ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรีย ของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 5 ตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี

นางดวงเดือน พวงมณี
นายวิทยา สายพรมสุด
นางสาวรัตกาล เมืองไหว
นางสาวสุลาวรรณ เงินยวง
นายเสนาะ พ่วงฟัก

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ตำแหน่งเลขที่ 1368
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

บทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง บทบาทหนึ่งคือการค้นคว้า ศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง โดยเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมาร์ นั้นยังคงเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย

ตามโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี ได้จัดทำขึ้นเพื่อสนองพระราชดำริในอันที่จะให้เด็กและเยาวชนปลอดจากโรคมาลาเรีย ซึ่งโครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานของแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯสยามบรมราชกุมารี ระยะที่ 4 (2550-2559) ดำเนินการใน 14 จังหวัด นั้น จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นพื้นที่ที่ดำเนินกิจกรรมนี้ด้วย

ข้าพเจ้าจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 4, 5 และ6 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเขตสุขภาพที่ 5 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ต่อไป

ดวงเดือน พวงมณี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ศูนย์โรคติดต่อนำโดยแมลงของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้แก่คุณวิทยา สายพรมสุด ศูนย์โรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 5.1 จังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนครูและนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนทั้ง 27 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ดวงเดือน พวงมณี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตสุขภาพที่ 5 : จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยครูและใช้แบบประเมินของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค เก็บข้อมูลครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม 2559 ครั้งที่ 2 ในเดือนสิงหาคม 2559

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่าการให้ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียไม่มีผลต่อการ “รู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องไข้มาลาเรีย” ของเด็กนักเรียน ผู้ที่นักเรียนปรึกษาเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุดคือมารดาและครู โดยเฉพาะหลังการได้รับความรู้ซึ่งแสดงให้เห็นว่า “มารดาและครู” มีความสำคัญต่อเด็กนักเรียนมาก

ความรู้ นักเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยคะแนนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่แตกต่างจากคะแนนก่อนการได้รับความรู้

การรับรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียลดลง นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่แตกต่างกัน

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังให้ความรู้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีพฤติกรรมป้องกันมากขึ้นส่วนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าครูไม่ได้รับการพัฒนาในศักยภาพในเรื่องการให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรีย รวมทั้งยังไม่มีเนื้อหาสาระ รูปแบบ วิธีการและสื่อที่เหมาะสม ที่สามารถเชื่อมโยงให้นักเรียนได้ทราบถึง**แก่นความรู้ที่จะนำไปสู่การรับรู้ถึงความเสี่ยง รับรู้อันตรายของไข้มาลาเรียตลอดจนการปฏิบัติตนที่ป้องกันไข้มาลาเรียได้ในเชิงรูปธรรม**

ดังนั้นกรมควบคุมโรคควรมีนโยบายประเมิน**แผนการสอนเรื่องไข้มาลาเรียที่แยกเป็นระดับชั้นเรียน**ที่จัดทำขึ้นในปี 2559 และเผยแพร่ในปี 2560 โดยประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความเหมาะสมกับการนำไปใช้จริงจากผู้ครูที่ใช้แผนการสอนนี้เพื่อพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ต่อไป รวมทั้งการประเมินความรู้ รับรู้และพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียในกลุ่มเด็กนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่มีการให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องไข้มาลาเรียตามชั้นปีของนักเรียนและผลิต**สื่อเรื่องไข้มาลาเรียเพื่อสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่ม**ประชาชนในชุมชนรอบโรงเรียนรวมทั้งการประเมินผลการใช้สื่อดังกล่าวเพื่อเป็นการหนุนเสริมการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรียในชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมป้องกัน ไข้มาลาเรีย

Border Patrol Police School

Abstract

The purpose of this study is to follow up the knowledge assessment understanding and behavior in malaria prevention and control of students of Border Patrol Police School at Regional Health 5: Kanchanaburi Province. The teachers use the evaluation form from Bureau of Vector Borne Diseases for pre and post assessment on malaria control, first time in May 2016 and second time in August 2016.

The statistics that use in this descriptive study were percentage and mean. Analyze the difference score of the knowledge and perception and behavior with independent t-test, the significant at level 0.05.

The results showed that giving knowledge about prevention and control of malaria did not affect "Know or hear about malaria" of students. The students often to mother and teacher when they were sick. Especially after the get perception that shows their "Mother and Teacher" is very important.

The students' knowledge were decreased at the significant $p < 0.05$. The grade 4 students score were decreased at the significant $p < 0.05$. The grade 5 students score were decreased but there is no significant and there is no different score from grade6 students of the pre - knowledge score.

Malaria perception of grade 4 students were decreased but no significantly and malaria perception of both grade 5 and grade 6 students were not different.

Students' malaria prevention behavior among pre and post giving knowledge were change statistically significant at level $p < 0.05$. The prevalence of protective behaviors among students in grade 4 and grade 5 but there is no change in grade6.

The results of this study indicate that teachers have not developed in the potential of knowledge about malaria control. It also has no content, format, method and suitable media. The students can be informed about the knowledge that will lead to the perception of risk. Awareness of the dangers of malaria as well as the prevention of malaria in concrete ways.

Therefore, the Department of Disease Control should have a policy to evaluate the lesson plan for malaria that is classed in 2016 and published in 2017 by assessing knowledge, understanding, and relevancy from the teacher using the lesson plan. This is to develop the curriculum to suit the application. Including knowledge assessment. Perception and behavior to protect Malaria control among school children in Border Patrol Police schools was provided by the school yearly malaria lesson plan and produced malaria media to communicate the risks among the people in the community around the school. The media used to support the prevention of malaria control in the community.

Key words: Knowledge, Perception, Malaria Prevention Behavior

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ก
กิตติกรรมประกาศ		ข
บทคัดย่อภาษาไทย		ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		ง
สารบัญ		จ
สารบัญตาราง		ฉ
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์	3
	ขอบเขตการวิจัย	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
	นิยามตัวแปร	3
	กรอบแนวคิดการวิจัย	
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
	สถานการณ์โรคมาลาเรีย	4
	โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	5
	ความรู้	6
	การรับรู้	8
	การเรียนรู้	8
	พฤติกรรม	13
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
	ความเชื่อมโยงของเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	23
	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	23
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	23
	เครื่องมือใช้ในการวิจัย	23

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	การเก็บรวบรวมข้อมูล	23
	การวิเคราะห์ข้อมูล	24
บทที่ 4	ผลการวิจัย	25
	ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	25
	ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง	
	2.1 ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย	29
	2.2 การรับรู้เรื่องไข้มาลาเรีย	
	2.3 พฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรีย	
	2.4 คะแนนรวมความรู้ การรับรู้เรื่องไข้มาลาเรียและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไข้มาลาเรีย	
	2.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้เรื่องไข้มาลาเรียและพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียจำแนกตามลักษณะทางประชากร	
	2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เรื่องไข้มาลาเรียและพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรีย	
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ	43
	สรุปผลการวิจัยและอภิปราย	44
	ข้อเสนอแนะ	48
บรรณานุกรม		
ภาคผนวก		

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรีจำแนกตามโรงเรียนและจำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	25
ตารางที่ 2	จำนวนนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรีจำแนกตามชั้นเรียนและจำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	26
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"รู้จักหรือเคยได้ยินไข้มาลาเรีย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	26
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาพ่อ เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	26
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาแม่ เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	27
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาพี่น้อง เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	27
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาญาติ เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	28
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาครู เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	28
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาหมอ พยาบาล เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	28
ตารางที่ 10	จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 จำแนกตามคำตอบ	29
ตารางที่ 11	จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามคำตอบ	30
ตารางที่ 12	จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำแนกตามคำตอบ	31
ตารางที่ 13	ผลการวิเคราะห์คะแนนภาพรวมความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้	32
ตารางที่ 14	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนรวมความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้	32
ตารางที่ 15	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนและหลังการให้ความรู้	33
ตารางที่ 16	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและหลังการให้ความรู้	33

		หน้า
ตารางที่ 17	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและหลังการให้ความรู้	33
ตารางที่ 18	จำนวน ร้อยละการรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 จำแนกตามคำตอบ	34
ตารางที่ 19	จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามคำตอบ	34
ตารางที่ 20	จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำแนกตามคำตอบ	35
ตารางที่ 21	ผลการวิเคราะห์คะแนนภาพรวมการรับรู้ไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้	36
ตารางที่ 22	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนรวมการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้	36
ตารางที่ 23	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนและหลังการให้ความรู้	36
ตารางที่ 24	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและ หลังการให้ความรู้	37
ตารางที่ 25	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและ หลังการให้ความรู้	37
ตารางที่ 26	จำนวน ร้อยละพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 จำแนกตามคำตอบ	38
ตารางที่ 27	จำนวน ร้อยละพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามคำตอบ	39
ตารางที่ 28	จำนวน ร้อยละพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำแนกตามคำตอบ	39
ตารางที่ 29	ผลการวิเคราะห์คะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้	40
ตารางที่ 30	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้	40
ตารางที่ 31	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนและหลังการให้ความรู้	41
ตารางที่ 32	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและ หลังการให้ความรู้	41
ตารางที่ 33	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและ หลังการให้ความรู้	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่นและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ป่าเขาซึ่งมีความทุรกันดาร เด็กและเยาวชนที่ศึกษาในโรงเรียนที่ตั้งในแหล่งแพร่เชื้อจึงมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย อันส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีควบคู่ไปกับการได้รับการสร้างเสริมความรู้ความสามารถจากการเรียนรู้ ทำให้เติบโตเป็นประชากรคุณภาพของประเทศ[1]

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนทั้งสิ้นจำนวน 27 แห่งในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กาญจนบุรี ราชบุรี และเพชรบุรี เป็น 4 จังหวัดใน 14 จังหวัดที่เข้าร่วมในโครงการดังกล่าว โดยเน้นกิจการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในกลุ่มนักเรียน การสร้างเสริมให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณรอบโรงเรียนในการป้องกันและควบคุมมาลาเรีย ซึ่งจากข้อมูลสถานการณ์โรคมาลาเรียนั้นแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 75 ใน 55 ประเทศทั่วโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมาประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียเป็นอย่างมาก จำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 150,000 ราย ในปีพ.ศ.2543 เหลือ 24,850 ราย ในปี พ.ศ. 2558 หรือลดลงประมาณร้อยละ 85 คิดเป็นอัตราป่วย 0.38 ต่อประชากรพันคนผู้ป่วย[2]

ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า การกระจายของผู้ป่วยไข้มาลาเรีย มีผู้ป่วยคนไทยคิดเป็นร้อยละ 57.69 ผู้ป่วยต่างชาติคิดเป็นร้อยละ 43.38 (เมียนมาร์ร้อยละ 14.20 ลาวร้อยละ 1.04 และกัมพูชาร้อยละ 0.93) ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำ (15-60 ปี) ซึ่งประกอบอาชีพหรือปฏิบัติหน้าที่ในป่า สวน ไร่ ในเวลากลางคืนมากกว่าร้อยละ 58 ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม จังหวัดที่พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดตาก อุบลราชธานี ยะลา **กาญจนบุรี** แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ นราธิวาส สงขลา สุราษฎร์ธานี และสุรินทร์ คิดเป็นร้อยละ 87.69 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ มีหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียทั้งหมด 2,755 หมู่บ้าน (5,552 กลุ่มบ้าน) ซึ่งกระจายตัวอยู่ใน 220 อำเภอจากจำนวนทั้งหมด 928 อำเภอ/เขต

ระหว่างปี พ.ศ.2559-2573 โครงการมาลาเรียโลก (Global Malaria Program) มีเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรียและผลักดันให้ประเทศที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อประชากรพันคน ยกระดับนโยบายจากการควบคุมโรค (Malaria Control) เป็นนโยบายการกำจัดโรค (Malaria Elimination) และประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนนโยบายดังกล่าวระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 ในปี พ.ศ.2556 ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ประเทศไทยร่วมกับประเทศสมาชิกอื่น ๆ ร่วมลงนามข้อตกลงในการผลักดันนโยบายและสนับสนุนงบประมาณการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในที่ประชุมสุดยอดเอเชียตะวันออก ครั้งที่ 9 ณ กรุงเนปิดอว์ ประเทศเมียนมาร์ ในปี พ.ศ.2557 นอกจากนี้การจำกัดโรคไข้มาลาเรียยังเป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ (United Nation) และประเทศไทยได้ตั้ง

คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนตามระเบียบสำนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว

งบประมาณการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เป็นผลให้สถานการณ์ของโรคลดลงอย่างมาก อย่างไรก็ตามเมื่องบประมาณจากโครงการกองทุนโลกจะสิ้นสุดภายในปี พ.ศ. 2560 หากไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้สถานการณ์โรคกลับมาอีกครั้ง ดังนั้น การดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียจึงต้องอาศัยการบูรณาการงาน ทรัพยากรร่วมกับทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการเอกชนและองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อให้การจำกัดโรคไข้มาลาเรียเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป นอกจากนี้แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยสอดคล้องกับเป้าหมาย

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 มีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ.2567 โดยมี 4 ยุทธศาสตร์ 1) เร่งรัดการกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3) สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียและ 4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 งบประมาณการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เป็นผลให้สถานการณ์ของโรคลดลงอย่างมาก อย่างไรก็ตามเมื่องบประมาณจากโครงการกองทุนโลกจะสิ้นสุดภายในปี พ.ศ.2560 หากไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้สถานการณ์โรคกลับมาอีกครั้ง ดังนั้นการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียจึงต้องอาศัยการบูรณาการงาน ทรัพยากรร่วมกับทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน่วยบริการเอกชนและองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อให้การกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) เพื่อให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงนำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งประโยชน์แห่งชาติในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูงทำให้สังคมมีความมั่นคง เสมอภาค เป็นธรรม สามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจโลกต่อไป[2]

จากความสำคัญและความเป็นมาดังกล่าว กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ **“โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี”** โดยดำเนินงานตามหลักระบาดวิทยาใช้ข้อมูลการแพร่เชื้อมาลาเรียเป็นกรอบกำหนดกิจกรรมที่สำคัญ เพื่อให้สอดคล้องกับการประกาศกำจัดไข้มาลาเรีย (MALARIA ELIMINATION) ของประเทศไทย การดำเนินงานในพื้นที่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงเป็นหน่วยประสาน ติดตามและประเมินผลภาพรวมของโครงการและครูในโรงเรียนตำรวจตะเวนชายแดน

เป็นผู้ให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรียแก่นักเรียน ซึ่งโครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานของแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี ระยะที่ 4 (2550-2559) [1] และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 โดยมีวิสัยทัศน์ "ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี 2567 (ค.ศ. 2024)" **ในยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ**การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคมาลาเรียและสอดคล้องกับโครงการมาลาเรียโลก (Global Malaria Program) ที่มุ่งสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ[2]

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี" ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงศึกษาความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 13 แห่ง ตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี โดยติดตามประเมินความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรีย เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามประเมินความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 13 แห่งก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรีย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนทั้งสิ้นจำนวน 13 แห่งในจังหวัด กาญจนบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีรายงานการป่วยไข้มาลาเรียสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 5 และอยู่ใน 10 ลำดับแรกของ ระดับประเทศมาตลอด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ในเดือนพฤษภาคม 2559 และครั้งที่ 2 คือเดือนสิงหาคม 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียในโรงเรียนตำรวจตะเวนชายแดนในเขตสุขภาพที่ 5 ต่อไป

นิยามตัวแปร

"ความรู้" หมายถึงความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตะเวนชายแดน 13 แห่งในจังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วยชนิดของยุงนำเชื้อไข้มาลาเรีย ช่วงเวลาที่ยุงดังกล่าวกัด แหล่งเพาะพันธ์และอาการของมาลาเรีย รวมทั้งความรู้ด้านการป้องกันไข้มาลาเรีย

"การรับรู้" หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรียและรับรู้ถึงวิธีการป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตะเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรี

“พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย” หมายถึงการกระทำที่เป็นการป้องกันไข้มาลาเรียและการปฏิบัติตนเมื่อรู้สึกไม่สบายของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตะเวนชายแดน13 แห่งในจังหวัดกาญจนบุรี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 4, 5 และ6 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนจำนวน 13 แห่งในจังหวัดกาญจนบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย โดยครูในโรงเรียน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ผู้วิจัยจึงศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์โรคมาลาเรีย
2. โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
3. ความรู้
4. การรับรู้
5. การเรียนรู้
6. พฤติกรรม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์โรคมาลาเรีย

สถานการณ์การระบาดของโรคมีแนวโน้มลดลงโดยในช่วงระหว่าง ปี 2543-2558 จำนวนผู้ป่วยทั่วโลกลดลงประมาณร้อยละ 47สำหรับสถานการณโรคไข้มาลาริยในประเทศไทยพบว่าอัตราป่วยและอัตราตายมีแนวโน้มลดลง โดยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียในประชากรพันคน (Annual Parasite Incidence- API) ลดลงจาก 0.57 ในปี 2557 เป็น 0.38ในปี 2558 และเสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคน (Malaria Mortality Rate-MMR) ลดลงจาก0.07ในปี2556 เป็น0.06ในปี 2557ปัจจุบันมีแนวโน้มสัดส่วนของเชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์(*P. Vivax*) สูงกว่าเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิปารัม (*P. falciparum*) ในปี2558พบผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์ ร้อยละ63.93และฟัลซิปารัม คิดเป็นร้อยละ 29.31 ที่เหลือเป็นเชื้อชนิดอื่นๆและเชื้อชนิดผสม

ในปีงบประมาณ 2558 การกระจายของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมีผู้ป่วยคนไทยคิดเป็นร้อยละ **57.**69 ผู้ป่วยต่างชาติคิดเป็นร้อยละ43.38 (เมียนมาร์ร้อยละ14.20 ลาวร้อยละ1.04และกัมพูชาร้อยละ0.93) ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงาน (15-60ปี) ซึ่งประกอบอาชีพทำสวนไร่ในเวลากลางคืนร้อยละ 58 พบเป็นจำนวนมากระหว่างพฤษภาคมถึงสิงหาคม จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสูงสุด10 อันดับแรกได้แก่ จังหวัดตาก อุบลราชธานี ยะลา **<u>กาญจนบุรี</u>**แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ นราธิวาส สงขลา สุราษฎร์ธานีและสุรินทร์คิดเป็นร้อยละ 87.69 ของผู้ป่วยทั้งประเทศมีหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียทั้งหมด 2,755หมู่บ้าน ซึ่งกระจายตัวอยู่ใน 220 อำเภอ จากจำนวนทั้งหมด 928 อำเภอ/เขต[2]

2. โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี[1]

โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี ได้จัดทำขึ้นเพื่อสนองพระราชดำริในอันที่จะให้เด็กและเยาวชนปลอดจากโรคมาลาเรีย ซึ่งโครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานของแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯสยามบรมราชกุมารี ระยะที่ 4 (2550-2559) ดำเนินการใน 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดตาก **จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์** จังหวัดชุมพร จังหวัดตราด จังหวัดจันทบุรี จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาสและจังหวัดสงขลา กิจกรรมได้ดำเนินการในโรงเรียนของพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนฯ เน้นกิจการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในกลุ่มนักเรียน การสร้างเสริมให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณรอบโรงเรียนในการป้องกันและควบคุมมาลาเรีย

โครงการฯ มีลักษณะการดำเนินงานเป็นเครือข่าย โดยมีหน่วยงานที่ตั้งในส่วนกลางซึ่งคือ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง ทำหน้าที่รวบรวมผลการดำเนินงานจากหน่วยงานในพื้นที่ ประสาน นิเทศติดตามและประเมินผลโครงการ เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ไปยังสำนักงานโครงการสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี โดยมีหน่วยงานภูมิภาค (เช่น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง)ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3, 4 , 9, 10, 11 และ 12 เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย การสร้างเสริมความรู้และสุขภาพในโรงเรียน รวมทั้งการรายงานสรุปผลการดำเนินงานสู่สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราป่วยด้วยมาลาเรียของนักเรียน
2. **เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมมาลาเรีย**
3. **เพื่อให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากมาลาเรีย**
4. เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมมาลาเรีย
5. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนและโรงเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมมาลาเรีย

ตัวชี้วัด

1. อัตราป่วยด้วยมาลาเรีย (API) ของนักเรียนในพื้นที่โครงการฯ ลดลงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
2. **อย่างน้อยร้อยละ 70 ของนักเรียน มีความรู้และการรับรู้เรื่องมาลาเรียในระดับดี (คือมีระดับคะแนนความรู้และการรับรู้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)**

3. **<u>อย่างน้อยร้อยละ 70 นักเรียน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดี (คือมีระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)</u>**
4. อย่างน้อยร้อยละ 70 ของนักเรียน มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย
5. **<u>โรงเรียนจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</u>**

หลักการ กลวิธี

1. การหาอัตราป่วยในกลุ่มนักเรียน โดยการเจาะโลหิตทุกคน ต้นและปลายโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดค่า API ของนักเรียนในโครงการ
2. การเฝ้าระวังโรคตามหลักการระบาดวิทยา เน้นการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มนักเรียน อาจจะโดยการจัดมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่เข้าบริการในโรงเรียน หรือ การติดต่อประสานจากโรงเรียนให้เข้าบริการเมื่อนักเรียนป่วย หรือการประสานแจ้งให้โรงเรียนทราบถึงสถานบริการตรวจรักษามาลาเรียในบริเวณใกล้เคียง หรือการฝึกอบรมครูพยาบาลในการตรวจหาเชื้อมาลาเรีย (เนื่องจากบางโรงเรียนช่วงหน้าฝนจะเข้าถึงได้ยาก) หากพบนักเรียนป่วยด้วยมาลาเรียให้ดำเนินการเหมือนระบบปกติ (เช่นการสอบสวนโรค ติดตามผลการรักษา การรายงานเข้าระบบปกติ)รวมทั้งการเก็บข้อมูลนักเรียนที่ไปรักษาโรคมาลาเรียจากแหล่งบริการสาธารณสุขอื่น ๆ
3. การสำรวจความรู้ การรับรู้และพฤติกรรม เพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการปรับปรุงการให้สุขศึกษาและวัดผลโครงการ
4. การให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย การป้องกันตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ โดยเน้นการนอนในมุ้งชุบสารเคมี การทายากันยุง การใส่เสื้อผ้าปกปิด หรือ หากเป็นท้องที่ที่ยังต้องพ่นสารเคมี ก็แนะนำให้ร่วมมือยินยอมให้พ่นบ้าน
5. การสร้างเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย โดยจัดสรรมุ้งให้นักเรียนที่ไม่มีมุ้งและให้ชุบมุ้งทุกหลังด้วยสารเคมี การแจกยาทากันยุง
6. การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของนักเรียน และชุมชน โดยการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม

3. ความรู้[3]

“ความรู้” หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ/ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์/สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ

“ความรู้” หมายถึง สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆโดยไม่กำหนดช่วงเวลา

“ความรู้” จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้นิยามความหมายไว้ว่า ความรู้ คือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ องค์วิชาในแต่ละสาขา

ระดับความรู้ สามารถจำแนกระดับความรู้ออกได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จดจำเรื่องวิธีปฏิบัติ กระบวนการ และแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้ คือ ความสามารถในการดึงข้อมูลจากความจำออกมาได้

2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (comprehension) หมายความว่า บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจดจำเนื้อหาที่ได้รับ เช่น สามารถเขียนข้อความเหล่านั้นด้วยถ้อยคำของตนเองได้ สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายที่ลึกซึ้ง แปลความและ เปรียบเทียบความคิดอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

3. ระดับการนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถที่จะนำข้อเท็จจริงและความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. ระดับการวิเคราะห์ (analysis) สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกเป็นส่วนเป็นประเภท หรือนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง

5. ระดับการสังเคราะห์ (synthesis) คือ การนำข้อมูลและแนวความคิดมาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

6. ระดับการประเมินผล (evaluation) คือ ความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อตั้งเกณฑ์การรวบรวมและวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ข้อตัดสินใจถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

"การเรียนรู้" นักสังคมศาสตร์หลายท่านได้แนะถึงหลักการของการเรียนรู้บางประการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับการสื่อสาร คือ

1. บุคคลแต่ละคนจะมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในการศึกษาเรื่องราวใด ๆ ก็ตามจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย

2. การเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ โดยทั่วไปแล้วการสรรเสริญจะให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ได้มากกว่าการทำโทษ แต่บางครั้งการถูกทำโทษจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีเช่นเดียวกัน ถ้ามีการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์อย่างรุนแรง

3. การแสดงให้เห็นว่าควรทำอย่างไร ดีกว่าการบอกเฉย ๆ เพราะการแสดงถึงวิธีการให้ผู้รับได้เห็นว่าควรทำอย่างไร เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการให้การเรียนรู้ในเรื่องที่ซับซ้อน

4. ทัศนคติที่ผู้รับสารมีต่อผู้ส่งสารจะมีผลต่อทัศนคติที่มีต่อสารนั้นด้วย บางครั้งการบอกว่า "ใครเป็นผู้พูด" มีความสำคัญพอ ๆ กับการบอกว่า "พูดว่าอะไร" อย่างไรก็ตามใน ระยะยาว ตัวสารจะมีความสำคัญมากกว่า

5.ความจำมีความสัมพันธ์กับความใหม่ของเรื่องราว หรือเหตุการณ์เรามักจะจำและมีการตอบสนองต่อข่าวสารที่เพิ่งได้รับใหม่ ๆ และการให้ข่าวสารซ้ำ ๆ กันจะก่อให้เกิดการจดจำและเก็บสารนั้นไว้

6. การมีส่วนร่วมทำให้เกิดการเรียนรู้ คนเราจะเรียนรู้ได้ดีขึ้น เมื่อได้มีการทดลองทำ

7. การนำเสนอด้วยวิธีที่แปลกใหม่ โดยใช้วิธีที่เป็นการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์สูงจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากกว่าการนำเสนอด้วยวิธีธรรมดา

4. การรับรู้[4]

4.1 ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

การรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆจะขึ้นอยู่กับการรับรู้จากสภาพแวดล้อมของตนและความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ดังนั้นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพซึ่งปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย ประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิตคือ ความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติ เป็นต้น การรับรู้จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้าน คือ การรับสัมผัส การแปลความหมายและอารมณ์ การรับรู้เป็นผลเนื่องมาจากการที่มนุษย์ใช้อวัยวะรับสัมผัส (Sensory motor) ซึ่งเรียกว่าเครื่องรับ (Sensory) ทั้ง 5 ชนิด คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง จากการวิจัยมีการค้นพบว่า **การรับรู้ของคนเกิดจากการเห็น 75% จากการได้ยินร้อยละ 13 การสัมผัสร้อยละ 6** กลิ่นร้อยละ 3 และรสร้อยละ 3 การรับรู้จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพล หรือปัจจัยในการรับรู้ ได้แก่ **ลักษณะของผู้รับรู้ ลักษณะของสิ่งเร้า** การที่มนุษย์จะรับรู้และสามารถพัฒนาจนเป็นการเรียนรู้ได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1. สติปัญญา ผู้มีสติปัญญาสูงกว่า ย่อมรับรู้ได้ดีกว่าผู้มีสติปัญญาต่ำกว่า

2. การสังเกตและพิจารณา ขึ้นอยู่กับความชำนาญ และความสนใจต่อสิ่งเร้า

3. คุณภาพของจิตในขณะนั้น ถ้ามีความเหนื่อยอ่อน เครียด หรืออารมณ์ขุ่นมัว อาจทำให้แปลความหมายของสิ่งเร้าที่สัมผัสได้ไม่ดี แต่ในทางตรงกันข้าม หากสภาพจิตใจผ่องใส ปลอดโปร่ง ก็จะทำให้การรับรู้และการเรียนรู้เป็นไปด้วยดี และเป็นระบบ การรับรู้ที่ผิดพลาด แม้ว่ามนุษย์มีอวัยวะรับสัมผัสถึง 5 ประเภทแต่มนุษย์ก็ยังรับรู้ผิดพลาดได้ เช่น ภาพลวงตา การรับฟังความบอกเล่าทำให้เรื่องบิดเบือนไป การมีประสบการณ์และค่านิยมที่แตกต่างกัน ดังนั้นการรับรู้ถ้าจะให้ถูกต้องจะต้อง**รับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสหลายทางผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองให้มากขึ้น**

หลักการรับรู้สำหรับการศึกษา

1. การรับรู้จะ**พัฒนาตามวัย**และความสามารถที่จะรับรู้สิ่งภายนอกอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. การรับรู้โดยการเห็นจะก่อให้เกิดความเข้าใจดีกว่า การได้ยินและประสาทสัมผัสอื่นๆดังนั้นการเรียนรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสได้มากจะก่อนให้เกิดความเข้าใจที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. ลักษณะและวิธีการรับรู้ของแต่ละคน จะแตกต่างกันตามพื้นฐานของบุคลิกภาพและจะแสดงออกตามที่ได้รับรู้และทรรศนะของเขา

4. การเข้าใจผู้เรียนทั้งในด้านคุณลักษณะและสภาพแวดล้อมจะเป็นผลดีต่อการจัดการเรียนการสอน

5. การเรียนรู้[5]

5.1 ทฤษฎีการเรียนรู้

ทฤษฎีการเรียนรู้ คือ กระบวนการที่ทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด คนสามารถเรียนได้จากการได้ยิน การสัมผัส การอ่าน การใช้เทคโนโลยี การเรียนรู้ของเด็กและผู้ใหญ่จะต่างกัน เด็กจะเรียนรู้ด้วยการเรียนในห้อง การซักถาม ผู้ใหญ่มักเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ที่มีอยู่ แต่การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผู้สอนนำเสนอ โดยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ผู้สอนจะเป็นผู้ที่สร้างบรรยากาศทางจิตวิทยาที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ที่จะให้

เกิดขึ้นเป็นรูปแบบใดก็ได้เช่น ความเป็นกันเอง ความเข้มงวดกวดขัน หรือความไม่มีระเบียบวินัย สิ่งเหล่านี้ผู้สอนจะเป็นผู้สร้างเงื่อนไข และสถานการณ์เรียนรู้ให้กับผู้เรียน ดังนั้น ผู้สอนจะต้องพิจารณาเลือกรูปแบบการสอน รวมทั้งการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน

5.2 องค์ประกอบของการเรียนรู้

องค์ประกอบสำคัญที่เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้อยู่ด้วยกันหลายอย่าง เพราะการเรียนรู้เนพื้นฐานที่สำคัญต่อการเข้าใจพฤติกรรมบุคคล สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. สมองและระบบประสาท ระบบประสาทของคนประกอบด้วยสมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาท ซึ่งเป็นอวัยวะทำหน้าที่รับความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้มนุษย์มีสติปัญญาเฉลียวฉลาด มีความเข้าใจ สามารถเรียนรู้ วิเคราะห์ และควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า มีประสิทธิภาพสูงกว่าสัตว์ชนิดอื่น ดังนั้นการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความทรงจำ และการรับรู้ ต้องอาศัยการทำของสมองและระบบประสาทเป็นพื้นฐานสำคัญ

2. แรงขับ แรงขับเป็นภาวการณ์กระตุ้นหรือเร้าให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมต่าง ๆออกมาในทางจิตวิทยาแบ่งแรงขับออกเป็น 2 อย่างคือ แรงขับพื้นฐานและแรงขับที่เกิดจากการเรียนรู้

3. สิ่งเร้าและแรงจูงใจ สิ่งเร้าและแรงจูงใจเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญยิ่งในกระบวนการเรียนรู้ เพราะการเรียนรู้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าและแรงจูงใจ จึงทำให้เกิดการตอบสนองขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน

4. การเสริมแรง เป็นการกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการเรียนรู้ เพราะเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรงจึงอยากแสดงพฤติกรรมซ้ำอีก การเสริมแรงมีทั้งการเสริมแรงทางบวก และการเสริมแรงทางลบ เช่นเดียวกับแรงจูงใจ จะเห็นได้ว่า นอกจากการให้แรงจูงใจต่อผู้เรียนแล้ว การรู้จักเสริมแรงพฤติกรรมการตอบสนองซึ่งเป็นที่พึงปรารถนาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งในกระบวนการของการเรียนรู้

5.3 ลำดับขั้นของการเรียนรู้

ในกระบวนการเรียนรู้ของคนเรานั้น จะประกอบด้วยลำดับขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญ 3 ขั้นตอนด้วยกัน คือ (1) ประสบการณ์ (2) ความเข้าใจ และ (3) ความนึกคิด

1. ประสบการณ์ (experiences) ในบุคคลปกติทุกคนจะมีประสาทรับรู้อยู่ด้วยกันทั้งนั้น ส่วนใหญ่ที่เป็นที่เข้าใจก็คือ ประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ประสาทรับรู้เหล่านี้จะเป็นเสมือนช่องประตูที่จะให้บุคคลได้รับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ถ้าไม่มีประสาทรับรู้เหล่านี้แล้ว บุคคลจะไม่มีโอกาสรับรู้หรือมีประสบการณ์ใด ๆ เลย ซึ่งก็เท่ากับเขาไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใด ๆ ได้ด้วย ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับนั้นย่อมจะแตกต่างกัน บางชนิดก็เป็นประสบการณ์ตรง บางชนิดเป็นประสบการณ์แทน บางชนิดเป็นประสบการณ์รูปธรรม และบางชนิดเป็นประสบการณ์นามธรรม หรือเป็นสัญลักษณ์

2. ความเข้าใจ (understanding) หลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์แล้ว ขั้นต่อไปก็คือ ตีความหมายหรือสร้างมโนมติ (concept) ในประสบการณ์นั้น กระบวนการนี้เกิดขึ้นในสมองหรือจิตของบุคคล เพราะสมองจะเกิดสัญญาณ (percept) และมีความทรงจำ (retain) ขึ้น ซึ่งเราเรียกกระบวนการนี้ว่า "ความเข้าใจ" ในการเรียนรู้นั้น บุคคลจะเข้าใจ

ประสบการณ์ที่เขาประสบได้ก็ต่อเมื่อเขาสามารถจัดระเบียบ (organize) วิเคราะห์ (analyze) และสังเคราะห์ (synthesis) ประสบการณ์ต่าง ๆ จนกระทั่งหาความหมายอันแท้จริงของประสบการณ์นั้นได้

3. ความนึกคิด (thinking) ความนึกคิดถือว่าเป็นขั้นสุดท้ายของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในสมอง ความนึกคิดที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องเป็นความนึกคิดที่สามารถจัดระเบียบ (organize) ประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับให้เข้ากันได้ สามารถที่จะค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทั้งเก่าและใหม่ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้เกิดบูรณาการการเรียนรู้อย่างแท้จริง

5.4 กระบวนการของการเรียนรู้

กระบวนการของการเรียนรู้มีขั้นตอนดังนี้คือ

1. มีสิ่งเร้า (Stimulus) มาเร้าอินทรีย์ (Organism)

2. อินทรีย์เกิดการรับสัมผัส (Sensation) ประสาทสัมผัสทั้งห้า ตา หู จมูก ลิ้น ผิวกาย

3. ประสาทสัมผัสส่งกระแสสัมผัสไปยังระบบประสาทเกิดการรับรู้ (Perception)

4. สมองแปลผลออกมาว่าสิ่งที่สัมผัสคืออะไรเรียกว่าความคิดรวบยอด (Conception)

5. พฤติกรรมได้รับคำแปลผลทำให้เกิดความคิดรวบยอดก็จะเกิดการเรียนรู้ (Learning)

6. เมื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้บุคคลก็จะเกิดการตอบสนอง (Response) พฤติกรรมนั้น ๆ ตัวอย่างเช่น เราฝึกสัตว์ให้สามารถทำกิจกรรมใดๆ ก็ได้อาจเป็นการเล่นลูกบอลโยนห่วง หรือให้นกพิราบจิกบัตรสี หรือหัดให้ลิงชิมแฟนซีวาดรูปภาพต่างๆ หรือให้นกแก้วเฝ้าบ้านโดยส่งเสียงร้องเวลาที่คนแปลหน้าเข้าบ้าน กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะต้องมีกระบวนการคือมีสิ่งเร้ามาเร้าอินทรีย์ ถ้าในที่นี้อินทรีย์คือตัวแลคคูน ตัวแลคคูนก็จะรู้สึก การเกิดความรู้สึกเราเรียกว่าเกิดการรับสัมผัส จะด้วยทางตา หู จมูก ลิ้น ผิวกาย ประสาทสัมผัสจะทำให้เกิดการรับรู้ สมองก็จะแปลความหมาย พฤติกรรมที่สมองแปลความหมายเรียกว่าเกิดการเรียนรู้ จะให้เรียนรู้ได้ต้องทำบ่อยๆ โดยนักจิตวิทยาให้แลคคูนจับลูกบอลบ่อยๆ พร้อมให้แรงเสริมด้วยอาหารที่เจ้าแลคคูนชอบ ก่อนให้อาหารก็ให้เจ้าแลคคูนจับลูกบอลบ่อยๆ ทำซ้ำๆ หลายครั้งเจ้าแลคคูนก็จะเกิดการเรียนรู้ว่าถ้าทำกิจกรรมจับลูกบอลแล้วพัฒนาไปถึงขั้นโยนลูกบอลเข้าห่วงก็จะได้อาหาร การเรียนรู้ก็จะเกิดขึ้น คือถ้าเจ้าแลคคูนหิวก็จับลุกบอลโยนห่วงเป็นต้น

5.5 การนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในเทคโนโลยีการศึกษา

เมื่อพิจารณาถึงการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเรียนการสอนแบบโปรแกรม (Programmed Instruction) ซึ่งในระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา การเรียนการสอนแบบโปรแกรมได้รับความสนใจว่าเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น เนื่องจากการเรียนการสอนวิธีนี้มีหลักการพื้นฐานของการใช้ทฤษฎีและหลักจิตวิทยาการเรียนรู้ที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences) มีการใช้แรงเสริม (Reinforcement) และการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้เรียน (Feedback) การเรียนการสอนลักษณะนี้นอกจากจะใช้สื่อการเรียนการสอนในรูปเอกสารแล้ว ได้มีผู้พยายามสร้างเครื่องสอน (Teaching Machine) เพื่อนำเสนอบทเรียนแบบโปรแกรมอีกด้วย และเมื่อคอมพิวเตอร์เข้ามามีบทบาทในการศึกษา บทเรียนแบบโปรแกรมจึงมีการพัฒนามาอยู่บนคอมพิวเตอร์ และทำให้เกิดการเรียนการสอนที่เรียกว่า คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI)

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่า จิตวิทยาเป็นเสมือนการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ของพฤติกรรมมนุษย์ (Scientific Study of Human Behavior) และการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมภายนอก นอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (Stimuli and Response) ซึ่งเชื่อว่า การตอบสนองสิ่ง เร้าของมนุษย์เป็นพฤติกรรมแบบแสดงออก (Operant Conditioning) ซึ่งมีการเสริมแรง (Reinforcement) เป็นตัวการ โดยทฤษฎีนี้ จะไม่พูดถึงความคิด ภายในของมนุษย์ความทรงจำ ความรู้สึก ในลักษณะการเรียนเป็นพฤติกรรมซึ่งจะต้องเกิดขึ้นตามลำดับแน่ชัดการที่ผู้เรียนจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้นั้น จะต้องมีการเรียนตามขั้นตอน เป็นวัตถุประสงค์ๆ ต่อไปในที่สุด

5.6 การนำทฤษฎีไปใช้เชิงบูรณาการ

1. การผลิตสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนจะใช้ทฤษฎีการเรียนรู้พฤติกรรมนิยม (Behavioral Learning Theory)ใช้ในการออกแบบและพัฒนาบทเรียนโดยใช้ทฤษฎีของกาเย่ (Gagne) ทฤษฎีการเรียนรู้ 8 ขั้น ดังนี้

1.1 สร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในบทเรียน

1.2 แจ้งจุดประสงค์ บอกให้ผู้เรียนทราบถึงผลการเรียนเห็นประโยชน์ในการเรียน ให้แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียน

1.3 กระตุ้นให้ผู้เรียนทบทวนความรู้เดิมที่จำเป็นต่อการเชื่อมโยงไปหาความรู้ใหม่ เสนอบทเรียนใหม่ๆ ด้วยสื่อต่างๆ ที่เหมาะสม

1.4 ให้แนวทางการเรียนรู้ ผู้เรียนสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง ผู้สอนแนะนำวิธีการทำกิจกรรม แนะนำแหล่งค้นคว้าต่างๆ

1.5 กระตุ้นให้ผู้เรียนลงมือทำแบบฝึกปฏิบัติ

1.6 ให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้เรียนทราบถึงผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

1.7 การประเมินผลการเรียนตามจุดประสงค์

1.8 ส่งเสริมความแม่นยำ การถ่ายโอนการเรียนรู้ โดยการสรุป การย้ำ การทบทวน

2. การผลิตสื่อเว็บการสอนจะใช้ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive Learning Theory) ใช้ในการการออกแบบและพัฒนาบทเรียนโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการค้นพบ ของ Jero Brooner เพื่อให้ผู้เรียนจะต้อง ศึกษาและค้นคว้าด้วยตนเอง จะต้องสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้สอน ผู้เรียนร่วม ผู้สนใจ และบุคคลอื่นๆ ในระบบได้ทั่วโลก โดยมีแนวคิดพื้นฐาน คือ

2.1 การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง

2.2 ผู้เรียนแต่ละคนจะมีประสบการณ์และพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกัน การเรียนรู้จะเกิดจากการที่ผู้เรียนสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบใหม่กับความรู้เดิมแล้วนำมาสร้างเป็นความหมายใหม่

2.3 การจัดรูปแบบการเรียนการสอนจะใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม มาใช้ในการจัดรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ทฤษฎีของ เลวิน (Lawin) ทฤษฎีสนาม มาใช้โดยการให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมกลุ่ม ได้เรียนรู้กับเพื่อนๆ

ในกลุ่ม เป็นการเรียนแบบร่วมมือเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถสรุปใจความสำคัญของทฤษฎีสนามเพื่อนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มได้ดังนี้

2.3.1 พฤติกรรมเป็นผลจากพลังความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม

2.3.2 โครงสร้างกลุ่มเกิดจากการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างกัน

2.3.3 การรวมกลุ่มแต่ละครั้งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเช่น ในรูปการกระทำ (act) ความรู้สึกและความคิด

2.3.4 องค์ประกอบต่างๆ ดังกล่าว จะก่อให้เกิดโครงสร้างของกลุ่ม แต่ละครั้งที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

2.3.5 สมาชิกกลุ่มจะมีการปรับตัวเข้าหากันและพยายามช่วยกันทำงานจะก่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและทำให้เกิดพลังหรือแรงผลักดันของกลุ่ม

5.7 การรับรู้และความตระหนักของประชาชนในการป้องกันตนเอง[2]

ผลจากการประเมินความครอบคลุม และการใช้วีป้องกันโรคมาลาเรียรวมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับไข้มาลาเรียของประชากรในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียประเทศไทยในด้านความรู้ ประชาชนทราบว่ามาลาเรียติดต่อโดยยุงที่อยู่ในป่า และยุงก้นปล่อง (ร้อยละ91.6) ยังมีผู้ที่คิดว่าการดื่มน้ำในป่าให้เป็นมาลาเรียได้เช่นกัน โดยพบความเชื่อนี้ในพื้นที่มีโรค เบาบางมากกว่าพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์หนาแน่น ประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อมีความตระหนักว่าตัวเองเสี่ยงต่อโรคไข้มาลาเรีย (ร้อยละ61.5) และไข้เป็นอาการหนึ่งของโรคไข้มาลาเรีย (ร้อยละ69.5) และรับรู้ว่ามุ้งเป็นวิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย (ร้อยละ83.5) ประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 62.8)โดยเฉพาะความสำคัญของการนอนในมุ้งชุบสารเคมีการไปรับการตรวจเลือดเพื่อรับการรักษาและการไปตรวจตามนัด โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขและพนักงานมาลาเรียชุมชนซึ่งตั้งอยู่ในหมู่บ้านที่มีไข้มาลาเรียสูง วิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียคือการนอนในมุ้งทุกชนิด (ร้อยละ85.1) นอนในมุ้งชุบสารเคมี (ร้อยละ 38.5) สำหรับผู้ที่มีกิจกรรมต่าง ๆในป่า มีวิธีการป้องกันตนเองคือใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขา (ร้อยละ61.0)และใช้ยาทากันยุง (ร้อยละ29.0) จากการสำรวจพบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมีพฤติกรรมค้างคืนในป่าร้อยละ17 และป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียด้วยการใช้มุ้งหรือมุ้งคลุมเปล ร้อยละ 10 เนื่องจากการนอนในมุ้งไปไม่สะดวกและไม่มีที่แขวนกาง จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าถึงแม้ประชาชนมีความรู้เรื่องอาการของโรคไข้มาลาเรียและการแสวงหา การรักษาแต่ยังคงมีความเชื่อเรื่องสาเหตุของโรคนอกเหนือจากการถูกยุงกัด โดยมีสาเหตุอื่นที่ผสมผสานกันด้วยเช่นการอยู่กลางแสงแดดแรงเป็นเวลานานทำให้เลือดไม่สมดุล หรือความเชื่อที่ผสมกับความรู้ที่แท้จริงด้วยเช่นในประเทศฟิลิปปินส์โรคไข้มาลาเรียมีความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างสภาพสิ่งแวดล้อม ยุงพาหะนำเชื้อและความเชื่อเรื่องน้ำสกปรก อาหาร ความหิวและ สุขอนามัย นอกจากนี้บางครั้งแม้มีความรู้เรื่องโรคแต่ไม่ได้รู้เพียงพอทุกประเด็นเช่น รู้ว่าการมีไข้เป็นอาการของโรคแต่ภาวะ ชักเมื่อมีไข้สูงเป็นสิ่งเหนือธรรมชาติที่ควบคุมไม่ได้ซึ่ง

การศึกษาเหล่านี้ชี้ชัดได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมและความเชื่อ ของกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากโรคมีความสำคัญอย่างมากและการปฏิบัติตนของประชาชนนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่ความรู้เสมอไป บางครั้งประชาชนไม่สามารถเชื่อมโยงเรื่องยุงกับการป้องกันไข้มาลาเรีย ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผน การควบคุมโรคไข้มาลาเรียในบางประเทศนั้นพบว่าวัฒนธรรมและความเชื่อมีส่วนทำให้โรคไข้มาลาเรียลดลงได้เช่นกัน ในบางพื้นที่นั้น มีการให้ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียไปอย่างแพร่หลาย แต่ประชาชนไม่ได้มีความเข้าใจอย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นต้องให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้น รวมทั้งให้มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง รวมทั้งต้องปลูกฝังความรู้ตั้งแต่ในโรงเรียนควบคู่กันไปด้วย การศึกษาในประเทศซานซิบาร์ พบว่าในสภาพการณ์ที่อัตราป่วยมาลาเรียลดลง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนยังคงตระหนักถึงความเสี่ยงของการเป็นไข้มาลาเรีย ทำให้ยังคงมีพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย โดยใช้มาตรการป้องกันตนเองเช่นการใช้มุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน การพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างและสุขศึกษาจากเหตุผลคือประชาชนกลัวว่ามาลาเรียจะกลับมาใหม่ จะมีความชุกชุมของยุงในหน้าฝนและมีความกังวลหากมีผู้ป่วยจากนอกพื้นที่เข้ามาแพร่เชื้อมาลาเรียอุปสรรคขัดขวางด้านพฤติกรรมเช่นจำนวนเจ้าหน้าที่ลลดลง จำนวนมุ้งไม่เพียงพอ หรือขาดการให้สุขศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นชัดว่า การให้ข่าวสาร ความรู้ เรื่องความเสี่ยงที่โรคไข้มาลาเรียอาจกลับมาแพร่เชื้ออีกในพื้นที่ที่มีความไวนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยหวังว่าประชาชนจะมีพฤติกรรมการดูแลและป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง[2]

6. พฤติกรรม[6]

พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามระยะพัฒนาการและสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันพฤติกรรมบางอย่างก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันได้ การทำความเข้าใจแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรร และพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในแง่การวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและหากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายและนำไปสู่สุขภาวะที่สมบูรณ์ต่อไป

6.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

6.1.1ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกอย่างของสิ่งมีชีวิตดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงหมายถึงปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ทั้งสิ่งที่สมัครใจจะกระทำหรือละเว้นการกระทำ ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

6.1.2 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอซึ่งสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่าง

กันไปในแต่ละบุคคล เช่น เปลี่ยนแปลงเองจากการเรียนรู้ตามวุฒิภาวะหรือระยะพัฒนาการ เปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับหรืออิทธิพลระหว่างบุคคล เปลี่ยนแปลงเพราะการลอกเลียนแบบ และ เปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง มีความเหมาะสมตรงกับค่านิยม และแนวคิดของตนเอง ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างเช่น วุฒิภาวะหรือพัฒนาการ การเรียนรู้ ยาและสิ่งเสพติด พันธุกรรม เป็นต้น

6.1.3 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

มนุษย์แสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยด้านสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และเงื่อนไข ซึ่งสิ่งที่แสดงออก อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางที่ดีและไม่ดี ถือเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งนั้น สำหรับพฤติกรรมที่ควรทราบเพื่อประกอบการพิจารณาสร้างเสริมสุขภาพมี ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ คือแนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ควรรู้ ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย

พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติไปแล้วอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน พฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะโดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการหรือพฤติกรรมการเสพสารเสพติด เป็นต้น

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ยวดยานพาหนะ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการของตน การเพิกเฉย การแสวงหาการรักษา การหลบหลีกจากสังคม เป็นต้น

จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจาก การเรียนรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม การเลียนแบบและการถูกบังคับ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งด้านบวก (Positive behavior) และด้านลบ (Negative behavior) ซึ่งพฤติกรรมทางด้านลบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่ยิ่งใหญ่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

6.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6.2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของสติปัญญาในการที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive Perceptual Factors) ปัจจัยนี้นับเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และที่สำคัญปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย

- ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health)
- การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)
- คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health)
- การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived health status)
- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health promoting behaviors)

2) ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางอ้อมโดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ ปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย

- **ปัจจัยทางประชากร** (Demographic factors)
- **ลักษณะทางชีววิทยา** (Biological characteristics)
- **อิทธิพลระหว่างบุคคล** (Interpersonal influences)

- **ปัจจัยสถานการณ์** (Situational factors)
- **ปัจจัยพฤติกรรม** (Behavior factors)

3) สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to Action) มี 2 ลักษณะคือสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น ล้วนมีส่วนผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม

6.2.2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนา เพื่อที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล

องค์ประกอบของแบบจำลอง

แบบจำลองนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมรายละเอียดเป็นดังนี้

1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัว ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง และ 3) การรับรู้ภาวะคุกคาม

2) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง **และ** 4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

3)ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceive benefits) และ 2) การรับรู้อุปสรรค (Perceive barriers)

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

6.2.3 ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

มีการปรับปรุงพัฒนาทฤษฎีและนำมาใช้ในปี ค.ศ.1983 โดยได้นำหลักการสำคัญจาก 2 ทฤษฎี ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) มารวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการตอบสนองเบื้องต้นทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) ของบุคคล 2 ประการ ได้แก่ 1) การให้คุณค่าเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือข้อมูลทางสุขภาพ 2) การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามและการคิดแก้ปัญหาสิ่งที่คุกคามนั้น

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

- บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
- บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
- เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
- บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
- ผลจากการปรับตัวที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
- อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ได้มีการนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆบนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าหากบุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น จะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในที่สุด

6.2.4 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ทฤษฎีนี้มีความเชื่อที่ว่า การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติอะไรก็ตาม จะต้องมีความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมนำมาก่อน ความตั้งใจมีอิทธิพลมาจากเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น และการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่บุคคลนั้นให้การเชื่อถือ ในขณะเดียวกันความตั้งใจกระทำพฤติกรรมยังขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ และรวมถึงการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

ทฤษฎีนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในโครงการทางสุขภาพต่าง ๆ เช่น โครงการทันตสุขภาพ โครงการที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การใช้ยาและสารเสพติด การใช้เข็มขัดนิรภัย การคุมกำเนิด เป็นต้น อย่างไรก็ตามได้มีนักวิชาการตั้งข้อสังเกตว่า แนวคิดทฤษฎีนี้เน้นปัจจัยหรือตัวแปรที่ ส่งผลต่อพฤติกรรมเฉพาะ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เจตคติ แต่ในความเป็นจริงการปฏิบัติพฤติกรรมยังขึ้นกับปัจจัยภายนอกอื่น ๆ และหากพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจปฏิบัติเป็นพฤติกรรมง่าย ๆ เช่นตั้งใจว่าจะแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง หากอยู่ที่บ้านหรือที่ทำงานก็สามารถทำได้ทันที แต่หากเป็นการรับประทานขณะเดินทาง เช่น โดยสารรถไฟ หรือรถยนต์ก็คงไม่สามารถทำได้ตามที่ตั้งใจไว้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับเจตคติแต่เพียงอย่างเดียวและบริบทหรือความเหมาะสมของสถานการณ์ต่าง ๆ ก็เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้อง ลักษณะการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อให้เป็นไปตามที่ต้องการ จึงมีทั้งที่ควบคุมได้บางส่วน ควบคุมได้ทั้งหมดและควบคุมไม่ได้

6.2.5 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory)

ทฤษฎีความสามารถของตนเองเดิมเป็นแนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่

ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ มาปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังอาจมีหลายรูปแบบ เช่น ความปลอดภัยจากการเป็นโรคต่าง ๆ หรือการไม่ประสบอุบัติเหตุ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย (Physical effects) ส่วนผลลัพธ์ทางสังคม (Social effects) เช่น การได้รับการยอมรับ การมีชื่อเสียง และผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-evaluative reaction to one' s own behavior) เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy Beliefs) หมายถึง ความเชื่อว่า ตนเองสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดไว้ ซึ่งสิ่งนั้นมีความสำคัญมากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เช่น บุคคลเชื่อว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมอดบุหรี่ ความเชื่อสำคัญมากและจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังในที่สุด

การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถสร้างได้หลายทาง เช่น การสร้างจากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น จากการพูดชักจูงและจากสภาวะทางสรีระและอารมณ์ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในปัจจุบันปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การจัดการด้านสุขภาพแนวใหม่จึงเน้นที่การปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับผู้รับบริการก็เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และถาวรเช่นกัน

6.2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ในการที่จะดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการคิด การกระทำของบุคคลในอีกรูปแบบหนึ่ง ความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการส่งเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ระยะพัฒนาการของบุคคล พื้นฐานด้านสติปัญญา การรับรู้ การทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

- **ระยะพัฒนาการของบุคคล**

ความคิดเห็นและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในแต่ละช่วงของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากบุคคลมีพัฒนาการมากขึ้นตามวัย หากเจ้าหน้าที่จะใช้แนวคิดในเรื่องของความเชื่อ และการปฏิบัติงานด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้การพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่จะต้องเข้าใจถึงระดับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของผู้รับบริการแต่ละคน

- พื้นฐานด้านสติปัญญา

ความเชื่อทางด้านสุขภาพของบุคคลจะถูกกล่อมเกลาด้วยสติปัญญาและการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพอื่น ๆ ก็เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาและการเรียนรู้ของบุคคล

- การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย

การที่บุคคลรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์หรืออีกคนหนึ่งรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด จะทำให้บุคคลทั้งสองปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน คือ ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย จะพยายามดูแลรักษาสุขภาพและทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมากกว่า

- **ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ**

ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ มีอิทธิพลต่อความเชื่อ และการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือผู้รับบริการที่มีประสบการณ์การตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในอดีตอย่างไร ก็มักจะมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อความเครียดในปัจจุบันเช่นนั้น ดังตัวอย่างบุคคลที่มีความวิตกกังวลว่าความเจ็บป่วยกำลังคุกคามชีวิต หากเป็นผู้สงบเยือกเย็น ก็จะมีการตอบสนองทางอารมณ์เพียงเล็กน้อย ยอมรับและให้ความสนใจในอาการแสดงและเสาะหาการดูแลที่เหมาะสม ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ก็จะปฏิเสธอาการแสดงที่ปรากฏ และไม่ยอมรับการรักษา สำหรับความเชื่อทางศาสนาหรือจิตวิญญาณจะสะท้อนให้เห็นได้จากการปฏิบัติของบุคคล เช่น ถ้าความเชื่อทางศาสนาให้ละเว้นจากการรักษาทางการแพทย์ทุกชนิด ในการเจ็บป่วยบางอย่าง บุคคลก็อาจจะหลีกเลี่ยงในการไปรับการดูแลรักษาจากสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน

2) ปัจจัยภายนอกปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติด้านสุขภาพได้แก่การปฏิบัติของครอบครัว ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และพื้นฐานทางวัฒนธรรม

- **การปฏิบัติของครอบครัว**

แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกครอบครัว จะได้รับอิทธิพลจากการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวเดียวกัน เช่นกรณีเด็กหรือวัยรุ่นที่มีพื้นฐานทางครอบครัวที่มีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารชีวจิต และพืชผักสมุนไพร มีการดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ เสาะแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เมื่อโตขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเช่นนั้น

- **ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม**

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติหรือ หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น สตรีวัยเจริญพันธ์เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี แต่มีปัญหาด้านการเงิน ก็อาจไม่ไปตรวจสุขภาพได้ตามที่คาดหวัง

- **พื้นฐานทางวัฒนธรรม**

วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อการให้คุณค่าและการปฏิบัติที่เป็นธรรมเนียมสืบทอดกันมา ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าหาระบบการดูแลสุขภาพ และการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพดี ในบางกลุ่มชนอาจจะไม่ยอมรับและไม่ใช้

ระบบการให้การดูแลสุขภาพ แต่จะปฏิบัติตามวิถีที่สืบทอดกันมา เช่น พยาบาลแนะนำให้กลุ่มสตรีวัยหมดระดูดื่มนมเสริมแคลเซียมเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน แต่ผู้รับบริการเลือกที่จะรับประทานผักพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางโภชนาการแทนเพราะนอกจากจะหาได้ง่ายในท้องถิ่นยังประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้รู้สึกมีคุณค่าทางด้านจิตใจอีกด้วย

7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมหมาย งึมประโคนและคณะ[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าการรับรู้ เกี่ยวกับโรคมาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.18 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.53 ส่วนทัศนคติต่อโรคมาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.32

พัชชนา เฮงบริบูรณพงศ์และคณะ[8]. ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานต่างด้าวผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดระนอง จำนวน 331 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.8 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.2 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.1 การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.5 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.9

พรพิมล ประดิษฐ์และคณะ[9] ได้วิเคราะห์อภิมานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าจากการสืบค้น พบบทความจำนวน 105,132 เรื่อง มีเพียง 7 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพบทความ ขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคไข้มาลาเรียมีพฤติกรรมป้องกันโรคเป็น 2.04 เท่าของผู้ที่ไม่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($p < .001$) ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียเป็น 1.52 เท่าของผู้ที่ไม่มีการรับรู้ความรุนแรง ($p = .003$) ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรียเป็น 3.18 เท่าของผู้ที่ไม่รับรู้ประโยชน์ ($p < .001$) และผู้ที่ไม่รับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้มาลาเรียมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียเป็น 1.59 เท่า

วัชพงศ์ แสงนิล และจารุวรรณ วงบุตดี[10]ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษในกลุ่มตัวอย่าง 338 คน ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโรคมาลาเรียมักแสดงอาการไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้มากที่สุด (ร้อยละ 91.48) รองลงมาคือ บุคคลที่ทำไร่ ทำ สวน และหาของป่า สามารถเป็นโรคมาลาเรียได้มากกว่าคนอื่นๆ (ร้อยละ 96.32) และบริเวณที่มีน้ำขัง ทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธ์ยุงพาหะโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 96.01) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 48.41) และระดับต่ำ (ร้อยละ 1.73) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคมาลาเรียดีมาก ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.73 มีระดับพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 36.55) และระดับต่ำ (ร้อยละ6.72)

ประมวล สะภา[11] : ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคมาลาเรีย ระหว่าง พ.ศ. 2555 – 2557 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มผู้ป่วย 1 ราย ต่อกลุ่มเปรียบเทียบ 2 ราย กลุ่มผู้ป่วย (Case) คือ ผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2555 – 2557 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) คือ ผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ระหว่าง พ.ศ. 2555 – 2557 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์" คือพฤติกรรมการใช้มุ้ง การนอนในมุ้งทุกชนิดที่ไม่ขาดหรือชำรุดมีการเก็บขอบชายมุ้งให้ดี มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคมาลาเรีย ระหว่าง พ.ศ. 2555 – 2557 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผู้ที่ ไม่ปฏิบัติเลย/บางครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย มากกว่าผู้ปฏิบัติเป็นประจำ เป็น 9.17 เท่า

สุภาวดี นันทะเสน[12] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษในกลุ่มตัวอย่าง 335 คน พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียอยู่ในระดับปานกลางมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับมากที่สุด ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่การรับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลางส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก 2. ปัจจัยทางชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 5 ตัวแปร ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ตัวแปร ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ตัวแปร กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน มีความสัมพันธ์เท่ากับ .54 3. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน มี 4 ตัว โดย เรียงลำดับความสำคัญดังนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพศ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรีย ร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนได้ร้อยละ 27

จีรพัทธ์ ธนบัตรและคณะ[13] ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน ในตำบล จ.ป.ร. อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ในกลุ่มตัวอย่าง 338 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) การ เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ประชาชนที่มีระดับ การศึกษา อายุ การป่วยเป็นโรคมาลาเรียแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคมาลาเรียแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ที่ได้รับการพ่นสารเคมีฆ่ายุง และการเดินทางข้ามแดนต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรค มาลาเรียไม่แตกต่างกันและ 3) มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร สุกัญญา สุวรรณรัตและวีราษฎร์ สุวรรณ[14] ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียช้าของผู้ป่วยมาลาเรียในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไข้มาลาเรียที่มารับการรักษา ณ มาลาเรียคลินิก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 276 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาไข้มาลาเรียช้าของผู้ป่วยมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ เพศ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรง ลักษณะการ

เดินทาง พาหะที่ใช้ในการเดินทาง ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความตระหนักในการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย และประสบการณ์ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย

วันชัย สีหะวงษ์ วรสิทธิ์ ไหลหลั่งและฤชุอร วงศ์ภิรมย์[15] ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชาเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11และ14 จำนวน 382 คน พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.8) ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 97.6) ระดับคะแนนความรู้การป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 62.0 (237คน) พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่ปฏิบัติประจำมากที่สุดคือการนอนกางมุ้ง ร้อยละ 91.4 พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือการพ่นเคมีกำจัดยุง ร้อยละ 73.3 ประชาชนตามแนวชายแดน การรับรู้ความเสี่ยงความรุนแรงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียขอประชาชนตามแนวชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชา มากที่สุด รองลงมาคือ ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง มีความสัมพันธ์ร่วมกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

8. **ความเชื่อมโยงของเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมความสัมพันธ์กันในเชิงทฤษฎี โดยผ่านการเรียนรู้และปัจจัยต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่จากผลการศึกษาของแต่ละคณะที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวยังแตกต่างกันไป ซึ่งมีทั้งสอดคล้องเป็นไปตามทฤษฎีและแตกต่าง

อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค จึงไม่ได้จัดทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นไปตามเอกสารและงานวิจัยที่ทบทวนมาทั้งหมด แต่จะนำประเด็นที่ได้จากการทบทวนเหล่านี้มาใช้ประโยชน์ในการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน 13 แห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 4, 5 และ6 ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน13 แห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรีทุกคน

เครื่องมือใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามจากสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง[1]ประกอบด้วยข้อมูลคือ

1. ลักษณะทางประชากรคือโรงเรียน ชั้นปีที่เรียน ข้อมูลเกี่ยวกับไข้มาลาเรียคือการรู้จักหรือเคยได้ยินชื่อไข้มาลาเรียและข้อมูลบุคคลต่างๆ ที่นักเรียนปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย

2. ความรู้ทั่วไปเรื่องไข้มาลาเรีย 10 ข้อ

3. การรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย 5 ข้อ

4. พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย 5 ข้อ

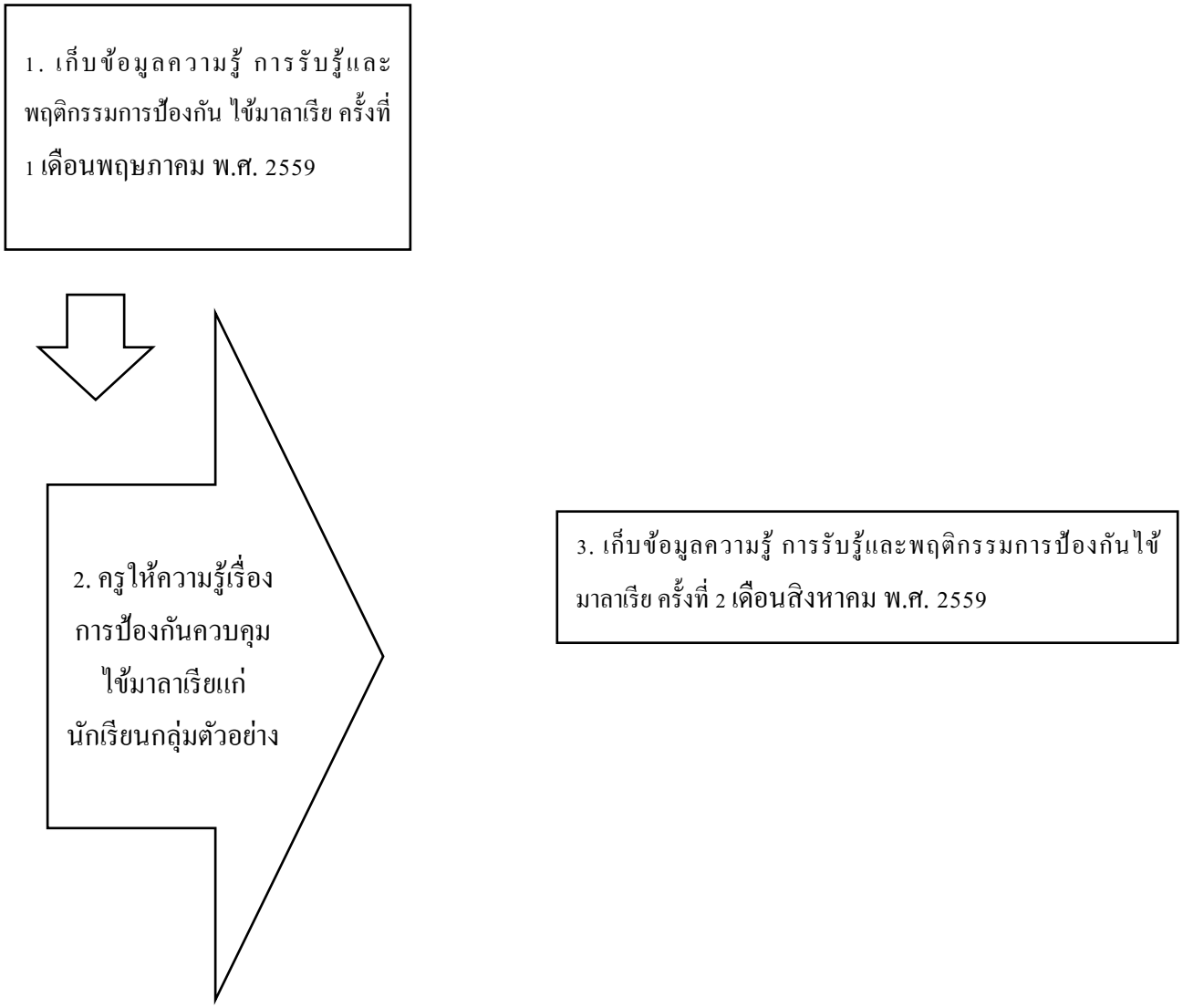
การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามมี 2 ครั้งคือครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 และรอบที่ 2 คือเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

ครูในโรงเรียนตำรวจตะเวนชายแดนเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรียแก่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกคน

วิธีการเก็บข้อมูลคือแจ้งนักเรียนว่าให้อ่านและตอบคำถามตามความจริงหรือตามที่เข้าใจ ถ้าหากนักเรียนอ่านเองไม่ค่อยได้ ให้ครู/เจ้าหน้าที่อ่านให้ฟังแล้วนักเรียนเลือกคำตอบและตรวจสอบว่านักเรียนตอบทุกข้อ

ขั้นตอนการการเก็บรวบรวมข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาคือร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรีย

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียด้วยสถิติ t-test (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 13 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค เก็บข้อมูลครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 หลังจากนั้นได้ให้ความรู้เรื่องการป้องกันไข้มาลาเรียให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวโดยครูในโรงเรียนและเก็บข้อมูลอีกครั้งในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมด้วยสถิติ t-test (Independent test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเด็กนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 13 โรงเรียน เลือกเฉพาะชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนที่มีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียที่สุดคือโรงเรียนเฮงเคลไทยร้อยละ 15.57 รองลงมาคือโรงเรียนบ้องตี้ และโรงเรียนปิล๊อกคี่ร้อยละ 13.66 และ 10.19 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มากที่สุด ร้อยละ 47.65 รองลงมาคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 39.46 และ ร้อยละ 12.89 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรีจำแนกตามโรงเรียนและจำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

โรงเรียน	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้
	จำนวน	จำนวน
ต้นมะม่วง	30	30
ทิไล่ป้า	28	28
บ้องตี้	58	64
ปิล๊อกคี่	52	39
มิตรมวลชน	22	19
วิจิตรวิทยาคาร	16	12
สหธนาคาร	38	40
สุธาสีนี	18	18
สุนทรเวช	31	31
องหลุ	21	22
เรด้า	40	41
เฮงเคลไทย	69	70
แม่น้ำน้อย	30	25
รวม	**453**	**439**

ตารางที่ 2 จำนวนนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดกาญจนบุรีจำแนกตามชั้นเรียนและจำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	ก่อนให้ความรู้ (จำนวนนักเรียน)	หลังให้ความรู้ (จำนวนนักเรียน)
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	53	62
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	206	219
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	194	158
รวม	**453**	**439**

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย

หลังให้ความรู้ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 **"รู้จักหรือเคยได้ยินไข้มาลาเรีย"** ลดลงกว่าก่อนให้ความรู้ ในขณะที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 **"รู้จักหรือเคยได้ยินไข้มาลาเรีย"** มากขึ้น นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 **"รู้จักหรือเคยได้ยินไข้มาลาเรีย" เท่าเดิม** ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"รู้จักหรือเคยได้ยินไข้มาลาเรีย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้		หลัง ให้ความรู้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	รู้	48	90.57	52	86.98
	ไม่รู้	5	9.43	10	16.13
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	รู้	191	92.72	212	94.82
	ไม่รู้	15	7.28	7	3.20
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	รู้	192	98.00	156	98.00
	ไม่รู้	2	1.03	2	1.27

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาพ่อ แม่เวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้		หลัง ให้ความรู้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ปรึกษา	13	24.53	16	25.81
	ปรึกษา	40	75.47	46	74.19
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	ไม่ปรึกษา	61	29.61	37	16.89
	ปรึกษา	145	70.39	182	83.11
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ไม่ปรึกษา	36	18.56	26	16.46
	ปรึกษา	158	81.44	132	83.54

เมื่อนักเรียนเจ็บป่วยนักเรียนมากกว่าร้อยละ 70 ของทุกชั้นปีปรึกษาพ่อ ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จะปรึกษาพ่อเพิ่มขึ้นหลังได้รับความรู้ ร้อยละ 12.72 และร้อยละ 2.10 ตามลำดับ ในขณะที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปรึกษาพ่อลดลงร้อยละ 1.28 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ก่อนให้ความรู้ มากกว่าร้อยละ 90 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปรึกษาแม่เมื่อเจ็บป่วย แต่หลังให้ความรู้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปรึกษาแม่ลดลงร้อยละ 9.13 ส่วนนักเรียนชั้นอื่นๆนั้นการปรึกษาแม่ ก่อนและหลังการให้ความรู้มีปริมาณใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **“ปรึกษาแม่ เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย”** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้		หลัง ให้ความรู้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ปรึกษา	2	3.77	8	12.90
	ปรึกษา	51	96.23	54	87.10
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	ไม่ปรึกษา	24	11.65	22	10.05
	ปรึกษา	182	88.35	197	89.95
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ไม่ปรึกษา	15	7.73	12	7.64
	ปรึกษา	179	92.27	145	92.36

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **“ปรึกษาพี่น้อง เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย”** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้		หลัง ให้ความรู้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ปรึกษา	41	77.36	45	72.58
	ปรึกษา	12	22.64	17	27.42
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	ไม่ปรึกษา	158	76.70	136	62.10
	ปรึกษา	48	23.30	83	37.90
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ไม่ปรึกษา	138	71.13	95	60.13
	ปรึกษา	56	28.87	63	39.87

นักเรียนทุกชั้นเรียนปรึกษาพี่น้องเมื่อเวลาเจ็บป่วยมีไข้ ไม่สบาย ก่อนการได้รับความรู้มีปริมาณน้อยกว่าร้อยละ 30 แต่เมื่อได้รับความรู้แล้วมีการปรึกษาเพิ่มขึ้น แต่ยังน้อยกว่าร้อยละ 40 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าก่อนการได้รับความรู้ การปรึกษาญาติเมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบายของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีปริมาณน้อยมากคือร้อยละ 15.09 และร้อยละ 18.45 ตามลำดับ ส่วนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ปรึกษาญาติร้อยละ 34.54 และเมื่อได้รับความรู้แล้ว การปรึกษาญาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ลดลงร้อยละ 0.57 และร้อยละ 0.36 ตามลำดับ ในขณะที่นักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือร้อยละ 6.66

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาญาติ เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้		หลัง ให้ความรู้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ปรึกษา	45	84.91	53	85.48
	ปรึกษา	8	15.09	9	14.52
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	ไม่ปรึกษา	168	81.55	164	74.89
	ปรึกษา	38	18.45	55	25.11
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ไม่ปรึกษา	127	65.46	104	65.82
	ปรึกษา	67	34.54	54	34.18

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาครู เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้		หลัง ให้ความรู้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ปรึกษา	31	58.49	31	50.00
	ปรึกษา	22	41.51	31	50.00
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	ไม่ปรึกษา	98	47.57	79	36.07
	ปรึกษา	108	52.43	140	63.93
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ไม่ปรึกษา	64	32.99	45	28.48
	ปรึกษา	130	67.01	113	71.52

ก่อนการได้รับความรู้นักเรียนปรึกษาครูเมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ พบว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปรึกษาร้อยละ 41.51 ร้อยละ 52.43 และร้อยละ 67.01 ตามลำดับ เมื่อได้รับความรู้แล้วนักเรียนทุกชั้นปีมีการปรึกษาครูเพิ่มขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ **"ปรึกษาหมอ พยาบาล เมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ ไม่สบาย"** จำแนกตามชั้นเรียนที่ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้

ชั้นเรียน	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้		หลัง ให้ความรู้	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ปรึกษา	39	73.58	36	58.06
	ปรึกษา	14	26.42	26	41.94

ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	ไม่ปรึกษา	133	64.56	124	56.62
	ปรึกษา	73	35.44	95	43.38
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ไม่ปรึกษา	119	61.34	76	48.10
	ปรึกษา	75	38.66	82	51.90

จากตารางที่ 9 พบว่าก่อนการได้รับความรู้นักเรียนปรึกษาหมอ พยาบาลเมื่อเวลาเจ็บป่วย มีไข้ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปรึกษาร้อยละ 26.42 ร้อยละ 35.44 และร้อยละ 38.66 ตามลำดับ เมื่อได้รับความรู้แล้วนักเรียนทุกชั้นปีมีการปรึกษาหมอ พยาบาลเพิ่มขึ้น

ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย

2.1 ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 จำแนกตามคำตอบ

ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้ (53)		หลัง ให้ความรู้ (62)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียคือยุงที่มีชื่อว่าอะไร	ตอบผิด	2	3.77	13	20.97
	ตอบถูก	51	96.23	49	79.03
2.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียกัดคนในช่วงเวลาใด	ตอบผิด	1	1.89	15	24.19
	ตอบถูก	52	98.11	47	75.81
3.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ไหน	ตอบผิด	7	13.21	13	20.97
	ตอบถูก	46	86.79	49	79.03
4.ไข้มาลาเรียมีอาการอย่างไรบ้าง	ตอบผิด	2	3.77	5	8.06
	ตอบถูก	51	96.23	57	91.94
5. ข้อใดคือการป้องกันไข้มาลาเรีย					
5.1 งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง	ตอบผิด	3	5.66	28	45.16
	ตอบถูก	50	94.34	34	54.84
5.2 นอนในมุ้งหรือมุ้งชุบน้ำยาทุกคืน	ตอบผิด	0	0.00	5	8.06
	ตอบถูก	53	100.00	57	91.94
5.3 ทายากันยุง	ตอบผิด	1	1.89	2	3.23
	ตอบถูก	52	98.11	60	96.77
5.4 กินยาป้องกัน	ตอบผิด	5	9.43	44	70.97
	ตอบถูก	48	90.57	18	29.03
5.5 ใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว	ตอบผิด	2	3.77	7	11.29
	ตอบถูก	51	96.23	55	88.71
5.6 งดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย	ตอบผิด	18	33.96	26	41.94
	ตอบถูก	35	66.04	36	58.06

ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 พบว่าก่อนการให้ความรู้ มากกว่าร้อยละ 90 ของนักเรียนตอบถูกยกเว้นคำถามว่า ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ไหน และ การงดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย เป็นการป้องกันไข้มาลาเรีย มีนักเรียนตอบถูกเพียงร้อยละ 86.79 และร้อยละ 66.04 เท่านั้น เมื่อให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียแล้วกลับพบว่านักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องลดลงทุกคำถาม ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

2.2 ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามคำตอบ

ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย	**คำตอบ**	**ก่อนให้ความรู้ (206)**		**หลัง ให้ความรู้ (219)**	
		จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
1.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียคือยุงที่มีชื่อว่าอะไร	ตอบผิด	26	12.62	22	10.05
	ตอบถูก	180	87.38	197	89.95
2.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียกัดคนในช่วงเวลาใด	ตอบผิด	64	31.07	51	23.29
	ตอบถูก	142	68.93	168	76.71
3.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ไหน	ตอบผิด	56	27.18	62	28.31
	ตอบถูก	150	72.82	157	71.69
4.ไข้มาลาเรียมีอาการอย่างไรบ้าง	ตอบผิด	14	6.80	6	2.74
	ตอบถูก	192	93.20	213	97.26
5. ข้อใดคือการป้องกันไข้มาลาเรีย					
5.1 งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง	ตอบผิด	66	32.04	88	40.18
	ตอบถูก	140	67.96	131	59.82
5.2 นอนในมุ้งหรือมุ้งชุบน้ำยาทุกคืน	ตอบผิด	14	6.80	8	3.65
	ตอบถูก	192	93.20	211	96.35
5.3 ทายากันยุง	ตอบผิด	18	8.74	5	2.28
	ตอบถูก	188	91.26	214	97.72
5.5 ใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว	ตอบผิด	33	16.02	13	5.94
	ตอบถูก	173	83.98	206	94.06
5.6 งดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย	ตอบผิด	60	29.13	89	40.64
	ตอบถูก	146	70.87	130	59.36

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 พบว่าก่อนการให้ความรู้ นักเรียนมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ที่ถูกต้อง ยกเว้นคำถาม ยุงนำโรคไข้มาลาเรียกัดคนในช่วงเวลาใด ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ไหน ที่นักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 68.93 และร้อยละ 72.82 ตามลำดับ เมื่อให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียแล้วพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ยกเว้นคำถามว่า ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ไหน งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง กินยาป้องกันและงดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย เป็นการป้องกันไข้มาลาเรีย ที่นักเรียนตอบถูกน้อยลงร้อยละ 1.13, 8.14, 17.11และ 11.51 ตามลำดับ

2.3 ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำแนกตามคำตอบ

ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้ (194)		หลัง ให้ความรู้ (158)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียคือยุงที่มีชื่อว่าอะไร	ตอบผิด	5	2.58	5	3.16
	ตอบถูก	189	97.42	153	96.84
2.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียกัดคนในช่วงเวลาใด	ตอบผิด	55	28.35	25	15.82
	ตอบถูก	139	71.65	133	84.18
3.ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ไหน	ตอบผิด	53	27.32	32	20.25
	ตอบถูก	141	72.68	126	79.75
4.ไข้มาลาเรียมีอาการอย่างไรบ้าง	ตอบผิด	11	5.67	6	3.80
	ตอบถูก	183	94.33	152	96.20
5. ข้อใดคือการป้องกันไข้มาลาเรีย					
5.1 งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง	ตอบผิด	72	37.11	62	39.24
	ตอบถูก	122	62.89	96	60.76
5.2 นอนในมุ้งหรือมุ้งชุบน้ำยาทุกคืน	ตอบผิด	7	3.61	7	4.43
	ตอบถูก	187	96.39	151	95.57
5.3 ทายากันยุง	ตอบผิด	13	6.70	5	3.16
	ตอบถูก	181	93.30	153	96.84
5.4 กินยาป้องกัน	ตอบผิด	32	16.49	64	40.51
	ตอบถูก	162	83.51	94	59.49
5.5 ใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว	ตอบผิด	19	9.79	6	3.80
	ตอบถูก	175	90.21	152	96.20
5.6 งดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย	ตอบผิด	49	25.26	49	31.01
	ตอบถูก	145	74.74	109	68.99

ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าก่อนการให้ความรู้ มากกว่าร้อยละ 90 ของนักเรียนตอบถูกยกเว้นคำถามว่า ยุงนำโรคไข้มาลาเรียกัดคนในช่วงเวลาใด ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ ไหน ที่นักเรียนตอบถูกร้อยละ 71.65 และ 72.68 ตามลำดับ ส่วนการป้องกันไข้มาลาเรียนักเรียนตอบถูกในคำถาม งดดื่ม น้ำที่มีลูกน้ำยุง งดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรียและกินยาป้องกัน ร้อยละ 62.89,74.74และ 83.51 ตามลำดับ

หลังการให้ความรู้พบว่านักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องลดลงในคำถาม ยุงนำโรคไข้มาลาเรียคือยุงที่มีชื่อว่าอะไร งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง นอนในมุ้งหรือมุ้งชุบน้ำยาทุกคืน กินยาป้องกัน และ งดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย เป็นการป้องกันไข้มาลาเรียดังรายละเอียดในตารางที่ 12

2.4 ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

2.4.1 วิเคราะห์คะแนนภาพรวมความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์คะแนนภาพรวมความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

การให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย	**ชั้นเรียน**	**จำนวน**	**คะแนนเฉลี่ย**	**ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน**
ก่อนให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	53	9.23	0.78
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	206	8.02	1.78
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	194	8.37	1.53
	รวม	**453**	**8.31**	**1.62**
หลังให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	62	7.45	2.04
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	219	7.99	1.69
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	158	8.35	1.43
	รวม	**439**	**8.04**	**1.68**
ก่อนและหลังให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	115	8.27	1.81
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	425	8.00	1.73
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	352	8.36	1.48
	รวม	**892**	**8.18**	**1.66**

หลังการให้ความรู้พบว่าคะแนนความรู้ภาพรวมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4และชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ลดลง แต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คะแนนไม่เปลี่ยนแปลง ดังรายละเอียดในตารางที่ 13 และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ภาพรวมก่อนและหลังการให้ความรู้ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 13 โรงเรียน โดยใช้สถิติ t-test (Independent test) พบว่าคะแนนหลังการให้ความรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนรวมความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	**จำนวนกลุ่มตัวอย่าง**	**Mean**	**Std. Deviation**	**Std. Error Mean**
หลังให้ความรู้	439	8.04	1.68	0.08
ก่อนให้ความรู้	454	8.32	1.62	0.08

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	439	8.04	1.68			
ก่อนให้ความรู้	454	8.32	1.62	0.025	-2.498	0.013*

2.4.2 วิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	62	7.45	2.04	0.26
ก่อนให้ความรู้	53	9.23	0.78	0.11

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	62	7.45	2.04			
ก่อนให้ความรู้	53	9.23	0.78	37.747	-6.341	0

จากตารางที่ 15 พบว่าหลังการให้ความรู้คะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

2.4.3 วิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	219	7.99	1.69	0.11
ก่อนให้ความรู้	206	8.02	1.78	0.12

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	219	7.99	1.69			
ก่อนให้ความรู้	206	8.02	1.78	1.365	-0.225	0.822

หลังการให้ความรู้คะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

2.4.4 วิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

จากตารางที่ 17 พบว่าหลังการให้ความรู้คะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่แตกต่างจากคะแนนก่อนการได้รับความรู้

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	158	8.35	1.43	0.11
ก่อนให้ความรู้	194	8.37	1.53	0.11

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	T	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	158	8.35	1.43			
ก่อนให้ความรู้	194	8.37	1.53	0.515	-0.145	0.885

ตอนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย

3.1 การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละการรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 จำแนกตามคำตอบ

การรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้ (53)		หลัง ให้ความรู้ (62)		รวม (115)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.นักเรียนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย	ไม่ตระหนัก	4	7.55	13	20.97	17	14.78
	ตระหนัก	49	92.45	49	79.03	98	85.22
2.คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืน มีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย	ไม่ตระหนัก	5	9.43	6	9.68	11	9.57
	ตระหนัก	48	90.57	56	90.32	104	90.43
3.คนที่เคยเป็นไข้มาลาเรียแล้ว จะไม่เป็นซ้ำอีก	ไม่ตระหนัก	43	81.13	49	79.03	92	80.00
	ตระหนัก	10	18.87	13	20.97	23	20.00
4.การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด	ไม่ตระหนัก	8	15.09	5	8.06	13	11.30
	ตระหนัก	45	84.91	57	91.94	102	88.70
5.คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้	ไม่ตระหนัก	6	11.32	24	38.71	30	26.09
	ตระหนัก	47	88.68	38	61.29	85	73.91

การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 พบว่าก่อนการให้ความรู้ มากกว่าร้อยละ 90 ของนักเรียนมีความตระหนักว่า นักเรียนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย และตระหนักว่า การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้ ร้อยละ 84.91และร้อยละ 88.68 ตามลำดับ แต่ประเด็นสำคัญคือมีนักเรียนร้อยละ81.13 ที่รับรู้ว่าคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก หลังการให้ความรู้ การรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย พบว่านักเรียนมีความตระหนักน้อยลงใน ประเด็นว่านักเรียนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืน มีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย และคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้ ส่วนประเด็นที่นักเรียนมีความตระหนักเพิ่มขึ้นคือ การป้องกันไข้มาลาเรียทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด แต่ยังคงมีประเด็นสำคัญว่ายังมีนักเรียนถึงร้อยละ 20.97 ที่รับรู้ว่าคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีกดังรายละเอียดในตารางที่ 18

3.2 การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามคำตอบ

การรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้ (206)		หลัง ให้ความรู้ (219)		รวม (425)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นักเรียนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย	ไม่ตระหนัก	38	18.45	33	15.07	71	16.71
	ตระหนัก	168	81.55	186	84.93	354	83.29
2.คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืน มีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย	ไม่ตระหนัก	32	15.53	27	12.33	59	13.88
	ตระหนัก	174	84.47	192	87.67	366	86.12
3.คนที่เคยเป็นไข้มาลาเรียแล้ว จะไม่เป็นซ้ำอีก	ไม่ตระหนัก	153	74.27	164	74.89	317	74.59
	ตระหนัก	53	25.73	55	25.11	108	25.41
4.การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด	ไม่ตระหนัก	48	23.30	47	21.46	95	22.35
	ตระหนัก	158	76.70	172	78.54	330	77.65
5.คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้าอาจตายได้	ไม่ตระหนัก	44	21.36	60	27.40	104	24.47
	ตระหนัก	162	78.64	159	72.60	321	75.53

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 นั้นก่อนการให้ความรู้มากกว่าร้อยละ 80 ของนักเรียนมีความตระหนักว่า นักเรียนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย และตระหนักว่า การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้ ร้อยละ 76.70 และร้อยละ 78.64 ตามลำดับ แต่ประเด็นสำคัญคือมีนักเรียนถึงร้อยละ74.27ที่ รับรู้ว่าคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก

หลังการให้ความรู้ การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียพบว่านักเรียนมีความตระหนักมากขึ้นใน ประเด็นว่านักเรียนมีโอกาส เป็นไข้มาลาเรีย คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืน มีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย และการป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด ประเด็นที่นักเรียนมีความตระหนักลดลงคือ “คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้” แต่การรับรู้ว่า ไข้มาลาเรียเป็นแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีกมีมากถึงร้อยละ 25.11 ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนให้ความรู้

3.3 การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6

การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าก่อนการให้ความรู้นักเรียนมีความตระหนักว่า คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 84.02 รองลงมาคือตระหนักว่า นักเรียนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย การป้องกันไข้มาลาเรียทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัดและคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้าอาจตายได้ร้อยละ 78.87, 76.29 และ 70.62 ตามลำดับ และยังมีนักเรียนร้อยละ 57.73 ที่รับรู้ว่าคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก

หลังการให้ความรู้ การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียพบว่านักเรียนมีความตระหนักมากขึ้นทุกประเด็น แต่มีนักเรียนที่ยังรับรู้ว่าไข้มาลาเรียเป็นแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.25 ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำแนกตามคำตอบ

การรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้ (194)		หลัง ให้ความรู้ (158)		รวม (352)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นักเรียนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย	ไม่ตระหนัก	41	21.13	18	11.39	59	16.76
	ตระหนัก	153	78.87	140	88.61	293	83.24
2.คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย	ไม่ตระหนัก	31	15.98	15	9.49	46	13.07
	ตระหนัก	163	84.02	143	90.51	306	86.93
3.คนที่เคยเป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก	ไม่ตระหนัก	112	57.73	111	70.25	223	63.35
	ตระหนัก	82	42.27	47	29.75	129	36.65
4.การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด	ไม่ตระหนัก	46	23.71	31	19.62	77	21.88
	ตระหนัก	148	76.29	127	80.38	275	78.13
5.คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้	ไม่ตระหนัก	57	29.38	39	24.68	96	27.27
	ตระหนัก	137	70.62	119	75.32	256	72.73

3.4 การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

3.4.1 วิเคราะห์คะแนนภาพรวมการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

หลังการให้ความรู้พบว่าคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียภาพรวมของนักเรียนทั้งหมดไม่เปลี่ยนแปลง ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์คะแนนภาพรวมการรับรู้ไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

การรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย	ชั้นเรียน	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	53	3.75	0.81
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	206	3.47	1.07
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	194	3.52	1.10
	รวม	453	3.53	1.06
หลังให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	62	3.44	0.97
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	219	3.49	1.03
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	158	3.65	1.00
	รวม	439	3.54	1.01
ก่อนและหลังให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	115	3.58	0.91
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	425	3.48	1.05
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	352	3.58	1.06
	รวม	892	3.53	1.04

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ภาพรวมก่อนและหลังการให้ความรู้ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 13 โรงเรียน โดยใช้สถิติ t-test (Independent test) พบว่าคะแนนหลังการให้ความรู้ไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนรวมการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	439	3.54	1.01	0.048
ก่อนให้ความรู้	454	3.53	1.06	0.05

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	439	3.54	1.01			
ก่อนให้ความรู้	454	3.53	1.06	1.771	0.161	0.872

3.4.2 วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	62	3.44	0.97	0.123
ก่อนให้ความรู้	53	3.75	0.81	0.111

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	62	3.44	0.97			
ก่อนให้ความรู้	53	3.75	0.81	3.545	-1.901	0.06

จากตารางที่ 23 พบว่าหลังการให้ความรู้คะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4.3 วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและ หลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	219	3.49	1.03	0.07
ก่อนให้ความรู้	206	3.47	1.07	0.075

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	219	3.49	1.03			
ก่อนให้ความรู้	206	3.47	1.07	0.652	0.174	0.862

หลังการให้ความรู้ คะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3.4.4 วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและ หลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	158	3.65	1.00	0.08
ก่อนให้ความรู้	194	3.52	1.10	0.079

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	T	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	158	3.65	1.00			
ก่อนให้ความรู้	194	3.52	1.10	3.553	1.101	0.272

จากตารางที่ 25 พบว่าคะแนนการรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและหลังการให้ความรู้ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

4.1 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนการให้ความรู้พบว่าการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากที่สุดคือ นอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 58.49 รองลงมาคือ เมื่อรู้สึกไม่สบายจะไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ไม่เที่ยว เล่น หรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำและใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืน ร้อยละ 45.28,33.96 และ 22.64 ตามลำดับ แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนมากที่สุดคือใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืน ร้อยละ 75.47 รองลงมาคือเที่ยวเล่น หรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ เมื่อรู้สึกไม่สบายไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนและนอนใน มุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 60.38, 47.17, 41.51และ 35.85 ตามลำดับ

หลังการให้ความรู้นักเรียนปฏิบัติถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืนเพิ่มขึ้น มากที่สุดร้อยละ 29.55 รองลงมาคือการนอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 30.22 และใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืน ร้อยละ 12.84 ดังรายละเอียดในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวน ร้อยละพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 จำแนกตามคำตอบ

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้ (53)		หลัง ให้ความรู้ (62)		รวม (115)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นักเรียนเที่ยวเล่นหรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	3	5.66	7	11.29	10	8.70
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	32	60.38	33	53.23	65	56.52
	ปฏิบัติถูกต้อง	18	33.96	22	35.48	40	34.78
2. นักเรียนใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	19	35.85	13	20.97	32	27.83
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	22	41.51	27	43.55	49	42.61

	ปฏิบัติถูกต้อง	12	22.64	22	35.48	34	29.57
3.นักเรียนนอนในมุ้งเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	3	5.66	1	1.61	4	3.48
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	19	35.85	6	9.68	25	21.74
	ปฏิบัติถูกต้อง	31	58.49	55	88.71	86	74.78
4.นักเรียนใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	9	16.98	4	6.45	13	11.30
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	40	75.47	35	56.45	75	65.22
	ปฏิบัติถูกต้อง	4	7.55	23	37.10	27	23.48
5.เมื่อรู้สึกไม่สบายนักเรียนไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	4	7.55	3	4.84	7	6.09
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	25	47.17	27	43.55	52	45.22
	ปฏิบัติถูกต้อง	24	45.28	32	51.61	56	48.70

4.2 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5

จากตารางที่ 27 พบว่าพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนการให้ความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องมาก ที่สุดคือ นอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 77.67 รองลงมาคือ เมื่อรู้สึกไม่สบายจะไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ร้อยละ 56.80 แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนมากที่สุดคือใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืน ร้อยละ 65.53 รองลงมาคือ ใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนร้อยละ 58.25 และเที่ยวเล่น หรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ ร้อยละ 52.91

หลังการให้ความรู้นักเรียนปฏิบัติถูกต้องมากขึ้นยกเว้นการเที่ยวเล่น หรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำและใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนที่ลดลงร้อยละ 5.96 และ 2.61 ตามลำดับ

ตารางที่ 27 จำนวน ร้อยละพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 จำแนกตามคำตอบ

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย	**คำตอบ**	**ก่อนให้ความรู้ (206)**		**หลังให้ความรู้ (219)**		**รวม (425)**	
		จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
1. นักเรียนเที่ยวเล่น หรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	33	16.02	30	13.70	63	14.82
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	109	52.91	134	61.19	243	57.18
	ปฏิบัติถูกต้อง	64	31.07	55	25.11	119	28.00
2. นักเรียนใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	43	20.87	18	8.22	61	14.35
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	120	58.25	161	73.52	281	66.12
	ปฏิบัติถูกต้อง	43	20.87	40	18.26	83	19.53
3.นักเรียนนอนในมุ้งเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	16	7.77	6	2.74	22	5.18
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	30	14.56	22	10.05	52	12.24
	ปฏิบัติถูกต้อง	160	77.67	191	87.21	351	82.59
4.นักเรียนใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	20	9.71	17	7.76	37	8.71
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	135	65.53	134	61.19	269	63.29
	ปฏิบัติถูกต้อง	51	24.76	68	31.05	119	28.00

5.เมื่อรู้สึกไม่สบาย นักเรียนไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	18	8.74	15	6.85	33	7.76
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	71	34.47	74	33.79	145	34.12
	ปฏิบัติถูกต้อง	117	56.80	130	59.36	247	58.12

4.3 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6

ตารางที่ 28 จำนวน ร้อยละพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำแนกตามคำตอบ

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย	คำตอบ	ก่อนให้ความรู้ (194)		หลังให้ความรู้ (158)		รวม (352)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นักเรียนเที่ยวเล่น หรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	17	8.76	17	10.76	34	9.66
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	118	60.82	106	67.09	224	63.64
	ปฏิบัติถูกต้อง	59	30.41	35	22.15	94	26.70
2. นักเรียนใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	38	19.59	19	12.03	57	16.19
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	131	67.53	108	68.35	239	67.90
	ปฏิบัติถูกต้อง	25	12.89	31	19.62	56	15.91
3.นักเรียนนอนในมุ้งเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	7	3.61	5	3.16	12	3.41
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	24	12.37	17	10.76	41	11.65
	ปฏิบัติถูกต้อง	163	84.02	136	86.08	299	84.94
4.นักเรียนใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืน	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	27	13.92	11	6.96	38	10.80
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	119	61.34	115	72.78	234	66.48
	ปฏิบัติถูกต้อง	48	24.74	32	20.25	80	22.73
5.เมื่อรู้สึกไม่สบาย นักเรียนไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	7	3.61	6	3.80	13	3.69
	ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน	54	27.84	47	29.75	101	28.69
	ปฏิบัติถูกต้อง	133	68.56	105	66.46	238	67.61

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนการให้ความรู้พบว่าการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากที่สุดคือนอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 84.02 รองลงมาคือเมื่อรู้สึกไม่สบาย นักเรียนไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรียร้อยละ 68.56 แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนมากที่สุดคือใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนร้อยละ 67.53 รองลงมาคือใส่เสื้อผ้า ปกปิดแขนขาเวลากลางคืน ร้อยละ 61.34 และเที่ยวเล่นหรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำร้อยละ 60.82

หลังการให้ความรู้นักเรียนปฏิบัติถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.73 รองลงมาคือการนอนในมุ้งเวลากลางคืนร้อยละ 2.06 สำหรับพฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องลดลงมากที่สุดคือเที่ยวเล่น หรืออยู่ นอกบ้านในเวลามืดค่ำ ลดลงร้อยละ 8.26 รองลงมาคือใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืนและเมื่อรู้สึกไม่สบาย นักเรียนไป เจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ลดลงร้อยละ 4.49 และ 2.10 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 28

4.4 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

4.4.1 วิเคราะห์คะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์คะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย	ชั้นเรียน	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	53	2.98	0.83
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	206	3.24	0.72
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	194	3.36	0.73
	รวม	453	3.26	0.74
หลังให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	62	3.52	0.98
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	219	3.41	0.73
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	158	3.39	0.75
	รวม	439	3.42	0.78
ก่อนและหลังให้ความรู้	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	115	3.27	0.95
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	425	3.33	0.73
	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	352	3.37	0.74
	รวม	892	3.34	0.76

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	439	3.42	0.78	0.04
ก่อนให้ความรู้	454	3.26	0.74	0.03

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	439	3.42	0.78			
ก่อนให้ความรู้	454	3.26	0.74	0.302	3.062	0.002

ผลการวิเคราะห์คะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้พบว่านักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 29 และตารางที่ 30

4.4.2 วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนและหลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	62	3.52	0.98	0.12
ก่อนให้ความรู้	53	2.98	0.83	0.11

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	62	3.52	0.98			
ก่อนให้ความรู้	53	2.98	0.83	1.324	3.12	0.002

จากตารางที่ 31 พบว่าพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนและหลังการให้ ความรู้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

4.4.3 วิเคราะห์คะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและ หลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	219	3.41	0.73	0.05
ก่อนให้ความรู้	206	3.24	0.72	0.05

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	219	3.41	0.73			
ก่อนให้ความรู้	206	3.24	0.72	0.496	2.392	0.017

พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและหลังการให้ความรู้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 32

4.4.4 วิเคราะห์คะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังการให้ความรู้ในนักเรียนนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและ หลังการให้ความรู้

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
หลังให้ความรู้	158	3.39	0.75	0.06
ก่อนให้ความรู้	194	3.36	0.73	0.05

กลุ่ม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	Mean	Std. Deviation	F	t	Sig. (2-tailed)
หลังให้ความรู้	158	3.39	0.75			
ก่อนให้ความรู้	194	3.36	0.73	0.194	0.425	0.671

จากตารางที่ 33 พบว่าพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและหลังการให้ความรู้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

ไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่อยู่ในเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2012 พบผู้ป่วยมาลาเรียทั่วโลกประมาณ 207 ล้านคนและมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 627,000 ราย แม้ว่าโรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาไข้มาลาเรียให้หมดสิ้นไปได้ เนื่องจากยัง มีปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อสาเหตุการดื้อยาเนื่องมาจากการใช้ยาอย่างไม่ระวังและมีการอพยพของประชากรจากแหล่งที่มีการดื้อยาสูง เช่น บริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา ชายแดนไทย-เมียนมาร์ ทำให้มีการแพร่ขยายการดื้อยาอย่างรวดเร็วไปสู่พื้นที่อื่นๆ ส่งผลให้การดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคมีความท้าทายมากขึ้น

การส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นวิธีการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ที่จะป้องกันตนเอง ชุมชนให้ปลอดภัยจากการเป็นไข้มาลาเรียนั้นเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดไข้มาลาเรีย ซึ่งกรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงจึงได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเรื่องการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังไข้มาลาเรียและส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้เด็กในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังไข้มาลาเรีย โดยมีตัวชี้วัดคือระดับความรู้และความเข้าใจเรื่องการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียของนักเรียนและประชาชนในชุมชนโดยรอบสถานศึกษา ซึ่งมีเป้าหมายคือร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้และการรับรู้ที่ดี มีพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียที่ดีหมายถึงได้คะแนนร้อยละ 70 ขึ้นไป

จากความเป็นมาเบื่องต้นผู้วิจัยจึงศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 4, 5 และ6 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเขตสุขภาพที่ 5 โดยเลือกศึกษาที่จังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนก่อนและหลังการให้ความรู้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค เก็บข้อมูลครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม 2559 หลังจากนั้นได้ให้ความรู้เรื่องการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวโดยครูในโรงเรียนและเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ในเดือนสิงหาคม 2559

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการ “รู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องไข้มาลาเรีย” หลังการให้ความรู้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 “รู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องไข้มาลาเรีย” ลดลง ร้อยละ 3.59 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 รู้จักหรือเคยได้ยินไข้มาลาเรีย” มากขึ้นร้อยละ 2.10 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รู้เท่าเดิม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้เรื่องการป้องกันไข้มาลาเรียไม่มีผลต่อการ “รู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องไข้มาลาเรีย” ของเด็กนักเรียน

2. ผู้ที่นักเรียนปรึกษาเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อนักเรียนเจ็บป่วยนักเรียนมากกว่าร้อยละ 70 ของทุกชั้นปี**ปรึกษาพ่อ** ทั้งก่อนและหลังให้ความรู้โดยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จะปรึกษาพ่อเพิ่มขึ้น หลังได้รับความรู้ ร้อยละ 12.72 และร้อยละ 2.10 ตามลำดับ ในขณะที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปรึกษาพ่อลดลงร้อยละ 1.28

ก่อนให้ความรู้ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มากกว่าร้อยละ 90 **ปรึกษาแม่** เมื่อเจ็บป่วย แต่หลังให้ความรู้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปรึกษาแม่ลดลงร้อยละ 9.13 ส่วนนักเรียนชั้นอื่นๆ ปรึกษาแม่ก่อนและหลังการให้ความรู้มีจำนวนใกล้เคียงกัน

นักเรียนทุกชั้นเรียน**ปรึกษาพี่น้อง** เมื่อเวลาเจ็บป่วย ก่อนให้ความรู้น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่เมื่อได้รับความรู้แล้วปรึกษาเพิ่มขึ้น แต่ยังน้อยกว่าร้อยละ 40

ก่อนได้รับความรู้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 **ปรึกษาญาติ** ร้อยละ 15.09 และร้อยละ 18.45 ตามลำดับ ส่วนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปรึกษาญาติร้อยละ 34.54 หลังได้รับความรู้ การปรึกษาญาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ลดลงร้อยละ 0.57 และร้อยละ 0.36 ตามลำดับ ในขณะที่นักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือร้อยละ 6.66

ก่อนให้ความรู้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 **ปรึกษาครู** ร้อยละ 41.51 ร้อยละ 52.43 และร้อยละ 67.01 ตามลำดับ หลังให้ความรู้นักเรียนทุกชั้นปีปรึกษาครูเพิ่มขึ้น

ก่อนให้ความรู้นักเรียน**ปรึกษาหมอ พยาบาล**เมื่อเวลาเจ็บป่วย นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปรึกษาร้อยละ 26.42 ร้อยละ 35.44 และร้อยละ 38.66 ตามลำดับ หลังให้ความรู้แล้วนักเรียนทุกชั้นปีมีการปรึกษาหมอ พยาบาลเพิ่มขึ้น

3.ข้อมูลความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย

3.1 ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนให้ความรู้ นักเรียนตอบถูกมากกว่าร้อยละ 70 ในคำถามแต่ละข้อ ยกเว้นคำถามว่าการงดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรียเป็นการป้องกันไข้มาลาเรีย ที่ตอบถูกเพียงร้อยละ 66.04 เท่านั้น แต่หลังให้ความรู้แล้วกลับพบว่านักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องลดลงทุกคำถาม

3.2 **ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5** ก่อนให้ความรู้ นักเรียนมากกว่าร้อยละ 70 มีความรู้ที่ถูกต้อง ยกเว้นคำถาม ยุงนำโรคไข้มาลาเรียกัดคนในช่วงเวลาใดที่นักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 68.93 หลังให้ความรู้ นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ยกเว้นคำถามว่า ยุงนำโรคไข้มาลาเรียมีแหล่งเพาะพันธ์อยู่ที่ไหน งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง กินยาป้องกันและงดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย เป็นการป้องกันไข้มาลาเรีย ที่นักเรียนตอบถูกน้อยลง

3.3 ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนให้ความรู้ มากกว่าร้อยละ 70 ของนักเรียนตอบถูก ส่วนการป้องกันไข้มาลาเรียนักเรียนตอบถูกในคำถามการงดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง ร้อยละ 62.89 หลังการให้ความรู้ นักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องลดลงในคำถาม ยุงนำโรคไข้มาลาเรียคือยุงที่มีชื่อว่าอะไร งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง นอนในมุ้งหรือมุ้งชุบน้ำยาทุกคืน กินยาป้องกันและงดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรียเป็นการป้องกันไข้มาลาเรีย

3.4 คะแนนรวมความรู้หลังการให้ความรู้ ของนักเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยคะแนนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่แตกต่างจากคะแนนก่อนการได้รับความรู้

4.ข้อมูลการรับรู้เรื่องไข้มาลาเรีย

4.1 การรับรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนให้ความรู้นักเรียนมากกว่าร้อยละ 70 มีความตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัดและคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้ แต่ประเด็นสำคัญคือ **นักเรียนร้อยละ 81.13 รับรู้ว่าคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก** หลังให้ความรู้ นักเรียนมีความตระหนักน้อยลงในประเด็นตนเองว่ามีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย และคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้ ส่วนประเด็นที่นักเรียนมีความตระหนักเพิ่มขึ้นคือ การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด แต่ยังคงมีประเด็นสำคัญว่ายังมี**นักเรียนถึงร้อยละ 70.03 ที่รับรู้ว่าคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก**

4.2 การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนให้ความรู้นักเรียนมากกว่าร้อยละ 70 มีการรับรู้ที่แสดงถึงการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรีย หลังให้ความรู้นักเรียนตระหนักมากขึ้นว่าตนเองมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย และการป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด แต่ประเด็นที่รับรู้ลดลงความตระหนักลดลงคือ คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้ **แต่การรับรู้ว่าไข้มาลาเรียเป็นแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีกมีมากถึงร้อยละ 25.11 ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนให้ความรู้**

4.3 การรับรู้ต่อไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนให้ความรู้นักเรียนมีความตระหนักว่า คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืนมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 84.02 รองลงมาคือตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย การป้องกันไข้มาลาเรียทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัดและคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้าอาจตายได้ และยังมีนักเรียนร้อยละ 57.73 ที่รับรู้ว่าคนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีกหลังให้ความรู้ นักเรียนมีความตระหนักมากขึ้นทุกประเด็น **แต่มีนักเรียนที่ยังรับรู้ว่าไข้มาลาเรียเป็นแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.25**

4.4 คะแนนรวมการรับรู้หลังการให้ความรู้

คะแนนรวมการรับรู้ก่อนและหลังให้ความรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่แตกต่างกัน

5. ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรีย

5.1 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนให้ความรู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากที่สุดคือ นอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 58.49 รองลงมาคือ เมื่อรู้สึกไม่สบายจะไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ไม่เที่ยวเล่นหรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำและใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืน ร้อยละ 45.28,33.96 และ 22.64 ตามลำดับ แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนมากที่สุดคือใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืน ร้อยละ 75.47 รองลงมาคือเที่ยวเล่นหรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ เมื่อรู้สึกไม่สบายไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนและ

นอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 60.38, 47.17, 41.51และ 35.85 ตามลำดับ หลังให้ความรู้นักเรียนปฏิบัติถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืนเพิ่มขึ้น มากที่สุดร้อยละ 29.55 รองลงมาคือการนอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 30.22 และใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืน ร้อยละ 12.84

5.2 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนให้ความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากที่สุดคือ นอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 77.67 รองลงมาคือ เมื่อรู้สึกไม่สบายจะไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ร้อยละ 56.80 แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนมากที่สุดคือใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืน ร้อยละ 65.53 รองลงมาคือ ใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนร้อยละ 58.25 และเที่ยวเล่นหรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ ร้อยละ 52.91 หลังให้ความรู้นักเรียนปฏิบัติถูกต้องมากขึ้นยกเว้นการเที่ยวเล่น หรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำและใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนที่ลดลงร้อยละ 5.96 และ 2.61 ตามลำดับ

5.3 พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนให้ความรู้พบว่าการปฏิบัติตนที่ ถูกต้องมาก ที่สุดคือนอนในมุ้งเวลากลางคืน ร้อยละ 84.02 รองลงมาคือเมื่อรู้สึกไม่สบาย นักเรียนไปเจาะเลือดหาเชื้อ มาลาเรีย ร้อยละ 68.56 แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนมากที่สุดคือใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนร้อยละ 67.53 รองลงมาคือใส่เสื้อผ้า ปกปิดแขนขาเวลากลางคืน ร้อยละ 61.34 และเที่ยวเล่นหรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำร้อยละ 60.82 หลังให้ความรู้นักเรียนปฏิบัติถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะใช้ยาทากันยุงในเวลากลางคืนเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.73 รองลงมาคือการนอนในมุ้งเวลากลางคืนร้อยละ 2.06 สำหรับพฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องลดลงมากที่สุดคือเที่ยวเล่นหรืออยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ ลดลงร้อยละ 8.26 รองลงมาคือใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขาเวลากลางคืนและเมื่อรู้สึกไม่สบาย นักเรียนไป เจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ลดลงร้อยละ 4.49 และ 2.10 ตามลำดับ

5.4 **คะแนนรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียหลังการให้ความรู้** คะแนนภาพรวมพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังให้ความรู้พบว่านักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและหลังให้ความรู้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เรื่องการป้องกันไข้มาลาเรียไม่มีผลต่อการ **“รู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องไข้มาลาเรีย”** ของเด็กนักเรียนซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าก่อนได้รับความรู้เรื่องการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียนั้นนักเรียน “รู้จักหรือเคยได้ยิน” มาก่อนเพราะอยู่ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ไข้มาลาเรีย หรืออาจเนื่องจากกระบวนการให้ความรู้เรื่องการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียไม่สามารถที่จะทำให้นักเรียนเข้าใจได้ชัดเจนว่า “รู้จัก” ไข้มาลาเรียจริงๆ หรือไม่

ในส่วนของผู้ที่นักเรียนปรึกษาเมื่อเจ็บป่วยนั้นนักเรียนส่วนใหญ่เลือกที่จะปรึกษาแม่มากที่สุด รองลงมาคือพ่อ ครู ตามลำดับ โดยที่ปรึกษาพี่น้องและญาติเป็นลำดับหลังๆ และเมื่อหลังได้รับความรู้นักเรียนจะปรึกษา ครู เพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า **พ่อ แม่ และครูเป็นบุคคลสำคัญที่จะสามารถมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียได้ ถ้าได้รับการพัฒนาศักยภาพ** ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานตามกิจกรรมตามจุดเน้น โครงการเฝ้าระวังป้องกันและ

ควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี[1] คือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณสถานศึกษาในการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย

ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของนักเรียนโดยรวมที่ตอบถูกคือมีความรู้ที่ ความเข้าใจถูกต้องไม่ถึงร้อยละ 70 ตามตัวชี้วัดและเป้าหมายตัวชี้วัดของโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี[1] คือเข้าใจว่าการงดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง การกินยาป้องกันและการงดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรียจะสามารถป้องกันไข้มาลาเรียได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการประเมินความครอบคลุมและการใช้วิธีป้องกันโรคมาลาเรียรวมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับไข้มาลาเรีย ของประชากรในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียประเทศไทยในด้านความรู้[2] ที่ยังมีผู้คิดว่าการดื่มน้ำในป่าให้เป็นมาลาเรียได้ นอกจากนี้ในบางพื้นที่มีการให้ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียไปอย่างแพร่หลาย แต่ประชาชนไม่ได้มีความเข้าใจอย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นต้องให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้นรวมทั้งให้มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง รวมทั้งต้องปลูกฝังความรู้ตั้งแต่ในโรงเรียนควบคู่กันไปด้วย

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือหลังให้ความรู้การป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียความรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่แตกต่างจากคะแนนก่อนการได้รับความรู้ ด้านการรับรู้ประเด็นสำคัญคือหลังให้ความรู้นักเรียนส่วนใหญ่ยังรับรู้ว่าคนที่เคยเป็นไข้มาลาเรียแล้ว จะไม่เป็นซ้ำอีก รวมทั้งคะแนนรวมการรับรู้ก่อนและหลังให้ความรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ข้อมูลด้านพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนทุกชั้นปี แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนก่อนและหลังให้ความรู้ นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ พฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ก่อนและหลังให้ ความรู้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไข้มาลาเรียผ่านเกณฑ์ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนดคือมากกว่าร้อยละ 70 เมื่อรวมพฤติกรรมการปฏิบัติถูกต้องบางครั้งและการปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชพงศ์ แสงนิล และจารุวรรณ วงบุตดี[10] ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษในกลุ่มตัวอย่าง 338 คน พบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.73 มีระดับพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 36.55) และระดับต่ำ (ร้อยละ6.72)

จากข้อค้นพบที่กล่าวมาแล้วข้างต้นอาจมีความเป็นไปได้ว่าการให้ความรู้เรื่องการป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียแก่เด็กในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนนั้น นอกจากครูไม่ได้รับการพัฒนาในศักยภาพในเรื่องที่ต้องให้ความรู้แล้วยังไม่มีเนื้อหาสาระ รูปแบบ วิธีการและสื่อที่เหมาะสม สามารถเชื่อมโยงให้นักเรียนได้ทราบถึง**แก่นความรู้ที่จะนำไปสู่การรับรู้ถึงความเสี่ยง รับรู้อันตรายของไข้มาลาเรียตลอดจนการปฏิบัติตนที่ป้องกันไข้มาลาเรียได้ในเชิง**

รูปธรรม ซึ่งการรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญ เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใด ๆจะขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิตคือ ความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติ เป็นต้นมีการค้นพบว่า การรับรู้ของคนเกิดจากการเห็น ร้อยละ 75 จากการได้ยิน ร้อยละ 13 และการสัมผัส 6 ร้อยละ 6 [8]

นอกจากนี้การศึกษาของวดี นันทะเสน[12] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษในกลุ่มตัวอย่าง 335 คน พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรีย ร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนได้ **ซึ่งการให้ความรู้ก็จัดว่าเป็นแรงสนับสนุนอีกประการหนึ่งด้วย**

อย่างไรก็ตามในเดือนกันยายน 2559 สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงได้จัดทำแผนการสอนเรื่องไข้มาลาเรียที่แยกเป็นระดับชั้นเรียนที่ชัดเจน[16] มีสาระการสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย มาตรฐานตัวชี้วัด จุดประสงค์ กิจกรรม/ขั้นตอนการปฏิบัติ กลวิธี ภาพประกอบ วัสดุ -อุปกรณ์และเวลารวมทั้งแบบฟอร์มสะท้อนการจัดการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษา การสื่อสารความเสี่ยงเรื่องไข้มาลาเรีย

ดังนั้นหลังจากมีการใช้สื่อชุดนี้แล้วผู้เกี่ยวข้องต้องมีการประเมินความรู้เรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในกลุ่มนักเรียนทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้กับผู้จัดทำแผนการสอนนี้ตามหลักการของ Deming cycle ต่อไป เพื่อพัฒนาให้เด็กนักเรียนเหล่านี้มีความรู้ รับรู้และปฏิบัติป้องกันไข้มาลาเรียได้อย่างถูกต้องซึ่งเป็นการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ของยุทธศาสตร์การการจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 คือ “ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักและปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย” ที่มีเป้าประสงค์ระยะกลางว่าประเทศไทยไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ ภายในปี พ.ศ.2564 (ค.ศ.2021) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของอำเภอ/เขตทั้งหมด)[2] ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายนี้นั้นเยาวชนกลุ่มเด็กนักเรียนซึ่งจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จะต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพในการเรียนรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจ ตระหนักและมีพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมและมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค นักเรียนระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการปูพื้นฐานให้มีความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย เพื่อให้นำไปปรับใช้กับชีวิตของตนเองและครอบครัวตลอดจนชุมชนต่อไป[2]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย:

1.กรมควบคุมโรคควรมีนโยบายประเมิน**แผนการสอนเรื่องไข้มาลาเรียที่แยกเป็นระดับชั้นเรียน**ที่จัดทำขึ้นในปี 2559 และเผยแพร่ในปี 2560 โดยประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความเหมาะสมกับการนำไปใช้จริงจากผู้ครูที่ใช้แผนการสอนนี้เพื่อพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ต่อไป

2.กรมควบคุมโรคควรมีนโยบาย/ แผนประเมินความรู้ รับรู้และปฏิบัติเพื่อป้องกัน ควบคุมไข้มาลาเรียในกลุ่มเด็กนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่มีการให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องไข้มาลาเรียตามชั้นปีของนักเรียน

3. กรมควบคุมโรคควรผลิต**สื่อเรื่องไข้มาลาเรียเพื่อสื่อสารความเสี่ยงในกลุ่ม**ประชาชนในชุมชนรอบโรงเรียน รวมทั้งการประเมินผลการใช้สื่อดังกล่าวเพื่อเป็นการหนุนเสริมการป้องกันควบคุมไข้มาลาเรียในชุมชน

ข้อเสนอแนะข้างต้นจะนำมาซึ่งการปรับปรุงกระบวนการสอน/สื่อสารความเสี่ยงตาม Deming cycle ให้ได้ประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ:

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยศูนย์โรคติดต่อนำโดยแมลงควรมีบทบาทที่ชัดเจนในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับครูผู้ใช้แผนการสอนเรื่องไข้มาลาเรีย

2. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน ควรนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ประกอบการดำเนินการ ตามแนวคิดที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในปัจจุบันปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การจัดการด้านสุขภาพแนวใหม่จึงเน้นที่การปรับพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และยั่งยืนเช่นกัน

บรรณานุกรม

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2558. แนวทางการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กแลเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (ออนไลน์). สืบค้นจาก: http://www.thaivbd.org/n/contents/view/324970.ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559.

2. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2564. 11,17. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2559.

3. หลักการของความรู้. (ออนไลน์). สืบค้นจาก: https://www.im2mar Ref.ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2559.

4. วชิระ ขินหนองจอก. ทฤษฎีการรับรู้.(ออนไลน์). สืบค้นจาก: https://www.got know.org/posts/282194. ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2559.

5.ทฤษฎีการเรียนรู้. (ออนไลน์). สืบค้นจาก:https://sites.google.com/site/anansak2554/thvsdi/thvsdi-kar-reiyn-ru. ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2559

6.แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ. (ออนไลน์). สืบค้นจาก:https://www.nova Bizz.com/NovaAce/Behavior/.ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2559.

7.สมหมาย งึมประโคนและคณะ.การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหารทราย จังหวัดบุรีรัมย์.(ออนไลน์). สืบค้นจาก: https://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/journal.php?vol=23&iss=1.ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2559.

8.พัชนา เฮงบริบูรณพงศ์ และคณะ.พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรียของแรงงานต่างด้าวในเขตชายแดนไทย-พม่า. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). มหาวิทยาลัยบูรพา. 2550.

9.พรพิมล ประดิษฐ์, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. การวิเคราะห์อภิมานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559; 10: 2: 123-125.

10.วัชรพงษ์ แสงนิล และจารุวรรณ วงบุตดี. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ.การประชุมวิชาการ การพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน 2556 ครั้งที่ 3 “ชุมชนท้องถิ่นฐานรากการพัฒนาประชาคมอาเซียน” 9-10 พฤษภาคม 2556.

11.ประมวล สะภา.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคมาลาเรีย ระหว่าง พ.ศ. 2555 – 2557 อำเภอสมเด็จจังหวัดกาฬสิน. (ออนไลน์). สืบค้นจาก 203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=204 ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2559.

12.สุภาวดี นันทะเสน.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ.2554.

13.จีรพัทธ์ ธนบัตรและคณะ.พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในตำบล จ.ป.ร. อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง.การประชุมวิชาการ การพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน ประจำปี 2555 “ชุมชนท้องถิ่น ฐานรากการพัฒนาประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” 16-19 กุมภาพันธ์ 2555.

14.ยุทธพงศ์ หมื่นราษฎร สุกัญญา สุวรรณรัตและวีราษฎร์ สุวรรณ. าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาโรคไข้มาลาเรียช้าของผู้ป่วยมาลาเรีย ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารโรคติดต่อนำโดยแมลง.2555; 7: 2: 85-90.

15.วันชัย สีหะวงษ์, วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง, ฤชุอร วงศ์ภิรมย์. พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวและกัมพูชาเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 14. (ออนไลน์). สืบค้นจาก: http://finearts.exteen.com/20121109/entry. ค้นเมื่อ 15 เมษายน 2559).

16.สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. ร่างแผนการสอนโรคมาลาเรีย (ฉบับ 1 ก.ย. 2559) โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน.(ออนไลน์). สืบค้นจาก: http://www.thaivbd.org/n/contents/view/324950 ค้นเมื่อ 15 เมษายน 2559).

ภาคผนวก

- แบบสอบถาม ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ ๕ ตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี

แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียของนักเรียน

โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 5

ตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี

แบบสอบถามเลขที่ ..... รอบที่ .....

ชื่อ ..... **นามสกุล** .....

ชื่อสถานศึกษา ..... **ตำบล**..... **อำเภอ**.....

จังหวัด.....

ก. ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้นักเรียนทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือ ○ ที่ตรงกับความเป็นจริง หรือเติมคำลงใน ช่องว่าง.....

1. เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
2. ปัจจุบันนักเรียนมีอายุ ..... ปี (เต็มปี)
3. ปัจจุบันนักเรียนอยู่ชั้น ☐ 1. ประถมศึกษาปีที่ 4 ☐ 2. ประถมศึกษาปีที่ 5 ☐ 3.ประถมศึกษาปีที่ 6
4. คุณพ่อ ของนักเรียนมีอาชีพอะไร ?

   ☐ 1.ทำไร่ ☐ 2.หาของป่า

   ☐ 3.ทำสวนยาง ☐ 4.ไม่ได้ทำงาน / อยู่บ้านเฉยๆ ☐ 5.อื่นๆ ระบุ.....
5. คุณแม่ ของนักเรียนมีอาชีพอะไร ?

   ☐ 1.ทำไร่ ☐ 2.หาของป่า

   ☐ 3.ทำสวนยาง ☐ 4.ไม่ได้ทำงาน / อยู่บ้านเฉยๆ ☐ 5.อื่นๆ ระบุ.....
6. ปัจจุบัน นักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร?

   ☐ 1.คุณพ่อคุณแม่ ☐ 2.ญาติ

   ☐ 3.บ้านพักสถานศึกษา ☐ 4.อื่นๆ ระบุ .....
7. จำนวนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านของนักเรียนรวมตัวนักเรียนมีทั้งหมดกี่คน? หากพักที่โรงเรียนให้ลงจำนวนคนที่พักด้วย

   จำนวน ..... คน

8. นักเรียนรู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องไข้มาลาเรียหรือไม่ ? (โดยไม่จำเป็นต้องเคยป่วยเอง)

☐ 1.รู้จัก เคยได้ยิน ☐ 2.ไม่รู้จัก ไม่เคยได้ยิน

9. ตั้งแต่กันยายน ปีที่แล้วจนถึงเดือนปัจจุบัน นักเรียนป่วยเป็นไข้มาลาเรียหรือไม่ ? (ต้องมีผลการเจาะเลือด)

☐ 1.เป็น ☐ 2.ไม่เป็น

10. ตั้งแต่กันยายน ปีที่แล้วจนถึงเดือนปัจจุบัน <u>มีผู้ที่พักอาศัยที่เดียวกับนักเรียน</u>ป่วยเป็นไข้มาลาเรียหรือไม่ ?

☐ 1.เป็น ☐ 2.ไม่เป็น

11. เวลาเจ็บป่วยหรือ มีไข้ ไม่สบาย นักเรียนได้บอกหรือปรึกษาใครบ้าง ? สามารถตอบได้หลายข้อ

O 1.พ่อ O 2.แม่ O 3.พี่น้อง

O 4.ญาติ O 5.คุณครู O 6.หมอ พยาบาล

O 7. อื่นๆ ระบุ .....

ข.ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย

คำชี้แจง ให้นักเรียนเลือกคำตอบที่ถูกต้องและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

1. ยุงนำเชื้อไข้มาลาเรีย คือยุงที่มีชื่อว่าอะไร?

☐ 1.ยุงลาย ☐ 2.ยุงเสือ ☐ 3.ยุงก้นปล่อง

2. ยุงนำเชื้อไข้มาลาเรีย กัดคนในช่วงเวลาใด?

☐ 1.กลางวัน ☐ 2.กลางคืน ☐ 3.ทั้งกลางวันและกลางคืน

3. ยุงนำเชื้อไข้มาลาเรีย มีแหล่งเพาะพันธุ์อยู่ที่ไหน ?

☐ 1.กระป๋อง ขยะ ☐ 2.ลำธาร ป่าเขา ☐ 3.น้ำเน่าขัง

4. ไข้มาลาเรีย มีอาการอย่างไร ?

☐ 1.เป็นไข้ ปวดหัว หนาวสั่น ☐ 2.มีจุดเลือดออก ☐ 3.คัน มีแผลตามตัว

5. ข้อใดคือการป้องกันไข้มาลาเรีย

5.1	งดดื่มน้ำที่มีลูกน้ำยุง	☐ 1. ใช่	☐ 2. ไม่ใช่
5.2	นอนในมุ้งหรือมุ้งชุบน้ำยาทุกคืน	☐ 1. ใช่	☐ 2. ไม่ใช่
5.3	ทายากันยุง	☐ 1. ใช่	☐ 2. ไม่ใช่
5.4	กินยาป้องกัน	☐ 1. ใช่	☐ 2. ไม่ใช่
5.5	ใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายา**ว**	☐ 1. ใช่	☐ 2. ไม่ใช่
5.6	งดกินอาหารร่วมกับผู้ป่วยมาลาเรีย	☐ 1. ใช่	☐ 2. ไม่ใช่

ค.การรับรู้ต่อไข้มาลาเรีย

คำชี้แจง อ่านประโยคในตารางช่อง "**ข้อความ**" และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "**ความคิดเห็นต่อข้อความ**"

"ข้อความ"	"ความคิดเห็นต่อข้อความ"		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. นักเรียนก็มีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย			
2. คนที่นอนนอกมุ้งเวลากลางคืน มีโอกาสเป็นไข้มาลาเรีย			
3. คนที่เคยเป็นไข้มาลาเรียแล้ว จะไม่เป็นซ้ำอีก			
4. การป้องกันไข้มาลาเรีย ทำได้โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัด			
5. คนที่เป็นไข้มาลาเรียแล้วไปรักษาช้า อาจตายได้			

ง.การปฏิบัติตนเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย

คำชี้แจง อ่านประโยคในตารางช่อง "**ข้อความ**" และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง "**การปฏิบัติของนักเรียน**"

"ข้อความ"	"การปฏิบัติของนักเรียน"		
	ทำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เคยทำ
1. นักเรียนเที่ยวเล่น หรือ อยู่นอกบ้านในเวลามืดค่ำ			
2. นักเรียนใช้ยาทากันยุง ในเวลากลางคืน			
3. นักเรียนนอนในมุ้งเวลากลางคืน			
4. นักเรียนใส่เสื้อผ้าปกปิดแขนขา เวลากลางคืน			
5. เมื่อรู้สึกไม่สบาย นักเรียนไปเจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย			

☺ ขอให้ขยันเรียนและไม่เป็นไข้มาลาเรียนะคะ ☺