

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่า บ้านแม่สุริน อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน ซึ่งสามารถสรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 **วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่า บ้านแม่สุริน อ.ขุนยวมจ.แม่ฮ่องสอน

1.2 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ในเขตหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่าบ้านแม่สุริน อ.ขุนยวม จ. แม่ฮ่องสอน

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยความเชื่อ ในด้านการดูแลตนเองและการเจ็บป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในเขตหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่าบ้านแม่สุริน อ.ขุนยวม อ.แม่ฮ่องสอน

1.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยความเชื่อในด้านการดูแลตนเองและการเจ็บป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในเขตหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่า บ้านแม่สุริน อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน

1.2.4 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ หัวหน้าครัวเรือน จำนวน 299 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total population) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 15-30 พฤษภาคม 2556

1.4 ผลการวิจัย สรุปผลดังนี้

1.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 67.90 ที่เหลือเป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 32.10 และพบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีจำนวนมากที่สุดคือช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.76 มีระดับการศึกษาที่ไม่ได้เรียนมากที่สุดร้อยละ 48.80 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 86.28 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 0-2,500 บาท มากที่สุดร้อยละ 47.20 และมีหัวหน้าครัวเรือนที่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 88.95

1.4.2 ระดับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย พบว่า การมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติ ด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการประเมินผลจะอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า

1) **ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจมีระดับการมีส่วนร่วม** โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแผนงาน โครงการป้องกันปัญหาโรคไข้มาลาเรียให้กับคนในครอบครัวหรือชุมชน รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ หัวหน้าครัวเรือนมีการพูดคุยเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนในที่ประชุมหมู่บ้านเพื่อของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล

2) **ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพบว่า มีระดับการมีส่วนร่วม** โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การเข้ารับการตรวจเลือดหรือบอกกล่าวให้คนในครอบครัวให้ไปตรวจเลือดเมื่อสงสัยว่าเป็นไข้มาลาเรีย ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การปล่อยปลาหางนกยูงเพื่อไปกำจัดลูกน้ำยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะโรคมาลาเรีย

3) **ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีระดับการมีส่วนร่วม** โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การได้รับการชുമั่งจากเจ้าหน้าที่ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การได้รับการพันสารเคมีตกค้างเพื่อกำจัดยุงก้นปล่อง

4) **ด้านการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล** พบว่ามีระดับการมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การเสนอข้อคิดเห็นหรือแนวทางในการปรับปรุงกิจกรรมในการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียฯ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ

ที่สุด ได้แก่ การติดตามและเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในครอบครัวหรือชุมชนของท่าน
ทุกปี

1.4.3 ปัจจัยด้านความรู้ พบว่าระดับความรู้พบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีความรู้ในการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80) มีจำนวน 188 คน คิดเป็น
ร้อยละ 62.9 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่าหัวหน้าครัวเรือนตอบถูกมากที่สุด ในรายข้อ โรคไข้มาลาเรีย
มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดตามตัว กล้ามเนื้อมากที่สุด มีจำนวน 290 คนคิดเป็นร้อยละ 97.0 ในรายข้อ
ที่หัวหน้าครัวเรือนตอบถูกน้อยที่สุด การเดินทางเข้าป่ามีโอกาสเป็น โรคมาลาเรียน้อยกว่าการทำงาน
อยู่ในบ้านที่มีผนังมิดชิดร้อยละ 26.1

1.4.4 ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า ทัศนคติหัวหน้าครัวเรือนกับการมีส่วนร่วมในการ
ป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียโดยรวมอยู่ในระดับหนึ่งเฉยและเมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่ารายข้อที่มี
ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับ
เชิงบวกมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้มาลาเรียสามารถทำได้โดยการจัดกิจกรรมในชุมชนส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การ
ควบคุมโรคไข้มาลาเรียต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในครอบครัวหรือชุมชน

1.4.5 ปัจจัยด้านความเชื่อ พบว่าความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วย
ของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจำแนก
รายข้อพบว่า ข้อที่มีระดับความเชื่อต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุม
โรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความเชื่อในการดูแลสุขภาพของชาวเขา
เผ่ากะเหรี่ยง ต้องมีการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ส่วนรายข้อที่มีระดับความเชื่อระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยมาก
ที่สุดคือ หัวข้อการการเลี้ยงผีป่า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นการรักษาโรคไข้มาลาเรียเพราะอาการ ไข้เกิดจาก
ผีป่าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่มองไม่เห็น

**1.4.6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้า
ครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย** โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจำแนก
รายข้อพบว่า ข้อที่มีระดับของการสนับสนุนหน่วยงานของรัฐต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน
ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เจ้าหน้าที่ของรัฐมา
ให้ความรู้วิธีการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียให้กับคนในครอบครัว ในรายข้อที่มีระดับของการ
สนับสนุนหน่วยงานของรัฐต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับการเรียนรู้วิธีการควบคุมป้องกันโรค
เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียเจ้าหน้าที่ เมื่อพิจารณาในรายข้อที่มีระดับของการสนับสนุนหน่วยงานของรัฐ
ต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง

และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ หมู่บ้านท่านมีบุคลากรของรัฐเข้ามาดูแลการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของไข้มาลาเรียรายชื้อที่มีระดับของการสนับสนุนหน่วยงานของรัฐต่อการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ หมู่บ้านท่านเคยได้รับจัดสรรงบประมาณในการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรียจากหน่วยงานของรัฐ

1.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อาชีพ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส) กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยด้านรายได้ ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

1.6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับเฉลี่ยกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.429$) ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -0.128$) ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านความเชื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย (r) เท่ากับ 0.183, 0.280, 0.249 ตามลำดับ

2. อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่าบ้านแม่สุริน อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน มีประเด็นอภิปรายดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จากการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในหมู่บ้านที่มีเขตติดต่อศูนย์อพยพชาวพม่าบ้านแม่สุริน อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหัวหน้าครัวเรือนไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย อีกทั้งหัวหน้าครัวเรือนต้องมึหน้าที่ในการทำงานดูแลครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนและการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการวางแผนและการตัดสินใจ จากการพิจารณารายข้อพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแผนงาน โครงการป้องกันปัญหาโรคไข้มาลาเรียให้กับคนในครอบครัวฯ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของโกเอนและเคลปเวอร์ (Goens&clover, 1991: 235) เสริมศักดิ์ วิศาลภรณ์ (2538) ศิริกาญจน์ โกสมภ์ (2542) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมต้องมีบุคคลเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง (Involment) การช่วยเหลือและทำประโยชน์ (Contribution) ความรับผิดชอบ (Responsibility) การให้อำนาจ (Antonomy) การให้ทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมรับประโยชน์จากผลผลิตมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการคิดริเริ่มกิจกรรม โครงการ ร่วมดำเนินงาน ติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์และสอดคล้องจากการการศึกษาของ ธนาภรณ์ เมทนีสุดดี (2543) ได้กล่าวถึงลักษณะแนวทางการมีส่วนร่วมคือ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติตามโครงการ การร่วมติดตามและประเมินผลโครงการ ซึ่งสามารถอธิบายความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยมีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.2.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนต่อการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2537) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมไข้มาลาเรียชาวบ้านจ้อง อ.โป่งผา อ.แม่สาย จ.เชียงราย พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี วัชรเสวี (2544: ง) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเมืองที่มีต่อโครงการเมืองนำอยู่ของเทศบาลนครราชสีมาพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีส่วนร่วมในโครงการเมืองนำอยู่ไม่แตกต่างกันรวมและการศึกษาของ มยุรี วรรณไกรโรจน์ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย แต่การศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ จตุพร พงศ์ศิริ (2551) และที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียของประชาชนพบว่า เพศชายมีโอกาสติดเชื้อไข้มาลาเรียมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากการศึกษาของกรองทอง ทิมาสาร (2540) พบว่าเพศชายมีโอกาสติดเชื้อมาลาเรียมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีอาชีพที่ต้องเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง สัดส่วนการพบเชื้อเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2:1 และการศึกษาของโอแรม (oram, 1985) พบว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลทางพันธุกรรม และการศึกษาของสิริหญิง กังวานเลิศ และกรองทอง ทิมาสาร (อ้างใน จันทรา เหล่าถาวร และศรัชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, 2540)

2.2.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.036) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองทอง ทิมาสาร (2540) พบว่ากลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ เพศชายอายุ 15-24 ปี รองลงมาคือ 25-34 ปี และการศึกษาของโอแรม (oram, 1991) พบว่า อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านการพัฒนาการทั้งร่างกายและความรู้สึกรู้สึกรู้สึก อายุเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงในวัยผู้ใหญ่และอาจสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าวัยสูงอายุ และการศึกษาของนิตยา ธนินวุฒิ และคณะ (2540) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรียในกลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยเป็นโรคมาลาเรียในกลุ่มที่ศึกษาคือผู้ป่วยมาลาเรียจำนวน 100 คน และพบว่าคนที่มารับบริการตรวจรักษาที่มาลาเรียคลินิกขัดแย้งกับการศึกษาของเสนาะ พ่วงพีก (2542) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยด้านการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ เขตอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p-value =0.0035)

2.2.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.019) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527: 15) พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องด้านอนามัยมากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ ชินภัทร ภูมิรัตน์ (2544: 9) พบว่าการศึกษาเป็นรากฐานของความรู้ การรับรู้ที่ก่อเกิด ความเข้าใจ การตัดสินใจ ทำให้บุคคลเห็นผลประโยชน์ พยายามแสวงหาความรู้ ทำสิ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญและสามารถซักถามปัญหาจนเข้าใจกับวิธีการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย จากข้อมูล UNPD ในด้านดัชนีการพัฒนามนุษย์และการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527) ชันทอง บุญเสริม (2539) ขัดแย้งกับการศึกษาของ วันชัย สีหะวงษ์ (2551) ที่พบว่าประชากรตามแนวชายแดนไทย-ลาว และกัมพูชาในแต่ละระดับการศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียไม่แตกต่างกันเนื่องจากโรคมาลาเรียสามารถเกิดได้กับประชาชนในพื้นที่ชายแดนทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนภรณ์ ภู่อินาพันธ์ (2534) พบว่าระดับของการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีวัยเจริญพันธ์และ Fungladda&Sumamai (1986 อ้างใน อุษา เล็กอุทัย, 2542) พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมาลาเรีย

2.2.4 อาชีพ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P\text{-value}=0.000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองทอง ทิมสาร (2540) พบว่าอาชีพที่พบผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้มาลาเรียมากที่สุดขึ้นอยู่กับพื้นที่แต่ภูมิภาค ซึ่งจะมีลักษณะพื้นที่และการประกอบอาชีพต่างกัน เช่น บริเวณภาคเหนือ ได้แก่ อาชีพการเก็บของป่า อาชีพการตัดไม้ ภาคตะวันออก ได้แก่ อาชีพชุดพลอย ทำสวนผลไม้ สวนยาง ภาคใต้ ได้แก่ อาชีพกรีดยาง สวนกาแฟ ชัดแจ้งกับการศึกษาของมัน โชรด์อเลาะ (2545: 58-59) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเทศบาลยะลา จังหวัดยะลา พบว่าปัจจัยด้านอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.5 รายได้ จากการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียสอดคล้องกับการศึกษาของเสนาะ พ่วงปัก (2542) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยด้านการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคมมาลาเรียของประชาชน บริเวณชายแดนไทย-พม่า พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมมาลาเรีย

2.2.6 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมหัวหน้าครัวเรือนกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชัดแจ้งกับการศึกษาของจตุพร พงษ์ศิริ (2551) พบว่า ผู้มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้มาลาเรีย เป็น 2.25 เท่าของผู้มีสถานภาพคู่และนิตยา ธนินวุฒิ (2540) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นไข้มาลาเรียที่ระดับ 0.05

2.3 ปัจจัยด้านความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

จากการศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.02 ($r=0.183$) สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ธนินวุฒิ (2540) พบว่าปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของจรัสศรี วันเพ็ญ (2550) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนมัธยมต้น พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้มาลาเรียจากผลการศึกษาพบว่าความรู้ของหัวหน้าครัวเรือนอยู่ในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80 อาจจะเป็นเพราะปัจจัยด้านการสนับสนุนของรัฐในการดำเนินงานการให้ความรู้ การจัดตั้งอาสาสมัครมาลาเรีย การทำงานของเจ้าหน้าที่มาลาเรีย อีกทั้งการสนับสนุนเจ้าหน้าที่และงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศIRC (International Rescue Committee) ทำให้หัวหน้าครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูง ในหัวข้อที่มีการ

ตอบผิดมากที่สุดคือ การเดินทางเข้าไปทำงานในป่ามีโอกาเป็นโรคมลาเรียน้อยกว่าการทำงานอยู่ในบ้านที่มีฝาผนังมิดชิดควรมีการให้ความรู้สุขศึกษาในทางที่ถูกต้อง โดยผ่านทางสื่อต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

2.4 ปัจจัยด้านทัศนคติ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเมื่อพิจารณาเป็นภาพรวมพบว่าทัศนคติมีระดับทัศนคติระดับหนึ่งเฉยและยังพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.00 ($t=0.280$) สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ธนินวุฒิ (2540) พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชณา เสงบริบูรณ์พงศ์ และคณะ (2550) พบว่า ทัศนคติเรื่องการป้องกันตนเองจาก โรคมลาเรียมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างทัศนคติในรายชื่อที่อยู่ในระดับหนึ่งเฉยเช่น ปัญหาโรคไข้มาลาเรียเป็นปัญหาฝ่ายบุคคลไม่เกี่ยวกับส่วนรวม ควรมีการกำหนดงบประมาณในกองทุนหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น

2.5 ปัจจัยด้านความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.00 ($t=0.249$) สอดคล้องกับการศึกษาของ William reeder (อ้างใน ไชยชนะ สุทธิวรชัย, 2536: 25-26) พบว่าปัจจัยความเชื่อเป็นแรงดึงดูดให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำอย่างหนึ่งอย่างใด และการศึกษาของ ซิงค์ (Singh อ้างใน เฉชา เลิศวิสัย, 2540: 43) พบว่าความเชื่อทางด้านศาสนา ความเชื่อในตนเอง ความเชื่อและการแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นปัจจัยกำหนดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เมื่อพิจารณาความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วยโดยภาพรวมแล้วพบว่าอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาแล้วยังมีรายชื่อที่ควรมีการแก้ไขความเชื่อที่ผิดในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วย เช่น รายชื่อผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียแล้วหากไปนอนค้างสถานที่ที่เคยไปนอนแล้วจะกลับมาเป็นโรคไข้มาลาเรียอีก โดยการสนับสนุนด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2.6 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับรูปแบบการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับเฉยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.00 ($t=0.429$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เปลี้นขำ (2542) พบว่า การทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ไม่มีกรมีส่วนร่วม

ของชุมชนและการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่จะส่งผลให้โครงการหรือกิจกรรมเกิดความล้มเหลวและการศึกษาของ อรอนงค์ ธรรมคุณ (2539:21) พบว่า การสนับสนุนองค์กรภายในหมู่บ้านเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีรายชื่อมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลางและที่ต้องมีการสนับสนุนเพิ่มเติมคือ การสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรีย การสนับสนุนด้านการชูปมุ้ง การพันสารเคมีตกค้างในหมู่บ้าน และการสนับสนุนด้านบุคลากร

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

3.1.1 การศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย พบว่าการมีส่วนร่วมโดยรวมจะมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้บริหารรวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนให้มากขึ้นกว่าเดิมโดยนำปัญหาโรคมาลาเรียเข้ามาบรรจุแผนกองทุนสุขภาพตำบล หรือแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.1.2 การศึกษาในด้านปัจจัยด้านความรู้ในกลุ่มหัวหน้าครัวเรือน พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 62.9 จึงต้องมีการให้ความรู้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์มากขึ้นกว่าเดิมโดยผลิตสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เช่น สื่อวิทยุภาษาท้องถิ่นหรือชนเผ่า

3.1.3 จากการศึกษาในด้านความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วย พบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพตนเองและการเจ็บป่วยในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหารกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องสร้างความเชื่อที่ถูกต้องให้กับหัวหน้าครัวเรือนโดยการประชาสัมพันธ์เสริมสร้างความเข้าใจความเชื่อที่ถูกต้องโดยสื่อวิทยุที่ใช้ภาษาท้องถิ่น หรือแผ่นพับที่ใช้อักษรที่เป็นภาษาท้องถิ่น

3.1.4 การศึกษาด้านการสนับสนุนของหน่วยงานรัฐในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย โดยรวมพบว่าการสนับสนุนของหน่วยงานรัฐอยู่ในระดับปานกลางจึงควรสนับสนุนปัจจัยด้านต่างๆ เช่น มุ้งชุบสารเคมี ยาทากันยุง การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย โดยมีการประสานงานในระดับจังหวัด ระดับอำเภอและตำบลและหน่วยงานระหว่างศูนย์ควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยแมลง

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียในผู้นำชุมชน เช่น สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข

3.2.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของปัจจัยการสนับสนุนกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียเช่น วัสดุ อุปกรณ์ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย

3.2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียระหว่างพื้นที่ระดับในแนวตะเข็บชายแดนกับพื้นที่ระดับในพื้นที่ปกติ

3.2.4 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในศูนย์อพยพ

