับสถานการณ์ นั่นคือ ทัศนคติย่อมมีที่หมายนั่นเอง

อิทธิพร สายนาท (2543: 26) อ้างอิงจาก กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2526: 231) อธิบายถึง ลักษณะของทัศนคติที่สำคัญ มีดังนี้

1. ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้หรือการได้รับประสบการณ์ ไม่ใช่สิ่งที่คิดตัวมา แต่กำเนิด
2. ทัศนคติ เป็นดัชนีที่ชี้แนวทางการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้ามีทัศนคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหา หรือแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงกันข้ามถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีก็มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหา โดยการถอยหนีหรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น
3. ทัศนคติ สามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอื่นๆ ได้ เช่น บิดามารดา ไม่ชอบ บุคคลหนึ่งย่อมมีแนวโน้มทำให้เด็กไม่ชอบบุคคลนั้นด้วย
4. ทัศนคติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่ได้มาจาก

การเรียนรู้หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าการเรียนรู้หรือประสบการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไปทัศนคติย่อมเปลี่ยนแปลง

จากการศึกษาลักษณะของทัศนคติสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ จากประสบการณ์ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากประสบการณ์และการเรียนรู้ ถ้ามีทัศนคติไปในทางที่ดีจะมีแนวโน้มที่จะเข้าหาสิ่งนั้น แต่ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีก็จะปฏิเสธในสิ่งนั้น

### 5.3.3 ประเภทของทัศนคติ

เรนซิดไลเคิร์ต (Rensis Likert 1961, อ้างใน วิชาวรรณ พัฒนพงษ์, 2547) ได้แยกประเภทของทัศนคติว่า บุคคลสามารถแสดงทัศนคติออกได้ 3 ประเภท คือ

1. ทัศนคติเชิงบวก (Positive Attitude) เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออกพฤติกรรมในด้านดีต่อบุคคล เรื่องราว หรือสิ่งต่างๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีและความร่วมมือในทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ และนับเป็นพื้นฐานที่ดีในการยอมรับความคิดหรือข้อมูลใหม่ๆ
2. ทัศนคติเชิงลบ (Negative Attitude) เป็นทัศนคติที่สร้างความรู้สึกที่ไม่ดีต่อบุคคล เรื่องราว หรือสิ่งต่างๆ มักเกิดขึ้นร่วมกับความไม่พอใจ ทัศนคติด้านลบนี้จะเกิดขึ้นในใจของบุคคล นำไปสู่ความสรุปตัดสินในเรื่องต่างๆ แม้จะยังไม่มีความเข้าใจในเรื่องนั้นอย่างถ่องแท้ก็ตาม
3. ทัศนคตินิ่งเฉย (Passive Attitude) เป็นทัศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคล เรื่องราว สถานการณ์ หรือสิ่งอื่นๆ โดยสิ้นเชิง ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากความห่างไกลจากผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ทั้งนี้บุคคลอาจมีทัศนคติดังกล่าวเพียงประเภทเดียวหรือหลายประเภทรวมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในเรื่องราวความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือค่านิยมที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ เป็นต้น

### 5.3.4 การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติ เป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจและมีนักวิจัยได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการวัดทัศนคติกันอย่างแพร่หลาย และได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการวัดทัศนคติ ดังนี้ มอริริสและฟิทซกิบบอน (Henson, Morris and Fitz-Gibbon, 1978) ได้กล่าวเอาไว้ว่า ทัศนคติไม่ได้เป็นสิ่งที่สามารถตรวจสอบหรือวัดได้เช่นเดียวกับการตรวจสอบเซลล์ผิวหนังของมนุษย์ หรือการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ แต่ทัศนคติของบุคคลหนึ่งอาจแสดงออกมาได้ด้วยการใช้คำพูดหรือการกระทำจะเห็นได้ว่า ความคิดข้างต้นนี้จะเน้นที่การแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นหลักในการวัดทัศนคติ

ไอเซน (Ajzen, 1988) ได้กล่าวเอาไว้ว่า โดยธรรมชาติแล้ว คุณสมบัติของทัศนคติเป็นสิ่งที่วัดได้ แม้ว่าทัศนคติจะเป็นเพียงภาวะของจิตใจ ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรง

แต่ทัศนคติก็อาจวัดได้โดยอาศัยจากผลของการตอบสนอง ซึ่งจะประเมินได้เป็นทางบวกหรือทางลบ และมีระดับความมากน้อย

ได้มีผู้ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับเรื่องปัจจัยทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรีย จากกรณีศึกษาของ วิจิต คอกขัน (2541, 63-66) ศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมมาลาเรียของนักเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกสอดคล้องกับ พัชณา เสงบริบูรณ์พงศ์ และคณะ(2550) พบว่าทัศนคติ เรื่องการป้องกันตนเองจากโรคมมาลาเรียมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สิริลักษณ์ เรื่องณรงค์ (2546: 83-87) ได้ศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

ในการศึกษาวิจัยผู้วิจัยเลือกวิธีการวัดแบบ ลิเคอร์ท (Likert Scale) ซึ่งเป็นการวัดทัศนคติออกเป็นประเภท จำนวน 3 ประเภท คือ 1. ทัศนคติของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในเชิงบวก 2. ทัศนคติของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียแบบนิ่งเฉย 3. ทัศนคติของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียเชิงลบ

#### 5.4 ความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วย

คำว่า “ความเชื่อ” มีความหมายอยู่หลายความหมาย นักวิชาการ และผู้รู้ได้ให้ความหมายของความเชื่อไว้ในแง่มุมต่างๆ ดังนี้

ธวัช บุญมณี (2536) ความเชื่อ คือ การยอมรับว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นความจริงหรือเป็นสิ่งที่เราไว้วางใจ ความจริงหรือความไว้วางใจที่เป็นรูปของความเชื่อนั้น ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นความจริงที่ตรงตามหลักเหตุผลหรือหลักวิทยาศาสตร์ใดๆ คนที่เชื่อในฤกษ์ยามก็จะถือว่า วันเวลาการโคจรของดวงดาวจะก่อให้เกิดผลต่อตัวมนุษย์ คนที่เชื่อเครื่องรางของขลังก็จะมีคามยึดมั่นว่าเครื่องรางของขลังให้คุณให้โทษแก่ตนได้จริง ตัวอย่างของความเชื่อ ได้แก่ โสยศาสตร์ โหราศาสตร์ โขคลาง ของขลัง ผีสาง นางไม้ ความเชื่ออำนาจลึกลับ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ อิทธิฤทธิ์ปาฏิหาริย์ เหล่านี้เป็นต้น

ธวัช บุญโณทก (2528: 350) ได้กล่าวถึงความเชื่อไว้ว่า ความเชื่อ คือ การยอมรับอันเกิดอยู่ในจิตสำนึกของมนุษย์ต่อพลังอำนาจเหนือธรรมชาติ ที่เป็นผลดีหรือผลร้ายต่อมนุษย์นั้นๆ หรือสังคมมนุษย์นั้นๆ

ราชบัณฑิตยสถาน (2525: 278) ความเชื่อ หมายถึง เห็นตามด้วย มั่นใจ ไว้วางใจ นับถือ

มานิต มานิตเจริญ (2514: 453) กล่าวว่าความเชื่อหมายถึง เห็นจริงด้วย วางใจไว้ใจ มั่นใจ และนับถือ

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย (2524: 42) ให้ความหมายเกี่ยวกับความเชื่อไว้ 2 นัยด้วยกัน คือ

1. การยอมรับข้อเสนอข้อใดข้อหนึ่งได้ว่าเป็นความจริง การยอมรับเช่นนี้โดยสารถะสำคัญและเป็นการรับเชิงพุทธิปัญญา แม้ว่าจะมีอารมณ์สะท้อนใจเข้ามาประกอบร่วมด้วยความเชื่อจะก่อให้เกิดภาวะทางจิตขึ้นในบุคคลซึ่งอาจจะเป็นพื้นฐาน สำหรับการกระทำโดยสมัครใจของบุคคลนั้น ความเชื่อ อาจจะมีพื้นฐานจากหลักฐานข้อเท็จจริงที่เชื่อได้หรือมีพื้นฐานจากความเดียดฉันท์จากการนึกรู้เอาเอง หรือจากลักษณะที่ทำให้เกิดความเข้าใจไขว่ไขว่ก็ได้ เพราะฉะนั้นความเชื่อจึงมิได้ขึ้นอยู่กับความจริงเชิงวัตถุวิสัยในเนื้อหาความเชื่อแปลกวิตถารก็ได้ คนเราอาจจะกระทำการอย่างแข็งขันจริงจัง หรืออย่างบ้าคลั่งด้วยความเชื่อที่ผิดได้เท่าๆ กับที่ทำด้วยความเชื่อที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม การทำให้สติปัญญาใดๆ ก็ตามยอมต่ออาศัยความเชื่ออยู่ด้วยเสมอ แต่สติปัญญาเองนั้นอาจใช้มาทดสอบความเชื่อและตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องพื้นฐานความเชื่อได้นั้นได้

2. การยอมรับข้อเสนอข้อใดข้อหนึ่งว่า เป็นจริง โดยที่ยังมิได้พิสูจน์ได้โดยวิธีการของวิทยาศาสตร์จากคำจำกัดความต่างๆ ข้างต้น จึงพอสรุปความหมายของความเชื่อไว้ว่า “ความเชื่อ” หมายถึง การยอมรับต่างๆ ว่าเป็นจริง มีอยู่จริง และมีอำนาจที่จะบันดาลให้เกิดผลดีหรือผลร้ายต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นความจริงด้วยเหตุผล แต่เป็นที่ยอมรับกันในกลุ่มชนหรือสังควัติชีวิตของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระบบต่างๆ และมีความเชื่อในเรื่องภูตผีปิศาจที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงต่อการป้องกันหรือรักษาโรคที่เกิดขึ้นกับตัวเองหรือคนในครอบครัว ดังนี้

**5.4.1 ระบบความเชื่อที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ** (ชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงเชื่อว่าคนเราจะมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้นั้นขึ้นอยู่กับสภาพของขวัญซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 37 ขวัญ คือ ถ้าคนใดมีขวัญอยู่กับเนื้อกับตัวหรือขวัญแข็งแรงจะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์มากกว่าคนที่ขวัญอ่อน

#### **5.4.2 ระบบความเชื่อที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย**

สาเหตุของการเจ็บป่วยทุกชนิดเชื่อว่าเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ ประการแรกเกิดจากการทำของผีซึ่งเป็นผีร้าย ผีตายโหง ผีหัวโหยงจับเอาขวัญไปเป็นตัวประกันเพื่อแลกเปลี่ยนกับอาหารของเครื่องเช่น ไหว้ของตน ประการที่สองเกิดจากการพฤติกรรมของมนุษย์เอง เช่นการบริโภคอาหารที่มีพิษทำให้เกิดโรคได้ การผิดกฎจารีตของสังคม ครอบครัวทำให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คุ้มครองหมู่บ้านลงโทษ ดังนั้นชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงได้แบ่งสาเหตุการเจ็บป่วยออกเป็น 2 ประเภท

##### **1) การเจ็บป่วยสาเหตุมาจากการกระทำของผี**

(1) การเจ็บป่วยแบบฉับพลัน การเจ็บป่วยประเภทนี้เชื่อว่าเป็นการทำของผีร้ายประเภทต่างๆ ซึ่งมีวิธีการรักษาโดยการไปหาผู้เลี้ยงตาย (คนทรง) เรียกว่า “เซอะ หระ ก่าดำ” เพื่อดูเมื่อว่าถูกผีตนไหนกระทำจับขวัญไปเมื่อไร ที่ไหน ต้องการอะไรหลังจากนั้นจะเลือกวิธีการรักษา

(2) การเจ็บป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป การเจ็บป่วยในลักษณะนี้เชื่อว่าเป็นการกระทำของผีเช่นกัน แต่อาการนั้นจะไม่ปรากฏทันทีทันใดแต่อาการจะเกิดขึ้นทีละน้อย เช่น เจ็บตา เจ็บข้อมือข้อเท้า รวมทั้งอาการไม่เป็นปกติของสภาพจิตใจ เช่น ไม่อยากกลับไปอยู่บ้าน พูดเพื่อเจื่อนอนละเมอ เลอะเลือน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงานเป็นต้นการรักษาเริ่มจากการไปหาเซอะ หระ ก่าดำ (คนทรง) ในหมู่บ้านเพื่อค้นหาสาเหตุ

2) การเจ็บป่วยจากเชื้อโรค ของมีพิษ และอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยประเภทนี้เชื่อว่าสาเหตุจากพฤติกรรมของมนุษย์ โดยแยกออกได้ดังนี้ เกิดจากการรับประทานอาหารโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรืออาหารที่มีพิษทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น

#### 5.4.3 วิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยประเภทของหมอพื้นบ้าน

คำว่าหมอในภาษาชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงนั้นจะไม่มีคำแปลโดยตรงแต่จะมีความหมายที่ตรงกับผู้รู้ ผู้ชำนาญหรือผู้มีญาณพิเศษ ในแต่ละด้านเรียกว่า “เซอะ หระ” ซึ่งแปลว่า ครูหรืออาจารย์ในที่นี้หมายถึง ผู้มีความรู้ความสามารถที่จะรักษาผู้ป่วยได้

#### 5.4.4 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยอาการโรคของกลุ่มหมอตา ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความรู้ความสามารถที่ได้ร่ำเรียนมาจะเห็นได้ว่ากลุ่มหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ด้านการจับเส้นเอ็น บีบนิ้วจะวินิจฉัยโรคโดยอาศัยการสังเกตอาการของโรค หมอผีจะวินิจฉัยโรค โดยอาศัยคาถาอาคมการจับชีพจรผู้ป่วยและเครื่องมือ อุปกรณ์พื้นบ้านช่วยหมอสมุนไพรจะวินิจฉัยโรคโดยการสังเกตอาการของผู้ป่วยว่าเป็นอะไรที่ผ่านมาได้ทำอะไรบ้างและอาศัยประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน

#### 5.4.5 วิธีดูแลรักษาสุขภาพ

การรักษาอาการเจ็บป่วยของหมอพื้นบ้านแต่ละคนแต่ละประเภทจะใช้ความรู้ ความสามารถประสบการณ์และระบบความเชื่อที่มีฝีมือการปรุงยาซึ่งชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงเอามารักษาอาการเจ็บป่วย ซึ่งว่าคนเราแต่ละคนจะมีโชคชะตาราศีที่ไม่ตรงกันไม่เหมือนกัน ดังนั้นหมอพื้นบ้านแต่ละคนไม่สามารถรักษาคนไข้ให้หายได้ทุกคนคือหมอพื้นบ้านคนหนึ่งอาจรักษาคนป่วยคนหนึ่งให้หายได้ก็ได้แต่กับคนป่วยอีกคนหนึ่งอาจรักษาไม่หาย ดังนั้นวิธีการรักษาอาจจะมีหลายรูปแบบหลายวิธีการดังนี้

### 1) การรักษาด้านร่างกาย

การรักษาด้านร่างกาย หมายถึง การรักษาอาการของโรคของคนป่วยที่เกิดจากทั้งภายนอกภายใน ซึ่งสาเหตุของโรคมมาจากหลายสาเหตุ เช่น เชื้อโรค อุบัติเหตุ และอื่นๆ วิธีการรักษานั้นหมอพื้นบ้านใช้หลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและระบบความเชื่อของหมอพื้นบ้านซึ่งสามารถแยกวิธีออกเป็นดังนี้

การรักษาด้วยยาสมุนไพรด้วยสมุนไพรที่ใช้ได้มาจากพืช สัตว์ แร่ธาตุ และพลังงาน การรักษาจะมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับลักษณะและรูปแบบของการเจ็บป่วยดังตัวอย่าง

1. อาการไข้ในรักษาโดยการต้มยาให้ดื่ม
2. อาการฟกช้ำเคล็ดขัดยอก รักษาโดยการนวด การพอกยา
3. อาการท้องเสียกินอาหารพิษรักษาโดยให้รับประทานยาสมุนไพร
4. อาการพิษไข้ผู้หญิงหลังคลอดลูกรักษา โดยการอบไอน้ำสมุนไพร

เป็นต้น

สมุนไพรที่รักษาการเจ็บไข้ได้ป่วยได้มาจากทั้งสัตว์ แร่ธาตุ และพลังงาน

การรักษา ตัวอย่างเช่น

1. สมุนไพรที่ได้จากพืช เช่น ว่านชนิดต่างๆ ขิง ขมิ้น
2. สมุนไพรที่ได้จากสัตว์ เช่น เขากวางก้างปลา กระเพาะตัวนึ่ง
3. สมุนไพรที่ได้จากแร่ธาตุ เช่น ดินจอมปลวก
4. สมุนไพรที่ได้จากพลังงาน เช่น การเผาก้อนหินให้ร้อน

การรักษาโดยใช้คาถาอาคมหมอพื้นบ้านบางคนมีความสามารถด้านคาถาอาคมโดยเฉพาะ ดังนั้นกลุ่มนี้จะใช้คาถาอาคมในการรักษาโรคซึ่งสามารถรักษาโรคที่เกิดจากทั้งภายนอกและภายในร่างกายดังตัวอย่างดังนี้

1. คาถาใช้รักษาอาการปวดหัว
2. คาถาใช้รักษาอาการโรคลงสะเก็ด
3. คาถาใช้รักษาแผลสด จากอุบัติเหตุ
4. คาถาใช้รักษาอาการไข้ใน เลือดตกในจากอุบัติเหตุเป็นต้น

การรักษาโดยใช้คาถาอาคมและยาสมุนไพรโดยปกติแล้วคนที่เป็หมอพื้นบ้านที่เป็นผู้ชายทุกคนจะมีความรู้ความสามารถทั้งด้วยยาสมุนไพรและคาถาอาคม ดังนั้นหลายครั้งจะมีการรักษาโดยใช้ทั้งสองแบบควบคู่กันไปเช่นกระดูหัก จะมีการใช้ยาสมุนไพรและคาถาอาคมพร้อมๆ กันไปกับการรักษาโดยการจับเส้น บีบนวด ซึ่งเป็นการรักษา อาการเคล็ด ขัดยอก ปวดเมื่อยตามร่างกาย

## 2) การรักษาด้านจิตใจ

การรักษาด้านจิตใจเป็นการรักษาอาการของคนไข้ที่ใช้ภูมิปัญญาองค์ความรู้และความเชื่อเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่คนไข้เพื่อให้สามารถต่อสู้กับโรคภัยได้ ในระบบหมอพื้นบ้านของชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง พอสสรุปได้ดังนี้

- คำที่จื่อ (การมัดมือ) เป็นการรักษาคอนไขที่มีอาการอ่อนเพลียการฟื้นฟูหรือสภาพจิตใจที่ไม่ปกติ
- ต่าเก๊ะเก่อ ลา (การเรียกขวัญ) เป็นการรักษาคอนไขตามความเชื่อว่าขวัญไม่อยู่กับเนื้อกับตัวหนีไป เนื่องจากสาเหตุ การตกใจการสะดุ้งอย่างรุนแรง
- ต่า แกะพะอ๊ เป็นการรักษาคนไข้ที่มีอายุมากแล้วที่อาการอ่อนเพลียเบื่ออาหารและสภาพจิตใจไม่ปกติ ซึ่งเชื่อว่าพ่อแม่ที่ตายแล้วนำ เก่อ ลา ไปที่ยมโลกหมายถึง “ปลื้ก้ออ”
- ต่าเตาะหลือเป็นการรักษาคอนไขที่มีอาการหนักมากโดยเชื่อว่า วิญญาณของคนไข้ไปอยู่ที่ปลื้ก ออ แล้ว
- การลงผีเจ้านายและการเซ่นไหว้ด้วยวิธีต่างๆ

ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่เคยป่วยเป็นไข้มาลาเรียเฉลี่ยปีละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 26.7 ของประชาชนทั้งหมดไม่เคยป่วยเป็นมาลาเรียอย่างไรก็ดี ในกลุ่มผู้ที่เคยป่วยมักรักษาด้วยการกินยาพื้นบ้านยาของและยาควินิน (ควยนิ) ซึ่งใช้รักษาอาการตัวร้อนเป็นไข้ และหนาวสั่น (ตายะเก้อ / ตะเหณะ) ประชาชนในชุมชนนี้มักจะรักษาตนเองตามแบบพื้นบ้านกล่าว คือนิยมใช้รากไม้ ใบไม้มาต้มกินเป็นยาหรืออาจใช้วิธีเลี้ยงผีซึ่งบางครั้งก็หาย บางครั้งก็ไม่หาย (หน้า 26, 33-34) สำหรับโรคภัยไข้เจ็บประชาชนในชุมชนมักป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงและโรคบิดกันมาก นอกจากนี้ยังพบโรคปอดบวม โรคหวัด โรคผิวหนัง โรคขาดสารอาหาร โรคคอพอกรวมถึงโรคพยาธิ และโรคเท้าช้าง นอกจากนี้ยังพบปัญหาหยาเสพติด การดื่มสุราสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ เพศชาย 1 ใน 3 สูบบุหรี่เป็นประจำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนรูปแบบไปใช้เข็มฉีดยาร่วมกันอีกด้วยการดูแลสุขภาพภายในครอบครัวผู้อาวุโสมักช่วยกันหาสาเหตุโดยใช้ความรู้ความสามารถด้านโหราศาสตร์และไสยศาสตร์ ที่ส่งสมถ้ายทอดกันมาหลายชั่วคน อาทิ การเลี้ยงทายข้าวสารการดูกระดูกไก่ที่ต้มแล้ว เป็นต้น การรักษาโรคตามความเชื่อแบบโบราณหากเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของผีก็มักจะเลี้ยงผีขอมาผีด้วยการเซ่นสรวงบูชาในที่ที่ผีนั้นสิงสถิตอยู่หรือใช้วิธีเรียกขวัญผูกข้อมือหากเป็นไข้กี้มักรักษาตามความเชื่อแบบพื้นบ้าน กล่าวคือนำก้อนหินจากลำธารมาต้ม กินน้ำที่ยังอุ่นแล้วฝังไฟสวมเสื้อผ้าหนาๆ นอนพักก่อน หากมีไข้หนาวสั่นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลันมักเชื่อกันว่าเกิดขึ้นจากการกระทำของผีหรือเสียดขวัญ หากเป็นไข้ตายกะทันหันเชื่อว่าถูกผีทะเล่งงาน หากมีอาการไข้ท้องโต

ชนิดเหลืองเชื่อว่าเกิดขึ้นจากการถูกทำของหรือผู้คุณจะต้องให้หมอผีเรียกของออกจากร่างของผู้ป่วย หากมีอาการท้องร่วงอาเจียนจะใช้ยากระชิกะมะ ซึ่งเป็นยาสมุนไพรพื้นบ้านหากเกิดบาดแผลก็จะใส่สมุนไพรที่ได้จากการเคี้ยวไขมันสัตว์สำหรับโรคมลาเรียมักเป็นกันมากในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคมหากมีผู้ป่วยมาลาเรียก็อาจแพร่เชื้อสู่คนในชุมชนได้ง่ายเนื่องจากในชุมชนมียุ้ง ซึ่งเป็นพาหะชุกชุมเจ้าหน้าที่จากคลินิกมาลาเรียทะเลใหม่และเจ้าหน้าที่ส่วนงานมาลาเรียจากแม่ระมาดจะเข้ามาในชุมชนเดือนละครั้งมีการเจาะเลือดเพื่อค้นหาผู้ป่วยในแต่ละเดือนซึ่งมักไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนเท่าใดนักนอกจากนี้ยังมีพระภิกษุมาช่วยทำการรักษาให้โดยการจ่ายยาแผนปัจจุบันและให้กินน้ำมันต๋องผงกระแสดิจรักษาอาการปวดศีรษะ ปวดท้องเป็นไข้ รวมถึงมาลาเรียด้วยสำหรับยาแผนโบราณหรือยาหม้อต้มรักษาอาการและป้องกันมาลาเรีย ประกอบด้วย สมอไทย ขมิ้นอ้อย ผักกูด ใบสะเดา ใบหนาด (ธวัช บุญณิน, 2536)

และอีกปัจจัยหนึ่งพบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จเรื่องโรคมลาเรีย เช่น ปัจจัยด้านสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง อาทิ เพศ อายุสถานภาพสมรสมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิดความเชื่อไม่มากนักแต่ปัจจัยที่ส่งผล คือ แบบแผนความคิด ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม รวมทั้งสถาบันทางสังคมทั้งภายในและภายนอกชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิดความเชื่อของประชากรกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือชุมชนนี้มีความคิดเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งมีอิทธิพลต่อความเชื่อและวิถีปฏิบัติ รวมถึงแบบแผนพฤติกรรมในการวินิจฉัย ป้องกันรักษาโรคด้วยการผสมผสานระบบการแพทย์สามัญชนระบบการแพทย์พื้นบ้านและระบบการแพทย์สมัยใหม่เข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตามก็ตีกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเชื่อว่าเมื่อป่วยเป็นมาลาเรียต้องได้รับการรักษาจากหมอเท่านั้นจึงจะหายสมาชิกในครอบครัวและผู้อาวุโสในครอบครัวหรือในชุมชนมีบทบาทในการวินิจฉัยและป้องกันรักษาโรค

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาปัจจัยด้านความเชื่อต่อการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียพบว่าจากการศึกษาของ William reeder (อ้างถึงใน ไชยชนะ สุทธิวรชัย, 2536: 25-26) พบว่า ปัจจัยความเชื่อที่เป็นแรงดึงดูดให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ธนินวุฒิ (2540) พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคมลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่นักวิชาการได้ศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยความเชื่อที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียไว้หลายคน ซิงค์ (Singh อ้างถึงใน เดชา เลศวิสัย, 2540: 43) พบว่าความเชื่อด้านศาสนา ความเชื่อในตนเอง ความเชื่อและการแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นปัจจัยกำหนดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับ อนุภาพ ธีรลาภ (2528: 25-26) พบว่าความเชื่อในตัวผู้นำเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในชุมชน สอดคล้องกันกับ

เพอร์สัน Person (อ้างถึง สุวรรณ มานะโรจนานนท์, 2542: 15) อธิบายว่า การกระทำมนุษย์ (Action of any one) ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมในสังคมนั้นเป็นสมาชิก และ John M.Cohen และ Norman T. Uphoff (อ้างใน อรอนงค์ ธรรมกุล, 2539: 19) พบว่าภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชน

ผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัย ความเชื่อในการดูแลสุขภาพตัวเองและการเจ็บป่วย ของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงคือความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2 สาเหตุ คือ การเจ็บป่วยที่สาเหตุมาจากการกระทำของผี การเจ็บป่วยที่สาเหตุมาจากเชื้อโรค การรักษาอาการเจ็บป่วยสามารถแยกออกเป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางด้านร่างกาย จะรักษาด้วยสมุนไพร คาถาอาคม แร่ธาตุและพลังงาน การรักษาทางด้านจิตใจ จะเป็นการรักษาโดยให้กำลังใจเพื่อให้สามารถสู้กับโรคภัยไข้เจ็บได้

### 5.5 ปัจจัยการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ

ได้มีการให้นิยามหรือความหมายการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของการสนับสนุน หมายถึง ส่งเสริม ช่วยเหลือ อุปการะ เช่น สนับสนุนการกีฬา สนับสนุนการศึกษาจากหน่วยงานของรัฐ

เปลื้อง ณ.นคร (2529) ให้ความหมายของการสนับสนุน หมายถึง ส่งเสริม ช่วยเหลือ อุปการะจากหน่วยงานของรัฐ รัฐ เป็นแนวความคิดหรือมโนทัศน์ที่ย่อลงมาจากการเมือง (Politics) ในลักษณะที่รัฐเป็นสถาบันที่เกิดขึ้นจากการจัดระเบียบและการสร้างแบบแผนอย่างเป็นทางการของการเคลื่อนไหวหรือพลวัตของการเมืองโดยที่รัฐประกอบไปด้วยประชากรและสิทธิหน้าที่ต่างๆ สถาบันและกระบวนการยุติธรรม หลักการและอำนาจซึ่งเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์แบบโครงสร้าง ส่วนในมโนทัศน์อย่างแคบรัฐหมายถึง รัฐบาลที่ทุกรัฐจะต้องมีเป็นของตนเอง รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่ในการปกครองในนามของรัฐ (Leslie Lipson 2002, 46)

ชยอนันต์ สมุทวณิช ได้กล่าวถึงความหมายของรัฐตามทัศนะของเบนจามินและควาล (Roger Benjamin and Raymond Duvall) ซึ่งได้เสนอว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับรัฐอยู่ 4 แนวทาง คือ (1) รัฐในฐานะที่เป็นรัฐบาล (The state as government) ซึ่งหมายถึงกลุ่มบุคคลที่ดำรงตำแหน่ง ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจในสังคมการเมือง และ (2) รัฐในฐานะที่เป็นระบบราชการ (The state as public bureaucracy) หรือเครื่องมือทางการบริหารที่เป็นปีกแผ่นและเป็นระเบียบทางกฎหมายที่มีความเป็นสถาบันทั้งสองความหมายนี้เป็นการมองรัฐตามแนวคิดของนักสังคมศาสตร์ที่มีชื่อมาร์กซิสต์ (3) รัฐในฐานะที่เป็นชนชั้นปกครอง (The state as ruling class) เป็นความหมายในแนวคิดของมาร์กซิสต์ และ (4) รัฐในฐานะที่เป็นโครงสร้างทางอุดมการณ์ (The state as normative order) ซึ่งเป็นแนวคิดของนักมานุษยวิทยา

เนทเทิล (J.P.Nettle) ในบทความ “State as Conceptual Variable” และ “World Politics (1968 อ้างถึงในชัย อนันต์ สมุทวณิช 2535, 25-27) เห็นว่ารัฐ หมายถึง

1. องค์กรที่รวมศูนย์การทำหน้าที่และโครงสร้างไว้ เพื่อที่จะปฏิบัติการได้อย่างทั่วด้านแนวคิดนี้เป็นแนวคิดแบบดั้งเดิมที่เน้นเรื่องอำนาจอธิปไตยและรัฐอธิปไตย ว่ารัฐมีฐานะสูงกว่าองค์กรอื่นๆ ในสังคม อำนาจของรัฐเป็นอำนาจตามกฎหมายแนวคิดนี้จึงเชื่อมโยงรัฐกับกฎหมาย กับระบบราชการและกับรัฐบาล

2. รัฐในฐานะที่เป็นหน่วยงาน ในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ หมายถึง การที่รัฐมีอิสระในการดำเนินกิจการต่างๆ กับรัฐอื่นๆ แนวคิดนี้อาจเป็นแนวคิดเดิมเรื่องรัฐธรรมนุญอีก เช่นกันหากรัฐมีอิสระในการดำเนินกิจการระหว่างประเทศ ก็จะมีความเป็นรัฐ (Stateness) สูง แนวคิดนี้ใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ลักษณะสองด้านของรัฐคือรัฐเป็นหน่วยอำนาจอธิปไตยในความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมภายในสังคม (intrasocial) ด้านหนึ่งกับรัฐเป็นหน่วยหนึ่งในความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมภายนอกสังคม (extrasocial) อีกอย่างหนึ่ง

3. รัฐในฐานะที่เป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีลักษณะเด่นเฉพาะตัวแนวคิดนี้ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนที่เป็นเรื่องของรัฐกับส่วนที่เป็นเรื่องของเอกชน เช่น ระบบการศึกษาของรัฐกับระบบการศึกษาภายใต้การดูแลของเอกชน รัฐวิสาหกิจและภาครัฐบาลกับอุตสาหกรรมของภาคเอกชน เป็นต้น

4. รัฐในฐานะที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม-วัฒนธรรม อย่างหนึ่งแนวคิดนี้ใช้ในการศึกษาวิวัฒนาการของรัฐและความสัมพันธ์ระหว่างรัฐว่าเป็นสิ่งเดียวกัน รัฐ จะเป็นคำที่มีคุณลักษณะทางนามธรรมหรือเป็นมโนทัศน์เชิงความคิดบนพื้นฐานความเชื่อความเข้าใจของมนุษย์มากกว่าที่จะเป็นตัวตนอันสามารถจับต้องได้ ความเชื่อความเข้าใจต่อนามธรรมนี้นอกจากจะเป็นการสำเนียงในอำนาจรัฐ ซึ่งกระทบต่อชีวิตของมนุษย์แล้วยังได้รับการตอกย้ำให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้นโดยอาศัยสัญลักษณ์ที่หลากหลายซึ่งเกี่ยวข้องกับ แสดงหรือบ่งชี้ถึงความเป็นชาติ อาทิ ธงชาติ เพลงชาติ เครื่องแต่งกายประจำชาติ ตำนาน/ความเชื่อถึงความเป็นชาติ โดยเฉพาะคำเรียกขานและกระบวนการหรือแบบพิธีต่างๆ (discursive practices) ซึ่งกำหนดให้รัฐเป็นตัวแสดง (Actor) ในการเมืองระหว่างประเทศหรือการเมืองโลก (ธีระ นุชเปี่ยม, 2541: 46-47) ด้วยนอกเหนือไปจากรัฐในฐานะที่เป็นหน่วยพื้นฐานทางการเมือง (fundamental unit of politics) ซึ่งมีความหมายและผูกพันกับบุคคลในรัฐกระทั่งทำให้ปริมาตรความรู้ของมนุษย์เข้าใจตัวตนของรัฐมากขึ้น

จากการศึกษาของ เฟ็ญส์รี เป็ลียนจำ (2542) พบว่า การทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ไม่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน และการขาดแคลนเจ้าหน้าที่จะส่งผลให้โครงการหรือกิจกรรมก็จะเกิดความล้มเหลว สอดคล้องกับ สุรศักดิ์ หันศรีชัย (2546) ที่พบว่าอุปสรรคของการควบคุมป้องกัน

ไข้เลือดออกคือการขาดแคลนบุคลากรของรัฐและยังพบว่าการศึกษาของ อรอนงค์ ธรรมคุณ(2539: 21) ได้สรุปว่าการสนับสนุนองค์กรภายในหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน และการศึกษาของ อนุภาพ ธีรลาภ (2528: 25-26) พบว่า ความใกล้ชิดเจ้าหน้าที่ของรัฐและการยอมรับในอำนาจรัฐ เป็นปัจจัยสำคัญในการมีส่วนร่วม

กล่าวโดยสรุปความหมายรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ คือ การได้รับการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับทรัพยากร ได้แก่ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน การได้รับงบประมาณและการได้รับความรู้หรือวิธีการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยภายในประเทศ

มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียชาวบ้านจ้อง อ.โปงผา อ.แม่สาย จ.เชียงราย โดยศึกษาในกลุ่มประชากรในกลุ่มอายุ 15-60 ปีที่อาศัยอยู่ในบ้านจ้อง โดยการจัดทำแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรีย แต่ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ ปัจจัยการสนับสนุนจากภาครัฐ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคมมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $r = 0.1533, 0.2162, 0.4735$  ตามลำดับ)

นิศยา ธนินุติ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมมาลาเรียในกลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยมาลาเรีย จำนวน 100 คน และกลุ่มเปรียบเทียบคือผู้ไม่ป่วยเป็นโรคมมาลาเรียจำนวน 100 คน ที่มารับบริการตรวจรักษาที่มาลาเรียคลินิก ของส่วนมาลาเรียที่ 9 อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของบ้าน ชนิดของบ้าน วัสดุที่ใช้ทำฝาบ้าน ความสมบูรณ์ของฝาบ้าน การมีแหล่งน้ำอยู่ใกล้บ้าน พฤติกรรมการป้องกันตัวเอง ได้แก่ การนอนในมุ้ง การใช้พัดลมไล่มุง เวลาเข้าป่านำยากันยุงไปใช้ และปัจจัยด้านความรู้ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้มีอายุ 5-14 ปี ผู้มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ผู้มีสถานภาพสมรสโสดหรือหม้าย หย่า ผู้ไม่รู้หนังสือ ผู้อาศัยอยู่ในบ้านชั่วคราวหรือกระท่อม การมีบ้านอยู่ใกล้แหล่งน้ำ

บ้านที่สร้างด้วยไม้ไผ่มีฝาบ้านไม่ครบ 4 ด้าน การนอนในมุ้งเป็นบางครั้ง การไม่ใช้พัดลมไต่ยุงและการไม่นำยากันยุงไปใช้เวลาเข้าป่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นมาลาเรียสูงกว่า กลุ่มตัวอย่าง 200 คน เคยป่วยเป็นมาลาเรียภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่มีผู้ป่วย มากกว่า 1 ครั้ง และบุคคลกลุ่มนี้ เมื่อคิดว่าตนเองป่วยมีอาการบ่งชี้เป็นมาลาเรียมักจะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาลด้วยการซื้อยาตามร้านชำทั่วไปหรือร้านขายยากินเอง คิดเป็น ร้อยละ 64.49

เสนาะ พ่วงพีก (2542) ได้ศึกษาในเรื่องปัจจัยด้านการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนบริเวณชายแดน ประเทศไทย-เมียนมาร์ เขตอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมาลาเรีย ความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่เคยป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคมาลาเรียมีการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกัน

ออมทรัพย์ ดีล้ำ (2544) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการใช้ชีวิตป้องกันมาลาเรียของชาวบ้านตามแนวชายแดนประเทศไทย-กัมพูชา ด้านจังหวัดสุรินทร์พบว่าพฤติกรรมการใช้ชีวิตป้องกันโรคมาลาเรีย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อวิเคราะห์การจำแนกเพศ พบว่า ตัวแปรอิสระระทุกตัวสามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมการใช้ชีวิตการป้องกันโรคมาลาเรียของชาวบ้านได้ร้อยละ 23.8 การทายากันยุงเป็นวิธีป้องกันยุงกัด ชาวบ้านใช้วิธีนี้ ร้อยละ 27.3 และความคาดหวังประโยชน์ที่ได้รับจากการทายากันยุง ร้อยละ 33.8

จิรพัฒน์ เกตุแก้ว และคณะ (2545) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อไข้มาลาเรียของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ไข้มาลาเรียสูงจังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แบบแผนพฤติกรรมเสี่ยงต่อไข้มาลาเรียของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ไข้มาลาเรียสูงจังหวัดจันทบุรีโดยการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Design) ด้วยการศึกษารวบรวมรายงานทางระบาดวิทยาจากข้อมูลทางระบาดวิทยาของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 3.5 จันทบุรี และการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มอาชีพหลักทำไร่ทำสวนและรับจ้าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มที่ประกอบกิจกรรมการเข้าป่าล่าสัตว์การหาของป่า กลุ่มแรงงานรับจ้างปลูกพืช กลุ่มแรงงานลากไม้ที่ต้องพักแรมในไร่หรือป่า เนื่องจากมีพฤติกรรมป้องกันยุงที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้มุ้งกางนอนถึงแม้ว่าจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับไข้มาลาเรียถูกต้องก็ตาม ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงควรมุ่งเน้นการให้สุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมและสนับสนุนการให้วัสดุอุปกรณ์อย่างเหมาะสม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้ตระหนักถึงการป้องกันตนเองให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีบทบาทสนับสนุนต่อการดำเนินงานการควบคุมโรคให้มากขึ้น

อริศรา เจริญปัญญาเนตร (2545) ได้ศึกษาเรื่องการแพร่ระบาดและการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงของโรคมาลาเรีย บริเวณชายแดนไทย-พม่า ในอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน พบว่า ผู้ติดเชื้อโรคมาลาเรียมีพฤติกรรมการป้องกันยุงกัดโดยใช้ยาทาทั้งวันทุกวัน ร้อยละ 10.10 ผู้ติดเชื้อโรคมาลาเรียมีพฤติกรรมการป้องกันยุงกัดโดยใช้ยาทาทั้งวันทุกวัน ร้อยละ 17.17

รุ่งลาวัลย์ เจษฎาจิตกุล (2546) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรียของประชาชนในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี พบว่าปัจจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ได้แก่ ประชาชนที่มีอาชีพตัดไม้ ทำสวนป่า เลี้ยงไม้ หาของป่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมาลาเรียมากกว่าประชาชนที่มีอาชีพอื่นๆ (ค้าขาย รับราชการ แม่บ้าน พระภิกษุ) 5.11 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ประชาชนที่อยู่อาศัย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสวนผึ้ง 11-20 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมาลาเรียน้อยกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่นานมากกว่า 30 ปี 0.42 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนที่เข้าป่าหรือไปค้างแรมในป่าเป็นประจำจะเสี่ยงต่อการเป็นมาลาเรียมากกว่าประชาชนที่ไม่เคยเข้าป่าหรือค้างแรมในป่า 3.25 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีเพื่อนบ้านป่วยเป็นมาลาเรีย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมาลาเรียมากกว่าการไม่มีเพื่อนบ้านป่วยเป็นมาลาเรีย 3.96 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมการใช้ยาทาทั้งวันไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นมาลาเรีย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้ยาทาทั้งวันถ้าใช้บางครั้งบางคราวเป็นสิ่งที่กระทำได้แต่ถ้าต้องปฏิบัติเป็นประจำจะทำให้เกิดความเบื่อและโดยเฉพาะทาแล้วต้องทาซ้ำอีกเนื่องจากยาทาทั้งวันออกฤทธิ์ได้นานแค่ 4-5 ชั่วโมง จึงเป็นการสิ้นเปลืองและเป็นภาระ

สุเทพ มนเทียรทอง และคณะ (2547) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านชายแดนไทยพม่าที่มี อาสาสมัครมาลาเรีย โดยมี แบบสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน จำนวน 304 คน และแบบสนทนากลุ่ม 8-12 คนปรากฏว่า ความรู้ประชาชนที่อาศัยอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนไทยพม่าที่มี อาสาสมัครมาลาเรียกับที่ไม่มีอาสาสมัครมาลาเรีย จะมีความรู้ไม่แตกต่างกัน และการเป็นโรคมาลาเรียเป็นการกระทำที่ผิดผี หรือผิดประเพณี ความเชื่อพิธีกรรม

วิชัย สติมัย และคณะ (2548) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่โดยอาสาสมัครชุมชน (อสช.) ในท้องถิ่นกิ่งอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยองของศึกษาเชิงปฏิบัติการระหว่างเดือนตุลาคม 2546-ธันวาคม 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเตรียมความพร้อมก่อนการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่โดยอาสาสมัครชุมชน (อสช.) ในท้องถิ่นพื้นที่ศึกษาคือหมู่ที่ 3, 7 และ 8 ต. ห้วยทับมอญ อ. เขาชะเมา จ. ระยอง โดยทำการคัดเลือก อสช.หมู่บ้านละ 6 คน รวม 18 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการอบรม อสช. จะโลหิตค้นหาผู้ป่วยได้ 166 รายตรวจพบเชื้อ

มาลาเรีย 1 รายที่หมู่ 3 ระยะเวลาเมื่อเริ่มป่วยจนเข้ามารักษา จำนวน 3 วัน และ อสข. สามารถทำตารางวิเคราะห์สถานการณ์ไข้มาลาเรียได้ถูกต้องด้านงานควบคุมยุงพาหะดำเนินการพ่นเคมีได้ 166 หลังคาเรือนชุมชนได้ 210 หลังให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลรายกลุ่มแจกเอกสารแผ่นพับและปิดโปสเตอร์ตามที่ต่างๆ นอกจากนี้มีกิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ การปล่อยปลากินลูกน้ำรวม 20 ครั้ง ผลการทดสอบความรู้ของประชาชน พบว่าระดับความรู้เรื่องไข้มาลาเรียหลังการศึกษา (ค่าเฉลี่ย=6.17) มากกว่าก่อนการศึกษาวิจัย (ค่าเฉลี่ย=4.12) และความสัมพันธ์ของระดับความรู้หลังการศึกษาวิจัยและก่อนการศึกษาวิจัย ( $r=0.424$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษานี้พบผู้ป่วยเพียง 1 รายในพื้นที่ศึกษาแต่ อสข. สามารถยับยั้งการระบาดของโรคในชุมชนได้สามารถปฏิบัติงานป้องกันควบคุมไข้มาลาเรียขั้นพื้นฐานได้ประชาชนมีความรู้เรื่องไข้มาลาเรียดีขึ้นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยเฉพาะ อบต. ให้ความสนใจในงานควบคุมไข้มาลาเรียมากขึ้นรูปแบบการดำเนินการในการศึกษานี้ควรนำมาใช้หรือประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาไข้มาลาเรียและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขอื่นๆ อย่างไรก็ตามควรมีการเอาใจใส่ในการดำเนินการของชุมชนและความเป็นหุ้นส่วนหรือเครือข่ายในท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินการต่อไป

รัศมี ศรีชื่น (2548) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-สหภาพเมียนมาร์ จังหวัดระนอง การศึกษานี้เป็นแบบการศึกษาแบบย้อนกลับ (Case Control) เก็บรวบรวมข้อมูลมาลาเรียคลินิกและมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.5 จังหวัดระนอง จำนวน 219 คนเป็นกลุ่มศึกษา 73 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 146 คนพบว่าระดับการศึกษาของคนในครอบครัวมีประวัติการติดเชื้อมาลาเรียและการเข้าไปพักค้างนอกพื้นที่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อควบคุมปัจจัยด้านเพศอายุโดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก (Logistic Multiple Analysis) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อมาลาเรียคืออาชีพทำสวน โดยเฉพาะผู้ประกอบอาชีพสวนยางพาราและสวนปาล์ม บุคคลในครอบครัวมีประวัติการติดเชื้อไข้มาลาเรียการเข้าไปพักค้างนอกพื้นที่อาศัยและบุคคลที่ทำงานใกล้แหล่งน้ำ/อยู่ในสวน

ทวี ขวัญบุรี (2548) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาประวัติของผู้ติดเชื้อมาลาเรีย : หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 2 อ.เมือง จ. ระยอง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการข้อมูลของผู้ติดเชื้อมาลาเรียในอำเภอเมือง และอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยองระหว่างปี 2547 คือ ผู้ติดเชื้อมาลาเรียอำเภอเมือง และอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง จำนวน 71 คน และเครื่องมือคือรายงานสอบสวนผู้ติดเชื้อไข้มาลาเรียไข้มาลาเรียปีงบประมาณ 2547 ช่วงเดือนกันยายน 2546-กันยายน 2547 การแปรผลโดยใช้เป็นค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อมาลาเรียส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ

80 เป็นเชื้อชาติไทยร้อยละ90.4 เป็นต่างชาติร้อยละ9.6 อายุผู้ป่วยพบมากที่สุดอยู่ระหว่างอายุ31- 41 ปีร้อยละ23.3 รองลงมาอายุ10-20 ปีร้อยละ20.0 อาชีพพบว่าอาชีพรับจ้างมีมากที่สุดร้อยละ60.00 รองลงมาอาชีพอื่นๆ ร้อยละ23.4 และผู้ป่วยติดเชื้อมากที่อำเภอเมืองร้อยละ53.30 และทุกคนไม่เคยป่วยเป็นไข้มาลาเรียด้านข้อมูลการแพร่เชื้อด้านการค้างแรมที่อื่นร้อยละ50 เคยไปค้างแรมที่อื่นและไม่เคยไปค้างแรมที่อื่นและทุกที่ไปไม่มีประวัติว่ามีผู้ป่วยมาลาเรียในทีนั้นด้านระยะเวลาตั้งแต่วัฏฏ์ป่วยจนถึงมาตรวจรักษาพบว่าเวลาผู้ติดเชื้อมาตรวจสูงสุด คือ 5 วันร้อยละ23.3 รองลงมาคือ 1 วันร้อยละ14.5 ด้านการติดเชื้อมาว่าติดเชื้อมาจากนิคพลาสโมเดียม ไวเวกซ์ (Plasmodium vivax) สูงสุด คือ ร้อยละ96.7 รองลงมาติดเชื้อมาจากนิคพลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (Plasmodium falciparum) ร้อยละ3.3 ด้านการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียพบว่าได้รับการชุบมุ้งสูงสุดร้อยละ 53.3 รองลงมาพันยาร้อยละ 16.7 การตัดสินการติดเชื้อมาว่าผู้ป่วยติดเชื้อมาในหมู่บ้านที่อาศัยชั่วคราวร้อยละ 57.40 รองลงมาผู้ป่วยติดเชื้อมาในหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ร้อยละ 36.70 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการเฝ้าระวังติดตามค้นหาผู้ติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่อำเภอเมืองและบ้านฉางควรจะมีการติดตามอย่างใกล้ชิดเพราะระบบการเฝ้าระวังโรคเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย

จตุพร พงศ์ศิริ(2551) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียของประชาชนในชุมชนพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่ติดเชื้อไข้มาลาเรียและมารับบริการที่มาลาเรียคลินิกมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่หรือโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 96 คน พบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียเป็น 2.96 เท่าของเพศหญิง (95% CI= 1.66-5.27) มีนัยสำคัญทางสถิติการเคยเดินทางไปพักค้างแรมนอกพื้นที่อาศัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียเป็น 2.11 เท่าของผู้ที่ไม่เคยเดินทางไปพักค้างแรมนอกพื้นที่อาศัย (95% CI= 1.28-3.47) มีนัยสำคัญทางสถิติการสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายมิดชิดโดยปฏิบัติเป็นบางครั้ง/ไม่ปฏิบัติมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียเป็น 4.53 เท่าของผู้ที่สวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายมิดชิดโดยปฏิบัติทุกครั้ง (95% CI= 1.89-11.30) มีนัยสำคัญทางสถิติ

สิริมนต์ แสนคำวงศ์ ( 2553) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานอาสาสมัครมาลาเรียในตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย อาสาสมัครมาลาเรียจำนวน 43 คน พบว่า อาสาสมัครมาลาเรียร้อยละ 65.1 รายงานผู้นำชุมชนและประชาชนทันทีที่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน ร้อยละ 90.7 แนะนำผู้ป่วยในกรณีที่ยังสงสัยว่าเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 79.1 กระตุ้นให้ประชาชนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียกับเจ้าหน้าที่

## 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

คลิฟฟอร์ด เอ็มมิวทีโร (Clifford MMutero, 2011) ได้ศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการควบคุมโรคไข้มาลาเรียแบบผสมผสานในด้านความรู้ ความเข้าใจ และนโยบายพัฒนาประเทศ

ใน ยูกันดา (Integrated vectormanagement for malaria control in Uganda: knowledge, perceptions and policy development) ในการศึกษาใช้วิธีการสัมภาษณ์บุคคลที่ทำงานในระดับนโยบายด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเกษตร ด้านการประมง จำนวน 34 คน โดยใช้คำถามที่มีความเฉพาะด้านการบริหารจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน โดยข้อคำถามจะเจาะจงในเรื่องของการใช้สารเคมีหรือไม่ใช้สารเคมีในการควบคุมพาหะนำโรค จากผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75 ระบุว่าประเทศยูกันดามีนโยบายการกำจัดพาหะนำโรคไข้มาลาเรียที่หลากหลาย ร้อยละ 80 มีความต้องการร่วมมือกับนโยบายควบคุมพาหะนำโรค เฮนค แวน เดน เบอร์ก (Henk van den Berg, 2011) ได้ศึกษาเรื่อง การควบคุมพาหะนำโรคมาลาเรียและไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน กรณีศึกษาของประเทศฟิลิปปินส์ (Operational efficiency and sustainability of vector control of malaria and dengue: descriptive case studies from the Philippines) โดยได้ศึกษาในพื้นที่ในเขตจังหวัด เทศบาล และหมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลของงานระบาดวิทยาที่ได้บันทึกไว้ การใช้โปรแกรมการบริหารจัดการที่ได้คัดเลือกจากการสนทนากลุ่มพบว่า การประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ในการปรับปรุงการควบคุมพาหะนำโรคในหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพ คือ การใช้ยุทธศาสตร์ที่มีการผสมผสานการควบคุมพาหะนำโรค โดยบุคลากรด้านสุขภาพการค้นหาเชื้อโรคได้โดยวิธีการที่หลากหลาย ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและความเข้มแข็งของชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพในการค้นหาโรคและการสำรวจ การพยากรณ์การระบาดของโรคโดยนโยบายของรัฐและแนวทางการดำเนินงานในการควบคุมป้องกันโรคระบาด สโตรมเบิร์ก ดีจี เฟรดริกเซน เจ ฮัชกา เจ ทอมดี เอ เอ็มวันทัย เอ็ม (Stromberg DG, Frederiksen J, Hruschka J, Tomedi A, Mwanthi M., 2011) ได้ศึกษาเรื่องได้การดำเนินงานของพนักงานสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียภาคตะวันออกเฉียงของประเทศเคนยา (A community health worker program for the prevention of malaria in eastern Kenya) เป็นการศึกษาโดยการคัดเลือกพนักงานสุขภาพชุมชนหมู่บ้านและ 2 คนที่ผ่านการฝึกอบรมเข้าไปทำงานเพื่อให้สุขภาพและการใช้มุ้งชุบสารเคมีแก่ครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีการประเมินความรู้ก่อนการดำเนินการและหลังดำเนินการพบว่าก่อนดำเนินการร้อยละมีความรู้ถูกต้องร้อยละ 81 หลังดำเนินการมีความรู้ถูกต้อง ร้อยละ 93 ( $P < 0.01$ ) การมีและใช้มุ้งชุบสารเคมีก่อนการดำเนินการร้อยละ 70 และหลังจากการดำเนินการมีและใช้มุ้งชุบสารเคมีร้อยละ 88 ( $P < 0.01$ )

แบมมิดีลี เจโอ เนทจิ เอ็มไอ โอลาเดลี อีเอ แบมมิมอเร่ โอเด (Bamidele JO, Ntaji MI, Oladele EA, Bamimore OK, 2012) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่รัฐบาลท้องถิ่น รัฐ Olorunda ทางตะวันตกเฉียงใต้ไนจีเรีย (Community participation in malaria control in olorunda local government area, osun state, southwestern Nigeria) การศึกษาใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 550 คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุ 20-39 ปี

ร้อยละ 65.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรคมalariaเรื้อยมากที่สุดร้อยละ 88.0 ยุงกัดอาจทำให้เกิดโรคไข้มาลาเรียได้ร้อยละ 92.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพูดคุยเรื่องสุขภาพกับการควบคุมโรคไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.000$ )

คูฟแมน เอ็มอาร์ เรียวยามานู ดี โคเอนเคอ ดีเฮช มาชาณ เจ (Kaufman MR, Rweyemamu D, Koenker H, Macha J., 2012) "ได้วิจัยเรื่อง"ฉันและเด็กๆ จะไม่ทนทุกข์ทรมานกับโรคไข้มาลาเรียอีกต่อไป (My children and I will no longer suffer from malaria: a qualitative study of the acceptance and rejection of indoor residual spraying to prevent malaria in Tanzania) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพของการยอมรับและปฏิเสธการฉีดพ่นสารเคมีเพื่อลดการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย พบว่าประชาชนมีแนวโน้มรับการประชาสัมพันธ์การฉีดพ่นสารเคมีจากเจ้าหน้าที่ของรัฐมากขึ้นแต่ยังมีข้อสงสัยและปฏิเสธการฉีดพ่นสารเคมีโดยมีรูปแบบการปฏิเสธ คือ 1. บางส่วนไม่ยอมรับการฉีดพ่นสารเคมีจนกว่าจะให้เห็นผลจริง 2. การฉีดพ่นสารเคมีทำในที่แคบๆ เท่านั้น 3. ปฏิเสธทันที ลอ จิยู อมาดี เออน โอไบคิว ซืออี ไนกู พิยู (Loh GU, Amadi AN, Obiukwu CE, Njoku PU, 2013) ได้ศึกษาเรื่องอิทธิพลของครอบครัวมีผลต่อการใช้มุ้งชุบสารเคมีที่มีต่อเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไนจีเรีย (Family biosocial variables influencing the use of insecticide treated nets for children in Eastern Nigeria.) การศึกษาใช้วิธีการสัมภาษณ์แม่ที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2008 ถึงเดือน มิถุนายน 2011 พบว่าครอบครัวที่พ่อและแม่มีการศึกษาระดับมัธยมหรือสูงกว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้มุ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านขนาดครอบครัว 1-4 คน ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ลักษณะการประกอบอาชีพของพ่อแม่ อัตราการใช้มุ้ง คิดเป็น 53.0%