



ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ของตัวแทนครัวเรือนตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of the participatory learning program on malaria prevention and control of member households in Domepradit Sub-district, Nam Yuen, Ubon Ratchathani Province

เดือนนภา ศิริบุญ* นพรัตน์ ส่งเสริม

Dueannapha Siriboon*, Nopparat Songserm

สาขาสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี 3400 ประเทศไทย

Health Promotion Program, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, 3400 Thailand

* Corresponding Author: duennapha28@hotmail.com

Received: 27 June 2016; Revised: 1 August 2016; Accepted: 6 August 2016; Available online: xxx

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนของแต่ละครัวเรือนละ 1 คน ทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 40 คน และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย และ แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.72 - 0.84 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรีย ระหว่างกลุ่ม ในกรณีที่ผลการทดสอบก่อนการทดลองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ T-independent ส่วนในกรณีที่ผลการทดสอบก่อนการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ (ANCOVA) และใช้คะแนนก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรควบคุม ผลการทดลอง หลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียแล้ว กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มากกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติที่นัยสำคัญทางสถิติ .01

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม; การป้องกันและควบคุม; โรคมาลาเรีย; ตัวแทนครัวเรือน

Abstract

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมalaria ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนของแต่ละครัวเรือนละ 1 คน ทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 40 คน และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมalaria และ แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.72 - 0.84 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคมalaria เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคมalaria ระหว่างกลุ่ม ในกรณีที่ผลการทดสอบก่อนการทดลองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ T-independent ส่วนในกรณีที่ ผลการทดสอบก่อนการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ (ANCOVA) และใช้คะแนนก่อนการทดลอง เป็นตัวแปร ควบคุม ผลการทดลอง หลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมalaria แล้ว กลุ่มที่ได้รับการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคมalaria มากกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบ ปกติที่นัยสำคัญทางสถิติ .01

Keywords: Participatory learning program; Prevention and control; Malaria; Member household

1. บทนำ

malaria เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมากโรคหนึ่งที่มีผู้กักปล่องเป็นพาหะนำโรคมามาก ในประเทศไทย จังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคมalaria สูงที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ อุบลราชธานี ยะลา ตาก สงขลา สุราษฎร์ธานี ศรีสะเกษ นราธิวาส แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี และเพชรบุรี ตามลำดับ [1] จังหวัดอุบลราชธานีการแพร่ระบาดของโรคมalaria มีการกระจายเชิงพื้นที่มักพบ ในเขตหมู่บ้านตามแนวตะเข็บชายแดน ได้แก่ อำเภอน้ำยืน นางะหลวย ศรีเมืองใหม่ บุณฑริก และสิรินธร ตามลำดับ [2]

อำเภอน้ำยืน เป็นอำเภอที่มีการระบาดของเชื้อมาลาเรียมากที่สุดในจังหวัดอุบลราชธานี ประชาชนยังคงมีอัตราเสี่ยงต่อการป่วยเป็น โรคมalaria สูง เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคทุกปี [3] จากปัญหาดังกล่าวนี้ จึงจำเป็นต้องหาแนวทาง การป้องกันและควบคุมโรคมalaria ซึ่งวิธีการหนึ่งที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน คือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนหาแนวทางแก้ไข และดำเนินการโดยชุมชนเอง จากการศึกษา นวัชรพร วัฒนวิโรจน์ ได้ศึกษาการบริหาร จัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัด นครพนม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความรู้ พฤติกรรมการรับประทาน ยารักษาความดันโลหิตสูง และการได้แรงสนับสนุนทางสังคม[4]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่ง (Plan, Do, Check, Action : PDCA) มาใช้ในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน กำหนดเป้าหมาย การจัดกิจกรรม การติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน มาปรับปรุง พัฒนากิจกรรมให้ต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยนำแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการกำหนดเนื้อหา และรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ รวมทั้งใช้แนวคิดการ มีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหา ร่วมหา แนวทางและวางแผนในการแก้ไขปัญหา การจัดการกิจกรรมแก้ไขปัญหา การรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และประเมินผล การดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ตัวแทนครัวเรือนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ อีกทั้งใช้แนวคิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (Participatory Learning) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมวิจัย การสนับสนุน ขวัญกำลังใจ งบประมาณและทรัพยากรดำเนินงานจากองค์การบริหารส่วนตำบล และมีการติดตามให้กำลังใจตัวแทนครัวเรือนที่ให้สุศึกษาผ่านหอ

กระจายข่าวหมู่บ้าน ทุกวันจันทร์ พุธ วันศุกร์ และมีการรณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้านทุกวันพระ เพื่อการพัฒนาศักยภาพและทักษะ การป้องกันโรคมะลาเรียของประชาชนในชุมชน ซึ่งมุ่งหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวนี้จะช่วยให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และเกิดความรู้อีกส่วนในการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนต่อไป

2. อุปกรณ์และวิธีดำเนินการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยคือ ตัวแทนของแต่ละครัวเรือน 1 คน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 40 คน และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้เป็นหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีการเกิดโรคมะลาเรีย ในรอบ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2554 – 2556) เป็นหมู่บ้านที่มีข้อมูลทางกายภาพใกล้เคียงกันที่สุด ได้แก่ จำนวนหลังคาเรือน จำนวนประชากรเป็นพื้นที่ที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกัน ได้แก่ เป็นหมู่บ้านที่ตั้งในที่ราบลุ่มติดภูเขาเป็นพื้นที่ที่มีระยะห่างระหว่างหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ ไม่น้อยกว่า 10 กิโลเมตร

2) สุ่มหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายกัน เช่น เป็นพื้นที่ราบติดภูเขา ใช้ภาษาลาว อีสาน เขมร มีอาชีพทำนา อยางพารา มันสำปะหลัง ลำสาคู และหาของป่า จำนวน 2 หมู่บ้าน

3) สุ่ม 80 ครัวเรือนจาก 2 หมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก

4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนที่สุ่มได้ โดยมีลักษณะคือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป การศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถอ่านออกและเขียนได้ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 1 ปี มีความเต็มใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการทดลอง แบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) โดยใช้แบบการทดลองแบบ The Pre test – Post test Control Group Design แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการทดลอง

	O ₁							O ₂			
กลุ่มทดลอง	X ₁ X ₂	PL _{1,2,3}	S _{1,2}	S ₃	S ₃	S ₃	S ₃	S ₃	S ₃	X ₃ PL ₄ S ₃	X ₄ PL ₅ S ₄
ระยะเวลา (สัปดาห์)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	O ₃										O ₄
กลุ่มเปรียบเทียบ	N										
ระยะเวลา (สัปดาห์)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

จากตารางที่ 1 O₁ O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ O₂ O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ X₁ - X₄ หมายถึง กิจกรรมที่ใส่ในกลุ่มทดลอง X₁ หมายถึง กิจกรรมการวางแผน (plan) X₂ หมายถึง กิจกรรมการดำเนินการตามแผน (do) X₃ หมายถึง กิจกรรมการประเมินผลงาน (check) X₄ หมายถึง กิจกรรมการปรับปรุงแก้ไข (action) S₁ หมายถึง การให้แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข S₂ หมายถึง การให้แรงสนับสนุนด้านคำแนะนำ กระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข S₃ หมายถึง การให้แรงสนับสนุน โดยการเยี่ยมแนะนำ ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนจากทีมวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากองค์การ

บริหารส่วนตำบล S_4 หมายถึง การให้แรงสนับสนุนโดยติดตามนิเทศ ให้คำปรึกษา และเสนอแนะจากทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข PL_1 หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มในการวินิจฉัยชุมชน PL_2 หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มในการจัดทำแผนงาน PL_3 หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มในการรับรู้เรื่องโรค PL_4 หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มในการประเมินผลงาน PL_5 หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มในการปรับปรุงแก้ไขงาน N หมายถึง กิจกรรมในกลุ่มเปรียบเทียบ การให้ความรู้ผ่านช่องทาง หรือสื่อต่างๆ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว มีป้ายประกาศ แผ่นพับ ห้องสมุดหมู่บ้าน โปสเตอร์และการออกให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหมู่บ้าน ทุกวันที่ 10 ของเดือน มีกิจกรรมดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

การดำเนินการวิจัยตามกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการวางแผน (P : plan) หรือ X_1 ดำเนินการในสัปดาห์ ที่ 1 ประกอบด้วย การวินิจฉัยชุมชนและการเลือกแกนนำ การเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การระดมความคิดในการวินิจฉัยชุมชนกลุ่มองค์กร ลักษณะ โครงสร้างชุมชน วิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์โรค สาเหตุการเกิดโรค แนวทางแก้ไข ค้นหาทางเลือก ด้วยกระบวนการกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระดมความคิดจัดทำแผนงานแนวทางการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย กำหนดกิจกรรม เป้าหมายงบประมาณดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ และวิธีการประเมินผล

2) ขั้นตอนการดำเนินการ (D : do) หรือ X_2 ดำเนินการในสัปดาห์ ที่ 1 ประกอบด้วย อบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยกิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค โดยการบรรยาย การฉายวีดิทัศน์ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ระดมความคิด อภิปรายกลุ่ม ระดมความคิดเห็นให้แกนนำร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ของแกนนำป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสาร แจกเอกสาร คู่มือ และชี้แนะแนวทางแก้แกนนำป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย สาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองไม่ให้ยุ่งกีดกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน “ชาวบ้านร่วมใจ ปลอดภัยใช้มาลาเรีย” แกนนำป้องกันโรคมาลาเรีย ให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวทุกวันจันทร์ พุธ และวันศุกร์ การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมวิจัย ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.จัดประชุมแกนนำอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง

3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (C : check) หรือ X_3 ดำเนินการในสัปดาห์ ที่ 8 เป็นการประเมินผลการดำเนินงานด้วยกระบวนการกลุ่ม การระดมสมองการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและสรุปผลการจัดกิจกรรม

4) ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไขปัญหา (A : action) หรือ X_4 ดำเนินการในสัปดาห์ ที่ 9 ดังนี้ กระบวนการกลุ่มระดมสมอง ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหา สรุปผลงานปรับปรุงวิธีการเพื่อแก้ไขปัญหา และจัดทำข้อบังคับหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค ติดตามนิเทศ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรง ในด้านโครงสร้างและเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมาลาเรีย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรียเป็น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมลาเรีย ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคมลาเรีย และส่วนที่ 6 การรับรู้พฤติกรรมมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความกับนิยามเชิงปฏิบัติของตัวแปร (ค่า IOC) ตั้งแต่ 0.6 – 1.0 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ตั้งแต่ 0.72 - 0.84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า t และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

3. ผลและการอภิปรายผลการวิจัย

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.50 เพศชาย ร้อยละ 32.50 มีอายุระหว่าง 37-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.50 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 92.50 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 57.50 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.00 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่คือทำนา ร้อยละ 45.00 รองลงมาคือทำไร่มันสำปะหลัง ร้อยละ 35.00 และทำสวนยางพารา ร้อยละ 17.50 ตามลำดับ อาชีพรอง พบว่ารับจ้างทำเกษตรมากที่สุด ร้อยละ 55.00 รองลงมาหาของป่าและล่าสัตว์ ร้อยละ 32.50 มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 47.50 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 20 มีคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคมลาเรีย คนส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมลาเรีย ร้อยละ 89.13 แหล่งของข้อมูลข่าวสารโรคมลาเรีย ส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 90.00 อสม. ร้อยละ 70.00 หอกระจายข่าว ร้อยละ 65.00 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 55.00 ตามลำดับ

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติจากเจ้าหน้าที่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 เพศชาย ร้อยละ 25 มีอายุระหว่าง 26-35 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.00 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 57.50 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.50 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่คือทำนา ร้อยละ 42.50 รองลงมาคือทำสวนยางพารา ร้อยละ 27.50 และทำไร่มันสำปะหลัง ร้อยละ 25.00 ตามลำดับ อาชีพรอง พบว่า รับจ้างทำเกษตรมากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาหาของป่าและล่าสัตว์ ร้อยละ 30.00 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 55.00 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 12.50 มีคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคมลาเรีย คนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคมลาเรียจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 92.50 อสม. ร้อยละ 80.00 หอกระจายข่าว ร้อยละ 80.00 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 72.50 ตามลำดับ ทั้งนี้ โดยภาพรวมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน แสดงข้อมูลดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมลาเรีย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วนด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคมลาเรีย (โดยรวม) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมลาเรีย ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมลาเรีย และด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย (โดยรวม) มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01$)

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังจากให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียแล้ว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทุกด้าน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาดวงจันทร์ ทับทิมศรี ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่แกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเทศบาลเมืองสองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มแกนนำครอบครัว มีการรับรู้และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น [5] ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนัย จันทา ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไป

โรซีสในชุมชนอำเภอป่าแกว จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเลปโตสไปโรซีส เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [6] ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ซอบ จิตรไทย ที่ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ในเขตตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช กลุ่มทดลอง มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยรวม เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [7] และสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร พงษ์ศิริ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรียของประชาชนในชุมชน ได้เสนอไว้ว่าพฤติกรรมป้องกันไข้มาลาเรียที่ถูกต้องนั้น มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้มาลาเรีย [8] จึงควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ทั้งนี้ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรตระหนักและเห็นความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน ซึ่งทำให้ตัวแทนครัวเรือน ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ เกิดความตระหนัก มีจิตสำนึกที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคมมาลาเรียและพฤติกรรมมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรียก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ

พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรีย	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ		t	p
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมาลาเรีย	33.00	2.57	32.58		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมาลาเรีย	28.70	2.11	31.28	2.14	-5.40	<0.01
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรีย	27.72	3.22	27.72	3.16	0.00	1.00
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (โดยรวม)	123.25	7.55	125.50	6.98	-1.39	0.17
พฤติกรรมป้องกันโรคมมาลาเรีย	17.38	2.31	17.42	2.25	-0.98	0.92
พฤติกรรมมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและป้องกันโรคมมาลาเรีย (โดยรวม)	16.45	4.12	16.50	3.90	-0.56	0.96

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคมalariaเรื้อ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อ	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ		t	p
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (โดยรวม)	34.45	6.77	0.75	1.56	30.67	<0.01
พฤติกรรมการป้องกันโรคมalariaเรื้อ	2.57	1.95	0.17	0.64	7.96	<0.01
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและป้องกันโรคมalariaเรื้อ (โดยรวม)	19.15	4.23	0.07	0.76	28.04	<0.01

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมalariaเรื้อหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ เมื่อควบคุมการรับรู้ความรุนแรงของโรคมalariaเรื้อก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	MS	F	p
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมalariaเรื้อ ก่อนการทดลอง	1	119.60	85.85	<0.01
การจัดกิจกรรมการเรียนรู้	1	331.27	237.79	<0.01
ความคลาดเคลื่อน	77	1.39		
รวม	80			

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมalariaเรื้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และคนอื่นๆ ซึ่งศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันไข้หวัดนก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) [9]

กล่าวโดยสรุป ภายหลังจากให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อแล้ว พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามระบบปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการจัดกิจกรรม โดยให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ มีผู้ดูแลให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามนิเทศจากทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร กระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

4. สรุปผลการวิจัย

ประชาชนที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคมลาเลีย ในทุกด้าน มากกว่าประชาชนที่ได้รับกิจกรรมสุศึกษาตามระบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 จากผลการวิจัย พบว่า การจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมลาเลีย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนา ตัวแทนครัวเรือนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ตัวแทนครัวเรือนมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมกำป้องกันโรคมลาเลีย พฤติกรรมกำมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมลาเลียที่ดีขึ้น ซึ่งแนวทางดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้จริง ดังนั้นจึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้

5.2 ควรมีการศึกษาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะเวลายาวนานขึ้น เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรมที่เกิดขึ้น

6. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีด้วยความอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชัย เชื้อสาธุน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาและความเป็นแบบอย่างของครูที่ดีของท่านเป็นอย่างมาก

6. References

- [1] Epidemiological Surveillance Report, www.thaivbd.org/n/histories/view/2461, 7 January 2015.
- [2] W. Sangnin, J. Wongbutdee, Spatial Distribution Pattern of Malaria in Ubon Ratchathani and Srisaket province in 2006-2008, Conference for Sustainable Development of Rural Area, Centara hotel and Convention centre, Khon Kaen Province, 9-10 May 2013, 622-623.
- [3] N. Hongsuksakun, Report of Public Health Development in Year 2014. Coordinating committee for public health of Num Yuen District, Ubon Ratchathani, 2014.
- [4] N. Vatthanavirote, Management for Changing Behaviors of Essential Hypertensive Elderly Patients in Urban Primary Care Unit, Nakhon Phanom Province, M.P.H. MAJOR Health System Management, Mahasarakham University, Mahasarakham, 2007.
- [5] D. Tabtimsri, Effect of the Empowerment Development using Participatory Learning Program for Household Leader in Preventing and Controlling Dengue Disease of Songpinong Municipality, Songpinong District, Supanburi Province, M.Sc. Thesis, Mahasarakham University, Mahasarakham, 2009.
- [6] N. Jantha, Effect of the Participatory Learning Program for Leptospirosis Prevention and Control in Communities in Namkliang District, Sisaket Province, M.Sc. Thesis, Mahasarakham University, Mahasarakham, 2010.

- [7] C. Jitthai, Participation Process of Farmers Who Grow Turkish Tobacco Plants for Solving the Problem of Health Impact from Pesticide use in Seekaew Sub-district, Muang District, Roi-Ed Province, M.Sc. Thesis, Mahasarakham University, Mahasarakham, 2012.
- [8] C. Pongsiry, Factors Associated with Malarial Infection of People in Community around Thai – Myanmar Border Area, Maesariang District, Mae Hong Son Province, M.PH. Thesis, Chiang Mai University, Chiang Mai, 2008.
- [9] M. Teerawiwat, P. Nimsuwan, N. Imamee, The Effectiveness of a Community Participatory Learning Program for Avian Influenza Prevention, Mueang District, Nakhonsawan Province, J. Health Education. 105 (2007) 49-60.