

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการทดลอง

5.1 อภิปรายผล

การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียนั้น ประเทศไทยได้พยายามดำเนินงานมาหลายปี ทั้งด้านการรณรงค์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันจากยุงพาหะแต่ก็ยังไม่เป็นผลในการลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยต่อประชากรในพื้นที่ยังสูง ทำให้มีการหาวิธีการป้องกันอย่างสมบูรณ์แบบ อีกวิธีหนึ่งก็คือการทำลายวงจรชีวิตของยุงก้นปล่อง และแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแหล่งที่มีน้ำขังที่มนุษย์สร้างขึ้นและเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่ทั้งนี้จะต้องมีการศึกษารูปแบบการกระจายของโรคมาลาเรียในพื้นที่ก่อน เนื่องจากทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อมไม่เหมือนกันมีความแตกต่างของพื้นที่ ดังนั้นการดำเนินงานทางระบาดวิทยาจึงต้องมีการนำเทคโนโลยี หรือเครื่องมือที่สามารถเป็นแนวทางในการช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษารูปแบบหรือการระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่ศึกษาพบว่า มีการระบาดมากในช่วงฤดูฝน และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในฤดูหนาว คือในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนมกราคมในปีถัดไป ซึ่งตรงกับการศึกษาของ อริศรา เจริญปัญญาเนตร (2545) ที่พบว่าช่วงการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคมาลาเรียสูงมากในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม มีอุณหภูมิเฉลี่ย 27-30 องศาเซลเซียส กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียระดับสูงเพียง ร้อยละ 49.86 ซึ่งถือว่ายังมีบางส่วนที่ยังไม่แน่ใจและขาดความรู้ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.41 เห็นด้วยกับโรคมาลาเรียไม่ทำอันตรายถึงชีวิต ซึ่งเป็นความรู้ที่ผิด รวมถึงผู้ใหญ่เท่านั้นที่เป็นโรคมาลาเรีย ร้อยละ 30.31 เพราะมาลาเรียเป็นโรคที่พบได้ในทุกกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ.2551 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 72.71 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี, 15 – 24 ปี, 0 – 4 ปี, 25 – 34 ปี และ กลุ่ม 35 -44 ปี อัตราป่วย 70.37, 65.64, 52.44, 48.55 และ 37.93 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักระบาดวิทยา, 2551) และคนที่ มีร่างกายแข็งแรงจะไม่ใช่โรคมาลาเรีย ร้อยละ 38.92 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรับรู้ และการอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบางกลุ่มเท่านั้น ซึ่งบางกลุ่มจะเป็นเด็กและวัยรุ่นที่ไม่ได้เข้าร่วมอบรมหรือให้ความรู้เลย และการไม่ได้รับข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญการประชาสัมพันธ์เป็นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน เป็นการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและสร้างศรัทธา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเอง

มีความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย ส่วนพฤติกรรมของประชาชน กลุ่มตัวอย่างมีการป้องกันโรคมาลาเรีย ระดับสูง ร้อยละ 36.55 ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.73 ซึ่งถือว่าพฤติกรรมมีส่วนสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย เพราะ พฤติกรรมของประชาชนจะไม่เหมือนกันและปรับเปลี่ยนยากขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ จากผลวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมต่อโรคมาลาเรียของประชาชน พบว่าประชาชน ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ จะไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันทีร้อยละ 96.88 รองลงมาคือ การนอนกลางมุ้งเสมอในเวลากลางคืน ร้อยละ 96.33 เพราะ ยุงกัดปล่องที่เป็นพาหนะนำโรคมาลาเรียชอบออกหากินตอนกลางคืนถึงเช้ามืด แต่ถ้าป่าทึบมาก ๆ ก็ หากินช่วงกลางวันด้วย (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9, 2551) แต่ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่าง มักจะนอนและกางคั้นในป่า หรือในไร่ / สวน เป็นประจำ ร้อยละ 79.31 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมาลาเรียอย่างมาก

สำหรับการศึกษาพื้นที่เสี่ยงต่อโรคมาลาเรีย ส่วนใหญ่จะระบาดมากในเขตชายแดนในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทยซึ่งมี 3 จังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศกัมพูชา ประชาธิปไตย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว คือ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัด อุบลราชธานี และสุรินทร์ ซึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย 25% และ 31% เป็นผู้ป่วยมาจากประเทศกัมพูชา (Thimasarn K, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าพื้นที่เสี่ยงส่วนใหญ่จะเป็นหมู่บ้านที่ใกล้ชายแดนเพราะส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่ทำการ เพาะปลูกทางการเกษตร เช่น ยางพารา ข้าวโพด และมันสำปะหลัง เป็นต้น อีกทั้งพื้นที่ดังกล่าวยังมี อาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ป่าไม้ ซึ่งเป็นเขตอุทยานและวนอุทยาน และเป็นแหล่งกำเนิดของต้นน้ำทำ ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงก้นปล่อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เทคโนโลยีรีโมทเซนซิงที่ใช้ ภาพถ่ายดาวเทียม Landsat 5 TM ใช้ในการจำแนกความแตกต่างของพืชพรรณที่สามารถบ่งบอกได้ ว่าพื้นที่ป่า เกษตรกรรม และแหล่งน้ำ ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่องได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วยโรคมาลาเรีย (Beck *et al.*, 1994; NDVI Image Bank Africa 1981-1991 (CD-ROM), 1991) การศึกษาของ Kitron (1998) ใช้รีโมทเซนซิง ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ และระบบกำหนดตำแหน่งพิกัด วิเคราะห์และควบคุมการเกิดโรคมาลาเรียที่มีความสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับ Jeefoo (2008) ที่จำแนกพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเลียแบ่งระดับ ออกเป็น 3 ระดับ เสี่ยงมาก เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงน้อยในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีความสัมพันธ์ กับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม แต่การวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งระดับพื้นที่เสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วง คะแนนระหว่างค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่สามารถแสดงถึงการ ระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่ได้มากที่สุด การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในประชาชนนั้น

ควรเป็นการจัดกิจกรรมโดยประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเต็มที่จนสามารถพึ่งตนเอง โดยเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้สมเหตุผลทางวิชาการ สังคมยอมรับ และใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมช่วยในการดำเนินการให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนและทุกครัวเรือนในชุมชน

5.2 สรุป

มาลาเรียเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญมากในประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่รอยต่อตะเข็บชายแดน เนื่องจากเป็นพื้นที่ป่าไม้ และเป็นต้นกำเนิดของแหล่งน้ำหลายสาขา ประกอบกับพื้นที่เกษตรกรรมมีการปลูกยางพารา ข้าวโพด และมันสำปะหลัง ทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงมาก ประกอบกับสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ ความชื้น ปริมาณน้ำฝน ที่เอื้อต่อการแพร่เชื้อและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่สำคัญที่สุดของการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย คือ พฤติกรรมของมนุษย์เอง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และการป้องกัน แต่ไม่ปฏิบัติ ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียอยู่เสมอ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ไม่ควรละเลย ควรมีการอบรมให้ความรู้และให้ข่าวสารอย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญการประชาสัมพันธ์เป็นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน เป็นการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและสร้างศรัทธา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเอง ร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้สมเหตุผลทางวิชาการ สังคมยอมรับและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมช่วยดำเนินการให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนและทุกครัวเรือนในชุมชน

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาปัจจัยทางกายภาพที่มีผลต่อการระบาดของโรคมาลาเรีย ควรจะมีการพัฒนาต่อไป โดยการเพิ่มปัจจัยด้านความสูงของพื้นที่และปัจจัยปริมาณน้ำฝนและนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลศักยภาพเชิงพื้นที่ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางด้านข้อมูลอุตุนิมวิทยา 3 ปีย้อนหลัง ตามข้อมูลของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย
3. ค่าคะแนนและค่าถ่วงน้ำหนักควรมีการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ของ AHP (Analysis Hierarchy Process), ANN (Artificial Neural Network) และ Fuzzy Logic เป็นต้น ในการให้ค่าคะแนนและค่าถ่วงน้ำหนักความสำคัญของแต่ละปัจจัย