

พฤติกรรมเสี่ยงต่อไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยวทั้งคนไทยและต่างชาติในพื้นที่ท่องเที่ยว
ภาคเหนือของประเทศไทย
(Malaria Risk Behaviors among Thai and Foreign Tourists in Endemic Malaria
Areas, Northern Thailand)

นารดลดา ขันธิกุล ป.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน) Nardlada Khantikul, Ph.D. (Tropical Medicine)
วรรณภา สุวรรณเกิด Ph.D. (Medical Entomology) Wannapa Suwonkerd, Ph.D. (Medical Entomology)
กลุ่มพัฒนาวิชาการ Technical Development Section
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ Office of Disease Prevention and Control 10, Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษาพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามนักท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ 10 หมู่บ้านเป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มแบบบังเอิญ จำนวน 373 คน ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดย Univariate analysis และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติร้อยละ 56.6 นักท่องเที่ยวคนไทย ร้อยละ 43.4 เคยได้ยีน/รับทราบเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย ร้อยละ 66.0 โดยรับทราบจากแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 43.2 และมีนักท่องเที่ยวกินยาป้องกันมาลาเรีย ร้อยละ 12.9 โดยซื้อยาจากร้านขายยาในต่างประเทศ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ เชื้อชาติ การได้ยีนเกี่ยวกับยาป้องกัน และการกินยาป้องกันไข้มาลาเรีย นักท่องเที่ยวไทยมีระดับความรู้ดีกว่านักท่องเที่ยวต่างชาติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การเคยได้ยีนและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับมาลาเรียมาก่อนผู้ที่มิระดับความรู้ไม่ได้กินยาป้องกันมาก่อน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ อายุ เชื้อชาติ และอาชีพหลัก นอกจากนี้พบว่า นักท่องเที่ยวคนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย มากกว่านักท่องเที่ยวต่างชาติ 2.08 เท่า (Adjusted OR = 2.08, 95% CI= 1.08 - 4.03) ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้อง กับนโยบายสาธารณสุขเพื่อการท่องเที่ยว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรดำเนินการสื่อสารกับประชาชนและ นักท่องเที่ยวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย และให้ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยง, ไข้มาลาเรีย, นักท่องเที่ยว, พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย

Abstract

A cross-sectional study of malaria preventive behaviors of tourists in Thailand was carried out in 10 tourist places, where malaria are (is still) endemic in Chiang Mai and Mae Hong Son Provinces, between January and June 2009. This survey collected information using a haphazard sampling from the 162 (43.4%) Thai and 211 (56.6%) foreign tourists by interviews with a self-administrative questionnaire providing dual languages of Thai and English. The univariate and multiple logistic regression analyses showed that a high proportion of the tourists (66.6%) received malaria information before coming to Chiang Mai or Mae Hong Son province. Of which, 43.2% reported that they knew malaria from physicians. Only 12.9% had experienced with self - administrative preventive medicine bought from a drug store while the rest did not take any chemoprophylaxis (87.1%). Malaria knowledge level was significantly related to tourist ethnicity, hearing about medicine, and taking medicine for prevention. Thais had a better knowledge level than that of the foreigners ($p < 0.05$). The tourists who had ever heard about malaria medicine gained a better knowledge level ($p < 0.05$) and who had a better knowledge level would not take preventive drugs before arriving Chiang Mai or Mae Hong Son

($p < 0.05$). Multivariate analyses using multiple logistic regression revealed that malaria risk behaviors had significant relationships to age, ethnic, and occupation. Findings indicated Thais had greater risky behaviors than foreigners (Adjusted OR = 2.08, 95% CI = 1.08 - 4.03). The advantages of the study suggest the concerning health sectors to develop mass communication and health education campaigns for tourists before entering the malaria risk places.

Keywords: Risk behavior, Malaria, Tourist, Endemic malaria areas

บทนำ

การควบคุมไข้มาลาเรียในประเทศไทย ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 60 ปี แม้ว่าสถานการณ์ไข้มาลาเรียในภาคเหนือจะลดลงตามลำดับ โดยอัตราป่วยด้วยไข้มาลาเรียต่อประชากร 100,000 คน ในปี 1997 และ 2001 เท่ากับ 41.5 และ 6.72 โดยมีการลดลงของจำนวนเชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ อัตราการติดเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมต่อประชากรแสนคนลดลงมาจาก 28.6 ในปี 1977 เป็น 3.22 ในปี 2001 และการแพร่ระบาดของมาลาเรียในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยยังคงมีการปรากฏเป็นสองช่วงแปรผันตามฤดูกาลที่พบยุ่งพาหะ (Childs et al., 2006) ในระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม และระหว่างเดือน

พฤศจิกายนถึงกุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นช่วงที่มีชาวต่างประเทศเดินทางมาท่องเที่ยวที่ประเทศไทย ประกอบกับปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อต่อการรักษา โดยเฉพาะเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม อีกทั้งการเคลื่อนย้ายของประชากรเพื่อการประกอบอาชีพ ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ (Butraporn et al., 1986; Butraporn et al., 1995; Van Benthem et al., 2006; สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง, 2551) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ตามแนวชายแดนไทย

จากรายงานของ Askling และคณะ (2005) ทำการศึกษาแบบ Case-control พบว่า นักท่องเที่ยวชาวสวีเดนมาติดเชื้อมาลาเรียจากประเทศไทย จำนวน 9 ราย ในช่วงปี 2001-2002 ซึ่งสูงกว่าการติดเชื้อจากประเทศอินเดีย (7 ราย) และแอฟริกาใต้

(3 ราย) แม้ว่าจะมีความเสี่ยงน้อยกว่าการพบเชื้อ มาลาเรียในนักท่องเที่ยวที่ไปติดเชื้อมาจากทวีปแอฟริกา ก็ตาม องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) พบว่ายังมีประเทศที่ไม่ได้รายงานข้อมูลการติดเชื้อมาลาเรีย ในนักท่องเที่ยวในอีกหลายประเทศ จากการศึกษา ของ Wetssteyn และ Geus (1985) พบว่าในช่วง 1979 -1983 มีคนจากประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 427 คน ติดเชื้อมาลาเรียจากการมาท่องเที่ยวในประเทศแถบเขตร้อน และพบว่า 67 % ของผู้ป่วย เป็นเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ดื้อต่อยา คลอโรควินเช่นเดียวกับการรายงานมาลาเรียใน Britain (Philips - Howard et al., 1990) พบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากประเทศในแถบทวีปแอฟริกา เช่น เคนยา ไนจีเรีย กาน่า มาลาวี แซมเบีย และจาก เอเชียใต้ คือ อินเดีย ซึ่งอินเดียกับประเทศไทยมีความสัมพันธ์ทางการค้า มีประชากรเดินทางตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ไข้มาลาเรียยังเป็นสาเหตุ สำคัญที่เกิดขึ้นได้ในนักท่องเที่ยวที่เดินทางกลับ จากประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ป่วยเป็นไข้ มาลาเรีย (Freedman et al., 2006) และนักท่องเที่ยว ที่เข้าป่า เชื่อว่าไข้มาลาเรียสามารถป้องกันได้ 100% โดยการกินยาป้องกัน (Piyapanee et al., 2009) นอกจากนี้พบว่านักท่องเที่ยวไม่มีความรู้เรื่อง

การป้องกันตนเองที่เหมาะสม โดยส่วนมากจะเน้น เรื่องการกินยาป้องกัน (Chemoprophylaxis) และนำ ยามาจากประเทศของตนซึ่งบางครั้งเป็นยาที่ไม่ เหมาะกับสภาวะการดื้อยาของประเทศไทย บางส่วนซื้อยาป้องกันมาลาเรียตามร้านขายยาใน ต่างประเทศ และมีความคิดว่ากินยาป้องกัน มาลาเรียแล้วจะไม่ติดเชื้อมาลาเรียซึ่งเป็น พฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากเชื้อมาลาเรียชนิด ฟัลซิพารัมในประเทศไทยดื้อต่อยาหลายขนาน (Wernsdorfer, 1991) ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองและความรู้ความเข้าใจของ นักท่องเที่ยว จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้ การป้องกันโรคได้ผลดีมากกว่าการดำเนินการของ บุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว เนื่องจากการ ดำเนินการเชิงรุกมีแนวโน้มจะพบพาหุลดลงไป เรื่อยๆ ในพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวหลายแห่ง ยังคงมีสภาพทางระบบนิเวศสมบูรณ์ ประกอบกับ กระแสความต้องการของนักท่องเที่ยวให้ ความสำคัญกับการท่องเที่ยวที่ให้ความรู้และ ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่มีการรักษาสสิ่งแวดล้อมอย่าง ยั่งยืน (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2544) ซึ่ง พื้นที่ท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ดังกล่าว เป็นพื้นที่ที่ยังคงมีการแพร่เชื้อมาลาเรียและมีสภาพ

เหมาะสมในการเพิ่มประชากรสูงซึ่งนักท่องเที่ยวมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย ปัจจัยทางด้านสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียของนักท่องเที่ยวทั้งไทยและเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์นำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการป้องกันไข้มาลาเรีย และการให้ความรู้แก่นักท่องเที่ยว ลดโอกาสการเกิดการระบาดของไข้มาลาเรียในชุมชนแหล่งท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักท่องเที่ยวที่มาพักค้างคืนใน 10 หมู่บ้านพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ตัวอย่างในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2552 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Haphazard Sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผลการศึกษาของ Piyaphanee *et al.* (2006) พบว่านักท่องเที่ยวที่มาเที่ยวในประเทศไทยรู้เรื่องมาลาเรีย ร้อยละ 14.2 โดยสูตรของ Lemeshow *et al.*, (1990) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 185 คน แต่เก็บข้อมูลได้รวมทั้งสิ้น 373 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประสิทธิภาพการได้รับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียกับพฤติกรรมเสี่ยงของนักท่องเที่ยวในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว โดยใช้สถิติ Univariate analysis และ Multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวในพื้นที่ 10 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2552 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 373 คน จาก 10 หมู่บ้านท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ สถานที่ที่สามารถเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวได้มากที่สุด คือ บ้านแม่ตะมาน หมู่ที่ 2 ตำบลกืดช้าง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 26.3 ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวแบบธรรมชาตินั่งหลังช้าง ล่องแพ รองลงมาคือ บ้านห้วยเสือเฒ่า หมู่ที่ 8 ตำบลผาป่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอนซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวแบบธรรมชาติขี่ช้างท่องป่าและชมหมู่บ้านกะเหรี่ยงคอยาว ร้อยละ 15.8 ตามตารางที่ 1

นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 52.3 มีอายุระหว่าง 15-25 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.4 เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ ร้อยละ 56.6 และคนไทย

ร้อยละ 43.4 โดยนักท่องเที่ยวต่างชาติมาจากทวีป
ยุโรปมากที่สุด ร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่มาจาก
ประเทศอังกฤษ รองลงมาจากทวีปเอเชียและ
สหรัฐอเมริกา ร้อยละ 11.3 เท่ากัน ส่วนใหญ่มาจาก
ประเทศเกาหลีและประเทศสหรัฐอเมริกา มีอาชีพ
นักเรียน/นักศึกษามากที่สุดร้อยละ 36.5 การมาพัก
อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้นมาพักที่นี้เป็นครั้งแรก
ร้อยละ 61.4 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมาท่องเที่ยว
ร้อยละ 61.4 ลักษณะที่พักส่วนใหญ่พักบ้านไม้และ
เกสท์เฮาส์ ร้อยละ 29.8 และ 27.9 ตามลำดับ ซึ่ง
ก่อนที่จะมาพักค้างคืนที่หมู่บ้านนี้ได้แวะพักค้างคืน
ที่อื่นมาก่อนถึง ร้อยละ 70.2 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักท่องเที่ยวในพื้นที่ 10 หมู่บ้านของจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่
ปี พ.ศ. 2552

ที่	พื้นที่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จังหวัดแม่ฮ่องสอน			
1	บ้านห้วยเสือเต่า หมู่ 8 ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง	59	15.8
2	บ้านถ้ำลอด หมู่ที่ 1 ตำบลถ้ำลอด อำเภอปางมะผ้า	25	6.7
3	บ้านหัวแม่สุรินทร์ หมู่ 2 ตำบลแม่อุคอ อำเภอ ขุนยวม	24	6.4
4	บ้านรวมไทย หมู่ 5 ตำบลหมอกจำแป่ อำเภอเมือง	23	6.2
5	บ้านแม่เงา หมู่ 8 ตำบลแม่สวด อำเภอแม่เงา	13	3.5
จังหวัดเชียงใหม่			
6	บ้านเมืองก๊ิด หมู่ 1 ตำบลก๊ิดช้าง อำเภอแม่แตง	36	9.7
7	บ้านแม่ตะมาน หมู่ 2 ตำบลก๊ิดช้าง อำเภอแม่แตง	98	26.3
8	บ้านถ้ำ หมู่ 5 ตำบลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว	39	10.5
9	บ้านสวนเกษตร หมู่ 5 ตำบลแม่งอน อำเภอฝาง	13	3.5
10	บ้านมูเซอปากทาง หมู่ 5 ตำบลม่อนจอง อำเภออมก๋อย	43	11.5
รวม		373	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักท่องเที่ยวใน 10 หมู่บ้านจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2552
จำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	178	47.7
- หญิง	195	52.3
อายุ (ปี)		
- 15 – 25	132	35.4
- 26 – 35	127	34.0
- 36 - 45	61	16.4
- 46 - 55	39	10.5
- มากกว่า 55 ปี ขึ้นไป	14	3.8
Mean = 31.7 ปี Median = 29 ปี S.D.=11.23 อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 73 ปี		
กลุ่มชาติพันธุ์		
- ไทย	162	43.4
- ต่างชาติ	211	56.6
- ยุโรป	109	29.2
- เอเชีย	42	11.3
- อเมริกา	42	11.3
- ออสเตรเลีย	15	4.0
- แอฟริกา	3	0.8
อาชีพหลัก		
- นักเรียน/นักศึกษา	136	36.5
- รับราชการ	50	13.4
- ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	42	11.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักท่องเที่ยวใน 10 หมู่บ้านจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2552
จำแนกตามลักษณะประชากร (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ค้าขาย	47	12.6
- รับจ้าง	98	26.3
จำนวนครั้งของการมาพักอาศัยที่หมู่บ้านนี้		
- ครั้งแรก	229	61.4
- มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	144	38.6
ประวัติการมาพักอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน		
- ไม่เคย	229	61.4
- เคย	144	38.6
Mean = 1.72 ครั้ง/คน, S.D.= 1.4 , Min = 1 , Max = 10		
วัตถุประสงค์ของการมาเที่ยวที่หมู่บ้านนี้		
- ท่องเที่ยว	229	61.4
- พักผ่อน	51	13.7
- ทำงาน	58	15.5
- อื่นๆ	35	9.4
ลักษณะที่พักในพื้นที่ที่มาเที่ยว		
- บ้านไม้	111	29.8
- โรงแรม	94	25.2
- เกสต์เฮาส์	104	27.9
- เต็นท์/แคมป์	24	6.4
- โฮมสเตย์	18	4.8
- อื่นๆ	22	5.9
ประวัติการพักค้างที่อื่นก่อนมาพักที่หมู่บ้านนี้		
- ไม่พักค้างที่อื่น	111	29.8
- พักค้าง	262	70.2
รวม	373	(100.0)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงของนักท่องเที่ยว พบว่า มีการเตรียมอุปกรณ์กันแมลงติดตัวมาด้วย ร้อยละ 52.0 เตรียมมุ้งมาเอง ร้อยละ 17.4 ไม่ได้เตรียมอะไรมา ร้อยละ 30.6 ในช่วงเวลา 16.00 – 20.00 น. ส่วนใหญ่จะอยู่นอกอาคารที่พัก ร้อยละ 51.5 ที่พักอยู่ในป่ามีเพียงร้อยละ 3.8 ส่วนช่วงเวลา 20.00 - 05.00 น. ส่วนใหญ่จะอยู่ภายในที่พัก ร้อยละ 70.5 เวลาที่เข้านอนจะอยู่ในช่วง 20.00 – 22.00 น. ร้อยละ 43.2 ช่วงเวลาที่ตื่นนอนอยู่ในช่วง 05.00 – 06.00 น. ช่วงเวลาที่รับประทานอาหารเช้าจะเป็นช่วง 18.00 – 19.00 น. ร้อยละ 46.6 ประวัติการเข้าไปพักค้างคืนในป่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เคยร้อยละ 78.8 มีเพียงร้อยละ 21.2 ที่เคยเข้าไปพักค้างคืนในป่า และมีการนอนในมุ้งขณะพักค้างคืนร้อยละ 82.3

นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่รู้จักใช้มาลาเรีย ร้อยละ 84.5 และรู้ว่าอาการของไข้มาลาเรียมีไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ ร้อยละ 73.7 60.9 และ 50.4 ตามลำดับ ระบุไข้มาลาเรียสามารถติดต่อได้โดยยุงกัด ร้อยละ 89.5 โดยกัดเวลากลางคืน ร้อยละ 47.2 มีความรู้แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงนำไข้มาลาเรียอยู่ที่คู่น้ำกินน้ำใช้ ร้อยละ 35.4 ไม่แหล่งเพาะพันธุ์

ยุง ร้อยละ 32.7 แหล่งเพาะพันธุ์อยู่ในลำธารน้ำใสในป่ามีเพียงร้อยละ 31.9 และ สำหรับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันยุงกัดโดยการนอนในมุ้ง ร้อยละ 76.1 ใช้ยาทาป้องกัน ร้อยละ 67.3 และจุกยากันยุง ร้อยละ 45.3

การเข้าถึงข้อมูลของนักท่องเที่ยวเกี่ยวกับยาป้องกันไข้มาลาเรียส่วนใหญ่เคยได้ยิน/รับรู้เรื่องเกี่ยวกับการกินยาป้องกันไข้มาลาเรีย ร้อยละ 66.0 ช่องทางรับข้อมูลเกี่ยวกับยาป้องกันไข้มาลาเรียผ่านทางแพทย์ ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือหนังสือ/นิตยสาร ร้อยละ 20.1 และได้ยิน/รับรู้จากเพื่อน/ญาติ ร้อยละ 15.8 มีนักท่องเที่ยวที่กินยาป้องกันไข้มาลาเรีย เช่น ยา Malarone, Doxycycline ร้อยละ 12.9 โดยซื้อยาจากร้านขายยาในประเทศของตนเอง ร้อยละ 47.9 รองลงมารับยาจากคลินิก และโรงพยาบาล ร้อยละ 16.7 และ 14.6 ตามลำดับ

การรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยวพบว่า เห็นด้วยว่าถ้าเข้าไปพักค้างคืนในป่าเสี่ยงอย่างมากต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 85.3 ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 81.0 เห็นด้วยว่าการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดจะไม่ป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ร้อยละ 70.5 วิธีที่ดีที่สุดในการมาเที่ยว

พื้นที่เสี่ยงควรไปเจาะเลือดทันทีถ้าเริ่มมีอาการป่วย ร้อยละ 61.9 และเห็นด้วยว่าถ้ารู้สีกว่ามิใช่จะไป ตรวจเลือดหาเชื้อมาลาเรียทันที ร้อยละ 61.4

นอกจากนี้นักท่องเที่ยวไม่แน่ใจข้อที่ว่าการ กินยาป้องกันอาจทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อ มาลาเรียได้ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือไม่แน่ใจว่า เชื้อมาลาเรียดื้อยาอาจมีผลทำให้ป่วยเป็นมาลาเรีย รุนแรงได้ ร้อยละ 53.9 การกินยาป้องกันสามารถ ป้องกันมาลาเรียได้ ร้อยละ 51.7 เชื้อมาลาเรียที่ดื้อ ยาทำให้ยากต่อการรักษาร้อยละ 48.3 นักท่องเที่ยว ควรกินยาป้องกันมาลาเรียก่อนที่จะมาเที่ยวที่ หมู่บ้านนี้ ร้อยละ 44.5 และไม่แน่ใจว่าขณะที่ป่วย เป็นมาลาเรีย ผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้ ร้อยละ 36.7

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความรู้เรื่องไข้ มาลาเรีย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ ไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมเสี่ยงของนักท่องเที่ยว ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวพบว่า นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องไข้มาลาเรียในระดับที่ต้อง แก่ใจ ร้อยละ 62.7 และมีคะแนนความรู้ในระดับดี ร้อยละ 37.3 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 4.14 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.46 คะแนน ความรู้ต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 8 คะแนนสำหรับการรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย พบว่า นักท่องเที่ยว

ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 59.5 และ มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 40.5 มีคะแนนการ รับรู้เฉลี่ยเท่ากับ 26.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.76 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 17 และสูงสุด เท่ากับ 33 ส่วนคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยด้วยไข้ มาลาเรีย พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 84.2 และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 15.8

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านประชากรกับความรู้เรื่องไข้มาลาเรียของ นักท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยว 10 หมู่บ้าน พบว่า เชื้อชาติ การได้ยีน/การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับไข้ มาลาเรียและการกินยาป้องกันมาลาเรียขณะมา เที่ยวในหมู่บ้านนี้ มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่อง ไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยวอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p = 0.038$) โดยผู้ที่มีเชื้อชาติไทยมีความรู้เรื่อง ไข้มาลาเรียดีกว่าต่างชาติ ผู้ที่เคยได้ยีน/รับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับมาลาเรียมีความรู้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยได้ ยีน/รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับมาลาเรียและนักท่องเที่ยว ที่ไม่กินยาป้องกันมาลาเรียขณะที่มาเที่ยวใน หมู่บ้านนี้มีความรู้ดีกว่านักท่องเที่ยวที่กินยา ป้องกัน 3.37 เท่า ($OR = 0.001, 95\% CI = 1.48 - 8.6$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องไข้ มาลาเรีย คือ เพศ อายุ อาชีพหลัก และประวัติการ

มาพักค้างคืนในหมู่บ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยว 10 หมู่บ้านพบว่า นักท่องเที่ยวที่เคยได้ยิน/รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับมาลาเรีย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้มาลาเรียสูงกว่านักท่องเที่ยวที่ไม่เคยได้ยิน/รับทราบข้อมูลมาก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$) ส่วนเพศ อายุ เชื้อชาติ อาชีพหลัก ประวัติการมาพักค้างคืนในหมู่บ้าน และการกินยาป้องกันมาลาเรียขณะที่มาเที่ยวในหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยว

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($p = 0.003$) เชื้อชาติ ($p = 0.006$) และอาชีพหลักของนักท่องเที่ยว ($p = 0.017$) โดยนักท่องเที่ยวที่มีอายุมากกว่า 25 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็น 2.33 เท่าของผู้ที่มีอายุน้อย

กว่าหรือเท่ากับ 25 ปี ($OR = 2.33$, 95% $CI = 1.27$ - 4.27) นักท่องเที่ยวคนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นมาลาเรียเป็น 2.34 เท่าของนักท่องเที่ยวต่างชาติ ($OR = 2.34$, 95% $CI = 1.22$ - 4.63) และนักท่องเที่ยวที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับป่ามีพฤติกรรมเสี่ยงเป็น 2.16 เท่าของผู้ที่ไม่อาชีพเกี่ยวกับป่า ($OR = 2.16$, 95% $CI = 1.10$ - 4.43)

จากการวิเคราะห์สถิติถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple logistic regression) พบว่า นักท่องเที่ยวคนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย 2.08 เท่าของนักท่องเที่ยวต่างชาติ (Adjusted $OR = 2.08$, 95% $CI = 1.08$ - 4.03) ส่วน เพศ อายุ อาชีพหลัก ประวัติการมาพักอาศัยอยู่ในหมู่บ้านนี้ การได้ยิน/การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย การกินยาป้องกันมาลาเรียขณะที่มาเที่ยวในหมู่บ้านนี้ ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้มาลาเรีย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สถิติถดถอยแบบ (Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย การรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรียของนักท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ 10 หมู่บ้านในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2552

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็น		Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
	ไข้มาลาเรีย			
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง		
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)		
เพศ				
- หญิง	36	159	1.52 (0.84-2.83)	1.53 (0.85-2.76)
- ชาย	23	155		
อายุ (ปี)				
- ≤ 25	31	101	2.33 (1.27-4.27)	1.75 (0.95-3.23)
- > 25	28	213		
เชื้อชาติ				
- ต่างชาติ	43	168	2.34 (1.22-4.63)*	2.08 (1.08-4.03)
- ไทย	16	146		
อาชีพหลัก				
- อาชีพที่ไม่เกี่ยวข้อง	45	188	2.16 (1.10 - 4.43)*	1.91 (0.98 - 3.73)
เกี่ยวกับป่า (รับราชการ/ ไม่มีงานทำ/นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน/ค้าขาย)				
- อาชีพที่เกี่ยวข้องกับป่า (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน)	14	126		

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สถิติถดถอยแบบ (Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย การรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรียของ นักท่องเที่ยวในพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ 10 หมู่บ้านในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2552 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็น		Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
	ไข้มาลาเรีย			
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง		
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)		
ประวัติการมาพักอาศัยอยู่ในหมู่บ้านนี้				
- ไม่เคย	40	189	1.39(0.75-2.67)	1.14 (0.61-2.16)
- เคย	19	125		
การได้ยิน/การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับไข้มาลาเรีย				
- เคย	43	203	1.47 (0.77-2.93)	1.36 (0.81-2.82)
- ไม่เคย	16	111		
การกินยาป้องกันมาลาเรียขณะที่มาเที่ยวในหมู่บ้านนี้				
- ไม่กิน	52	273	1.12 (0.46-3.11)	1.62 (0.65-4.08)
- กิน	7	41		
ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย				
- ต้องปรับปรุง	40	194	1.30 (0.69-2.49)	1.22 (0.64-2.33)
- ดี	19	120		
การรับรู้เกี่ยวกับไข้มาลาเรีย				
- ต่ำ	40	182	1.52 (0.82-2.92)	1.51 (0.81-2.82)
- สูง	19	132		

* p<0.05

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

ไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทยเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามแนวพื้นที่จังหวัดติดชายแดนไทย - พม่า พื้นที่เหล่านี้อาจเอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายของโรคและเป็นพื้นที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ซึ่งอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อเศรษฐกิจของไทย เนื่องจาก เป็นอุตสาหกรรมหลักที่สามารถทำรายได้ที่เป็นเงินตราต่างประเทศเป็นจำนวนมาก (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2549) นอกจากนั้นยังเป็นอุตสาหกรรมที่ก่อให้เกิดการลงทุน การจ้างงานและทำให้เกิดการกระจายรายได้ไปสู่ภูมิภาคต่างๆ มากขึ้น ประกอบกับหนังสือแนะนำสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ ได้แนะนำแหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทยในพื้นที่ทางภาคเหนือ ซึ่งยังคงความเป็นแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์

จากการที่นักท่องเที่ยวมีความตั้งใจที่จะมาท่องเที่ยวมากที่สุดและส่วนใหญ่รู้จักไข้มาลาเรียถึงร้อยละ 85 แต่กลับพบว่ามีความรู้เรื่องไข้มาลาเรียในภาพรวมอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข (ร้อยละ 63) เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายข้อพบว่า นักท่องเที่ยวไม่ทราบเวลาที่ยุงนำไข้มาลาเรียกัด

โดยคิดว่ายุงมักจะกัดเวลากลางวัน (ร้อยละ 53) และไม่ทราบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำไข้มาลาเรียโดยรับรู้ว่า ยุงกินปล่องมีแหล่งเพาะพันธุ์ในคุ่มน้ำกินน้ำใช้ (ร้อยละ 68) ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันยุงนำไข้มาลาเรียกัดในเวลาหัวค่ำและกลางคืนอาจถูกละเลยส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piyapanee และคณะ (2009) ที่พบว่านักท่องเที่ยวแบบ Backpacker ที่มาเที่ยวในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียไม่ใช้วิธีการใด ๆ ในการป้องกันยุงกัดถึงร้อยละ 40 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Steffen และคณะ (1990) ที่ศึกษาความรู้ของนักท่องเที่ยวชาวยุโรปที่ไปเที่ยวในแอฟริกา พบว่า นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่รับทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นมาลาเรีย ซึ่งนักท่องเที่ยวดังกล่าวมีการใช้วิธีการป้องกันยุงกัดอย่างน้อย 1 วิธี ถึงร้อยละ 56 เช่น ใช้ยาทากันยุง ใช้สารเคมีต่าง ๆ และสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Piyapanee และคณะ (2006) ที่ศึกษาเรื่องมาลาเรียในนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่รู้จักมาลาเรียเพียงร้อยละ 14 อย่างไรก็ตาม พบว่านักท่องเที่ยวเชื้อชาติไทยมีความรู้ดีกว่าต่างชาติและผู้ที่เคยได้ยิน/รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับไข้มาลาเรียมีความรู้ดีกว่าผู้

ที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยได้จัดณรงค์การป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียเป็นประจำทุกปีไม่เฉพาะแต่ในพื้นที่แพร่เชื้อเท่านั้น แต่ดำเนินการในรูปของการรณรงค์ผ่านทางสื่อมวลชนทั่วประเทศ ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อเอกสารต่างๆ ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก จึงทำให้คนส่วนใหญ่รับทราบและมีความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงของนักท่องเที่ยวต่อการถูกยุงกัดในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงร้อยละ 84.2 โดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในช่วงเวลาเย็น - ห้าค่ำ (16.00 - 20.00 น.) อยู่กลางแจ้ง โดยไม่ได้เตรียมอุปกรณ์ป้องกันยุงกัด ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียอย่างมากเนื่องจากในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียมียุงก้นปล่องซึ่งเป็นพาหะหลัก คือ ยุงก้นปล่องชนิด มินิมัส (*Anopheles minimus*) ที่มักจะออกหากินในช่วงพลบค่ำและกลางคืน (Suwonkerd et al., 2002, 2004; Overgaard et al. 2002; Childs et al., 2006) ซึ่งการไม่ได้ป้องกันยุงกัดจึงเป็นการเพิ่มการสัมผัสระหว่างคนกับยุงมากขึ้น อาจทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรียได้ (กรมควบคุมโรค, 2551)

นักท่องเที่ยวที่เคยได้ยิน/รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับมาลาเรียมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของไข้มาลาเรียดีกว่านักท่องเที่ยวที่ไม่เคยได้ยิน/รับทราบข้อมูลมาก่อนทั้งนี้ส่วนใหญ่ นักท่องเที่ยวโดยเฉพาะนักท่องเที่ยวต่างชาติจะมีการหาข้อมูลทั่วไปของแหล่งที่จะไปท่องเที่ยวเพื่อหาคำแนะนำในเรื่องของการเตรียมตัวให้เหมาะสมเมื่อต้องไปในพื้นที่เสี่ยง (Behrens & Curtis, 1993; US Department of Health and Human Services, 1990; Castelli et al., 1999; Van Herck et al., 2004, Wilder-Smith et al., 2004; Health Protection Agency, 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียอย่างน้อยล่วงหน้า (Hamer & Coner, 2004) โดยจะรับรู้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข หนังสือ/นิตยสาร เพื่อน/ญาติ และจาก Internet การรับรู้จึงเป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดแนวโน้มของการกระทำ หรือกระตุ้นให้บุคคลนั้นกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น โดยบุคคลจะมีการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เป็นจริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985) ที่ว่าการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างจงใจ

และมีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดีเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่จะรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าเมื่อเข้าไปพักค้างคืนในป่าจะเสี่ยงอย่างมากต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย (85.3%) และทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นไข้มาลาเรีย (81%) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นมาลาเรียจะทำงานไม่ได้ และวิธีที่ดีที่สุดเมื่อมาเที่ยวในพื้นที่เสี่ยงควรจะไปตรวจเลือดทันทีถ้าเริ่มมีอาการป่วย

สำหรับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาป้องกันไข้มาลาเรียนั้น ส่วนใหญ่จะเคยได้ยินและรับทราบข้อมูลจากแพทย์ มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติร้อยละ 23 (48 คนจาก 211คน) กินยาป้องกันมาลาเรีย (Malarone, Doxycycline) ก่อนและระหว่างที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย โดยได้ข้อมูลเกี่ยวกับยาป้องกันมาลาเรียและรับใบสั่งยาจากแพทย์ เพื่อรับยาป้องกันมาลาเรียจากร้านขายยาถึงร้อยละ 47.9 ของผู้ที่กินยาป้องกันมาลาเรีย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hamer และ Connor (2004) อย่างไรก็ตามประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่เชื่อมาลาเรียคือต่อยาลาหลายขนาน ดังนั้นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยจึงไม่แนะนำให้

กินยาป้องกันไข้มาลาเรีย อย่างไรก็ตามหากมีความประสงค์จะกินยาป้องกันโรคมาลาเรีย องค์การอนามัยโลก (WHO) US Center for Disease Control (CDC) และ Health Protection Agency แนะนำนักท่องเที่ยวให้พิจารณาใช้ยาป้องกันมาลาเรียเฉพาะเมื่อเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการถูกยุงกัดโดยการใส่ยาทากันยุง นอนในมุ้ง หรือมุ้งชุบสารเคมี เป็นต้น (WHO, 2009; Center for Disease Control, 2005; Health Protection Agency, 2007) ทั้งนี้การใช้ยาป้องกันมาลาเรียควรได้รับการปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนทุกครั้ง

เมื่อวิเคราะห์สถิติติดต่อยแบบพหุคูณพบว่า นักท่องเที่ยวคนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นมาลาเรีย 2.08 เท่าของนักท่องเที่ยวต่างชาติแต่นักท่องเที่ยวต่างชาติมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของไข้มาลาเรียได้ดีกว่าคนไทย ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันไข้มาลาเรียในประเทศไทยลดลงมาก แหล่งแพร่เชื้อมาลาเรียส่วนใหญ่จะพบบริเวณป่าเขาที่ติดกับชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน พื้นที่ในเมืองเป็นพื้นที่ปลอดไข้มาลาเรียทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมละเลยต่อการป้องกันการถูก

ยุ่งักโดยเฉพาะเวลาหัวค่ำกลางคืน ซึ่งเป็นเวลาที่ ยุงนำไ้มาลาเรียออกหากิน ประกอบกับนโยบาย รัฐบาล ปี 2551 – 2552 ได้ประกาศให้เป็นปีแห่ง การท่องเที่ยวที่มีการสนับสนุนให้มีการท่องเที่ยวเชิง อนุรักษ์และนโยบายของการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม โดยการปลูกป่าและรักษาสภาพป่าเดิมไว้เพื่อความ สมบูรณ์ของสิ่งแวดล้อมและจรรโลงสิ่งมีชีวิตตาม ระบบนิเวศเดิม ดังนั้นนักท่องเที่ยวจึงมีโอกาสถูก ยุงพาหะกัดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Somboon และคณะ (1998) ที่พบว่า ยุงที่จับได้จาก กระตอมหรือเพิงพักในป่าจะมีปริมาณสูงกว่ายุงที่ จับจากในที่พักปกติในหมู่บ้าน ดังนั้นวิธีการป้องกัน ไม่ให้ถูกยุงกัดขณะเข้าไปพักค้างคืนในพื้นที่แพร์ เชื้อ โดยการใช้ยาทากันยุง นอนในมุ้ง หรือมุ้งชุบ สารเคมี จึงน่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการ ป่วยด้วยไ้มาลาเรียในกลุ่มนักท่องเที่ยว

โดยสรุปนักท่องเที่ยวมีคะแนนความรู้ การ รับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงของนักท่องเที่ยวอยู่ใน ระดับที่ต้องแก้ไข ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการให้ ความรู้เรื่องไ้มาลาเรียและพฤติกรรมกำป้องกัน ไม่ให้ถูกยุงกัด โดยนักท่องเที่ยวไทยมีพฤติกรรม เสี่ยงมากกว่านักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศ จึง จำเป็นต้องพัฒนาสื่อให้ความรู้ ข้อมูล ในการ

สื่อสารเรื่องไ้มาลาเรียและการป้องกัน เพื่อให้เกิด ความรู้ การรับรู้ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมกำป้องกัน ไ้มาลาเรียต่อไป นอกจากนี้ประเทศไทยไม่มี นโยบายเรื่องการไ้ยาป้องกันไ้มาลาเรีย เนื่องจาก ปัญหาการคัดต่อยารักษาของเชื้อมาลาเรีชนิด ฟัลซิพารัม ดังนั้นหากมีอาการไ้ ปวดศีรษะ หลังจากกลับจากพื้นที่ป่าเขา ให้รีบไปตรวจเลือด หาเชื้อมาลาเรียและรับการยารักษาให้ตรงกับชนิด ของเชื้อมาลาเรียและกินยาให้ครบตามแผนการ รักษา และเน้นย้ำให้นักท่องเที่ยวทราบว่ วิธีการ ป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด โดยการไ้ยาทากันยุง นอน ในมุ้ง หรือมุ้งชุบสารเคมี สวมเสื้อผ้าให้มิดชิดเพื่อ ลดการสัมผัสกับยุงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกัน ไ้มาลาเรีย ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ประกอบ การที่ พักในแหล่งท่องเที่ยวที่อยู่ในแหล่งแพร์เชื้อ มาลาเรีย มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมกำ ป้องกันไ้มาลาเรียของนักท่องเที่ยว โดยการ จัด สิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันยุงกัดเช่น ติดมุ้งลวดและ การจัดหามุ้งในห้องพัก ตลอดจนจัดมุมความรู้ ให้บริการนักท่องเที่ยว และอำนวยความสะดวกใน การเข้าถึงวัสดุและอุปกรณ์สำหรับการป้องกันยุง กัด เช่น ยาทากันยุง และ สเปรย์ฉีดกันยุง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2552 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะรัตน์ บุตราภรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำในการทำวิจัยขอขอบคุณ ดร.ประยุทธ์ สุดาพิทย และ ดร.รุ่งระวี ทิพย์มนตรี จากสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรคที่ให้คำแนะนำอันมีประโยชน์ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงและหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอนที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณนักท่องเที่ยวทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. มาลาเรียวิทยา 2542. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2543.

การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. รายงานประจำปี 2549

การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2549.

การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. แผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงนิเวศแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัลชา, 2544.

สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการรักษาไข้มาลาเรียชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับ พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด, 2551.

Asking HH, Nilsson J, Tegnell A, Janzon R, Ekdahl. Malaria Risk in Travelers. Emerging Infectious Disease 2005; 11 (3): 436 - 41.

Behrens RH, Curtis CF. Malaria in Travelers: Epidemiology and Prevention. British Medical Bulletin 1993; 49 (2): 363 - 81.

Butraporn P, Prasittisuk C, Krachaiklin S, Chareonjai P. Behaviors in self-prevention of malaria among mobile population in East Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1995; 26: 213 - 8.

Butraporn P, Sornmani S, Hungsapruet T. Social behavioral, housing factors and their

- interactive effects associated with malaria occurrence in east Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1986; 17: 386 - 92.
- Castelli E, Matteelli A, Caligaris S, Gulletta M, El-Hamad I, Scolari C, Malaria in Migrants. 1999; 41: 261- 65.
- Center of Disease Control (CDC). Health Information for International Health, 2005-2006. Department of Health and Human Service, Public health Service, Georgia, USA., 2005.
- Childs DZ, Cattadori IM, Suwonkerd W, Prajakwong S, Boots M. Spatiotemporal patterns of malaria incidence in northern Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006; 100: 523 - 31.
- Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, Keystone JS, Pandey P, and Cetron MS. Spectrum of disease and relation to place of exposure among Ill returned travelers. *N Engl J Med*. 2006 Jan 12; 354 (2): 119 - 30.
- Hamer DH, and Coner BA. Travel Health Knowledge, Attitudes and Practices among United States Travelers 2004; 11: 23-26.
- Health Protection Agency. Guidelines for malaria prevention in travelers from the United Kingdom.: Chlorine-free paper, 2007.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, and Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. World Health Organization. John Willey and Sons Ltd., 1990.
- Orem, DE. Nursing Concepts of Practise. 3rded. New York : McGraw Hill Co., 1985.
- Overgaard H, Tsuda Y, Suwonkerd W, and Takagi M. Characteristic of *Anopheles minimus* Theobald (Diptera: Culicidae) larval habitats in northern Thailand. *Environmental Entomology* 2002; 31 (1): 134 - 41.
- Phillips-Howard P. A., Radałowicz A., Mitchell J. and Bradley D. J. Risk of malaria in British residents returning from malarious areas. *BMJ* 1990; 300(6723); 499-503.
- Piyaphanee W, Krudsood S, Silachamroon U, Pornpininworakij K, Danwiwatdecha P,

- Chamnachanan S, Wilairatana P, and Looareesuwan S. Travelers' malaria among foreigners at the Hospital for Tropical Disease, Bangkok, Thailand – a 6-year review (2000-2005) 2006; 3: 229 - 32.
- Piyaphanee W, Wattanagoon Y, Silachamroon U, Mansanguan C, Wichianprasat P, Walker E. Knowledge, attitudes, and practices among foreign backpackers toward malaria risk in southeast Asia. J Travel Med 2009; 16 (2): 101-6.
- Somboon P, Aramrattana A, Lines JD, and Webber R. Entomological and epidemiological investigations of transmission in relation to population movements in forest areas of north-west Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1998; 29 (1): 3-9.
- Steffen R, Heusser R, Mächler R, Bruppacher R, Naef U, Chen D, et al. Malaria chemoprophylaxis among European tourists in tropical Africa: use, adverse reactions, and efficacy. Bulletin of the World Health Organization 1990; 68(3): 313-22.
- Suwonkerd W, Overgaard H, Tsuda Y, Prajakwong S, and Takagi M. Malaria densities in transmission and non-transmission areas during 23 years and land use in Chiang Mai province, Northern Thailand. Basic and Applied Ecology. 2002; 3 (3): 197- 207.
- Suwonkerd W, Tsuda Y, Overgaard HJ, et al. Changes in Malaria Vector Densities over a Twenty-Three Year Period in Mea Hong Son Province, Northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2004; 35 (2); 316 - 24.
- U.S. Department of Health and Human Services. "Recommendations for the Prevention of Malaria among Travelers" in Morbidity and Mortality Weekly Report. The Massachusetts Medical Society, 1990. p.1-10.
- Van Benthem BHB, Khantikul N, Panart K, Somboon P, and Oskam L. Knowledge and use of prevention measures against malaria in endemic and non-endemic villages in

- northern Thailand. Asian J Trop Med Public Health 2006; 37 (2): 243-9.
- Van Herck K, Van Damme P, Castelli F, Zuckerman J, Nothdurft H, Dahlgren AL, et al. Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases: the European airport survey. J Travel Med 2004; 11 (1): 3-8.
- Wetsteyn J.C.F.M. and Geus DA. Chloroquine-resistant falciparum malaria imported into the Netherlands. Bulletin of the World Health Organization 1985; 63 (1): 101-08.
- Wernsdorfer WH. The development and spread of drug-resistant malaria. Parasitology today 1991; 7 (11): 297-303.
- Wilder-Smith A, Khairullah NS, Song JH, Chen CY, and Torresi J. Travel health knowledge, attitudes and practices among Australasian travelers. J Travel Med 2004; 11 (1): 9-15.
- World Health Organization. The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2002/en>. Accessed on January 25, 2009.
- World Health Organization. World Malaria Report 2008. World Health Organization and UNICEF, Geneva. 2005. http://malaria.who.int/wmr2008/malaria_2008.pdf. Accessed on January 25, 2009.